

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

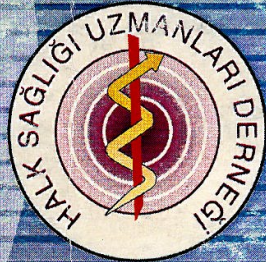
8.

ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

23 - 28 Eylül 2002
DİYARBAKIR



DICLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI



KONGRE KİTABI

2

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

- Altan O., Türk halkında koroner kalp hastalığı sıklığının nedenleri ve bu bilginin risk değerlendirmesi ile korunma açılarından büyük önemi Türk Kardiyol Dern Arş., 2001 Cilt : 29, Sayı: 10.
- World Health Organisation. Preveption of Diabetes Mellitus. Report of WHO Study Group. Technical Report Series: 844. 1994. WHO: Geneva.
- Murray JL, Lopez AD The global burden of disease, 1996, WHO: Geneva.
- See European Society of Cardiology, European Atherosclerosis Society, European Society of Hypertension, International Society of Behavioural Medicine, European Society of General Practice/Family Medicine, European Heart Network (1998) Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies on Coronary Prevention. European Heart Journal 19: 1431-1503 for recommendations on blood pressure levels
- National Institute of Public Health. Stockholm Determinants of the burden of disease in the European Union. 1997. NIPH: Stockholm.
- Erbay, P. Yarı kentsel bir bölgede erişkinlerde diyabetes mellitus prevalansı, risk faktörleri ve komplikasyonları, Uzmanlık Tezi. İzmir, 1993
- Guidelines, summarising clinical guidelines for primary care, volume 10, February 2000- Diabetes Care
- American Diabetes Association, Clinical Practice Recommendations, 1999, Vol.22, Supl:1
- Dünya Sağlık Örgütü/Uluslararası HT Derneği (WHO/ISH), 1999 HT Tedavi Kılavuzu, Journal of HT , 17:151-183 HT ve Ateroskleroz Derneği
- Türk Kardiyoloji Derneği, Ulusal HT Tedavi Ve Takip Kılavuzu 2000
- Conroy, W. E. Erişkinlerde lipid taraması, Sendrom II, Cilt 1, Sayı:5, 2002
- Aslan, B., Güzelbahçe Sağlık Ocağı bölgesinde 30 yaş üzeri popülasyonda koroner kalp hastalığı ve kalp damar hastalığı risk faktörleri ile ilişkisi, İzmir, 1998
- Onat, A., Dr. Yıldırım, B., Ceyhan, K., Keleş, İ., Başar, Ö., Sansoy, ve ark. Halkımızda diyabet ve glukoz intoleransı: koroner mortalite ve morbiditeye prospektif etkisi, prevalansında artışa Türk Kardiyol Dern Arş V. 2001; 29, Sayı: 5
- Onat, A., Yıldırım, B., Ceyhan, K., Keleş, İ., Başar, Ö., Sansoy, ve ark. Prospektif incelemede koroner mortalitenin en iyi belirleyicisi kan basıncı yetişkinlerimizde 10 yılda ortalama 5/3 mmhg'dan fazla arttı, Türk Kardiyol Dern Arş., 2001; 29:344-353 Sayı: 6
- Onat, A., Yıldırım, B., Erer, B., Başar, Ö., Çetinkaya, A., Ceyhan, K., ve ark. Total Kolesterol/HDL-kolesterol oranı koroner hastalığın en iyi lipid öngördürücüsü: trigliserid ortalama düzeyimiz yılda 1 mg yükselme gösteriyor, Türk Kardiyol Dern Arş 2001; 29, Sayı: 6
- Onat, A., Başar, Ö., Erer, B., Ceyhan, K., Yıldırım, B., Keleş, İ., ve ark. Yetişkinlerimizde sigara içiminin sıklığı, HDL ile ilişkisi ve koroner olaylara etkisi, Türk Kardiyol Dern Arş., 2001; 29, Sayı: 8

Tablo 1. Cinsiyete göre sürekli değişkenlerin aritmetik ortalama değerlerinin dağılımı

	<i>Erkek (n:140)</i>	<i>Kadın (n:264)</i>
	<i>Ortalama±standart sapma</i>	<i>Ortalama±standart sapma</i>
Yaş	53,93 ±9,91	49,5± 10,8
Açlık kan şekeri (mg/dlt)	90,93 ± 25,7	91,6±33,1
Sistolik (mmHg)	124, 7±16,5	124,0±18,5
Diastolik (mmHg)	76,1±10,0	74,6±11,7
Total kolesterol (mg/dlt)	180,0±42,5	181,0±42,7
Trigliserid (mg/dlt)	129,3 ± 81,8	115,6±85,4

Tablo 2. Hastalıkların saptanmasından önce yapılması gerek testlerin yapılma oranları

<i>Şimdiye en az bir kez bakılmış olma</i>	<i>Erkek (%)</i>	<i>Kadın (%)</i>	<i>P</i>
Açlık kan şekeri	%52,1	%52,3	0,906
Kan basıncı bakılma	%76,4	%87,1	0,003
Lipidler	%46,4	%50,8	0,634

Tablo 3. Yaşa ve Cinsiyete göre Diyabet, HT Koroner Arter Hastalığı ve Hiperlipidemi Prevalansları

	<i>Diabet n:404 (%)</i>	<i>P</i>	<i>HT n: 404 (%)</i>	<i>P</i>	<i>KAH n: 404 (%)</i>	<i>P</i>	<i>Hiperlipidemi n: 404 (%)</i>	<i>P</i>
Cinsiyet								
Erkek(n:140)	9,3	0,612*	21,4	0,010*	15,0	0,039	37,1	<0,001
Kadın(n:264)	11,4		33,0		8,3		34,1	
Yaş Grubu								
30-39 (n: 62)	3,2	<0,001	8,1	<0,001	6,4	0,014	17,7	<0,001
40-49 (n:121)	5,0		17,4		5,8		29,8	
50-59 (n:131)	12,2		37,4		11,5		40,5	
60 ve üstü (n:90)	21,1		46,7		18,9		46,7	

*(Fischer's exact test)

Tablo 4: Kronik Hastalık tanısı almış kişilerin hekim kontrolleri, tedavi durumları ve sigara içme davranışlarına göre dağılımı

Hastalıklar (araştırma öncesi tanı almış olanlar)	Hekim kontrolü olmayan (%)	Hiç tedavisi olmayan (%)	Hala Sigara içen (%)
Diyabet (n:37)	14,7 (n: 34)	2,0	18,9
HT (n: 108)	25,0	20,4	25,0
KAH (n:43)	12,1 (n:33)	*	30,6

* sorgulanmadı

Tablo 5: Diyabetli Hastalar İçin Önerilen Yönetim Hedeflerine Ulaşımın dağılımı (n:37)

	birimi	İYİ (%)	SINIRDA(%)	KÖTÜ(%)
PLAZMA GLİKOZUAçlık	mg/dlt	51,4	13,5	35,1
TOTAL KOLESTEROL	mg/dlt	78,0	21,6	5,4
TRİGLİSERİD	mg/dlt	75,7	13,5	10,8
BEDEN KİTLE İNDEKSİ				
ERKEK (n:10)	kg/m2	10,0	10,0	80,0
KADIN (n: 27)	kg/m2	14,8	11,1	74,1
KAN BASINCI				
sistolik	mmHg	48,7	37,8	13,5
diastolik	mmHg	81,1	16,2	2,7
SİGARA Kullanımı (toplam)		81,1		18,9
ERKEK (n:10)		90,0		10,0
KADIN (n: 27)		77,7		22,3

Appendiks:

	birimi	İYİ	SINIRDA	KÖTÜ
PLAZMA GLİKOZU	mg/dlt	80-120	≤ 140	>140
Açlık		80-145	146-180	>180
TOTALKOLESTEROL	mg/dlt	<200	200-239	≥240
TRİGLİSERİD	mg/dlt	<200	200-249	≥ 250
BKİ				
ERKEK	kg/m2	20-25	26-27	>27
KADIN	kg/m2	19-24	25-26	>26
KAN BASINCI	mmHg	*≤ 140-90	140/90-150/95	>160/95
SİGARA TÜKETİMİ		Sigara içmiyor	pipo	Sigara içiyor

KALP SAĞLIĞI TARAMASI İÇİN BAŞVURAN ERİŞKİMLERİN FİZİKSEL AKTİVİTE DURUMLARININ SİGARA, ALKOL, BESLENME ALIŞKANLIKLARI VE AİLE ÖYKÜLERİ İLE İLİŞKİSİ

Sevgi ÖZCAN¹, Nafiz BOZDEMİR¹, Güçün ÇOBANOĞLU², Ömer ERDOĞAN³, Haluk ULUSAN⁴, Esra SAATÇI¹, Ersin AKPINAR¹.

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Adana-²Numune Hastanesi, Adana-³AÇSAP Merkezi, Yalova-⁴AÇSAP Merkezi, Bor-Niğde

Giriş: Kalıtsal faktörler sağlığın belirlenmesinde önemli rol oynasalar bile fiziksel aktivite, beslenme, sigara ve alkol alışkanlıkları pek çok hastalık açısından değiştirilebilir önemli risk faktörleri arasında yer almaktadır.

Amaç: Bu çalışmada, kalp hastalıkları taraması için başvuran kişilerin, fiziksel aktivite durumlarının, sigara, alkol, beslenme alışkanlıkları ve aile öyküleri ile ilişkisinin ortaya konulması amaçlandı.

Yöntem Ve Gereçler: Mayıs-Haziran 1999'da araştırmamıza katılan 756 kişiye anket uygulandı.

Bulgular: Katılımcıların %53,8'i kadın, %46,2'si erkekti. Yaş ortalaması 46,8±11,1 (25-86) yıl olarak bulundu. Sigarayı bırakmış olan grubun boş zaman indeksi halen sigara içen gruba göre anlamlı olarak daha yüksekti. İş indeksi halen alkol alanlar ve alkolü bırakmış olanlarda, hiç alkol almamışlara göre anlamlı olarak daha düşüktü. Boş zaman ve spor indeksleri alkolü bırakmış olanlarda, halen alanlara ve hiç almamışlara göre yüksek bulundu (p>0,05). Etin yağlı kısmını nadiren yiyen veya hiç yemeyen grubun spor indeksi, bazen ve sıklıkla yiyen gruplara göre daha yüksekti (p=0,05). Hipertansiyon, koroner kalp hastalığı ve tip 2 diabetes mellitus açısından aile öyküsü pozitif olan grupların fiziksel aktivite indeksleri, aile öyküsü negatif olan gruplara göre daha yüksekti ve gruplar arası bu farklılık üç hastalıkta da spor indeksi açısından anlamlı bulundu.

Sonuç: Sigarayı ve alkolü bırakmış olanların ve etin yağlı kısmını yemeyenlerin fiziksel aktivitelerinin yüksek bulunması bize, olumlu sağlık davranışı gösterenlerin aynı zamanda fiziksel aktivitelerini arttırarak bu davranışlarını pekiştirdiklerini düşündürmüştür. Ailelerinde kronik hastalıkları görmüş ve yaşamış kişilerin bu hastalıklar için değiştirilebilir davranışsal risk faktörleri içerisinde yer alan sedanter yaşam tarzını seçmemeleri ve ailelerinde bu tür hastalıklar olmayanlara göre daha aktif olmaları aile çevresinden olumlu etkilendiklerini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Fiziksel aktivite, erişkin, sigara, alkol, aile öyküsü

GİRİŞ VE AMAÇ

Kalıtsal faktörler sağlığın belirlenmesinde önemli rol oynasalar bile fiziksel aktivite, beslenme, sigara ve alkol alışkanlıkları pek çok hastalık açısından değiştirilebilir önemli risk faktörleri arasında yer almaktadır.

Bu çalışmada, kalp hastalıkları taraması için başvuran kişilerin, fiziksel aktivite durumlarının, sigara, alkol, beslenme alışkanlıkları ve aile öyküleri ile ilişkisinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

YÖNTEM VE GEREÇLER

Kalp hastalıkları taraması için, Mayıs-Haziran 1999 tarihleri arasında, hastaneye başvuran, 25 yaş ve üzeri 812 kişi araştırmaya dahil edilmiş, örnekleme yapılmamıştır. Başvuranların 12'si araştırmaya katılmayı reddettiği için, 44'ü ise bilgi formlarındaki eksiklikler nedeniyle değerlendirilmeye alınmamış, geriye kalan 756 kişi değerlendirilerek araştırma yapılmıştır.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Araştırmanın konusu, amaçları ve yöntem hakkında bilgi verildikten sonra anket formları yüz yüze yapılan görüşme yöntemi ile doldurulmuştur.

Veri toplama aracı olarak, sosyodemografik özellikleri, sigara, alkol ve beslenme alışkanlıklarını, özgeçmiş ve aile öyküsünü sorgulayan bir anket formuna ek olarak orijinali Baecke tarafından geliştirilen fiziksel aktivite anketinin değiştirilmiş bir versiyonu kullanılmıştır. Değiştirilmiş versiyonda boş vakitler ile ilgili bölüm 3 soru ile genişletilmiştir. Kısa, doldurulması kolay, geçerliliği ve tekrarlanabilirliği değişik toplumlarda denenmiş olduğu için bu anket seçilmiştir^{4,5}.

Fiziksel aktivite anketi, kişilerin iş, boş zaman, spor ve toplam fiziksel aktivitelerini değerlendiren 19 sorudan oluşmaktadır. İşteki fiziksel aktivite, 1-8. soruların, spor aktivite, 9-12. soruların, boş zamanlardaki fiziksel aktivite ise 13-19. soruların skorlarının aritmetik ortalaması alınarak elde edilmiştir. Toplam indeks: iş, spor, boş zaman fiziksel aktivite indeks ortalamalarının toplamı ile bulunmuştur.

Elde edilen veriler Epi Info 6.04 program kullanılarak kaydedilmiş, Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 9.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir.

BULGULAR

Katılımcıların %53,8'i kadın, %46,2'si erkekti. Yaş ortalaması 46,8±11,1 (25-86) yıl olarak bulundu.

Sigarayı bırakmış olan grubun boş zaman indeksi halen sigara içen gruba göre anlamlı olarak daha yüksek saptandı (Tablo 1).

İş indeksi halen alkol alanlar ve alkolü bırakmış olanlarda, hiç alkol almamışlara göre anlamlı olarak daha düşüktü. Boş zaman ve spor indeksleri alkolü bırakmış olanlarda, halen alanlara ve hiç almamışlara göre yüksek bulundu ($p>0,05$) (Tablo 2).

Etin yağlı kısmını nadiren yiyen veya hiç yemeyen grubun spor indeksi, bazen ve sıklıkla yiyen gruplara göre daha yüksek saptandı ($p=0,05$) (Tablo 3).

Hipertansiyon (HT), koroner kalp hastalığı (KKH) ve tip 2 diabetes mellitus (Tip 2 DM) açısından aile öyküsü pozitif olan grupların fiziksel aktivite indeksleri, aile öyküsü negatif olan gruplara göre daha yüksekti ve gruplar arası bu farklılık üç hastalıkta da spor indeksi açısından anlamlı bulundu.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Çalışmamızda TEKHARF (Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri) Çalışması ile uyumlu olarak, iş indeksi ile sigara içimi arasında doğru orantılı bir ilişki olduğu, fiziksel iş yoğunluğu arttıkça sigara içme oranının arttığı sonucuna ulaşılmıştır³.

Memorial Hospital Aile Hekimliği Bölümünde Eaton ve arkadaşları tarafından sağlıklı diyetin yüksek fiziksel aktivite düzeyi ile ilişkili olabileceği hipotezinden yola çıkılarak 2004 kişiyle bir çalışma yapılmıştır. Sedanter, orta derecede aktif ve çok aktif üç grubun yeme alışkanlıkları karşılaştırılmış ve orta ve/veya çok aktif kişilerin sedanterlere göre daha fazla lif, daha az total yağ, daha az sature yağ, daha fazla vitamin (A, C, D, E), daha fazla beta karoten ve daha fazla kalsiyum aldıkları ve daha fazla meyve ve sebze yedikleri bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da yukarıdaki çalışmayla uyumlu olarak zeytinyağını, beyaz eti tercih edenlerin ve etin yağlı kısmını yemeyenlerin spor indeksleri daha yüksek bulunmuştur. Ancak sadece etin yağlı kısmını yememe ile spor indeksi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Sigarayı ve alkolü bırakmış olanların ve etin yağlı kısmını yemeyenlerin fiziksel aktivitelerinin yüksek bulunması bize, olumlu sağlık davranış gösterenlerin aynı zamanda fiziksel aktivitelerini artırarak bu davranışlarını pekiştirdiklerini düşündürmüştür.

Ailelerinde kronik hastalıkları görmüş ve yaşamış kişilerin bu hastalıklar için değiştirilebilir davranışsal risk faktörleri içerisinde yer alan sedanter yaşam tarzını seçmemeleri ve ailelerinde bu tür hastalıklar olmayanlara göre daha aktif olmaları aile çevresinden olumlu etkilendiklerini göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Pols MA, Peeters PHM, Bueno De Mesquita HB, Ocke MC, Wentink CA, Kemper HCG, Collette HJA. Validity and repeatability of a modified baccke questionnaire on physical activity. *International Journal of Epidemiology*, 1995; 24: 381-388.
2. Philippaerts RM, Westertep KR, Lefevre J. Doubly labelled water validation of three physical activity questionnaires. *Int J Sports Med.*, 1999; 20 (5): 284-289.
3. Onat A. Türk erişkinlerinde fiziksel etkinlik ve bunun başlıca risk faktörleri üzerine etkisi. Onat A. *TEKHARF (Türk Erişkinlerinde Kalp Sağlığı, Risk Profili ve Kalp Hastalığı)*. Pfizer'in Katkısıyla: Ohan Matbaacılık Ltd. Şti, 2000:77-82.
4. Eaton CB, Mc Phillips JB, Gans KM, Garber CE, Assaf AR, Lasater TM, Carleton RA. Cross-sectional relationship between diet and physical activity in two southeastern New England communities. *Am. J. Prev. Med.*, 1995; 11(4):238-244.

Tablo 1: Araştırma Grubuna Katılan Kişilerin Halen Sigara İçip İçmedikleri ile İş İndeksi, Boş Zaman İndeksi, Spor İndeksi ve Toplam İndeks Ortalamalarının Karşılaştırılması

Halen sigara içimi	n	İş indeksi ort. ± SS**	Boş zaman indeksi ort. ± SS**	Spor indeksi ort. ± SS**	Toplam indeks ort. ± SS**
Evet	292	2,74 ± 0,58	2,36 ± 0,50	2,19 ± 0,59	7,30 ± 1,21
Hayır	131	2,70 ± 0,53	2,48 ± 0,50	2,18 ± 0,66	7,36 ± 1,22
Toplam	423	2,73 ± 0,56	2,40 ± 0,50	2,18 ± 0,61	7,32 ± 1,21
P*		0,502	0,020	0,863	0,595

*ANOVA

** SS: Standart Sapma

Tablo 2: Araştırma Grubuna Katılan Kişilerin Alkol Alımı ile İş İndeksi, Boş Zaman İndeksi, Spor İndeksi ve Toplam İndeks Ortalamalarının Karşılaştırılması

Alkol alımı	n	İş indeksi ort. ± SS**	Boş zaman indeksi ort. ± SS**	Spor indeksi ort. ± SS**	Toplam indeks ort. ± SS**
Alıyor	165	2,68 ± 0,65	2,36 ± 0,46	2,16 ± 0,64	7,20 ± 1,23
Almıyor	566	2,81 ± 0,52	2,39 ± 0,49	2,19 ± 0,59	7,39 ± 1,15
Bırakmış	25	2,65 ± 0,59	2,55 ± 0,64	2,31 ± 0,70	7,51 ± 1,39
Toplam	756	2,78 ± 0,55	2,39 ± 0,49	2,19 ± 0,60	7,35 ± 1,18
P*		0,014	0,185	0,988	0,152

Tetanoz endüstrileşmiş ülkelerde yaygın aşılanma programı nedeniyle seyrekleşen bir hastalık olmasına rağmen gelişmekte olan ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunu olmayı devam ettirmektedir. Yaşlı ve aşılanmamış kişiler risk altında bir doz Tetanoz toksoid aşısı gerektirir için genellikle difteri ve boğmaca aşısı ile birlikte uygulanmaktadır. Erşkinlerde ise siklikta düşük doz aşılanmamış veya aşılanmadığına dair belgesi olmayan bireyler için doz ve her on yılda bir defa desise doz önerilmektedir (5).

GİRİŞ VE AMAÇ

Anahat Kelimeler: Diabet, tetanoz, seroprevalans

olduğu ve bu hasta grubunda aşılanma oranlarını arttırmak gerektiği sonucuna varılmıştır.

Diabetli hastalarda enfeksiyonlara karşı artmış hassasiyet ile tetanoza karşı aşılanma oranlarında azalma meydana getiren hastalıkların yüksek bulunmuştur.

Hem diabet ($p=0.00$), hem kontrol grubunda ($p=0.007$) geceklik dönemde aşılama oranlarında tetanoz antitoksin seviyesi grubunda $t=0.364$, $p=0.000$, kontrol grubunda $t=-0.143$, $p=0.044$).

$p=0.000$). Her iki grupta da son aşılanma tarihinden itibaren geçen süre uzadıkça, antikor titrelerinin düşüğü belirlenmiştir. (Hasta $p=0.023$). Kontrol ve hasta gruplarında yaş artmasına bağlı olarak tetanoz antikor seviyesinde azalma saptanmıştır ($p=0.003$, $t=0.155$, $p=0.006$) ve diabetli grupta erkeklerdeki antikor titreleri kadınlara göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($Z=2.267$, $p=0.023$).

Diabet şüphesi uzadıkça, tetanoz antikor titrelerinin düşüğü belirlenmiştir

göre 2.367 kat fazla olduğu saptanmıştır ($\chi^2=12.640$, $p=0.000$, Odds Ratio=2.367)

olma yönünde iki grup arasında anlamlı fark olduğu ve hasta grubunun duyulan antikor titrelerine sahip olma riskinin kontrol grubuna göre 2.367 kat fazla olduğu saptanmıştır. (Z=3.520, $p=0.000$).

Hasta ve kontrol grupları tetanoz antikor titre hızlarına göre karşılaştırıldığında: duyulan ve koruyucu antikor titrelerine sahip 0.9978±1.49 IU/ml olarak bulunmuş ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. (Z=3.520, $p=0.000$).

Araştırmanın sonunda, ortalaması antitoksin konsantrasyonu hasta ve kontrol grubunda sırasıyla 0.8238±1.61 IU/ml ve kontrol grubunda bulunmuştur.

Veriler bilgisayarda SPSS for windows versiyon 10.0 istatistik programına girilmiştir ve aynı programda istatistiksel analizler yapılmıştır. İstatistiksel analizler sırasındaki Mann Whitney U, Kruskal Wallis, χ^2 ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Tetanoz antitoksin seviyesi ELISA yöntemi ile ölçülmüştür. Veriler bilgisayarda SPSS for windows versiyon 10.0 istatistik programına girilmiştir ve aynı programda istatistiksel analizler yapılmıştır. İstatistiksel analizler sırasındaki Mann Whitney U, Kruskal Wallis, χ^2 ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Çalışma grubu genel tip merkezlere kabul edilen ve Klinikale Üniversitesi Tip Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı'nda bulunan 128 kadın) oluşmuştur.

Tip II Diabetes mellituslu hastalarda tetanoza karşı immünte profilini değerlendirmek ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırmak amacıyla planlanmış vaka-kontrol araştırmasıdır.

Tetanoz hem gelişmiş, hem de gelişmekte olan toplulukları etkilemeye devam eder, sık görülen bir hastalıktır. Bu nedenle Tetanoz hem gelişmiş, hem de gelişmekte olan toplulukları etkilemeye devam eder, sık görülen bir hastalıktır. Bu nedenle

ÖZET

***Yrd. Doç.Dr. Klinikale Üniversitesi Tip Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı

***Araş. Gör. Dr. Klinikale Üniversitesi Tip Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı

****Prof. Dr. G.A.T.A. Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji A. D.

Meral SAYGUN*, Ayül ÇAKMAK*, Dilek KILIÇ**, Sedat KAYGUSUZ**, Hazel ÜZER**, Levent DOĞANCI****

İNSTİTÜNE BAĞIMLI OLMAVAN DIABETLİ HASTALARDA TETANOZ SEROPREVALANSI

	Hipertansiyon	n	KKH	n	Tip 2 DM
Var	2.23 ± 0.60	398	2.23 ± 0.61	440	2.24 ± 0.60
Yok	2.13 ± 0.61	358	2.13 ± 0.59	316	2.16 ± 0.61
Toplam	2.19 ± 0.60	756	2.19 ± 0.60	756	2.19 ± 0.60
p*	0.36		0.026		0.058

*ANOVA ** SS: Standart Sapma

Tablo 4: Araştırma Grubuna Katılan Kişilerin Ailede Hastalık (HT, KKH, Tip 2 DM) Öyküleri ile Spor İndeksi Ortalamalarının Karşılaştırılması

	İş İndeksi	Bog zaman indeksi	Spor indeksi	Toplam indeksi
Nadiren veya hiç	2.77 ± 0.55	2.38 ± 0.48	2.23 ± 0.63	2.39 ± 1.18
Bazen	2.76 ± 0.53	2.39 ± 0.52	2.10 ± 0.50	2.24 ± 1.16
Sıklıkla	2.81 ± 0.60	2.39 ± 0.50	2.14 ± 0.60	2.34 ± 1.22
Toplam	2.78 ± 0.55	2.39 ± 0.49	2.19 ± 0.60	2.35 ± 1.18
p*	0.733	0.990	0.050	0.431

*ANOVA ** SS: Standart Sapma

Tablo 3: Araştırma Grubuna Katılan Kişilerin Etnik Yaşlı Kısmını Yıyıp Yememe Durumları ile İş İndeksi, Bog Zaman İndeksi, Spor İndeksi ve Toplam İndeks Ortalamalarının Karşılaştırılması

ALTINCI BÖLÜM:KRONİK HASTALIKLAR

Bizim ülkemizde, tetanoza karşı bağışıklamada uygulama, yaşamın ilk yılında dört doz difteri, boğmaca, tetanoz kombinasyon ve bunn izleyen her on yıla bir rapel dozunu yapması şklindedir, ancak pratik uygulamada adölesan dönemden sonraki rapel aşılama rutin uygulanamamaktadır.

Bu gelişimin amacı diabetli kişilerde tetanoza karşı humoral immün cevabın bozulup bozulmadığını değerlendirmektir. Bu amaçla insüline bağımlı olmayan Tip II diabetli kişilerde ve sağlıklı kontrol tetanoz antitoksin seviyesi karşılaştırılmıştır.

MATERİYAL-METOD

Araştırma vaka-kontrol çalışması olarak planlanmıştır. Çalışma grubu yerel tip merkezlerince kabul edilen ve Kirikkale Üniversitesii Tip Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları kliniğinde ayakta tedavi alanlar ve 310 gönüllü Tip II diabet hastası ve 200 sağlıklı bireyden oluşmuştur.

Çalışmaya alınan kişiler, yaşını, cinsini, mesleğini, eğitim durumunu, hastalığın süresini, çocuklukta, askerlikte ve gebelikteki aşılama durumunu sorulayan anket formu uygulanmış daha sonra kan alınarak ELISA Testi ile tetanoz antitoksin seviyesi belirlenmiştir.

Tetanoz antitoksin düzeyleri değerlendirilmeden aşgıdaaki sınıflamadan yararlanılmıştır (6)

0.1 IU/ml'den düşük düzeydeki değerler hassasiyet,

0.1-1 IU/ml arasındaki değerler koruyucu olduğu,

1 IU/ml'nin üzerindeki değerler uzun süre koruyuculuğu göstermektedir.

Veriler bilgisayarda SPSS for windows versiyon 10.0 istatistik programına girilmiş ve aynı programda istatistiksel analizleri yapılmıştır. İstatistiksel analizler sırasında Mann Whitney U, Kruskal Wallis, χ^2 ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

BULGULAR

Çalışma grubundaki 176 erkek, 334 kadın toplam 510 kişinin yaşları 24 ile 85 arasında değişmekteydi ve ortalaması $55,67 \pm 11,57$ idi. 310 diabetli kişinin (104 erkek, 206 kadın) yaş ortalaması $55,48 \pm 11,57$ idi. Diabetin süresi bir ay ile 35 ay arasında değişmekteydi ve ortalaması $75,32 \pm 74,61$ aydı. Kontrol grubu 200 sağlıklı kişiden (72 erkek, 128 kadın) oluşmaktaydı ve yaş ortalaması $55,96 \pm 11,34$ yıldı. Hasta ve kontrol gruplarının yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($\chi^2=1,103$, p=0,981).

Ortalama antikor konsantrasyonu hasta ve kontrol gruplarında sırasıyla $0,8238 \pm 1,61$ IU/ml ve $0,9978 \pm 1,49$ IU/ml bulundu.

iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($\chi^2=3,520$, p=0,0001)

Hasta ve kontrol grupları, tetanoz antikor titre hızlarına göre karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark saptandı ($\chi^2=14,58$, p=0,001). Antikor titresi 0,1 IU/ml'inde olan bireylerin oranı diabet grubunda (%26,2), kontrol grubunda (%13,5) göre yüksek bulundu. Hasta ve kontrol gruplarında anlamlı fark saptandı.

Hasta ve kontrol gruplarının antikor titre hızlarını, duyarlı (0,1 IU/ml'nin altında) ve koruyucu (0,1 IU/ml'nin üstünde) olarak değerlendiren gruplarında duyarlı ve koruyucu antikor titre hızlarına göre karşılaştırıldığında anlamlı fark saptandı ($\chi^2=2,367$ kat fazla olduğu bulundu).

Hasta grubunda diabetin süresi in uzaması ile antitoksin seviyesinin düşüğü saptanmıştır (r=-0,155, p=0,006). Ortalama antikor titresi diabetli kadın ve erkeklerde sırasıyla $0,7053 \pm 1,4951$ ve $1,0607 \pm 1,8235$ bulundu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (z=-2,267, p=0,023). Kontrol grubundaki ortalama antikor titresi kadınlarda $0,8694 \pm 1,358$ erkeklerde ise $1,2260 \pm 1,7021$ bulundu. Ortalamalar arasında anlamlı bir fark belirlenemedi (z=-0,761, p=0,447) (Tablo:1).

Hem hasta (p=0,000), hem de kontrol grubunda (p=0,003) yaşın artmasına bağlı olarak tetanoz immunité seviyesinde azalma olduğu bulundu. Hem hasta ve kontrol grubunda 20-29 yaş grubunda 0,1 IU/ml den düşük seviyede antikor titresi olan kimse saptanmadı. 70-79 yaş grubunda ise hasta grubunda 10 (%63,7) ve kontrol grubunda 63 kişi (%26,3) saptanmıştır (Tablo:2).

Hem hasta, hem de kontrol grubunda, son aşılama tarihinden sonra geçen süre ile antikor titreleri arasında anlamlı ilişki incelendiğinde; hasta antikor titrelerinin düşüğü gözlemlenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Hasta grubu için r=-0,364, p=0,000, kontrol grubu için r=-0,143, p=0,044).

Çocukluk döneminde aşılama ile tetanoz antikor titreleri arasındaki ilişkiyi araştırdığımızda, 258 (%50,7) kişinin aşılama aşılama tarihleri hatırlamadığı, 106 diabetli (%34,3), 82 kontrol (%41,0) grubundan olmak üzere toplam 188 (%36,9) kişinin ise çocukluk döneminde tetanoz aşısı olduğu bulundu ve her iki grupta da tetanoz antikor titreleri ile primer immunizasyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Hasta grubu için p=0,0001 ve kontrol grubu için p=0,007)

176 erkekte 135 (%77,1)'nin askerlik döneminde aşılandı, bunlardan 77 (%44,8)'sinin diabetli ve 58 (%80,6) 'nin antikor titresi diabetli olduğu bulundu. Hasta ve kontrol gruplarında askerlik döneminde aşılanma ile tetanoz antitoksin seviyesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulundu (Hasta grubu için p=0,027, kontrol grubu için p=0,446)

328 kadından 26 (%7,9)'sini hamilelik döneminde tetanoz aşısı olduğu, bunun 7 (%3,4)'sini diabetli, 19 (%5,2)'nün kontrol grubunda olduğu bulundu. Tetanoz antikor titreleri ile, hamilelik döneminde aşılanma arasındaki ilişki araştırıldığında; kontrol grubunda anlamlı bir ilişki saptanırken (p=0,0001), diabetli grupta aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu.

Eğitim seviyesi ile tetanoz antikor titreleri arasındaki ilişkiyi araştırdığımızda; okur yazarak olmayan kişilerden antikor titresini ortalaması $0,5159 \pm 1,1580$ IU/ml yüksek okur mezunu olanların ortalaması $1,4577 \pm 2,1287$ bulundu. Hem de kontrol grubunda, eğitim seviyesindeki artış ile tetanoz antikor titreleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Hasta grubu için p=0,004, kontrol grubu için p=0,010).

TARTIŞMA

Clostridium tetani sporlarının yoğunluğu enfeksiyon ve hastalık için belirleyicidir. Çocuklukta uygulanan tetanoza karşı bağışıklanma, zaman geçtikçe azalmakta ve zamanla birveyi hastalığa karşı duyarlı hale getirmektedir (4). Yaşlılar, özellikle kadınlar en yüksek risk grubudur. Tetanozun sıklıkla aşılanmamış ya da aşı geçmişi bilinmeyen kişilerde görüldüğü saptanmıştır (7). Aşı programları hem gelişmiş, hem de gelişmekte olan ülkelerde çocukluk evresinde

Tablo-I: Diabet ve kontrol gruplarında tetanoz antikor seviyelerinin cinslere göre dağılımı

Antitoxin Antikor Konsantrasyon Düzeyi (IU/ml)	<0.1		0.1-1		>1	
	Hasta n (%)	Kontrol n (%)	Hasta n (%)	Kontrol n (%)	Hasta n (%)	Kontrol n (%)
Toplam	510	510	314 (61.6)	89 (17.5)		
Erişkin	206 (66.5)	206 (66.5)	122 (59.7)	87 (67.9)	23(11.2)	24(18.7)
Erkek	104 (33.5)	104 (33.5)	61 (58.6)	43(59.7)	22(21.2)	20(27.7)
Toplam	310	310	184 (59.3)	130 (65)	45 (14.6)	44 (22)
Erişkin	206 (66.5)	206 (66.5)	122 (59.7)	87 (67.9)	23(11.2)	24(18.7)
Erkek	104 (33.5)	104 (33.5)	61 (58.6)	43(59.7)	22(21.2)	20(27.7)

*Satır yüzdesi

Tablo-II: Diabet ve kontrol gruplarında tetanoz antikor seviyelerinin yaşlara göre dağılımı

Antitoxin Antikor Konsantrasyon Düzeyi (IU/ml)	<0.1		0.1-1		>1	
	Hasta n (%)	Kontrol n (%)	Hasta n (%)	Kontrol n (%)	Hasta n (%)	Kontrol n (%)
Toplam	310	310	184 (59.3)	130 (65)	45 (14.6)	44 (22)
20-29	3	2	1 (33.3)	1 (50)	2 (66.6)	1 (50)
30-39	17	17	19 (65.5)	3 (17.6)	10(34.5)	13(76.5)
40-49	39	39	31 (79.5)	31 (79.5)	16(27.1)	5 (12.8)
50-59	63	63	51 (55.4)	45 (71.4)	10(10.8)	12(19.0)
60-69	99	99	60 (63.2)	37 (62.7)	7 (7.4)	11(18.6)
70-79	28	28	18 (64.3)	12 (63.2)	-	2 (10.5)
80-89	1	1	4 (100)	1 (100)	-	-

*Satır yüzdesi

HEMİŞİRELERİN KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ YAPMA VE MAMOGRAFİ ÇEKİTİRMEYE YÖNELİK DAVRANIŞLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Kuvahan Aktan*, Topuzoğlu A**, Harmancı H***.

* Dr. Tıp Ana Bilim Dalı, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
** Dr. Halk Sağlığı Uzmanı, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
*** Doç. Dr. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

GİRİŞ: Bu araştırmanın amacı, topluma kendi kendine meme muayenesini öğretecek grup içerisinde olan hemşirelerin meme kanserinin erken tanı yöntemlerinden kendi kendine meme muayenesi bilme ve uygulama durumlarının saptanması, hemşirelerin meme kanserini ve meme muayenesini ve mamografi çekitirme konusunda davranışlarının saptanması, yaş, öğrenim durumu, hemşirenin çalıştığı birim, ilk adet yaşı, ilk doğumunu doğurduğu, yaş, aile hikayesi, KKM'M yapmayı nereden öğrendiği, gibi faktörlerin kendi kendine meme muayenesini ve mamografiyi bilme ve KKM'M'yi yapma durumlarını etkileyip etkilemediğinin saptanmasıdır. *GEREÇ-YÖNTEM:* Araştırmaya Anadolu yakasından 10 sağlık kuruluşunda çalışan 20-59 yaş grubundaki hemşireler dahil edilmiştir. Bu gruptaki tüm hemşirelere ulaşmak hedeflenmiştir ancak 827 hemşirenin 587'sine (%70.7) ulaşılmıştır. Araştırma kestisel bir çalışmadır.

SONUÇ: Bu çalışmaya katılan hemşirelerin %68'si KKM'M uygulamaktadır. Hemşirelerden KKM'M uygulamaması yapanların %49.1'inin bu uygulamayı düşünmediğini, KKM'M'yi hiç yapmamış hemşirelerin oranı %13.2'dir. Hemşirelik yükseleceği ölçüde KKM'M'yi daha fazla bilme ve uygulamaktadır. Yaşam boyu meme kanseri olma riski hesaplandığında çalışmamıza katılan hemşire grubunda yaşam boyu risk istatistiksel olarak önemli bir farkla, normal popülasyonun taşıdığı riskten düşük olarak saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: meme kanseri, kendi kendine meme muayenesi, korunma.

GİRİŞ

Meme kanseri dünyada ve ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Meme kanseri Amerika Birleşik Devletleri'nde kadınlarda görülen tüm kanserlerin %29'unu oluşturmaktadır, her 10 kadından birinin hayatlarının herhangi bir döneminde meme kanserine yakalanacağı öngörülmektedir. Meme kitleleri olan her on kadından sekizinde lezyon iyi huyludur ve meme kitleleri olan her on kadından dokuzu tümörü kendi kendine bulur. Meme patolojisi olan hastaların %90'ından fazlası hastalıklarını kendileri bularak okutur. Bu nedenle de erken tanı hayat kurtarıcıdır. Kendi kendine meme muayenesinin (KKM'M), kolay öğrenilip uygulanabilmesi, zararsız ve ekonomik olması, bu yöntemle üstünlük kazandıran özelliklerdir. Ancak KKM'M'nin başlatılması için sürekli ve periyodik aralıklarla yapılması, kişilerin meme muayenesine istekli olması, muayene tekniğinin iyi bilmesi ve kendilerini pratik yapmada sorumlu hissetmeleri gerekir.^{1,2} Meme kanserinin erken tanısı için 20 yaş ve üzerindeki kadınlarda her ay KKM'M'ni yapmalı ve 20-39 yaşları arasında az her üç yılda bir hekim tarafından meme muayenesi yapılmalıdır. Bunlara ek olarak 40 yaşından itibaren yılda bir kez mamografi çekitirmesi gereklidir.³ Meme kanserinde belirlemiş risk faktörleri vardır. Bunlar: yaş, coğrafya (Amerika, Avrupa ya da Asya),

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

yapılları saptanmıştır¹⁵. Yaşam boyu meme kanseri olma riski hesaplandığında çalışmamıza katılan hemşire grubunda yaşam boyu risk istatistiksel olarak önemli bir farkla, normal popülasyonun taşıdığı riskten düşük olarak saptanmıştır. Bunun nedeni risk hesabı yaparken kullanılan yazılımın Amerikan popülasyonu göz önüne alınarak hazırlanmış olması olabilir.

KAYNAKLAR

1. Uluslararası Kanser Savag Birliği , Kanser H emşireliğinde Temel Kavramlar(çev ed Nurgün Platin) Ankara , Türk Kanser Araştırma ve Savag Kurumu 78-88,1987
2. Fisher B, Gospome K, C, Margolose R, Bloorer W. Neoplasms of the Breast. Epidemiologic Reviews, 15, 1, 1706-1735,1993.
3. Ulsal Aile Planlaması Hizmet Reçberi, Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı, T. C. Sağlık Bakanliğı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Cilt 1, 91; Ankara 2000.
4. Dorcas H, R, Meme Kanserini, Çeviri Editörlüğü: Nur İnanç, Hemşireler için Kanser El Kitabı, IV. Akşam Sanat Okulu Malbaası, I. Baskı, Ankara, 259-274, 1998.
5. A Consumer's Guide, Early Breast Cancer, the breast and cancer, formatting last updated 19 Febr. 1998 <http://www.ubcc.org. Au / pages/info/resource/dbcpcubsc/lincon/impact.htm>
6. American Cancer Society webpage,How to perform a breast self exam, last updated July 2002 [http://www.cancer.org/epnse/main/docroot/CRK/7/Ozyeğin A. Meme Hastalıkları, Genel Cerrahi \(Ed S. Aybor\) Nobel tip Kitapevi, İstanbul s. 131-156, 1991](http://www.cancer.org/epnse/main/docroot/CRK/7/Ozyeğin A. Meme Hastalıkları, Genel Cerrahi (Ed S. Aybor) Nobel tip Kitapevi, İstanbul s. 131-156, 1991)
7. Ozyeğin A, Meme Hastalıkları, Genel Cerrahi (Ed S. Aybor) Nobel tip Kitapevi, İstanbul s. 491-552, 1991
8. Gökseil H, Nemoto, T, Onat D, meme Hastalıkları, Temel Cerrahi (Ed. I.Sayk), Güneş Kitapevi ,Ankara , s.491-552, 1991
9. Altın F, Meme Hastalıkları, Aile Matbaacılık, İstanbul, s.1-109, 1993
10. Feldman J.G. and Others. Breast Self-Examination Relationship to Stage of Breast Cancer at Diagnosis Cancer 47, 2740, 1981.
11. Nichols S, The Southampton Breast Study Implications For Nurses, Nursing Times 79, December 1983.
12. Zinçir H, Malaya II Merkeziinde 40 Yaş Üzeri Kadınların Meme Kanserini ve Korunma Konusunda Bilgi Tulum ve Davranışları, Yüksek Lisans Tezi, T. C. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Malaya, 1999
13. Ereil İ, Bayk A, Bahar Z, Lise Öğrencilerinin ve Aile Uyelilerinin Kanser Riskleri ve Korunmaya İlişkin Davranış ve Tutumları, Ege Üniversitesi Araştırma Fonu Proje Raporu, Proje No: HEM / 01-1995, Bornova, İzmir , 1998.
14. Rosvold E, O, Breast self examination and : cervical cancer testing among Norwegian female physicians. Social Science & Medicine 2001 January; 52 (2): 249-58.
15. Frank E, Kier BK, Brogan D, Elon L, J Womens Health Based Med: (7): 791-801, Sept. 2000

Tablo 1: Araştırılmaya katılan hemşirelerin bazı özelliklerine göre dağılımı (İstanbul, 2002).

Degiskenler	20-29	30-39	40+	Toplam
Yaş grubu	301	196	88	585
	51,5	33,5	15,0	100,0
	Standart sapma =7,5			
Son bitirilen okulu	204	122	21,2	35,4
	33,3	19,6	3,6	5,3
	Sağlık Meslek Lisesi			
	Hemşirelik Yüksek Okulu			
	Ön Lisans			
	Yüksek Lisans			
	Toplam			
İlk doğum yaşı	18-23	117	42,2	109,0
	24-29	137	49,5	8,3
	30+	23	8,3	277
	Toplam*			
Birinci derece aktrabada meme kanseri öyküsü	Var	45	7,8	534
	Yok	92,2	92,2	579
	Toplam			
Hiç meme biopsisi	Yapılmış, iyi huylu kitle, kırs	31	5,3	42
	Yapılmış, normal	87,5	7,2	512
	Toplam			
Çalışılan bölüm	Dahil bölümler	292	50,0	181
	Diğer cerrahi bölümler	181	31,0	8,9
	Kadın Hastalıkları ve Doğum	52	8,9	41
	Genel Cerrahi	7,0	3,1	18
	Yönetim ve öğretim kadrosu	3,1	0,5	584

*2 kişi bu soruyu yanıtlamamıştır.

Tablo 2: Araştırmaya katılan hemşirelerin en son mezun oldukları okula göre KKM'M'yi bilin e durumları (İstanbul, 2002)

En son mezun olunan okulu	Bilmiyor		Bilmiyor		Toplam Sayı %
	Sayı	%	Sayı	%	
Sağlık meslek Lisesi	59	78,3	44	21,7	203
Hemşirelik Yüksek Okulu	110	90,9	11	9,1	121
Ön Lisans	81	79,7	46	20,3	227
Yüksek Lisans	19	86,4	3	13,6	22
Toplam	469	81,8	104	18,2	573

Ki-kare= 9,367 p=0,025

Tetanoz endüstrisinin etkilerde yaygın aşılama programı nedeniyle the scyrek götülen bir hastalık olmasına rağmen gelişmekte olan ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunu olmayı devam ettirmektedir. Yaşlı ve aşılanmamış kişiler risk altında bir doz Tetanoz toksoid aşısı gerektirir için genellikle difteri ve boğmaca aşısı ile birlikte uygulanmaktadır. erişkinlerde ise siklikta düşük doz difteri toksoid (Td vaccine) ile combine edilmektedir. ACP (American Committee on Immunization Practices) göçüklük aşılanmamış veya aşılanmadığına dair belgesi olmayan bireyler için doz ve her on yılda bir defa desek doz önermektedir (5).

GİRİŞ VE AMAÇ

Anahar Kelimeler: Diabet, tetanoz, seroprevalans

olduğu ve bu hasta grubunda aşılama oranlarını arttırmak gerektiği sonucuna varılmıştır.

Diabetli hastalarda enfeksiyonlara karşı artmış hassasiyet ile tetanoza karşı antitoksin bağışıklığında azalma açısından ilişki anlamı olarak yüksek bulunmuştur.

Hem diabet ($p=0.00$), hem kontrol grubunda ($p=0.007$) göçüklük döneminde aşılama sırasında tetanoz antitoksin seviyesi grubunda $t=0.364$, $p=0.000$, kontrol grubunda $t=-0.143$, $p=0.044$).

$p=0.000$). Her iki grupta da son aşılamadan itibaren geçen süre uzadıkça, antikor titrelerinin düşüğü belirlenmiştir. (Hasta $p=0.023$). Kontrol ve hasta gruplarında yaş artmasına bağlı olarak, tetanoz antikor seviyesinde azalma saptanmıştır ($p=0.003$, $t=0.155$, $p=0.006$) ve diabetli grupta erkeklerdeki antikor titreleri, kadınlara göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($Z=2.267$, $p=0.023$).

Diabet şüresi uzadıkça, tetanoz antikor titrelerinin düşüğü belirlenmiştir

göre 2.367 kat fazla olduğu saptanmıştır ($\chi^2=12.640$, $p=0.000$, Odds Ratio= 2.367)

olma yönünde iki grup arasında anlamlı fark olduğu ve hasta grubunun duyulan antikor titrelerine sahip olma riskinin kontrol grubuna göre 2.367 kat fazla olduğu saptanmıştır. (Z=3.520, $p=0.000$).

Hasta ve kontrol grupları tetanoz antikor titre hızlarına göre karşılaştırıldığında: duyulan ve koruyucu antikor titrelerine sahip

0.9978± 1.49 IU/ml olarak bulunmuş ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. ($Z=3.520$, $p=0.000$).

Araştırmanın sonunda, ortalamada antitoksin konsantrasyonu hasta ve kontrol grubunda sırasıyla 0.8238±1.61 IU/ml ve

kullanılmıştır.

analizleri yapılmıştır. İstatistiksel analizler sırasındaki Mann Whitney U, Kruskal Wallis, χ^2 ve Pearson korelasyon analizi

Tetanoz antitoksin seviyesi ELISA yöntemi ile ölçülmüştür.

erkek, 128 kadın) ölçülmüştür.

kliniğinde ayakta kalan geçirdi ameliyatlara tabii edilen 310 gönüllü Tip II diabet hastası (104 erkek,206 kadın) ve 200 sağlıklı bireyden (72

Çalışma grubu genel tip mekzelerine kabul edilen ve Klinikale Üniverstesi Tip Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları

ameliyatı planlanmamış vaka-kontrol araştırmasıdır.

Tip II Diabetes mellituslu hastalarda tetanoza karşı immünte profilini değerlendirmek ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırmak

Tetanoz hem gelişmiş, hem de gelişmekte olan toplulukları etkilemeye devam ede r, sik götülen bir hastalıktır. Bu bağlamda

ÖZET

**** Prof. Dr. G.A.T.A. Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji A. D.

*** Arş. Gör. Dr. Klinikale Üniverstesi Tip Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı

** Yrd. Doç. Dr. Klinikale Üniverstesi Tip Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

* Yrd. Doç. Dr. Klinikale Üniverstesi Tip Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Meral SAYGÜN*, Ayül ÇAKMAK**, Dik KILIÇ**, Sedat KAYGUSUZ**, Hazel ÜZER**, Levent DOĞANCI****

İNSTİTNE BAĞIMLI OLMAVAN DİABETLİ HASTALARDA TETANOZ SEROPREVALANSI

	Hipertansiyon		n		KKH		n		Tip 2 DM	
Var	440	2.23 ± 0.60	398	2.23 ± 0.61	440	2.24 ± 0.60				
Yok	316	2.13 ± 0.61	358	2.13 ± 0.59	316	2.16 ± 0.61				
Toplam	756	2.19 ± 0.60	756	2.19 ± 0.60	756	2.19 ± 0.60				
p*		0.36		0.026		0.058				

*ANOVA ** SS: Standart Sapma

Aile Oykusu Spor indeksi ortalaması ± SS

Tablo 4: Araştırma Grubuna Katılan Kişilerin Ailede Hastalık (HT, KKH, Tip 2 DM) Oyküsü ile Spor İndeksi Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Hipertansiyon		n		KKH		n		Tip 2 DM	
Nadiren veya hiç	483	2.77 ± 0.55	2.38 ± 0.48	2.23 ± 0.63	7.39 ± 1.18					
Bazen	148	2.76 ± 0.53	2.39 ± 0.52	2.10 ± 0.50	7.24 ± 1.16					
Sıklıkla	125	2.81 ± 0.60	2.39 ± 0.50	2.14 ± 0.60	7.34 ± 1.22					
Toplam	756	2.78 ± 0.55	2.39 ± 0.49	2.19 ± 0.60	7.35 ± 1.18					
p*		0.733		0.990		0.431				

*ANOVA ** SS: Standart Sapma

Tablo 3: Araştırma Grubuna Katılan Kişilerin Etnik Yaşlı Kısmını Yıyıp Yememe Durumları ile İŞ İndeksi, Boş Zaman İndeksi, Spor İndeksi ve Toplam İndeks Ortalamalarının Karşılaştırılması

ALTIINCI BÖLÜM:KRONİK HASTALIKLAR

Bizim ülkemizde, tetanoza karşı bağışıklamada uygulama, yaşamın ilk yılında dört doz difteri, boğmaca, tetanoz kombinasyon ve bunn izleyen her on yıla bir rapel dozunu yapması şklindedir, ancak pratik uygulamada adölesan dönemden sonraki rapel aşılama rutin uygulanmamaktadır.

Bu gelişimin amacı diabetli kişilerde tetanoza karşı humoral immün cevabın bozulup bozulmadığını değerlendirmektir. Bu amaçla insüline bağımlı olmayan Tip II diabetli kişilerde ve sağlıklı kontrol tetanoz antitoksin seviyesi karşılaştırılmıştır.

MATERİYAL-METOD

Araştırma vaka-kontrol çalışması olarak planlanmıştır. Çalışma grubu yerel tip merkezlerince kabul edilen ve Klinikale Ünitesi Tip Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları kliniğinde ayakta tedavi alanlar için 310 gönüllü Tip II diabet hastası ve 200 sağlıklı bireyden oluşmuştur.

Çalışmaya alınan kişiler, yaşını, cinsini, mesleğini, eğitim durumunu, hastalığın süresini, çocuklukta, askerlikte ve gebelikteki aşılama durumunu sorulayan anket formu uygulanmış daha sonra kan alınarak ELISA Testi ile tetanoz antitoksin seviyesi belirlenmiştir.

Tetanoz antitoksin düzeyleri değerlendirilmeden aşığıdaki sınıflamadan yararlanılmıştır (6)

0 1 IU/ml den düşük düzeydeki değerler hassasiyeti,

0,1-1 IU/ml arasındaki değerler koruyucu olduğu,

1 IU/ml'nin üzerindeki değerler uzun süre koruyuculuğu göstermektedir.

Veriler bilgisayarda SPSS for windows versiyon 10.0 istatistik programına girilmiş ve aynı programda istatistiksel analizleri yapılmıştır. İstatistiksel analizler sırasınada Mann Whitney U , Kruskal Wallis, χ^2 ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

BULGULAR

Çalışma grubundaki 176 erkek, 334 kadın toplam 510 kişinin yaşları 24 ile 85 arasında değişmekteydi ve ortalaması $55,67 \pm 11,57$ idi. 310 diabetli kişinin (104 erkek, 206 kadın) yaş ortalaması $55,48 \pm 11,57$ idi. Diabetin süresi bir ay ile 35 ay arasında değişmekteydi ve ortalaması $75,32 \pm 74,61$ aydı. Kontrol grubu 200 sağlıklı kişiden (72 erkek, 128 kadın) oluşmaktaydı ve yaş ortalaması $55,96 \pm 11,34$ yıldı. Hasta ve kontrol gruplarının yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($\chi^2=1,103$, p=0,981).

Ortalama antikor konsantrasyonu hasta ve kontrol gruplarında sırasıyla $0,8238 \pm 1,61$ IU/ml ve $0,9978 \pm 1,49$ IU/ml bulundu. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($\chi^2=3,520$, p=0,0001).

Hasta ve kontrol grupları, tetanoz antikor titre hızlarına göre karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark saptandı ($\chi^2=14,58$, p= 0,001). Antikor titresi 0,1 IU/ml'inde olan bireylerin oranı diabet grubunda (%26,2), kontrol grubunda (%13,5) göre yüksek bulundu. Antikor titresi 1,0 IU/ml üzerinde olan bireylerin oranı kontrol grubunda (%22), hasta grubuna (%14,5) göre yüksek bulunmuştur (Tablo1).

Hasta ve kontrol gruplarının antikor titre hızlarını, duyarlı (0,1 IU/ml'nin altında) ve koruyucu (0,1 IU/ml'nin üstünde) olarak tekrar karşılaştırıldığında: duyarlı ve koruyucu antikor titrelerine sahip olma yönünden hasta ve kontrol gruplarının arasında anlamlı fark olduğu ve hasta grubunun duyarlı antikor titre hızına sahip olma riskinin, kontrol grubuna göre 2,367 kat fazla olduğunu belirtmiştir ($\chi^2=12,640$ p=0,000, Odds Ratio= 2,367).

Hasta grubunda diabetin süresi in uzaması ile antitoksin seviyesinin düştüğü saptanmıştır (r=-0,155, p=0,006).

Ortalama antikor titresi diabetli kadın ve erkeklerde sırasıyla $0,7053 \pm 1,4951$ ve $1,0607 \pm 1,8235$ bulundu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (z=-2,267, p=0,023). Kontrol grubundaki ortalama antikor titresi kadınlarda $0,8694 \pm 1,358$, erkeklerde ise $1,2260 \pm 1,7021$ bulunurken, ortalamalar arasında anlamlı bir fark belirlenemedi (z=-0,761, p=0,447) (Tablo:1).

Hem hasta (p=0,000), hem de kontrol grubunda (p=0,003) yaşın artmasına bağlı olarak tetanoz immunité seviyesinde azalma olduğu yüksek antikor titresinin 20-29 yaş grubunda olduğu gözlemlenmiştir.

Hem hasta, hem de kontrol grubunda 20-29 yaş grubunda 0,1 IU/ml den düşük seviyede antikor titresi olan kimse saptanmamışken, 70-79 yaş grubunda ise hasta grubunda 10 (%63,7) ve kontrol grubunda beş kişi (%26,3) saptanmıştır (Tablo:2).

Hem hasta, hem de kontrol grubunda, son aşılama tarihinden sonra geçen süre ile antikor titreleri arasındaki ilişki incelendiğinde; hasta antikor titrelerinin düştüğü gözlemlenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Hasta grubu için r=-0,364, p=0,000, kontrol grubu için r=-0,143, p=0,044).

Çocukluk döneminde aşılama ile tetanoz antikor titreleri arasındaki ilişkiyi araştırdığımızda, 258 (%50,7) kişinin aşılama aşılama tarihini hatırlamadığı, 106 diabetli (%34,3), 82 kontrol (%41,0) grubundan olmak üzere toplam 188 (%36,9) kişinin ise çocukluk döneminde tetanoz aşısı olduğu belirlenmiş ve her iki grupta da tetanoz antikor titreleri ile primer immunizasyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Hasta grubu için p=0,0001 ve kontrol grubu için p= 0,007).

176 erkekte 135 (%77,1)'nin askerlik döneminde aşılandı, bunlardan 77 (%44,8) sinin diabetli ve 58 (%80,6) 'nin kontrol grubundan olduğu belirlenmiştir. Hasta ve kontrol gruplarında askerlik döneminde aşılanma ile tetanoz antitoksin seviyesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Hasta grubu için p=0,027, kontrol grubu için p= 0,446).

328 kadından 26 (%7,9) sinin hamilelik döneminde tetanoz aşısı olduğu, bunun 7 (%3,4) sinin diabetli, 19 (%5,2) unun kontrol grubundan olduğu belirlenmiştir. Tetanoz antikor titreleri ile, hamilelik döneminde aşılanma arasındaki ilişki araştırıldığında; kontrol grubunda anlamlı bir ilişki saptanırken (p=0,0001), diabetli grupta aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmadığı, anlamlılığa eğilim saptanmıştır (p=0,059).

Eğitim seviyesi ile tetanoz antikor titreleri arasındaki ilişkiyi araştırdığımızda; okur yazarak olmayan kişilerden antikor titresi ortalaması $0,5159 \pm 1,1580$ IU/ml yüksek okur mezunu olanların ortalaması $1,4577 \pm 2,1287$ olduğunu ve hem hasta, hem de kontrol grubunda, eğitim seviyesindeki artış ile tetanoz antikor titreleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Hasta grubu için p=0,004, kontrol grubu için p=0,010).

TARTIŞMA

Clostridium tetani sporlarının yoğunluğu enfeksiyon ve hastalık için belirleyicidir. Çocuklukta uygulanan tetanoza karşı bağışıklanma, zaman geçtikçe azalmakta ve zamanla bireyi hastalığa karşı duyarlı hale getirmektedir (4).

Yaşlılar, özellikle kadınlar en yüksek risk grubudur. Tetanozun sıklıkla aşılanmamış ya da aşı geçmişti bilinmeyen kişilerde görüldüğü saptanmıştır (7). Aşı programları hem gelişmiş, hem de gelişmekte olan ülkelerde çocukluk evresinde

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

yapılları saplanmıştır¹⁵. Yaşam boyu meme kanseri olma riski hesaplandığında gelişmiş ülkelerde kadınların meme kanseri olma riski, normal popülasyonun tasdiğı riskten düşük olarak tespit edilmiştir. Bunun nedeni risk hesabı yapılmış olan popülasyonun göz önüne alınarak hazırlanmış olmasıdır.

KAYNAKLAR

1. Uluslararası Kanser Savag Birliğı, Kanser Hımsiretinde Temel Kavramlar(çev ed. Nurgün Platin) Ankara, Türk Kanser Araştırma ve Savag Kurumu, 78-88,1987
2. Fisher B, Gospome K, C, Margolose R, Bloorer W. Neoplasms of the Breast. Epidemiologic Reviews, 15, 1, 1706-1735,1993.
3. Ulsal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, Aile Planlaması ve Üreme Sağliğı, T.C. Sağlık Bakanliğı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Cilt 1, 91: Ankara 2000.
4. Dorcas H, R, Meme Kanseri, Çeviri Editörlüğü: Nur İnanç, Hımsiretler için Kanser El Kitabı, IV. Akşam Sanat Okulu Malbaası, I. Baskı, Ankara, 259-274, 1998.
5. A Consumer's Guide, Early Breast Cancer, the breast and cancer, formatting last updated 19 Febr. 1998 <http://www.ubcc.org>. Au / pages/info/resource/dbcpsubsc/incon/impact.htm
6. American Cancer Society webpage, How to perform a breast self exam, last updated July 2002 <http://www.cancer.org/epnse/main/docroot/CRK/>
7. Özyeğin A, Meme Hastalıkları, Genel Cerrahi (Ed S. Aybor) Nobel İp Kitapevi, İstanbul s. 131-156, 1991
8. Gökse H, Nemoto, T, Onat D, meme Hastalıkları, Temel Cerrahi (Ed. I. Sayk), Güneş Kitapevi, Ankara, s.491-552, 1991
9. Altın F, Meme Hastalıkları, Aile Matbaacılık, İstanbul, s.1-109, 1993
10. Feldman J, G, and Others. Breast Self-Examination Relationship to Stage of Breast Cancer at Diagnosis. Cancer 47, 2740, 1981.
11. Nichols S, The Southampton Breast Study Implications For Nurses, Nursing Times 79, December 1983.
12. Zinçir H, Malaya II Merkeziinde 40 Yaş Üzeri Kadınların Meme Kanseri ve Korunma Konusunda Bilgi Tulum ve Davranışları, Yüksek Lisans Tezi, T.C. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağliğı Anabilim Dalı, Malaya, 1999
13. Erete I, Bayk A, Bahar Z, Lise Öğrencilerinin ve Aile Uyelilerinin Kanser Riskleri ve Korunmaya İlişkin Davranış ve Tutumları, Ege Üniversitesi Araştırma Fonu Proje Raporu, Proje No: HEM / 01-1995, Bornova, İzmir, 1998.
14. Rosvold E, O, Breast self examination and cervical cancer testing among Norwegian female physicians. Social Science & Medicine 2001 January; 52 (2): 249-58.
15. Frank E, Kier BK, Brogan D, Elon L, J Womens Health Based Med: (7): 791-801, Sept. 2000

Tablo 1: Araştırmaya katılan hımsiretlerin bazı özelliklerine göre dağılımı (İstanbul, 2002).

Degiskenler	Toplam	n	%
Yaş grubu	20-29	301	51,5
	30-39	196	33,5
	40+	88	15,0
	Ortalama=30,85±0,31		
	Standart sapma =7,5		
Son bitirilen okulu	Sağık Meslek Lisesi	204	35,4
	Hımsiretlik Yüksek Okulu	122	21,2
	Ön Lisans	228	39,6
	Yüksek Lisans	22	3,8
	Toplam	576	100,0
İlk doğum yaşı	18-23	117	42,2
	24-29	137	49,5
	30+	23	8,3
	Toplam*	277	109,0
Birinci derece aktrabada meme kanseri öyküsü	Var	45	7,8
	Yok	534	92,2
	Toplam	579	100,0
Hiç meme biopsisi	Yapılmış, iyi huylu kitle, kırs	31	5,3
	Yapılmış, normal	42	7,2
	Yapılmamış	512	87,5
	Toplam	585	100,0
Çalışan bölüm	Dahil bölümler	292	50,0
	Diğer cerrahi bölümler	181	31,0
	Kadın Hastalıkları ve Doğum	52	8,9
	Genel Cerrahi	41	7,0
	Yönetim ve öğretim kadrosu	18	3,1
	Toplam	584	100,0

*2 kişi bu soruyu yanltmamıştır.

Tablo 2: Araştırmaya katılan hımsiretlerin en son mezun oldukları okula göre KKM'M'yi bilin e durumları (İstanbul, 2002)

En son mezun olunan okulu	Bilmiyor		Bilmiyor		Toplam Sayı %
	Sayı	%	Sayı	%	
Sağık meslek Lisesi	59	78,3	44	21,7	203
Hımsiretlik Yüksek Okulu	110	90,9	11	9,1	121
Ön Lisans	81	79,7	46	20,3	227
Yüksek Lisans	19	86,4	3	13,6	22
Toplam	469	81,8	104	18,2	573

Ki-kare= 9,367

p=0,025

Tetanoz endüstrisinin etkilerde yaygın aşılama programı nedeniyle the scyrek götülen bir hastalık olmasına rağmen gelişmekte olan ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunu olmayı devam ettirmektedir. Yaşlı ve aşılanmamış kişiler risk altında bir doz Tetanoz toksoid aşısı gerektirir için genellikle difteri ve boğmaca aşısı ile birlikte uygulanmaktadır. erişkinlerde ise siklikta düşük doz difteri toksoid (Td vaccine) ile combine edilmektedir. ACP (American Committee on Immunization Practices) göçüklük aşılanmamış veya aşılanmadığına dair belgesi olmayan bireylere üç doz ve her on yılda bir defa desek doz önermektedir (5).

GİRİŞ VE AMAÇ

Anahar Kelimeler: Diabet, tetanoz, seroprevalans

olduğu ve bu hasta grubunda aşılama oranlarını arttırmak gerektiği sonucuna varılmıştır.

Diabetli hastalarda enfeksiyonlara karşı artmış hassasiyet ile tetanoza karşı antitoksin bağışıklığında azalma açısından yüksek anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Hem diabet ($p=0.00$), hem kontrol grubunda ($p=0.007$) göçüklük döneminde aşılama sırasında tetanoz antitoksin seviyesi grubunda $t=0.364$, $p=0.000$, kontrol grubunda $t=-0.143$, $p=0.044$).

$p=0.000$). Her iki grupta da son aşılamaya tarihinden itibaren geçen süre uzadıkça, antikor titrelerinin düşüğü belirlenmiştir. (Hasta $p=0.023$). Kontrol ve hasta gruplarında yaş artmasına bağlı olarak, tetanoz antikor seviyesinde azalma saptanmıştır ($p=0.003$, $t=0.155$, $p=0.006$) ve diabetli grupta erkeklerdeki antikor titreleri, kadınlara göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($Z=2.267$, $p=0.023$).

Diabet şüresi uzadıkça, tetanoz antikor titrelerinin düşüğü belirlenmiştir

göre 2.367 kat fazla olduğu saptanmıştır ($\chi^2=12.640$, $p=0.000$, Odds Ratio= 2.367)

olmaya yeminden iki grup arasında anlamlı fark olduğu ve hasta grubunun duyulan antikor titrelerine sahip olma riskinin kontrol grubuna göre 2.367 kat fazla olduğu saptanmıştır.

Hasta ve kontrol grupları tetanoz antikor titre hızlarına göre karşılaştırıldığında: duyulan ve koruyucu antikor titrelerine sahip 0.9978± 1.49 IU/ml olarak bulunmuş ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. ($Z=-3.520$, $p=0.000$).

Araştırmanın sonunda, ortalamaya antitoksin konsantrasyonu hasta ve kontrol grubunda sırasıyla 0.8238±1.61 IU/ml ve kullanılmıştır.

analizleri yapılmıştır. İstatistiksel analizler sırasındaki Mann Whitney U, Kruskal Wallis, χ^2 ve Pearson korelasyon analizi Veriler bilgisayarda SPSS for windows versiyon 10.0 istatistik programına girilmiştir ve aynı programda istatistiksel

Tetanoz antitoksin seviyesi ELISA yöntemi ile ölçülmüştür.

erkek, 128 kadın) ölçülmüştür.

kliniğinde yapılan geçirdi amaglarla takip edilen 310 gönüllü Tip II diabet hastası (104 erkek,206 kadın) ve 200 sağlıklı bireyden (72

Çalışma grubu genel tip mekzelerine kabul edilen ve Klinikale Üniverstesi Tip Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları amacınıyla planlanmış vaka-kontrol araştırmasıdır.

Tip II Diabetes mellituslu hastalarda tetanoza karşı immünte profilini değerlendirmek ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırmak Tetanoz hem gelişmiş, hem de gelişmekte olan toplulukları etkilemeye devam ede r, sik götülen bir hastalıktır. Bu çalışmamız

ÖZET

**** Prof. Dr. G.A.T.A. Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji A. D.

*** Arş. Gör. Dr. Klinikale Üniverstesi Tip Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

** Yrd. Doç. Dr. Klinikale Üniverstesi Tip Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

* Yrd. Doç. Dr. Klinikale Üniverstesi Tip Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

Meral SAYGÜN*, Ayül ÇAKMAK**, Dilek KILIÇ**, Sedat KAYGUSUZ**, Hazel ÜZER**, Levent DOĞANCI****

İNSTİTÜNE BAĞIMLI OLMAVAN DİABETLİ HASTALARDA TETANOZ SEROPREVALANSI

	Hipertansiyon		n		KKH		n		Tip 2 DM	
Var	440	2.23 ± 0.60	398	2.23 ± 0.61	440	2.24 ± 0.60				
Yok	316	2.13 ± 0.61	358	2.13 ± 0.59	316	2.16 ± 0.61				
Toplam	756	2.19 ± 0.60	756	2.19 ± 0.60	756	2.19 ± 0.60				
p*		0.36		0.026		0.058				

*ANOVA ** SS: Standart Sapma

Aile Oykusu Spor indeksi ortalaması ± SS

Tablo 4: Araştırma Grubuna Katılan Kişilerin Ailede Hastalık (HT, KKH, Tip 2 DM) Oyküleri ile Spor İndeksi Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Hipertansiyon		n		KKH		n		Tip 2 DM	
Nadiren veya hiç	483	2.77 ± 0.55	2.38 ± 0.48	2.23 ± 0.63	7.39 ± 1.18					
Bazen	148	2.76 ± 0.53	2.39 ± 0.52	2.10 ± 0.50	7.24 ± 1.16					
Sıklıkla	125	2.81 ± 0.60	2.39 ± 0.50	2.14 ± 0.60	7.34 ± 1.22					
Toplam	756	2.78 ± 0.55	2.39 ± 0.49	2.19 ± 0.60	7.35 ± 1.18					
p*		0.733		0.990		0.431				

*ANOVA ** SS: Standart Sapma

Tablo 3: Araştırma Grubuna Katılan Kişilerin Elin Yağlı Kısmını Yıyp Yemene Durumları ile İğ İndeksi, Boş Zaman İndeksi, Spor İndeksi ve Toplam İndeks Ortalamalarının Karşılaştırılması

ALTIINCI BÖLÜM:KRONİK HASTALIKLAR

Tablo-I: Diabet ve kontrol gruplarında tetanoz antikor seviyelerinin cinslere göre dağılımı

Antitoxin Antikor Konsantrasyon Düzeyi (IU/ml)	<0.1		0.1-1		>1	
	Hasta n (%)	Kontrol n (%)	Hasta n (%)	Kontrol n (%)	Hasta n (%)	Kontrol n (%)
Toplam	510	510	314 (61.6)	314 (61.6)	89 (17.5)	89 (17.5)
Cins	310	200	184 (59.3)	130 (65)	45 (14.6)	44 (22)
Kadın	206 (66.5)	n (%)	123 (59.7)	87 (67.9)	23(11.2)	24(18.7)
Erkek	104 (33.5)	72 (36.0)	61 (58.6)	43(59.7)	22(21.2)	20(27.7)
Toplam	334	176	171(3.3)	123 (59.7)	23(11.2)	24(18.7)
Kadın	60(29.1)	21(20.1)	17(13.3)	9 (12.5)	21(20.1)	21(20.1)
Erkek	176	176	154 (86.7)	114 (64.6)	2 (1.1)	3 (1.6)

*Satır yüzdesi

Tablo-II: Diabet ve kontrol gruplarında tetanoz antikor seviyelerinin yaşlara göre dağılımı

Antitoxin Antikor Konsantrasyon Düzeyi (IU/ml)	<0.1		0.1-1		>1	
	Hasta n (%)	Kontrol n (%)	Hasta n (%)	Kontrol n (%)	Hasta n (%)	Kontrol n (%)
Toplam	310	200	184 (59.3)	130 (65)	45 (14.6)	44 (22)
20-29	3	2	1 (3.3)	1 (50)	2 (66.6)	1 (50)
30-39	29	17	19 (65.5)	3 (17.6)	10(34.5)	13(76.5)
40-49	59	39	31 (79.5)	31 (79.5)	16(27.1)	5 (12.8)
50-59	92	63	51 (55.4)	45 (71.4)	10(10.8)	12(19.0)
60-69	95	59	60 (63.2)	37 (62.7)	7 (7.4)	11(18.6)
70-79	28	9	18 (64.3)	12 (63.2)	-	2 (10.5)
80-89	4	1	4 (100)	1 (100)	-	-

*Satır yüzdesi

HEMİŞİRELERİN KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ YAPMA VE MAMOGRAFİ ÇEKİTİRMEYE YÖNELİK DAVRANIŞLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Kuvahan Aktan*, Topuzoğlu A**, Harmancı H***.

* Dr. Tıp Uzmanlık Öğrencisi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
** Dr. Halk Sağlığı Uzmanı, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
*** Doç. Dr. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.

ÖZET

GİRİŞ: Bu araştırmanın amacı, topluma kendi kendine meme muayenesini öğretecek grup içerisinde olan hemşirelerin meme kanserinin erken tanı yöntemlerinden kendi kendine meme muayenesi bilme ve uygulama durumlarının saptanması, hemşirelerin meme kanserini ve meme muayenesini ve mamografi çekitirme konusunda davranışlarının saptanması, yaş, öğrenim durumu, hemşirenin çalıştığı birim, ilk adet yaşı, ilk doğumunu doğurduğu, yaş, aile hikayesi, KKM'M yapmayı nereden öğrendiği, gibi faktörlerin kendi kendine meme muayenesini ve mamografiyi bilme ve KKM'M'yi yapma durumlarını etkileyip etkilemediğinin saptanmasıdır. *GEREÇ-YÖNTEM:* Araştırmaya Anadolu yakasından 10 sağlık kuruluşunda çalışan 20-59 yaş grubundaki hemşireler dahil edilmiştir. Bu gruptaki tüm hemşirelere ulaşmak hedeflenmiştir ancak 827 hemşirenin 587'sine (%70.7) ulaşılmıştır. Araştırma kestisel bir çalışmadır.

SONUÇ: Bu çalışmaya katılan hemşirelerin %68'si KKM'M uygulamaktadır. Hemşirelerden KKM'M uygulamaması yapanların %49.1'inin bu uygulamayı düşünülmemesi nedeniyle KKM'M'yi hiç yapmamış hemşirelerin oranı %13.2'dir. Hemşirelik yükseleceği ölçüde KKM'M'yi daha fazla bilme ve uygulamaktadır. Yaşam boyu meme kanseri olma riski hesaplandığında çalışmamıza katılan hemşire grubunda yaşam boyu risk istatistiksel olarak önemli bir farkla, normal popülasyonun taşıdığı riskten düşük olarak saptanmıştır.

Anahat Kelimeler: meme kanseri, kendi kendine meme muayenesi, korunma.

GİRİŞ

Meme kanseri dünyada ve ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Meme kanseri Amerika Birleşik Devletleri'nde kadınlarda görülen tüm kanserlerin %29'unu oluşturmaktadır, her 10 kadından birinin hayatlarının herhangi bir döneminde meme kanserine yakalanacağı öngörülmektedir. Meme kitleli olan her on kadından sekizinde lezyon iyi huyludur ve meme kitleli olan her on kadından dokuzu tümörü kendi kendine bulur. Meme patolojisi olan hastaların %90'ından fazlası hastalıklarını kendileri bularak olmaktadır. Bu nedenle de erken tanı hayat kurtarıcıdır. Kendi kendine meme muayenesinin (KKM'M), kolay öğrenilip uygulanabilmesi, zararsız ve ekonomik olması, bu yöntemle üstünlük kazandıran özelliklerdir. Ancak KKM'M'nin başlatılması için sürekli ve periyodik aralıklarla yapılması, kişilerin meme muayenesine istekli olması, muayene tekniğinin iyi bilmesi ve kendilerini pratik yapmada sorumlu hissetmeleri gerekir.^{1,2} Meme kanserinin erken tanısı için 20 yaş ve üzerindeki kadımlar her ay KKM'M'ni yapmalı ve 20-39 yaşları arasında az her üç yılda bir hekim tarafından meme muayenesi yapılmalıdır. Bunlara ek olarak 40 yaşından itibaren yılda bir kez mamografi çekitirmesi gereklidir.³ Meme kanserinde belirlemiş risk faktörleri vardır. Bunlar: yaş, coğrafya (Amerika, Avrupa ya da Asya),

8. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

23 - 28 Eylül 2002

DİYARBAKIR

**DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

KONGRE KİTABI II

İÇİNDEKİLER
KONGRE KİTABI I

PANEL VE KONFERANSLAR

	Sayfa
Bir Bölgesel Kalkınma Sertüveni <i>Şerafettin Hamidi</i>	1
GAP Kapsamına Giren İllerin ve Kalkınmacı Söylemin İktisadi Antropolojisi <i>Doç. Dr H.Neşe Özgen</i>	7
GAP Bölgesi Sağlık Profili Paneli Açış Konuşması <i>Prof. Dr. Servet Özgür</i>	16
GAP Bölgesinde Çevre Sorunları <i>Prof. Dr. Ersen İlçin Yrd. Doç. Dr. Ali Ceylan</i>	21
GAP Halk Sağlığı Projesinden Elde Edilen GAP Bölgesi Demografik Verileriyle Halkın Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Durumu <i>Doç. Dr. Ali İhsan Bozkurt</i>	30
GAP Bölge Kalkınma İdaresi'nin Sağlık Konusuna Yaklaşımı <i>Fatma Uz</i>	38
GAP Bölgesinde Ana Sağlığı ve Aile Planlamasının Durumu <i>Yrd.Doç.Dr.Günay Saka</i>	41
GAP Bölgesinde Çocuk Beslenmesi ve Paraziter Hastalıkların Durumu <i>Yrd. Doç. Dr. Saime Şahinöz</i>	47
GAP Bölgesi Sağlık Profili Paneli Kapanış Konuşması <i>Prof. Dr. Servet Özgür</i>	52
Çocuklarda Beslenme Sorunlarının Çözümüne Yönelik Öneriler <i>Prof. Dr. Ayşe Baysal</i>	54
Türkiye'de Çocuk Beslenmesi ve Sağlık Sorunları <i>Prof. Dr. Perihan Arslan</i>	55
GAP Bölgesinde Çocuk Beslenmesi Sorunları <i>Prof. Dr. Perran Toksöz</i>	58
GAP'ın Ekolojik Etkileri <i>Prof. Dr. Erhan Ünlü</i>	61
Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolünde Yenilikler <i>Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu</i>	72
GAP Bölgesinde ve Türkiye'de Paraziter İnfeksiyonlar <i>Prof.Dr.Ayşe Kaypmaz</i>	76
Tıbbi Antropologların İgi Alanları ve Toplum Sağlığına Katkıları <i>Pof. Dr. Nuran Elmacı</i>	82
Sağlık Kültür, Hastalık <i>Yrd. Doç. Dr. Suavi Aydın</i>	86
Bebek ve Çocuklarda Büyümeyi Etkileyen Riskler <i>Prof. Dr. Ufuk Beyazova</i>	87
Bebek ve Çocuklarda Gelişimi Etkileyen Riskler <i>Doç. Dr. İlgi Ertem</i>	89
Çocuk Örselenmesi ve İhmalinde Risk Yaklaşımı <i>Dr. Figen Şahin</i>	93
Fonksiyonel Besinler ve Bilimsel Yaklaşımlar <i>Prof. Dr. Sevinç Yücecan</i>	94

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

	Sayfa
Türkiye'de Anne Ölümleri ve Nedenleri <i>Prof. Dr. Ayşe Akın</i>	101
Türkiye'de İsteyerek Düşükler <i>Prof. Dr. Ayşe Akın</i>	105
Türkiye'de Doğum Öncesi Bakım, Doğum ve Doğum Sonu Bakım Hizmetlerinden Yararlanma Durumu <i>Doç. Dr. Şevkat Bahar Özvarış Prof. Dr. Ayşe Akın</i>	111
Türkiye'de Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması. <i>Dr. Mehmet Ali Biliker</i>	115
Doğu ve Güneydoğu'da Kadının Statüsü ve Sağlığı <i>Prof. Dr. Ayşe Yüksel</i>	119
Halk Sağlığı Eğitimi <i>Prof. Dr. Şanda ÇALI</i>	121
Turizm ve Sağlık <i>Prof. Dr. Sabahat Tezcan, Dr. E. Didem Evcı</i>	123
Türkiye'de Sağlık Politikaları Sağlık 21 Hedefleri Rapor Sunumu <i>Doç. Dr. Sefer AYCAN</i>	131
Öncelikli Sağlık Sorunlarının Belirlenmesi <i>Prof. Dr. Feride Saçaklıoğlu</i>	133
Beslenme ve Davranışlarımız <i>Prof. Dr. Türkan Kutluay Merdol</i>	137
GAP ve Gönüllü Kuruluşlar <i>Prof. Dr. Gürhan FIŞEK</i>	140
GAP ve Gönüllü Kuruluşlar Çağdaş Yaşamı Destekleme Derneği(CYDD) Örneği <i>Prof. Dr. Ayşe Yüksel</i>	142
GAP ve Gönüllü Kuruluşlar :KA – MER Örneği – <i>Nebahat Akkoç</i>	143
GAP ve Sivil Toplum Örgütleri <i>Dr. Veysi Ülgen</i>	146
Kanserden Korunmada Güncel Yaklaşımlar <i>Prof. Dr. Dr. Nazmi Bilir Doç. Dr. Hande Harmancı</i>	147
Sağlık Yöneticisi Eğitimi <i>Prof. Dr. Zafer Özbek</i>	153

BİLDİRİLER

BİRİNCİ BÖLÜM: AİLE PLANLAMASI, KADIN VE ÇOCUK SAĞLIĞI

Trabzon'da İki Farklı Yerleşim Yerindeki İlköğretim Öğrencilerinin Kişisel Hijyen Alışkanlıkları <i>Ganze Çan, Murat Topbaş, Harun Arslan, Mehmet Kapucu</i>	157
Samsun İl Merkezinde 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu Ve Etkileyen Faktörler. <i>Doç. Dr. Cihad Diindar, Dr. Cansever Süren, Dr. Fikriye Ordulu, Dr. Ebru Kaynar, Prof. Dr. Yıldız Peşken</i>	163
RİA İle Korunan Kadınların Aile Planlaması Polikliniğine Yöntemle İlgili Başvurularının Değerlendirilmesi. <i>Doç. Dr. Elçin Yoldaşcan Uzm. Dr. Bülent Kıraç Dr. Hatun Çiçek Dr. Emine Elitaş</i>	167
Evka- 4 Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 Yaş Arası Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanma Durumları <i>Yrd. Doç. Esin Çeber Türkistanlı, Güleğül Mermer, Funda Yıldız</i>	169

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

15-49 Yaş Evli Kadınlara Verilen Aile Planlaması Eğitiminin Etkinliğinin Belirlenmesi. <i>Gülengül Süleymanoğlu Mermer, Yard.Doç. Dr. Esin Çeber Türkistanlı Belgin Sarper, Emine Gerçek,</i>	173
Şanlıurfa Tıfındır Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 Yaş Arası Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemleri Hakkında Bilgileri Ve Yöntem Kullanımını Etkileyen Faktörler. <i>Zeynep Şimşek, Mehmet Ali Kurçer, Fatma Ersin, Fatma Özükkara, Miyaser Kayahan,</i>	176
Edirne İl Merkezinde 15- 49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemleri Konusundaki Bilgi Düzeyleri Ve Yöntem Kullanım Oranları <i>Dr. Burcu Tokuç Dr. Muzaffer Eskiocak Dr. Galip Ekuklu Dr. Ahmet Saltık</i>	180
Şanlıurfa Tıfındır Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 Yaş Arası Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumları Ve Yöntem Bırakma Nedenleri <i>Fatma Ersin, Fatma Gözükkara, Zeynep Şimşek, Mehmet Ali Kurçer, Miyaser Kayahan</i>	185
Aile Planlaması Konusunda Özellikler: Afyon'dan Bir Kesit <i>Gülbahar Beştepe, Hülya Ellidokuz, Ayşe Zül Temel, Aslı Atılğan</i>	191
Isparta İli Sadık Yağcı Ana-Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezi'nin Aile Planlaması Polikliniğine 2000 Yılında Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi <i>Nesimi Kişioğlu, Mustafa Öztürk, Ersin U. Kan, Sema Kırbıyık</i>	193
İstanbul'da Bir İlçede Geri Çekme Yönteminin Kullanımı <i>Nurhan İnce Bedia Ayhan Özyıldırım</i>	197
Ankara İl Merkezindeki 5 Ana-Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezine Başvuran 15 Yaş Ve Üzeri Kadınların Aldıkları Hizmetten Memnuniyet Durumlarının Saptanması <i>Zeynep Başkan, Seçil Özkan, Işıl Maral</i>	199
Edirne Muradiye Sağlık Ocağı Bölgesinde Roman Kadınlar Ve Öbürlerinin Sağlık Ocağı'ndan Aldıkları Ana Sağlığı Hizmetleri <i>Ufuk Berberoğlu Muzaffer Eskiocak Galip Ekuklu Ahmet Saltık</i>	203
Türkiye'de Kadının Statüsü Ve Doğum Öncesi-Doğum-Doğum Sonu Bakım Hizmetlerinden Yararlanma. 1998 Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Sonuçları <i>Prof. Dr. Ayşe Akın, Doç. Dr. Şevkat Bahar-Özvarış, Dr. Gonca Oktay Koçoğlu</i>	210
Şanlıurfa Tıfındır Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15- 49 Yaş Arası Evli Kadınlarda Düşükler Ve Ölü Doğumlar <i>Fatma Gözükkara, Fatma Ersin, Mehmet Ali Kurçer, Zeynep Şimşek, Miyaser Kayahan</i>	214
Türkiye'de Kadın Ve Çocuk Sağlığı İle İlgili Bazı Ölçütler İle Sosyo-Ekonomik Değişkenler Arasındaki İlişki: Bir Ekolojik Çalışma <i>Semra Ay, Erhan Eser, Cemil Özcan</i>	218
Diyarbakır Doğumevi Hastanesi'ne Başvuran Preeklampitik Ve Sağlıklı Gebelerin Sosyodemografik Ve Laboratuvar Bulgularının Değerlendirilmesi <i>Öğr. Gör. Vasfiye Bayram, Öğr. Gör. Gülcan Esen, Yüksek Hem. Ferah F. Dayı, Dr. P. Gamze Erten, Yard. Doç. Dr. İsmail Hamdi Kara</i>	223
Güneydoğu Anadolu Bölgesinde Adölesan Evliler <i>Meliksah Ertem, Günay Saka, Ali Ceylan, Hamit Acemoğlu, Sinem Çeşni</i>	226
2001 Yılında İnönü Sağlık Ocağı Bölgesinde Gerçekleşen Adölesan Gebelikler <i>Dr. Pembe Keskinoğlu, Dr. Metin Pıçakçıtepe, Hem. Nurcan Bilgiç, Yrd. Doç. Dr. Bülent Kılıç</i>	230
Gebeliği İsteme Durumuna Göre Doğum Öncesi Bakım Düzeyi: İzmir Konak Doğumevi'nde Mayıs 2002'de Yapılmış Bir Araştırma <i>Nermin Erol, Raika Durusoy Onmuş, Işıl Ergin, Banu Döner, Meltem Çiçeklioğlu, Üzeyir Kurca</i>	234
İzmir Konak Doğumevi'ne İstemli Düşük İçin Başvuran Kadınların Doğurganlık Öyküleri Ve Aile Planlaması Davranışları <i>Nermin Erol, Işıl Ergin, Banu Döner, Raika Durusoy Onmuş, Nermin Şakrı, Üzeyir Kurca</i>	239
Kadın Sağlığı Merkezinde İstemli Düşük Yaptıran Kadınların Özellikleri <i>Yrd.Doç.Dr.Günay Saka, Yrd.Doç.Dr.Ali Ceylan, Doç.Dr.Meliksah Ertem, Prof.Dr.Ersen İlçin</i>	243
İstemli Düşükler Ve Kadının Ev Dışında Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumu <i>Günay Saka, Meliksah Ertem, Ayşe Bulut, Ersen İlçin</i>	247

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Elazığ Devlet Hastanesi Aile Planlaması Polikliniğine İsteğe Bağlı Düşük Yapmak İçin Başvuran Kadınların ve Eşlerinin Aile Planlaması Ve İsteğe Bağlı Düşük Hakkındaki Bilgi, Tutum, Davranışları <i>Leyla Güngör, Yasemin Açık, M.Yüksel Cüngöra, Ferdane Oğuzöncül</i>	251
Bir Referans Hastanedeki 15-49 Yaş Kadının Ölümleri Gülseren Ağrıdağ <i>Bozkurt Şenler</i>	255
Konuralp Kamil Furtun Sağlık Ocağı Bölgesi Gebelerde Anemi Araştırması <i>Dr. Sanem Mersin, Dr. Cumali Kuş, Dr. Nüray Yeşildal, Dr. Atilla Senih Mayda, Dr. Berna Ayakta Şerifi</i>	257
İstanbul'da 12-23 Ay Çocukların Aşılanma Durumlarının Lot Kalite Tekniği İle Değerlendirilmesi <i>Dr. Seval Alkoy, Dr. Sermet Gün Erdem, Dr. Sarkis Kılıçarslan, Dr. Serap Şener, Dr. Nilgün Noyan Kılıç, Dr. Nejdett Bayar,</i>	261
Diyarbakır Çocuk Hastanesine Getirilen Neonatal Tetanos Olgularının Bazı Özellikleri 2002 <i>Melişah Ertem, Alpay Çakmak, Günay Saka, Ali Ceylan.</i>	264
Çocuk Sağlığını Etkileyen Faktörler <i>Dr. Sarp Üner, Doç. Dr. Hilal Özcebe</i>	267
Zonguldak Spastik Çocuklar Merkezinde Eğitim Gören Cerebral Palsy 'Li Çocukların Bağımsız Yaşam Becerilerinin Değerlendirilmesi <i>Doç. Dr. Ayşe Ocakcı</i>	271
Diyarbakır Çocuk Hastanesinde Çocuk Ölümünün İncelenmesi (1999-2001) <i>Yılmaz Palancı, Günay Saka, M. Melişah Ertem, Ersen İçlin</i>	275
Bebek Ölümü Ve Bunu Etkileyen Faktörler Üzerine Bir Vaka – Kontrol Çalışması <i>Öğr.Gör.Dr. Seçil Özkan, Arş.Gör.Dr. Coşkun Bakar, Doç.Dr. Işıl Maral, Prof.Dr.M.Ali Bunin</i>	279
Uygulama Sağlık Ocakları Bölgelerindeki 0-1 Yaşındaki Bebeklerin Büyüme Göstergelerinin Sağlık Ocakları İle Karşılaştırılması <i>Doç.Dr. Mehmet Bostancı, Dr. Esmâ Alkış, Yrd. Doç.Dr. Mehmet Zencir</i>	284
Muradiye Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde 0-59 Ay Çocuklarda Malnutrisyon Sıklığı Ve Malnutrisyonla İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi <i>Özyurt Cengiz B., Dündar Erbay P., Oral A., Kaya M., Demir T., Çalkan M., Midilli A., Erol F.</i>	284
Malatya'da Beş Yıllık Süreçte Adliye'ye Yansayan Kadın Mağdurların Değerlendirilmesi <i>Osman Celbiş, Mine Kaya, Gülşen Güneş</i>	289
İKİNCİ BÖLÜM: BULAŞICI HASTALIKLAR:	
KTÜ Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Kan Ve Enfekte Vucut Sıvıları İle İlgili Yaklaşımları <i>Gamze Çan, Murat Topbaş, Harun Arslan, Mehmet Kapucu</i>	295
Tellaklarda Hepatit B Ve Hepatit C Seropozitifliği <i>Dr. Haldun Sümer, Dr. Ferhan Candan, Dr. Naim Nur, Dr. Ahmet Alim, Dr. Zeynep Sümer, Dr. Hasip Sapçı, Dr. Zahir Bakıcı</i>	298
1999-2001 Yılları Arasında Antalya Verem Savaş Dispanserine Kayıtlı Tüberküloz Hastalarının Sosyo Demografik Özellikleri Ve Temaslıları Değerlendirilmesi <i>Mehtap Türkyay, Ömer Özbudak</i>	300
Mersin Merkezde 14 Birinci Basamak Sağlık Kuruluşunun 2001 Yılına Ait 4597 Gaita Parazit Kaydının Değerlendirilmesi <i>Resul Buğdaycı, Tayyar Şaşmaz, Hanife Tezcan, A.Öner Kurt</i>	303
0-5 Yaş Arası Çocuklarda Bağırsak Parazitlerinin Dağılımı Ve Büyüme-Gelişmeye Etkisi <i>Zeynep Şimşek, Fadile Yıldız Zeyrek, Mehmet Ali Kurçer, Dost Zeyrek, Coşkun Ayaç, Fatma Ersin, Fatma Gözükarı</i>	306
İlköğretim Okulu Öğrencilerinde Barsak Parazitlerinin Görülme Sıklığı Mustafa Kaplan, S. Ayaç Polat, Ahmet Erensoy, A. Tefvik Ozan, Salih Kuk, Serkan Çelik, Deniz Akgün	309

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

İlköğretim Çağındaki Çocuklarda Ağırlık Ve Boy Persentil Değerlerine Barsak Parazitlerinin Etkisinin Araştırılması <i>Mustafa Kaplan S. Aytaç Polat, Salih Kuk, Mehmet Doğan</i>	313
Aydın İli İlköğretim Öğrencilerinde Barsak Parazitleri Prevalansı <i>Pınar Okyay, Sema Ertuğ, Berna Gultekir, Özlem Önen, Erdal Beşer</i>	316
Doğankent Sağlık Eğitim Araştırma Bölgesinde Sık Gözlenen Hastalıkların 10 Yıllık Değişimi <i>Muhsin Akbaba, Nazan Savaş, Zeynel Sütöruk, Hakan Demirhindi, Ferdi Tanır</i>	319
Doğankent Sağlık Ocağı Bölgesinde Genital Enfeksiyonlar <i>Seva Öner, Hakan Demirhindi, Zeynel Sütöruk, Muhsin Akbaba</i>	322
Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Klinik Bakterioloji Ve Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniğine Başvuran Hastaların Viral Hepatitler Hakkındaki Bilgi Düzeyi Araştırması <i>Hakan Demirhindi, Neşe Saltoğlu, Mehmet S.Şenli, Tuğba Seki, Muhsin Akbaba</i>	326
Ankara İli Gölbaşı İlçesi Ahiboz Ve Beynam Köylerinde 15 Yaş Ve Üzeri Erişkinlerde Difteri Seroprevalansı <i>Ayşegül Yıldırım, Işıl Maral, Meltem Çırak, Mehmet Ali Bumin</i>	329
Ankara İli'nde Beş Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Merkezine Başvuran 15 Yaş Ve Üzeri Kadınların AIDS Konusundaki Bilgi Düzeyleri <i>Doç.Dr. Işıl Maral, Arş.Gör.Dr.Coşkun Bıkar, Öğr.Gör.Dr.Seçil Özkan, Prof.Dr.Remzi Ayyın</i>	334
Diyarbakır Dicle İlçesi Dedeköy Ve Durabeyli'de Cutanöz Layşmanya Vakalarının İncelenmesi <i>Meliksah Ertem, Sema Aytekin, Hamit Acemoğlu, Nezahat Akpolat</i>	339
Samsun Merkez İlçede Çalışan Pratisyen Hekimlerin Hepatit B Ve Hepatit C İnfeksiyonlu Hastalara Yaklaşımı <i>Prof. Dr. Yıldız Pekşen, Yrd. Doç. Dr. Sevgi Canbaz, Prof. Dr. Hakan Leblebicioğlu, Doç. Dr. Mustafa Sünbül, Yrd. Doç. Dr. Şaban Esen, Yrd. Doç. Dr. A. Tefrik Sünter</i>	343
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin HIV/AIDS Konusundaki Bilgi-Tutumları Ve 1996'dan Buyana Değişimi <i>Dr.Galip Ekuklu Dr.Hülya Tuğrul Dr.Hatice Gül Dr.Muzaffer Eskiocak Dr.Ahmet Saltık</i>	347
Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Klinik Servislerinde Gündüz Vardiyasında Çalışan Hizmetlilerin Elyıkama Ve Eldiven Giyme Davranışları <i>Aslıhan Coşkun, Işıl Erdoğan, Hikmet Gülşen, Ebru Koca, Fatih Tanrıverdi, Doğan Uncu, Leyla Yılmaz, Ali Naci Yıldız, Nazmi Bilir</i>	353
İsparta'da Kuaför Ve Güzellik Salonlarında Çalışanların HIV/AIDS Konusunda Bilgi Ve Tutumları A. <i>Nesimi Kışioğlu, Mustafa Öztürk, Ersin Uskun, Malik Doğan</i>	356
Çeşitli Jinekolojik Yakınlı Hastalarca Vulvovajinal Candida Taşıyıcılığı Ve Demografik Özellikler <i>Yıldız Yeğenoğlu, Nurhan İnce, Serdar Susever, Bilge Hapçıoğlu, Halil Saygılı</i>	360
İstanbul'da Farklı Sosyo-Ekonomik Statüdeki İlköğretim Okullarında Tinea Kapitis Ve Pedikülozis Kapitis Prevalansının Araştırılması <i>Bilge Hapçıoğlu, Yıldız Yeğenoğlu, Rian Dizçi, Zayre Erturan</i>	362
Otuz Yaş Altı Nüfusta Hepatit A Seroprevalansı, Erzurum <i>Dr. Serhat Vançelik, Dr. Asuman Güraksın, Dr. Tacettin İnandı, Dr. Handan Alp</i>	365
Çocuklarda Boğmaca Sero-Epidemiyolojisi, Doğu Anadolu <i>Dr. Tacettin İnandı, Dr. Asuman Güraksın</i>	368
Viral Hepatitlerin Olgu İnceleme Ve Filyasyon Çalışması İçin Yapılandırılmış Bir Form Önerisi <i>Eskiocak M¹ Otkun M, Ekuklu G, Doğaner K.E</i>	370
Bir Tifo Salgını İncelemesi: Ahmetli Ktyü-Ergani, Diyarbakır 2002 <i>Ali Ceylan, Hamit Acemoğlu, Salih Hoşoğlu, Kadri Gül, Ersen İlçin, Mustafa Efe</i>	374
Cizre Ve İdil'de Yaşanan Kızamık Salgınının İncelenmesi 2001. <i>Ali Ceylan, Hamit Acemoğlu, Gülay Korukluoğlu, Meliksah Ertem, Cem Arslan, Mehmet Enin Ay.</i>	378
Malatya Merkez İlçede Yaşayan 1-3 Yaş Grubu Çocuklarda Hepatit B Aşı Sonrası Oluşan İmmün Yanıtın Değerlendirilmesi <i>Karaoğlu L, Pehlivan E, Güneş G, Genç MF, Tekerekoğlu S, Ercan C, Sürücü M</i>	386

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: ÇEVRE SAĞLIĞI

	Sayfa
Gıda Maddesi Üreten Ve Satan Yerlerde Çalışanların Sanitasyon Konusunda Bilgi Düzeyleri <i>Phd Dr. Gülay Koçoğlu, Dr. Haldun Sümer, Dr. Naim Nur, Dr. Hüseyin Polat</i>	392
H.Ü. Son Sınıf Öğrencilerinin Çevre Kırınmasına İlişkin Bilgi Ve Davranışlarının İncelenmesi <i>Yrd. Doç. Dr. Sibel Erkal, Öğr. Gör. Dr. Zeynep Çopur, Prof. Dr. Şükran Şafak</i>	397
Adana İlindeki Gürültü Kirliliğine Karayolu Trafikinin Etkisi <i>Yrd. Doç. Dr. Ferdi Tanır, Arş. Gör. Dr. Yusuf Kahraman, Yrd. Doç. Dr. Hakan Demirhindi, Prof. Dr. Muhsin Akbaba</i>	402
Adana İlindeki Havayolu Gürültüsünün Değerlendirilmesi <i>Arş. Gör. Dr. Yusuf Kahraman, Yrd. Doç. Dr. Ferdi Tanır, Yrd. Doç. Dr. Ertan Kara, Prof. Dr. Muhsin Akbaba</i>	405
Karabük İl Merkezinde 1998-1999 Yıllarında Hava Emisyonları (So₂, Partiküler Madde), Sıcaklık, Nem, Basınç Ve Rüzgar Hızı Değişkenlerinin Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları İle İlişkisi <i>Ferruh Niyazi Ayoğlu, Hasan Ünlü, İbrahim Kadi, Ömer Rifki Önder</i>	408
Konuralp Beldesinde Gıda İşiyile Uğraşan Kişilerde Nazal Stafilokok Taşıyıcılığı Ve Gaitada Parazit İncelemesi <i>Dr. Burçak Deniz Dedeoğlu, Dr. Ahmet Gökhan Güler, Dr. Nuray Yeşildal, Dr. İdris Şahin, Dr. İrfan Şencan, Dr. Mustafa Yıldırım</i>	410
İstanbul'da Hava Kirliliği Ve Meteorolojik Parametrelerin Akut Koroner Sendrom Nedeni İle Yapılan Acil Hastane Başvurularına Etkisi <i>Dr. Halim İşsever, Prof. Dr. Rian Dişçi, Doç. Dr. Bilge Hapçioğlu, Uzm. Dr. Sezai Vatansöner, Doç. Dr. M. Akif Karan, Doç. Dr. Vakur Akkaya, Doç. Dr. Osman Erk.</i>	414
Bir Kırsal Alan Yerleşiminde Kadmiyum Maruziyeti <i>Burhanettin Işık, Temir A. Demir, Selim M. Ürer, Asiye Berber, Taner Akar, Cemalettin Kalıncı</i>	419
Ankara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Öğrencilerinin Çevre Duyarlılığı Ve İlişki Faktörleri <i>Arş. Gör. Ümit Çelen, Yrd. Doç. Dr. Ayşe Yıldız, Doç. Dr. Nazlı Atak, Doç. Dr. Ruhi Selçuk, Doç. Dr. Münevver Arısoy</i>	421
Kocaeli'de Sanayi Kuruluşlarından Kaynaklanan Tehlikeler <i>Mehmet Sarper Erdoğan, Cavit Işık Yavuz, Nilay Etiler, Çiğdem Çağlayan, Onur Hamzaoğlu.</i>	425
Bir Halk Sağlığı Sorunu Olarak Su Eğilince Parkları <i>Dr. Çiğdem Erkurun Yılmaz</i>	432
Isparta'daki İçme Su Kaynakları, Depoları Ve Çeşme Sularının Fluor Düzeylerinin Dağılımlarının İncelenmesi <i>Mustafa Öztürk, A. Nesimi Kışioğlu, Mehmet Akdoğan, Reha Demirel, Sema Kırbıyık, İsmail Malgır</i>	434
Bir Hastanenin Çeşitli Birimlerine Ait Su Dağıtım Sistemlerinden İzole Edilen Mikroorganizmalar <i>Bilge Hapçioğlu, Yıldız Yeğenoğlu, Zayre Erturan, Yaşar Nakipoğlu</i>	436
Ankara'da 46 Kahvehanehanede Formaldehit Düzeylerinin Belirlenmesi <i>Dr. E. Didem Evcı, Doç. Dr. Sefer Aycan, Yrd. Doç. Dr. Faruk Tekbaş, Yrd. Doç. Dr. Songül Vaizioğlu, Çst. Mustafa Özdemir, Prof. Dr. Çağatay Güler</i>	439
Deniz Ve Kıyı Kirliliği Avrupa Birliği Uyum Çalışmaları <i>Uzm. Bio. Zinnet Oğuz, Dr. E. Didem Evcı, Mustafa Özdemir</i>	442
Yeni Halk Sağlığı Programı <i>Dr. E. Didem Evcı, Doç. Dr. Sefer Aycan</i>	445

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

KONGRE KİTABI II

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM: SAĞLIK HİZMETLERİ

	Sayfa
Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 15 Yaş Üzeri Kişilerin Bazı Hasta Haklarını Kullanma Durumu Ve Farklı Sağlık Kuruluşlarında Görev Yapan Personelin Davranışları Konusundaki Görüşleri <i>Levent Dönmez, A.Banu Culbant, Akın Yüce, Tanju Taşkın</i>	447
Antalya Kent Merkezinde İki Sağlık Ocağında Reçete Maliyetleri Ve Bazı Özellikleri <i>Hakan Erengin, Levent Dönmez, Bengü Öztürk, Gül Aydın</i>	450
Hastanelerde Hijyenik Ortam Sağlama da Temizlik Hizmetlerine İş Etüdü Tekniğinin Uygulanması <i>Doç.Dr. Canan Yertutan</i>	454
Antalya'nın İki Mahallesinde Bir Araştırma: Sağlık Hizmeti Kullanımında Eşitsizlikler Ve Eşitsizliklerdeki İki Yıllık Değişim Sonuçları <i>Yeşim Şenol, Ilker Belek</i>	456
İçel İlindeki Eczanelerde Buzdolaplarının Soğuk Zincir Donanımı Açısından Değerlendirilmesi <i>Resul Buğdaycı, Tayyar Şaşmaz, A.Öner Kurt, Hanife Tezcan</i>	460
Narlıdere Eğitim Araştırma Ve Sağlık Bölge Başkanlığı Sağlık Ocaklarında Çalışan Personelin İş Doyumu <i>Erol Gürpınar, Bülent Kılıç, Alp Ergör</i>	463
İstanbul'daki Hastanelerde Sivil Savunma Organizasyonu <i>Dr.Halim İşsever, Prof. Dr. Rian Dişçi, Çzkan Ayvaz</i>	466
Doğankent Sağlık Ocağında Laboratuvar Hizmetleri <i>Ertan Kara, Önder Karaömerlioğlu, Ferdi Tanır, Muhsin Akbaba</i>	471
Mal Ve Hizmet Dolaşımındaki Serbestliğin Sağlık Hizmetlerine Etkisi <i>Doç.Dr.Nesrin Çilingiroğlu</i>	473
Sosyal Sigortalar Kurumu Ankara Eğitim Hastanesi'nde Çalışanların İş Doyumunu Etkileyen Etmenler <i>Dr. Bülent Piyal, Dr. Birgül Piyal, Ümit Çelen</i>	476
Karataş Sağlık Ocağından Verilen Adli Raporların Değerlendirilmesi <i>Nazan Savaş, Zeynel Sütöruk, Hakan Demirhindi, Önder Karaömerlioğlu, Muhsin Akbaba</i>	480
Doğankent Sağlık Eğitim Ve Araştırma Bölgesindeki Demografik Ölçütlerin 1990-1999 Yılları Arası On Yıllık Değişimi <i>Zeynel Sütöruk, Nazan Savaş, Hakan Demirhindi, Seval Öner, Muhsin Akbaba</i>	482
Bornova Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi'nde Gebelere Verilen Doğum Öncesi Bakım Yeterliliği Ve Sürekliliğinin Değerlendirilmesi <i>Meltem Çiçeklioğlu, Meral Türk</i>	484
2001 Şubat Krizinin Kocaeli'de Sağlık Üzerine Etkileri <i>Nilay Etiler, Çiğdem Çağlayan, Umut Özenan, M.Sarper Erdoğan, Cavit Işık Yavuz, Onur Hamzaoğlu</i>	488
Ankara İl Merkezinde Bulunan Sağlık Ocaklarında Yazılan Reçetelerin Akılcı İlaç Kullanımı Açısından Değerlendirilmesi <i>Dr.Salih Mollahaliloğlu, Dr.Özlem Coşkun, Prof.Dr.Sabahat Tezcan</i>	499
Uygulama Sağlık Ocaklarında Döner Sermaye Uygulamasının Poliklinik Hizmetine Yansması <i>Doç.Dr. Mehmet Bostancı, Yrd.Doç. Aysun Özşahin</i>	502
Aile Reislerinin Sağlık Ocağına İlişkin Bilgi Tutum Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi <i>Vesile Şenol Demet Ünalın, Melis Naçar, Yusuf Öztürk, Fevziye Çetinkaya</i>	502
Kayseri'de 15-49 Yaş Grubu Kadınların Sağlık Ocağına Bakış Açıkları <i>Melis Naçar, Fevziye Çetinkaya, Yusuf Öztürk</i>	506
Kayseri İlinde Ebelerin Gebe Ve Bebek İzlemlerinin Nicelik Ve Niteliğinin Değerlendirilmesi <i>Fevziye Çetinkaya, Melis Naçar, Ayşegül Arslan, Yusuf Öztürk</i>	510
Uyanış Sağlık Ocağına 3-6 Haziran 2002 Tarihleri Rasında Başvuran Hastaların Bekleme Süreleri Ve Memnuniyet Düzeyleri <i>Akhüseyinoğlu M, Ayhan S, Kızıltaş S, Taylan H, Yiğit N, Yıldız An, Özbek Z</i>	514

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Ankara İl Merkezinde Bulunan Sağlık Ocaklarından Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Akılcı İlaç Kullanımı Açısından Değerlendirilmesi <i>Dr.Salih Mollahaliloğlu Prof.Dr.Sabahat Tezcan</i>	517
Ankara İl Merkezinde Bulunan Sağlık Ocaklarında Çalışan Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı Açısından Değerlendirilmesi <i>Dr.Salih Mollahaliloğlu Prof.Dr.Sabahat Tezcan</i>	520
Kırıkkale İlinde Üç Farklı Hastanede Çalışan Hekimlerin Mesleki İş Doyumu <i>Meral Saygun, Aygül Çakmak, S. Kenan Köse</i>	522
Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Sağlık Personeline İlaç Tanıtımı Yapan İlaç Firması Temsilcileri <i>Esin Kulaç, Bülent Kılıç, Ethem Sınır, Barış Samancı, Aziz Kaya, Mehmet Taştan</i>	529
Narlıdere İnönü Sağlık Ocağı Bölgesinde Nisan 2002 Tarihinde Sağlık Hizmetleri İçin Yapılan Doğrudan Harcamalar Ve Döner Sermaye Uygulamasının Doğrudan Harcamalara Etkileri <i>Serap Kayser Konakçı, Bülent Kılıç, Pembe Keskinoğlu, Esin Kulaç</i>	532
Narlıdere Eğitim Araştırma Ve Sağlık Bölgesi Sağlık Düzeyi Göstergelerine Sağlık Ocaklarındaki Döner Sermaye Uygulamasının Etkileri <i>Pembe Keskinoğlu, Bülent Kılıç, Serap Kayser Konakçı, Esin Kulaç, Hürsen Kaya, Belgin Salamaş Işık, Netice İçel Demircioğlu</i>	535
Hastanede Yatan Hastaların Hastane Hizmetleri Ve Hastane Çalışanlarından Memnuniyeti Ve Bunu Oluşturan Bileşenler <i>Tümer Pala, Gül Saatlı, Erhan Eser, Nurgül Güngör</i>	538
Malatya Merkez İlçede Yaşayan 1-3 Yaş Grubu Çocuklarda Hepatit B Aşı Sonrası Oluşan İmmün Yanıtın Değerlendirilmesi¹ <i>Karaoğlu L, Pehlivan E, Güneş G, Genç İrf, Tekerekoğlu S, Ercan C, Sürücü M</i>	542
BEŞİNCİ BÖLÜM: SOSYAL BİLİMLER, TIP EĞİTİMİ, SAĞLIK EĞİTİMİ, OKUL SAĞLIĞI	
Tıp Fakültesi Öğretim Üyelerinin Bilimsel Yayın Yazarlığına Bakış Açısı <i>Kayhan Pala Bülent Yazıcı Bülent Gültekin Necla Aytakin Ercan Tuncel</i>	548
Etişegut Zırhlı Birlikler Okul Ve Er Eğitim Tümen Komutanlığına Bağlı Askerler Arasında Akraba Evliliği Sıklığı Ve Bunu Etkileyen Faktörler <i>Dr.Esat Hoşgören, Dr.Mahir Güleç, Dr.Bilal Bakır, Dr.Nazmi Tümerdem</i>	551
2000 Yılında Gıda Hukuku İle İlgili Davaların Yargıtay Sonuçlarının İncelenmesi <i>Bige A. Surlu, M.Handan Surlu, Çağatay Güler</i>	555
Nazar Ve Nazara Karşı Tuzla Yapılan Pratikler <i>Doç.Dr. Yüksel Kırmızı</i>	558
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Halk Sağlığı Rotasyonu Yapan Dönem V1 Öğrencilerinin Toplum Hekimliği Konularındaki Bilgi Düzeyleri <i>Erol Gürpınar, Berna Musal, Gazanfer Aksakoğlu</i>	561
Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Bazı Sosyal Sorunları İle İlgili Bir Araştırma <i>Dr. Berna Ayakta Şerifi, Yrd. Doç. Dr. Nıray Yeşildal</i>	563
Tüketici Ve Bilinçli Alışveriş: <i>Bige Surlu</i>	567
Sağlık Kültürü Ve Gençlik <i>Doç.Dr.Ruhi Selçuk Tabak</i>	569
Sosyoekonomik Etmenlerin Gebelikten Korunma Davranışı Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi <i>Topuzoğlu A., Çaltı Ş.</i>	573
Türkiye'de Akraba Evlilikleri 1998 Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Sonuçları <i>Doç. Dr. Şevkat Bahar-Özvarış, Dr. Gonca Oktay Koçoğlu, Prof. Dr. Ayşe Akın</i>	575

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

- Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesinde 1998-2002 Yılları Arasında Eğitim Gören Hekim Adaylarının Halk Sağlığı Rotasyonu İle İlgili Geri Bildirimleri**
Bülent Kılıç, Alp Ergör 578
- Diyarbakır'da Çocuk İşhalleri: İnanışlar Ve Yerel Tedavi Uygulamaları**
Nuran Elmacı (Prof.Dr.), Pervin Özelçi(Lr.) 581
- Konya İli 4 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesindeki İlköğretim Okulu 1.Sınıf Öğrencilerinin Genel Sağlık Düzeyleri**
Selma Çivi, İbrahim Koruk 585
- Konya İli 4 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesinde İlköğretim Okulu 1.Sınıf öğrencilerinin Kişisel Hijyen Ve Beslenme İle İlgili Davranış Ve Tutumlarının Büyüme-Gelişmeye Etkisi**
Selma Çivi, İbrahim Koruk 585
- İlk Okul Öğrencilerine Yönelik Zehirlenmelerden Korunma Konusunda Eğitim Programı Hazırlanması Ve Uygulanması**
Aliye Mandıracıoğlu, Ayla Bayık, Emel Lüleci 586
- Adana'da İlköğretim Okulların Sekizinci Sınıflarında Kalıtsal Kan Hastalıkları Eğitim Çalışmasının Değerlendirilmesi**
Doç.Dr.Abdullah Arpacı., Prof.Dr.Necdet Aytaç., Prof.Dr.Güneş T. Yüreğir, Prof.Dr.Kıymet Aksoy., Doç.Dr.Abdullah Tül. 589
- Dermatoloji Polikliniğine Başvuran Hastalarda Güneşten Korunma Bilinci Ve Alışkanlıkları**
Ayşın Köktürk, Kıymet Baz, Resul Buğdaycı, Tamer İrfan Kaya, Aynur Koca, Güliz İkizoğlu 592
- Erbaş Ve Erlerin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusunda Eğitimi İçin Model Geliştirilmesi**
Süleyman Ceylan, Hakan Yaren, Ö.Faruk Tekbaş, Metin Hasde 595
- Belediyelerin Halk Sağlığı Sorunları Ve Halk Eğitimindeki Öncelikleri**
Dr. Alev Yücel, Dr. Didem Evcı, Yrd.Doç.Dr.Songül Acar Vaizoğlu, Prof.Dr. Çağatay Güler. 598
- Sivil Toplum Örgütlerinin Halk Sağlığı Sorunları Ve Halk Eğitimindeki Öncelikleri**
Dr.Alev Yücel, Dr. Didem Evcı, Yrd. Doç.Dr. Ö. Faruk Tekbaş, Yrd.Doç.Dr.Songül Acar Vaizoğlu, Prof.Dr. Çağatay Güler. 601
- Bir İlköğretim Okulu Birinci Sınıf Öğrencilerinin Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi**
*Prof. Dr. Gülümser Kublay, Doç.Dr. Oya Nuran Emiroğlu, Dr. Media Subaşı Baybuğa
Ar. Gör. Melek Coşan Yılmaz, Ar.Gör. Özlem Örsal, Ar.Gör. Sergül Duygulu, Ar.Gör. Makbule Tokur,
Ar.Gör. Gülnaz Gülmez* 604
- Öğrencilerin Kişisel Temizlik Bilgileri Ve Durumlarının Değerlendirilmesi**
Ö.Örsal, S.Tezcan, B.Çakır, M.Tokur, G.Gülmez 609
- Isparta İli Merkezi'ndeki Cafelere Giden Öğrencilerin Okul, Beslenme, Uyku Durumları Ve Sigara İle Alkol Alışkanlıkları Üzerine Bir Çalışma**
A. Nesimi Kişioğlu, Mustafa Öztürk, Rehc Demirel, Malik Doğan, Ersin Uskun 615
- İlköğretim Çocuklarının Çevre Eğitiminde Bir Model: Üniversite-Belediye İşbirliği**
Bilge Hapçıoğlu, Selma Karabey, Nurhan İnce, Haluk İnce 617
- Aydın İli İlköğretim Okulu Öğrencilerinde Görme Durumunun Ders Başarısına Etkisi**
Erkin Kur, Pınar Okyay, Aziz Topaloğlu, Seyhan Bahar Özkan, Erdal Beşer 620
- Ankara'da Bir Tıp Fakültesinde Çalışan Akademik Personelin Bilimsel Toplantılar Hakkındaki Görüşleri**
Songül. A. Vaizoğlu, Ebru Aybaba., Fatih Arabacı, Reskan Altun, Ceyda Akin., Güldeniz Aksan, Çağatay Güler. 623

ALTINCI BÖLÜM : KRONİK HASTALIKLAR

- Mersin İlinde 65 Yaş Ve Üzerinde Hipertansiyon, Farkında Olma, Tedavi Alma Ve Kontrol Durumu: 14 Sağlık Ocağı Bölgesinde 1143 Kişiyi Kapsayan Bir Prevalans Çalışması**
Cafar Tayyar Şaşmaz, Resul Buğdaycı, Hanife Tezcan, A.Öner Kurt 627
- Mersin'de İlköğretim 2.- 5. Sınıf Öğrencilerinde Başağrısı: 23 Okulda 5562 Öğrenciyi Kapsayan Bir Prevalans Çalışması**
*Resul Buğdaycı, Aynur Özge, Tayyar Şaşmaz, A. Öner Kurt, Hakan Kaleağası, Ali Karakellz,
Hanife Tezcan, Aksel Siva* 630

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Ebeveynler Çocuklarındaki Başağrısının Farkında Mı ? <i>Cafer Tayyar Şaşmaz, Resul Buğdaycı, Aynur Özge, Ali Karakelle, A.Öner Kurt, Hakan Kaleağası</i>	633
Gata Çalışanları Arasında Spor Ve Fiziksel Egzersiz Davranışları Ve Bunu Etkileyen Faktörler Dr. <i>Süleyman Ceylan, Dr. Nazmi Tümerdem, Dr. Selim Kılıç, Dr. Metin Hadse</i>	636
Damlacık Köyünde Tip II Diabetes Mellitus Prevalansının Belirlenmesi Ve Diabetes Mellituslu Hastalara Uygulanan Diabet Eğitimi Programının Değerlendirilmesi. <i>Gülengül Süleymanoğlu Mermer Prof. Dr. Ayla Bayık</i>	638
Elazığ Yenimahalle Eğitim Ve Araştırma Sağlık Ocağına Bağlı Populasyona Ait Gebelerde Gebelik Diabeti Taraması <i>A.Ferdane Oğuzöncül, Yüksel Güngör, Y.şemin Açık, Leyla Güngör</i>	642
İngiltere Ve Galler'de 1981 -2000 Yılları Arasındaki Koroner Kalp Hastalığı Ölüm Trendinin İrdelenmesi <i>Belgin Ünal Aslan, Julia Crutchley, Simor Capewell</i>	644
Sosyal Sigortalar Kurumu Ankara Hastanesi Kayıtlarında Bulunan Akciğer Kanseri Hastalarının Bazı Özellikleri <i>Dr. Mecit Gökçimen, Dr. Gonca Oktay Koçoğlu, Dr. Ayşegül Esin Ertan , Prof. Dr. Nazmi Bilir</i>	648
İsparta'da 25-65 Yaş Grubu Kadınların Meme Kanserinin Risk Faktörleri Ve Belirtilerine İlişkin Bilgi Düzeyleri <i>Serpil Şen, Mustafa Öztürk, A. Nesimi Kışioğlu</i>	651
Sağlıklı Bireylerde Bel Ağrısı Risk Faktörleri Profili <i>Doç. Dr. Uğur Cavlak, Yrd. Doç. Dr. Arsun Özşahin , Fzt. Mustafa Sözen</i>	654
Kentsel Bir Bölgede Beden Kitle İndeksi Ve Bel Kalça Oranları Yüksekliği Sorunlarının Sıklığı Ve Kronik Hastalıklar İle İlişkileri <i>Sema İlhan Akalın, Hasan Değirmenci</i>	654
Kentsel Bir Bölgede Kardiyovasküler Hastalıklar Ve Kardiyovasküler Hastalıkların Oluşumunda Etkili Olan Önlenebilir Risk Faktörlerinin Sıklığı <i>Sema İlhan Akalın, Hasan Değirmenci</i>	657
Kalp Sağlığı Taraması İçin Başvuran Erişkinlerin Fiziksel Aktivite Durumlarının Sigara, Alkol, Beslenme Alışkanlıkları Ve Aile Öyküleri İle İlişkisi <i>Sevgi Özcan, Nafiz Bozdemiç, Gülçin Çobanoğlu, Ömer Erdoğan, Haluk Uhusan ,Esra Saatçi, Ersin Akpınar.</i>	661
İnsüline Bağımlı Olmayan Diabetli Hastalarda Tetanoz Seroprevalansı <i>Meral Saygun, Aytül Çakmak, Dilek Kılıç, Sedat Kaygusuz, Hazel Üzer, Levent Doğançı</i>	663
Hemşirelerin Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Ve Mamografi Çektirmeye Yönelik Davranışlarını Etkileyen Faktörler <i>Harmancı H, Karahan Aktan, Topuzoğlu A.</i>	666
Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Nükleer Tıp Anabilim Dalına Başvuran Kadınların Kemik Mineral Yoğunluğu <i>Burhanettin Işıklı Emre Entok Didem Arsantaş Cemalettin Kalyoncu Erkan Vardareli</i>	669
Ankara Da Park Sağlık Ocağı Bölgesinde 35 Yaş Üstü Hipertansif Ve Diyabetiklerde Micral Test-1 İle Mikroalbuminüri Sıklığı Araştırması <i>Meltem Çöl, Esin Ocaktan, Oya Özdemir, Ayşe Keklik Yalçın, Arslan Tunçbilek</i>	672

YEDİNCİ BÖLÜM : YAŞLILIK İŞÇİ SAĞLIĞI

Samsun Çıraklık Eğitim Merkezi'ne Devam Eden Çırakların Sosyodemografik Ve Çalışma Yaşamı Özelliklerinin Değerlendirilmesi-1 <i>Yrd. Doç. Dr. Sevgi Canbaz, Prof. Dr. Yıldız Pekşen, Yrd. Doç. Dr. A. Tevfik Sünter</i>	Sayfa 677
Samsun Çıraklık Eğitim Merkezi'ne Devam Eden Çırakların Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi-2 <i>Yrd. Doç. Dr. Sevgi Canbaz, Prof. Dr. Yıldız Pekşen, Yrd. Doç. Dr. A. Tevfik Sünter</i>	680

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Antalya Kent Merkezindeki 60 Yaş Ve Üzerindekilerin Yetiştirimi Sıklığı, Derecesi Ve Yetiştiriminin Yaşamı Etkileme Düzeyi <i>Zuhal Gökkoca Levent Dönmez</i>	685
Afyon Huzurevi Yaşlılarında Medikosal Bir Araştırma <i>Gülbahar Beştepe , Pakize Ogur, Pakize Özyürek, Fatma Bayram</i>	689
Çankaya İlçesinde Yaşayanların Yaşlı Bakımı Konusundaki Bazı Düşünceleri <i>N. Subaşı, Z. Öztekin</i>	693
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem V1 Öğrencileri İçin İşyeri Hekimliği Stajı <i>Onur Hamzaoğlu, Cavit Işık Yavuz, Çiğdem Çağlayan, Mehmet Sarper Erdoğan, Nilay Etiler</i>	697
Kahramanmaraş'ta Çalışan Hekimlerde Mesleki Tükenmişlik Düzeyi Ve Bazı Kişisel Özelliklerle İlişkisi <i>Hasan Ekerbiçer, Mustafa Çelik, Murat Aral, Resul Buğdaycı</i>	700
Denizli Huzurevi Sürekli Bakım Ve Rehabilitasyon Merkezindeki Yaşlıların Sosyodemografik Özellikleri Ve Sağlık Sorunları <i>Doç.Dr. Mehmet Bostancı Dr. Birsen Yılmaz</i>	703
Adana Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Bilişsel Durumları Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi <i>Dr Elçin Yoldaşcan, Dr R.Sabri Yurdakul</i>	706
İşyerlerinde Çevre, Sağlık Ve Güvenlik Yönetiminde İyi Uygulamalar (Gp Hesme) Projesi <i>Kemal Macit Hisar</i>	709
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu İş Sağlığı Hemşireliği Komisyon Çalışmaları <i>Doç.Dr.Oya Nuran Emiroğlu Prof.Dr. Sevil Aksayan , Yar.Doç.Dr. Nihal Esin, Öğr.Gör.Ayşe Beşer , Öğr.Gör.Ali Naci Yıldız, Doç.Dr.Ayşe Ocakçı, Buyan Doğan, Hemşire Nihal Uzunçam</i>	713
Ankara'daki Devlete Bağlı Huzurevinde Yaşayan Kişilerin Sosyal Yaşamları İle İlgili Bazı Özellikleri <i>Dr. Gonca Oktay Koçoğlu, Doç. Dr. Şevvat Bahar Özvarış, Dyt. Dr. Sema Atilla, Prof. Dr. Ayşe Akın</i>	714
Altındağ Çıraklık Eğitim Merkezi Kaynakçılık Bölümü Öğrencilerinin İş Riskleri <i>Nesrin Kocabıyık</i>	718

SEKİZİNCİ BÖLÜM: BESLENME

Aydın Merkez 5 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesinde Annelerin 0-6 Aylık Bebek Beslenmesi Konusundaki Bilgi Tutum Ve Davranışları <i>Turgay, Yılmaz Kılıç, Gülçin Aytaç Sinem Ökçe, Halil. Ferat Öncel, Filiz Ergin, Sibel Büyükcoban</i>	720
Samsun İl Merkezindeki Beş Yaş Altı Çocuklarda Malnutrisyon Prevalansı Ve Etkileyen Bazı Faktörler <i>Melek Coşkun, Leman Tomak, Yıldız Pekşen, Cansever Süren, Fikriye Ordulu, Ebru Kaynar, Özgür Ünal, M.Emin Kömür</i>	722
Ç.Ü.Adana Sağlık Yüksekokulu 1. Sınıf Öğrencileri İle Adana Laboratuvar Sağlık Meslek Lisesi 3. Ve 4. Sınıf Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarının Ve Hemogloblin Düzeylerinin Saptanması Ve Bunların Beden Kitle İndeksleri İle İlişkileri <i>Yrd. Doç.Dr.Gürsel Öztunç, Prof.Dr.Necâzî Aytaç, Öğr.Gör.Emine Öztürk, Öğr.Gör. Serap Torun</i>	726
Ankara'da Bir Lisede 1. Sınıf Öğrencilerinde Yeme Bozukluğu Taraması Sonuçları <i>N. Subaşı, A. N. Yıldız, Özenay A., Taşerimez B., Karagüzel E., Özel G., Sevgili M., Yaşar Ş. Öztekin Z</i>	730
Ankara'da Bir İlköğretim Okulunda 6. 7. Ve 8. Sınıf Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarının Ve Durumunun Saptanması Araştırması <i>Tezcan S., Aslan D, Esin A., (Mutlu Mf., Malbanoğlu B., Şenoğuz M., Şentürk Ç., Zümriübek, Ae.)</i>	733
Maraş Otu (Nicotiana Rustica L.) Kullanımının Hücresel İmmün Sistem Parametrelerine Olan Etkilerinin Araştırılması <i>Murat Aral, Hasan Ekerbiçer, İbrahim Aral, Mustafa Çelik, Mustafa Gül, Pınar Çıragül</i>	736
Bir Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Obezite Prevalansı Ve Yapılan Eğitimin Obezite İle İlgili Bilgi, Tutum, Davranış Ve Prevalansa Etkisi <i>Şükran Özkahraman, A. Nesimi Kışioğlu, Mustafa Öztürk</i>	738

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Aydın İli Kentsel Ve Kırsal Bölge İlköğretim Okulları 7-14 Yaş Grubu Öğrencilerinin Beden Kitle İndeksi <i>Sacide Karakaş, Pınar Okyay, Özlem Öner, Filiz Abacıgil Ergin, Erdal Beşer</i>	741
Erişkin Kadınlarda Şişmanlık Durumu Ve Şişmanlığı Etkileyen Bazı Faktörler <i>Mualla Aykut, Yusuf Öztürk, Ali Özer, Ayşegül Aslan</i>	744
DOKUZUNCU BÖLÜM: KAZALAR SİGARA, RUH SAĞLIĞI	
Gata Eğitim Hastanesi İlk Ve Acil Yardım Merkezine Başvuran Hastalardan Yatırılarak Tedavi Edilenlerin Ve Hastalıklarının Bazı Özelliklerinin Belirlenmesi <i>Süleyman Ceylan, Nazmi Tümerdem, Mehmet Yaşar, Selim Kılıç, Mahir Güleç</i>	748
Gata Eğitim Hastanesinde Rutin İzlem Yapılan Yaşlı Bireylerin Geçirdiği Ev Kazalarının Çeşitli Özelliklerinin İncelenmesi <i>Şenay Topaç, Ümit Ateşkan, Süleyman Ceylan, Tülay Biçer</i>	751
Türkiye'de Ateşli Silah Yaralanma Ve Ölümleri Ne Boyutta ? <i>Hilal Özcebe</i>	754
Bir Grup Üniversite Öğrencisinin "Flört Şiddeti" Konusundaki Görüşleri <i>Özcebe H., Aslan D., Karabiber Ah., Küçüköztaş Mf., Oransay K., Ölmez I.</i>	757
Trafik, Kazalar Ve İlköğretim Öğrencileri: Mamak İlköğretim Okulu 4. Ve 5. Sınıf Öğrencilerinin Trafik Kuralları Ve Trafik Kazalarından Korunma İle İlgili Bazı Bilgileri <i>Doç.Dr.Nesrin Çilingiroğlu, Uzm.Dr.Nükhet Subaşı</i>	760
Adolesan Ve Gençlerde Kaza Ve Yaralanma Ölümleri <i>Dr.Hacer Çetik ,Doç.Dr.Hilal Özcebe</i>	764
Ankara'daki Sağlık Meslek Lisesi Öğrencilerinin Deprem Eğitimi Öncesi Ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması <i>Ümit Çelen¹ Sarp Üner²</i>	767
Bir Depremin Ardından; Ölüm Ve Yaralanma İle Sonuçlanan Riskler <i>Hülya Ellidokuz, Reyhan Uçku, Ü. Yusuf Aydın</i>	770
Bir Polis Okulu Öğrencilerinin İlk Yardım Konusundaki Bilgi, Tutum Ve Davranışları <i>S. Aytaç Polat, Gülen Turacı Çelik</i>	773
Kaza Nedeniyle Acil Servise Başvuran Hastaların Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi <i>S.Aytaç Polat, Gülen Turacı Çelik, Edibe Piriñçi Enis Güllüdağ, Mehmet Yıldız</i>	776
Ankara'da Bir İlçe Merkezindeki Üç İlköğretim Okulunda 6. 7. Ve 8. Sınıflardaki Öğrencilerin İlk Yardım Konusundaki Eğitim İhtiyaçlarının Saptanması <i>Arş.Gör.Dr. Coşkun Bakar, Öğr.Gör.Dr. Seçil Özkan, Prof.Dr.Remzi Aygün</i>	780
İsparta İl Merkezi'ndeki Eczacılar Ve Eczacı Kalfalarının İlk Yardım İle İlgili Bilgi Tutum Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi <i>Mustafa Öztürk, A.Nesimi Kişioğlu, Malik Doğan Sema Kurbıyık</i>	785
Ankara'daki Sağlık Meslek Lisesi Öğrencilerinin Deprem Eğitimi Öncesi Ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması <i>Ümit Çelen Sarp Üner</i>	788
Ankara İlinde Bir İlçe Merkezinde 15 Yaş Ve Üzeri Kadınların Sigara İçiminin Sağlığa Ve Üreme Sağlığına Etkileri Konusundaki Eğitim İhtiyaçlarının Saptanması <i>Seçil Özkan, Zeynep Baykan, Remzi Aygün</i>	792
İstanbul Jandarma Bölge Komutanlığı Ve Mamak Muhabere Okulu Askerleri Arasında Sigara İçme Sıklığı Ve Bunu Etkileyen Faktörler <i>Dr. Bilal Bakır, Dr. Mustafa Özer, Dr. Mahir Güleç, Dr. Nazmi Tümerdem, Dr. Selim Kılıç, Dr. Metin Hasde,</i>	796
Elazığ Polis Okulu'nda Düzenlenen Bırak Kazan Kampanyasına Katılan Öğrencilerin Başarı Durumları <i>Yasemin Açıık, Canan Gülbayrak, S.Erhar Deveci, A.Tevfik Ozan</i>	799
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sigara İçme Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler <i>Doç Dr Elçin Yoldaşcan, Gülcan Usal, İn: Dr Bülent Özdemir, Prof Dr Şinasi Akdemir</i>	802

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

- Bir Lisede İkinci Sınıf Öğrencilerinde Sigara İçme Sıklığı (Ankara, 2002)**
Hilal Özcebe, Derya Çamur, Sezin Akansoy, İbrahim Akel, Ali Emre Şevikmurat Karaman, Tolgay İşiyakar 805
- Şanlıurfa İl Merkezindeki Hastanelerde Hekimlerin Sigara İçme Durumlarına Göre Hastalarına Sigara Bıraktırma Konusunda Tutum Ve Davranışları**
Mehmet Ali Kurçer, Zeynep Şimşek, Gülsen Güneş, B. Suat Kürkcüoğlu, Ahmet Kaymaz 809
- Farklı Tütün Kullanım Şekillerinin Humoral İmmün Sistem Parametrelerine Etkilerinin Karşılaştırılması**
Hasan Ekerbiçer, Murat Aral, Mustafa Çelik, Pınar Çiragil, Mustafa Gül, İbrahim Aral 812
- Ankara İlinde Bir İlçe Merkezinde Yaşayan 15 Yaş Ve Üzeri Kadınların Sigara İçme Durumları**
Zeynep Baykan, Seçil Özkan, M. Ali Bumin 814
- Malatya'da Üniversite Hastanesinde Çalışan Hekimlerin Sigara Konusunda Hastalara Karşı Tutum Ve Uygulamaları**
Gülsen Güneş, Leyla Karaoğlu, Murat Sürücü, Metin Genç, Erkan Pehlivan 819
- Edirne Merkez İlçede 15-64 Yaş Grubunda Alkolizm Prevalansı Ve İlişkili Etmenler**
Galip Ekuklu Dr. Serol Deveci, Muzaffer Eskiocak, Ufuk Berberoğlu, Kadriye Dağlı, Ahmet Saltık 823
- Toplumda Rol Modeli Olan Kişilerin Sigara İçilmesi Konusundaki Bazı Tutum Ve Davranışları**
Aslıhan Coşkun, Ali Naci Yıldız, Bahar Cüçüz Doğan, Nazmi Bilir 827
- Süleyman Demirel Üniversitesi İlk Ve Son Sınıf Öğrencilerinin Sigaraya Yönelik Bilgi Tutum Davranışları Ve Sigaraya Başlama Ve Alışma Durumları**
Nesimi Kışioğlu, Mustafa Öztürk, Malik Doğan 831
- Edirne Merkez İlçede Doğum Sonu Depresyon Sıklığı Ve İlişkili Bazı Etmenler.**
Dr. Galip Ekuklu Dr. Burcu Tokuş Dr. Muzaffer Eskiocak, Ufuk Berberoğlu Dr. Ahmet Saltık 834
- Elazığ Yenimahalle Eğitim Ve Araştırma Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Orta Ve İleri Yaşlardaki Kadınlarda Depresyon Belirtileri Yaygınlığı Ve Etkileyen Faktörler**
Yasemin Açık, Leyla Güngör, Murat Kuloğlu, Murat Atmaca, M. Yüksel Güngör, A. Ferdane Oğuzöncül 839
- Bir Fiziksel İstismar Olgusu**
Yasemin Açık, S. Erhan Deveci, Alpagan Mustafa Yıldırım, M. İhsan Okur 843
- İlköğretim Öğrencilerinin Ailelerinde Annelerine Yönelik Fiziksel Şiddet Durumu – I**
S. Erhan Deveci, Yasemin Açık 845
- İlköğretim Öğrencilerinin Fiziksel Şiddete Maruziyetleri Ve Yaklaşımları – II**
S. Erhan Deveci, Yasemin Açık 848
- Tıp Öğrencilerinde Kaygı, Depresyon Ve Bazı Yaşam Sorunlarının Düzeyleri: Uzunlamasına Bir Çalışma**
Mehmet Aktekin, Yeşim Şenol, Mehtap Türkay, Hakan Erengin 852
- Samsun İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyonu Prevalansı Ve Risk Faktörleri**
Yrd. Doç. Dr. A. Tevfik Sünter, Yrd. Doç. Dr. Hatice Güz, Arş. Gör. Dr. Fikriye Ordulu, Dr. Hatice Öz, Prof. Dr. Yıldız Peşken 855
- İzmir İli Bornova İlçesinde Doğum Yapmış Kadınların Doğum Sonrası Depresyon Durumları Ve Bu Durumu Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi**
Esin Çeber Türkistanlı, İlknur Pektaş, İpek Dikici, 858
- Yarı-Kentsel Bir Bölgede Postpartum Depresyon Prevalansı Ve Risk Faktörleri**
Pınar Erbay Dünder 862
- Ankara İlinde Bir İlçe Merkezinde 15 Yaş Ve Üzeri Kadınların Ruhsal Durumlarının Genel Sağlık Anketi Kullanılarak Değerlendirilmesi**
Zeynep Baykan, Seçil Özkan, Işıl Maraise, Çuk Candansayar 865

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

ONUNCU BÖLÜM:GÜNEYDOĞU ANADOLU BÖLGESİ BİLDİRİLERİ

	Sayfa
Gap Bölgesi' nde Aile Planlaması Konusunda Bilgi Düzeyi <i>Saime Şahinöz , Servet Özgür , Ali İhsan Bozkurt , Birgül Özçarpıcı , Turgut Şahinöz , Ali Ceylan , Günay Saka , Ersen İlçin , Hamit Acemoğlu , Yılmaz Palancı</i>	869
Gap Bölgesi' nde Aile Planlaması Konusunda Davranışlar <i>Servet Özgür , Ali İhsan Bozkurt , Saime Şahinöz , Birgül Özçarpıcı , Turgut Şahinöz , Günay Saka , Ali Ceylan , Ersen İlçin , Hamit Acemoğlu , Yılmaz Palancı , Feridun Akkafa</i>	872
Gap Bölgesi' nde Aile Planlaması Konusunda Tutumlar <i>Birgül Özçarpıcı , Servet Özgür , Saime Şahinöz , Ali İhsan Bozkurt , Turgut Şahinöz , Ersen İlçin , Günay Saka , Ali Ceylan , Hamit Acemoğlu , Yılmaz Palancı , Feridun Akkafa , Bayram Bektaş</i>	878
Gap Bölgesinde Düşükler <i>Ali İhsan Bozkurt , Birgül Özçarpıcı , Servet Özgür , Saime Şahinöz , Turgut Şahinöz , Günay Saka , Ali Ceylan , Ersen İlçin , Hamit Acemoğlu , Yılmaz Palancı , Feridun Akkafa , Mucide Ak</i>	881
Gap Bölgesi' nde Bağışıklama Durumu <i>Birgül Özçarpıcı , Saime Şahinöz , Servet Özgür , Ali İhsan Bozkurt , Turgut Şahinöz , Ali Ceylan , Ersen İlçin , Günay Saka , Hamit Acemoğlu , Yılmaz Palancı , Mucide Ak , Feridun Akkafa</i>	885
Gap Bölgesi' nde Çocuk Beslenmesine İlişkin Uygulamaların Durumu <i>Saime Şahinöz , Birgül Özçarpıcı , Ali İhsan Bozkurt , Servet Özgür , Turgut Şahinöz , Hamit Acemoğlu , Yılmaz Palancı , Ersen İlçin , Günay Saka , Ali Ceylan , Feridun Akkafa , Bayram Bektaş</i>	889
Gap Bölgesi' nde Çocuklarda Malnütriyon Durumu <i>Servet Özgür , Ali İhsan Bozkurt , Birgül Özçarpıcı , Saime Şahinöz , Turgut Şahinöz , Yılmaz Palancı , Hamit Acemoğlu , Ersen İlçin , Günay Saka , Ali Ceylan , Feridun Akkafa , Mucide Ak</i>	894
Akü Üretiminde Çalışanların Kan Kurşun Düzeyleri Ve Solunum Fonksiyonlarına Etkisi <i>Cahit Bağcı , Beyhan Cengiz , Ali İhsan Bozkurt , Serpil Can</i>	898
Gap Bölgesinde Halkın Sağlık Kuruluş arından Yararlanımı <i>Servet Özgür , Ali İhsan Bozkurt , Saime Şahinöz , Birgül Özçarpıcı , Turgut Şahinöz , Ersen İlçin , Günay Saka , Ali Ceylan , Yılmaz Palancı , Hamit Acemoğlu , Feridun Akkafa , Bayram Bektaş</i>	900
Gap Bölgesinde 15 Yaş Ve Üzeri Nüfus ta Sigara İçme Prevalansı Ve Bunu Etkileyen Çeşitli Faktörler <i>Ali İhsan Bozkurt , Saime Şahinöz , Birgül Özçarpıcı , Servet Özgür , Turgut Şahinöz , Hamit Acemoğlu , Günay Saka , Ali Ceylan , Yılmaz Palancı , Ersen İlçin , Feridun Akkafa</i>	906
8. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ BİLDİRİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	911

BİR SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE YAŞAYAN 15 YAŞ ÜZERİ KİŞİLERİN BAZI HASTA HAKLARINI KULLANMA DURUMU VE FARKLI SAĞLIK KURULUŞLARINDA GÖREV YAPAN PERSONELİN DAVRANIŞLARI KONUSUNDAKİ GÖRÜŞLERİ

Levent Dönmez, A.Banu Culbant, Akın Yüce, Tanju Taşkın
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Özet

Hasta haklarıyla ilgili yasal düzenlemeler bulunmasına rağmen bu hakların önemli bir kısmı hem toplum hem de sağlık çalışanlarının konuya yeterli özeni göstermemesi sonucu yeterince uygulanmamaktadır. Toplumda hasta haklarının hangi oranda kullanıldığını saptamak konunun daha ayrıntılı tartışılmasına katkıda bulunacaktır.

Bu çalışmada, Antalya'daki bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 15 yaş üzerindeki kişilerin bazı hasta haklarını kullanma durumunu saptamak amacıyla, bölgeden küme örnekleme tekniğiyle seçilen 150 kişiyle yüz yüze görüşülerek anket uygulanmıştır.

Çalışmaya katılanların sadece %67.3'ü hekimden tanı hakkında, %56.5'i tedavi hakkında ve %24.5-68.7'si tetkikler hakkında bilgi alabildiklerini ifade etmişlerdir. Sağlık personelinin davranışından memnun olanların oranı %31.3, yeterli ilginin gösterildiğini düşünenler ise %49.0'dur. Eğitim durumu düşük (okur yazar değil veya okur yazar) olanlar tanı, tedavi veya tetkikler konusunda hekime soru sormakta daha çekingen davranmaktadır. Yapılan tetkikin amacının açıklanma oranı, yeterli ilgi görme oranı ve sağlık personelinin davranışlarından memnun olma oranı üniversite ve/veya özel sağlık kuruluşlarını kullananlarda daha yüksektir. Tanı ve tedavi konusunda yeterli bilgi alma oranı ise Sosyal Sigortalar Kurumu hastanesi ve sağlık ocaklarını kullananlarda daha yüksektir.

Hasta haklarının kullanımı hem sağlık çalışanlarının hem de toplumun tutumu nedeniyle istenen düzeyde değildir. Sağlık kuruluşlarında konuyla ilgili tartışma ortamlarının yaratılması, toplumun ise bu haklar yönünden aydınlatılması hasta haklarının daha yaygın kullanılmasına katkıda bulunabilir.

Giriş

Hasta hakları, insan haklarının ve değerlerinin sağlık hizmetlerine uygulanmasını ifade eder ve dayanağını insan hakları ile ilgili temel belgelerden alır (1). Hasta haklarıyla ilgili bir çok yasal düzenleme bulunmakla birlikte bu düzenlemeler hem sağlık çalışanları hem de toplum tarafından yeterince bilinmemekte veya tartışılmamaktadır. Konuyla ilgili tartışma ortamının yaratılması bazı hakların uygulanmasını yaygınlaştırabileceği gibi sağlık hizmeti verenler ve hizmetten yararlanarlarda memnuniyet düzeylerini artırmaya sağlayabilecektir. Toplumun sağlık kuruluşunu seçme, bilgi isteme ve bilgilendirilme, insanca muamele görme, tıbbi uygulamalara rıza gösterme ve gizlilik gibi bazı haklarını ne kadar kullandığını tanımlanması, konuya ilgili tartışmalara yön verebilir.

Hasta hakları ve memnuniyetiyle ilgili bazı çalışmalar bulunmakla birlikte (2,3) bunların çoğu sağlık kuruluşlarına başvuran hastalar veya yakınları üzerinde yapılmıştır. Örneğin İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi cerrahi kliniklerinde yatan hastalarda yapılan bir çalışmada, yapılan işlemler için onam alma oranının %44.0 olduğu ve hastaların önemli bir kısmının bu konudaki haklarının farkında olmadığını vurgulanmıştır (2). Hacettepe Üniversitesi Büyük Acil Polikliniğine başvuran hastalarda yapılan bir çalışmada ise, hastaların %31'i gösterilen ilgiyi yetersiz bulmuş, %31'i hastalık konusunda bilgilendirilmediğini ifade etmiş, %32'si reçeteye ilgili bilgi alamamış ve %29'undan tıbbi işlem öncesi izin alınmamıştır. Aynı çalışmada hastaların %27-34'ü gösterilen ilgiyi yetersiz bulmuş ve memnuniyet oranı %67-87.5 olarak saptanmıştır (3). Benzer araştırmaların toplum içinde yapılması hem diğer araştırmalardaki bulguların geçerliliğini artıracak hem de kişiler sağlık kuruluşundan tamamen bağımsız olarak görüşlerini açıklayacağı için daha güvenilir bulgular elde edilebilecektir.

Bu çalışma, Antalya Kütükcü 6 No'lu sağlık ocağı bölgesinde yaşayanların sağlık kuruluşunu seçme, tanı tedavi ve tetkikler konusunda bilgi isteyebilme veya bilgi alma gibi bazı haklarından yararlanma durumlarını saptamak, ayrıca sağlık çalışanları konusundaki görüşlerini incelemek amacıyla planlanmış ve uygulanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Çalışma geçekondü yerleşimi özelliklerine sahip olan Antalya Kütükcü 6 No'lu Sağlık Ocağı bölgesinde yapılmıştır. Bölgenin nüfusu genç toplumu yansıtmakta, sağlık düzeyi ölçütlerinden kaba doğum hızı, kaba ölüm hızı ve bebek ölüm hızları sırasıyla binde 19.2, binde 3.9, ve binde 16.0'dır (4).

Çalışma Kasım-Aralık 1999'da yapılmış, kesitsel nitelikte bir araştırmadır. Araştırma evrenini sağlık ocağı bölgesinde oturan 15 yaş üzeri kişiler oluşturmaktadır. Bu evrenden küme örnekleme tekniği (5) ile 15 kümenin her birinde 10 kişi olmak üzere 150 kişiye anket uygulaması planlanmıştır. Onbeş kümenin başlangıç adreslerinin belirlenmesi amacıyla sağlık ocağında bulunan ev halkı tespit fişleri (ETF) sıraya dizilerek aralarından sistematik örnekleme yöntemi ile 15 ETF seçilmiştir. Belirlenen adresler her kümenin başlangıç noktası olarak kabul edilmiştir. Anket uygulaması kapıya ilk çıkan 15 yaş üzerindeki kişiler olmak üzere her evde sadece bir kişinin görüşleri dikkate alınarak yapılmıştır. Araştırma bölgesindeki toplam hane sayısı 6471'dir (4). Anket uygulamasını reddeden olmamış, ancak daha sonra üç anket eksik ve tutarsız yanıtlar bulunması nedeniyle değerlendirme dışı bırakılmıştır. Sonuçta 147 anketin verileri analiz edilmiştir.

Çalışmada anket uygulanan kişilerin eğitim durumu ve kullandıkları sağlık kuruluşu bağımsız, hasta hakları yönetmeliğinde (6) belirlenmiş olan bazı hasta hakları konusundaki görüşler bağımlı değişkenler olarak tanımlanmıştır. Eğitim durumu üç kategoriye (okur yazar değil veya okur yazar / ilkököl mezunu / ortaokul, lise veya yüksekokul mezunu) ayrılmış, kişilerin kullandıkları sağlık kuruluşu belirlenirken ise "son altı ayda en fazla kullandıkları sağlık kuruluşu" sorgulanmıştır.

Veriler Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi altıncı sınıf öğrencisi olan anketörler tarafından, anket aracılığıyla ve yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Anketörler, çalışmaya katılan kişilerin yanıtlarının etkilenmesini önlemek amacıyla, tıp fakültesi öğrencisi kimliklerini gizlemiş, ancak anket tamamlandıktan sonra açıklamışlardır. Toplanan veriler elde eteleme yöntemi ile tabloşarılmış, gruplar arasındaki farklılıklar ki-kare testi ile analiz edilmiştir.

Çalışmanın ara raporu bölge sağlık ocağı çalışanlarına sunulmuştur.

Bulgular

Araştırmaya katılanların %27.9'u okur yazar değil veya okur yazar (OYD+OY), %49.7'si ilkököl mezunu ve %22.4'ü ortaokul, lise veya yüksekokul (orta+) mezunudur. Kişilerin en çok kullandıkları sağlık kuruluşları sırayla sosyal sigortalar kurumu

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

hastanesi (SSK) (%46.3), devlet hastanesi (%26.5), sağlık ocakları (%13.6) ve üniversite hastanesi veya özel muayenehaneler (üniver/özel) (%13.6) dir (Tablo 1). Kişilerin eğitim durumu hangi sağlık kuruluşunu kullandığına etki etmemektedir (p<0.05).

Araştırmaya katılanların eğitim durumunun hangi tür hasta haklarının kullanılmasına etki ettiğine bakıldığında (Tablo 2), eğitim düzeyi düşük (OYD+OY) olanların “kendi hekimini seçmek” konusunda daha istekli oldukları (%75.6), ancak hekime tanı ve tedavi hakkında daha az soru sorabildikleri (sırayla %29.3 ve %26.8) ve yapılan tetkikler hakkında hekimden daha az bilgi isteyebildikleri (%14.6) görülmektedir (p<0.05). Genel olarak ise bazı hasta haklarından yararlanma oranlarının %36.1 ile %63.7 arasında olduğu dikkat çekmektedir (Tablo 2).

Kişilerin kullandıkları sağlık kuruluşuna göre bazı hasta haklarından yararlanma ve sağlık personelinin bazı davranışları hakkındaki görüşler Tablo 3’de özetlenmiştir. Buna göre, hekimden tanı hakkında bilgi alabilme oranı devlet hastanesini kullananlarda (%59.0) ve üniver/özel’i kullananlarda (%35.0) diğer kuruluşları kullananlara göre daha düşüktür (p<0.05). Üniver/özel’i kullananlarda “tedavi hakkında yeterli bilgi alma” oranı (%15.0) daha düşük (p<0.05), buna karşılık “yapılan tetkikin amacı hakkında bilgi alma” oranı (%60.0) daha yüksektir (p<0.05). Diğer hasta hakları yönünden sağlık kuruluşları arasında fark anlamlı bulunmamıştır.

Hekimin, sağlık sorununa yeterli ilgiyi gösterdiğini düşünenlerin oranı (%75.0) ve sağlık personelinin davranışlarından memnun olanların oranı (%75.0) üniver/özel’i kullananlarda daha yüksektir (p<0.05). Sağlık kuruluşlarında haksızlığa uğradığını ifade edenler ise genel olarak %70.1 oranındadır ve bu konuda sağlık kuruluşları arasındaki fark anlamlı değildir (Tablo 3).

Tartışma

Çalışmamızda toplumun sağlıkla ilgili haklarının sadece bir bölümü ele alınmıştır. Gerçekte hasta haklarını sağlık hakkından veya daha geniş anlamda insan haklarından ayırt edebilmenin zorluğu ve bu kavramlardaki netleşme gereksinimi sıklıkla tartışılan bir konudur (7). Yine konuyla ilgili yazılı yönetmelikler hakkında da eleştiriler sürmektedir (8). Toplumun halen yasal metinlerde belirtilmiş olan bazı haklarını ne kadar kullanabildiği yönündeki bu çalışmamız diğer tartışmalar için katkı sağlamakla birlikte, konuyu oldukça dar bir kapsamda ele aldığımızı söylemek yerinde olacaktır.

Çalışmanın sahada, evlerin dolaşarak yapılması hem toplumu temsil yeteneğini artırmış hem de farklı sağlık kuruluşlarını kullananların görüşlerini karşılaştırma olanağı sağlamıştır. Ancak seçtiğimiz araştırma bölgesinin Antalya’nın gecekondulu mahallelerinden biri olması bulgularımızı genellenmesini güçleştirmektedir. Çünkü hasta haklarını talep etme veya kullanma davranışı kent merkezinde yaşayanlarda gecekondulu bölgesinde yaşayanlardan, yine Türkiye’nin diğer bölgelerinde yaşayanlarda da Antalya’da yaşayanlardan farklı olabilir. Gecekondulu bölgelerinin sağlık hizmetlerinden yararlanma durumunun ve sağlık düzeyi ölçütlerinin kent merkezinden farklı olduğunu vurgulayan çalışmaların varlığı (9,10) bu varsayımımızı desteklemektedir. Özetle, bulgularımız geniş kitlelere genellenemez ve sadece çalışma yapılan bölge için geçerlidir. Ancak farklı bölge ve toplumlarda bu tür çalışmaların sayısı arttıkça hasta haklarının kullanımı konusunda genel bir fikir edinmek de olanaklı olacaktır.

Bulgularımızın araştırma evreninin tamamını temsil etmesi konusunda tereddüt yaratan bir başka nokta çalışmamızda anket uygulamasının kapıya ilk çıkan kişiye yapılmış, evdeki diğer kişilerin görüşlerinin alınmamış olmasıdır. Ancak evdekilerin tümüne anket uygulanmasının da bazı sakıncaları olabilecekti. Aynı ailedeki bireylerin benzer tutum ve davranış sergileme olasılığı yüksek olduğundan, hasta haklarının kullanımıyla ilgili aynı görüş, evdeki birey sayısı kadar örneğimize girmiş olacaktır. Örneğin beş kişilik bir ailede büyük olasılıkla dört-beş kez “sağlık personelinin davranışından memnun olmama” ifadesi yer alabilecekti. Bu yüzden her aileden sadece bir kişiye anket uygulamamız bulgularımızın daha kolay ve doğru yorumlanmasına yardımcı olmuştur. Ayrıca anket uygulaması sırasında anketörlerin “hekim kimlikleri”ni gizlemesi yanıtlardaki taraf tutma olasılığını azaltmıştır. Hastane veya sağlık kuruluşu ortamında yapılan diğer bazı çalışmalarda (2,3) hastalar anketörün sağlık kuruluşunun bir elemanı olduğunu bildikleri için kendi görüşlerini özgürce ifade etmek yerine anketörün beklediği yanıtları vermeye çalışmış olabilirler. Gerçekten de Hacettepe Üniversitesi Büyük Acil Polikliniğine başvuran hastalarda yapılan çalışmada (3) hastaların %73’ü gösterilen ilgiyi yeterli bulurken, bizim çalışmamızda aynı oran sadece %49’dur (Tablo 3). Ancak aradaki farklılıklar sadece verilen yanıtlardaki taraf tutma ile açıklanamaz. Bu tür bir taraf tutmanın yanında hafıza faktörü ve sağlık kuruluşunda alınan hizmetin türü de bu farklılığa katkıda bulunmuş olabilir. Örneğin bizim çalışmamızda son altı ayda en sık kullandığı sağlık kuruluşundaki durum sorgulandı. Belki de hastalar sorularımızı yanıtlarken geçmişteki davranışların bir kısmını anımsamamış veya bazı davranışları abartarak aktarmış olabilirler. Yine alınan hizmetin müdahale gerektiren bir hizmet olması veya ayaktan tedavi türü bir hizmet olması da yararlanan hasta haklarının türünü ve yararlanma oranını etkileyebilir. Örneğin müdahale gerektiren bir durumda “bilgilendirme hakkı”nın kullanımı artmış olabilir. Çalışmamızda sağlık kuruluşlarında kişilerin hangi hizmeti kullandığı sorgulanmamış ve genel ifadelerle inceleme yapılmıştır. Bu tür bir araştırmada her hizmet türü için ayrı ayrı sorgulama yapılması daha ayrıntılı bilgi edinmemize yardımcı olabilirdi.

Bazı hasta haklarının kullanılma oranı, kişilerin eğitim durumu ve kullanılan sağlık kuruluşuna göre farklılık göstermekle birlikte, %24.5 ile %68.7 arasındadır (Tablo 2 ve 3). “Yapılan tetkikin hangi amaçla istendiği”nin hastaya sadece %24.5 oranında açıklanmasının sağlık personelinin tutumundan kaynaklandığını söylemek yanlış olmayacaktır. Çünkü üniver/özel’i kullananlarda bu oran %60’a kadar çıkmaktadır (Tablo 3). Yine “yeterli ilgi görme” ve “sağlık personelinin davranışından memnun olma” oranları üniver/özel’i kullananlarda daha yüksektir (%75 ve %75) (Tablo 3). Sağlık personelinde yapılan bazı araştırmalar bu görüşümüzü destekler niteliktedir. Örneğin Meksika’daki bir kentsel bölge hastanesinde çalışan 75 hekimin uygulamalarının incelendiği çalışmada; hekimlerin %34’ü tıbbi uygulamaya karar verirken hasta haklarına uygun davrandığını, %34’ü aykırı davrandığını ve %5’i ise üçüncü bir kişiyle birlikte karar verdiğini ifade etmiştir. Aynı hekimlerin %26’sı hastalarıyla iyimser bir tavırla iletişim kurduğunu, %69’u bunu yapmadığını ve %5’i üçüncü kişiyle iletişimi kurduğunu söylemiş; %73’ü hastaların karar verme kapasitesinin olduğunu, %27’si ise olmadığını söylemiştir. Tıbbi uygulamalar konusundaki yasal durumu bilen hekimlerin oranı ise sadece %40 olarak saptanmıştır (11). Hekimlerin görüşlerini niteliksel yöntemle inceleyen bir başka çalışmada ise; hekimler hasta hakları yasasıyla ilgili olarak “hastalarla ilişkilerinin iyileşmesine katkıda bulunduğunu” ifade etmiş ve yasal düzenlemeleri olumlu bulmuşlar, ancak bu yasaların uygulamaya geçmesi için zamana ihtiyaç olduğunu, bazı dil sorunları ve hastaların idrak sorunlarının uygulamayı zorlaştırdığını söylemişlerdir. Yine aynı hekimler bu yasaların uygulanması için çalışma koşullarının da iyileştirilmesini önermişlerdir (12). Tüm bu çalışmalar sonucunda özetle, sağlık çalışanlarının yasal düzenlemeler hakkında bilgi eksikliği olabileceği, bu eksiklik giderildiği ve çalışma koşulları da iyileştirildiği takdirde hasta hekim ilişkilerinin daha olumlu bir düzeye ulaştırılabileceği ve sağlık çalışanlarının bu tür yasal düzenlemeleri destekleyeceği izlenimi alınmaktadır.

Hastaların tutumu da benzer şekilde bazı hakların kullanılmasına etki etmektedir. Örneğin eğitim durumu düşük olanlar (OYD+OY) diğer gruplara göre hem tanı tedavi hem de tetkikler hakkında hekime daha az oranda soru sorabilmektedir (Tablo 2). Dolayısıyla hasta haklarının kullanım oranlarının hem hizmeti verenin hem de kullananın tutum ve davranışlarının değiştirilmesiyle artırılabilirliği açıktır.

Hasta haklarının kullanım oranları, istenen düzeyde olmamakla birlikte bazı faktörlerin düzeltilmesiyle iyileştirilebilir. Sağlık kurumlarında hasta-hekim ilişkileriyle ilgili caalandırma veya grup tartışması türünde eğitimlerin yapılması sağlık personelinin uygun davranışları geliştirmesine yardımcı olabilir. Aynı zamanda toplumun, sahip olduğu haklar konusunda aydınlatılması da sorunun çözümüne katkı sağlayabilir. Hastaların tutumlarının geliştirilmesi veya bu hakların kullanımında etkin hale gelebilmesi için etik kurulların içinde hasta veya hasta yakını temsilcilerinin bulunması uygun olabilir. Bu tür uygulamaların etik kurulların kullanılabilirliğini artırdığını vurgulayan yayınlar bu görüşümüzü desteklemektedir (13). Hasta haklarının kullanımını ölçen araştırmaların hem sağlık kuruluşlarına başvuranlarda hem de toplumda yapılması ve bu tür çalışmalarda her bir hizmet türü için ayrı sorgulama yapılması, konunun tartışılması için daha ayrıntılı ve uygun verilerin elde edilmesine katkıda bulunacaktır.

Kaynaklar

- Öztürk H, Gözaltı, tutukluluk ve hükümlülük durumlarında "hasta" hakları. T Klin Tıbbi Etik 1997, 5:117-124.
- Sarı N, Başağaoğlu İ. Klinik tıp eğitimi sırasında hasta yönünden ortaya çıkan etik sorunlar. T Klin Tıbbi Etik 1998, 6:61-68.
- Ağalar F, Çakmakçı M, Yorgancı K, Ergör G, Sayek İ. Hasta memnuniyeti, aydınlatılma ve aydınlatılmış onam sorunu. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni Temmuz, Ekim 1996, 17(3-4):11-12.
- T.C.Sağlık Bakanlığı 6 No'lu Sağlık Ocağı Yıllık İstatistik Kayıtları, Antalya 1999.
- Bennet S, Woods T, Liyanage WM, Smith DL. A simplified general method for cluster-sample survey of health in developing countries. World Health Stat Q 1991; 44:98-106.
- T.C.Sağlık Bakanlığı Yönetmeliklerinden. Hasta hakları yönetmeliği. Resmî Gazete 01.08.1998 sayı:23420 sayfa 67-76.
- Gemalmaz MS. Turşu fiçisi ya da hasta hakları. Toplum ve Hekim, Eylül-Aralık 1996, 11 (75-76):36-39.
- Türk Tabipleri Birliği Etik Kurul Gö.üşleri. Hasta hakları yönetmeliği taslağı hakkında görüş. Haziran 1998, 65-66.
- Aktekin M, Erengin H. (eds) Bir gecekondu mahallesinde sağlık düzeyi durum saptama araştırması. Araştırma Özetleri, Akdeniz Üni.Tıp Fak Yayın No:57 Antalya, 1994, cilt.1: 12-14.
- Aktekin M, Erengin H. (eds) Antalya merkez sağlık ocaklarında sağlık hizmetlerinin kullanımı. Araştırma Özetleri, Akdeniz Üni.Tıp Fak Yayın No:57 Antalya, 1994, cilt.1: 88-90.
- Lopez de la Pena XA. Medical attitude and legal concepts about some patient rights. Rev Invest Clin, 1995 Jan-Feb;47(1):5-12.
- Steinmetz D, Tabenkin H. Physicians' opinions about the patients rights law-a qualitative study. Harefuah 2000 Aug;139(3-4):88-90.
- Mester R, Mozes T, Spivak B et al. The patient's right to know, in the 1996 Israel law for the rights of the patient: the pains of progress. Isr J Psychiatry Relat Sci 2000;37(2):95-102.

Tablo 1: Araştırmaya Katılanların Eğitim Durumlarının En Çok Kullandıkları Sağlık Kuruluşlarına Dağılımı

Sağlık kuruluşu	Eğitim durumu ¹						Toplam	
	OYD + OY ²		İlkokul		Ortaokul ve üzeri			
	Sayı	% ²	Sayı	% ²	Sayı	% ²	Sayı	% ²
SSK	17	41.5	34	46.5	17	51.5	68	46.3
Devlet hast.	15	36.6	17	23.3	7	21.2	39	26.5
Sağlık ocağı	6	14.6	9	12.3	5	15.1	20	13.6
Üniversite / özel	3	7.3	13	17.8	4	12.1	20	13.6
Toplam	41	27.9	73	49.7	33	22.4	147	100.0

¹ OYD+OY = "okur yazar değil ve okur yazar" olanlar

² yüzdeler tablo içinde kolon yüzdesi, alt satır toplamında ise satır yüzdesidir.

* ki-kare testi sonucu 0.05 düzeyinde fark anlamlı değildir.

Tablo 2: Araştırmaya Katılanların Eğitim Durumuna Göre Bazı Hasta Haklarını Kullanımı

Bazı Hasta Hakları	Eğitim Durumu						Toplam (n=147)	
	OYD + OY (n=41)		İlkokul (n=73)		Ortaokul ve üzeri (n=33)			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hekimden tanı hakkında (talep olmadan) yeterli bilgi alabilenler	30	73.2	47	64.4	22	66.7	99	67.3
Hekime tanı hakkında soru sorabilenler	12	29.3*	50	68.5	23	69.7	85	57.8
Hekime tedavi hakkında soru sorabilenler	11	26.8*	49	67.1	23	69.7	83	56.4
Hekimin, sağlık sorununa yeterli ilgiyi gösterdiğini düşünenler	19	46.3	38	52.1	15	45.5	72	49.0
Kendi istediği hekimi seçmek isteyenler	31	75.6*	26	35.6	11	33.3	68	46.3
Yapılan tetkikler hakkında hekimden bilgi isteyebilenler	6	14.6*	29	39.7	18	54.5	53	36.1

* ki-kare testi sonucu 0.05 yanılıgı düzeyinde anlamlı fark yaratan gruplar.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Tablo 3: Araştırmaya Katılanların Kullandığı Sağlık Kuruluşuna Göre Bazı Hasta Haklarının Kullanımı ve Sağlık Personelinin Davranışları Hakkında Görüşler

Bazı Hasta Hakları	Kullanılan Sağlık Kuruluşu								Toplam (n=147)	
	SSK (n=68)		Devlet (n=39)		Sağ.Ocağı (n=20)		Üni/özel (n=20)		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Yapılan tetkikin sonucu hakkında hekimden bilgi alabilenler	45	66.2	31	79.5	10	50.0	15	75.0	101	68.7
Hekimden tanı hakkında (talep olmadan) yeterli bilgi alabilenler	55	80.9	23	59.0*	14	70.0	7	35.0*	99	67.3
Hekimden tedavi hakkında (talep olmadan) yeterli bilgi alabilenler	42	61.8	25	64.1	13	65.0	3	15.0*	83	56.5
Yapılan tetkikin ne olduğu hakkında hekimden bilgi alabilenler	34	50.0	25	64.1	10	50.0	14	70.0	83	56.5
Yapılan tetkikin hangi amaçla istendiği konusunda hekimden bilgi alabilenler	12	17.4	9	23.1	3	15.0	12	60.0*	36	24.5
Hekimin, sağlık sorununa yeterli ilgiyi gösterdiğini düşünenler	27	39.7	18	46.2	12	60.0	15	75.0*	72	49.0
Sağlık personelinin davranışlarından memnun olanlar	17	25.0	8	20.5	6	30.0	15	75.0*	46	31.3
Sağlık kuruluşunda haksızlığa uğradığını düşünenler	44	64.7	30	76.9	16	80.0	13	65.0	103	70.1

*ki-kare testi sonucu 0.05 anlamlı düzeyde anlamlı fark yaratan gruplar.

ANTALYA KENT MERKEZİNDE İKİ SAĞLIK OCAĞINDA REÇETE MALİYETLERİ VE BAZI ÖZELLİKLERİ

HAKAN ERENGİN*, LEVENT DÖNMEZ*, BENGÜ ÖZÜTÜRK**, GÜL AYDIN**

* Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

** Pratisyen Hekim, Antalya

Özet

Sağlığa ayrılan kaynakların önemli bölümü tedavi maliyetleri için harcanmakta, bu harcamalar içindeyse ilaç tüketimi önemli yer tutmaktadır. Ülkedeki ilaç harcamalarının boyutunun ve bu harcamalara etki eden faktörlerin tanımlanması kaynakların daha akılcı kullanımına katkıda bulunacaktır. Bu çalışma; birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran hastaların reçete maliyetlerinin hesaplanması ve aynı reçetelerin maliyetine etki eden faktörlerin tanımlanması amacıyla yapılmıştır.

Antalya Kent Merkezinde hizmet veren iki sağlık ocağına, Mart 2001 tarihinde bir hafta boyunca başvuran toplam 297 kişinin reçetesi incelenmiştir. Reçetelerdeki ilaçların isimleri kaydedilerek maliyetleri dolar cinsinden hesaplanmış, ayrıca reçete maliyetine etki edebileceği düşünülen diğer faktörler (hastalara konulan tanı, sosyal güvence durumu, yaşı, cinsiyeti, sağlık ocağına başvuru nedeni) ile ilgili bilgiler kaydedilmiştir. Araştırmada incelenen 297 reçetede 808 kalem ilaç yazılmıştır (ortalama 2.72±1.06 adet/reçete). En fazla reçetelere ilaçlar sırasıyla antibiyotikler (%20.8), ağrı kesiciler (% 14.9) ve romatizma ilaçları (% 14.3)'dür. Hastalara en fazla konulan tanıların sırasıyla üst solunum yolu enfeksiyonları (% 31.3), hipertansiyon (% 9.8) ve artralji-miyalji'dir (% 8.4). Ortalama reçete maliyeti 14.6±14.3 dolardır. Ortalama reçete maliyetinin yüksek olduğu gruplar; 50 yaş ve üzerindeki (ortalama 20.4±17.0 dolar), erkekler (ortalama 15.3±18.3 dolar), Emekli Sandığına bağlı olanlar (ortalama 20.3±17.6 dolar), sağlık ocağına reçetesini tekrarlatarak amacıyla gelenler (ortalama 18.2±17.4 dolar) ve hastalığı kronik (diabet, hipertansiyon gibi) olanlardır (ortalama 18.8±17.4 dolar). Birinci basamak sağlık kuruluşlarında en çok kullanılan ve maliyetlerinin daha yüksek olduğunu saptadığımız enfeksiyonlar ve kronik hastalıkların sağaltımına yönelik ilaçların sürekli izlenmesi ve incelenmesi konunun en önemli boyutudur. En fazla tüketilen ve en fazla maliyeti artıran ilaçlarda devlet eliyle fiyat denetimi yapılması yararlı olacak, ayrıca bu tür hastalıklara karşı birincil koruma stratejileri uygulanması, uzun vadede harcamalardan tasarruf edilmesine katkı sağlayacaktır.

Anahtar Sözcükler: sağlık harcamaları, reçete, maliyet, kaynakların kullanımı

Giriş ve Amaç

İlaç gerek sağlık ürünü olarak, gerekse ticari ürün olarak özellik gösteren bir maddedir. İlacın gereksiz ve yanlış kullanımı konunun sağlık boyutunu oluştururken, diğer boyutta ilaç harcamalarının sağlık harcamaları içerisinde önemli yer tutması bulunmaktadır.

Türkiye'de kişi başına ilaç tüketimi maliyeti artmaktadır. Üretici fiyatlarıyla kişi başına ilaç tüketimi 1999 yılında 38 dolar iken, 2000 yılında 42 dolara yükselmiştir (1). Bu rakam 1995 yılında 27.2 dolardır (2). 2000 yılında ilaç üretimi % 9.5 artmış ve ülkede 1 milyar 94 milyon kutu ilaç üretilmiştir. Bu rakam 1998'de yaklaşık 993 milyon kutu, 1996'da ise 841 milyon kutudur (1). 2000 yılında ülkemizde 1 milyar 37 milyon kutu ilaç satılmıştır (3). Üretici fiyatları ile ilaç tüketimi 1999 yılında 2.519 milyon dolar, 2000 yılında 2.737 milyon dolar olarak gerçekleşmiştir (1). Türkiye'de toplam ilaç harcamalarının % 75.6'sı kamu tarafından

yapılmaktadır ve 1998 yılında kamunun ilaç harcamaları önceki bir yıla göre dolar düzeyinde % 37.8, Türk lirası düzeyinde % 134.6 artmıştır. Toplam ilaç harcamalarında aynı dönemdeki artış ise dolar düzeyinde % 52.5, Türk lirası düzeyinde % 159.6'dır (4).

Ülkemizde ilaç tüketimine ilişkin bazı yerel araştırmaların sonuçları da çarpıcıdır. Örneğin Gemlik'te hekime olan başvuruların % 96.9'unun reçete yazılması ile sonlandığı saptanmıştır (5). Antalya'da evlerde ortalama maliyeti 15.4 dolar olan 7.11 adet ilacın bulunduğu saptanmıştır ve bu ilaçların % 88.4'ü hekim reçetesi ile alınmıştır (6). Yine Antalya'da 15 yaş ve üzeri kişilerde son bir ay içinde herhangi bir ilaç kullananların oranı % 66.1 olarak bulunmuştur (7). Kılıç ise Gölbaşı'nda kişilerin doğrudan sağlık harcamalarının % 45.2'sinin ilaç için yapıldığını belirtmektedir (8).

Verilen bilgilerin ışığında araştırmada ilk basamak sağlık hizmetlerinde yazılan reçetelerin bazı özellikleri incelenmiş, reçete maliyetinin çeşitli değişkenlere göre farklılıkları tartışılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı nitelikteki araştırma Mart 2001 tarihinde Antalya kent merkezinde 10 ve 13 No'lu Sağlık Ocakları'nda yürütülmüştür ve bir hafta boyunca polikliniğe başvuruları reçete yazılması ile sonlanan tüm kişiler araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmacılar kişilerin reçetelerindeki ilaçların adları, aldıkları tanıları, başvuru nedenleri ile kişisel bilgilerini kaydetmişlerdir. Araştırma kapsamına 150'si (% 50.5) 10 No'lu, 147'si (% 49.5) 13 No'lu Sağlık Ocağı'nda; toplam 297 reçete alınmıştır. Reçete maliyetleri Şubat 2001 tarihli eczane ilaç satış fiyat listelerinden hesaplanmış ve Amerikan Doları'na çevrilmiştir.

10 No'lu Sağlık Ocağı kent merkezinin doğusundadır. Kırsal özellikli bölgede 13.269 kişiye hizmet vermektedir. 13 No'lu Sağlık Ocağı ise kent merkezinin kuzeyindedir. 17.267 nüfuslu bölge gecekondularla ağırlıklıdır.

Araştırmada veriler bilgisayarda SPSS paket programında değerlendirilmiş ve istatistiksel çözümleme için ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular

Araştırmada incelenen toplam 297 reçeteye 808 kalem ilaç yazılmıştır. Reçete başına ortalama 2.72±1.06 kalem ilaç düşmektedir. Reçetelerin % 58.5'ine üç ve daha fazla kalem ilaç yazılmıştır (Tablo 1). En çok reçete edilen ilaçlar antibiyotiklerdir (% 20.8). Bunu ağrı kesiciler (% 14.9) ve romatizma ilaçları (% 14.3) izlemektedir (Tablo 2). En çok konulan tanı % 31.3 ile üst solunum yolu enfeksiyonudur. Bunu hipertansiyon (% 9.8) ve artralji-miyalji (% 8.4) izlemektedir (Tablo 3).

Araştırma kapsamındaki 297 reçetenin ortalama maliyeti 14.6±14.3 dolardır. En ucuz reçete 0.22 dolar, en pahalı reçete ise 145.11 dolardır. 50 yaş ve üzerine yazılan reçeteler en pahalı reçetelerdir. Sosyal güvenlik durumuna göre en yüksek ortalama reçete maliyeti 20.3±17.6 dolar ile Emekli Sandığı'na bağlı olgulardadır. Hiç sosyal güvencesi olmayanlarda bu rakam 9.0±7.4 dolara düşmektedir. Reçete yazdırmak amacıyla gelenlerin ortalama reçete maliyeti 18.2±17.4 dolarken, muayene amacıyla gelenlerin 13.2±12.7 dolardır. Kronik hastalık reçeteleri daha pahalıdır (Tablo 3).

Reçetelerdeki ortalama ilaç sayısına ilişkin bulgular, ortalama reçete maliyetlerine benzer özellikler göstermektedir (Tablo 3). Reçete yazdırmaya gelenlerde, kronik bir hastalık tanısı konulanlarda, Emekli Sandığı'na bağlı olanlarda ve 50 yaş ve üzerindeki kişilerde reçetede ortalama ilaç sayısı daha yüksektir. Yalnızca tanılarına göre ortalama ilaç sayısı maliyete göre farklılık göstermektedir. Ortalama maliyeti en yüksek olan diabet reçetelerindeki ortalama ilaç sayısı daha azdır. Ortalama maliyetlerde öne çıkan üst ve alt solunum yolu enfeksiyonları ile mide hastalıklarında ortalama ilaç sayısı yüksektir.

Sosyal güvencesi olanların (Bağ-Kur ya da Emekli Sandığı) reçetelerinde üç ve daha fazla kalem ilaç yazılma oranları daha yüksektir. Sosyal güvencesi olmayanlarda aynı oran yalnızca % 37.8'dir ve bu grup diğerlerinden istatistiksel olarak farklıdır (p<0.001). Olgunun sağlık ocağına başvuru nedenine göre reçetede ortalama ilaç sayısı yönünden fark bulunmamıştır (Tablo 4).

Tartışma

Araştırma kapsamına Antalya kent merkezinden iki Sağlık Ocağı'nın alınmış olması, elde edilen bulguların kente genellenmesini engellemektedir. Ama yine de sonuçların sağlık ocaklarında yazılan reçetelerin maliyetleri ve bazı özellikleri hakkında fikir verici olduğunu söyleyebiliriz. Bulguların ülke geneline ilişkin verilerle ve daha önce yapılan bazı araştırmalarla benzerlik göstermesi de bunu kanıtlamaktadır. Örneğin Türkiye'de 2000 yılı verilerine göre tedavi gruplarına göre ilaç kullanım oranlarına bakıldığında antibiyotiklerin % 19.0 ile ilk sırayı aldıkları görülmektedir. Antibiyotikleri % 12.0 ile ağrı kesici ilaçlar ve % 11.0 ile romatizma ilaçları izlemektedir (1). Bizim araştırmamızda da en çok reçete edilen ilaç grubu antibiyotiklerdir (% 20.8) ve küçük farklılıklarla ilk üç sıra birbirine benzemektedir (Tablo 1). Antibiyotik kullanımı konusuna ülkemizde ve dünyada önemli bir sorundur. Samsun'da tüm sağlık kuruluşlarında yazılan reçeteleri kapsayan bir araştırmada da antibiyotikler % 20'lik payları ile en çok reçete edilen ilaç grubunu oluşturmaktadırlar(9). Gemlik araştırmasında reçetelerin % 41.8'inde antibiyotik olduğu ve bunun reçete maliyetini artırdığı saptanmıştır (5). İngiltere ve İskoçya'da 1980-1991 yılları arasında ortalama yıllık antibiyotik tüketimi artışı % 5 olarak bildirilmektedir. İngiltere'de 1990-91 yıllarında antibakteriyel ilaçların reçete edilmesinde % 10'luk artış saptanmıştır (10). Öte yandan reçetelerin hangi hastalıklara verilmiş oldukları incelendiğinde ilk sırayı üst solunum yolu enfeksiyonlarının aldığı görülmektedir (Tablo 2). Samsun araştırmasında da reçetelerin % 35'inin üst solunum yolu hastalıklarına yazıldığı saptanmıştır (9). Bizim araştırmamızda da benzer şekilde yaklaşık her üç reçeteden birisinin bu tanı için yazılmış olması antibiyotiklerin, ağrı kesicilerin ve dekonjestan-antihistaminiklerin bu tanıyı alanların reçetelerinde yer alması bu ilaçların en çok reçete edilenler olması sonucunu doğurmaktadır. Burada yetersiz laboratuvar olanaklarıyla hizmet veren sağlık ocaklarında hastaların viral ya da bakteriyel etkenli ayrımının yapılamamasının reçetelerde yer alan antibiyotik miktarını artırdığını söyleyebiliriz. Bu durum, hasta yönünden maliyet yükü doğurmaktadır. Örneğin akut bronşit tedavisinde antibiyotiksiz tedavinin hasta yönünden daha maliyet-etkin olduğu bilinmektedir (11). Gereksiz ve yanlış antibiyotik kullanımı, maliyet dışında mikroorganizmaların direnç gelişimine yol açması yönünden de ayrıca önem taşımaktadır.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Reçetelerin % 97.7'sine dört ve daha az kalem ilaç yazılmıştır. Pala'nın araştırmasında herhangi bir sağlık kurumunda yazılan reçeteler için bu oran % 83.7' dir (5). İki araştırma arasındaki fark bizim araştırmamızın yalnız sağlık ocaklarını kapsamı ve resmi reçeteler için 2001 mali yılında uygulamaya konulan reçeteye en çok dört kalem ilaç yazılması uygulamasıyla ilgili olabilir. Bu duruma işaret eden bir bulgu da reçete başına düşen ortalama ilaç sayısıdır. Bizim araştırmamızda reçetelerde ortalama 2.72±1.06 kalem ilaç bulunurken (Tablo 3) Gemlik'te bu sayı 3.21±1.22'dir (5). Araştırma kapsamına giren kişilerin % 67.0'sinin herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna bağlı olduğu göz önüne alınırsa dört kalem ilaç sınırlamasının reçetelerdeki ortalama ilaç sayısı üzerinde etkili olduğu düşünülebilir.

Gemlik'te sağlık ocaklarında yazılan reçetelerin ortalama maliyeti 16.6 dolar, herhangi bir kurumda pratisyen hekim tarafından yazılan reçetelerin ortalama maliyeti 16.5 dolar olarak bulunmuştur (5). Bizim araştırmamızda reçete maliyeti biraz daha düşüğe de fark büyük değildir. Cinsiyetler yönünden bakıldığında erkek ve kadın hastaların reçetelerinin hem ortalama maliyetleri, hem de yazılan ilaç sayıları yönünden birbirine benzediği görülmektedir. Yaş gruplarında en yüksek reçete maliyeti 50 yaş ve üzerindeki gruptadır. Bu durum ilerleyen yaşla birlikte artan kronik hastalıklara bağlanabilir. Nitekim tanımlara göre ortalama reçete maliyetleri incelendiğinde kronik hastalıklar için yazılan reçetelerin diğerlerine göre daha pahalı olduğu görülmektedir. Kronik hastalık reçeteleri ortalama 18.8±17.4 dolar iken, akut hastalıklarda maliyet 13.2±12.7 dolar'dır. Reçetenin yazıldığı tanıya göre maliyete bakıldığında bu durum daha iyi ortaya çıkmaktadır. En pahalı reçeteler ortalama 22.5±19.5 dolar ile diabet, ortalama 21.0±9.7 dolar ile koroner arter hastalığı ve 20.6±20.7 dolar ile hipertansiyon reçeteleridir. Bunun nedeni hem bu hastalıklarda kullanılan ilaçların diğer ilaçlara göre daha pahalı olması, hem de bu durumda genellikle daha fazla sayıda ilacın kullanılıyor olması şeklinde düşünülebilir. Örneğin koroner arter hastalığı reçetelerine yazılan ortalama ilaç sayısı 3.80±1.48 ile en yüksek ortalama değildir. Hipertansiyon reçetelerine ortalama 2.90±1.29 ilaç yazılmıştır. Yalnızca diabet reçeteleri için bulunan 2.71±1.25 ilaçlık ortalama, araştırma geneli ortalaması olan 2.72±1.06'ya yakındır. İlaç sayısı ortalamaya göre yüksek ve maliyeti görece düşük reçetelerdeki ilaçlar ise bunların daha ucuz ilaçlar olduğuna işaret etmektedir. Örneğin maliyeti en düşük olan reçetelerden olan mide yakınması reçetelerinde ortalama 3.0 kalem ilaç yer alırken maliyet yalnızca 12.7±3.6 dolardır. Araştırmada en ucuz maliyetli reçeteler alerjik reaksiyonlara karşı yazılan reçetelerdir (ort. maliyet 10.2±7.6 dolar).

Reçete maliyetini belirleyen en önemli etkenlerden birisi olgunun sosyal güvenlik durumudur. Reçete bedeli sosyal güvenlik kurumunca karşılandığında reçete maliyeti yükselmektedir (Tablo 3). Sosyal güvencesi olmayanların reçete maliyetleri arasında fark hekimin sosyal güvencesizlere ilacın alınmayacağı kuşkusunu ile yalnızca en gereken ilacı yazdığı, bu ilacı da en ucuz müstahzar olarak reçete ettiğini düşündürmektedir. Bunu destekleyen bir bulgu sosyal güvencesizlere yazılan reçetelerin % 61.2'sinde yalnızca 1-2 kalem ilaç bulunmasıdır. Araştırmalar hekimlerin ilaç fiyatlarını bildiklerinde yazdıkları reçetelerin maliyetlerinin daha düşük olduğunu göstermektedir (12-13). Bizim bulgularımız araştırma kapsamındaki hekimlerin ilaç fiyatlarını bildikleri kanısını uyandırmaktadır.

Araştırma kapsamındaki reçetelerin muayene sonucu yazılanları daha düşük maliyetlidir. Sağlık ocağına reçete yazdırma amacıyla gelenlere yazılanlar olasılıkla kronik hastalık reçeteleridir ve bu nedenle önceki bulguların ışığında maliyetleri daha yüksektir. Bu iki tip reçete arasında ilaç sayısı yönünden fark bulunmamış olması, reçete yazdırmaya gelenler için yazılan reçetelerdeki ilaçların birim maliyetinin daha yüksek olduğunu düşündüren bir başka bulgudur.

Sonuç ve Öneriler

Sağlığa ayrılan kaynakların kısıtlı olduğu ülkemizde, var olan kaynakların daha etkin kullanılması, akılcı ilaç kullanımına ilişkin politikaların geliştirilmesi ile olanaklı olabilir. Giderek artan ilaç tüketimi eğilimi, içi de gereksiz ve yanlış ilaç kullanımını da barındırmaktadır. Özellikle ilk basamağa yönelik çalışmalarla olanakların artırılması hekimlerin önerilerindeki tanı koyma güçlüklerini giderebilir. Öte yandan antibiyotik kullanımına ilişkin bazı sınırlamalar önümüzdeki sorunların en ciddiisi olarak görünen antibiyotik tüketimini azaltabilir. Ayrıca ilaçların hekim önerisi olmaksızın elde edilebilmesi mutlaka önlenmelidir. Maliyeti daha yüksek olarak görünen kronik hastalık reçeteleri, uzun dönemli de kullanıldığı da göz önüne alınarak daha iyi denetlenmelidir. Ülkemizde muadil ilaçlar arasındaki ilaç farkları bilinmektedir. Etkinliği kanıtlanmış, ama fiyat olarak daha ucuz olarak olan ilaçların seçilmesi desteklenmelidir. Hekimlerin ilaç fiyatlarını biliyor olmaları, onların daha düşük maliyetli reçeteler yazmasına neden olmaktadır. Bu nedenle güncel ilaç fiyatlarının düzenli olarak hekimlere duyurulması sağlanmalıdır. Kişinin sosyal güvenlik durumu ona yazılan reçeteyi etkilememelidir. Bunu sağlayabilmek için toplumun tüm kesimlerini kapsayan bir sosyal güvenlik şemsiyesi gereklidir.

Kaynaklar

1. İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası (İEİS). Türkiye'de İlaç 2001.
2. Türk Tabipleri Birliği. Türkiye Sağlık İstatistikleri 2000. Yayın No: 001/2000, Ankara 2000.
3. İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası (İEİS). Aylık Rapor 13:111, Temmuz 2001
4. Tokat M. Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1998. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ocak 2001.
5. Pala K., Aytekin N.T., Aytekin H. Gemlik İlçe Merkezinde Eczanelere Gelen Reçetelerin Ederleri ile Bazı Özelliklerinin İncelenmesi. Toplum ve Hekim 14:5: 338-46, 1999.
6. Aktekin M, Erengin H. Antalya İl Merkezinde Hanelerde Mevcut İlaçlar. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Araştırma Özetleri. Cilt 1. Akdeniz Üniversitesi Yayın no:57, Antalya, 1994: 82-4.
7. Erengin H. Antalya Kent Merkezinde 15 Yaş ve Üzeri Kişilerde Morbidite Sıklığı ve Bazı Değişkenlerle İlişkisi, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Antalya, 1996.
8. Kılıç B. Göbbaşı Bölgesinde Doğrudan Sağlık Harcamaları ve Bunu Etkileyen Etmenler. Toplum ve Hekim 1997;12(77): 2-10.
9. Dabak Ş., Pekşen Y., Erdal R. Samsun İli Sağlık Kurumlarında Yazılan İlaçların Dağılımı. Ankem Dergisi 1995; 9 (2):172.
10. Davey PG, Box RP, Neway I, et al. Growth in the use of antibiotics in the community in England and Scotland in 1980-93. BMJ 1996; 312:613.
11. Hueston WJ. Antibiotics: neither cost effective nor "cough" effective. J Fam Pract 1997; 44 (3): 261-5.
12. Ernst ME, Kelly MW, Hoehns JD, et al. Prescription medication costs: a study of physician familiarity. Arch Fam Med 2000; 9(10):1002-7.
13. Conti G, Dell'Utri D, Pelaia P et al. Do we know the costs of what we prescribe? A study on awareness of the cost of drugs and devices among ICU staff. Intensive Care Med. 1998; 24(11):1194-8.

Tablo 1. Araştırma kapsamındaki reçetelerin ilaç sayılarına göre dağılımı

Reçetede İlaç Sayısı	Sayı	%	Ortalama Maliyet*
Bir	45	14.5	4.9 ± 5.3
İki	80	26.9	11.3 ± 9.5
Üç	99	33.3	16.5 ± 15.7
Dört	68	22.9	19.2 ± 12.0
Beş ve daha fazla	7	2.3	38.8 ± 35.0
Toplam	297	100.0	14.6 ± 14.3

*: Amerikan doları olarak ve standart sapma ile birlikte yazılmıştır.

Tablo 2. Araştırma kapsamındaki reçetelerde yer alan ilaçların dağılımı

İlaç	Sayı	Yüzde
Antibiyotik	168	20.8
Ağrı Kesici	117	14.5
Romatizma İlaçları	116	14.4
Dekonj/Antihistaminik	71	8.8
Vitamin-Mineral	60	7.4
Antihipertansif	55	6.8
Ekspektoran-Mukolitik	35	4.3
Antülser	34	4.2
Steroid	21	2.6
Antidiyabetik	13	1.6
Antidepresan	13	1.6
Antimikotik	10	1.2
Bronkodilatör	9	1.1
Antiagregan	8	1.0
Hormon	7	0.9
Antiseptik	2	0.3
Diğer	69	8.5
Toplam	808	100.0

Tablo 3. Çeşitli değişkenlere göre reçetelerdeki ortalama ilaç sayısı ve ortalama maliyet

Değişken			Ortalama Maliyet*	Ortalama Sayısı
	Sayı	%		
			Cinsiyet	
Kadın	129	43.4	14.0 ± 10.3	2.73 ± 1.00
Erkek	168	56.6	15.3 ± 18.3	2.71 ± 1.13
			Yaş Grupları	
0 Yaş	28	9.4	11.2 ± 26.7	2.43 ± 1.17
1-5 Yaş	40	13.5	9.6 ± 6.8	2.70 ± 0.97
6-14 Yaş	36	12.1	10.5 ± 6.5	2.42 ± 1.02
15-49 Yaş	118	39.7	14.6 ± 10.2	2.67 ± 1.03
50 Yaş Ve Üzeri	75	25.3	20.4 ± 17.0	3.07 ± 1.04
Sosyal Güvenlik				
Bağkur	151	50.8	16.4 ± 15.4	2.87 ± 0.94
Emekli Sandığı	48	16.2	20.3 ± 17.6	3.27 ± 1.16
Yok	98	33.0	9.0 ± 7.4	2.21 ± 0.97
			Başvuru Nedeni	
Muayene	214	72.1	13.2 ± 12.7	2.61 ± 0.99
Reçete	83	27.9	18.2 ± 17.4	3.00 ± 1.16
Hastalık Süresi				
Akut	222	74.7	13.1 ± 12.8	2.64 ± 1.03
Kronik	75	25.3	18.8 ± 17.4	2.95 ± 1.11
			Tanı	
ÜSYE	92	31.0	13.8 ± 15.7	2.92 ± 0.94
Hipertansiyon	29	9.8	20.6 ± 20.7	2.90 ± 1.29
Artralji-Miyalji	25	8.4	16.4 ± 14.0	3.12 ± 0.83
Allerjik Reak.	17	5.7	10.2 ± 7.6	1.94 ± 0.83
Otit	16	5.4	14.8 ± 7.8	2.56 ± 0.89
ASYE	14	4.7	17.1 ± 9.3	3.14 ± 0.86
Mide Hast.	14	4.7	12.7 ± 3.6	3.00 ± 0.68
Üriner Enf.	11	3.7	18.9 ± 8.7	3.36 ± 0.50
Diabet	7	2.4	22.5 ± 19.5	2.71 ± 1.25
KAH	5	1.7	21.0 ± 9.7	3.80 ± 1.48
Diğer	67	22.6	12.3 ± 14.2	2.12 ± 1.04
Toplam	297	100.0	14.6 ± 14.3	2.72 ± 1.06

*: Amerikan Doları olarak.

Tablo 4. Sosyal güvence durumu ve Sağlık Ocağı'na başvuru nedenine göre reçetelerdeki ilaç sayıları

	Reçetede İlaç Sayısı				Toplam*		P
	1 veya 2 ilaç		3 ve daha fazla ilaç		Sayı	%	
	Sayı	%	Sayı	%			
Sosyal Güvence							
Bağkur	50	33.1	101	66.9	151	50.8	
Emekli Sandığı	13	27.1	35	72.9	48	16.2	
Yok**	60	61.2	38	37.8	98	33.0	<0.001
Başvuru Nedeni							
Muayene	95	44.4	119	55.6	214	72.1	
Reçete	28	33.7	55	66.3	33	27.9	0.123
Toplam	123	41.4	174	58.6	297	100.0	

*: Sütun yüzdesidir. **:Farkı yaratan satır

HASTANELERDE HİJYENİK ORTAM SAĞLAMADA TEMİZLİK HİZMETLERİNE İŞ ETÜDÜ TEKNİĞİNİN UYGULANMASI

Doç.Dr. Canan YERTUTAN
Hacettepe Üniversitesi Ev Ekonomisi Bölümü

Özet:

Hastanelerde çeşitli amaçlarla kullanılan tüm alanların sadece görünüş açısından temiz olması yeterli olmaz, mikroorganizmaların ve mikroorganizmalarla bulaşmış her şeyin o alandan uzaklaştırılması, kötü koku kaynaklarının yok edilmesi, temizlik maddelerinin yüzeylerden arındırılması, haşerelerin önlenmesi ve kaza etmenlerinin de ortadan kaldırılması gerekir. Ancak belirtilen bu durumların sağlanmasıyla hijyenik bir ortam oluşturulabilir. Hijyenik bir ortam oluşturmada gerekli olan temizlik hizmetlerinin en iyi şekilde yönetilmesi gerekir. Yönetimin en önemli araçlarından bir tanesi de iş etüdüdür. İş etüdü, metod etüdü ve iş ölçülmesi olmak üzere iki teknikten oluşur. Metod etüdü işin yapım yolu, iş ölçülmesi ise işin yapım süresi ile ilgilidir. Sistematik olan iş etüdü tekniği ile, etüd edilen işlemi etkileyen tüm faktörler incelenildiği, işle ilgili tüm hatalı ve yanlış olan kısımlar ortaya çıkarılıp, düzeltilebildiği için, temizlikle ilgili her işin mevcut yapım yolundaki sağlığı tehdit eden unsurların incelenmesi ve ortadan kaldırılması mümkün olur.

Anahtar kelimeler : Hastane, hijyen, temizlik, iş etüdü

Temel amacı insan sağlığını koruma ve iyileştirme olan hastanelerde yapılan tıbbi tedavinin iyi sonuç vermesi için temiz, insan sağlığı açısından zararlı olan organizmaların ortadan kaldırıldığı ideal koşulların sağlanması gerekir. Çünkü hasta olan kişinin sağlıklı olan kişiye göre direnci daha düşüktür. Sağlıklı insana zarar vermeyen mikroorganizmalar hastanede hastalık nedeni olabilir ve hastalara zarar verebilir (Anon, 1980). Hastane enfeksiyonları; hastaların rahatsızlıklarının ve hastanede kalış sürelerinin uzamasında, hastane maliyetinin artmasında ve yatak işgalinde de etkili olduğu için önemlidir. Mikroorganizmaların çok tehlikeli olanları da dahil olmak üzere bir çok çeşidi, bir çok insanın olduğu hastanelerde bulunmakta. Hastaların kaldığı ve tedavilerinin yapıldığı alanların, hastaların enfeksiyon kapmasında önemli rol oynadığı bilinmektedir. Hastane enfeksiyon kontrolündeki gerçek, mikrobiyolojik zararlılardan arındırılmış çevrede hastanın kalmasını sağlamaktır (Ayliff, 1992).

Hastanın sağlık koşullarına uygun bir çevrede kalabilmesi için gerekli olan temizliğin, bilimsel olarak yürütülmesi gerekir (Anon, 1980). Hastanın 24 saatini geçirdiği hastanedeki yer döşemesi, duvar, mobilya v.b. gibi hastanın yakın çevresi, yanlış yöntemler uygulanmadıkça enfeksiyon açısından risk oluşturmamaktadır. Uygulanan yöntemlerin sistemli olmasıyla hastalar enfeksiyona karşı korunabilmektedirler. Aksi takdirde hasta çevresindeki çeşitli yüzeylerle temizleme solüsyonu ve ekipmanlar mikroorganizmaların gelişmesi, potansiyel patojenlerin yayılması açısından çok uygun olmaktadır. Patojen mikroorganizmalarla bulaşmış temizlik ekipmanları ve solüsyonunun temizliği yetersiz olan hasta tedavi alanlarında veya yiyecek hazırlama alanlarında kullanılması, o bölgelerin belki görünüş açısından temiz olmasını sağlayabilir, fakat mikrobiyolojik açıdan temiz olmasını sağlayamaz (Ayliff, 1992). Bir yerin tam temiz olabilmesi için sadece görünüş açısından temiz olması yeterli olmamakta, mikroorganizmaların, mikroorganizmalarla bulaşmış her şeyin o alandan uzaklaştırılması, kötü koku kaynaklarının yok edilmesi, temizlik maddelerinin yüzeylerden arındırılması ve haşerelerin önlenmesi de gerekmektedir (Sloane, 1971). Ayrıca temizlikte kaza etmenlerinin önlenmesi de önemli bir konudur. Temizlik, sadece yukarıda belirtilen kirlilik durumları olduğunda yapılmamalı, sürekli ve düzenli olarak yapılmalıdır (Güler, 1998). Ancak belirtilen bu durumların sağlanmasıyla hijyenik bir ortam oluşturulabilir. Hijyenik bir ortam, hastanede enfeksiyon riskini ortadan kaldırma açısından önemli olduğu gibi, hasta ve personele moral sağlama ve hastanenin imajını yükseltme açısından da önemlidir (Ayliff, 1992).

Hijyenik bir ortam için gerekli olan temizlik, belli kural ve yöntemlerle istenen standard kalitede ve zamanda yerine getirilmelidir. Bunun için de hizmetin en iyi şekilde yönetilmesi gerekir. Yönetimin en önemli araçlarından bir tanesi de iş etüdüdür (Hurst, 1982). İş etüdü teknikleri işi gerçekleştirmenin en iyi yolunu bulmak, gerekli malzemeyi ve araçları standard hale getirmek, belirlenmiş bir verimlilik düzeyinde çalışmak üzere eğitilmiş bir iş görenin iş yapması için gerekli zamanı saptamak ve standard metodun uygulamaya geçirilmesini sağlamak üzere işi ve işin yapıldığı koşulları incelemek amacıyla kullanılan tekniktir (Peker, 1995). İyileştirme çalışanları olarak da tanımlanabilen iş etüdü tekniklerinin uygulanması sırasında, görev, girdi, çıktı, iş akışı, çalışan kişi, üretim yada çalışma aracı ve çalışma koşulları olarak tanımlanan iş sisteminin öğeleriyle ilgili eksiklikler

ve aksaklıklar saptanır. İnceleme sonucunda elde edilen bulgular değerlendirilerek iş sisten-i yeniden düzenlenir. İnceleme sırasında çalışanın iş yapabilme gücü ve ihtiyaçları da göz önünde bulundurulur. Böylece işin iyileştirilmesi sağlanmış olur(Öncer, 1996).

İş yerinde işlemlerin incelenmesi ve düzeltilmesi yeni bir şey değildir. İlk insan çabalarının örgütlenmesi çalışmaları ile birlikte yetenekli yöneticiler de araştırmalara ve geliştirmelere yönelik çalışmalara başlamışlardır. Üstün yöneticiler her zaman gözle görülür ilemler yapmayı başarmışlardır. Oysa, iş etüdünün sistematik yöntemlerini uygulayacak herhangi bir yönetici için, sistematik yöntemlerle çalışmayan ama üstün nitelikleri olan yöneticilerin sağlayacağı sonuçlardan çok daha iyi sonuçlara ulaşabilmesi her zaman için olanaklı sayılmaktadır. İş etüdü başarı sağlar, çünkü hem sorunların incelenmesi hem de çözümlerin ortaya çıkması mümkün olur. İş etüdü ile 'bu iş şimdiye kadar böyle yapılagelmiş, o halde yine aynı şekilde yapılmalıdır' şeklindeki anlayış yitir(Akal,1981).

İş etüdü çok az bir sermaye yatırımıyla veya hiç yatırım yapmaksızın, belirli miktardaki kaynaklardan elde edilebilecek çıktı miktarını artırmaya yönelik çalışmalar için kullanılır. İş etüdü ile var olan bu işlemler, süreçler ve çalışma yöntemleri sistematik biçimde analiz edilir(Oral, 2001). İş etüdü sistematik olduğu için, etüd edilen işlemi etkileyen faktörlerden hiç birinin göz ardı edilmemesini ve işlemle ilgili tüm olayların göz önünde tutulmasını sağlar. İş sistemi incelenirken, etkileyen tüm faktörler göz önünde tutulduğundan, yanlış ve kusurlu taraflar rahatça görülebilir. İş etüdüyle öncelikle 'iş nasıl yapılıyor', sonra da 'nasıl yapılmalıdır' konusu incelenir ve en iyi yöntem bulunur, sonra da işin bu yöntemle ne kadar sürede yapılacağı belirlenir(İş Etüdü).

Hastanelerde yürütülen temizlik hizmetlerine de iş etüdü tekniği uygulanarak, her anda yürütülen her bir işin yapım şekli, yapımında kullanılan araç, gereç ve malzeme detaylı bir şekilde incelenir, yanlış ve hatalı yönleri saptanır. Sonunda da mevcut koşullarda uygulanabilecek en iyi yöntem ve bu yöntem için gerekli standart zaman belirlenir. Böylece temizlik hizmetleri; her zaman belirlenen sürede, belirlenen zamanda ve belirlenen kalitede tamamlanacağı için, ortamın temiz, sağlıklı, emniyetli, hoş ve düzenli olması sağlanır.

İş etüdü, metod etüdü ve iş ölçülmesinin bileşenidir. İş etüdü uygulamalarında genellikle izlenen yol, metod etüdü çalışmalarını yapmak veya uygulanan metodun en uygun metod olup olmadığını incelemektir. Metod konusunda karara vardıldıktan sonra, o metoda ait süreyi belirlemek gerekir.

İş etüdü ile:

- İnsan gücü, araç, alet, makina ve alandan tam kapasite yararlanılması,
- Çalışma metodunun geliştirilmesi,
- Araç ve gereç dizaynının geliştirilmesi,
- Yürütülen işler için gerekli çalışma süresinin belirlenmesi,
- Maliyetin azaltılması,
- Daha iyi çalışma çevresinin sağlanması,
- Personel yorgunluğunun azaltılması,
- İş gücü devrinin azaltılması,
- Kaza oranının azaltılması,
- Çalışan ve müşteri şikayetinin azaltılması,
- Tüm alanlardaki israfın azaltılması mümkün olur.

İş etüdüde öncelikle metod etüdü tekniği uygulanır. Bu teknikle her işe ait en iyi çalışma metodunun bulunması için, mevcut metod kayıt edilir ve en ince ayrıntısına kadar incelenir. Sonuçta o işin en az yorgunlukla, en uygun koşullarda, en uygun araç, gereç ve malzemeye yürütülmesini sağlayacak metod ortaya koyulur(Johens, 1989). Bu durum temizlik hizmetlerine de uygulandıında, her bir işe ait mevcut yapım yolundaki sağlığı tehdit eden unsurların incelenip, ortadan kaldırılması mümkün olur(Hurst, 1982).

Metod etüdü her hangi bir alanda yürütülen işlerde (toz alma, paspas yapma, stüpmürme v.b.) şu belirtilen problemler söz konusu ise, muhakkak yapılmalıdır (Johens, 1989).

- Kalite düşükse,
- Çıktı düşükse,
- Gecikmeler varsa,
- Yorgunluk yüksekse,
- Şikayet ve sıkıntı fazla ise,
- İşgücü devri yüksekse,
- Materyaller gereksiz taşınıyorsa,
- Gereksiz ara veriliyorsa,
- Materyaller gereksiz harcanıyorsa,
- Kaza sık oluyorsa,
- Çalışanların morali düşükse,
- Çalışma alanı etkili kullanılmıyorsa,
- Mesaiye çok fazla kalmıyorsa,
- Çalışma koşulları yetersizse.

Metod etüdünün uygulanacağı için belirlenmesinden sonra 2. adım, işin kayıt edilmesidir. Kayıt tutmada işler en ince ayrıntısına kadar çeşitli kayıt tekniklerinden en uygun olanına karar verilerek incelenir. Eğer bir iş sadece ana hatlarıyla incelenecekse; işlem(O) ve kontrol(□) den oluşan iki sembolün kullanıldığı temel süreç şeması uygulanır. Bir iş detaylı incelenecekse; işlem(O), kontrol(□), hareket(→), bekleme(D), depolama(Δ) sembollerinin kullanıldığı iş akımı süreç şeması ile incelenir. Her hangi bir masa veya tezgah üzerinde kişinin sadece iki elini kullanarak yaptığı işler incelenecekse; işlem(O), hareket(→), tutma(Δ) ve bekleme (D) sembollerinin kullanıldığı çift el şeması yararlı olur. Her hangi bir alanda insan ve makinanın birlikte çalışması inceleniyorsa, insan makina şemaları kullanılmalıdır. İşin akışını iş yeri planı üzerinde görmek gerektiğinde akım diagramı, iş yerindeki çeşitli merkezler arasında birden fazla gidiş geliş olduğu durumlarda ip diagramı, merkezler arasındaki gidiş gelişlerin çok fazla olduğu durumlarda ise hareket inceleme diagramından yararlanılır(Akal, 1981; Mundel, 1955).

İşler amaca en uygun olan kayıt tekniği kullanılarak kayıt edildikten sonra, incelen-e ve geliştirme aşamaları gelir. Mevcut çalışma şekli incelenirken, etüdü yapan kişi daima tenkit edici ve yeni yollar arayıcı bir tutum içinde olmalıdır. Bu aşamada belirli bir takım sorular belirli sırayla sorularak işin; amacı, yeri, sırası, yapımı ve yapım yolu incelenir ve bazı faaliyetlerin kaldırılması, birleştirilmesi ve basitleştirilmesine çalışılır. Sonuçta neyin, nerede, kim tarafından, ne zaman yapılacağı saptanarak en uygun çalışma metodu ortaya koyulur. Bu yeni çalışma metodunun uygulanabilmesi için, gerekli tüm hazırlıkların tamamlanması ve çalışanlara da bu konuda eğitimin verilmesi gerekir(Tiftik, 1977). Böylece işin istenen standara uygun kalite ve kantitede yapılması sağlandı gibi, her zaman aynı kalite ve kantite de yapılması sağlanır. Bu nedenle hastanelerde yürütülen temizlik hizmetlerine

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

metod etüdü tekniği uygulandığında, işlerin; aksamaması, hatalı yapılması, gecikmesi ve yapılmaması önlenir, her zaman aynı kalitede yürütülmesi sağlanarak hijyenik bir ortam oluşturulabilir.

Metod etüdü uygulandıktan sonra iş ölçülmesinin yapılması gerekir. İş ölçülmesi; nitelikli bir çalışanın, belirlenmiş işi yapabilmesi için gerekli zamanı saptamak amacıyla hazırlanmış tekniklerin uygulanmasıdır. İş ölçülmesinde kullanılan çeşitli tekniklerden en önemlisi zaman etüdüdür. Zaman etüdü; belirli bir koşulda, belirli bir başarı düzeyinde bir işin yapılması için gereken zamanı saptamak amacıyla işin unsurlarının zamanlanmasında kullanılan tekniktir (Akal, 1981; Prokopenko, 1992). Zaman etüdünde de öncelikle iş seçilir. Zaman etüdü uygulanmasını gerektiren başlıca durumlar şunlardır (Johens, 1989; Can, 1998).

- İşin yeni olması,
- İşin yönteminin değişmesi,
- İşin belirlenen yapım süresi ile ilgili şikayetlerin olması,
- İş süreçlerinde ortaya çıkan dar boğazlar.
- İki iş görme yönteminin karşılaştırılması.

Zaman etüdünün uygulanacağı iş belirlendikten sonra iş unsurları ayrılmalıdır (unsur her işe ait bağımsız parçadır). İş unsurlarına ayrılarak, yöntem eksiksiz tanımlanır. Sonra örnek büyüklüğü veya gözlem sayısı belirlenir. Belirlenen gözlem sayısına göre kronometre kullanılarak her bir unsurun zamanı ölçülür. Önceden etüdü yapacak kişi tarafından saptanan standard hız kavramına göre çalışanın hızı değerlendirilip, kayıt edilir. Gözlenen zaman ve çalışma hızı değerlerinden yararlanarak temel zaman saptanır. Çalışanın kişisel gereksinimi, bedensel ve zihinsel yorgunluğu ve kaçınılmaz çalışma kayıpları gibi çalışma için temel zaman dışında tanınacak toleranslar belirlenir ve temel zamana eklenerek standard zaman bulunur. Böylece her işin her zaman aynı sürede bitmesi sağlanarak, aksamaları ve gecikmeleri önlenir. İşler her zaman aynı kalitede ve kantitede bitirilir.

Sonuç olarak başarılı bir iş etüdü ile işin mevcut çalışma yöntemi en ince ayrıntısına kadar incelendiği için, işin yapımındaki tüm olumsuz faktörler ortadan kaldırılabilir. Bu nedenle hastane işletmelerinde kalite açısından önemli olduğu gibi sağlık açısından da önemli olan temizlik hizmetlerinde iş etüdü tekniğinden yararlanmak gerekir. Böylece hastaların ve çalışanların kullandıkları çeşitli alanlardaki kirliliği sadece görüntü açısından değil, insanlarda hastalık yapan mikroorganizmalar ve haşereler açısından da temizleyerek, kötü koku kaynaklarını ve kazaya neden olabilecek durumları önleyerek, hijyenik bir ortam oluşturmak mümkün olur.

KAYNAKÇA

- 1 Anon (1980), Being A Housekeeping Aide. Chicago-Illinois: Prentice Hall Company.
- 2 Ayliff, G.A.J., Lowbury, E.J.L., Geddes, A.M., Williams, J.D. (1992). Control of Hospital Infection. London: Chapman. Hall Medical.
- 3 Sloane, R.M. (1971). Aguide to Health Facilities Personnel and Management. Saint Louis. Mosby. Co.
- 4 Güler, Ç. (1998). Hijyen, Çevre ve Halk Sağlığı. I.Ulusal Kurum Ev İdaresi Kongresi, 21-23 Ekim, Ankara: Abu Matbaacılık.
- 5 Hurst, R.(1982). Housekeeping Management For Hotels and Residential Establishments. London: William Heinemann Ltd.
- 6 Peker, Ö. (1995). Yönetimi Geliştirme Sürekliliği. T.O.D.A.İ.E. Yayın No: 258. Ankara : Takav Matbaası.
- 7 Öncer,M., Özkanlı Ö. (1996). Ülker-iz İşletmelerinde İş Etüdü İş Etüdü Tekniklerinin Uygulanma Düzeyi. M.P.M. Yayın No: 576, Ankara: Mert Matbaası.
- 8 Oral, S. (2001). Otel İşletmeciliği ve Otel İşletmelerinde Verimlilik Analizi. İzmir: Kanyılmaz Matbaası.
- 9 Anon. İş Etüdü. Verimliliği Artırıcı Yaklaşım ve Teknikler Dizisi.
- 10 Johens, I., Phillips.C.(1989). Commercial. Housekeeping and Maintenance. Leckhampton: Stanley Thornes (Publishers) Ltd.
- 11 Akal, Z. (1981). İş Etüdü. M.P.M. Yayın No: 29, Ankara: Sanayi, Nefise Matbaası.
- 12 Mundel, M.E. (1955). Motion and Time Study. New York: Prentice Hall, Inc.
- 13 Tiftik, Y., Erkanlı, T. (1977). İşletmelerde Verimliliği Artırmak için Çalışma Metodunun Geliştirilmesi. Türk Sevk İdare Derneği. Küçük Kitaplar Serisi II., İstanbul: Met'er Matbaası.
- 14 Prokopenko, J. (1992). Çevri Baykal, O., Atalay, N., Fidan, E. Verimlilik Yönetimi. M.P.M. Yayın No: 476. Ankara.
- 15 Can, H., Akgün, A., Kavuncu başı, Ş. (1998). Personel Yönetimi. Ankara: Siyasal Kitabevi.

ANTALYA'NIN İKİ MAHALLESİNDE BİR ARAŞTIRMA:

SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMINDA EŞİTSİZLİKLER VE EŞİTSİZLİKLERDEKİ İKİ YILLIK DEĞİŞİM SONUÇLARI

Yeşim ŞENOL*, İlker BELEK**

*Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, Uzman Dr.

** Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doç. Dr.

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada sağlık hizmeti kullanımına etki eden sosyoekonomik eşitsizliklerin belirlenmesi ve 1997-1999 arasında sağlık hizmeti kullanımındaki değişimin saptanması amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem: Araştırma Antalya'da sosyoekonomik durumları farklı olan iki mahallede yapılmıştır.Uzunlamasına bir araştırmadır. Her iki yılda da 841 kişinin verileri değerlendirilmiştir.

Bulgular: Her iki yılda da erkekler ve sosyal güvencesi olmayanlar sağlık hizmetlerinden daha az yararlanmışlardır.

Sonuç:1997 ve 1999 yılları için sosyoekonomik açıdan dezavantajlı gruplar ile diğerleri arasında istatistiksel açıdan önemli eşitsizlikler bulunmaktadır.

Anahtar kelimeler: sağlık hizmeti kullanımı, eşitsizlik, sosyal güvenlik, sosyoekonomik statü, sınıf.

GİRİŞ

Sağlıkta eşitsizlik kavramı, çeşitli sosyal gruplar arasında var olan ve ancak sosyoekonomik nedenlerden kaynaklanan, bu nedenle de ortadan kaldırılabilir ve engellenebilir nitelikteki sağlık düzeyi ve sağlık hizmeti kullanımındaki farklılıkları ifade etmektedir (1). 1984 yılında Avrupa için belirlenmiş "2000 Yılında Herkes İçin Sağlık" hedeflerinin ilki çeşitli toplumsal gruplar ve

bölgeler arasında eşitsizliklerin azaltılmasıyla ilgili olduğu halde, bugün sağlık düzeyi ve sağlık hizmetlerinin kullanımında eşitsizliklerin varlığını koruduğu görülmektedir (2,3).

Sağlık düzeyindeki eşitsizlikler yaşam koşulları ve sosyoekonomik durumları aynı olmayan bireyler arasında sağlık problemlerinin sıklığındaki farklılığı ifade etmektedir (4).

Sağlık hizmetlerindeki eşitsizlikler ise, eşit ihtiyaçlar için mevcut sağlık hizmetine eşit ulaşılabilirliğin, eşit ihtiyaçlar için eşit kullanımın ve herkes için eşit kalitede hizmetin olmamasıdır. Hizmet eşitsizliğini yaratan etkenler kişilerin sağlık hizmetini kullanmaları aşamasındaki karşılaştıkları finansal ve ulaşım etkenlerinin sonucunda ortaya çıkmaktadır. Finansal eşitsizliğin en önemli nedeni gelir dağılımındaki eşitsizliklerin sonucunda ortaya çıkan yoksulluktur. Ulaşım eşitsizlik ise sağlık ihtiyacına göre ülke genelinde eşit dağılımın olmaması sonucunda yoksul bölgelerde ortaya çıkan sağlık hizmeti yoksulluğudur (5).

Bu çalışmada sağlık hizmeti kullanımına etki eden sosyoekonomik eşitsizliklerin belirlenmesi ve 1997-1999 arasında sağlık hizmeti kullanımındaki değişimin saptanması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma Antalya'da birbirinden farklı özellikleri olan iki bölgede yapılmıştır. Bunlardan Ahatlı mahallesi gecekondu yerleşimidir. Diğer bölge olan Bahçelievler Mahallesi ise kent merkezinde planlı bir yaşam alanıdır. Bölgeler kentleşme özellikleri, nüfus yapıları ve sosyoekonomik düzeyleri bakımından birbirinden önemli farklar göstermektedir.

Çalışma, uzunlamasına bir izlem çalışmasıdır. Seçilmiş bir nüfus ile 1997 ve 1999 Ekim aylarında görüşülerek gerçekleştirilmiştir.

Ahatlı 2 ve Bahçelievler 2 Mahallelerinde 15 yaş ve üzeri bireyler üzerinde yürütülmüştür. Örnek büyüklüğü "evren oranını belli bir rölatif kesinlikle tahmin etmek" için hazırlanmış olan hazır tablolardan yararlanarak hesaplanmıştır. Güven düzeyi %95, rölatif kesinlik %10 olarak alınmıştır (6).

Araştırmanın ilk aşaması olan 1997 yılında, yukarıdaki varsayımları yerine getiren örnek büyüklüğü 1000 kişi olarak hesaplanmıştır. Bu büyüklükteki nüfusun 362 hanede yaşadığı tahmin edilmiştir. Örneklem birimi olarak hane tercih edilmiştir. Örnek seçimi Ev Halkı Tespit Fişlerinden yapılmıştır.

Sonuç olarak Ahatlı'da 235 hane, Bahçelievler'de 215 hane (toplam 450 hane) seçilmiştir. Böylece her üç haneden birisi örneğe alınmıştır. 15 yaş ve üzeri 1092 kişiye ulaşılmıştır.

Araştırmanın ikinci aşaması olan 1999 yılında, anket yapılan 1092 kişiden 841'ine (%77,0) ulaşılabilmştir. 841 kişininin 470'i (%55,9) Ahatlı'da, 371'i (%44,1) Bahçelievler'de yaşamaktadır. Hane sayısı 368'dir.

Bütün analizler, hem 1997, hem de 1999'da görüşülen 841 kişi üzerinden yapılmıştır.

Araştırmanın bağımlı değişkeni son bir yıl içinde herhangi bir sağlık kurumuna başvuruçur. Bağımsız değişken olarak kullanılan değişkenler ise şunlardır: Yaş, cinsiyet, medeni durum, toplumsal sınıf, eğitim durumu, gelir, sosyal güvence, Antalya'da yaşanan yer, Antalya'ya göç edilen yer, konutun niteliği, oda başına düşen kişi sayısı, konutun mülkiyeti, kira geliri, ev toprak sahipliği, araba sahipliği, geçim sıkıntısı nedeniyle mal mülk satımı, hanenin geliri ile gideri arasındaki ilişki, hane ekonomisinin iki yıl öncesine göre durumu.

Kişilerin toplumsal sınıflarının belirlenmesi aşamasında aile reislerinin üretim süreci içinde, üretim araçları karşısındaki konumları dikkate alınmıştır. Diğer hane üyelerinin sınıfsal konumları aile reisinin sınıfsal konumuna göre belirlenmiştir (7). Sonuç olarak; mavi yakalılar, niteliksiz hizmet emekçileri, beyaz yakalılar, yüksek nitelikliler, kendi hesabına çalışanlar, küçük burjuvalar, büyük burjuvalar olmak üzere yedi toplumsal sınıf elde edilmiştir. Tablo 2'de sadece sağlık hizmeti kullanımı ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki gösteren değişkenlere yer verilmiştir.

Araştırmada toplanan veriler SPSS 7.0 programında analiz edilmiştir. Tek değişkenli istatistiksel analizlerde; her yıl için grup yüzdelerinin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Ki-kare analizine ait sonuçlar tablo 2'nin altında verilmiştir. Ayrıca, sınıf, gelir, eğitim ve mahalle grupları için sağlık hizmeti kullanımına ait eşitsizlik ölçütleri hesaplanmıştır. Ölçütler ve tanımları aşağıdadır (4).

- 1) Hız oranı: Söz konusu sosyoekonomik değişken için en kötü durumdaki tabakanın (örneğin 5 yıldan az eğitilmiş olanların) sağlık hizmeti kullanım hızını, en iyi durumdaki tabakanın (örneğin 12 yıldan uzun eğitilmiş olanların) sağlık hizmeti kullanım hızına oranı.
- 2) Hız farkı: En kötü durumdaki tabakanın sağlık hizmeti kullanım hızı ile en iyi durumdaki tabakanın kullanım hızının farkı.
- 3) Nüfusa atfedilebilir risk (NAR: population attributable risk): Bütün tabakalardaki sağlık hizmeti kullanım sıklığının, en iyi tabakaya eşit olması durumunda toplam sağlık hizmeti kullanım sorunu sıklığında sağlanabilecek azalma oranı (%) ve böylece sağlık hizmeti kullanma sorunundan korunabilecek birey sayısı (n).
- 4) Benzemezlik indeksi: (BI: dissimilarity index): Bütün tabakalardaki sağlık hizmeti kullanma sıklığının toplumun ortalamasına eşit olması durumunda, tabakalar arasında yeniden dağıtılması gereken birey sayısı (n) ve bunun toplam sağlık hizmeti kullanmayan birey sayısı içindeki oranı (%).
- 5) Eğim indeksi (EI: slope index). Regresyon temelli bir indekstir. Sosyoekonomik bakımdan en üst grubun sağlık hizmeti kullanma hızı ile en alttaki grubun hızı arasındaki farkı, regresyon eşitliği ile ortaya konulan hızlara göre gösterir.
- 6) Rölatif eşitsizlik indeksi (REI: relative index of inequality): Bu göstereceği regresyon denklemi ile hesaplanır. Sosyoekonomik bakımdan en alttakilerin hızının, en tepedekilerin hızına oranıdır.

Sağlık durumu yaş değişkeni ile yakından ilişkili olduğu için, sosyal gruplar tek değişkenli analizlerle karşılaştırılırken, bütün veriler direkt yöntemle (araştırma nüfusunun yaş dağılımı esas alınarak) yaşa göre standardize edilmiştir.

BULGULAR

1997 yılında araştırmaya katılanların %31,9'u sağlık ocağına, %28,7'si devlet hastanesine, %26,4'ü SSK'ya, %21,2'si üniversite hastanesine, %33,1'i özel sağlık hizmeti sunan kuruluşlara başvurmuşlardır. 1999 yılında ise araştırmaya katılanların son bir yıl içinde sağlık kuruluşlarına başvuru sıklığında düşme görülmektedir.

Son bir yıl içinde sağlık kuruluşuna başvuru etkileyen bazı sosyodemografik özellikler Tablo 2'de gösterilmiştir.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Kadınlar, sağlık güvencesi olanlar her iki yılda da daha fazla oranda sağlık kuruluşunu kullanırken, 1997 yılında evlenmemişler (%83,9), 1999 yılında ise evli, dul, boşanmışlar daha fazla oranda sağlık kuruluşuna başvurmuşlardır.

1999 yılında eğitimsizlerin son bir yıl içinde sağlık kuruluşuna başvuruları %72,2'den %58,9'a düşmüştür. Diğer eğitim gruplarında belirgin düşme ve yükselme saptanmamıştır.

1997 yılında Antalya'da 10 yıldan fazla süre yaşayanlar ve geçim sıkıntısı nedeniyle mal ve mülk satanlar son bir yılda sağlık kuruluşuna daha fazla kullanırken, 1999 yılında sürekli Antalya'da yaşayanlar, geliri giderinden kötü olanlar daha fazla, Doğu Anadolu ve Güney Doğu Anadolu Bölgesi'nden gelenler ve kirada oturanlar daha az kullanmışlardır.

Tablo 3 ve 4'te eşitsizlik göstergeleri dört temel sosyoekonomik eğişken için (eğitim, gelir, sınıf ve mahalle) hesaplanmıştır. Eğitim değışkeni için en kötü durumdaki tabaka hiç eğitim almamış olanlar, en iyi durumdaki tabaka ise 12 yıl ve daha fazla süre eğitim almış olanlardır. Gelir, sınıf ve mahalle değışkenleri için en kötü ve en iyi durumdaki tabakalar da: 50 milyonun altında geliri olanlar/ 150 milyon ve üzerinde geliri olanlar, mavi yakalılar/ büyük burjuvalar, Ahalı/ Bahçeli Mahalle'leridir.

1997 yılı eşitsizlik göstergeleri değerlendirildiğinde şu sonuçlar görülmektedir: Hız oranı gelir için 0,9, eğitim için 0,9, sınıf için 1,2 ve mahalle için 1,1'dir. Hız farkı gelir için %1,0, eğitim için %3,8, sınıf için %13,3 ve mahalle için %1,1'dir. NAR (%) gelir için %0,8, eğitim için %0,3, sınıf için %1,3 ve mahalle için %0,9'dur. NAR (n) gelir için 7, eğitim için 3, sınıf için 11, mahalle için 8 kişidir. Bİ (%) gelir için %0,8, eğitim için %0,8, sınıf için %1,8 ve mahalle için %0,2'dir. Dağıtılacak birey sayısı ise, gelir için 5, eğitim için 5, sınıf için 11 ve mahalle için 1 kişidir. Eİ gelir için %2,0, eğitim için %4,0, sınıf için %12,3 ve mahalle için %2,2, REİ ise gelir için 1,0, eğitim için 0,9, sınıf için 1,2 ve mahalle için 1,0'dır.

1999 yılı eşitsizlik göstergeleri şöyledir: Hız oranı gelir için 0,9, eğitim için 1,3 sınıf için 3,2 ve mahalle için 1,1'dir. Hız farkı ise gelir için %2,4, eğitim için %16,1, sınıf için %1,1 ve mahalle için %3,2'dir. NAR (%) gelir için %0,9 eğitim için %4,5, sınıf için %7,8 ve mahalle için %2,6'dır. NAR(n) gelir için 7, eğitim için 38, sınıf için 65, mahalle için 22 kişidir. Bİ (%) gelir için % 1,4 eğitim için %3,5, sınıf için %2,8 ve mahalle için %1,3'dür. Dağıtılacak birey sayısı ise, gelir için 7, eğitim için 18, sınıf için 17 ve mahalle için 9 kişidir. Eİ gelir için %5,1 eğitim için %16,6, sınıf için %3,7, ve mahalle için %6,4 iken, REİ gelir için 0,9, eğitim için 0,8, sınıf için 1,1 ve mahalle için 1,1'dir.

TARTIŞMA

Son bir yıl içerisinde başvuru sağlık kuruluşları arasında her iki yılda da en fazla oranda devlet hastanesi, sağlık ocağı ve özel muayene bulunmaktadır. Bu konuda farklı çalışmalarda değışik bulgular bulunmaktadır. Özcebe en fazla başvurunun sağlık ocağına olduğunu belirtirken (8), Kılıç araştırmasında en fazla başvurunun sağlık ocağına, ardından kamu sağlık kuruluşlarına ve üçüncü olarak da özel sektöre olduğunu bulmuştur (9). Sağlık ocaqları ve devlet hastanelerine olan başvuruların fazla olması sağlık güvencesi, ulaşımdaki faktörler ve ekonomik nedenlerle, özel muayenehanelere başvurular ise çabuk sonuç alma ile ilişkili olabilir. Nitekim Kılıç, çalışmasında sağlık ocağına başvuranların yakın olma ile, kamu kuruluşlarına başvuruların sosyal güvence ile, özel sektöre başvuruların ise hekimi tanıma, yakın olma ve çabuk sonuç alma ile ilişkili olduğunu bulmuştur (9).

Bizim bulgularımızda sağlık hizmeti kullanımında sosyal değışkenler bakımından farklılıklar görülmektedir. 1997 yılında evlenmemiş olanlar fazla oranda (%83,9) sağlık kuruluşuna başvururken, 1999 yılında evli, dul, boşanmışlar anlamı şekilde daha yüksek oranda sağlık kuruluşuna başvurmuşlardır (%74,1). İkinci yıl için evli, dul, boşanmışların sağlık hizmetlerini daha fazla kullanmaları eşit hizmet anlayışına (sağlık gereksinimlerine) göre beklenen bir sonuçtur. Çünkü bu grubun sağlık sorunlarının diğer gruba göre daha fazla olduğu ve sağlık hizmetini daha fazla kullandıkları bilinmektedir (8, 10).

Sağlık hizmeti kullanımı kadınlarda erkeklere göre anlamlı şekilde yüksektir. 1997 yılında %81,5 olan bu oran 1999'da %79,5 olarak bulunmuştur. Kadınların erkeklere göre daha fazla hastalandıkları ve sağlık hizmetinden daha fazla yararlandıkları bilinmektedir (8, 9, 10). Türkiye'de erkekler için yıllık hekime başvuru sayısı 2,1 olarak bulunurken bu oran kadınlarda 2,8 olarak bulunmuştur. Kılıç bu oranları yıllık olarak kadınlarda 1,28, erkeklerde 0,93, Kaya ise kadınların yıllık 3,1, erkeklerin ise 2,4 olarak bulmuşlardır. Bu durum, kadınların sağlık hizmeti gereksinimlerinin fazlalığıyla açıklanabilir.

Sağlık güvencesi olanların sağlık hizmeti kullanımı her iki yılda da anlamlı şekilde yüksektir. Sağlık güvencesi olanlar 1997'de %78,4, 1999'da %62,4 oranında herhangi bir sağlık kurumunu kullanmışlardır. Sağlık güvencesi olmayan kişilerin hastane masraflarını karşılayabilmek için borç almak ya da var olan eşyalarını satmak yollarına başvurdukları bilinmektedir (11). Gemlik'te de hekime başvurumama nedenleri olarak: parasızlık, sosyal güvencenin olmaması belirtilmiştir (10). Sağlık Bakanlığının yaptığı çalışmada da sigortasız olanların %50,4'ünün tedavi giderlerini ödemediği, faturaları ödeyebilmek için %37,2'sinin borç aldığı, %7,4'ünün eşya sattığı, %2,7'sinin ipotek yoluna gittiği saptanmıştır (12).

Literatürde ise sağlık hizmeti kullanımı, kadın olmakla, eğitim düzeyiyle, kırsal yaşamla, sosyal güvencesi olmakla, sınıfsal konumla, genel sağlık durumuyla, düşük gelirle ilişkili bulunmuştur (8, 10, 13, 14, 15). Düşük sosyal sınıflar, sağlık güvencesi olmayanlar sağlık hizmetine en az oranda ulaşabilmektedir. Bu sınıfları ekonomik değışimler etkilemekte sağlık hizmeti kullanımlarını azaltmaktadır (16). Nitekim bizim çalışmamızda da eşitsizlik ölçütlerine bakıldığında en kötü gruplarla en iyi durumdaki grupların arasında eşitsizliklerin artma eğiliminde olduğu görülmektedir. Eşitsizlik ölçütlerine göre ise 32 göstergenin 25'inde sağlık hizmeti kullanımında eşitsizlikler artmıştır. 25 göstergenin beşi gelir değışkeninde, yedisi eğitim değışkeninde, beşi sınıf değışkeninde, yedisi mahalle değışkeninde dağılmaktadır. Tablo 3 ve 4'den izlendiği gibi iki yıl içinde NAR değeri, örneğin, gelir için %0,8'den, %0,9'a, eğitim için %0,3'den, %4,5'a, sınıf için %1,3'den, %7,8'e, mahalle için %0,9'dan, %2,6'ya yükselmiştir.

Sonuç olarak sağlık hizmeti kullanımında bir paradoks söz konusudur. Paradoks sosyoekonomik durumları kötü olanların sağlık hizmetini daha az kullanabilmeleridir. Power tarafından da belirtildiği gibi sosyoekonomik durumları kötü olup, bu nedenle sağlık hizmetine daha çok gereksinimi bulunan, ancak yine sosyoekonomik durum kötülüğü nedeniyle bu açık gereksinimlerini karşılayamayan toplum kesimlerinin durumu çok önemlidir (17). Sağlıkta eşitsizliklerin giderilebilmesi için gelir, eğitim, sosyal güvence ve sınıfsal eşitsizliklerin giderilmesi ve bu alanda gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. WHO. Final Report of Meeting on Policy Oriented Monitoring of Equity in Health and Health Care. 1997. Geneva.
2. WHO. Targets for Health for All: Targets in Support of the European Regional Strategy for 'health for All, 1995. Denmark
3. WHO. Equity in Health and Health Care. 1996. Geneva.
4. Kunst AE, Mackenbach JP. Measuring socioeconomic inequalities in health. WHO, 1995. P:23-40.

5. Whitehead M. Eşitsizlik ve sağlık: kavram ve ilkeler. Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi:1992.
6. Lwanga SK, Lemeshow S. Sağlık araştırmalarında örnek büyüklüğünün belirlenmesi (Çev: Osman Hayran). Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayını, İstanbul, 1993.
7. Boratav K. İstanbul ve Anadolu'dan sınıf profilleri, Tarih Vakfı Yurt Yayınları,1995.
8. Özcebe LH. Etimesgut Sağlık Ocağı Bölgesi'nde tedavi edici sağlık hizmetlerinin kullanımını etkileyen faktörlerin saptanması. Hacettepe Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. 1990. Ankara.
9. Kılıç B. Gölbaşı Bölgesi'nde sağlık başvuruları ve bunu etkileyen etmenler. Toplum ve Hekim 1996; 11(74): 2-10.
10. Pala K, Aytekin NT, Aytekin H. Gemlik ilçe merkezinde kişilerin hastalanma sıklıkları ve hekime başvuruları. Toplum ve Hekim 1996; 12(81): 10-25.
11. Hasiao CL, Liu Y. Economic reform and health: lessons from China. The New England Journal of Medicine 1996; 335(6): 330-332.
12. Sağlık Bakanlığı. Health services utilization survey in Turkey, Ministry of Health, Turkey, Health Project General Coordination Unit, Ankara, 1995.
13. Kaya S. Ankara metropolitan alanında sağlık bakım hizmetlerinin potansiyel ve gerçekleşen kullanılabilirliği. Toplum ve Hekim 1996; 11(71): 2-14.
14. Usta I, Çetinkaya F. Seçilmiş İlçe merkezinde sağlık hizmetlerinin kullanımı, Ulusal Hastane Yöneticiliği Kongre Kitabı, 1998. 127-138.
15. Majeed FA. Monitoring and promoting equity in primary and secondary care. British Medical Journal 1994;308:1426-1429.
16. Paspas G, Hadden WC, Kozak LJ, Fisher GF. Potentially avoidable hospitalization: inequalities in rates between US socioeconomic groups. American Journal of Public Health 1997; 87 :811-816.
17. Power C. Health and social inequality in Europe. British Medical Journal 1994;308:1153-1156.

Tablo 1: Son bir yılda sağlık kuruluşuna başvuru sıklığı

Kurum	Son bir yılda sağlık kuruluşu kullanma					
	1997		1999		P	
n	%	n	%			
Sağlık ocağı	268	31,9	237	28,3	<0,01	
Devlet hastanesi	241	28,7	189	22,5	<0,01	
SSK	221	26,4	214	25,5	>0,05	
Üniversite hastanesi	149	21,2	159	19,0	>0,05	
Özel sağlık hizmeti	278	33,1	211	25,2	<0,01	

Tablo 2: Son bir yıl içinde sağlık kuruluşuna başvurunun bazı sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi (Veriler yaşa göre standardize edilmiştir.)

	SON BİR YIL İÇİNDE HERHANGİ BİR SAĞLIK KURULUŞUNA BAŞVURU	
	1997 (n= 839)	1999 (n= 838)
	%	%
Toplam	76,2	73,7
Cinsiyet		
Erkek	69,7***	66,6***
Kadın	81,5	79,5
Medeni durum		
Evlenmemiş	83,9*	68,2*
Evli,dul boşanmış	75,1	74,1
Eğitim durumu		
0 yıl	72,2	58,9**
1-5 yıl	75,6	72,1
6-8 yıl	73,0	74,4
9-11yıl	77,0	73,1
12 yıl ve üzeri	76,0	76,0
Sağlık güvencesi		
Yok	60,7***	50,1*
Var	78,4	62,4
Antalya'da yaşanan yıl sayısı		
0-10 yıl	69,7***	75,2
11 ve üzeri	77,8	74,2
Antalya'ya gelinen bölge		
Antalya	76,7	91,4***
Doğu-G. Doğu	80,0	57,4**
Diğer	76,1	72,9
Geçim sıkıntısı nedeniyle mal -mülk satımı		
Yok	74,7**	73,2
Var	87,9	73,8
Evin mülkiyeti		
Kendilerinin-Lojman	63,9***	75,1*
Yakınlarının		
Kira	78,4	67,1
Geliri giderinden		
Kötü	75,5	77,3**
Aynı-fazla	77,4	68,0

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Tablo 3: Sağlık hizmeti kullanımı için gelir, eğitim, sınıf ve mahalleye göre bazı eşitsizlik göstergeleri (1997)

	Gelir	Eğitim	Sınıf	Mahalle
Hız oranı	0,9	0,9	1,2	1,1
Hız farkı	1,0	3,8	13,3	1,1
NAR (%)	0,8	0,3	1,3	0,9
NAR (n)	7	3	11	8
BI(%)	0,8	0,8	1,8	0,2
BI(n)	5	5	11	1
Eİ	2,0	4,0	12,3	2,2
REİ	1,0	0,9	1,2	1,0

Tablo 4: Sağlık hizmeti kullanımı için gelir, eğitim, sınıf ve mahalleye göre bazı eşitsizlik göstergeleri (1999)

	Gelir	Eğitim	Sınıf	Mahalle
Hız oranı	0,9	1,3	3,2	1,1
Hız farkı	2,4	16,1	1,1	3,2
NAR (%)	0,9	4,5	7,8	2,6
NAR (n)	7	38	65	22
BI(%)	1,4	3,5	2,8	1,3
BI(n)	9	21	17	8
Eİ	5,1	16,6	3,7	6,4
REİ	0,9	0,8	1,1	1,1

İÇEL İLİNDEKİ ECZANELERDE BUZDOLAPLARININ SOĞUK ZİNCİR DONANIMI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

¹Resul BUĞDAYCI, ¹Tayyar ŞAŞMAZ, ²A.Öner KURT, ³Hanife TEZCAN

¹Yrd. Doç. Dr. ME.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Mersin

²Arş.Gör.Dr. ME.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Mersin

ÖZET

Amaç: İçel İlinde serbest olarak çalışan eczanelerde, soğuk zincir donanımının ve uygulamaların yeterliliğini ve uygunluğunu araştırmak, ayrıca bu konuda eğitim vererek; uygulamadaki yanlışlıkların düzeltilmesine ve eksikliklerin giderilmesine yardımcı olmaktır. **Yöntem:** Kesitsel ve tanımlayıcı özellikteki bu araştırma; 20 Ağustos-10 Eylül 2001 tarihleri arasında İçel İl Merkezi ve İlçelerinde bulunan 407 eczaneden sistematik tabakalı örnekleme yöntemi ile seçilen 147 (%36) eczanede yapılmıştır. Veriler bir anket formu ve buzdolabı kontrol listesi ile toplanmıştır. **Bulgular:** Eczanelerden 76'si (% 51.7) il merkezinde, 71'i (%48.3) ilçe merkezindeydi. Eczacıların 70'i (% 47.6) erkek, 77'si (%52.4) kadındı. Buzdolaplarının %16.3'ünde kapak lastiği bozuk. %42.2'sinde buzluk kapağı iyi kapanmıyordu. Buzdolapların hiçbirinde ısı takip çizelgesi ve aşı monitörü, %98.0'ında termometre yoktu. buzdolapların %68.7'sinde iç sıcaklık uygun değildi. %72.8'inde aşı ve ilaçlar uygun raflara konulmamıştı. %97.3'ünde buzdolabında yiyecek içecek vardı. %73.2'sinde buzdolabı kapağında aşı ve ilaç vardı. %66.7'sinde buzlukta buz kalınlığı 0.5 cm'den fazlaydı. **Sonuç:** Eczanelerde soğuk zincir donanımındaki eksiklikler ve uygulamadaki yanlışlıklar oldukça fazladır. Bu nedenlerle oluşan; sağlık, zaman, iş gücü ve parasal kayıplar kümülatif olarak topluma ağır bir yük getirmektedir. Uygulanmakta olan yönetmelik günümüz koşullarına göre yeniden düzenlenmelidir. Sağlık Müdürlüğü Eczacılık Şubesi ile Türk Eczacı Odaları eğitim ve denetim amacıyla sürekli işbirliği içinde olmalıdırlar.

Anahtar Kelimeler: Soğuk zincir, aşı, buzdolabı, eczane

GİRİŞ

Temel sağlık hizmetlerinin en önemli boyutlarından birisi bağışıklama hizmetleridir. Bağışıklama hizmetinin etkinliği de yapılan aşımın etkinliği ile doğrudan ilişkilidir. Aşıların ve tedavide kullanılacak bazı ilaçların potansinin korunması; nakliye, depolama ve uygulama sırasında uygun sıcaklıkta tutulmasına bağlıdır (1,2).

Soğuk zincir; bir aşımın ya da ilacın etkinliğini üretimden kişiye uygulanana kadar ışık ve ısı gibi dış etkenlerden koruyan ve ihtiyacı olanlara yeterli miktarda etkin aşımın ulaşmasını sağlayan insan ve malzemeden oluşan bir sistemdir (1,2,3). Kullanılan aşılar ya da ilaçlar etkin değilse, tedavi ya da bağışıklama açısından hiçbir yarar sağlamayacaktır. Bu nedenle soğuk zincir hem tedavi hem de Genişletilmiş Bağışıklama Programının en önemli aşamasıdır (3). Ülkemizde rutin aşı programında yer alan ya da yer almayan bazı aşılar eczanelerde satılmaktadır. Eczanelerde satılan ilaçlardan bazıları da soğuk zincir kurallarına uygun saklanması gerekmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde, aşı ile önlenebilir hastalıklarda görülen epidemilerde, vakaların büyük çoğunluğunu daha önce aşılanmış çocukların oluşturduğu ve primer aşımada başarısızlığın önemli bir faktör olduğu gösterilmiştir. Gelişmekte olan ülkelerde elektrik ve buzdolabı yetersizlikleri soğuk zincirin devamlılığında önemli bir sorundur. Gelişmiş ülkelerde tahminlerin aksine aşıların optimal koşullarda saklanmadığı ve soğuk zincirin optimal kurallara uyulmadığı gösterilmiştir (4).

Soğuk zincire uyulmaması aşı ile korunabilir hastalıkların morbidite ve mortalitesinin artmasına, bazı tedavilerin etkinliğinin kaybolmasına ayrıca aşı ve ilaçların bozularak imha edilmesine neden olacaktır. Tüm bu nedenlerle oluşacak sağlık zaman, iş gücü ve parasal kayıplar kümülatif olarak değerlendirildiğinde topluma ağır bir yük oluşturacaktır.

Bu araştırmanın amacı: İçel İlinde serbest olarak çalışan eczanelerde soğuk zincir donanımının ve uygulamaların yeterliliğini ve uygunluğunu araştırmaktır. Ayrıca; soğuk zincir donanım ve uygulamalarındaki yanlışlıkların düzeltilmesinde, eksikliklerin giderilmesinde ve eğitim konusunda yardımcı olmaktır.

MATERYAL ve METOD

Kesitsel ve tanımlayıcı özellikteki bu araştırma; 20 Ağustos–10 Eylül 2001 tarihleri arasında İçel İl Merkezi ve İlçelerinde bulunan eczanelerde yürütüldü. İçel Eczacılar Odasından eczanelerin buldukları ilçelere göre listeleri alınarak; her ilçeden eczane sayısına göre ağırlıklandırılmış, sistematik örnekleme ile, İçel'de bulunan toplam 407 eczaneden 155'i (%38.1) tesadüfi olarak seçilmiştir. Bir eczane, buzdolabı bulundurmadığından, yedi eczacıya araştırmayı kabul etmediğinden dolayı araştırmaya alınmamıştır. Analizlerde 147 eczanenin verileri değerlendirilmiştir. Araştırma sadece eczacılar ile görüşülerek uygulanmış, ziyaret edildiğinde eczacı bulunamayan eczanelere en az üç defa gidilmiş, yine de bulunamayınca yedekleri alınmıştır.

Veriler bir anket formu ve buzdolabı kontrol listesi ile toplanmıştır. Eczacıların demografik bilgilerinin yer aldığı soğuk zincir anket formu, eczacının kendisi tarafından doldurulmuştur.

Buzdolabı kontrol listesinde yer alan; buzdolabının konumu, büyüklüğü, dengesi, ısı takip çizelgesi, kapak lastiğinin durumu, iç aydınlatması, termometre olup olmaması, aşıların doğru yerleştirilmesi, sebzeğinde su bidonu olup olmadığı, buzlukta buz aküsünün olması ve buzluktaki buz kalınlığı araştırmacı hekim tarafından gözlenerek kaydedilmiştir. Standart yuvarlak tip termometre, buzdolabının orta rafına asılarak 20 dakika sonra iç sıcaklığı kaydedilmiştir. Buzdolabının denge kontrolü "Rico Professional" marka 30 cm'lik su terazisi ile yapılmıştır. Buzdolabı kapak lastiğinin buzdolabı ana gövdesine yapışmaması, sarkınası ve yırtık olması "sağlam değil" şeklinde değerlendirilmiştir. Aşı ve ilaçların arasının hava dolaşımının olup olmaması; kutular arasında 5 cm ve aşı şişeleri arasında 1-2 cm'lik aralık olmasına göre değerlendirilmiştir (4). Buzdolabı çevresindek; hava sirkülasyonu ve buzdolabı ile duvar arasındaki boşluk olup olmadığı değerlendirilmiştir.

Veri toplama işlemi sonunda, eczacı ve diğer eczane çalışanlarına, soğuk zincir donanımı ve uygulamaları konusunda bilgi verilmiş; fizik durumu uygun olmayan buzdolapları araştırmacı hekim tarafından eczacı ile birlikte düzeltilmiştir. Araştırmada eczacıların denetim kaygısı ile birbirlerini uyarılmalarını önlemek açısından İçel Eczacı Odası'ndan veri toplama aşamasında aktif yardım alınmamıştır.

İstatistiksel analizde tanımlayıcı istatistikler, ki kare ve t testi kullanılmıştır.

BÜLGULAR

Araştırmaya alınan 147 eczanenin 76'sı (% 51.7) il merkezinde, 71'i (%48.3) ilçe merkezindeydi. Bu eczanelerin hepsinin işletmesini eczacıların kendisi yapmaktaydı. Eczacıların 70'i (% 47.6) erkek, 77'si (%52.4) kadındı. Eczacıların yaş ortalaması 38.9 ±10.7 yıl (min=23, max=63) ve ortalama çalışma süreleri 12.7 ±9.6 yıl (min=1, max= 37) olarak saptanmıştır.

Eczanelerin 142'sinde (%96.5) bir adet buzdolabı, 5'inde (%3.5) iki adet buzdolabı bu unurken; araştırma kapsamında gezilen eczanelerden birinde buzdolabı bulunmadığı tespit edildi ve bu eczane değerlendirme dışında tutuldu.

Buzdolabının, eczane içinde uygun olarak yerleştirilmesine ilişkin özellikler Tablo 1'de verilmiştir.

Buzdolabının boyutu, kapak lastiği, iç aydınlatması, buzluk kapağının kapanma durumu ve kilitle olması gibi fizik duruma ilişkin özellikler Tablo 2'de sunulmuştur.

Buzdolabı soğuk zincir donanımında yer alan termometre, aşı monitörü, buz aküsü, sebzeğinde bulunması gereken su dolu şişe veya bidon ile kapakta her gün işlenmesi gerekli sıcaklık takip çizelgesinin durumu Tablo 3'te yer almaktadır.

Buzdolaplarının 144'ünde (%98.0) soğuk zincirde saklanması gereken aşı/ilaç bulunmaktaydı. Soğuk zincir uygulamaları ve buzdolabı kullanımına ilişkin özellikler Tablo 4'de yer almaktadır.

Buzdolabının yerleşimi, fizik durumu, donanımı ve soğuk zincir uygulamaları ile eczacının cinsiyeti, yaşı, eczanenin bulunduğu yer ve eczanede çalışan sayısı arasında yapılan önemlilik testleri sonucunda istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulunamamıştır.

TARTIŞMA

Ülkemizde aşı satışı yapan eczacıların soğuk zincir konusundaki bilgi ve tutumlarına ilişkin bilgiler yok denecek kadar azdır. Dünyada da bu konu ile ilgili az sayıda araştırma yapılmıştır (5).

Haworth ve arkadaşlarının (6) West Berkshire'da 1991'de yaptığı çalışmada; aşıların satılana kadar bekletildiği ve sekiz haftadan daha uzun süre bekletilenlerde soğuk zincirin kırılma olasılığının çok yüksek olduğu bildirilmiştir. Soğuk zincirin yönetiminin çok zayıf olduğu vurgulanarak; pratisyen hekimlerin mutlaka bir kursa tabi tutulmaları gerektiği vurgulanmıştır.

Thakker ve Woods'un (7); genel pratisyenlik hizmeti ve çocuk sağlığı hizmeti veren 40 merkezde yürüttüğü çalışmasında; buzdolaplarının %15'inin uygun sıcaklıkta olmadığını, %97.5'inde günlük sıcaklık takibi yapılmadığını belirlemiştir.

Woodyard ve arkadaşlarının (8); Kolorado'da 1994'de yaptığı ve 26 özel hekim muayenhanesi ve bir hastaneyi kapsayan çalışmasında; buzdolaplarının %96.3'ünde yiyecek-içecek olduğu, %67'sinde termometre olmadığı ve %88.8'sinde günlük sıcaklık takibi yapılmadığı, %93'ünün uygun sıcaklıkta olmadığı saptanmıştır.

Eskioçak ve arkadaşlarının (9) Edirne'de 24 sağlık ocağında yaptığı çalışmada; buzdolaplarının %16.6'sında ısı takip çizelgesinin olmadığı, %33.3'ünde sebzeğinde su şişelerinin bulunmadığı, %45.8'inde ise gıda maddelerinin bulundurulduğu saptanmıştır.

Bishai ve arkadaşlarının (10) Los Angeles'de 1992 yılında 50 çocuk hastalıkları uzmanının muayenhanesinde yapılan bir çalışmada tüm dolaplarda termometre bulunduğu, %94'ünde kayıtların düzenli tutulmadığı, %22'sinde buzdolabının iç sıcaklığının +8°C'den yüksek olduğu, %62'inde içinde yiyecek-içecek bulunduğu, %36'sında buzlukta buz aküsü bulunmadığı belirtilmiştir.

Bizim çalışmamıza çok benzemese de bu çalışmalarda soğuk zincirde kullanılan buzdolaplarının durumları incelenmiştir. Bizim çalışmamızda buzdolaplarının %31.3'ünün uygun sıcaklıkta olduğu ve hiçbirinde ısı takip çizelgesi yoktu. Ayrıca; %97.3'ünde gıda maddeleri vardı. Çalışmamızın sonuçları buzdolabının uygun sıcaklıkta olup olmaması açısından; Thakker ve Woods'un (7) çalışmasından daha kötü, Woodyard ve arkadaşlarının (8) çalışmasından daha iyi, Bishai ve arkadaşlarının (10) çalışmasına ise yakın olduğu görülmektedir.

Isı takip çizelgesi olup olmaması açısından; Thakker ve arkadaşının (7), Woodyard ve arkadaşlarının (8) ve Bishai ve arkadaşlarının (10) çalışması ile aynı, Eskioçak ve arkadaşlarının (9) çalışmasından kötü olduğu görüldü.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Buzdolabında yiyecek içecek bulunması açısından; Woodyard ve arkadaşlarının (8) yaptığı çalışma ile aynı, Bishai ve arkadaşlarının (10) ile Eskioçak ve arkadaşlarının (9) çalışmasından daha kötü olduğu saptandı.

Literatür taramasında eczanelerde yapılmış çalışmalara ulaşılamadı. Ulaşılan çalışmalarda ise örneklemeler oldukça yetersizdi.

Bizim çalışmamıza büyük ölçüde benzeyen Özyayın'ın (22) çalışması ile daha ayrıntılı karşılaştırmalar yapılmıştır (Tablo 5).

Özyayın'ın (22) araştırmasında 188 eczaneden ikisinde (%1.1) buzdolabı bulunmadığı, 175'inde (%94.1) bir, 10'unda (%5.4) iki, birinde (%0.5) üç buzdolabı bulunduğu belirtilmektedir. Çalışmamızda eczanelerin birinde (%0.7) buzdolabı bulunmadığı, 142'sinde (%95.9) bir, beşinde (%3.4) iki buzdolabı bulunduğu tespit edilmiştir. Bulgularımız Özyayın'ın çalışması ile benzerlik göstermektedir (Tablo 5).

SONUÇ

Eczane açılabilmesi, ruhsat alınabilmesi için eczanelerde buzdolabı bulundurulması zorunludur (11). Halen uygulanmakta olan yönetmelikte buzdolaplarının standardı, sayısı, özellikleri belirtilmemektedir. Günümüz koşullarına göre yönetmeliklerin güncelleştirilmesi gerekmektedir. Özellikle büyük şehirlerde, kalabalık nüfusa hizmet veren eczanelerde en az iki buzdolabı bulunmalıdır. Araştırma kapsamında gezilen bir eczanede buzdolabının bulunmaması eczanelerin açılmasından önce ve sonra Sağlık Müdürlüğü ve/veya Türk Eczacıları Birliği (TEB) tarafından daha sık denetim gerektirdiğini düşündürmektedir.

Araştırmada gezilen eczanelerin hemen hepsinde buzdolabında yiyecek içecek olduğu gözlemlenmiştir. Buzdolaplarının çok dolu olması, buzdolaplarının hem aşı hem de ilaçlar için kullanılması hatta yiyecek içecek bulundurulması, buzdolabı kapağının çok sık açılması demektir. Bu ise, iç sıcaklığın değişmesi, aşılardan etkinliğinin azalması anlamındadır.

Sonuç olarak, İçel'de bu araştırma kapsamındaki eczanelerde aşı satışı yapılmaktadır. Buzdolaplarında soğuk zincir donanımındaki eksiklikler ve eczacıların uygulamadaki yanlışlar; aşı ve ilaçların etkinliğini, dolaylı olarak halk sağlığını olumsuz etkilemektedir. Aşı ile korunabilir hastalıklarda toplumun hastalanma riski artmakta ve toplumun aşıya olan güveni de sarsılmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Ajjan N. Bağışıklama, Çeviri T. Arkay F. A., Pekus M., 3. Baskı, s:109-115.
2. Galazka A., Milstien J., Zaffrin M., Termostability Of Vaccines: Global Programme For Vaccines And Immunization, Geneva, Switzerland: WHO, 1998.
3. Genişletilmiş Bağışıklama Programı, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bulaşıcı ve Salgın Hastalıklar Daire Başkanlığı, Ankara, 2000.
4. Yurdakök K., Aşı Uygulamalarında Pratik Bilgiler, HÜ. Tıp Fak. Katkı Pediatri Dergisi, 1994 (1-2), s:21-25.
5. Özyayın N., Ankara İlindeki Eczanelerde Soğuk Zincir Konusundaki Uygulamalar, HÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 1997.
6. Haworth EA, Booy R, Stirzake L, Wilkes S, Battersby, A. Is the cold chain for vaccines maintained in general practice? BMJ 1993 Jul 24;307 (6898):22-4.
7. Thakker Y, Woods S. Storage of vaccines in the community: weak link in the cold chain? BMJ 1992 Mar 21;304 (6829):756-8.
8. Woodyard E, Woodyard L, Alto WA. Vaccine storage in the physician office: a community study. J Am Board Fam Pract 1995 Mar-Apr;8(2):91-4.
9. Eskioçak M. ve Ark., Sağlık Ocaklarında Aşı Kayıtları ve Soğuk Zincir Denetimi Önceuçları-Edirne-2000, 1. Ulusal Anaçocuk Sağlığı Kongresi 2001, Kongre Kitabı s:333.
10. Bishai M D, Bhatt S, Miller L T, Hayden F G, Vaccine Storage Practices in Pediatric Offices, Pediatrics 1992; 89/2:193-196.
11. Eczaneler ve Eczane Hizmetleri Hakkında Yönetmelik (13 ekim 1992).

Tablo 1. Buzdolabının Yerleşimi İle İlgili Özellikler

Buzdolabı (n=147)	Sayı	%
Duvar ile arasındaki boşluk yetersiz	122	83.0
Etrafındaki hava dolanımı yetersiz	44	29.9
Dengede değil	17	11.6
Güneş görüyor	2	1.4

Tablo 2. Buzdolabının Fizik Durumu İle İlgili Olumsuz Özellikler

Özellikler (n=147)	Sayı	%
Buzdolabında kilit yok	147	100
Buzluk kapağı iyi kapanmıyor	62	42
İç aydınlatma yok	44	29.9
Kapak lastiği sağlam değil	24	16.3
Küçük buzdolabı	13	8.8

Tablo 3. Buzdolabının Soğuk Zincir Donanımı İle İlgili Eksiklikler

Özellikler	n=147	%
Buzdolabı kapağında ısı takip çizelgesi yok	147	100.0
Buzdolabında aşı monitörü yok	147	100.0
Sebzelikte su bidonu yok	144	98.0
Buzdolabında termometre yok	144	98.0
Buzlukta yeterli buz aktüsü yok	88	59.9

Tablo 4. Soğuk Zincir Uygulamalarına İlişkin Uyumsuzluklar

Özellikler	n=147	%
Buzlukta buz aküsü uygun yerleştirilmeyen	146	99.3
Buzdolabında gıda maddesi olan	143	97.3
Buzdolabı kapağında aşı/ilaç var	115	78.2
Aşı/ilaçlar uygun raflarda değil	107	72.8
Buzdolabı iç sıcaklık: <2 °C veya >8 °C	101	68.7
Buzluktaki buz kalınlığı 0.5 cm'den fazla	98	66.7
Aşı/ilaçların arası hava dolaşımına uygun değil	56	38.1
Aşı/ilaçlar buzdolabı iç yarı hacminden fazla	12	8.2

Tablo 5. Çalışmamızın Özaydın'ın 1996'da Yaptığı Tez Çalışmasıyla Karşılaştırılması

Soğuk zincir Donanım Özellikleri	Buğdaycı 2002 (n=147)		Özaydın 1996 (n=188)	
	Sayı	%	Sayı	%
Buzdolabında aşı bulunma oranı	115	(78.2)	157	(83.6)
Termometre yokluğu	144	(98.0)	156	(82.9)
Buz aküsü olmayan	88	(59.9)*	33	(17.5)
Isı takip çizelgesi olmayan	147	(100.0)	182	(96.8)
Buzluktaki aşırı karlanma olan	98	(66.7)**	108	(57.0)
Buzdolabı dengesiz yerleştirilen	17	(11.6)	14	(7.6)
Buzdolabında gıda bulunması	143	(97.3)	84	(44.6)
Kapağında aşı serum bulunması	115	(78.2)	75	(39.2)

* Yeterli buz aküsü olmayan

** Buzlanma (temasla dökülmeyen karlar ma)

NARLIDERE EĞİTİM ARAŞTIRMA VE SAĞLIK BÖLGE BAŞKANLIĞI SAĞLIK OCAKLARINDA ÇALIŞAN PERSONELİN İŞ DOYUMU

Erol GÜRPINAR*, Bülent KILIÇ**, Alp ERGÖR**

*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Araştırma Görevlisi, Dr.

**Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Öğretim Üyesi, Yrd. Doç. Dr.

ÖZET:

Amaç : Narlidere Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölge Başkanlığı (NEASB) sağlık ocakları, sağlık evleri ve AÇSAP'ında çalışan personelin, çalıştıkları kurumlardaki iş doyumunu saptamak.

Yöntem-Gereçler : Araştırma kesitsel ve analitik bir araştırmadır. NEASB' deki 17 sağlık ocağı ve 1 AÇSAP'de çalışan 198 personelden 143'ünün (%72) bir anket formu ile iş doyumunu saptanmıştır.

Bulgular : Araştırma grubunu anketlere verdikleri yanıtlara göre: %95'i kazancının istediği yaşam koşullarını sağlamadığını, %89'u ücretlerinin diğer çalışanlar ile karşılaştırıldığında adil olmadığını, %86'sı biriminde üstün ve yararlı çalışmanın ödüllendirilmediğini, %71'i işinin mesleki ilerleme ve gelişim olanağı sağlamadığını belirtmiştir. Buna karşın %81'i yaptığı iş ile gurur duyduğunu, %83'tü işinin sürekli bir iş güvencesi sağladığını, %86'si çalışma arkadaşlarından hoşnut olduğunu ve güvenebildiğini belirtmiştir. Meslek grubunu hekimler ve diğer sağlık personeli olarak sınıfladığımızda hekimlerin, şu an bulunduğu pozisyonda ilerleme şansının yüksek olduğunu, çalıştığı zaman gerçekten bir fark yaratacağını, görevini yerine getirebilmesi için bilgisinin yeterli olduğunu düşündüğü ve bu iki grup arasında bu düşüncelerde anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p<0.05). Cinsiyete göre bakıldığında erkeklerin kadınlara göre işini yaparken karar vermekte daha özgür olduğu, işini yapabilmesi için gerekli eğitim desteğinin sağlandığı konusunda erkeklerin daha fazla bu görüşe katıldığı görülmüştür (p<0.05).

Sonuçlar : NEASB' de çalışan personelin aldığı ücretten memnun olmadığı, özellikle hekim dışı sağlık personelinin mesleğinde ilerleme şansı olmadığını, çalıştığı birimden hoşnut olmadığını, ancak tüm bu olumsuzluklara rağmen yaptıkları işten gurur duyduklarını, çalışma ortamı olumsuz da olsa ekip arkadaşlarından hoşnut olduklarını saptamış bulunmaktayız. Sonuçta çalışma ortamının ve alınan ücretlerin daha adil hale gelmesi ile ve kişilere yaptığı işe uygun mezuniyet sonrası eğitim desteği sağlanması ile iş doyumun istenilen düzeye geleceği görülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Sağlık Ocağı, İş Doyumu

GİRİŞ:

Türkiye'de sağlık örgütlenmesinin temelini oluşturan sağlık ocakları günümüzde 6000'e yaklaşan sayısı ve hekim, ebe, hemşire, sağlık memuru, laborant ve benzeri personelden oluşan sağlık ekipleri ile önemli bir yükü omuzlamış durumdadır. Bu birimlerde çalışmakta olan personelin iş doyumlarını etkileyen yetersiz ücret, alınan eğitim ile yapılan iş uyumsuzluğu, mezuniyet sonrası eğitimin yetersizliği, meslekte ilerleme olasılığının düşük olması, olumsuz çalışma ortamını ve koşulları gibi pek çok etmeden söz etmek olasıdır. Alan çalışmalarının ağırlıklı olduğu, gezici hizmetin ön planda olduğu sağlık ocaklarında az sayıda personel ile çok sayıda iş yapılıyor olması da iş yükünü arttırmakta ve kişileri mesleği ile uygun olmayan işler yapmak zorunda

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

birakabilmektedir. Bu nedenlerle sağlık ocaklarında çalışmakta olan personelin iş doyumunun, bunlara etki edebilecek çeşitli faktörlerin araştırılması ve özellikle de iş doyumunu artırmaya yönelik çeşitli önlemler alınması giderek daha fazla önem kazanmaktadır.

ILAMAÇ:

Bu araştırmanın amacı Narlidere Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölge Başkanlığı (NEASB) sağlık ocakları, sağlık evleri ve AÇSAP'ında çalışan personelin, çalıştıkları kurumlarda iş doyumlarını ve bunları etkileyen faktörleri saptamaktır.

YÖNTEM:

Araştırma Bölgesi: Narlidere Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölgesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'na bağlı bir eğitim ve araştırma bölgesidir. 4 Sağlık Grup Başkanlığı'na (SGB) bağlı 17 sağlık ocağı ve 1 AÇSAP bulunan bölgede, araştırmanın yapıldığı dönemde, toplam 198 personel çalışmaktadır.

Araştırmanın tipi: Kesitsel ve analitik.

Araştırma evreni ve örnek seçimi: Araştırmanın evrenini NEASB başkanlığında çalışan toplam 198 adet personel oluşturmaktadır. Evreni oluşturan personelin içinde hizmetli, şoför, sekreter vb sağlık dışı personel de bulunmaktadır. Araştırmada örnek seçimi yapılmamış evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. Ulaşılma oranı %72.2'dir (143 personel). Ulaşılabilme oranının düşük olma nedeninin araştırmanın yapıldığı Temmuz ve Ağustos aylarında personelin çoğunluğunun izinli olmasına ve daha az kişiye ulaşılabilen Urla SGB bölgesindeki sağlık ocaklarının ise geniş bir alanda yayılmış olmasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Veri toplama yöntemi: Personelin iş doyumuna yönelik olarak hazırlanan bir anket formu NEASB Başkanlığı aracılığı ile bölgede çalışan personele ulaştırılmış ve 2-6 hafalık bir süre içinde geri toplanmıştır. Veriler Temmuz-Ağustos 2001 tarihinde toplanmış, veri girişi ve analizi ise Eylül-Aralık 2001 tarihlerinde bitirilmiştir. Araştırmada kullanılan iş doyum anketi Ege Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji bölümü tarafından Türkçeleştirilmiş ve geçerliliği, güvenilirliği çalışılmış bir ölçektir. Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Minnesota Doyum Ölçekleri ile İş Stres Ölçeği (FIOH) ile koşutluk taşıyan ölçek, çalışma ortamı, işin sağladıkları, işin gerektirdiği sorumluluk ve yetkiler, çalışma koşulları, çalışma ortamında ilişkiler (a-e) ve çalışma ortamından beklentiler olmak üzere 10 bölüme ayrılmıştır.

Değişkenler: *Bağımsız Değişkenler:* Çalışanların yaş, cinsiyet, meslek, çalışma süresi, eğitim durumu, ek iş yapma durumu, bölgede çalıştığı kurum ve bu kurumdaki görevleri.

Bağımlı Değişken: İş doyumuna

Veri Analizi: Veri analizi SPSS 10.0 paket programında yapılmış, istatistiksel değerlendirmelerde ki kare testi kullanılmıştır. Değerlendirme ölçek standart puanları üzerinden değil her bölümde verilen yanıtlar kullanılarak yapılmıştır. İş doyumunu ölçtğinde her öge (*kesinlikle katılıyorum, katılıyorum, biraz katılıyorum-biraz katılmıyorum, katılmıyorum, kesinlikle katılmıyorum*) beşli Lichert ölçeği üzerinden sorgulanmıştır. Analizlerde ilk üç seçenek birleştirilip "katılıyorum", son iki seçenekte birleştirilip "katılmıyorum" şeklinde gruplandırılmıştır.

IV. BULGULAR:

NEASB'na bağlı 17 sağlık ocağı ve 1 AÇSAP'ta çalışan 198 personelden toplam 143 kişiye (%72) ulaşılabilmıştır. Ulaşılabilen kişilerin 43'ü Narlidere SGB'de (ulaşılma oranı %91.5), 36'sı Seferihisar SGB'de (ulaşılma oranı %76.6), 21'si Güzelbahçe SGB'de (ulaşılma oranı %75), 43'si Urla SGB'de (ulaşılma oranı %58.1) çalışmaktadır. Araştırma grubunun mesleklerine göre dağılımı ise Tablo 1'de verilmiştir. Katılımcıların %87'si sağlık personeli, %5'i ise sağlık personeli değildir (hizmetli, şoför vb). Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 33.9 ± 5.8 (24-48) dir. 47'ü erkek (%32.6), 96'i kadındır (%67.4). Grubun büyük çoğunluğu evlidir 112 kişi (%80.6). Araştırmaya katılanların %79.5'i sağlık ocağında, %16.7'si Sağlık Grup Başkanlıklarında çalışmaktadır. Sağlık ocağı çalışanlarının iş doyumunu ile ilgili yanıtları Tablo-2'de verilmiştir. Buna göre olumsuz görüş olarak %94.9 ile birinci sırada elde edilen kazanç ile istenilen yaşam standartlarının sağlanamadığı görülmektedir.

İş doyumunu etkileyen faktörlere bakıldığında olumlu olan belirleyiciler arasında, iş arkadaşlarından memnun olmanın %86.1 ile birinci sırada olduğunu, ikinci sırada işin sürekli bir iş güvencesi sağlıyor olmasının %83.1, ve ekibin uyumlu ve verimli çalıştığını görmekteyiz. Olumsuz olarak ilk sırada kazancın istenilen yaşam standartlarını sağlamadığını %94.9, ikinci sırada %88.5 ile ücretlerin diğer çalışanlar ile karşılaştırıldığında düşük olduğunu, üçüncü sırada ise %85.8 ile üstün ve yararlı çalışmanın ödüllendirilmediğini görmekteyiz. Buna karşın %81'i yaptığı iş ile gurur duyduğunu, %83'ü işinin sürekli bir iş güvencesi sağladığını, %86'si çalışma arkadaşlarından hoşnut olduğunu ve güvenebildiğinin belirtmiştir.

Mesleğe göre iş doyumunu incelediğinde (bakınız Tablo-3) doktorlar ile diğer sağlık personeli arasında 'şu anki konumunda ilerleme şansım var' ve 'çalışan çaba gösterdiği zaman bir fark yaratabilir' ve 'birimde iyi çalışanlar ve yetenekli olanlar bir fark yaratabilir' sorularında doktorların diğer personele göre bu görüşe daha fazla katıldığını ve iki grup arasında anlamlı bir fark olduğunu görmekteyiz (p<0.05).

Cinsiyete göre iş doyumunu incelediğimizde (bakınız Tablo-4) erkeklerin "işini nasıl yapacağına karar verme"de kadınlara göre daha özgür olduğunu, "işini yapabilmesi için eğitim desteği sağlandığı"ni ve bunun erkeklerle kadınlar arasında anlamlı bir fark yarattığını görmekteyiz (p<0.05). Benzer şekilde tabloda erkeklerin kadınlara göre yöneticinin kararından anlamlı ölçüde daha fazla memnun olduğunu da görmekteyiz (p<0.05).

V. TARTIŞMA ve SONUÇLAR:

Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğunu doktorlar oluşturmaktadır (%33.6), ikinci sırada hemşireler yer almaktadır (%23.1). Sağlık ocağı çalışanlarının iş doyumunu ile ilgili görüşlerini incelediğimizde elde edilen kazancın istenilen yaşam koşullarını sağlamadığını (%94.9), ücretlerin diğer çalışanlar ile karşılaştırıldığında uygun olmadığını (%88.5), birimde üstün ve yararlı çalışmaların ödüllendirilmediğini (%85.3), bulunduğu konumda ilerleme şansı olmadığını ve birimde iyi çalışanların ilerleme şansının olmadığını (%70) görmekteyiz. Meslek grubu olarak baktığımızda doktorların diğer sağlık çalışanlarına göre mesleğinde ilerleme şansı olduğuna, bir çaba gösterdiği zaman fark yaratabileceğine, iyi çalışanların ve yetenekli olanların ilerleme şansı olduğu konusundaki düşüncelere daha fazla katıldığını ve iki meslek grubu arasında anlamlı fark olduğunu görmekteyiz (p<0.05). Cinsiyete göre ise erkeklerin işini nasıl yapacağı konusunda daha özgür olduğu, yeterli eğitim desteği sağlandığı, yöneticinin karar verme yeteneğinden memnun olduğunu ve iyi çalışanların ve yetenekli olanların ilerleme olanağı olduğu konularına daha fazla katıldığını görmekteyiz (p<0.05).

Özetle bu araştırma sonucunda sağlık ocağı çalışanlarının düşük ücretle çalıştığını düşündüğü saptanmıştır. Sağlık ocağı çalışanları çalıştığı mekanda yetersiz araç gereç ve hoşnut olmadığı bir fiziksel mekanda çalıştığını; işini iyi yapsa dahi ödüllendirilmekte olduğunu ve mesleğinde ilerleme şansı olmadığını düşünmektedir. Ayrıca yaptığı işin toplumdaki saygınlığını artırmadığını düşünmektedir. Ancak tüm bu olumsuzluklara rağmen yaptığı iş ile gurur duymakta ve ekip arkadaşlarının uyumlu ve verimli çalıştığını düşünmektedir. Sağlık çalışanlarının iş doyumunu arttırmanın yolu bu olumsuz koşulları düzeltmekten geçmektedir.

KAYNAKLAR:

1. Piyal B, Çelen Ü, Şahin N, Piyal Y.B. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışanların İş Doyumu. Sağlık ve Toplum, 2000.
2. Piyal Y.B., Piyal B., Çelen Ü. Sağlık Çalışanlarının İş Doyumu Farklılıklarının Hastaneler ve Meslekler Temelinde Çözümlemesi. Yayımlanmamış araştırma, 1999.
3. Ergin C. Br İş Doyumu Ölçümü Olarak "İş Betimlemesi Ölçeği": Uyarlama, Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Türk Psikoloji Dergisi. Cilt:12. Sayı 39: 25-36; Haziran 1997.
4. Musal B. Pratisyen Hekimlerde Mesleki Doyum ve etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Uzmanlık Tezi. DEÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. İzmir 1992.
5. Maslach C, Jackson SE: The measurement of experienced burnout, Journal of Occup Behav, 1981, 2: 99-113
6. Karasek, R et al. The Job Content Questionnaire: an Instrument for Internationally Comparative Assessment of Psychosocial Job Characteristics. J Occup.Health Psychol. 1998 Oct.; 3(4):322-55.
7. Warr P. Well-Being Outcomes in ILO Encyclopedia of Occupational Health and Safety, Vol. 2: Chapter 34; Geneva, 1998.
8. Debra L, Nelson D.L., Quick J.C. Psychosocial and Organizational Factors: Socialization in ILO Encyclopedia of Occupational Health and Safety, Vol. 2; Chapter 34; Geneva, 1998.
9. Özбек K, Girgin G. Pratisyen hekimlerde meslekte tükenmişlik (burnout) sendromu. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Didim, 1994. s:662-665.
10. Karlıdağ R, Ünal S, Yoloğlu S. Hekimlerde iş doyum ve tükenmişlik düzeyi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2000. 11(1):49-57.
11. Aslan H, Aslan O, Kesenpara C ve ark: Kocaeli'nde bir grup sağlık çalışanında işe bağlı gerginlik, tükenme ve iş doyum. Toplum ve hekim dergisi, 1997, 12(82):24-29.
12. Ersoy F, Yıldırım RC, Edirne T. Tükenmişlik (Staff Burnout) Sendromu. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2001. 2:11-17.
13. Thommasen HV, Lavanchy M, Connelly I, Berkowitz J, Grzybowski S. Mental health, job satisfaction, and intention to relocate. Opinions of physicians in rural British Columbia. Can Fam Physician 2001 Apr;47:737-44.
14. Graham J, Ramirez AJ, Cull A, Finley I, Hoy A, Richards MA. Job stress and satisfaction among palliative physicians. Palliat Med 1996 Jul;10(3):185-94.
15. Aasland OG, Olff M, Falkum E, Schweder T, Ursin H. Health complaints and job stress in Norwegian physicians: The use of an overlapping questionnaire design. Soc Sci Med 1997;45:1615-29.

Tablo-1: Araştırma grubunun mesleklerine göre dağılımı

MESLEK	Sayı	%
Doktor	48	33.6
Hemşire	33	23.1
Ebe	31	21.7
Sağlık memuru	12	8.4
Laboratuar teknisyeni	2	1.4
Diğer	7	4.9
Yanıtlamamış	10	7.0
Toplam	143	100.0

Tablo-2: Sağlık Çalışanlarının İş Doyumu İle İlgili Yanıtları

İŞ DOYUMUNUN BELİRLEYİCİLERİ	Katılıyorum		Katılmıyorum		Toplam
	S	%*	s	%*	
Genel olarak iş arkadaşlarımdan hoşnutum	118	86.1	19	13.9	137
İşim sürekli bir iş güvencesi sağlıyor	113	83.1	23	16.9	136
Çalışma ekibimiz uyumlu ve verimli çalışır	111	82.2	24	17.8	135
Yaptığım iş ile gurur duyuyorum	112	81.2	26	18.8	138
İşim toplumdaki saygınlığımı artırıyor	73	54.5	61	45.5	134
Yaptığım iş beni ruhsal yönden rahatlatıyor	70	51.5	66	48.5	136
İşimde beceri ve yeteneklerimi kullanabiliyorum	68	50.7	66	49.3	134
Fiziksel çalışma ortamından hoşnutum	67	48.9	70	51.1	137
Kullandığım araç-gereç, yeterlidir	59	43.4	77	56.6	136
Bu birimde iyi çalışanlar ve yetenekli olanlar ilcerler	39	29.8	92	70.2	131
Konumumun gelişmesi ya da ilerleme şansım var	32	24.1	101	70.6	133
Birimde üstün ve yararlı çalışmalar her zaman ödüllendirilir	19	14.2	115	85.8	134
Ücretler diğer çalışanlar ile karşılaştırıldığında uygundur	16	11.5	123	88.5	139
Kazancım istediğim yaşam standartlarımı sağlıyor	7	5.1	130	94.9	137

*satur yüzdesi

**yanıt veren toplam kişi sayısı (N:143)

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Tablo-3: Meslek Grubuna Göre İş Doymunu Belirleyicileri

Çalışma koşulları, ortamı, ilişkiler, beklentiler	Meslek Grubu*	Katılıyorum		Katılmıyorum		İstatistiksel analiz	
		s	%**	s	%**	x ²	p
Konumumda ilerleme şansım var:	Doktor	20	42.6	27	57.4	18.502	0.000
	Diğer	7	9.3	68	90.7		
Çalışan çaba gösterdiği zaman bir fark yaratabilir	Doktor	44	97.8	1	2.2	12.933	0.000
	Diğer	52	71.2	21	28.8		
Birimde iyi çalışanlar ve yetenekli olanlar ilerliyor	Doktor	20	44.4	25	55.6	9.204	0.002
	Diğer	14	18.7	61	81.3		
Kurallar yapılan işi kolaylaştırır	Doktor	33	73.3	12	26.7	7.715	0.005
	Diğer	34	47.2	38	52.8		
Mesleki bilgiyi işimi yapmam için yeterlidir	Doktor	45	95.7	2	4.3	7.000	0.008
	Diğer	61	78.2	17	21.8		
Kurallar herkes ve her durum için geçerlidir	Doktor	34	77.3	10	22.7	6.469	0.011
	Diğer	41	53.9	35	46.1		
Yöneticinin karar verme yeteneğinden memnunuz	Doktor	35	79.5	9	20.5	6.320	0.012
	Diğer	42	56.8	32	43.2		
İşim ve sorumluluklarımı iyi tanımlanmıştır	Doktor	36	78.3	10	21.7	5.539	0.019
	Diğer	46	57.5	34	42.5		

*Diğer: ebe, hemşire, sağlık memuru, laboratuvar teknisyeni, şoför, hizmetlidir.

** satır yüzdesi

Tablo-4: Cinsiyete Göre İş Doymunu Belirleyicileri

Çalışma koşulları, ortamı, ilişkiler, beklentiler	Cinsiyet	Katılıyorum		Katılmıyorum		İstatistiksel analiz	
		n	%	n	%	x ²	p
İşimi nasıl yapacağıma karar vermekte özgürüm	Erkek	38	84.4	7	15.6	8.918	0.003
	Kadın	53	58.9	37	41.1		
İşimi iyi yapabilmem için eğitim desteği sağlanıyor	Erkek	34	73.9	12	26.1	8.780	0.003
	Kadın	41	47.1	46	52.9		
Yöneticinin karar verme yeteneğinden memnunuz	Erkek	34	82.9	7	17.1	8.257	0.004
	Kadın	49	57.0	37	43.0		
İyi çalışanlar ve yetenekli olanlar ilerliyor	Erkek	20	44.4	25	55.6	7.470	0.006
	Kadın	18	21.4	66	78.6		
Çalıştığım mekanın fiziksel koşullarından memnunuz	Erkek	32	69.6	14	30.4	6.743	0.009
	Kadın	41	46.1	48	53.9		
Çalışan çaba gösterdiği zaman bir fark yaratabilir	Erkek	39	92.9	3	7.1	6.848	0.009
	Kadın	62	72.9	23	27.1		
Kullandığım araç-gereç yeterlidir	Erkek	35	76.1	11	23.9	6.542	0.011
	Kadın	47	53.4	41	46.6		
Kurallar yapılan işi kolaylaştırır	Erkek	31	72.1	12	27.9	5.958	0.015
	Kadın	41	49.4	42	50.6		
Bu birimin geleceği iyidir	Erkek	32	78.0	9	22.0	4.498	0.034
	Kadın	50	58.8	35	41.2		
İşim toplumdaki saygınlığımı artırıyor	Erkek	30	66.7	15	33.3	4.046	0.044
	Kadın	42	48.3	45	51.7		

İSTANBUL'DAKİ HASTANELERDE SİVİL SAVUNMA ORGANİZASYONU

Dr. Halim İSSEVER¹, Prof. Dr. Rian DİŞÇİ², Özkan AYYVAZ³

¹ İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Özet.

Bu çalışma, İstanbul'da özel ve resmi statüde hizmet veren hastanelerin sivil savunma profillerini tespit etmek, olağan dışı durumlarda ilk ve acil yardım organizasyonuna katkıda bulunmak amacı ile planlanmıştır. İstanbul'da yataklı sağlık kuruluşlarının statüsüne göre basit rastla ıtsal örnekleme yöntemi ile %30 oranında bir örnekleme yapıldı, 18 resmi ve 37 özel olmak üzere toplam 55 hastane çalışma kapsamına alındı.

Çalışma kapsamına alınan 55 hastaneden 41 'inde (%74,5) sivil savunma hizmetleri için bir sivil savunma amiri görevlendirilmiştir. Sağlık kuruluşunun statüsüne göre oluşturulan sivil savunma servisleri değerlendirildiğinde; 18 resmi kuruluştan 11(%61,1) inde kontrol merkezi ve karargah, 12'sinde (%66,7) emniyet ve kılavuz, 13'ünde(%72,2) itfaiye, sosyal yardım ve teknik onarım, 14'ünde(%77,8) kurtarma ve ilk yardım servislerinin oluşturulduğu ; 37 özel yataklı tedavi kurumundan sadece 3'ünde (%8,1) kontrol merkezi ve karargah, 2 sinde (%5,4) emniyet kılavuz ve sosyal yardım, 7 sinde (%18,9) itfaiye ve ilk yardım, 4 ünde ise(%10,8) kurtarma servislerinin oluşturulduğu tespit edilmiştir. Sağlık kuruluşunun statüsüne göre olağan dışı haller için komşu sağlık kurumları ile yapılan işbirliği çalışmaları incelendiğinde çalışma kapsamına alınan kuruluşlardan sadece 10'ü(%18,2) unda acil durum 4(%7,3) 'ünde ise sığınak protokollü yapıldığı belirlenmiştir.

İstanbul'da resmi ve özel hastanelerde, kurum içinde sivil savunmaya gereken önemin verilmediği, bunun yanı sıra koordinatör kuruluş ile de yapılması gereken organizasyonlarda da birtakım eksikliklerin olduğu görülmüştür. Normal günlük yaşamda ve olağan dışı durumlarda önemli bir görev üstlenen hastanelerin, olağan dışı durumlarda mutlaka ayakta kalması gerektiği göz önüne alınırsa, yataklı tedavi kurumlarında mevcut sivil savunma organizasyonunun yeniden gözden geçirilmesinde fayda vardır.

Anahtar Kelimeler : Sivil savunma organizasyonu , hastane, ilk ve acil yardım, Civil Defense Organizations in Hospitals of Istanbul

GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde kentlerin sayıca ve nüfusça büyümeleri, yapıların hızla yoğun ve karmaşık hale gelmesi nedeni ile afet etkileri geçmiş dönemlere göre çok daha büyük olmaktadır. Ülkemiz depremler başta olmak üzere sel, heyelan, yangın ve çığ gibi afetler ile sık karşılaşan ülkeler arasında yer almaktadır. Ayrıca çevre ülkelerde bulunan nükleer santrallerden kaynaklanabilecek teknolojik afet riski altında bulunmaktadır. Ülkemizde, özellikle yakın dönemlerde Marmara bölgesinde ve diğer bölgelerde yaşanan depremlerde ilgili kurum ve kuruluşlar görevlerini yerine getirmeye çalışmışlardır. Ancak uygulamalarda, müstakil ve tek konu olan afetler ile ilgili sistemin tek merkezli olmayışı ve ilgili kurum ve kuruluşların sayısının fazla olmasından dolayı, görev, yetki ve sorumluluklarda bir kargaşanın meydana geldiği görülmüş, müdahalenin geç ve başarısız kalınması gibi olumsuzlukları da beraberinde getirmiştir(1,2). Bu nedenle afet öncesi ve sonrası müdahale ile ilgili yönetimi sisteminin yeniden gözden geçirilmesi zorunluluğu gündeme gelmiştir.

Sivil savunma; insanların can ve mal kaybını minimum düzeyde tutulması ve özellikle hayatı öneme sahip her türlü resmi ve özel kuruluşların korunması ve çalışmalarının sürekliliğinin sağlanması için yapılan koruyucu ve kurtarıcı önlemler bütünüdür. Hastanelerin temel fonksiyonları olan koruyucu, tedavi ve rehabilite edici hizmetleri, sivil savunmanın koruyucu ve kurtarıcı hizmetleri ile benzerlik göstermektedir. Dolayısı ile sivil savunma ve sağlık hizmetleri birbirlerini bütünlüleyici ve destekleyici niteliktedir.

Bu çalışma, İstanbul'da özel ve resmi statüde hizmet veren hastanelerde sivil savunma profillerini tespit etmek, olağan dışı durumlarda ilk ve acil yardım organizasyonuna katkıda bulunmak amacı ile planlanmıştır.

YÖNTEM.

İstanbul'da yataklı sağlık kuruluşlarının statüsüne göre basit rastlantısal örnekleme yöntemi ile %30 oranında bir örnekleme yapıldı. Örnekleme dahil edilen yataklı tedavi kurumlarının dağılımları aşağıdaki gibidir.

Hastanenin sivil savunma hizmetlerinden sorumlu görevli (Başhekim, başhekim yardımcısı, sivil savunma uzmanı, hastane müdürü, hastane müdür yardımcısı, başhemşire, başhemşire yardımcısı, teknik koordinatör, teknisyen) ile yüz yüze görüşülerek tarafımızdan hazırlanan hastanelerde sivil savunma profillerini gösterir 124 soruluk bilgi formu doldurulmuştur.

BULGULAR

İstanbul'un 14 farklı ilçesinden resmi ve özel toplam 55 hastane çalışma kapsamına alınmıştır. Çalışma kapsamına alınan sağlık kuruluşlarında sivil savunma sorumlusu ait bilgiler tablo 1 de, sivil savunma servislerine ait bilgiler ise tablo 2 de, kurumların sahip olduğu olanaklar ve organizasyon ile ilgili bilgiler ise tablo 3 ve 4 de verilmiştir.

Çalışma kapsamına alınan sağlık kuruluşlarının 41 (% 74.5) tanesinde sivil savunma amiri görevlendirilmiştir. Kurumda ayrı bir sivil savunma bürosu yalnızca 6 resmi kurumda oluşturulmuştur. Özel kurumların hiçbirinde ayrı bir büro yoktur. Amir olarak kadrosunda görev yapan yalnızca 5 uzman vardır Diğer görevlendirilen kişiler ise kurumda farklı bir görev yürütmekte olup ikinci bir görev olarak bu görevi üstlenmişlerdir.

Sağlık kuruluşunun statüsüne göre oluşturulan sivil savunma servisleri Tablo 2 de gösterilmiştir. Kurum içinde oluşturulan sivil savunma servisleri incelendiğinde; resmi kuruluşlarda oluşturulan servisler daha yüksek oranlardadır. Özel kuruluşlarda kurum içinde sivil savunma sorumlusu olarak ilgili kişi görevlendirilmiş olmasına rağmen, oluşturulan servislerin sayısının son derece düşük olduğu dikkat çekmektedir.

Sağlık kurumunun statülerine göre sahip oldukları olanaklar ve kurumda icra edilen tatbikatlar tablo 3 de gösterilmiştir. Yataklı tedavi kurumlarında mutlaka olması gereken acil çıkış kapıları ve yangın merdivenlerin bazı resmi ve özel kuruluşlarda halen bulunmadığı dikkat çekicidir. Bunun yanı sıra yangın alarm sistemi olmayan 8(%44.5) resmi, 8 (%21,6) özel kuruluş vardır. Tablodan da görüldüğü gibi kurumlardaki tatbikat sıklıkları da oldukça düşüktür. Her yıl yapılması faydalı olan yaygın tatbikatı toplam 5 yıl içinde 1 resmi kurumda, 3 özel sağlık kuruluşta gerçekleştirilmiştir.

Sağlık kuruluşunun statüsüne göre olağandışı haller için planlanan, komşu sağlık kurumları ile yapılan işbirliği çalışmaları tablo 4 de gösterilmiştir.

Kurum statüsüne göre olağan dışı haller için yapılabilecek protokoller incelendiğinde, sayılar son derece düşük kalmaktadır. Hasta nakli için yapılan protokol 12 (%66,7)resmi 29(%78,4) özel sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmiştir. Acil durum protokolü 8 resmi (%44,4) ve sadece 2(%5,4) özel sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmiştir.

Tartışma ve sonuç.

Yalnızca sıcak savaş ve olağanüstü hal, tehlike ve doğal afetlerde aklımıza gelen, gerekliliği üzerinde de her zaman fikir birliği oluşturduğumuz sivil savunma ve sivil savunma hizmetlerinin sağlık kurumlarındaki mevcut durumunun hangi düzeyde olduğu, verilen hizmetlerin neler olduğu, bu hizmetlerin hangi alanlarda yoğunlaştığı, kanun, tüzük ve yönetmeliklerde gösterilen hizmetler ve çalışmalara ne ölçüde uyulduğu, eksik ve aksak yönlerin tespit edilerek günümüz koşullarına uygunluğunun araştırılması düşüncesinde hareket ederek, İstanbul'da merkezindeki hastanelerde sivil savunma hizmetlerinin içeriğinin araştırıldığı araştırmamızda, çalışma kapsamına alınan 55 yataklı tedavi kurumundan 41'inde (%74,5) sivil savunma hizmetleri için bir sivil savunma amiri görevlendirilmiştir. 14 kurumda ise sivil savunma hizmetlerini yürütecek kişi görevlendirilmemiştir. Çalışma kapsamındaki resmi kuruluşlardan sadece 5'inde sivil savunma uzmanı kadrosunda görev yapmakta olup, 36 kişi ise, başka bir görevi üstlenmiş iken ilgili kurum amiri tarafından sivil savunma hizmetlerini yürütmek üzere görevlendirilmişlerdir. Hastaneler hassas kurumlar kapsamında olup yataklı ve çalışan personel sayılarına bakılmaksızın sivil savunma hizmetlerini organize edecek sivil savunma amirinin mutlaka görevlendirilmiş olması gerekir.

Görevlendirilen sivil savunma amirlerinin son 5 yılda aldığı eğitimler değerlendirildiğinde, resmi kuruluşlarda görevlendirilen sivil savunma amirlerinde 10'u (%55,6), özel kuruluşlardan ise 18'i (%66,6) son 5 yılda 2 kez il sivil savunma müdürlüğünden eğitim aldıkları belirlenmiştir. Özel kuruluşlarda sivil savunma amiri olarak görevlendirilen kişilerden 8'i (%29,6) hiçbir sivil savunma

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

kuruluşundan gerekli eğitimi almamışlardır. Oysa günün değişen ve gelişen koşullarına göre görevlendirilen kişilerin bilgilerinin ve eğitimlerinin güncellenmesi gereklidir.

Sağlık kuruluşunun statüsüne göre oluşturulan sivil savunma servisleri değerlendirildiğinde; 18 resmi kuruluştan 11(%61,1) inde kontrol merkezi ve karargah, 12'sinde (%66,7) emniyet ve kılavuz, 13'ünde(%72,2) itfaiye, sosyal yardım ve teknik onarım. 14'ünde(%77,8) kurtarma ve ilk yardım servislerinin oluşturulduğu tespit edilmiştir. Özel yataklı ve tedavi kurumlarındaki sivil savunma servisleri değerlendirildiğinde ise ; 37 özel yataklı tedavi kurumundan sadece 3'ünde (%8,1) kontrol merkezi ve karargah, 2 sinde (%5,4) emniyet kılavuz ve sosyal yardım, 7 sinde (%18,9) itfaiye ve ilk yardım. 4 ünde ise(%10,8) kurtarma servislerinin oluşturulduğu tespit edilmiştir. Özel kuruluşlarda kurum içinde sivil savunma sorumlusu olarak 27 (%73) kişi görevlendirilmiş olmasına rağmen, oluşturulan servislerin sayısının son derece düşük olduğu ve servisleri için gerekli eğitimlerin alınmadığı dikkat çekmektedir. Görevlendirmelerin, rutin işler arasında kaybolup gittiği ve sadece kağıt üzerinde kaldığı düşünülmektedir.

Sivil savunma ile ilgili teşkil ve tedbirler tüzüğünde ; 56. maddesinde hassas bölgelerdeki yıllık ortalama personel mevcudu 200 den fazla olan resmi özel daire, müessesese, fabrika ve kuruluşlarda kurulacak servisler belirtilmiştir. Bu servisler kontrol merkezi ve karargah servisi, emniyet ve kılavuz servisi, itfaiye servisi, kurtarma servisi, ilkyardım servisi, sosyal yardım servisi ve teknik onarım servisidir. Aynı tüzüğün 57 maddesinde; hassas bölgeler dışındaki mevcudu 200 den aşağı ve planlama tabi resmi özel müesseselerde ; itfaiye servisi, kurtarma servisi ve ilkyardım servislerinin kurulması zorunludur denilmektedir. Personel sayısı 100 den az olan kurumlarda ise bu servislerin sayısı 2 ye indirilmiştir. (3,4) Çalışma kapsamına alınan kuruluşları personel sayılarına göre gruplama yaptığımız zaman: personeli 100 kişiden az 23(%41,8) , 100 ile 200 personel arasında 10 (%18,2), 200 den fazla personel çalıştıran 22 (%40) kuruluş vardır. Kurum-da çalışan personel sayıları bakımından da kurumda oluşturulan sivil savunma servisleri değerlendirildiğinde, oluşturulan sivil savunma servislerindeki olması gereken sayılardaki düşüklükler dikkat çekicidir.

Sağlık kurumunun statüsüne göre kurumların sahip oldukları imkanlar değerlendirildiğinde ; sığmağı olmayan 8 (%44,4) resmi, 22 (%59,5) özel , yangın merdiveni ve her katta acil çıkış kapıları olmayan 6(33,3) resmi, 4(%10,8) ve 3(%8,1) özel kuruluş, bunun yanı sıra yangın alarm sistemi olmayan 8 resmi (%44,5), 8 özel(%21,6) kuruluş vardır. Acil çıkış kapıları ve yangın alarm sistemleri konusundaki imkanlar özel kuruluşlarda biraz daha iyi gibi görünse de , kurumun kuruluş ve ruhsat aşamasındaki mutlaka tamam olması gereken koşullar gözden kaçmaktadır. Çalışma kapsamına alınan kuruluşlardan özel alan ve ikaz sistemi olmayan 11 (%61,1) resmi ve 17 (%45,9) özel kuruluş vardır. Kurumda yapılan tatbikatlar değerlendirildiğinde ise; tablodan 3 den de görüldüğü gibi tatbikat sıklıkları da oldukça düşük kalmıştır. Yataklı tedavi kurumlarında gerek ayaktan poliklinik hizmetleri gerek yataklı tedavi hizmetleri göz önüne alındığında , rutin işlerin içinde tatbikat gerçekleştirmek oldukça zordur. Zor da olsa hasta sirkülasyonunun az olduğu birimlerde mümkün olabilecek tatbikatların planlanmasında fayda vardır. Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar Çalışkan'ın (5) 1997 yılında yaptığı çalışmanın sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Son 5 yıl içinde sağlık kurumlarında sivil savunma konusunda kayda değer bir aşama kaydedilmemiştir.

Sağlık kuruluşunun statüsüne göre, olağan dışı haller için komşu sağlık kurumları ile yapılan işbirliği çalışmaları incelendiğinde, çalışma kapsamına alınan kuruluşlardan sadece 10'(%18,2) unda acil durum 4 'ünde ise sığınak protokolü yapılmıştır. Acil durum protokolü yapılan 10 kuruluşun 8'i (%80) resmi kuruluşlardır. 37 özel kuruluştan sadece 2 tanesi (%5,4) komşuları ile acil durum protokolü imzalamıştır. Bunun yanı sıra hasta nakli ve tıbbi ihtiyaçların karşılıklı tedariki konularındaki yapılan protokoller sevindiricidir .

Kurum bölgesinde sivil savunma ile ilgili koordinatör kuruluşun ismini 18 resmi kuruluştan 10 'u(%55,5), 37 özel kuruluştan ise sadece 7 si (%18,9) doğru cevaplamıştır. Bunun yanı sıra koordinatör kuruluş ile yapılan işbirliği çalışmalarının sayısı yok denecek kadar azdır . İstanbul'da resmi ve özel hastanelerde kurum içinde sivil savunmaya gereken önemin verilmediği, bunun yanı sıra koordinatör kuruluş ile de yapılması gereken organizasyonlarda da birtakım eksikliklerin olduğu görülmüştür. İl sağlık planında kurumları için önerilen hususları bilen 16 (%29,1) , ambulans ve sağlık ekipleri için toplanma bölgesi olarak belirlenen yerlerden haberi olan ise sadece 14 (%25,5) hastane vardır. Sağlık planında hastaneleri için düşünülen hususu bilmeyen 39(%70,9), ambulans ve toplanma bölgesi olarak belirlenen yerleri bilmeyen 41(%74,5) hastane mevcuttur. Sivil savunma organizasyonunun yanı sıra, değerlendirmelere afet yönetimi açısından bakıldığında, organizasyonda çok önemli noktaların gözden kaçtığı açıkça görülmektedir. Normal günlük yaşamda ve olağan dışı durumlarda önemli bir görev üstlenen hastanelerin, olası olağan dışı durumlarda mutlaka ayakta kalması gerektiği göz önüne alınırsa , hastanelerde mevcut sivil savunma organizasyonunun yeniden gözden geçirilmesinde fayda vardır .

Hastanelerin mevcut sivil savunma yapısındaki eksikler göz önüne alındığında , hastanelerde sivil savunmaya ilişkin alınması gereken önlemleri aşağıdaki gibi sıralayabiliriz.

Öneriler .

1. Hastanenin kuruluş aşamasında sivil savunmaya ilişkin gerekli tüm çalışma ve düzenlemeler yapılmalı .
2. Hastane içerisinde etkin bir haberleşme ağı kurulmalı
3. Hastane çalışanlarında sivil savunma bilincinin tam olarak yerleşebilmesi için eğitim ve tatbikatlara ağırlık verilmeli.
4. Kamu nitelikli tüm hastanelerde sivil savunma uzmanlarının Sivil Savunma Müdürlüğü'nce atanmaları sağlanmalı .
5. Özel hastanelerde , sivil savunma hizmetlerinin sunulmasından sorumlu olacak kişiler mutlaka sivil savunma eğitimi almış olmalı.
6. Hastanelerde sivil savunma servisleri mutlaka eksiksiz olarak kurulmalı
7. Hastanelerde sivil savunma birimi personeline ve diğer personele yönetmeliklerde belirtildiği gibi periyodik olarak sivil savunma eğitim ve tatbikatları yaptırılmalı.
8. Özel alarm ve ikaz sistemleri olmayan hastanelerde bu sistemin kurulması , olan hastanelerde ise sistemin işleyişinin düzenli olarak kontrol edilmesi sağlanmalı..
9. Sığınaklar mutlaka ve yeterli kapasitede ve kullanılabilir olmalı .
10. Sivil savunma planları her yıl düzenli şekilde hazırlanmalı
11. Savaş hazar onarım planı hazırlanmalı.
12. Bütün bu çalışmaların yapılabilmesi , hizmetlerin etkin ve verimli bir şekilde sunulabilmesi için hastane yönetimleri ile Sivil Savunma Müdürlüğü arasında eşgüdüm sağlanmalı.

Teşekkür.

Araştırmayı yapabilmemiz için gerekli resmi izinleri veren İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne ve İl Sağlık Müdürlüğü Tedavi Kurumları Şube Başkanlığı'na, ayrıca çalışmamıza olan değerli katkılarından dolayı İl Sivil Savunma Müdürlüğü'nden Sayın Yılmaz ÖRNEK'e teşekkürü borç biliriz.

Kaynaklar .

1. İlkışık O.M.: İstanbul ve Depremler Sivil Savunma Dergisi. Yıl :2001:Sayı :165 :6-12
2. Özcan A.Ş: Afetler ile Yönetim Sistemi. Sivil Savunma Dergisi. Yıl :2000:Sayı :161 :7-8
3. Sivil savunma ile ilgili Kanun, Tüzük ve yönetmelikler .C.1. .T.C İçişleri Bakanlığı Sivil savunma Genel Müdürlüğü .Yayımlı No: 67.1994
4. Sivil savunma ile ilgili Kanun, Tüzük ve yönetmelikler .C.2. .T.C İçişleri Bakanlığı Sivil Savunma Genel Müdürlüğü .Yayımlı No: 67.1994
5. Çalışkan A.Y: Hastanelerde mevcut sivil savunma organizasyon yapısının ve faaliyetlerinin incelenmesine yönelik bir araştırma. İÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü . Yüksek Lisans Tezi. 1997.

Tablo 1. Örnekleme dahil edilen yataklı tedavi kurumlarının dağılımları

Sağlık kuruluşun statüsü	Sayı	Planlanan	Gerçekleşen	Fiili ya.ak kapasitesi	Toplam yatak kap. göre yüzde
Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastaneleri	31	10	11	7.715	29.55
Sosyal Sigortala Kurumu'na bağlı hastaneler	13	4	3	6.171	23.64
Üniversite hastaneleri	3	2	2	3.493	13.39
Özel hastaneler	128	38	37	7.061	27.05
Kurum ve Vakıf hastaneleri	13	4	2	1.664	6.37
Toplam	188	59	55	26.104	100.0

Tablo2: Sağlık kuruluşunun statüsüne göre oluşturulan sivil savunma servisleri.

Sivil Savunma Servisleri	Sağlık kuruluşunun statüsü					
	Resmi		Özel		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Kontrol merkezi ve karargah	11	61.1	3	8.1	14	25.5
Emniyet kılavuz	12	66.7	2	5.4	14	25.5
İtfaiye	13	72.2	7	18.9	20	36.4
Kurtarma	14	77.8	4	10.8	18	32.7
İlk yardım	14	77.8	7	18.9	21	38.2
Sosyal yardım	13	72.2	2	5.4	15	27.3
Teknik onarım	13	72.2	3	8.1	16	29.0

(*) Yüzdeler sütun toplamlarına göre alınmıştır.

Tablo 2 : Sağlık kurumunun statüsüne göre sivil savunma sorumlusuna ait bilgilerin dağılımı.

		Sağlık kurumunun statüsü				Toplam
		Resmi		Özel		
		n	%	n	%	
Kurumda sivil savunma hizmetleri için Sivil savunma amiri görevlendirilmiş mi?	Evet	14	77.8	27	73	41
	Hayır	4	22.2	10	27	14
Görevlendirilen sivil savunma sorumlusunun kurumdaki kadrosu	Yok	4	22.2	10	27.0	14
	Sağlık. Hiz	1	5.6	6	16.2	7
	Teknik Hiz	1	5.6	9	24.3	10
	Genel İd.Hiz	12	66.7	12	32.5	24
Sivil savunma sorumlusunun eğitim düzeyi .	Y.Lisans Dok	2	14,3	4	14,8	6
	Üniversite	10	71.4	12	44.5	22
	Lise	2	14,3	9	33,3	11
	Ortaokul	-		2	7,4	2
Kurumda ayrı bir sivil savunma bürosu var mı ?	Evet	6	33.3	0	-	6
	Hayır	12	66.7	37	100	49
Sivil savunma sorumlusunun son 5 yılda aldığı eğitimler						
Sivil savunma koleji	1 kez	4	22.2	-	-	4
İl sivil savunma müdürlüğü	1 kez	4	22.2	1	3,7	5
	2 kez	10	55.6	18	66,7	28

(*) Yüzdeler sütun toplamlarına göre alınmıştır.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Tablo 4 : Sağlık kuruluşunun statüsüne göre olağan dışı haller için komşu sağlık kurumları ile yapılan işbirliği çalışmaları .

Yapılan işbirliği çalışmaları		Sağlık kuruluşunun statüsü				
		Resmi		Özel		Toplam
		n	%	n	%	
Sığınak protokolü .	Evet	3	16,7	1	2,7	4
	Hayır	15	83,3	36	97,3	51
Hasta nakli .	Evet	12	66,7	29	78,4	41
	Hayır	6	33,3	8	21,6	14
Tıbbi ihtiyaçların karşılıklı tedariki .	Evet	10	55,6	28	75,7	38
	Hayır	8	44,4	9	24,3	17
Su yiyecek .	Evet	11	61,1	19	51,4	30
	Hayır	7	38,9	18	48,6	25
Tıbbi-araç malzeme .	Evet	9	50	20	54,1	29
	Hayır	9	50	17	45,9	26
Acil durum protokolü .	Evet	8	44,4	2	5,4	10
	Hayır	10	55,6	35	94,6	45

(*) Yüzdeler sütun toplamlarına göre alınmıştır.

Tablo 3 : Sağlık kurumunun statüsüne göre kurumların sahip oldukları olanaklar ve kurumda icra edilen tatbikatlar.

Kurumların sahip oldukları olanaklar ve kurumda icra edilen tatbikatlar.		Sağlık kurumunun statüsü				
		Resmi		Özel		Toplam
		n	%	n	%	
Kurum sığınağı	Var	10	55,6	15	40,5	25
	Yok	8	44,4	22	59,5	30
Kurum binalarına her katta acil çıkış kapıları	Var	12	66,7	34	91,9	46
	Yok	6	33,3	3	8,1	9
Kurum binalarında yangın merdiveni	Var	12	66,7	33	89,2	45
	Yok	6	33,3	4	10,8	10
Kurumun herhangi olası duruma karşı sahra kınığı kurabileceği alanları	Var	12	66,7	18	48,6	30
	Yok	6	33,3	19	51,4	25
Kurumun herhangi olası duruma karşı kurum içinde hava ulaşımı için kullanabileceği alanları	Var	8	44,4	10	27	18
	Yok	10	55,6	27	73	37
Kurumun özel alarm ve ikaz sistemleri var mı ?	Var	7	38,9	20	54,1	27
	Yok	11	61,1	17	45,9	28
Kurumun olası acil durumlara karşı rutin kullanılanların dışında arama kurtarma malzemeleri	Var	-	-	6	16,3	6
	Yok	18	100	31	83,7	49
Kurumun seyyar hastane olarak kullanacağı çadırları	Var	1	5,6	2	5,4	3
	Yok	17	84,4	35	94,6	52
Kurumun yangın alarm sistemi	Var	10	55,5	29	78,4	39
	Yok	8	44,5	8	21,6	16
Yangın söndürme sisteminde mevcut olan özellikler .	Yok	2	11,1	2	5,4	4
	Otomatik sistem	1	5,6	1	2,7	2
	Hortumlu sistem	1	5,6	1	2,7	2
	Katlardaki Yangın sön	3	16,7	4	10,8	7
	hortum+katlardaki tüpler	9	50	24	64,9	33
	Hepsi	2	11,1	5	13,5	7
Kurumda son 5 yılda icra edilen tatbikatlar						
Yangın tatbikati	Yapılmayan	9	50,	18	48,6	27
	1. Kez	6	33,3	8	21,6	14
	2.kez	-	-	8	21,6	8
	3.kez	1	5,6	0	-	1
	4.kez	1	5,6	0	-	1
	5.kez	1	5,6	3	8,10	4
İkaz alarm ve sığınak tatbikati	Yapılmayan	14	77,8	30	81,1	44
	1. Kez	3	16,7	2	5,4	5
	2.kez	1	5,60	5	13,5	6

Tablo 3 devam

Kurumların sahip oldukları olanaklar ve kurumda tara edilen tatbikatlar.	Sağlık kurumunun statüsü					
	Resmi		Özel		Toplam	
	n	%	n	%		
Deprem tatbikatı						
	Yapılmayan	11	61,1	29	78,4	40
	1. Kez	6	33,3	5	13,5	11
	2.kez	1	5,6	3	8,1	4

(*) Yuzdeler sütun toplamlarına göre alınmıştır.

DOĞANKENT SAĞLIK OCAĞINDA LABORATUVAR HİZMETLERİ

Ertan KARA*, Önder KARAÖMERLİOĞLU*, Ferdi TANIR*, Muhsin AKBABA**

* Yrd.Doç.Dr., Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı - Adana

** Prof.Dr., Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı - Adana

ÖZET:

Laboratuvar hizmetleri hem tedavi edici hem de kuruyucu hekimlik hizmetlerinin etkili sunumu için gerekli bir hizmettir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda, toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi için zorunlu bir sağlık hizmetidir. Doğankent sağlık ocağında laboratuvar yapılan örnek analiz sayısının poliklinik sayısına oranı 2000 yılı için % 4,3 ,2001 yılı için % 3,5 olarak tespit edildi.

Kuruyucu sağlık hizmetlerinin daha etkin hale gelmesi için bu oranın yükseltilmesi zorunludur. Birinci basamakta laboratuvar hizmetleri yaygınlaştırılmalı ve uygun şekilde kullanılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Birinci basamakta laboratuvar hizmetleri

GİRİŞ ve AMAÇ:

Günümüzde laboratuvarın yararlanılmadan iyi bir sağlık hizmeti sunmak imkansızdır. Sağlık hizmetinin sunulduğu her yerde, boyutları ne olursa olsun bir laboratuvar hizmetinin de bulunması zorunludur. Laboratuvarın yalnızca tedavi adeli hizmetlerde kullanıldığı kanısı yanlıştır. Pek çok kuruyucu hizmette de laboratuvarın yararlanması zorunluluğu vardır.

Ülkemizde sağlık ocaklarının bulunmadığı ya da çok sınırlı olduğu kanısı da yanlıştır. Sağlık ocaklarında, bugünkü şartlarda bir evde ve ayakta iyileştirici hizmetleri oldukça yeterli bir düzeyde yürütülebilmeye yarıyacak temel incelemeleri yapabilecek laboratuvar olanakları vardır. Ancak, bu olanakların istenilen ölçüde kullanılmadığı bir gerçektir. Her şeyden önce ocak hekimi laboratuvar hizmetinin gereğine inanmak ve bu olanaklardan yararlanmanın birinci basamakta bulunmadığıdır. Hekimin bir görevi de kimi yerde ocakta, kimi zaman ocak deposunda, ambajajı açılmadan ve kullanılmadan duran malzemeyi kullanır duruma getirmek olmalıdır. Ocak laboratuvarının düzgün bir biçimde işler duruma getirilmesi bile tek başına önemli bir hizmet olacaktır.

Birinci basamakta yapılan kan, idrar ve gaita tahlilleri kuruyucu hekimlikte erken tanı konulmasında önemli rol oynamaktadır. Sağlık kişilerin muayene ederek ve laboratuvar muayeneleri için numune olarak, sağlam ve hasta olması ihtimali olan kişiler ayrılabilir.

Bu çalışmada, laboratuvar kullanma hızı, laboratuvar yapılan tetkikler yaş, cins ve mevsimlere göre değişimlerini incelemek amaçlanmıştır.^(1,2,3)

GEREÇ VE YÖNTEM:

Araştırma 'kesitsel tanımlayıcı' tiptedir. Sağlık Eğitim Araştırma Bölgesi Doğankent Sağlık Ocağı laboratuvar kayıt defterleri kullanılarak incelenmiştir. 1.1.2000- 31.12.2001 tarihleri arasında Doğankent Sağlık Ocağı laboratuvarında yapılan tetkikleri kimlerden ve hangi örneklerden yapıldığı tespit edildi.

BULGULAR:

01.01.2000-31.12.2000 tarihleri arasında 1797 kişide toplam 1999 adet, 01.01.2001-31.12.2001 tarihleri arasında ise 1807 kişide toplam 1982 adet analiz yapılmıştır. Örnek analiz sayısının poliklinik sayısına oranı 2000 yılı için % 4,4, 2001 yılı için % 3,5 olarak tespit edilmiştir. 2000 yılında 383 adet kan, 803 adet idrar, 813 adet gaita ve 2001 yılında 415 adet kan, 701 adet idrar, 866 adet gaita olmak üzere iki yılın toplamı 3604 kişide 3981 örneki laboratuvar analiz edilmiştir.

Bu örneklerin alındığı kişilerin yaş ve cinslerine göre dağılımı Grafik 1'de gösterilmiştir. Örnek alınan kişilerin yaş gruplarına ve cinslere dağılımının incelenmesinde 0 yaş grubunda 63 erkek 54 kadın, 1-4 yaş grubunda 165 erkek 133 kadın, 5-14 yaş grubunda 135 erkek 128 kadın, 15-44 yaş grubunda 245 erkek 707 kadın, 45-64 yaş grubunda 58 erkek 87 kadın, 65 yaş ve üstü grubunda 19 erkek 13 kadın tespit edildi.

Örneklerin alındığı kişilerin cins ve yaş gruplarına dağılımında 15-44 yaş grubu kadınların sayılarının diğerlerine göre anlamlı olarak ($p < 0.005$) fazla olduğu izlenmektedir.

Örneklerin alındığı kişilerin cinslerine göre dağılımı incelendiğinde kadınlardan alınan örneklerin sayısal olarak erkeklere oranla daha fazla olduğu gözlenmiştir. Ocak ayında erkeklerden alınan örnek sayısı 2000 yılında 39, 2001 yılında 44 iken, kadınlardan alınan örnek sayısı aynı ayda yıllar sırasıyla 83 ve 81 idi. Mayıs ayında erkeklerden 54 (2000 yılı) ve 56 (2001 yılı) iken, kadınlardan 103 ve 168 örnek alındığı tespit edildi (Grafik 2).

Alınan numunelerin aylara göre dağılımında yaz ve sonbahar aylarında gaita numunelerinin artış gösterdiği gözlenmektedir. Gaita numune sayıları kış aylarında 30-40'larda iken yaz ve sonbahar aylarında 70 ila 100'lere çıktığı gözlemlendi (Grafik 3).

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ
TARTIŞMA VE SONUÇ:

Sağlık ocağında, tüm hizmetlerin olduğu gibi laboratuvar hizmetlerinin de birinci derecede sorumlusu hekimdir. Kural olarak laboratuvar incelemelerinin de hekim tarafından yapılması gerekir. Ancak uygulama da ve özellikle poliklinik sayısının oldukça kabarı olan sağlık ocaklarında çoğu kez hekim, laboratuvar incelemeleri için yeterli zaman ayıramamakta ve bu hizmetleri gerektiği gibi yapamamaktadır. Bu nedenle yeterli insan gücü bulunan ocaklarda bir sağlık personelinin laboratuvar işleri ile görevlendirilmesi düşünülebilir⁽¹⁾.

Laboratuvar hizmetlerinden yararlanmanın koruyucu hekimlik hizmetleri için daha fazla kullanılması gerekmektedir. Doğan kent sağlık ocağında yapılan çalışmada poliklinik sayısına göre tetkik oranı % 3,5 ve % 4,4 olarak bulunmuştur. Bu oranın yükseltilmesi gerektiği inancındayız. Bu oranı artırmanın bir yolu da erken tanı amaçlı laboratuvar hizmetlerinin kullanılmasıdır.

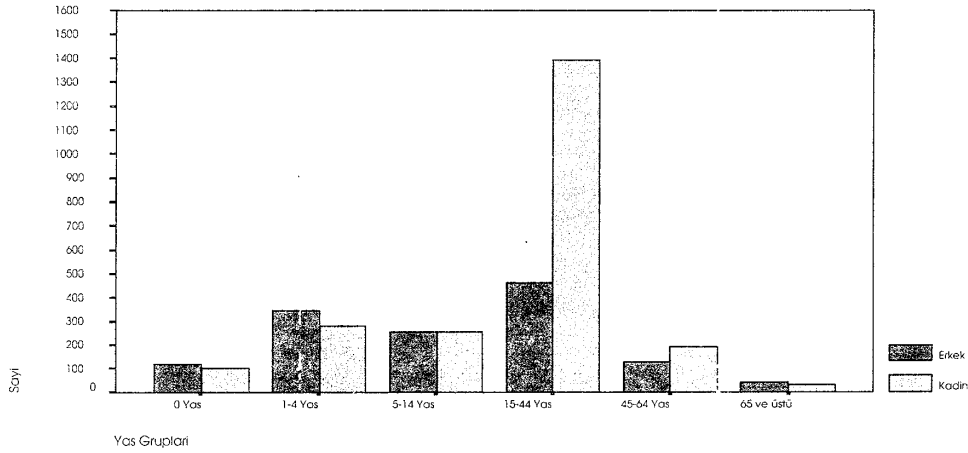
Laboratuvar da yapılan analizler için alınan örneklerin çoğunluğu 15-44 yaş grubu kadınlara aittir. Bunun nedeni bu grubun özellikle genitoüriner enfeksiyon için risk grubu olmasıdır. Zira bölgede yapılan çalışmalar 15-64 yaş grubunda idrar yolu enfeksiyon hastalığının en sık görülen ilk beş hastalık arasında olduğunu göstermektedir. idrar yolu enfeksiyonu kesin tanısını koymak için sıklıkla laboratuvar hizmetlerine başvurulduğu kesindir^(4,5).

Bölgede, özellikle yaz aylarında, göçer tarım işçilerinin gelmesi, dış göç olması, sosyo-ekonomik seviyesinin düşük olması nedeniyle, suyla bulaşabilen hastalıkların ve paraziter hastalıkları oldukça sık görülmektedir. Buna paralel olarak da gaita tetkiklerinin yaz ve sonbahar aylarında artış göstermesi olağan gözükmektedir⁽⁴⁾.

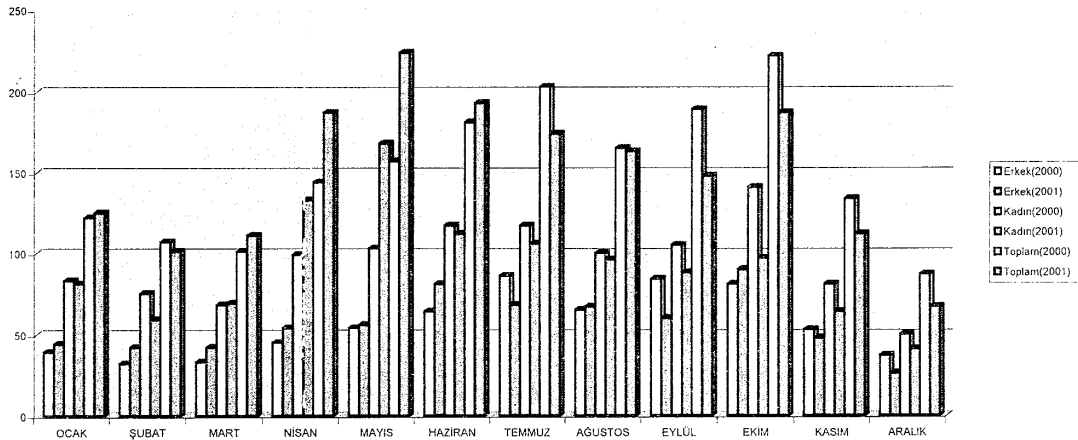
Sonuç olarak: bölgede laboratuvar hizmetlerine genellikle tedavi edici hizmetlerin desteklenmesi için başvurulduğu kanısı güçlenmektedir. Bunun yanında koruyucu hekimlik hizmetlerini güçlendirmek ve etkili kılmak içinde laboratuvar hizmetlerini güçlendirmeli, daha sık ve etkin kullanılması yönünde çalışmalar yapılması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

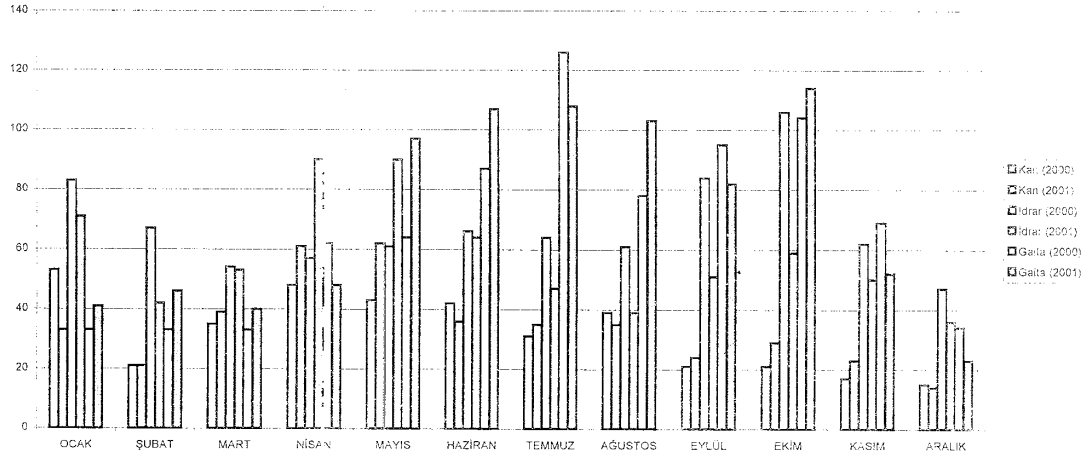
1. Eren N, Özbek Z: Sağlık ocağı yönetimi. Ankara Yargıcıoğlu matbaası, 1985
2. Fişek N H: Halk sağlığına giriş. Ankara Çağ Matbaası, 1983.
3. Dirican R: Prof. Dr Nusret Fişek'in kitaplaşmamış yazıları I Sağlık Yönetimi, Türk Tabipler Birliği, Ankara, 1997.
4. Apan E: Doğan kent S.E.A. Karataş Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 15-49 Yaşındaki Evli Kadınlarda Genitoüriner Enfeksiyon sıklığı. Adana: 1995.
5. Akbaba M, Şaşmaz C T, Öner S: Doğan kent S.E.A. Bölgesi 2000 Yılı Çalışma Raporu. Adana 2001



Grafik 1: Örnek alınan kişilerin cins ve yaş gruplarına dağılımı.



Grafik 2: Örnek alınan kişilerin cinslerine göre dağılımı.



Grafik 3: Alınan Örneklerin çeşidine göre aylara dağılımı.

MAL VE HİZMET DOLAŞIMINDAKİ SERBESTLİĞİN SAĞLIK HİZMETLERİNE ETKİSİ

Doç.Dr.Nesrin CİLİNGİROĞLU ()*

(*) Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara

ÖZET

Hükümetler, ulusal kalkınma politikalarının ana hatlarını belirlerken, sağlık sektörünün katılımı ile, artan ticaret sayesinde kazanılan ek kaynakların sağlığa aktarılmasını ve bunların en maliyet etkili alanlarda kullanılmasını gözetmek durumundadırlar. Şimdiye dek görece olarak daha az önem verilen bir alanın, yani ticaret politikaları ile sağlığın gelişimi arasındaki ilişkinin artık göz önüne alınması sonucunda mevcut politika tartışmalarına sağlıkla ilgili konuların katılması yönünde fırsatlar doğmuştur. Bu nedenle, sağlıkta daha fazla hakkaniyet ve sağlık konumunda gelişme kaydedilmesi için yapılması gerekli eylemlerin neler olduğuna bir an önce karar verilmesi gerekmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Serbest ticaret, sağlık hizmetleri, teletıp

GİRİŞ

Küreselleşme toplum sağlığında yeni bir çağ açmıştır. Küreselleşme her ne kadar teknoloji ve bilginin paylaşılması için kapıları açtırmış, sağlık sorunlarının çözümünde ülkeler arası engelleri ortadan kaldırmışsa da bir anlamda Pandora'nın kutusu da açılmıştır. Bunun sonucunda da sağlık üzerinde olumlu etkilerin yanı sıra olumsuz etkiler de yaratılmıştır.

Küreselleşme ve sağlık arasındaki ilişki üç grupta incelenir (1): İlkinde, ekonomik bağımsızlık nedeniyle artan alım gücü ve gelişen teknolojiye bağlı olarak hastalıkların hızla yayılması yer alır. Zira koşulları uygun olan bireylerin uluslararası yoculukları ile (enfeksiyonlar-HIV/AIDS, kolera, tüberküloz, sıtma vb.), ülkeler arası gıda nakliyesi, işlenmesi ve satışı ile (gıda ve yem kaynaklı hastalıkların-deli dana, su ürünleri aracılığı ile geçen hastalıklar, çevre kirliliği yaratan kimyasallardan kaynaklanan hastalıklar, kolera, sıtma ve paraziter hastalıklar vb.) hastalıkların yayılması artmıştır. Ancak karşılıklı yapılan ticaret anlaşmaları ile sağlanan serbestiler ya da Avrupa Topluluğu ülkeleri arasında üretim araçlarının yani emek, sermaye ile mal ve hizmet akışının serbest olması ülkelerin kendi nüfuslarını diğer ülkelerden koruyucu önlemler almasını zorlaştırmaktadır. İkincisi, küresel pazarın gelişmesi ile ekonomik rekabet artmıştır. Bunun yanı sıra, hükümetler üzerindeki sağlık da dahil olmak üzere çeşitli harcamaları kısma baskısı ile başa çıkmaya çalışırken birdenbire ortaya çıkan sağlık sorunları karşısında çaresiz durumda kalmışlardır. Üçüncüsü ise, tıbbi gelişmelerin dünya üzerinde hemen yayılması ve sağlığın iyileştirilmesine katkıda bulunmasıdır. Bunun en tipik örneği de 1977'de çiçek hastalığının eradikasyonudur. Ancak sağlıkta kaydedilen olumlu gelişmeler sonucunda insanlar daha uzun süre yaşamakta, bazı ülkelerde ise dengesiz nüfus artışı olmaktadır. Oysa, nüfus artışı dengesiz olan kalabalık ülkelerde sanitasyon ve sağlık altyapısı yetersizdir. Ayrıca, ilaçların, özellikle antibiyotiklerin ölçsüz, bilinçsiz ve yanlış kullanımı da bazı hastalıklarda ilaç direnci yaratmıştır (örneğin tüberküloz).

Hükümetler, ulusal kalkınma politikalarının ana hatlarını belirlerken, sağlık sektörünün katılımı ile, artan ticaret sayesinde kazanılan ek kaynakların sağlığa aktarılmasını ve bunların maliyet etkili alanlarda kullanılmasını sağlamak durumundadırlar. Şimdiye dek görece olarak daha az önem verilen bir alanın, yani ticaret politikaları ile sağlığın gelişimi arasındaki ilişkinin artık göz önüne alınması sonucunda mevcut politika tartışmalarına sağlıkla ilgili konuların katılması yönünde fırsatlar doğmuştur. Bu nedenle, sağlıkta daha fazla hakkaniyet ve sağlık konumunda gelişme kaydedilmesi için yapılması gerekli eylemlerin neler olduğuna bir an önce karar verilmesi gerekmektedir.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

HİZMETLERDE TİCARETİN SERBESTLEŞMESİNE YÖNELİK ULUSLARARASI ANLAŞMALAR VE SAĞLIK SEKTÖRÜ

İkinci Dünya Savaşı sonrası oluşturulan ve uluslararası ilişkilerin yanı sıra, ticareti düzenleyen çok sayıda kuruluş vardır. Bunlardan biri de 1947 yılında kurulan GATT'tır (General Agreement on Tariffs and Trade). Karşılıklı ticari ilişkiler görüşmelerinin yapıldığı Uruguay Toplantısı (Uruguay Round) 1994'te sonuçlandırıldığında, uluslararası ticareti artırmak için GATT'ın yerini alabilecek Dünya Ticaret Örgütü'nün (WTO) kuruluşu (1995) da karara bağlanmıştır. WTO, hükümetlerin iç-ulusal ticaret ile ilgili yasa ve tedbirleri nasıl oluşturabileceklerinin çerçevesinin çizilmesinde ve uygulamalarında temel-zorunlulukları belirleyen kuruluş olarak işlev görmektedir. Aynı zamanda ülkeler arası ticari ilişkilerin görüşüldüğü bir platformdur (2).

Ticarete konu olan mal ve hizmetlerin dolaşımının artmasını sağlayan anlaşmaların bazıları kaçınılmaz olarak sağlık sektörünü de etkilemektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), toplum sağlığı çalışmaları kapsamında da bu tür bağlantıların potansiyel etkilerini incelemek ve artan ticaret hacmi ortamında sağlığın korunması ve geliştirilmesi için de çaba göstermektedir. Gümrük tarifelerinin indirilmesi sonucunda mamul madde üretmeyen gelişmekte olan ülkelerde mal ve hizmet ihracatının, özellikle doğal kaynak ihracatının artması beklenmektedir. Ticarete serbestleşme sonucu artan ulusal gelir, toplum sağlığı standartlarının, özellikle sağlıklı yaşam ve iş koşullarının iyileştirilmesi ile ilgili alanlarda finans yaratabilecektir.

Gerek gelişmekte olan ülkelerde, gerekse sanayileşmiş ülkelerde hizmet alım satımı ulusal gelirden giderek artan paya sahip olan bir faaliyet haline gelmiştir. WTO'nun şemsiyesi altında ortak kurallara göre bu ticareti düzenleyebilmek için- özellikle arz kaynakları arasında ayrımcılık yapmamak ve en göзде ülke lehine koşulları değiştirmemek için- son Uruguay toplantısında ileri sürülen hizmet ticaretinin serbestleşmesi (trade liberalization) konusunda karşılıklı görüşmeler başlatılmıştır (2). Bunun sonucunda da Hizmetlerin Ticareti Hakkındaki Genel Anlaşma (General Agreement on Trade in Services- GATS) oluşturulmuştur. GATS ülkelere, yabancı sunuculara açma konusunda fikir birliğine varılan hizmet sektörünün seçilebilmesi ve konulmak istenen sınırları belirleme yetkisi veren bir taahhüddür.

GATS'ın yanı sıra, Ticarete Teknik Engeller Anlaşması (Agreement on Technical Barriers to Trade) ticarete konu olan mallara uluslararası kabul görmüş standartların uygulanmasını teşvik etmenin yanı sıra, WHO'nun farmasötik, biyolojik ve gıda ürünleri için ortaya koyduğu kalite standartlarını kapsayacak şekilde düzenlenmiştir. Bundan başka, Genel Sanitasyon ve Bitki Kaynaklı Ürünlerin Sanitasyonu Ölçütlerinin Uygulanmasına Dair Anlaşma (Agreement on the Application of Sanitary and Phytosanitary Measures) insan, hayvan ve bitki yaşamı ve sağlığını korumak için alınan ulusal önlemleri harmonize etmek için oluşturulmuş olup, karma FAO/WHO Codex Alimentarius Commission (Uluslararası Beslenme Kodeksi) tarafından ortaya konan gıda güvenlik standartlarını uygulamasının koşullarını da belirlemektedir. Bu durum, hem sağlığın korunması yolunda hem de ticaretin kolaylaştırılması için katkı sağlamaktadır. GATS'a dayanarak, üyeler isterlerse, ki bir kısım üyeler bunu yapmaktadır, ulusal piyasayı yabancı girişimcilerin hastane ve diğer tıbbi hizmetleri verebilmeleri için açabilmektedir (2).

Sağlık sektöründe GATS kapsamı altında çok az sayıda ülke tahhüde bulunmuştur. WTO üyelerinin % 27'si (sanayileşmiş ve gelişmekte olan ülkeler eşit sayıda olmak üzere) hastane hizmetlerini yabancı girişimcilere açmayı kabul etmişlerdir. Yine üyelerin % 35'i de (yine yaklaşık olarak iki grup arasında eşit sayıda) tıbbi hizmetler ve dış sağlığı hizmetlerini yabancı girişimcilere açmayı kabul etmişlerdir. Çoğunu sanayileşmiş ülkelerin oluşturduğu % 19'luk bir grup da hekim dışı sağlık personelinin sunduğu hizmetleri listelemişlerdir (2). Aradan geçen süre henüz görece olarak kısa olduğu için Anlaşmanın etkisini, özellikle sağlık hizmetleri ticareti üzerine olan etkilerini irdelemek için henüz erkendir. Özellikle ticaret hacmi miktarını saptamak dahi mevcut verilerin tutarlı olmayışı ve dağınık olması nedeni ile çok daha zordur.

Sağlık hizmetleri maliyetlerindeki artış trendi ve sosyal sektörlerdeki kamu harcamalarının azaltılması yönündeki hızlanan eğilim, sağlık sektöründeki beceri ve teknolojinin ihracındaki avantajlar, yabancı müşterilerin sağlık hizmetlerini kullanırken fazla para harcamalarının cazibesi gibi faktörler ülkeleri bu alana daha fazla yönelmeye itmektedir. İlav finansal kaynaklar, özellikle kur gelişiminden kaynaklananlar, ulusal sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine ve altyapının iyileştirilmesine hem yabancıların talebini karşılamak için hem de yeni teknolojiden ülkedeki bireylerin yararlanmaları amacıyla yönlendirilebilir.

HİZMETLER VE SAĞLIK

"Hizmetler" tanımlanması güç alanlardır. Fiziki mallardan kesin olarak farklı tanımlanan hizmetler kategorisi için genellikle "bireyin ihtiyacını gidermekle birlikte elle dokunulamayan, gözle görülemeyen ve transfer edilemeyen iktisadi mallar" tanımlaması yapılır. GATS ticari amaçlara konu olan hizmetleri sunum olanaklarına göre dört gruba ayırmaktadır.

1. Sınır ötesi (cross a border)
 2. Dışarıda tüketimi yapılarak (through consumption abroad)
 3. Ticari kuruluşlar aracılığı ile (through commercial presence)
 4. Hizmet sunanlar aracılığı ile (through people who are service suppliers).
- Sağlık sektörüne uyarladığımızda yukarıdaki bu dört türün örneklerini şöyle sıralayabiliriz (3, 4):
1. Tele-tıp (telemedicine),
 2. Tüketicilerin (hasta ve öğrenci) yurt dışına gidişi,
 3. Yabancı sağlık hizmeti sunucularının bir ülkedeki kuruluşları,
 4. Sağlık hizmeti sunanların kendi ülkelerinin dışında çalışmaları.

1. Sınır Ötesi Ticaret: Tele-Tıp: Bilgi teknolojisi ve telekomünikasyondaki hızlı büyüme ve gelişme diğer alanları olduğu gibi sağlık hizmetlerini de etkileyerek bilgiye sınır ötesi ulaşımın çok kısa sürede gerçekleşmesine olanak tanımıştır. Bu tür ticaretin temel örneği "Tele-tıp"tır. Yani interaktif görsel, işitsel ya da veri iletimi sağlanarak bilgilerin sınır ötesine ulaşması. Bu gelişme bir noktaya kadar hasta ile hizmeti sunan arasındaki doğrudan temasın ya da hizmeti sunanlar arasındaki konsültasyonun belirli bir noktaya kadar ikame edilmesidir. Aynı zamanda, hastaların konunun üst düzey uzmanına danışması, tıp öğrencilerinin en güncel ders bilgisine yolculuk için harcama yapmadan ulaşması, kuruluşların radyolojik görüntüleri yada aracılığıyla uzmanlık merkezlerine hızlı yorum almak üzere yollamaları da tele-tıp kapsamındadır. Tele-tıpta belirli rotalar vardır (5).

Klinik olmayan amaçlar için de bilgisayara dayalı bilgi ve iletişim sistemleri ile laboratuvar testi, tanı ve tedavi yada hastalık sürveyansı için yeni ufuklar açılmaktadır. Tahmin edileceği gibi, tele tıp ve bilgi teknolojisi zengin ülkelerde bulunmakta, ihtiyacı ise fakir ülkeler hissetmektedir. Oysa az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde tele-tıp iletişimini sağlayan teknik destek, kaynak kıtlığı nedeniyle sınırlı olarak uluslararası işbirliği çerçevesinde, ticari olmayan kuruluşlar ve bazı büyük kuruluşlarca verilmektedir.

2. Tüketicilerin Yer Değiştirilmesi: Bu başlık altında hastaların ve öğrencilerin sağlık sektörünü kullanmaları nedeni ile (hizmeti kullanma, eğitim olanaklarını kullanma vb.) tüketici konumuna geçtikleri için ülkeler arası yaptıkları hareketlerin gerekçeleri ve etkileri incelenecektir (5, 7).

2.1. Hastaların Yer Değiştirilmesi: Hastaların ülke dışında sağlık bakımı almak üzere gidişlerinin etkisinin incelenmesidir. Yurt dışına sağlık amaçlı gidişin nedenleri ve gidilen ülkeler çeşitlidir:

2.1.1. Gelişmiş ülkelere gidiş: Zengin hastaların daha nitelikli hizmet, hizmeti beklemeden alma, daha iyi bakım, özel tedavi gerektiren sağlık sorunlarına çözüm bulmak için gelişmiş ülkelere, özellikle Amerika Birleşik Devletleri'ne –Türkiye'den de olduğu gibi- gitmeleri söz konusudur.

2.1.2. Gelişmekte olan ülkelere gidiş: Bu durumda da aynı nitelikte ancak daha ucuz sağlık hizmeti sunan ülkelere doğru bir hasta akışı söz konusudur. Bunun nedeleri de çeşitlidir: tıbbi hizmet alımı; ağız-dış sağlığı hizmetlerinden yararlanma; paramedikal hizmet alımı; nekahat dönemini geçirme; doğal kaynaklardan yararlanma (kaplıca, ılıca vb.); sağlık personeli ile daha insani ilişki kurabileceğini düşünme; sağlık sigortasının kapsamadığı bazı hizmetleri farklı ortamlarda almak isteme (örneğin kozmetik amaçlı cerrahi); ülkede sunulmayan temel sağlık hizmetini ya da hastane hizmetini alma; düşük nitelikli hizmet sunan az gelişmiş ülkelere daha nitelikli hizmet sunan ülkelere gitme vb. Gelişmekte olan ülkeler yabancı hastaları kur farkından dolayı cazip oldukları için çekebilmektedirler. Böylelikle hasta turizmi sayesinde döviz kazanabilmekte, sağlık personeline ve diğer kişilere istihdam olanağı sağlamakta, bunların sonucunda da yine sağlık hizmetleri için yarar sağlayarak hizmeti daha iyiye götürebilmektedirler. Sağlık hizmetlerine daha fazla yatırım yapılması ve kalitenin artışı ile birlikte bu ülkeler kabul edilir ya da daha ucuzdur. Burada en önemli nokta eğitim sonrası verilen belgelerin (diploma, sertifika vb.) öğrencinin ülkesinde tanınması gereklidir. Aksi halde öğrencinin tamamlama programına girmesi istenebilir. Türkiye'de de yurt dışında tıp eğitimi alanlar için mezuniyet öncesi ve ihtisas konumuna ve eğitimin aldığı ülkeye göre sınav, komisyona girme vb. uygulamalar söz konusudur. Gelişmekte olan ülkeler için risk, eğitime giden kişinin geri dönmemesi, dolayısıyla nitelikli işgücü kaybetmektir (6). Eğitimi veren ülkeler için de risk söz konusu olabilmektedir. Geri dönmek istemeyen öğrenciler piyasada istihdam olanaklarını etkilemekte, yerli nüfusun çalışmaya fırsatını sınırlamaktadır. Ayrıca yabancı öğrenciler daha yüksek harc ödedikleri için okulların kontenjanlarını yerli öğrenciler aleyhine kullanabilmektedir. Bu durum karşısında ülkeler bazı önlemler almaktadır. Uygulamada gelişmekte olan ülkeler yollayacakları öğrenciler için en ucuz ve en yakın ülkeyi seçmekte, yurt dışına gidişi önlemek için yeni eğitim kurumları ve alanları oluşturmaktadır. Burs veren kuruluşlar da kısıtlama koymaktadırlar. Örneğin Dünya Sağlık Örgütü bölge ofisleri kendi bölgeleri içindeki ülkeler için burs vermektedir. Bilgi akışının teknolojik olanaklar ve küreselleşme sonucu var olması ve hızlanması da yurt dışına gitmede caydırıcı olabilmektedir. Ayrıca eğitim veren ülkeler de (ABD, Kanada) öğrenci ve yabancıların istihdamı politikalarını gözden geçirmektedirler.

2.2. Öğrencilerin Yer Değiştirilmesi: Sağlık alanında mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimi için öğrenciler gelişmekte olan ülkelere gelişmiş ülkelere gider, ya da sanayileşmiş veya gelişmekte olan ülkeler kendi aralarında öğrencileri gönderirler. Bu yer değiştirmeler farklı amaçlar taşıyabilir; ders programları farklıdır, daha niteliklidir; ülkede bazı konular hiç sunulmamaktadır; ülkede öğrenci kontenjanı sınırlıdır; burs kazanılmıştır; yurt dışı eğitim iş aranırken olumlu bir durum olarak kabul edilir ya da daha ucuzdur. Burada en önemli nokta eğitim sonrası verilen belgelerin (diploma, sertifika vb.) öğrencinin ülkesinde tanınması gereklidir. Aksi halde öğrencinin tamamlama programına girmesi istenebilir. Türkiye'de de yurt dışında tıp eğitimi alanlar için mezuniyet öncesi ve ihtisas konumuna ve eğitimin aldığı ülkeye göre sınav, komisyona girme vb. uygulamalar söz konusudur. Gelişmekte olan ülkeler için risk, eğitime giden kişinin geri dönmemesi, dolayısıyla nitelikli işgücü kaybetmektir (6). Eğitimi veren ülkeler için de risk söz konusu olabilmektedir. Geri dönmek istemeyen öğrenciler piyasada istihdam olanaklarını etkilemekte, yerli nüfusun çalışmaya fırsatını sınırlamaktadır. Ayrıca yabancı öğrenciler daha yüksek harc ödedikleri için okulların kontenjanlarını yerli öğrenciler aleyhine kullanabilmektedir. Bu durum karşısında ülkeler bazı önlemler almaktadır. Uygulamada gelişmekte olan ülkeler yollayacakları öğrenciler için en ucuz ve en yakın ülkeyi seçmekte, yurt dışına gidişi önlemek için yeni eğitim kurumları ve alanları oluşturmaktadır. Burs veren kuruluşlar da kısıtlama koymaktadırlar. Örneğin Dünya Sağlık Örgütü bölge ofisleri kendi bölgeleri içindeki ülkeler için burs vermektedir. Bilgi akışının teknolojik olanaklar ve küreselleşme sonucu var olması ve hızlanması da yurt dışına gitmede caydırıcı olabilmektedir. Ayrıca eğitim veren ülkeler de (ABD, Kanada) öğrenci ve yabancıların istihdamı politikalarını gözden geçirmektedirler.

3. Yabancı Kuruluşlar: Hükümetlerin ülke sağlık sektörünü yabancı hizmet sunanlara ne ölçüde açacakları politik bir seçimdir ve ulusal bazdaki özel sektör uygulamaları hakkındaki deneyimlerine ve daha da önemlisi bu sektörü yönlendirici anlaşmalar konusundaki öncelikli deneyimlerine bağlıdır. Gerçekte sağlık sektöründe yabancılara yönelik kısıtlamalar hemen her ülkede vardır. Son zamanlarda bazı ülkeler kamunun üzerindeki baskıyı azaltmak, maliyetleri düşürmek, hizmetleri iyileştirmek için piyasayı yabancı yatırımcılara açmaktadırlar. Yatırımlar ise, hastanelere, yöneticiliğe ya da sağlık sigortacılığına yönelmektedir. Ancak şu da gerçektir ki, nüfusun çoğunluğunu satın alma gücü düşük bireylerin oluşturduğu gelişmekte olan ülkelere yabancı sermaye de sağlık alanında yatırım yapmaya çok istekli değildir. En sık görülen durum, yabancıların yerel eğitim kurumları oluşturdukları ortaklıklardır (joint ventures). Yabancı yatırımcının nitelikli yerel sağlık personeline erişimi, ödeme gücü olan hasta akışına sahip olması ve yerel özelliklerin daha iyi anlaşılması bu ortaklıklar sayesinde olmaktadır. Ya da yabancı firmalar "yönetilen bakım-managed care" hizmeti sunmakta, yani hizmet sunumu ve finansmanını hekim ve hastanelerle anlaşma yaparak ve işlemleri sigorta kuruluşları ile ilişkilendirerek entegre etmektedirler.

4. Hizmet Sunan Kişilerin Yer Değiştirilmesi: Gelişmiş ülkelerdeki daha iyi yaşam koşulları, daha yüksek ücret, daha çok iş olanağı diğer tür işgücünde olduğu gibi, nitelikli sağlık personelinin çekilmesine sebep olmaktadır. Bu işgücünün başka ülkelere göç etmesi yıllardır gelişmekte olan ülkelere sorun olmuştur. Göç eden hekimlerin %56'sının ve bundan daha yüksek bir oranda hemşirelerin gelişmekte olan ülkelere geldiği saptanmıştır (8). Örneğin Etiyopya'da 1984-1994 arasında mezun olan patoloğların %65,6'sı ülkeyi terk etmişlerdir. ABD ve Kanada'ya göç eden Jamaika'lı sağlık personeli ülkede darboğaza neden olmaktadır. Göçler yalnızca gelişmiş ülkelere olmamaktadır. Örneğin Hintli hekimler Körfez ülkelerine ya da Orta-Doğu ülkelerine kısa dönemli kontratlarla da olsa göç etmektedirler. Gana'da 1985'te mezun olan 65 hekimden 1997'ye kadar yalnızca 22'si ülkede kalmıştır. Bundan kaynaklanan hekim kıtlığına hükümet Küba ve diğer ülkelerden hekim ithal ederek gidermeye çalışmıştır (5, 6, 7).

Sağlık hizmetlerinde rekabet ortamının yaratılması maliyet yapısı, sağlık altyapı ve donanımın kalitesi, nitelikli insan kaynağının varlığı (doğal çevre ile birlikte) ve kültürel yakınlık ya da coğrafi yakınlık gibi bazı koşullara bağlıdır.

GELİŞMEKTE OLAN ÜLKELER İÇİN ÖNERİLER

Gelişmekte olan ülkeler, sağlık hizmetlerinde emek ücretinin göreceli olarak düşük olması, nitelikli insan gücü varlığı nedeniyle ya da özel tedavi yöntemleri sunarak kendi lehinde durum yaratabilme fırsatını yakalayabilirler. Günümüzde ulusal ya da uluslararası çalışmaların sonucunda gelinen nokta, her sağlık sisteminin temel amaçları arasında diğer ülkelerle bazı ortak amaçlar olduğudur. Bunlar:

- Sağlık bakımına ulaşmada eşitlik ve hakkaniyet (aynı ihtiyaçlar için hizmetin eşit kullanımını yanı sıra dikey eşitlik kapsamında da hizmeti kullananların kendi ekonomik kapasitelerine göre hizmet bedeline katkıda bulunması).
- Bakımın kalitesi (sağlık bakımı sisteminin standardizasyonu).
- Kaynakların verimli kullanımı (kaynak dağılımında öylesine olmalı ki, belirli bir çıktı ya da minimum maliyette üretilmeli, ya da belirli bir maliyetle maksimum çıktı elde edilebilmeli).

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Sağlık hizmetlerinin ticarete konu olması döviz kazancı açısından ilgi çeken bir alandır. Sağlık gibi sosyal bir sektörde hükümetler ticari anlayışı sosyal önceliklerle uzlaştırabilmek için sağduyulu seçimler yapmak zorundadır. Özellikle gelişmekte olan ülkeleri piyasadaki saptmalar daha fazla etkiler (7, 8). Bu nedenle toplum sağlığı amaçlarına uyumlu olarak saptanan ticaret politikalarının varlığı önemlidir. Politikalar farklı seçenekleri ulusal önceliklerle birlikte kıyaslanmalıdır.

Doğal olarak çalışmada belirtilen sağlık politikası amaçları dışında da başka unsurlar vardır. Ticaretin sağlık hizmetlerinin performansı üzerine etkisini ölçen bulgular sınırlı olmakla beraber, bu etkenlerin ülkenin sosyal ve ekonomik kalkınma düzeyine bağlı olduğunu söylemek mümkündür. Bu etkiler gerekli düzenlemeleri belirleyebilmek için sağlık reformu kapsamında düşünülmelidir. İncelemeler özellikle düşüncelerini açıklama olanağı pek olmayan en fakir nüfus gruplarını kapsamalıdır. Sağlıkta ticaretin diğer ekonomik sektörler üstünde, örneğin; eğitim, turizm, ulaşım, alt yapı sektörlerinde farklı yansımaları vardır. Makroekonomik açıdan da istihdam ve göç politikaları üzerinde etkisi vardır. Bu ilişkilerin çok iyi incelenmesi ve irdelenmesi gereklidir. Ancak, araştırmalarda kullanılacak kıyaslanabilir, düzenli veri eksikliği analizlerde en büyük engeldir.

Ulusal sağlık sistemleri küreselleşmenin farklı yönleri ile giderek artan oranda ilişki kurmaktadır ki bunlardan birisi de ticarettir. Hükümetler, tüm sağlık sistemine olan maliyete rağmen, sağlık hizmetlerinde yer alacak özel sektör için ulusal ve uluslararası boyutu dikkate alan güçlü ve etkili bir mevzuat geliştirmelidir ve zorlayıcı olmalıdır. Bu ticarete konu olan sağlık hizmetlerinin uluslararası bazda kaliteli ve güvenilir olmasını sağlar. Böylece anlamlı uluslararası yasal ve normatif çatı hem kendi amaçlarına hizmet eder, hem de ulusal kuralları tamamlar.

YARARLANILAN KAYNAKLAR

1. An International Roundtable on Globalization and Health, organized by SID, the World Health Organization (WHO) and the Rockefeller Foundation. 12-14 July 1999
2. Kinnon C. WTO: what's in it for WHO?. Geneva, WHO Task Force on Health Economics, 1995. Unpublished document WHO/TFHE/95.5
3. Diaz D, Hurtado M, International trade in health services: Main issues and opportunities for the countries of Latin America and the Caribbean. Washington, Pan American Health Organization, 1994 (Technical Reports Series No. 33)
4. Gupta I, Goldar B, Mitra A, Trade in health services: a case study of India. Delhi, Institute of Economic Growth, 1997.
5. Health informatics and telemedicine. Geneva, World Health Organization, 1997. Unpublished document EB99/INF.DOC./9
6. Mejia A, Pizurki H, Royston E, Physician and nurse migration: analysis and policy implications. Geneva, World Health Organization, 1979
7. Kinnon C. Measuring Trade Liberalization Against Public Health objectives: The Case of Health Services. WHO Task Force on Health Economics, 1997. WHO/TFHE/TBN/97.2.
8. UNCTAD, International trade in health services: difficulties and opportunities for developing countries. Geneva, United Nations, 1997. Unpublished document TD/B/COM.1/EM.1/2

SOSYAL SİGORTALAR KURUMU ANKARA EĞİTİM HASTANESİ'NDE ÇALIŞANLARIN İŞ DOYUMUNU ETKİLEYEN ETMENLER*

Dr. Bülent PİYAL** Dr. Birgül PİYAL, *** Ümit ÇELEN****

*Kriz Dergisi 2002 Yılı 1. Sayısında daha geniş bir metinle makalesi yayın aşamasındadır.

** MD, Ph D, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı

*** MD, Ph D, AÜ Sağlık Eğitimi Fakültesi, Sağlık Eğitimi Bölümü

**** Araştırma Görevlisi, AÜ Sağlık Eğitimi Fakültesi, Sağlık Eğitimi Bölümü

ÖZET

Sosyal Sigortalar Kurumu Ankara Eğitim Hastanesi çalışanlarını temsil eden bir örneklem grubunda yürütülen kesitsel araştırmada, sağlık çalışanlarının genel iş doyumunu düzeyi, genel iş doyumunu etkileyen etmenler ve bunlarla etkileşen sosyodemografik özellikler incelenmiştir. Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve yönetsel sorumluluk temelinde oluşturulan gruplar arasında, beklenen aksine istatistiksel anlamda önemli farklılık saptanmamıştır. Ekip çalışması, işin kendisi, kuruma bağlılık ve güven ile bilgilendirme ve iletişim başlıkları altında tanımlanan etmenlerin ortalama puanları en çok, ücret ve ödül sistemi, birimler arası ilişkiler ve örgüt kültürü ise en azdır.

Anahtar Kelimeler: İş Doyumu, Sağlık Çalışanları

GİRİŞ

Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), hizmet akdiyle çalışanlara sosyal güvenlik hizmeti üretmek üzere 1946'da kurulmuştur. SSK, bugün ülke nüfusunun yarısına hizmet sunan, en büyük sosyal güvenlik ve sağlık kurumudur.

SSK kapsamındaki nüfus, 1988-1998 döneminde 16.5 milyondan 32.7 milyona yükselerek, iki katına ulaşmış, fiili kadro sayısı ise yalnızca % 10 artmıştır.

İş doyumunu konusunda yapılan araştırma sayısının dünyada olduğu gibi, Türkiye'de de hızla artması, sağlık çalışanlarının sorunlarının ağırlaşması ve yaygınlaşmasının bir göstergesi olabilir^{1, 2, 3}

GENEL BİLGİLER

İş doyumunu, "işçinin işi ya da işinin farklı boyutları ile ilgili duygulanımı ya da duygulanımsal yanıtıdır"^{4, 5}; yani, işiyle ilgili tutumdur. Bu tutum, deneyimlerle gelişir; yani öğrenilir. Kişinin işindeki davranışlarını belirleyen de, işi ile ilgili tutumdur.

Bir başka tanıma göre de iş doyumunu, işini gerçekleştiren ya da işini gerçekleştirmesi sayesinde, işçinin gereksinimlerini karşılayabilme düzeyinin bir türevidir^{4,5}.

İş doyumunu ile ilgili farklı kuramlar arasında en çarpıcı olanı Herzberg'in İki Etmenli İş Doyumu Kuramıdır⁵. Bu kurama göre, işle ilgili olumlu tutumu destekleyen etmenler: Başarma, tanınma, işin kendisi, sorumluluk ve ilerlemedir. Bunlar, özünde iş içeriği ile ilişkilidir ve işe içselleşmiştir. Bu etmenlerle ilgili olumlu tutum, iş konusunda da olumlu tutum alındığını gösterdiği için, bu etmenler "güdüleyen" ya da "doyum sağlayan" etmenler olarak tanımlanır. İşle ilgili olumsuz tutumu destekleyen etmenler ise; İşletme politikası ve yönetimi, teknik gözetim, kişiler (işçiler ve işçilerle yönetim) arası ilişkiler ve gözetim ve çalışma koşullarıdır. Bunlar özünde çalışanın iş etkinliğiyle değil, iş çevresi ya da işteki konumuyla ilgilidir ve bu nedenle "hijyen" etmenleri olarak adlandırılır.

Kurama göre, güdüleyen etmenlerin beslenmesi iş doyumunu sağlarken; hijyen etmenlerinin beslenmesi iş doyumsuzluğunun önlenmesine katkıda bulunur; ancak, iş doyumunu sağlamaz. Öyleyse, işte doyumlu olmanın karşısı, işte doyumsuz olmak değil, işte doyumsuz olmamak; işte doyumsuz olmanın karşısı da, işte doyumsuz olmamaktır.

Farklı meslek gruplarının iş doyumları arasında önemli farklılıklar olduğu saptanmış ve bu farklılıkların, mesleğin saygınlığı, iş üzerindeki denetim, çalışma gruplarının bütünleşme düzeyi, mesleki topluluklar olmak üzere dört temel etmeden kaynaklandığı düşünülmüştür⁵.

Bu etmenlerden en önemlisi mesleğin saygınlığıdır. Saygınlık arttıkça, iş doyumunu da artmaktadır. Çalışanın kendi işini ve diğerlerinin işini denetleme yetkisinin; yani örgüt hiyerarşisindeki konumunun güçlenmesi de iş doyumunu artırır. Çalışma gruplarının bütünleşme düzeyi ise, işin çalışanları birlikte çalışmaya yönlendirme düzeyinin bir türevidir. Bütünleşme düzeyi arttıkça, iş doyumunu da artırır. Mesleki topluluklar da, maden işçilerinde olduğu gibi, yalıtılmış bir bölgedeki aynı işyerinde ya da kentsel bir sanayi bölgesinin temel üretim sektöründeki bir işletmede çalışan işçilerin iş dışında oluşturdukları mesleki kökenli topluluklardır. Bu topluluklar işçiler için değerleri belli, özgün ve küçük bir dünya yaratırken, iş doyumunu da etkiler.

İş doyumunun kişilikle ilgili değişkenlerden de etkilenebileceği ileri sürülmüş; ancak bu etkinin varolan duruma olumlu ya da olumsuz tepki göstermekle sınırlı kaldığı anlaşılmıştır⁶.

AMAÇ

Bu çalışma, Sosyal Sigortalar Kurumu Ankara Eğitim Hastanesi (SSK AEH) çalışanlarının iş doyumunu etkileyen etmenleri incelemek, doyumunu azaltan ya da doyumsuzluğa yol açan öğeleri saptamak ve doyumunu artıracak ya da doyumsuzluğu azaltacak öneriler oluşturmak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

SSK AEH Personel Müdürlüğü kayıtlarına göre, Mart 1999'da toplam çalışan sayısı 1.683'tür. Bu evrenden 269 (%16) kişiden oluşan bir örneklem sistematiği; örnekleme yöntemiyle belirlenmiş, Nisan-Haziran 1999 tarihleri arasındaki veri toplama sürecinde, örnekleme oluşturanların %93'üne (n=250) ulaşılmıştır.

Bu kesitsel çalışmada kullanılan ve 10 alt ölçek ve 60 maddeden oluşan İş Doyumu Ölçeği (İDÖ), Almanca'dan Türkçeye Ege Üniversitesi Fen ve Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü'nde uyarlanmıştır. Ölçeğin alfa katsayısı bu çalışmada 0.93 olarak hesaplanmıştır. Formun ikinci bölümü, araştırmacılar tarafından, sosyodemografik özelliklerle ilgili veri toplaması amacıyla geliştirilmiştir. Formların ön uygulaması, bir başka kurumda görevli 30 sağlık çalışanı üzerinde yapılmıştır.

BULGULAR

Araştırma grubunun %39.2'si 30 yaşında ve daha genç; %48.8'i kadın; %62'si ön lisans ve üstü eğitim düzeyinde; %69.2'si evlidir. Mesleki dağılımda, hekimler en büyük (%32.4) meslek grubudur; onları yardımcı hizmetlerde (%20.8), diğer sağlık hizmetlerinde (%16.4), genel idari hizmetlerde (%15.2) çalışanlar ve hemşireler (%13.2) izlemektedir. Katılımcıların %36.4'ü Cerrahi Tıp Bilimleri, %26.8'i de, Dahili Tıp Bilimleriyle ilgili bir birimde çalışmakta; %88'inin yönetsel bir görevi bulunmamakta; %25.2'si günde 10 saat ve daha uzun süre, %32.8'i de, sıklıkla hafta sonu da çalışmaktadır. Grubun %46.8'inin toplam çalışma süresi on yıldan uzundur; %36.8'i de, bu süreyi SSK AEH'nde geçirmiştir. Çalışanların %24.8'inin bu hastanedeki hizmet süresi, 2 yıl ya da daha azdır (Tablo 1).

Tablo 2'de araştırma grubunda İDÖ puanı ortalamalarının bazı değişkenlere göre karşılaştırılması özetlenerek sunulmaktadır.

İDÖ puan ortalamaları mesleklerle, çalışılan birime ve toplam hizmet süresine göre istatistiksel anlamda önemli farklılık göstermektedir (Tablo 2). Bu değişkenlere göre İDÖ puan ortalamaları Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 4'te İDÖ'nin alt ölçekleri ve her alt ölçeğin standardize edilmiş, puan aralığı (en az ve en çok puanlar), tepe değeri (mode), ortancası (median), aritmetik ortalaması (mean) ve standart sapması sunulmuştur. Standardizasyon için, her bölümden alınan puandan o bölümdeki soru sayısı çıkarılmış, elde edilen değer, bölümden alınabilecek en çok puana bölünüp yüzde çarpılmıştır.

Standart puanlara göre, genel iş doyumunu puan ortalaması, ölçekten alınabilecek en çok puanın yarısından azdır. Puan ortalamaları en çok olan alt ölçekler, sırasıyla; ekip çalışması, işin kendisi, kuruma bağlılık ve güven, bilgilendirme ve iletişimdir. Bu alt ölçeklerin puan ortalamaları İDÖ puan ortalamasından yüksektir (p<0.001).

Çalışma çözme ve fiziksel koşullar alt ölçeklerinin puan ortalamaları İDÖ puan ortalamasına yakındır ve aralarında istatistiksel anlamda önemli farklılık bulunmamıştır (p>0.05). Puan ortalaması en az olan alt ölçekler ise, sırasıyla; ücret ve ödül sistemleri, birimler arası ilişkiler, çalışanların gelişmesi ve örgüt kültürüdür. Bu alt ölçeklerin puan ortalamaları, İDÖ puan ortalamasından azdır (p<0.001).

TARTIŞMA

Araştırma sonuçları, dünyada ve Türkiye'de yapılan farklı çalışmaların bulgularıyla uyumlu olarak; meslek, çalışılan birim ve toplam hizmet süresi ile iş doyumunu arasında istatistiksel anlamda önemli ilişki olduğunu göstermiştir^{7, 8, 9, 10, 11, 12}.

İDÖ puan ortalamalarının yardımcı ya da genel hizmetlerde çalışanlarda en yüksek olması ve ortalama puanı belirgin bir biçimde aşması, buna karşılık hekimlerde ve özellikle de hemşirelerde ortalamanın çok altına düşmesi ve en az olması, sağlık hizmeti üretimine doğrudan katkı arttıkça, iş doyumunun azaldığını düşündürmüştür. Diğer personelin puan ortalamalarının bu iki grubun puan ortalamalarından yüksek olması ise, işte doyumlu olduklarını değil, çok doyumsuz olan bu iki gruba göre daha az doyumsuz

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

olduklarını göstermektedir. Bu durum, anılan koşulların en uzağında kalan işlerinin gerekleri ve görevleri iyi tanımlanmış, beklentisi en az meslekler olmalarıyla açıklanabilir.

İş doyumunun mesleklerle göre farklılaşması, çalışan birimlere göre söz konusu olan farklılaşmaya da doğrudan yansımıştır. Yalnızca hizmet birimlerinde çalışanların iş doyumunu puan ortalamaları genel ortalamayı belirgin bir biçimde aşmakta, temel tıp bilimlerinde ve cerrahi tıp bilimlerinde ortalamaların biraz altında, dahili tıp bilimlerinde ise, çok altında kalmaktadır. Hizmet birimlerinde çalışanlar için yukarıdaki açıklamalar yeterlidir. Temel tıp bilimlerinde çalışanlar, olumsuz koşullardan en az etkilenen ve hasta ile bu koşullardan en az karşılaşan grubu oluşturmaktadır. Dahili tıp bilimlerinde çalışanlar ise, karşıt özelliklere sahiptir.

İDÖ puan ortalamalarının toplam hizmet süresine göre dağılımına bakıldığında; yalnızca 11-15 yıldır ve 21 yıl ve daha uzun süredir çalışmakta olanların puanları, ortalama puanı belirgin bir biçimde aşmış, diğer grupların puan ortalamaları ise ortalama puanın belirgin bir biçimde altında kalmıştır. Bu sonuç, çalışanın, hizmet süresi uzadıkça aynı işi, aynı işyerinde sürdürüyor olması nedeniyle, iş doyumunu artıran temel etmenlerden (başarıma, tanınma, daha nitelikli iş, sorumluluk artışı, işte ilerleme) olumlu yönde etkilenmesi, iş doyumsuzluğunu artıracak etmenleri de (işletme politikası, teknik gözetim, kişiler arası ilişkiler, çalışma koşulları) olumsuz yönde etkilenmeyeceği bir biçimde belirleyebileceği ya da en azından olumsuz etkilerinden korunabileceği bir konuma ulaşmasıyla açıklanabilir. Ancak hizmet süresi 16-20 yıl olanların puan ortalaması beklenenin aksine en düşük çıkmış ve nedeni açıklanamamıştır. Bu durum ayrıca irdelenmelidir.

Genel iş doyumunu puan ortalamasının, ölçekten alınabilecek en çok puanın yarısından az olması, alt ölçeklerden de, yalnızca ekip çalışması puan ortalamasının en çok puanın yarısını aşması, bu hastanede çalışanlarda iş doyumunun genel bir sorun olduğunu göstermektedir. Standartlaştırılmış puan ortalamalarına göre, sırasıyla en yüksek ve genel puan ortalamasını aşan puanlara sahip olan ekip çalışması, işin kendisi, kuruma bağlılık ve güven ile bilgilendirme ve iletişim alt ölçeklerinden işin kendisi dışında kalanlar, hijyen etmenleridir ve iş doyumuna katkı yapmamakla birlikte, iş doyumsuzluğunun azaltılmasına; işin kendisi ise, işe içsel bir etmen olduğu için, iş doyumunun artmasına katkı yapmaktadır. Ancak, genel ortalamayı düşük olduğu için, bu alt ölçeklerin iş doyumunu üzerindeki etkilerini olumsuzlamak olanaklı değildir.

Puan ortalamaları İDÖ puan ortalamasına yakın olan çalışma çözme ve fiziksel koşullar alt ölçekleri iş doyumsuzluğu ile ilgilidir. Puan ortalaması en az olan alt ölçek ücret ve ödül sistemidir. Bu etmen hem iş doyumunun azalmasına, hem de iş doyumsuzluğunun artmasına katkı yapmaktadır. İDÖ puan ortalamasından düşük puanlara sahip olan diğer alt ölçeklerden birimler arası ilişkiler ve örgüt kültürü iş doyumsuzluğunu artıran, çalışanların gelişmesi ise iş doyumunu azaltan etmenlerdir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonuçlarına göre, sağlık çalışanlarının genel iş doyumunu puan ortalaması alınabilecek en çok puanın yarısından azdır. Buna göre, sağlık çalışanlarının genel iş doyumunu ve bir bileşeni olan iş doyumunu düşük, diğer bileşeni olan iş doyumsuzluğu ise, yüksektir.

İş doyumunu ölçeceği puan ortalaması en az olanlar sırasıyla hemşireler ve hekimler, en çok olanlar ise, destek hizmeti sunanlardır. Sağlık hizmetinin öznesi olmak ve hizmeti hasta ile birebir ilişki içinde yürütmek, iş doyumunu azaltan önemli bir etmendir.

Bu hastanede, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve yönetsel sorumluluk temelinde oluşturulan gruplar arasında, İDÖ puan ortalamaları açısından, istatistiksel anlamda önemli farklılık saptanmamıştır.

İş doyumuna çalışmaya başladıktan iki yıl sonra azalmaya başlamakta, onuncu yıldan sonra artmaktadır.

Alt ölçeklerin standartlaştırılmış puan ortalamalarına göre, ekip çalışması, işin kendisi, kuruma bağlılık ve güven ile bilgilendirme ve iletişim başlıkları altında tanımlanan etmenlerin ortalama puanları en yüksek olduğuna göre, bu etmenlerle ilgili doyumun artırılması da, en güçtür. Ayrıca, bu etmenlerden işin kendisi dışında kalanlarında iyileştirme sağlansa bile, hijyen etmeni oldukları için ancak iş doyumsuzluğu azaltılabilecektir.

Puan ortalaması en az olan ücret ve ödül sisteminin iyileştirilmesi, hem iş doyumunun artmasına, hem de iş doyumsuzluğunun azalmasına katkı yapacaktır; ancak bu önerinin gerçekleştirilmesi güç olduğu gibi, tersine gelişmeler hızlanarak sürmektedir. İDÖ puan ortalamasından düşük puanlara sahip olan diğer alt ölçeklerden birimler arası ilişkiler ve örgüt kültürü iş doyumsuzluğunu artıran, çalışanların gelişmesi ise iş doyumunu azaltan etmenlerdir. En düşük puanlara sahip etmenlerde iyileştirme sağlanması, koşullar engel gibi görünse de daha olanaklıdır.

Sonuç olarak, bu etmenlerde iyileştirme sağlanması amacıyla:

- Meslek gruplarının tümünün dikey mesleki örgütlenmesi sağlanmalıdır;
- Her meslek grubunun sağlık hizmeti üretiminin planlama, örgütlenme ve sunum aşamalarına doğrudan katılımı ve her aşamada kendi alanı ile ilgili söz ve karar sahibi olması sağlanmalıdır;
- Meslek grupları, stresle başa çıkma, sorun çözme ve iletişim teknikleri konularında eğitilmelidir;
- Meslek grupları, sağlıklı yaşama ve çalışma koşulları ve buna uygun davranış geliştirme konularında eğitilmelidir;
- Sağlık çalışanları tarafından çalışma koşullarının iyileştirilmesine doğrudan katılımlarını ve bu konuda söz ve karar sahibi olmalarını sağlayacak bir işletme politikası ve eylem planı geliştirilmeli ve uygulanmalıdır;
- Uygulamada sürekliliği sağlayacak bir kurumsal örgütlenme gerçekleştirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Kasapoğlu MA : Sağlık Sosyolojisi, Türkiye' den Araştırmalar. Sosyoloji Derneği Yayınları VI, Ankara 1999.
2. Ergin C : Sağlık Personelinin İş Anlayışları ve İş Tutumları Araştırması, TC SB SPGK Yayını, Ankara 1995.
3. Kasapoğlu MA, Bakır B : Hekimlerin Sosyal Değerleri İş Doyumları ve Sorunları, Ankara 1992.
4. Encyclopedia of Occupational Health and Safety, Fourth Edition, International Labour Organisation, Geneva, 1998.
5. McCormick EJ, Tiffin J : Industrial Psychology, Printice Hall Psychology Series, USA, 1974.
6. Chambers R et al:Stresses, Coping Mechanisms and Job Satisfaction In General Practitioner Registrars.BJ Gen Prac,46:343-348,June 1996.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM:SAĞLIK HİZMETLERİ

7. Aksakal NF ve ark : Gölbaşı Bölgesi' nde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Sağlık Personelinin Mesleki Memnuniyet Durumları. Sağlık ve Toplum Dergisi, 4:4-14, Aralık 1999.
8. Aslan H ve ark : Kocaeli' nde Bir Grup Sağlık Çalışanında İşe Bağlı Gerginlik, Tükenme ve İş Doyumu, Toplum ve Hekim Dergisi, 12(82):24-29,1997.
9. Şahin NH, Batıgün A : Bir Özel Hastane Sağlık Personelinde İş Doyumu ve Stres. Türk Psikoloji Dergisi, 12(39): 57-71, Haziran 1997.
10. Koelbel PW et al : Job Satisfaction of Nurse Practitioners : An Analysis Using Herzberg' s Theory . Nurse Practitioner: 43-56 April 1991.
11. Musal B : Pratisyen Hekimlerde Mesleki Doyum ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül ÜTF Halk Sağlığı AD, İzmir 1992.
12. Oleckno WA, Blacconiere MJ : Job Satisfaction in public health : a comparative analysis of five occupational groups. JR Soc Health, 115 (6) : 386-90 Dec 1995.

TABLO 1. Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik ve Meslek-Görev Özelliklerine ve Toplum Hizmet Süreleri ve SSK' daki Hizmet Sürelerine Göre Dağılımı

Yaş	Sayı	%	Meslek	Sayı	%	Top. Hizmet Süresi	Sayı	%
<=25	30	12.0	Hekim	81	32.4	0-2 yıl	36	14.4
26-30	68	27.2	Hemşire	33	13.2	3-5 yıl	39	15.6
31-35	46	18.4	Diğer Sağlık Hizm.	41	16.4	6-10 yıl	58	23.2
36-40	47	18.3	Yardımcı Hizmetler	52	20.8	11-15 yıl	48	19.2
41-45	29	11.6	Genel İdari Hizmetler	38	15.2	16-20 yıl	35	14.0
>=46	27	10.8	Teknik Hizmetler	5	2.0	>=21 yıl	33	13.2
Belirtmeyen	3	1.2				Belirtmeyen	1	0.4
Cinsiyet			Yönetmel Görev			SSK H.deki Hz. Sür.		
Kadın	122	48.3	Yön. Gör. Olan	30	12.0	0-2 yıl	62	24.8
Erkek	128	51.2	Yön. Gör. Olmayan	220	88.0	3-5 yıl	45	18.0
Eğitim Durumu			Çalışılan Birim			6-10 yıl	51	20.4
İlk-Orta Okul Mezunu	43	17.2	Cerrahi Tıp Biliml.	91	36.4	11-15 yıl	47	18.8
Lise Mezunu	52	20.8	Dahili Tıp Bilimleri	67	26.8	16-20 yıl	31	12.4
Ü-YO-Ön L. Mezunu	119	47.6	Temel Tıp Bilimleri	27	10.8	>=21 yıl	12	4.8
YL-Dokt-Uzm-Süp İht-Doç-Prof	36	14.4	Hiz. Sunum Birimleri	56	22.4	Belirtmeyen	2	0.8
Medeni Durum			Belirtmeyen	9	3.6			
Evli	173	69.2	Ort. Çal. Sür.			H Sonu. Çal. Dur.		
Boş.-Eşi Öl.-Ayrı Yaşy.	11	4.4	<= 7 sa	10	4.0	Hayır	56	22.4
Hiç Evlenmemiş	65	26.0	8-9 sa	177	70.8	Evet, bazen	112	44.8
Belirtmeyen	1	0.4	>=10 sa	63	25.2	Evet, sık sık	82	32.8
Toplam	250	100	Toplam	250	100	Toplam	250	100

TABLO 2. Araştırma Grubunun İş Doyumu Ölçeği Puan Ortalamalarının Bazı Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişken	Test Sonucu	Karar
Yaş	F= 2.23	.052
Cinsiyet	t= -1.55	.123
Eğitim Durumu	F=2.46	.063
Medeni Durum	F=0.14	.872
Meslek	F=3.53	*.008
Yönetmel Görev	t= -0.95	.344
Çalışılan Birim	F=3.42	*.018
Ort Günlük Çal Sür	F=1.29	.277
Hafta Sonu Çal Dur	F=1.99	.139
Toplam Hiz Sür	F=2.70	*.022
SSK Hast Hiz Sür	F=1.05	.390

* İstatistiksel olarak anlamlı fark var...

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

TABLO 3. Araştırma Grubunun Toplam Hizmet Süresine, Mesleklere ve Çalışılmakta Olan Birime Göre İş Doyumu Ölçeği Puan Ortalamaları

Toplam Hiz. Sür.*	x	Std. S	Meslek	x	Std. S.	Çalışılan Birim**	x	Std. S
0-2 yıl	162.6	25.7	Hekim	160.0	27.5	Cerrahi Tıp Bil.	162.4	27.9
3-5 yıl	157.2	25.6	Hemşire	150.5	20.4	Dahili Tıp Bil.	156.5	26.7
6-10 yıl	159.2	26.3	Diğer Sağ. Hiz.	166.0	18.8	Temel Tıp Bil.	162.7	23.1
11-15 yıl	171.2	27.8	Yard. Hizm	169.9	32.1	Hizm. Sun. Bir.	171.6	24.3
16-20 yıl	156.8	28.2	Gen. İd Hizm	168.2	26.7			
>=21 yıl	171.7	22.6				Genel	163.1	26.9

*Toplam hizmet süresini belirtmeyen 1 kişi değerlendirme dışı bırakılmıştır.

**Çalıştığı birimi belirtmeyen 9 kişi değerlendirme dışı bırakılmıştır

TABLO 4. Araştırma Grubunun İş Doyumu Ölçeği Standart Puanları (n=250)

İş Doyumu Ölçeği	P. Aralığı	Mode*	Median	x	Std. S.
Fiziksel Koşullar	0-100.0	30.0	40.0	41.5	21.6
İşin Kendisi	0- 87.5	58.3	50.0	47.6	17.0
Çalışanların Gelişmesi	0- 80.0	30.0	40.0	37.8	14.8
Ücret ve Ödül. Sistemleri	0-100.0	25.0	28.6	31.5	16.8
Ekip Çalışması	0-100.0	60.7	57.1	56.8	18.8
Bilgilendirme ve İletişim	0- 79.2	33.3	45.8	46.0	14.6
Birimler arası İlişkiler	0- 91.7	25.0	33.3	35.6	19.0
Çatışma Çözme	0- 80.0	50.0	45.0	44.2	14.2
Örgüt Kültürü	0- 80.0	37.5	38.8	39.0	15.2
Kuruma Bağlılık ve Güven	0- 95.8	41.7	45.8	47.4	19.7
Genel Toplam	10.4-70.4	40.4	43.3	43.0	11.1

* Birden çok tepe değeri olduğundan, en küçük değer gösterilmiştir.

KARATAŞ SAĞLIK OCAĞINDAN VERİLEN ADLİ RAPORLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Nazan SAVAS*, Zeynel SÜTOLUK*, Hakan DEMİRHİNDİ*, Önder KARAÖMERLİOĞLU*, Muhsin AKBABA*

* Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Adana

ÖZET

AMAÇ ve YÖNTEM: ÇÜTF Doğankent Sağlık Eğitim Araştırma Bölgesi'nde bulunan Karataş Sağlık Ocağından 1 Ocak - 31 Aralık 2000 tarihleri arasında verilen adli raporların değerlendirilerek bölgede sunulan adli hekimlik hizmet profilinin çıkarılması, tarım ve turizm bölgesi olan Karataş'ta adli olguların epidemiyolojik özelliklerinin ortaya konması amaçlandı.

BULGULAR: Raporlar, yaşları 2- 69 arasında değişen (ortalama: 28.56 (14.03) %89.6'sı erkek, %10.4'ü kadın şahıslara verilmişti. Kadınlara verilen adli raporların %48.07'i trafik kazası nedeniyle verilmişti. Çoğunluk (%57.9) 20-39 yaş grubunda idi. Raporlar en çok (%53.1) yaz aylarında, mesai saati olarak da %35.5'i gündüz mesaisinde verilmişti. %35.9'unda ise saat belirtilmemişti. Başvuru nedenlerine göre değerlendirildiğinde; Raporların %56.1'i darp-cebir, %21.8'i gözetim odasına giriş-çıkış, %12.4'ü trafik kazası, %5.2'si alkol muayenesi, %2.0'ı kesici delici aletle yaralanma nedeniyle verilmişti. Yapılan fizik muayenelerin %61.1'inde bulguya rastlanılmamıştı. Fizik muayene bulgusu olan adli raporların %35.32'sinde baş bölgesinde, %21.02'sinde üst ekstremitede, %15.8'inde alt ekstremitede, %7.69'unda ise göğüs kafesinde tek veya başka lokalizasyonlarla birlikte travmatik lezyon saptanmıştı. Darp cebir nedeniyle başvuran adli olguların %55.87'sinde, trafik kazası ile başvuran olguların %74.19'unda, kesici delici alet yaralanması ile başvuran olguların da %70'inde iş ve güce engel olma durumu belirtilmemişti. Travmatik lezyon olan raporların %44.1'inde (86) hayati tehlikeye maruziyet durumu belirtilmemişti

SONUÇ: Başvuru nedenlerinden trafik kazalarının diğer sağlık ocaklarına göre daha fazla olması ile adli raporlardaki erkek/kadın oranı diğer sağlık ocaklarına göre düşük bulunmuşur. Hekimlerin adli rapor düzenlerken şahıs, zaman, alkol durumu, fizik muayene bulgusu, mutad işte ve hayati tehlikeye maruziyet bilgilerini eksiksiz yazmaları, gerekirse bu konuda hizmetiçi eğitimlerin düzenlenmesinin adli kayıtların düzenli değerlendirilmesinde büyük destek sağlayacağı kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: I.Basamak, Adli Hekimlik, Adli Rapor, SEAB

GİRİŞ VE AMAÇ

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmet' veren kurum hekimlerinin görevlerinden biri de 38 sayılı Tababeti Adliye ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi yasalarına göre adli hekimlik ve bilirkişiliktir. Bu görev hukuksal yönden kuşkusuz mağdur kadar mağduriyete neden olan kişi ya da fişileri de ilgilendirmektedir. Özellikle kırsal kesimdeki küçük yerleşim birimlerinde ilk ve tek başvuru sağlık ocağı hekimi adli vakalarda hem teşhis ve ilk tedaviyi yapan kişi olmaktadır hem de yazdığı adli raporla hukuksal boyutta olaya ışık tutmaktadır.

Suç niteliğindeki eylemlerden sonra kişilerin vücut ve ruh sağlığındaki bozulmaların ağırlık derecesi ve önemine göre değişen oranda suçluya ceza verilmesi bir hukuk kuralıdır. Yargı : oluşan yaralanma ve sakatlığın ağırlığını ve önemini tabii verilerden çok,

birlikçiler aracılığıyla mutad iştigalden kalma süresi, hayati tehlike, uzuv tatili, çehrede sabit eser gibi yasalarda geçen kavramlarla algılamak durumundadır (1). Pratisyen hekimler yaklaşık %4 adli rapor düzenledikleri sırada bir sorun yaşamadıklarını, geri kalanlar ise "adli tıbbi kavramlar ile hukuksal yazışma ve prosedürü bilmemek/eksik bilmek, çalışma koşullarının yetersizliği ve incelemeler tamamlanmadan hayati tehlike kaydı konmaya zorlanmak" gibi sorunlar yaşadıklarını belirtmişlerdir (2)

Çalışmada, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Doğanekent Sağlık Eğitim Araştırma Bölgesi içinde bulunan Karataş Sağlık Ocağından verilen adli raporlar değerlendirilerek bölgede sunulan adli hekimlik hizmet profinin çıkarılması, ayrıca geçim kaynağı tarım ve turizm olan Karataş ilçesinde adli rapor için sağlık ocağına başvuran adli olguların epidemiyolojik özelliklerinin ortaya konması amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Kesit sel tanımlayıcı bir araştırma olan bu çalışmada 1 Ocak 2000 ile 31 Aralık 2000 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Doğanekent Sağlık Eğitim Araştırma Bölgesinde hizmet veren 9 sağlık ocağından biri olan Karataş Sağlık Ocağından verilen 501 adli vaka raporu değerlendirildi. Sağlık ocağında o dönemde standart adli rapor formu kullanılmamıştı. Yazılan adli raporlarda yaş, cinsiyet, raporu veriliş tarihi ve saati, başvuru nedeni, kişilerin fizik muayene bulguları, alkol alma durumları, iş ve güçten kalma durumları, hayati tehlikeye maruziyet durumları incelendi.

BULGULAR

Nüfusu 11668 olan Adana'nın Karataş ilçesinin geçim kaynağı tarım ve turizmdir. Ayrıca deniz kenarında olmasından dolayı balıkçılık da azımsanmayacak orandadır. Özellikle yaz aylarında kırsal kesimlere Doğu ve Güneydoğu bölgelerimizden göçer tarım işçileri, denize yakın kesimlere de Adana ve çevresinden deniz turizminden faydalanmak üzere yerli turist gelmektedir. Dolayısıyla nüfus yaz aylarında artmaktadır. Karataş Sağlık Ocağı 24 saat çalışan ve ilçede sağlık hizmeti veren tek kamu kurumudur. Laboratuvar, röntgen ve ultrason gibi tanı koymada yardımcı olanakları vardır.

Karataş Sağlık Ocağından 1 Ocak 2000-31 Aralık 2000 tarihleri arasında verilen 501 adli rapor en küçük 2, en büyük 69 yaşta ki kişilere verilmişti. Yaş ortalaması ise 28.55±14.03 idi. Raporların %57.9'u (290) 20-39 yaş grubu için, %20.4'ü 40-59 yaş grubu için düzenlenmişti. En az da (%1.2) 60 ve üzeri yaş grubundakilere verilmişti. Adli rapor verilenlerin %8.6'sında (43) yaş belirtilmemişti.

Adli vaka raporlarının %89.6'sı (449) erkek, %10.4'ü (52) kadınlara verilmişti. Aynı bölgede Doğanekent Sağlık Ocağından 1999-2001 tarihleri arasında verilen adli raporların %95.3'ü erkek, %4.7'si kadınlara verilmişti.(3). Polat A. ve Açık Y.'nin "Elazığ Sağlık Müdürlüğü Adli Tıp Birimine Ekim-Aralık 2000 Döneminde Müracaat Eden Adli Vakaların Genel Olarak Değerlendirilmesi" çalışmasında ise adli vaka raporlarının %93.7'si erkek, %6.3'ü kadınlara verilmişti (4). Karataş Sağlık Ocağından kadınlara verilen adli raporların %48.07'si trafik kazası nedeniyle verilmişti.

Adli vaka raporları veriliş tarihlerine göre değerlendirildiğinde : Raporların %31.1'i (156) Temmuz, %11.4'ü (57) Ağustos, %10.6'sı (53) Haziran ayında verilmişti. Mart ayında verilen adli rapor ise tüm raporların %0.8'ini (4) oluşturuyordu Raporların %1.4'ünde (7) tarih belirtilmemişti. Haziran, Temmuz ve Ağustos aylarında darp-cebir raporlarının %55.16'sı, gözetim odasına giriş çıkış raporlarını %44.54'ü, trafik kazası nedeniyle verilen raporların %58.06'sı, kesici delici alet yaralanması ve alkol muayenesi nedeniyle verilen adli raporların da %70'i verilmişti.

24 saat hizmet veren sağlık ocağında gündüz ve gece mesaisi olmak üzere iki mesai dilimi vardı (Gündüz mesaisi: 08:00-17:00. Gece mesaisi 17:00-08:00).Raporların %35.5'i (178) gündüz mesaisinde, %28.6'sı da (143) gece mesaisinde verilmişti. %35.9'unda (180) ise saat belirtilmemişti. Darp cebir nedeniyle verilen raporların 193'ünde saat belirtilmişti ve bunların %62.17'si (120) gündüz mesaisinde verilmişti. Gözetim odasına alma nedeniyle verilen raporların 51 tanesinde saat belirtilmişti ve bunların da %52.94'ü gece mesaisinde verilmişti.

Başvuru nedenlerine göre değerlendirildiğinde: Raporların %56.1'i (281) darp-cebir, %21.8'i (109) gözetim odasına giriş-çıkış için verilmişti. %12.4'ü (62) trafik kazası, %5.2'si (26) alkol muayenesi, %2.0'ı (10) kesici delici aletle yaralanma nedeniyle, %1.0 (5) ateşli silahla yaralanma nedeniyle ve %1.5'i de diğer nedenlerle verilmişti.

Verilen adli raporların %46.7'sinde (234) alkol durumu belirtilmemişti. Bu raporların 112'si darp cebir, 34'ü trafik kazası, 5'i ateşli silahla yaralanma ve 4 tanesi de kesici delici aletle yaralanma nedeniyle verilmiş olan raporlardı. Alkol durumu belirtilenlerin %43.1'inde (216) şahıs, 34'ünde alkol muayenesi yapılmamıştı.

Adli vakalarda yapılan fizik muayenelerin %61.1'inde (306) herhangi bir bulguya rastlanılmamıştı. Bu raporların %34.6'sı (106) gözetim odasına giriş-çıkış nedeniyle, %36.2'si (172) de darp-cebir nedeniyle verilmişti. Fizik muayene bulgusu olan 195 adli raporun %35.32'sinde (88) baş bölgesinde tek başına veya başka lokalizasyonlarla birlikte travmatik lezyon saptanmışken, %21.02'sinde tek başına veya başka lokalizasyonlarla birlikte üst ekstremitede, %15.8'inde de alt ekstremitede lezyon saptanmıştı. Vakaların %7.69'unda ise göğüs kafesinde, tek veya başka lokalizasyonlarla birlikte travmatik lezyon saptanmıştı. Lezyonların lokalizasyonları diğer çalışmalardakine benzer bulunmuştur.(3,4)

İş ve güce engel olma durumu yönünden değerlendirildiğinde:Tüm raporların %64.1'inde (321) iş ve güce engel olma durumu belirtilmemişti. Belirtilen raporların %23.6'sında (118) travmatik lezyonun iş ve güce engel olmadığı, %12.4'ünde (62) ise iş ve güce engel olduğu belirtilmişti. Darp cebir nedeniyle başvuran 281 adli olgunun 157'sinde, trafik kazası ile başvuran 62 olgunun 46'sında, kesici delici alet yaralanması ile başvuran 10 olgunun da 7'sinde iş ve güce engel olma durumu belirtilmemişti.

Hayati tehlikeye maruziyet, fizik muayenede travmatik lezyon olan 195 adli raporun %44.1'inde (86) belirtilmemişti. Belirtilenlerince, %9.23'ünde (18) hayati tehlikeye maruziyet vardı. Hayati tehlikeye maruz kılan travmatik lezyonların %44.4'ü (8) baş bölgesinde, %33.3'ü (6) el veya üst ekstremitde bölgesindeki travmatik lezyonlardı.

Raporların %15.2'si (76) geçici, %84.8'i (425) ise kesin olarak düzenlenmişti.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

TARTIŞMA ve SONUÇ

Karataş Sağlık Ocağına başvuran adli olguların büyük kısmını erkekler oluşturmasına rağmen birinci basamak sağlık hizmeti veren diğer kurumlardaki adli olguların erkek/kadın oranından daha düşük, ancak üçüncü basamak kurumların acil sağlık hizmetlerindeki adli olguların erkek/kadın oranından daha yüksektir (3,4,5). Üçüncü basamağa başvuran trafik kazaları daha fazladır.(5) Karataş bölgesinde de trafik kazalarının daha fazla olması bu oranı düşürmekte olabilir. Adli raporların çoğu 20-39 yaş grubuna verilmiştir. 20-39 yaş grubunda görülmesi bu konuyla ilgili yapılan diğer araştırmalarla da uyumludur (3,4,5). Adli rapor verilenlerin %8.6'sında yaş belirtilmemiştir. Hekimlerin adli rapor yazarken dikkat etmediği önemli hususların biri muayene edilen kişinin kimliği, yaşı, kayıt ve protokol numarası ile tarih yada saattir.(6).

Raporların %56.1'i darp-cebir nedeniyle verilmiştir, aynı bölgede Doğan Kent Sağlık Ocağı'nın 1999-2001 tarihleri arasında verilen adli raporların çoğu (%54.0) gözetim odasına giriş-çıkış için verilmiştir ki burası kırsal tarım bölgesidir (3). "Elazığ Sağlık Müdürlüğü Adli Tıp Biriminde Ekim-Aralık 2000 Döneminde ise adli vaka raporlarının çoğu (%42.7) darp-cebir nedeniyle verilmiştir (4). Üçüncü basamak sağlık hizmeti veren Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil servisinde ise en çok trafik kazası nedeniyle adli rapor verilmiştir (5). Karataş'ın nüfusu yazın turizm nedeniyle arttığından şehirdeki başvuru nedenlerine benzer başvuru nedenleri olduğu ve yine bu dönemde adli olguların arttığı kanatındayız. Darp-cebir raporlarının %55.16'sı, gözetim odasına giriş çıkış raporlarının %44.54'ü, trafik kazası nedeniyle verilen raporların %58.06'sı, alkol muayenesi nedeniyle verilen adli raporların da %70'i yaz aylarında verilmiştir.

Fizik muayenede travmatik lezyon bulgusu olan 195 adli raporun %35.32'sinde baş bölgesinde tek başına veya başka lokalizasyonlarla birlikte, %21.02'sinde tek başına veya başka lokalizasyonlarla birlikte üst ekstremitede, %15.8'inde de alt ekstremitede lezyon saptanmıştır. Bu lokalizasyonlar birinci basamakta yapılan benzer çalışmalarla uyumlu bulunmuştur.

Verilen adli raporların %35.9'unda raporun verildiği saat, %46.7'sinde alkol durumu, %64.1'inde iş ve güce engel olma durumu belirtilmemiştir. Fizik muayenede travmatik lezyon olan 195 adli raporun da %44.1'inde hayati tehlikeye maruziyet, belirtilmemiştir. Raporlardaki bu eksiklikler, birinci basamakta hizmet veren hekimlerin adli hekimlik görevlerine gerekli önemi göstermemelerinden kaynaklanabilir. Ayrıca mezuniyet öncesi adli tıp eğitiminin teorik ve pratik olarak yetersiz olması da bunda etkili olabilir.(2)

KAYNAKLAR

1. Işık A, On Soru On Yanıt, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 1997; 12: 418-419
2. Çolak B, Biçer Ü, Gündoğmuş NG, Kocaeli İlinde Adli Görev ve Pratisyen Hekimler, Adli Tıp Dergisi 2001; 2:36-45
3. Savaş N, Demirhindi H, Karaömerlioğlu Ö, Kırsal Bölgedeki Bir Sağlık Ocağının Adli Vaka Raporlarının Değerlendirilmesi. V. Ulusal Adli Bilimler Kongre Kitabı 28-30 Mart 2002; s:18
4. Polat SA, Açık Y, Elazığ Sağlık Müdürlüğü Adli Tıp Biriminde Ekim-Aralık 2000 Döneminde Müracaat Eden Adli Vakaların Genel Olarak Değerlendirilmesi, www.atk.gov.tr
5. Altun G, Azmak D, Yılmaz A, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine Başvuran Adli Olguların Özellikleri, Adli Tıp Bülteni 1997; 2: s:62-66
6. Sankardaşoğlu İ, Adli Tıpta Ana Konular ve Örneklerle Rapor Yazma Tekniği, Eskişehir, 1990; s:24

DOĞANKENT SAĞLIK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA BÖLGESİNDEKİ DEMOGRAFİK ÖLÇÜTLERİN 1990-1999 YILLARI ARASI ON YILLIK DEĞİŞİMİ

Zeynel Sütölkü*, Nazan Savaş*, Hakan Demirhindi*, Seval Öner*, Muhsin Akbaba*

*Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı /Adana

ÖZET

Sağlık hizmetlerinin sunumunu zamanla değişim gösteren ihtiyaçlar belirlemektedir. Bu bakımdan hizmet verilen yerlerde nüfus yapısının bilinmesi önemlidir. Demografik açıdan nüfus; belirli bir bölgede, belirli bir anda yaşayan bireylerin oluşturduğu küledir (1). Tanımlayıcı tipte olan bu çalışma ile Adana, Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı'na bağlı Doğan Kent Sağlık-Eğitim-Araştırma (SEA) Bölgesinde sağlık hizmeti veren 9 sağlık ocağı ve 19 sağlık evinin 1990-1999 yılları arasındaki on yıllık kayıtları incelenmiş, demografik ölçütlerine bakarak, sağlık gereksinimlerinin ve sağlık düzeylerinin saptanması amaçlanmıştır.

Çeşitli ölçütlerin 1990 yılından 1999 yılına gelindiğinde aldığı değerler karşılaştırıldığında kaba ölüm hızının binde 3.1'den 2.1'e, bebek ölüm hızının binde 36.4'ten 18.3'e, beş-yaş-altı ölüm hızının binde 44.0'dan 24.3'e, kaba doğum hızının binde 18.7'den 13.2'ye, doğal nüfus artış hızının binde 15.6'dan 11.1'e, beş-yaş-altı orantılı ölüm hızının yüzde 27.1'den 15.2'ye düştüğü, 45 yaş-üstü orantılı ölüm hızının yüzde 52.1'den 70.9'a çıktığı, genel doğurganlık hızının binde 73.1'den 49.9'a, çocuk/kadın oranının yüzde 43.0'dan 38.0'a düştüğü saptandı.

Ülkelerin beş-yaş-altı ölüm hızlarına göre sıralandığı günümüzde, bölgemizin ölçütleri 85.sıradaki Türkiye ortalamasına göre, 117.sıra ile iyi bir konumdadır. Beş-yaş-altı orantılı ölüm hızının düşmesi çocuk sağlığının, 45-yaş-üstü orantılı ölüm hızının yükselmesi de genel sağlık düzeyinin iyileştiğinin göstergesidir. Bölgemizin gelişmiş sağlık düzeyi profili bundan sonraki dönemlerde geriatrik sorunların önemli olacağını işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık-Eğitim-Araştırma-Bölgesi, sağlık ölçütleri, demografi

GİRİŞ

Bu hizmetin yerine getirilmesinde topluma ait bilgilerin olması kuşkusuz çok önemlidir. Demografik açıdan nüfus: belirli bir bölgede, belirli bir anda yaşayan bireylerin oluşturduğu küttedir (1). Bir toplumun demografik özellikleri, o toplumun nüfusu ve sağlık bakımını arasında gelişen ilişkinin hem belirleyicisi hem de sonucudur. Sağlık amaçlanan bir durum olarak toplumların oluşumu ile ortaya çıkmıştır. Demografik dönüşüm, toplumların modernleşme sürecine paralel olarak göstermiştir.

Bir toplumun sağlık düzeyini saptamak için çok sayıda ölçüt geliştirilmiştir ve bunlar toplumu, sağlık, hastalık, ölüm, doğurganlık ve sağlık hizmetlerinden yararlanma gibi değişik yönleri ile tanımlarlar. Bu amaçla hız ve oran gibi iki ölçüt kullanılır. Bir toplumun, sağlık düzeyi ve sağlık hizmetleri ihtiyacı demografik yapısında kendini gösterir. Ölüm hızlarının özellikle bebek ölümlerinin yüksek olduğu toplumlar, sağlık açısından geri kalmışlığa iyi bir örnektir. Buna ek olarak doğurganlık da yüksek ise bu toplumun sağlık hizmeti talebi yaşlı bir nüfusa oranla daha farklı olacaktır (Bağışıklama gereksinimi gibi)(2).

AMAÇ

Tanımlayıcı, kesitsel tipte olan bu çalışma ile Doğanekent SEA bölgesine ait 1990-1999 yılları arasındaki on yıllık kayıtlarına bakılarak, demografik göstergeleri incelenmiş, bölgenin sağlık düzeyi ve gelecekteki sağlık hizmeti sunumu hakkında projeksiyon yapılması amaçlanmıştır.

MATERYAL METOD:

Doğanekent beldesi Adana ilinin 17 km güneyinde, Akdeniz'e 25 km uzaklıkta bulunmaktadır. Doğusundan Ceyhan, batısından Seyhan nehirleri geçmektedir. Başlıca geçim kaynağı tarım ve hayvancılıktır(3). Daha önce yapılan bir çalışmada: Belde sakinlerinin %87,3 ünün, son yirmi yıl içinde Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesinden göç ile gelen ailelerden oluştuğu saptanmıştır. Sağlık teşkilatı 9 sağlık ocağı, 1 verem savaş dispanseri ve 19 sağlık evinden oluşmaktadır. 2000 yılı nüfusu 51109 kişi olarak bulunmuştur. Ancak bu sayı yaz aylarında gerek mevsimlik tarım işçilerine, gerek deniz turizmüne bağlı olarak çok artmaktadır. Bu çalışma ile bölgenin 1990-1999 yılları arasındaki 10 yıllık kayıtları incelenmiş ve demografik ölçütlerin zaman içindeki değişimi araştırılmıştır.

BULGULAR

Doğanekent SEA Bölgesine ait çeşitli demografik ölçütler hesaplanmıştır (Tablo:1).

TARTIŞMA

Bölgemizde hane başına düşen nüfus 1999 yılı için 5.7 iken bu rakam 1999 yılında Türkiye genelinde kent için 4.0, kırsal bölge için 4.9 olarak, ortalaması ise 4.3 bulunmuştur (6). Hane halkı sayısının Türkiye ortalamasının üzerinde olması, kırsal bölge olup geniş aile yapısına bağlanmıştır.

Kaba ölüm hızı 10 yıl içinde azalarak 1999 yılında % 2.1 e düşmüştür. Bu rakam UNICEF raporunda 1998 yılında Türkiye için % 6 olarak belirtilmiştir (7). Bu hızın Türkiye ortalamasının çok altında olmasına sağlık düzeyindeki iyileşmenin yanı sıra kırsal bölgedeki ölümlerin, haber verilmeden gömülmesi de etki etmektedir.

Bebek ölüm hızı 1999 yılında % 18.3 olarak bulunmuş iken, 1995 yılı Adana için % 24.3 (4), Türkiye için 1998 yılında % 37 idi. Bu da bize bölgemizin sağlık düzeyinin iyileştiğini göstermektedir.

Beş yaş altı ölüm hızı 1990'da % 44.0'dan 1999 da % 24.3'e düşmüştür. 1995 yılında Adana için % 31.8 olarak belirtilmiştir(4), 1998 Türkiye için % 42 olarak belirtilmiştir (7). Bir toplumun sağlık düzeyini en iyi gösteren bu hız göre de bölgemizin sağlık düzeyi yüksektir.

Kaba doğum hızı 1990'da % 18.6 dan 1999'da % 13.2'ye düşmüştür. 1998 yılında Türkiye için % 22 olarak belirtilmiştir (7).

Doğal nüfus artış hızı 1990-1999 yılları arasında bölgemizde % 15.6'dan % 11.1'e inmiştir. 1990-1998 arası Türkiye için % 17 idi. Kaynakların sınırlı olduğu ve problemlerin önceliklerine göre çözüldüğü günümüz şartlarında, nüfus politikaları çok önemlidir. Çünkü nüfus artış hızlarının aşağılara çekilmesi ülkemiz için, iç göçlerin azalmasına, kentlerin aşırı büyümesine, gecekondulaşmaya ve çevre koşullarının bozulmasına engel olacak, bu durum ise işgücü arzının azalmasına, iş ücretlerinin artmasına ve fakirliğe engel olacaktır(5).

Beş-yaş-altı orantılı ölüm hızı 1990'da % 27.1 iken 1999 da % 15.2'ye düşmüştür. Kırk-beş-yaş üstü orantılı ölüm hızı 1990'da % 52.1'den 1999'da % 70.9'a yükselmiştir. Genellikle bir toplumda beş yaş altı ölümlerin çokluğu ve kırkbeş yaş üstü ölümlerin azlığı, sağlık düzeyi açısından kötüye işaret eder. Gelişmiş ülkelerde 5 yaş altı orantılı ölüm hızı % 5 veya daha aşağıdadır, aynı hız gelişmekte olan ülkelerde % 40 dolayındadır, 50 yaş üstü ölümlerin orantılı hızı ise gelişmiş ülkelerde % 90-95 düzeyindedir ve bunların çoğu kronik dejeneratif hastalıklara bağlıdır (2). Bu açıdan bakıldığında bölgemizde sağlığın gelişmiş ülke profiline doğru değiştiğini söyleyebiliriz.

Genel doğurganlık hızı 1990'da % 73.1 iken 1999'da % 49.9'a düşmüştür. 1998'de Türkiye için % 94.0 olarak bulunmuştur (7).

Çocuk/kadın oranı 1990 da % 43 iken 1999'da % 38 olarak bulunmuştur. Toplumun son beş yıldaki doğurganlık düzeyi hakkında genel bir fikir verdiğinden olumlu bir sonuç olarak kabul edilebilir. Genel doğurganlık hızı ve çocuk kadın oranı ise bize aile planlaması hizmetlerinde başarıyı olduğunu göstermektedir.

Bu çalışma ile Doğanekent SEA, bölgesinin sağlık göstergeleri açısından, Türkiye genelinden daha iyi bir yere sahip olduğunu saptadık. Bunda zamanla değişen sağlık politikalarının katkısı da olmuştur. Şöyle ki çiçek hastalığının eradikasyonu için 200 yıl geçmiş iken, çocuk felci 35-40 yıl sonra eradikasyon aşamasına gelmiştir. Ayrıca bölgenin profili artık bölgede hizmet planlaması yaparken yaşlılık ve buna bağlı kronik hastalıklara daha fazla önem verilmesi gerektiğini göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Tezcan S. Sağlık Ölçütleri. İçinde: Halk Sağlığı-Temel Bilgiler (Eds.Bertan M. Güller Ç.), 2.baskı, Güneş Kitabevi, Ankara, 1997, s:71-76.
2. Tezcan S.Epidemiyoloji, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayınları No:92/1, Ankara, 1992, s:13-14.
3. Doğanekent S.E.A.Bölgesi yıllık faaliyet raporları (1990-1999).

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

4. Bahçebaşı T. Demirhindi H. Adana sağlık profili ve analizi - 1995. Adana Sağlık Müdürlüğü Yayınları. Adana, 1996.
5. T.C.Sağlık Bakanlığı. Dünya'da ve Türkiye'de nüfus sorunları. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 1997.
6. Hacettepe Üniv. Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998. Ankara, 1999.
7. UNICEF. Dünya Çocuklarının Durumu-2000. UNICEF, Ankara, 2001.

TABLO:1-Doğankent Sağlık Eğitim Araştırma Bölgesinin 1990-1999 Yıllarına Ait Sağlık Verileri

ÖLÇÜT	YILLAR									
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Toplam nüfus	47196	47893	49509	50222	53522	49270	49472	49879	49320	49871
Hane sayısı	7897	7973	8316	8323	8648	8876	8606	8988	9005	8788
Hane başına düşen nüfus	6.0	6.0	6.0	6.0	6.2	5.5	5.6	5.5	5.5	5.7
Kaba ölüm hızı (%o)	3.0	3.0	3.2	2.7	3.2	3.2	2.3	2.3	2.1	2.1
Bebek ölüm hızı (%o)	36.4	33.6	27.3	32.2	29.0	35.5	22.0	17.1	16.4	18.3
Beş-yaş-altı ölüm hızı (%o)	44.0	47.6	44.5	36.3	33.7	40.9	32.4	22.3	21.4	24.3
Kaba doğum hızı (%o)	18.6	19.3	17.6	19.1	20.0	18.8	17.4	15.3	14.0	13.2
Doğal nüfus artış hızı (%o)	15.6	16.3	14.4	16.4	16.8	15.6	15.1	13.0	11.9	11.1
Beş yaş altı orantılı Ö.H.(%)	27.1	31.5	24.0	25.7	22.5	24.3	24.8	14.8	14.4	15.2
45 yaş üstü orantılı ölümhızı(%)	52.1	57.5	59.9	67.6	62.4	69.9	59.3	75.5	70.0	70.9
Genel doğurganlık hızı (%o)	73.1	76.7	74.5	79.9	75.1	72.0	72.1	58.9	52.7	49.9
Çocuk/Kadın oranı (%)	43	44	40	41	40	40	40	40	40	38

BORNOVA SAĞLIK GRUPO BAŞKANLIĞI BÖLGESİNDE GEBELERE VERİLEN DOĞUM ÖNCESİ BAKIM YETERLİLİĞİ VE SÜREKLİLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Meltem Çiçeklioğlu*, Meral Türk**

* Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi AD

**Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

ÖZET:

Amaç: Çalışmanın amacı Bornova Grup Başkanlığı Bölgesi'nde doğum öncesi bakım düzeyini ve bu düzeyi etkileyen etmenleri Doğum Öncesi Bakım Kullanımı Yeterlilik İndeksi (DÖBKİYİ) aracılığıyla belirlemek ve doğum öncesi bakım hizmetinde sağlık ocağı kullanımını süreklilik açısından değerlendirmektir.

Gereç -Yöntem: Araştırma Kasım 1999 -- Aralık 2000 tarihleri arasında Bornova Grup Başkanlığı'na bağlı sağlık ocaklarında tesbit edilmiş olan örnekleme seçilen 245 gebeden 205'inin katılımıyla gerçekleştirilmiş bir izlem çalışmasıdır. Veriler gebelere ilk trimesterde ve gebelik sonunda telefon görüşmesiyle uygulanan iki anket aracılığı ile toplanmıştır. Gebelik sürecinde izlem yeterliliğini değerlendirmek için Doğum Öncesi Bakım Kullanımı Yeterlilik İndeksi (DÖBKİYİ) kullanılmıştır. **Tartışma- Sonuç:** Annelerin ortalama olarak 7.89 ± 2.33 (En düşük: 3; En yüksek: 13) kez DÖB aldığı belirlenmiştir. DÖBKİYİ'ne göre kadınların %1.1'i yetersiz izlem alırken, %54, 6'sı orta, %23,9'u yeterli, %4,4'ü ise fazla izlem almıştır. 16- 24 yaş grubunun , İlkokul ve altında eğitime sahip olanların, çalışmayan, sosyal güvencesi olmayan ve SSK'ya bağlı olanların da izlemlerinde sağlık ocağını sürekli kullandığı saptanmıştır (p<0.05). Sağlık ocakları günümüzde halen özellikle düşük sosyoekonomik düzeydeki kişiler için sürekli bir koruyucu hizmet kaynağı olarak işlev görmeye devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Doğum Öncesi Bakım, Doğum Öncesi Bakım Kullanım Yeterlilik İndeksi, Süreklilik, Birinci Basamak Sağlık Hizmeti

GİRİŞ:

Üreme çağındaki kadınların sağlık sorunlarının %18'ini gebelik ve doğuma bağlı problemler oluşturmaktadır (1). Her yıl 585 000 kadın doğum ve gebelik ile ilgili bir sorun nedeniyle ölmektedir. Doğum öncesi bakım (DÖB) hizmetinin eksikliği ana ölümlerinin en temel nedenlerdendir. En az bir kez doğum öncesi bakım alma oranı Afrika'da %63, Asya'da %65, Latin Amerika'da %73, Nepal'de %15, ülkemizde ise %68'dir (1,2). Her yıl 1,4 milyon çocuk doğum sırasında, 1,5 milyon çocuk ise doğumdan sonraki ilk haftada ölmektedir. Tüm bebek ölümlerinin %30-40'ı gebelik ve doğum sırasındaki bakımın yetersizliğine bağlıdır (1).

Doğum öncesi bakım anne ve fetusun bir sağlık personeli tarafından bütün gebelik boyunca gerekli muayeneler ve öneriler yapılarak düzenli aralıklarla kontrol edilmesidir (3,4). DÖB değerlendirilirken; bakımı sunan kişi, bakım sayısı, DÖB'a başlanan gebelik haftası, gebelik süresi ve uygulanan gebelik toksoid dozunun sayısı gibi göstergeler kullanılabilir (2). DÖB gebeliğin erken dönemlerinde başlar ve gebelik süresince devam ederse daha etkili olur. Doğum öncesi bakımdan yararlanma düzeyi kadınların sosyodemografik özelliklerine göre belirgin farklılıklar gösterir (2).

Gebelik ile ilgili risklerin varlığı yoğun doğum öncesi bakım gerektirirken, bazı durumlarda da gebelik ve bebeğin aşırı medikalizasyonu şeklinde kaynakların yanlış kullanımı söz konusu olabilmektedir. Bu bağlamda gebelere verilecek hizmetin sürekliliği önemlidir. Süreklilik, düzenli bir bakım kaynağının varlığı ve kullanımı ana amına gelir ve birinci basamak sağlık hizmetinin temel özelliklerinden biridir (5). Sağlık hizmet kullanımında sürekliliğin olması, hastalığın sonuçları açısından çok önemli yararlar sağlamaktadır (6). Sürekli bakım kaynağı olarak belli bir kurumu kullanır: çocukların daha fazla koruyucu hizmet aldıkları ortaya konmuş, izlem başvuruları artarken hastalık başvurularının azaldığı saptanmıştır (7).

Bu çalışmanın amacı; Bornova Grup Başkanlığı Bölgesi'nde doğum öncesi bakım düzeyini ve bu düzeyi etkileyen etmenleri Doğum Öncesi Bakım Kullanımı Yeterlilik İndeksi (DÖBKİYİ) aracılığıyla belirlemek ve doğum öncesi bakım hizmetinde sağlık ocağı kullanımını süreklilik açısından değerlendirmektir.

GEREÇ YÖNTEM :

Araştırma, Kasım 1999 – Aralık 2000 tarihleri arasında Bornova Grup Başkanlığı'na bağlı sağlık ocaklarında tesbit edilmiş olan gebeleri kapsayan bir izlem çalışmasıdır. Bornova Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi'nde bulunan toplam 16 sağlık ocağı ve 3 AÇSAP Merkezinden 18'inde (Bir sağlık ocağı yeni açıldığı için dahil edilmemiştir) gerçekleştirilmiştir. Bu kurumlarda gebe izlem kartı çıkarılmış olan toplam 3062 gebeden, 0.06 hata payı ile 245 gebe örneklem grubuna seçilmiştir. Gebeler, sağlık ocaklarına göre tabakalandırılmış gebe kartları içinden sistematik olarak seçilmiştir. Ebeler aracılığıyla bu gebelerden çalışmaya katılma oluru ile birlikte telefon numaraları istenmiştir.

Çalışmanın verileri gebeliğin üçüncü ayında ve doğum sonrasında ağırlıklı olarak telefon görüşmesi yoluyla uygulanan iki farklı anket aracılığı ile toplanmıştır. Telefonu olmayan 25 (%10.2) gebe evinde ziyaret edilmiştir. Birinci ankette gebelere sosyodemografik özelliklerine, doğurganlık öykülerine ve gebelik izlemine ilişkin sorular yöneltilmiştir. İkinci ankette ise doğum ve son gebelik izlemine ilişkin bilgiler alınmıştır. İlk görüşme sonunda örneklem grubunun %93.1'ine (236) ulaşıırken, ikinci ankette yer değişikliği ve doğumu başka bir yerde yapma gibi nedenlerle gebelerin ancak %83.7'sine (205) ulaşılabilmektedir.

Araştırmada DÖB düzeyini belirlemek üzere Doğum Öncesi Bakım Kullanımı Yeterlilik İndeksi (DÖBKİY) (APNCU=Adequate Perinatal Care Utilization) kullanılmıştır. DÖBKİY, DÖB' in başladığı aya dikkate alarak, doğumdaki gebelik haftasına göre gözlenen ve beklenen DÖB ziyaretlerinin oranını tanımlar. Beklenen DÖB ziyaretlerinin sayısı da Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji'nin önerilerine dayanır. İndeksin çıktı ölçütleri ise Düşük Doğum Ağırlığı ve Erken Doğumdur (37 haftadan önce) (7).

DÖB'da birinci basamak sağlık hizmetinin "sürdürülebilirliğini" değerlendirmek amacıyla, gebe ik süresince anne adaylarının yaptıkları tüm başvuruların hangi kuruma ve ne amaçla yapıldığı sorulmuş ve bunlar içinde sağlık ocağına yapılan başvuruların oranı saptanmıştır. Gebelik izlemelerinin %50 ve daha fazlasını sağlık ocağında yaptıranlar sağlık ocağını sürekli izlem yeri olarak kullanıyor kabul edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde Ki-kare ve Fischer Kesin Ki-Kare testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya katılan 205 gebenin %1'i 18 yaşın altında, %5,4'ü 35 yaş üzerindedir. Yaş ortalaması 25,9±5,15'tir. Gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 1'de; doğurganlık özellikleri ise Tablo 2'de sunulmuştur.

Gebelerin % 15,1'i gebelik öncesinde sağlık kontrolünden geçmiş; bu gebelerin %80'i de hizmeti özel sağlık kuruluşlarından almıştır. Gebelik testi yaptırmayanların oranı %3,3'tür. Gebelerin % 80'i gebelik testlerini sağlık ocağında yaptırmıştır.

Gebelikle ilgili herhangi bir sağlık sorunu yaşayan gebe oranı %33,2 dir. Bu sorun için ilk başvuru yeri olarak ikinci ve üçüncü basamak kamu hastanesini kullanan gebe oranı %48,5, özel sağlık kurumlarını ve birinci basamak sağlık kurumlarını kullanan gebe oranları ise sırasıyla %33,8 ve %17,6 dir. Gebelerin %12,7'si gebelik süresince en az bir gece hastanede yattığını bildirmiştir.

Doğumların %46,8'i SSK hastanesinde, %29,7'si Doğumevi ve Devlet hastanesinde, %13,7'si özel hastanede ve %9,3'ü üniversite hastanesinde gerçekleşmiştir. Sadece bir doğum (%0,5) evde olmuştur. Doğumların %41' seziyeryan olarak gerçekleştirilmiştir. 37 haftanın altında olan doğumların oranı % 0,2, düşük doğum ağırlığı (<2500 g) oranı ise %6,3'tür

Annelerin ortalama olarak 7,89 ± 2,33 (En düşük: 3; En yüksek: 13) kez DÖB aldığı belirlenmiştir. Ortanca izlem sayısı 8'dir. İlk DÖB gebelerin % 90,2'sinde birinci trimesterde, % 9,8'inde ise ancak 13.-20. haftalar arasında yapılabilmektedir.

DÖBKİY'ne göre kadınların %1,1'i yetersiz izlem alırken, %54,6'sı orta, %23,9'u yeterli, %4,4'ü ise fazla izlem almıştır. DÖBKİY indeksinin, Sağlık Bakanlığı'nın (SB) yeterli izlem kriteri olarak belirlediği ortalama 5 izlem ile karşılaştırılması tablo 3'de sunulmuştur. SB standartlarına göre yeterli olarak değerlendirilen 116 gebenin izlemi, aya göre yeterliliği değerlendiren DÖBKİY'ne göre yetersiz ve orta yeterlilik sınıfına gir mektedir.

DÖBKİY ile doğum ağırlığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken, DÖBKİY ile erken doğum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmiş ve DÖBKİY fazla olan gebelerde erken doğum oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

SB izlem standardı olan 6 izlem kriteri ve göre yeterli ve yetersiz olarak ayrılan DÖB düzeyi ile gebelerin sosyodemografik ve doğurganlık özellikleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

DÖBKİY ile gebelerin yaş grupları, öğrenim durumları, çalışma durumu, eşlerinin çalışma durumu, daha önce doğum yapma durumu, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma öyküsü, tetanoz bağışıklama düzeyi ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Eşlerinin öğrenim düzeyi ortaokul ve üzerinde olan gebelerde DÖB yeterli hatta fazladır. Sosyal güvencesi olmayanlarda yetersiz ve orta düzeyde izlem daha fazladır. Daha önce düşük yapmış olanlar DÖB izlemelerini yeterli hatta fazla düzeyde yaptırmaktadırlar (tablo 5).

196 gebe (%95,6) sağlık ocağı ebesini tanıdığını ifade etmiştir. 103 gebe (%50,2) en az bir defa evde ziyaret edilmiş, bu gebelerin ortalama ziyaret sayısı 2,36 dir.

Gebelerin %4,9'u hiç aşılınmamış, %12,7'si eksik aşı, %82,4'ü tam aşıdır. Gebelikleri boyunca kanama, düşük tehdidi, anksiyon yüksekliği, kan şekeri yükselmesi gibi sorunlar yaşayan ve ikiz gebeliği olan anneler dahil edilmediğinde ortalama ultrason sayısı 4,4±3,2 dir. Ortanca değer ise 4 olarak belirlenmiştir.

Sağlık Ocağı Kullanım Skorları ile eşin çalışma durumu, düşük öyküsü, daha önce doğum yapma durumu, düşük doğum ağırlıklı bebek öyküsü, şimdiki doğumunda erken doğum ve düşük doğum ağırlığı ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

16- 24 yaş grubunda yer alan, ilkokul ve altında eğitime sahip olan, çalışmayan, sosyal güvencesi olmayan ve SSK'ya bağlı olan gebelerin izlemelerinde sağlık ocağını sürekli olarak kullandıkları saptanmıştır. Sağlık ocağını sürekli kullananlarda tam aşı olma ve DÖB izlemelerinde ilk trimesterde başlama oranı yüksektir. DÖBKİY'ne göre fazla izlem alanlar sağlık ocağı dışındaki kurumları sürekli kullanmaktadır (Tablo 6).

TARTIŞMA

Bu çalışmada Bornova Grup Başkanlığı Bölgesi'nde doğum öncesi bakım düzeyi ve bu düzeyi etkileyen etmenler değerlendirilmiştir. 1998 Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması'nda gebelerin % 32'sinin DÖB almadığı ve bakım alanların içinde belirlenen ortalanca izlem sayısının 4,2 olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada ilk izlem için saptanan gebelik ayı ortalaması 3,1 aydır (2). Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye genelinde gebe başına düşen izlem sıklığı 1,68 iken bu değer Ege bölgesi için 3,39'dur (8). Bu çalışmada, doğum öncesi bakım almamış kadına rastlanmamış, ortalama izlem sayısı 7,89 ortalanca izlem sayısı 8 ve ilk izlemini üçüncü aydan sonra yaptıran gebe oranı % 9,8 olarak belirlenmiştir. Türkiye geneli ile karşılaştırıldığında bölgedeki sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğinin görece yüksek olduğu görülmektedir. Kentisel bir bölgede hastanede doğum yapan gebelerde saptanan DÖB sayısı bu araştırmayla benzer olarak 8,7 olarak saptanmıştır (9).

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Yapılan değerlendirmelerde eşlerin öğrenim düzeyinin düşük olması, sosyal güvencenin yoksulluğu yetersiz ya da orta düzeyde izlem sayısı ile ilişkili bulunurken, düşük öyküsü olan gebelerde yeterli ve fazla sayıda izleme daha sık rastlandığı görülmüştür. Bu ilişkileri göstermekte Sağlık Bakanlığı standardı yetersiz kalmıştır. İzlem sayılarının Türkiye geneline göre bu kadar yüksek olduğu bir bölgede DÖB düzeyini etkileyen faktörlerin değerlendirilebilmesi için daha ayrıntılı bir ölçüt kullanılması daha doğru bir seçimdir.

DÖBKYİ'ne göre erken doğum yapanların izlem sayılarının yeterli düzeyin üzerinde olduğu belirlenmiştir. Erken doğumun gebelik sürecindeki riskli durumlara ilişkili olabileceği dikkate alınır, izlem sayısının fazlalığı beklenen bir durumdur. Fakat bu ölçütün doğum süresini dikkate alma açısından erken doğumlardaki izlem sayısının fazlalığını açıklayamadığı da bildirilmektedir (10).

Bu çalışmada gebeliği normal seyreden gebelerin ortalama ultrason uygulama sayısı 4.4'tür. Kanada ve Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan hastane tabanlı çalışmalarda gebe başına düşen ultrason sayısı 2.1 olarak belirlenmiştir (11). Ülkemizde gebelerin %31.5'inin gebelik öncesi dönemde hiç izlem almadığı dikkate alındığında gebe başına düşen ultrason uygulaması sayısının bu kadar yüksek olması hizmete ulaşmadaki eşitsizlikleri somutlaştıran çarpıcı bir bulgudur.

Bornova Grup Başkanlığı Bölgesi'nde yapılan bu çalışmada doğum öncesi bakım hizmetince sağlık ocağı kullanımının sürekliliği değerlendirilmiştir. Gebelerin önemli bir bölümünün gebelik testlerini sağlık ocaklarında yaptırmış olması, ebeler tarafından en az bir defa ziyaret edilmesi ve izlemlerini ağırlıklı olarak sağlık ocağında yaptırması bu kurumların hizmetlerinin sürekliliğine işaret etmektedir. DÖBKYİ'ne göre sağlık ocağını sürekli kullanmayan gebeler, DÖB hizmetlerini gereğinden fazla düzeyde kullanmaktadır. Buna karşın, izlemlerinin %50'sinden fazlası sağlık ocağında gerçekleşen gebelerde de eksik izleme rastlanabilmektedir. Amerika'da Medicaid'ın kapsamının genişletilmesi, yoğun DÖB'a dönüştürülmesi düşük doğum ağırlığı, erken doğum gibi doğum çıktısı ölçütlerinde herhangi bir değişiklik yaratmamıştır (12).

Genç yaş grubunda yer alan, eğitim düzeyi düşük, çalışmayan, sosyal güvencesi olmayan veya SSK'lı kadınlar doğum öncesi dönemde sürekli hizmet kaynağı olarak sağlık ocağını kullanmaktadır. Çocukların sağlık ocağından aldıkları hizmetin değerlendirildiği bir çalışmada da eğitim düzeyi düşük, çalışmayan ve sosyal güvencesi olmayanların sağlık ocağını daha yüksek oranda sürekli olarak kullandıkları belirlenmiştir (13).

Yapılan değerlendirmeler sağlık ocaklarının günümüzde halen özellikle düşük sosyoekonomik düzeydeki kişiler için sürekli bir koruyucu hizmet kaynağı olarak işlev gördüğünü göstermektedir.

Tablo1.Gebelerin sosyo-demografik özellikleri

Sosyodemografik Özellikler	Sayı	%
Yaş Grupları		
16-24	92	44.8
25-34	102	49.8
35 ve üzeri	11	5.4
Öğrenim Durumu		
Okur-yazar değil	5	2.4
İlkokul	134	65.4
Ortaokul	15	7.3
Lise	41	20.0
Üniversite	10	4.9
Eşlerin Öğrenim Durumu		
Okuryazar	2	1.0
İlkokul	93	45.3
Ortaokul	46	22.5
Lise	42	20.5
Üniversite	22	10.7
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	192	93.2
İşçi	5	2.4
Memur	7	3.4
Esnaf	2	1.0
Eşlerin Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	19	9.2
İşçi	128	62.4
Memur	16	7.8
Esnaf	40	19.6
Emekli	2	1.0
Sosyal Güvence		
Yok	52	25.3
SSK	121	59.0
Emekli Sandığı	19	9.3
Bağkur	11	5.4
Yeşil kart	1	0.5
Özel sigorta	1	0.5
TOPLAM	205	100

Tablo2 :Gebelerin doğurganlık özellikleri

Doğurganlık Özellik	Sayı	%
Gebelik Sayısı		
1	91	44.4
2	64	31.2
3	27	13.2
4	11	5.3
5 ve üzeri	12	5.9
Doğum Sayısı		
Doğum yapmayan	102	49.8
1	79	38.5
2	16	7.8
3	6	2.9
4 ve üzeri	2	1.0
Düşük Sayısı		
Düşük yapmayan	172	83.9
1	23	11.2
2	8	3.9
3 ve üzeri	2	1
Küretaj sayısı		
Küretaj olmayan	183	89.3
1	18	8.7
2	2	1.0
4	2	1.0
Canlı çocuk sayısı		
Çocuğu olmayan	109	53.1
1	80	39.0
2	12	5.9
3 ve üzerinde	4	2.0
Öyküde <2500gr bebek		
Var	13	6.3
Yok	192	93.7
Öyküde Erken Doğum		
Var	1	0.5
Yok	204	99.5
	205	100

Tablo 3. DÖBKİYİ'nin Sağlık Bakanlığı İzlem Standardı İle Karşılaştırılması

SB İzlem Standardı	DÖBKİYİ			
	Yetersiz	Orta Yeterlilikte	Yeterli	Fazla
6 İzlem Altında	30 (96,8)	1 (3,2)	0	0
6 İzlem ve Üzerinde	5 (2,9)	111(63,8)	49(25,2)	9 (5,2)
Toplam	35 (17,1)	112(54,6)	49 (23,9)	9 (4,4)

Tablo 4. Gebelerin İzlemlerinin DÖBKİYİ ve Doğum Çıktılarına (Düşük Doğum Ağırlığı, Fazla Doğum) Göre Dağılımları

	Doğum Ağırlığı				P ^a	Doğum haftası				X ^{2a}	p
	<2500 g		≥2500 g			<37 hft		≥37 hft			
DÖBKİYİ	Sayı	%	Sayı	%		Sayı	%	Sayı	%		
Yetersiz	0	0	35	100	0.52	3	8.6	32	91.4	5.43	0.019
Orta yeterlilikte	8	7.1	104	92.9		7	6.3	105	93.8		
Yeterli	5	10.2	44	89.8		8	16.3	41	83.7		
Fazla	0	0	0	100		3	33.3	6	66.7		
Toplam	13	6.3	192	93.7		21	10.2	184	89.8		

^a Analiz *Yetersiz* İle Orta yeterlilikte ve *Yeterli* ile *Fazla* gözleri birleştirilerek yapılmıştır

Tablo 5. DÖBKİYİ'ni Etkileyen Etmen'ere Göre Gebelerin Dağılımı

	DÖBKİYİ				Top.	X ²	P
	Yetersiz	Orta Yeterlilikte	Yeterli	Fazla			
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)			
Eşinin Öğrenim Durumu							
İlk ve altı	18 (18.9)	60 (63.2)	16 (16.8)	1(1.1)	95	8.50 ^a	0.003
Orta ve üstü	17 (15.5)	52 (47.3)	33(30)	8 (7.2)	110		
Sosyal Güvence							
SSK	17 (14.0)	67 (55.4)	34 (28.1)	3 (2.5)	121	26.97	0.000
Diğer	3 (9.4)	16 (50)	7 (21.9)	6 (18.8)	32		
Yok	15 (28.9)	29 (58.8)	8 (15.4)	0	52		
Düşük Öyküsü							
Öyküde düşük var	4 (12.1)	12 (36.4)	15 (45.5)	2 (6.1)	33	10.86	0.013
Öyküde düşük yok	31 (18.0)	100 (58.1)	34 (19.8)	7 (4.1)	172		
US kullanımı							
Enazbir kez yapılmış	25 (13.6)	103 (55.9)	47 (25.6)	9 (4.9)	184	4.06 ^a	0.04
Hiç Yapılmamış	10 (47.6)	9 (42.9)	2 (9.5)	0	21		
Toplam	35 (17.0)	112 (54.6)	49 (23.9)	9 (43.9)	205		

^a Analiz *Yetersiz* İle Orta yeterlilikte ve *Yeterli* ile *Fazla* gözleri birleştirilerek yapılmıştır.

Tablo 6. Sağlık Ocağı Kullanımı ile kullanımı etkileyen faktörlerin karşılaştırılması

	Sağlık Ocağı Kullanımı Skoru			X ²	p
	Sürekli Kullanmayan	Sürekli kullanan	Toplam		
DÖBKİYİ	Sayı (%)	Sayı (%)			
Yetersiz	5 (25.7)	26(74.3)	35	3	0.007
Orta yeterlilik	43(51.1)	66(58.9)	112		
Yeterli	21(42.8)	28(57.1)	49		
Fazla	5 (88.9)	1(11.1)	9		
Yaş Grupları					
16-24	30 (32.6)	62 (67.4)	92	4.22	0.047
25-34	4 (46.1)	55(53.9)	102		
≥35	7(63.6)	4(36.4)	205		
Öğrenim Durumu					
İlk ve altı	42(30.2)	97(69.8)	139	20.66	0.000
Orta ve üstü	42 (63.6)	24 (36.4)	66		
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	7 (38.2)	118 (61.8)	191	8.78	0.003
Çalışmıyor	1 (78.6)	3 (21.4)	14		
Sosyal Güvence					
Yok	13(25.0)	39(75.0)	52	13.53	0.001
SSK	53(41.3)	71 (58.7)	121		
Diğer	2 (65.6)	11 (34.4)	32		
İlk DÖB haftası					
≤12. hafta	8 (43.8)	104 (56.2)	185	6.183	0.013
>12. hafta	3 (15.0)	17 (85.0)	20		
Aşılanma Durumu					
Aşısız/eksik aşı	21 (58.3)	15 (41.6)	36	6.77	0.009
Tam aşı	63 (37.2)	106 (62.8)	169		
Toplam	84 (41.0)	121 (59.0)			

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

KAYNAKLAR

- 1-<http://www.safe-motherhood.org>
- 2-Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, "Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998" Ekim 1999
- 3-Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması genel Müdürlüğü, "Türkiye'de Ana Sağlığı ve Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler". Ed. Akın A, Bertan M., 1996
- 4-Akın A., Altan C., Ergin A., ark. "Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Programları için Bilgi Eğitim İletişim Rehberi", 1997
- 5-Starfield B., "Is Primary Care Essential?", The Lancet, 344 (22), 1129-1133
- 6-Boss D.J., Timbrook R.E., 'Clinical Obstetric Outcomes Related to Continuity in Prenatal Care', J. Am. Board Fam Prac 2001; 14 : 418-23
- 7-Alpert R., Robertson L., Kosa J., Heagerty M. and Heagerty R., 'Delivery of Health Care For Children : Report of an Experiment' Pediatrics, 57; 917-30, 1976
- 8-Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı. 2000-2001, Ankara
- 9-Çöl M., Kıran S., Çalışkan D., Akılur R., 'Bir Üniversite Hastanesinde Doğum Yapan Kadınlarda Doğum Öncesi Bakımın Değerlendirilmesi', Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. Cilt 51, Sayı 2, 1998
- 10-Koroukian S.M., Rimm A.A., 'The Adequacy of Prenatal Care Utilization' (APNCU) Index to study low birth weight: Is the index biased?' Journal of Clinical Epidemiology, 55, 296-305, 2002
- 11-www.albertadoctors.org/resources/cpg/prenatal_guideline.pdf (Haziran 2002'de ziyaret)
- 12-Schulman E.D., Sheriff D.J., Momany E.T., 'Primary Care Case Management and Birth Outcomes in the Iowa Medicaid Program' American Journal of Public Health, Vol. 87, No. 1, 1997
- 13-Çiçeklioğlu M., '0-5 yaş Çocuklara Sunulan Birinci Basamak Sağlık Hizmetinin İlk Başvuru ve Sürekli Kullanım Açısından Değerlendirilmesi' Toplum ve Hekim, Cilt 14, Sayı 5, 1999

2001 ŞUBAT KRİZİNİN KOCAELİ'DE SAĞLIK ÜZERİNE ETKİLERİ

Nilay ETİLER, Çiğdem ÇAĞLAYAN, Umur ÖZCAN, M. Sarper ERDOĞAN, Cavit Işık YAVUZ, Onur HAMZAOĞLU
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Toplumsal sağlık düzeyi ve sağlık sistemlerinin yapısı, sağlık için ayrılan kaynaklar ile politik, ekonomik, çevresel ve sosyal ortama ilişkin etmenlerden etkilenmektedir. Sağlığa ilişkin bu sosyoekonomik etmenler arasında; ülkenin genel ekonomik politik sistemleri, kişi başına düşen ulusal gelir, gelir dağılımı ve yoksul nüfusun oranı sayılabilir. Kriz dönemlerinde sayılan sosyoekonomik etmenlerin tümü olumsuz yönde etkilendiği için toplumsal sağlık düzeyi de kötüleşmektedir. Bu çalışma, 2001 yılı Şubat ayında ülkemizde yaşanan ekonomik krizin Kocaeli'de sağlık etkilerini ortaya koymak amacıyla yapılmış tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırmada kullanılan veriler çeşitli kamu kurum ve kuruluşlarının kayıtlarından alınmıştır. Çalışmanın birinci bölümünde krizin Kocaeli'deki boyutları, ikinci bölümünde sağlık üzerine etkileri ve üçüncü bölümünde sağlık üzerine etkisi olan bazı değişkenler üzerine krizin etkileri incelenmiştir.

Şubat 2001 krizi Kocaeli'de işsizlik, işyerlerinin faaliyetlerini durdurması, özel sektörde çalışan işçiler arasında sendikalaşma ve kişi başına düşen gelirden azalma ile kendini göstermiştir. Krizin sağlık ile ilgili sonuçları ise; ölü doğum hızında ve aşıyla korunabilir hastalıklarda hafif, rahatsızlıklarda büyük bir artış şeklinde gözlemlenmiştir. Gebelikten korunmada özellikle kırsal alanda modern yöntem kullanımında azalma olurken geleneksel yöntem kullanımında artma saptanmıştır. Sağlık hizmetlerinde ise sağlık kuruluşlarına başvurularda sayıca değişiklik olmamış ancak kamu kurumlarında yararlanmada artış olmuştur. Yeşilkart için hem başvurular hem de bunlar arasında Yeşilkart alanlarda artış olmuştur. Kocaeli'de Şubat 2001 krizinin uzun dönemde sağlık sonuçları henüz ortaya çıkmadığına da, sağlığın belirleyicileri üzerinde ortaya çıkardığı değişiklikler oldukça belirgindir.

Anahtar kelimeler: ekonomik kriz, sağlık, sağlığın belirleyicileri

GİRİŞ

Kriz sözcüğü 'denetlenemeyen bazı dış faktörlerin etkisiyle ortaya çıkan ve sisteme zarar veren olumsuz gelişmeler' anlamının yanında 'ortaya çıkan yeni gelişmelerle bazı çevreler için yeni olanaklar' anlamıyla iki farklı yönü olan bir kavramdır (Önder İ, 2002). Krizler, kökeninde ekonomik olaylar olarak ortaya çıkmakla birlikte, neden olduğu sosyal ve siyasal sonuçları yüzünden oldukça önemli sorunlar yaratmaktadırlar. Günümüz dünyasında yaşanan krizler kâr oranının düşüşü, üretim fazlalığı ve pazarın daralması ile kendini göstermektedir (Belek İ, Hamzaoğlu O, 2002). Kriz döneminde, kuruluşların ayakta kalabilmesi için malların ucuz mal edilmesi, işçiye verilen ücretin azaltılması veya işten çıkarmalar şeklinde önlemler alınmakta, ayrıca, 'kamudaki israfi önlemek amacıyla' ekonomik stabilizasyon programları uygulanmaktadır. Ekonomik stabilizasyon programları -sağlık alanı da içinde olmak üzere- "kamu harcamalarını yeniden yapılandırmak" olarak adlandırılmaktadır (Lambo E, 1993; Bahçeci S, 1997).

Ekonomik krizlerin toplum sağlığına yansması sağlık durumu ve sağlık sistemleri etkileri üzerinden olmakta, bu etkiler erken ve geç dönemde farklı özellikler göstermektedir (Belek İ, Hamzaoğlu O, 2002; WHO, 1998).

Ekonomik kriz sonucu işsizlik, gelirde azalma ve yoksullaşma gözlenmektedir. Doğu Asya krizi olarak bilinen krizde Endonezya'da tahminen 8 milyon, Tayland'da 2 milyon insanın işsiz kaldığı ve toplumun orta-alt olarak adlandırılan kesiminin krizden sonra daha da yoksullaştığı bildirilmiştir (WHO, 1998). İşsizlik ve gelirin azalması sonucu besin maddelerinin tüketiminin azalması ve sonuçta da açlık gözlenmektedir. Krizin hemen ertesinde ortaya çıkan açlık ve evsizlik krizin ani ve doğrudan etkileri olarak tanımlanmaktadır (Suparmanto SA, 1999; WHO, 1998). Toplumda besin tüketiminin azalması sonucu en fazla etkilenen grup gebeler, okul öncesi çocuklar, yaşlılar ve yoksullar olmaktadır. Ekonomik kriz sonrası toplumda bebek ölüm hızının, düşük doğum ağırlıklı bebek prevalansının ve çocukluk döneminde malnütrisyon sıklığının arttığı bildirilmiştir (WHO, 1998; Carlston, 2000; Pappas, 2001).

Krizin sağlık üzerine bir diğer etkisi de toplum ruh sağlığının bozulmasıdır. Depresyon ve özellikle intiharların sıklığında artış gözlenmesinin yanı sıra alkol ve sigara tüketimi de artmaktadır (Ludermir AB, Lewis G, 2001; Petrovich ve ark, 2001; Hildebrandt H, 1994).

Ekonomik krizin sağlık sistemi üzerine etkileri daha uzun erimde ortaya çıkmaktadır. Krizin hemen ertesinde sağlık hizmetlerinin kullanımında azalma olmaktadır(WHO,1998; TTB,2001). özel sağlık kuruluşlarına başvurular azalmakta, buna karşın kamu sağlık kuruluşlarına başvurularda artış gözlenmektedir. Bu dönemde kamu sağlık kuruluşlarına talebin artmasına karşın, sağlığa ayrılan kamusal kaynakların kısıtlanması, sosyal güvenlik sistemlerinin kapsamının daraltılması ve bazı sağlık hizmetlerinden para alınması gibi sağlıkta özelleştirme uygulamaları ve sağlık alanının rekabete açılması yoluna gidilmektedir(Belek İ, Hamzaoğlu O, 2002).

Sağlık harcamalarının azalması, ilaç fiyatlarında olan artışlar da ekonomik krizin diğer sonuçlarıdır. Ekonomik kriz sonrası bulaşıcı hastalıklarda artış ve salgınların gözlenmesinin en tipik örneği Rusya'da sosyalist sistemin çöküşünden sonra yaşanan salgınlardır. 1990'lar boyunca Rusya'da gözlenen tüberküloz ve difteri salgınları, Küba'da ambargo sonrası bulaşıcı hastalıklarda artış ekonomik krizin sağlık üzerine etkileridir(Tulchinsky TH, Varavikova E, 1996; Garfield 1997).

Ekonomik krizlerin sağlık üzerine etkilerinin değerlendirilmesinde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 1990'ların sonunda Güneydoğu Asya ülkelerinde yaşanan krizden elde edilen deneyimler ışığında krizin sağlık üzerine etkilerinin saptanmasında; genel bütçeden sağlığa ayrılan payın, halk sağlığı uygulamalarına ayrılan bütçenin tedavi edici hizmetlere ayrılan bütçeye oranının, gelir durumuna göre sağlık hizmeti kullanımının ve sağlık için yapılan harcamaların kullanılmasını önermektedir. Ayrıca, işsizlik hızı, gelir düzeyi, sosyal güvenlik kapsamında nüfus ve sağlık harcaması/gelir oranı da hane düzeyinde izlenmesi önerilen diğer değişkenlerdir(WHO, 1998).

Türkiye'de 2001 Şubat ayında yaşanan ekonomik krizin sağlık etkileri değerlendirildiğinde eldeki kısıtlı verilere göre; yaşanan krizin erken döneminde sağlık kuruluşlarına başvuruların azaldığı, reçetesiz ilaç satışının düştüğü, bazı ithal ilaçlarda ödeme zorluğu nedeniyle sıkıntı yaşandığı görülmektedir(TTB, 2001). Ülkemizde ekonomik krizlerin sağlık üzerine etkilerini değerlendiren çalışmalar sayıca yetersizdir. Bu gereksinim üzerinden Türkiye'nin büyük sanayi kuruluşlarının bulunduğu ve nüfusunun çoğunluğunun işçi olduğu Kocaeli İli'nde krizin sağlığa etkilerini saptamak hedeflenmiştir. Bu çalışma, 2001 yılı Şubat ayında ülkemizde yaşanan ekonomik krizin Kocaeli'de sağlık etkilerini ortaya koymak amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, 2002 yılının Ocak ile Mayıs ayları arasında yapılmış tanımlayıcı bir araştırmadır. Araştırmada kullanılan veriler çeşitli kamu kurum ve kuruluşlarının rutin toplanan verileri olup bu çalışma kapsamında özel araştırma yapılmamıştır. Rutin istatistikleri kullanılan kurumlar Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü, Kocaeli Sosyal Sigortalar İl Müdürlüğü, Kocaeli İl Çalışma Müdürlüğü, Kocaeli İl Emniyet Müdürlüğü, Kocaeli İş ve İşçi Bulma Kurumu, Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) ve Tekel'dir. Çalışmada bu kurumların istatistikleri açısından seçilmiş bazı değişkenler kullanılmıştır. Araştırmanın birinci bölümünde krizin Kocaeli'deki boyutları araştırılmıştır. İkinci bölümde sağlık göstergeleri üzerinden krizin sağlık üzerine etkileri ortaya konmaya çalışılmıştır. Üçüncü bölümde ise sağlığın belirleyicileri olan bazı değişkenler üzerinde krizin etkileri incelenmiştir. Çalışmada kullanılan değişkenler bu üç başlık altında şöyledir:

I. Kocaeli'de krizin boyutları

1. İşyeri sayısı
2. İşçi sayısı
3. Sendikalı işçi ve işyeri sayısı
4. Kapanan işyeri sayısı
5. Grev, lokavt uygulamaları
6. Kişi başına düşen gelir

II. Krizin sağlık etkileri

1. Mortalite ölçütleri :

- 1.1. Bebek ölüm hızı.
- 1.2. Ölü doğum hızı

2. Morbidite ölçütleri:

2.1. Aşı ile korunabilir hastalıklar: Bildirimi zorunlu hastalıklardan kızamık, difteri, boğmaca, tetanoz, tüberküloz ve hepatit B.

2.2. Suyula bulaşan hastalıklar: Bildirimi zorunlu hastalıklardan tifö, paratifo, amipli dizanteri, basilli dizanteri ve hepatit A.

2.3. Hastanede yatarak tedavi gören solunum sistemi hastalıkları: Sağlık Bakanlığı'nın 150 başlıklı hastalık listesinde A89-95 arasında olanlar "akut solunum yolu enfeksiyonu" A96 ise "diğer solunum yolu hastalıkları" olarak sınıflandırılmıştır

2.4. Hastanelerde yatarak tedavi gören ruhsal hastalıklar: Sağlık Bakanlığı'nın 150 başlıklı hastalık listesinde A69, A70a, A70b ve A70c kullanılmıştır.

3. Hizmet kullanımı:

- 3.1. Aile planlaması yöntem kullanımı
- 3.2. Sağlık ocağına başvurular
- 3.3. Hastanelere başvurular
- 3.4. Kurumlara göre yatarak hasta sayıları
- 3.5. Yeşil kart başvurular;

III. Diğer etkileri

1. Sigara tüketimi
2. Alkol tüketimi
3. Şiddet olayları

Çalışmada 2001 Şubat ayında olan ekonomik krizin etkisini değerlendirmek için değişkenlerin yıllar içindeki değişimleri saptanmış ve bu değişimlerin ekonomik kriz bağlamında nedenleri tartışılmıştır.

Kocaeli 1 249 821 nüfusu ile Türkiye'nin büyük sanayi kuruluşlarının bulunduğu bir Batı Anadolu ilidir. 1999'da yaşanan Marmara Depremi Kocaeli'de bazı sosyo-demografik değişikliklere neden olmasına karşın kısa süre içinde çalışma yaşamı ve sosyal yaşam eski haline dönmüştür. Deprem nedeniyle bu çalışmada da kullanılan bazı ölçütlerin etkilenmesi nedeniyle 2001 yılı verilerini önceki yıllarla karşılaştırırken son yılların ortalama değerleri kullanılmamıştır. Bu olumsuzluk göz önüne alınarak her değişkenin zaman içindeki eğilimleri değerlendirilmiştir. Yıllar içinde gözlenen değişim yüzdesi hesabı belli bir hastalığın o yıla ait hızının bir önceki yıla göre değişimi yüzdesi (%) olarak hesaplanmıştır.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Veriler Microsoft Excel 2001 programında değerlendirilerek grafikler oluşturulmuştur.

Araştırmanın en önemli kısıtlılığı çeşitli kurum ve kuruluşların çalışmalarını yansıtan ve rutin olarak kullanılan verilerin kullanılmasındır. Bu rutin veriler eksik ve hatalı toplanma olasılığı yüzünden araştırmada önemli bir kısıtlılığına yol açmaktadır. Diğer yandan, toplanan verilerin bu eksikliğini sürekli aynı şekilde olduğu varsayılırsa, bu çalışmada yapılan değerlendirme kendi içinde tutarlı olarak değerlendirilebilir. Araştırmada rutin verilerin kullanılmasının yarattığı diğer bir olumsuzluk da ekonomik krizin etkisini ortaya koyabilecek güçlü değişkenlerin bulunmamasıdır. Örneğin, ekonomik krizin etkisi olarak literatürde bildirilen düşük doğum ağırlıklı bebek doğma prevalansının artışı saptamak bu nedenle olanaklı olmamaktadır. Ayrıca bu kaynaklarda bölge, cinsiyet, gelir düzeyi gibi özellikler de bulunmamaktadır.

Çalışmanın diğer kısıtlılığı, verileri krizin yaşandığı Şubat 2001'den önce ve sonra diye ayırmak veya aylara göre veri elde etmenin olanaklı olmamasıdır. Bu özelikle kriz ile ilişkili olması beklenen sağlık ve sağlık hizmetlerinin kullanımı ile ilgili göstergeleri etkilemektedir. Bu nedenle krizin bazı değişkenlerle gerçekte olan ilişkisi ortaya çıkmamış olabilir. Bunun yerine krizin 2001 yılının ilk aylarında olduğu göz önüne alınarak 2001 yılına ait veriler "krizden sonra" olarak varsayılmış ve karşılaştırmalar bu şekilde yapılmıştır. Bu durumun, krizden, etkilenmesini beklediğimiz ve gerçekte değişim göstermiş bazı özelliklerin bu çalışmada saptanamamasına neden olması olasıdır.

BULGULAR

I. KOCAELİ'DE KRİZİN BOYUTLARI

Tablo-I.1'e göre 2001 yılında sigortalı sayıları erkeklerde son iki yılın gerisine düşerek azalmış, erkek işçilerinin sayısının çok fazla olması nedeniyle bu azalma toplama yansımıştır. Bir önceki yıla göre erkek sigortalılarda %16.4'lük toplam sayıda % 14.8'lik bir düşüş saptanmış olup, kadın sigortalı sayısı % 3.3'lük bir azalma göstermiştir.

Kocaeli'de yıllara göre kayıtlı işyeri sayılarında artış görülürken faal işyeri sayılarında 2001 yılında oldukça belirgin bir azalma görülmektedir (Tablo-I.2 ve Grafik-I.1). Faal işyeri sayısı 2001 yılında bir önceki yılı göre % 245'lik bir azalma göstermiştir.

Tablo-I.3'de ve Grafik-I.2'de 1995-2001 yılları arasında sendikali işçi sayıları görülmektedir. 2001 yılında işçi sayılarında belirgin bir azalma saptanmış olup, dikkati çeken bir diğer bulgu ise azalmanın özel sektördeki kaynaklanıyor olmasıdır. İş güvencesi açısından kamuda çalışan işçilerin daha avantajlı oldukları yıllar içerisinde sayılarının değişmemiş olmasından anlaşılmaktadır. Kocaeli'de çalışan işçiler arasında yıllar içinde sendikalaşma oranında düşüş eğilimi gözlemlenmiş, bu düşüş 2001 yılında daha fazla olmuştur (Grafik-I.3).

Grafik-I.4'de görüldüğü üzere 1995 yılından beri en fazla grev kararı alınan yıl 2001 yılı olmasına karşın beş grev gerçekleştirilmiştir.

Tablo-I.4'de yıllara göre kişi başına düşen milli gelir düzeyleri gösterilmiştir.

II. KRİZİN SAĞLIK ÜZERİNE ETKİLERİ

Tablo-II.1'de Kocaeli'de bebek ölüm hızı (BÖH) ve ölü doğum hızının yıllar içindeki değişimi görülmektedir. Buna göre gerek BÖH'da gerekse ölü doğum hızında herhangi bir eğilim söz konusu değildir.

Kocaeli'de 1994-2001 yıllarında kızamık, difteri, boğmaca, tetanoz ve hepatit B gibi aşıyla korunabilir hastalıklar olarak gruplandırılan hastalıklar 1999'dan sonra artmaktadır (Grafik-II.2). Buna karşın çocukluk dönemi aşılama oranlarına bakıldığında aşılama hızının yüksek olduğu görülmektedir (Tablo-II.2).

Hepatit A, tifo, paratifo, basilli ve amipli dizanteri gibi su ve besinlerle bulaşan hastalıklarda ise 1997'de yaşanan patlamadan sonra azalma eğilimi gözlenmektedir.

Kocaeli'de yataklı tedavi kurumlarına başvurular arasında en sık görülen hastalık solunum sistemi hastalıklarıdır. Solunum sistemi olgularına bakıldığında 1999'dan sonra artış olduğu 2001 yılında da bu artışın fazla olduğu gözlenmektedir (Tablo-II.3).

Kocaeli'de ruhsal hastalıkların kriz öncesi ve sonrası durumu Grafik-II.3'de görülmektedir. Kocaeli'de hastane kayıtlarına göre 1998'den sonra giderek artan "sinir bozukluğu, nevrozlar ve kişilik bozuklukları" olarak sınıflandırılan ruhsal rahatsızlıklar bir önceki yıla göre karşılaştırıldığında 1999'da %54.1, 2000 yılında %26.2 ve 2001 yılında %31.7 daha fazla gözlenmiştir.

Kocaeli'de 1997-2001 yılları arasında aile planlaması yöntem kullanımı incelendiğinde 1997 ile 2000 yılının ilk altı ayı arasında yöntem kullanmayan kadınların azaldığı ve modern yöntem kullananların arttığı gözlenmektedir (Tablo-II.4). 2001 yılının ikinci yarısında bu eğilimin tersine döndüğü yöntem kullanmayanların artmaya başladığı görülmektedir.

Tablo-II.4'de modern yöntemler olarak adlandırılan hap, kondom, rahim içi araç (FİA) ve diğer modern yöntemler (enjeksiyon, Norplant®, tüp ligasyonu ve vazektomi) Grafik-II.4'de ayrı ayrı incelenmektedir. Geleneksel korunma yöntemlerinin yıllar içinde azalma eğiliminde olduğu, yöntem kullanmayanların ise bu azalmaya paralel seyrettiği ancak 2001 yılının ikinci yarısında artış gösterdiği saptanmıştır. Grafik-II.4'te hap, kondom ve RİA kullanımında hafif bir azalma olduğu görülmektedir.

Kullanılan aile planlaması yöntemleri kır ve kent olarak ayrı ayrı incelendiğinde kentsel bölgede yıllar içinde fark gözlenmezken, kırsal bölgede 2001 yılının özellikle ikinci yarısında modern yöntem kullanımının azaldığı, geleneksel yöntem kullanımının arttığı dikkat çekmektedir (Grafik-II.5).

Grafik-II.5: 2000-2001 yıllarında Kocaeli'de kırsal alanda aile planlaması yöntem kullanımı

Kaynak: Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü AÇSAP Şubesi

Kocaeli'de sağlık hizmetlerinin kullanımı incelendiğinde sağlık ocaklarında yıllık ortalama muayene sayısının 1995 yılında 0.52 olduğu, yıllar içinde arttığı ve 1999-2000 yıllarında 0.72 ve 2001 yılında ise 0.79 olduğu görülmektedir. Yataklı tedavi kurum başvurularında ise kamu hastaneleri her zaman fazla yer tutmuştur ve yıllar içinde başvuru sayıları artmaktadır (Grafik-II.6). Bu artış 2001 yılında 2000 yılına göre kamu hastanelerinde %31.2 iken, üniversite ve özel hastanelerde sırasıyla %12.4 ve %8.4 azalma şeklinde olmuştur.

Grafik-II.6: Kocaeli'de yıllara göre kamu, üniversite ve özel hastanelerin polikliniklerine başvuruları sayısı

Kocaeli ilinde 1993 yılında 5 devlet hastanesi, 2 SSK hastanesi ve 1 özel hastane bulunmaktayken, 1994 bir ve 2000 yılında bir daha olmak üzere iki SSK hastanesi ve 1995'de üniversite hastanesi açılmıştır. Özel hastanelere bakıldığında, 1997 yılında iki, 2000 yılında bir ve 2001 yılında özel hastane daha açılarak toplam beş özel hastane olmuştur. 2001 yılında beş devlet hastanesi, dört SSK hastanesi, bir üniversite hastanesi ve beş özel hastane hizmet vermektedir. Kamu hastaneleri toplam yatakların çoğuna sahip olup 1997'de %87.2 olan payı 2001 yılında %78.7 olmuş, hem üniversite hem de özel hastanelerin yataklarının payında artış gözlenmiştir (Tablo-II.5).

Kocaeli'de yeşilkart almak için başvuranlarda ve yeşilkart alanlarda yıllar içinde artış olmuştur (Tablo-II.6). Marmara Depremi'nin yaşandığı 1999 yılı ve sonraki yılda yeşilkart için başvuranlarda ve yeşilkart verilenlerde artış olmuştur. 2001 yılına

bakıldığında hem başvuranlarda hem de başvuranlar arasında yeşilkart verilenlerde önceki yıllara göre dikkati çeken bir artış gözlenmiştir. Bu artış 2001 yılı içinde yol,sulluğun artmış olabileceğinin bir bulgusu olarak değerlendirilebilir.

III. DİĞER DEĞİŞKENLEİN DURUMU

III.1. Sigara ve Alkol Tüketimi

Kocaeli Tekel Müdürlüğü'nder alınan verilere göre 2001 yılında alkol satışları bir önceki yıla göre %7.7 azalmış, sigara satışları ise %0.7 artmış görülmektedir. Sigara satışlarında görülen artışın yanı sıra ucuz sigara olarak nitelendirilen sigaralarda yıllık yüzde değişim daha belirgin olup %15.2'lik bir artış olmuştur. Ayrıca pahalı sigaralar olarak nitelendirdiğimiz sigaralarda %12.0'lik bir azalma saptanmıştır (Tablo-III.1).

III.2. Suç profili

Yapılan çalışmalarda suç oranlarında ve i ritiharlarda ekonomik krizlerden sonra artışlar olduğu belirtilmektedir. Bu çalışmada Kocaeli'deki suç sayılarını İl Emniyet Müdürlüğü kayıtlarından elde ederek 2001 yılına özgü bir değişiklik olup olmadığı araştırılmıştır. Ancak cinayet, terör ve narkotik suçlarda ve trafik kazalarında yıllara göre herhangi bir artış görülmemiştir.

TARTIŞMA

Uluslararası finansal serbestleşmenin yaygınlaştığı günümüz koşullarında yaşanan krizler "yapısal-kronik" ve "finansal-konjonktürel" olmak üzere iki kategorice incelenmektedir(Önder İ, 2002). Kapitalist sistem zaman zaman konjonktürel krizler yaşamakla birlikte kapitalist sistemde kriz sistemin doğası gereği yapısal-kronik yani sürekli olgulardır. Sistem 20-25 yıl süren genişleme döneminde sonra talebin her zaman arzdan daha az olması sonucu kâr oranının düşüşü ve üretim fazlalığı gibi nedenlerle daralma dönemine girmektedir(Mandel E, 1978).

Gelişmiş ekonomilerden başlayan ve giderek derinleşen kriz uzun erimli ve sistemik yapıldır. 1970'lerden beri uzun bir krizin içinde olan günümüz dünyası, sermayenin krizini aşmak için küreselleşme ve onun koşutu olan özelleştirme politikaları geliştirmiştir(Önder İ, 2002). Kapitalizmin genişleyen ve daralan dalgaları sağlık paraçığını da belirlemektedir. Genişleme döneminde ortaya çıkan sosyal devlet ve buna ait sağlık sistemleri kriz döneminde yerini sağlık hizmetlerinin özel sağlık kuruluşları tarafından verildiği bir yapılanmaya bırakılmaktadır(Belek İ, Hamzaoğlu O, 2002). Diğer bir deyişle, kapitalist sistemin yapısal özelliği olan krizler iki yolla toplum sağlığı üzerine etkiye bulunmaktadır. Bunlardan biri, kriz döneminde toplumun büyük kesiminin gelirinin azalması ve yoksullaşması sonucunda yaşanan sağlık sonuçlarıdır. Diğer ise bu dönemde şekillenen sağlık sistemi ve bu sistemin toplum sağlığına olan etkileridir

2001 yılının Şubat ayında yaşanan ekonomik krizin Kocaeli'deki en çarpıcı görüntüsü çalışma yaşamı üzerine olmuştur. Kriz sonrası bazı işyerlerini faaliyetlerini durdurmuş, çok sayıda insan işini kaybetmiştir. 2000 yılında 180597 olan sigortalı işçi sayısı krizden sonra işçi çıkartılması sonucu %12.9 azalmıştır (Tablo-I.1). Kocaeli'de faaliyet gösteren işyerlerinin %71'i krizden sonra faaliyetlerini durdurmuştur (Grafik-I.2 ve Tablo-I.2). Kocaeli Sanayi Odası'nda, yaşal olarak 10'dan fazla işçi çalıştıran ve üretim faaliyetlerinde bulunan 1200 işyeri kayıtlı bulunmaktadır. Kocaeli Sanayi Odası'nın üyeleri arasında yaptığı bir çalışmaya göre ekonomik kriz nedeniyle KOBİ niteliğindeki firmaların %27'si, büyük ölçekli firmaların %20'si üretim faaliyetini durdurmuştur. Aynı araştırmaya katılan firmalarda 3174 işçi çıkartılmış olup, bunun 3070'i özel, 104'ü kamu işçisidir. Ekonomik kriz nedeniyle firmaların aldıkları önlemler ise: %55 ücretlerde kesinti, %52 üretimi düşürme, %37 istihdamı düşürme, %25 ücretli izin, %25 üretime ara verilmesi, %7 kredilerin kapatılması şeklinde olmuştur(Kocaeli Sanayi Odası, 2001).

Ekonomik krizin çalışma yaşamı üzerine saptanan diğer etkisi 2001 yılında işçiler arasında sendikacılığın azalması olmuştur (Tablo-I.3 ve Grafik-I.3). Sendikacılığın kamu ve özel sektördeki durumuna bakıldığında sadece özel sektörde çalışan işçiler için söz konusu olduğu dikkat çekmektedir (Grafik-I.2). Ekonomik krizden sonra uzun erimde beklenen kayıtlı dışı ve düşük ücretli işçi çalıştırma, kadın ve çocuk işçiliğinin artması(WHO, 1998) gibi durumların yanında işçilerin sendikacılığının azalması yaşamında ki sömürünün boyutlarının artması ve düşük gelir düzeyinin süregenleşmesi dolayısıyla sağlıksızlığın sürekli hal alması anlamında önemli bir bulgudur. Bu döngü, toplumda eşitsizliklerin artmasının temel nedenlerinden biridir(Lambo E, 1993).

Krizin toplum sağlığı üzerine en temel etkisinin gelirin azalması ve giderlerin artması olduğu belirtilmekte, toplumsal eşitsizlik ve yoksulluğu artırmasının son,ut nedenini bu mekanizmalar üzerinden tanımlanmaktadır(Lambo E, 1993; WHO, 1998, Siddiqi A, Hertzman C, 2001). Ekonomik krizden sonra yoksulluğun arışı ve sağlık hizmetlerinin bozulması ile birlikte toplumda ölümlerde artış bildirilmektedir(Lodahl M, 2000; Carlston E, Tswetasky S, 2000; Walberg P ve ark., 1998; Loachner K ve ark., 2001; Marshall K, 1998). Çalışmamızda ölümlülük ölçütleri olarak bebek ölüm hızı ve cü lü doğum hızı incelenmiştir(Tablo-II.1). Bebek ölüm hızında değişim gözlenmemekle birlikte ölü doğum hızında hafif bir artış saptanmıştır. Ancak Kocaeli'de doğumların yapıldığı yerlere ve doğum öncesi izlem sayılarına bakıldığında geçtiğimiz yıllara göre farklılık saptanmamaktadır. Bu artışın olası nedeni annelerin beslenme durumunun bozulması ve bununla ilişkili olarak düşük doğum ağırlıklı bebeklerin artışı olduğu düşünülebilir ancak bu varsayımı kanıtlamak bu çalışmanın sınırları içinde olanaklı değildir. Bu durumun diğer bir nedeninin doğurganlık ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Kocaeli genelinde 2001 yılının ilk altı ayından 2. altı ayına gelindiğinde modern korunma yöntemlerinde azalma ve yöntem kullanmayanlarda artış saptanmıştır (Tablo-II.4). Bu durumun istenmeyen gebeliklerin artışı sonucu olabileceği düşünülebilir, ancak eldeki veriler ile gebeliklerin istenmeyen gelecek olup olmadığını saptamak olanaklı değildir.

Kocaeli'de aşıyla korunabilir hastalıkların toplamı incelendiğinde 1999'dan sonra arttığı, su ve besinlerle bulaşan hastalıkların ise azalma eğiliminde olduğu gözlenmektedir (Grafik-II.2). Çocukluk dönemi aşılamalarında herhangi bir azalma saptanmamıştır (Tablo-II.2). 1990'dan sonra Rusya'da yaşanan özellikle tüberküloz ve difteri aşımları Küba'da ambargo sonrasında çocukluk çağı pnömonilerinde artış ekonomik krizin sağlık üzerine en net olarak tanımlanmış sonuçlarıdır(Lodahl M, 2000; Garfield 1997). Kocaeli'de de artış beklenmesine karşın saptanmamasının bir nedeni bu bulgunun krizin uzun dönemde beklenen etkileri olması, diğer nedeni ise eldeki verilerin eksikliği olarak düşünülmektedir.

Kocaeli'de solunum yolu hastalıklarının 2001 yılında önceki yıllara göre hafif bir artış gösterdiği, akut ve diğer solunum yolu hastalıklarının sırasıyla %5.6 ve %5.1 olduğu saptanmıştır (Tablo-II.3). Kocaeli'de konutların ısınmasında yaygın olarak kullanılan doğal gazın maliyeti ekonomik krizden sonra oldukça arttığı için bazı konutlarda doğalgaz yerine odun ve veya kömür ile ısınmaya geçildiği gözlenmiştir. 2001 yılında hastanelerde yatarak tedavi gören solunum yolu hastalıklarında ki artış kentte kullanılan yakıt tipindeki değişikliklerden kaynaklandığı düşünülmektedir. ASYE sıklığını arttırmada diğer bir etken olan sigara artışı da önemli olabilir ancak sigara tüketimindeki artışın çok az olması ve ASYE olgularının her yaş grubunu kapsamaması (çocuklar da dahil) bu olasılığın olmadığını düşündürmektedir.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Morbiditede ilgi çekici bulgu, hastanelerdeki “sinir bozukluğu ve nevroz” olarak sınıflandırılmış ruhsal rahatsızlıkların sayısında ciddi bir artış olmasıdır (Grafik-II.3). Ekonomik kriz dönemlerinde işsizliğin sosyal stresi arttırması, gelirin azalması, aile içindeki sorunlar nedeniyle ruhsal rahatsızlıklara neden olmaktadır. Alkolizm ve fonksiyonel rahatsızlıklar ile işsizlik arasında ilişki bulunurken, organik psikozların ekonomik kriz ile ilişkisi olmadığı bildirilmektedir (Hild-brandt H, 1994). Kocaeli’de saptanan durum da bu bulgulara benzerdir, 1999’dan yılından sonra “sinir bozukluğu, nevroz vb” ruhsal hastalık olgularında artış gözlenmiştir. Ancak, bu artışta 1999’da yaşanan büyük depresyonun en önemli nedeni olduğu düşünülmektedir. Bu olgulardaki artış önceki yıla göre karşılaştırıldığında 1999 yılında %54, 2000 yılında %26 ve 2001 yılında %32 artış saptanmıştır. 2001 yılında artış eğiliminin hafif arttığını belirtmekle birlikte depresyonun etkisini ayırt etmek olanaklı olmamaktadır. Sosyal stres ile ilgili olarak alkol tüketiminde artış olması beklenirken ise Kocaeli’de %8’lik azalma saptanmıştır. Bunun en önemli nedeni çalışmada kullanılan verilerin Tekel’den alınması, Tekel dışı alkol tüketiminin bu veriler arasında olmamasıdır. Sigara tüketimi ile ilgili olarak ise içilen sigara miktarında çok az bir artış olduğu (%1) ancak sigara içicilerinin daha ucuz sigaraları içmeye başladıkları saptanmıştır. bu bulgu sağlık sonucu olarak bir anlam taşımamaktadır.

Krizin erken döneminde gelirlerin azalması sonucu sağlık hizmetlerinin kullanımının azalması, özel sağlık kuruluşlarının kullanımının azalması, beslenmenin bozulması, ruhsal hastalıklarda ve kazalarda artış; orta ve uzun dönemde sosyal güvenlik kapsamının daraltılması, kamu kaynaklarının payının azalması sonucu sağlık hizmetlerinin kapsamının daralması veya bir kısmının ücretli hale getirilmesi gibi sağlık etkileri beklenmektedir (WHO,1998).

Ekonomik durumun sağlık sisteminin yapılması, teknolojinin kullanımı, temel sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve sağlık harcamalarını etkilemenin yanında daha iyi yaşam koşulları (konut, sağlıklı su, altyapı, beslenme vb.) sağlayarak toplumun sağlık düzeyine katkı sağladığı bilinmektedir (Lambo E, 1993). Ekonomide yaşanan krizlerin temel etkisi işsizlik, gelirin azalması ve bunların sonucu yaşam standartlarının değişmesi, sosyoekonomik düzeyin azalması, sosyal sınıflar arasındaki gelir eşitsizliğinin ve yoksulluğun artışıdır (WHO, 1998; Marshall 1998). Krizi aşmak için “kamudaki israfı önlemek amacıyla” ekonomik stabilizasyon programları uygulanmaktadır. Ekonomik stabilizasyon programları -sağlık alanı da içinde olmak üzere- “kamu harcamalarını yeniden yapılandırmak” olarak adlandırılmaktadır (Lambo E, 1993; Bahçeci S, 1997). Bu da, kamunun sağlık hizmetlerine olan harcamalarını azalması anlamına gelmektedir. Türkiye’de 2001 Şubat krizinden bir süre sonra uygulamaya başlayan “Birinci Basamakta Döner Sermaye” uygulamasının, sosyal güvenlik kurumlarında reçete edilen ilaç kalemlerinin azaltılmasının krizin sağlık sistemi üzerine etkisini düşündürmektedir. 1994 yılının Nisan ayında yaşanan ekonomik krizden sonra Sağlık Bakanlığı’nın harcamaları arasında genel bütçenin payı azalmış, bu azalma 1993’e göre 1994’de %6 ve 1995’de %12 olmuştur. Genel vergilerden karşılanan kamu sağlık harcamaları yerine döner sermaye harcamalarının payı artmıştır (TTB, 2001).

2001 yılı Şubat ayında Türkiye’de yaşanan krizin akut dönemdeki etkisi sağlık hizmetlerinin kullanımının azalması şeklinde olmuştur (TTB, 2001). Krizden hemen sonra sağlık kuruluşlarına başvurularda azalma olmuş, eczanelerde ithal ilaçlarda sıkıntı yaşanmış ve eczacıların gözlemleri üzerinden ayrıca sağlık kuruluşunda yazılan reçetelerin tutarı eczanede hesaplandıktan sonra “en gerekli” ilaçları almak şeklindeki davranışlarda da artış bildirilmiştir (TTB, 2001). Krizin Kocaeli’deki sağlık hizmetleri üzerine etkisine bakıldığında, 2001 yılında gerek sağlık ocakları gerek ise hastanelerde başvuru sayısında değişim olmamıştır. Güneydoğu Asya krizinde ekonomik kriz yakın dönemdeki sonuç olarak işini kaybetme riski, ev harcamalarında artış ve kamunun sağlığa ayırdığı payı azalttığı bildirilmektedir (WHO, 1998). Buna karşın kriz sonrası dönemlerde kamu tarafında sunulan sağlık hizmetlerinin kullanımının arttığı bildirilmektedir (Belek İ, Hamzaoğlu O, 2002). Kocaeli’de de kamu hastane başvurularda büyük bir artış gözlenmiştir (Grafik-II.6).

Krizin neden olduğu düşünülen, diğeri Yeşilkart ile ilgili olmuştur. Krizden sonra yeşilkart için hem başvurunun daha fazla olması hem de yeşilkart alanların daha fazla olması Kocaeli’de yoksulluğun artışının bir göstergesidir (Tablo-II.6). Ülkemizde yeşilkart almaya hak kazanmak için kullanılan kriterlere göre yeşilkart sahibi bir kişinin “yoksul” olarak tanımlanması olanaklıdır. Yeşilkart için başvurular arasında yeşilkart verilenlerin artışı bu nedenle yoksulluk ile ilişkilidir.

Aile planlaması yöntem kullanımında yöntemleri daha ayrıntılı incelediğimizde; kondom ve hap kullanımının hafifçe azaldığı görülmektedir (Grafik-II.4). Kocaeli’de korunma yöntemlerinin çoğunluğunun Sağlık Müdürlüğü tarafından sağlandığı bilinmektedir, fakat Türkiye genelinde hap ve kondom kullanımının yaklaşık olarak %70’i özel sektörden sağlanmaktadır (TNSA, 1998). 2001 yılı Şubat ayında yaşanan krizden sonra satın alınarak sağlanan korunma yöntemlerinin azalması söz konusu olabilir. Kırsal ve kentsel bölgeler karşılaştırıldığında ise kırsal alanda modern yöntemlerin yerini geleneksel yöntemlerin aldığı dikkat çekmektedir (Grafik-II.5).

Ekonomik krizin suç ile ilişkisi bildirilmiş olmasına karşın (Wallberg 1998) Kocaeli’de suç olgularında artış saptanmamıştır.

SONUÇ

Şubat 2001’de yaşanan ekonomik kriz Kocaeli’de işsizlik, işyerlerinin faaliyetlerini durdurması, özel sektörde işçiler arasında sendikasılaşma ve kişi başına düşen gelirden azalma ile kendini göstermiştir. İçinde bulunduğumuz ekonomik sistemde yapısal özelliği bulunan krizlerin toplumun genelini olumsuz etkilemesi, toplumsal eşitsizliği ve yoksulluğu arttırması beklenen olgulardır. Tüm bunlar da toplumun sağlığında olumsuz sonuçlar doğurması beklenmektedir.

Ekonomik krizin Kocaeli’deki sağlık sonuçlarında en dikkat çeken bulgu ruhsal hastalıklardaki artıştır. Krizin sağlık hizmetleri üzerinden olan dolaylı sonuçlarında ise kırsal alanda aile planlamasında “karşılanmamış talep” artıştır. Ayrıca kamu sağlık kuruluşlarından yararlanmada da artış saptanmıştır.

Sonuç olarak; bu çalışma sınırları içinde ekonomik krizin Kocaeli’de yakın dönemlerdeki sonuçları değerlendirilmiştir. Krizin yapısal nedeni olduğu ve bu yüzden de sürekli olduğu göz önünde bulundurulursa, Kocaeli’de Şubat 2002 krizinin toplum sağlığına yansıyan sonuçlarının uzun dönemde daha yıkıcı ve daha büyük boyutlarda olması beklenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Önder İ (2002). “Dünyada ve Türkiye’de krizin ekonomik analizi” Toplum, Sağlık, Eczacı: Ekonomik Kriz ve Sağlık Özel Sayısı. 1:3-14.
2. Belek İ, Hamzaoğlu O (2002). “Kapitalizmin olağan seyri içinde sağlık açısından projeksiyonlar” Toplum Sağlık Eczacı: Ekonomik Kriz ve Sağlık Özel Sayısı. 1:27-52.
3. Lambo E (1993) “The Economy and Health”. Health Policy 23:247-263
4. Bahçeci S (1997). “Ortodoks ve heterodoks istikrar programları: Seçilmiş ülke örnekleri ve 1994 Türkiye deneyimi” Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı, Ekonomik Modeller ve Stratejik Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Ekonomik Modeller Dairesi Başkanlığı. (DPT. 2477) (DPT Uzmanlık Tezi) Ankara

5. WHO (1998) "Health Implications of the Economic Crisis in the South-East Asia Region. Report of Regional Consultation Bangkok, Thailand, 23-25 March 1998" WHO Regional Office for South-East Asia. SEA/Econ/15. New Delhi.
6. Suparmanto, SA, Sundoro T, Stokoe P. (1999), "The impact of the monetary crisis and the development of a health and social safety-net with a special note on donor participation" World Hospitals and Health Services 35(3):14-16
7. Carlston E, Tswetarsky S (2000) "Neonatal mortality and birth weight during the crisis in Bulgaria". Pediatrics and Perinatal Epidemiology 14(2):159-62.
8. Pappas G, Akhtar T, Gergen PJ et al (2001) "Health status of the Pakistani population: a health profile and comparison with the United States" Am J Public Health 91(1):93-98
9. Ludermir AB, Lewis G. (2000). "Links between social class and common mental disorder in Northern Brazil" Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 36:101-107
10. Petrovich B, Todorovich B, Kocić B et al (2001) "Influence of socio-economic crisis on epidemiological characteristic of suicide in the region of Nis (southeastern part of Serbia, Yugoslavia)" European Journal of Epidemiology 17(2): 183-7
11. Hildebrandt H (1994) Mental disorders and economic crisis- a study on the development of admission into the psychiatric hospitals of Prussia between 1876 and 1996. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 29:190-196.
12. TTB (2001) "Türk Tabipleri Birliği Halk Sağlığı Kolu Raporu: 2001 Şubat Krizi ve Sağlığa Etkileri" Mayıs 2001 Ankara
13. Tulchinsky TH, Varavikova EA (1996). "Addressing the epidemiologic transition in the Former Soviet Union: Strategies for health system and public health reform in Russia" American Journal of Public Health, 86(3):313-320
14. Garfield R, Santana S. (1997) "The impact of the economic crisis and the US embargo on health in Cuba". American Journal of Public Health, 87(1):15-21
15. Mandel E (1978). "Kapitalist Gelişimin Uzun Dalgaları" Yazın Yayıncılık, İstanbul
16. Kocaeli Sanayi Odası. (2001) Ekonomik Krizin Kocaeli Sanayine Yansımalarını Çiçme Çalışması Yayınlanmamış Rapor. Kocaeli
17. Siddiqi A, Hertzman C. (2001). "Economic growth, income equality, and population health among the Asian tigers" International Journal of Health Service 31(2):323-333
18. Lodahl M (2000). "Russia: Demographic trends pose economic problems" Economic Bulletin 8:255-262
19. Wallberg P, McKee M, Shkolnikov V, Chenet L, Leon DA (1998) "Economic change, crime, and mortality crisis in Russia: regional analysis" BMJ 317:312-8
20. Lochner K, Pamuk E, Makuc D, Kennedy BP, Kawachi I (2001). "State level income inequality and individual mortality risk: a prospective multi level study". American Journal Public Health 91(3):385-391
21. Marshall K (1998). "The Asian Crisis: Social Implications and The Agenda Ahead. Regional Conference on Social Implications of Asian Financial Crisis". July 29-31. 1998, Seoul, Korea
22. TNSA (1998) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Sağlık Bakanlığı. Hacettepe Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Macro International. Ankara

Tablo-1.1: Kocaeli ilinde yıllara göre sigortalı işçi sayıları (1995-2001)

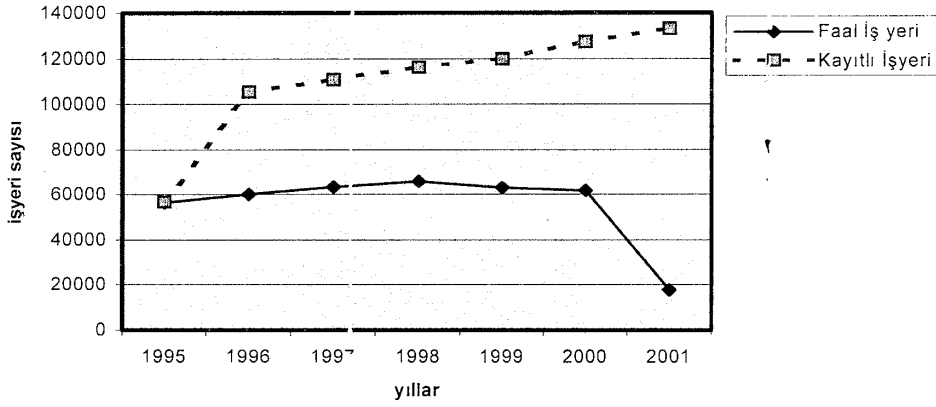
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Erkek	120760	116577	139647	148209	155795	160443	137820
Kadın	12517	13868	12612	14706	11648	20154	19501
Toplam	133277	130440	151809	162915	167443	180597	157321

Kaynak: SSK Kocaeli Sigorta İl Müdürlüğü

Tablo-1.2: Kocaeli'de yıllara göre faal işyeri ve kayıtlı işyeri sayısı (1995-2001)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Faal işyeri	56416	60253	63431	65692	62836	61565	17804
Kayıtlı işyeri	56661	105216	110772	116303	100020	127078	133017

Kaynak: SSK Kocaeli Sigorta İl Müdürlüğü



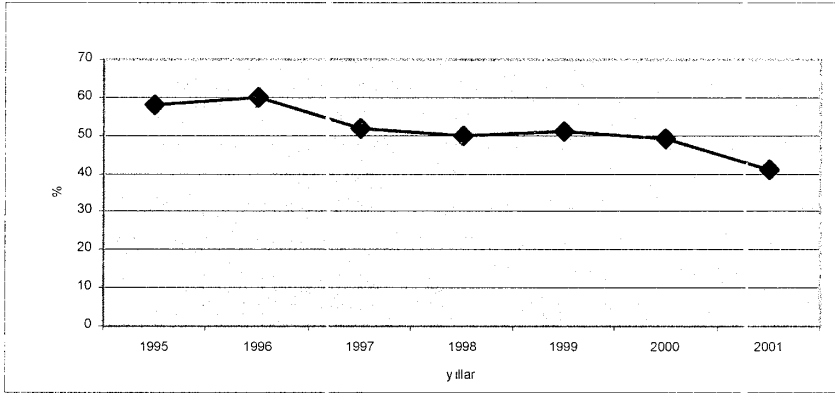
Grafik-1.1: Kocaeli’de yıllara göre sosyal sigortalara tabi faal ve kayıtlı işyeri sayıları (1995-2001)

Tablo-1.3: Kocaeli’de yıllara göre kamu ve özel sektörde sendikali işçi sayısı

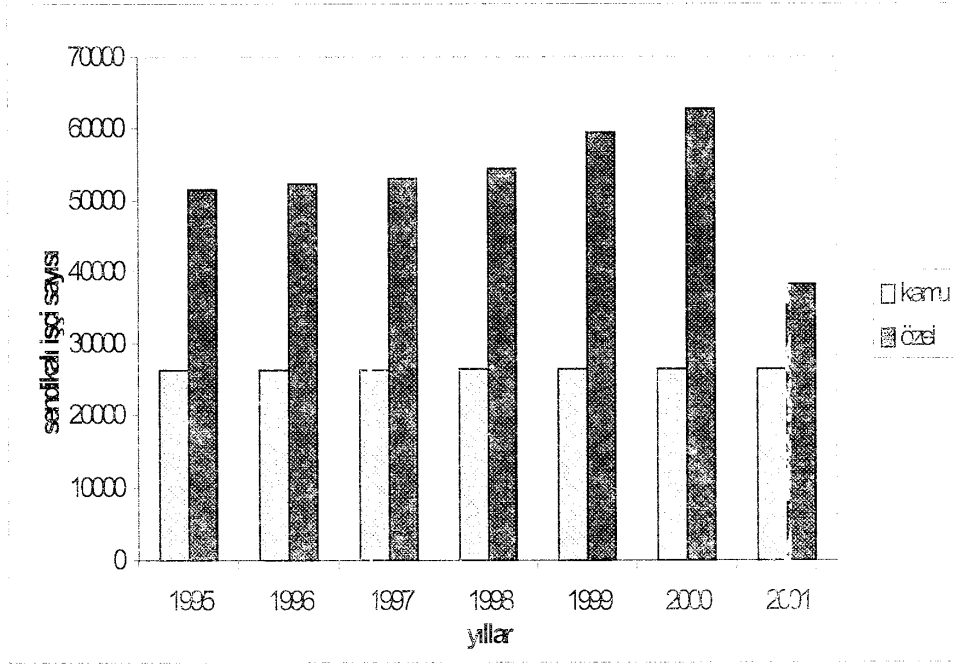
Sendikali işçi sayısı	Kamu	Özel	Toplam
1995	26337	51410	77747
1996	26411	52302	78713
1997	26411	52968	79379
1998	26514	54341	80855
1999	26539	59459	85998
2000	26590	62693	89283
2001	26590	38267	64857

Kaynak: SSK Kocaeli Sigorta İl Müdürlüğü

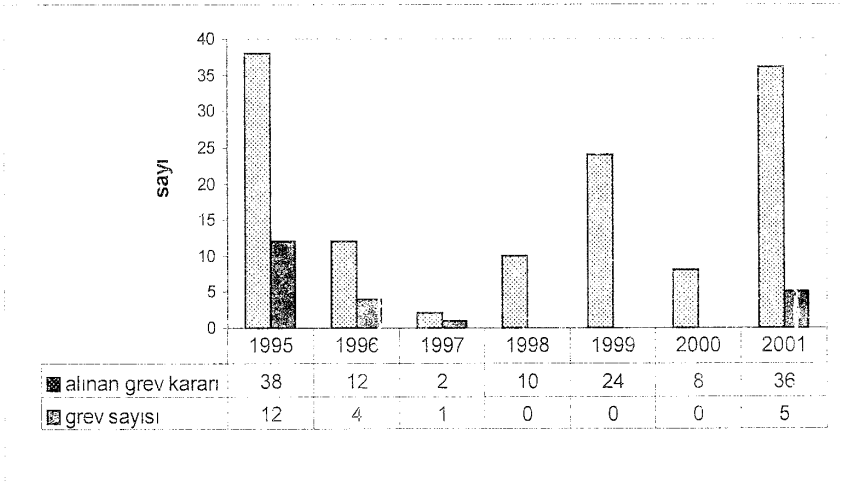
Grafik-1.2: Kocaeli’de yıllara göre kamu ve özel sektördeki sendikali işçi sayıları (1995-2001)



Grafik-1.3: Kocaeli'de işçiler arasında yıllara göre sendikalaşma oranları (1995-2001)



Grafik-1.4: Kocaeli'de yıllara göre kararı alınan ve uygulanan grev sayıları (1995-2001)



Tablo-1.4: Kocaeli'de yıllara göre kişi başına düşen gelir düzeyleri

Yıllar	Kişi başına milli gelir (ABD \$)	
	Kocaeli	Türkiye
1995	7349	2760
1996	7096	2926
1997	7882	3011
1998	7501	3175
1999	6236	2798
2000	7556	3095
2001	6236	2261

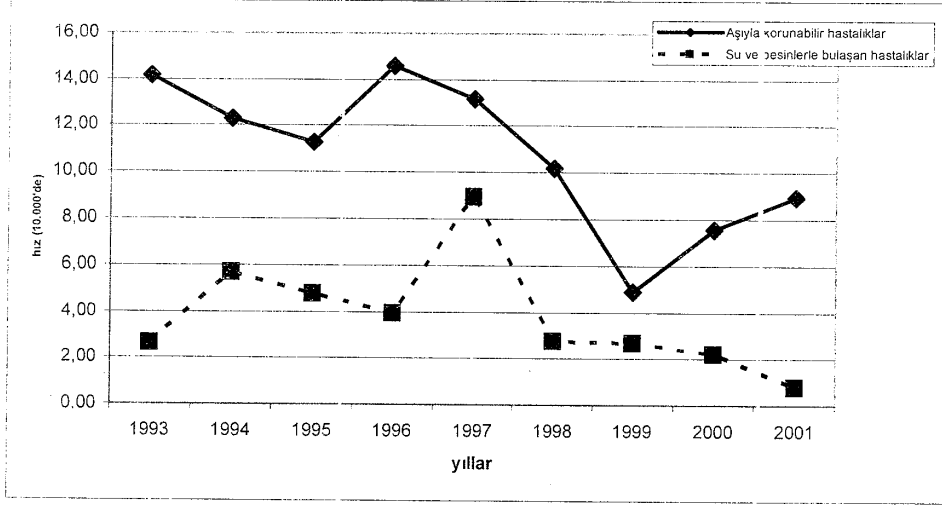
Kaynak: DIE

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Tablo-II.1: Kocaeli'de yıllara göre bebek ölüm hızı (BÖH), ölü doğum hızı ve değişim yüzdesi (1994-2001)

Yıllar	BÖH (%)	Ölü Doğum Hızı (%)	BÖH (yıllık % değişimi)	Ölü Doğum Hızı (yıllık % değişimi)
1994	13.25	12.18	-	-
1995	12.97	8.99	-2.14	-0.26
1996	12.57	9.55	-3.09	0.06
1997	17.61	10.92	40.11	0.14
1998	17.45	11.39	-0.90	0.04
1999	19.67	12.43	12.70	0.10
2000	10.58	7.44	-46.18	-0.42
2001	10.49	9.07	-0.86	0.22

Kaynak: Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü İstatistik Yıllıkları (1994-2001)



Grafik-II.2 Kocaeli'de aşıyla korunabilir hastalıklar ve su ve besinler ile bulaşan hastalıkların morbidite hızının yıllara göre durumu (1993-2001)

Kaynak: Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü İstatistik Yıllıkları (1993-2001)

Tablo-II.2: Kocaeli'de yıllara göre çocukluk dönemi aşılama kapsamı (1994-2001)

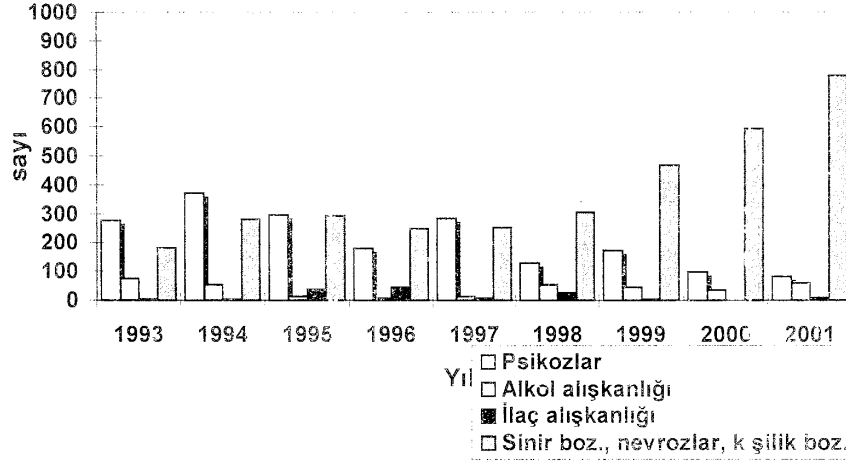
Yıllar	DBT I (%)	DBT II (%)	DBT III (%)	KIZAMIK (%)	BCG (%)
1994	90.5	88.1	86.3	81.9	85.8
1995	88.1	84.5	81.1	77.9	86.5
1996	89.7	90.3	88.8	83.8	93.3
1997	90.7	87.7	85.2	80.5	98.7
1998	95.7	92.8	90.3	86.5	102.4
1999	99.3	95.0	92.0	102.8	99.9
2000	91.0	91.0	87.0	87.4	96.0
2001	93.6	94.3	91.5	87.1	99.6

Kaynak: Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü İstatistik Yıllıkları (1994-2001)

Tablo-II.3: Kocaeli'de yıllara göre hastanelerde yatarak tedavi gören akut ve kronik solunum sistemi hastalıklarının morbidite hızının değişimi (1993-2001)

Yıllar	ASYE (10.000'de)	Diğer sol. yolu hastalıkları (10.000'de)	ASYE'de değişim (%)	Diğer sol. yolu hastalıklarında değişim (%)
1993	6792	2004	-	-
1994	7439	2083	9.53	3.94
1995	9275	2851	24.68	36.87
1996	8776	3718	-5.38	30.41
1997	7967	3050	-9.22	-17.97
1998	9010	3587	13.09	17.61
1999	7592	3456	-15.74	-3.65
2000	8192	3642	7.90	5.38
2001	8650	3829	5.59	5.13

Kaynak: Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü İstatistik Yıllıkları (1993-2001)

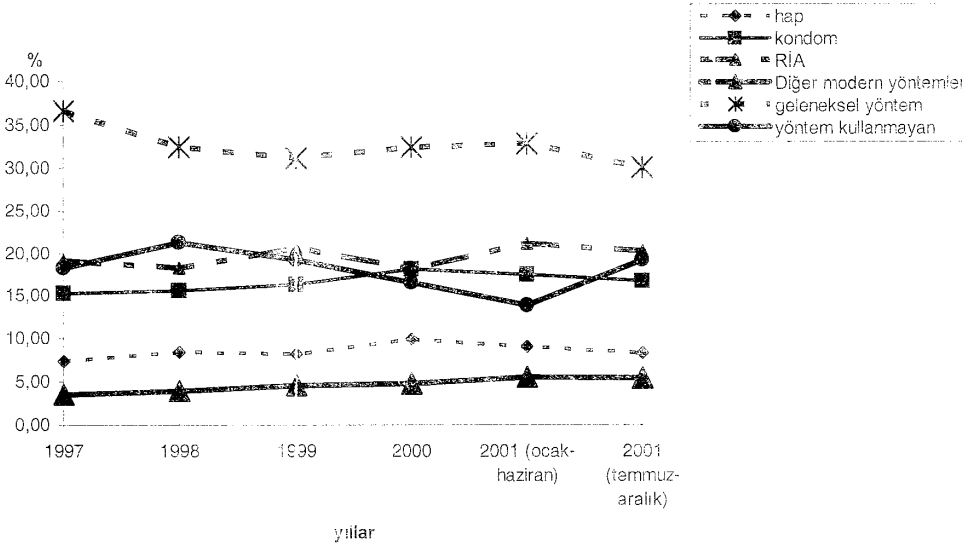


Grafik-II.3: Kocaeli'de hastaneye yatıp taburcu olan psikiyatri olgularının yıllara göre dağılımı
Kaynak: Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü İstatistik Yıllıkları (1993-2001)

Tablo-II.4 : Kocaeli ilinde 1997-2002 yılları arasında aile planlaması yöntem kullanımı (1997-2001)

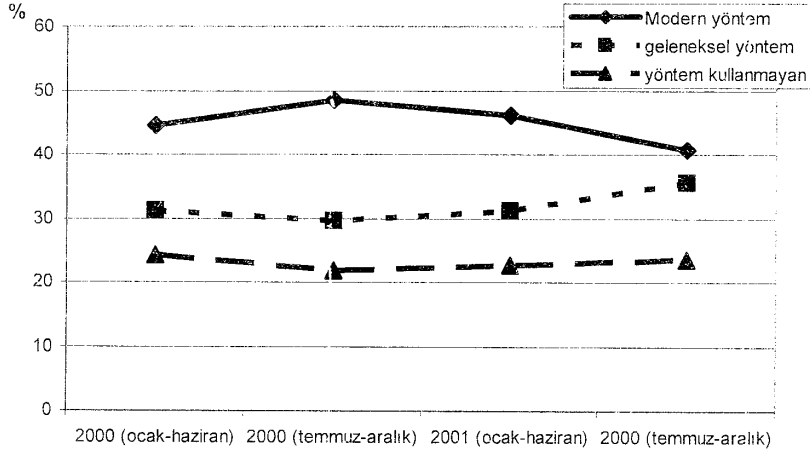
Yıllar	Modern yöntem (%)	Geleneksel yöntem (%)	Yöntem kullanmayan (%)	Toplam
1997	45.2	36.6	18.2	100.0
1998	45.3	32.4	21.3	100.0
1999	49.7	31.2	19.1	100.0
2000	51.0	32.5	16.5	100.0
2001 (ocak-haziran)	43.2	32.9	13.9	100.0
2001 (temmuz-aralık)	40.7	30.1	19.2	100.0

Kaynak: Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü İstatistik Yıllıkları (1997-2001), AÇSAP Şubesi

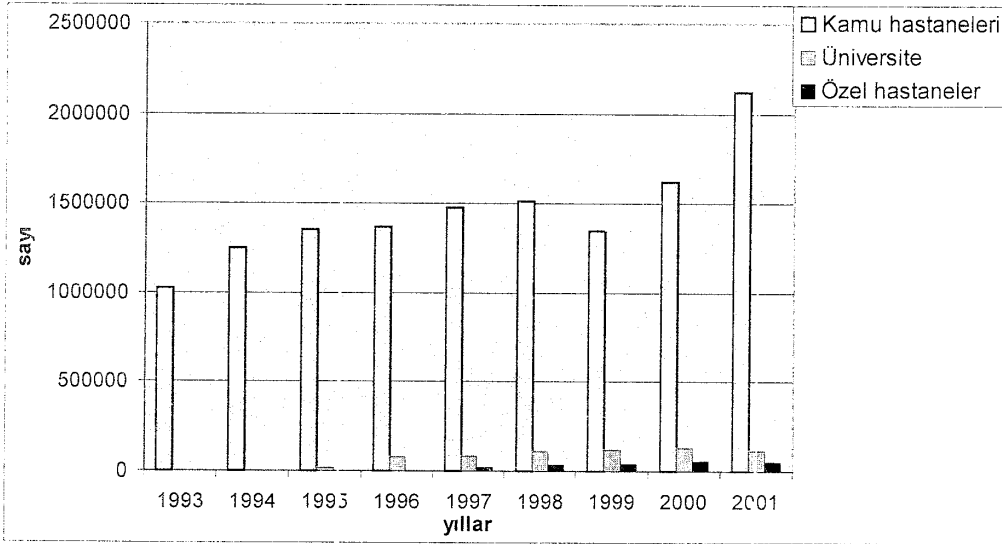


Grafik-II.4: Kocaeli ilinde kullanılan yöntemlerin yıllar içindeki seyri (1997-2001)
Kaynak: Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü İstatistik Yıllıkları (1997-2001)

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ



Grafik-II.5: 2000-2001 yıllarında Kocaeli'de kırsal alanda aile planlaması yöntem kullanımı
Kaynak: Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü AÇSAP Şubesi



Grafik-II.6: Kocaeli'de yıllara göre kamu, üniversite ve özel hastanelerin polikliniklerine başvuruları sayısı

Tablo-II.5: Kocaeli'de yıllara göre yataklı tedavi kurumlarındaki özel, kamu ve üniversite hastanesinin yataklarının

Hastaneler	1997 (%)	1998 (%)	1999 (%)	2000 (%)	2001 (%)
Kamu hastaneleri ¹	87.2	84.8	82.5	78.1	78.7
Üniversite hastanesi	7.4	11.6	7.3	15.3	14.8
Özel hastaneler	5.4	3.6	10.2	6.6	6.5
Toplam	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

¹ Devlet hastaneleri ve SSK hastaneleri

Tablo-II.6: 1993-2001 yılları arasında Kocaeli ilinde yeşilkart için başvuran ve alan kişi sayıları ve yıllar içindeki değişimi

Yıllar	Yeşilkarta başvuran kişi sayısı	Yeşilkart verilen kişi sayısı	Başvuranları da değişim (%)	Başvuranlara verilme yüzdesi (%)
1994	23361	18907	-	80.9
1995	11146	9283	-52.3	83.3
1996	10607	8521	-4.8	80.3
1997	10302	8660	-2.9	84.1
1998	11452	8433	11.2	73.6
1999	11043	9553	-3.6	86.5
2000	20765	17537	88.0	84.5
2001	26696	24147	28.6	90.5

Tablo-III.1 : Tekele ait 2000-2001 yılları sigara ve içki satışlarının yıllık yüzde değişimleri

	2000	2001	Yıllık Yüzde Değişim (%)
Satılan İçki (Şişe/Yıl)	1903612	1757119	-7.7
Satılan Sigara (Paket/Yıl)	1628199	1639239	0.7

Tablo-III.2: Yıllara göre ucuz ve pahalı sigara satışları ve değişim yüzdeleri

Paket/Yıl	2000	2001	Yıllık Yüzde Değişim (%)
Toplam Satılan "Ucuz" Sigara*	759040	874369	15.2
Toplam Satılan "Pahalı" Sigara**	869159	764870	-12.0

(*) Ucuz Sigara olarak Maltepe ve Samsun sigaraları.

(**) Pahalı Sigara olarak Tekel 2000, Tek-el 2000 Kısa ve Tekel 2001 sigaraları alınmıştır.

ANKARA İL MERKEZİNDE BULUNAN SAĞLIK OCAKLARINDA YAZILAN REÇETELERİN AKILCI İLAÇ KULLANIMI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr.Salih MOLLAHALILOĞLU* Dr.Özlem COŞKUN* Prof.Dr.Sabahat TEZCAN**

* S.B., Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü

** H.Ü., Halk Sağlığı Anabilim Başkanlığı

ÖZET

AMAÇ : Ankara il merkezindeki sağlık ocaklarında görev yapan hekimlerin akılcı ilaç kullanım boyutunun belirlenmesi konusunda kesitsel nitelikte bir durum saptama araştırması planlanmış ve uygulanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM : İl merkezinde olan tüm sağlık ocakları bağlı oldukları sekiz ilçeye göre gruplandırılmıştır. Tabaka ağırlıklı rasgele örneklem yöntemiyle sağlık ocakları seçilmiştir. Araştırmaya katılma boyutu ise hedeflenen 900 reçete örneğinde 858 reçete (% 95.3) olmuştur.

BULGULAR : Sağlık ocaklarından reçete alan hastaların % 73.3'ünün sosyal güvencesi vardır. Reçetelerdeki farklı tanımlı hastalık gruplarına göre kodlandıktan sonra; % 30.3'ünün enfeksiyon hastalığı, % 24.8'inin solunum yolu, % 12.8'inin KVS ile ilgili reçete olduğu görülmüştür. Reçete başına yazılan ortalama ilaç sayısı 3.0'dır. SSK'lı hastalara en fazla (% 25.3) üç ilaç, kamu çalışanlarına en fazla (% 34.5) dört ilaç, Bağkur'lulara en fazla (%41.8) dört ilaç yazılırken, E.Sandığı na bağlı hastalara en fazla (26.4) beş ve üstü ilaç, yeşil kart ve özel sigortası olanlara da en fazla (% 27.3) iki ilaç yazılmıştır. Bir reçetenin ortalama maliyetinin bugünkü maliyetiyle 33.450.000 TL (22.3 \$) olduğu hesaplanmıştır.

SONUÇ : Bu çalışma göstermektedir ki; örnekte çıkan sağlık ocaklarında hastalıklar yaklaşık 1.5-14 kat daha pahalıya tedavi edilmektedir. Bu da ilaca harcanan paranın büyük bir kısmının gereksiz yere harcandığı anlamına gelmektedir. Ayrıca önemli bir başka sorunda gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde ilaç harcaması genel sağlık harcamasının % 10-15'ini oluştururken, ülkemizde % 45'ler civarında olduğudur. Bu çalışmada aynı tanıyı almış iki reçeteye yazılan ilaçların hastanın sosyal güvencesine göre farklı olması; hem etik açılarından hem de eşitlik açısından ciddi bir sorundur. Örneğin; berzer tanı aldıkları halde emekli sandığı mensubunun ortalama reçete maliyeti, yeşil kartlıya göre tam üç katına devlete mal olmaktadır.

Anahar kelimeler: ilaç, akılcı ilaç kullanımı, sosyal güvence.

GİRİŞ VE AMAÇ

İlaç, hastalıkların tanı ve tedavileri, hastaların yakınmalarını hafifletme, hastalıklardan koruma, ya da fizyolojik olayları düzeltmek amacıyla insan ve hayvanlarda kullanılan her türlü kimyasal bileşim olarak tarif edilmiştir. (1)

Günümüzde ilaç, sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez bir parçasıdır. Doğru tanıyla birlikte uygulanan tedavi kişileri iyileştiren, yanlış tedavi de kişilerin iyileşememesine, tekrar farklı bir tedavinin uygulanmasına hatta her ilacın toksik bir madde olması gerçeğiyle ölümlüne bile sebep olabilmektedir. Örneğin; ABD'de hastane başvurularının % 8'ini istenmeyen ilaç reaksiyonları oluşturmakta ve bu nedene bağlı ölümler sayıyı yılda 150 bin kişiye yaklaşmaktadır. Fransa'da ise tüm zehirlenmelerin yaklaşık yarısı ilaç kullanımına bağlı zehirlenmelerdir. (2)

Ülkemizde de ilaç tüketimi ciddi bir sorundur. Sağlık ocaklarında tıbbi ve teknik olanakların sınırlılığı, günümüzün hasta trafiği içerisinde daha çok yakınmaların giderilmesine yönelik yaklaşımın uygulanmasına neden olabilmektedir. Ayrıca halk

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

ocaklarına başvuran hastaların kendilerine ilaç yazılması beklentisinin çok yüksek olması hekimler için ayrı bir sorun oluşturmaktadır.

Ülkemizde ilaç masrafları Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı, Bağ-Kur, Kamu Kurum ve Kuruluşları ile bir kısım özel sandıklar Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu (yeşil kart) tarafından sağlanmaktadır. Hastalar sadece belirli bir katkı payı ödemekle birlikte, ülkemizde ilacın genel sağlık harcamaları içerisindeki payı gelişmekte olan ülkelerden bile fazladır. Avrupa ülkelerinde sağlık harcamalarının genelde % 10-15 arası ilaç harcamasına giderken bu durum ülkemizde çok yüksektir. 1998 yılı verilerine göre toplam sağlık harcamalarının: Sosyal Sigortalar Kurumu'nda % 47'sini, Emekli Sandığı % 57'sini, Bağ-Kur % 61'ini, Bakanlıklarda çalışan memurlarda % 55'ini ilaç harcamaları oluşturmuştur. 2000 yılında ülkemizin ilaç harcamasının yaklaşık olarak tüketici fiyatlarıyla 4.5 milyar dolar (5.3 katrilyon TL) olduğu düşünülecek olursa, ilacın hem sağlık hizmetlerinde hem de ülke ekonomisindeki önemi daha kolay anlaşılacaktır.⁽³⁾ Burada sorgulanması gereken konu ilaç harcamalarının genel sağlık hizmetleri içerisindeki yüksek oranı olduğu kadar yazılan ilaçların rasyonelliğidir. Örneğin Almanya'da reçetelere yazılan ilaçların üçte birinin gerekliliğinin tartışılır olduğu saptanmıştır.⁽⁴⁾ Hekimlerin hastalarına yazdıkları ilaçlar konusunda ne kadar ve düzenli bilgi verdikleri de ayrı bir tartışma konusudur. Bu sorun sadece ülkemizde değil gelişmiş ülkelerde de bulunmaktadır. Örneğin Hollanda'da hekime başvuran iki hastadan sadece birine ve ortalama olarak 2 kalem ilaçtan daha az ilaç yazıldığı halde, hekimin muayenesinden çıkan hastaların yarısından azı ilacı nasıl kullanacağını bilememektedir.

Hem ilaç kullanımında ve tüketiminde hekimlerin belirleyici bir yerinin olması, hem de ilacın önemli bir pazar olması nedeniyle hekimlerin tercihlerini etkilemeye yönelik olarak ilaç şirketlerinin "tanıtım-promosyon" çalışmalarını gündeme getirmektedir. Bu tanıtım-promosyonun basit bir kalemde yurtdışı gezilerine, cep telefonu kampanyasından farklı hediyelere kadar değişmekteğini zaman zaman gazetelerde öğrenmekteyiz. Ülkemizde ise promosyon harcamaları ilaç satışlarının % 5'ini geçmeyecek diye bir sınırlama olmasına karşın, bu konuda denetimin neredeyse hiç olmaması ve var olan somut gerçekler nedeniyle bu harcamaların % 5'in çok üstünde, % 15 civarında olduğunu söylemek yanlış olmazdır.⁽⁵⁾ Ülkemiz ilaç endüstrisinde çalışanların sayısı yaklaşık 14 bin iken, bu sektörde 5 bin civarında yani ilaç sektöründe çalışanların % 35'i kadar tıbbi temsilci çalışmaktadır.⁽⁶⁾ Yalnızca tıbbi temsilcilerin yıllık ücret tutarlarının ve çalışmalarının maliyeti göz önüne alındığında bile, ilaç tanıtım çalışmalarının maliyetinin bahsedilen % 5 oranını geçtiği rahatlıkla söylenebilir.

Promosyon faaliyetleri içerisinde tartışılması gereken bir konu da ilaç firmalarının tanıtım ve ilaç eğitimi kapsamında yaptıkları promosyondur. Bu durum sadece gelişmekte olan ülkeler için değil, bir çok yönüyle gelişmiş ülkeler için de geçerlidir. Kanada'da yapılan bir araştırmaya göre, yeni ilaçlarla ilgili bilgilendirme hekimlerin % 82'si için ilaç şirketleri temel kaynaklardır.⁽⁷⁾ Bu ülkede hekimlerin yılda ortalama 1.5 kez sürekli tıp eğitimi faaliyetlerine katılırken, 2.5 kez ilaç şirketlerinin tanıtım faaliyetlerine katılmakta ve hekimlerin ancak üçte biri kendi ilaç bilgisini çağdaş ve yeterli görmektedir.

Bu anlamda ilaçların akılcı(rasyonel) bir şekilde kullanılmaması genel bir sorun olarak karşımıza çıkmakta ve bu konuda programların geliştirilmesini zorunlu hale getirmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 1985 Nairobi toplantısında Akılcı İlaç Kullanımı; "kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilacı, uygun süre ve dozajda, en düşük fiyata ve kolayca sağlayabilmeleri" olarak tanımlanmıştır. Özellikle ilaç yazma yetkisine sahip hekimlerin ilaç bilgisi, hastaya yaklaşımı ve bu konuda yaşanan sorunların saptanması gerekmektedir. Bu nedenle Ankara il merkezindeki sağlık ocaklarında görev yapan hekimlerin akılcı ilaç kullanım boyutunun belirlenmesi konusunda 2000 yılı içerisinde kesitsel nitelikte bir durum saptama araştırması planlanmıştır ve uygulanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma üç kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısımda örnekleme çıkan sağlık ocaklarında çalışan hekimlere anket uygulanmış, ikinci kısımda bu sağlık ocaklarında aynı gün kendisine reçete yazılmış hastalarla muayene odasından çıkar çıkmaz yüz yüze anket yapılmış, üçüncü kısımda da bu sağlık ocaklarında yazılan reçeteler derlenerek değerlendirilmiştir. Bu metinde örnekleme çıkan sağlık ocaklarında çalışan hekimlerin yazdıkları reçetelerin sonuçları olacaktır.

Araştırmanın evreni Ankara il merkezinde bulunan merkez sağlık ocaklarıdır. Örnekleme birimi olarak "sağlık ocağı" alınmıştır. Bu araştırmada temel amaç il merkezinde bulunan merkez sağlık ocaklarında yazılan reçetelerin değerlendirilmesi olduğundan, örnekleme sayısı belirlenmede reçete sayısı temel alınmıştır. Herbir sağlık ocağında alınacak reçete örneğini saptamak için öncelikle il merkezinde olan tüm sağlık ocakları bağlı oldukları sekiz ilçeye göre gruplandırılmıştır. Ocaklarda yazılan günlük reçete sayısı eşit olmadığı için ocakların tabaka ağırlığı bulunmuştur. Daha sonra herbir ilçeye ocaklar, kendi içerisinde günlük reçete sayısı 30'dan az olanlar, 30 – 59 arası olanlar ve 60 ve üzeri olanlar olmak üzere üç grupta sınıflandırılmıştır. Herbir sınıftan birer sağlık ocağı rasgele yöntemle seçilmiştir. Böylece her ilçede her tabakadan toplam 26 sağlık ocağı seçilerek bu çalışma gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılma boyutu ise hedeflenen 900 reçete örneğinde 858 reçete (% 95.3) olmuştur.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Reçete alan hastaların % 39.6'sı erkek, % 60.4'ü kadındır. Reçete alanlardan % 32.3'ünün 15-49 yaş grubunda, % 21.2'sinin 0-5 yaş grubunda, % 20.5'ini 50-64 yaş grubunda, % 15.0'inin 65 yaş üstü, % 11'inin de 6-14 yaş grubunda olduğu bulunmuştur.

Reçete alan hastaların % 73.3'ünün sosyal güvencesi vardır. Reçete alan hastaların % 47.5'inin Emekli Sandığı, % 26.2'sinin Bağkur, % 15.7'sinin SSK, % 8.8'inin Kamu çalışanı ve % 1.8'inin özel sigorta kapsamında olduğu bulunmuştur. Hastaların % 61.4'ü ilk muayene sonrası, % 28.7'si reçete tekrarı (Rpt), % 8.6'sı kontrol sonucu reçete almıştır.

Reçete alma nedeni 0-5 yaş grubunun % 88.5'inde, 6-14 yaş grubunun % 93.7'sinde, 15-49 yaş grubunun % 71.1'inde ilk muayene sonrası iken, 50-64 yaş grubunun % 58.0'inde, 65 ve üstü yaş grubunun % 65.9'unun da reçete tekrarı olmuştur.

Reçete yazılma nedenleri arasında ilk muayene sonrası reçete yazılan hastaların yizdesi diğer yazılma nedenlerinden daha yüksektir. Bağkur'luların % 13.3'ü, E.Sandığı hastalarının % 10.7 kontrol sonucu reçete almışlardır. Reçete tekrarı (Rpt) ilaçların % 50.8'i E.Sandığı, % 41.9'u Bağkur'lulara aittir. Özel sigortalı hastaların tamamı ilk muayene sonrası reçetelerini almışlardır.

Reçetelerdeki farklı tanımlar hastalık gruplarına göre kodlandıktan sonra; % 30.3'ünün enfeksiyon hastalığı, % 24.8'inin solunum yolu, % 12.8'inin KVS ile ilgili reçete olduğu görülmüştür.

İlaçların % 22.4'ünün analjezi/antipiretik/antiinflamatuvar, % 18.8'inin solunum sistemi, % 18.0'inin antibiyotik ilaçlar olduğu saptanmıştır. Bunları KVS ilaçları ve vitaminler takip etmektedir.

Reçetelerdeki ilaçlar uygulama şekillerine göre incelendiğinde: %55.0'nın tablet/kapsül, % 26.1'inin şurup/süspansiyon/sprey, % 26.1'inin toz ihal, % 2.8'inin enjeksiyon olduğu saptanmıştır. İlaç uygulama şeklinin yaş gruplarıyla uyumlu olduğu (çocuklarda şurup vb. yazımı) saptanmıştır.

Hastalara yazılan herbir reçetede en az bir tane, en fazla sekiz tane ilacın bulunduğu saptanmıştır. Reçete başına yazılan ortalama ilaç sayısı 3.0'dır. Reçetelerin % 11.8'ine bir ilaç, % 24.6'sına iki ilaç, % 26.3'üne üç ilaç, % 25.5'ine dört ilaç, % 11.3'üne beş ilaç yazılmıştır.

0-5 yaş grubuna en fazla (% 33.5) iki ilaç, 6-14 yaş grubuna en fazla (% 35.1) iki ilaç, 15-49 yaş grubuna (% 26.7) en fazla üç veya dört ilaç yazılırken, % 50-64 yaş grubuna (% 25.6) dört ilaç, 65 ve üstü yaş grubuna (% 41.9) dört ilaç yazıldığı bulunmuştur. Ayrıca reçetesine beşten fazla ilaç yazılan grubun sadece 65 ve üstü yaş grubu olduğu görülmüştür.

SSK'lı hastalara en fazla (% 25.3) üç ilaç, kamu çalışanlarına en fazla (% 34.5) dört ilaç, Bağkur'lulara en fazla (%41.8) dört ilaç yazılırken, E.Sandığı'na bağlı hastalara en fazla (26.4) beş ve üstü ilaç, özel sigorası olanlara da en fazla (% 27.3) iki ilaç yazılmıştır.

Bir reçetenin ortalama maliyetinin bugünkü maliyetiyle 33.450.000 TL (22.3 \$) olduğu hesaplanmıştır. Yıllar arasında karşılaştırma yapılabilmesi için maliyetler TL aynı zamanda \$ bazında da verilmiştir. Sosyal güvenceye göre ortalama maliyet aşağıdaki gibidir:

Tanı bazında reçete maliyetleri de bu çalışmada çıkarılmış olup, bazı hastalıkların maliyetleri aşağıda verilmiştir:

Yukarıda verilen hastalıkların altın standart tedavileri farmakoloji ve klinik uzmanlar tarafından Genel Koordinatörlüğümüzün akilci reçete yazımı (farmakoterapi) eğitimleri için belirlenmiştir. Bu çalışmada hipertansiyon ve DM altın standartı henüz belirlenmediği için verilmemle birlikte, geliştirilen tanı ve tedavi rehberleri çerçevesinde bu altın standartlar verilebilecektir. Burada önemli sonuç, bu çalışma göstermektedir ki bu sağlık ocaklarında hastalıklar yaklaşık 1.5-14 kat daha pahalıya tedavi edilmektedir. Bu da ilaca harcanan paranın büyük bir kısmının gereksiz harcaıldığı anlamına gelmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık Ocaklarında yazılan reçetelerin detaylı olarak incelenebilmesi için araştırma için özel olarak reçete formu oluşturulmuştur. Reçeteye yazılan ilaçlar yanında sigortalı olma durumu, tanı, yaş cinsiyet vb. noktalar da sorgulanmıştır. Bu çerçevede incelendiğinde sağlık ocaklarından ağırlıklı olarak sosyal güvenceye sahip kişilerin faydalandıkları görülmektedir. Sıralamada çocuklar, daha sonra doğurganlık dönemindeki kadınlar ve yaşlılar sağlık ocağını kullanmaktadırlar. Yaşlılar daha çok reçete tekrarı için sağlık ocaklarına başvurumaktadırlar.

Yazılan ilaçlar incelendiğinde sağlık ocağına başvuran yaş grubuna uygun olarak analjesikler, solunum yolu ilaçları, antibiyotikler, kardio-vasküler ilaçlar ve vitaminler en fazla yazılan ilaç gruplarıdır.

Reçete başına yazılan ilaç sayısı kişilerin sosyal güvencesiyle tamamen uyumludur. E.Sandığı mensuplarına 5 kalem ilaç yazılırken, Bağ-Kur karnelerine en fazla 4 kalem ilaç yazılabileceğinden 4 adet, yeşil kartlılar ise eğer yardımlaşma fonundan para bulamazsa ceplerinden ödeyeceklerinden bir kalem ilaç yazılmaktadır. Sosyal güvence kurumlarının getirdiği sınırlamaya uygun olarak kalem ilaç yazıldığı göz önüne tutularak ve reçetelerin daha detaylı incelenmesi sağlanarak eğer gereksiz yazıma neden oluyorsa bu sınırlamaların tekrar gözden geçirilmesi gerekmektedir.

Bir reçetenin ortalama maliyetinin 33.450.000 TL (22.3 \$) olduğu hesaplanmıştır. Başka bir çalışmada sağlık ocağına gitme oranı 2.2 bulunduğu dikkate alınır, çıkan maliyetin ülkenin genel ilaç giderleriyle uyumlu olduğu ortaya çıkmaktadır. Ancak buradaki sorun gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde ilaç harcaması genel sağlık harcamasının % 10-15'ini oluştururken, ülkemizde neden % 45'ler civarında olduğudur. Ayrıca aynı tanıyı almış iki reçeteye yazılan ilaçların hastanın sosyal güvencesine göre farklı olması; hem etik açısından hem de eşitlik açısından ciddi bir sorundur. Örneğin benzer tanı aldıkları halde emekli sandığı mensubunun ortalama reçete maliyeti, yeşil kartlıya göre tam üç katına devlete mal olmaktadır.

Reçetelerin tanıya göre maliyetleri ile konunun uzmanlar tarafından ve bilimsel çerçevede oluşturulan altın standartların maliyetleri arasında çok fazla fark bulunmaktadır. Bu gereksiz yere pahalıya tedavi yaptığımızı ve kaynakları boşa harcadığımızı göstermektedir ki, ekonomik kriz içinde bulunan ülkemiz için bu son derece kaygı verici bir durumdur.

Genel sağlık sigortasına geçilmesi, ilaç yazımı ve tüketiminin denetlenmesi için elektronik enformasyon sisteme geçilmesi durumunda gereksiz ve pahalı ilaç tüketiminde azalma olacağı düşünülebilir.

Kaynak:

1. Kayaalp, S.O., Rasyonel Tedavi Yöründen Tıbbi Farmakoloji.
2. World Health, Mart-Nisan 1992.
3. Tokat M., Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1998, S.B. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü,2000.
4. Şemin S., 1998. Sosyal ve Ekonomik Yönleriyle İlaç, TTB Yayını.
5. İlaç Endüstrisi İşverenleri Sendikası. Faaliyet Raporu 1996. İstanbul 1997.
6. Şemin S., Toplum Sağlığı Açısından İlacın Öteki Yüzü. Toplum ve Hekim,1993; 56; 42-62.
7. Anderson M., Lexchin J. Strategies for Improving Prescribing Practice. Canadian Medical Association Journal, 1996;154.

Sosyal güvence şekli	Ortalama Maliyet	
	T.L.	\$
E.Sandığı	45.000.000	30.0
Bağkur	38.400.000	25.6
SSK	32.100.000	21.4
Kamu Çalışanı	30.450.000	20.3
Özel	22.650.000	15.1
S.Güvencesi Yok	16.350.000	10.9
Yeşil Kart	15.300.000	10.2

* Araştırmanın yapıldığı 12 Mayıs 2000 tarihinde 1 US \$ = 619.000 TL'dir. Şu andaki maliyetini hesaplayabilmek için, 1 US \$ = 1.500.000 TL olarak kabul edilerek reçete maliyetleri güncellenmiştir.

Hastalığın Tanısı	Ortalama Reçete Maliyeti
-------------------	--------------------------

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

	T.L.	\$*	Altın Standart Tedavi Maliyeti (\$)*	% Fark
Sinüzit	57.900.000	38.6	8.4	+ 360
Otitis Media	31.950.000	21.3	4.9	+ 335
Romatoid Art.	31.500.000	21.0	1.4	+ 1400
A.Tonsilit	24.450.000	16.3	2.6	+ 527
A. Sistit	24.300.000	16.2	12.7	+ 91
Hipertansiyon	49.800.000	33.2	Belirlenmedi	-
Diabet	34.650.000	23.1	Belirlenmedi	-

* Araştırmanın yapıldığı 12 Mayıs 2000 tarihinde 1 US \$ = 619.000 TL'dir. Şu andaki maliyetini hesaplayabilmek için, 1 US \$ = 1.500.000 TL olarak kabul edilerek reçete maliyetleri güncellenmiştir.

UYGULAMA SAĞLIK OCAKLARINDA DÖNER SERMAYE UYGULAMASININ POLİKLİNİK HİZMETİNE YANSIMASI

Doc.Dr. Mehmet BOSTANCI

Yrd.Doç. Aysun ÖZŞAHİN

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - DENİZLİ

Sağlık ocakları halka temel sağlık hizmeti sunan birinci basamak sağlık kuruluşlarıdır. Sağlık ocaklarının temel amacı sağlık hizmetlerinin halkın ayağına götürülmesi ve ücretsiz sunulmasıdır. Vatandaşın hekim ve hizmet seçme durumunda karşılığını ödemesi bu güne kadar uygulanan yöntemdir. Sağlık Bakanlığı 1 Mayıs 2002 tarihinden başlayarak birinci basamaktaki sağlık personelinin ücretlerini iyileştirmek amacıyla "döner sermaye işletmesi"ni uygulamaya koymuştur. Bu uygulamanın halkın sağlık hizmetini talebini uzun sürede daha açık olarak görmek mümkün olacaktır. Sağlık personelinin gelir durumuna etkisini ve iyileşen gelir durumunun(!) sağlık hizmetlerine etkisini daha ileriki dönemlerde değişik gözlem ve ölçüm araştırma yöntemleri ile değerlendireceğiz.

Bu çalışmada intern eğitimi uygulaması yapılan Denizli'deki 5 merkez sağlık ocağında, 2001- 2002 yıllarına ait Nisan ve Mayıs aylarının poliklinik sayılarını kıyaslayarak poliklinik hizmetini etkisini saptamaya çalıştık.

Poliklinik sayıları Nisan 2001(6810)'den Nisan 2002(8688)'ye %27,6(1878) artarken; Mayıs 2001(9015)'den Mayıs 2002(7116)'ye %21,1 düşmüştür. 2001 yılı Nisan(6810) ayından Mayıs(9015)'a % 32,4 artarken; 2002 yılı Nisan(8688)'den Mayıs(7116)'a %18,1 azalmıştır. 2002 yılındaki poliklinik sayısının Nisan'dan Mayıs'a artışı, 2001 yılı ile aynı olacağı(%32,4) varsayılarak yapılan hesaplamada poliklinik sayısının 11503 olması beklenirken, 7116 olarak gerçekleşmiş ve poliklinik sayısındaki düşüş %50,5(11503-8688=4387) olarak hesaplanmıştır.

Sonuç olarak birinci basamak sağlık hizmetlerindeki döner sermaye uygulaması 1 aylık uygulama sonunda poliklinik sayısında önemli bir düşüşe neden olmuştur. Diğer hizmetlerin ayrıca değerlendirilmesi gerekir. Ayrıntılı çalışmalar yapılarak sonuca göre uygulamanın gözden geçirilmesi uygun olur.

AnahtarKelimeler : Poliklinik hizmeti, Döner sermaye uygulaması, Sağlık ocağı

AİLE REİSLERİNİN SAĞLIK OCAĞINA İLİŞKİN BİLGİ TUTUM VE DAVRANISLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Veşile ŞENOL* Demet ÜNALAN* Melis NAÇAR** Yusuf ÖZTÜRK** Fevziye ÇETİNKAYA**

* Erciyes Üniversitesi Halil Bayraktar Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu

** Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Bu çalışmada, Kayseri ili Hisarcık Sağlık Ocağı bölgesinde yaşamakta olan aile reislerinin sağlık ocağı hizmetleri hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının ortaya çıkarılması amaçlanmıştır. Araştırma verileri Ev Halkı Tespit Fişlerinden % 15 sistematik örnekleme yöntemi seçilen 198 aile reisine yüz yüze anket yöntemi uygulanarak toplanmıştır.

Örnekleme kapsamındaki her beş aile reısından birisi, kendisinin veya aile üyelerinden birisinin rahatsızlandığında öncelikle sağlık ocağına başvurduklarını ifade etmişlerdir.

Sağlık ocağına en sık başvuru nedenleri arasında üst solunum yolu enfeksiyonu, en az başvuru ise ishal, kızamık, sarılık gibi çocuk hastalıkları bulunmaktadır. Sağlık ocağı aile reisleri tarafından koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetlerini birlikte sunan bir kurum olarak algılanmıştır. En çok bilinen sağlık ocağı hizmetleri aşılama ve hasta muayenesi hizmetleri iken, en az bilinen hizmetler gıda ve konut kontrolü gibi hizmetlerdir.

Aile reislerinin yarısından fazlası ocak personelinin halka karşı tutumundan, ilgisinden, ocağın genel temizlik ve düzeninden ve ocağındaki işlem akış hızından memnun olduklarını ifade etmişlerdir.

Anahtar kelimeler: Sağlık ocağı, aile reisleri, bilgi, memnuniyet.

GİRİŞ VE AMAC

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi ancak, sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliğini artırarak gerçekleştirilecek bir hedeftir. (1). Ülkemizde Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası ile uygulama alanına giren sağlık ocakları, koruyucu ve iyileştirici hizmetleri bir arada sürdüren ilk basamak sağlık örgütleridir. Koruyucu hizmetlerin sürdürülmesi daha çok sağlık örgütünün çabası ile olurken tedavi edici hizmetlerin kullanılması, daha çok hasta kişilerin taleplerine bağlıdır (2).

Yapılan çeşitli araştırmalar kişilerin gerek kendi bilgi tutum ve inançlarından, gerekse içinde yaşadığı toplumun sosyo-ekonomik ve kültürel yapısından kaynaklanan birçok etkenin sağlık hizmetlerini kullanmayı etkilediğini ortaya koymuştur (3). Toplum hekimliği ilkelerine göre uygulanan sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinde temel birim olarak alınan aileden sorumlu olan aile reislerinin sağlık ocağı ve hizmetleri konusundaki bilgilerinin yetersiz olması sağlık hizmetinin kullanımını etkileyen faktörlerden biridir (4). Ailedeki hastalık ve sağlık anlayışı aile reisine göre yorumlanmakta ve ailedeki tüm bireylerin sağlık ile ilgili davranışları aile reisine bağlı olmaktadır. Ayrıca yaş, cinsiyet, medeni durum, yerleşim birimi, eğitim, gelir düzeyi, meslek, sosyal güvence, kullanıcıların sağlık durumu, sağlık hizmeti sunan kurumun hane halkına uzaklığı, sağlık hizmetinin türü ve tüketicilerin sağlık hizmetlerinin etkinlik ve kalitesi hakkındaki düşünceleri sağlık hizmetlerinin kullanımını etkileyen faktörlerdir.

Bu çalışmanın amacı; sağlık ocağı hizmetlerinden yararlanma konusunda aile reislerinin bilgi, tutum ve davranışlarını saptamak, sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını olumlu veya olumsuz yönde etkileyen faktörleri saptamak ve çözüm önerileri üretmektir.

YÖNTEM

Bu çalışma, Mayıs-Haziran 2001 tarihleri arasında Kayseri İlinde bir kırsal alan sağlık ocağı olan Hisarcık sağlık ocağında yapılmıştır.

Çalışma örnekleme, sağlık ocağı Ev Faklı Tespit Fişlerinden %15 sistematik örneklemeye yöntemi ile 2000 aile reısından 198'i alınmıştır. Aile reislerine, sosyo demografik özellikler ile ilgili tanımlayıcı bilgiler ve sağlık ocağı hizmetlerinden yararlanma ve memnuniyet düzeylerini belirleyen 38 soruluk anket formu, yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayarda değerlendirilerek, istatistiksel analizde, ki-kare testi kullanılmıştır. Aritmetik ortalamalar standart sapma ile birlikte gösterilmiştir.

BULGULAR

Araştırma grubundaki aile reislerinin yaş ortalaması 41.5±6.2 olup, % 46.0'ı 40-49, % 40.9'u 30-39 yaş grubundadır. Aile reislerinin % 95'i erkek % 5'i kadın; % 50.4'ü ilkökul, % 45.6'sı ortaokul ve üzeri öğrenim durumuna sahiptir.

Aile reislerinin büyük bir çoğunluğunu (%62) işçi ve işçi emeklilerinin oluşturduğu, % 13.4'ünün sosyal güvencesinin olmadığı, sosyal güvencesi olanlarda ise en fazla oranı (% 62.9) SSK'lıların oluşturduğu görülmektedir. Grubun gelir ortalaması 94.9±49.6 milyon olup, % 35 gibi büyük bir kısmı asgari ücretin altında aylık gelire sahip olduklarını ifade etmişlerdir.

220 milyon üzerinde aylık geliri olanların oranı ise % 4'tür. Aile reislerinin % 81.3'ü dört ve daha fazla kişiden oluşmaktadır. Hane halkı büyüklüğü ortalama 5.1±1.2'dir.

Aile reislerinin seçtikleri sağlık kuruluşunu tercih nedenleri incelendiğinde; sağlık ocağını tercih edenlerin % 58'i ulaşım kolaylığı nedeniyle, devlet hastanesine gidenlerin % 48'i ve SSK hastanesine başvuranların ise % 73'ü sosyal güvenceleri gereği bu kurumları seçmişlerdir.

Aile reislerinin sağlık ocağı hizmeti olarak ilk sırada tanımladıkları aşılara bilme durumları; incelendiğinde; kızamık, çocuk felci ve karma aşının en çok bilinen aşılarda olduğu belirlenmiştir.

Araştırma grubundaki aile reislerine en fazla bilinen aşı kızamık, en az bilinen aşı ise hepatit-B'dir. Aile reislerine çocuklarınıza bu aşılarda yapılmayı düşünür müsünüz? şeklinde bir soru yöneltilindiğinde; % 96.0'ından "evet düşünürüm" yanıtı alınmıştır.

Aile reislerinin % 55'i sağlık ocağında bir hasta için gerekli laboratuvar hizmetlerinin verildiğini belirtmiştir. İdrar tahlili en fazla, dışkıda parazit aranması ise en az bilinen tetkik olmuştur. Aile reislerine yöneltilen "ailemizden kimler daha çok sağlık ocağına geliyor?" Sorusuna alınan yanıtlar sırasıyla "çocuklarımız (%49.7), eşim (%21.9) ve kendim (%12.2)" olmuştur. Bunu % 9.9 ile "aile büyükleirim ve % 6.3 ile yakın akrabalarım" yanıtları izlemiştir.

Aile reislerine sağlık ocağında ortalama bekleme süresi sorulduğunda; % 47'si "yarım saatten az", % 43'ü "yarım- bir saat arası", % 10'u ise "bir saatten fazla" cevabını vermiştir.

Aile reislerinin sadece % 13.6'sı sunulan hizmetlerin yeterli olduğunu belirtmiştir. Gerek kendisi gerekse aile üyelerinden birinin sağlık ocağı muayenesi neticesinde herhangi bir yataklı tedavi kurumuna sevk edildiğini bildiren aile reisi oranı % 23'tür.

Aile reislerinin % 39'u sağlık ocağı hizmetlerine ve kararlarına destek olduklarını belirtmişlerdir. Ocak hizmetlerini destekleyen aile reislerinin yarısından fazlası para yardımı, yaklaşık dörtte biri ise işgücü yardımı önermektedirler.

TARTIŞMA

Sağlık hizmetlerinden yararlanma durumunun belirlenmesinde, eğitim düzeyi, sosyal güvence, sosyo-ekonomik durum, sağlık kurumlarına ulaşılabilirlik ve bu kurumlarla sunulan hizmetlerin kapsamı ve niteliği gibi faktörler rol oynamaktadır (5).

Araştırma grubundaki aile reislerinin yaklaşık 1/5'i ilk başvuru yeri olarak sağlık ocağını tercih etmektedir (Tablo 1). Bu oran ülke genelindeki sağlık ocaklarına başvuru oranından (%25.9) düşüktür (6).

Sağlık ocağına başvuranların % 58'i ulaşım kolaylığı nedeniyle, devlet hastanesine başvuranların % 48'i ve SSK hastanesine başvuranların ise % 73'ü sosyal güvenceleri gereği bu kurumları seçmişlerdir. Sosyal güvencesi olanların sağlık ocağı yerine bağlı buldukları kuruluşu ilk olarak tercih ettikleri çeşitli çalışmalarda da tespit edilmiştir (5,7). Çünkü, SSK sağlık ocaklarında yazılan reçeteleri kabul etmemekte, hastalar ilaçlarını alabilmeleri için mutlaka bir SSK'ya ait sağlık kuruluşlarına başvurmak zorunda kalmaktadırlar.

Aile reislerinin sosyal güvence dışında; sağlık ocağına gümeme nedenleri arasında sırayla, araç-gereç yetersizliği, çalışanların ilgisizliği, sağlık ocağının uzaklığı gibi faktörler yer almaktadır (Tablo 2). Bosanac'a göre (8), sağlık sisteminden yararlanmada halkın karar vermesini ve tıbbi bakım sistemini kullanmasını etkileyen en önemli faktörlerden biri ulaşılabilirliktir. Sağlık hizmetleri için standardı ulaşım süresi 30 dakikadır. Çalışmamızda aile reislerinin yarıya yakınının evlerinin sağlık ocağına olan uzaklığı 500 metre olmasına rağmen, bu mesafenin uzak olarak nitelendirilmesi uzaklığın izafi bir kavramı olmasına bağlanabilir.

Aşılar ve hasta muayenesi hizmetlerinin ilk sıralarda bilinen hizmetler olması, aile reisleri tarafından, sağlık ocaklarının koruyucu ve tedavi edici hizmetleri bir arada sunan bir kurum olarak algılandığını göstermektedir. Ayrıca gebelik kontrolü, sağlık çocuk muayenesi ve ilkyardım gibi hizmetlerin en çok bilinen hizmetler arasında olması aile reislerinin, sağlık ocaklarının öncelikli

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

görevinin "koruma" olduğu bilincine ulaştıklarını göstermektedir (Tablo 3). Bununla birlikte, Kayseri bölgesinde yapılan benzer bir araştırmada aile reislerinin % 68.3'ü sağlık ocaklarının sadece iyileştirici hizmet sunduğunu belirtmişlerdir(9). Aile reislerince en az bilinen sağlık ocağı hizmetleri arasında gıda (% 28.3) ve konut sağlığı (%33.3) kontrolü, suların klorlanması (%37.9) gibi hizmetler yer almaktadır. Sağlık ocakları ve belediyelerce ortak yürütülen bu hizmetlerin öncelikle belediyelerin görevi olması, sağlık ocağı personelinin bu konuda sadece danışmanlık görevi yapması, bu görevlerin genellikle belediyeler tarafından sunulan hizmetler olarak algılanmasına yol açmıştır. Sağlık ocağı hizmetlerinden 15- 49 yaş evli kadın izlemi en az bilinen hizmetler arasında yer almaktadır (Tablo 3). Oysaki aile reisleri sağlık ocağı hizmetlerinden en çok yararlanan grubun çocukları ve eşleri olduğunu belirtmişlerdir.

En fazla yaptırılan aşı % 85.8 ile kızamık, en az yaptırılan aşı ise % 69.1 ile hepatit-B aşısı olmuştur (Tablo 4). Verem aşısı hariç, sağlık ocağında yapılan DBT, polio ve kızamık aşılarında sağlanan bağışıklama oranları ülke genelindeki aynı aşılarla ait bağışıklama oranlarından daha yüksektir (10). Bunun nedeni, aşılama hizmetlerinin sağlık ocağının ücretsiz hizmetleri arasında yer alması ve aile reislerinin aşılama konusunda duyarlılığının yüksek olmasına bağlanabilir.

Çalışmamızda, aile reisleri ülkemiz genelinde yapılan araştırma sonuçlarına benzer şekilde sağlık ocağı hizmetlerinden en çok çocuklarının (% 49.7) yararlandıklarını ifade etmişlerdir (7,11).

Aile reislerinin sağlık ocağı hizmetleri ile ilgili memnuniyetsizlikleri irdelendiğinde: % 28.8'i ocakta yeterli ilgi gösterilmediğini, % 25.8'i sordukları sorulara "yeterli" yanıt alamadıklarını, % 52.3 hastalıklarının "tedavileri için gereken her şeyin yapıldığına" inanmadıklarını, % 60'ı sunulan hizmetin "yeterli olmadığını", iyileştirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Bu sonuçlar bize, ocak personelinin davranış tarzının değiştirilmesini ve mesleki bilgi, beceri düzeylerinin geliştirilmesi, hasta ve hasta yakınlarının yapılan işlemler konusunda bilgilendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Aile reislerine doktorun yanına girinceye kadar ocakta bekledikleri tahmini süre, % 47'si "yarım saatten az", % 43'ü "yarım- bir saat arası", % 10'u ise "bir saatten fazla" cevabını vermiştir. Aile reislerinin % 47'si ocakta yapılan işlemlerin hızını "uygun", % 39'u "yavaş" bulduklarını belirtmişlerdir. Bu konuda "kararsız" olanlar ise % 14'tür. Ülkemiz genelinde ise sağlık ocağına muayene için başvuran bir bireyin ocakta geçirdiği süre ortalama olarak 47 dakikadır (6). Görüldüğü gibi aile reislerinin sağlık ocağındaki işlem akış hızı ile ilgili "uygun" tanımları ülkemiz genelindeki süreden daha kısadır.

Gerek kendisi gerekse aile üyelerinden birinin sağlık ocağı muayenesi neticesinde herhangi bir yataklı tedavi kurumuna sevk edildiğini bildiren aile reisi oranı % 33'tür ve bu sonuç Günay ve Ark.'nın (12) yaptığı çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Araştırma kapsamındaki bireylerin % 49'u ocak hizmetlerinden memnun olup, % 83'ü ocak personelinin halka karşı tutumunu "olumlu" bulmuştur. Kişilerin % 57'si "evde uygulanacak tedavi konusunda yeterli bilgi" verildiğini, % 66'sı ocağın genel temizlik ve düzenini "yeterli" bulduğunu belirtmiştir. Bununla birlikte sağlık ocağı hizmetlerinden memnuniyet oranı ulusal düzeyde saptanan oranlardan daha düşük bulunmuştur (6).

KAYNAKLAR

1. Dünya Sağlık Örgütü 30.'uncu Genel Kurul Kararı .WHO s 30-43
2. Bilir N. Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmayı Etkileyen Bazı Etmenler . Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni Yıl : 5. Ekim 1984. Sayı:4.
3. Çelik Y. Health Production Function and Demand for Health Care : An Application to Turkey DHS .PhD Thesis . Hacettepe University Institute of Health Sciences. Ankara, 1998 .
4. Bumin MA: "Etimesgut Sağlık Ocağı Bölgesinde Halkın Sağlık Durumu ve Sağlık Ocağı Hizmetleri Konusundaki Bilgisine İlişkin Araştırma Raporu".(çoğalılmamış Uzmanlık Tezi. Hacettepe Üniv.Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı. 1974.
5. Beşer E, Çan G. Temel sağlık hizmetlerinin kullanımı ve bunu etkileyen bazı faktörler. IV. Ulusal halk sağlığı kongre Kitabı 244-6.
6. Sağlık Bakanlığı Proje Koordinatörlüğü. Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Sağlık Ocakları, 1992.
7. Karababa AO: Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Oturanların Başvurdukları Sağlık Kuruluşlarının Değerlendirilmesi. 1989 Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 28(5) : 2317-25
8. Bosanac EM, Parkinson RC, Hall DS. Geographic Access to Hospital Care:A 30 Minute Travel Time Standart. Medical Care. 7(14): 616-9.
9. Çetinkaya F, Öztürk Y, Günay O. Sağlık Ocağı Hizmetlerinden Yararlanmada Aile Reisinin Eğitiminin Rolü. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 1993;2: 81-98
10. Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Macro International Inc. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998. Ankara 1999.
11. Şahin M, Eğri M. Malatya İli Yeşilyurt İlçesinde Halkın Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Durumu Ve Etkileyen Faktörler. Toplum ve Hekim Dergisi. Eylül –Ekim 1998.
12. Günay O, Kışoğlu A. Isparta İlindeki Sağlık Ocaklarının Tanı ve Tedavi Olanakları. Beşinci Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı. Çukurova Üniv.Tıp Fak. 14-18 Nisan 1998, Adana.

Tablo 1. Araştırma Grubunun Hastalandıkları Zaman İlk Başvurdukları Sağlık Kuruluşu

İlk Başvurulan Kurum (n=198)	Sayı	%
SSK	112	56.5
Sağlık Ocağı	42	21.2
Devlet Hastanesi	27	13.6
Özel Doktor	14	7.1
Tıp Fakültesi	3	1.6

Tablo 2. Araştırma Grubunun Sağlık Ocağını Tercih Etmeme Nedenleri

Tercih Etmeme Nedeni (n=156)	Sayı	%
Araç-gereç yetersizliği	53	34.0
Çalışanların İlgisizliği	48	30.7
Uzak olması	38	24.4
Güvenmeme	17	10.9

Tablo 3. Araştırma Grubunun Sağlık Ocağında Sunulan Sağlık Hizmetlerini Bilme Durumları

Hizmetler (n= 198)	Bilenler	
	Sayı	%
Aşı	168	84.8
Hasta muayenesi	167	84.3
Gebelik Kontrolü	152	76.8
Sağlam çocuk muayenesi	146	73.7
İlk yardım	144	72.7
Enjeksiyon- Pansuman	135	68.2
Aile Planlaması	127	64.1
Çevre sağlığı	88	44.4
15-49 yaş kadın izlemi	77	38.9
Sularda klor ölçümü	75	37.9
Konut sağlığı kontrolü	66	33.3
Gıda kontrolü	56	28.3

Tablo 4. Araştırma Grubunun Sağlık Ocağında Yapılan Aşıları Bilme Durumları

Aşılar (n= 198)	Biliyor	
	Sayı	%
Kızamık	179	90.4
Çocuk Felci	175	88.4
DBT	174	87.9
Verem	157	79.3
Hepatit- B	116	58.9

Tablo 5. Araştırma Grubunun Çocuklarını Aşılatma Durumlarına Göre Dağılımı

Aşılar (n=198)	Sayı	%
Kızamık	170	85.8
Verem	165	83.3
DBT	159	80.3
Çocuk Felci	157	79.3
Hepatit- B	137	69.1

Tablo 6. Araştırma Grubunun Sağlık Ocağında Yapılan Laboratuar Tetkiklerini Bilme Durumları

Lab.Tetkiki (n=198)	Biliyor	
	Sayı	%
İdrar Tahlili	155	78.3
Gebelik Testi	148	74.7
Kan Tahlili	144	72.7
Dışkıda Parazit	124	62.6

Tablo 7. Araştırma Grubunun Sağlık Ocağına Başvuru Nedenleri

Başvuru Nedeni (n=198)	Sayı	%
Ü.S.Y.E. Sinüzit	144	72.7
Enjeksiyon. aşı, tahlil	126	63.6
Kronik Hastalıklar(diabet, kalp hastalığı v.b)	60	30.3
Baş. bel. karm. romatizma ağrısı	59	29.8
Ağız ve Diş sorunları	26	13.1
Kazalar ve Yaralanmalar	16	8.1
Çocuk hastalıkları (kızamık, sarılık v.b)	14	7.1
İshalli hastalıklar	14	7.1

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Tablo 8. Araştırma Grubunun Sağlık Ocağı Hizmetlerinden Memnun Olma Durumları

Hizmetler (n=198)	Sayı	%
Olumlu yaklaşım	163	82.8
Temizlik ve düzen	131	66.2
Sorulara yeterli cevap alabilme	113	57.1
Açıklama yapılması	112	56.9
İlgilenme	104	52.5
Sağlık ocağının tüm hizmetleri	97	49.0
İşlemlerin hızı	92	46.5
Tam ve uygun tedavi	58	29.4
Yeterli hizmet	27	13.6

Tablo 9. Araştırma Grubunun Sağlık Ocağı Hizmetlerini Destekleme Yöntemleri

Destek yöntemi (n =77)*	Sayı	%
Para bağıışı, yardım sandığı	51	66.3
Emek gücü yardımı	18	23.3
Araç- gereç yardımı	5	6.5
Kararlara katılım konusunda halkı bilinçlendirme	3	3.9

*Sağlık ocağı hizmet ve kararlarını desteklemeyenler hariç tutulmuştur.

KAYSERİ'DE 15-49 YAŞ GRUBU KADINLARIN SAĞLIK OCAĞI'NA BAKIŞ AÇILARI

Melis NAÇAR*

Fevziye CETİNKAYA*

Yusuf ÖZTÜRK*

* Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Bu çalışmada, Kayseri ilinde 15-49 yaş grubu kadınların sağlık ocaklarından yararlanmaları, verilen sağlık hizmetlerinden memnun olma durumlarını ve hizmetle ilgili beklentilerini, saptamak amaçlanmıştır.

Çalışma, 2002 yılında Kayseri İli'nde ikisi kentsel, biri kırsal olmak üzere üç sağlık ocağı bölgesinde anket yöntemi ile 390 kadın üzerinde yapılmıştır.

Kadınların % 12.6'sı hangi sağlık ocağına bağlı olduğunu bilmemektedir. Araştırma grubunun % 59.2'si sağlık ocağında verilen hizmetlerin yeterli olduğunu düşünmektedir. Verilen hizmetlerden tanı-tedavi ve aşılama daha çok, aile planlaması, gebelik bakımı ve laboratuvar tetkiki daha az oranda bilinmektedir. Kadınlar, sıklıkla aşı, hastalık tanı ve tedavisi, enjeksiyon/pansuman için sağlık ocağına gittiklerini belirtmişlerdir. Aile planlaması hizmeti almak için sağlık ocağına gidenlerin oranı oldukça azdır. Kadınların % 64.4'ü sağlık ocaklarından memnun olduğunu belirtmiştir. Eğitim düzeyi düşük ve kırsal bölgede oturan kadınlarda sağlık ocaklarından memnun olma oranı daha yüksektir. İlgili görme, evinin yakınlığı ve kolay muayene olma memnun olma nedenleri arasında, uzman hekim yokluğu, ilgi görmeme ve ücret alınması memnun olmama nedenleri arasında sıklıkla ifade edilmiştir. Beklentiler arasında, daha çok laboratuvar tetkiki yapılması, çalışanların kişilere daha iyi davranması, hizmetlerin ücretsiz olması ve beklemek istememe yer almaktadır. Kişilerin %52.8'i hastalık halinde sağlık ocağını tercih edeceğini belirtirken, her türlü imkanın olması durumunda bu oran % 1.8'e düşmektedir. Kadınların en az memnun oldukları hizmetlerin başında aile planlaması hizmetleri gelmektedir. Araştırma grubunun % 78.7'si sağlık ocaklarında ücret alınmamasını; % 65.4'ü 24 saat açık olmasını istemişlerdir.

Sonuç olarak, sağlık ocağı hizmetlerinin arzulanan düzeyde olmadığı görülmüştür. Sağlık ocaklarında daha çok laboratuvar tetkiki yapılması, çalışanların hastalara daha iyi davranması, daha çok ilgilenmesi, hizmetlerin ücretsiz olması ve çalışanların güler yüzlü olması hizmet kalitesinin ve sağlık ocaklarından yararlanmayı artıracaktır.

Anahtar kelimeler: Sağlık ocağı, kadınlar, beklenti, memnuniyet

GİRİŞ VE AMAÇ

Birçok araştırma sonuçlarına göre sağlık ocaklarına başvuranların yaklaşık dörtte üçünü kadın ve çocukların oluşturduğu saptanmıştır (1-3). Başvuranların önemli bir bölümünü oluşturan bu grubun beklentilerini karşılamak, kaliteli ve etkin bir şekilde hizmet sunmak temel amaç olmalıdır.

Ülkemizde 224 sayılı yasa ve 154 sayılı yönetmeliğine göre halkın hemen hemen tüm sağlık gereksinimlerinin sağlık ocaklarında karşılanması gerekmektedir (4-5). Ancak sağlık ocaklarından yeterli ölçüde yararlanılmadığı bilinmektedir. Çeşitli çalışmalarda (6-9), kişilerin gerek kendi bilgi, tutum, beklentilerinin gerekse içinde yaşadığı toplumun sosyo-ekonomik ve kültürel yapısından kaynaklanan etkenlerin sağlık hizmetlerini kullanmayı etkilediğini ortaya konmuştur.

Kaliteli bir sağlık hizmeti için hizmeti alanların beklentilerinin karşılanması temel öğelerden biridir. Sağlık ocaklarından beklentilerin bilinmesi, sağlık yöneticilerine sunulan hizmeti değerlendirme, kaynakları etkin ve verimli kullanma imkanı sağlayacaktır. Sağlık ocakları, reçete tekrarlarının, istek üzerine sevklerin yapıldığı kurumlar olmaktan çok, sağlık sorunlarının çözümlendiği yerler olmalıdır.

Bu çalışmada, Kayseri ilinde 15-49 yaş grubu kadınların sağlık ocaklarından yararlanmalarını, verilen sağlık hizmetlerinden memnun olma durumlarını, ne tür hizmetler beklediğini saptamak, sağlık ocağı hizmetlerinin etkin ve verimli sunulması için yapılabilecek çalışmalara yardımcı olmak amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Bu çalışma, 2002 Şubat ayı içerisinde Kayseri İli'nde ikisi kentsel, biri kırsal olmak üzere üç sağlık ocağı bölgesinde yürütülmüştür. Bölge nüfusu 38600 olup, 15-49 yaş kadını sayısı 8400'dür. Üç sağlık ocağı bölgesine bağlı sağlık evleri küme birimi olarak alınmış, seçilen 15 ebe bölgesindeki ev halkı tespit fişlerinden tespit edilen 15-49 yaş kadınlardan 1/20 sistematik örnekleme ile 420 kadın belirlenmiştir. Anketi kabul etmeme, adres değişiklikleri ve göç gibi nedenlerle 30 kadına ulaşılamamıştır. Ulaşma oranı, % 92.8'dir.

Eğitilmiş intern doktorlarca, 29 sorudan oluşan anket formları yüz yüze görüşme tekniği ile doldurulmuştur. Ankette, tanımlayıcı bilgiler, sağlık ocağında verilen hizmetleri bilme durumu, sağlık ocağına genellikle hangi araçla gittiği, gitmiyorsa nedenleri, sağlık ocağından memnun olma ve olmama nedenleri, beklentiler, ebeğin hizmetlerinden memnuniyeti, sağlık ocaklarında ücret alınması ve mesai saatleri konusunda ne düşündüğü ile ilgili sorular yer almıştır.

Veriler SPSS 10.0 programı kullanılarak bilgisayara girilmiş, istatistiksel analizde ki-kare testi kullanılmıştır, p<0.05 değeri anlamlı kabul edilmiş, aritmetik ortalamalar standart sapma ile birlikte gösterilmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya 390 kadın alınmış olup, yaş ortalaması, 32.21±9.01'dür. Araştırmaya alınanlardan 240 kadın kentsel alanda (% 61.5), 150 kadın kırsal alanda (% 38.5) oturmaktadır. Kadınların % 79.7'si sağlık ocağına 0-1 kilometre, % 20.3'ü bir kilometreden fazla uzaklıkta oturmaktadır. Kadınların % 9.7'si okur-yazar değil, % 1.8'i okur-yazar, % 64.6'sı ilkökul mezunu, % 23.8'i ortaokul ve üzeri okul mezunu olup; öğrenim süresi ortalaması 5.86±3.25 yıldır. Kadınların % 86.4'ü evli, % 12.6'sı bekar, % 1.0'ı dul idi. Büyük çoğunluğu (% 89.7) ev hanımıdır.

Araştırma grubuna alınan kadınların % 75.9'u çekirdek, % 10.3'ü geniş aileye mensuptur. Kadınların % 42.3'ü SSK, % 19.7'si. Bağ-Kur, % 13.1'i emekli sandığına bağlıdır, % 8.2'sinin yeşil kartı vardır, % 16.7'sinin ise sosyal güvencesi yoktur.

Kadınların % 87.4'ü hangi sağlık ocağına bağlı olduğunu, % 63.6'sı sağlık ocağında kendilerine ait kayıtların olduğunu bilmektedir. Araştırma grubunun % 59.2'si sağlık ocağında verilen hizmetlerin yeterli olduğunu, % 24.9'u kısmen yeterli olduğunu, % 15.9'u ise yetersiz olduğunu düşünüyordu. Kadınların % 94.1'i daha önce en az bir kez sağlık ocağına gitmiş olup, son bir yılda, sağlık ocağında muayene olma ortalaması 3.41±2.91 idi. Sağlık ocağına hiç gitmeyen 23 kadının gitmeme nedenlerine bakıldığında birinci sırada başka bir sağlık kuruluşunu tercih etme (% 86.9), ikinci sırada bağlı olduğu sosyal güvence (% 30.4) gelmektedir. Üç kişi ise (% 13.0) ihtiyaç duymadıkları için gitme iklerini ifade etmişlerdir.

Kadınların % 87.8'i çocuğunun aşısı, % 82.8'i hastalık tanı ve tedavisi, % 58.8'i enjeksiyon/pansuman için sağlık ocağına gittiklerini belirtmişlerdir. Evli olan kadınların yalnızca % 41.5'i sağlık ocağına aile planlaması hizmeti almak için gittiklerini ifade etmişlerdir.

Araştırma grubundaki kadınların % 64.4'ü sağlık ocaklarından memnun olduğunu, % 24.3'ü ise kısmen memnun olduğunu, % 11.3'ü memnun olmadığını ifade etmişlerdir.

İlkokul ve altı eğitime sahip olan kadınlar ortaokul ve üzeri eğitime sahip olanlara göre, kırsal alanda yaşayanlar kentsel alandakilere göre sağlık ocağından daha fazla oranda memnundurlar.

Kişilerin % 52.8'i hastalık halinde sağlık ocağını tercih edeceğine belirtirken, her türlü imkanın olması durumunda bu oran % 1.8'e düşmektedir.

Kadınların en az memnun oldukları hizmetlerin başında aile planlaması hizmetleri gelmektedir. Araştırmaya alınan kadınların % 61.3'ü gebe izlemlerinin evde, % 30.8'i sağlık ocağında, bebek izlemlerinin % 54.6'sı evde, % 37.4'ü sağlık ocağında, aşılanmanın % 46.7'si evde, % 45.6'sı sağlık ocağında yapılmasını istemektedirler.

Araştırma grubuna sağlık ocaklarında ücret alınıp alınmaması konusundaki düşünceleri sorulduğunda % 78.7'si ücret alınmaması, sağlık ocağının mesai saatleri konusundaki düşünceleri sorulduğunda ise % 65.4'ü 24 saat açık olmalı diye cevap vermişlerdir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Sağlık hizmetlerinde çok önemli bir yere sahip olan sağlık ocaklarının bu fonksiyonunu yeterince yerine getirdiği söylenemez.

Kadınların sağlık ocağına bağlı olduğunu bilmemesi, hizmetlerden yararlanmasını engellemektedir. Araştırma grubuna alınan kadınların % 12.6'sı hangi sağlık ocağına bağlı olduğunu bilmemektedir. Kayseri'de yapılan bir çalışmada (10) ailelerin % 14.0'ının bağlı olduğu sağlık ocağını bildiği saptanmıştır. Sağlık hizmetleri denildiğinde kişilerin aklına tedavi edici hizmetler gelmektedir. Nitekim, sağlık ocaklarında verilen hizmetlerden tanı-tedavi hizmetleri en fazla oranda (%94.4) bilinmektedir. Yine, sağlık ocaklarındaki aşılama hizmetleri daha çok bilinmekte iken, aile planlaması, gebelik bakımı ve laboratuvar tetkiki daha az oranda bilinmektedir (Tablo 1). Bir çok çalışmada da benzer bulgular elde edilmiştir (10-11). Bu durum yeterli eğitim ve tanıtım yapılmaması yanında bu hizmetlerdeki aksaklıklardan da kaynaklanabilir.

Ülkemizde modern aile planlaması kullanma oranı oldukça düşüktür. Bunun nedenleri incelendiğinde, kadınların genellikle yöntemleri bildiği fakat, bunları nasıl elde edebileceklerini bilmedikleri görülmektedir(12). Bu da sağlık ocaklarının aile planlaması hizmeti verme konusunda yeterince tanıtılmadığını düşündürmektedir. Rahim içi araç, kombin oral kontraseptifler ve kondom daha çok bilinmekte iken, aile planlaması danışmanlığının verilmesi çok az oranda bilinmektedir (Tablo 2).

Sağlık ocaklarına başvuru nedenleri içerisinde, aşılanmanın birinci sırada geldiği, daha sonra ise tanı-tedavi, enjeksiyon/pansuman hizmetlerinin yer aldığı görülmektedir. Diğer hizmetlerden yararlanma oldukça azdır.

Araştırma grubundaki kadınların % 64.4'ü sağlık ocaklarından memnun olduğunu, % 11.3'ü memnun olmadığını, % 24.3'ü ise kısmen memnun olduğunu ifade etmişlerdir. Sağlık hizmetlerinin kalitesi söz konusu olduğunda, hasta memnuniyeti temel basamaklardan birini oluşturmaktadır. Başvuranların çoğunluğu sağlık ocaklarında kendilerine sunulan hizmetlerden genelde memnun kaldıklarını söylemekte olup, bu oran başka araştırmaların sonuçlarından daha yüksek bulunmuştur (13-14).

Araştırma grubuna alınan kadınlardan kırsal bölgede oturanlar ile ilkökul ve altı eğitime sahip olanlar sağlık ocağından daha fazla memnun iken; yaş ve meslek memnun olma durumunu etkilememektedir. Düşük eğitim düzeyindeki kadınların memnuniyet düzeyleri daha yüksektir (Tablo 3).

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Sağlık ocağından memnun olma nedenleri arasında ilk üç sırayı ilgilenilmesi, evine yakın olması ve kolay muayene olması gelirken, memnun olmama nedenleri arasında uzman hekim olmaması, ilgilenilmemesi ve ücret alınması olarak tespit edilmiştir (Tablo 4). Bir çalışmada: ilgi, bilgilendirme, sağlık kuruluşlarının güvenilirliği, profesyonel yeterlilik, fazla bekleme ve bürokratik işlemlerin varlığı, ulaşılabilirlik, hijyen, teknolojik alt yapı gibi fiziksel özelliklerin hasta memnuniyetini etkileyen faktörler arasında olduğu saptanmıştır (14).

Sağlık ocakları, hastalık durumunda ilk tercih edilen kurum iken (% 52.8); her türlü imkanın varlığında ise bu oran % 1.8'e düşmektedir (Tablo 5). Her türlü imkanın varlığında, ilk sırada özel doktor-hastaçe, ikinci sırada Tıp Fakültesi Hastanesi gelmektedir. Bu durum daha önce yapılmış çalışmalarla da uyumludur (11,13). Bunun nedeni, özel doktorun daha fazla ilgi göstereceğini düşünülmesidir. Başvurana karşı saygı, anlayış ve doğru bilgi verme başarılı bir hizmet sunumunun özellikleridir. Nitekim, kişiler hastane ve sağlık ocaklarındaki hekimlerce hem muayene hem de hastalık ve ilaç kullanımı konusunda bilgilendirilmelerini istemektedirler. Tıp fakültesi hastanesinde uzman doktorların hastalığına daha iyi tanı konup tedavi edilebileceğini düşüncesi Tıp Fakültesi'nin tercih edilmesinde önemli rol oynayabilir. Nitekim, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne başvuranların birinci tercih nedeni daha iyi hizmet almaktır (15).

Aşırı sevk ve reçete yinelenmesi sorunu ancak laboratuvar kullanımı ile desteklenen nitelikli birinci basamak sağlık hizmetiyle çözülebilir. Araştırma grubuna alınan kadınlar sağlık ocaklarına başvurduklarında beklentiler içerisinde ilk sırada daha çok laboratuvar tetkiki yapılmasını (% 78.7) istemektedirler (Tablo 6). Benzer bulgular Edirne sağlık ocaklarında yapılan çalışmada da elde edilmiştir (16). İzmir'de yapılan bir çalışmada, sağlık ocağı laboratuvar olanaklarının geliştirilmesi ile birinci basamak sağlık kuruluşlarına olan başvuruların anlamlı bir biçimde yükseldiği ve halkın sağlık ocaklarına olan güveninin arttığı saptanmıştır (17).

Beklentiler arasında, çalışanların kişilere daha iyi davranması, hizmetlerin ücretsiz olması, beklemek istememe yer almaktadır (Tablo 6). Yapılan araştırmalarda hastaların memnun olmama nedenleri arasında en sık doktoru bekleme süresinin uzun olması gelmektedir (7-9). Bekleme süresinde duyulan memnuniyetsizlik, küçük kuruluşlar için de geçerlidir. Tolat İlinde yapılan bir çalışmada da benzer bulgular saptanmıştır (11).

Çalışmamızda ebe hizmetlerinden memnun olanların oranı, arzulanan düzeyde değildir (Tablo 7). Kadın ve çocuk sağlığında, aile planlaması hizmetlerinde, sağlık ekibinin en önemli üyesi ebelerdir. Bu nedenle ebe ve kadın arasında iletişimin iyi olması, kadınların ebenin verdiği hizmetlerden memnuniyetinin yüksek olması hizmetten yararlanma açısından önemlidir.

Sonuç olarak, sağlık ocaklarından yararlanmayı arttırabilmek için, daha çok laboratuvar tetkiki yapılması, çalışanların hastalara daha iyi davranması ve daha çok ilgilenmesi yanında ülkemizde sağlık hizmetlerinin temel taşı olan sağlık ocaklarının, fiziki alt yapı, teknik donanım ve nitelikli insan gücü açısından çok daha iyi bir şekilde desteklenmesi hizmet kalitesini ve sağlık ocaklarından yararlanmayı arttıracaktır.

KAYNAKLAR

1. Bertakis KD, Azari R, Helms LJ, Callahan EJ, Robbins JA. Gender differences in the utilization of health care services. *J Fam Pract* 2000; 49(2): 147-152.
2. Kılıç B. Gölbaşı Bölgesindeki sağlık başvuruları ve bunu etkileyen etmenler. *Toplum ve Hekim*, 1996; 11(74): 2-10.
3. Ministry of Health, Turkey, Health Project General Coordination Unit. Health Services Utilization Survey in Turkey, Ankara, Turkey, 1995.
4. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Mevzuatı, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Kanun no: 224. Hacettepe Yayın Birliği. Ankara 1987. ss 216-223.
5. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. Ankara 2001. ss 70-72.
6. Andersen R, Newman JF. Social and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1973; 51: 95-124.
7. Kaya S. Ankara metropolitan alanında sağlık bakım hizmetlerinin potansiyel ve gerçekleşen kullanılabilirliği. *Toplum ve Hekim* 1996;11(71): 2-4.
8. Grimsno A, Siem H. Factors affecting primary health care utilization. *Fam Pract* 1984;1(3): 155-161.
9. Nemet GF, Bailey AJ. Distance and health care utilization among the rural elderly. *Soc Sci Med* 2000; 50(9): 197-208
10. Çetinkaya F, Öztürk Y, Günay O. Sağlık ocağı hizmetlerinden yararlanmada aile reisi eğitiminin rolü. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 1993; 2: 81-98.
11. Usta İ, Çetinkaya F. Seçilmiş ilçe merkezinde sağlık hizmetlerinin kullanımı. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 1999;8(1-2): 6-15.
12. Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Macro International Inc. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998. Ankara 1999.
13. Soyer A. Bir araştırma nedeni ile sağlık hizmetlerinin kullanımı ve sağlık ocakları. *Toplum ve Hekim* 1998; 13(5): 362-263.
14. Hall J, Doman M. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc.Sci.Med*, 9(27): 935-939.
15. Turan N, Saltık A, Turan N. Trakya Üniversitesi Hastanesi ve Edirne Devlet Hastanesine başvuran hastaların sosyo-demografik özellikleri ve hizmet istemiyle ilgili etmenler. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, 12-16 Eylül 1994, Didim, ss 194-198.
16. Ekuklu G, Saltık A, Erdoğan S. Edirne'de sağlık ocaklarında sunulan birinci basamak sağlık hizmetlerinin durumu. VI. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı Adana, 1998:157-165.

17. Eser E. Teknolojik olanakların halkın sağlık ocaklarına olan talebine etkisi. III. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Özet Kitabı: Ankara 1992 s 72.

Tablo 1. Araştırma Grubunun Sağlık Ocaklarında Verilen Hizmetleri Bilme Durumu

Hizmetler (n=390)	Sayı	%
Hasta ve yaralıların tedavisi	368	94.4
Bazı laboratuvar hizmetleri	218	55.9
Aşılama hizmetleri	364	93.3
Enjeksiyon-pansuman	337	86.4
Gebe ve çocuk bakım hizmetleri	317	81.3
Aile planlaması hizmetleri	245	62.8
Evlerin su, tuvalet ve çöplerin kontrolü	16	4.1
Eğitim ve bilgilendirme	67	17.2

Tablo 2. Araştırma Grubunun Sağlık Ocaklarında Verilen Aile Planlaması Hizmetlerini Bilme Durumu

Aile Planlaması Hizmetleri (n=390)	Verildiğini bilenler	
	Sayı	%
Rahim içi araç	227	58.2
Kombine oral kontraseptifler	191	49.0
Kondom	140	35.9
Enjektabl preparatlar	14	3.6
Danışmanlık	12	3.1

Tablo 3. Araştırma Grubunun Çeşitli Özelliklerine Göre Sağlık Ocağından Memnun Olma Durumu

Özellikler	n	Memnun olanlar		x ²	p
		Sayı	%		
Yaş					
15-19	30	17	56.7	1.14	>0.05
20-29	122	78	63.9		
30-39	147	98	66.7		
40-49	91	58	63.7		
Öğrenim durumu					
İlkokulve ↓	297	200	67.3	4.04	<0.05
Orta.ve↑	93	52	55.9		
Meslek					
Ev hanımı	350	227	64.9	0.36	>0.05
Çalışan	90	24	60.0		
Yerleşim yeri					
Kent	240	126	52.5	38.25	<0.001
Kır	150	125	83.3		

Tablo 4. Araştırma Grubunun Sağlık Ocağı Hizmetlerinden Memnuniyet Durumu

Memnun olma nedenleri (n=346)	Sayı	%	Memnun olmama nedenleri (n=139)	
			Sayı	%
İlgileniyorlar	262	75.7		
Evime yakın	258	74.5	Uzman hekim olmaması	85 61.1
Kolay muayene olması	218	63.0	İlgilenilmemesi	68 48.9
İlaç yazılması	201	58.1	Para alınması	24 17.2
Çalışanların güler yüzlü olması	148	42.8	Kötü davranılması	24 17.2
Ücretsiz olması	141	40.7	Kalabalık olması	20 14.4
İyi davranılması	139	40.2	Evine uzak olması	11 7.9
Tanı ve tedavisini iyi olması	104	30.0		
Bedava ilaç verilmesi	24	6.9		

Tablo 5. Araştırma Grubunun Hastalık Halinde İlk Tercih Edeceği Sağlık Kuruluşları

Sağlık kuruluşları	Hastalık halinde ilk tercih edilen kurum		Her türlü imkan olması durumunda ilk tercih edilecek kurum	
	Sayı	%	Sayı	%
Sağlık ocağı	206	52.8	7	1.8
Devlet hastanesi	59	15.1	9	2.3
SSK hastanesi	101	25.9	2	0.5
Tıp Fakültesi hastanesi	7	1.8	110	28.2
Özel doktor veya hastane	17	4.4	262	67.2
TOPLAM	390	100.0	390	100.0

Tablo 6. Araştırma grubuna alınan kadınların sağlık ocağından beklentileri

Beklentiler	Kent (n=240)		Kır (n=150)		Toplam (n=390)		x ²	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Daha çok tetkik	188	78.3	119	79.3	307	78.7	0.05	>0.05
Daha iyi davranma	170	70.8	125	83.3	295	75.6	7.82	<0.01
Ücretsiz hizmet	140	58.3	135	90.0	275	70.5	44.51	<0.001
Güler yüzlü hizmet	124	51.7	116	77.3	240	61.5	25.69	<0.001
Fazla bekleme	108	45.0	118	78.7	226	57.9	42.93	<0.001

Tablo 7. Araştırma Grubunun Ebenin Hizmetlerinden Memnun Olma Durumu (%)

Ebe hizmetleri	Memnun	Kısmen memnun	Memnun değil	Fikri yok
Gebe izlemi	61.0	33.6	5.4	20.0
Bebek izlemi	60.5	37.4	3.6	18.5
Aile planlaması	57.4	31.0	5.9	25.6
Aşılaması	67.9	24.1	1.3	16.7

KAYSERİ İLİNDE EBELERİN GEBE VE BEBEK İZLEMLERİNİN NİCELİK VE NİTELİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Fevziye ÇETİNKAYA* Melis NAÇAR* Ayşegül ASLAN* Yusuf ÖZTÜRK*

* Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Anne ve bebek sağlığının korunması ve geliştirilmesi için öncelikle ebe hizmetlerin önemi büyüktür. Bu çalışmada Kayseri İl'i'nde gebe ve bebek izlem kartlarına göre izlemlerin nicelik ve nitelik açısından yeterliliğini, aynı zamanda kayıtlardaki eksiklikleri ortaya çıkarmak amaçlanmıştır.

Çalışmada 22 ebenin 2001 yılına ait izleme kartlarının tamamı incelenmiş olup, doğum yapmış kadınlara ait 698 "Gebe-Loğusa İzleme Kartı" ve bir yaşını bitirmiş 730 "Bebek İzleme Kartı" değerlendirilmiştir. Aynı zamanda ebelere anket uygulanmıştır. Gebelerin sadece % 45.4'ü ilk trimesterde tespit edilmiştir. İlk trimesterde tespit edilme ve en az beş kez izlenme yeterli izlem olarak kabul edildiğinde yeterli izlenme oranı % 34.7'dir. Sağlık bakanlığınca önerilen uygun aralıklarla izlenen gebelerin oranı çalışmamızda % 18.5'dir. Bölgedeki hizmet süresi 6 yıl ve üzerinde olan, yüksek okul mezunu olan, orta derecede sosyo-ekonomik bölgede çalışan, ve çok katlı bloklara hizmet veren ebelerde yeterli izlem yapma oranı daha yüksektir.

Bebek izlem ortalaması 6.25, uygun aralıklarla izlenen bebek oranı % 32.2'dir. Boy ve ağırlık ölçümleri yüksek oranda yapılmış olmasına rağmen, grafik üzerinde işaretlenme oranı % 14.3 ile oldukça düşüktür. Yüksek okul mezunu, bölgedeki hizmet süresi üç yıldan fazla olan, sosyo-ekonomik düzeyi iyi olan bölgelerde çalışan ve hizmet verdiği bölgede oturan ebelerde 6 ve üzerinde izlem yapma oranı anlamlı ölçüde yüksektir.

Sonuç olarak, ebe hizmetlerinin önemli bir göstergesi olan, gebe ve bebek izlem kartlarına göre izlemlerin nicelik ve nitelik olarak yetersiz olması yanında eksik doldurulduğu, ebelerin kayıtlara yeterince özen göstermediği görülmüştür.

Anahtar kelimeler: Sağlık ocağı, ebeler, gebe izlemleri, bebek izlemleri

GİRİŞ VE AMAÇ

Gebe ve bebek izlemlerinin düzenli ve nitelikli yapılması ülkemizin en önemli sağlık sorunlarının başında yer alan ana ve bebek ölüm hızlarının gereken düzeye inmemesine neden olmaktadır(1-3). Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen anne ve çocuk sağlığına rehberlik yapan "Güvenli Annelik Paketi"nde doğum öncesi bakım ve bebek izlemleri, anne ve bebek ölümlerinin azaltılmasında temel müdahale olarak yer almaktadır(4). Ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin; sağlık eğitimi, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi hizmetlerini de beraberinde getirdiğinden genel halk sağlığı hizmetleri ile katkıda bulunacağı bir gerçektir. Doğum öncesi bakımın bebek ve çocuk sağlığı üzerinde önemli etkilerinin olduğu bilinmesine rağmen, Türkiye'de bu hizmetten yararlanma hala istenilen seviyeye ulaşmamıştır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na göre (2) ülkemizde annelerin ancak % 68.1'i en az bir kez sağlık personelinin doğum öncesi bakım almaktadır.

224 sayılı yasa ve 154 sayılı yönergede (5-6) gebe ve çocuk hizmetlerinin temel sağlık hizmetlerinin sunulduğu sağlık ocaklarında sağlık evi ebeleri tarafından yapılması öngörülmekte ve izlemlerin ne sıklıkta yapılacağı belirtilmektedir.

Sağlık ocaklarında, sağlık evlerinde ya da ev ziyaretleri sırasında gebe ve bebeklere sunulan sağlık hizmetlerini gösteren izlemlerle ilgili kayıtlar bu alanda sunulan hizmetlerin kalitesini ve düzeyini belirleyebilmek için başvurulacak en önemli kaynaklardan olup, hem sağlık ocağı bünyesinde yerel düzeyde kullanılmakta, hem de ulusal çaptaki verilerin kaynağını oluşturmaktadır. Ancak ülkemizde ebeler kayıt ve istatistiklere yeterince özen göstermemekte, kayıtlar gereksiz iş yükü olarak algılanmaktadır.

Bu çalışmada Kayseri İl'i'nde gebe ve bebek izlem kartlarındaki bilgilere göre izlemlerin nicelik ve nitelik açısından yeterliliğini, aynı zamanda kayıtlardaki eksiklikleri ortaya çıkarmak amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Bu araştırma, Kayseri İl'i'nde iki kırsal, üç kentsel olmak üzere beş sağlık ocağında kayıt taraması yoluyla yapılmış retrospektif bir çalışmadır. Çalışmada sağlık ocaklarında ebe bölgeleri küme birimi olarak kabul edilmiş, tesadüfi olarak 22 sağlık evi örnekleme

almıştır. Her bir sağlık evi yaklaşık 2500 nüfusa hizmet vermektedir. Veriler, anket yöntemi ve izlem kartlarının incelenmesiyle toplanmıştır. Çalışmada ebelerin 2001 yılına ait tüm kartları incelenmiş olup, doğum yapmış kadınlara ait 698 "Gebe İzlem Kartı" ve bir yaşını bitirmiş 730 "Bebek İzlem Kartı" değerlendirilmiştir. Ayrıca, ebelere, sosyo-demo grafik özellikleri, hizmet süresi, hizmet ettiği nüfus, hizmet verdiği bölgede oturma durumları ve hizmet verdiği bölgenin yerleşim özelliği ile ilgili soruları içeren anket doldurtulmuştur. Gebeliğin ilk trimesterde tespit edilmesi ve gebenin en az beş kez izlenmesi "yeterli gebe izlemi", bebeklerin altı ve üzerindeki izlenmesi de "yeterli bebek izlemi" olarak kabul edilmiştir (10). Gebelerde ilk 12 haftada bir kez, 24, 28, 32, 36, 39, haftalarda olmak üzere toplam 6 kez olması "gebelerde uygun izlem aralığı"; bebeklerde doğumdan sonraki ilk 48 saatte bir kez, 15. Günde bir kez, 41. Günde bir kez, 2.4.6.9.12. aylarda beş kez olmak üzere toplam 8 kez olan ası "bebekte uygun izlem aralığı" kabul edilmiştir.

Veriler bilgisayarda SPSS 10.0 programı ile değerlendirilmiş, istatistiksel değerlendirmelerde Chi-kare testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Araştırmada 698 gebeye ait gebe kartı (% 67.9'u kentsel alan, % 32.1'i kırsal alan) ve 730 bebeğe ait bebek izlem kartı (% 62.8'i kentsel alan, % 37.2'si kırsal alan) değerlendirilmiştir.

Gebelerin % 45.4'ü ilk, % 45.7'si ikinci ve % 8.9'u üçüncü trimesterde tespit edilmiştir. Gebeliğin ilk tespit haftası ortalaması 14.63±7.96, izlem ortalaması 4.85±2.09 ve izlem ortancası 5 olarak saptanmıştır. İlk trimesterde tespit edilmiş olup en ve en az beş kez izlenen gebelerin oranı % 34.7'dir.

Yeterli gebe izlemi yapılmı durumu ebenin mezun olduğu okula, bölgedeki hizmet süresine, bölgenin sosyo-ekonomik durumuna ve yerleşim özelliğine göre farklılık göstermektedir (Tablo 1)(p<0.05). Bu oran kentsel ya da kırsal alanda çalışan, hizmet edilen nüfus ve hizmet edilen bölgede oturma açısından farklı bulunmamıştır (p>0.05).

Çalışmamızda, Sağlık Bakanlığınca ilk 12 haftada bir kez, 24, 28, 32, 36, 39, haftalarda olmak üzere toplam 6 kez olarak önerilen uygun aralıkla izlenen gebelerin oranı % 38.5'dir.

Araştırmamızda, gebeliği boyunca izlem türünün herhangi birinde ağırlığına bakılanlar % 97.5, kan basıncına bakılanlar % 98.1, ödemeine bakılanlar % 88.7, varise bakılanlar % 84.1, idrar tetkiki yapılanlar % 56.4, ÇKS dinlenen % 92.1'dir (Tablo 2).

Gebe izlem kartlarının % 91.2'sinde gebe ik sayısı, % 95.6'sında yaşayan çocuk sayısı, % 91.6'sında düşük sayısı, % 89.2'sinde ölen çocuk sayısı, % 91.2'sinde ölü doğum sayısı, % 84.5'inde kan grubu, % 65.5'inde eşinin kan grubu bilgileri mevcuttur. Gebe kartlarının % 63.4'ünde doktor imzası vardır.

Bebek izlem kartlarının değerlendirilmesi sonucunda, bebeklerde izlem ortalaması 6.25±2.52, izlem ortancası 6 olarak saptanmıştır. Yeterli bebek izlemi olarak kabul edilen 6 ve daha fazla sayıda izlenen bebeklerin oranı % 63.6'dır. Uygun aralıkla izlenen bebeklerin oranı % 32.2'dir.

Yüksek okul mezunu, bölgedeki hizmet süresi üç yıldan fazla olan, iyi derecede sosyo-ekonomik bölgede çalışan ve hizmet verdiği bölgede oturan ebelerde yeterli bebek bakımı verme anlamlı ölçüde yüksektir (Tablo 3) (p<0.05).

Bebek izlem fişlerinin % 93.6'sında anne in öğrenim durumu, % 84.2'sinde doğumun yapıldığı yer, % 83.3'ünde bebeğin doğum ağırlığı, % 78.8'inde doğuma yardım eden kişi, % 76.4'ünde sosyal güvence durumu, % 66.7'sinde bebeğin doğumdaki boyu, % 60.8'inde kan uyumsuzluğu olup olmadığı, % 22.6'sında ailevi özellik olup olmadığı ile ilgili bilgiler mevcuttur. Kartların % 50.7'sinde doktor imzası vardır.

Bebek izlem kartlarında anne ile ilgili bölüm % 56.7, aşılarla ilgili bölüm 75.3 oranında tam doldurulmuştur. Araştırma grubuna alınan bebeklere yapılan aşılarından DBT-Folio % 93.8, BCG % 94.0, Kızamık % 82.2 ve Hepatit B % 75.3 oranında tam olarak doldurulmuştur. Kartlarda en az doldurulan bölüm % 14.3 ile ağırlık çizelgesidir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Doğum öncesi bakım, gebeliğin saptandığı en erken dönemde başlamalı, düzenli aralıklarla annenin gereksinimlerine uygun bir şekilde doğuma kadar sürdürülmelidir. İlk trimesterde antenatal bakım alan kadınlarda çok az veya hiç antenatal bakım görmeyenlere kıyasla daha iyi gebelik sonuçları alınmaktadır (7). Çalışmamızda, birinci trimesterde tespit edilen gebelerin oranı % 45.4 idi. Bu oranın düşük olması, bize 15-49 yaş grubu kadın izlem türünün yeterli yapılmadığını düşündürmektedir. Çalışma grubundaki gebelerin ilk tespit haftası ortalaması 14.63±7.96'dır. Antalya'da yapılan benzer bir çalışmada (8) bu oran 20.3±8.8 hafta olup, % 22.1'i ilk 3 ay içerisinde tespit edilmiştir. Adana'da gebe izlem kartlarından yapılan bir çalışmada (9) ilk üç ay içerisinde gebelerin % 20'sinin tespit edildiği ve ortalama tespit ayının 5.4 olduğu bildirilmiştir. Sağlık Bakanlığının önerilerine göre; normal gebelerde ortalama 6 kez, riskli gebelerde ise daha fazla sayıda gebe izlemi yapılmalıdır. Araştırmamızda ortalama gebe izlem sayısı 4.85±2.092'dir. Antalya'daki çalışmada (8) bu ortalama 3.0±1.9 ile daha düşük bulunmuştur. Çalışmamızda gebe izlem sayısı ortancası 5'dir. Türkiye genelinde 4.2 olan gebe izlem ortancasının bizim çalışmamızda yüksek olmasının nedeni çalışmamın sadece tespit edilmiş olan gebeler üzerinde yapılmış olmasından kaynaklanmaktadır.

Doğum öncesi bakımın kalitesini izlem sayısı kadar, niteliğinin de etkilediği gösterilmiştir (7). Gebe izlem kartları nitelik olarak incelendiğinde gebelerin % 18.5'inin uygun aralıklarla izlendiği, % 34.7'sinin aldığı bakımın yeterli olduğu görülmüştür. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri analiz sonuçlarına göre (10) ebe/hemşireden doğum öncesi bakım alanlarda yeterli bakım alma oranı % 26.0'dır. Bizim çalışmamızda ise bu oran daha yüksektir. Bölgedeki hizmet süresi 6 yıl ve üzerinde olan, yüksek okul mezunu olan, orta derecede sosyo-ekonomik bölgede çalışan, ve çok katlı bloklara hizmet veren ebelerde yeterli izlem yapma oranı daha yüksektir. Bölgede daha fazla çalışan ebenin hizmet verdiği bölgeyi daha iyi tanıyıp benimsediği düşünülebilir. Sosyo-ekonomik durumu iyi olan bölgelerde oturanların, ebeye gelmeyip özel doktora gitmesi daha muhtemeldir. Sosyo-ekonomik düzeyi düşük bölgelerde ise kadınlar öğrenim durumunun düşüklüğü, iletişim eksikliği, parasal imkanlar ve ihtiyaç duymaması nedeniyle yetersiz doğum öncesi bakım alabilirler. Çok katlı bloklarda oturan kadınlarda izlem oranının yeterli olması, ebenin bu kadınlara ulaşmasının daha kolay olmasından kaynaklanabilir. Dağınık yerleşim yerlerinde çalışan ebelerde yeterli izlem yapma oranının anlamlı ölçüde düşük olduğu görülmektedir. Dağınık yerleşim yerlerinde bir ebenin daha az nüfusa hizmet vermesi sağlanarak hizmet açığı kapatılabilir.

Gebelikte tansiyon ölçülmesi ve idrarda protein bakılması eklamsi ve preeklampsinin erken tanı ve tedavisi açısından oldukça önemlidir. Araştırmamızda, gebeliği boyunca kan basıncına bakılanlar % 98.1, ödemeine bakılanlar % 88.7 ve idrar tetkiki yapılanlar % 56.4'dür. Bu oranlar yapılan diğer çalışmalardan daha iyi olmasına rağmen, daha yüksek olması gereklidir (11-12).

Sağlık eğitimi yoluyla gebelerin kendi bakımına aktif katılımı ve bakım sorumluluğunu alması sağlanabilir. Ebeler daha çok beslenme ve doğuma hazırlık konusunda kadınlara eğitim vermişlerdir. Gebeliğin üçüncü trimesterinde sık doğumları önlemek için mutlaka verilmesi gereken aile planlaması eğitimi ise, gebelerin % 61.2'sine verilmiştir. (Tablo 3). Gebelere doktora danışmadan ilaç kullanmaması, hamileliğin özellikle ilk üç ayında röntgen çekilmemesi, sigara ve alkol içmemesi konusunda hiçbir öğüt verilmemiştir. Yapılan diğer bir çalışmada da benzer bulgular tespit edilmiştir (12). Bunun nedeni, ebelerin bu konuların önemini yeterince kavramamış olmaları olabileceği gibi, gebelerin bunları bildiğini varsaymaları veya belki de gebelere bunları söyledikleri

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

halde kartlara işlememiş olmaları olabilir. Nitekim, Ankara'da yapılan bir araştırmada (13), ebelerin sağlık eğitimini plansız bir şekilde yaptıkları ve ebelerin sağlık eğitiminde rollerinin düşük olduğu görülmüştür. Çocukların düzenli izlenmesi sayesinde, çocuğun büyüme ve gelişmesinin takibi, aşılarının yapılması, annenin aile planlaması, çocuk bakımı, emzirme, oral rehidratasyon tedavisi gibi konularda eğitilip desteklenmesi mümkün olabilir. Çalışmamızda bebek izlem ortalaması 6.25 dir. İzlem sayısı yeterliye yakın olarak görülmekle birlikte uygun izlem aralığı olan bebek oranı % 32.2 ile oldukça düşüktür. Bebeğin, 6 ve üzerinde izlenmesi yeterli bakım olarak alındığında, bu oran % 63.6 olarak bulunmuştur. Yüksek okul mezunu olanlarda, bölgedeki hizmet süresi üç yıldan fazla olan, sosyo-ekonomik düzeyi iyi olan bölgede çalışan, hizmet verdiği bölgede oturan ve çok katlı bloklara hizmet veren ebelerde bu oran anlamlı ölçüde yüksektir. Ebeler sıklıkla anne sütü, aşılar ve ek gıdalar konusunda anneleri bilgilendirmişlerdir. Kişisel hijyen, çocuk bakımı ve çocukluk dönemi hastalıkları hakkında bilgi veren ebe oldukça azdır. Büyüme ve gelişmenin değerlendirilmesi için boy ve ağırlık ölçümü yeterli olmayıp, bunların grafik üzerinde işaretlenip değerlendirilmesi gerekir. Oysa, boy ve ağırlık ölçümleri yüksek oranda yapılmasına rağmen, bunların grafik üzerinde işaretlenme oranı düşüktür. İzlem kartlarının doğru ve tam olarak doldurulması, o bölgede sunulan hizmetin planlanması ve değerlendirilmesi açısından önemlidir. Kartlarda kadınların sosyo-demografik özellikleri, doğurganlık ölçütleri, eşinin ve kendinin kan grubu, ailevi özellikler ve kan uyumsuzluğu olup olmadığı ile ilgili bilgiler tam olarak belirtilmemiştir. Edirne'de yapılan bir çalışmada (14) gebe-loğusa izlem işlerinin gebelik ile ilgili bölümleri % 65.9 oranında tam doldurulmuşken, doğumla ve doğan bebekle ilgili bölüm % 55.3 oranında tam doldurulduğu saptanmıştır. (14). Betek izlem kartlarında anne ile ilgili bölüm % 56.7, aşılarla ilgili bölüm % 58.8 oranında tam doldurulmuştur. Gebe ve bebek izlemelerinin nicelik ve nitelik olarak yetersizliğinin nedeni, ebelerin bilgi düzeyleri ve motivasyonları ile ilgili olabileceği gibi, ebelerin denetiminin ocak hekimi tarafından düzenli ve sürekli yapılmaması olabilir. Bu çalışmada gebe kartlarının % 63.4'ünde, bebek kartlarının % 60.7'sinde ocak doktorunun imzası vardı. Edirne'de (14) ve Kayseri'de yapılan başka bir çalışmada (12) benzer bulgular tespit edilmiştir. Tüm kartların ocak doktoru tarafından görülmesi kartlardaki eksik veya yanlışların düzeltilmesi yanında hizmet içi eğitim amacını da gerçekleştirecektir. Ancak hekimlerin ebe ve hemşirelerle genellikle sadece poliklinik hizmeti sırasında işbirliği yaptığı ve hizmet içi eğitim görevlerini yapmadıkları bir çok çalışmada ortaya çıkarılmıştır (15-16). Sonuç olarak çalışmamızda, izlemelerin nicelik ve nitelik açısından arzulanan düzeyde olmadığı görülmüştür. Bununla birlikte kayıt yetersizlikleri ve eksiklikler mevcuttur. İzlemelerin amaca uygun şekilde yapılabilmesi ve beklenen yararın elde edilebilmesi için ebelerin bu konuda daha bilinçli ve istekli olması konusunda motive edilmesi ve denetlenmesi sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Mihçioğur S, Akın A. Dünya'da ve Türkiye'de anne ölümleri. Sağlık ve Toplum 1998;8(3-4):12-18
2. Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Macro International Inc. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998, Ankara 1999.
3. WHO. Health Care in Pregnancy. In: Erica Royston eds. Preventing Maternal Deaths. WHO, Geneva 1989:161.
4. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. Güvenli Annelik Eğitimi. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı Yayınları, No 18, İstanbul 1996, ss 1-2.
5. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Mevzuatı, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Kanun no: 224. Hacettepe Yayın Birliği. Ankara 1987. ss 216-23.
6. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. Ankara 2001. ss 70-72
7. Osborn AC, Singh VK, Ratnam SS. Antenatal Care: When, Where, How and How Much. High Risk Mothers and Newborns. Swtzerland, 1987, pp 287-302.
8. Etiler N, Aktekin MR, Çapar H. Antalya Kent Merkezindeki bir sağlık ocağı bölgesinde doğum öncesi bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi. Sağlık ve Toplum 2000;10(3):41-45.
9. Ağrıdağ G, Alpaslan ZN, Apan E. Doğum öncesi bakım hizmetlerinde gebe-loğusa izleme fişi bilgilerinin değerlendirilmesi: İzlem içeriğinin yeterliliği. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Didim, 1994:253-255.
10. Hacettepe Üniversitesi Türkiye'de Ana Sağlığı Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-1998 İleri Analiz Sonuçları, Ankara, 2002.
11. Ağrıdağ G, Alpaslan ZN, Apan E. Doğum öncesi bakım hizmetlerinde gebe-loğusa izleme fişi bilgilerinin değerlendirilmesi: Bilgilerin yeterliliği. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Didim, 1994: 250-252.
12. Şahinöz. S. Sağlık ocaklarında gebe-loğusa izleme kartlarının değerlendirilmesi Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. Kayseri 1998. ss 36-52.
13. Kartoğlu Ü. Ebelerin sağlık eğitiminde etkinliği. III. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı. Ankara 1992. ss 95.
14. Ekuklu G, Saltık A, Erdoğan Ş. Edirne'de sağlık ocaklarında sunulan birinci basamak sağlık hizmetlerinin durumu. VI. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Adana 1998:157-165.
15. Ertem M, Saka G, Ceylan A. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hekim: Diyarbakır İlinde çalışan bazı hekimlerin bilgi, tutum ve davranışları. 1999; 14(2): 96-100.
16. Hayran O, Aksayan S. Pratisyen hekimlerde iş doyumu. Toplum ve Hekim. 1991; 47(1): 16-17.
17. Ertem M, Saka G, Ceylan A. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hekim: Diyarbakır İlinde çalışan bazı hekimlerin bilgi, tutum ve davranışları. 1999; 14(2): 96-100.

Tablo 1. Ebelerin özelliklerine göre gebelere yeterli izlem yapılma durumu

Ebenin özellikleri	n	Yeterli izlem		x ²	p
		Sayı	%		
TOPLAM	698	242	34.7		
Yerleşim yeri					
Kır	226	81	35.8	6.20	>0.05
Kent	472	161	34.1		
Mezun olduğu okul					
Sağlık Meslek Lisesi	373	120	32.2	7.41	<0.01
Sağlık Meslek Yüksek Okulu	285	122	42.8		
Bölgedeki hizmet süresi					
0-2 yıl	107	34	31.8	31.52	<0.001
3-5 yıl	194	38	19.6		
6 yıl ve üzeri	397	170	42.8		
Hizmet verilen nüfus					
2500 ve altı	261	92	35.2	0.06	>0.05
2500 üzeri	487	150	34.3		
Bölgenin sosyo-ekonomik durumu					
Kötü	199	56	28.1	13.07	<0.01
Orta	387	154	39.8		
İyi	112	32	28.6		
Hizmet verdiği bölgede oturma					
Evet	374	138	36.9	1.76	>0.05
Hayır	324	104	32.1		
Yerleşim özelliği					
Çok katlı blok	77	39	50.6	9.90	<0.01
2-3 katlı evler	125	39	31.2		
Dağınık yerleşim	496	164	33.1		

Tablo 2. Araştırma grubundaki gebelere izlemlerde verilen hizmetler

Hizmetler	Sayı	%
Beklenen doğum tarihi hesaplanan	622	88.4
Risk durumu belirtilen	90	12.8
Uygun aralıklarla izlenen	130	18.5
Ağırlığı ölçülen	681	97.5
Kan basıncı ölçülen	685	98.1
Ödem bakılan	619	88.7
Varis bakılan	587	84.1
İdrar tetkiki yapılan	394	56.4
ÇKS dinlenen	643	92.1
Tetanoz aşısı yapılan	660	94.5
Beslenme ile ilgili bilgi alan	608	86.4
Doğum ile ilgili bilgi alan	486	61.9
İstirahat konusunda bilgi alan	301	42.8
Hipertansiyon konusunda bilgi alan	192	27.3
Doğum sonu AP konusunda bilgi alan	431	61.2

Tablo 3. Ebelerin özelliklerine göre bebeklere yeterli izlem yapılma durumu

Ebenin özellikleri	n	Yeterli bebek izlemi		x ²	p
		Sayı	%		
TOPLAM	730	464	63.6		
Yerleşim yeri					
Kır	271	180	66.4	1.52	>0.05
Kent	459	284	61.9		
Mezun olduğu okul					
Sağlık Meslek Lisesi mezunu	372	219	58.9	6.80	<0.01
Sağlık Meslek Yüksek Okulu mezunu	358	245	68.4		
Bölgedeki hizmet süresi					
0-2 yıl	70	26	37.1	23.87	<0.001
3-5 yıl	187	120	64.2		
6 yıl ve üzeri	473	318	67.2		
Hizmet verilen nüfus					
2500 ve altı	272	168	61.8	0.60	>0.05
2500 üzeri	458	296	64.6		
Bölgenin sosyoekonomik durumu					
Kötü	199	134	67.3	23.30	<0.001
Orta	378	209	55.3		
İyi	153	121	79.1		
Hizmet verdiği bölgede oturma					
Evet	426	301	70.7	22.23	<0.001
Hayır	304	163	53.6		
Yerleşim özelliği					
Çok katlı blok	150	97	64.7	6.38	<0.05
2-3 katlı evler	113	60	53.1		
Dağınık yerleşim	467	307	65.7		

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Tablo 4. Araştırma grubundaki bebeklere izlemlerde verilen hizmetler

Alınan hizmet	Sayı	%
Grafik üzerinde bebeğin gelişimi işaretler-en	568	77.8
İlk tespiti birinci ayda yapılan	571	78.2
İzlem aralığı uygun olan	235	32.2
Ağırlığı ölçülen	721	98.7
Boyu ölçülen	719	98.5
Baş çevresi ölçülen	696	95.3
Göğüs çevresi ölçülen	678	92.9
Kol çevresi ölçülen	671	91.9
Fontanel kontrolü yapılan	650	89.0
Anneye anne sütü konusunda bilgi verilen	600	82.2
Anneye ek gıdalar konusunda bilgi verilen	562	77.0
Anneye çocuk bakımı konusunda bilgi verilen	398	54.5
Anneye çocukluk dönemi hastalıkları konusunda bilgi verilen	293	40.1
Anneye aşılar konusunda bilgi verilen	569	77.9
Anneye kişisel hijyen ve çevre sağlığı konusunda bilgi verilen	392	53.7

UYANIŞ SAĞLIK OCAĞINA 3-6 HAZİRAN 2002 TARİHLERİ RASINDA BAŞVURAN HASTALARIN BEKLEME SÜRELERİ VE MEMNUNİYET DÜZEYLERİ

Akhüseyinoğlu M*, Ayhan S*, Kızıldaş S*, Taylan H*, Yiğit N*, Yıldız AN**, Öztek Z***

*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Uzmanı

**Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Görevlisi, PhD

***Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi, Prof

ÖZET

Uyanış Sağlık Ocağına 3-6 Haziran 2002 tarihleri arasında başvuran hastaların sağlık ocağında geçirdikleri sürenin ve memnuniyet düzeylerinin saptanması amacı ile yapılar bu çalışma tanımlayıcı tiptedir. Araştırma grubu belirtilen tarihler arasında sağlık ocağına başvuran 197 hastadır. Veriler 15 yaşından büyük hastaların kendilerinden, 15 yaşından küçük hastaların yakınlarından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmış, sağlık ocağının değişik birimlerinde ve bekleme sırasında geçen süreler hazırlanan formlara işlenerek kaydedilmiştir.

Hastaların yaş ortalaması 30.3 ± 24.1 dir. Hastaların %10.7 sinin sosyal güvencesi bulunmamaktadır. Başvuruların % 43.7 ü ilk muayene, %32.0 si reçete yazdırmak, %19.8 i sevk yaptırmak amacıyla. Sağlık ocağına geliş süresinin ortalaması 16.3 ± 15.5 dakikadır. Başvuruların % 61.9 una fizik muayene yapılmamış sadece %3.0 ünden laboratuvar tetkiki istenmiştir.

Sağlık ocağına girişten muayene odasına girene kadar bekleme süresi ortalama 12.0±10.1, ortalama muayene süresi 3.3±2.3 (%47.2 si 2 dakika içinde), ortalama laboratuvar süresi 5.8±1.3, sağlık ocağında geçirilen ortalama süre 15.9± 11.6 dakikadır. Hastaların %73.8 i muayene öncesi bekleme süresini makul ya da oldukça makul bulmuştur. Hastaların %60.5 sağlık ocağına, o günkü başvurularından memnun kaldıklarını belirtmişken, %20.0 si çok memnun kaldığını belirtmiştir. Memnuniyet nedenleri arasında ilk sırada ilgi (%43.6) gelirken memnuniyetsizlik nedenleri arasında sağlık ocağında geçirilen sürenin uzunluğu gelmektedir (%10.3). Ücret ödeyenlerin %78.3 sağlık ocağı hizmetlerinden memnunken ödemeyenlerin %84.4 ü memnundur. Muayene öncesi bekleme süresi 1-10 dakika olanların % 85.4' ü, 11 dakika ve üzeri olanların % 76.3' ü sağlık ocağı hizmetlerinden memnundur.

Anahtar kelimeler: Sağlık hizmeti, bekleme süresi, muayene süresi, memnuniyet

GİRİŞ:

Hizmetten memnuniyet düzeyi ve bekleme süreleri sağlık hizmetlerinin kullanım düzeyini belirleyen en önemli etkenlerdendir. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı Araştırması (1992) sonuçlarına göre; araştırma kapsamındaki kişilerin %48.7'si sağlık kuruluşuna başvururken ilk tercihini hastanelerdir. Bu oran kentsel kesimde %57.6 iken, kırsal kesimde bu %36.8'dir. Kırsal kesimde yaşayanların %41.5'i kentsel kesimde yaşayanların %14.1' i ilk olarak sağlık ocağını tercih etmektedir. Türkiye genelinde en çok başvuru alan 5 sağlık kuruluşu içinde, kırsal bölgede, sağlık ocakları birinci sırada gelirken (%32.1), kentsel bölgelerde %10.2 ile dördüncü sırada gelmektedir. Araştırma sonuçlarına göre hastaların %23.2'si doktora ulaşmak için uzun bir yol katetmekte, sağlık ocağına ulaştıktan sonra muayene olmak için ortalama 69.2±5.7 beklemektedir. Bu süre kentlerde ortalama 66.1, kırsal kesimde 76.2 dakikadır. Araştırma kapsamındaki kişilerin %45'inin düşüncesine göre bu zaman oldukça uzundur. Birinci basamak sağlık kuruluşunda muayene olmak için beklenen süre ikinci basamak sağlık kuruluşundakinin yarısıdır. Üniversite hastanelerine başvuranlar doktor ile görüşmek için ortalama 2 saat beklemektedir. Ortalama muayene süresi de tüm sağlık birimlerinde 16,6 ±1.4 dakika olarak bulunmuştur (1). Gülveren Sağlık Ocağı Hizmet Verimliliği araştırması sonuçlarına göre hastalar, muayene olmak için ortalama 4.8 dakika beklemektedir, ortalama muayene süresi ise 6 dakikadır (3). Altındağ Sağlık Ocağı'nda Hasta Bekleme, Muayene Süreleri ve Hasta Memnuniyeti konulu araştırmada muayene olmak üzere başvuruların hastaların ortalama bekleme süresi yaklaşık 24 dakika bulunmuştur. Sağlık ocağında geçirdikleri toplam süre ise ortalama 73 dakika bulunmuştur. Polikliniğe başvuran hastaların %90.4'ü hizmetlerden memnunken, %8.9'u memnun kalmamış, %0.7' si ise fikir belirtmemiştir (3). Kayaş Sağlık Ocağını Kullanım Boyutu ve Sağlık Ocağı Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyi konulu araştırmada genel memnuniyet durumu %37.3 olarak bulunmuştur (4). Hastaların ortalama bekleme ve muayene sürelerinin bilinmesi, sağlık ocağında sağlık personeli tarafından zamanın daha verimli kullanılmasına, hizmet planlanmasına yardımcı olacaktır.

AMAÇLAR

Uyanış Sağlık Ocağı'na 03 – 06 Haziran 2002 tarihleri arasında poliklinik hizmeti almak amacıyla başvuran hastaların; bekleme ve muayene sürelerini, poliklinik hizmetinden memnun olma düzeylerini, memnuniyet düzeylerini belirleyen bazı faktörleri saptamak. Uyanış Sağlık Ocağı hizmetlerinin planlanmasına katkıda bulunmak.

YÖNTEM

Araştırma yeri Keçiören Sağlık Grup Başkanlığı bünyesinde faaliyet gösteren Uyanış ve Şenlik Mahallelerine hizmet veren Uyanış Sağlık Ocağı'dır. Sağlık Ocağı'nın hizmet verdiği bölge nüfusu 49344'tür. Uyanış Sağlık Ocağı'nda beş hekim, beş hemşire, dokuz ebe, bir laboratuvar teknisyeni, iki sağlık memuru ve iki hizmetli çalışmaktadır. poliklinik hizmetleri bir oda da sürdürülmektedir. Araştırma tanımlayıcı tipte epidemiyolojik bir çalışmadır. Araştırma grubu 3-6 Haziran 2002 tarihleri arasındaki 4 günlük sürede sağlık ocağına poliklinik hizmeti almak amacı ile başvuran hastalardır. Veriler 15 yaşından büyük hastaların kendilerinden, 15 yaşından küçük hastaların yakınlarından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Sağlık ocağının değişik birimlerinde ve bekleme sırasında geçen süreler araştırmacılar tarafından hazırlanan formlara işlenerek toplanmıştır. Araştırma öncesinde ön deneme yapılmış gerekli izinler alınmıştır. Araştırmaya katılan hastalara sağlık ocağı girişinde bilgi verilmiştir. Araştırmaya başlanmadan önce sağlık ocağı personeli araştırma hakkında bilgilendirilmiştir. Araştırmanın sonunda elde edilen veriler bir rapor haline getirilip Uyanış Sağlık Ocağı sorumlu hekimine sunulmuştur. Sağlık ocağı hekimleri ve personelinin araştırma konusunda bilgi sahibi olmaları kişisel tutum değişikliklerine neden olmuştur. Bu durum araştırma verilerinin değerlendirilmesinde sınırlılık oluşturabilir.

BULGULAR

Uyanış Sağlık Ocağı'na 3-6 Haziran 2002 tarihleri arasında poliklinik hizmeti almak amacıyla 237 kişi başvurmuştur. Başvuranlardan 2 kişi sağlık ocağı çıkışında anket sorularını cevaplamayı kabul etmemiş, 38 kişiye ise poliklinik odası dışında reçete yazdırdıkları için ulaşılamamıştır. Araştırma kapsamında toplam 197 kişi vardır. Araştırmanın gerçekleşme oranı % 83.1'dir. Hastaların yaş ortalaması 30.3 ± 24.1 dir. Onbeş yaş üstü 131 hastanın % 42.0 si ilkökul mezunudur. Hastaların 114'ü (% 57.9) ceplerinden ücret ödemiş olup, bunların 62'sini (% 31.5) yeşil kart sahipleri oluşturmaktadır. Hastaların % 10.7 sinin sosyal güvencesi bulunmamaktadır. Başvuruların %43.7 ü ilk muayene, %32.0 si reçete yazdırmak, %19.8 i sevk yaptırmak amacı ileidir. Sağlık ocağına geliş süresinin ortalaması 16.3 ± 15.5 dakika olup, bu süre yürüyerek gelenlerde (177 kişi) 17.2 ± 16.0 , araçla gelenlerde (20 kişi) ise 8.3 ± 6.2 dakikadır. Tanıların dağılımında ilk sırada ilgi (%17.) solunum sistemine ilişkin tanıları bulunmaktadır. Başvuruların % 61.9 una fizik muayene yapılmamıştır sadece %3.0 ünden laboratuvar tetkik istenmiştir. Hastaların %56.4 üne sadece reçete verilmiş, %14.7 sine reçete verilmiş ve öneride bulunulmuş, %21.3 ü sevk edilmiştir. Yeni tanı alan 83 hastanın % 91.6 sı kendilerine tanı tedavileri hakkında yeterli bilgi verildiğini belirtmiştir. Sağlık ocağında geçen sürelerle ilişkin verilerin dağılımı Tablo 1 ve 2 de görülmektedir. Hastaların %73.8 i muayene öncesi bekleme süresini makul ya da oldukça makul bulmuştur. Hastaların %60.5 sağlık ocağına, o çünkü başvurularından memnun kaldıklarını belirtmişken, %20.0 si çok memnun kaldığını, %11.3 ü biraz memnun kaldığını, % 1 hiç memnun kalmadığını belirtmiştir. Hastaların memnuniyet ya da memnuniyetsizliklerinin saptandığı sorusu açık uçlu bir sorudur ve birden fazla yanıt verme olanağı vardır. Memnuniyet nedenleri arasında ilk sırada ilgi (%43.6) gelmektedir. Hastaların %26.1 i hizmetin iyi olmasını, 18.5 i bekleme sürelerinin kısa olmasını memnuniyet nedeni olarak belirtmiştir. Memnuniyetsizlik nedenleri arasında sağlık ocağında geçirilen sürenin uzunluğu gelmektedir (%10.3). Hastaların %10.3 ü bekleme sürelerinin uzun olmasını, %7.2 si hizmetin kötü olmasını memnuniyetsizlik nedeni olarak belirtmiştir. Bazı değişkenlere göre sağlık ocağı hizmetlerinden memnun olanların yüzde dağılımı Tablo 3 de görülmektedir. Hastaların %49.7 si hizmet almak amacıyla tekrar başvurmak istediklerini, %46.1 i ise mevcut oldukları için tekrar başvuracaklarını belirtmişken, %2.1 i asla gelmek istemediklerini ifade etmişlerdir. Memur ya da memur eşlerinden %60 i, emekli sandığı emeklisinin %57.5' i, SSK'ların %64.3' ü, yeşil kartlıların %40.4' ü, Bağ-Kur'uların %54.3' ü, sağlık güvencesi olmayanların %61.9' u sağlık ocağına tekrar başvurabileceklerini bildirmişlerdir. Sağlık ocağı hizmetlerinden memnun kalanların %98.7 si tekrar sağlık ocağına geleceklerini belirtmişken bu oran memnun kalmayanlarda %94.1 düzeyindedir.

TARTIŞMA

Araştırma süresince sağlık ocağına başvuran 237 hastadan 38 inin poliklinik odası dışında reçete yazdırmaları sekreterlik kayıtlarına girmemelerine neden olmuş hastalar görülmeden reçeteleri yazılmıştır. Bu ve benzeri uygulamalar sağlık ocağı kayıtlarında önemli eksikliklere neden olmaktadır. Başvuruların 2/5' inin pazartesi günü olması dikkati çekmektedir, bu durum poliklinik hizmetlerinin planlanmasında gözönünde tutulmalıdır. Poliklinik başvuruları sırasında memur, emekli sandığı emekli ve yeşil kart sahibi hastalardan ücret talep edilmemektedir. Bağkur'lu, SSK'lı, özel sigortalı ve sağlık güvencesiz hastalar ise başvuru sırasında ücret ödemektedirler. Sağlık ocağına başvuran hastaların % 31.5' i yeşil kartlıdır. Araştırma süresince 39 kişi sevk amacıyla gelmiş, ancak 42 hasta sevk edilmiştir. Muayene edilerek sevk edilmesine karar verilen hasta sayısı sadece 3'tür. Sevk edilmek amacıyla gelen 39 hasta ise muayene edilmeden sevk edilmiştir. Sağlık ocağına başvuran hastaların geliş nedenleri arasında ilk muayene (%43.7) ilk sırada gelmekteyse de, reçete yazdırmak ve sevk almak için gelen hastaların toplam sayısının daha yüksek olduğu görülmektedir. Kontrolde gelen hastaların sayısının sadece 2 olması, sağlık ocağında hasta takibinin yeterli seviyede olmadığını düşündürmektedir. Altındağ Merkez Sağlık Ocağı'nda Mayıs 1995 yılında yapılan hasta bekleme, muayene süreleri ve hasta memnuniyeti konulu araştırmada polikliniğe başvuran hastaların %44'ünün ilk muayene için geldiği görülmüştür. Bu iki araştırmanın sonuçları birbirleriyle uyumludur. İlk muayene için başvuran seksenaltı hastadan sadece 75 hastaya fizik muayene yapılmıştır. Başvuran tüm hastalara fizik muayene yapılması gerekirken, ilk muayene için başvuranların bile tamamına yapılmamış olması dikkati çekmektedir. Muayene sonucunda hastaların %56.4'üne reçete verilmiştir. Sadece %17.2' sine öneride bulunulmuştur. İlk muayene, kontrol ve reçete yazdırmak için gelen her hastaya öneride bulunulmadığı dikkati çekmektedir.

İlk muayene amacıyla başvuran hastaların sadece %6.8 inden laboratuvar tetkiki istenmiştir. Önceleri laboratuvar yapılan idrar tetkiki, kanda kolesterol ve glukoz ölçümü tetkikleri 2002 yılında gerekli malzemenin olmaması nedeniyle yapılmamaktadır.

Laboratuvar araştırma tarihlerinde yapılabilecek tek tetkik hematokrit ölçümüdür.

Sağlık ocağına başvuran hastaların hekim görmek için bekleme süreleri ortalama 12 dakikadır. Çalışmaya katılan hastalardan 5 tanesi sağlık ocağındaki fotokopi makinesi bozuk olduğu için en yakın kırtasiyeye gitmişlerdir, iki kişi de nüfus cüzdanını unuttuğu için eve dönmüştür, bu nedenle doktoru görmek için beklenen süre artmıştır. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı (2) araştırması sonuçlarına göre hekim görmek için ortalama bekleme süresi birinci basamak sağlık kurumları için yaklaşık 35 dakikadır. Altındağ Merkez Sağlık Ocağı'nda Mayıs 1995'te yapılan Hasta Bekleme, Muayene Süreleri ve Hasta Memnuniyeti başlıklı araştırmada bu süre yaklaşık 24 dakika bulunmuştur. Uyanış Sağlık Ocağı'ndaki bekleme süresi bu sürelerin oldukça altındadır. Sağlık ocağına başvuran hastaların % 73.1' i için bu süre makuldür. Ancak Uyanış Sağlık Ocağı'nda geçirilen toplam sürenin ortalamasının 15.9 dakika olduğu düşünülür ise, bu sürenin büyük bir kısmının (%75.4) doktorla görüşmeyi beklerken geçtiği, muayene için ise çok fazla zaman (% 20.7) harcandığı görülmüştür. Hastaların %61.9'una fizik muayene yapılmamıştır. Bu da

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

poliklinik odasında geçirilen sürenin kısa olmasının önemli bir nedenidir. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı Araştırması (2) na göre, muayene süresi ortalama 16.6 ± 1.4 dakikadır. Bu sürenin bu kadar kısa olmasının en büyük nedeni sağlık ocağına başvuran hastaların çoğunun sevk almak ve reçete yazdırmak amacıyla hekimlerin zamanının önemli bir kısmını alması, hekimlerin motivasyonunu düşürmesi ve diğer hastaların muayenesi için ayrılan sürenin azalması olabilir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Uyanış Sağlık Ocağında sürdürülen poliklinik hizmetleri sırasında:

1. Kayıtlar düzenli tutulmamaktadır. Kayıtların sağlık ocağı hizmetlerinin planlanmasına kaynak olacak şekilde düzenli tutulması sağlanmalıdır.
2. Muayene süreleri oldukça kısadır, muayene sırasında fizik muayene yapılmayan hastalar vardır. Hastalara, tam bir fizik muayene yapabilecek, doğru tanı ve tedavi planlama için gerekli süre ayrılmalıdır. Hizmetler planlanırken konuyla ilgili düzenlemeler yapılmalı, sağlık personelinin sürekli eğitimi yapılmalıdır.
3. Muayene öncesi bazı işlemler zaman almaktadır. Bu işlemlerin düzenli ve hızlı yapılmasını sağlayacak teknik donanım sağlanmalı, ilgili personel eğitilmelidir.
4. Laboratuvar kullanımı sınırlıdır. Laboratuvar olanakları ve kullanım düzeyi artırılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Health Services Utilization in Turkey (1992 National Survey By Republic Of Turkey Ministry Of Health).
2. Bertan M. ve ark. Gülveren Sağlık Ocağı Hizmet Verimliliği Araştırması, Ankara, Ekim- Kasım 1992.
3. Değer A B, Öztürk M, Öztürk Ö F, Şimşek A, Yıldız AN, Öztekin Z : Altındağ Merkez Sağlık Ocağı Hasta Bekleme, Muayene Süreleri Ve Hasta Memnuniyeti Araştırması, Ankara, Nisan-Mayıs 1995. 4. Aslan Ş, Erdemci B, Gürpınar T, Özgen H, Sarıcı H, Yılmaz N, Altıntaş H : Kayaş Sağlık Ocağı Bölgesinde Sağlık Ocağını Kullanım Bcyutu Ve Sağlık Ocağı Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyi Araştırması , Ankara, Haziran 2000.

Tablo 1: Uyanış Sağlık Ocağı’ na 03 – 06 Haziran 2002 Tarihleri Arasında Poliklinik Hizmeti Almak Amacıyla Başvuran Hastaların Sağlık Ocağı Ziyareti Süresince Geçirdikleri Zamanın Dağılımı (Ankara, Haziran 2002).

Süre (Dakika)	Sayı	Yüzde
Doktor Odasına Girene Kadar Geçen Bekleme Süresi		
1 – 5	60	30.5
6 – 10	58	29.6
11 – 15	32	16.3
16 +	47	23.6
TOPLAM	197	100.0
Muayene Süresi		
1	45	22.8
2	48	24.4
3	35	17.9
4 – 5	41	20.8
6 +	28	14.1
TOPLAM	197	100.0
Laboratuvar Tetkiki Süresi		
3	1	16.7
5	2	33.3
7	3	50.0
TOPLAM	6	100.0
Toplam Muayene Süresi (Laboratuvar Tetkiki İstenenlerde)	Sayı	Yüzde (%)
6 – 10	3	50.0
11 – 16	3	50.0
TOPLAM	6	100.0
Toplam Bekleme Süresi (Laboratuvar Tetkiki İstenenlerde)		
5 – 20	2	33.3
21 – 38	4	66.7
TOPLAM	6	100.0
Sağlık Ocağında Geçirilen Toplam Süre		
2 – 7	44	22.3
8 – 12	60	30.5
13 – 19	42	21.3
20 +	51	25.9
TOPLAM	197	100.0

Tablo 2: Uyanış Sağlık Ocağı’ na 03 – 06 Haziran 2002 Tarihleri Arasında Poliklinik Hizmeti Almak Amacıyla Başvuran Hastaların Sağlık Ocağı Ziyareti Süresince Geçirdikleri Zamanın Dağılımı (Ankara, Haziran 2002).

Süre (Dakika)	Ortalama± Standart Sapma	En az	En çok
Dr Odasına Girene Kadar Bekleme Süresi	2.0±10.1	1	62
Muayene Süresi	3.3±2.3	1	13
İlk muayene için gelen hastalarda muayene süresi	4.0±2.3	1	11
Laboratuvar Süresi	5.8±1.3	4	7
Laboratuvar Tetkiki Sonrası Muayene Süresi	11.8±4.0	6	16
Laboratuvara Tetkiki İstenen Hastalarda Toplam Bekleme Süresi	21.6±12.7	5	38
Sağlık Ocağında Geçirilen Toplam Süre	15.9±11.6	2	66

Tablo 3: Uyanış Sağlık Ocağı' na 03 – 06 Haziran 2002 Tarihleri Arasında Poliklinik Hizmeti Almak Amaçıyla Başvuran Hastaların Bazı Değişkenlere Göre Sağlık Ocağı Hizmetlerinden Memnun Olanların Dağılımı (Ankara - Haziran 2002).

	Memnun ya da çok memnun olanlar (%)
Yaş grubu	
0-14	81.5
15-49	77.3
50+	84.3
Ücret	
Ödeyen	78.3
Ödemeyen	84.3
Evlerinden Sağlık Ocağı' na Kadar Ulaşmak İçin Geçirdikleri Süre (dk)	
2-10	81.2
11+	82.3
Muayene Öncesi Bekleme Süresi (dk)	
1-10	85.3
11+	76.3
Muayene Süresi (dk)	
1-2	78.9
3+	84.3
Sağlık Ocağında Geçirilen Toplam Süre (dk)	
2-12	84.3
13+	78.9

ANKARA İL MERKEZİNDE BULUNAN SAĞLIK OCAKLARINDAN SAĞLIK HİZMETİ ALAN HASTALARIN AKILCI İLAÇ KULLANIMI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr.Salih MOLLAHALİLOĞLU* Prof.Dr.Sabahat TEZCAN**

* S.B., Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü

** H.Ü., Halk Sağlığı Anabilim Başkanlığı

ÖZET:

AMAÇ : Ankara il merkezindeki sağlık ocaklarına herhangi bir sağlık sorunuyla başvurmuş ve kendisine reçete yazılmış hastalarda akılcı ilaç kullanım boyutunun belirlenmesi konusunda kesitsel nitelikte bir durum saptama araştırması planlanmış ve uygulanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM : İl merkezinde olan tüm sağlık ocakları bağlı oldukları sekiz ilçeye göre gruplandırılmıştır. Tabaka ağırlıklı rasgele örneklem yöntemiyle sağlık ocakları seçilmiştir. Örneklemde çıkan sağlık ocaklarına araştırma günlerinde herhangi bir sağlık sorunuyla başvurmuş ve kendisine reçete yazılan 387 hastaya (katılma boyutu % 92.1) yüz yüze anket uygulanmıştır.

BULGULAR : Araştırmaya katılan hastalardan rahatsızlığından dolayı ilk defa kendisine reçete yazılan hastaların % 94.3'ü doktor tarafından muayene edilmiştir. Ancak, hastaların % 79.3'ü kendilerine yazılan ilaçların hangi hastalık için bilmediğini belirtmiştir. Hastaların muayene süresi günlük poliklinik sayısıyla ters orantılı olarak artmaktadır. Araştırmaya katılan hastaların % 91.1'i ilaçlarla ilgili uyarılar, % 88.9'u tedavi süresi, % 78.9'u ilacın olası yan tesirleri konusunda doktordan bilgi alma isteğinin olduğunu belirtmiştir. Araştırmaya katılan hastaların % 31.9'u hasta olduklarında doktora gitmeden eczaneye gidip ilaç almıştır. Araştırmaya katılan hastaların % 56.2'si evlerinde şu anda artmış veya yedek olarak sakladıkları ilaç olduğunu belirtmiştir. Araştırmaya katılan hastaların % 65.5'i rahatsızlandıkları zaman ilk olarak evde ilaç varsa onu kullandığını, % 24.0' i doktora gittiğini belirtmiştir.

SONUÇ : Muayene olan hastalara hem hastalıkları konusunda bilgi vermek, hem de ilaçları nasıl kullanacağını anlatmak tedavinin başarıya ulaşması için önemlidir. Ayrıca hastalarda ilaç biriktirme ve hastalığını tam olarak bilmeden tavsiye üzerine kullandıkları ilaçların sağlıklarını için zararlı olduğuna yönelik halk eğitimleri düzenlenmelidir.

Anahtar kelimeler; ilaç, akılcı ilaç kullanımı, ilaç bilgisi.

GİRİŞ VE AMAÇ

İlaç, hastalıkların tanı ve tedavileri, hastaların yakınmalarını hafifletme, hastalıklardan koruma, ya da fizyolojik olayları düzeltmek amacıyla insan ve hayvanlarda kullanılan her türlü kimyasal bileşim olarak tarif edilmiştir.¹¹

Günümüzde ilaç, sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez bir parçasıdır. Doğru taniyle birlikte uygtan tedavi kişileri iyileştirirken, yanlış tedavi de kişilerin iyileşememesine, tekrar farklı bir tedavinin uygulanmasına hatta her ilacın toksik bir madde olması gereğiyle ölümüne bile sebep olabilmektedir. Örneğin: ABD'de hastane başvurularının % 8'ini istenmeyen ilaç reaksiyonları oluşturmakta ve bu nedene bağlı ölüm sayısı yılda 150 bin kişiye yaklaşmaktadır. Fransa'da ise tüm zehirlenmelerin yaklaşık yarısı ilaç kullanımına bağlı zehirlenmelerdir.¹²

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Ülkemizde de ilaç tüketimi ciddi bir sorundur. Sağlık ocaklarında tıbbi ve teknik olanakların sınırlılığı, günlük yoğun hasta trafiği içerisinde daha çok yakınmaların giderilmesine yönelik yaklaşımın uygulanmasına neden olabilmektedir. Ayrıca sağlık ocaklarına başvuran hastaların kendilerine ilaç yazılması beklentisinin çok yüksek olması hekimler için ayrı bir sorun oluşturmaktadır.

Ülkemizde ilaç masrafları Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı, Bağ-Kur, Kamu Kurum ve Kuruluşları ile bir kısım özel sandıklar Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu (yeşil kart) tarafından sağlanmaktadır. Hastalar sadece belirli bir katkı payı ödemekle birlikte, ülkemizde ilacın genel sağlık harcamaları içerisindeki payı gelişmekte olan ülkelerden bile fazladır. Avrupa ülkelerinde sağlık harcamalarının genelde % 10-15 arası ilaç harcamasına giderken bu durum ülkemizde çok yüksektir. 1998 yılı verilerine göre toplam sağlık harcamalarının; Sosyal Sigortalar Kurumu'nda % 47'sini, Emekli Sandığı % 57'sini, Bağ-Kur % 61'ini, Bakanlıklarda çalışan memurlarda % 55'ini ilaç harcamaları oluşturmuştur. 2000 yılında ülkemizin ilaç harcamasının yaklaşık olarak tüketici fiyatlarıyla 4.5 milyar dolar (5.3 katrilyon TL) olduğu düşünülecek olursa, ilacın hem sağlık hizmetlerinde hem de ülke ekonomisindeki önemi daha kolay anlaşılacaktır.⁽³⁾ Burada sorgulanması gereken konu ilaç harcamalarının genel sağlık hizmetleri içerisindeki yüksek oranı olduğu kadar yazılan ilaçların rasyonelliğidir. Örneğin Almanya'da reçetelere yazılan ilaçların üçte birinin gerekliliğinin tartışılır olduğu saptanmıştır.⁽⁴⁾

Hekimlerin hastalarına yazdıkları ilaçlar konusunda ne kadar ve düzenli bilgi verdikleri de ayrı bir tartışma konusudur. Bu sorun sadece ülkemizde değil gelişmiş ülkelerde de bulunmaktadır. Örneğin Hollanda'da hekime başvuran iki hastadan sadece birine ve ortalama olarak 2 kalem ilaçtan daha az ilaç yazıldığı halde, hekimin muayenesinden çıkan hastaların yarısından azı ilacı nasıl kullanacağını bilememektedir.

Hem ilaç kullanımında ve tüketiminde hekimlerin belirleyici bir yerinin olması, hemde ilacı önemli bir pazar olması nedeniyle hekimlerin tercihlerini etkilemeye yönelik olarak ilaç şirketlerinin "tanıtım-promosyon" çalışmalarını gündeme getirmektedir. Bu tanıtım-promosyonun basit bir kaleminden yurtdışı gezilerine, cep telefonu armağanından farklı hediyelere kadar değiştiğini zaman zaman gazetelerden öğrenmekteyiz. Ülkemizde ise promosyon harcamaları ilaç satışlarının % 5'ini geçmeyecek diye bir sınırlama olmasına karşın, bu konuda denetimin neredeyse hiç olmaması ve var olan somut gerçekler nedeniyle bu harcamaların % 5'in çok üstünde, % 15 civarında olduğunu söylemek yanlış olmasa gerekir.⁽⁵⁾ Ülkemiz ilaç endüstrisinde çalışanların sayısı yaklaşık 14 bin iken, bu sektörde 5 bin civarında yani ilaç sektöründe çalışanların % 35'i kadar tıbbi temsilci çalışmaktadır.⁽⁶⁾ Yalnızca tıbbi temsilcilerin yıllık ücret tutarlarının ve çalışmalarının maliyeti göz önüne alındığında bile, ilaç tanıtım çalışmalarının maliyetinin bahsedilen % 5 oranını geçtiği rahatlıkla söylenebilir.

Promosyon faaliyetleri içerisinde tartışılması gereken bir konu da ilaç firmaların tanıtım ve ilaç eğitimi kapsamında yaptıkları promosyondur. Bu durum sadece gelişmekte olan ülkeler için değil, bir çok yönüyle gelişmiş ülkeler için de geçerlidir. Kanada'da yapılan bir araştırmaya göre, yeni ilaçlarla ilgili bilgilenmede hekimlerin % 82'si için ilaç şirketleri temel kaynaklardır.⁽⁷⁾ Bu ülkede hekimlerin yılda ortalama 1.5 kez sürekli tıp eğitimi faaliyetlerine katılırken, 2.5 kez ilaç şirketlerinin tanıtım faaliyetlerine katılmakta ve hekimlerin ancak üçte biri tıbbi ilacın bilgisini çağdaş ve yeterli görmektedir.

Bu anlamda ilaçların akılcı (rasyonel) bir şekilde kullanılmaması genel bir sorun olarak karşımıza çıkmakta ve bu konuda programların geliştirilmesini zorunlu hale getirmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 1985 Nairobi toplantısında Akılcı İlaç Kullanımı: "kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilacı, uygun süre ve dozajda, en düşük fiyata ve kolayca sağlayabilmeleri" olarak tanımlanmıştır.

Özellikle ilaç yazma yetkisine sahip hekimlerin ilaç bilgisi, hastaya yaklaşımı önemli olduğu kadar hastaların da ilaca yaklaşımı ve bu konuda yaşanan sorunların saptanması gerekmektedir. Bu nedenle Ankara il merkezindeki sağlık ocaklarına herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle başvuran ve kendisine reçete yazılmış hastalarda akılcı ilaç kullanım boyutunun belirlenmesi konusunda 2000 yılı içerisinde kesitsel nitelikte bir durum saptama araştırması planlanmış ve uygulanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma üç kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısımda örneklemde çıkan sağlık ocaklarında çalışan hekimlere anket uygulanmış, ikinci kısımda bu sağlık ocaklarında aynı gün kendisine reçete yazılmış hastalarla muayene odasından çıkar çıkmaz yüz yüze anket yapılmış, üçüncü kısımda da bu sağlık ocaklarında yazılan reçeteler derlenerek değerlendirilmiştir. Bu metinde örneklemde çıkan sağlık ocaklarına araştırma günleri içerisinde herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle başvurmuş ve kendisine reçete yazılmış hastalara yüz yüze uygulanan anket sonuçları olacaktır.

Araştırmanın evreni Ankara ili merkezinde bulunan merkez sağlık ocaklarıdır. Örneklem birimi olarak "sağlık ocağı" alınmıştır. Bu araştırmada temel amaç il merkezinde bulunan merkez sağlık ocaklarında yazılan reçetelerin değerlendirilmesi olduğundan, örneklem sayısı belirlemede reçete sayısı temel alınmıştır. Herbir sağlık ocağından alınacak reçete örneğini saptamak için öncelikle il merkezinde olan tüm sağlık ocakları bağlı oldukları sekiz ilçeye göre gruplandırılmıştır. Ocaklarda yazılan günlük reçete sayısı eşit olmadığı için ocakların tabaka ağırlığı bu anlamdadır. Daha sonra herbir ilçede ocaklar, kendi içerisinde günlük reçete sayısı 30'dan az olanlar, 30 – 59 arası olanlar ve 60 ve üzeri olanlar olmak üzere üç grupta sınıflandırılmıştır. Herbir sınıftan birer sağlık ocağı rasgele yöntemle seçilmiştir. Böylece her ilçede her tabakadan toplam 26 sağlık ocağı seçilerek bu çalışma gerçekleştirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan "Toplumda İlaç Araştırmaları Nasıl Yapılır" adlı materyalde; bir toplumda bu konuda yapılmış herhangi bir araştırma yoksa 420 hastayla görüşülmesinin yeterli olacağı belirtilmiştir. Sağlık ocaklarında 387 hastayla görüşülmüştür ki bu sayıda verilen sayıya göre araştırmaya katılma boyutu % 92.1'dir.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırmaya katılan hastaların % 68.2'sine hastalığıyla ilgili ilk muayene sonrası reçete yazılmıştır. Hastaların % 24.5'i de kendilerine reçete verilmiş nedeni olarak daha önce bu sağlık ocağında hastalığı nedeniyle yazılmış ilaçların tekrar yazımını olduğunu ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılan hastalardan rahatsızlığından dolayı ilk defa kendisine reçete yazılan hastaların % 94.3'ü doktor tarafından muayene edilmiştir. Ancak, hastaların % 79.3'ü kendilerine yazılan ilaçların hangi hastalık için olduğunu bilmediklerini belirtmiştir. Hastaların % 51.6'sı doktorun kendisini muayene için ayırdığı sürenin beş dakikadan az olduğunu belirtmiştir.

Bir anketör aracılığıyla gözlenen ortalama muayene süresi ile günde muayene edilen hasta sayısına göre sağlık ocakları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($\chi^2=18.42$, $p<0.01$) bulunmuştur. Günde 30'dan az hasta muayene edilen sağlık ocaklarında hastaların % 54.4'ü 6-10 dakika arasında muayene edilirken, günde 30-59 arasında hasta muayene edilen sağlık ocaklarında hastaların % 57.3'ü 5 dakikadan az, günde 60 ve üstü hasta muayene edilen sağlık ocaklarında hastaların % 62.1'i 5 dakikadan az sürede muayene edilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların % 69.2'si reçetelerine yazılan ilaçları nasıl kullanacağını bildiğini, hastaların % 22.7'si ise bilmediğini belirtmiştir. Reçetesine yazılan ilaçları nasıl kullanacağını bildiğini söyleyen hastalara bu ilaçları nasıl kullanacağı sorulduğunda: % 69.5'i reçetesindeki ilk ilacın kullanımını, % 58.7'si reçetesindeki ikinci ilacın kullanımını, % 58.4'ü reçetesindeki üçüncü ilacın kullanımını doğru bilmiştir.

Hastalara bu ilaçları kullanmayı nereden öğrendiği sorulduğunda: % 73.5'i kendisine yazılan ilaçların kullanımını reçeteyi yazan doktordan öğrendiğini, % 18.6'sı ise bu ilaçları eskiden beri kullandığından ilaçların nasıl kullanılacağını kimden öğrendiğini hatırlamadığını belirtmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların % 79.4'ü ilacın günlük dozu, % 75.7'i ilacın nasıl kullanılması gerektiği, % 42.0'i tedavi süresi konusunda doktordan bilgi almışlardır.

Araştırmaya katılan hastaların % 91.1'i ilaçlarla ilgili uyarılar, % 88.9'u tedavi süresi, % 78.9'u ilacın olası yan etkileri konusunda doktordan bilgi alma isteğinin olduğunu belirtmiştir. "Diğer" seçeneğinde ise (% 20.0) yazdığı ilaçlar bitince kontrole gelip gelmeyeceği, ilaçlar iyi gelmezse ne yapacağı konusunda doktorun kendisini bilgilendirmesini istemiştir.

Araştırmaya katılan hastaların % 57.5'i daha önce kullanıp faydasını gördüğü ilaçları yazmasını doktordan istemiştir. Hastaların % 29.8'i reçetesinde kendi isteğiyle yazılmış ilaç(lar) olduğunu belirtmiştir. Hastanın kendi isteğiyle (% 29.8) o gün reçetesine kendi istediği için yazılan ilaçların sayısı sorulduğunda, hastaların hemen hemen yarısı (% 41.2'si) bir ilacın, dörtte biri (% 23.7'si) iki ilacın kendi istekleri doğrultusunda reçetesine yazıldığını belirtmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların % 56.1'i ilacın enjeksiyon, % 16.5'i oral (tablet/kapsül) formunda alındığında ilacın tesirinin daha çabuk olduğunu belirtmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların % 31.9'u hasta olduklarında doktora gitmeden eczaneye gidip ilaç almıştır. Araştırmaya katılan hastaların % 56.2'si evlerinde şu anda artmış veya yedek olarak sakladıkları ilaç olduğunu belirtmiştir. Araştırmaya katılan hastaların % 65.5'i rahatsızlıklarını zaman il olarak evde ilaç varsa onu kullandığını, % 24.0'i doktora gittiğini belirtmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların % 39.4'ü hasta olduklarında komşuları/akrabaları/arkadaşlarının kendilerine ilaç tavsiye ettiğini belirttiği için yazılan ilaçların sayısı sorulduğunda, hastaların % 25.6'sı "bazen", % 7.0'i "her zaman" hastalandıklarında komşuları/akrabaları/arkadaşlarından ilaç aldığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan hastaların % 12.3'ü komşuları/akrabaları/arkadaşları hastalandıklarında kendisinin onlara ilaç tavsiye ettiğini belirtmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların % 33.2'si sağlık ocağında kendisine verilen hizmetten "çok memnun", % 58.2'si "memnun" olduğunu belirtmiştir. Memnun olmayan (% 8.6) hastalar ise nedenini, doktorun kendisini muayene etmediğini, muayene süresinin kısa sürdüğünü, muayene saatleri dışında geldiği için doktorun kendisine kızdığını, polikliniğin geç başladığını, muayene sırasında çok uzun beklediğini, doktorun hastalığı konusunda bilgi vermediğini, doktorun ilaçları nasıl kullanacağını anlatmadığını, doktorun daha güler yüzlü olabileceğini, ilacı verdiğini ana bağırarak verdiğini, tanıyı anlamadığını, doktorun kendisiyle ilgilenmediğini, sağlık ocağının temizliğinin iyi yapılmadığını, doktorun kendisine iyi muayene etmediğini, kan şekerini sağlık ocağında ölçtüremediğini, sağlık ocağında sadece bir muayene odasının olduğunu belirtmiştir.

Verilen hizmetten "çok memnun" olma günde 30 ve daha az sayıda hasta muayene edilen sağlık ocaklarında % 42.6 iken, günde 60 ve üstü muayene edilen sağlık ocaklarında ise % 26.3'e düşmüştür.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Söz konusu araştırmanın sonuçları hastalarla yüz yüze olarak, muayene odasından çıktıktan sonra başka bir odaya alınarak yapılmış bir ankettir. Bu çalışmada yorunların çalışmanın bütünü (hekim anketi, hasta anketi, gözlem ve reçete değerlendirilmesi) göz önüne alarak yapılması gerekmektedir. Her ne kadar muayeneden çıkan hastalara başka bir odada bu anket uygulanırsa ve anket sorularından muayene odasındaki hekimin haberi olmamasıyla birlikte yine de olası etkileşimi ihtimalini de gözden uzak tutmamak gerekmektedir.

Hastaların muayene süresi günlük poliklinik sayısı ters orantılı olarak artmaktadır. Reçete yazılan hastaların yarısından biraz fazlası nasıl ilaçları kullanacağını bildiğini söylese de, sorulduğunda bu durum farklılık göstermektedir. Reçetede ilaç sayısı arttıkça nasıl kullanacağını bilme oranını azaldığı görülmüştür.

Ayrıca hastalar hekiminden ilaçlarla ilgili uyarılar, tedavi süresi, yan etkileri ve ilaçları ne zaman keseceği veya kontrole gelip gelmeyeceği konusunda bilgi vermesini istemektedir ki bu onların en doğal haklarıdır. Hastaların bu taleplerini karşılamaya yönelik hekimlere eğitim verilmelidir. Mezuniyet öncesi eğitimde de bu konulara yer verilmelidir. Hastayı bilgilendirmenin uygulanan tedavinin başarıyla uygulanmasında önemli olduğunun altı çizilmelidir.

Hastaların daha önce kullanıp faydasını gördüğüne inandığı ilaçların yazılmasını talep ettikleri görülmektedir. Ayrıca kullanmadıkları halde daha önce alıpta yarım kalmış veya daha sonra gerekir diye evlerinde ilaç tuttukları belirlenmiştir. Bu gereksiz ilaç tüketimine sebep olduğu için özellikle sosyal güvence kurumları bu konularda tedbir almalıdır.

Hastalar, ilaç kullanımı konusunda birbirlerini etkilemektedirler. Bundan dolayı doğru ilaç kullanımını sağlamak amacıyla halk eğitimi yapılmalı, medya aracılığıyla temel mesajların kendilerine ulaştırılması gerekmektedir.

Kaynak:

1. Kayaalp, S.O., Rasyonel Tedavi Yönteminden Tıbbi Farmakoloji.
2. World Health, Mart-Nisan 1992.
3. Tokat M., Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1998, S.B. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 2000.
4. Şemin S., 1998. Sosyal ve Ekonomik Yönleriyle İlaç, TTB Yayını.
5. İlaç Endüstrisi İşverenleri Sendikası, Faaliyet Raporu 1996, İstanbul 1997.
6. Şemin S., Toplum Sağlığı Açısından İlaçın Öteki Yüzü, Toplum ve Hekim, 1993; 56: 42-62.
7. Anderson M., Lexchin J. Strategies for Improving Prescribing Practice, Canadian Medical Association Journal, 1996; 154.

ANKARA İL MERKEZİNDE BULUNAN SAĞLIK OCAKLARINDA ÇALIŞAN HEKİMLERİN AKILCI İLAÇ KULLANIMI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr.Salih MOLLAHALİOĞLU* Prof.Dr.Sabahat TEZCAN**

* S.B., Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü

** H.Ü., Halk Sağlığı Anabilim Başkanlığı

ÖZET

AMAÇ : Ankara il merkezindeki sağlık ocaklarında görev yapan hekimlerin akılcı ilaç kullanım boyutunun belirlenmesi konusunda kesitsel nitelikte bir durum saptama araştırması planlanmış ve uygulanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM : İl merkezinde olan tüm sağlık ocakları bağlı oldukları sekiz ilçeye göre gruplandırılmıştır. Tabaka ağırlıklı rasgele örneklem yöntemiyle sağlık ocakları seçilmiştir. Örneklemde çıkan sağlık ocaklarında görev yapan bütün hekimlere anket uygulanmıştır. İl Sağlık Müdürlüğü'nün verilerinden tespit edilen 121 hekimden 120 hekim'e (% 99.1) ulaşılmıştır.

BULGULAR : Hekimlerin ortalama olarak hasta başına muayene için 5-10 dakika ayırdıklarını belirtmişlerdir. İlaçlarla ilgili herhangi bir eğitime katılan hekimlerin % 55.8'inin ilaç firmalarının düzenlediği seminer ve/veya toplantılara katıldığı bulunmuştur. 5 yıl ve daha az çalışan hekimlerin % 75.7'si reçete yazmalarını şekillendiren en önemli faktörün ilaç firması temsilcilerinin tanıtımı olduğunu belirtmiştir. Araştırmaya katılan hekimlerin sadece % 22.8'i ilacın uygulama şekli, % 18.3'ü ilacın dozu, % 17.8'i ilacın endikasyonu hakkında "hemen tüm bilgilerim yeterli" demişlerdir. Araştırmaya katılan hekimlerin % 72.5'i hastaların özel olarak istediği (hastanın önceden kullandığı, eczaneden aldığı vb.) ilaçları reçetelediklerini belirtmiştir. Araştırmaya katılan hekimlerin % 52.5'ine son beş işgünü içinde 5'den fazla ilaç temsilcisi ziyaret etmiştir. Hekimlerin % 65.9'u ilaç temsilcilerinin kendilerini ziyareti ve promosyon dağıtımları reçete yazmalarını "bazen" etkilediğini belirtmiştir. Araştırmaya katılan hekimlerin % 58.2'si en son tanıtılan ilaçlardan birini daha sonra en az bir kere reçeteye yazdıklarını belirtmiştir.

SONUÇ : Hekimlerin reçete yazmasıyla ilgili olarak yaşadıkları sorunlar bulunmaktadır. Bilgi eksiklikleri mezuniyet öncesi tıp fakültelerinde reçete yazma derslerinin kınmasıyla, mezuniyet sonrası sürekli tıp eğitimi kapsamında desteklenmelidir. Sosyal güvence kurumlarının ilaçlarla ilgili düzenleme yaparak hekim hasta ilişkisinde ilaç talepleri sorununu ortadan kaldırması gerekmektedir. İlaç promosyonları konusunda devlet denetimlerini artırmalı ve promosyon etliği üzerinde daha fazla durulmalıdır.

Anahtar kelimeler; ilaç, akılcı ilaç kullanımı, promosyon.

GİRİŞ VE AMAÇ

İlaç, hastalıkların tanı ve tedavileri, hastaların yakınmalarını hafifletme, hastalıklardan koruma, ya da fizyolojik olayları düzeltmek amacıyla insan ve hayvanlarda kullanılan her türlü kimyasal bileşim olarak tarif edilmiştir. (1)

Günümüzde ilaç, sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez bir parçasıdır. Doğru tanıyla birlikte uygulanan tedavi kişileri iyileştirirken, yanlış tedavi de kişilerin iyileşmemesine, tekrar farklı bir tedavinin uygulanmasına hatta her ilacın toksik bir madde olması gerçeğiyle ölümüne bile sebep olabilmektedir. Örneğin; ABD'de hastane başvurularının % 8'ini istenmeyen ilaç reaksiyonları oluşturmakta ve bu nedene bağlı ölüm sayısı yılda 150 bin kişiye yaklaşmaktadır. Fransa'da ise tüm zehirlenmelerin yaklaşık yarısı ilaç kullanımına bağlı zehirlenmelerdir. (2)

Ülkemizde de ilaç tüketimi ciddi bir sorundur. Sağlık ocaklarında tıbbi ve teknik olanakların sınırlılığı, günlük yoğun hasta trafiği içerisinde daha çok yakınmaların giderilmesine yönelik yaklaşımın uygulanmasına neden olabilmektedir. Ayrıca sağlık ocaklarına başvuran hastaların kendilerinin ilaç yazılması beklentisinin çok yüksek olması hekimler için ayrı bir sorun oluşturmaktadır.

Ülkemizde ilaç masrafları Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı, Bağ-Kur, Kamu Kurum ve Kuruluşları ile bir kısım özel sandıklar Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu (yeşil kart) tarafından sağlanmaktadır. Hastalar sadece belirli bir katkı payı ödemekle birlikte, ülkemizde ilacın genel sağlık harcamaları içerisindeki payı gelişmekte olan ülkelerden bile fazladır. Avrupa ülkelerinde sağlık harcamalarının genelde % 10-15 arası ilaç harcamasına giderken bu durum ülkemizde çok yüksektir. 1998 yılı verilerine göre toplam sağlık harcamalarının; Sosyal Sigortalar Kurumu'nda % 47'sini, Emekli Sandığı % 57'sini, Bağ-Kur % 61'ini, Bakanlıklarda çalışan memurlarda % 55'ini ilaç harcamaları oluşturmuştur. 2000 yılında ülkemizin ilaç harcamasının yaklaşık olarak tüketici fiyatlarıyla 4.5 milyar dolar (5.3 katrilyon TL) olduğu düşünülecek olursa, ilacın hem sağlık hizmetlerinde hem de ülke ekonomisindeki önemi daha kolay anlaşılacaktır. (3) Burada sorgulanması gereken konu ilaç harcamalarının genel sağlık hizmetleri içerisindeki yüksek oranı olduğu kadar yazılan ilaçların rasyonelliğidir. Örneğin Almanya'da reçetelere yazılan ilaçların üçte birinin gerekliliğinin tartışılır olduğu saptanmıştır. (4)

Hekimlerin hastalarına yazdıkları ilaçlar konusunda ne kadar ve düzenli bilgi verdikleri de ayrı bir tartışma konusudur. Bu sorun sadece ülkemizde değil gelişmiş ülkelerde de bulunmaktadır. Örneğin Hollanda'da hekime başvuran iki hastadan sadece birine ve ortalama olarak 2 kalem ilaçtan daha az ilaç yazıldığı halde, hekimin muayenesinden çıkan hastaların yarısından azı ilacı nasıl kullanacağını bilememektedir.

Hem ilaç kullanımında ve tüketiminde hekimlerin belirleyici bir yerinin olması, hemde ilacın önemli bir pazar olması nedeniyle hekimlerin tercihlerini etkilemeye yönelik olarak ilaç şirketlerinin "tanıtım-promosyon" çalışmalarını gündeme getirmektedir. Bu tanıtım-promosyonun basit bir kalemden yurtdışı gezilerine, cep telefonu armağanından farklı hediyelere kadar değişmekteğini zaman zaman gazetelerden öğrenmekteyiz. Ülkemizde ise promosyon harcamaları ilaç satışlarının % 5'ini geçmeyecek diye bir sınırlama olmasına karşın, bu konuda denetim neredeyse hiç olmaması ve var olan somut gerçekler nedeniyle bu harcamaların % 5'in çok üstünde, % 15 civarında olduğunu söylemek yanlış olmasa gerektir. (5) Ülkemiz ilaç endüstrisinde çalışanların sayısı yaklaşık 14 bin iken, bu sektörde 5 bin civarında yani ilaç sektöründe çalışanların % 35'i kadar tıbbi temsilci

çalışmaktadır.⁶⁾ Yalnızca tıbbi temsilcilerin yıllık ücret tutarlarının ve çalışmalarının maliyeti göz önüne alındığında bile, ilaç tanıtım çalışmalarının maliyetinin bahsedilen % 5 oranını geçtiği rahatlıkla söylenebilir.

Promosyon faaliyetleri içerisinde tartışılması gereken bir konu da ilaç firmalarının tanıtım ve ilaç eğitimi kapsamında yaptıkları promosyondur. Bu durum sadece gelişmekte olan ülkeler için değil, bir çok yörüytle gelişmiş ülkeler için de geçerlidir. Kanada'da yapılan bir araştırmaya göre, yeni ilaçlarla ilgili bilgilenmede hekimlerin % 82'si için ilaç şirketleri temel kaynaklardır.⁷⁾ Bu ülkede hekimlerin yılda ortalama 1.5 kez sürekli tıp eğitimi faaliyetlerine katılırken, 2.5 kez ilaç şirketlerinin tanıtım faaliyetlerine katılmakta ve hekimlerin ancak üçte biri kendi ilaç bilgisini çağdaş ve yeterli görmektedir.

Bu anlamda ilaçların akılcı(rasyonel) bir şekilde kullanılmaması genel bir sorun olarak karşımıza çıkmakta ve bu konuda programların geliştirilmesini zorunlu hale getirmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 1985 Nairobi toplantısında Akılcı İlaç Kullanımı: "kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilacı, uygun süre ve dozajda, en düşük fiyata ve kolayca sağlayabilmeleri" olarak tanımlanmıştır.

Özellikle ilaç yazma yetkisine sahip hekimlerin ilaç bilgisi, hastaya yaklaşımı ve bu konuda yaşanan sorunların saptanması gerekmektedir. Bu nedenle Ankara il merkezindeki sağlık ocaklarında görev yapan hekimlerin akılcı ilaç kullanımı boyutunun belirlenmesi konusunda 2000 yılı içerisinde kesitsel nitelikte bir durum saptama araştırması planlanmış ve uygulanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma üç kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısımda örnekleme çıkan sağlık ocaklarında çalışan hekimlere anket uygulanmış, ikinci kısımda bu sağlık ocaklarında aynı gün kendisine reçete yazılmış hastalarla muayene odasından çıkar çıkmaz yüz yüze anket yapılmış, üçüncü kısımda da bu sağlık ocaklarında yazılan reçeteler derinelere değerlendirilmiştir. Bu metinde örnekleme çıkan sağlık ocaklarında çalışan hekimlere uygulanmış olan anket sonuçları olacaktır.

Araştırmanın evreni Ankara ili merkezinde bulunan merkez sağlık ocaklarıdır. Örneklem birimi olarak "sağlık ocağı" alınmıştır. Bu araştırmada temel amaç il merkezinde bulunan merkez sağlık ocaklarında yazılan reçetelerin değerlendirilmesi olduğundan, örneklem sayısı belirlemede reçete sayısı temel alınmıştır. Herbir sağlık ocağından alınacak reçete örneğini saptamak için öncelikle il merkezinde olan tüm sağlık ocakları bağlı oldukları sekiz ilçeye göre gruplandırılmıştır. Ocaklarda yazılan günlük reçete sayısı eşit olmadığı için ocakların tabaka ağırlığı bulunmuştur. Daha sonra herbir ilçede ocaklar, kendi içerisinde günlük reçete sayısı 30'dan az olanlar, 30 – 59 arası olanlar ve 60 ve üzeri olanlar olmak üzere üç grupta sınıflandırılmıştır. Herbir sınıftan birer sağlık ocağı rasgele seçilmiştir. Böylece her ilçede her tabakadan toplamı 26 sağlık ocağı seçilerek bu çalışma gerçekleştirilmiştir. İl Sağlık Müdürlüğü'nün verilerinden tespit edilen 121 hekimden 120 hekim'e (% 99.1) ulaşılmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırmaya katılan hekimlerin % 40.8'i erkek, %59.2'i kadındır. Hekimlerin tıp fakültesinden mezun olduktan sonraki çalışma süresine baktığımızda % 30.8'inin 5 yıldan az, % 69.2'sinin 5 yıl ve daha fazla çalıştıkları görülmüştür.

Günde 30 ve daha az hasta muayene eden hekimlerin % 46.2'si hastalarına ortalama 11-15 dakika süre ayırdığını belirtirken, günde 60 ve daha fazla sayıda hasta muayene eden hekimlerin ancak % 8.8'i hastalarına 11-15 dakika süre ayırdığını belirtmiştir. Ortalama olarak hasta başına muayene için 5-10 dakika ayırdıklarını belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan hekimlerin % 60'ı ilaçlarla ilgili herhangi bir eğitim programına katılmadıklarını belirtmişlerdir. İlaçlarla ilgili herhangi bir eğitime katılan hekimlerin % 55.8'i ilaç firmalarının düzenlediği sempozyumlar ve/veya toplantılara katıldıklarını ifade etmişlerdir.

5 yıl ve daha az çalışan hekimlerin % 75.7'si reçete yazmalarını şekillen liren en önemli faktörün ilaç firması temsilcilerinin tanıtımını derken, bu yüzde 5 yıldan fazla çalışan hekimlerde % 53.0'i bulunmaktadır. İlk yıllarda ilaç firmasının etkisinin daha fazla olduğu, zaman içerisinde meslektaşları, okuduğu kitaplar ve ilaç rehberlerinin daha etkili olduğu bulunmuştur.

Reçete yazma ile ilgili pratik uygulamaları ilaç firması temsilcilerinden (% 60'ı) öğrenenlerin % 63.9'u reçete yazmada bir sorunla karşılaştığında ilaç firmalarının dokümanlarına başvurmaktadır.

Araştırmaya katılan hekimlerin sadece % 22.8'i ilacın uygulama şekli, % 18.3'ü ilacın dozu, % 17.8'i ilacın endikasyonu hakkında "hemen tüm bilgileri yeterli" demişlerdir. Hekimlerin % 61.5'si ilaçların formülü, % 59.8'i ilaçların fiyatları, %54.4'ü ilaçların birlikte kullanıldığında etkileşimleri, % 46.8'i ilaçların biyoyararlanımı, % 41.1'i de ilaçların eşdeğerleri konusunda bilgi düzeylerinin "yetersiz" olduğunu düşünmektedirler.

Araştırmaya katılan hekimlerin % 68.3'ü yazdıkları ilaçların nasıl kullanılacağını hastalarına "her zaman" anlattığını belirtmiştir. Hekimlerin % 61.7'si, hastalarına ilaçlarla ilgili verdikleri bilgiyi "kısmen" yeterli bulunduğunu belirtmiştir. Sadece hekimlerin % 9.1'inin hastalarına verdiği bilgiyi "her zaman" tekrarlatığı belirtilmiştir. Bununla birlikte araştırmaya katılan hekimlerin % 78.3'ü hastalarına yazdıkları ilaçların nasıl kullanılacağını anlatma görevinin eczacıya ait olduğunu belirtmiştir.

Araştırmaya katılan hekimlerin % 72.5'i hastaların özel olarak istediği (hastanın önceden kullandığı, eczaneden aldığı vb.) ilaçları reçetelediklerini belirtmiştir. Hastaların reçeteye yazılmasını özel olarak talep ettiği "en sık" ilaçlar konusunda hekimlerin % 100'ü ağrı kesici ilaçlar, % 75.2'si romatizmal ilaçlar, % 74.1'i soğuk algınlığı ilaçlar, % 53.1'i vitamin/mineral ilaçlar, % 51.7'si antibiyotik ilaçlar olduğunu belirtmiştir.

Araştırmaya katılan hekimlerin % 82.5'i hastaların başka hekimlerin yazdığı reçeteleri sağlık karnelerine yazdırma talebini, % 81.7'si hastaların rapor isteklerini, % 66.7'si hastaların aynı ilacın tekrar yazımı için gelmelerini kendilerini en çok rahatsız eden konular olarak belirtmişlerdir.

5 yıl ve daha az çalışan hekimlerin % 67.6'sı hastaların taleplerini dikkate alırken, 5 yıldan daha çok çalışan hekimlerin % 80.7'si hastaların ilaç alım yoluyla ilgili taleplerini dikkate aldıkları bulunmuştur. Çalışma yılı arttıkça hasta taleplerine karşı direnç azaldığı bulunmuştur.

Günde 30 ve daha az hasta muayene edilen sağlık ocaklarının % 75.0'ünü haftada 1-3 arası ilaç temsilcisi ziyaret ederken, günde 60 ve üzeri hasta muayene edilen sağlık ocaklarının % 76.5'ini haftada 5'den fazla ilaç temsilcisi ziyaret etmektedir. Günde muayene edilen hasta sayısının arttıkça hekimin ziyaret eden ilaç temsilcisi sayısında arttığı bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hekimlerin % 52.5'ine son beş işgünü içinde 5'den fazla ilaç temsilcisi ziyaret etmiştir. Hekimlerin % 65.0'i ilaç temsilcilerinin kendilerini ziyareti ve promosyon dağıtımaları reçete yazmalarını "bazen" etkiliyor derken, % 28.3'ü bu durumun reçete yazmalarını "sıklıkla" etkilediğini belirtmiştir.

Araştırmaya katılan hekimlerin % 58.2'si en son tanıtılan ilaçlardan birini daha sonra en az bir kere reçeteye yazdıklarını belirtmiştir. Kendilerine en son tanıtılan ve reçeteye bir defa bile yazan hekimlerin % 58.6'sı bu ilaçların hastalığın tedavisine bir yenilik getirmediğini, % 54.3'ü bu ilaçların hastalığın iyileşme süresine bir farklılık getirmediğini, % 47.1'i bu ilaçların yan tesir

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

açısından benzer ilaçlardan daha avantajlı olmadığını, % 48.6'sı bu ilaçların fiyatlarının benzer ilaçlardan daha ucuz olmadığını belirtmiştir. Böyle olduğu halde yine de hekim o ilacı yazmayı tercih etmiştir.

Araştırmaya katılan hekimlerin % 79.2'si reçete ettikleri "bazı" ilaçların fiyatını biriken, sadece % 3.3'ü reçete ettiği "tüm" ilaçların fiyatını bildiğini belirtmiştir. Araştırmaya katılan hekimlerin % 81.7'si antibiyotik grubu ilaçların fiyatlarını, % 74.2'si ağrı kesici ilaçların fiyatını, % 56.7'si soğuk algınlığı ilaçların fiyatlarını, % 51.7'si romatizmal ilaçların fiyatlarını bildiğini belirtmiştir.

Hekimlerin % 72.5'i reçete yazarken "bazen" ilaçların fiyatını dikkate aldığını, % 24.2'si reçete yazarken ilaçların fiyatını "her zaman" dikkate aldığını belirtmiştir. Hekimlerin % 70'i eğer hastanın sağlık sigortası yoksa, % 50.8'i tedavide kullanılacak benzer ilaçlar birden fazlaysa veya ilaçların biyoyararlanımı aynıysa, reçete yazarken ilaçların fiyatını "bazen" dikkate aldığını belirtmiştir.

Araştırmaya katılan hekimlerin % 40.0'i ilaçların uygunluğunu, % 38.3'ü ilaçların maliyetini, % 35.8'i ilaçların etkililiğini, % 22.5'i ilaçların güvenilirliğini akılcı ilaç kullanımının tanımı olarak belirtmiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Söz konusu araştırmanın sonuçları hekimlere doldurtulan anket şeklinde olduğu için dikkatlice değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu çalışmada hekimlere sorulan bazı soruların cevapları hastalardan da alınmış, ayrıca gözlem de yapılmıştır. Bununla birlikte özellikle bilgi sorularına verdikleri cevaplar ölçülmekle birlikte, yine de bizlere önemli ipuçları vermektedir.

Bu çalışmadan görüldüğü üzere hekimlerin ilaç bilgileri zaman içerisinde eskimekte ve yenilemeye ihtiyaç bulunmaktadır. İlk görev sırasında eğer yanında kendisine yol gösterecek başka bir hekim yoksa, ilaç firmalarının sağladığı bilgilerle yetinmek zorunda kalmaktadır. Ayrıca ilaçlarla ilgili olarak en fazla ilaç firmaları eğitim/toplantı yapmaktadır. Bu sorunu aşmak için mezuniyet öncesine reçete yazma dersinin yerleştirilmesi, tıptaki yeniliklerle ilgili olarak meslek örgütleri ve Bakanlık başta olmak üzere mezuniyet sonrası sürekli eğitimler düzenlenmelidir. Ayrıca bilimsel ve tarafsız eğitim materyallerine ihtiyaç bulunmaktadır. Söz konusu eğitimler ve materyaller sadece ilaçların kullanımı veya yan tesirleri konusunda değil, aynı zamanda akılcı ilaç kullanım kriterlerinden biri olan ilaç maliyetlerini de kapsamalıdır.

İlaç yazımında sürekli olarak hasta ile yüz yüze kalan hekimlerin zaman içerisinde tedavisi için ihtiyaç duyulmayacak kalemleri yazabildiği, bu isteklere karşı direncinin zaman içerisinde azaldığı saptanmıştır. Bu durumu çözmek ve gereksiz ilaç tüketimini önlemek için sosyal güvence kurumlarının geri ödeme listelerini ve ödemeyi kapsayan ilaçları gözden geçirmeleri, bazı ilaçların ödenmesinin sınırlamaları gerekmektedir. Böylece hekim hasta ilişkisinin daha sağlıklı bir zemine otururtması sağlanabilir.

Hekimlerin yazdıkları reçete sayısıyla doğru orantılı olarak ilaç firmaların temsilci ziyaretleri artmaktadır. Bu aynı zamanda promosyonu getirmede, araştırma görüldüğü gibi tedavide yenilik getirmediği veya daha etkili bir ilaç olmadığı halde yazılmasını sağlamaktadır. Promosyonu etik yönü üzerinde durulmalı, promosyona karşı başka ülkelerde olduğu gibi hekim eğitimleri başlatılmalıdır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı bu konudaki denetimlerini artırmalıdır.

Kaynak:

1. Kayaalp, S.O., Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji
2. World Health, Mart-Nisan 1992.
3. Tokat M., Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1998, S.B. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 2000.
4. Şemin S., 1998. Sosyal ve Ekonomik Yönelimlerle İlaç, TTB Yayını.
5. İlaç Endüstrisi İşverenleri Sendikası. Faaliyet Raporu 1996. İstanbul 1997.
6. Şemin S., Toplum Sağlığı Açısından İlaçın Öteki Yüzü. Toplum ve Hekim. 1993: 56: 42-62.
7. Anderson M., Lexchin J. Strategies for Improving Prescribing Practice. Canadian Medical Association Journal. 1996:154.

KIRIKKALE İLİNDE ÜÇ FARKLI HASTANEDE ÇALIŞAN HEKİMLERİN MESLEKİ İŞ DOYUMU

Meral SAYGUN*, Aytül ÇAKMAK*, S. Kenan Köse**

*Yrd. Doç. Dr. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**Öğr. Gör. Dr. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı

Özet

Hekimlerin çalışma alanları, yetki ve sorumlulukları çalıştıkları kuruma göre farklılık göstermektedir. Değişik hastanelerde görev yapan hekimlerin mesleki iş doyumlarının incelenmesi, sorunlarının belirlenip önerilerin getirilmesi önemlidir.

Bu çalışma; Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesinde (KÜTF), Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanesinde (SSKH) ve Sağlık Bakanlığı Kırıkkale Devlet Hastanesinde (SBKDH) çalışan hekimlerin iş doyum düzeylerini saptamak ve bunu etkileyen faktörleri incelemek amacıyla planlanmış, kesitsel bir çalışmadır.

Araştırmanın yapıldığı tarihte üç hastanede toplam 150 hekim görev yapmaktaydı. KÜTF'de görevli 6 öğretim üyesi araştırmaya katılmak istememiş, SSK Hastanesinde çalışan 5 hekime de izinli ve raporlu oldukları için ulaşılamamıştır.

Araştırmada kullanılan ve on bölümden oluşan İş Doyum Ölçeği (İDÖ), Ege Üniversitesi Fen ve Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümünün Almanca'dan Türkçe'ye uyarladığı, geçerliliği ve güvenilirliği test edilmiş bir ölçektir.

Ölçeğin her bölümünde, ilgili alandaki iş doyumunu ölçülmekte; alanların tümü birlikte değerlendirildiğinde de genel iş doyumunun belirlenmektedir.

Araştırma verilerinin bilgisayara girişi ve istatistiksel analizler SPSS for windows paket programı kullanılarak yapılmıştır. Analizde tek yönlü varyans analizi, student t testi, Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Tüm hekimlerin Genel İş Doyum Puan Ortalaması (GİDPO) 172.51±39.12 olarak bulunmuştur. Üç hastanedeki GİDPO arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu (p=0.000) ve KÜTF'nin en yüksek puan ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır. KÜTF ile SSKH ve SBKSH arasındaki fark anlamlı bulunurken (p=0.000 ve p=0.000), SSKH ve SBKDH arasındaki fark anlamsız bulunmuştur. Hastanelerdeki alt ölçekler arası ilişkiler karşılaştırıldığında ise; Birimler Arası İlişkiler alt ölçeği hariç, üç hastanenin tüm alt ölçeklerindeki puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hekimlerin en yüksek puan ortalamasını Örgüt Kültürü; en düşük puan ortalamasını ise Birimler Arası İlişkiler alt ölçeğinden elde etmişlerdir.

Araştırmanın sonunda, üç hastanenin GIDPO ve alt ölçeklerdeki puan ortalamalarının yaş, cinsiyet, medeni durum, toplam hizmet süresi, son çalışılan hastanedeki hizmet süresi arasındaki ilişki incelenmiş, yorumlanmıştır ve önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: İş Doymu, Hekimler

GİRİŞ VE AMAÇ

İnsan biyolojik ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamak için çalışmak zorundadır. Çalışma hayatından elde edilen doyum, bireyin günlük yaşantısını da önemli bir şekilde etkiler. İş yeri başarısında çalışan kişinin motivasyonu, grupla ilişkisi, aldığı ücret, işin niteliği, çalışma koşulları, yönetimin tutumu ve kendi kişilik yapısı önem taşımaktadır (1).

Sağlık sektörü toplumun kaynaklarını ayırdıkları alanlardan biridir, hekimlerin başarılı çalışmaları, mesleklerini sevmelerine ve iş doyumlarına bağlıdır. Ülkemizdeki hekimlerin büyük çoğunluğu, ağır çalışma koşulları, kişiler arasındaki sağlıksız ilişkiler, mesleki gelecek kaygısı ve kendi sorumluluklarının ilerisinde görevler yüklenmek zorunda kaldıkları için ağır iş yükü altındadırlar.

Bu çalışmada; Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesinde (KÜTF), Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanesinde (SSKH) ve Sağlık Bakanlığı Kırıkkale Devlet Hastanesinde (SBKDH) çalışan hekimlerin iş doymu düzeylerini saptamak ve iş doymunu etkileyen faktörleri karşılaştırmalı olarak incelemek amaçlanmıştır.

MATERYAL- METOD

Araştırma Kırıkkale ilinde çeşitli kurumlarda görev yapan hekimlerin iş doymu düzeylerini saptamak, iş doymunu etkileyen faktörleri karşılaştırmalı olarak incelemek amacıyla planlanmış kesitsel bir araştırmadır.

Araştırmanın başladığı Mayıs 2001 tarihinde KÜTF'de 73 öğretim üyesi, SSKH'de 35, SBKDH 42 hekim görev yapmaktaydı. KÜTF'de görevli 6 öğretim üyesi araştırmaya katılmak istememiş, SSK hastanesinde çalışan 5 hekime de iznil ve raporlu oldukları için ulaşılamamıştır.

Araştırmacılar kişileri çalıştıkları birimlerde bularak, araştırmanın amacı ve veri toplama formunun nasıl doldurulacağı konusunda bilgilendirmişlerdir. Araştırmada kullanılan anket tek tek hekimlere teslim edilmiş, araştırmaya katılan kişiler anketi doldurarak, araştırmacılara ulaştırmışlardır.

Araştırmada kullanılan ve on bölümden oluşan İş Doym Ölçeği (İDÖ) Ege Üniversitesi Fen ve Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümünün Almanca'dan Türkçe'ye uyarladığı, geçerliliği ve güvenilirliği test edilmiş bir ölçektir.

Ölçeğin her bölümünde, ilgili alandaki iş doymu ölçülmekte; alanların tümü birlikte değerlendirildiğinde de genel iş doymu belirlenmektedir. Ölçeğin bölümleri ve içerdikleri madde sayıları sırasıyla: Fiziksel Koşullar: 5, İşin Kendisi: 6, Çalışanların Gelişimi: 5, Ücret ve Ödüllendirme Sistemleri: 7, Ekipler: 7, Bilgilendirme ve İletişim: 6, Birimler Arası İlişkiler: 3, Çalışma Çözme: 5, Örgüt Kültürü: 10, Kuruma Bağlılık ve Güven: 6'dır. Toplam 60 maddeden oluşan bu ölçeğin her maddesi, "kesinlikle katılıyorum" ile "kesinlikle katılmıyorum" (1-5 puan) arasında değişen 5 seçenekten biri işaretlenerek yanıtlanmaktadır.

Formun ikinci bölümü, cins, yaş, medeni durum, unvan, hizmet süresi, çalışılan bölüm, günlük çalışma süresi gibi sosyo-demografik özelliklerle ilgili veri toplanması amacıyla geliştirilmiştir. Araştırma için KÜTF Dekanlığından, SSK Hastanesi Başhekimliğinden ve Sağlık Müdürlüğünden ve Kırıkkale Devlet Hastanesi Başhekimliğinden izin alınmıştır.

Araştırma için izin alınması amaçları ve çalışanların iş yoğunluğu, formların geri toplanmasında zaman kaybına neden olmuş ayrıca araştırmaya alınan kişilerin bir bölümünün katılmayı kabul etmemeleri, bir bölümünün de formun bazı bölümlerini içten yanıtlamaktan çekinmeleri güçlük yaratmıştır.

Araştırma verilerinin bilgisayara girişi ve istatistiksel analizler SPSS for windows paket programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde tek yönlü varyans analizi, student t testi, Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılanların sosyo-demografik, kültürel özellikleri ve toplam hizmet süresine ve son çalışılan hastanedeki hizmet süresine göre dağılımları Tablo 1.2.3'de görülmektedir.

Üç hastanenin cins, medeni durum, idari görev, günlük çalışma süresi karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark olmadığı, yaş, eğitim durumu, çalışılan birim, hafta sonu çalışma durumu, ek iş yapma durumu, toplam hizmet süresi, son çalışılan hastanedeki hizmet süresinin ise farklı olduğu saptanmıştır (Yaş p=0.001, eğitim p=0.000, çalışılan birim p=0.000, hafta sonu çalışma p=0.000, hizmet süresi p=0.000, son çalışılan hastanedeki hizmet süresi p=0.000). Diğer iki hastane ile karşılaştırıldığında; KÜTF'de genç yaş grubunun fazla olduğu (26-35 yaş %52.2, bütün hekimlerin uzman olduğu, pratisyen hekim bulunmadığı, Acil bölümünde çalışan hekim olmadığı, temel tıp birimlerinde çalışan hekim sayısının SSK ve SBKDH'ne göre fazla olduğu, hafta sonu hastanede nöbet tutma oranının az olduğu, toplam hizmet süresinin kısa olduğu (6-15 yıl %69.8), son çalışılan hastanedeki hizmet süresinin kısa olduğu (0-2 yıl %68.7) saptanmıştır.

Tüm hekimlerin Genel İş Doym Puan Ortalamasının (GIDPO) 172.51±39.12 olduğu, hastanelere ve alt ölçeklere göre İş Doym Ölçeği (İDÖ) puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise; Tablo 4. de görüldüğü gibi üç hastanedeki GIDPO arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu (p=0.000) ve KÜTF'nin en yüksek puan ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır (x=190.52±33.72). KÜTF ile SSKH ve SBKDH arasındaki fark anlamlı bulunurken (p=0.000 ve p=0.000), SSKH ve SBKDH arasındaki fark anlamsız bulunmuştur (p=1.000).

Araştırmaya katılan hekimlerin en yüksek puan ortalamasını Örgüt Kültürü alt ölçeğinde (x=27.99±7.85); en düşük puan ortalamasını ise Birimler Arası İlişkiler alt ölçeğinde (x=7.82±2.72) elde etmişlerdir.

KÜTF'de çalışan hekimlerin en yüksek puan ortalamasını Örgüt Kültürü (x=30.90±7.06), Ekip Çalışması (x=26.40±7.12); en düşük puan ortalamasını ise Birimler Arası İlişkiler (x=8.28±2.69) ve Fiziksel Koşullar (x=12.97±4.06) alt ölçeklerinden elde etmişlerdir.

SSK Hastanesinde çalışan hekimlerin en yüksek puan ortalamasını Örgüt Kültürü (x=26.67±6.13) ve Ekip Çalışması (x=19.67±4.65) alt ölçeklerinden; en düşük puan ortalamasını ise Birimler Arası İlişkiler (x=7.37±2.89) ve Çalışanların Gelişimi (x=11.93±3.38) alt ölçeklerinden elde etmişlerdir.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

SBKDH'de çalışan hekimler en yüksek puan ortalamasını Örgüt Kültürü ($x=24.31\pm 8.46$) ve Ekip Çalışması ($x=20.83\pm 5.46$) alt ölçeklerinden; en düşük puan ortalamasını ise Birimler Arası İlişkiler ($x=7.40\pm 2.60$), Fiziksel Koşullar ($x=11.10\pm 4.80$) ve Çalışanların Gelişmesi ($x=11.76\pm 3.98$) alt ölçeklerinden elde etmişlerdir.

Hastanelerdeki alt ölçekler arası ilişkiler karşılaştırıldığında ise; Birimler Arası İlişkiler alt ölçeği hariç, üç hastanenin tüm alt ölçeklerindeki puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo.4).

KÜTF, Fiziksel Koşullar alt ölçeği hariç tüm alt ölçeklerden en yüksek puan ortalamasını almıştır.

Her üç hastanenin puan ortalamaları ile yaş grupları arasındaki ilişkiyi incelediğimizde; üç hastanenin GİDPO ile yaş grupları arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. (KÜTF $p=0.603$, SSKH $p=0.092$, SBKDH $p=0.316$).

Her üç hastanenin puan ortalamaları ile medeni durum arasındaki ilişkiyi incelediğimizde; KÜTF ve SSKH'nin alt ölçekler ve GİDPO ile medeni durum arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki saptanamazken, SBKDH'de hem bütün alt ölçeklerin puan ortalamaları ve medeni durum arasında, hem de GİDPO ile medeni durum arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($F=18.549$ $p=0.000$).

KÜTF için toplam hizmet süresi ve son çalışılan hastanedeki hizmet süresi ile alt ölçekler puan ortalamaları arası korelasyonları incelediğimizde; alt ölçeklerin puan ortalamalarının hiçbiri ile toplam hizmet süresi ve son çalışılan hastanedeki hizmet süresi arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. GİDPO ile toplam hizmet süresi ve son çalışılan hastanedeki hizmet süresi arasında da anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (Tablo.5).

SSKH için toplam hizmet süresi ve son çalışılan hastanedeki hizmet süresi ile alt ölçekler puan ortalamaları arası korelasyonları incelediğimizde; Tablo.6'da görüldüğü gibi, Fiziksel Koşullar alt ölçeği ile toplam hizmet süresi arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.441$, $p=0.019$). Fiziksel Koşullar alt ölçeği puan ortalaması ile son çalışılan hastanedeki hizmet süresi arasında ise negatif korelasyon saptanmıştır ($r=-0.443$, $p=0.021$). GİDPO ile toplam hizmet süresi ve son çalışılan hastanedeki hizmet süresi arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

SBKDH için toplam hizmet süresi ve son çalışılan hastanedeki hizmet süresi ile alt ölçekler puan ortalamaları arası korelasyonları incelediğimizde; Tablo.7'de görüldüğü gibi Ücret ve Ödül Sistemleri alt ölçeği puan ortalaması ile toplam hizmet süresi arasında negatif korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=-0.378$, $p=0.021$). Ekip Çalışması alt ölçeğinin puan ortalaması ile toplam hizmet süresi arasında negatif korelasyon gözlenmiştir ($r=-0.490$, $p=0.002$). Çatışma Çözme alt ölçeği ile toplam hizmet süresi arasında negatif korelasyon vardır ($r=0.360$, $p=0.028$). GİDPO ile toplam hizmet süreleri arasında negatif korelasyon saptanmıştır ($r=-0.359$, $p=0.029$). GİDPO ile son çalışılan hastanedeki hizmet süresi arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

KÜTF, SSKH ve SBKDH'nin cinsiyete ve alt ölçeklere göre İDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; KÜTF ve SSKH'de hiçbir alt ölçekle cinsiyet arasında anlamlı fark saptanamazken, SBKDH'de çalışan kadınların Fiziksel Koşullar alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının erkeklerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlenmiştir ($t=2.077$, $p=0.045$). Cinsiyet ile GİDPO arasındaki farkın üç hastanede de istatistiki olarak anlamsız olduğu saptanmıştır. (KÜTF $p=0.938$, SSKH $p=0.899$, SBKDH $p=0.381$).

KÜTF, SSKH ve SBKDH'nin çalışılan birimlere ve alt ölçeklere göre İDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; KÜTF'de ve SSKH'de çalışılan birim ile hiçbir alt ölçek arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır. SBKDH'de ise Ücret ve Ödül Sistemleri ve Kuruma Bağlılık ve Güven alt ölçeğinin puan ortalamaları ile çalışılan birimler arasında istatistiki olarak anlamlı fark saptanmıştır. Ücret ve Ödül Sistemleri alt ölçeğindeki fark, acil bölümünde çalışan sekiz kişinin puan ortalamalarının diğer birimlere göre yüksek olmasından kaynaklanmaktadır ($F=3.684$ $p=0.013$). Kuruma Bağlılık ve Güven alt ölçeğinde ise cerrahi birimlerde çalışan 17 kişinin puan ortalamasının diğer birimlerden düşük olduğu gözlenmiş ve aralarında istatistiki olarak anlamlı fark saptanmıştır ($F=3.060$ $p=0.028$). Her üç hastanenin GİDPO ile çalışılan birimler arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır (KÜTF $p=0.323$, SSKH $p=0.089$, SBKDH $p=0.117$).

KÜTF, SSKH ve SBKDH'nin idari görev olup olmaması ve alt ölçeklere göre İDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; KÜTF'de Ücret ve Ödül Sistemleri, Birimler Arası İlişkiler, Çatışma ve Çözme, Örgüt Kültürü alt ölçeklerinde idari görevi olanların puan ortalamasının daha yüksek olduğu ve aralarında anlamlı fark olduğu gözlenmiştir. GİDPO arasında da anlamlı fark saptanmıştır ($t=2.259$ $p=0.028$). SSKH'de idari görev olması ile hiç alt ölçeğin puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. GİDPO ile idari görev arasında da anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p=0.224$). SBKDH'de sadece Çalışanların Gelişmesi alt ölçeğinde idari görevi olanların puan ortalamasının yüksek olduğu ve aralarında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. GİDPO ile idari görev olup olmaması arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p=0.329$).

TARTIŞMA

Araştırmanın sonunda üç hastanedeki GİDPO arasındaki farkın istatistiki olarak anlamlı olduğu ve KÜTF'nin en yüksek puan ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır. KÜTF ile SSKH ve SBKDH arasındaki fark anlamlı bulunurken, benzer özelliklere sahip olan SSKH ve SBKDH arasındaki fark anlamsız bulunmuştur. Üç hastanede çalışan hekimler de ölçeklerden alınabilecek en yüksek puana ulaşamamışlardır. SBKDH'de çalışan hekimlerin puan ortalamaları ölçekten alınabilecek en yüksek puanın yarısı kadardır. AÜTF Hastanesi, Ankara Onkoloji Eğitim Hastanesi ve SSK Ankara Eğitim Hastanesinde yapılan çalışmada da, AÜTF'de çalışan hekimlerin en yüksek GİDPO'ne sahip oldukları bildirilmiş ve benzer sonuçlar elde edilmiştir (2). Akademik hekimlerde ilerleme olanaklarının olması, yapılan işte bağımsız olmaları, bilgi ve becerilerini kullanma olanaklarının fazla olması iş doyumunu arttırmaktadır. Eğitim programı uygulayan hastanelerde çalışan hekimlerin iş doyumunun yüksek olduğunu bildiren başka çalışmalarda vardır (3,4,5,6).

Tüm alt ölçeklerdeki puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olması, üç hastanenin GİDPO arasındaki farkı açıklamaktadır.

Araştırmaya katılan hekimler en yüksek puan ortalamalarını Örgüt Kültürü, Ekip Çalışması, Kuruma Bağlılık ve Güven Alt ölçeklerinden elde etmişlerdir ve bu ölçekler İş Doyumunu olumlu yönde etkileyen ölçekler olmuştur. En düşük puan ortalamasına sahip Birimler Arası İlişkiler, Çalışanların Gelişmesi ve Fiziksel Koşullar alt ölçekleri ise iş doyumunu arttıran ve sorunu ağırlaştırıcı etmenler olmuşlardır. Ancak birbirini tanımlaması gereken Örgüt Kültürü, Ekip Çalışması, Kuruma Bağlılık ve Güven ölçekleri en yüksek puan ortalamasına sahipken, Birimler Arası İlişkiler alt ölçeğinin en düşük puan ortalamasına sahip olması, alt ölçekler arasında bir tutarsızlık olduğunu göstermektedir. Bu durum bize Örgüt Kültürü, Ekip Çalışması, Kuruma Bağlılık ve Güven Alt ölçeklerine çeşitli nedenlerle doğru yanıt vermekten kaçınıldığını ve aslında birimler arasında çatışmalar olduğunu düşündürmüştür. AÜTF Hastanesi, Ankara Onkoloji Eğitim Hastanesi ve SSK Ankara Eğitim Hastanesinde yapılan çalışmada da benzer sonuçlarla karşılaşılmıştır (2).

Çalışanların gelişmesi alt ölçeğinin puan ortalamasının özellikle SSKH ve SBKDH'de düşük olması bu hastanelerde çalışan hekimlerin şu an buldukları pozisyondan daha iyi bir konuma geçme olasılıklarının olmadığını düşüncülerinden kaynaklanmaktadır.

KÜTF ve SBKDH'de çalışan hekimlerin Fiziksel Koşullar alt ölçeğinden aldıkları puanın fizik olarak daha iyi olanlara sahip SSK hekimlerinden düşük olması, çalışılan ortamları; büyüklüğü, amaca uygunluğu ve düzeninin iş doyumunu etkilemedeki önemini vurgulamaktadır.

Ücret ve Ödül Sistemleri alt ölçeğinin puan ortalamasının bu alt ölçekten alınabilecek puan ortalamasının yarısı kadar olması ve KÜTF ile SBKDH ve SSKH ile SBKDH arasında anlamlı bir fark saptanmaması, bu alt ölçeğin çalışılan kurum ve akademisyenlik farkı gözetmeksizin tüm hekimlerde iş doyumunu olumsuz yönde etkilediğini ortaya koymuştur. Ücret düşüklüğünün pratisyen hekim, uzman hekim ve akademiisyenlerde iş doyumunu olumsuz yönde etkilediğini bildiren birçok çalışma vardır (5,6,7).

Her üç hastanenin puan ortalamaları ile yaş grupları arasındaki ilişkiyi incelediğimizde; üç hastanenin GİDPO ile yaş grupları arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. AÜTF'de çalışanların iş doyumlarını araştıran başka bir çalışmada ise İDÖ puan ortalamalarının yaş gruplarına göre istatistiksel anlamda önemli farklılık gösterdiği ve 36-40 yaş grubundan başlayarak arttığı saptanmıştır (8). Herzberg genç yaşlarda iş doyumunun yüksek, orta yaşlarda düşük, ileri yaşlarda yeniden yüksek olabileceğini ifade etmiştir (9).

Her üç hastanenin puan ortalamaları ile medeni durum arasındaki ilişkiyi incelediğimizde; KÜTF ve SSKH'nin alt ölçekler ve GİDPO ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamazken SBKDH'de bütün alt ölçeklerin puan ortalamaları ve GİDPO ile medeni durum arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu ve evli olanlarda iş doyumunun yüksek olduğu saptanmıştır. Düzce'de çalışan hekimlerin iş doyumlarını araştıran bir çalışmada da evlilerde iş doyumunun yüksek olduğu bildirilmiştir (6).

KÜTF için toplam hizmet süresi ve son çalışılan hastanedeki hizmet süresi ile alt ölçekler arası korelasyonlarda ve GİDPO arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. SSKH'de ise Fiziksel koşullar alt ölçeğinin puan ortalamasının toplam hizmet süresindeki artışa bağlı olarak arttığı, son çalışılan hastanedeki hizmet süresinin uzamasına bağlı olarak ise azaldığı tespit edilmiştir. GİDPO ile toplam hizmet süresi ve son çalışılan hastanedeki hizmet süresi arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

SBKDH'de ise toplam hizmet süresinin artmasına bağlı olarak Ücret ve Ödül Sistemi, Ekip Çalışması, Çatışma Çözme alt ölçeklerinde ve GİDPO'da azalma gözlenmiş ve bu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. GİDPO ile son çalışılan hastanedeki hizmet süresi arasında ise anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

Bu konuda yapılmış araştırmalarda ise; toplam hizmet süresinin uzamasına ve aynı işi aynı yerde sürdürüyor olmasına bağlı olarak, çalıştığı işi benimsediği, barınma, tanınma, işte ilerleme olanaklarının arttığı, buna bağlı olarak da iş doyumunun artış gösterdiği saptanmıştır (3,8).

Çalışmada, her üç hastanede de cinsiyet ile GİDPO arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. AÜTF'de çalışanların iş doyumunun araştırıldığı çalışmada İDÖ puan ortalamalarının erkeklerde (8). Düzce'de çalışan hekimlerin iş doyumlarının araştırıldığı çalışmada ise akademisyen kadınlarda yüksek olduğu bildirilmiştir (6).

Bizim çalışmamızda, AÜTF çalışanlarında yapılan araştırmanın sonuçlarına benzer olarak (8), üç hastanede de çalışan birimler ile GİDPO arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

SSKH ve SBKDH'nin GİDPO ile idari görev olup olmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. KÜTF'de ise Ücret ve Ödül Sistemleri, Birimler Arası İlişki, Çatışma Çözme, Örgüt Kültürü alt ölçeklerinden idari görevi olanların puan ortalamalarının yüksek olduğu ve GİDPO arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu konuda yapılan bir çok araştırmada da idari görevi olan hekimlerin iş doyumunun yüksek olduğu bildirilmiştir (6,7,8). Bu; idari görevi olan üst düzey yöneticilerin, daha bağımsız olmaları, yetkilerini kullanabilmeleri ve meslek hayatlarında beklentilerinin çoğunluğunu gerçekleştirebilmiş olmaları ile açıklanabilir.

ÖNERİLER

Araştırma sonuçlarına göre; en düşük puan ortalamasına sahip olan Birimler Arası İlişkiler, Fiziksel Koşullar ve Çalışanların Gelişmesi alt ölçekleri iş doyumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Ücret ve Ödül Sistemleri alt ölçeğinin puanının düşüklüğü ise iş doyumunu arttırmaktadır. Bu alanlarda iyileştirmeyi sağlamak amacı ile;

- Hekimler iletişim ve sorunları çözme teknikleri konusunda eğitilmelidirler.
- Hekimlere sürekli eğitim kursları ile kendilerini yenileme ve geliştirme olanaklarının yaratılması gereklidir.
- Hekimlerin çalıştıkları ortamların fizik koşulları iyileştirilmelidir.
- Hekimlerin çalışma koşulları, ücret ve ödüllendirme sistemleri iyileştirilmesi ve bu konuda söz sahibi olmaları sağlanmalıdır.

Kaynaklar

- 1- Aldemir CM. Örgütleme ve Yönetimi. Bilgehan Basımevi, İzmir, 1985.
- 2- Piyal YB, Piyal B, Çelen Ü. Sağlık Çalışanlarının İş Doyumu Farklılıklarını: Hastaneler ve Meslekler Temelinde Çözümlemesi. III. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Bildiri Kitabı. Eylül 2000.
- 3- Musal B, Ergin S, Elçi ÖC. Uzman Hekimlerde Mesleki Doyum. Toplum ve Hekim. 10: 68. Temmuz 1995.
- 4- Tosunoğlu H, Fırat Üniversitesi Öğretim Elemanlarında İş Doyumu. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Elazığ, 1998.
- 5- Akgün S, Aksel S, Hamamoğlu N, Kerçi A. Başkent Üniversitesi Hastanelerinde Görev Yapan Personelin İş Doyumları Üzerine Bir Araştırma. II. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Bildiri Kitabı. Mayıs 1999.
- 6- Ataoğlu A, İçmeli C, Özçetin A. Hekimlerde Mesleki İş Doyumu. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi Dergisi. 2: 17-34, 2000.
- 7- Musal B. Pratisyen Hekimlerde Mesleki Doyum ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Toplum ve Hekim : 22-25, Nisan 1993.
- 8- Piyal B, Çelen Ü, Şahin N, Piyal E. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışanların İş Doyumu. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 53 (4): 241-250, 2000.
- 9- Koelbel PW, Fuller SG, Misener TR. Job Satisfaction of Nurse Practitioners: An Analysis Using Herzberg's Theory. Nurse Practitioner: 43-56, April 1991.

Tablo 1. Araştırma Grubunun Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri

Demografik Özellik	Sayı	%
Yaş		
20-25	2	0.14
26-30	20	14.3
31-35	43	30.9
36-40	30	21.5
41-45	20	14.3
46-60	18	12.9
Belirtmeyen	6	0.43
Cinsiyet		
Kadın	42	30.2
Erkek	91	65.4
Belirtmeyen	6	4.3
Eğitim Durumu		
Üniversite	15	10.7
Uzmanlık	100	71.9
Süper İhtisas	5	3.5
Doktora	12	8.6
Belirtmeyen	7	5.0
Medeni Durum		
Evli	102	73.3
Boşanmış	5	3.5
Hiç evlenmemiş	27	19.4
Belirtmeyen	5	3.5
Toplam	139	100

Tablo 2. Araştırma Grubunun Bazı Sosyo-Kültürel Özellikleri

Sosyo-Kültürel Özellik	Sayı	%
Çalışılan Birim		
Cerrahi Tıp Bilimleri	61	43.9
Dahili Tıp Bilimleri	46	33.1
Temel Tıp Bilimleri	12	8.6
Acil	8	5.8
Belirtmeyen	12	8.6
Yönetmel Görev		
Yönetmel Görevi Olan	11	7.9
Yönetmel Görevi Olmayan	114	82.0
Belirtmeyen	14	10.1
Ortalama Günlük Çalışma Süresi		
<=7saat	39	28.5
8-9 saat	54	38.8
>=10 saat	36	25.8
Belirtmeyen	10	7.1
Hafta Sonu Çalışma Durumu		
Hayır	67	48.2
Evet Bazen	28	20.1
Evet Sık sık	36	25.9
Belirtmeyen	8	5.8
Ek İş Yapma Durumu		
Hayır	89	64.0
Muayenehane	39	28.1
Özel Hastane	1	0.7
İşyeri Hekimliği	2	1.4
Belirtmeyen	8	5.8
Toplam	139	100

Tablo 3. Araştırma Grubunun Toplam Hizmet Süresine ve Son Çalışılan Hastanedeki Hizmet Süresine Göre Dağılımı

Hizmet Süresi	Sayı	%
Toplam Hizmet Süresi		
0-2 yıl	6	4.3
3-5 yıl	7	5.0
6-10 yıl	33	23.7
11-15 yıl	38	27.3
16-20 yıl	24	17.3
21-25 yıl	11	7.9
26-30 yıl	9	6.5
31-35 yıl	4	2.9
Belirtmeyen	7	5.0
Son Çalışılan Hastanedeki Hizmet Süresi		
0-2 yıl	69	49.6
3-5 yıl	30	21.6
6-10 yıl	14	10.1
11-15 yıl	8	5.8
16-20 yıl	6	4.3
Belirtmeyen	12	8.6
Toplam	139	100

Tablo 4. Hastanelere ve Alt Ölçeklere Göre İş Doyum Ölçeği Puan Ortalamaları

Alt Ölçekler	KÜTF (n=67) (1) X±SD	SSK (n=30) (2) X±SD	SBKDH (n=42) (3) X±SD	F	p	Karşılaştırma p		
						1-2	1-3	2-3
Fiziksel Koşullar	12.97±4.06	14.80±4.82	11.10±4.80	6.31	0.003	0.192	0.104	0.002
İşin Kendisi	20.07±4.00	16.47±4.24	15.71±4.91	15.351	0.000	0.001	0.000	1.000
Çalışanların Gelişmesi	15.33±3.41	11.93±3.38	11.76±3.98	17.192	0.000	0.000	0.000	1.000
Ücret ve Ödül Sistemleri	18.73±5.44	15.27±5.58	16.07±6.49	4.856	0.009	0.020	0.065	1.000
Ekip Çalışması	26.40±7.12	19.67±4.65	20.83±5.46	18.694	0.000	0.000	0.000	1.000
Bilgilendirme ve İletişim	19.25±4.31	16.03±3.68	15.67±4.27	11.817	0.000	0.002	0.000	1.000
Birimler Arası İlişkiler	8.28±2.69	7.37±2.89	7.40±2.60	1.897	0.154	0.376	0.304	1.000
Çatışma Çözme	15.60±3.42	13.30±3.73	13.74±3.22	6.288	0.002	0.008	0.020	1.000
Örgüt Kültürü	30.90±7.06	26.67±6.13	24.31±8.46	11.025	0.000	0.029	0.000	0.544
Kuruma Bağlılık ve Güven	22.85±4.28	18.73±5.47	16.00±5.31	26.570	0.000	0.001	0.000	0.061
Genel İş Doyumu	190.52±33.72	160.23±30.56	152.54±39.61	17.373	0.000	0.000	0.000	1.000

Tablo 5. KÜTF için Bazı Değişkenlerle Alt Ölçekler Arası Korelasyonlar

Alt Ölçekler	Toplam Hizmet Süresi	Son Çalışılan Hastanedeki Hizmet süresi
Fiziksel Koşullar	r=0.060 p=0.630	r=-0.148 p=0.232
İşin Kendisi	r=0.001 p=0.994	r=-0.185 p=0.134
Çalışanların Gelişmesi	r=0.069 p=0.577	r=-0.146 p=0.239
Ücret ve Ödül Sistemleri	r=0.153 p=0.217	r=-0.051 p=0.681
Ekip Çalışması	r=0.047 p=0.707	r=-0.179 p=0.147
Bilgilendirme ve İletişim	r=-0.072 p=0.560	r=-0.210 p=0.088
Birimler Arası İlişkiler	r=-0.042 p=0.733	r=-0.108 p=0.386
Çatışma Çözme	r=0.066 p=0.596	r=-0.079 p=0.527
Örgüt Kültürü	r=0.028 p=0.825	r=-0.058 p=0.640
Kuruma Bağlılık ve Güven	r=0.036 p=0.775	r=-0.154 p=0.214
Genel İş Doyumu	r=0.052 p=0.677	r=-0.172 p=0.165

Tablo 6. SSK Hastanesi için Bazı Değişkenlerle Alt Ölçekler Arası Korelasyonlar

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Alt Ölçekler	Toplam Hizmet Süresi	Son Çalışılan Hastanedeki Hizmet süresi
Fiziksel Koşullar	r=0.441* p=0.019	r=-0.443* p=0.021
İşin Kendisi	r=0.132 p=0.502	r=0.123 p=0.540
Çalışanların Gelişmesi	r=-0.038 p=0.848	r=-0.243 p=0.223
Ücret ve Ödül Sistemleri	r=0.321 p=0.096	r=0.328 p=0.095
Ekip Çalışması	r=0.010 p=0.959	r=-0.009 p=0.964
Bilgilendirme ve İletişim	r=-0.199 p=0.310	r=0.244 p=0.220
Birimler Arası ilişkiler	r=-0.087 p=0.661	r=0.207 p=0.299
Çatışma Çözme	r=0.032 p=0.870	r=0.113 p=0.574
Örgüt Kültürü	r=0.100 p=0.611	r=-0.111 p=0.580
Kuruma Bağlılık ve Güven	r=0.141 p=0.473	r=0.232 p=0.243
Genel İş doyumu	r=0.223 P=0.253	r=0.242 P=0.223

* Korelasyon 0.05 seviyesinde anlamlı

Tablo 7. Sağlık Bakanlığı Devlet Hastanesi için Bazı Değişkenlerle Alt Ölçekler Arası Korelasyonlar

Alt Ölçekler	Toplam Hizmet Süresi	Son Çalışılan Hastanedeki Hizmet süresi
Fiziksel Koşullar	r=-0.093 p=0.586	r=0.053 p=0.021
İşin Kendisi	r=-0.243 p=0.147	r=-0.242 p=0.174
Çalışanların Gelişmesi	r=-0.319 p=0.054	r=-0.189 p=0.293
Ücret ve Ödül Sistemleri	r=-0.378* p=0.021	r=-0.220 p=0.270
Ekip Çalışması	r=-0.490** p=0.002	r=-0.198 p=0.270
Bilgilendirme ve İletişim	r=-0.313 p=0.059	r=-0.006 p=0.972
Birimler Arası ilişkiler	r=-0.070 p=0.681	r=0.066 p=0.716
Çatışma Çözme	r=-0.360* p=0.028	r=-0.049 p=0.788
Örgüt Kültürü	r=-0.206 p=0.220	r=-0.066 p=0.715
Kuruma Bağlılık ve Güven	r=-0.269 p=0.107	r=-0.084 p=0.642
Genel İş doyumu	r=-0.359* P=0.029	r=-0.139 P=0.439

** Korelasyon 0.01 seviyesinde anlamlı

* Korelasyon 0.05 seviyesinde anlamlı

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM:SAĞLIK HİZMETLERİ
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ SAĞLIK PERSONELİNE
İLAÇ TANITIMI YAPAN İLAÇ FİRMASI TEMSİLCİLERİ

Esin KULAC*, Bülent KILIÇ**, Ethem SINIR***, Bayer SAMANCI***, Aziz KAYA***, Mehmet TAŞTAN***

*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Araştırma Görevlisi

**Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Y. Doç. Dr.

*** Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Intern Doktor

ÖZET:

Bu araştırmanın amacı Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde ilaç tanıtımı yapan ilaç firması temsilcilerinin, yaş, cinsiyet, eğitim ve benzeri sosyo-demografik özellikleriyle çalışma koşulları, mesleğe giriş nedenleri ve mesleki sorunları gibi özelliklerinin tanımlanmasıdır. Araştırma kesitsel ve tanımlayıcı tiptedir. Araştırmanın evrenini Dokuz Eylül Hastanesinde ilaç tanıtımı yapan 61 ilaç firmasına ait 96 temsilci oluşturmaktadır. Toplam ulaşılan ilaç temsilcisi sayısı 79 kişidir. (%83). Araştırmada incelenen ilaç temsilcilerinin büyük bir çoğunlukla genç bir yaş grubundan oluştuğu ve 3 yıl ve daha az bir süredir bu meslekte oldukları saptanmıştır. İlaç firması temsilcilerinin %83'ü üniversite mezunu olmasına karşın sağlıkla ilgili bölümlerden mezun olan temsilci sayısı son derece azdır (%13). Dokuz Eylül Hastanesine çalışan ilaç firması temsilcilerinin bir gün içinde ziyaret ettikleri ortalama hekim sayısı 15, bir hekime ayrılan süre ise ortalama 12 dakikadır. Temsilcilerin büyük çoğunluğu bu mesleği insan ilişkilerine dayalı olduğu ve/veya ekonomik olarak tatmin edici buldukları için seçmişlerdir. İlgili çekici bir başka bulgu temsilcilerin kendilerinin bu işe seçilme nedeni olarak %92 oranında "tanıtım ve pazarlama yeteneklerinin olması"nı, %50 oranında ise fiziksel görüntülerini göstermeleridir. İlaç firması temsilcilerinin büyük çoğunlukla işe başlamadan önce mesleği ile ilgili bir ön eğitim aldığı ve tümünün hizmet içi eğitimden geçtiği görülmektedir. Ancak ilaç firması temsilcilerinin aldıkları eğitimlerde tıbbi derslerden daha fazla tanıtım ve pazarlama dersleri aldığı dikkat çekicidir. İlaç firması temsilcilerinin %87'sinin hekim veya hekimin çalıştığı kuruma sağladıkları olanakların hekimin ilaç seçimi üzerine olumlu bir etkisi olduğu düşünmesi oldukça önemli bir bulgudur. Ayrıca temsilcilerin %80'i ilaç seçimi üzerine en etkili faktörün "hekimle iyi bir iletişim olması" olduğunu belirtmiştir. İlaç firması temsilcilerinin iş hayatı boyunca en sık karşılaştıkları sorunlar ise %66 ile stresin yoğun olduğu bir iş olması ve %65 ile hekim veya eczacının maddi çıkar beklentisinin olması olarak belirtilmiştir.

Anahtar Kelimeler:

Tıbbi MüMESSİL, Repesant, İlaç

I-GİRİŞ:

İlaç, tedavi amacı ile ve doğru endikasyon karşılığında, doğru doz ve zamanlama ile kullanıldığında yararlı olabilen kimyasal maddelere verilen genel isimdir. Her ilaç uygun bir son ürün olarak tasarlanır ve sunulur. Hekimlerin ilaçlar konusundaki hizmet içi eğitim yetersizlikleri günümüzde ilaç şirketleri tarafından kullanılan bir alan olmuştur. İngiltere'de ilaç şirketlerinin bir hekime mesleki yaşamı boyunca ayırdıkları parasal kaynağın, o hekimin tıp fakültesi eğitiminin maliyetinden daha fazla olduğu hesaplanmıştır (1). Özellikle son 50 yıl içinde tıp alanındaki gelişmeler sonucunda ilaç sektöründe ürün sayısı artmıştır. İlaç şirketleri başlangıçta ürünlerini tıp sektörüne tanıtmak amacıyla "tıbbi satış müessesili" kadrolarını kurmaya başlamışlardır. Ancak 1980'lerden itibaren ilaçla ilgili teknik bilgi ve beceriler kadar, pazarlama ve satış becerileri de ön plana çıkmaya başlamıştır. İlaçların tüketimini arttırmada ve hekimlerin tercihlerini etkilemede "promosyon" adı altında milyarlarca dolarlık harcamalar yapılmaktadır. İlaç şirketleri dünyada bir yılda ilaç harcamalarının yaklaşık %15'ini (bazı yayınlara göre %20-30'unu) veya başka bir ifadeyle ilaç araştırmalarına ayırdıkları kaynaktan daha fazlasını ilaç tanıtım çalışmalarına ayırmaktadırlar (2).

Yapılan hesaplamalara göre ülkemizde sağlık harcamalarının içinde çok büyük bir kısmı ilaç harcamaları oluşturmaktadır. 1995 yılında Türkiye'de toplam 1,7 milyar dolar tutan ve kişi başına 27,2 dolar olan ilaç harcamaları, sağlık harcamalarının da %25,6'sını oluşturmaktadır. (3). Ülkemizde konu ile ilgili mevzuatın başlıcaları ise "İspençiyar" ve "Tıbbi Müstahzarlar Kanunu", "İlaç Tanıtım Yönetmeliği" ve İlaç ve Kimya Endüstrisi İşveren Sendikasının-İEİS "İlaç tanıtım ilkeleri"nden oluşmaktadır (4,5,6). Sağlık Bakanlığının 1990'da yayınladığı yönetmeliğe göre "Hatirolayıcı tanıtım malzemeleri tıbbi ve mesleki kullanıma uygun ve parasal değeri mütevazı sınırlar içinde olmak zorundadır". Ayrıca işveren kendi temsilcilerinin temel ve süre gelmekte olan eğitimleri ile de yükümlüdür.

Hekimlerin çalışma yaşamları boyunca oldukça sık karşılaştıkları ve mesleki iletişimde buldukları ilaç firması temsilcilerinin tanımlanması bu nedenlerle büyük önem taşımaktadır. Temsilcilerin hekimlerin çalışma saatlerinin önemli bir kısmını aldığı ve çeşitli yöntemlerle ilaç seçimine etki ettiği de bilinen bir gerçektir.

II-AMAÇ:

Bu araştırmanın amacı Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde ilaç tanıtımı yapan ilaç firması temsilcilerinin, yaş, cinsiyet, eğitim ve benzeri sosyo-demografik özellikleriyle çalışma koşulları, mesleğe giriş nedenleri ve mesleki sorunları gibi çeşitli özelliklerinin tanımlanmasıdır.

III-YÖNTEM:

Araştırmanın Tipi:Bu araştırma kesitsel ve tanımlayıcı tiptedir.

Evren, Örnek Seçimi: Araştırmanın evrenini Dokuz Eylül Hastanesinde ilaç tanıtımı yapan 61 ilaç firmasına ait 96 temsilci oluşturmaktadır. Temsilci listesi hastane başhekimlik kayıtlarından alınmıştır. Örnek seçimi yapılmamış, evrenin tamamına ulaşılmış hedeflenmiştir. Araştırma sırasında 7 temsilci araştırmaya katılmayı reddetmiş, 10 kişiye ise ulaşılamamıştır. Toplam ulaşılan ilaç temsilcisi sayısı 79 kişidir (%82,3).

Araştırmanın Değişkenleri: Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, işi seçme nedeni, işe seçilme kriterleri, çalışma süresi, aldığı hizmet içi eğitim, ilaç bilgisi kaynağı, harcamalarının finansmanı, iş hayatını etkileyen etmenler, promosyonların etkisi hakkındaki düşünceleri, hekime ayrılan süre, günlük gidilen hekim sayısı.

Veri toplama ve analiz: Veriler yüz yüze görüşme yoluyla ve anket uygulanarak, Temmuz 2001 tarihinde toplanmıştır. Veri analizleri SPSS 8.0 istatistik programı ile yapılmıştır.

IV-BULGULAR:

Araştırmada incelenen ilaç temsilcilerinin %57'si erkek, %43'ü kadındır. Temsilcilerin yaş ortalaması 27.6±0.5'dir. Temsilcilerin büyük çoğunluğu 25-29 yaş grubundadır (45 kişi, %57). 35 yaş üzerinde sadece 4 kişi olması dikkati çekmektedir (%5). Bu durumda ilaç temsilcilerinin büyük bir çoğunlukla genç bir yaş grubundan oluştuğu görülmektedir.

İlaç firması temsilcilerinin bu meslekteki çalışma süreleri ortalama 37.5±2.1 aydır. Temsilcilerin %29'u (23 kişi) 1 yıldan az bir süredir bu meslekte. İlaç temsilcilerinin büyük çoğunluğunun ise 3 yıl ve daha az bir süre için bu meslekte oldukları saptanmıştır (49 kişi, %62).

İlaç firması temsilcilerinin %83'ü üniversite mezunu, %17'si lise mezundur. Üniversite mezunlarının %20'si Dokuz Eylül, %17'si Ege, %11'i Anadolu Üniversitesi mezundur. Üniversite mezunlarının %28'i iktisat-işletme, %17'si fen-edebiyat, %20'si mimarlık-mühendislik bölümlerinden mezun olmuştur. Çoğunluğu sağlık meslek yüksekokulu olmak üzere sağlıkla ilgili bölümlerden mezun olan temsilci sayısı 13 kişidir (%12.7). Eczacılık fakültesi mezunu sadece 1 kişi vardır.

Dokuz Eylül Hastanesine çalışan ilaç firması temsilcilerinin bir gün içinde ziyaret ettikleri ortalama hekim sayısı: 15.5±0.5'dir. Ortalama bir hekime ayrılan süre ise 12.7 dk ± 0.6'dır. Temsilcilerin büyük çoğunluğu bu mesleği insan ilişkilerine dayalı olduğu ve/veya ekonomik olarak tatmin edici buldukları için seçmişlerdir (İlaç firması temsilcilerinin bu işi seçme nedenleri Tablo-1'de görülmektedir). İlaç firması temsilcilerinin tümü kendilerini sağlık sektörünün bir parçası olarak gördüklerini ifade etmişlerdir.

İlgi çekici bir başka bulgu temsilcilerin kendilerinin bu işe seçilme nedeni olarak %92 oranında "tanıtım ve pazarlama yeteneklerinin olması"nı, %50 oranında ise fiziksel görünümünü göstermeleridir (bakınız Tablo-2).

İlaç firması temsilcilerinin 76'sı (%96.2) işe başlamadan önce mesleği ile ilgili bir ön eğitim almış, 3'ü (%3.8) ise bir ön eğitim almadan mesleğe atılmıştır. Ön eğitim alanların büyük çoğunluğunda (%47) bu süre 16-45 gündür. Geri kalanları ise (%45), 45 günden uzun süreli bir ön eğitim almıştır. Grubun %8'i ise ilaç tanıtım işine başlamadan önce bu işle ilgili olarak 15 gün veya daha az sürede bir eğitim almıştır. Ön eğitim süresi ortalama: 61.0 gün ± 6.0'dır (ortalama: 45 gün). İlaç firması temsilcilerinin hizmet içi eğitim sayıları ise %34'ünde (27 kişi) 10 kez ve üzeri, %32'sinde 1-3 kez ve geri kalanında ise 4-9 kezdir. Böylece temsilcilerin büyük çoğunluğunun (%39) toplam 30 günün üzerinde bir hizmet içi eğitim aldıkları görülmektedir. Ancak %21'lik bir kesimin de (17 kişi) toplam 10 günün altında bir hizmet içi eğitimle çalışmakta olduğu dikkati çekmektedir.

İlaç firması temsilcilerinin aldıkları eğitimler Tablo-3'te verilmiştir. Buna göre tıbbi derslerden daha fazla tanıtım ve pazarlama dersleri alındığı görülmektedir.

İlaç firması temsilcilerinin %48'i tanıttığı ilaç hakkındaki bilgilerini yeterli bulmasına rağmen genel tıp bilgilerini eksik bulmaktadır (bakınız Tablo-4).

İlaç firması temsilcileri tanıttıkları ilaçlarla ilgili bilgileri çoğunlukla (68 kişi, %86) ilaç firmasındaki kıdemli kişilerden aldıklarını belirtmişlerdir. Temsilcilerin %32'si (49 kişi) gerekli bilgiyi tıbbi kaynaklardan, %42'si (33 kişi) ilgili broşürlerden, %28'i ise firmadaki diğer temsilci arkadaşlarından bilgi almaktadır. Temsilcilerin sadece %6'u ilaçla ilgili bilgiyi hekimlerden aldığını belirtmiştir.

İlaç firması temsilcilerinin %87'si (69 kişi) hekime veya hekimin çalıştığı kuruma sağladıkları olanakların hekimin ilaç seçimi üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu düşünmektedir. Temsilcilerin %80'i ilaç seçimi üzerine en etkili faktörün "hekimle iyi bir iletişim olması" olduğunu belirtmiştir. Temsilcilerin hekimin ilaç seçimi üzerine etkili olduğunu düşündüğü etkenler Tablo-5'de verilmiştir.

İlaç firması temsilcilerinin iş hayatı boyunca en sık karşılaştıkları sorunlar ise %65.8 ile stresin yoğun olduğu bir iş olması ve %64.6 ile hekim veya eczacının maddi çıkar beklentisinin olması olarak belirtilmiştir (bakınız Tablo-6).

İlaç firması temsilcilerinin sadece %5'inin maddi yetersizliği bir sorun olarak görmesi ilginçtir. İlaç firması temsilcilerinin %99'unun yemek ve ulaşım giderleri, %60'ının ise ek olarak cep telefonu harcamaları ilaç firması tarafından karşılanmaktadır.

V-TARTIŞMA VE SONUÇ

Araştırmada incelenen ilaç temsilcilerinin büyük bir çoğunlukla genç bir yaş grubundan oluştuğu ve 3 yıl ve daha az bir süredir bu meslekte oldukları saptanmıştır. İlaç firması temsilcilerinin %83'ü üniversite mezunu olmasına karşın sağlıkla ilgili bölümlerden mezun olan temsilci sayısı son derece azdır (%13). Dokuz Eylül Hastanesine çalışan ilaç firması temsilcilerinin bir gün içinde ziyaret ettikleri ortalama hekim sayısı 15, bir hekime ayrılan süre ise ortalama 12 dakikadır. Temsilcilerin büyük çoğunluğu bu mesleği insan ilişkilerine dayalı olduğu ve/veya ekonomik olarak tatmin edici buldukları için seçmişlerdir.

İlgi çekici bir başka bulgu temsilcilerin kendilerinin bu işe seçilme nedeni olarak %92 oranında "tanıtım ve pazarlama yeteneklerinin olması"nı, %50 oranında ise fiziksel görünümünü göstermeleridir. Bu durum ilaç temsilcisi seçilirken sağlıkla ilgili eğitimi olan insanların seçilmesi yerine tanıtım ve pazarlama yeteneği olan ve fiziki görünümü düzgün kişilerin seçildiğini göstermektedir. Bu da ilaçların piyasaya ticari kaygılarla sürüldüğünü göstermektedir.

İlaç firması temsilcilerinin büyük çoğunlukla işe başlamadan önce mesleği ile ilgili bir ön eğitim aldığı ve tümünün hizmet içi eğitimden geçtiği görülmektedir. Eğitim sürelerinin diğer mesleklerle karşılaştırıldığında fazla olduğu söylenebilir. Ancak ilaç firması temsilcilerinin aldıkları eğitimlerde tıbbi derslerden daha fazla tanıtım ve pazarlama dersleri aldığı da dikkat çekicidir.

İlaç firması temsilcilerinin %87'sinin hekime veya hekimin çalıştığı kuruma sağladıkları olanakların hekimin ilaç seçimi üzerine olumlu bir etkisi olduğunu düşünmesi oldukça önemli bir bulgudur. Ülkemizde daha önce yapılan başka bir çalışmada da benzer bulgular elde edilmiştir (7.8). Ayrıca temsilcilerin %80'i ilaç seçimi üzerine en etkili faktörün "hekimle iyi bir iletişim olması" olduğunu belirtmiştir.

İlaç firması temsilcilerinin iş hayatı boyunca en sık karşılaştıkları sorunlar ise %66 ile stresin yoğun olduğu bir iş olması ve %65 ile hekim veya eczacının maddi çıkar beklentisinin olması olarak belirtilmiştir. Bunun yanı sıra temsilcilerin hekimin ilaç seçimi üzerinde etkili olduğunu düşündükleri promosyonların kalem, çanta, defter gibi ucuz promosyonlar yerine daha pahalı promosyonlar olarak ifade edilmesi önemlidir. Bu promosyon harcamalarının da ilaç fiyatlarına yansıtıldığı düşünülürse ilaç maliyetinin gereksiz yere arttırıldığı söylenebilir.

KAYNAKLAR:

- 1)Şemin S. (1993) "Toplum Sağlığı Yönteminden İlacın Öteki Yüzü, 56:42-62"
- 2)Bhutta T (1996) "Deception by Design:Pharmaceutical promotion in the third world. BMJ. 1996:313;6"

- 3) Şemin. S. (1998) "Sosyal ve Ekonomik Yönleriyle İlaç", Türk Tabipleri Birliği Yayını, 1998, Ankara
 4) Resmi Gazete (1928) 25.5.1928 tarih ve 898 sayı, "İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarların Tanıtımı Kanunu"
 5) Resmi Gazete (1990) "İlaç Tanıtım Yönetmeliği"
 6) İlaç ve Kimya Endüstrisi İşverenler Sendikası Aylık Raporu (1990) İEİS yayını, 1990:28-29:1-2
 7) Şemin. S., Güldal D. (1993) "Hekimlerin İlaçla İlgili tercihlerinde İlaç Şirketlerinin Tanıtım Çalışmalarının Rolü" Toplum ve Hekim, Eylül 1993, s:57
 8) Şemin. S., Güldal D. (1993) "Tıbbi Temsilcilerin Meslekleri ve Hekimlerle İlişkileri" Toplum ve Hekim, Ağustos 1993, s:56

Tablo-1: İlaç Firması Temsilcilerinin Bu İş Seçme Nedenleri:

İş Seçme Nedeni	Sayı	Yüzde
İnsan ilişkilerine dayalı bir iş olması	55	69.7
Ekonomik olarak tatmin edici bir iş olması	51	64.6
Sağlık sektöründe çalışmayı istemek	26	32.9
Seyahat etmeyi sevmek	18	22.8
Başka iş bulamadığım için	14	17.7

Tablo-2:İlaç Firması Temsilcilerinin Seçtiği Nedeni Olarak Düşündükleri Özellikleri

Özellik	Sayı	Yüzde
Tanıtım ve pazarlama yeteneğimin olması	73	92.4
Eğitim durumum	55	69.6
Fiziksel görünümüm	40	50.6
İlaç hakkındaki tıbbi bilgi düzeyim	28	35.4
Cinsiyetim	8	10.1

Tablo-3:İlaç Firması Temsilcilerinin Aldıkları Hizmet Öncesi ve Hizmet İçi Eğitimin Nitelikleri:

Eğitim İçeriği	Sayı	Yüzde
Tanıtım ve Pazarlama	74	93.7
Tıbbi dersler	72	91.1
Halkla ilişkiler	48	60.8
Diğer	4	5.1

Tablo-4: İlaç Firması Temsilcilerinin Aldıkları Eğitimle İlgili Düşünceleri

Düşünce	Sayı	Yüzde
Tanıtığım ilaçlar ve genel tıp bilgilerimi yeterli buluyorum	36	45.6
Tanıtığım ilaçlar hakkındaki bilgilerimi yeterli buluyorum ancak genel tıp bilgilerimi yeterli bulmuyorum	38	48.1
Tanıtığım ilaçlar ve genel tıp bilgilerimi yeterli bulmuyorum	3	3.8
Diğer (Bilgiler asla yeterli gelmez daima fazla fazlası vardır)	2	2.5

Tablo-5: Hekimin İlaç Seçimi Üzerine Etkili Faktörler

İlaç Seçimini Etkileyen Faktör	Sayı	Yüzde
Hekimle iyi bir iletişim	63	79.7
Hekimin çalışma koşullarına veya işyerine katkıları	46	58.2
Hekimin kongreye davet edilmesi	44	55.7
Hekimin kendisine verilen pahalı hediyeler (televizyon, bilgisayar vb)	30	38.0
Yemekli toplantılar	19	29.1
Kalem, defter çanta vb ucuz hediyeler	15	19.0

Tablo-6 : İlaç Temsilcilerinin İş Hayatı Boyunca Karşılaştıkları Sorunlar

Sorun	Sayı	Yüzde
Stresin yoğun olduğu bir iş olması	52	65.8
Hekim veya eczacının maddi çıkar beklentisi	51	64.6
İlaç tanıtımı yapılan kişilerin olumsuz davranışları	44	55.7
Belli sayıda ilaç satışının yerine getirilmesi zorunluluğu (KOTİA)	42	53.2
Mesai süresinin fazla olması	8	10.1
Maddi kaynakların yetersizliği	4	5.1

NARLIDERE İNÖNÜ SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE NİSAN 2002 TARİHİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ İÇİN YAPILAN DOĞRUDAN HARCAMALAR VE DÖNER SERMAYE UYGULAMASININ DOĞRUDAN HARCAMALARA ETKİLERİ

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Serap KAYSER KONAKÇI*, Bülent KILIÇ**, Pembe KESKİNOĞLU*, Esin KULAÇ*

*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

**Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Y. Doç. Dr.

ÖZET:

Bu araştırma Narlidere Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölge Başkanlığı İnönü Sağlık Ocağı Bögesinde oturan bireylerin, 1-30 Nisan 2002 tarihleri içinde sağlık hizmetleri için yaptıkları doğrudan sağlık harcamalarını (cepten harcama) ve bu harcamaların içinde döner sermaye, vakıf-dernek bağı, ilaç ve benzeri giderlerin saptanmasını amaçlamıştır. Araştırmanın örnek seçimi evler ebe bölgelerine göre tabakalandıktan sonra, 4 ebe bölgesinden büyüklüğe orantılı olarak yapılmıştır. Araştırma sonunda örneğe çıkan 154 evden 150'si ve 658 kişiye ait bilgilere ulaşılabilmektedir. Ulaşılabilirlik oranı %97.4'tür. Araştırma sonucunda İnönü sağlık ocağı bölgesinde yaşayan kişilerin %15'inin Nisan 2002 tarihinde sağlık hizmetlerine bir gereksinimleri olduğu ancak bu grubun sadece %68'inin herhangi bir sağlık kurumuna başvurduğu saptanmıştır. Başvuru yapmama nedeni olarak ise %52 ile ekonomik sorunlar gerekçe olarak gösterilmiştir. Döner sermaye nedeni ile yapılan doğrudan harcamalar sağlık ocaklarında diğer kamu kurumlarına göre anlamlı olarak daha fazladır (2,928,000 TL'ye (2.2 dolar) karşılık 102,272 TL (0.1 dolar)). Aynı anlamlı farklılık tetkiklerde de saptanmıştır. Vakıflara yapılan bağışlar, ilaç nedeniyle yapılan cepten harcamalar ve toplam doğrudan harcamalarda ise sağlık ocakları ile diğer kamu kurumları arasında bir farklılık saptanmamıştır. Bu durumda halkın yeni başlayan döner sermaye uygulaması nedeniyle sağlık ocaklarında, diğer kamu kurumlarına göre daha fazla cepten harcama yaptığı görülmektedir. Aynı harcamaların devlet hastanesi, SSK ve tıp fakültesi hastanesi gibi kurumlarda bu boyutlarda olmaması ve sağlık ocaklarındaki döner sermaye fiyatlarının da giderek artması nedeniyle halkın önümüzdeki aylarda başvurularında sağlık ocakları yerine daha çok hastaneleri tercih edeceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler:

Döner Sermaye, Doğrudan Harcama

I-GİRİŞ:

Sağlık hizmetleri, uluslar arası belgeler ve sosyalleştirme yasasına göre herkese eşit, nitelikli ve ücretsiz olarak verilmek zorundadır (1). Sağlık hizmetlerine yoksulluk, ırk, cinsiyet ve benzeri nedenlerle ulaşamaması kabul edilemez bir durumdur. Öte yandan Türkiye ile ilgili sağlık düzeyi göstergelerine bakıldığında sağlık hizmetlerinde bir dizi sorun olduğu görülmektedir. Bu nedenle ülkemizdeki sağlık hizmetlerini etkileyen etmenlerin açığa çıkarılması gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinin kullanımını etkileyen çok sayıda etmen vardır. Bunların başında ekonomik nedenler gelmektedir. Örneğin Türkiye'de sosyal güvenlik sistemlerinin toplumun tamamını içermemesi önemli bir sorundur. 1998 yılı verilerine göre toplumun % 7'si sosyal güvenlik kapsamı dışındadır (2). Ancak bu oranın sigorta primleri yatırılmayan SSK ve Bağ-Kur'lular nedeniyle en az %25 civarında olduğu da tahmin edilmektedir. Diğer yandan bir çok kişi sağlık kuruluşlarına yaptığı başvuruda cepten harcama (doğrudan harcama) yapmakta ve bu nedenle zorunlu kalmadıkça sağlık hizmetlerine başvurmak istememektedir.

Benzer şekilde bir başka önemli etmen Sağlık Bakanlığı'nın birinci basamak sağlık kuruluşlarında başlattığı döner sermaye uygulamasıdır. Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerine ayrılan bütçenin yetersizliğini ileri sürerek 23 Ocak 2001 tarihinde yürürlüğe giren 4618 sayılı kanunla birinci basamak sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlarında koruyucu sağlık hizmetleri dışında kalan tüm sağlık hizmetlerini döner sermaye aracılığıyla ücretlendirmiştir (3). Bu uygulama 2002 yılı Ocak ayından başlayarak kurulan Döner Sermaye Saymanlıkları aracılığıyla da 45 ili kapsayacak şekilde yaygınlaştırılmış ve önümüzdeki aylar içinde tüm Türkiye'de yürürlüğe girmesi planlanmıştır.

II-AMAÇ: Bu araştırma Narlidere Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölge Başkanlığı İnönü Sağlık Ocağı Bölgesinde oturan bireylerin, 1-30 Nisan 2002 tarihleri içinde sağlık hizmetleri için yaptıkları doğrudan sağlık harcamalarını (cepten harcama) ve bu harcamaların içinde döner sermaye, vakıf-dernek bağı, ilaç ve benzeri giderlerin saptanmasını amaçlamıştır.

III-YÖNTEM:

1-Araştırma Bölgesi:

Narlidere Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölgesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'na bağlı bir eğitim ve araştırma bölgesidir. Bölgede 17 sağlık ocağı bulunmaktadır. Araştırma metropol sınırları içinde bulunan ve çoğunluğu gecekondu ve yeni gelişmekte olan kooperatif tipi yerleşim alanlarından oluşan İnönü sağlık ocağı bölgesinde yapılmıştır. İnönü sağlık ocağının 9645 nüfusu vardır.

2-Araştırmanın Tipi:

Bu çalışma kesitsel ve analitik tipte bir araştırmadır.

3-Araştırmanın Bağımlı /Bağımsız Değişkenleri:

Bağımlı değişkenler: Sağlık hizmeti başvurusu, doğrudan sağlık harcaması;

Bağımsız değişkenler: Yaş, cinsiyet, meslek, eğitim durumu, sosyal güvence durumu, aylık gelir, başvuru kurumu, kurumu seçme nedeni ve konulan tanı.

4-Kullanılan Tanımlar:

"Doğrudan Sağlık Harcaması": bireylerin herhangi bir sağlık kurumuna başvurduklarında ceplerinden yaptıkları doğrudan harcama anlamına gelmektedir. Doğrudan sağlık harcaması; sağlık hizmeti sırasında yapılan ulaşım ve benzeri giderlerini kapsamakta; bağış mabzusu, döner sermaye mabzusu, hekim, ilaç, tetkik ve dış tedavisi gibi sağlık harcamalarından oluşmaktadır.

5-Örnek Seçimi, Veri Toplama ve Araştırmanın Uygulanma Şekli:

Araştırmanın örnek seçimi, evren ebe bölgelerine göre tabakalanarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini 2001 yılı verilerine göre toplam hane sayısı olan 2156 ev oluşturmaktadır. Evler ebe bölgelerine göre tabakalandıktan sonra, 4 ebe bölgesinden büyüklüğe orantılı olarak örnek seçimi yapılmıştır. Örnek büyüklüğü epi-info 6.0 programı yardımı ile p: %50, d: 0.1 ve %1 hata payı ile en az 154 ev olarak saptanmıştır. Araştırma sonunda 150 evde, 658 kişiye ait bilgilere ulaşılabilmektedir. Ulaşılabilirlik oranı %97.4'tür.

Ulaşılabilecek evler her ebe bölgesinde rasgele sayılar tablosu yardımı ile seçilen 1 sokaktan alınmıştır. Belirlenen sokaktaki evler yeterli sayıya ulaşmadığı durumlarda bir yan sokaktan veri toplanmaya devam edilmiştir. Araştırmanın verileri örneğe giren

evlerde, varsa ev reisi, yoksa ev halkından yetişkin birisi ile yüz yüze görüşerek toplanmıştır. Veriler 1-30 Mayıs 2002 tarihleri arasında toplanmıştır. Sorular bellek faktöründen etkilenmemesi için sadece Nisan 2002 tarihi ile sınırlı tutulmuştur.

6-Verilerin Analizi:

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 11.0 paket istatistik programı kullanılmıştır. İstatistik analizlerde ortalamalar arası farklılıklar için "t testi", diğer analizler için ki-kare kullanılmıştır. Yapılan harcamalar Türk Lirası (TL) yanı sıra ABD \$'i cinsinden de hesaplanmıştır. Hesaplama Nisan ayı ortası olan 15 Nisan 2002 tarihindeki 1,297.000 TL kullanılmıştır.

IV-BULGULAR:

Araştırma sonucunda ulaşılan ev sayısı 150 (ulaşıma oranı %97), bu evlerde yaşayan kişi sayısı 658'dir. Bir evde yaşayan ortalama kişi sayısı 4.41 ± 0.2 'dir. İncelenen 658 kişinin yaş ortalaması 27.1 ± 0.7 'dir. En kalabalık yaş grupları 15-30 yaş (%37) ve 0-14 yaş gruplarıdır (%28). Yaşlı nüfus (55 yaş ve üzeri grup) %3.3 ile son derece az olara: dikkati çekmektedir. İncelenen kişilerin %51.2'si erkek (337), %48.8'i kadındır (%21).

Ev reislerinin mesleki dağılımına bakıldığında %56'sının işçi (84 kişi), %15'inin emekli (23), %9'unun esnaf (13) olduğu görülmektedir. 12 evde (%8) ev reisinin işsiz olduğu saptanmıştır. Ev reislerinin sosyal güvence durumuna bakıldığında SSK'lı oranı sadece %34'tür (51 kişi). Bu durumda işçi statüsündeki ev reislerinin (%56) yaklaşık üçte birinin SSK'lı olmadıkları dikkati çekmektedir. Daha da önemlisi ev reislerinin %29'unun (44 kişi) hiçbir sosyal güvencesinin olmamasıdır. %22'lik bir grup ise yeşil kartlıdır (33 kişi).

Eve giren gelir dağılımına bakıldığında bu soruya yanıt alınabilen 141 evde (%94) ortalama gelir düzeyi 265.4 milyon TL \pm 23.8 milyon TL olarak saptanmıştır. Ortanca değer 200 milyon TL'dir. Evlerin %41'inde eve giren toplam gelir net asgari ücretin (165 milyon TL) altındadır.

İncelenen 658 kişinin son 1 ay içinde (Nisan 2002 tarihinde) hastalanma oranı %14.6'dır (96 kişi). Bu kişilerin 65 tanesi (%68'i) herhangi bir sağlık kurumuna başvurmuştur. Bu durumda incelenen nüfusta aylık başvuru oranı %9.9; yıllık kişi başına başvuru oranı ise 1.2 olmaktadır. Her iki oran da bölge verileri ile uyumludur.

Hasta olduğu halde sağlık kurumlarına başvurmayan üçte bir oranındaki grup (21 kişi) başvurmama nedeni olarak %52 oranı ile ekonomik sorunlarını gerekçe göstermiştir. %28'i ise çeşitli nedenlerle evde kendi kendilerine tedavi olmaya çalıştıklarını belirtmişlerdir.

Son 1 ay içinde hastalanan ve herhangi bir sağlık kurumuna başvuruda bulunan 65 kişi çeşitli sağlık kuruluşlarına toplam 71 kez başvuru yapmıştır (bazı kişiler birden fazla kuruma başvurmuştur). En fazla başvuru yapılan yer %25 oranı ile sağlık ocaklarıdır (18 kişi). Başvuru yapılan yerlerin dağılımı Tablo-1'de verilmiştir. Tabloda öznl hekime başvurma oranının sadece %4 olduğu dikkati çekmektedir (3 kişi).

Başvuru nedenleri %52 oranında akut, %38 oranında kronik, %3 oranında acil hastalıkla nedeniyle gerçekleşmiştir. Koruyucu sağlık hizmetleri için başvuru oranı ise sadece %3'tür (2 kişi).

Başvuruda bulunulan yerlerin seçilme nedenleri Tablo-2'de verilmiştir. Kişiler birden fazla seçenek söyleyebildikleri için toplam sayı 87'e ulaşmıştır. Sonuçlar en çok %41 ile "sosyal güvence nedeni ile zorunlu olarak" o kurumun seçildiğini göstermektedir.

Yapılan başvurular sonucunda konulan tanıları değerlendirildiğinde ilk sırayı 32 olgu ile (%49) enfeksiyon hastalıklarının aldığı dikkati çekmektedir. Bunların yarısı üst solunum yolu enfeksiyonlarıdır. Daha sonra sinüzit ve otitler gelmektedir. Konulan tanıların dağılımı Tablo-3'te verilmiştir.

Yapılan başvurular sonucunda hastaların 31'i (%48) iyileşmiş, 10'unda ise (%15) yakınmalar azalmıştır. Olguların %29'u ise durumlarında herhangi bir düzelmeye olmadığını belirtmişlerdir.

Nisan 2002 tarihinde sağlık hizmeti almak için sağlık kurumlarına yapılan 71 başvurudan 18'i sağlık ocaklarına, 50'si ise çoğunluğu hastanelerden oluşan diğer kamu kurumlarına yapılmıştır (bakınız Tablo-1). Bu başvurular sırasında yaptıkları doğrudan harcama tutarlarını anımsayan kişilerin başvuru yerlerine göre dağılımları Tablo-4'te verilmiştir. Buna göre sağlık ocaklarına başvuranların %71'i, diğer kamu kurumlarına başvuranların ise %55'i doğrudan harcama yapmışlardır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanamamıştır ($p:0.420$).

Bu başvurular sırasında yaptıkları doğrudan harcama tutarlarının döner sermaye, vakıf başlığı, ilaç, tetkik vb gibi harcama türlerine ve başvuru yerlerine göre dağılımları ise Tablo-5'te verilmiştir.

Sağlık ocaklarındaki doğrudan harcamalar ABD doları olarak hesaplandığında (1 dolar=1,297,000 TL), döner sermaye harcaması 2.2 dolar, ilaç harcamaları 4.6 dolar ve toplam doğrudan harcamalar ise 5.1 dolar olarak hesaplanmaktadır.

İnönü sağlık ocağı bölgesinde döner sermaye uygulamalarının başladığı 2002 yılı ilk 5 ayı ile 2001 yılı ilk 5 ayının karşılaştırması ise Tablo-6'da verilmiştir. Bu tablodaki veriler ilgili sağlık ocağının aylık çalışmalarından çıkartılmıştır.

V-TARTIşMA ve SONUÇ:

İnönü sağlık ocağı bölgesinde yaşayan kişilerin %15'i Nisan 2002 tarihinde sağlık hizmetlerine bir gereksinimleri olduğunu belirtmiş ancak bu grubun sadece %68'i herhangi bir sağlık kurumuna başvurmuştur. Sağlık hizmetlerine olan başvuru oranının oldukça düşük olduğu görülmektedir. Başvuru yapmama nedeni olarak ise %52 ile ekonomik sorunlar gerekçe olarak gösterilmiştir.

Sağlık ocaklarına ve diğer kamu kurumlarına olan başvurularda dikkati çeken ilk bulgu ise döner sermaye nedeni ile yapılan doğrudan harcamaların sağlık ocaklarında anlamlı olarak daha fazla olmasıdır (2,928,000 TL'ye karşılık 102,272 TL). Bu tutarlar 2.2 dolara karşılık 0.1 dolar olarak da ifade edilebilir. Aynı farklılık tetkiklerde sağlık ocaklarında yapılan ortalama 714,285 TL cepten harcamaya karşılık diğer kamu kurumlarında 1 TL gibi çok büyük bir farklılıkla da dikkati çekmektedir. Vakıflara yapılan bağışlar ve ilaç nedeniyle yapılan cepten harcamalarda ise sağlık ocakları ile diğer kamu kurumları arasında bir farklılık saptanamamıştır. Benzer şekilde toplam doğrudan harcamalar arasında da anlamlı bir farklılık yoktur.

2002 yılı ve 2001 yılı aynı dönemlerinin verilerinin karşılaştırmasında ise poliklinik sayısının 2002 yılında düşmüş olmasına karşın arada istatistiksel bir farklılık olmadığı; laboratuvar oranlarında ise 2002 yılında anlamlı olarak bir artış görüldüğü saptanmıştır. Aylık ortalama laboratuvar sayısı 93'ten 161'e çıkmıştır.

Bu durumda halkın yeni başlayan döner sermaye uygulaması nedeniyle diğer kamu kurumlarına oranla sağlık ocaklarında anlamlı bir şekilde daha fazla cepten harcama yaptığı ve bunun laboratuvar harcamaları ile de uyumlu olduğu görülmektedir. Aynı harcamaların devlet hastanesi, SSK ve tıp fakültesi hastanesi gibi kurumlarda bu boyutlarda olmaması ve sağlık ocaklarındaki döner sermaye fiyatlarının da giderek artması nedeniyle halkın önümüzdeki aylarda başvurularında sağlık ocakları yerine daha çok hastaneleri tercih edeceği düşünülmektedir.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

KAYNAKLAR

- 1) Resmi Gazete (1961) "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun", Kanun No:224, Resmi Gazete No:10705, 12.01.1961
- 2) Türk Tabipleri Birliği (2000) "TTB Sağlık İstatistikleri-2000", Ankara
- 3) Resmi Gazete (2001) "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Etenlendirme Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkındaki Kanunun Bazı Maddeleri ile 190 sayılı KHK'nin Eki Cetvellerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun", Kanun No:4618, Resmi Gazete No:24296, 23.01.2001
- 4) Narlidere Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölge Başkanlığı (2001) "Veri-Aylık Bülten", Ocak-Mayıs-2001, İzmir
- 5) Narlidere Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölge Başkanlığı (2002) "Veri-Aylık Bülten", Ocak-Mayıs-2002, İzmir

Tablo-1: Başvuru Yapılan Sağlık Kuruluşlarına Göre Dağılım

Sağlık Kuruluşu	Sayı	%
Sağlık Ocağı	18	25.4
Devlet Hastanesi	17	23.9
SSK Kuruluşları	16	22.6
Tıp Fakültesi	12	16.9
Özel Hekim	3	4.2
Diğer Kamu	5	7.0
Toplam	71	100.0

Tablo-2: Başvuru Yapılan Sağlık Kuruluşlarının Seçilme Nedenleri

Sağlık Kuruluşunu Seçme Nedeni	Sayı	%
Sosyal Güvence Nedeniyle Zorunluluk	36	41.5
Yakın Olması	17	19.6
Ucuz Olması	11	12.6
Hizmet Daha İyi (hızlı, çeşitli, temiz, nazik vb)	11	12.6
Sağlık Personeli Tanıyor Olma	5	5.7
Diğer	7	8.0
Toplam	87	100.0

Tablo-3: Başvuru Sonucunda Konulan Tanıların Gruplandırılması

Tanı Grubu	Sayı	%
Enfeksiyon Hastalıkları	32	49.3
Kronik Hastalıklar (HT, DM)	7	10.9
Kadın Hastalıkları ve Doğum	6	9.2
Diş Patolojileri	4	6.1
Dermatolojik Hastalıklar	4	6.1
Mide Sorunları	4	6.1
Psikiyatrik Sorunlar	3	4.6
Kas-Kemik Sorunları	3	4.6
Ürolojik Sorunlar	2	3.1
Toplam	65	100.0

Tablo-4: Doğrudan Harcama Yapan Kişilerin Dağılımı

Başvuru Yeri*	Başvuru Yapan Kişi	Harcamaları Anımsayan	Doğrudan Harcama Yapan
Sağlık Ocağı	18	14 (%78)	10 (%71)
Diğer Kamu**	50	44 (%88)	24 (%55)
Toplam	68	58 (%85)	34 (%59)

*Özel hekime başvuran 3 kişi değerlendirmeye alınmamıştır.

**Diğer Kamu: Devlet Hastanesi, SSK Hastanesi, SSK Dispanseri, Kurum Hekimi, Tıp Fakültesi Hastanesi

Tablo-5: Doğrudan Harcama Tutarlarının Türlerine ve Kurumları Göre Dağılımı

Doğrudan Harcama Türü	Sağlık Ocağı (n:14)		Diğer Kamu** (n:44)		P
	Ortalama*	Ortanca	Ortalama	Ortanca	
Döner Sermaye	2.9 ± 0.6	3.5	0.1 ± 0.1	0	0.000
Tetkik	0.7 ± 0.4	0	0.0 ± 0.0	0	0.005
Vakıf Bağışı	0.2 ± 0.1	0	0.04 ± 0.0	0	0.051
İlaç	6.0 ± 3.2	0	4.8 ± 2.1	0	0.765
Toplam	6.6 ± 2.3	4.5	10.3 ± 3.4	1.0	0.558

*Milyon TL

**Diğer Kamu: Devlet Hastanesi, SSK Hastanesi, SSK Dispanseri, Kurum Hekimi, Tıp Fakültesi Hastanesi

Tablo-6: İnönü Sağlık Ocağının 2001 ve 2002 Yılı İlk 5 ay Poliklinik ve Laboratuvar Dağılımı

Aylar	Poliklinik		Laboratuvar	
	2001	2002	2001	2002
Ocak	1190	1004	79	251
Şubat	894	687	97	158

Mart	790	846	94	171
Nisan	957	863	78	132
Mayıs	1080	950	115	93
Aylık Ortalama	982.2 ± 70	870.0 ± 54	92.6 ± 6.8	161.0 ± 26.1
p	0.240		0.035	

Kaynak: 4 ve 5

NARLIDERE EĞİTİM ARAŞTIRMA VE SAĞLIK BÖLGESİ SAĞLIK DÜZEYİ GÖSTERGELERİNE SAĞLIK OCAKLARINDAKİ DÖNER SERMAYE UYGULAMASININ ETKİLERİ

Pembe KESKİNOĞLU*, Bülent KILIÇ**, Serap KAYSER KONAKÇI*, Esin KULAÇ*,
Hürşen KAYA***, Belgin SALAMIŞ İŞK***, Netice İÇEL DEMİRCİOĞLU***

*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Araştırma Görevlisi

**Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Y. Doç. Dr.

***Narlidere Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölge Başkanlığı, Hemşire

ÖZET:

Bu araştırmanın amacı, Narlıdere Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölgesindeki sağlık düzeyi göstergelerinin döner sermaye uygulamasının henüz başlamadığı 2001 yılı Ocak-Mayıs ayları ile döner sermaye uygulamasının başladığı 2002 yılı Ocak-Mayıs ayları arasındaki verileri karşılaştırarak, döner sermayenin sağlık düzeyi göstergelerine olan etkilerini saptamaktır. Araştırmanın verileri Narlıdere Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölgesine gelen aylık çalışma sonuçlarından elde edilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre döner sermaye uygulamasının başladığı 2002 yılı Ocak-Mayıs ayları arasında özellikle poliklinik sayıları anlamlı bir şekilde etkilendirilmiştir. Poliklinik sayılarındaki düşüşe karşın laboratuvar oranları ise anlamlı bir şekilde artmıştır. Poliklinik sayılarına benzer bir şekilde aile planlaması malzeme dağıtımında da hap ve kondomda anlamlı bir şekilde azalma saptanmıştır. RİA uygulaması ise etkilendirilmemiştir. Aile planlaması malzeme dağıtımının döner sermaye uygulamasından bağımsız olarak etkilendiği düşünülmekte ise de birinci basamak sağlık kurumlarının ücretli hale getirilmesinin bir sonucunu yansıması açısından anlamlı olduğu düşünülmektedir. Narlıdere Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölge Başkanlığı verilerine göre döner sermaye uygulamasının başladığı 2002 yılı ilk 5 ayı sonunda bir önceki yıl aynı dönemine göre bebek, gebe, kadın, çocuk izlemeleri, aşı oranları, doğum ve ölüm oranları, ve sık görülen hastalık hızlarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptanmamıştır. Hastalık hızlarında sadece kuşku su sıkıntılarında anlamlı bir azalma saptanması ise son yıl içerisinde Belediyelerce alınan önlemlerin ve bulaşıcı hastalıklarla ilgili yapılan hizmet içi eğitimlerin etkili olduğu düşünülmektedir. Aynı dönemlerde bakteriyolojik su örneği alınmada da düşüş olması dikkati çekmesine karşın bu azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Ancak döner sermaye işlemlerinde çözümlülikle sağlık memuru ve çevre sağlığı teknisyenlerinin görevlendirilmesi nedeniyle bu düşüşün dikkatle izlenmesi gerektiği düşünülmektedir. İziem ve aşı çalışmalarında olumsuz bir etkilendirme olmaması ise bölgenin üniversiteye bağlı bir eğitim araştırma sağlık bölgesi olmasına bağlanmıştır.

Anahtar Sözcükler:

Döner Sermaye

I-GİRİŞ:

23 Ocak 2001 tarihinde yürürlüğe giren 4618 sayılı kanunla, 1961 yılında çıkarılan 209 sayılı "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Ezenlendirme Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkındaki Kanun" a geçici bir 2. madde eklenmiştir (1, 2). Bunun hemen ertesinde Sağlık Bakanlığı bu kanuna dayanarak 2001 yılında birkaç ilde pilot uygulama olarak birinci basamak sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlarında koruyucu sağlık hizmetleri dışında kalan tüm sağlık hizmetlerini ücretlendirmiştir. Bu uygulama 2002 yılı Ocak ayından başlayarak kurulan Döner Sermaye Saymanlıkları aracılığıyla 45 ili kapsayacak şekilde yaygınlaştırılmıştır. Sağlık Bakanlığı söz konusu döner sermaye uygulamasını önümüzdeki aylar içinde tüm Türkiye'de yürürlüğe sokmayı planlamaktadır. Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerinin ücretlendirilmesi anlamına gelen benzer bir uygulamayı da 2001 yılı Haziran ayında başlatmış ve aile planlaması kontraseptif malzeme dağıtımını Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı kurumuna yapılacak bağışlar karşılığı yapmaya başlamıştır.

Döner sermaye uygulamasının sağlık ocaklarına olan başvuru azaltabileceği ve sağlık ocaklarında döner sermayeye katkı getirebilecek bazı laboratuvar uygulamalarını ise artıracakları düşünülmektedir.

II-AMAÇ: Bu araştırmanın amacı, Narlıdere Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölgesindeki sağlık düzeyi göstergelerinin döner sermaye uygulamasının henüz başlamadığı 2001 yılı Ocak-Mayıs ayları ile döner sermaye uygulamasının başladığı 2002 yılı Ocak-Mayıs ayları arasındaki verilerini karşılaştırarak, döner sermayenin bebek-gebe-kadın-çocuk izlemeleri, aşı oranları, aile planlaması malzeme dağıtımları, poliklinik sayıları, sevk oranı, laboratuvar oranı, sık görülen hastalıklar, bulaşıcı hastalıklar, doğumlar, ölümler ve su denetimleri gibi sağlık düzeyi göstergelerine olan etkilerini saptamaktır.

III-YÖNTEM:

1-Araştırma Bölgesi:

Narlidere Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölgesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'na bağlı bir eğitim ve araştırma bölgesidir. Bölgece 17 sağlık ocağı ve 1 AÇSAP bulunmaktadır. Toplam nüfusu 116.816'dır.

2-Araştırmanın Tipi:

Bu çalışma kesitsel ve analitik tıpta bir araştırmadır.

3-Araştırmanın Bağımlı/Bağımsız Değişkenleri:

Bağımlı Değişkenler: Bebek-Gebe-Kadın-Çocuk İzlemeleri, Aşı Oranları, Aile Planlaması Yöntem Dağılımları, Poliklinik Sayıları, Sevk Oranı, Laboratuvar Oranı, Sık Görülen Hastalıklar, Bulaşıcı Hastalıklar, Doğumlar, Ölümler, Su denetimleri.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Bağımsız değişken: Döner Sermaye Uygulaması.

4-Örnek Seçimi, Veri Toplamı ve Araştırmanın Uygulanma Şekli:

Araştırmanın verileri Narlidere Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölgesine gelen aylık çalışma sonuçlarından elde edilmiştir. Herhangi bir örnek seçimi yapılmamış, verilerin tümü değerlendirilmiştir. Mayıs ayı verilerinin Haziran ayı içinde Bölge Başkanlığı'na ulaşması nedeniyle analizler Ocak-Mayıs aralığını kapsamış, Haziran ayı değerlendirilememiştir. Analizler sırasında bağımsız değişken olarak 2001 yılı ilk 5 ayı döner sermaye uygulamasının yapılmadığı; 2002 yılı ilk 5 ayı ise döner sermaye uygulamasının yapıldığı dönem olarak alınmıştır.

5-Verilerin Analizi:

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 11.0 paket istatistik programı kullanılmıştır. İstatistik analizlerde veriler döner sermaye uygulamasının olduğu ve olmadığı aylar için ayrı ayrı girilerek "t testi" kullanılması suretiyle ortalamalar arası farklılıklara bakılmıştır.

IV-BULGULAR:

Narlidere Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölge Başkanlığı verilerine göre döner sermaye uygulamasının başladığı 2002 yılı ilk 5 ayı sonunda poliklinik sayıları anlamlı bir şekilde azalmış, sevk ve laboratuvar oranları ise artmıştır (bakınız Tablo-1). Tüm veriler için (4) ve (5) nolu kaynaklar kullanılmıştır. Aile planlaması malzeme dağıtımında ücretlendirme uygulamasının başladığı 2002 yılı ilk 5 ayı sonunda 2001 yılı aynı dönemine göre kontraseptif malzemelerden hap ve kondom dağıtımını anlamlı bir şekilde azalmış, RİA uygulaması ise aynı düzeyde kalmıştır (bakınız Tablo-2).

Narlidere Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölge Başkanlığı verilerine göre döner sermaye uygulamasının başladığı 2002 yılı ilk 5 ayı sonunda bir önceki yılın aynı dönemine göre bebek, gebe, kadın, çocuk izlemleri ve aşı oranlarında bir değişim olmamıştır (bakınız Tablo-3 ve 4). Narlidere Bölgesinde döner sermaye uygulamasının başladığı 2002 yılı ilk 5 ayı sonunda, 2001 yılı aynı dönemine göre doğum ve ölüm oranlarında da bir değişim olmamıştır (bakınız Tablo-5 ve 6). Benzer şekilde Narlidere Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölge Başkanlığı verilerine göre döner sermaye uygulamasının başladığı 2002 yılı ilk 5 ayı sonunda bir önceki yılın aynı dönemine göre görülen hastalık hızlarında da kuşku ısırtıklar hariç anlamlı bir değişim saptanmamıştır (bakınız Tablo-7). Kuşku ısırtık hızının azalmasında son yıl içerisinde alınan önlemlerin ve yapılan hizmet içi eğitimlerin etkili olduğu düşünülmektedir.

Benzer şekilde bakteriyolojik su örneği alınmada da bir azalma görülmesine karşın bu azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (bakınız Tablo-8).

V-TARTIŞMA ve SONUÇ:

Narlidere Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölgesindeki sağlık düzeyi göstergelerinin döner sermaye uygulamasının başladığı 2002 yılı Ocak-Mayıs ayları arasında özellikle poliklinik sayıları açısından anlamlı bir şekilde etkilendiği görülmektedir. Poliklinik sayılarındaki düşüş özellikle 2002 yılı Ocak ayından sonra çok keskin bir şekilde olmuş ve poliklinik sayısı 21,882'den Şubat ayında 16,214'e düşmüştür. Bu durum %26 oranında bir azalma demektir ve döner sermaye uygulamasının ilk aya denk gelmektedir. Daha sonra Mart, Nisan ve Mayıs aylarında poliklinik sayıları kısmen artmış ancak ilk düzeyine ulaşamamıştır. Nitekim 2001 yılının aynı dönemine göre arada anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Poliklinik sayılarındaki düşüşe karşın laboratuvar oranları ise anlamlı bir şekilde bir önceki yıla göre %7.5'den %12.7'ye çıkmıştır. Bu durumun döner sermaye uygulamasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Poliklinik sayılarına benzer bir şekilde aile planlaması malzeme dağıtımında da hap ve kondomda anlamlı bir şekilde azalma saptanmıştır. RİA uygulaması ise daha uzun süreli bir korunma sağlanması nedeniyle aynı düzeyde kalmış, ücretlendirme politikasından etkilenmemiştir. Aile planlaması malzeme dağıtımının döner sermaye uygulamasından bağımsız olarak etkilendiği düşünülmekte ise de birinci basamak sağlık kurumlarının ücretli hale getirilmesinin bir sonucunu yansıtmaları açısından anlamlı olduğu düşünülmektedir.

Narlidere Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölge Başkanlığı verilerine göre döner sermaye uygulamasının başladığı 2002 yılı ilk 5 ayı sonunda bir önceki yılın aynı dönemine göre bebek, gebe, kadın, çocuk izlemleri, aşı oranları, doğum ve ölüm oranları ve sık görülen hastalık hızlarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptanmamıştır. Hastalık hızlarında sadece kuşku ısırtıklarda anlamlı bir azalma saptanması ise son yıl içerisinde Belediyelerce alınan önlemlerin ve bulaşıcı hastalıklarla ilgili yapılan hizmet içi eğitimlerin etkili olduğu düşündürmektedir. İzlem ve aşı çalışmalarında olumsuz bir etkilendirme olmaması ise bölgenin üniversiteye bağlı bir eğitim araştırma ve sağlık bölgesi olmasına bağlıdır. Aynı dönemlerde bakteriyolojik su örneği alınmada aylık ortalama 275 örnekten, 175 örneğe düşüş olması da dikkati çekmesine karşın bu azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Ancak döner sermaye işlemlerinde çoğunlukla sağlık memuru ve çevre sağlığı teknisyenlerinin görevlendirilmesi nedeniyle bu düşüşün dikkatle izlenmesi gerektiği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR:

- 1)Resmi Gazete (1961) "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Eğitim Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkındaki Kanun", Kanun No:209, Resmi Gazete No:10702, 09.01.1961
- 2)Resmi Gazete (2001) "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Eğitim Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkındaki Kanunun Bazı Maddeleri ile 190 sayılı KHK'nin Eki Cetvellerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun", Kanun No:4618, Resmi Gazete No:24296, 23.01.2001
- 3)Resmi Gazete (1961) "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun", Kanun No:224, Resmi Gazete No:10705, 12.01.1961
- 4)Narlidere Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölge Başkanlığı (2001) "Veri-Aylık Bülten", Ocak-Mayıs-2001, İzmir
- 5)Narlidere Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölge Başkanlığı (2002) "Veri-Aylık Bülten", Ocak-Mayıs-2002, İzmir

Tablo-1: Narlidere Bölgesinde Poliklinik, Sevk ve Laboratuvar Oranlarındaki Değişim (2001-2002 Ocak-Mayıs)

MUAYENE	2001 Ocak-Mayıs	2002 Ocak-Mayıs	p
POLİKLİNİK (ort.)	22,268	18,394	0.039
SEVK (%)*	%11.3	%13.5	0.002

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM:SAĞLIK HİZMETLERİ

LABORATUVAR (%)*	%7.5	%12.7	0.000
------------------	------	-------	-------

*:Poliklinik sayısına göre hesaplanmıştır

Tablo-2: Narlidere Bölgesinde Aile Planlaması Malzeme Dağıtımındaki Değişim (2001-2002 Ocak-Mayıs)

Sağlık Ocağında Dağıtılan Malzeme	2001 Ocak-Mayıs	2002 Ocak-Mayıs	p
RIA (aylık ort.)	61.0	56.2	0.538
O. KONTRASEPTİF (aylık ort.)	598.8	434.2	0.006
KONDOM (aylık ort.)	4952.2	595.2	0.043

Tablo-3: Narlidere Bölgesinde İzlem Oranlarındaki Aylık Değişimler (2001-2002 Ocak-Mayıs)

İZLEMLER*	2001 Ocak-Mayıs	2002 Ocak-Mayıs	p
BEBEK	0.88	0.94	0.200
GEBE	1.02	1.05	0.499
15-49 Y KADIN	0.13	0.15	0.376
ÇOCUK	0.20	0.22	0.536

*Aylık izlem ortalaması (izlem sayısı/hedef grup)

Tablo-4: Narlidere Bölgesinde Aşı Oranlarındaki Değişim (2001-2002 Ocak-Mayıs)

AŞI	2001 Ocak-Mayıs	2002 Ocak-Mayıs	p
DBT-OPV I	% 87.5	% 83.0	0.684
KIZAMIK	% 109.5	% 103.4	0.664
BCG	% 88.3	% 83.5	0.679

Tablo-5: Narlidere Bölgesinde Doğumlarındaki Değişim (2001-2002 Ocak-Mayıs)

DOĞUMLAR	2001 Ocak-Mayıs		2002 Ocak-Mayıs		P
	Sayı	%	Sayı	%	
HASTANEDE	583	96.7	523	97.8	0.223
SAĞLIK PERSONELİ İLE	6	1.0	6	1.1	1.0
SAĞLIK PERSONELİ OLMADAN	14	2.3	6	1.1	0.288
TOPLAM DOĞUM	603	100.0	535	100.0	0.216

%: Toplam Doğuma göre hesaplanmıştır

Tablo-6: Narlidere Bölgesinde Ölümlerdeki Değişim (2001-2002 Ocak-Mayıs)

ÖLÜMLER	2001 Ocak-Mayıs		2002 Ocak-Mayıs		P
	Sayı	Hız (binde)	Sayı	Hız (binde)	
BEBEK	14	8.9	12	7.6	0.735
45 YAŞ ve ÜZERİ	165	6.3	185	7.1	0.823
TOPLAM ÖLÜM	203	1.7	213	1.8	0.796

Hız: (sayı/Yıl Ortası İlgili Nüfus)x1000 formülü ile hesaplanmıştır

Tablo-7: Narlidere Bölgesinde Sık Görülen Hastalıklardaki Değişim (2001-2002 Ocak-Mayıs)

HASTALIKLAR	2001 Ocak-Mayıs		2002 Ocak-Mayıs		p
	Sayı	Hız (onbinde)	Sayı	Hız (onbinde)	
Ak. ÜSYE	17324	1483.0	14201	1215.7	0.312
Ak. Bronşit-Bronşiyolit	1035	88.6	953	81.6	0.468
Ak. Gastroenterit	323	27.6	283	24.2	0.575
Phömoni	55	4.7	34	2.9	0.251
Kuşkulu Isırık	202	17.3	140	12.0	0.006
Hep. A	15	1.3	24	2.1	0.354
Tbc	12	1.0	9	0.8	0.494

Hız: (sayı/Yıl Ortası İlgili Nüfus)x10,000 formülü ile hesaplanmıştır

Tablo-8: Narlidere Bölgesinde Su Denetimlerindeki Değişim (2001-2002 Ocak-Mayıs)

DENETİMLER	2001 Ocak-Mayıs (sayı)	2002 Ocak-Mayıs (sayı)	p
Su Denet. (Bakteriyolojik)	275	175	0.084
Suda Klor Ölçümü	1443	1416	0.983

HASTANEDE YATAN HASTALARIN HASTANE HİZMETLERİ VE HASTANE ÇALIŞANLARINDAN MEMNUNİYETİ VE BUNU OLUŞTURAN BİLEŞENLER

Tümer Pala*, Gül Saatlı*, Erhan Eser**, Nurgül Güngör***

*Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu

**Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi

***Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu

ÖZET

Çalışmanın yapıldığı dört hastanede yatan toplam 496 hastaya anket uygulanmıştır. Hastaların genel hastane hizmetleri, hemşireler ve hekimlerle ilgili memnuniyetleri araştırılmıştır. Analiz sonucunda hemşire memnuniyetinin, genel memnuniyet içinde diğerlerinden daha çok öne çıktığı ve bunu hekim ve otel hizmetleri memnuniyetinin izlediği görülmektedir. Faktör analizleri sonucunda da otel hizmetlerinin iki ayrı gruba bölüldüğü, yemek memnuniyetinin de ayrı bir grup olarak ortaya çıktığı görülmektedir.

Anahtar kelimeler: Hasta memnuniyeti, genel hizmet memnuniyeti, otel hizmetleri memnuniyeti, sağlık hizmetleri memnuniyeti.

GİRİŞ VE AMAÇLAR

Sunulan sağlık hizmetinin sonuçlarını izlemek için kullanılan kalite değerlendirme'leri genellikle tıbbi çıktılar, maliyet analizleri ve hasta memnuniyeti üzerinden yapılabilir(1,2). Bu değerlendirmelerden birisi olan hasta memnuniyeti, klinik sonuçlardan daha önemlidir ve bunu ölçmek her sağlık kuruluşunun hedefi olmalıdır (3).

Hasta memnuniyeti, hastane hizmetlerinden memnuniyet; hemşire hizmetlerinden memnuniyet ve hastanın hekimden memnuniyeti olarak üç ayrı bileşende incelenebilir. Öte yandan hizmet sunumunun değerlendirilmesinde bazı belirsizliklerin varlığı göz ardı edilmemelidir (4). Basit olarak ölçülmeye çalışıldığında hangi anahtar soruyu sorunun sorulacağı en önemli problemdir. Bu yüzden tek bir soru sormak yerine bir grup soru sormak gerekir. İndeks geliştirilmesi gerekliliği bu nedenle ortaya çıkmıştır (4). Bazı araştırmacılar ise kullanılan hasta memnuniyeti ölçeklerinin ölçümde geçerli ve doğru bir yöntem olduğundan emin değillerdir (5). Bazı yazarlar da hemşire hizmetlerini bakımın ve memnuniyetin diğer bileşenlerinden ayırmak gerektiğini düşünmektedirler (4).

Övretveit (6), hemşirelik hizmet kalitesini de üç temel bileşene ayırmıştır:

1. Yönetimle ilgili hizmet kalitesi
2. Profesyonellik ile ilgili hizmet kalitesi
3. Hizmet alanların görüşlerine dayalı hizmet kalitesi

Yönetimsel alan kaynakların nasıl kullanıldığının, yani maliyet-etkinliğin ortaya konmasıdır. Profesyonel bileşen ise hizmet standartları temelinde dayalıdır. Hasta bileşeni açısından baktığımızda günümüzde kullanılan memnuniyet ölçekleri anlaşılmaktadır (7).

Buradan hareketle McColl ve arkadaşları (3), hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet ölçeğini (NSNS) geliştirmişlerdir. Yirmialtı sorudan oluşan ve yedi noktalı bir likert bileşeni olan ölçeğin iki ana bölümü vardır: *alınan hizmetle ilgili deneyimler ve bu hizmetlerden tatmin.*

Hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet ile ilgili araştırmalar incelendiğinde, yayınlanmış on üç ayrı "Hemşire Memnuniyet Ölçeği" olduğu görülmektedir. Bunlar birbirlerinden farklı alanlar (domain) içermektedirler. Chang (8) bu ölçeklerin hasta memnuniyeti kavramını ölçmede yeterli çuyarlılığa sahip olmadığını ve başka faktörlerin dikkate alınması gerektiğini söylemektedir. Aldana (9), memnuniyet düzeyi ölçümünü, "kalitatif değerlendirme; *hasta memnun mu değil mi?* ve kantitatif değerlendirme; *ne kadar memnun?*" şeklinde iki aşamalı yaklaşımın uygun olacağını belirtmiştir.

Bütün bunların ışığında; ülkemizde memnuniyet çalışmalarının yetersiz olması, toplumsal yapımızın farklılığı ve sağlık sistemimizin yeterli kaynaklara kavuşamaması nedeni ile hasta memnuniyetini değerlendirme gerekliliği doğmuştur.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma Manisa ve İzmir' deki dört hastanede yatan erişkin hastalarda yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, Manisa SSK Hast., Manisa Devlet Hast., Celal Bayar Üniversitesi (C.B.Ü.) Hast. Ve İzmir Tepecik SSK Hastanesinde yatan erişkin hastalar oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem alınmamış, çalışmanın yapıldığı Mayıs ayı içinde bu dört hastanede yatan 496 erişkin hastaya anket uygulanmıştır.

Veri toplamak için 48 sorudan oluşan ve beş noktalı bir likert ölçeği olan anket formu kullanılmış, hastaların hastaneden ve hastane çalışanlarından memnuniyetlerini sorgulayan soruları içeren anket formumuz yüz yüze görüşme yolu ile uygulanmıştır. Anket formumuzda yer alan sorular üç grupta toplanmıştır. Bunlar; genel hasta hizmetleri, hemşire hizmetleri ve hekim hizmetleridir. Hastaların hepsine hastane ve hemşire memnuniyeti ile ilgili sorular sorulmuş, 164 kişiye ise ek olarak hekim memnuniyeti ile ilgili sorular sorulmuştur. SPSS 10.0 paket programı ile; ana bileşenler faktör analizi, spearman korelasyon analizi ve çoklu regresyon analizi yapılmıştır.

BULGULAR

Araştırma grubunun yaş ortalaması 53.8 ± 0.6 'dır. %59.9'u 50 yaşın üzerindedir. Kadınlar %59.3, erkekler %40.7 oranındadır. Çalışma grubumuzun %25'i okur yazır değildir. % 7.7'sinin sosyal güvencesi yoktur ve %59.2'si gelirlerinin giderlerini karşılamadığını belirtmişlerdir.

Memnuniyet puanlarına bakıldığında en yüksek memnuniyetin 4.23 ortalama ile hemşire memnuniyeti olduğu görülmektedir. Bunu 3.99 ortalama ile hekim memnuniyeti, 3.76 puanla otel hizmetleri memnuniyeti ve 3.71 ortalama ile yemek memnuniyeti izlemektedir.

Tablo 1'de görüldüğü gibi, Faktör 1'de doktorlar, Faktör 2'de hemşireler, Faktör 3 ve 4'te otel hizmetleri ve Faktör 5'te yemek memnuniyeti ile ilgili maddeler bir araya gelmiştir.

Tablo 3'te madde alan korelasyonları yer almaktadır. Yemek memnuniyeti ile ilgili alanın 2 maddesi bulunduğu için madde korelasyonu yapılmamıştır. İncelenen alanlar ile madde korelasyonları arasında olumlu yönde ve çok anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.01$).

Tablo 4'te hasta memnuniyeti toplam puanları ile alan puanları arasında olumlu yönde ve çok anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0.01$).

İç tutarlılık en fazla doktor memnuniyeti ve en az otel hizmetlerinde görülmekle birlikte tüm alanların geçerlilik katsayıları çok yüksek bulunmuştur (Tablo 5).

Tablo 6'da hastane ortamı genel memnuniyetinin otel hizmetleri (1ve 2) ve doktor memnuniyeti ile açıklandığı görülmektedir ($p<0.05$).

Tablo 7'de hasta memnuniyeti ile ilişkin 2 faktör olduğu; Faktör 1'in otel hizmetleri, Faktör 2'nin ise sağlık hizmetleri memnuniyetini ifade ettiği gözlenmektedir.

Tablo 8'de otel hizmetleri ile sağlık hizmetlerine ilişkin temel ölçütler yer almaktadır. Otel hizmetleri ile sağlık hizmetleri memnuniyet ortalamaları birbirine yakın bulunmuştur.

Sağlık hizmetleri ve otel hizmetleri ile her bir madde arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0.01$)(Tablo 9).

Tablo 10'da toplam puan ile alan puanları arasında olumlu yönde ve çok güçlü bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0.01$).

Yapılan iç tutarlılık analizinde geçerlilik katsayısı her iki alanda ve toplam puanda çok yüksek bulunmuştur (Tablo 11).

Otel hizmetleri ve sağlık hizmetleri hastane ortamı genel memnuniyetini anlamlı olarak açık amaktadır ($p<0.01$)(Tablo 12).Alan puanlarının birbirleriyle olan ilişkisi incelendiğinde; otel hizmetlerinin ($n=496$) en fazla otel hizmetleri ile ilişkili olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetleri ($n=496$) ise en fazla hemşire memnuniyeti, en az yemek memnuniyeti ile ilişkili bulunmuştur (Tablo 13).

TARTIŞMA

Anket formumuzda yer alan hastane hizmetleri ve sağlık çalışanlarından memnuniyet ile ilgili yirmiyedi sorunun, ön faktör analizi sonucunda beş faktör ortaya çıkmıştır:

1. Hekim memnuniyeti : Hekim ile iletişim, muayene sıklığı, muayene şekli, tedavi onayı, komplikasyonlar hakkında bilgi verme, tedavinin sonuçları ile ilgili bilgilendirme, hekime ulaşılabilirlik, hekimin ilgisi ve hekime güven.
2. Hemşire memnuniyeti: Hemşireye ulaşılabilirlik, kişisel mahremiyet, hemşire desteği, hemşireye güven ve hemşirenin tutumu.
3. Otel hizmetleri 1: Oda temizliği, çarşaf temizliği, hastanenin sessizliği ve tuvaletinin temizliği.
4. Otel hizmetleri 2: Odadaki yatak sayısı, oda ısısı, hastane tanıtımı, sorulara yanıt alabilme durumu ve gereksinimlerin karşılanması.
5. Yemek memnuniyeti; Yemek saatlerinin uygunluğu ve yemek kalitesi.

Kişisel mahremiyetin hemşire grubu içinde yer alması ve hastane tanıtımı ile sorulara yanıt alabilme faktörlerinin otel hizmetleri grubu içinde yer alması dikkat çekici olmuştur. Otel hizmetleri de iki ayrı grupta yer almış, yemeklerle ilgili sorular ise otel hizmetlerinden ayrılarak ayrı bir grupta ele alınmıştır.

Mahon (10) ve Hsieh (11) hemşire hizmetlerinden oluşan memnuniyetin daha önemli bir yer tuttuğunu belirtilmektedir. Hsieh hasta memnuniyetini etkileyen faktörler şöyle sıralanmaktadır:

1. Hastanın hizmetlerden beklentisi ve aldığı fiili hizmet
2. Hastanın yaşı
3. Hastanın cinsiyeti
4. Hizmetin kendisinde yarattığı durum

Manisa araştırmasının sonuçları incelendiğinde de aynı şekilde, hemşire memnuniyetinin genel memnuniyete etkisinin diğerlerinden daha fazla olduğu görülmektedir. (Tablo 2)

Chang (8) ve Strassen'e (3) göre hastanın hemşire hizmetinden memnuniyetini etkileyen faktörler: Konfor, temizlik ve güven, iyi bir besin, arkadaşlık ve kişisel ilişkilerin iyi olması'dır. Bu çalışmada ise hemşire hizmeti memnuniyetinin içine; ulaşılabilirlik, kişisel mahremiyete önem verme, hemşirenin desteği ve tutumu girmiştir. Konfor ve temizlik, otel hizmetleri, besin kalitesi ise yemek memnuniyeti grubuna girmişlerdir (Tablo 1). Bu gruplar için yapılan tutarlılık analizinde de geçerlilik katsayıları oldukça yüksek bulunmuştur (Tablo5). Tüm hastalar için yapılan ikinci bir faktör analizi sonucunda ise, hasta memnuniyetine ilişkin, otel hizmetleri ve sağlık hizmetleri olarak iki ana faktörü'n ortaya çıktığı görülmüştür. (Tablo 7)

SONUÇ Faktör analizleri Sonucunda genel hasta memnuniyeti; hekim hizmetleri, hemşire hizmetleri ve otel hizmetleri olarak üç gruba ayrılmıştır. Bu üç gruptan hemşire hizmetleri, genel memnuniyeti etkileyen başlıca faktör olarak diğerlerinin önüne geçmiştir. Hemşire hizmetleri grubunda olabileceği düşünülen, "hastane tanıtımı" ve "gereksinimlerin karşılanması" bileşenleri, hastane hizmetleri grubunda yer almıştır. İç tutarlılık analizleri bu sonuçları kuvvetli bir şekilde desteklemektedir.

KAYNAKLAR

1. Fisher AW. Patient's evaluation of outpatient medical care. Journal of Medical Education, 1971, 46(3): 238-244.
2. Barnett B. Women's views influence choice. Network, 1995, 16(1): 14-18.
3. Strasen L. Incorporating patient satisfaction standards in to quality of care measures. Journal of Nursing Administration, 1988, 18: 5-6.
4. Ford P., Walsh M. Nursing Through The Looking Glass. Butter Worth Heinemann, Oxford, 1994.
5. McColl E., Thomas L., Bond S. A study to determine patient satisfaction with nursing care. Nursing Standart, 10 (52): 34-38.
6. Ovreteit J. Health Service Quality. Blackwell Science, Oxford, 1992.
7. Walsh M. Measuring patient satisfaction with nursing care: experience of using the Newcastle satisfaction with nursing scale. Journal of Advanced Nursing, 1999, 29(2): 307-315.
8. Chang K. Dimensions and indicators of patients perceived nursing care quality in the hospital setting. Journal of Nursing Care Quality, 1997, 11: 26-37.
9. Aldana JM., Pieckulek H., Al-Sabir A. Client satisfaction and quality of health care in rural Bangladesh. Bulletin of the World Health Organisation, 2001,79(6): 512-517.
10. Mahon p. Rewiev of measures of patient satisfaction with nursing care. The Journal of Nursing Scholarship 1997; 26: 196-197.
11. Hsieh M., kagic J. Understanding patient satisfaction and dissatisfaction with health care. Health and Social Work 1991: 16: 281-290.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Tablo 1. Hasta Memnuniyeti İle İlgili Faktör Analizi Sonuçları (N=164)

	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Faktör 5
			.789		
Oda temizliği					
Çarşaf temizliği			.787		
Yatak sayısı memnuniyeti				.505	
Oda ısı memnuniyeti				.633	
Hastane sessizliği			.492		
Tuvalet temizliği			.496		
Yemek saati					.694
Hastane yemeği memnuniyeti					.774
Hastane tanıtımı				.470	
Cevap alabilme durumu				.488	
Gereksinimin karşılanması				.546	
Hemşireye ulaşılabilirlik		.631			
Kişisel mahremiyet		.685			
Hemşire desteği		.490			
Hemşireye olan güven		.822			
Hemşirenin tutumu		.619			
Doktor ile iletişim	.813				
Muayene sıklığı	.788				
Muayene şekli	.807				
Tedavi onayı	.675				
Komplikasyonlar hakkında bilgi verme	.685				
Tedavi sonuçları ile ilgili bilgilendirme	.778				
Doktora ulaşılabilirlik	.744				
Doktorun ilgisi	.711				
Doktora güven	.472				

Tablo 2. Alan Puanlarına İlişkin Temel Ölçütler (N=164)

	Hemşire Memnuniyeti	Otel Hizmetleri 1	Otel Hizmetleri 2	Doktor Memnuniyeti	Yemek memnuniyeti
N	164	164	164	164	164
Ortalama	4.23	3.71	3.76	3.39	3.71
Medyan	4.40	3.75	3.80	4.11	4.00
Standart sapma	.61	.75	.65	.77	.81
Minimum	1.80	1.25	1.80	1.56	1.00
Maximum	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00

Tablo 3. Madde Alan Korelasyonları (N=164)

	Otel Hizmetleri 1	Otel Hizmetleri 2	Hemşire Memnuniyeti	Doktor Memnuniyeti
	.784*			
Oda temizliği				
Çarşaf temizliği	.754*			
Hastane sessizliği	.627*			
Tuvalet temizliği	.613*			
Yatak sayısı memnuniyeti		.672*		
Oda ısı memnuniyeti		.687*		
Hastane tanıtımı		.708*		
Cevap alabilme durumu		.672*		
Gereksinimin karşılanması		.684*		
Hemşireye ulaşılabilirlik			.720*	
Kişisel mahremiyet			.712*	
Hemşire desteği			.680*	
Hemşireye olan güven			.714*	
Hemşirenin tutumu			.763*	
Doktor ile iletişim				.746*
Muayene sıklığı				.816*
Muayene şekli				.798*
Tedavi onayı alın				.797*
Komplikasyon bilgisi veriliyor mu				.801*
Tedavi sonuçlarıyla ilgili bilgi veril.				.855*
Doktora ulaşım				.787*
Doktorun ilgisi				.731*
Doktora duyulan güven				.567*

* p<0.01

Tablo 4. Toplam Puanlar ile Alan Puanları Arasındaki İlişki (N=164)

	Hemşire Memnuniyeti	Otel Hizmetleri 1	Otel Hizmetleri 2	Doktor Memnuniyeti
Toplam Puan	.719*	.687*	.781*	.791*

* P<0.01

Tablo 5. İç Tutarlılık Analizi (N=164)

	Hemşire Memnuniyeti	Otel Hizmetleri 1	Otel Hizmetleri 2	Doktor Memnuniyeti	Toplam Puan
Geçerlilik katsayısı (Alfa)	.86	.81	.81	.93	.92

Tablo 6. Hastane Ortamı Genel Memnuniyetinin İndeks Alanları Tarafından Açıklayıcılığı (N=164)

	Beta	R ²	P
(Constant)		.363	.434
Hemşire Memnuniyeti	-.013		.881
Otel Hizmetleri 1	.199		.007
Doktor Memnuniyeti	.389		.000
Otel Hizmetleri 2	.171		.048
Yemek memnuniyeti	.023		.736

Bağımlı Değişken: Hastane Ortamı Memnuniyeti

Tablo 7. Hasta Memnuniyeti İle İlgili Faktör Analizi Sonuçları (N=496)

	Faktör 1	Faktör 2
Oda temizliği		.690
Çarşaf temizliği		.654
Yatak sayısı memnuniyeti		.653
Oda ısı memnuniyeti		.544
Hastane sessizliği		.651
Tuvalet temizliği		.746
Yemek saati		.616
Hastane tanıtımı		.494
Cevap alabilme durumu	.724	
Gereksinimin karşılanması	.722	
Hemşireye ulaşılabilirlik	.707	
Kişisel mahremiyet	.634	
Hemşire desteği	.721	
Hemşireye olan güven	.745	
Hemşirenin tutumu	.732	
Bilgi alınması	.740	
İşlem öncesi onay alma	.679	

Tablo 8. Alan Puanlarına İlişki - Temel Ölçütler (N=496)

	Otel Hizmetleri	Sağlık Hizmetleri
N	495	496
Ortalama	3.36	3.96
Medyan	3.4	4.11
Standart Sapma	.6	.73
Minimum	1.38	1.22
Maximum	5.0	5.00

Tablo 9. Madde Alan Korelasyonları (N=496)

	Sağlık Hizmetleri	Otel Hizmetleri
Cevap alabilme durumu	.754*	
Gereksinimin karşılanması	.754*	
Hemşireye ulaşılabilirlik	.716*	
Kişisel mahremiyet	.694*	
Hemşire desteği	.704*	
Hemşireye olan güven	.706*	
Hemşirenin tutumu	.718*	
Bilgi alınması	.780*	
İşlem öncesi onay alma	.741*	
Oda temizliği		.681*
Çarşaf temizliği		.661*
Yatak sayısı memnuniyeti		.687*
Oda ısı memnuniyeti		.558*
Hastane sessizliği		.620*
Tuvalet temizliği		.692*
Yemek saati		.629*
Hastane tanıtımı		.632*

* p<0.01

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Tablo 10. Toplam puan ile alan puanları arasındaki korelasyon (n=496)
Sağlık Hizmeti

Otel Hizmetleri	
Toplam Puan*	.876**
	.871**

* Toplam alan puanları x 2.5

** p<0.01

Tablo 11. Toplam Puan ve Memnuniyet Alanlarının İç Tutarlılığı (N=496)

	Sağlık Hizmetleri	Otel Hizmetleri	Toplam
Geçerlilik katsayısı (Alfa)	.92	.85	.91

Tablo 12. Hastane Ortamı Genel Memnuniyetinin İndeks Alanları Tarafından Açıklayıcılığı (N=496)

Model	Beta	R ²	p
(Constant)		.363	.032
Otel Hizmetleri	.463		.000
Sağlık Hizmetleri	.202		.000

Bağımlı değişken: Hastane Ortamı Memnuniyeti

Tablo 13. Alan Puanları Arası İlişki

	Hemşire Memnuniyeti*	Otel Hizmetleri 1*	Otel Hizmetleri 2*	Doktor Memnuniyeti*	Yemek Memnuniyeti*
Otel Hizmetleri (n=496)	.520**	.876**	.821**	.538**	.614**
Sağlık Hizmetleri (n=496)	.923**	.476**	.712**	.701**	.266**

* n=164 **p<0.01

Tablo 14. Memnuniyet Alanlarına İlişkin İç Tutarlılık

	Hemşire Memnuniyeti*	Otel Hizmetleri 1*	Otel Hizmetleri 2*	Doktor Memnuniyeti*
Otel Hizmetleri (n=496)	.46	.77	.86	.54
Sağlık Hizmetleri (n=496)	.91	.69	.41	.68

n=164

MALATYA MERKEZ İLÇEDE YAŞAYAN 1-3 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARDA HEPATİT B AŞI SONRASI OLUŞAN İMMÜN YANITIN DEĞERLENDİRİLMESİ¹

Karaoğlu L*, Pehlivan E*, Güneş G*, Genç MF*, Tekerekoğlu S**, Ercan C*, Sürücü M*

ÖZET

Giriş :Türkiye'de 1998 yılından itibaren hepatit B aşısı rutin aşı takvimi kapsamına alınmış ve 0, 1, 6 şeması kullanılarak bebeklerde aşılama hizmeti başlamıştır. Bu çalışmada aşı uygulaması tamamlanmış olan 1-3 yaş (12-48 aylık) arasındaki çocukların aşıya karşı oluşan immün yanıtlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod: Araştırma zamana göre kesitsel, tanımlayıcı niteliktedir. Malatya, Merkez ilçesinde yaşayan ve hepatit B aşıları tamamlanmış olan 1-3 yaş arası 210 çocuğu kapsamaktadır. WHO/EPI tarafından geliştirilen 30 küme yöntemi kullanılarak

¹ Bu araştırma, İnönü Üniversitesi Araştırma Fonu tarafından desteklenmiştir.

* İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

** İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

çocuklar belirlenmiş ve Şubat-Nisan 2002 tarihleri arasında evlerinde venöz kan örneği toplanarak anti-HbsAg, anti-HBc, HbsAg düzeyleri mikro-ELİZA yöntemiyle değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırma kapsamına giren çocukların % 47.6' sı erkek, % 52.4' ü kızdır. Çocukların yaş ortalaması 26.3 aydır. Çocukların % 96.7' sinde Anti-HBs düzeyi 10mIU/ml üzerinde bulunmuş olup aşıyla bağışıklık kazandıkları saptanmıştır. Çocukların % 2.3' ünde aşıya karşı immün yanıt oluşmamıştır. enfeksiyona duyarlılık söz konusudur. Çocukların % 0.5' inde doğal yolla bağışıklık oluşmuştur ve % 0.5' inde akut ya da kronik enfeksiyon mevcuttur. Aşıyla bağışıklık kazanan çocuklarda geometrik ortalama 138.7±1.1 (% 95 güven aralığı: 124.7-154.2)' dir. Beslenme yetersizliği olan çocuklarda geometrik ortalama 102.3±1.2' dir (% 95 güven aralığı:72.1-145.2) ve anlamlı olarak daha düşük düzeydedir (P<0.05).

Sonuç: Malatya Merkez ilçede Genişletilmiş Bağışıklama Programı kapsamında yürütülen hepatit B aşılama hizmetiyle, üç doz aşısı tamamlanmış olan 1-3 yaş grubundaki çocuklarda yüksek düzeyde immün yanıt oluşmuştur. Beslenme yetersizliği olan çocuklarda immün yanıt düşük bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Anti-HBs seropozitivitesi, hepatit B aşısı

GİRİŞ VE AMAÇ

Hepatit B enfeksiyonu seyri ve sonuçları nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü'nün tahminlerine göre , dünyada 2 milyar kişi hayatlarının bir döneminde hepatit B virusuyla karşılaşmıştır ve bunların 350 milyon kadarı kronik olarak enfektedir. Kronik enfeksiyonu olanların % 15-25' inde siroz ya da karaciğer kanseri gelişmekte ve her yıl yaklaşık 750 000 bin kişi bu hastalıklar nedeniyle ölmektedir. Kronik enfeksiyonun yaşla ilişkili olduğu saptanmıştır. Hepatit B virusuyla ilk kez bebeklik ve erken çocukluk döneminde karşılaşanlarda kronik enfeksiyon ve kronik karaciğer hastalıkları daha fazla görülmektedir (1).

Tüm enfeksiyon hastalıklarında olduğu gibi hepatit B enfeksiyonunu da kontrol altına almanın en etkin ve ekonomik yolu aşılamadır. 1982 yılından beri dünyada etkin hepatit B aşısı kullanılmaya başlanmıştır. 1991 yılında Dünya Sağlık Örgütü tüm ülkelere hepatit B aşısını ulusal aşı programlarına dahil ederek bebeklerin aşılanmasını önermiştir. Böylelikle hem enfeksiyonla karşılaşma hem de kronik enfeksiyon ve dolayısıyla kronik karaciğer hastalıklarının kontrol altına alınması mümkün olacaktır. Hepatit B aşısının kanser gelişimini önleyen ilk aşı olduğu kabul edilmektedir (1,2). Günümüzde aşılamada çoğunlukla recombinant DNA teknolojisiyle hazırlanmış hepatit B aşıları, daha az sıklıkla plazma kaynaklı ve kombine aşılar kullanılmaktadır. Ulusal aşı programlarında yüksek düzeyde immünite sağlamak için bebeklere 0, 1, 6 ay şemasında 1 doz aşılamaya önerilmektedir. İlk dozun doğumda yapılması perinatal enfeksiyonun önlenmesi açısından önemlidir ve önerilmektedir. Kullanılan aşıya, hepatit B enfeksiyonunun endemitesine göre 0,1,2,12 ya da 0,1,12 gibi farklı aşı şemaları da uygulanmaktadır. Üç doz aşısı yapılmış bir kişinin kan Anti-HBs düzeyi ≥ 10 mIU/ml ise ve HbsAg negatif ise hepatit B' ye karşı bağışık olduğu ve bağışıklığın en az 5-7 yıl süreceği kabul edilmektedir. Bağışıklığın 15 yıl kadar sürdüğünü bildiren çalışmalar da mevcuttur (1,3). Kitle aşılamalarından sonra, aşılananların % 95 ve daha fazlasında Anti-HBs pozitifliği saptanması aşılamının etkin olduğunu göstermektedir (4).

Türkiye' de , kronik hepatit B prevalansının % 5-8 arasında değiştiği bildirilmektedir. Bu sıklıkla Türkiye hepatit B prevalansı yönünden orta endemik bölge sınıfına dahildir. Dünya Sağlık Örgütü'nün önerisi doğrultusunda 1998 yılından itibaren hepatit B aşısı rutin aşılamaya takvimine alınmış, farklı seçenekler de olmakla beraber genellikle 3, 4. ve 9. aylarını tamamlayan bebeklere uygulanmaya başlanmıştır (5). Bu çalışmada Malatya, Merkez ilçede yaşayan, 3 doz aşısı tamamlanmış olan 1-3 yaş arasındaki çocuklarda aşıyla sağlanan immün yanıtın belirlenmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOD:

Araştırma zamana göre kesitsel, tanımlayıcı tiptedir. Malatya Merkez ilçesinde yaşayan 1-3 yaş grubundaki 210 çocuğu kapsayan araştırmada, WHO/EPI tarafından geliştirilmiş olan 30 küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Örnekleme birimi olarak sağlık evi bölgesi seçilmiştir. Merkez ilçede faal olarak çalışan sağlık ocakları, sağlık evi bölge nüfuslarıyla birlikte Malatya İl Sağlık Müdürlüğünden temin edilmiştir. Merkez ilçede 23 sağlık ocağı, 212 sağlık evi bölgesiyle toplam 416 923 kişiye hizmet vermektedir. Sağlık evi bölgelerinin kümülatif nüfuslarını içeren bir liste hazırlandıktan sonra 30 sağlık evi bölgesi sistematik örnekleme yöntemiyle belirlenmiştir. Her kümeden 7 çocuk örnekleme alınmıştır. Çocukların seçiminde, 12 ayını tamamlamış olma, 48 ayını tamamlamamış olma, 3 doz aşının da yapılmış olması, son dozdan sonra en az 1 ay geçmiş olması seçim kriteri olarak belirlenmiştir. Bu kriterlere uyan çocuklar 012/A aşı kayıtlarından rastgele seçilerek evlerinde ziyaret edilmiştir. Ailenin bilgilendirilmiş onayı alındıktan sonra, demografik özellikler, aşı öyküsü ve hastalık öyküsüne yönelik sorular içeren bir anket annelere uygulanmış, çocukların boy ve kilo ölçümleri yapılmış ve venöz kan örnekleri alınmıştır. Veri toplama 2 ekip tarafından Şubat-Nisan 2002 tarihlerinde yapılmıştır. Kan örnekleri aynı gün Turgut Özal Tıp Merkezi Mikrobiyoloji laboratuvarına ulaştırılarak anti-HbsAg, anti-HBc, HbsAg düzeyleri mikro-ELİZA (Biotik marka kitler kullanılmıştır) yöntemiyle değerlendirilmiştir. Veri analizi SPSS kullanılarak yapılmıştır. Anti-HBs değerlerine doğal logaritmik transformasyon uygulanmıştır. Gruplar arasındaki Anti-HBs ortalamalarını karşılaştırırken transforme edilmiş değerler kullanılmış, sonuçların geometrik ortalama ve % 95 güven aralığı şeklinde sunumu için tekrar antilog değerler hesaplanmıştır. Transforme edilmiş Anti-HBs değerleri normal dağılım göstermediğinden geometrik ortalamaların karşılaştırılmasında Mann Whitney-U ve Kruskal Wallis Varyans analizi kullanılmıştır.

BULGULAR:

Araştırma kapsamına giren çocuklarda minimum yaş 12.20, maksimum yaş 46.23 ay, ortalama yaş 26.26 ± 0.60 aydır. Çocukların % 47.6' sı erkek, % 52.4' ü kızdır. Çocukların % 74.3' ü çekirdek ailede yaşamaktadır, ortalama kardeş sayısı 2.6 ± 0.1' dir. Hanede yaşayan kişi ortalaması 5.2 ± 0.1, hanenin ortalama geliri 351.7 ± 20.0 milyondur. Ailelerin % 30' unun sosyal güvencesi yoktur, % 5.2' si yeşil kart sahibidir. Çocuklarının annelerinin % 84.8' i, babalarının % 98.6' sı ilköğretim ve üzerinde eğitim görmüştür. Demografik özellikler Tablo 1' de sunulmuştur.

Çocukların % 93.3' ünün aşıları sağlık ocağında, % 6.7' sinin aşıları evde yapılmıştır. Aşıları evde yapılan çocuklar köyde yaşamaktadırlar. İlk aşının yapıldığı ortalama ay 4.6 ± 0.2 (minimum 0.0, maksimum 19.6 ay), son aşından sonra geçen ortalama süre 13.5 ± 0.6' dır (minimum 1.1, maksimum 36.2 ay). Çocukların % 56.2' sine ilk aşısı, 3. ayının sonunda yapılmıştır.

Çocukların tıbbi özeğmiş ve soygeçeri röşleri incelendiğinde; 9 çocukta (% 4.3) alerji, gelişme geriliği, sık tekrarlayan akciğer enfeksiyonu, infantil spazm, anemi gibi kronik hastalıklar ve 29 çocuğun (% 13.8) birinci ve ikinci derece akrabalarında hepatit B enfeksiyon öyküsü saptanmıştır.

Çocukların ortalama vücut ağırlığı 12.2 ± 0.1, ortalama boy uzunluğu 86.1 ± 0.5' dir. NCHS (National Center for Health Statistics) standartlarıyla kıyaslandığında (6) yaşa göre ağırlık ve yaşa göre boy uzunluğu yönünden 5. persentil ve altında olan

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

çocukların sıklığı sırasıyla % 17.1 ve % 15.2' dir. Çocukların % 3.8' inin yaşa göre ağırlığı 95. persentil üzerindedir, bir başka deyişle obezdirler (7).

Cinsiyete göre ortalama yaş, ağırlık, boy uzunluğu, ilk aşılama ayı, aşıdan sonra geçen süre yönünden farklılık saptanmamıştır (P>0.05).

Üç doz aşısı tamamlanmış olan 210 çocuktan 204' ünde (% 97.1) anti-HBs düzeyi 10mIU/ml üzerinde (pozitif) bulunmuştur. 6' sında (% 2.9) 10mIU/ml altında (negatif) saptanmıştır. Anti-HBs pozitif saptanan 204 çocuktan 1' inde Anti-HBc de pozitif saptanmıştır, bu çocukta bağışıklık doğal yoldan oluşmuştur. Dolayısıyla hepatit B aşısıyla bağışıklık kazanmış olan çocuk sayısı 203' tür (% 96.7). Anti-HBc pozitif saptanan diğer çocukta ise HbsAg pozitif bulunmuş. Anti-HBs ise hiç saptanmamıştır. Bir başka deyişle bu çocukta araştırma sırasında akut ya da kronik hepatit B enfeksiyonu mevcuttur. Hem Anti-HBs hem de HbsAg ve Anti-HBc sonuçları negatif olan 5 çocuk (% 2.3) saptanmıştır. Bu çocuklarda aşıya karşı immün yanıt oluşmamıştır, hepatit B enfeksiyonuna duyarlıdır (Tablo 2).

Araştırma kapsamına giren çocuklarda aşıya karşı oluşan immün yanıtın durumu, bazı demografik özelliklere, aşı, özgeçmiş ve soygeçmiş öyküsüne ve antropometrik özelliklere göre tanımlanarak sonuçlar Tablo 3, 4 ve 5' de sunulmuştur. Bu analizler, Anti-HBc test sonucu pozitif saptanan 2 çocuk dahil edilmediğinden, toplam 208 çocuğu kapsamaktadır.

208 çocuktan 5' inde (% 2.4) aşıya karşı immün yanıt oluşmamıştır, Anti-HBs düzeyi 10mIU/ml altındadır. 203 çocukta (% 97.6) Anti-HBs düzeyi 10mIU/ml üzerindedir, immün yanıt oluşmuştur. İmmün yanıt oluşan çocukların 38' inde (% 18.3) Anti-HBs düzeyi 10-99.9 mIU/ml arasında, 165' inde (% 79.3) 100 mIU/ml ve üzerinde saptanmıştır. Anti-HBs' nin geometrik ortalaması 138.7±1.1' dir (% 95 güven aralığı: 124.7'-154.2). Bir çocukta Anti-HBs hiç saptanmadığından çocukların tümü için geometrik Anti-HBs ortalaması hesaplanmamıştır.

İmmün yanıt oluşmayan çocukların hepsi kız çocuklardır. Anti-HBs geometrik ortalaması erkeklerde 154. 6, kızlarda 122.4' dür. % 95 güven aralığı değerleri incelendiğinde cinsiyete göre ortalamalar farklılık göstermektedir (Tablo 3). Ancak Mann-Whitney U testiyle farklılık saptanmamıştır (P>0.05).

Yaşa göre incelendiğinde, 36 ay ve daha büyük olan çocukların % 10.0' unda immün yanıt oluşmamıştır ve geometrik ortalamalar yaşla birlikte azalmaktadır. Ancak farklılık anlamlı bulunmamıştır (P>0.05). Anne ve baba eğitim düzeylerine göre geometrik ortalamalar arasında farklılık saptanmamıştır (P>0.05) (Tablo 3).

Mann Whitney U testine göre anlamlılık bulunmamıştır ancak % 95 güven aralıkları incelendiğinde iki ortalama çakışmamaktadır, dolayısıyla kız ve erkeklerde ortalamalar farklıdır.

Kronik hastalık öyküsü bulunan 9 çocuktan %11.1' inde immün yanıt oluşmamıştır. Kronik hastalık öyküsü olan çocuklarda geometrik ortalama daha düşük olmasına rağmen farklılık anlamlı bulunmamıştır (P>0.05) (Tablo 4).

Birinci ve ikinci derece akrabalarında hepatit B öyküsü bulunan çocukların hepsinde aşıya karşı immün yanıt oluşmuştur ve geometrik ortalama hepatit B öyküsü olmayanlara göre daha yüksektir. Ancak ortalamalar arasında farklılık saptanmamıştır (P>0.05) (Tablo 4).

Yaşa göre ağırlığı 5. persentil ve altında olanlarla (beslenme yetersizliği) olmayanların geometrik ortalamaları farklılık göstermektedir (7). Yaşa göre boy yönünden ve obezite yönünden geometrik ortalamalar arasında farklılık saptanmamıştır (P>0.05) (Tablo 4).

14 çocuk köyde yaşamaktadır ve aşıları evde yapılmıştır. Aşının yapıldığı yer, ilk aşının yapıldığı yaş ve son dozdan sonra geçen süreye göre geometrik ortalamalar arasında farklılık saptanmamıştır (P>0.05) (Tablo 5).

TARTIŞMA

Malatya ili Merkez ilçede yaşamakta olan, üç doz aşısı tamamlanmış 1-3 yaş grubundaki 210 çocuğun % 47.6' sı erkek, % 52.4' ü kızdır. Çocukların yaş ortalaması 26.3 aydır. Çocuklar ortalama 5.2 kişilik hanelerde yaşamaktadır, % 30' unun sosyal güvencesi yoktur, ve % 30' nun ailesinin maddi geliri asgari ücret düzeyinde ve daha azdır.

Araştırma kapsamına giren çocukların % 96.7' sinde Anti-HBs düzeyi 10mIU/ml üzerinde bulunmuştur. Bu çocuklarda HbsAg ve Anti-HBc saptanmamıştır. Bir başka deyişle çocukların % 96.7' si aşıyla bağışıklık kazanmıştır. Çocukların % 2.3' ünde Anti-HBs düzeyi 10mIU/ml altında, HbsAg ve Anti-HBc test sonuçları negatif bulunmuştur. Bu çocuklarda aşıya karşı immün yanıt oluşmamıştır ve enfeksiyona karşı duyarlıdır. Bir çocukta (% 0.5) Anti-HBs düzeyi 10mIU/ml üzerinde ancak Anti-HBc de pozitif bulunmuştur. Bu çocuk enfeksiyonu geçirecek bağışıklık kazanmıştır. Bir çocukta ise (% 0.5) Anti-HBs düzeyi 10mIU/ml altında, HbsAg ve Anti-HBc pozitif saptanmıştır. Bu çocukta akut ya da kronik hepatit B enfeksiyonu mevcuttur.

Aşıya karşı oluşan immün yanıtı değerlendirmek için 1 yaşından büyük çocuklarda yapılan çeşitli araştırmalarda, üç doz aşısı sonrası Anti-HBs pozitifliği % 82.1 ile % 98.6 arasında değişmektedir (8-12).

Güney Afrika' da üç doz aşısı yapılmış 8-60 ay arasındaki 607 çocuğu kapsayan çalışmada çocukların % 0.8' inde Anti-HBc pozitif, % 85.5' inde Anti-HBs ≥10mIU/ml saptanmış, HbsAg pozitifliği saptanmamıştır (8). Taiwan' da 2 yaşında üç doz aşısı yapılmış 2024 çocuğu kapsayan çalışmada, çocukların % 94.2' sinde Anti-HBs, % 2.5' inde HbsAg, % 6.9' unda Anti-HBc pozitif bulunmuştur (9). Alaska yerlilerinde yürütülen hepatit kontrol programı aşılanmanın etkinliğini gösteren en önemli programlardan biridir. Alaska' da, 1973 yılında rutin bebek aşılaması başlamadan önce, 5 yaş altındaki çocukların % 3' ünde HbsAg, % 8' inde Anti-HBc pozitifliği saptanmıştır. 1983 yılında rutin bebek aşılaması başlatılmış ve 1993 yılında üç doz aşısı tamamlanmış 5 yaş altındaki çocukların hiç birinde HbsAg tespit edilmemiş, % 1' inde Anti-HBc pozitif saptanmıştır (13).

Çalışmada, çocukların demografik özellikleri, özgeçmiş, soygeçmiş ve aşı öyküsüne göre aşıya karşı oluşan immün yanıtta anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ancak Anti-HBs geometrik ortalamalarının yaş arttıkça ve son aşıdan sonra geçen süre arttıkça azaldığı görülmüştür. Beslenme yetersizliği saptanan çocuklarda ise geometrik Anti-HBs ortalamaları anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Bunun nedeninin immün süpresyon olduğu düşünülebilir. Hepatit B aşısına karşı immün yanıtın düşük düzeyde olmasında, ileri yaş, kronik karaciğer, böbrek hastalığı, diyabet ve HIV enfeksiyonu gibi immün süpresif hastalıklar majör, obezite ve sigara içmenin minör faktörler olduğu bildirilmektedir (14). Bu çalışmada obez çocuklarla Anti-HBs negatifliği yüksek olmakla birlikte anlamlı bulunmamıştır.

Aşının etkili olduğunu söylemek için 40 yaşından gençlerde ve rapel dozdan 1-2 ay sonra, aşılananların en az % 95' inde Anti-HBs pozitifliği saptanması önerilmektedir. Aynı kaynakta aşının etkinliğinin bir başka göstergesinin geometrik Anti-HBs ortalamasının 500 IU/L üzerinde bulunması olduğu bildirilmektedir. Ancak geometrik ortalamanın aşı şemasına, aşı dozuna, aşının tipine (plazma kaynaklı veya recombinant DNA) ve yaşa göre değiştiği bildirilmektedir. 0,1,2 ya da 0,1,2,12 şeklindeki 1. ve 3. aşı

arasındaki sürenin daha uzun tutulduğu şemalarda geometrik ortalama daha yüksek elde edilmekte ve daha uzun süre yüksek kalmaktadır (4).

Bu çalışmada anti-HBs seropozitivitesi çocukların tümü için % 97.1' dir. % 1.0 düzeyindeki Anti-HBc ve % 0.5 düzeyindeki HbsAg pozitifliği kitle aşılamalarında kabul edilebilecek sınırlardadır. Bu sonuçlar, Malatya Merkez İlçede Genişletilmiş Bağışıklama Programı kapsamında yürütülen hepatit B aşılama hizmetinin yüksek düzeyde immün yanıt sağladığını göstermektedir. Ancak Anti-HBs geometrik ortalaması aşıyla bağışıklık kazanan çocuklarda 138.7 IU/L 'dir ve önerilen sınırdan oldukça altındadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Malatya Merkez ilçede yaşayan üç doz hepatit B aşısı tamamlanmış olan 1-3 yaş grubundaki çocukların % 96.7' si aşıyla bağışıklık kazanmış, % 0.5' i enfeksiyonu geçirecek bağışıklık kazanmış, % 0.5' i akut ya da kronik olarak enfekte durumda, % 2.3' ünde ise bağışıklık oluşmamıştır. Anti-HBs geometrik ortalaması aşıyla bağışıklık kazananlarda 138.7 IU/L 'dir. Anti-HBs seropozitivitesinin yüksekliği Malatya Merkez ilçede hepatit B aşılama hizmetlerinin başarılı olduğunu göstermektedir. Aşılama programının başarısının bir başka göstergesi olan Anti-HBs geometrik ortalaması önerilen 500 IU/L sınırının yaklaşık dörtte biri kadardır. Belirgin farklılık olmamakla birlikte geometrik ortalamalar, çocukların yaşının artmasıyla ve son dozdan sonra geçen sürenin artmasıyla azalmaktadır. Çocukların yalnız % 56' sı ilk aşısını 3. ayının sonunda almıştır. Çocukların % 17' sinde beslenme yetersizliği mevcuttur. Bunlar aşılamayı uzun dönemdeki başarısını etkileyebilecek olumsuz koşullar olarak değerlendirilebilir. Daha başarılı bir hepatit B enfeksiyonu kontrolü için Dünya Sağlık Örgütü ilk aşının doğumda yapılmasını önermektedir. Bu yöntem, doğumların yüksek oranda sağlık kuruluşlarında yapıldığı ülkelerde hem uygulanabilir hem de gebelerde hepatit B taraması yapılmasına gerek kalmayacağından ekonomiktir. Ayrıca Türkiye gibi kronik hepatit enfeksiyonunun endemik olduğu bölgelerde rutin bebek aşılamasına ilaveten adolesanların da aşılanması Dünya Sağlık Örgütü'nün önerilerindedir. Aşılama öncesi ve sonrasında rutin olarak antikor bakılması önerilmemektedir. Ancak beslenme yetersizliği, ailede öykünün pozitif olması gibi durumlarda hepatit testlerinin yapılması gerekli görünmektedir. Bu konuda sağlık personeli eğitilmeli ve aileler testleri yapmaya yönlendirilmelidir. Aşılanmış çocuklarda belirli aralıklarla seropozitivite araştırmaları yapılarak aşı programının etkinliği değerlendirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Chin J. An official report of the American Public Health Association. Control of Communicable Diseases Manual. 17th Edition, 2000.
2. Aksakoğlu G, Ellidokuz H. Bulaşıcı Hastalıklarla Savaş İlkeleri.İzmir,1996.
3. Yurdakök M, Çoşkun T. Hacettepe Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü'nün 40. Yılında Pediatri, Yeni Bilgiler-Yeni Görüşler-Özışık Ofset. Ankara, 1995.
4. Wolfgang J. Hepatitis B Vaccines: quality issues,dosages,schedules. <http://www.vhpb.org/stpetersburg/ppt/S8B%20file.ppt>. Strengthening immunisation systems and introduction of hepatitis B vaccine in central and Eastern Europe and the newly independent states, St.Petersburg, Russian Federation, June 24-27,2001. <http://www.vhpb.org/stpetersburg/spindex.html>.
5. (Temel Sağlık Hizmetleri G.M.Tarih 04.06.1998 Sayı:6856) Hepatit B Hastalığı: Hakkında Genelge <http://www.saglik.gov.tr/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=67>
6. CDC Growth Charts: United States. National Center for Health Statistics. <http://www.cdc.gov/growthcharts/>. <http://www.cdc.gov/nchs/about/major/nhanes/growthcharts/datafiles.htm>
7. Baysal A, Bozkurt N, Pekcan G, Besler Tanju, Aksoy M, Merdol TK, Keçecioglu S, Mercanligil SM. Diyet El Kitabı. Hatiboğlu Yayınevi. Ankara.2002-99.
8. Tsebe KV, Burnett RJ, Mphahlele MJ. Immunogenicity and protective efficacy of the Hepatitis B virus vaccine in the South African EPI. 10th International Symposium on Viral Hepatitis and Liver Disease. Abstract Book. International Medical Press.2000.
9. Hsu HM, Lee SC, Wang MC, Lin SF, Chen DS. Efficacy of recombinant hepatitis B vaccine in a mass immunization program in an endemic area: The Taiwan experience. 10th International Symposium on Viral Hepatitis and Liver Disease. Abstract Book. International Medical Press.2000.
10. Meta-analysis of published clinical studies on two yeast-derived hepatitis B vaccines to determine attainable seroprotection rates. 10th International Symposium on Viral Hepatitis and Liver Disease. Abstract Book. International Medical Press.2000.
11. Greenberg DP, Vadheim CM, Wong VK, Marcy SM, Partridge S, Greene T, Chiu CY, Margolis HS, Ward JI. Comparative safety and immunogenicity of two recombinant hepatitis B vaccines given to infants at two, four and six months of age. Pediatric Infectious Journal. 1996 Jul; 15(7):590-6.
12. Kalayanarooj S, Vaughn DW, Ariyasriwatana C, Smithan R. Protective antibody after a "one dollar" hepatitis B vaccine. Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health. 1996 dec; 27 (4):659-63.
13. Goldstein S. Methods to Evaluate Infant Hepatitis B Immunization Programs. <http://www.vhpb.org/stpetersburg/ppt/S4-2%20Goldstein.ppt>. Strengthening immunisation systems and introduction of hepatitis B vaccine in central and Eastern Europe and the newly independent states, St.Petersburg, Russian Federation, June 24-27,2001. <http://www.vhpb.org/stpetersburg/spindex.html>.
14. Goldstein S. Hepatitis B Vaccines. <http://www.vhpb.org/stpetersburg/ppt/S3-2%20Goldstein.ppt>. Strengthening immunisation systems and introduction of hepatitis B vaccine in central and Eastern Europe and the newly independent states, St.Petersburg, Russian Federation, June 24-27,2001. <http://www.vhpb.org/stpetersburg/spindex.html>.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Tablo 1: Araştırma kapsamına giren çocukların demografik özellikleri

Demografik özellik	Sayı	%
Yaş		
12.00-23.99 ay	96	45.7
24.00-35.99 ay	84	40.0
36.00 ay ve üzeri	30	14.3
Cinsiyet		
Erkek	100	47.6
Kız	110	52.4
Aile tipi		
Çekirdek	156	74.3
Geniş	54	25.7
Hanede yaşayan kişi sayısı		
3	29	13.8
4	55	26.2
5	53	25.2
6 +	73	34.8
Kardeş sayısı		
1	44	21.0
2	66	31.4
3	57	27.1
4 +	43	20.5
Ailenin gelir düzeyi*		
163 milyon ve altı	63	30.0
164-327 milyon	63	30.0
328-491 milyon	28	13.3
492 milyon ve üzeri	56	26.7
Sosyal güvence		
Emekli Sandığı	42	20.0
Bağkur	34	16.2
SSK	60	28.6
Yeşil kart	11	5.2
Yok	63	30.0
Anne eğitimi		
İlkokul bitirmemiş	32	15.2
İlkokul mezunu	104	49.5
Orta ve üzeri mezun	74	35.2
Baba eğitimi		
İlkokul bitirmemiş	3	1.4
İlkokul mezunu	85	40.5
Orta ve üzeri mezun	122	58.1

* 2002' nin ilk altı ayı için belirlenmiş olan net asgari ücret

Tablo 2: Araştırma kapsamına giren aşılanmış çocuklarda Anti-HBs, anti-HBc, HbsAg test sonuçlarının dağılımı

Test	Sonuç	Açıklama	Sayı	%
HbsAg	Negatif	Hepatit B enfeksiyonuna duyarlı	5	2.3
Anti-HBc	Negatif			
Anti-HBs	Negatif			
HbsAg	Negatif	Hepatit B enfeksiyonu geçirerek bağışık	1	0.5
Anti-HBc	Pozitif			
Anti-HBs	Pozitif			
HbsAg	Pozitif	Akut veya kronik enfeksiyonu mevcut	1	0.5
Anti-HBc	Pozitif			
Anti-HBs	Negatif			
HbsAg	Negatif	Hepatit B aşısı sonucu bağışık	203	96.7
Anti-HBc	Negatif			
Anti-HBs	Pozitif			
Toplam			210	100.0

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM:SAĞLIK HİZMETLERİ

Tablo 3: Araştırma kapsamına giren çocuklarda bazı demografik özelliklere göre aşıya karşı oluşan immün yanıt*

Demografik özellik	Anti-HBs mIU/ml (%)			Geometrik ortalama	%95 güven aralığı	İstatistik	Toplam
	< 10	10-99.9	100 +				
Cins							
Erkek	0.0	18.0	82.0	154.6	136.9-174.5 ¹	P>0.05, Mann Whitney U testi=4684.5	100
Kız	4.6	18.5	76.9	125.6	105.8-148.7		108
Yaş							
12.00-23.99	1.7	14.7	84.2	152.5	134.4-173.1	P>0.05, Kruskal Vallis Varyans Analizi=2.276	95
24.00-35.99	1.7	24.1	74.7	130.9	110.9-154.6		83
36.00 +	10.0	13.3	76.7	120.4	78.0-185.9		30
Anne eğitimi							
İlkokul mezunu değil	6.3	15.6	78.1	124.8	87.5-178.1	P>0.05, Kruskal Vallis Varyans Analizi=0.205	32
İlkokul mezunu	1.0	18.6	80.4	144.4	126.3-165.0		102
Orta ve üzeri mezun	2.7	18.9	78.4	137.4	114.1-165.4		74
Baba eğitimi							
İlkokul mezunu değil	0.0	33.3	66.7	124.2	38.7-399.2	P>0.05, Kruskal Vallis Varyans Analizi=2.471	3
İlkokul mezunu	2.4	20.2	77.4	130.5	109.3-155.8		84
Orta ve üzeri mezun	2.2	16.5	81.0	145.1	126.7-166.2		121
Toplam	2.4	18.3	79.3	138.7	124.7-154.2		208

* Anti-HBc pozitif olan 2 çocuk analiz dışı bırakılmıştır.

Tablo 4: Araştırma kapsamına giren çocuklarda hastalık öyküsü ve antropometrik ölçümlere göre aşıya karşı oluşan immün yanıt*

Öykü ve antropometrik ölçümler	Anti-HBs mIU/ml (%)			Geometrik ortalama	%95 güven aralığı	İstatistik	Toplam
	< 10	10-99.9	100 +				
Kronik hastalık öyküsü							
Var	11.7	22.2	66.7	88.7	32.9-239.0	P>0.05, Mann Whitney U testi=698.0	9
Yok	2.0	18.1	79.9	141.5	127.6-157.0		199
1.ve 2 derece akrabalarda hepatit B öyküsü							
Var	0.0	14.3	85.7	161.8	129.0-203.1	P>0.05, Mann Whitney U testi=2101.0	28
Yok	2.8	18.9	78.3	135.4	120.4-152.3		180
Yaşa göre ağırlık¹							
5. Persentilin altında	5.6	25.0	69.4	102.3	72.1-145.2	P< 0.05, Mann Whitney U testi=2358.0	36
5. persentil üstünde	1.7	16.9	81.4	147.8	153.1-164.2		172
Obezite							
Var	12.5	0.0	87.5	143.9	57.4-360.9	P>0.05, Mann Whitney U testi=591.0	8
Yok	2.0	19.0	79.0	138.5	124.5-154.1		200
Yaşa göre boy							
5. persentil altında	0.0	25.0	75.0	122.6	91.9-163.5	P>0.05, Mann Whitney U testi=2308.5	32
5. Persentil üstünde	2.8	17.0	80.1	141.8	126.5-159.1		176
Toplam	2.4	18.3	79.3	138.7	124.7-154.2		208

* Anti-HBc pozitif olan 2 çocuk analiz dışı bırakılmıştır.

Tablo 5: Araştırma kapsamına giren çocukların aşı öyküsüne göre immün yanıt durumlarının dağılımı*

Aşı öyküsü	Anti-HBs mIU/ml (%)			Geometrik ortalama	%95 güven aralığı	İstatistik	Toplam
	< 10	10-99.9	100 +				
Aşı yeri							
Sağlık Ocağı	2.7	18.0	79.9	141.4	127.1-157.4	P>0.05, Mann Whitney U testi=1072.0	194
Ev	7.7	21.4	71.4	106.1	59.4-189.4		14
İlk dozun yapıldığı yaş							
0-3.9 ay	1.7	16.9	81.4	146.1	129.0-166.6	P>0.05, Kruskal Vallis Varyans Analizi=2.416	118
4-6.9 ay	2.8	22.5	74.6	124.7	101.6-153.1		71
7 + ay	5.3	10.5	84.2	146.2	96.7-221.0		19
Aşıdan sonra geçen süre							
1-6 ay	0.0	6.5	93.5	177.7	157.4-200.5	P>0.05, Kruskal Vallis Varyans Analizi=6.668	46
7-12 ay	1.7	20.0	78.3	142.0	118.4-170.4		60
13-18 ay	0.0	20.8	79.2	141.3	115.1-173.4		48
19-24 ay	7.7	34.6	57.7	89.3	58.6-136.2		26
25 + ay	7.7	14.3	78.6	127.9	85.7-191.0		28
Toplam	2.4	18.3	79.3	138.7	124.7-154.2		

* Anti-HBc pozitif olan 2 çocuk analiz dışı bırakılmıştır.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

TIP FAKÜLTESİ ÖĞRETİM ÜYELERİNİN BİLİMSEL YAYIN YAZARLIĞINA BAKIŞ AÇISI

Kayhan PALA* Bülent YAZICI** Bülent GÜLTEKİN* Necla AYTEKİN* Ercan TUNCEL***

* Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

** Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı

*** Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı tıp fakültesinde bilimsel yayınlarda yazar isimlerinin belirlenmesinde yaşanan sorunları belirlemektir. **Gereç ve Yöntem:** Bu çalışma Ekim 2001- Ocak 2002 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 37 sorudan oluşan bir anket formu ile gerçekleştirildi. Anketi 217 öğretim üyesinin % 71'i (154 öğretim üyesi) yanıtladı. **Sonuçlar:** Katılımcıların % 82'si (125 kişi), akademik yaşamları sırasında yazar isimlerinin belirlenmesiyle ilgili bir sorun yaşamıştı. En sık sorun (% 69; 105 kişi), makaleye hak etmeyen kişilerin isminin yazılmasıydı. Katılımcıların % 87'si, ülkemizde hediye yazarlığın yaygın olduğu görüşündeydi. Katılımcılar olarak bilen öğretim üyesi oranı ise % 22 (33 kişi) idi. Öğretim üyelerinin % 72-99'u, Uluslararası Tıp Dergisi Editörler Kurulu'nun belirlediği üç ölçütün her birini uygun görüyordu; ancak % 52'si bu ölçütlerden sadece birini yerine getirmenin yazarlık için yeterli olacağı görüşündeydi. **Tartışma:** Bu çalışma Türkiye'de tıp fakültelerinde bilimsel yayınlarda yazar isimlerinin belirlenmesinde sıklıkla sorunlar yaşandığını düşündürmektedir. Etik bir sorun kabul edilmesine karşın, hediye yazarlık oldukça yaygındır. Bu sonuçlar daha önce Türkiye'de ve İngiltere'de yapılan çalışmaların sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Anahtar sözcükler : Yazarlık, hediye yazarlık, Uluslararası Tıp Dergileri Editörler Kurulu ölçütleri.

GİRİŞ

Günümüzde bilimsel makaleler, bütün dünyada, akademik yükseltmelerde temel bir ölçüt haline gelmiştir (1). Buna karşılık, makalelerde yazar isimlerinin ve sıralamasının belirlenmesinde ciddi güçlükler yaşanmaktadır (2,3). Bir makalenin yazarı, verilen araştırma sonuçlarında entelektüel sorumluluğu olan kişi olarak tanımlanmalıdır. Ancak bir makaledeki entelektüel girdiyi incelemek genellikle inanılmaz derecede zordur (3). Uluslararası Tıbbi Dergi Editörler Kurulu (International Committee of Medical Journal Editors), 1985 yılında, bilimsel bir makalede yazar olabilmek için uyulması gerekli ölçütleri ilan etmiştir (4). Buna göre, bir çalışmada yazar olmak için, (a) düşünce ve tasarımına veya verilerin yorumuna; (b) kaleme alınmasına veya içeriğinin eleştirel olarak gözden geçirilmesine önemli ölçüde katkıda bulunmak ve (c) makalenin son biçimine karar vermek gerekir. Tüm yazarlar üç koşulu birden karşılamalı ve makalenin genel sorumluluğunu taşımalıdır. Bu ölçütler daha sonra çeşitli ulusal ve uluslararası dergilerde editörler tarafından duyurulmuştur (4-6). Türkiye'de tıp fakültelerinde bilimsel makale yazarlığıyla ilgili nasıl sorunlar yaşandığı tam olarak bilinmemektedir. Öğretim üyelerinin, 17 yıl önce ilan edilmesine karşın, Uluslararası Tıbbi Dergi Editörler Kurulu'nun yazarlık ölçütlerinden, ne kadar haberdar olduğu ve bu ölçütlerden ne kadar etkilendiği de tam olarak belli değildir. Önceki bir çalışmaya göre, 9 Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesinde öğretim üyelerinin küçük bir bölümü bu ölçütleri tam olarak bilmektedir (2). Bu çalışmada, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğretim üyelerinin bilimsel yayınlarda yazar isimlerinin belirlenmesiyle ilgili sorunları ve uluslararası yazarlık kriterleri konusundaki bilgi düzeyleri araştırıldı. Öğretim üyelerinin makale yazarlığına ilişkin yaklaşımları ve uluslararası ölçütler hakkındaki görüşlerinin belirlenmesi amaçlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma Ekim 2001- Ocak 2002 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde gerçekleştirildi. Fakülte'de 38 anabilim dalında (17'si dahili, 13'ü cerrahi ve 8'i temel bilimler bölümünde) toplam 217 öğretim üyesi çalışmaktadır. Toplam 37 sorudan oluşan bir anket formu hazırlandı. Anket formu son halini almadan önce 10 öğretim üyesine dağıtıldı ve bu kişilerden soruları yanıtlarken, aynı zamanda, anket metnini dilin açıklığı ve anlaşılabilirliği açısından değerlendirmeleri istendi. Bu ön çalışma doğrultusunda anket metninde gerekli düzeltmeler yapıldı. Anket formu, bu çalışmanın amacı konusunda bilgi veren bir ön yazı ve bir zarfı birlikte öğretim üyelerine dağıtıldı. Öğretim üyesinin anket formunda kimliğini belirtmemesi ve anketi kapalı zarf içinde geri vermesi istendi. Anketler dağıtıldıktan sonra 7-10 gün içinde geri alındı. Toplam 217 öğretim üyesinden 154'ü (%71) araştırmaya katıldı. İki öğretim üyesi araştırmaya katılmayı reddetti, diğerleri çeşitli gerekçelerle (anket formunu dolduracak zaman bulamama, anket formunu yitirme vb) çalışmaya katılmadı.

Araştırmanın verileri SPSS (Version 10.0) bilgisayar programıyla değerlendirildi ve istatistiksel analizlerde ki-kare testi kullanıldı.

BULGULAR

Öğretim üyelerinin akademik ünvanı ve çalıştıkları bilim dalına göre dağılımı Tablo 1'de gösterilmektedir. Katılımcılardan 1'i anket formunda akademik ünvanını belirtmemiştir.

Katılımcılardan 21'i (%14) anabilim dalı başkanıydı. Ankette verdikleri yanıtta göre, öğretim üyelerinin ulusal ve uluslararası hakemli dergilerde yayımlanmış makale sayıları Tablo 2'de özetlenmiştir.

Katılımcıların % 18'i akademik hayatları sırasında bilimsel makalelerde yazar isimlerinin belirlenmesiyle ilgili herhangi bir sorun yaşamamıştı. Buna karşılık, katılımcıların % 72'si bazen, %10'u ise sıklıkla sorun yaşıyordu. Bu soruya verilen yanıtlar açısından farklı akademik ünvanlar ve bölümler arasında istatistiksel bir farklılık yoktu ($P > 0.05$). Makalelerde yazar adları belirlenirken yaşanan sorunlar Tablo 3'te sunulmaktadır.

Öğretim üyelerinin en sık karşılaştığı sorun, yazar olmayı hak etmeyenlerin isminin yazar olarak yazılmasıydı. Katılımcıların %93'ü hak etmeyen kişilerin yazar olarak eklenmesinin (hediye yazarlık) etik bir sorun olduğu görüşündeydi. Katılımcıların % 87'si, hediye yazarlığın ülkemizde oldukça veya çok yaygın olduğu kanısındaydı. Katılımcıların %37'si ulusal yayınlarda bazı kişilerin ismini yazmanın çalışmanın yayına kabul edilme şansını artıracaklarını düşünürken, %58'i bu görüşü paylaşmıyordu. Öğretim üyelerinin hediye yazarlığa ilişkin düşünceleri Tablo 4'te sunulmuştur.

Katılımcıların %96'sı, bilimsel makalelerde yazar isimlerini belirlerken, uyulması gereken nesnel yazarlık ölçütleri olması gerektiği görüşündedir. Katılımcıların %81'i, makalelerinde yazar isimlerini belirlerken, düzenli olarak, bazı nesnel yazarlık ölçütlerini göz önünde tutmaktadır.

BEŞİNCİ BÖLÜM:SOSYAL BİLİMLER, TIP EĞİTİMİ, SAĞLIK EĞİTİMİ, OKUL SAĞLIĞI

Katılımcıların bir makalede yazar olmayı hak etmek için *tek başına* yeterli olan işlevlere ilişkin düşünceleri Tablo 5'te sunulmuştur. Sırasıyla çalışmanın planlanması (%82), yazılması (%75), veri toplanması (%72), araştırma düşüncesi (%67) ve sonuçların yorumlanması (%65) en fazla değer verilen işlevlerdir.

Öğretim üyelerinin % 32'si (49 kişi), yazarlık kriterlerine değin, belirlenmiş uluslararası ölçütler bulunduğu haberdardı. Bu oran, profesörler arasında anlamlı ölçüde daha yüksekti ($P < 0.05$). Buna karşılık, Uluslararası Tıp Dergisi Editörler Kurulu'nun yazarlık ölçütlerini tam ve doğru olarak bilen öğretim üyesi oranı % 22 (33 kişi) idi.

Öğretim üyelerinin % 72-99'si Uluslararası Tıp Dergisi Editörler Kurulu'nun bilimsel makale yazarlığı için gerekli gördüğü üç ölçütün her birine katılmaktadır. Buna karşılık öğretim üyelerinin % 52'si yazar olabilmek için 3 ölçütün birden karşılanması gerektiği kanısında değildir. Öğretim üyelerinin Uluslararası Tıp Dergisi Editörler Kurulu'nun yazarlık ölçütlerine ilişkin düşünceleri Tablo 6'da sunulmaktadır.

TARTIŞMA

Son 50 yıl içinde tıbbi literatürde büyük bir genişleme yaşanmıştır. Bu süreçte toplam dergi ve makale sayısı artarken, aynı zamanda makale başına düşen yazar sayısının artması da dikkat çekicidir (7.8). Günümüzde bilimsel bir çalışma yapılması, geçmişe kıyasla daha fazla sayıda bölümün ve kişinin işbirliğini gerektirmektedir. Ancak, makale başına düşen yazar sayısındaki artış sadece multidisipliner çalışmayla açıklanamaz. Makaleyi dergiye gönderirken yeterince katkısı olmayan kişilerin de yazar listesine eklenmesi, yaygın bir sorundur (9-11).

Akademisyenler arasında daha fazla yayın sahibi olma konusunda zorlu bir yarışma ve güçlü bir arzu vardır. Bu arzuya akademik yükselmelerde yayın sayısının baraj olarak belirlenmesi de eklenince, hediye yazarlık önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Türkiye son yıllarda uluslararası bilimsel literatüre katkısı en hızlı artan ülkelerden biridir. Bunun içinde tıbbi yayınların payı özellikle dikkat çekicidir. Buna paralel biçimde ulusal tıbbi dergilerin sayısı da hızlı bir artış göstermiştir. Tıbbi yayın sayısındaki bu çarpıcı gelişmeye karşın, makale yazarlığı konusunda etik kurallar ortaya konmamıştır. Yayınlarında yazar isimleri ve sıralamasının belirlenmesi konusunda ulusal çapta belirlenmiş ve akademisyenlerin genel olarak haberdar olduğu ve izlediği ölçütler yoktur. Bu eksikliğin akademik hayatı olumsuz etkileyen bir dizi soruna yol açması mümkündür.

Biz ülkemizde tıbbi bilimsel makale yazarlığıyla ilgili temel sorunları ortaya koymak ve öğretim üyelerinin yaklaşımını ortaya çıkartmak için bu çalışmayı planladık. Ayrıca elde ettiğimiz sonuçları diğer ülkelerde elde edilen sonuçlarla karşılaştırmayı düşündük. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi akademik kadrosu ve yayın etkinliği açısından Türkiye'de ki tıp fakülteleri içinde orta sıralarda yer alan bir kurum niteliğindedir; bu nedenle Türkiye'deki genel durumun kabul edilebilir bir göstergesi sayılabilir. Çalışmamızda, öğretim üyelerinin çoğunluğu (% 82) yayınlarında yazar ismi belirlenirken sorun yaşadığını bildirmiştir. En önemli sorun hediye yazarlıktır. İsim sırası belirlenirken haksızlığa uğrama da önemli bir sorun olarak bildirilmiştir. Öğretim üyeleri hediye yazarlığın etik bir sorun olduğunu (% 93) ve ülkemizde yaygın olduğunu (Çok/oldukça yaygın, % 87) düşünmektedir. İngiltere'deki bir çalışmada öğretim üyelerinin % 69'u hediye yazarlığı bir sorun olarak görmekte ve % 66'sı (çok/oldukça) yaygın olduğunu düşünmektedir (1). Çalışmamız, hediye yazarlığın akademik yükselme çabasıyla ve bölüm içi bir "dayanışma" biçiminde süregittiğini düşündürmektedir. Katılımcıların % 82'si hediye yazarlığın akademik ilerleme beklentisiyle ilişkili olduğunu (%82), makalelere yeterince katkısı olmayan kişilerin adını yazmamanın bölüm içi arkadaşlık ilişkilerini olumsuz etkileyebileceğini (% 64) belirtmiştir. Öte yandan öğretim üyelerinin bir yandan yararlandıkları halde bu dayanışmadan rahatsızlık duydukları ve uygun görmedikleri de söylenebilir; çünkü büyük bir çoğunluğu, hediye yazarlığın kalkmasının akademik hayatı olumlu etkileyeceğini (% 85) belirtmiştir.

Bilimsel bir makalede yazar olmayı hak etmek için öğretim üyelerinin benimsedikleri "veri toplamak" dışındaki işlevler (*araştırma düşüncesini ortaya koyma, çalışmanın planlanması, araştırma sonuçlarının yorumlanması ve araştırmanın yazılması*) Uluslararası Tıbbi Dergi Editörler Kurulu'nun kabul ettiği işlevler ile uyumludur. Öğretim üyeleri araştırmaya ödenek bulmayı, literatür taramayı, verilerin bilgisayara girilmesini, istatistik analizi, bölüm başkanı olmayı, makaleyi düzeltmeyi ve diğer dallardaki uzmanlara ulaşmayı yazar olmak için tek başına yeterli bulmamışlardır. 9 Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılan bir çalışmada da benzer sonuçlar alınmıştır (2). Ancak o çalışmada araştırmacının yazılması da tek başına yeterli bulunmamıştır. İngiltere'de yapılan çalışmada araştırmayı düzenlemek, araştırma fikrini ortaya koymak ve araştırma boyunca istatistik destek sağlamak tek başına yeterli olarak kabul edilirken, veri toplamak, araştırmaya ödenek sağlamak, literatür taramak, bölüm başkanı olmak tek başına yeterli bulunmamıştır (1).

Öğretim üyelerinin çoğunluğu (% 68), Uluslararası Tıp Dergisi Editörler Kurulu'nun ilan ettiği bilimsel makale yazarlığıyla ilgili ölçütlerden habersizdir ya da bu kuralların varlığını bilmekle birlikte içeriklerini tam olarak bilmemektedir. Bu oran, 9 Eylül çalışmasında % 84 (2), İngiltere'de yapılan bir çalışmada % 76 olarak bulunmuştur (1).

Öğretim üyeleri Uluslararası Tıp Dergisi Editörler Kurulu'nun ölçütlerini uygun görmekle birlikte 3 ölçütün birden karşılanması gerektiğine katılmamaktadır. Katılımcıların % 52'si yazar olabilmek için ölçütlerden herhangi birine uymanın yeterli olacağını düşünmektedir. İngiltere ve 9 Eylül'de yapılan çalışmada da benzer sonuçlar ortaya çıkmıştır. İngiltere'deki araştırmada öğretim üyelerinin % 82-85'i Uluslararası Tıp Dergisi Editörler Kurulu tarafından belirlenen bilimsel bir makalede yazar olmayı hak etmek için kullanılabilecek üç ölçütü de onaylamakta ve % 62'si bir makalede yazar olabilmek için üç ölçütü de uymak gerekmediğini düşünmektedir (1). Öyle görünmektedir ki Editörler Kurulu'nun bu ölçütü öğretim üyeleri arasında yeterince benimsenmemiştir.

Ülkemizde bilimsel makale yazarlığıyla ilgili etik sorunlara başta YÖK olmak üzere, üniversitelerin ve fakültelerin yeterince eğilmediği bilinmektedir. Bu konuda Türk Tabipleri Birliği'nin bir çabası söz etmek gerekir. Birlik tarafından yayınlanan Meslek Etiği Kuralları'nın 44. maddesinde "Hekim, araştırma verilerini değerlendirirken ve yayına hazırlarken bilimsel gerçekleri yansıtmalıdır. Çalışmaya fiilen katılmamış kişilerin adları o yayında yer alamaz." ifadesi yer almaktadır (12). Bu maddeye uymaması halinde mevzuata göre Birlik tarafından bir hukuk verilebilecek en yüksek ceza olan, geçici olarak meslekten alıkoyma cezası öngörülmüştür. Ancak bu maddede yer alan ifade (fiilen çalışmaya katılmak) oldukça geniş kapsamlıdır ve her türlü katılım biçimine yazarlık hakkı tanımaya elverişlidir. Bunun dışında bu maddenin varlığından ve yaptırımlardan haberdar olan hekim sayısı da muhtemelen çok sınırlıdır. Bu maddenin uluslararası ölçütlere uygun hale getirilmesi ve tüm hekimlere duyurulması akademik ve bilimsel çalışmalarını olumlu etkileyecektir.

Sonuç

Bu çalışma, Türkiye'de tıp fakültelerinde bilimsel yayınlarda yazar isimlerinin belirlenmesinde sıklıkla sorunlar yaşandığını düşündürmektedir. Etik bir sorun kabul edilmesine karşın, hediye yazarlık oldukça yaygındır. Öğretim üyelerinin çoğunluğu, Uluslararası Tıp Dergisi Editörler Kurulu'nun ilan ettiği bilimsel makale yazarlığıyla ilgili ölçütlerden habersizdir.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Yayın sayısının değil, niteliğinin göz önüne alındığı bir akademik sistem, akademisyenler üzerindeki baskıyı azaltacak; hediye yazarlık, aynı araştırmanın belirtilmeden birden fazla yerde yayınlanması ya da parçalanarak yayımlanması gibi sorunları büyük ölçüde ortadan kaldıracaktır (2).

Yayın etiği ile birlikte, yapılan araştırmaların bilime katkılarının da incelenmesi üniversiteleerin önde gelen hedeflerinden biri olmak zorundadır. Aksi taktirde bugün büyük ölçüde akademik yükselmelerde kullanılmak amacıyla gerçekleştirilen tekrar ya da taklit çalışmalarının Türkiye’de bilimsel gelişme sağlayamayacağı açıktır.

KAYNAKLAR

1. Bhopal R, Rankin J, McColl E et al.: The vexed question of authorship: views of researchers in a British medical faculty. *BMJ* 1997; 314: 1009-1012.
2. Civaner M, Demiral Y, Şemin S, Okuyan ZA: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde Çalışan Öğretim Elemanlarının Yayın Etiği Konusundaki Bilgi ve Görüşleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2000; 14 (2): 161-169.
3. Day A R : Bilimsel Bir Makale Nasıl Yazılır ve Yayımlanır. TÜBİTAK yayını, 1996.
4. International Committee of Medical Journal Editors. Guidelines on authorship. *BMJ* 1985;291:721.
5. Uluslar arası Tıbbi Dergi Editörleri Kurulu. Biyomedikal Dergilere Yollanacak Metinlerde Aranacak Özellikler. *Literatür* 1989; 9:165-170.
6. Günalp İ. Biyomedikal metinlerde basılacak metinlerde tekdüze kurallar. *MN Oftalmoloji*, 8: 1-5, 2001.
7. Shapiro DW, Wenger WS, Shapiro MF. The contributions of authors to multiauthored biomedical research papers. *JAMA* 1994; 271:438-442.
8. Drummond R. Authorship ! Authorship! *JAMA* 1994; 271: 469-471.
9. Mowatt G, Shirran L, Grimshaw JM et al. Prevalence of honorary and ghost authorship in cochrane reviews. *JAMA* 2002; 287 (21):2769-2771.
10. Flanagan A, Carey LA, Fontanarosa PB, et al. Prevalence of Articles With Honorary Authors and Ghost Authors in Peer-Reviewed Medical Journals. *JAMA* 1998; 280:222-224.
11. Smith R. Authorship : time for a paradigm shift *BMJ* 1997;314:992.
12. Hekimler ve Tabib odaları için mevzuat. Türk Tabipler Birliği Yayını. 1999;137

Tablo 1. Öğretim üyelerinin akademik unvana ve bölümlerine göre, toplam öğretim üyesi sayısına kıyasla, araştırmaya katılım oranları.

Bölüm	Profesör (%)	Doçent (%)	Yardımcı doçent (%)
Temel bilimler	13/16 (81)	8/11 (72)	11/14 (79)
Dahili bilimler	32/48 (67)	24/30 (80)	12/13 (92)
Cerrahi bilimler	26/40 (65)	16/27 (59)	11/18 (61)
Toplam (n=217)	71/104 (68)	48/68 (71)	34/45 (76)

Tablo 2. Öğretim üyelerinin ulusal ve uluslararası hakemli dergilerde yayımlanmış makale sayıları.

Yayın	Ulusal dergi	Uluslararası dergi
	<i>Ortanca değer (veri aralığı)</i>	
Yard. Doçent (n=33)	11 (1-50)	5 (1-18)
Doçent (n=45)	28 (3-60)	7 (1-25)
Profesör (n=62)	49 (2-152)	10 (0-49)

Tablo 3. Makalelerde yazar adları belirlenirken yaşanan sorunlar

Sorunlar	(%)
Yeterince katkısı olmayan kişilerin adını yazmak	69
İsim sırası belirlenirken haksızlığa uğramak	60
Adının yazıldığını sonradan öğrenmek	38
Hak ettiği halde bazı kişilerin adını yazmamak	9

Tablo 4. Öğretim üyelerinin hediye yazarlığa ilişkin düşünceleri.

Anket yanıtları	(%)
Hediye yazarlık (n=154)	
Çok yaygındır	37
Oldukça yaygındır	50
Seyrek	4
Fikri yok	9
Hediye yazarlık (n=152)	
Yurtiçi yayınlarda daha fazladır	29
Yurtdışı yayınlarda daha fazladır	5
Her ikisinde de vardır	61
Fikri yok	3
Hediye yazarlık akademik ilerleme beklentisiyle ilişkilidir	82
Hediye yazarlığın kalkması bölüm içi arkadaşlık ilişkilerini olumsuz etkileyebilir	64
Hediye yazarlığın kalkması akademik hayatı	
Olumlu etkiler	85
Olumsuz etkiler	5
Fikri yok	10
Hediye yazarlık nasıl önlenir (n=154)	
Hediye yazarlık yasaklanmalı	3
Yazar olmanın nesnel ölçütleri belirlenmeli	75
Yayında her ismin katkısı bir dipnotta açıklanmalı	36
Akademik çalışmanın değerlendirilmesinde yayının etkinliği sınırlandırılmalı	33
Akademik çalışmanın değerlendirilmesinde yayınlardaki isim sırası önem kazanmalı	49

BEŞİNCİ BÖLÜM: SOSYAL BİLİMLER, TIP EĞİTİMİ, SAĞLIK EĞİTİMİ, OKUL SAĞLIĞI

Tablo 5. Bilimsel bir çalışmada yazar olmayı hak etmek için *tek başına* yeterli olan işlevler.

İşlev	Yeterli (%)	Yetersiz (%)	Fikri yok (%)
Araştırma düşüncesi	67	32	1
Çalışmanın planlanması	85	14	1
Ödenek bulmak	17	77	6
Literatür taramak	23	75	2
Veri toplamak	72	27	1
Verilerin bilgisayara girilmesi	15	82	3
İstatistiksel analiz	28	68	3
Sonuçları yorumlamak	60	37	3
Araştırmayı yazmak	75	24	1
Bölüm başkanı olmak	7	91	2
Makaleyi düzeltmek	34	63	3
Diğer dallardaki uzmanlara yetişmek	25	70	5
de yazar olmak için kullanılabilecek ölçütler			
<i>Araştırma fikrini ortaya koymak, planını düzenlemek veya verileri incelemek ve yorumuna katkıda bulunmak gerekir (n=142)</i>			99
<i>Makaleyi kaleme almak veya içeriğindeki bilgilerin eleştirel olarak gözden geçirip önemli ertelektüel katkıda bulunmak gerekir (n=139)</i>			94
<i>Yazının dergiye gönderilecek son biçimine karar vermek gerekir (n=135)</i>			72
Bir makalede yazar olabilmek için (n=142)			
Üç ölçüte de uymak gerekir			48
<i>Herhangi biri yeterlidir</i>			52

□□□□□

ETİMESGUT ZIRHLI BİRLİKLER OKUL VE ER EĞİTİM TÜMEN KOMUTANLIĞINA BAĞLI ASKERLER ARASINDA AKRABA EVLİLİĞİ SIKLIĞI VE BUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Dr.Esat HOŞGÖREN*, Dr.Mahir GÜLEC**, Dr.Bilal BAKIR**, Dr.Nazmi TÜMERDEM**
* Gölçük Donanma Komutanlığı, ** GATA Halk Sağlığı AD

ÖZET

Özellikle bazı Asya bölgelerinde sıklıkla görülen ve çok önemli sağlık problemlerine yol açabilen akraba evliliğinin askerler arasındaki sıklığını ve etkili olabilecek faktörleri incelemek amacıyla, Şubat 2002 tarihinde 4000 kişinin bulunduğu Etimesgut Zirhli Birlikler Okul ve Er Eğitim Tümen Komutanlığı'nda basit rasgele yöntemle seçilmiş olan 354 askere yüz yüze anket uygulanmıştır. Araştırma sonucunda, askerler arasında akraba evliliği sıklığının genel olarak %30.4 olduğu, özellikle Doğu ve Güney bölgelerinde doğmuş ve oturmakta olan askerler arasında akraba evliliği prevalansının diğer bölgelere göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Bunun yanı sıra, eğitim düzeyinin düşük olmasının da akraba evliliğini etkileyen faktörlerden biri olduğu bulunmuştur. Ayrıca, akraba evliliği yapmış olan askerlerin yaş ortalamasının akraba evliliği yapmamış olanlara göre daha düşük olduğu ve daha erken evlendikleri tespit edilmiştir. Anahtar kelimeler: akraba evliliği

GİRİŞ

Akraba evliliği, gelişmiş Batı toplumlarında çok sık görülmemesine rağmen, Türkiye'nin de dahil olduğu bazı Asya bölgelerinde halen çok yüksek oranlarda görülmektedir (1,2). Mülkün parçalanmasını önleme kaygısı ve akraba olan gelinin ataerkil geniş aile düzenine daha kolay uyum sağlayacağı kaygısıyla (1) yapılan bu evliliklerin toplam doğurganlığı, sakat çocuk doğumunu, çocuk ölümlülüğünü, konjenital defektleri ve bazı otozomal resesif hastalıkların oranını artırdığı yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (1,3,4,5,6,8).

Akraba evliliklerinin özellikle okur yazarlık oranı, sosyo-ekonomik düzey, yerleşim yeri ve büyüklüğü, dinsel inanışlar ile ilişkili olduğu çeşitli araştırmalarda gösterilmiştir (3,6,7,9).

Akraba evliliğinin sıklığı, gelişmişlik düzeyine ve yukarıda belirtilen faktörlere bağlı olarak çok farklı değerler göstermektedir. Kuvayt'te %54.3 (7), Pakistan'da %60.2 (6), Lübnan'da %25.0 (10) ve Japonya'da %3.9 (11) oranında görüldüğü bildirilmiştir. Bu araştırmanın amacı, Etimesgut Zirhli Birlikler Okul ve Er Eğitim Tümen Komutanlığında görevli bulunan askerler arasındaki akraba evliliği sıklığını ve bunu etkileyen faktörleri incelemektir.

Türkiye'de ise yıllar içinde değişiklikler gösteren akraba evliliği sıklığının yıllara ve bölgelere göre dağılımı Tablo 1'de verilmiştir (1,12).

GEREÇ-YÖNTEM

Kesitsel olarak planlanmış olan bu araştırmanın yeri olarak Etimesgut Zirhli Birlikler Okul ve Er Eğitim Tümeni seçilmiştir. Evren, Şubat 2002 tarihinde bu birlikte görev yapmakta olan 4000 askerden oluşmuştur. Bu askerler arasında basit rasgele yöntemle seçilen 354 üne, daha önce GATA Destek Kit'aları erbaş ve erlerinde ön denemesi yapılmış olan ve 32 sorudan oluşan bir anket formu uygulanmıştır. Bu ankette, askere, kendisi ve ailesi ile ilgili bazı sosyo-demografik özellikleri ile akraba evliliği durumuna yönelik sorular sorulmuştur. Araştırmada kullanılacak olan akrabalık derecelendirmesi şu şekilde yapılmıştır:

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

			Inbreeding katsayısı *
Tezeye veya hala ile evlilik	1. derece a.e.	1. kuzen evliliği	1/8
Tezeye, hala, dayı, amca kızları ile evlilik	2. derece a.e.	1. kuzen evliliği	1/16
Tezeye, hala, dayı, amca torunları ile evlilik	3. derece a.e.	2. kuzen evliliği	1/32
Dedelerin veya ninelerin kardeşliği	4. derece a.e.	2. kuzen evliliği	1/64
Bunların dışındakiler	Uzak a.e.	-	-

* Inbreeding katsayısı: ortak atalardan gelen aynı lokustan kaynaklanan aynı genlere sahip olma olasılığıdır (1,3,4). Herhangi bir popülasyon için hesaplanırken aşağıdaki formül kullanılır:

$$\Sigma (\text{Akrabalık derecesinin inbreeding katsayısı}) \times (\text{O akrabalık derecesinin toplumdaki oranı})$$

100

Elde edilen veriler daha sonra bilgisayarda SPSS programına yüklenmiş ve χ^2 , ANOVA ve Kruskal-Wallis testleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya katılan askerlerden 244'ü (%69.7) 20 yaşında idi ve yaş ortalaması 21.1±2.1 olarak gerçekleşmişti. %43.4 gibi yüksek bir oranda asker ilk okul mezunu idi. Sadece %6.3'lük bir kesim yükseköğretim mezunu idi. Ortalama kardeş sayısının 4.8±2.7 olduğu ve %46.3'lük bir kesimin 5'ten fazla kardeşinin olduğu, %69.3'ünün evde 5'ten fazla, %14.6'nın ise 10'dan fazla kişi ile aynı evde yaşadığı görülmüştür. Askerlerin eşlerinin yaş ortalaması ise 19.7±2.6 olmuştur. 1 kişinin henüz 13, 3 kişinin 14 ve 7 kişinin ise 15 yaşında olduğu görülmüştür. Askerlerin evlilik durumları ile ilgili bulgular Tablo 2'de sunulmuştur.

Askerler arasındaki akraba evliliğinin durumu ve derecelerinin dağılımı Tablo 3'de ayrıntılı olarak sunulmuştur.

Askerlerin yarısından fazlası (%52.7), hiç çocuğu olmadığını, %35.5'i 1 çocuğu olduğunu, %11.8'i ise 2 veya daha fazla çocuğu olduğunu, bu çocuklardan ise sadece 10 tanesinde (%6.0) herhangi bir patoloji olduğunu bildirmiştir. Bu 10 çocuğun 1'inde kemik patolojisi, 1'inde sağırılık, 3'ünde karın şişliği, 3'ünde fiziksel sakatlık olduğu bildirilmiş, 2'si ise var demesine rağmen ne olduğunu söylememiştir. Ayrıca, 17 asker daha önce 1 tane, 2 asker ise 2 tane çocuklarının ölmüş olduğunu söylemiştir. Eşler arasında ise düşük ve ölü doğum oranının fazla yüksek olmadığı gözlenmiştir. 28 asker eşinin 1 kez düşük yaptığını söylemiştir. Ayrıca, 6 asker eşinin 1 defa, 1 asker ise 2 defa ölü doğum yaptığını bildirmiştir.

Askerlerin, bunların yanı sıra, %13.6'sının evlenmek için başlık parası verdiği görülmüştür. %16.2'sinin yalnız dini nikahlı olduğu, %74.8'inin ise hem resmi hem dini nikahlı olduğu bulunmuştur. %26.9'unun ise ya kendilerine danışılarak ya da hiç danışılmadan eşleri ile evlendirildiklerini bildirmiştir. Ceriye kalan %73.2'si ise kendi istekleri doğrultusunda evlendiklerini ifade etmiştir.

Askerlerin doğdukları bölgelere göre kuzen evliliklerinin dağılımına bakıldığında, 1. derece kuzen evliliği (1. ve 2. derece akraba evlilikleri) oranının doğuda %25.0, güneyde ise %23.3 ile en yüksek oranda olduğu, batının ise %6.5 ile en düşük orana sahip olduğu görülmüştür. Bölgeler arasında istatistiksel olarak sınırdan bir anlamsızlık çıkmıştır ($p=0.051$). Yaşadıkları bölgelere göre değerlendirildiğinde de yine benzer şekilde doğunun %29.5, güneyin ise %22.6 ile en yüksek, batının ise %10.7 ile en düşük oranlara sahip oldukları ve bölgeler arasında anlamlı bir farklılık olduğu gözlenmiştir ($p=0.035$).

Yaşadıkları yerin kırsal ve kentsel olması ile akraba evliliği durumuna bakıldığında ise -hem doğdukları hem de yaşadıkları yer olarak- anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Hem kırsal hem de kentsel kesimde doğanlarda 1. derece akraba evliliği oranı %17.7 olmuş, aradaki fark anlamsız bulunmuştur. ($p=0.139$). Yaşadıkları yerin durumuna göre ise, 1. derece akraba evliliği oranının kırsal kesimde %16.7, kentsel kesimde de %18.6 olduğu bulunmuş, fark yine anlamsız bulunmuştur ($p=0.525$).

Eğitim durumlarına göre yapılan karşılaştırmalarda, askerin okur-yazar olmama veya sadece okur-yazar olma durumunda 1. kuzen evliliği oranı %60.7 iken ilk okul mezunu grubunda %13.2, orta okul mezunu grubunda %15.0, lise ve üstü grupta ise %13.8 olmuştur. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p=0.000$). Eşin eğitim durumu ile yapılan karşılaştırmalarda da benzer şekilde, sırasıyla, %55.8, %13.8, %9.1 ve %6.5 olarak gerçekleşmiş, gruplar arasında yine anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=0.000$).

Anne babanın akraba olma durumu ile eşler arasında akraba evliliği bulunma durumu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p=0.600$). Yine aynı şekilde, askerin evlenmesine kimin karar verdiği ile akraba evliliği arasında ($p=0.150$) ve başlık parası verme durumu ile akraba evliliği arasında da anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p=0.52$).

Nikah durumu göz önüne alındığında, 1. kuzen evliliklerinde hem resmi hem de dini nikah oranının %12.0 olduğu, ama, uzak akraba grubunda bu oranın %82.3 gibi yüksek bir oranda gerçekleştiği, gruplar arasında da anlamlı bir farklılığın olduğu görülmüştür ($p=0.000$).

Askerlere akraba evliliği ile ilgili düşünceleri sorulduğunda, 1. kuzen evliliği olan grupta, akraba evliliği yapanların çocuklarının yapmayanların göre daha sağlıklı olduğunu söyleyenlerin oranı %33.3, sağlık açısından bir risk oluşturmaz diyen grubun oranı ise %25.3 olarak gerçekleşirken, 2. kuzen ve uzak akraba evliliği olan grupta bu oranlar sırasıyla %4.9 ve %3.4 olmuş, gruplar arasındaki fark da anlamlı bulunmuştur ($p=0.000$).

Çocuklarda görülen sağlık problemlerinin, ölü doğumların ve düşüklerin sayısının yetersiz olması nedeniyle bir değerlendirme yapılamamıştır. Ancak, bu konularda herhangi bir grupta yoğunlaşma olmadığı görülmüştür.

Askerlerin yaşı, evlenme yaşı, eşinin yaşı, evlenme yaşı ve kaç yıldır evli oldukları konularında bir farklılık olup olmadığına bakılmış ve Tablo 4'te sunulan sonuçlar elde edilmiştir.

Tabloda, 1. kuzen evliliği olan askerlerin yaşının, diğer iki gruba göre daha düşük olduğu görülmektedir; yapılan analizler sonucunda, 1. kuzen evliliği olan grupla uzak akraba evliliği olan grup arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0.023$). Aynı şekilde, evlenme yaşının da 1. kuzen evliliği olan grupta diğer iki gruba göre düşük olduğu ve yine 1. kuzen evliliği olan grupla uzak akraba evliliği olan grup arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0.000$).

Araştırma sonucunda elde edilen Inbreeding Katsayıları ise Tablo 5'te sunulmuştur.

Tablodan da görüldüğü üzere 2. derece akraba evliliği olanlarda, doğduğu ve yaşadığı bölge itibarı ile de orta ve doğu bölgelerinde inbreeding katsayısının yüksek olduğu bulunmuştur.

TARTIŞMA

Bu araştırmada, yaş ortalaması 21.1 yıl olan genç bir popülasyonun akraba evliliği konusundaki düşünceleri ve davranışları değerlendirilmiştir. Askerin yaş ortalamasının yanı sıra, evlilik süresi de 1.9 yıl olarak gerçekleşmiştir. Genç bir topluluğun, kısa bir sürede evli olması nedeniyle akraba evliliğinin, çocuklarda hastalık, ölümlülük ve sakat doğumlar üzerine etkileri net olarak

BEŞİNCİ BÖLÜM: SOSYAL BİLİMLER, TIP EĞİTİMİ, SAĞLIK EĞİTİMİ, OKUL SAĞLIĞI

gözlenememiştir. Oysa, akraba evliliğinin, konjenital sağırılık, şizofreni, genetik hastalıklar, kistik fibroz, konjenital kalp hastalıkları ve hipofosfatasya (3.8,13,14,15,16) gibi kronik hastalıklar üzerinde etkili olduğu yönünde çok yönlü bulgulara rastlanmaktadır. Daha önceki çalışmalarda, akraba evliliğinde, yerleşim yeri ve büyüklüğü, eğitim düzeyi, inançlar ve sosyo-ekonomik düzey gibi faktörlerin etkili olduğu yönünde bulgular elde edilmiştir (3,6,7,9). Bu çalışmada, önceki sonuçları destekleyen bazı bulguların yanı sıra, aksi yönde bazı bulgular da elde edilmiştir.

Türkiye’de her beş yılda bir yapılan 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre akraba evliliği oranı %26.9 olarak gerçekleşmiş, bu oranın doğu ve güney bölgelerinde diğer bölgelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (12). Bu çalışmada da, doğdukları bölgeye göre akraba evliliği oranının doğuda %25.0, güneyde %23.3, yaşadıkları bölgelere göre ise doğuda %29.5, güneyde ise %22.6 olduğu ve TNSA bulguları ile örtüştüğü saptanmıştır. İnbreeding katsayılarına bakıldığında da yine doğu ve güneyin yüksek olduğu, ayrıca orta bölgenin de yüksek olduğu görülmektedir.

Bu durum, Türkiye’nin özellikle doğu ve güney bölgelerinin, tarım ağırlıklı topluluklardan oluşmuş olması ile toplumsal ekonomik yapı olarak daha geri bir üretim sisteminin etkilerini ve değer yargılarını taşıması ve yine belki bu anlamda, sosyo-ekonomik ve kültürel düzeyin genelde daha düşük olması ile açıklanabilir.

Askerlerin kırsal ve kentsel yerleşimleri göz önüne alındığında, literatürdeki bulgulardan farklı olarak (3,4,6) ne doğdukları ne de yaşadıkları yerin kırsal veya kentsel olmasının akraba evliliği ile ilişkili olmadığı bulunmuştur.

Daha önce yapılmış bir çok çalışmada da gösterilmiş olduğu gibi (2,3,6), akraba evliliği yapmanın, hem askerin hem de eşinin eğitim durumu ile çok yakından ilişkili olduğu, eğitim düzeyi arttıkça akraba evliliklerinin ve derecelerinin azaldığı görülmüştür.

Ayrıca, nikah durumunun da, akraba evliliğinin derecesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Yalnız dini nikah yapma oranının 1. derece akraba evlileri arasında %32.8 gibi yüksek, hem dini hem de resmi nikah yapma oranının ise %49.2 gibi düşük bir oranda gerçekleştiği saptanmıştır. Uzak akraba evlileri arasında ise bu oranlar sırası ile %11.8 ve %80.7 olmuştur. Bu durumun, hem eğitim durumu hem de yaş ile bağlantılı olduğu düşünülmüştür. Nitekim, akraba evliliği yapan askerlerin yaş ortalaması ve evlenme yaşı ortalamasının uzak akraba evliliği yapanlara göre anlamlı derece düşük olduğu ve bu gruptakilere göre yaklaşık 1 yaş daha genç ve 1 yıl daha erken evlendikleri saptanmıştır. Ayrıca, erken evliliklerin yine Doğu ve Güney’de daha sık olduğu da görülmüştür. 13 yaşında evlenmiş olan 5 kişi Doğu, 12 yaşında evlenmiş olan 1 kişi de Güney doğumlu idi.

Sonuç olarak, arasında, Doğu ve Güney bölgelerinde doğmuş olan ve yaşayan ile eğitim düzeyi düşük askerlerin akraba evliliği açısından risk grubu oldukları görülmüştür. Ancak, kesitsel araştırmaların, neden-sonuç ilişkisini belirleme konusunda tek başlarına yeterli olmadıkları bilinmektedir. Bu çalışmada da, bazı faktörler ortaya konmaya çalışılmıştır. Fakat, bu verilerin netleştirilebilmesi, toplumdaki sıklığının ve bunu etkileyen faktörlerin daha net olarak belirlenebilmesi için, daha büyük popülasyonlarda, izlem tipi veya daha kaliteli araştırmaların yapılmasına ihtiyaç bulunmaktadır.

KAYNAKLAR

- Altuntek N.S. Van yöresinde akraba evliliği. Ankara 1993. Sayfa 17.
- Ulusoy M., Tunçbilek E. Consanguinity in Turkey in 1988. Turkish J. Popul. Stud. 1989; 11: 35-46.
- Tunçbilek E. Clinical outcomes of consanguineous marriages in Turkey. Turk. J. Paediatr., 2001; 43: 277-279.
- Budak T., Alp M.N., Çelik Y., Elbistan M. Kan yakını evliliklerinin Diyarbakır toplumundaki sıklığı ve bazı etkileri üzerine araştırmalar. D.Ü.T.F. Dergisi. 1985; 12 (3-4): 149-160.
- Güz K., Dedeoğlu N., Lüleci G. The frequency and medical effects of consanguineous marriages in Antalya in Turkey. Hereditas. 1989; 111: 79-83.
- Grant J.C., Bittles A.H. The comparative role of consanguinity in infant and childhood mortality in Pakistan. Ann. Hum. Genet. 1997; 61: 143-149.
- Al-Awadi S.A., Moussa M.A., Naguib K.K., Farag T.I., Teebi A.S., El-Khalifa M., El-Dossary L. Consanguinity among the Kuwait population. Clin. Genet. 1985; 27:483-486.
- Chaleby K., Tuma T.A. Cousin marriages and schizophrenia in Saudi Arabia. B. J. Psychiatry. 1987 Apr.; 150: 547-549.
- Milaa W.M., Shawky S., Abalkhail B.A., Seliman N.K. Effect of maternal education on the rate of childhood handicap. Saudi Med. J. 2001 Jan.; 22(1): 39-43.
- Khat M. Consanguineous marriage and reproduction in Beirut, Lebanon. American J. Hum. Genet. 1988; 43: 188-196.
- Imazumi Y. A recent survey of consanguineous marriages in Japan. Clin. Genet. 1986 Sept.; 30(3): 230-233.
- Türkiye’de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-1998 İleri Analiz Sonuçları. Ocak 2002. Sayfa 218.
- Dereköy F.S. Etiology of deafness in Afyon school for the deaf in Turkey. Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol., 2000 Sept.; 55 (2): 125-131.
- Rawashdeh M., Manal H. Cystic fibrosis in Arabs: a prototype in Jordan. Ann. Trop. Paediatr. 2000 Dec.; 20 (4): 283-286.
- Becker S.M., Al Hales Z., Molina C., Paterson R.M. Consanguinity and congenital heart diseases in Saudi Arabia. Am. J. Med. Genet. 2001 Feb.; 99 (1): 8-13.
- Gortzak-Uzan L., Sheiner E., Gohar J. Prenatal diagnosis of congenital hypophosphatasia in a consanguineous Bedouin couple. A case report. J. Reprod. Med. 2000 Jul; 45 (7): 588-590.

Tablo 1: Türkiye’de Akraba Evliliği Sıklığının Yıllara ve Bölgelere Göre Dağılımı

Bölge	Yıllara Göre Akraba Evliliği Sıklığı n Durumu		
	1968	1983	1998
Batı	16.6	10.2	16.9
Kuzey	26.0	21.7	21.3
Orta	29.1	22.4	24.3
Güney	38.0	29.4	31.3
Doğu	37.8	32.9	38.7
Türkiye	29.2	20.9	26.9

Tablo 2: Araştırmaya Katılan Askerlerin Evliliği Durumları ile İlgili Bulguların Dağılımı

Evlenme yaşı	n	%
12-15 yaş arası	15	4.4
16-19 yaş arası	212	62.5
20-24 yaş arası	99	29.2
25 yaş ve üzeri	13	3.8
Toplam	339	100.0

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Ortalama evlenme yaşı 19.2±2.5 olarak gerçekleşmiştir. 13 yaşında evlenmiş olan 5 kişi Doğu, 12 yaşında evlenmiş olan 1 kişi de Güney doğumlu idi. Bu iki bölge de sosyal, ekonomik ve kültürel durumun düşük olduğu bölgelerdir.		
Eşin evlenme yaşı	n	%
9-14 yaş arası	22	6.6
15-19 yaş arası	245	73.6
20-24 yaş arası	60	18.0
25 yaş ve üzeri	6	1.8
Toplam	333	100.0
Eşin ortalama evlenme yaşı 17.8±2.6 olarak gerçekleşmiştir. %45.9 kadının henüz 18 yaşına, %80.2'sinin ise 20 yaşına gelmeden evlendiği görülmüştür. Doğu'da 9, Kuzey'de 10, Orta'da 11, Batı ve Güney'de ise 12 yaşında 1'er kadının evlenmiş olduğu saptanmıştır.		
Kaç yıldır evli	n	%
1 ve daha az yıldır	188	54.8
2-4 yıl arası	132	38.5
5 yıl ve üzeri	23	6.7
Toplam	343	100.0
Ortalama evlilik süresi 1.9±1.6 yıl olmuştur.		

Tablo 3: Araştırmaya Katılan Askerler Arasında Akraba Evliliği Durumunun ve Derecesinin Dağılımı

Eşin akraba olma durumu	n	%
Akraba	108	30.4
Akraba değil	246	69.6
Toplam	354	100.0
Eşin akrabalık derecesi	n	%
1. derece akraba evliliği	0	0.0
2. derece akraba evliliği	62	17.5
3. derece akraba evliliği	9	2.5
4. derece akraba evliliği	9	2.5
Uzak akraba	28	7.9
Akraba değil	246	69.5
Toplam	108*	100.0
Anne baba akrabalık durumu	n	%
Akraba	96	28.1
Akraba değil	246	71.9
Toplam	342	100.0

Tablo 4: Araştırmaya Katılan Asker ve Eşlerinin Yaş, Evlilik Yaşı ve Evlilik Yıllarının Dağılımı

	Grup	n	Ortalama	SS	Test Değeri
Askerin yaşı	1. kuzen evliliği	61	20.49	1.12	$X^2=7.719^*$ p=0.021
	2. kuzen evliliği	18	20.56	1.76	
	Uzak akraba evliliği	271	21.28	2.28	
Eşin yaşı	1. kuzen evliliği	62	19.47	2.05	$X^2=0.024^*$ p=0.988
	2. kuzen evliliği	16	20.06	3.42	
	Uzak akraba evliliği	258	19.73	2.69	
Askerin evlenme yaşı	1. kuzen evliliği	61	18.21	2.15	F=8.563** p=0.000
	2. kuzen evliliği	17	18.24	1.39	
	Uzak akraba evliliği	261	19.53	2.58	
Eşin evlenme yaşı	1. kuzen evliliği	62	17.19	2.57	F=2.436** p=0.089
	2. kuzen evliliği	16	17.75	2.02	
	Uzak akraba evliliği	255	18.00	2.60	
Kaç yıldır evli olduğu	1. kuzen evliliği	62	2.27	1.92	$X^2=3.773^*$ p=0.152
	2. kuzen evliliği	17	2.18	2.04	
	Uzak akraba evliliği	264	1.75	1.50	

* Varyanslar homojen olmadığı için Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır.

** ANOVA testi uygulanmıştır.

Tablo 5: Inbreeding Katsayılarının Akrabalık Derecesine ve Bölgelere Göre Dağılımı

Akrabalık derecesi	Inbreeding Katsayısı
2. derece akraba evliliği	0.03588
3. derece akraba evliliği	0.00259
4. derece akraba evliliği	0.00130
Doğduğu Bölge	
Batı	0.00342
Güney	0.00493
Orta	0.02945
Kuzey	0.00142
Doğu	0.01156
Yaşadığı Bölge	
Batı	0.00413
Güney	0.00490
Orta	0.00614
Kuzey	0.00401
Doğu	0.01163

2000 YILINDA GIDA HUKUKU İLE İLGİLİ DAVALARIN YARGITAY SONUÇLARININ İNCELENMESİ

Bige A. SURLU*, M.Handan SURLU**, Çağatay GÜLER***

* Dr. H.Ü. Halk Sağlığı A.D. Araştırma Görevlisi

** Yargıtay 14. Hukuk Dairesi Üyesi

*** Prof. Dr. H.Ü. Halk Sağlığı A.D. Öğretim Üyesi

ÖZET

Gıda Hukukuna ilişkin sorunlar 1593 sayılı Kanun, Gıda Maddeleri Tüzüğü ve Türk Ceza Kanununun ilgili hükümleri ile çözümlenmekte iken, 560 sayılı Kanun Hükmündeki Kararnamenin (KHK) yayınlanmasından sonra farklı uygulamalar gündeme gelmiştir.

Gıda Hukuku ile ilgili uygulamaları değerlendirmek ve konuyu güncelleştirmek amacıyla bu çalışmada 2000 yılında Yargıtay 2. Ceza Dairesine gelen Gıda Maddeleri Tüzüğüne aykırı 126 dava dosyası incelenmiştir. Bu davalar; konu, sonuç ve bozulma nedeni olarak incelenmiştir. 126 davadan 20'si (%15.87) onanırken, 106'sı (%84.13) bozulmuştur. Bozulmasına karar verilen davaların nedenleri incelendiğinde %44.44 oranla yanlış ceza tayini birinci sırada yer almıştır. Bunu sırasıyla 560 sayılı K.H.K. 4128 sayılı kanunun 18-A maddesine aykırılık, görevsizlik, soruşturma eksikliği, usulî eksiklikler, suç oluşturmaması, zaman aşımı ve diğer nedenler izlemektedir.

Her bireyin, ihtiyacı olan güvenilir gıdaya ulaşması, temel hakkıdır. Bu unsur halk sağlığının korunması ve sağlanmasındaki esas ilkeyi oluşturmaktadır. Konuyla ilgili olarak Yargıtay 2. Ceza Dairesine intikal eden davalarından bozulanlar nedenlerine göre incelendiğinde halkın temel beslenme öğelerini oluşturan ekme, yağ, tuz, yoğurt, çay ve kıyma satışlarında aykırılık ve bozukluk dikkati çekmektedir.

Anahtar kelimeler: 560 Sayılı K.H.K., 2000 yılı, Gıda Maddeleri Tüzüğüne Aykırı Davalar.

GİRİŞ VE AMAÇ

Gıda sağlığı ile ilgili uygulamalar: Sağlık Bakanlığı, Tarım Bakanlığı gıda kontrol mensupları ve yargı organları tarafından yürütülmektedir. Gıda hukukuna ilişkin sorunlar önceden 1593 sayılı Kanun, Gıda Maddeleri Tüzüğü ve Türk Ceza Kanununun ilgili hükümleri ile çözümlenmekteydi; 560 sayılı KHK (Kanun Hükmünde Kararname) 'nin yayınlanmasından sonra farklı uygulamalar gündeme gelmiştir. Gıda ile ilgili uygulamaları değerlendirmek ve konuyu güncelleştirmek amacıyla bu çalışmanın yapılması uygun görülmüştür. Gıda hukukuyla ilgili davaların sonuçlarının yerel mahkemelerden topluca elde edilmesi güç olduğu için Yargıtay'a yansıyan dava sonuçları incelenmiştir.

MATERYAL VE YÖNTEM

Araştırmamızın materyalini, gıda maddeleri ile ilgili bir kısım ceza davalarının temyiz inceleme mercii olan Yargıtay 2. Ceza Dairesi'ne 2000 yılında gelen davalar oluşturmaktadır. Tarafımızdan 2. Ceza Dairesi esas defterlerinin bizzat taranması sonucunda, 2000 yılında 126 Gıda Maddeleri Tüzüğü ne aykırı davranıştan dolayı verilip temyiz incelemesi istenilmiş ceza dava dosyası saptanmıştır. (Yargıtay'ın diğer Dairelerine ve Mahkemelerine giden davalara ulaşılamamıştır.)

Bulgular

Yargıtay 2.Ceza Dairesine gönderilen dosyalardan 20'sinde verilen karar doğru bulunarak onanmıştır. 106'sı ise bozulmuştur. Bu davalar konu, sonuç, bozulma nedeni olarak incelenmiş Yargıtay 2. Ceza dairesine 2000 yılında temyiz incelemesi için gelen 126 davadan 20 si (%15.87) onanırken , 106 sı (%84.13 ü .ozulmuştur. Yargıtay 2.Ceza dairesince bozulmasına karar verilen davaların bozma nedenlerine göre döçümü Tablo 1 de verilmiştir.

1. Burada sözü edilen kararlar, yargılama yöntemi ile ilgili kurallara uyulmaması halinde, bu nedenlere dayalı olarak bozulduğunda bizim araştırmamız açısından açıklanması gereken bir husus görülmemiştir.
2. Burada sözü edilen kararlar da mahkemeler hiyerarşisine uyulmaması nedeni ile bozulmuş olup, yine araştırmamız bakımından açıklanması gereken bir husus yoktur.
3. Bu kararlar, suç teşkil eden eylem için öngörülen cezada mahkemeye yanlışlık yapılması nedeniyle bozulan kararlardır.
4. Mevzuattaki değişiklikten yani 560 SKHK'nin çıkarılmasından kaynaklanan bozmalardır.
5. Sanığa yüklenen eylemin ilgili mevzuata göre suç oluşturmayacağıının saptanması nedeniyle yapılan bozmalardır. Bu da yeni mevzuat düzenlemelerinden kaynaklanmıştır.
6. Eylemin temyiz incelemesi sırasında suç için öngörülen sürede sonuçlandırılmamış olması nedeniyle davanın ortadan kaldırılmasıdır.
7. Eylemin suç oluşturup oluşturulmaması açısından eksik bırakılan hususlar sebebiyle bozma yapılmış olmasıdır.
8. Sanığın eyleminin mevzuata göre uyduğu maddenin yanlış değerlendirilmesidir.
9. Çok basit suçlarda, yasanın öngördüğü para cezasının yatırılması halinde davanın ortadan kaldırılması halidir.
10. Bunların dışında kalan basit cezalardır.

Tablodan görüleceği üzere 2000 yılında Gıda Hukuku ile ilgili olarak Yargıtay 2. Ceza Dairesi tarafından bozulmasına karar verilen davaların nedenleri incelendiğinde %44.44 oranla yanlış ceza tayini birinci sırada yer almaktadır. Bunu sırasıyla 560 sayılı KHK 4128 SK 18-A Aykırılık (%31.75), Görevsizlik (%6.35), Soruşturma eksikliği (%6.35), Usulî eksiklikler (%5.55), Suç oluşturulmaması, zaman aşımı, eksik inceleme, yanlış nitelendirme ve diğer nedenler izlemektedir

TCK MADDE 396-(2891 sayılı Kanun ile değişiklik) Her kim tacir veya tağyir veya tağşış edilmemiş olduğu halde aslında umumun sıhhati için tehlikeli olan, yenilecek ve içilecek ve sair şeyleri müşteriye tehlikeyi haber vermeksizin satarsa üç aydan altı aya kadar ağır hapis ve beşbin liradan yirmibeşbin liraya kadar ağır para cezasıyla cezalandırılır.

TCK MADDE 398-(2891 s.Y. Nın 6. md ile değişiklik) Sıhhat için zararlı olmayıp ancak talii olmayan bir gıda maddesini tabii diye satılığa çıkaran kimse üç aydan altı aya kadar hapis ve beşbin liradan yirmibeşbin liraya kadar ağır para cezasıyla cezalandırılır.

TCK MADDE 526: Yetkili makamlar tarafından adli işlemler dolayısıyla ya da kamu güvenliği ve kamu düzeni veya genel sağlığın korunması düşüncesiyle kanun ve nizamla aykırı olmayarak verilen bir buyruğu dinlemeyen veya bu yolda alınmış bir önleme uymayan kimse, eylem ayrı bir suç oluşturmadığı takdirde 3 aydan 6 aya kadar hafif hapis ve 1000.00 TL'dan 3000.00 TL'a kadar hafif para cezası ile cezalandırılır.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

1593 SK UMUMİ HIFZISIHHA KANUNU:
560 SKHK (1)

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bir gıda maddesinin üreticiden, tüketicinin eline geçtiği ana kadar toplum sağlığını ilgilendiren tüm aşamalar devletin denetleme, soruşturma ve yargı ile sonuçlandırma sorumluluğundadır. Bu sorumluluğun yerine getirilmesinde bilinçli tüketicinin katkısı büyüktür.

2000 yılında Yargıtay 2. Ceza Dairesince gıda maddeleri ile ilgili olarak 126 dava incelenmiştir. Bu davaların 106'sı (%84.3) bozulup, 20'si (%15.9) onanmıştır.

Bozulmasına karar verilen davaların nedenlerine bakıldığında %44.4 oranla yanlış ceza tayiri birinci sırayı almaktadır. Bunu sırasıyla 560 sayılı KHK 4128 SK 18-A aykırılık (%31.75), görevsizlik (%6.35), onanma ek. (6.35), usuli eksiklikler (%5.55), suç oluşturmaması (%0.79), zaman aşımı (%0.79), eksik inceleme (%0.79), yanlış nitelendirme (%0.79) izlemektedir.

Yargıtay 2. Ceza Dairesince incelenip bozulan 106 davanın uygulanması istenilen ceza hükmünü veren yasalara göre; 81 davanın G.M.T. (%76.42), 13 davanın 560 sayılı KHK (%12.26), 5 davanın TCK-396 (%4.72), 4 davanın TCK-398 (%3.77), iki davanın TCK-526 (%1.89), 1 davanın 1593 SK (%0.94) dağılım gösterdiği tespit edilmiştir.

Suç tiplemesi belli dosyalar konularına göre şu başlıklar altında sınıflandırılabilir:

Tağış edilmiş gıda maddesi satmak, Bozuk gıda maddesi satma, Etikete yanlış bilgi yazmak, Ruhsatsız satış yapmak, Etiket bilgisi noksanlığı, İmalat sorumluluğu, Kodekse uygun olmayan imalat, Kullanma tarihi geçmiş gıda maddesi satmak

A- "Tağış Edilmiş Gıda Maddesi Satmak": 2000 yılı içinde "Tağış Edilmiş Gıda Maddesi Satmak" ana maddesi başlığında topladığımız tiplemeyle ilişkin olarak biri çay satmak, biri yoğurt satmak diğeri de ekme satmaktan dolayı üç dosya gelmiş sanıkların eylemleri sabit görülmüş ancak mahkumiyet kararları ağır para cezası verilmesi gerektiği yönünden bozulmuştur. Görüldüğü üzere; 2000 yılı içinde 2. Ceza Dairesine sadece üç dosyanın gelmiş olması, tağış edilmiş gıda maddesi satma eylemlerinde belirgin bir azalışın olduğu sonucuna varılması yanlış olmaz.

B- "Bozuk Gıda Maddesi Satmak": Bozuk Gıda Maddesi Satmak ana maddesi başlığında topladığımız tiplemeyle ilişkin olarak sabun kokulu ve kokuşmuş leblebi satmak, bozuk çikolata, yoğurt, yağ, peynir, tuz, çay, kıyama, bozalı şeker satmak üzere toplam sekiz dava gelmiş; tamamına mahkumiyet kararı verilmiş, temiz inceleme sonucunda bunlardan heş tanesi eylem sabit görülerek ön ödemeye tabi olduğu gerekçesiyle bozulmuştur. Bir tanesi görevsizlik kararı verilmesi yönünde bozulmuştur. Çukolata satma ile ilgili davada bu konudaki bilirkişice laboratuvar inceleme yeterli bulunduğu için eksik inceleme den bozulmuştur. Sabun kokulu ve kokuşmuş leblebi satmak suçuna ait dosya ise yine eylem sabit görülmekle birlikte tayin edilen cezanın ağır para cezası olması noktasından bozulmuştur.

2000 yılı içinde gelen dosyalar arasında bozuk gıda maddesi satma eyleminin, tağış edilmiş gıda maddesi satmaya oranla daha fazla sayıda olduğu gözlenmiştir.

C- "Etikete Yanlış Bilgi Yazma": Bu konuda tek dosya bulunması bizi etiketleme konusundaki uygulamanın yaygınlaştığı sonucuna götürebilir.

D- "Ruhsatsız Satış Yapma": Ruhsatsız Satış Yapma ana maddesi başlığında topladığımız tiplemeyle ilişkin olarak, içki satmak ve gazino çalıştırmak eylemleri genel mevzuat içerisinde suç olduğu gerekçesiyle görevsizlik kararı öngörülmüştür.

E- "Etiket Bilgisi Noksanlığı": Etiket Bilgisi Noksanlığı ana maddesi başlığında topladığımız tiplemeyle ilişkin olarak 5 dosyanın bulunması, etiket uygulaması yaygınlaşmakla birlikte içerik konusunda aynı duyarlılığın gösterilmediğini ortaya koymaktadır.

F- "İmalat Sorumlusu": İmalat Sorumlusu ana maddesi başlığında topladığımız tiplemeyle ilişkin olarak gelen dosyalardaki inceleme üzerine bu konudaki duyarlılığın da yüksek görüldüğü söylenebilir.

G- "Kodekse Uygun Olmayan İmalat": Kodekse Uygun Olmayan İmalat ana maddesi başlığında topladığımız tiplemeyle ilişkin olarak 18 dosya bulunması, bu konuda yeterli duyarlılığın gösterilmediğinin işareti sayılabilir.

H- "Kullanma Tarihi Geçmiş Gıda Maddesi Satmak": Kullanma Tarihi Geçmiş Gıda Maddesi Satmak ana maddesi başlığında üç dosya vardır, sayısal azlık dikkati çekmektedir.

Dünyanın teknoloji ile küçüldüğü, etkilenimlerin arttığı günümüz yaşamında Avrupa Birliği'ne katılım sürecinin yaşandığı bu dönemde; Avrupa Birliğince 12 Ocak 2000 tarihinde belirlenen "Gıda Aksiyon Programına" değinmek yerinde olacaktır. Bu programın ana politikası Avrupa Birliğinin en yüksek standartta gıda güvenliğine sahip olmasıdır. Bu amaçla Avrupa Gıda Kurulu kurulması, Gıda Güvenliği Kanununun yürürlüğe girmesi, Gıda Güvenliğinin Kontrolü, tüketici ile olan iletişim esas alınmıştır. "Gıda Güvenliğinin İdaresinde" gıda üretimi sırasında hammaddenin, tarımsal uygunluk ve işleme den doğacak tüketici sağlığı ile ilgili risk tayini ve takibi önemli görülmüştür. Kontrol sisteminden alınacak geri besleme ile mevcut ve olası risklerin belirlenmesi ve idaresi amaçlanmaktadır.

Her bireyin ihtiyacı olan güvenilir gıdaya ulaşması temel hakkıdır. Ayrıca bu unsur halk sağlığının korunması ve sağlanmasındaki temel ilkeyi oluşturmaktadır. Çevre koşullarının sağlık koşullarına uygun olmaması da besleme sorunları nedenlerindedir. Burada esas, yem ve gıda bileşenlerinin içeriğinden, tüketicinin masasına gelinceye kadar olan tüm aşamalar gözönünde bulundurulmalıdır. Ancak ülkemizde bu koşulların izlenebilirliği ve standardizasyonu bugün için mümkün değildir. Gıda kontrolünde, risk tayini, risk idaresi ve risk iletişimi ilkeleri esas alınmaktadır. Risk tayininin amacı bilimsel görüşün oluşturulmasıdır. Bu amaçla halk ve hayvan sağlığının sürekli gözetim ve denetimi, tarım sektörü bilgi sistemi, acil alarm sistemleri ve Ar-Ge programları gerekli bilgilerin toplanması ve analizi için gerekli görülmektedir. Risk İdaresi yasama ve kontrol öğelerinden oluşmaktadır. Risk İletişimi, halk sağlığını korumak üzere tüm bilgilerin ilgili kişilere ulaştırılmasını hedeflemektedir. Tüketicinin eline ulaşan gıdanın kontrolü çok önemlidir.

Avrupa Birliği komisyonunda gıda üretimi ve tüketimi konusuna yaklaşım ana hatlarını oluşturan bu konularda denetimden sorumlu personelin eğitilmesi, tüketicinin bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

560 SKHK nin kabulü ile Gıda Maddeleri konusunda daha geniş ayrıntılı ve Avrupa Birliği standartlarına uygun gıda üretimi ve satışı amaçlanmıştır. Bunun gerçekleşmesi içinde Türk Gıda Kodeksi yeniden düzenlenmiştir. Ancak bu KHK ile ekonomik suç kavramı dahilinde daha etkili yaptırım olarak para cezasının öngörülmüş bulunması karşısında Yargıtaya gelen dosyalarda para cezası uygulanması gerekliliği yönünden azalma kararı verilmesi icap etmiştir. Ön ödeme uygulanması da bu konudaki suçların daha çabuk karara bağlanması açısından yararlı olmuştur.

Bu konuyla ilgili olarak 2000 yılında Yargıtay 2. Ceza Dairesine intikal eden davalardan bozulanlar nedenlerine göre incelendiğinde halkın temel beslenme öğelerini oluşturan: ekme, yağ, tuz, yoğurt, çay ve kıyama satışlarında aykırılık ve bozukluklar dikkat çekmektedir. 1989-1990 yıllarında Gıda Maddeleri Tüzüğüne aykırı davaların Yargıtay sonuçlarının incelendiği diğer bir araştırmada

BEŞİNCİ BÖLÜM:SOSYAL BİLİMLER, TIP EĞİTİMİ, SAĞLIK EĞİTİMİ, OKUL SAĞLIĞI

1989 yılında Yargıtayca incelenen gıda kontrolü davalarında %27.75 oranında etiketleme hataları birinci sırada. %23.25 oranında bozuk gıda imalatı ikinci sırada yer almakta bunu %14.50 oranı ile eksik soruşturma izlemektedir(3). Bozulan dava sayısı 1989 yılında %90.75 - 2000 yılında %84.13 dür Yargıtay'a intikal eden davalardaki bozulma oranının yüksekliği dikkat çekicidir.

Sonuç olarak;

Gıda denetimi ile ilgili personelin mevzuat ve uygulama konusunda eğitimi

Gıda kontrollerinde görevli personelin çalışmasını kolaylaştıracak parasal ve gerekli araç-gereç yardımının yapılması, bu personelin belli aralıklarla kursa tabi tutulması.

Gıda maddeleri üreten, dağıtan ve satan kişilerin TCK ve 560 sayılı KHK hakkında tam bilgi sahibi olmalarının sağlanması.

Dava sonuçlarının denetlemeyi yapan kuruluşa bildirilmesi.

Gıda maddelerinin denetiminde Sağlık Bakanlığının etkinliğinin artırılması ve gıda kontrolünün sektörlerarası işbirliğini sağlayan özerk bir kuruluş tarafından yapılması.

Gıda maddelerinin kontrolünün herşeyden önce onu satın alan birey tarafından başladığının tüketiciye iletilmesi ve toplumun gıda tüketimi konusunda bilinç düzeyinin yükseltilmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR :

1.Bakıcı Sedat: Eski ve Yeni Düzenlemelere Göre Gıda Maddelerine İlişkin Suçlar, Adalet Yayınevi, Ankara-1999

2000 Yargıtay İlamları

2. Güler Ç., Özdemir, B.H., Ögüç, F., Kılıncı, M., Dönbak, S., Mavi, A., Özenci, V., 1989-1990 Yıllarında Gıda Maddeleri Tüzüğüne 3. Aykırı Davaların Yargıtay Sonuçlarının İncelenmesi., Mimograf, H.Ü.Tıp F.Halk Sağlığı AD, Ankara, 1990.

TABLO 1 2000 yılında Gıda Hukuku ile ilgili olarak Yargıtay 2. Ceza Dairesince bozulmasına karar verilen davaların bozma nedenlerine göre dağılımı.

Bozma nedeni	Adet	%
Usuli eksiklik ¹	7	5.55
Görevsizlik ²	8	6.35
Yanlış ceza tayini ³	56	44.44
560 sayılı khk 4128 sk 18-a aykırılık ⁴	40	31.75
Soruşturma eksikliği	8	6.35
Suç oluşturmaması ⁵	1	0.79
Zaman aşımı ⁶	1	0.79
Eksik inceleme ⁷	1	0.79
Yanlış nitelendirme ⁸	1	0.79
Ön ödeme uygulaması ⁹	-	-
Diğer ¹⁰	3	2.38
Toplam	126	100

TABLO 2 2000 yılında Gıda Hukuku ile ilgili olarak Yargıtay 2. Ceza Dairesine gelip bozulan davaların uygulanması istenilen ceza hükmünü veren yasalara göre dağılımı.

YASA	MADDE	SAYI	ORAN (%)
TCK	396	5	4.72
TCK	398	4	3.77
TCK	526	2	1.89
1593 SK	-	1	0.94
GMT	-	81	76.42
560 S KHK	-	13	12.26
TOPLAM	-	106	100

TABLO 3 Suç tiplmesi belli dosyaların konularına göre sınıflandırılması.(Yargıtay 2.Ceza Dairesi,2000)

		Sayı	Mahkeme kararı	Temyiz inceleme si sonucu	Nedeni
A - tağış edilmiş gıda maddesi satmak (n=3)	Çay satmak	1	Mahkumiyet	Bozma	Ağır para cezası hükmedilmesi gerekliliği
	Yoğurt satmak	1	Mahkumiyet	Bozma	Ağır para cezası hükmedilmesi gerekliliği
	Ekmek satmak	1	Mahkumiyet	Bozma	Ağır para cezası hükmedilmesi gerekliliği
B - bozuk gıda maddesi satmak (n=8)	Sabun kokulu ve kokuşmuş leblebi satmak	1	Mahkumiyet	Bozma	Ağır para cezası hükmedilmesi gerekliliği
	Çikolata satmak	1	Mahkumiyet	Bozma	Eksik inceleme
	Yoğurt satmak	1	Mahkumiyet	Bozma	Ön ödeme yaptırılması gerekliliği
	Yağ satmak	1	Mahkumiyet	Bozma	Görevsizlik
	Peynir satmak	1	Mahkumiyet	Bozma	Ön ödeme yaptırılması gerekliliği
	Tuz-çay satmak	1	Mahkumiyet	Bozma	Ön ödeme yaptırılması gerekliliği
	Kıyma satmak	1	Mahkumiyet	Bozma	Ön ödeme yaptırılması gerekliliği
	Boyalı şeker satmak	1	Mahkumiyet	Bozma	Ön ödeme yaptırılması gerekliliği
C - etikete yanlış bilgi yazma (n=1)	Ekmek	1	Mahkumiyet	Bozma	Ağır para cezası hükmedilmesi gerekliliği
D - ruhsatsız satış yapma (n=2)	İçki satmak	1	Mahkumiyet	Bozma	Görevsizlik
E - etiket bilgisi noksanlığı (n=5)	Gazinolu çalışma	1	Mahkumiyet	Bozma	Görevsizlik
	Meşrubat satışı	1	Mahkumiyet	Bozma	Ağır para cezası hükmedilmesi gerekliliği
	Sucuk satışı	1	Ortadan kaldırma	Bozma	Ön ödeme yaptırılması gerekliliği
	Sucuk satışı	1	Mahkumiyet	Bozma	Nitelendirme eksikliği
	Susam satışı	1	Mahkumiyet	Bozma	Beraat gerekliliği
	Kaşar peyniri satışı	1	Mahkumiyet	Bozma	Ağır para cezası hükmedilmesi gerekliliği

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

TABLO 3 devam

		Sayı	Mahkeme kararı	Temyiz inceleme si sonucu	Nedeni
F – imalat sorumlusu (n=7)	Yiyecek – içecek	1	Mahkumiyet	Bozma	Feraat gerekliliği
	Çay üretimi	2	Mahkumiyet	Bozma	Mahkumiyet
	Asit içeren gazoz	2	Mahkumiyet	Bozma	Beraat gerekliliği
	Sağlığa zararlı pasta imalatı	1	Mahkumiyet	Bozma	Ön ödeme yaptırılması gerekliliği
G – kodekse uygun olmayan imalat (n=18)	Sağlığa zararlı sucuk imalatı	1	Mahkumiyet	Bozma	Ön ödeme yaptırılması gerekliliği
	Tuz oranı fazla ekmek imalat edip satmak	6	Mahkumiyet	Bozma	Ağır para cezası hükmedilmesi gerekliliği
	Kül miktarı fazla unu şahsa arz etmek	3	Mahkumiyet	Bozma	Ön ödeme yaptırılması gerekliliği
	İçinde yabancı madde olan sucuk satmak	1	Beraat	Bozma	-
	Bozuk yaş pasta imalat edip satmak	1	Mahkumiyet	Bozma	Feraat cezası tayini yanlış
	İçinde toplu iğne bulunan ekmekek satmak	1	Mahkumiyet	Bozma	Görevsizlik
	Bozuk tavuk satmak	2	Mahkumiyet	Bozma	Beraat- ön ödeme
	Küflü tereyağı satmak	1	Beraat	Bozma	Mahkumiyet
	Dondurma	2	Mahkumiyet	Bozma	Ön ödeme yaptırılması
	Çay satışı	1	Mahkumiyet	Bozma	Ön ödeme yaptırılması
H -kullanma tarihi geçmiş gıda maddesi satmak (n=3)	Salça satmak	1	Mahkumiyet	Bozma	Ağır para cezası hükmedilmesi gerekliliği
	Kırmızı biber satmak	2	Mahkumiyet	Bozma	Ön ödeme

NAZAR VE NAZARA KARŞI TUZLA YAPILAN PRATİKLER

Doç.Dr. Yüksel KIRIMLI*

*İ.Ü. Edebiyat Fakültesi, Antropoloji Bölümü

ÖZET:

İnanç, insanlığın yarattığı kültürün bir parçası olup, kişilerin günlük yaşamını, davranışlarını etkileyen ve başkalarından öğrenme yoluyla kazandıkları düşüncelerdir. İnanç edinilmesinde, kişinin deneme yoluna saptması, geçerliğini kendi yaşamında geçen bir olayla tanıması gereklidir. Tamamıyla toplumsal ve kültürel bir ürün olan nazar inancı da kültürümüzde yaygın olup, nazarla ilgili nazar değmeden önce korunma amaçlı ve nazar değdikten sonra kötü durumları ya da hastalığı iyileştirme amaçlı pek çok pratik bulunmaktadır. Bu bildiri sınırları içinde, İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Antropoloji Bölümü tarafından yürütülen Türkiye Kültür Haritası Projesi kapsamında gidilen köylerde nazara karşı iyileştirmede tuz kullanılarak yapılan pratiklere yer verilmektedir.

GİRİŞ:

'Hiçbir insan, içinde bulunduğu kültürden bağımsız davranamaz' (Segall ve Diğerleri 1990:5). İnanç da, insanlığın yarattığı kültürün bir parçası olup, kişilerin günlük yaşamını, davranışlarını etkileyen ve başkalarından öğrenme yoluyla kazandıkları düşüncelerdir. 'İnanç doğa olaylarının nedenini bilmeme yüzünden yapılan özel bir yorumdur. Bir yorum, bir inanç olan inanç, kişiden kişiye; çevreden çevreye; toplumdan topluma; ulustan ulusa değişir' (Eyüboğlu 1987: 37-38). İnançlar genelde geleneksel gruplarda da yaygın olup, yaşamın her alanına girmiş ve bütün eylemlere, davranışlara yön verici bir nitelik kazanmıştır (Eyüboğlu 1987: 46). Modern yaşam tarzını benimsemiş gruplar, günlük yaşamlarını düzenlerken geleneksel gruplara oranla daha akılcı yolu benimsemiş olsalar da, bu grupların günlük eylem, davranış ve tutumlarında da, inançların etkisini görmek hala mümkündür. Örneğin günümüz Türkiye'sinde fal, büyü ve nazar hala kentte ve köyde oldukça yaygın olan inançlardır.

AMAÇ:

Bu sunu da nazar inancına karşı yapılan çeşitli pratiklerden, sadece tuz kullanılarak yapılanlara yer verilerek, insanın yaratıcılığına ve kültürün zenginliğine vurgu yapılacaktır.

METOD:

İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Antropoloji Bölümü tarafından 1995-1996 yılında başlatılan ve günümüze kadar bölüm akademik personeli gözetiminde yürütülen, 'Türkiye Kültür Haritası Projesi' kapsamında gidilen ve sahada uzun süre gözlem ve mülakat tekniği ile çok çeşitli konularca veri toplanan Balıkesir, Denizli, Kütahya, Uşak, Isparta illerinin köylerindeki, nazar ve nazar değmesi sonucunda tuz kullanılarak yapılan uygulamalar konusunda derlenen bilgiler görsel malzeme yardımı ile özetlenecektir.

Nazar Nedir:

Arapça 'nazar' kelimesi, 'bakış' anlamına gelir. Türkçe'de de 'nazar' kimi insanların bakışlarındaki zararlı güç ve bu nitelikleriyle, bir kişiye, bir hayvana ya da bir nesneye bakmakla, canlı üzerinde hastalık, sakatlık, ölüm, nesne üzerinde kırılma gibi olumsuz etkinin meydana gelmesidir (Anadol 1987:124). Nazar sadece insanlara özgü bir olay olmayıp, mal mülk, hayvan, toprak, --

Nazar, Nazarlık, Tuz Kavurma, Üzerlik Tututme, Tuz Öveteleme, Tuz Gömdürme.

BEŞİNCİ BÖLÜM:SOSYAL BİLİMLER, TIP EĞİTİMİ, SAĞLIK EĞİTİMİ, OKUL SAĞLIĞI

ağaç, çiçek, eşya ve evlerde nazara uğrayabilir. Herhangi zararlı bir olay, böyle bir sebebe yüklediği zaman 'nazar değdi', 'nazara uğradı', 'göz değdi', 'nazara geldi', 'göze geldi', 'göz aldı' vb. deyimler kullanılır. Nazar toplumsal ve kültürel bir üründür. Bugün olduğu gibi tarihi devirlerde de mevcuttur (Tezcan 1996:127-128).Nazar inancını Neolitik çağlara kadar götürmek mümkündür. Balta şeklinde yapılmış olan nazarlıklar, (amuletlar) Girit'te , Aşağı Mısır'da, Malta'da , Kuzey Fransa'da ve Britanya'da Bronz çağında bulunmuştur. Eski çağlardan itibaren Batı'da ve Doğu'da büyüün ve nazarın kötü etkilerine inanış ve tedbir alma bilgisi kökleşmiştir (Koşay 1956:86).Uğursuz gözden çıkan fenalığı defetmek için kullanılan el şeklinde muskalar, Mısırlılar, Fenikeliler, Yunanlılar, Romalılar tarafından kullanılmıştır (Westermarck 1961:36).Gerçeklere aykırı olmakla birlikte, gözleri fazla çukur, kaşları birbirine bitişik olanlarda (Westermarck 1961:10) ve açık çiy mavi gözlerde nazar gücü olduğu sanılır ve de mavi gözülülerin kötü niyetli, kıskanç, başkalarına zarar vermekten hoşlanan kimseler olduğuna inanılır (Anadol 1987:124). Kıskançlık duygusunun nazara yol açacağı inancı yaygındır. Yalnız şom göz değ'l, şom ağızda vardır (Westermarck 1961:9). Keskin göz ve güçlü dil, baktıkları ya da övdükleri canlıların, hastalanarak ölmelerine neden olur. Özellikle kişinin yakınlarının, fazla hayranlık ve sevgi duyguları da nazara neden olur (Anadol 1987:125) Nazar inancı tarihi devirlerde olduğu gibi bugün de mevcuttur. Nazarla ilgili pratikler genel olarak iki grupta toplanabilir. Nazar değmeden önce korunma amacıyla yapılanlar Nazar değdikten sonra kötü durumları ya da hastalığı sağıaltmak amacıyla yapılanlar

Halk inancına göre, onu üzerinde taşıyanı büyüye hastalıklara ve diğer fenalıklara karşı korumaya veya içinde bulunduğu fenalıklardan kurtarmaya hizmet eden objeye nazarlık denir (Koşay 1956:86). Nazarlığın türü çeşitleri olup, taşlar (akik, firuze) , madenler (altın, gümüş, demir) üstüne dua yazılı parşömenler en çok kullanılanlarıdır. Ayrıca Çörek Otu, Üzerlik Otu, Sarımsak, Deve Dikeni, Hurma Çekirdeği gibi bitkiler, çeşitli hayvanların kabukları, dişleri, boynuzları, kafatasları (Kapumbağa kabuğu ve kürek kemiği, Geyik boynuzu, Köpek ve Öküz kafatası, Kurt dişi, bazı deniz böceklerinin kabuğu gibi). (Koşay 1956:86-88). Yumurta kabuğu, at nalı, göz boncuğu, Fazma Ana Eli, Meryem Ana Eli, küçük çocuk ayakkabısı, nazara karşı korunmada kullanılan unsurlar arasında yer almaktadır.

Canlı varlıklar için, nazar boncuğu, mus'alar, çörek otu, kurt dişi, deniz hayvanlarının kabukları vb. elbiseye iliştirilir veya hayvanların boynuna asılır. Cansız varlıklar içinse evlerin kapılarına at nalı, nazar boncuğu, üzerlik, küçük çocuk ayakkabısı, deve dikeni asılır. Tarla, bağ ve bahçelere öküz başı, köpek kafatası at nalı, yumurta kabuğu asılır. Arabalara , nazar boncuğu, küçük çocuk ayakkabısı asılır.

Nazar değmeden önce koruma amacıyla yapılan pratikler her zaman nazarı engellemekte etkili olamaz. Nazara uğramaya en elverişli kimseler: çocuklarla, güzellikleri ve yetenekleriyle herkesin hayranlığını uyandırmış kişilerdir; çünkü çocuklar zayıftır, çabuk etkilenebilirler; güzel, yetenekli, mutlu kişiler, insanların kıskançlık duygularını kaçırlar. Bu kötü duygular göz yolu ile hedefli etkiler ve sakatlar. (Anadol 1987:124). Nazar hastalığının belirtileri şunlardır: uyku kaçır, göz yaşarır, insan sık sık esner, baş dönmesi, baş ağrısı, ateşlenme gibi haller görülür, vücut zayıflar, hasta durgun hale gelir, Zamanla vücutta çarpılmalar meydana gelir, bu durum öldürücü de olabilir. (Tezcan 1996:127-128), (Altınışık 1977:7983). Bu nedenle nazar değdikten sonra kötü durumları ya da hastalıkları sağıaltmak amacıyla 1) Kurşun Dökme 2) Üzerlik Otu Yakma 3) Tuz Patlatma- Tuz Kavrurma 4) Tuz Gömdürme 5) Tuz ve Üzerlik Otunu Birlikte Yakma 6) Üzerlik Otu ile Çiğnenik Ağacından Alınan Parçaları Birlikte Yakma 7) Üzerlik Otu ile Üç Yol Ağzından Alınan Çöp ve Eşikten Koparılmış Tahta Parçasını Birlikte Yakma 8) Nazarı Değdiği Bilinen Kişinin Evinden Bir Tahta Parçası Alıp Yakma 9) Nazar Duası Okuma 10) Nazar Duası Ckutmama 11) Bıçak Basma- Bıçak Atma 12) Çekiye (uzunca eşarp, tülbent) İğne Bastırma 13) Çekiye Bakma 14) Köz Söndürme 15) Yumurta Kıрма gibi pratikler yapılmaktadır.

Sağlık yönünden inanmalar daha çok nazar kırma işlevini yerine getirir. Nazar kırma olayını da daha çok ocak tabir edilen kişiler gerçekleştirir. Bir ocak ölmeden ya da bu işleri bırakmadan önce " El Verme" denilen olayı gerçekleştirir. Nazar kırma ağırlıklı olarak kadınlar tarafından yapılır, özellikle kadınlar büyü, sihir esrarını iyi bilirler (Westermarck 1961:20)

'Türkiye Kültür Haritası Projesi' çerçevesinde, gidilen illerin köylerinde yapılan çalışmalar nazar inancının günümüzde geçerliliğini yaygın şekilde koruduğuna işaret etmektedir. Örneğin 1998-1999 yılları arasında gidilen Bilecik İnhisar Köyünlü: Bilecik Gölpazarı Üyük; Denizli Akköy Akçapınar; Denizli Acıpayam Uğarı; Denizli Çal Mahmutgazi; Denizli Çameli Bıçakçı; Denizli Tavas Akyar; Kütahya Hisarcık Hamamköy; Kütahya Aslanapa Pınarbaşı; Kütahya Gediz Ece; Kütahya Simav Hacı Hüseyin Efendi; Kütahya Domaniç Büklerler; Kütahya Altıntaş Çakırsaz; Uşak Eşme Eşmetaş; Uşak Karahallı Duraklı ve Uşak Ulubey Küçükayalı köylerinde 888 Erkek ve 987 Kadın olmak üzere toplam 1875 kişiyle görüşme yapılmıştır. Görüşme yapılanların yaklaşık %70'i nazara inanmaktadır. Cinsiyet farklılıklarını dikkate alarak nazara inanma oranları tekrar gözden geçirildiğinde görüşme yapılan kadınların %80'inin, erkeklerin ise yaklaşık %55'inin nazara inandıkları tespit edilmiştir. Şimdi de bu kadar yaygın olan nazar inancına bağlı olarak geliştirilmiş olan pratikler içinde tuz kullanılarak yapılan uygulamalara yer verilecektir.

1) İlk örneğimiz, Balıkesir'in Sındırgı İlçesinin Yaylacık Köyünden derlenmiştir. Köyün tarihiyle ilgili yazılı bir kaynak yoktur. Köyün yaşlılarından alınan bilgiye göre, Yaylacık Köyü yaklaşık 200 yıl önce Kafkasya'dan göç eden Karakeçili Yörük'ü olan Hacı Hafil ve kardeşi Kılıç Mehmet tarafından kurulmuştur. Verileri 1996-1997 yılları arasında derlenen Yaylacık Köyü, 123 Erkek, 142 Kadın olmak üzere toplam 265 kişiden oluşan Müslüman Köyüdür. Köy oldukça engebeli bir araziye sahiptir. Yaylacık Köyü Sındırgı ovasının bittiği yerde kurulmuştur. Tüm köy genel olarak düşünüldüğünde oldukça geniş bir alana yayılmış dağlık bir köy görüntüsünü verir. İlçeye uzaklığı 20 km'dir. Köylü geçimini ağırlıklı olarak topraktan, ardından hayvancılık, inşaat işçiliği ve ormancılıktan sağlar.

Yaylacık Köyü'nde nazara karşı pek çok pratik yapılır, örneğin: nazardan koruyacak suretler ayetler okunur, hocaya ya da ayet bilen birine nazar değen kişi okutup, tüfletir, bakışı, nazar değmesinden korkulan kişinin üzerinden başka yere çekmek için nazarlık takılır, nazar değdiğine inanılan kişi ya da hayvanın içme suyuna bir miktar idrar katılır, tuz kavrulur.

Tuz Kavrurma:

Önce tavaya bir avuç tuz konulur, tuz genellikle kaya tuzudur, ancak sofraya tuzu da kullanılır (FTG:1). Tava, içindeki tuzla birlikte ateşe konulur. Ateşe konulan tuz patlamaya başlar (FTG:2). Bu arada nazar değen kişinin başına bir tülbent örtülür (FTG:3). Daha sonra nazar değen kişinin başının üzerine içi su dolu bir çanak tutulur (FTG:4). Patlatılan tuz bu suyun içine dökülür (FTG:5). Bu işlemlerden sonra nazar değen kişiye bu sudan bir yudum içirilir (FTG:6). ya da biraz yalıtılır. El ve ayak tırnaklarına ve alınına bu sudan sürülür (FTG:7). Daha sonra, avlunun bir kenarına, ayak basmayacak bir yere tuzlu su dökülür (Dizdar 1997:55).

2) Verileri 1998-1999 yılları arasında derlenen Denizli Çal Mahmutgazi Köyü'nün kuruluşuyla ilgili çeşitli rivayetler olmakla birlikte, Prof.Dr. Ömer Lütfi Barkan bu köyün Osmanlı Devleti'nin ilk zamanlarında eski bir vakıf olarak varolduğu yazmaktadır (Karabaş 1999:45). Mahmutgazi Köyü, 200 ü erkek, 201'i kadın olmak üzere toplam 401 kişiden oluşmaktadır. 130 hane bir

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Müslüman Köyüdür. Mahmutgazi Köyü'nün ilçeye uzaklığı 9 km'dir. Köy halkı geçimini öncelikle topraktan tahıl ve sanayi bitkisi olan üzüm yetiştiriciliğinden ve hayvancılıktan sağlar.

Mahmutgazi Köyü'nde de nazara karşı geliştirilmiş pek çok pratik vardır. Örneğin tuz kavurur, dua okunur, kurşun dökülür.

Tuz Kavurma:

İri tuz, bakır bir kapta kavrulur. Ateşte kaynamakta olan suya dökülür. İçine ayrıca 7 buğday tanesi, birkaç tane metal para, soğan kabuğu ve iğne atılır. Bunlar bir süre birlikte kaynatıldıktan sonra, su soğuyunca nazar değeri kişinin: 3 kere başına, 3 kere karın kursağına, 3 kere bacaklarına dökülür. Bu işlemler 9-10 kez tekrarlanır. Bu işlemden önce nazar değeri kişi, damağını kaldırır. Suyun kalanı nazar değeri kişinin koltuk altına, ayaklarının altına ve kucığına dökülür. Böylece nazar değeri kişinin nazarı üstünden atılmış olur (Karabaş 1999: 122-123).

3) Verileri 1998-1999 yılları arasında derlenen, Kütahya'nın Aslanapa İlçesinin Pınarbaşı Köyü'nün de tarihçesi tam olarak bilinmemekle birlikte, Tekeliler, Kocaağzılar ve Kabaşlar isimli üç aile tarafından kurulduğu söylenmektedir. Pınarbaşı bir ova köyüdür ve ilçeye uzaklığı 3 km'dir. Köyün nüfusu 198'i erkek, 192'i kadın olmak üzere 390 kişiden oluşur. Pınarbaşı Köyü'nde yaşayanların dini İslam, mezhepleri ise Sunni-Hanefi'dir. Köy halkının ana geçim kaynağı topraktır. Ayrıca yan gelir olarak büyükbaş ve küçükbaş hayvan beslenir.

Pınarbaşı Köyünde nazarin göz değmesi sonucu olmadığı, bir kişinin dil ile ifadesi sonucunda nazar değeceği inancı hakimdir.

Örneğin bir kişi beğendiği bir şeyi dil ile ifade ederse, nazar değmektedir. İşte bu inanış, onları birtakım şeyler yapmaya itmiştir.

Bunlardan birisi ve en çok başvurulanı, üzerlik tütütmedir. Bunun yanında tuz patlatma ve nazar duası okuma gibi işlemlerde nazara karşı yapılmaktadır. Üzerlik tütütme işlemi sırasında tuzda kullanılır. (Yetkin 1999: 121)

Üzerlik Tütütme:

Üzerlik nohuta benzer taneleri olan bir bitkidir. Bu bitkinin yakılarak dumanının ev içine dağılmasına da tütütme denilir. Bu işlem şöyle gerçekleştirir; bir piknik tüpü evin ortasına getirilir. Bir küreğin içini üzerlik otu ve bir tutam tuz konur (FTG:8-9). Kürek tüpün üstüne konarak, otun dumanının, ev içine yayılma kadar yanması sağlanır (FTG: 10). Bu arada dua okunur. İyice yanan otlar, dışarı çıkarılarak kürek üstte, otlar alta kalacak şekilde ters çevrilir (FTG: 11-12). Böyle yapılmasının nedeni, nazarı değeri kişinin ağzının kapanmasını sağlamaktır. Bu işlem, evin herhangi bir yerinde de yapılabilir. Önemli olan, üzerliğin yanması sonucu çıkan dumanın evin her tarafına yayılmasını sağlamaktır. Ayrıca otun yakıldığı kabin da, işlem bitince mutlaka ters çevrilmesi gerekir. Böylece nazar değmesi engellenir. (Yetkin 1999: 140).

4) Verileri 1998- 1999 yılları arasında derlenen, Uşak'ın Karahallı İlçesinin Duraklı Köyü'nün tarihi tam olarak bilinmemekle birlikte, Doğu Anadolu bölgesinden kan lavası olayından kaçan Deli Hidir, Kara Bekir, Hacım Sultan, Kara Dede isimli kardeşlerden, Kara Dede'nin Duraklı'ya gelip yerleşmesiyle oluşmuştur. Duraklı'nın ilçeye uzaklığı 8 km'dir. Köy 133 erkek ve 140 kadın olmak üzere toplam 273 kişiden oluşur ve Duraklı'da yaşayanların dini İslam, mezhepleri ise Hanefi'dir. Köy halkının ana geçim kaynağı tarım ve dokumacılıktır. Ayrıca az miktarda hayvancılıkta yapılmaktadır.

Duraklı Köyü'nde nazara karşı, kurşun dökme ve tuz öveteleme pratiği uygulanır.

Tuz Öveteleme:

Gerekli malzeme sadece tuzdur (FTG: 13). Nazar değdiğine inanılan kişi tuz öveteleme işini yapacak kişinin karşısına oturur. Tuz övetecek kişi avucuna bir miktar tuz alır (FTG: 14). Avuca alınan tuz, nazar değeri kişinin başının üzerinde dairesel hareketlerle dolaştırılır. Bu işlem yapılırken 3 kez İhlas, 1 kez de Fatıha suresi, tuz öveteleme işini yapan kişi tarafından okunur (FTG: 15-16). Bu işlemler bittikten sonra üzerine okunu'an tuz, üzerine basılmayacak bir yere atılır (FTG: 17).

5) Son örneğimiz, verileri 1999-2000 yıllarında toplanan, Isparta'nın Sütçüler İlçesinin Darıbükü Köyü'ndedir. Darıbükü Köyü'nde Tuz Gömdürme pratiği uygulanır. Darıbükü köyünün tarihi ile ilgili yazılı bir belge bulunamamıştır. Nesilden nesile söylenen varsayımlar ve hikayelere dayanarak, köyün 200 yıllık bir geçmişi olduğu tahmin edilir. Antalya- Manavgat bölgesinden bir grup Yörük, hayvancılık yapmak amacıyla bu bölgeye gelmişlerdir. Köyün denizden yüksekliği 900m. olup, Akdeniz'in meşhur Toros Dağlarının eteklerinde kurulmuştur ve Darıbükü ormanlığı köy konumundadır. Köyün ilçeye olan uzaklığı 58'km.'dir. Müslüman Köy halkının ana geçim kaynağı mevsimlik işçiliktir, diğer bir iş kolu da halı, kilim, yolluk, seccade, torba ve halı dokumacılığıdır.

Tuz Gömdürme:

Darıbükü köyünde bu işi sadece bir kadın yapmaktadır. Rahatsızlığı olan kişi, tuz gömdürmek için bu kadını evini çağırır. Tuz gömecek olan kadın, hastayı karşısına alır ve diri tuz tanelerini eline alıp "Fatıhi" suresini okur. Okunan tuz kor halindeki ateşe gömülür. Gömülen tuz patlamaya başlar. Tuzun patlamasıyla kişiye değeri nazar dağılmış olur. Tuz gömdüren kişi erkekse takkesini, kadınsa yazmasını üzerindeki nazar dağılın diye ateşe silkeler. Tuz patladıktan sonra ateşte biraz kül alınarak suya konur ve nazar değeri kişi bu sudan üç yudum içer ve abcest alır. Geriye kalan su evin dört köşesine serpilir. (Kara 2000: 91).

SONUÇ:

İnsan gruplarının doğa olaylarının nedenini bilmeme nedeniyle yaptıkları yorumlar ve uygulamalar, hayret verici şekilde bol ve çeşitlidir. Bu bildiri de yaşamın her alanına girmiş ve bütün eylemlere, davranışlara yön verici nitelik kazanmış inanç sistemi içinde yer alan, nazar inancı sonrasında yapılan uygulamaların çeşitliliği de, yukarıda söylenen cür'leyle doğrular niteliktedir. Balıkesir, Denizli, Kütahya, Uşak ve Isparta illerinin köylerinde nazar değmesinden sonra, temelde ayrı amaca yönelik olarak tuz kullanılarak yapılan sağaltma işlemindeki fevkaalede çeşitlilik, insanın diğer canlılardan farkını ve farkı yaratanın da költür olduğunu bir kez daha çarpıcı bir şekilde ortaya koymaktadır.

KAYNAKÇA

Altınışık, N. "Bergama'da Nazarla İlgili Uygulamalar", Türk Folklor Araştırmaları, Yıl 28 Cilt 17, No:334, S. 7983- 7984. İstanbul.

Altıntaş, S. Sosyo-Kültürel Yapısıyla Duraklı Köyü, İ.Ü. Edebiyat Fakültesi 1999 Antropoloji Bölümü Basılmamış Lisans Çalışması.

Anadol. C. Tarihten Günümüze Kadar Dünya'da ve İslamiyet'te Halk İnanışları, İstanbul, Devlet Yayınları

Dizdar, Y. Yaylacık Köyünün Sosyo-Kültürel Yapısı, İ.Ü. Edebiyat Fakültesi 1997 Antropoloji Bölümü Basılmamış Lisans Çalışması.

Eyüboğlu, İ. Z. Anadolu İnançları, Anadolu Mitolojisi İnanç-Söylence Bağlantısı, 1987 İstanbul, Geçit Kitabevi.

Kara, N. Sosyo-Kültürel ve Ekonomik Yaşarı ile Darıbükü Köyü, İ.Ü. Edebiyat 2000 Fakültesi Antropoloji Bölümü Basılmamış Lisans Çalışması.

Karabaş, Z. Denizli İli Çal İlçesi Mahmutgazi Köyü Sosyo-Kültürel Ekonomik Araştırması, İ.Ü. Edebiyat Fakültesi Antropoloji Bölümü Basılmamış Lisans Çalışması.

Koşay, H. Z. "Etnoğrafya Müzesindeki Nazarlıc, Muska ve Hamailer", Türk Etnoğrafya Dergisi, Sayı:1., Ankara, Maarif Basımevi.

Segall M.H., Human Behavior in Global Perspective, New York, Pergamon Press. Daseñ, P.R. Ve Diğerleri 1990

Tezcan, M. Kültürel Antropoloji, Ankara, A.Ü., Eğitim Bilimleri Fakültesi Yayınları.

Yetkin, D. Pınarbaşı Köyü, Sosyo-Ekonomik ve Kültürel Yapı İncelemesi, İ.Ü. Edebiyat Fakültesi Antropoloji Bölümü Basılmamış Lisans Çalışması.

Westermarck, E. Nazar Değmesi İnanç, Ankara, Yeni Matbaa. 1961

BEŞİNCİ BÖLÜM: SOSYAL BİLİMLER, TIP EĞİTİMİ, SAĞLIK EĞİTİMİ, OKUL SAĞLIĞI
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ'NDE HALK SAĞLIĞI ROTASYONU YAPAN DÖNEM VI
ÖĞRENCİLERİNİN TOPLUM HEKİMLİĞİ KONULARINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ

Erol GÜRPINAR*, **Berna MUSAL****, **Gazanfer AKSAKOĞLU*****

*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Araştırma Görevlisi, Dr.
**Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, Öğretim Üyesi, Prof. Dr.
***Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Öğretim Üyesi, Prof. Dr.

ÖZET:

Amaç : Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinin, Halk Sağlığı rotasyonu öncesi ve sonundaki Toplum Hekimliği konularındaki bilgi düzeylerinin karşılaştırılması.
Yöntem-Gereçler : Araştırma analitik bir araştırmadır. Araştırma grubu, Şubat-Mart 2002 ve Nisan-Mayıs 2002 tarihlerinde Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda rotasyon yapan iki intern grubudur. İki grup toplam 53 kişidir.
Bulgular : Araştırma grubunun Halk Sağlığı rotasyonun ilk gününde bilgi sorularına göre aldıkları puan ortalaması 60.8±8.4'tür. Halk Sağlığı rotasyonun son gününde aldıkları puan ortalaması ise 66.0±10.7'dir. Bu iki ortalama arasında, eğitimden sonraki puan ortalamasında anlamlı bir yükselme olduğu saptanmıştır (p<0.05). Konu başlıklarına göre ise Ana Çocuk Sağlığı konuları ile Sağlık Yönetimi konularında eğitimden önce ve eğitimden sonraki puan ortalamalarının istatistiksel analizine, eğitimden sonraki puan ortalamalarında anlamlı bir yükselme olduğu saptanmıştır (p<0.05).
Sonuçlar : Araştırma grubunun Halk Sağlığı rotasyonu öncesi aldıkları puan ortalaması 60.3, rotasyon bitiminde aldıkları puan ortalaması ise 66.0'dır. Bu iki ortalama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (p:0.02) ve Halk Sağlığı rotasyonundan sonra puan ortalamasının arttığı saptanmıştır. Mezun olunan lise, ailenin maddi durumu, algılanan maddi durum ve Toplum Hekimliği konularının önemi hakkındaki düşünceler ile bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Sonuç olarak Halk Sağlığı rotasyonu sırasında verilen kuramsal ve uygulamalı eğitimin, öğrencilerin Toplum Hekimliği konularındaki bilgi düzeylerinde anlamlı bir artış sağladığı saptanmıştır.
Anahtar Sözcükler: Halk Sağlığı rotasyonu, Toplum Hekimliği konularındaki bilgi düzeyi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Halk Sağlığı Rotasyonu Yapan Dönem VI Öğrencilerinin Toplum Hekimliği Konularındaki Bilgi Düzeyleri

GİRİŞ:

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde (DEÜTF) son sınıf öğrencileri altı farklı anabilim dalında ikişer aylık rotasyonlar yaparak 12 aylık intern'lik dönemini tamamlamaktadırlar. Bu rotasyonlardan biri de Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda yapılmaktadır. Öğrencilere iki aylık Halk Sağlığı rotasyonunda temel olarak sağlık ocaklarında uygulamalı eğitim, araştırma ve danışmanlık sistemi yönünde eğitim verilmektedir. Bilindiği gibi sağlık örgütlenmesi içinde birinci basamak oldukça önemli bir yer tutmaktadır ve tip eğitiminin en önemli amaçlarından birisi birinci basamakta çalışabilecek nitelikli hekimler yetiştirmektir (1). Ancak ülkemizde tip eğitimi daha çok üçüncü basamak hastanelerde verilmektedir (2). Bu nedenle son sınıftaki iki aylık rotasyon öğrencilerin birinci basamağı tanımlarında büyük önem taşımaktadır (3). Bu süre içerisinde öğrenciler sağlık ocaklarında uygulamalı eğitim ile birinci basamak sağlık hizmetini tanıma ve öğrenme fırsatı bulmaktadırlar (4). Öğrenciler ilk ayın sonunda sağlık ocağındaki çalışmalarını rapor halinde sunmaktadırlar. İkinci ayın sonunda ise çalıştıkları sağlık ocağı bölgesinde hizmet verdikleri topluma yönelik bir araştırma planlamak ve uygulamaktadırlar. Rotasyonun sonunda yaptıkları araştırma ve sonuçlarına ilişkin bir sunum yapmaktadırlar. Bu rotasyon sırasında ek olarak sağlık hizmeti sunan kurumlara alan gezileri de programda yer almaktadır. Alan gezileri sayesinde yatay ve dikey sağlık örgütlenmesini, birinci basamak sağlık hizmeti ile doğrudan ilişkili olan kurumları ve görevlerini öğrenme fırsatı bulmaktadırlar. Özetle Halk Sağlığı rotasyonunda öğrencilere toplumda öncelik taşıyan ve sık görülen problemlerin ve çözüm yollarının öğretilmesi hedeflenmiştir (5). Sağlık ocaklarındaki uygulamalı eğitimin yanı sıra iki aylık sürede, birinci ve üçüncü sınıfta aldıkları Halk Sağlığı eğitiminin kısa bir tekrarı şeklinde, Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyeleri tarafından 27 saatlik kuramsal bir eğitim verilmektedir. Kuramsal eğitim rotasyonun bütünü açısından oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Bunun nedeni aldıkları eğitimi sağlık ocaklarında çalışırken doğrudan uygulamaya şansları olması ve sağlık ocaklarına karşılaştıkları ya da karşılaşılabilecekleri sorunlar ile doğrudan ilişkili olmasıdır. Özetle Halk Sağlığı rotasyonunda öğrencilere toplumun öncelikli sağlık sorunları ile ilişkili olan kuramsal ve uygulamalı eğitim verilmektedir (6).

ILAMAÇ:

DEÜTF son sınıf öğrencilerinin, Halk Sağlığı rotasyonu öncesi ve sonundaki Toplum Hekimliği konularındaki bilgi düzeylerinin karşılaştırılması.

YÖNTEM:

Araştırmanın tipi: Analitik.

Araştırma evreni ve örnek seçimi: Araştırma grubu, Şubat-Mart 2002 ve Nisan-Mayıs 2002 tarihlerinde Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda rotasyon yapan iki intern grubudur. İki grup toplam 53 kişidir. Örnek seçimi yapılmamış, evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. İlk anket grubun tamamına (%100.0), son anket ise toplam 50 kişiye (%94.3) ulaşılmıştır.

Veri toplama yöntemi:

Öğrencilere bağımsız değişkenler ve Toplum Hekimliği bilgi sorularını kapsayan ve toplam 25 adet sorudan oluşan anket formu rotasyonun başında ve sonunda uygulanmıştır. Ankette bulunan soruların dağılımı, öğrencilerin önceki yıllarda Halk Sağlığı ile ilgili aldıkları eğitim programında yer alan konuların ağırlıklarına göre düzenlenmiştir. Buna göre dokuz konu başlığı seçilmiştir. Seçilen konu başlıklarına göre sorular oluşturulmuş, DEÜTF Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda görev yapan ve konunun uzmanı olan öğretim üyelerinin yardımı alınmıştır.

Değişkenler:

Bağımsız Değişkenler: Halk Sağlığı rotasyonu, mezun olduğu lise, ailenin aylık gelir düzeyi, kişinin kendi maddi durumunu nasıl değerlendirdiği (kötü, orta, iyi), öğrencilerin Toplum Hekimliği konularına verdikleri önem konusundaki düşünceleri.

Bağımlı Değişken: Toplum Hekimliği konularındaki bilgi düzeyleri.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Veri Analizi:

Veri analizi için SPSS 10.0 paket programı kullanıldı. Analiz yöntemi olarak, iki grup ortalamasının karşılaştırılması (t testi) ve ki-kare testi kullanıldı. Analizlerde klasik lise mezunları bir grup diğer liseden mezun olanları ayrı bir grup, maddi durumunu kötü ve orta olarak değerlendirenler bir grup, iyi olarak değerlendirenler ayrı bir grup olarak değerlendirilmeye alınmıştır.

IV.BULGULAR:

Araştırma grubunun yaş ortalaması 24.3±3.2 (21-45) dir. Grubunun %77.3'ü erkek, %22.7'si kadındır.

Araştırma grubunun %47.2'si klasik lise mezunudur. İkinci sırada ise Anadolu Lisesi mezunları vardır. Diğer başlığı altında süper lise (%1.9), meslek lisesi (3.8) mezunları yer almaktadır. Grubunun %61.5'inin ailesinin gelir düzeyi asgari ücretin iki katı ve altındadır. %73.6 kişi kendi maddi durumunu kötü ve orta olarak değerlendirmiştir. Grubun %84.6'sı Toplum Hekimliği konularının önemli olduğunu düşündüğünü belirtmiştir.

Araştırma grubunun Halk Sağlığı rotasyonun ilk gününde bilgi sorularına göre aldıkları puan ortalaması 60.8±8.4'tür. Halk Sağlığı rotasyonun son gününde aldıkları puan ortalaması ise 66.0±10.7'dir. Eğitimden önce ve eğitimden sonraki puan ortalamalarının istatistiksel analizinde (t testi) bakıldığında iki ortalama arasında, eğitimden sonraki puan ortalamasında anlamlı bir yükselme olduğu saptanmıştır (p<0.05). Konu başlıklarına göre ise Ana Çocuk Sağlığı konuları ile Sağlık Yönetimi konularında eğitimden önce ve eğitimden sonraki puan ortalamalarının istatistiksel analizine, eğitimden sonraki puan ortalamalarında anlamlı bir yükselme olduğu saptanmıştır (p<0.05) (Tablo-3).

Bağımsız değişkenler ile bilgi düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde, ailenin aylık gelir düzeyine göre, asgari ücretin iki katı ve altında yanıtı verenler ile, asgari ücretin iki katından fazla şeklinde yanıt verenlerin bilgi sorularına göre aldıkları puanlar arasında sınırdan bir anlamlı bir fark bulunmuştur (p:0.05). Son ankette aldıkları puanlarda ise bu fark saptanmamıştır. Mezun olunan lise, kişinin kendi maddi durumu ve Toplum Hekimliği konularındaki düşünceler ile bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Toplum Hekimliği konularının önemi konusundaki düşünceler sorusuna rotasyondan önce grubun %84.6'sı önemli yanıtı verirken, rotasyon bitiminde bu oran %95.7'ye yükselmiştir. (Tablo-4).

V. TARTIŞMA ve SONUÇLAR:

Araştırma grubunun büyük çoğunluğunu erkekler oluşturmaktadır (%73.4). İlk ankete araştırma grubunun tümü (53 kişi), son ankete ise grubun %94.3'ü yanıt vermiştir (50 kişi). Araştırma grubunun Halk Sağlığı rotasyonu öncesi aldıkları puan ortalaması 60.8, rotasyon bitiminde aldıkları puan ortalaması ise 66.0'dır. Bu iki ortalama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (p:0.02) ve Halk Sağlığı rotasyonundan sonra puan ortalamasının arttığı saptanmıştır. Konu başlıklarına göre ise en anlamlı artış Ana ve Çocuk Sağlığı ve Sağlık Yönetimi konularında olduğu saptanmıştır. Mezun olunan lise, ailenin maddi durumu, algılanan maddi durum ve Toplum Hekimliği konularının önemi hakkındaki düşünceler ile bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Toplum Hekimliği konularının önemi olduğunu düşünenlerin yüzdesinin rotasyon öncesine göre arttığı saptanmıştır. Sonuç olarak Halk Sağlığı rotasyonu sırasında verilen kuramsal ve uygulamalı eğitimin, öğrencilerin Toplum Hekimliği konularındaki bilgi düzeylerinde anlamlı bir artış sağladığı saptanmıştır.

KAYNAKLAR

- 1- Kılıç B, Sayek İ. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi raporu, 1997.
- 2- Güraksın A, İnandı T, Keskinler D. "Mezuniyet öncesi tıp eğitimi", Toplum ve Hekim, 1997;12:22-26.
- 3- Dedeoğlu N. "Pratisyen Hekimin Eğitimi ve Halk Sağlığı Anabilim Dallarının Rolü", Toplum ve Hekim, 1997;12:45-48.
- 4- Boztok D. " Türkiye'de Tıp Eğitimine İlişkin Temel Sorunlar ve Çözüm Stratejileri", Toplum ve Hekim, 1994;44-50.
- 5- Aksakoğlu G. "Field Education for PFC", Medical Education, 1993;27:107.
- 6- Saçaklıoğlu F, Aksakoğlu G. "Rural Internship", Annals of Community-Oriented Education, 1991;4:77-80.

Tablo-1: Araştırma grubunun cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	n	%*
Erkek	41	77.3
Kadın	12	22.7
Toplam	53	100.0

*kolon yüzdesi

Tablo-2 : Araştırma grubunun bağımsız değişkenlere göre dağılımı

Değişken	N	%
Mezun olduğu lise		
Klasik lise	25	47.2
Anadolu Lisesi	15	28.3
Fen Lisesi	8	15.1
Özel lise	1	1.9
Diğer	4	7.5
Ailenin gelir düzeyi		
Asgari ücretin iki katı ve altı	32	61.5
Asgari ücretin iki katından fazla	20	38.5
Algılanan maddi durum		
Kötü	10	18.9
Orta	29	54.7
İyi	14	26.4
Toplum Hekimliği konularının önemi hakkındaki düşünceler		
Önemli	44	84.6
Önemli değil	8	15.4

N=53 kişi

BEŞİNCİ BÖLÜM:SOSYAL BİLİMLER, TIP EĞİTİMİ, SAĞLIK EĞİTİMİ, OKUL SAĞLIĞI

Tablo-3 : Araştırma grubunun Toplum Hekimliği konularındaki bilgi düzeyinin konu başlıklarına göre dağılımı

Konu Başlığı (Puan)	Tüm Sorular İçindeki Yeri	İlk anket	Son anket	İstatistiksel analiz	
		Puan ± S	Puan ± S	t	p
Ana Çocuk Sağlığı	20	15.6 ± 3.68	17.9 ± 2.94	3.45	0.00
Epidemiyoloji	20	5.2 ± 4.15	5.7 ± 4.05	0.58	0.56
Bulaşıcı Hastalıklar	20	2.2 ± 3.17	12.0 ± 3.61	-0.35	0.72
Sağlık Yönetimi	20	8.4 ± 3.05	9.7 ± 2.44	2.68	0.01
Kronik Hastalıklar	8	5.5 ± 2.66	5.6 ± 2.92	0.31	0.75
İş Sağlığı	8	5.9 ± 2.17	5.5 ± 2.26	-1.04	0.30
Toplum Beslenmesi	4	2.0 ± 2.01	2.0 ± 2.02	-0.09	0.92
Demografi	4	3.0 ± 1.72	3.3 ± 1.48	0.89	0.37
Çevre Sağlığı	4	3.2 ± 1.55	3.4 ± 1.42	0.49	0.62
Toplam	100	60.8 ± 8.41	66.0 ± 10.71	2.41	0.02

Tablo-4: Araştırma grubunun Halk Sağlığı rotasyonundan önce ve sonra aldıkları puanlar ile değişkenler arasındaki ilişki

Değişkenler	60 puan ve altı		61 puan ve üstü		Toplam	İstatistiksel analiz	
	N	%	N	%		N	χ^2
İLK ANKET							
Mezun olduğu lise							
Klasik lise	11	44.0	14	56.0	25	0.48	0.48
Diğer	15	53.6	13	46.4	28		
Ailenin gelir düzeyi							
Asgari ücretin iki katı ve altı	12	37.5	20	62.5	32	3.72	0.05
Asgari ücretin iki katından fazla	13	65.0	7	35.0	20		
Algılanan maddi durum							
Kötü	18	46.2	21	53.8	39	0.54	0.34
İyi	8	57.1	6	42.9	14		
Toplum Hekimliği konularının önemi							
Önemli	20	45.5	24	54.5	44	0.78	0.30
Önemli değil	5	62.5	3	37.5	8		
SON ANKET							
Mezun olduğu lise							
Klasik lise	7	28.0	18	72.0	25	0.36	0.54
Diğer	9	36.0	16	64.0	25		
Ailenin gelir düzeyi							
Asgari ücretin iki katı ve altı	10	31.3	22	68.8	32	0.02	0.88
Asgari ücretin iki katından fazla	6	33.3	12	66.7	18		
Algılanan maddi durum							
Kötü	10	27.8	26	72.2	36	1.05	0.30
İyi	6	42.9	8	57.1	14		
Toplum Hekimliği konularının önemi							
Önemli	14	31.1	31	68.9	45	0.82	0.36
Önemli değil	0	0.0	2	100.0	2		

N= ilk anket için 53, son anket için 50 kişi

ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ DÜZCE TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN
BAZI SOSYAL SORUNLARI İLE İLGİLİ BİR ARAŞTIRMA

Dr. Berna Ayakta ŞERİF*, Yrd. Doç. Dr. Nuray YEŞİLDAL**

* Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi, Konuralp, Düzce,14450. e-mail:bernacansu@hotmail.com

** Yrd.Doç.Dr., Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi, Konuralp, Düzce,14450. e-mail:nyesildal@ibuduzce-tip.edu.tr

ÖZET

Tıp eğitimi sürecince; ülkesinin öncelikli sağlık sorunlarını, toplumun sosyokültürel ve ekonomik yapısını bilen hekim yetiştirilmelidir. Bu da ancak iyi bir altyapısı olan ve tıp öğrencileri için uygun öğrenme atmosferi oluşturulmuş bir ortamda gerçekleştirilebilir.

Düzce Tıp Fakültesi Dönem 1-2-3-4 Öğrencileri'nin bazı sosyal sorunlarını saptamak, yetersizlikleri belirleyip çözüm önerilerinde bulunmak amacı ile tanımlayıcı kesitsel bir çalışma planlanmıştır. Toplam 78 (%72) öğrenciye ulaşılmıştır. Sosyodemografik

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

özellikler ve sosyal sorunlar ile ilgili 25 soru içeren anketler öğrencilere doldurtularak analizler istatistik paket programı ile yapılmıştır.

Öğrencilerin %50'si normal lise, %19,2'si Anadolu lisesi, %16,7'si süper lise mezunu olduğu, İngilizce düzeylerine bakıldığında %23,1'inin çok kötü, %25,6'sının biraz iyi, %26,9'unun orta, %23,1'inin iyi düzeyde İngilizce bildikleri belirtilmiştir. Baba meslekleri sorulduğunda %29,9'unun emekli, %26'sinin memur olduğu ve grubun %79,5'inin geçim sıkıntısı çektiği belirtilmiştir. Grubun %35,9'u ulaşım, %69,2'si yemek, %66,7'si kütüphane, %57,7'si tuvalet, %53,8'i kağıt, %40'ı spor, %51,3'ü ise maddi sorunlar yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Maddi sorunu olduğunu belirtenlerin %25,6' burs verilmesi konusunda öneride bulunmuştur. **Anahtar Kelimeler:** Tıp fakültesi öğrencileri, tıp fakültesi, sosyal sorunlar

GİRİŞ

Hekimlik, iyi bir tıbbi bilgi ve becerinin yanı sıra kişinin; insan sevgisi, alçak gönüllük, moral değerlere sahip çıkma gibi insani özellikleri de taşımasını gerektiren bir meslektir. Tıp fakültelerinin programları ülkelerin sosyo-kültürel, ekonomik durumu, sağlık göstergeleri ve sağlık politikaları ile yakından ilgili olmak durumundadır. Türkiye'de 2000 yılı Şubat ayı itibarıyla toplam 47 tıp fakültesi ve 31,648 tıp öğrencisi bulunmaktadır¹. Buna göre en çok öğrenci 2476 kişi ile Cerrahpaşa, 2322 kişi ile Ankara, 2276 kişi ile İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde (ÜTF); en az öğrenci ise 29 kişi ile Maltepe, 40 kişi ile Kadir Has, 54 kişi ile Kahramanmaraş Sütçü İmam ÜTF'lerdedir. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi'nde ise toplam 132 öğrenci bulunmaktadır. Tıp fakültesine giriş ile başlayan ve helimin yaşamı boyunca süren tıp eğitiminin temelleri, tıp fakültesinde mezuniyet öncesi dönemde atılır. Tıp fakültelerinin eğitim alt yapı imkanları, fizik yapı, araç-gereç, finansman, öğretim üyesi ve yabancı dil yönünden yetersizdir.

AMAÇLAR

Bu çalışmanın amacı, Düzce Tıp Fakültesi Öğrencileri'nin bazı sosyal sorunlarını saptamak, yetersizlikleri belirleyip, gereken önlemlere ilişkin önerilerde bulunmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma Bölgesinin Tanıtımı: Araştırma bölgesi Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi'dir. Dönem 1 ve 2 öğrencileri(63) Düzce Tıp Fakültesi'ne 3 km uzaklıktaki Beçi Kampusu'nda öğrenim görmektedir.

Araştırmanın Tipi: Araştırma tipi tanımlayıcı kesitseldir.

Araştırma Evreni Ve Örnekleme: Araştırma evreni Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi dönem 1'de 32, dönem 2'de 31, dönem 3'de 25 ve dönem 4'de 20 olmak üzere toplam 108 öğrenciden oluşmaktadır. Örnekleme yapılmamış, öğrencilerin tamamına anket formları dağıtılarak doldurularak istenmiştir. Toplam 78 (%72) kişi formları doldurarak geri teslim etmiştir.

Araştırmayı Uygulayanlar Ve Uygulama: Öğrencilere sosyodemografik özellikleri ve bazı sosyal sorunları ile ilgili 25 soru içeren anketler dağıtılarak cevaplamaları istenmiştir.

Araştırmanın Analizi: İstatistik değerlendirilmede niteliksel değişkeler için ki-kare testi kullanılmıştır. Analizler istatistik paket programı ile yapılmıştır.

Araştırmanın Süresi: Veriler Ocak 2002'ce toplanmış, analiz ve değerlendirme Mayıs 2002'de tamamlanmıştır.

BULGULAR

Öğrencilerin cinsiyet dağılımlarına incelendiğinde %59'unu erkekler oluşturmaktadır (Tablo 1). Yaş gruplarının dağılımı incelendiğinde birinci sırayı %70.5 oranla 20-24 yaş grubu almakta bunu %28.2 ile ≤ 19 yaş öğrenciler izlemektedir (Tablo 1). Grubun %35,9'u dönem 1, %32,1'i dönem 2, %20,5'i dönem 3, %11,5'i ise dönem 4 öğrencilerinden oluşmaktadır. Geldikleri bölgelere bakıldığında %34,6 İ. Anadolu, %20,5 Marmara, %17,9 Akdeniz, %12,8 Güneydoğu, %3,8 eşit yüzdelere Ege ve Doğu Anadolu bölgelerinden geldikleri görülmüştür. Öğrencilerin %50'si normal lise, %19,2'si Anadolu lisesi, %16,7'si süper lise mezunudur.

Tablo 2'de araştırma grubunun aile özellikleri incelendiğinde %89,7'si çekirdek aile, %7,7'si parçalanmış aile ve %2,6'sının parçalanmış aileye sahip olduğunu bildirilmiştir. Grubun %98,7'sinin annesinin sağ, %93,6'sının babasının sağ olduğu ve %5,1'inin babalarının ölmüş olduğu bildirilmiştir. Anne mesleği sorulduğunda %74 ev hanımı, %14,3'inin emekli, baba mesleğinde ise %29,9'unun emekli, %26'sının memur olduğu görülmüştür. Kardeş sayısı incelendiğinde %48,7'sinin 1-2, %25,6'sının 5 ve üzeri sayıda kardeşe sahip oldukları bildirilmiştir (Tablo2).

Grubun İngilizce seviyelerine bakıldığında(n=78) %23,1'inin yetersiz, %25,6'sının az yeterli, %26,9'unun orta, %23,1'inin iyi seviyede ve %1,3'ünün tam olarak İngilizce bildikleri belirtilmiştir. Grubun bitirdikleri liselere İngilizce bilme durumu değerlendirildiğinde, normal lise mezunlarının %74,4'ünün yetersiz ve az yeterli, diğer liselerden mezun olanların ise %76,9'unun orta, iyi ve tam derecede İngilizce bildikleri belirtilmiştir (Tablo 3). Normal lise mezunlarında İngilizce bilme yetersizliği diğer lise mezunlarına göre 9,6 kat fazla bulunmuştur (p=0,000005, OR=9,67, %95güven aralığı=3,08-31,60).

Grubun %79,5'i geçim sıkıntısı çektiği saçıtanmıştır. Grubun %50'si kredi aldığını, %16,7'si burs aldığını belirtmişlerdir. Grubun %46,2'si arkadaşları ile evde, %35,9'u devlet yurdunda kaldıklarını belirtmişlerdir(Tablo 4).

Grubun %35,9'u ulaşım sorunu yaşamaktadır. Grubun %69,2'si yemek sorunu yaşadığını belirtmiş bunların %61,1'i yemeklerin kötü olduğunu, %16,6'sı ise yemeklerin temiz olmadığını belirtmişlerdir. Öğrencilerin %66,7'si kütüphane ile ilgili sorunu olduğunu belirtmiş bunların %51,9'u kütüphanenin olmadığını, %30,8'i ise kütüphanenin yetersiz olduğunu bildirmiştir. Tuvalet sorunu olduğunu söyleyen grubun %57,7'sinin %66,7'si tuvaletlerin kirli, %20'si tuvaletlerde sabunun olmadığını, kantin sorunu olduğunu söyleyen grubun %53,8'inin %15,4'ü kantinin kalabalık olduğunu, %19,3'ü kantinin pahalı olduğunu, spor sorunu olduğunu söyleyen grubun %48,7'sinin %86,8'i ise spor alanlarının bulunmadığını belirtmişlerdir. Grubun %51,3'ü ise maddi sorunlar yaşamaktadır ve ayrıca %37,2'si kendisinin maddi sorunu olduğunu, %14,1'i arkadaşının maddi sorunu olduğunu ifade etmişlerdir. Dönem 1 ve 2. sınıfların %81,1'i kütüphane sorunu olduğunu belirtirken, dönem 3 ve 4 öğrencilerinin %36'sı kütüphane sorunu olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 5). Yemeklerin kötü olduğunu belirten grubun bu konudaki çözüm önerilerine bakıldığında, %51,7'si yemeklerin kalitesinin artırılması ve yemek şirketinin değiştirilmesini, %35,5'i ise yemeklerin temiz olmasını istediklerini belirtmişlerdir. Kütüphane ile ilgili çözüm önerilerine bakıldığında grubun %88'i kütüphanenin geliştirilmesi ve kitapların artırılması önerisinde bulunmuşlardır.

Tuvaletlerle ilgili sorun olduğunu belirten grubun %57,7'sinin çözüm önerilerinde birinci ve ikinci sırayı, eşit yüzdelere %43,3'le tuvaletlerin günlük temizlenip sabun konulması ve günlük temizlik yapılması almıştır. Kantinle ilgili sorunu olduğunu belirten öğrencilerin %38,9'u sigara içmeyenler için ayrı bir bölme olmasını %16,7'lik eşit yüzdelere öğrenciler için ayrı bir kantin olmasını ve öğrencilere daha ucuz olmasını istediklerini belirtmişlerdir.

BEŞİNCİ BÖLÜM:SOSYAL BİLİMLER, TIP EĞİTİMİ, SAĞLIK EĞİTİMİ, OKUL SAĞLIĞI

Sporla ilgili sorunları onların %44,7'si spor alanlarının yapılmasını istediklerini belirtmişlerdir. Maddi sorunu olduğunu belirtenlerin % 25,6' burs verilmesi konusunda öneride bulunmuştur. Çeşitli konulardaki sorunlarına çözüm olarak öğrenciler burs verilmesini ders araç gereçlerinin kullanımının artırılmasını ve rehberlik hizmetlerinin verilmesini istediklerini belirtmişlerdir.

TARTIŞMA

Türkiye'de Tıp Eğitimi Öğrenci Boyutu adlı 1991 yılında yapılan çalışmada, internlerin %73'ü normal lise, %9'u Anadolu lisesi ve %6'sı özel lise mezunu olduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda da grubun %50'si normal lise, %19,7'si Anadolu lisesi ve %16,7'si süper lise mezunu olduğunu belirtmişlerdir. Meclis 1991 araştırmasında mezun olan tıp fakültesi öğrencilerinin, ancak %20'si "çok" ya da "tam" İngilizce bilirken bizim çalışmamızda grubun %24,4'ü iyi ve çok iyi düzeyde İngilizce bildiğini ifade etmiştir³. TTB'nin 2000 yılında yaptığı araştırmada tıp fakültelerinin %70'inde (33 fakülte) ayrı bir tıp fakültesi kütüphanesi varken, %2'sinde (1 fakülte, Abant İzzet Baysal-Düzce) hiç kütüphane bulunmamaktadır. Altı tıp fakültesinde ise (Akdeniz, Cumhuriyet, Gazi, Gaziantep, İnönü, Kırıkkale) merkezi kütüphaneden yararlanılmaktadır³. Bizim çalışmamızda da öğrencilerin %34,6'sı kampusta kütüphane olmadığını, %20,5'i ise kütüphanenin yetersiz olduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışma yapılırken Beçi kampusunda kütüphane bulunmazken çalışmadan kısa bir süre sonra bu kampusta da bir kütüphane kurulmuştur.

SONUÇ

Tıp eğitiminin önündeki en büyük engellerden birisi "kaynak" sorunudur. Öğrenci başına yapılan harcamalar son yıllarda daha da azalmıştır¹. Araştırma grubunun %79,5'u geçim sıkıntısı çekmektedir. Grubun %53'ü maddi sorunu olduğunu belirtmiş ve sorunu olanların % 25,6'sı burs verilmesi konusunda öneride bulunmuştur. Burs isteyen ve uyum sorunu olan öğrenciler için tıp fakültesi bünyesinde bir sosyal hizmet bürosu kurulmalıdır. Grubun %69,2'si yemeklerden şikayetçi olup bunların %51,7'si yemeklerin kalitesinin artırılması ve yemek şirketinin değiştirilmesini istemişlerdir. Tuvaletle ilgili sorun olduğunu belirtenler grubun %57'sidir. Üniversitemizin tıp fakültelerine hizmet veren kütüphanesi fizik, insan gücü ve teknolojik açıdan nitel ve nicel sorunlar içindedir. Daha nitelikli hekim yetiştirmede vazgeçilmez unsur olan kütüphaneler bir yatırım olarak görülmesi, alt yapı ve mali sorunları giderilmelidir. Ayrıca kütüphanelerde profesyonel kütüphaneciler çalıştırılmalıdır³. Grubun %48,7'si yetersiz düzeyde ve biraz İngilizce bildiklerini ifade etmiştir. Tıp eğitiminde yabancı dil bilgisi, teknik terimleri kavrayabilmek, kaynak kitapları okuyabilmek ve yenilikleri izleyebilmek için zorunludur⁴. Bu nedenlerle tıp fakültesinde yabancı dil öğretimi imkanları artırılmalıdır. Nitelikli insan gücü yetiştirmek spor faaliyetleri mutlaka gereklidir bu nedenle spor alanlarının açılmasında gerekli işlemler tamamlanmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1-Kılıç B, Sayek İ, Türk Tabipleri Birliği Meziyiyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu-2000 (TTB MÖTER), Toplum ve Hekim Dergisi, Mayıs-Haziran 2001, 16(3):230-240, <http://www.ttb.org.tr/MÖTER>
- 2- Türkiye'de Tıp Eğitimi Öğrenci Boyutu, Türkiye Büyük Millet Meclisi Araştırma Komisyonu, Ankara-1991.
- 3-Akaydın M, Aktekin M, Tekin L, Tıp Öğrencilerinin Bilgiye Ulaşım Olanakları Üniversite Kütüphanelerinde Durum Saptaması, Toplum ve Hekim Dergisi,
- 4-Boztok D, Türkiye'de Tıp Eğitimine İlişkin Temel Sorunlar ve Çözüm Stratejileri, Toplum ve Hekim Dergisi, Ocak-Şubat 1994, 9(59):44-50.

Tablo 1. Araştırma Grubunun Bazı Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Sosyodemografik özellik (n=78)	Sayı	%	Alt sınır,üst sınır, orta*ama,ortanca,SS*,SH*
Cinsiyet			
Kız	32	41,0	
Erkek	46	59,0	
Sınıfları			
Dönem 1	28	35,9	
Dönem 2	25	32,1	
Dönem 3	16	20,5	
Dönem 4	9	11,5	
Yaş grubu			Alt sınır =18,Üst sınır=30
≤ 19	22	28,2	Ortalama =20,47
20-24	55	70,5	Ortanca =20
25-30	1	1,3	SS =-1,71 SH =0,19
Geldiği Bölge			
Marmara Bölgesi	16	20,5	
Karadeniz	5	6,4	
Doğu Anadolu	3	3,8	
Güneydoğu Anadolu	10	12,8	
İç Anadolu	27	34,6	
Ege Bölgesi	3	3,8	
Akdeniz Bölgesi	14	17,9	
Bitirdiği Lise			
Normal Lise	39	50,0	
Süper Lise	13	16,7	
Fen Lisesi	3	3,8	
Anadolu Lisesi	15	19,2	
Öğretmen Lisesi	3	3,8	
Diğer**	5	6,5	

* SS: Standart sapma, SH: Standart hata

** Erkek lisesi, yabancı dil ağırlıklı lise, imam hatip lisesi .

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Tablo 2. Araştırma Grubunun Aile Yapıları İle İlgili Özellikleri

Aile Yapıları (n=78)		Sayı	%
Aile tipi	Çekirdek	70	89,7
	Geniş	6	7,7
	Parçalanmış	2	2,6
Anne	Sağ	77	98,7
	Kronik hastalığı var	1	1,3
Baba	Sağ	73	93,6
	Kronik hastalığı var	1	1,3
	Ölü	4	5,1
Annenin Mesleği	Ev hanımı	57	74,0
	Emekli	11	14,3
	Öğretmen	5	6,5
	Diğer*	4	5,2
	Diğer**	1	1,3
Babanın Mesleği	Emekli	23	29,9
	Memur	20	26,0
	Serbest meslek	13	16,9
	İşsiz	3	3,9
	İşçi	4	5,2
	Öğretmen	8	10,4
Kardeş Sayısı	0	2	2,6
	1-2	38	48,7
	3-4	18	23,1
	5 ve üzeri	20	25,6
	Kaçınıcı Çocuk	1.	31
2.		20	26,0
3.-4.		20	27,0
5. ve üzeri		6	7,7

* Doktor,memur,işçi ** Avukat, polis, mühendis,çiftçi

Tablo 3. Araştırma Grubunun Bitirdikleri Liseye Göre İngilizce Seviyeleri

Bitirdiği Lise	İngilizce Seviyeleri			
	Yetersiz ve az yeterli	Orta, iyi ve tam	Toplam	
Normal Lise	Sayı	29	10	39
	%	74,4	25,6	100
Diğer*	Sayı	9	30	39
	%	23,1	76,9	100
Toplam	Sayı	38	40	78
	%	48,7	51,3	100

P= 0,000005, OR=9,67 (3,08<OR < 31,60), Ki-kare=20,53

- Süper lise, fen lisesi, Anadolu lisesi, öğretmen lisesi, erkek lisesi, yabancı dil ağırlıklı lise, imam hatip lisesi

Tablo 4. Araştırma Grubunun Geçim Sıkıntıları ve Sorunlarının Dağılımları

Geçim Sıkıntısı (n=78)	Gelirle İlgili Özellikler	Sayı	%	Alt sınır,üst sınır, ortalama,ortanca,SS*,SH*
Geçim Sıkıntısı (n=78)	Çok sıkıntılı	16	20,5	
	Biraz Var	46	59,0	
	Yok	16	20,5	
Kredi Miktarı (ayda)(n=38)	30 milyon	36	46,2	Alt sınır =30,Üst sınır =90
	50 milyon	1	1,3	Ortalama =32,1
	90 milyon	1	1,3	Ortanca =30 SS =10,18 SH=1,65
Burs Miktarı (ayda)(n=12)	15 milyon	1	1,3	Alt sınır =15
	25 milyon	7	9,0	Üst sınır =100
	30 milyon	3	3,8	Ortalama =31,68
	100 milyon	1	1,3	Ortanca =25 SS =21,88 SH =6,32
Kaldığı Yer (n=78)	Ailesiyle evde	10	12,8	
	Arkaçaları ile evde	36	46,2	
	Tek başına evde	2	2,6	
	Devlet yurdunda	28	35,9	
	Özel yurtda	2	2,6	
Yemek Sorunu (n=78)	Var	54	69,2	
	Kötü	33	61,1	
	Temiz değil	9	16,6	
	Soğuk	5	9,3	
	Diğer*	5	9,3	
	Sorunu belirtmeyen	2	3,7	
	Yok	24	30,8	
Kütüphane Sorunu (n=78)	Var	52	66,7	
	Kütüphane Yok	27	51,9	
	Yetersiz	16	30,8	
	Yayırlar İngilizce	2	3,9	
	Sorunu belirtmeyen	7	13,4	
Tuvalet Sorunu (n=78)	Yok	26	33,3	
	Var	45	57,7	
	Kirli	30	66,7	
	Sabun Yok	9	20,0	
	Kirli ve sabun yok	4	8,9	
	Çöp kutusu yok	1	2,2	
	Sorunu belirtmeyen	1	2,2	
Spor Sorunu (n=78)	Yok	33	42,3	
	Var	38	48,7	
	Yok	40	51,3	

- Zamanı uygun değil, şap konuluyor, et miktarı az.

BEŞİNCİ BÖLÜM: SOSYAL BİLİMLER, TIP EĞİTİMİ, SAĞLIK EĞİTİMİ, OKUL SAĞLIĞI TÜKETİCİ VE BİLİNÇLİ ALIŞVERİŞ

* Bige Surlu
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D Araştırma Görevlisi

ÖZET: İnsanın dışındaki her şey çevrenin ögesidir. Çevre kişi üzerindeki dış etkilerin bütünüdür. Kişi davranışları ile çevreye yön verir. Kişinin tüketim alışkanlıkları en başa gelen belirleyicidir. Bilinçli tüketim ve sağlıklı çevre ilişkisi birbirinden ayrılmaz kavramlar olarak düşünülmemelidir. Yapılan araştırmalar Türkiye’de tüketimin yeterince bilinçli olmadığını göstermektedir. Bilinçli tüketimi sağlamanın en temel yolu ise eğitimidir. Eğitim de dikkat edilmesi gereken unsurlar; fiyat, kalite, değer, hizmet, reklam, marka, etiket’dir.

Anahtar Kelimeler: Tüketici, Bilinçli Alışveriş
İnsanın dışındaki her şey çevrenin ögesidir. Çevre, kişi üzerindeki dış etkilerin bütünüdür. Aynı zamanda çevre, bir yaşamı sürdürme ve sağlama sistemidir. Bu sistemin en temel öğeleri: su, yiyecek ve barınaktır.

İnsanların öncelikle su, yiyecek barınak gibi ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik takasa yetecek miktardaki üretim çabaları, bilime dayalı üretim tekniklerinin gelişmesi ile emek ağırlıklı üretimden kurtulmaları oranında artmıştır. Üreticiler bu üretim fazlasının tüketilmesi için çaba harcamışlar. Bu profesyonel pazarlama ve dağıtım ilişkilerinin kurulmasına neden olmuştur.

İlk üretim ilişkilerinde “üreticinin” karşıtı “alıcı” görülürken, üretim niteliğinin ve niceliğinin değişmesi, klasik alıcı kavramını değiştirmiş yeni bir kavram olarak “tüketici” kavramı doğmuştur.(1)

Tüketici, bir mal ve hizmeti özel amaçlarla satın alarak, nihai olarak kullanan veya tüketen gerçek veya tüzel kişiyi ifade etmektedir.(Anon 1999).(2)

Tüketici kredi taleplerinin çok büyük artış göstermesi, taksitli satışların artması ve reklamların yaygınlaşması, tüketimin artmasına neden olmuştur. Tüketicilerin bir yandan firmalara kıyasla ekonomik yönden güçsüz olması, diğer yandan satın alma konusunda yeterli bilgiye sahip olmamaları, reklam ve yayımlarla yanıltılmaları ve teşkilatlanmamış olmaları korunmalarını gerektirmiştir. 1982 Anayasasının “Tüketicilerin korunması” başlığını taşıyan 172. maddesi “Devlet, tüketicileri, koruyucu ve aydınlatıcı tedbirleri alır, tüketicilerin kendilerini koruyucu girişimlerini teşvik eder.” Hükümünü içermektedir. Ayrıca Borçlar Kanununu, Medeni Kanun ve Türk Ticaret Kanunundaki çeşitli hükümlere dayanarak tüketicilerin korunması mümkün olabilmektedir. Ancak çok sayıda yasal düzenlemenin bulunması karışıklığa neden olduğundan, tüm bu hususları düzenleyen tek bir kanuna ihtiyaç duyulmuş ve 1995 yılında 4077 sayılı “Tüketicilerin Korunması Hakkında Kanun” çıkarılmıştır.(1)

Tüketicinin korunabilmesi için onun hukuken korunabileceği zemini hazırlamak yeterli değildir. Özellikle ülkemizde “hak arama” alışkanlığı yoktur. Eskiden beri yerleşmiş yanlış inançlar vardır. Örneğin, hukuka aykırı bir iş yapamı hiç kimse şikayet etmek istemez, şikayetçiye kötü gözle bakılır ve “işpiyoncu” denir. Bunun bir başka sebebi de mevcut adalet sisteminin, yavaş, pahalı ve kötü işlemesidir. Her şeyden önce tüketiciye, serbest piyasanın, herkesin her istediğini yapabileceği, bu arada başkalarını aldatabileceği bir piyasa olmadığını anlatılması gerekir. Serbest piyasada her şey mümkündür, imajı kırılmaldır.

Tüketicinin korunmasında en etkili yollar dan biri, tüketicinin eğitilmesidir. İhtiyaçları ve kaynakları konusunda bilinçlenmiş tüketicinin hem yaşamı kolaylaşır, hem de daha kaliteli mal üretmeleri konusunda üreticileri zorlar.

Evsensel kabul görmüş tüketici hakları şulardır:

- Temel ihtiyaçların giderilmesi hakkı
- Sağlıklı bir çevreye sahip olma hakkı
- Sağlık ve güvenlik hakkı
- Sesini duyurma hakkı
- Eğitilme hakkı
- Bilgi edinme hakkı
- Mal ve hizmetlerin serbestçe seçilmesi hakkı
- Tazmin edilme hakkı (3)

Tüketici olarak bireyin toplumda yer alışı, çocuklukta başlayıp, yaşam boyu devam etmektedir. Parkında olsun ya da olmasın her birey mevcut yaşamını devam ettirebilmek için tüketmiş olduğu mal ve hizmetlerle yaşadığı çevreye yön vermekte ve onu tüketimleriyle desteklemektedir. Bir başka deyişle; tüketici hakkı olan sağlıklı çevreyi kendisi belirlemektedir.

Para kazanmak insan yaşamında önemli bir işittir, ancak kazanılan bu paranın harcanması da en az kazanmak kadar üzerinde durulması gereken bir konudur. Bu da bilinçli alışverişle sağlanabilir.

Bilinçli alışveriş kazanılan paranın:

- a) Yiyecek, giyecek, kira gibi “ihtiyaçlar” a harcanmasını,
 - b) İlerde gereksinim duyulabilecek acil ihtiyaçlar ve uzun vadede düşünülen yatırımlar için gereken tasarrufun yapılmasını,
 - c) lüks ihtiyaçlara, uygun bir şekilde paylaştırılmasını anlatır.
- Bunun içindir ki, alışveriş bir bakıma seçim yapınaktır. Seçim ise:

- a) İstekler ve ihtiyaçlar
- b) Bir ürün veya benzerleri
- c) Birbirinden tamamen farklı iki ürün
- d) Harcama ve tasarruf olguları arasında yapılır.

EŞYA SEÇERKEN DİKKAT EDİLECEK KRİTERLER:

Şey yaparken, kararlarımızı yaşamımıza yön veren değerlerimiz etkiler. Örneğin; bir çok kişi için ailenin bütünlüğü önemlidir. Aile, hafta sonu ve tatil harcamalarını birlikte yapar, bazıları ileri eğitimin önemli olduğunu düşünür; bu yüzden ileride eğitim için kullanmak üzere bazı lüks harcamalardan tasarruf eder.

Ortalama bir aile için gerçek ihtiyaçlar genellikle kısıtlıdır, fakat istekler sınırsız olabilir. Reklamların güçlü etkisi, kolay kredi, yaşam seviyesinin yükselmesi; isteklerin sınırsızlığının nedenidir. Gerçek acil ihtiyaçlar yerine lüks olanın ne olduğu belirlenmelidir.

Satıcıların “tikisel maddeler”(impulse items) diye adlandırdıkları, sakız, şeker gibi küçük şeyleri alarak ailenin her üyesinin parmakları arasından büyük miktarda para kayıp gitmektedir. Tikisel maddeler, alımı kolay ucuz şeylerdir, cebinde çok az para olanlar bile ihtiyaç duyup duymadıklarına bakmaksızın ucuz olan bu ürünleri alabilirler.

ALIŞVERİŞTE KARAR VERME SÜRECİ:

Herhangi bir eşya alınırken seçim esnasında çeşitli basamaklardan geçilir, bunlar:

- 1) Problemin tanımı: Alacağım eşyadan ne bekliyorum? Alacağım şey amacıma hizmet edecek mi?

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

2) Alternatiflerin tanımı: Hangi seçenekler uygun?

3) Kriterleri belirleme: a) Ne kadar ödeyebilirim?

b) Ne tür garantileri istiyorum?

c) Ürünün kullanım süresi ne kadar?

4) Alternatifleri değerlendirme: Alternatiflerin; servis, performans, fiyat durumları nedir?

5) Karar verme: Hangi alternatif, amaca en uygun, ödenecek fiyata en değer olandır?

ALIŞVERİŞTE KULLANILAN İLKELER:

Birey ve ailenin, ekonomik refahı için bilinçli alışveriş önemlidir. Bunun için ilk adım, iyi bir planlamadır. Bunu alışverişin yapılması ve değerlendirilmesi izler.

Alışverişte karşılaştırma yapmak esastır. Ülkemizde'de mal ve hizmet çeşitliliği fazladır. Alıcı ürünleri; fiyat, kalite, benzer ürünlerdeki fiyat uygunluğu ölçütleri ile karşılaştıracaktır. Bilinçli alıcı, karşılaştırmalı alışveriş için karşıtı olan itkisel satın alma davranışından (impulse buying) uzak duracaktır. İtkisel alışveriş; bir malı veya servisi alelacele, fiyatını, ihtiyacı, alternatifleri ve ödeme gücünü düşünmeksizin satın alma faaliyetidir.

FİYAT; KALİTE VE DEĞER:

Fiyat konusunda iki uç görüş vardır. Biri en yüksek fiyat en iyisidir, diğeri ise en düşük fiyat en iyisidir. Her iki görüş de doğru değildir. Fiyat; malın veya hizmetin kalitesinin yanısıra ihtiyaç ve istekleri karşılamasıyla beraber değerlendirilmelidir. Paramıza en uygun değeri sağlayan ürün" en iyi belirleyicidir. Ürünün fiyatı en ucuz veya en pahalı olabilir.

ALIŞVERİŞTE HİZMETİN ÖNEMİ:

Alışveriş de; fiyat her zaman en iyi belirleyici olmayabilir. Örneğin; mekanik veya elektrikli bir araç satın alırken; diğer ürünlerde de olduğu gibi; ürünün problem çıkarmadan çalışması, problem olduğunda; hizmet alabileceğiniz onarım servisinin olması önemlidir.

ALIŞVERİŞTE:

Bir ürünün stoğunda fazlalık varsa, fiyatında düşme olacaktır, tersine ürünün stoğunda azlık ve istemde fazlalık olması durumunda ürünün fiyatı yükselecektir. Bir ürün için istem düşükse, fiyatlar genellikle düşer. Yılın belli zamanlarındaki fiyat değişkenliği göz önüne alındığında, bilinçli alışveriş de zamanlamanın önemli bir faktör olduğu ortaya çıkar

BİRİM FİYATLANDIRMA:

Birim fiyatlandırma, marka ve boyut karşılaştırması için kullanılan, bir maddenin standart birimidir.

ALIŞVERİŞİN NİTELİĞİ:

Bir malı, küçük miktarlarda satın alanlar, büyük miktarda alanlara göre daha fazla para öderler. Bunun yanında, daha fazla sayıda mal almak da fiyatı düşürebilir. Örneğin; biri 100 TL, iki tanesi 180 TL gibi. Fakat daha fazla sayıda veya daha çok alma, ihtiyaç olmadığı sürece ekonomik değildir.

PROMOSYON VE HEDİYELİ SATIŞLAR:

Hiç bir şey bedava değildir, birileri öder. Eğer promosyonlu veya hediye mal alıyorsanız, bunun maliyeti ödediğiniz fiyattan içindedir. Satın alınan malların fiyat uygunluğu kontrol edilmelidir. Birim fiyatı not etme, bir kontrol yoludur. Kaliteyi kontrol etmek, ürünün etiketinde yazılı bağımsız test laboratuvarlarının sonucunu okumak da bir yöntemdir.

UCUZ MAL SATAN MAĞAZALAR:

Her toplumdaki, ucuz mal satan mağazalar bulunur. Bu firmalar, bazen bilinen malları satmakla beraber, genellikle tanınmayan ürünleri satarlar. Bunların bir kısmı iyiyken, bir kısmının kalitesi üzerinde durulmalıdır. Bazı mağazalar, taşıma ve onarım hizmeti verirken, bir çoğu vermez. Servis için ekstra ücret talep edilebilir. Bu mağazalardan bir mal veya ürün alırken, aldığınız malın veya ürünün kalitesinden emin olmalısınız ki, yaptığımız tasarruf, servis eksikliği vb. nedenlerden ötürü artan fiyatın içinde kaybolmasın. Bilinçli alışveriş için, tüketicilerin bilgilendirilmesi gereklidir. Bilgilendirme araçlarından biri "reklamlar"dır.

REKLAMLAR: İki görüş açısından değerlendirilir: Ürün hakkında bilgi, Aldatma ve yanlış yönlendirme durumları

MARKALAR:

Marka, özel bir ürünle ilgili iyi bilinen isimdir. Marka, insanları ürünü "marka ismi" ile tanıtmaya teşvik eder. Karşılaştırma şansının olmadığı durumlarda, bilinen markalar diğerlerine göre daha güvenilirdir. Diğer bilgilerin verildiği durumlarda, marka karşılaştırma aracı olarak kullanılmalıdır.

STANDARTLAR VE SINIFLAR:

Standart: bir malın, kalite, nitelik, ağırlık, boyut ve performansının ölçüsüdür, Standartlar olmasaydı; kahveyi, sütü nasıl alabilirdik? Fiyatları nasıl düzenleyebilirdik?

Bazı ürünler, kalitesine göre sınıflandırılır. Bu durumda, sınıf kalite standardının göstergesidir. Ancak kimi ürünler için sınıflandırma söz konusu olamaz. Örneğin; bir ilaç belir enen formüle uygundur veya değildir, ilacın kalitesine yönelik sınıflandırma yapılamaz.

ETİKETLER:

Etiket; ürüne iliştilmiş, ürünün temel özelliklerini tanımlayan yazılı ifadelerdir. Etiket, tüketici için önemli olabilecek, standartlar, sınıf ve bilgiler bulunmaktadır. Tüketici, satın almadan önce, ticari ürünün etiketini dikkatlice okumalıdır.

ETİKETLEME PRATİKLERİ:

Son yıllarda, yönetimler, tüketiciye yardımcı olacak tanımlayıcı etiketlere gerek duymuştur. Örneğin, gıda üreticisi FDA'nın (Food and Drug Administration) öngördüğü bilgileri etikette bulundurulmalıdır. Bunlar şunlardır: büyüklük, kaptaki servis sayısı, kaloris, protein miktarı (gm), karbonhidrat (gm), yağ (gm) oranları, vitamin A, C, tiamin, riboflavin, niacin, kalsiyum, demir miktarları veya yokluğu dur. İçerik, ağırlığa göre listelenmelidir. Ketçap, mayonez gibi standart yiyecekler için içerik belirtmek gerekli değildir. Bu yiyeceklerdeki içerik de FDA'nın öngördüğüne uygun olmalıdır.

ETİKETLER NASIL OKUNMALIDIR:

Etiketlerde şu bilgiler aranmalıdır:

Ürünün ağırlığı, hacmi

Ürünün kalitesi

İçeriğin tanımı ve analizi

"Sınıflama" tanımlanmalıdır, çünkü terminolojik olarak, bir şey satın alana ve satana farklı şeyi ifade edebilir. Örneğin; 1. sınıf yağın en iyisi olduğu düşünülebilir, ancak hükümler standartlarına göre 3. sınıf en iyisidir. Benzer şekilde diğer ürünler için de karışık sınıflandırmalar kullanılmaktadır. Tüketiciler, etiketteki bilgiyi kullanmayı öğrenmelidir. Böylelikle üreticiyi, daha bilgi verici etiketlendirme için yönlendirir.

Bugün gıda ürünleri de dahil olmak üzere satılan bir çok üründe, standartlar ve sınıflar hakkında bilgi etiketlerde bulunmamaktadır.

BEŞİNCİ BÖLÜM:SOSYAL BİLİMLER, TIP EĞİTİMİ, SAĞLIK EĞİTİMİ, OKUL SAĞLIĞI

Ayrıca, etiketlerde, özellikle gıda ürünlerinin etiketlerinde, "faydalı bilgiler" yer almaktadır. Bu bilgilerin doğruluğu önemlidir. Etiketlerdeki içerik listesi de önemlidir, çünkü sıklıkla ürünün paketi aldatıcıdır. Bu tür paketleme uluslararası ticarete yasaklanmıştır.

Yazının buraya kadar olan bölümünde, tüketici, çevre etkileşimi ve bilinçli tüketimden bahsedilmektedir. Bu noktada, ülkemizdeki durumu değerlendirmek açısından Doç. Dr. Hamil Nazik'in Türkiye'de Tüketici Profili, Ağustos, 1999 araştırmasının sonuçlarını incelemek uygun olacaktır.

Bu araştırma, Türkiye çapında anket uygulanarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya alınan tüketicilerin yarıdan fazlası orta öğrenim düzeyinde olup, %62,2'si erkek, büyük çoğunluğu 21-50 yaşları arasında, evli ve herhangi bir işte çalışmaktadırlar. Çalışan tüketicilerin büyük çoğunluğu işçi ve memur olup, ailelerde ortalama gelir 148510000+1450000TL. Ve ortalama kişi sayısı ise 4170+0.200'dür.

Araştırmaya alınan tüketicilerin yarıdan biraz fazlası gıda maddelerini, yarıya yakını temizlik maddesi ve büyük ev eşyaları ile mobilyayı satın almadan önce yazılı bir plan yapmaktadır. Giyim eşyaları ve küçük ev aletleri alışverişi öncesi yazılı plan yapma durumu ise daha düşüktür. Bu sonuçlarda tüketicilerin alışveriş öncesi bilinçli davrandıkları söylenemez. Oysa, alışveriş öncesi plan yapma alışverişte bilinçli davranmanın önemli noktalarından biridir. Alışveriş öncesi plan yapma oranı, tüketicilerin öğrenim düzeyi ile yükselmektedir.

Araştırma kapsamına alınan tüketiciler hemen tüm alışveriş gruplarında piyasa araştırması yaparak alışveriş öncesi bilgi edinmektedirler. Bunu çoğunlukla kişisel deneyim izlemektedir. Tüm alışveriş gruplarında reklamlardan etkilenme oranı düşüktür. Ülkemizde bağımsız tüketici örgütlerinin ve çeşitli bağımsız kuruluşların mal ve hizmetler hakkında bilgi verici bültenlerinin eksikliği dikkat çekicidir. Tüketicilerin elleriyle yoklayarak, gözleriyle görerek alışveriş yapma eğiliminde oldukları gözlenmiştir. Reklam ya da satıcı tavsiyesi gibi faktörlerden bilgi edinme oranı da düşüktür. Gerçekten, gerek reklamlar gerekse de satıcı personel tüketicilere bir mal satın almada doğru bilgi vermeye önemli önemlerdir. Alışveriş öncesi kullanılan bilgi kaynakları kullanımında tüketicilerin öğrenim düzeyleri arasındaki farklılık önemli bulunmuştur.

Araştırmada mal satın almada tüketiciler en fazla oranda fiyat, daha sonra ise, marka, TSE, ISO markasının varlığı ve malın görünümünden etkilenmektedir.

Araştırma kapsamındaki tüketicilerde, geliri ve öğrenim düzeyi yüksek olanlarda, çalışmayanlarda kadınların alışverişteki etkinliğinin daha yüksek olduğu tesbit edilmiştir.

Tüketiciler gıda alışverişini haftada bir veya birden çok, temizlik maddeleri alışverişini onbeş günden daha seyrek veya onbeş günde bir yaparlarken, kişisel bakım maddeleri, giyim eşyaları ve küçük ev aletlerini ise 15 günden daha seyrek satın almaktadırlar. Tüketicilerin çoğu hafta sonu alışveriş yapmaktadırlar. Çoğunlukla, bakkal, kasap gibi geleneksel alışveriş merkezleri tercih edilmektedir, supermarket alışveriş oranı %16,7 dir. Oran öğrenim ve gelir düzeyi arttıkça artmaktadır.

Tüketicilerin satın aldıkları, bir mal ya da hizmet ayıplı çıktığında çoğunlukla satıcıya ya da bayiye başvurdukları, hiçbir şey yapmayanların oranı ise azınlıkta olduğu tesbit edilmiştir. En fazla sorunla karşılaşma, gıda maddeleri ve giyim eşyalarında olmuş, bunu büyük ev aletleri ve mobilya izlemiştir. Sorunla karşılaşma öğrenim düzeyinin artması ile artmıştır. Bu, duyarlılık ile açıklanabilir. Tüketicilerin yarıya yakını, Türkiye'de tüketicilerin yeterince korunmadığını, % 11,9'u ise bu konuda fikrinin olmadığını belirtmiştir.(5)

Bu sonuçlara dayanarak Türk tüketicisinin tüketim davranışlarında pek bilinçli davrandığı söylenemez. Tüketicinin korunmasında alınacak tedbirlerin başında tüketicinin eğitilmesi konusu ele alınmalı, örgün eğitimin her kademesinde tüketici eğitimi konusunda ders konmalıdır.

KAYNAKLAR:

- 1- Tüketici Hukuku. Ankara Barosu Yayınları. Ankara, 2000.
- 2- Anon. 4077 Sayılı Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun. TC Sanayi ve Ticaret Bakanlığı Tüketici ve Rekabetin Korunması Genel Md. Yayın No:1, Ankara, 1999.
- 3- Tüketicinin El Kitabı. TC Sanayi ve Ticaret Bakanlığı Tüketici ve Rekabetin Korunması Genel Md., Ankara, 1999.
- 4- Wylie, Lang, Green, Wamke, II. Edition Consumer Economics.
- 5- Nazik, Hamil, Türkiye'de Tüketici Profili. TC Sanayi ve Ticaret Bakanlığı Tüketicinin ve Rekabetin Korunması Genel Md., Ankara, 1999.

SAĞLIK KÜLTÜRÜ VE GENÇLİK

Doç. Dr. Ruhi Selçuk Tabak
Ankara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi
Sağlık Eğitimi Ana Bilim Dalı

ÖZET

Günümüzde sağlıkla ilgili kültürel özellikler, hemen hemen tüm dünyada taassuba kadar varan bir tıbbi anlayışın etkisi altındadır. Dar kapsamlı bilgi ve uygulamalarla, pahalı buluşlarla insan ömrünü uzatma uğraşı içinde olan katı tıbbi yaklaşım insanın nitelikli yaşama potansiyelini kullanamamasına neden olmaktadır. Çağdaş halk sağlığı anlayışının benimsediği katılımcı, sağlıklı bütüncül bir yaklaşımla değerlendiren, uygun tercihlerle sorun çözme becerisine sahip bireyler ise ancak sağlıklı destekleyen değer, bilgi, tutum, davranış ve normlardan oluşan kültürel yapıların ürünü olabilir. Bireylerin sağlık ve hastalık karşısındaki tutum ve davranışları, ait oldukları toplumun değer yönelimi, inanç sistemleri ya da tek kelime ile kültürünün bir sonucudur. Bu doğrultuda gelişen sağlık kültürü bireylerin ve toplumun temel sağlık bilgilerinin algılama, hizmetleri alma, yorumlama ve anlama ile bu bilgi ve hizmetleri sağlıklı koruma ve geliştirme amacıyla kullanabilme kapasitesidir. Bu kapasite bireysel motiflerin geliştirilmesi ve toplumsal desteklerin sağlanması ile performansa dönüştürülebilir. Yoğun toplumsallaşma ve öğrenme döneminde olan gençlerin, sağlıklı destekleyen değer, bilgi, tutum, davranış ve normlardan oluşan kültürel ortamlarla çevrelenmesi ve bu özelliklerin onlara kazandırılması optimal kolektif sağlığa ulaşmak için zorunluluktur. Türkiye'de nüfus piramidinde yığılım gösteren ve önemli risk gruplarını oluşturan gençliğin temel korunmaya yönelik kültürel gelişiminde örgün ve yaygın eğitim kadar sosyal öğrenime nedeniyle sağlık personelinin sağlık kültürü açısından örnek modeller olması büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Sözcükler: Sağlık, Kültür, Gençlik

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

GİRİŞ

Sağlığın, hastalığın, iyiliğin, rahatsızlığın ve bedenin sözel, görsel ve davranışsal ifadeleri hem elit hem de yaygın kültürde bireyin ve toplumun sağlığa bakış açısını, sağlığın toplumsal yapılanma ve genel algılanma biçimini ortaya koyar. Sağlık kavramlarının ve olgularının ifade ve temsil biçimlerindeki tercihler sağlıkla ilgili bireysel ve toplumsal endişelerin derinliklerinin anlaşılmasını sağlar. Yaygın bir biçimde, hastalık ya da hastalık tehdidi ile ilgili kavramlar sıvas, korku, şiddet, kahramanlık, din, cinsiyet rolü, denetim, yerme gibi kavramlarla birlikte anılmaktadır. Bu kavramların gizli anlamlarının bilincinde olma sağlığı ya da hastalığı ortaya koyma ve ele alma biçimini belirler.^{1,2}

Çağdaş kültürel perspektiflerin başında rasyonellik, iyi ahlak ve öz-denetim gelmektedir. Daha bağımsız bir birey ve insancıl olmak, gerçeklere ulaşma gücü kazanmak için sosyal determinizm baskısından kurtulma çabası söz konusudur. Bu da sağlığın ve sağlıkla ilgili olguların daha pozitif kavramlarla ele alınması ve yaşam biçimlerinin bu yönde geliştirilmesi yönelimlerini güçlendirmektedir.³ Günümüzde sağlıkla ilgili kültürel özellikler, hemen hemen tüm dünyada taassuba kadar varan bir medikal anlayışın etkisi altındadır. Sağlık ve hastalıkla ilgili süreçleri tıbbi terimlerle algılama ve bu çerçevede değerlendirme eğilimi artmaktadır. Dar kapsamlı bilgi ve uygulamalarla, pahalı buluşlarla insan ömrünü uzatma uğraşı içinde olan katı medikal yaklaşım insanın nitelikli yaşama potansiyelini kullanamamasına neden olmaktadır. Modern tıp insanların kendi gerçeklerini yaşama, sorunları çözmeye iradesini tüketmektedir. Buna karşın sağlık kavramı, bir takım düşünce kalıplarından sıyrılıp hayatın içinde ve dinamik bir olgu olarak ele alınmalıdır. Bu nedenle, insanlara sağlıklı yaşama sanatını benimsetmek için sağlığın kapsamlı bir kültür anlayışı ile değerlendirilmesi gerekmektedir.^{2,4} Çünkü, çağdaş halk sağlığı anlayışının beşimsediği katılımcı, sağlığı bütüncül bir yaklaşımla değerlendiren, uygun tercihlerle sorun çözüme becerisine sahip bireyler ise ancak sağlığı destekleyen değer, bilgi, tutum, davranış ve normlardan oluşan kültürel yapılanmaların ürünü olabilir.⁵

Kültür, kültürleşme, kültürlenme, kültürleme gibi süreçlerle kazandırılır ve geliştirilir. Bu süreçlerin temelinde eğitim yani kasıtlı kültürleme, öğretme ve öğrenme uygulamaları bulunmaktadır. Yoğun toplumsallaşma ve öğrenme döneminde olan gençlerin, sağlığı destekleyen değer, bilgi, tutum, davranış ve normlardan oluşan kültürel ortamlarla çevrelenmesi ve bu özelliklerin onlara kazandırılması optimal kolektif sağlığa ulaşmada bir zorunluluk olarak görülmektedir.^{6,7}

Dünya nüfusunun olduğu kadar ülkemiz nüfusunun da büyük bir bölümünü oluşturan gençler çok boyutlu ve karmaşık sağlık riskleri ile karşı karşıyadırlar. Gençlerin sağlık sorunları ve riskleri yalnızca medikal ağırlıklı yaklaşımlarla çözüme kavuşturulamamaktadır. Özellikle sağlık ve eğitim profesyonellerinin ortak çabasını gerektirmektedir. Geleceğiyle ilgili karar verebilecek, sosyal olgunluğunu geliştirebilecek ve çevresiyle yoğun iletişim kurabilecek özellikleri taşıyan gençlerin sağlık açısından destekleyici kültürleme etkinliklerine, ortamlarına ve etkileyici modellere ihtiyaçları vardır.^{8,9,10}

Kültür

Kültürün genel anlamı içgüdüsel davranışlara karşıt olarak öğrenilenlerin tümüdür. Kültür, davranışların anlamlarını tek tek ve ayrıntılı olarak değil günlük yaşam içerisinde analiz etme amacındadır. Kültürün pragmatik anlamı ve rolü sağlıkla son derece yakından ilgilidir. Kültür bireylere dünyada sağlıklı ve mutlu yaşamının formülünü sunar. Toplumsal kültür insanların özgün inançlarla, değerlerle, alışkanlıklarla ve benzeri özelliklerle gelişmelerinin temel kaynağıdır. Fakat, kültür, bütün bunların ötesinde insanın çevresiyle iletişim kurmasını, hayatı paylaşmayı sağlar.^{1,11}

Günlük yaşamda kültürlü insan olarak çok miktarda bilgi ile yüklenmiş, yarışma programlarında kazanan, son derece nazik ve ince davranan, hayatın estetik yönleriyle daha fazla ilgilenen, magazin haberlerini izleyen, moda uyan, zevki ve sefayı bilen kişiler kabul edilmektedir. Gerçek anlamda kültürlü insan ise evrensel ve ulusal değer ve davranış modellerini benimseyip uygulayan, uygarlığın ürünlerinden başkalarına göre daha bilinçli olarak yararlanan bireydir.^{6,7}

Kültür ve sağlık birbiriyle büyük ölçüde uyum içindedir. Her kültür kendine özgü bir sağlık Gestalt'ı, acıya, hastalığa, sakatlığa ve ölüme karşı geleneksel olarak her biri acı çekme sanatı olarak tanımlanan insan davranış türlerini oluşturan kendine özgü bir tavır modeli şekillendirir. Bunun yanı sıra, sağlığın değer, bilgi, davranış, norm gibi spesifik boyutları da ortak kültür içerisinde bütünleşir ve biçimlenir.^{1,2}

Günümüzde sağlık sorunlarının çözümü, sağlığın korunması ve geliştirilmesi yönündeki çabalar hizmet sunumu ve normatif uygulamalarla sınırlandırılmıştır. "Herkesin Sağlık Stratejileri" kapsamında "Toplumun sağlığı, yaşam biçimleri konusunda bilinçlendirilmesi, bu konuda örgün ve yaygın eğitim programlarından yararlanılması" genel stratejisine yer verilmiştir. Ancak, özel stratejilerde, bireyin ve toplumun zihinsel, duygusal ve davranışsal güçlendirilmesine yönelik stratejiler yerine norm ağırlıklı uygulama stratejileri yoğunluk taşımaktadır.¹² Bu yaklaşım, bireysel ve toplumsal yaşam biçimlerinin sağlıklı gelişmesini desteklemekten uzaktır.

Sağlık

Dünya Sağlık Örgütü'nün tüm sağlık otoritelerince benimsenen formal sağlık tanımının yanı sıra günümüzde sağlığın korunması ve geliştirilmesi yönüne odaklanan farklı sağlık tanımları yapılmaktadır. Sağlığı bu yönden ele alan kuramcılar sağlık durumunu dengeli (homeostasis), ılımlı, normal, sürekli, durağan, uyumlu gibi spesifik kavramlar çerçevesinde açıklamaya çalışmaktadırlar. Bir yaklaşıma göre sağlık, vücudu enerjinin girişi ile çıkışı arasındaki dengiyi içeren bir aşama ve yapısal, kişisel, sosyal değerlerden etkilenen bir durum olarak tanımlanmıştır. Bir diğer yaklaşım ise sağlığı insanlar arası iyi ilişkiler olarak değerlendirmektedir. Bu kapsamda sağlık ait olmak, dışta kalmak, cinsellik, kızgınlık, başarı ve benzeri davranışsal sistemler arasındaki denge olarak tanımlanmaktadır. Sağlığı genel iyilik durumu olarak belirten başka bir yaklaşım fiziksel, ruhsal ve sosyo-kültürel olmak üzere tüm alt sistemlerin dengesinin ve insanın bunlarla uyum içinde olmasının sağlık durumu olarak olumlu etkileyeceğini öne sürmektedir.⁷

Ayrıca, sağlık, bireyin iyilik haline başarılı olarak uyumu; olumlu, iyi, yapıcı duygular, iyimserlik, yaşama amacı, huzur ve refah düzeyi, üretken davranışlar gibi etkenlerle sürekli dengeli bir yaşam sürme olarak da tanımlanmaktadır.⁷

Sağlığı korumanın ilerisinde, sağlığı geliştirmeye önem ve öncelik veren sağlık tanımları sağlık durumunu değişim, büyüme, olgunlaşma, yaratıcı davranış, yüksek düzeyde iyilik, kendini gerçekleştirme gibi süreç belirten kavramlarla ifade etmektedirler.⁷ Genel olarak sağlığı çok yönlü fakat bütüncül (holistik) bir yaklaşımla ele alan yukarıdaki sağlık tanımlarında vurgulanması gereken önemli noktalar bulunmaktadır. Her şeyden önce sağlığın değişkenlerin bütünleşmesinden oluşan karmaşık yapıda bir kavram olarak ortaya konmaktadır. Ayrıca, hastalık ya da sakatlığın olmaması biçiminde belirtilen negatif ifadeyle tam bir iyilik durumu ile belirtilen pozitif psiko-sosyal yaşantı ifadesi arasındaki fark vurgulanmaktadır. Yine, pozitif sağlık kavramı çerçevesinde bireyin kendisi ve çevresi ile denge içinde olması amacını gerçekleştirme ve çevresel etmenlerle mücadele etme gücü ve potansiyelini taşıması gibi yönler ön plana çıkarılmaktadır. Dahası, sağlık, hedefe yönelik eylem süreci olarak dinamik yapıyla açıklanmaktadır. Sağlıklı olmak yalnızca gerçeklerle başedilmede başarılı olmak değil, başarının mutluluğunu da tatmaktır; mutlulukta da acıda yaşadığını duyumsamaktır; yaşama değer vermek kadar onu riske de atabilmektir.^{1,7}

Sağlık Kültürü

Kültürü, genel anlamda, insanın evrensel ve ulusal değer ve davranış modellerini benimseyip uygulaması, uygarlığın ürünlerinden bilinçli olarak yararlanabilmesi olarak tanımlanmıştır. Bu bağlamda sağlık kültürü ise bireylerin ve toplumun temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini alma, yorumlama ve onlara ile bu bilgi ve hizmetleri sağlığı koruma ve geliştirme amacıyla kullanabilme kapasitesidir. Sağlık kültürü her bireyin ya da toplumun hayatı yaşama, kutlama, hayatta mutlu olma, acı çekme ve ölme biçimiyle ilgilidir.^{2,7}

Sağlık kültürü bireylerin bilinç düzeylerinin türünü olan bir beceriler ve yeterlilikler bütünüdür. Sağlıkla ilgili değerleri kavrama, yaşam biçimlerini geliştirme, öz değerlendirme yapabileceği gibi temel becerilerin geliştirilmesidir. Bireyin salt sağlık bilgilerini edinmesini yeterli değildir.⁷

Gençlerin Onemi

Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde bazı riskli gruplar daha önceliklidir. Toplum içerisindeki riskli gruplardan biri de ergenlik ve gençlik dönemindeki bireylerdir. Çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olarak adlandırılan bu dönem kendine özgü birçok sorunu içermektedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından, 10-19 yaş arası ergenlik dönemi, 15-24 yaş arası da gençlik dönemi olarak belirlenmiştir. Ergenlik döneminin kendine özgü farklılıkları vardır. Bu farklılıklar 11-14 yaş arası erken ergenlikte, 15-17 yaş orta ve 18-21 yaş arasındaki geç ergenlikte kendini gösterir. 15-17 yaş arası orta ergenlikte, gençler; bağımsız olma gibi özellikler ve erişkinleri öyküne gibi davranışlar gösterirler. Ergenlerin % 83'ü geliştirmekte olan ülkelerde yaşamaktadırlar. Ülkemizde ise toplam nüfusun üçte birini ergenler oluşturmaktadırlar. Gelişmiş ülkelerdeki ergenlerin uyuşturucu kullanımı, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve ruhsal problemler gibi sağlık sorunları olmasına rağmen geliştirmekte olan ülkelerdeki ergenlerin eğitim eksikliği, beslenme problemleri gibi sorunları vardır. Ergen nüfusunun toplam nüfus içindeki oranının fazla olması ve içinde buldukları sorunlar nedeniyle özel olarak ele alınmaları gerekmektedir. Ergenlerin içinde buldukları olumsuz şartların ve gösterdikleri davranışların belirlenmesi sağlıklı toplum oluşturulmasında atılması gereken ilk adımdır. Ergenlik dönemi mevcut sağlık sorunları ve hizmet gereksinimleri nedeni ile önemle üzerinde durulması gereken bir dönemdir.^{7,8,9}

Bir başka yaklaşımla gençlik, gelişme, bütünsel olgunlaşma ve yaşama hazırlık dönemidir. Yaşamın tehlikeli olarak nitelendirilen ilk beş yılını geçirmiş ve henüz sağlıklı yetişkinlere özgü sağlık yetenekleriyle doğrudan karşılaşmamış olan bu grup bütün yaş grupları arasında en sağlıklı fakat en riskli olan gruptur. Bu dönem sağlıklı olarak geçirildiği zaman sağlıklı yetişkin olma olasılığı yüksektir. Bağımsız davranma çabasında olan bu grubun kararlarındaki, ilişkilerindeki, tutum ve davranışlarındaki bilinçlilik ve duyarlılık düzeyi sağlıklı ve gelişim özelliklerini belirler. Gençlik döneminin en önemli özelliklerinden biri de riskli davranışlara yönelmedir. Pek çoğu yetişkinlik döneminde de devam edecek, sonuçta sakatlık ve ölüm getirecek alışkanlıklar kazanma da söz konusudur.^{8,9,10}

Ben merkezci, 'Ben her şeyle başa çıkabilirim', 'Bana bir şey olmaz' düşünce ve tutumlarla donanmış, dokunulmazlığı olduğuna inanan, olmadık riskleri göze alabilen, yoğun sorumsuzluk duygusu yaşayan, kimlik bocalaması içinde olan gençlerin sağlık açısından bilinçlendirilmesi zorunluluktur. Düz mantık yürütme döneminden neden-sonuç ilişkisi, analiz, sentez, genelleme, yorumlama, değerlendirme gibi üst düzey bilişsel işlemleri yapmaya başlayan gençlere sağlık bu özellikleri içinde öğretilmelidir.^{8,9,10} Oldukça fırtınalı ve gerilimli bir yaşam döneminde bulunan gençlere yaşamlarına anlam ve sağlık katacak bilgiler verilmeli, tutumlar ve deneyimler kazandırılmalıdır. Belirlendiği ideallere sıkı sıkıya bağlı olan gençlere sağlıklı yaşama ideali kazandırılmalıdır.

Bağımsızlık duygusunu yoğun yaşamlarına karşı gençlerin sağlıkla ilgili bilgi kazanmada, tutum ve davranış geliştirmede dış alana büyük ölçüde bağımlılık gösterirler. Sağlık denetim odağı gençler açısından dış alandır.⁶ Çünkü, gençlerin yaklaşık % 75'i, 'sağlık karşıtı cazibeler' olarak da adlandırılan sigara, alkol, esrar, uyuşturucu ya da uyarıcı maddeleri arkadaşlarının ısrarı ile kullandıklarını belirtmektedirler.¹³ Gençler, sağlıkla ilgili mesajların eksik, çelişkili, çarpıtılmış ya da yanlış olduğu bir medya ve sosyal iletişim ortamı içerisinde yaşarlar.⁹ İdeal kültür özelliklerinin bir kenara itildiği *arabesk* kültürün etkisi altındadırlar. Şiddet, yıkıcı davranışlar, kazalar, boşvermişlik, kadcercilik, mağdur ve mazlum rolü gibi özelliklerle karakterize olan yaşam biçimlerinin egemen olduğu ortamlarda yaşayan gençlerin sağlığın korunması ve geliştirilmesi yönünden güçlendirilmeleri gereklidir.^{6,7}

Sağlık Kültürü Geliştirme

Dünya Sağlık Örgütü son yıllarda gençlik döneminin sağlığı ve gelişimi konusunu uluslararası halk sağlığı kapsamında ön plana çıkarma çabası içindedir. Gençlerin yaşam becerilerini geliştirmelerini destekleme konusunda somut çalışmalar ortaya koymaktadır. 'Sağlığı Geliştiren Okullar', 'Sağlığı Geliştiren Üniversiteler' gibi gençliğin sağlık konusunda bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesine de katkıda bulunacak pozitif kültürel ortamların oluşturulmasını sağlayan projeler uygulamaktadır.¹⁴ Devlet Planlama teşkilatı tarafından yayımlanan VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planında ise bu konu "...ergen ve gençlerin sağlıklarını koruma, geliştirme bilgi ve becerisine sahip olmaları .. sağlanacaktır (Madde 728)" ve "Ana ve çocuk, üreme, ağız ve diş, beslenme, çevre, sporcu sağlığı, yaşlı sağlığı ve afet sağlığı gibi halk sağlığı hizmetleri ile halkın sağlık eğitimine yönelik çalışmalara ağırlık verilecektir (Madde 733)" ifadeleriyle yer almaktadır.¹⁵

Sağlık kültürünü, bilincini geliştirmeyi amaçlayan sağlık eğitimi çalışmaları şu standartlara dayandırılmalıdır:⁷

- Bireyler sağlığı geliştirme ve hastalıkları önleme ile ilgili kavramları kazanmalıdır.
- Bireyler geçerli sağlık bilgilerine, sağlığı geliştirme ürün ve hizmetlerine ulaşma becerilerini kazanmalıdır.
- Bireyler sağlığı geliştiren ve sağlık risklerini azaltan davranışları uygulama yeteneğini göstermelidir.
- Bireyler kültür, medya, teknoloji ve diğer etmenlerin sağlık üzerindeki etkilerini analiz edebilmelidir.
- Bireyler sağlığı geliştirmek amacıyla kişilerarası iletişim becerilerini uygulama yeteneğine sahip olmalıdır.
- Bireyler sağlığı geliştirmek amacıyla hedef belirleme ve karar verme becerilerini uygulama yeteneklerini ortaya koyabilmelidir.
- Bireyler kişi, aile ve toplum sağlığı konusunda danışmanlık yapabileceği ve toplumsal değişime katkıda bulunabilme konularındaki becerilerini uygulama ile ortaya koyabilmelidir.

Sağlık kültürünü geliştirmenin amacı ülkenin sağlık düzeyinin yükselmesidir. Sağlık eğitimi standartları iyi eğitilmiş ve bilinçli bireyin kendi bilgi ve beceri özelliklerini uygulaması yoluyla sağlık ortamlarına yerleşir. Sağlık okur-yazarlığı, sağlık kültürü, sağlık bilinci olarak da adlandırılan *sağlık kültürüne* sahip bireyin özyeterkinliği, özdenetimi gelişmiştir. Bireye ve topluma bu niteliklerin kazandırılması çabaları sağlığı koruma aşamalarını açıklayan birincil, ikincil, üçüncül korumalardan çok daha önemli olan *temel korunma* kapsamında yer almaktadır.¹⁶

Kapasite geliştirmenin ve yaşam boyu öğrenmenin temelini oluşturan düşünme ve davranışta bulunma yolları olan 'zihinsel alışkanlıklar' sağlık kültürünü geliştirmenin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Bireylere karşı tutarlılık açısından büyük rol oynarlar. Zihinsel alışkanlıkların bazıları aşağıda belirtilmiştir.

- eşitliğe ve erdemliliğe bağlılık*
- algılama, düşünme, öğrenme ve iletişimin çeşitli yollarına saygı göstermek*
- değişim önerilerine açık olmak ve yanıt vermek*
- meraklı olmak, esneklik, yaratıcılık, organizasyon duygusu ve süreklilik*

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

düşünce biçimlerini ve ilişkilerini incelemek ve onlara göre eylemde bulunmak için istekli olmak bedensel, ruhsal, duygusal, sosyal ve bilişsel sağlığı her zaman birlikte değerlendirmek sosyal, kültürel, ekonomik ve çevresel etkenleri incelemek kişisel, toplumsal ve yurttaş sorumluluklarını benimsemek bağımsızlık duygusunu geliştirmek.

Sağlık kültürünün amacı sağlık yetkinliğinin yanı sıra bireylere ahlak ve değer yargıları da kazandırmaktır. Sağlık merkezinde yer alan değer yargıları arasında doğru ve yanlış, saygı, hoşgörü, dürüstlük, çalışkanlık, erdem, bağlılık, güven, ilgi, işbirliği, cömertlik, sempati ve bağışlama bulunmaktadır. Özellikle gençlerde görülen sosyal yönden patolojik davranışlar ahlak anlayışının ve değer yargılarının yeterince gelişmemesinden kaynaklanmaktadır. Ahlak eğitimi bireylere yalnızca belli değer yargılarını öğretmek değildir. Bireylerin doğal davranışlarını daha uygun temellere dayandırmaları için desteklenmelerini amaçlar. Bu doğrultuda sağlık eğitimi ve öğretimi çalışmalarını yürüten sağlık ve eğitim profesyonelleri;

Bireylerin değerlerinin kapsamını ve derinliğini keşfetmelidir,

Bu değerlerin kültürel, ailesel ve benzeri kökenlerini anlamalıdır,

Bu değerlerin sağlıkla ilgili bağlantılarını ve değiştirilmeleri için gereken girişimleri belirlemelidir.

Değerlerdeki bu değişikliklerin bireylerin yaşantısını nasıl etkileyeceğini anlamalıdır.

Gençlerin değerlerinin biçimlendirilmesini de eğitimcilerin etkin olmalıdır. Bireylerin sağlıkla ilgili durumları değerlendirmeleri (bireysel değerler) ve bu durumlarda gösterecekleri eylemlerle ilgili sorumluluklarını algılamaları (moral-etik davranış) yönünden eğitsel etkileri oluşturmalarıdır.

Gençler davranışları ile ilgili şu soruları yanıtlamalıdır:

Davranışlar onlara yarar mı sağlıyor yoksa zarar mı veriyor?

İstediklerini elde etmede yardımcı oluyor mu?

Davranışları benimsenebilir özellikte mi?

İstedikleri gerçekçi ya da ulaşılabilir mi?

Dünyaya bakış açıları nasıl?

Öğrenme sürecine ve yaşantılarını değiştirmeye ne derece kararlılar?

Eylemde bulunmayla ilgili düşünceleri yararlı ve gerçekçi mi?

Bütün bu özelliklerin örgün ve yaygın eğitim yani kasıtlı kültürlenme yoluyla gençlere kazandırılması çabaları giderek yoğunlaşmaktadır. Ancak, araştırmalar sağlıkla ilgili kültürel kazanımlarda sosyal öğrenmenin, diğer bir anlatımla model olarak öğrenmenin rolünün son derece önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Sağlık bilgisi yönünden toplumda birinci kaynak olarak değerlendirilen sağlık profesyonelleri sağlığa yönelik tutum ve davranışlar yönünden de temel model olarak görülmektedirler. Toplumun sağlık kültürünün gelişmesinde bu denli önemli rolü olan sağlık profesyonellerinin davranışları ile ilgili veriler ise hiç de iç açıcı değildir. Sağlık profesyonellerinin % 80'inden fazlası sağlıksız beslenmekte, % 60'ı fiziksel egzersiz yapmamakta, % 56'sı sigara içmekte, yaklaşık % 70'i alkol almaktadır (10). Sağlık kültürü açısından örnek olmak söylemi eyleme dönüştürmekle olasıdır.¹⁷

KAYNAKLAR

1. MacLachlan, M., Culture and Health, WILEY and SONS, New-York, 1997
2. Illich, I., Sağlıkın Gaspı, (Çev. Süha Sertabiboğlu), Ayrıntı Yayınları, İstanbul, 1995
3. Lupton, D., Medicine As Culture, SAGE Publications, London, 1994
4. Parsons, T., Sağlık ve Hastalık: Sosyolojik Bir Eylem Perspektifi, (Çeviren: Tülin Kurtarıcı) Toplum Bilim, Sayı:13 Temmuz 2001, İstanbul
5. Bertan, M., Güler Ç., Halk Sağlığı (Temel Bilgiler), Ankara, 1997
6. Eroğlu, F., Davranış Bilimleri, Betaş, İstanbul, 2000
7. Tabak, R.S., Sağlık Eğitimi, SOMGÜR Yayınları, Ankara, 2000
8. Çeviren, A.S., Üç Farklı Nitelikteki Lise 2. Sınıf Öğrencilerinin Riskli Davranışlarının Değerlendirilmesi, A. Ü. Sağlık Eğitim Fakültesi Sağlık Eğitimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2001
9. Bulut, A., Nalbant, H., Çokar, M., Ergenlerin Sağlık Bilincinin Geliştirilmesi Projesi: Ergenler ve Sağlık Durum Raporu, İ.Ü. Tıp Fakültesi, Şubat, 2002
10. Adolesan Sağlığı ve Gelişimi, Eğitici Eğitim Rehber Kitabı, Sağlık Bakanlığı, AÇSAP Genel Müdürlüğü, Ankara, 2002
11. Türkoğan, O., Kültür ve Sağlık-Hastalık Sistemi, MEB Yayınları, No: 2213, İstanbul, 1991
12. Herkese Sağlık, Türkiyenin Hedef ve Stratejileri, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2001
13. Ögel, G., Gençler Arasında Sigara, Alkol ve Madde Kullanma Yaygınlığı İle Özelliklerinin Değerlendirilmesi, (Araştırma Raporu) Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul, 2001
14. DSÖ Raporu, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 1998
15. Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005), Devlet Planlama Teşkilatı, Ankara, 2000
16. Akdur, R., Araştırma ve Tez Yapma Rehberi, Ankara, 1996
17. Piyal, B., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çalışanlarında Bazı Davranışsal Risk Faktörleri, A.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara, 1995

BEŞİNCİ BÖLÜM:SOSYAL BİLİMLER, TIP EĞİTİMİ, SAĞLIK EĞİTİMİ, OKUL SAĞLIĞI SOSYOEKONOMİK ETMENLERİN GEBELİKTEN KORUNMA DAVRANIŞI ÜZERİNE ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Topuzoğlu A.*, Çalı Ş**.

* Dr. Topuzoğlu A. Uzman, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.

**Prof. Dr. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.

ÖZET

Çalışmanın amacı, sosyoekonomik etmenlerin gebelikten korunma davranışı üzerine etkisini araştırmaktır. Analizde TNSA 98 veritabanı kullanılmıştır. Önce veritabanından amaca uygun değişkenler seçilmiştir: ardından tek değişkenli analizlerle ve lojistik regresyon analiziyle sosyoekonomik etmenlerin gebelikten korunma davranışı üzerine etkileri araştırılmıştır. Analiz sonunda gebeliği önleyici modern yöntemlerin bilinmesine, yaşanan bölgenin, çocukluk çağında yaşanan yerin, hanedeki olanakların, anadilin etkili olduğu bulunmuştur. Yaş, evlilik yaşı, yaşıyan çocuk sayısı ve anadil kontrol edildiğinde, yaşanan bölgenin, kentte yaşamamanın, kent kökenli olmanın, hanelerin kalitesinin, araba sahipliğinin, çiftlerin öğrenim görmüş olmasına, ve nitelikli işlerde çalışmanın, sağlık sigortasına sahip olmanın, gebeliği önleyici yöntemlerin kullanımı ve modern yöntemlerin seçimi üzerine etkili etmenler olduğu bulunmuştur.

1. GİRİŞ

Sosyoekonomik gelişmenin doğurganlığı azalttığı pek çok araştırmada gösterilmiştir. Bunun en tipik örneği sanayileşme ile beraber gelişmiş ülkelerde ortaya çıkmış ve kentleşme, eğitim düzeyinin yükselmesi, üretim için insan gücü gereksiniminin azalması, kadının ev dışında çalışmaya başlaması, meslek edinmesi ve statüsünün yükselmesi gibi etkenler gelişmiş ülkelerde doğurganlığı azaltmıştır¹. Türkiye’de doğurganlığın tarihesine bakıldığında kentleşmenin etkilerinin 19.yy’dan itibaren İstanbul’da başladığını söyleyebiliriz. Kırsal kesimde “geri çekme” gibi bazı eski gebeliği önleyici yöntemler bilinmekle birlikte, bu veya başka yöntemlerin düzenli biçimde kullanıldığına dair herhangi bir bilgi yoktur. Kırsal kesim, demografların doğal doğurganlık dedikleri türden bir doğurganlığa sahipti. Anadolu’nun kırsal alanlarındaki yüksek çocuk ölümleri tarımda çalışacak ve yaşlılıkta aileye bakacak, özellikle erkek çocuk sahibi olma isteği ve Birinci Dünya Savaşı’nın büyük kayıplarını karşılamak üzere doğumların devlet tarafından teşvik edilmesi gibi faktörler bir araya geldiğinde, bu şaşırtıcı bir durum sayılmaz².

İstanbul’da ise durum iyice farklıydı. Kadınlar bilinçli olarak çocuk doğurma sürelerini otuz yaşında kesiyorlardı biyolojik olarak çocuk sahibi olma yeteneğinin son bulmasından yaklaşık onbeş, yirmi yıl önce. Geride bıraktıkları istatistiksel kayıtlardan anlaşıldığı kadarıyla, aileler böyle tutarlı biçimde erkenden çocuk doğurmayı kestiklerine göre doğum kontrolü uyguluyor olmalıydılar. En azından elli altmış yıldır, sadece doğurganlık sürelerinin sonuna kısıtlama getirmekle kalmıyor, aynı zamanda (sebebi bu olmasa da) giderek daha geç yaşta evlenerek, bu süreci başından da kısmış oluyorlardı³.

Doğurganlık konusu çok değişik şekillerde tartışılmış ve modellenmiştir. Doğurganlığı açıklamaya yönelik çalışmalar, Willes tarafından, çocukların tüketim mallarına benzer algılandığı, “yeni ev ekonomisi” yöntemiyle kuramsallaştırılmıştır. Bu çalışmaları basit durağan modeller, optimal kontrol teorisi, ve risk fonksiyonları ayarlama mekanizmaları ve kuşaklar arası bazı etmenlerdir. Doğurganlığı etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik hemen hemen tüm çalışmalarda, açıklayıcı değişken olarak bir gelir ölçütü içerilir. Kişi başına gelir veya hane geliri, bir çok doğurganlık çalışmasında açıklayıcı değişken olarak kullanılmaktadır. Hanenin bütçe olanakları erkeğin geliri, kadının zamanı, ve kadının ücreti ile belirlenir. Kadınların iş bulma olanaklarındaki artışların, doğurganlığı açıklamakta önemli potansiyel bir etmen olduğu uzun süreden beri tartışılmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde yapılan

bazı karşılaştırmalı çalışmalar, doğurganlık ve kadın istihdamı arasında var olduğu öne sürülen negatif ilişkinin ya zayıf olduğu ya da çoğunlukla hiç olmadığını göstermiştir. Bunun için en yaygın açıklama bazı iktisadi etkinliklerin, çocuk bakımı ile uyumlu olmasıdır^{3,4}.

Kontraseptif kullanım davranışı üzerine sosyoekonomik değişkenlerin etkisi araştırılırken etmen değişkenler üç grupta toplanabilir: sosyoekonomik gelişme değişkenleri, kadının statüsü değişkenleri, ve önceki çalışmalarda doğurganlığı azalttığı ve gebeliği önleyici yöntemlerin kullanımını arttırdığı saptanan aile planlaması değişkenleri. Diğer değişkenler de gebeliği önleyici yöntemlerin kullanımını etkileyebilir, örneğin gebeliği önleyici yöntemlere ulaşılabilirlik, ancak bu veriler veri setlerinde buldukları zaman kullanılabilirler⁴.

Türkiye’de 1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine dayanarak yapılan bir çalışmada, gebeliği önleyici yöntemlerin kullanımı ve yöntem seçimini etkileyen belirleyiciler kişisel, kültürel, doğurganlık ve genel durum değişkenleri olarak gruplanarak etkileri incelenmiş ve eşlerin öğrenimi önemli bir etmen olarak saptanmıştır. Tüm kişisel, kültürel, doğurganlık ve genel durum değişkenleri kontrol edilerek analiz yapıldığında kadının öğrenimi, yöntem kullanımı ve seçimini etkileyen, erkeğin öğreniminden de önemli bir belirleyici etmen olarak saptanmıştır. Türkiye’de kadının artan öğrenim düzeyi aile planlamasının kabülü ve gebelikten korunma hizmetlerine talep oluşturarak en etkili değişkendir. Çalışma göstermiştir ki gebeliği önleyici yöntem kullanımı ve modern yöntem seçimi, eşlerin yaşayan erkek çocuğa sahip olmalarıyla ilişkilidir, halbuki kadınlar her iki cinsiyette çocuk sahibi olmayı istemektedir⁵.

Gebelikten kaçınma konusunda motivasyon genellikle gebeliğin yararlarına ve görece maliyetine göre belirlenir. Maliyet yararlarına ağır basarsa kadın doğurganlığını kontrol etmek için gebeliği önleyici yöntemleri kullanmaya yönelecektir. Gebeliği önleyici yöntem kullanımı karar mekanizmalarında, kadının görece maliyeti ve yararları hesap ederken kullandığı dayanaklar; geçmiş ve şimdiki sosyal ve ekonomik durum, cinsellik ve üreme, kişiler arası ilişkiler ve içinde bulunduğu durumun karakteristikleridir⁶. Sonuçta, tüm bu çalışmalar gözden geçirildiğinde, dünyada kontrasepsiyon kullanımı ve doğurganlıkla ilgili makro ekonomik ve mikro ekonomik etkileşimler, gelişmişlik ve gelişmemişlik sınıflandırmasıyla koşut olarak gitmektedir. Yanısıra aynı toplum içindeki sosyoekonomik yada sınıfsal farklılıklar, gebelikten korunma davranışını şekillendirmektedir denebilir.

Bu ileri analiz çalışmasının amacı, sosyoekonomik etmenlerin, gebeliği önleyici modern yöntemlerin bilinmesi, gebeliği önleyici yöntemlerin kullanımı ve gebeliği önleyici yöntemlerin seçimi üzerine etkisini araştırmaktır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

TNSA’nın örneklem seçiminde ağırlıklı çok aşamalı, tabakalı küme örnekleme yaklaşımı benimsenmiştir. TNSA, çeşitli karakteristiklerin alt nüfus gruplarında analizine imkan verecek şekilde düzenlenmiştir. Önemli göstergeler için oluşturulan tablolarda şu nüfus gruplarına yer verilmektedir:

Türkiye toplamı;

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Kentsel ve kırsal yerleşim yerleri;

Beş bölge (Bati, Güney, Orta, Kuzey ve Doğu Anadolu bölgeleri).

TNSA'nın temel amacı, doğurganlık, bebek ve çocuk ölümlülüğü, ve gebeliği önleyici yöntem kullanımı gibi önemli demografik karakteristikler ile çeşitli sağlık göstergeleri için kabul edilebilir duyarlık derecelerine sahip kestirimler elde edilmesini sağlayacak bir araştırma olmaktır. TNSA'da, hanehalkı soru kağıdı için toplam nüfus, bunun yanısıra; evli kadın soru kağıdı için 50 yaşının altında en az bir kez evlenmiş kadınlar, bekar kadın soru kağıdı için 15-49 yaşları arasındaki hiç evlenmemiş kadınlar, ve koca soru kağıdı için tüm kocalar (hala evli ve uygun kadınların kocaları), değişik nüfus grupları olarak içerilmektedir. Bu ileri analiz çalışmasında Evli kadın soru kağıdından elde edilen datalardan yararlanarak analizler yapılmıştır.

Sosyoekonomik etmenlerin Gebelikten Korunma Davranışı Üzerine Etkisi araştırmasının veri analizinde sonuçların elde edilmesi, örneklem ağırlıkları (Değişken V=005 "sample weight") göz önünde bulundurularak yapılmıştır.

İleri Analiz Çalışması İçin Veri Setinin Oluşturulması

Bu ileri analiz çalışmasında kadın veri seti (indivudal data) kullanılmıştır. Veriler "Sosyoekonomik Etmenlerin Gebelikten Korunma Davranışı Üzerine Etkisi" başlıklı araştırma önerisinin Macro International tarafından onaylanması sonucunda, araştırmacıya verilen bir şifre ile internet üzerinden indirilmiştir.

Kadın veri seti, evlenmiş ve evlenmemiş kadınketleri ile derlenmiş verilerden oluşmaktadır. Kadın veri setinden, gebelikten korunma davranışını gösterdiği düşünülen halen evli olan kadınlar seçilmiştir (N=5893 kişi. Örnekleme göre ağırlıklandırılmış N=5921 kişi.). Tek değişkenli analizlerde ki-kare testi gereken yerlerde Fisher'in kesin ki-kare testi kullanılmıştır. Çok değişkenli analizler lojistik regresyon analizi ile yapılmıştır.

Analiz İçin Değişkenlerin Seçimi

Bağımlı Değişkenler

A. *Gebeliği önleyici modern yöntem bilgisi:* Hiç yöntem bilmeyenler, yalnızca folklorik ve geleneksel yöntemleri bilenler 0, modern yöntemleri bilenler 1 olarak kodlanmıştır.

B. *Gebeliği önleyici yöntem kullanımı:* Gebeliği önleyici yöntem kullanmayanlar 0, yöntem kullananlar 1 olarak kodlanmıştır.

(Gebeliği önleyici yöntem kullanmayanlar, gebeliğe maruz kalma olasılığı olanlardan -gebe, kısır, menapoz olmayanlar, doğum sonrası emzirmeyenler, çocuk yapma isteğini en az iki yıl erteleyenler- oluşmaktadır.)

C. *Gebeliği Önleyici Yöntemin tipi:*

1. *Geçmişte en az bir kez kullanmış olmak:* Geleneksel yöntem kullananlar= 0, modern yöntem kullananlar= 1 olarak kodlanmıştır.

2. *Güncel kullanım:* Yalnızca geleneksel yöntem kullananlar= 0, modern yöntem kullananlar= 1 olarak kodlanmıştır.

Bağımsız Değişkenler

Sosyodemografik Değişkenler

Sosyokültürel değişkenler

Sosyoekonomik Değişkenler

Lojistik regresyon analizi için oluşturulan modele; Bölge, yerleşim yeri, çocukluk çağında yaşanan yer, öğrenim düzeyi, kocanın öğrenim düzeyi, kocanın mesleği, kocanın işteki pozisyonu, kadının güncel çalışma durumu, kadının mesleği, sağlık sigortası, içme suyu kaynağı, tuvaletin yeri, hanenin elektrifikasyonu ile ilgili cihaz sahiplikleri, araba sahipliği, oda başına düşen kişi sayısı gibi değişkenler alınmıştır. Kontrol değişkenleri olarak da kadının yaşı, ilk evlenme yaşı, yaşayan çocuk sayısı, sosyokültürel özelliklerinin etkisini kontrol etmek için de ana dil modüle alınmıştır.

BULGULAR

Çok değişkenli analiz sonuçları.

1. Gebeliği önleyici yöntemler hakkında bilgiyi etkileyen sosyoekonomik etmenlerin değerlendirilmesi.

Çok değişkenli analiz sonuçlarının değerlendirilmesi sonucunda, yerleşim, hane durumu, sahip olunan mallar, kadının ve kocanın meslekleri gibi etmenler lojistik regresyon ile incelendiğinde; doğu bölgesinde yaşamak referans alındığında, güneyde ve orta bölgede yaşamak, gebeliği önleyici yöntemlerin bilinmesini arttırmaktadır, çocukluk çağında yaşanan yer, kasaba ve şehir ise, gebeliği önleyici yöntemlerin bilinmesini arttırmaktadır. Hanede telefon, çamaşır makinesi varlığı, anadilin Türkçe olması ve oda başına iki ve ikiden az kişi düşmesi, gebeliği önleyici yöntemlerin bilinmesi üzerine pozitif etkili etmenler olarak bulunmuştur. Araba sahipliği gebeliği önleyici yöntemlerin bilinmesi üzerine negatif etkili bir etmen olarak saptanmıştır.

2. Gebeliği önleyici yöntemlerin kullanımını etkileyen sosyoekonomik etmenlerin değerlendirilmesi.

45-49 yaşları arasında olmak gebeliği önleyici yöntem kullanımını anlamlı olarak azaltan bir etmendir. Yerleşim yeri gebeliği önleyici yöntem kullanımı ile ilişkilidir. Doğu bölgesine göre diğer bölgelerde yaşıyor olmak gebelikten korunma yöntemlerinin kullanımını anlamlı olarak arttıran bir etmendir. Kocanın öğrenimi orta okul ve üzerinde ise öğrenimi olmayan kocalara göre anlamlı olarak daha fazla gebeliği önleyici yöntemleri kullanmaktadır. Kocanın mesleği evle ilgili ise vasıfsız kol işçisine göre gebeliği önleyici yöntemlerin kullanımı azalmakta koca tarım işçisi ise çiftler vasıfsız kol işçisine göre gebeliği önleyici yöntemleri anlamlı olarak daha fazla kullanmaktadır. Kadının mesleği pazarlama ya da usta kol işçiliği ise vasıfsız kol işçiliğine göre anlamlı olarak daha az gebeliği önleyici yöntem kullanılmaktadır.

Kadının SSK ya da Emekli Sandığı'ndan sağlık sigortası varsa, anlamlı olarak daha fazla gebeliği önleyici yöntemleri kullanmaktadır. Hanede kullanılan içme suyu, şebeke suyu, şişe suyu ya da damacana ile temin edilen kaynak suyu ise gebelikten korunma yöntemlerinin kullanımı diğer içme suyu kaynaklarını kullananlara göre anlamlı olarak daha fazladır. Kocanın işteki pozisyonuna göre, on kişiden daha az işçi çalıştıran, devlet memuru olan, ücretli olarak özel sektörde çalışan ya da kendi hesabına çalışan kocalar, gebelikten korunma yöntemlerini ücret almadan aile için çalışan kocalara göre istatistiksel olarak önemli bir farkla daha fazla kullanmaktadır.

Anadili Türkçe olanlar, ana dili Türkçe olmayanlara göre gebeliği önleyici yöntemleri istatistiksel olarak önemli bir farkla daha fazla kullanmaktadır. Tuvalet olanağı olmayanlara göre hanede tuvaletin yeri ne olursa olsun tuvalet olanağı olan hanelerde yaşayan çiftler gebeliği önleyici yöntemleri anlamlı bir farkla daha fazla kullanmaktadır. 35-39 yaşları arasında evlenenler 10-14 yaşları arasında evlenenler referans alındığında anlamlı olarak daha az gebeliği önleyici yöntemlere başvurmuşlardır. Çocuk sahibi olmak ve artan çocuk sayısı çocuk sahibi olmayanlara göre gebeliği önleyici yöntemlerin istatistiksel olarak önemli bir farkla daha fazla kullanımına yol açmaktadır.

3. Güncel olarak kullanılan gebeliği önleyici yöntemlerin kullanımını etkileyen sosyoekonomik etmenlerin değerlendirilmesi.

25-29 yaşları arasında olmak güncel olarak modern yöntem kullanımını anlamlı olarak arttıran bir etmendir. Yerleşim yeri modern yöntem kullanımı ile ilişkilidir. Doğu bölgesine göre batı ve kuzey bölgesinde yaşıyor olmak modern yöntemlerin kullanımını

BEŞİNCİ BÖLÜM:SOSYAL BİLİMLER, TIP EĞİTİMİ, SAĞLIK EĞİTİMİ, OKUL SAĞLIĞI

anlamli olarak azaltan bir etmendir. Koca ilkokul ve lise ve üzeri düzeylerinde öğrenim görmüşse, öğrenimi olmayan kocalara göre anlamli olarak daha fazla modern gebeliğ: önleyici yöntemleri kullanmaktadır. Kocanın mesleğinin tarım işçiliğ: olması, modern yöntemlerin kullanımını azaltmaktadır. Kadının Bağ-Kur'dan sağlık sigortası varsa, anlamli olarak daha fazla modern yöntemleri kullanmaktadır. Hanede kullanılan içme suyu, çebeke suyu, şişe suyu ya da damacana ile temin edilen kaynak suyu ise modern yöntemlerin kullanımını diğer içme suyu kaynaklarını kullananlara göre istatiks: olarak önemli düzeyde yükselmektedir. Evde çamaşır makinesi olması modern yöntemlerin kullanımını artıran bir etmendir. Çocuk sahibi olmak ve artan çocuk sayısı çocuk sahibi olmayanlara göre modern yöntemlerin ist:atiksel olarak önemli bir farkla daha fazla kullanım na yol açmaktadır.

4. Geçmişte kullanılan gebeliğ: önleyici yöntemlerin kullanımını etkileyen sosyoekonomik etmenlerin değ:erlendirilmesi. 15-19 yaşları arasında olmaya göre tüm diğer yaş gruplarında bulunuyor olmak geçmişte modern yöntem kullanılmış olmasını istatiks: olarak önemli bir farkla artıran bir etmendir. Yerleşim yeri modern yöntem kullanımı ile ilişkilidir. Doğu bölgesine göre batı ve kuzey bölgesinde yaşıyor olmak modern yöntemlerin kullanımını anlamli olarak azaltan bir etmendir. Kadının ve kocanın lise ve üstü düzeyde öğrenim görmüş olması anlamli olarak geçmişte modern yöntemlerin kullanımını artıran bir etmendir. Kocanın mesleğinin pazarlama ya da tarım işçiliğ: olması, geçmişte modern yöntemlerin kullanımını istatiks: olarak önemli bir farkla azaltmaktadır. Hanede kullanılan içme suyu, çebeke suyu, şişe suyu ya da damacana ile temin edilen kaynak suyu ise geçmişte modern yöntemlerin kullanımını diğer içme suyu kaynaklarını kullananlara göre istatiks: olarak önemli düzeyde yükselmektedir. Evde çamaşır makinesi, telefon, elektrik süpürgesi olması ve araba sahipliğ: geçmişte modern yöntemlerin kullanımını istatiks: olarak önemli düzeyde artıran etmenlerdir. Ancak cep telefonu sahipliğ:, geçmişte modern yöntem kullanımını istatiks: olarak önemli düzeyde azaltan bir etmen olarak bulunmuştur. Evlilik yaşı 20-24, 25-29, 30-34 arasında olmak istatiks: olarak önemli düzeyde geçmişte modern yöntemlerin kullanımını azaltmaktadır. Çocuk sahibi olmak ve artan çocuk sayısı çocuk sahibi olmayanlara göre geçmişte modern yöntemlerin daha fazla kullanımına yol açmaktadır.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Türkiye toplumu, az gelişmişlik sürecinde, kentleşmesini tamamlamamış, öğrenimi kadınların tümüne ulaştıramamış, kadın istihdamını nitelikli ve sürekli kadınların yaygın olarak çalışabilecekleri bir biçime dönüştürmemiş, üstüne üstlük orta doğu aile yapısının erkek egemen karakteristiklerinin⁵⁴ hüküm sürdüğü bir toplumdur. Bu altyapıda sosyoekonomik etmenlerin gebelikten korunma davranışı üzerine etkileri incelenirken, az gelişmişliğin izleri, kadınların ve erkeklerin yeteri kadar öğrenim görememesinde, düşük ve niteliksiz düzeyde kadın istihdamında ve düşük sağlık sigortası oranlarında kendini belli etmektedir. Türkiye'de çocuk sayısını sınırlama isteğ: nedeniyle gebeliğ: önleyici yöntemlerin kullanımı önemli bir göstergedir. Türkiye'de sosyoekonomik etmenler, modelde yaşayan çocuk sayısı değışkeni varken, gebeliğ: önleyici yöntemlerin kullanımı ve seçimi üzerine etkilerini gösterebilmiştir.

Türkiye'nin aile planlaması çalışmaları ve modernleşme çabaları birbirine koşul ilerlemektedir. Az gelişmişliğin aşılması için kentleşmenin sürmesi, öğrenimin yaygınlaşması, kadınların ataerkil yapının kısılcısından kurtulabilmesi, iş gücünün niteliğinin artması, konut koşullarının iyileşmesi, bölgeler arası farklılıkların azaltılması gereklidir. böylece üreme davranışında modernizmin etkileri görülebilir. Aile planlaması çalışmalarında, olayın sosyoekonomik boyutunu da içeren programlar başarının anahtarı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Çalı Ş. "Nüfus ve Nüfus Sorunları" Aile Planlamasında Temel Bilgiler, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, İstanbul 1997:17.
2. Duben A. Behar C. İstanbul Haneleri Evlilik, Aile ve Doğurganlık 1880-1940: İletişim Yayınları 1998 İstanbul 173-204.
3. Kasnakoğlu Z. Türkiye'de Kadının Mesleğ:, Geliri ve Doğurganlık Üzerine Bir Çalışma. Türkiye'de Nüfus Konuları Politika Öncelikleri 419-420. Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara 1993.
4. Hoque N., Murdock H. S.: "Socioeconomic Development, Status Of Women.
5. Family Planning, And Fertility 'n Bangladesh": A District Level Analysis. Social Biology. 44 (3-4): 180-197
6. Koc İ. "Determinants of contraceptive use and method choice in Turkey". J. Biosoc Sci 2000 Jul;32(3):329-42.
7. Tanfer K., Cubbins A. L., Brewster L. K., "Determinants of Contraceptive Choice Among Single Women in the United States, Family Planning Perspectives:1992. 24(4):155.

TÜRKİYE'DE AKRABA EVLİLİKLERİ

1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Sonuçları

Doç. Dr. Şevkat BAHAR-ÖZVARIŞ*, Dr. Gonca OKTAY KOÇOĞLU*, Prof. Dr. Ayşe AKIN*

* Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hekim Sağılığı Anabilim Dalı

ÖZET

Akraba evliliğ:, eşler arasında kan bağı bulunması yani aynı atadan gelme durumudur. Genetik hastalıkların epidemiyolojisini etkileyen önemli durumlardan biridir ve tahminlere göre, dünya toplumunun %20'si tarafından yeğlenmektedir. Akraba evlilikleri, genetik hastalıklara neden olmasının yanında, özellikle kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını etkilemektedir. 1998 TNSA'nda, araştırmanın kapsadığı son beş yıllık dönem içerisinde olan doğumların %27'sinde eşler arasında akraba evliliğ:, %17'sinde ise konjenital anomali görüme sıklığı açısından daha fazla risk taşıyan birinci derece akraba evliliğ: olduğu görülmektedir. Birinci derece akraba evliliğ: yapmış olanların %46'sı doğum öncesi bakım almamıştır. Ayrıca, eşyle akraba olan kadınların %27.7'si doğum sağlıklı koşullarda yapmamıştır.

Sonuç olarak, Türkiye'de yüksek oranda görülen (%27) akraba evlilikleri için, genetik danışına hizmetinin sağlık hizmetleri içinde, özellikle de birinci basamak sağlık hizmetleri içinde planlanması uygun bir yaklaşım olacaktır.

Anahtar Kelimeler : Akraba evliliğ:, doğum öncesi bakım, doğum öncesi bakım niteliğ:, sağlıklı koşullarda doğum, doğum sonu bakım, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

GİRİŞ

Akraba evliliği, eşler arasında kan bağı bulunması yani aynı atadan gelme durumudur. Genetik hastalıkların epidemiyolojisini etkileyen önemli durumlardan biridir ve tahminlere göre, dünya toplumunun %20'si tarafından yeğlenmektedir. Doğan çocukların en azından %8.4'ü akraba evliliklerinden doğmaktadır. Özellikle, Batı Akdeniz ve Güney Hindistan'da çok yaygındır(1). Eş seçiminin, tamamen serbest olduğu ve kişilerin kend. eğilimlerine bıraktığı toplumlarda, insanların çok azının akrabaları ile evlendikleri sonucu çıkarılmıştır(2).

Akraba evliliğinde önemli olan sorun, sağlıklı olan bireylerin genlerinde taşıdıkları hastalıkların çocuklarına aktarılmasıdır. Kan bağı olan akrabalar, toplumun genelinde görülen ortak gen yüzdesinin dışında, ayrıca akraba oldukları için ve bunun derecesine göre daha da fazla ortak genleri vardır(3). Akraba evliliği yapan popülasyonda özürü çocuk doğma riski diğer popülasyona göre iki kat artarak %8-9 olmaktadır. Akraba evliliği genetik hastalıkların epidemiyolojisini etkileyen önemli durumlardan biridir(4).

Dr. Serim Timur "Türkiye'de Aile Yapısı" kitabında, Türkiye'de evli çiftlerin yaklaşık olarak üçte birinin (%29.2) birbirleriyle akraba olduklarını belirtmektedir(1972). Akraba olan eşlerin %80'i kardeş çocuklarıdır. Özellikle erkek kardeş çocuklarının birbirleriyle evlendikleri görülmektedir. Almanya'da kuzen evliliklerine çok ender rastlanmaktadır. Halkın eğitim düzeyinin ve genetik hastalıklar konusundaki bilgisinin artması, bu tür evliliklerin oranının %0.3'ün altına düşmesine ve hatta büyük şehirlerde daha da azalmasına neden olmuştur. Başka kültürlerde ise yakın akraba evlilikleri ekonomik çıkarlar, çift ailelerinin birbirini daha yakın tanıyor olması, coğrafi konum gibi nedenlerle desteklenebilmektedir(2).

Akraba evlilikleri, genetik hastalıklara neden olmasının yanında, özellikle kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını etkilemektedir. Bu çalışmada, 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'ndan (TNSA) elde edilen verilerin ileri analizi ile Türkiye'de akraba evlilikleri ve doğum öncesi, doğum ve doğum sonu hizmetlerinden yararlanma durumlarının incelenmesi planlanmıştır. Ayrıca, diğer TNSA'lar ile bazı sonuçlar karşılaştırılarak toplumda akraba evliliği yapma durumundaki değişimin ortaya konması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Sosyal bilimler ve tıp bilimlerinde akraba evliliği, kardeş çocuklarının ve kardeş torunlarının evliliğidir. Kardeş çocuklarının evliliğine birinci derece, kardeş torunlarının evliliğine de ikinci derece akraba evliliği denilmektedir. (1, 5, 6)

Bu analizde, 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na(TNSA) ait veriler kullanılmıştır. 1998 TNSA'nda; araştırmanın kapsadığı son beş yıllık dönem içerisinde olan her bir canlı doğum ile ilgili ayrıntılı bilgi toplanmıştır. Bu çalışmada, araştırmanın kapsadığı son beş yıllık dönem içerisinde olan 3418 doğumun gerçekleştiği ailelerde akraba evlilikleri ve bu kadınların doğum öncesi bakım, doğum ve doğum sonu bakım alma durumu incelenmiştir.

Ayrıca, akraba evliliği yapanlarda, doğum öncesi bakım niteliği incelenmiştir.

DÖB niteliği,

- * yeterli TT bağısklama
- * kontrollerin herhangi birinde annenin ağırlığının ölçülmesi
- * kontrollerin herhangi birinde annenin kan basıncının ölçülmesi
- * kontrollerin herhangi birinde annenin kan tetkikinin yapılması
- * kontrollerin herhangi birinde çocuk kalp seslerinin dinlenmesi
- * gebelik döneminde demir hapı verilmesi

olmak üzere gebeler mutlaka verilmesi gereken 6 temel hizmet seçilmiş ve herbiri için bir puan verilerek toplam 6 puan üzerinden DÖB nitelik puanı hesaplanmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

1998 TNSA'nda, araştırmanın kapsadığı son beş yıllık dönem içerisinde olan doğumların %27'sinde eşler arasında akraba evliliği, %17'sinde ise konjenital anomali görülme sıklığı açısından daha fazla risk taşıyan birinci derece akraba evliliği olduğu görülmektedir (Tablo 1). 1993 TNSA'nda akraba evlilikleri ayrıca incelenmediği için 1998 yılı ile karşılaştırma yapılamamıştır. 1998 TNSA'nda, araştırmanın kapsadığı son beş yıllık dönem içerisinde, bazı değişkenlere göre akraba evliliği incelendiğinde; birinci derece akraba evliliği sıklığının Doğu (%26) ve Güney (%21) bölgelerinde diğer bölgelere göre, kırsal yerleşim yerlerinde (%20) ise kente göre daha yüksek olduğu ve ortaokul ve üzeri eğitimi olan kadınlarda (%5) diğerlerine göre daha düşük olduğu görülmektedir(Tablo 1).

Araştırmanın kapsadığı son beş yıllık dönemdeki doğumlar için incelenen kadınların, eşleri ile birinci derece akraba olanlarının yaklaşık yarısı (%46), ikinci derece akraba olanlarının ise %37.5'i gebelikleri sırasında hiç doğum öncesi bakım (DÖB) almamışlardır. DÖB hizmetleri, anne ve çocuk sağlığı açısından yaşamsal önemdedir. 1998 TNSA'nın kapsadığı beş yıllık dönem içinde doğum yapan annelerin %68'i, en az bir kez bir sağlık personeline doğum öncesi bakım almıştır. 1993 TNSA sonuçları ile karşılaştırıldığında (%63), DÖB alanların sıklığında beş yıllık dönemde %7.9'luk bir artış olmuştur. Anne ve bebeğin sağlığı açısından gebelik tesbitinin mümkün olan erken dönemde yapılarak, mutlaka gebeliğin birinci trimesterinde doğum öncesi bakıma başlanması gerekmektedir. 1993 ve 1998 TNSA sonuçlarının her ikisinde de, DÖB'a gebeliğin üçüncü ayında(ortanca değer) başlanmaktadır. Bununla birlikte; 1998 TNSA'nın kapsadığı beş yıllık dönem içinde DÖB a'ın 2338 doğumun üçte ikisinden çoğunda (%68) DÖB'a gebeliğin birinci, yaklaşık üçte birinde (%24) ise gebeliğin ikinci trimesterinde başlanmaktadır. Üçüncü trimesterde başlayanlar da eklendiğinde, doğumların üçte birinde (%30) gebeliğin çok geç bir döneminde DÖB'a başlandığı görülmektedir. Son beş yıllık dönemde, eşleri ile birinci derece akraba olan kadınların %15'i, Sağlık Ocağı ve Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezleri gibi birinci basamak kamu kuruluşlarından, %22'si kamu hastanelerinden, %61'i ise özel sektörden DÖB almışlardır. Bu açıdan yüzdelere akraba evliliği olmayanlara benzerdir.

Araştırmanın kapsadığı son beş yıllık dönemde, akraba evliliği olan kadınların büyük bir çoğunluğu (birinci derece akrabalıkta %88, ikinci derece akrabalıkta %92) hekimden DÖB almışlardır. Eşleri ile birinci veya ikinci derece akraba olan kadınların sadece beşte biri (sırasıyla %22, %23) yeterli DÖB almışlardır.

DÖB nitelik puanı değerlendirilmesine göre; riskli gebelik olarak tanımlanması gereken eşleri ile birinci derece akraba olan kadınların %15'inin DÖB nitelik puanı "1-2", %37'sinin "3-4", %48'inin ise "5-6" olduğu bulunmuştur. Eşleri ile ikinci derece akraba olan kadınların %11'inin DÖB nitelik puanı "1-2", %43'ünün "3-4", %46'sının ise "5-6" olduğu saptanmıştır.

Ayrıca, eşleriyle akraba olan kadınların %27.7'si doğum sağlıklı koşullarda yapmamıştır. Sağlıklı koşullarda doğum yapan kadınların %56.0'ı hastanede, %9.1'i sağlık personeli ile evde, %7.2'si ise birinci basamak sağlık kuruluşunda doğum yapmıştır.

BEŞİNCİ BÖLÜM:SOSYAL BİLİMLER, TIP EĞİTİMİ, SAĞLIK EĞİTİMİ, OKUL SAĞLIĞI

Türkiye genelinde gerçekleştirilen TNSA'lara dayanarak yapılan akraba evlilikleri ile ilgili çalışmalar sonucunda bu tür evliliklerin doğurganlığı önemli ölçüde etkilediği görülmüştür (7). Akraba evliliği yapan kadınların, diğer kadınlara göre daha fazla doğurdıkları gözlenmektedir. Halen ilk evliliğini sürdüren kadınlardan akraba evliliği yapan kadınların evlilik sürelerine göre kuşak doğurganlık hızlarına bakıldığında, evlilik süresi arttıkça doğurganlık hızının da arttığı görülmektedir. Söz konusu kadınlardan evliliğinin ilk beş yılını yaşayanların tamamlanmış doğurma ilk hızları 0.8 iken evlilik süresi 5-9 yıl olanların evliliklerinin ilk beş yılındaki tamamlanmış doğurganlık hızı 0.9 ve evli ik süresi 10-14 yıl olanlarda 0.95'e yükselmektedir. Evlilik süresi 5-9 yıl olan kadınların tamamlanmış doğurganlık hızları 2.2 iken, evlilik süresi 10-14 yıl olan kadınların evliliklerinin ikinci beş yılında doğurganlık hızları 2.4'e yükselmektedir. Bu durum akraba evliliği yapan kadınlarda evlilik süresi arttıkça doğurganlık hızının arttığını göstermektedir. Başka bir deyişle akraba ile evlenen kadınlarda da doğurganlık zaman içinde azalmaktadır (8).

Bu konuda yapılan ilk araştırma, Dr. Serin Timur'un Türk aile yapısını çeşitli formlarıyla ortaya koyduğu 1968 Türkiye Aile Yapısı ve Nüfus Sorunları Araştırması adlı çalışmasıdır. 1968 araştırması verilerine göre ülkemizde kırsal kesimde evli çiftlerden akrabalı evli olanlar %36'dır. Akraba evliliklerinin %29'u kardeş çocukları evliliğidir. Kardeş çocukları evliliği arasında da amca çocukları evliliği %69'dur (2). 1983 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması verilerine göre de birinci ve ikinci derece akraba evliliklerinin tüm evlilikler içindeki payı bütün Türkiye'de %21'dir (9,10). Grafik 1'de Türkiye'de çeşitli araştırma sonuçlarına göre akraba evlilikleri gösterilmektedir.

1988 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre ise, akraba evlilikleri %20, yakın akraba evlilikleri ise %15 oranındadır. Yani, yapılan her beş evlilikten biri akraba evliliğidir. Akraba evliliği yapan kadınlar akraba evliliği yapmayan kadınlara göre bir yıl daha erken evlenmektedir. Akraba evliliği yapanlarda ilk evlenme yaşı 18, akraba evliliği yapmayanlarda ise 19 olarak hesaplanmıştır (11). Devlet Planlama Teşkilatı (1992) tarafından yapılan Türk Aile Yapısı Araştırması'nda da akraba evliliği yapanların oranı %17 olarak tespit edilmiştir (12). 1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması verilerine göre de doğurgan çağdaki kadınların %23'ü akraba evliliği yapmışlardır. Akraba evliliklerinin büyük çoğunluğunun birinci derece kuzen evlilikleri olduğu, en çok yapılan evliliğin ise amca çocukları arasında olduğu görülmüştür (13). Bulgular Türkiye'de son yıllarda akraba evliliklerinin sıklığında önemli bir değişime yaşanmadığını göstermektedir (3). TNSA 1993 verilerine dayanarak yaptığı çalışmada halen ilk evliliğini sürdüren kadınlardan (6124) %13'ünün akraba evliliği yaptığı, bunların %15.2'sinin birinci dereceden ve %7.8'inin ikinci dereceden akrabaları ile evlendikleri belirtilmektedir. Kadınların evlilik sürelerine göre bakıldığında, zaman içinde birinci ve ikinci dereceden akrabaları ile evlenenlerin oranının azaldığı, buna karşın akrabalık dışı yapılan evliliklerin oranının arttığı görülmektedir (8).

1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması verileri göstermektedir ki oldukça hızlı ekonomik, sosyal ve demografik değişmelerin yaşandığı Türkiye'de akraba evliliğinin yaygınlığı devam etmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Toplumda akraba evliliğinin olumsuz sonuçlarına ilişkin bilgiler akraba evliliği yapan ya da yapmayanlarda yaygın olmakla birlikte, kısa sürede ülkede ortadan kalkacağını düşünmek mümkün değildir.

Akraba evliliği Türkiye'de geleneksel altyapı ile uzun zamandan beri süreklilik gösteren bir olgudur. Akraba evliliğinin nedenleri ve sonuçları üzerine dünya genelinde olduğu gibi Türkiye'de de bazı çalışmalar yapılmıştır (14,15). Ancak konunun etraflıca anlaşılması için yeni çalışmalara gerek vardır.

Aynı tip hastalıklı genle karşılaşma riski akrabalık olduğunda daha yüksek olduğundan, özellikle ailesinde otozomal resesif geçişli hastalık bulunan bireylerin mutlaka genetik danışmanlık almaları ve yakın akrabası ile evlenmiş olmaları durumunda ortaya çıkacak tehlikeler hakkında bilgilensmeleri gerekmektedir (16-18). Son yıllarda ülkemizde evlenmek üzere olan çiftlerde evlilik öncesi taşıyıcılık için taramalar yapılmaktadır. Akraba evlilikleri, genetik hastalıklara neden olmasının yanında, özellikle kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını etkilemektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında, ek danışmanlık gerektiren bu durumda olan kadınların mutlaka alınması gereken doğum öncesi, doğum ve doğum sonu bakım hizmetlerini diğer kadınlardan daha az aldıkları göz ardı edilmemelidir.

Sonuç olarak; Türkiye'de yüksek oranda görülen (%27) akraba evlilikleri için, genetik danışmanlık hizmetinin sağlık hizmetleri içinde, özellikle de birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında planlanması uygun bir yaklaşım olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Eyüboğlu İ.Z., Türk Dilinin Etimoloji Sözlüğü, (ikinci baskı), Sosyal yay., İstanbul, 1991
2. Timur S. Türkiye'de Aile Yapısı, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 1972.
3. Hancıoğlu A., Tunçbilek E., Akraba Evlilikleri, Sosyo-Demografik Özellikleri ve Çocuk Ölümleri Üzerine Etkileri, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 1998/41, s:139-153.
4. Ulusoy Gökkoça F.Z., Baharlı Etiker N. Çocukluk Döneminde Genetik Hastalıkların Epidemiyolojisi ve Kontrolü, Sağlık ve Toplum, 1999; 3:19-26.
5. Bozkurt G., İnsan ve Kültür, (geliştirilmiş dördüncü basım) Remzi Kitabevi, İstanbul, 1984.
6. Tunçbilek E., Türkiye'de Akraba Evlilikleri, Katkı, 1985, 6 / (2), s: 129-136.
7. Tunçbilek E., Koç İ., Consanguineous Marriage in Turkey and its Impact on Fertility and Mortality, Ann. Human Genetics, 1994/58, s: 321-32
8. Beder-Şen R., Evliliğin Kuruluşuna İlişkin Özelliklerin Doğurganlık İle İlişkisi, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1996
9. Tunçbilek E., Ulusoy M., Consanguinity in Turkey in 1988, Nüfusbilim Dergisi, 1989, cilt:11, s: 35-46.
10. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 1983 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Hacettepe Üniversitesi yayını, Ankara, 1987
11. Devlet Planlama Teşkilatı, Türk Aile Yapısı Araştırması, Ankara, 1992
12. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 1988 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Hacettepe Üniversitesi yayını, Ankara, 1989
13. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Hacettepe Üniversitesi yayını, Ankara, 1995
14. Dikeçli B., Çiğdem A., (ed), Türk Ailesi, Aile Yazıları, cilt: I, Aile Araştırma Kurumu yay., Ankara 1991, s: 225-247.
15. Gökçe B., Aile ve Aile Tipleri Üzerine Bir İnceleme, Aile Yazıları, cilt: I, Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Yay., Ankara, 1991, s:205-223.

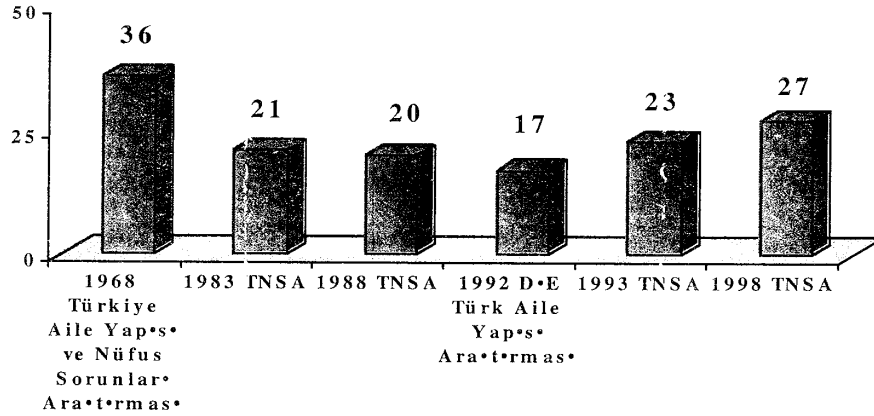
VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

16. Genç Z, Erdemir Demirhan A. Genetik Danışmanlığın Tıbbi Etik Açısından Önemi ve Bazı Sonuçları. T Klin Tıbbi Etik, 1997; 5(2):73-77.
 17. Genç Z. Genetik Danışmanlıkta Kan yakını Akraba Evliliklerine Yaklaşım. T Klin Tıbbi Etik, 1997; 5(2):78-80.
 18. Uskun E., Akraba Evlilikleri. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi,

Değişkenler	Yok	1. derece	2. derece	Sayı
Bölge				
Batı	83.1	9.6	7.3	1007
Güney	68.2	21.1	10.7	473
Orta	75.4	14.4	10.2	767
Kuzey	78.3	10.4	11.2	263
Doğu	61.3	25.7	13.0	883
Yurtdışı	(60.5)	(17.4)	(22.1)	24
Yerleşim Yeri*				
Kent	76.7	14.6	8.8	2158
Kır	67.3	20.0	12.7	1235
Annenin Eğitimi				
Eğitimi yok/İlk. bitirmedi	61.8	26.0	12.2	925
İlkokul mez./Orta bitirmedi	75.0	14.6	10.4	2095
Ortaokul mezunu, +	90.0	4.8	5.2	398
Toplam ¹	73.2	16.6	10.3	3417

¹ 1 doğum ile ilgili veri yok. () gözlem sayısı 50'nin altındadır.
 * Yurtdışında olan doğumlar dahil edilmemiştir.

Grafik 1. Türkiye'de Çeşitli Araştırma Sonuçlarına Göre Akraba Evlilikleri



DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİNDE 1998-2002 YILLARI ARASINDA EĞİTİM GÖREN HEKİM ADAYLARININ HALK SAĞLIĞI ROTASYONU İLE İLGİLİ GERİ BİLDİRİMLERİ

Bülent KILIÇ*, Alp ERGÖR*

*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Y. Doç. Dr.

ÖZET:

Bu araştırmanın amacı Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki hekim adaylarının, 2 aylık halk sağlığı rotasyonu hakkındaki değerlendirmelerini ve bunu etkileyen etmenleri saptamaktır. Araştırma kesitsel ve analitik tiptedir. Değerlendirme Aralık 1998 ile Mart 2002 tarihleri arasındaki 3.5 yıllık bir süreyi kapsamaktadır. Bu dönem içinde halk sağlığı rotasyonu yapan intern doktorların sayısı 482'dir, ulaşılma oranı ise %92'dir (443 kişi). Her uygulamanın ortalama puanları 5 üzerinden hesaplanmış ve gruplar arası farklılıklar için t veya ANOVA testleri kullanılmıştır. Halk sağlığı rotasyonunda en yüksek yeterlilik puanlarını JHPİEGO projesi kapsamındaki Aile Planlaması Kursu ile birlikte topluca gerçekleştirilen sunum toplantılarının aldığı görülmektedir. Ortalaması 4 puanı geçen diğer değerlendirmelere bakıldığında danışman öğretim üyelerinin, intern eğitiminden sorumlu sağlık ocağı hekimlerinin, halk sağlığı rotasyonu için hazırlanan intern eğitim dosyasının, ekip çalışması yapmanın ve bilimsel bir araştırma planlayıp gerçekleştirme sürecinin oldukça yeterli görüldüğü saptanmıştır. Sağlık ocağı çalışmaları arasında ise poliklinik uygulaması, reçete yazma, sağlık ocağı kayıtlarını inceleme, sağlık ocağı yönetimini gözleme ve immünizasyon yapmanın oldukça yeterli görüldüğü saptanmaktadır. Sağlık ocağı çalışmaları sırasında en düşük puan alan uygulamalar jinekolojik bakım, fiyasyon çalışması, acil hasta girişimi, kulak yıkama ve dikiş atma gibi uygulamalardır. İzlem çalışmalarının, aşı yapmanın ve laboratuvar

BEŞİNCİ BÖLÜM:SOSYAL BİLİMLER, TIP EĞİTİMİ, SAĞLIK EĞİTİMİ, OKUL SAĞLIĞI

çalışmalarının da orta düzeyde yeterlilik puanları aldığı dikkati çekmektedir. Uygulamalara verilen ortalama puanlar arasında klor ölçümü, su örneği alma, fiyasyon gibi çalışmaların erkeklerde kızlara göre daha yeterli değere landirildiği saptanmıştır. Sağlık ocağı sorumlu hekimi ve intörn eğitiminden sorumlu hekimlerin ise Narlıdere SGB sağlık ocaklarında anlamlı bir şekilde düşük puan alması dikkati çekmektedir. Urla SGB sağlık ocaklarında laboratuvar çalışmaları ve küçük cerrahi girişimler. Seferihisar SGB sağlık ocaklarında klor ölçümü ve fiyasyon çalışması daha az puan almıştır. Güzelbahçe SGB sağlık ocaklarında ise iş yeri denetimleri ve küçük cerrahi girişimler diğer SGB'lere göre daha yüksek puan almıştır.

Anahtar Kelimeler: İntörn Dr., Halk Sağlığı Rotasyonu

-GİRİŞ:

Mezuniyet öncesi tıp eğitiminin en önemli dönemlerinden biri olan son 12 aylık dönem intörlük dönemi olarak da adlandırılmaktadır. İntörlük öncesindeki 5 yıllık eğitimin meyvalarının toplandığı ve uygulamaların daha ağırlıklı olduğu bu dönemde hekim adayları 2 aylık sürelerini halk sağlığı anabilim dalında geçirmektedirler. Bu rotasyonun temel amacı hekim adaylarına ülkemizin sağlık örgütlenmesini, sağlık ocaklarını ve sağlık mevzuatını tanıtılabilmek, sağlıkla ilgili olaylarda biyolojik etmenler kadar toplumsal ve sosyal etmenlerin de önemini gösterebilmektir. Rotasyonun bir diğer amacı da hekim adaylarının ülkemizde sık görülen hastalıkları ve sağlık sorunlarını toplumun içinde göreyek öğrenmelerini ve bulaşıcı hastalıklarla savaş su denetimini ve benzeri konularda beceri kazanabilmelerini sağlamaktır. Bu nedenle hekim adaylarının hastane koridorları dışına çıkarak toplum içinde çalışan, toplumla iletişimi kurabilen, toplumun sağlık sorunlarını saptayabilen ve bu sorunlara çözümler üretebilen hekimler olarak yetiştirilmeleri gerekmektedir.

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki hekim adayları 2 aylık halk sağlığı rotasyonunda Narlıdere Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölgesi'ndeki Narlıdere, Güzelbahçe, Urla ve Seferihisar Sağlık Grup Başkanlıklarına bağlı 17 sağlık ocağından 8-12 tanesinde eğitim görmektedir. Eğitim görülen sağlık ocağı sayısı rotasyona gelen hekim adayları sayısına göre ve hekim adaylarının isteklerine göre belirlenmektedir. Sağlık ocağı başına 2-4 hekim adayı düşmektedir. Eğitim görülen sağlık ocaklarının tıp fakültesine olan uzaklığı ise 1-40 km. arasında değişmektedir. Hekim adaylarına günlük ulaşım ve yemek giderleri için harcırah verilmektedir.

Halk sağlığı rotasyonu sırasında hekim adayları sağlık ocağı polikliniğinde ve acilde hasta muayenesi, evde ve sağlık ocağında bebek-gebe-kadın-çocuk izlemi, aşı, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, çevre sağlığı ve laboratuvar uygulamaları yaparak sağlık ocağı hizmetlerinin tamamında fiilen çalışmaktadırlar. Ayrıca hekim adayları haftada iki kez öğretim üyeleri ile kuramsal tartışma yapmakta ve sağlık ocağı dışında bir kuruma (Verem Savaş, Sıtma Savaş, Frengi-Lepra, Halk Sağlığı Laboratuvarı, Huzurevi ve İşyeri) geziye gitmektedirler. Her hekim adayının rotasyon sırasında doldurmak zorunda olduğu ayrıntılı bir dosyası bulunmaktadır (1). Bu uygulamalar sayesinde halk sağlığı rotasyonunun sonunda hekim adaylarının sağlık ocağı yönetimi, ekip çalışması, topluma tanı koyma, alan araştırması gerçekleştirme gibi çalışmalarını yapabileceği konusunda kendilerini yetkin hissetmeleri amaçlanmaktadır. Bu nedenle eğitim dönemleri sonunda alınan yazılı ve sözlü geri bildirimlerin önemi büyüktür.

II-AMAÇ:

Bu araştırmanın amacı Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki hekim adaylarının, 2 aylık halk sağlığı rotasyonu hakkındaki değerlendirmelerini ve bunu etkileyen etmenleri saptamaktır.

III-YÖNTEM:

Araştırma kesitsel ve analitik tiptedir. Veriler halk sağlığı rotasyonlarının son günlerinde tüm hekim adaylarından standart bir form ile yazılı geri bildirim şeklinde toplanmıştır. Formların üstünde isim bulunmamakta ancak hekim adaylarından cinsiyetlerini ve çalıştıkları sağlık ocağını belirtmeleri istenmektedir. Bu nedenle bazı formlarda bu bilgiler doldurulmadığından eksik bulunabilmektedir.

Geri bildirimler Aralık 1998 ile Mart 2002 tarihleri arasındaki 3.5 yıllık bir süreyi kapsamaktadır. Bu dönem içinde halk sağlığı rotasyonu yapan intern doktorların sayısı 182, geri bildirim yapan intern doktor sayısı 443'dür (%91.9). Hekim adayları sağlık ocağında yaptıkları uygulamaları 5'li bir ölçek üzerinden değerlendirmişlerdir. 5 puan "çok yeterli", 1 puan "çok yetersiz" anlamına gelmektedir. İstatistiksel analizler SPSS 11.0 programı ile yapılmıştır. Her uygulamanın ortalama puanları 5 üzerinden hesaplanmış ve gruplar arası farklılıklar için t veya ANOVA testleri kullanılmıştır. Ortalama puanların yanı sıra standart sapma değerleri de verilmiştir.

Bağımlı değişkenler:Sağlık ocağında poliklinik hizmetleri, izlem çalışmaları, çevre sağlığı uygulamaları, bulaşıcı hastalıklarla savaş, laboratuvar çalışmaları, kuramsal uygulamalar, sunumlar.

Bağımsız değişkenler: Cinsiyet, çalışılan sağlık ocağı.

IV-BULGULAR:

Geri bildirim yapan intern doktorların %59.2'si erkek (216), %40.8'i kızdır (149). Narlıdere Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı sağlık ocaklarında çalışan intern doktor sayısı 119 (%51), Güzelbahçe Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı sağlık ocaklarında çalışan intern doktor sayısı 94 (%26), Urla Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı sağlık ocaklarında çalışan intern doktor sayısı 56 (%15), Seferihisar Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı sağlık ocaklarında çalışan intern doktor sayısı 31'dir (%8).

Halk sağlığı rotasyonunda en yüksek yeterlilik puanları JHPİEGO projesi kapsamındaki Aile Planlaması Kursu'na 4.50±1.06 puanla; intörn araştırmalarının sunum toplantısına 4.50±0.71 puanla ve sağlık ocağı çalışmalarının sunum toplantısına 4.48±0.74 puanla verilmiştir. Sunumlar hekim adaylarının her ayın son iş gününde tüm öğretim elemanlarının katılımıyla birlikte gerçekleştirilmektedir.

Ortalama 4 puanı geçen diğer değerlendirmeler şöyledir: Danışman öğretim üyeleri (4.42±0.95), her grubun yaptığı bilimsel bir araştırma planlayıp yapma süreci (4.37±0.79), poliklinik uygulaması (4.26±0.97), reçete yazma (4.24±1.04), halk sağlığı rotasyonu için hazırlanan intern eğitim dosyası (4.22±0.89), danışman sağlık ocağı hekimleri (4.21±1.07), sağlık ocağı kayıtlarını inceleme (4.19±0.84), ekip çalışması yapma (4.19±0.94), sağlık ocağı yönetimini gözleme (4.11±0.87) ve im enjeksiyon yapma (4.07±1.21). En düşük puan alan uygulamalar ise servikal smear alma (2.21±1.34), kulak yıkama (2.27±1.39), jinekolojik bakı (2.56±1.40), gayta incelemesi (2.57±1.41), acil hasta girişim (2.61±1.42), fiyasyon çalışması (2.88±1.38) ve dikiş alma (2.89±1.46) uygulamalarıdır. Hekim adaylarının kuramsal eğitimlere verdikleri ortalama puanlar ise 4.29±0.9 (iş sağlığı) ile 4.08±0.94 puan (araştırma planlama) arasında değişmektedir.

Sağlık ocağı uygulamalarının ortalama puanları topluca Tablo-1'de verilmiştir.

Uygulamalara verilen ortalama puanlar arasında 4 uygulamada cinsiyete göre anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Sağlık ocağında jinekolojik bakı ise beklendiği gibi cinsiyetten etkilenmemiştir. Bu farklılıklar Tablo-2'de verilmiştir:

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Uygulamaların ve eğitimcilerin aldığı ortalama puanların Sağlık Grup Başkanlıklarına (SGB) göre farklılıklar gösterenleri ise şöyledir: Sağlık ocağı sorumlu hekimi, intörn eğitiminden sorumlu hekim, iş yeri denetimi, klor ölçümü, filyasyon çalışması, jinekolojik muayene, iv/ım. enjeksiyon, dikeş atma, kulak yıkama, adli rapor yazma, idrar bakısı, gebelik testi. Bu farklılıklar Tablo-3'te verilmiştir:

Hekim adaylarının %81'i halk sağlığı rotasyonu için ayrılan 2 aylık sürenin yeterli olduğunu belirtmiştir.

V-TARTIŞMA ve SONUÇ:

Halk sağlığı rotasyonunda en yüksek yeterlilik puanlarını JHPIEGO projesi kapsamındaki Aile Planlaması Kursu ile birlikte topluca gerçekleştirilen sunum toplantılarının aldığı görülmektedir. Ortalaması 4 puanı geçen diğer değerlendirilmelere bakıldığında danışman öğretim üyelerinin, intörn eğitiminden sorumlu sağlık ocağı hekimlerinin, halk sağlığı rotasyonu için hazırlanan intern eğitim dosyasının, ekip çalışması yapmanın ve bilimsel bir araştırma planlayıp gerçekleştirme sürecinin oldukça yeterli görüldüğü saptanmıştır. Sağlık ocağı çalışmaları arasında ise poliklinik uygulaması, reçete yazma, sağlık ocağı kayıtlarını inceleme, sağlık ocağı yönetimini gözleme ve im enjeksiyon yapmanın oldukça yeterli görüldüğü saptanmaktadır. Sağlık ocağı çalışmaları sırasında en düşük puan alan uygulamaların jinekolojik bakı ve filyasyon çalışması olması oldukça düşündürüçüdür. Ayrıca acil hasta girişimi, kulak yıkama ve dikeş atma gibi uygulamaların da oldukça yetersiz olduğu görülmektedir. İzlem çalışmalarının, aşı yapmanın ve laboratuvar çalışmalarının da orta düzeyde yeterlilik puanları aldığı dikkati çekmektedir.

Uygulamalara verilen ortalama puanlar arasında klor ölçümü, su örneği alma, filyasyon gibi çalışmaların erkeklerde kızlara göre daha yeterli değerlendirilmesi çevre sağlığı çalışmalarında kızların biraz daha geri planda kaldıklarını düşündürmektedir.

Uygulamaların ve eğitimcilerin aldığı ortalama puanların Sağlık Grup Başkanlıklarına (SGB) göre farklılıklar göstermeleri de sağlık ocağı ekiplerinin farklılığından kaynaklanmaktadır. Bu noktada sağlık ocağı sorumlu hekimi ve intörn eğitiminden sorumlu hekimlerin Narlıdere SGB sağlık ocaklarında anlamlı bir şekilde düşük puan alması dikkati çekmektedir. Urla SGB sağlık ocaklarında laboratuvar çalışmaları ve küçük cerrahi girişimler, Seferihisar SGB sağlık ocaklarında klor ölçümü ve filyasyon çalışması daha az puan almıştır. Güzelbağçe SGB sağlık ocaklarında ise iş yeri denetimleri ve küçük cerrahi girişimler diğer SGB'lere göre daha yüksek puan almıştır.

Bu sonuçlarla intörn eğitiminde sağlık ocaklarının ve ekibin önemi ön plana çıkmaktadır. Düşük puan alan uygulamaların düzeltilmesi için danışman öğretim üyeleri ve sağlık ocağı hekimleri iş birliği yapmalı, özellikle sağlık personelinin hizmet içi eğitimi başta olmak üzere üniversiteden alınan destek artırılmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1) Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi: Halk Sağlığı Anabilim Dalı (2001) "Hekim Adayı Değerlendirme Dosyası", 6. basım: Dokuz Eylül Hastanesi Matbaası, İzmir

Tablo-1: Halk sağlığı rotasyonu uygulamalarının aldığı ortalama puanlar

Uygulama	Ortalama Puan	Standart Sapma
AP Kursu	4.50	1.06
İntörn araştırmaları sunumu	4.50	0.71
Sağlık ocağı çalışmaları sunumu	4.48	0.74
Danışman öğretim üyesi	4.42	0.95
Araştırma yapma	4.37	0.79
Poliklinikte hasta muayenesi	4.26	0.97
Reçete yazma	4.24	1.04
İntern değerlendirme dosyası	4.22	0.89
Danışman sağlık ocağı hekimi	4.21	1.07
Sağlık ocağı sorumlu hekimi	3.98	1.19
Sağlık ocağı kayıtlarını değerlendirme	4.19	0.84
Ekip çalışması yapma	4.19	0.94
Sağlık ocağı yönetimini gözleme	4.11	0.87
İM uygulama	4.07	1.21
Sağlık ocağında bebek izleme	3.95	0.91
Topluma sağlık eğitimi verme	3.87	1.00
Sağlık ocağında gebe izleme	3.85	0.96
Açlık kan şekeri ölçme	3.84	1.30
Aşı yapma	3.80	1.20
İdrar incelemesi	3.78	1.32
Evde bebek izleme	3.68	1.03

Uygulama	Ortalama Puan	Standart Sapma
Gebelik testi yapma	3.64	1.35
Hemoglobin ölçme	3.62	1.31
Evde gebe izleme	3.61	1.10
Adli rapor yazma	3.53	1.23
Pansuman yapma	3.48	1.44
Suda klor ölçümü yapma	3.41	1.39
Kan grubu ölçme	3.39	1.42
AP danışmanlığı	3.30	1.31
Periferik yayma	3.17	1.48
İV uygulama	3.10	1.48
Bakteriyolojik su örneği alma	3.07	1.42
Beyaz küre ölçme	2.92	1.42
Sütür atma	2.89	1.46
Filyasyon çalışması yapma	2.88	1.38
İşyeri denetimine katılma	2.84	1.44
RIA takmayı izleme	2.73	1.49
Acil Hasta Müdahalesi	2.61	1.42
Gayta incelemesi	2.57	1.41
Jinekolojik muayene	2.56	1.40
Kulak yıkama	2.27	1.39
Smear alma	2.21	1.34

Tablo-2: Sağlık ocağında yapılan uygulamaların cinsiyete göre değerlendirilmesi

Değişkenler	Erkek Ortalama puan	Kız Ortalama puan	p*
Klor Ölçümü	3.57	3.13	0.003
Filyasyon Çalışması Yapma	3.00	2.58	0.007
Bakteriyolojik su örneği alma	3.13	2.81	0.032
İntörn sorumlu sağlık ocağı hekimini değerlendirme	4.30	4.06	0.039
Jinekolojik muayene	2.45	2.68	0.125

*: t testi yapılmıştır

BEŞİNCİ BÖLÜM:SOSYAL BİLİMLER, TIP EĞİTİMİ, SAĞLIK EĞİTİMİ, OKUL SAĞLIĞI

Tablo-3: Sağlık ocağında yapılan uygulamaların ve eğitimcilerin ortalama puanlarının sağlık grup başkanlıklarına göre değerlendirilmesi

Değişkenler	Narlıdere SGB (ortalama)	Güzelbahçe SGB (ortalama)	Seferihisar SGB (ortalama)	Urta SGB (ortalama)	p**
İntörn eğitiminden sorumlu sağlık ocağı hekimi	3.96*	4.45	4.17	4.69	0.000
Sağlık ocağı sorumlu hekimi	3.50*	4.52	3.77	4.57	0.000
Adli rapor yazımı	3.25*	3.87	3.72	3.80	0.000
Gebelik testi	3.90	3.43	3.81	3.02*	0.000
İdrar incelemesi	3.99	3.63	3.84	3.18*	0.001
İşyeri denetimi	2.61	3.29*	2.93	2.87	0.002
Jinekolojik muayene	2.39*	2.39*	2.97	3.00	0.006
İM enjeksiyon	4.32*	4.18	3.87	3.79	0.008
Dikiş atma	2.99	3.12	3.03	2.34*	0.010
Klor ölçümü	3.52	3.60	3.83*	3.18	0.020
Kulak yıkama	2.20	2.68*	2.21	2.07	0.027
Filyasyon çalışması yapma	2.95	3.02	2.24*	2.70	0.033
İV enjeksiyon	3.09	3.48*	3.06	2.82	0.042

*Farklılığı yaratan grup

** : ANOVA yapılmıştır

DIYARBAKIR'DA ÇOCUK İSHALLERİ: İNANIŞLAR VE YEREL TEDAVİ UYGULAMALARI

Nuran ELMACI¹ (Prof.Dr.), Pervin ÖZELÇİ¹(Dr.)

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Çeşitli kültürlerde araştırma yapan antropologlar, halkın hastalıkları sadece biyolojik nedenlere bağlamadığı, doğaüstü-büyüsel kaynaklı inanışların da hastalık anlayışı ve tedaviyi etkilediğini göstermişlerdir. Bu araştırma çocuk hastalıkları ve ölümlerinin önemli nedenlerinden biri olan ishali annelerin nasıl açıkladığını tanımlamak amacıyla yapılmıştır. Bu nedenle annelere çocuklarının neden ishal olduklarını, ishali hangi belirtilerden anladıkları, ne zaman çare aramaya başladıkları ve doktora gittikleri, evde neler yaptıkları hakkında sorular sorulmuştur.

Araştırma verileri, Diyarbakır'ın göç alan bir semtinde (450 evler) 0-5 yaşında çocuğu olan 44 anne ile görüşülerek (niceliksel ve niteliksel sorularla yapılandırılmış soru formları aracılığıyla) elde edilmiştir.

Araştırma bulguları annelerin ishal nedenlerini iki kategoride düşündüklerini göstermektedir.

Sıcak-soğuk ve yağlı-kirli yiyeceğe bağlı olarak gelişen ishaller,

Ay basması, nazar, haram süt, korkulara bağlanan ishaller.

Birinci nedene bağlı olan ishaller ev ilaçları denendikten sonra doktora götürülmektedir. İkinci guruptaki ishaller geleneksel yöntemlerle iyileştirilmeye çalışılmaktadır. Örneğin çocuğunun ay basmasından ishal olduğunu düşünen anne (Ay basması: çocuğunun gökyüzündeki hilal şeklinde ayı görmesi ve korkması sonucu ishal olması) çocuğunun alın'ına haç şeklinde is sürmekte, bu durum aylar boyu sürerse, hoca ve şeyhlere götürmektedir.

Sonuç olarak; 450 evler anneleri kentte kısa bir süredir (6-7 yıl) yaşamaktadırlar. Kadınlar arasında okuma yazma oranı düşüktür. Dil bilmezler. Bağlı olarak şehir yaşamına katılamaz, iletişim araçlarından yararlanamazlar. Yaşamlarını ve sağlıklarını kırsal kesimden getirdikleri inanışlar ve uygulamalarla sürdürürler. Çocuk ölümlerinde ilk sıralarda olan ishal gibi önemli bir sağlık sorununun çözülmesinde; toplumun hastalık hakkında düşündüklerinin ve neler yaptıklarının bilimsel etkili sağlık eğitimi yöntemlerinin geliştirilmesi açısından gerekli ve zorunludur.

GİRİŞ

Çocuk ishalleri ölümlere yol açan önemli bir hastalıktır. Dünyada her yıl 5 yaşın altındaki çocuklarda yaklaşık 1 milyar ishal vakası görülmekte, 2.2 milyon çocuk ölmektedir. Bu ölümlerin büyük çoğunluğu gelişmekte olan ülkelerde olmaktadır. Ülkemizde 1986 yılından bu yana "İshalli Hastalıkların Kontrolü Programı" uygulanmaktadır. Buna göre 1986 da 30 000 olan ishale bağlı beş yaş altı ölümler 10 000 e inmiştir. Günümüzde ishalleri hastalıklar beş yaş altı ölümlerin yaklaşık % 6 sını oluşturmaktadır (Özmet E. 2000:1-5).

Çeşitli toplumlardan, guruplardan, kültürlerden toplanan etnografik veriler,hastalıkların farklı kültürlerde farklı nedenlerle açıklandığını, bağlı olarak tedavi uygulamalarının farklılaştığını göstermektedir. Din-dil, coğrafi yerleşim v.b kurumların farklılaşması temeline göre değişen bu açıklamalarda inanışların önemli payı vardır. Birçok hastalıklar doğa üstü nedenlerle büyüsel ve dinsel temellere dayanılarak açıklanmaktadır. Bu araştırmada inanışlara göre ishalin nedenleri belirlenmeye çalışılmıştır. İshal hakkındaki bilgiler annelerle görüşülerek elde edilmiştir. Anneler çocuklarının gelişme ve büyümelerinden;hasta olduklarında bakımından sorumludur. Bağlı olarak annelerin hastalık hakkındaki bilgileri, inançları tedavide izledikleri yollar hastalık sürecini (iyileşmeyi veya kötüleşmeyi) etkileyen çok önemli etkenlerdir.

Araştırmada aşağıdaki soruların yanıtları aranmıştır. Annelere göre;

Çocuklar neden ishal olurlar? Çocukların ishal olduğunu hangi belirtilerden anlarlar? Hangi belirtiler onları telaşlandırır, çare aramaya başlarlar? Doktora ne zaman giderler? Evde tedavi amacıyla neler yaparlar? Hangi besinleri yedirir /yedirmezler? Bu bilgilerin ışığında; annelerin batı tıbbını ne kadar bildikleri ve kullandıkları da açıklığa kavuşacaktır.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Toplumu anlamaya yönelik bu bilgiler modern tıp ile halkın içinde yaşadığı geleneksel tıp arasında köprü kurmamızı sağlarlar. Modern tıp uygulamalarını geleneksel tıp zeminine nasıl yerleştirileceğimizi gösterirler. Toplumaya yardım etmek için geliştireceğimiz sağlık eğitim programlarında annelerle hangi konularda nasıl iletişim kuracağımızı gösterirler.

Araştırma alanı

Araştırma Diyarbakır'ın 450 Evler semtinde yürütülmüştür. 450 evler 1990'lar sonrası zorunlu göç nedeniyle kırsal kesimden gelen ailelerin yaşadığı yeni bir yerleşim bölgesidir. Ailelerin çoğunluğu Lice Kulp ve Hani ilçelerinin köylerinden gelmişlerdir. Terör nedeniyle evlerini tarlalarını işlerini bırakarak şehire göç eden bu aileler fakir bir yaşam sürerler. Erkeklerin bir kısmı işsizdir. Büyük bir çoğunluğu geçici ve az ücretli işlerde çalışırlar. Kadınların %81.8 okuma yazma bilmez. İlkokul mezunlarının oranı %9.8 kadar düşüktür. Okuma yazma bilmeyen bu kadınlar Türkçe'de bilmezler. Sağlık davranışlarının değişmesinde önemli bir etken olan televizyon evlerin yarısında (%50) vardır. Aileler sağlık hizmetlerini 5 yıl önce hizmete giren 450 Evler Sağlık Ocağı'ndan alırlar. Bu bölgede okuma yazma ve halı kilim örme kurslarının yürütüldüğü bir de Toplum Merkezi vardır. Bölgede su durumu sıkıntılıdır. Kuyu suyu kullanılır. Evlerde su günde ancak bir saat musluklardan akmaktadır. Muhtarın verdiği bilgiye göre klorlamada sorunlar yaşanmaktadır.

YÖNTEM

Bu araştırmayı yapma düşüncesi bölgede malnutrisyonla ilgili yürütülen bir araştırma sırasında doğmuştur. İshal, çocukları malnutrisyona götüren önemli nedenlerden biridir. Malnutrisyon araştırması 0-5 yaş çocuğu olan tüm anneleri kapsayan 143 anne ile yürütülmüştür. Bu araştırmada örneğe alınan annelerden, 44 anne (%30.7) ile görüşülmüş, onlardan niceliksel ve niteliksel sorularla yapılandırılmış formlar aracılığıyla bilgiler toplanmıştır. Görüşülen annelerin yaş aralığı (±) 19 - 41 (ortalama 30.2) dir. Her annenin sahip olduğu çocuk sayısı (±) 1 - 8 (ortalama 3.7), içinde yaşadıkları hane büyüklüğü (±) 3 - 13 (ortalama 6.6) dir.

BULGULAR

İSHALİN BELİRTİLERİ

Anneler ishale "amel" derler. Batı tıbbında çocuğun günde üç defadan fazla ve dışkısının çok sulu olmasına ishal denir. Araştırma bölgesindeki anneler de ishali bu belirtilerle tanırlar. Hatta ayrıntılarını da bilirler; "Rengi farklı olur; sarı veya yeşildir. Pis kokuyor" derler. Bazıları "sümkük gibi, iltihap gibi, köpük gibi "tanımları da eklerler. Bu belirtilerle birlikte ishale çocuğun ateşi çıkar, keyifsizdir, iştahsızdır.

İSHALİN NEDENLERİ

Annelerle görüşmelerimizde, ishale yol açan nedenler iki aşamada sorularla belirlenmeye çalışılmıştır. İlk olarak "ishal neden olur?" diye sorulmuştur. Sonrasında "çeşitli etki ve etkenlerin ishale neden olup olmadıkları" araştırılmıştır. "İshal neden olur" sorumuza verilen ilk yanıtlara göre ishal en önemli nedenleri sıcak (36.3) - soğuk (22.7) (toplam 59.0) ve yiyeceklerdir (%43.0). Yiyecek terimi ile ağır (yağlı) yiyecekler kastedilmektedir. Örn; kelle paça ağır bir yiyecektir. Salatalık, marul, karpuz mercimek gibi yiyecekler çok tüketilirse ishal yapar. Çocuğunu emziren anneler de çiğ besinleri ve yağlı yiyecekleri fazla yerse etkileri süt yoluyla çocuğa geçeceğinden çocuklar ishal olurlar. İkinci aşamada literatürden ve toplumdaki elde edilen bilgiler çerçevesinde ishale neden olan diğer etkenler sorulduğunda daha farklı etkenlerin de ishale yol açtığı söylenmişti (Tablo 1).

Ay basması, haram süt, nazar korku gibi etkenler bir arada değerlendirildiğinde ishale önemli ölçüde inanışlarla açıklanan kültürel temelli bir hastalık olduğu görülmektedir. Üstelik bu nedenler onların bilgi ve inanışlarını yansıtan gerçek ishal nedeni olarak bildikleridir. İshali etkileyen faktörleri bir arada değerlendiren bir araştırmada sosyo-kültürel olanlarına da yer verilmiş bunlar; Yanlış inanışlar ve uygulamalar, yiyeceklerle ilgili tabular, kültürlere göre değişen pis-temiz kavramları, yoksulluk, ihmal, su azlığı, yakıt sıkıntısı olarak belirtilmiştir (Moterjemi 1993:86-87). İnanışlar arasında en yaygın olanları nazar, haram süt ve gökyüzündeki doğa olaylarıdır. Örneğin; Nazar inancının Hindistan (Bentley 1988:78) ve Haryana da (Soo 1990:564) yapılan çalışmalarda ishale yol açtığı saptanmıştır. Sudan'da haram süt ishal nedenleri arasında yer alır (Ahmed. 1994 ;717). Swaziland'da şimşek ve yıldırımlardan çıkan buharlar akut ishale'in görülmesine neden olurlar (Green 1985:278). Bununla birlikte ulaşılabildiğimiz kaynaklar arasında ay etkilerine yer verenlere rastlanmamıştır. Sadece bir kaynakta Nikaragua'da solucanların dolunaydan etkilenirse ishale "worms tipi" yol açacağı belirtilmiştir (Sıvı 1993;1617).

Ay basması

Küçük çocuklar geceleri yeni doğan hilal şeklindeki ay'ı görürlerse korkarlar. Aynı şekilde aylık döngüsünü tamamlamak üzere 27 günlük hilal ay'ı görürlerse de korkar, hastalanırlar. Bu korkunun sebep olduğu hastalıklar, belirli aralıklarla tekrarlanan ateş, bayılmalar ve ishaldir. Ayın bu olumsuz etkileri halk arasında Ay basması, Ay düşmesi, Ay tutması, Ay çarpması gibi çeşitli terimlerle ifade edilmektedir. Ay basması'na bağlı olarak gelişen ishalleri, anneler diğer ishallerden ayırırlar ve tanırlar. Çünkü ay basması nedeni ishallerde çocuğun ağzı kocar, dışkısı kocar, kusar, ateşi yükselir.

Ülkemizin folklorla ilgili dergilerinde ay hakkında birçok bölgelerden toplanan inanışlar yer almaktadır. Halk gökyüzünde eğleşen, her gün şekli değişen ay hakkında yaratılışından cinsiyetine, evli bekar oluşuna kadar çeşitli inanışlara sahiptir. Bu inanışlarda güneşin gündüzleri, ayın geceyi beklesin diye Tanrı tarafından yaratıldığı görüşü hakimdir. Yine Tanrı güneşi kendi nurundan yaratmış, insanlara içinde yaşadıkları günleri ayları bilsinler diye aya güneşten hisse vermiştir. Sinop'ta ayın Allah'ın kulu olduğuna inanılır, onun emriyle doğudan doğar, batıdan batar (Ülkütaşır 1957:1461-63). İnanışlardaki yaygın kaniya göre, ay erkektir. Onun erkek olduğu üzerindeki lekelerden (gözü, kaşı, bıyıkları) bellidir (Şeref 1956:61). Zaten erkek olduğu için geceden korkmaz. O güneşle evlidir. Güneş ayın karısıdır. Bazı inanışlarda onlar birbirlerine aşıkırlar. Durmaksızın birbirlerini kovalarlar ve buluşmak için fırsat ararlar. Bazılarında ise akrabalar. Ay güneşin amcası oğludur.

Mensup oldukları dinler açısından ay müslüman, güneş hristiyanıdır (Tan 1974:81) Araştırma bölgemizdeki inanışlara göre, Ay Allah'ın nurudur. İçi dışı ışıkla dolu bir nur topudur. Öyle bir nur ki çocuklar onun bu görkemiyle dayanamaz çarpılırlar. Bazen kadınları da çarptığı olur. O yüzden çocuk geceleri dışarı çıkarılmaz. Hatta bezleri bile dışarıda bırakılmaz. Ay'la ilgili makalelerde ayın hilal şeklinde olmasının kötü etkilerine de yer verilmektedir. Ağrı'da yeni doğan çocuk geceleri dışarıya çıkarılırsa korkar, ateşi yükselir. Bu çocuğa "aylığa düşmüş" denir (Taner 1982:13). Sinop'ta "aydaşlık" denir (Ülkütaşır 1957:1461-63). Isparta'da ay hilal

BEŞİNCİ BÖLÜM: SOSYAL BİLİMLER, TIP EĞİTİMİ, SAĞLIK EĞİTİMİ, OKUL SAĞLIĞI

iken bağ budanmaz, ağaç kazınmaz tohum ekilmez. Aksi taktirde, ekilen tohumun bereketi kalmaz. Üzüm az ve eliz olur, odunun kuvveti olmaz. Çünkü ay hilal ve üçgündür (Bücuoğlu 1956:1325).

Doğa üstü güçlerin insanlara etkilerini içine alan bu inanışlara çeşitli kültürlerdeki hastalık açıklamalarında rastlamak mümkündür. Gökyüzünde olan varlıklar (yüce varlık ve bağlantılı olduğu gök, güneş, ay ve yıldızlar) insanlara iyilik yaptıkları gibi kötülükte getirebilirler (Örnek1988:72). Bunlardan bazıları da (şeytanlar ve kötü ruhlu cinler) kötülük kaynaklarıdır. Onlar ayın aydınlatmadığı (hilal olduğu) ve kendilerinin görünmedikleri karanlıkları severler. Bu yüzden karanlıklardan kaçınılmalı; karanlıkta dışarı çıkılmamalı ve iş yapılmamalıdır.

Haram süt

Annenin gebe olduğu halde çocuğuna emzirdiği süte "haram süt" demektirler. Onların düştüncesine göre, çocuğa emziren bu süt haramdır. Annenin karındaki çocuğun hakkıdır. Süt emzirilmeye devam edilirse çocuk hasta (ishal) olur. "gün be gün erir"(zayıflar). Anneler hamile olduklarını fark ettiklerinde emzirmeyi keserler.

Nazar ve korku

Bazı kadınlar korku ve nazarın da ishale neden olduğunu söylemişlerdir. "Korku ve nazar sadece ishale değil, bir çok hastalığın sebebidir". Korku nereye girerse orayı ha ap eder. Bağırsaklara girerse çocuk ishal olur. Karılarından çocuklar ölürler. "Nazar etc değerse hastalık çıkar, kemiğe değerse öldürür".

Kadınlar batı tıbbında ishale yol açan etkenler arasında ilk sıralarda yer alan kirli su ve yiyecek faktörüne dördüncü, beşinci sırada yer vermektedirler.

TEDAVİ

Anneler ishale kendi kendine geçmesini beklerler. "Çocuktur ishal olur". "Doğduğu yaz oın azsa, bir daha ki yaz mutlaka olur" derler. Sanki defalarca yakalanması gerekli doğal bir hastalık olarak düşünürler. Bu yüzden anneler çocuklarının ishale olduğunu görünce telaşlanmazlar. Birkaç gün beklerler. Ancak kusma ve ateş çok olursa, çocuk iştahsızsa ve her gün eriyorsa (kilo kaybediyorsa) çare düşünmeye başlarlar. Bunlar tedavi aramayı zorunlu kılan alarm belirtileridir.

450 Evler annelerine göre ishal iki kategori de düşünülür;

Nedeni inanışlara, doğa üstü güçlere(ay basması, korku vb.) bağlananlar.

Fiziksel nedenlerle (sıcak - soğuk, yiyecek) açıklananlar.

Annelerin ishale iki farklı kategoride düşünmeleri nedeniyle tedavide hem tıbbi yöntemlere hem de geleneksel yöntemlere başvurulmaktadır.

Tıbbi tedavi

Anneler çocukları ishal olduğunda, ayırıcı tanıyı kendileri koyarlar. Çocuklarının doğa üstü güçler nedeni ile (ay basması, korku, haram süt) ishal olduklarını düşünürler ise öncelikle geleneksel yöntemlerle tedavi etmeye çalışırlar. Onlara göre fiziksel etkenler yada ağır yiyecekler ishale neden olmuşse bu etkenlerden çocuğu uzaklaştırırlar. Eğer ishal geleneksel yöntemlerle geçmezse ve alarm belirtilerini içine alan semptomlar devam ediyorsa, doktora götürürler.

Doktora başvuranların oranı %47.7'dir (Emlardan %43.0); sağlık ocağına başvurmuş(bazıları hastaneye sevk edilmiş),%4.7'si ise daha önce çocukları ishal iken kullandığı ilacı yeniden ezaneden almıştır. Tıbbi tedavi alamamanın nedenini "parasızlık" olarak açıklamaktadırlar. "Gücümüz yok, Sağlık ocağına günümüz boşuna. İlaç alamıyoruz ki" derler. Doktora başvurma süresi 2 ile 14 gün arasında değişmektedir (Ortanca değer :5).

Anneler doktora gümmedikleri için ORS'yi bilmemektedirler. Ancak %34 kadın ORS'den haberdardır. ORS onlara sağlık kurumlarında önerilmiştir (Bir kadına seyri önermişti.) Ne amaçla kullanıldığını da bilmemekte "İltihap söker, kusmaya iyidir, ishali durdurur" demektirler. Zaten yararını da gören yoktur.

Anneler olumlu bir davranış olarak bebekleri ishal iken emzirmeye devam ediyorlardı.

Geleneksel uygulamalar

Ay basmasından ishal olan çocuklar doktora götürülmez. "Doktorun ilacı ve iğnesi onlar için çok tehlikelidir. Anneler eğer iğne yapılırsa çocuk havale geçirebilir; sağır, dilsiz olur veya anında ölür." demektirler.

Anne çocuğunun ay bastığı için ishal olduğuna karar verirse, diğer bir deyimle, başta da ifade edildiği gibi ağzı (nefesi)ekşi kokuyorsa, dışkı kokuyorsa, kusma ve ateş varsa ve gökyüzündeki ay hilal ise odun ocağında yemek pişirdiği tencerenin isinden (duman lekesi) çocuğun alına boynuna sağ koluna ve sol bacağına sürer. Annelerin deyimlerle "işaret yapar". İşaret alına haç (+) biçiminde diğer yerlere ise halka biçiminde yapılmaktadır. Bu işleme üç gün devam edilir. Bir çok anne is sürmenin çok iyi olduğunu ve ishale geçirdiğini anlatır.

İş sürme, bazı zamanlarda mahallede dinçer olarak tanınan yaşlı kadınlara yaptırılır. Alına yazılan işaretin neden haç şeklinde olduğu sorulmuş ve araştırılmıştır. Diyarbakır'da bölge tarihini bilen yaşlılar haç işaretini bu bölgede yaşayan Ermenilerin etkisi olarak yorumlamıştır. Bağlı olarak bu uygulamanın altında çocuğa zarar veren doğaüstü güçlere çocuğu pis, çirkin gavur (Müslüman değil) gösterme anlayışı yatmaktadır. Çünkü kötü güçler sağlıklı, güzel çocuklara zarar verirler.

Doğa üstü güçlerin etkilerini gidermek için ocak is kullanılması neden ise kökleri Eski Türklere kadar giden ocakla ilgili inanışlara uzanmaktadır. Bu inanışlarda "ocak ailedir, aile var olduğu sürece ocak tüter, bu nedenle ocak kutsaldır". Bu inanışlar temelinde Ocağa atfedilen kutsallık, ondan bir parça alınarak çocuğa geçirilmek istenmektedir.

Ay çoğunlukla korkulu çocukları basar. "Çünkü bu çocuklar mübarekliği'dir. Yani bizden iyilerle (cinlerle) beraberdirler." Tersine bir durumda, ayın bastığı çocuklar korkuludurlar. Bu durumda ay korkunun hem nedeni hem de sonucudur. Ay basması her dönemde süregeliyorsa bu çocuklar ziyarete hocalara ve şeyhlere götürülürler. "Çünkü korkunun insanla ilgisi yoktur. Korku Allah'ın işidir." Hocalar muska yaparlar. Yuvarlak dökülmüş üstü ayet yazılı muskayı çocuğun devamlı taşınmasını söylerler. Şeyhlerin küçük bir sopası vardır. Çocuğun ensesine vurur. Çocuk aniden açılır.

Diğer bir uygulama ise, çocuğun boynunu ipe ölçülüp bu ipin yakılmasıdır. Bu yolla doğaüstü güçlerin onlara tekrar gelmemeleri için, "çocuk öldü" mesajı verilmekte, böylece kötü güçler çocuktan uzaklaştırılmaktadır.

Birde "tokma" olarak adlandırılan bir ishal vardır. Bunun sebebinin yemek dokunması fazla miktarda yemek yeme olarak belirtilir. Hazımsızlık, şişkinlik olarak açıklanan Tokma'lar yakılarak dağlama usulü ile tedavi edilmeye çalışılır. Şiş acıste istitir, çocuğun karnına ve boynuna basılır.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Yiyeceklerle Tedavi

Geleneksel uygulamalar arasında yiyeceklerle tedavi geniş bir yer tutmaktadır (Tablo 2).

İshalli çocuklara verilen yiyecekler arasında yoğurt ve yoğurttan yapılan yiyecekler başta gelmektedir. Anneler kuru kahve ve kuru çayın ishale iyi geldiğini söylemekte, bunları çorbalarına katmaktadırlar. Sımak kaynatılarak suyu alınmakta, yemekler bu su ile pişirilmektedir. 450 Evlerde göze çarpan değişik bir uygulama ise, ebegümeci otu ile hazırlanan hamurdur. Bu ot kaynatılır, una katılarak hamur yapılır. İshal olan çocuğun karnına bağlanır. Bu işlem birkaç gün tekrarlanır.

İshalli çocuklara verilmeyen gıdalar arasında yağlı yiyecekler başta gelmektedir. İshal olan çocukların yiyecekleri yağsız veya az yağlı hazırlanır. Mercimek ve kuru fasulye de ishale iyi gelmez. Çiğ olan sebzeler (domates, salatalık marul) az tüketilmelidir.

SONUÇ

450 evler aileleri şehirde kısa bir süredir (10 yıl) yaşamaktadırlar. Onlar çok fakir bir hayat sürerler. Kadınlar arasında okuma yazma oranı çok düşüktür. Dil bilmezler. Bağlı olarak şehir hayatına katılamaz, iletişim araçlarından yararlanamazlar. Bu etkenler annelerin yaşamlarını her yönüyle çocuklarının hastalıkları dahil olmak üzere kırsal kesimden getirdikleri geleneksel değerlerle sürdürmelerine neden olmaktadır. Bölgemizde İshal, ay basması, haram süt nazar- korku gibi inanışlarla açıklanan kültürel temelli bir hastalıktır.

Bağlı olarak hastalık tedavisinde birçok geleneksel yöntemler denenmektedir. Sözü edilen bu faktörlerle birlikte ekonomik koşulların, ve eğitim düzeyinin düşük olması modern tedavi olanaklarından yararlanmayı zorlaştırmakta ve geciktirmektedir.

Yine bu araştırmaların sonuçları, halkın sağlık ve hastalık anlayışı temelinde; Sağlık ve hastalığın sadece biyolojik bir olay olarak görülmediğini, yaşam tarzı olarak tanımlanan kültürün bir türünü olduğunu, insan davranışlarını idare eden inançlar, değerler ve normlarla hastalığın sıkı sıkıya bağlılığını göstermektedir. Bu nedenle, ishal gibi önemli sağlık sorunlarının çözülmesinde toplumun hastalıklar hakkında bildiklerinin ve neler yaptıklarının araştırılması gerekli ve zorunludur.

Toplumun Hastalıklar hakkında bildiklerinin ve iyileştirmek için neler yaptıklarının bilinmesi annelerle iletişim kurmak için gereklidir. Bu bilgiler ayrıca Sağlık eğitimi programlarında kimlerle- hangi konularda görüşeceğimizi, Hangi sağlığa zarar verici inançlarla mücadele edeceğimizi göstermesi açısından önemlidir.

KAYNAKLAR

- Ahmet, I. S. et al. (1994) "Knowledge, Attitudes and Practices of Mothers Regarding Diarrhoea Among Children in Sudanese Rural Community". East African Medical Journal, Vol 71(11)
- Bentley, E.M. (1988) "The Household Management of Childhood Diarrhea in Rural North India". Soc. Sci. Med., Vol 27(1) s.75-85
- Büçüoğlu, S.S. (1956) "Ay Hakkında İnanmalar İsparta'da". VIII. T.F.A.: Cilt 4. Sayı 83. Haziran s.1325
- Green, E.C. (1985) "Traditional Healers, Mothers, and Childhood diarrheal disease in Swaziland: The interface of Anthropology and Health Education". Sos.Sci. Med, Vol 20(3) s.278
- Motarjemi, Y. et al. (1993) "Contaminated weaning food: A Major Risk Factor for Diarrhoea and Associated Malnutrition". Bulletin WHO, Vol 71(1) s. 86-87
- Örnek, S.V. (1988) İlkelerde Din Büyü Sanat Efsane. Gerçek yayınevi İstanbul, (2.baskı) s.70-75
- Özmert, E ve ark. "Dünyada ve Türkiye'de İshalli Hastalıklar" Katkı: Pediatri Dergisi.21(1). Ankara.
- Smith, G.D. et al. (1993) "The Cultural Construction of Childhood Diarrhoea in Rural Nicaragua; Relevance for Epidemiology and Health Promotion". Soc. Sci. Med., 36 (12).
- Sood, A.K. et al. (1990) "Knowledge-and Practices, Among Rural Mothers in Haryana about Childhood Diarrhea". Indian J Pediatr, 57. 563-566
- Şeref, A. (1996) "Ay Hakkında İnanmalar II. İstanbul'da". T.F.A., 4(79) 1956
- Tan, N. (1974) "Türk Folklorunda Ay Tutulması". Türk Kültürü, 13.yıl Sayı 146 s.81-85
- Taner, N. (1982) "Halk Kültüründe Ay". Türk Folkloru, Sayı 30/1 s.11-15
- Ülkütaşır, M. (1957) "Ay Hakkında İnanmalar XIV Sinop'ta". T.F.A., Cilt 4 (92) s.1461-1463

Tablo 1. Annelere göre ishale neden olan çeşitli etkenler:

İshale neden olan etkenler	Yüzde(%)
Ay basması	87.1
Haram süt	88.6
Diş çıkarma	86.4
Kirli su	59.4
Kirli yiyecek	54.5
Nazar	25.0
Korku	11.4

Tablo 2. Annelere göre ishale iyi gelen yiyecekler:

Yiyecekler	Yüzde (%)
Yoğurt ve yoğurtlu yemekler	47.7
Pirinçli ve Patatesliler	36.3
Çeşitli otların suları ve bu otlardan yapılanlar	34.0
Kahve ve Çay ağırlıklı olanlar	27.2
Ekşili (sımsaklı) yiyecekler	22.7
Koka kola	20.4
Meyve ve sebze suları	18.1

**KONYA İLİ 4 NO'LU SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDEKİ İLKÖĞRETİM OKULU 1.SINIF
ÖĞRENCİLERİNİN GENEL SAĞLIK DÜZEYLERİ**

Selma ÇİVİ, İbrahim KORUK

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Konya

GİRİŞ

Okul sağlığı hizmetleri öğrencilerin sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi için yapılan çalışmalardır. Periyodik olarak yapılan fizik muayeneleri ile öğrencilerin bedensel ve ruhsal sağlık durumlarındaki patolojiler saptanmalıdır.

AMAÇ

Fizik muayene ile öğrencilerin sağlık durumlarını belirlemek ve patolojileri ortaya koymak.

YÖNTEM

Araştırma 23/05/2002 tarihinde başladı ve 8 günde tamamlandı. Araştırmaya Konya İli 4 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesindeki tüm ilköğretim 1.sınıf öğrencileri alındı. Öğretmenler intörn doktorlar tarafından muayene edildi. Anne-baba öğrenim durumu ve meslek bilgileri öğrenciden ve öğretmenden alındı. Bulunan patolojiler anne-baba öğrenim durumu ve mesleği ile olarak verildi. İlişkilendirildi. Bulgular % ve X

BULGULAR

680 öğrenciden 224'ünün verileri değerlendirmeye alındı. %8.5'inde görme keskinliğinde azalma, %1.8 şaşılık, %1.8 işitmede azalma, %62.0 diş çürüğü, %0.9 ekstremitelerde deformite tespit edildi. Hematokrit ölçümü ile öğrencilerin %4'ünde anemi tespit edildi. Erkek çocukların (117 kişi) genital muayenesinde 12 çocukta (%5.4) mobil testis, 4 çocukta (1.8) inguinal herni, 2 çocukta (%0.9) hipospadias saptandı.

TARTIŞMA

En sık görülen patoloji diş çürüğüydü (%60.0). Bu ışık (1)'ta %67.1 olarak bulunmuş, %8.5 olarak bulunan kırma kusuru. Genç (2)'te 15.7, Kırcahoğlu (3)'nda 6.6, Ergin (4)'de ise 7.4 bulunmuş.

SONUÇ

Konya İli 4 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesi ilköğretim okullarını 1. Sınıf öğrencilerinin tümünü kapsayan bu araştırma sonuçlarını göre en sık patoloji diş çürüğü (%62.0), ikinci sıklıkta (%8.5) görme keskinliğinde azalma ve üçüncü sıklıkta anemidir. 1.sınıfta mutlaka ağız, görme ve işitme muayeneleri, erkek çocuklarda da genital muayene mutlaka yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Işık A, Çalışkan D, Yaşar F, Yıldırım H, Park Sağlık Ocağı Bölgesindeki Bir Okulda Diş Çürükleri ve Etkili Faktörler
2. Genç M, Karaoğlu L, Pehlivan E, Malatya İli Yeşilyurt İlçesi Merkez İlkokulu Öğrencilerinin Sağlık, Büyüme ve Gelişme Durumlarının Saptanması
3. Kırcahoğlu FN, "Etimsigut Merkez (Orta)abereket, ve Yapracık Sağlık Ocağı Bölgesindeki İlkokul öğrencilerinin Sağlık Düzeylerinin Değerlendirilmesi" (Yayımlanmamış Halk Sağlığı Uzmanlık Tezi, H.Ü.T.F. 1991)
4. Ergin S, "İlkokul Dönemi Çocuklarında Okul Sağlığı ve Okul Başarısı Üzerine Bir Araştırma. (Yayımlanmamış Halk Sağlığı Doçentlik Tezi, Anadolu Ü.T.F. 1980)

**KONYA İLİ 4 NO'LU SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE İLKÖĞRETİM OKULU 1.SINIF ÖĞRENCİLERİNİN KİŞİSEL
HİJYEN VE BESLENME İLE İLGİLİ DAVRANIŞ VE TUTUMLARININ BÜYÜME-GELİŞMEYE ETKİSİ**

Selma ÇİVİ, İbrahim KORUK

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Konya

Giriş

Çocukların kişisel hijyen ve beslenmeleri onların büyüme ve gelişmelerini direkt olarak etkiler. Okul dönemi ise büyüme ve gelişmenin önem kazandığı bir dönemdir.

Okul sağlığı hizmetleri, 1. basamak sağlık hizmetlerindedir. Bu amaçla periyodik olarak yapılan fizik muayenelerde boy ve ağırlık ölçümlerinin de yapılması büyüme-gelişimi değerlendirmede çok önemlidir.

AMAÇ

İlköğretim 1. sınıf öğrencilerinin kişisel hijyen ve beslenme alışkanlıkları ile büyüme gelişme arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır.

YÖNTEM

Araştırmaya 23/05/2002'de başlandı ve 8 iş gününde tamamlandı. 4 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesindeki toplam 10 ilköğretim okulunda 1.sınıf öğrencilerine intörn doktorlar tarafından önce anket yapıldı sonra da boy ve kiloları ölçüldü.

BULGULAR

10 ilköğretim okulunda toplam 680 öğrenciye anket uygulandı. 30 kişi (%4.2) devamsızlık nedeniyle ankete katılmadı. 680 öğrenciden 224'ü öncelikle ön değerlendirilmeye alındı.

Kız öğrenci oranı %47.8, erkek öğrenciler %52.2 oranındaydı. Öğrencilerden %18.8'i dişlerini hiç fırçalamıyordu, %50'si haftada bir kez banyo yapıyordu ve tırnaklarını keşiyordu. %88'i günde 3 öğün yemek yiyordu, %63.9'u 3 öğünden daha az yemek yiyordu. Öğün arası şekerli gıda tüketimi 65.5 bulundu. Öğrencilerin %87'si her hafta yumurta yemekteydi, %60'ı süt içmekteydi %0.9'unda pika

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

tespit edildi.%12.5'i sıklıkla düşme şekliyle kaza geçirmişlerdi.Öğrencilerden %8'i burunda ve anal bölgede kaşınıtı tarif ediyordu.Öğretmenler öğrencilerde %9.4 başarısızlık ve %17.8 davranış bozukluğu bildirdiler.

Öğrencilerin büyüme ve gelişmeleri yaşa göre boy ,yaşa göre ağırlık persentil değerleri ile değerlendirildi. 3 persentilin altındaki ağırlık değerleri %2.2 , 3 persentilin altındaki boy değerleri %6.7, 97persentelin üzerindeki ağırlık %0.9 bulundu. Çocuklarda kişisel hijyen bilgileri,beslenme davranışları ile beslenme ve ağırlık arasındaki ilişkiler değerlendirildi.

TARTIŞMA

Bu araştırmada büyüme ve gelişme geriliği %6.7 bulundu.Bu değer Neyzi(1)nin saptadığı %7.9 değerinden düşüktür.Ergin(2)'de ise %7.4 bulunmuştur.

SONUÇ

224 çocukta diş fırçalamama tutumu %13.8 ile yüksek bulundu.Öğrenciler arasında şekerli gıda tüketimi %66.5'idi .Süt içmeme %60.0 bulundu.Büyümü ve gelişme geriliği %6.7'idi.

Okul sağlığı çalışmaları içerisinde çocuk ve aile eğitimi birlikte ele alınmalı ve öğretmen işbirliği de mutlaka sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1.Neyzi O. ,Koç L. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Cilt I İstanbul,1983
- 2.Ergin S. "İlkokul Dönemi Çocuklarda Okul Sağlığı ve Başarısı Üzerine Bir Araştırma" (Yayınlanmamış Halk Sağlığı Doçentlik Tezi,Anadolu Ü.T.F,1980)

İLK OKUL ÖĞRENCİLERİNE YÖNELİK ZEHİRLENMELERDEN KORUNMA KONUSUNDA EĞİTİM PROGRAMI HAZIRLANMASI VE UYGULAMASI*

ALİYE MANDIRACIOĞLU¹, AYL A BAYIK², EMEL LÜLEÇİ³

Ege Üniversitesi, Tıp fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Halk Sağlığı Hemşireliği

Manisa İl Sağlık Müdürlüğü

*Ege Üniversitesi Bilim Teknoloji Merkezi tarafından desteklenmiş bir projedir.

ÖZET

Bu çalışma zehirlenmelerden korunmaya yönelik ilköğretim öğrencilerine yönelik eğitim programı hazırlamak ve uygulamak amacıyla yürütülmüştür. İzmir Kemalpaşa ilçesi, Bağ yurdu ve Yiğitler köylerinde yer alan Kazım Dirik, Yiğitler ve Cumhuriyet ilköğretim okullarında yer alan 4. ve 5. sınıf öğrencileri çalışma kapsamına alınmıştır. Toplam 247 öğrenciye eğitim öncesi anket uygulanmıştır. Daha sonra zehirlenmelerden korunma eğitim programı gerçekleştirilmiş ve hazırlanan "zehirlenmelerden korunma rehberi" kitapçıkları dağıtılmıştır. Bir hafta sonra okullara gidilerek öğrencilere eğitim sonrası anket yapılmıştır. Müdahalenin sonucunu değerlendirebilmek için öğrencilerin bilgi sorularına verdikleri yanıtlar 50 üzerinden puanlanmıştır.

Çalışma sonucunda öğrencilerin ön test ve post test bilgi puanları istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklı bulunmuştur. Eğitim sonrası elde ettikleri puanlar, okullara ve sınıflara göre incelendiğinde daha yüksek bulunmuştur. Zehirlenmelerden korunmaya karşı tutumlarda da olumlu değişiklik saptanmıştır. Uygulanan eğitim programının başarılı olduğu saptanmıştır.

Anahtar sözcükler: Zehirlenmelerden korunma, okul eğitim programı

GİRİŞ

Çocukluk zehirlenmeleri bu dönemin en önemli kaza nedenlerindedir. Temizlik maddeleri, doğal toksinler, diğer ev ürünleri, pestisitler ve ilaçlar en sık zehirlenme nedeni olarak sıralanmaktadır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, evlerde ilaçlar ve kimyasal içerikli maddelerin gelişi güzel depolanmakta olduğu saptanmıştır. (1)

Türkiye'de 2-11 yaşta bitki zehirlenmesi insidansı %6'dır. 20 civarında bitki özellikle mantarlar sık zehirlenmeye neden olmaktadır.

(2)Ege ve İzmir yöresinde zehirli akrepler Eusorpius carpathicus ve E. Italicus bulunmaktadır. Zehirli örümcek türleri ise Lacrodectus ve Laxoceleus, Chiracantium, steatoda türümüzde mevcuttur. (3) Sağlık Bakanlığı Gıda güvenliği laboratuvarlar Daire Başkanlığı gıda zehirlenme istatistiklerine göre 1999 yılı içindeki toplam gıda zehirlenme olgularının %35'i çocukluk çağındadır. (4) Dokuz Eylül Tıp fakültesi Acil servisine başvurulara göre, çocuklarda en sık zehirlenme nedeni hidrokarbonlar, analjezikler ve pestisitler olarak saptanmıştır (5)

Zehirlenmeler önenebilir bir halk sağlığı sorunudur. Zehirlenmelerden korunmada sağlık eğitimi önemli bir yer tutar. Sağlık eğitiminde amaç yaşam becerisinin geliştirilmesidir. Kendisini hastalıklardan, kazalardan korurken kendi endişe ve korkuları ile baş edebilme, ailesi, arkadaşları ve toplumla sağlıklı ve pozitif ilişkiler geliştirme yaşam becerisi dir. Sağlık bilgisi ve sağlıklı tutum kazandırılırken bunu gözden kaçırmamak gerekir. (6)

Kırsal kesimde çocuklar zehirlenmelerle daha fazla karşılaşma riskindedir. Gerek doğada daha fazla zaman geçirmeleri, gerekse ev koşullarının kentsel ev koşullarından daha kötü olması nedeniyle daha fazla zararlı maddelere maruz kalabilmektedirler. Çocukluk zehirlenmelerinde önemli bir faktör olan ana baba gözetim yetersizliği de daha fazla yaşanmaktadır. Köylerde ilkökul çağı çocuklar eğitimlerini sürdürmek yanı sıra küçük kardeşlerinin gözetimi, bahçe işleri gibi aile işlerinde de sorumluluk almaktadır. Bu gruba yönelik bir eğitimin aileyi de etkileyeceği düşünülmüştür. Çalışmanın amacı:

1. Zehirlenmeler konusunda ilköğretim öğrencilerine yönelik eğitim materyali ve programı geliştirmek
2. Öğrencilere hazırlanan bu programı uygulamak
3. Programın uygulanmasından sonra öğrencilerin bilgi ve tutumlarındaki değişimi saptamak
4. Öğrencilerin ailelerinde zehirlenmelere karşı alınan önlemleri belirlemek
5. Ailelerin de bu konuda duyarlı olmasını sağlamaktır.

GEREÇ YÖNTEM:

Çalışma okul tabanlı tanımlayıcı ve müdahale tipi bir araştırmadır. Müdahale çalışmasında öğu ve kontrol grubu seçmek tercih edilmemiştir. Köydeki tüm okulların eğitimden faydalanmaları istenmiştir. Bu nedenle müdahalenin ölçümü ön ve son test ile gerçekleştirilmiştir.

İzmir Kemalpaşa ilçesi, Bağyurdu ve Yiğitler köylerinde yer alan Kazım Dirik, Yiğitler ve Cumhuriyet ilköğretim okullarında yer alan 4. ve 5. sınıf öğrencileri çalışma kapsamına alınmıştır. Okulların müdürlerinden gerekli izinler alınarak belirlenen günlerde araştırma yürütücülerini okullara ulaşmışlardır.

Toplam 247 öğrenciye anketler dağıtılmış ve öğrenciler kendileri doldurduktan sonra toplanmıştır. Veri toplamada kullanılan anketin hazırlığında aynı okullarda bir yıl öncesinde yapılan pilot uygulamadan faydalanılmıştır (7) Öğrencilere bir hafta sonra " zehirlenmelerden korunma eğitim programı "uygulanmıştır. "Zehirlenmelerden korunma rehberi" olarak hazırlanan kitapçıklar öğrencilere dağıtılmıştır. Evde anne baba-arı ile birlikte kitabı okumaları istenmiştir. Bir hafta sonra okullara gidilerek öğrencilere eğitim sonrası anket yapılmıştır. Toplam 0 öğrenci son teste katılamamıştır. Son teste katılmama nedeni hastalık vb gibi mazeretleri ile o gün okulda olmamalarıdır.

Müdahalenin sonucunu değerlendirebilmek için öğrencilerin bilgi sorularına verdikleri yanıtlar 50 üzerinden puanlanmıştır.

Araştırma verileri SPSS 10.0 bilgisayar istatistik programı ile araştırmacılar tarafından değerlendirilmiştir.

Zehirlenmelerden korunma eğitim programı:

Programın içerik geçerlilik ve güvenilirliği için uzman kişiler tarafından (pediatri uzmanı, toksikolog ve acil servis uzmanı) değerlendirilmiştir. Dersin içeriği ve aktivitelerin içeriği yaşa uygunluğu açısından da kontrol edilmiştir. Bu konuda eğitim fakültesi öğretim üyelerine ve projenin uygulandığı okul öğretmenlerine danışılmıştır. Öğrencilere dağıtılan kitapçıkların hazırlanmasında da aynı yöntemler izlenmiştir.

Dersin amacı:

Öğrencilerin; zehirlenmeye yol açabilecek maddeleri ayırt edebilecek, zehirlenmelerden korunmak için alınacak önlemleri ailesine önerebilecek ve zehirlenme durumunda diğerlerini uyulayabilecek hale gelmesidir.

Dersin öğrenim hedefleri***Bilgi hedefleri:***

Zehirlenmeye yol açabilecek maddeleri tanımlayabilmesi, sayabilmesi,
Zehirlenmelere karşı alınacak önlemleri belirtebilmesi, tartışabilmesi
Bir zehirlenme olayı ile karşılaştığında ne yapılması gerektiğini açıklayabilmesi

Beceri hedefleri:

Pek çok maddenin içinde zararlı olanları veya olmayanları ayırabilmesi.
Evde hangi durumlarda zehirlenme riski ortaya çıkabileceğini öngörebilmesi,
Zehirlenme olayında ne yapacağına karar verebilmesi

Davranış hedefleri:

Zehirlenmelere karşı önlemleri benimsemesi
Bu konuda ailesini uyarabilmesi
Zehirlenme olgusunda doğru karar verebilmesi

Ders için gerekli materyaller:

Önceden hazırlanmış aktivite kağıtları
Renkli kalemler
Çocukların açamayacağı kap örnekleri
İlaç, temizlik maddeleri kapları
Bazı bitki ve hayvan resimleri

Dersin işlenişi:

Öğrencilere zehirli olabilecek maddeler, bir zehirlenmenin nasıl fark edilebileceği, zehirlenme önlemleri için işlemler ve zehirlenme durumu ile karşılaştıklarında ;apmaları gerekli uygulamalar aktarılmıştır. Öğrencilerin derse katılabilmeleri sağlanmıştır:

Öğrenci zehirlenmeye neden olacak ve olmayacak maddelerin resimlerinin yanına X koyar

Masanın üzerine bazı materyaller konur. Bunlar ev içinde karşılaşılabilecek temizlik maddeleri, ilaçlar, saksı çiçekleri gibi örnekler yanı sıra gazoz, sakız, şeker, gibi yiyeceklerdir. Gönüllü öğrencilerin masaya gelerek bunlar ayırması istenir. Sınıfın da doğrulaması beklenir.

Tahtaya ev krokisi çizilip mutfak, banyo, ve diğer odalardaki olası tehlikeleri yazmaları istenir

Zehirlenmeye neden olabilecek maddelerin isimlerinden karışık olarak verilmiş bazı harfleri birleştirmeleri istenir

Zehirlenmelerden korunma ile ilgili yazılmış bir paragraf içinde var olan boşlukları doldurarak verilen bilgiyi bulabilmeleri istenir

Evde ne gibi önlemler alındığı sınıfta tartışılıp çıkan fikirler tahtaya yazılır

Öğrencilerden zehirlenme deneyimi olanların bunu derste paylaşması istenir

Bir grup gönüllü öğrenci seçilir. Bir zehirlenme senaryosunda öğrencilerin olayı nasıl çözümlendiği tartışılır

BULGULAR

Çalışma grubunun % 52.6' ı kız öğrencidir. İlköğretim 5. sınıf öğrencisi % 51' dir.

Öğrencilerin kardeş sayısı ortalama 2.6 ± 1.1 olarak hesaplanmıştır. (min. 1 ve maksimum 9)

Annelerin büyük çoğunluğu ev hanımıdır. Annelerin çok az kısmı ilkökul üstü eğitimlidir. Öğrenci babalarının yaklaşık yarısı ilkökul mezundur. Kırsal kesim olması nedeniyle babaların büyük kısmı çiftçilik yapmaktadır.

Öğrencilerin evlerinde bir maddeyi içerek yiyerek zehirlenme olgusu sayısı 45 dir Zehirlenme nedenleri sorgulandığında en sık besin ve ev ürünleri neden olarak belirtilmiştir.

Eğitim öncesi öğrencilerin % 27.9' u zehir danışma merkezini duymuştur. Eğitim öncesi ve sonrası anlamlı bir fark saptanmıştır.(

Chi-Square: 59.628 p: .000). Zehir merkezinin yaptığı işler konusunda bilgisi olan öğrencilerin ön test ve son test sonrası fark vardır.

(Chi-Square 23.329 p: .000). Eğitim öncesi bilenler % 24.1 iken eğitim sonrası bilenlerin sayısı iki kat artmıştır.

Müdahale öncesi ve sonrası öğrencilere yapılan testlerin sonuçlarına göre müdahale başarılı olmuştur. Öğrencilerin eğitim sonrası aldığı puanlar anlamlı olarak öncesinden yüksektir.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

TARTIŞMA

Köy ilköğretim okullarında yapılan bu çalışma öğrencilerin zehirlenmelerden korunma konusunda bilgi, tutum ve davranışlarını olumlu yönde geliştirmeyi amaçlamıştır. Zehirlenmelerden korunma konusunda çocukların yaş ve diğer özelliklerine uygun olarak eğitim programı yürütülmüştür. Gerçekleştirilen eğitim programı sonucunda hem çocuklara ve hem de ailelere korunma konusunda duyarlılık kazandırılmıştır. Eğitim öncesi uygulanan ön ve son test değerlendirildiğinde anlamlı bir puan farkı saptanmıştır. Tüm okullarda ve sınıflarda eğitim sonrası (müdahale) puanlar yükselmiştir. Ayrıca ailelerin korunmaya ilişkin tutumları da olumlu yönde gelişmiştir.

Dünyada 1970'li yıllardan bu yana zehirlenme konusunda toplum tabanlı ve okul tabanlı eğitimler sürdürülmüştür. (9-24) Kırsal kesimde çocuklara yönelik tarıma bağlı kızaların azaltılması için bir eğitim programı 1992 de ABD Illinois'de pilot olarak başlatılmış. Çocuk ve gençlerin bilgi ve uygulamalarında gelişme sağlanmıştır. (25) 1992 de Polonya Kraskow'da kırsal ilkököl öğrencilerine yönelik bir eğitim programı ile 6-15 yaş grubunda önemli bir zehirlenme nedeni olan mantar zehirlenmelerinin önlenmesi hedeflenerek mantarları tanıma ve orijini belli olmayan mantarların yenilmemesi konusunda olumlu bir tutum geliştirilmiştir. (26)

Ev ziyaretleri ile ebe ve diğer birinci basamak çalışanlarının evlerde kazalar için risk analizi yapabilecekleri ve önlemler konusunda ailelere bilgi verebileceği bildirilmektedir. (27)

Okul tabanlı eğitimlerin yaygınlaştırılması önerilmektedir. Ayrıca öğrencilerin annelerine de bilgi aktardıkları ve ailelerin de evlerinde gerekli önlemleri yeterli düzeyde aldıkları gözlenmiştir. (28)

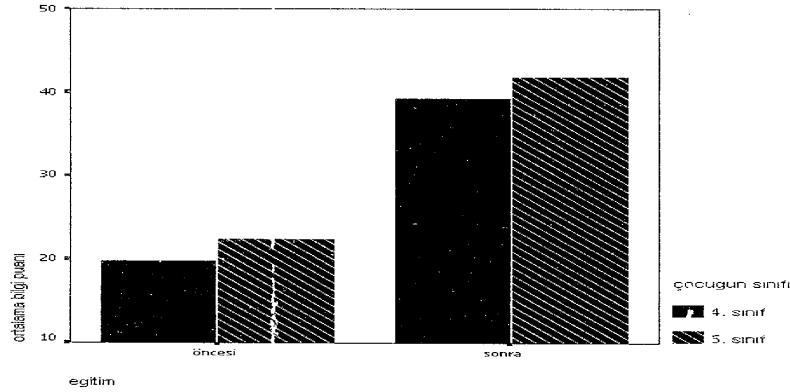
Ülkemizde de zehirlenmelere yönelik koruyucu çalışmaların yaygınlaştırılması gereksinimi vardır. Kemalpaşa Bağ yurdu ve Yiğitler köyünde gerçekleştirilen bu çalışmada öğrencilere yapılan eğitimin başarılı olduğu görülmüştür.

Bölgesel zehir danışma merkezleri kurulmalıdır. Böylece hem eğitim ve hem de erken tanı hizmetlerinin bu merkezlerce yaygınlaştırılması sağlanabilir.

KAYNAKLAR

1. Mahdi AH, Taha SAC, Al Rifai MR " Epidemiology of accidental home poisoning in Riyadh " J Epidemiol Community Health 1983, 37(4): 291-5.
2. Oztekin MA " Plant poisoning cases in Turkey" Ann Pharm Fr 1994 52(5): 260-5
3. Bilgili A, Eraslan G, Akkaya R " Akrep, kertenkele, karınca, arı ve kurbağa zehirlerinin farmakoloji, toksikoloji ve biyokimyası" Sağlık ve Toplum 2000, 10(4): 7-20.
4. www.saglik.gov.tr.
5. A Pinar, J Fowler, GR Bond "Acute poisoning in İzmir, Turkey a pilot epidemiologic study" J.Toxicology,Clinical Tox. 1993, 31(4):593-601
6. Carnegie R " Skills for healty living", Child to child newsletter 2000: 10-11.
8. Mandraccioğlu, A. Bayık A., "Students' knowledge of poison and poison prevention", ESSOP meeting October 1999 İstanbul.
9. Dunn E " Successful presentation techniques for poison prevention talks" Vet Human Tox.col 1995, 37 (5): 479.
10. Ablouzian L, Freedman ES, Woski KE, Fried LE " Evaluation of a community based childhood injury prevention program." Injury prevention 1997, 3(1):14-16.
11. Butts JD , Beck CL " Education of young children concerning poison prevention" Public Health Reports, 1986, 101(1):90-93.
12. Cooper JM, Widness JA, O'Shea JS. Pilot evaluation of instructing parents of newborns about poison prevention programs. American Journal of Disease in Childhood, 1988; 142(6): 627-629.
13. RA Dershewitz, JW Williamson "Prevention of childhood household injuries: A controlled clinical trial" AJPH, 1977, 67(12): 1148-1153.
14. Fergusson DM, Horwood LJ, Beauregard AL, Shannon FT. A controlled field trial of a poisoning prevention method. Pediatrics, 1982; 69(5): 515-520.
15. Foss B, Berkseth J, Qualley B " Evaluation study of booklet preschoolers and poisons" Veterinary and Human Toxicology, 1987, 29(5):401-404.
16. Johnston BD, Britt J, D'Ambrosio L, Mueller BA, Rivara FP. A preschool program for safety and injury prevention delivered by home visitors. Injury Prevention, 2000; 6: 305-309.
18. Marsh P, Kendrick D." Injury prevention training: is it effective. " Health education research Theory & Practice 1998, 13 (1): 47-56.
- 19.. Nawrot RBS, Wright RW "Farm workers and families at work and play" The Int. Electronic J. of Health Education 1998, 1: 218-221.
20. Rodgers GB. The safety effects of child-resistant packaging for oral prescription drugs: two decades of experience. JAMA, 1996; 275(21): 1661-1665.
21. Vernberg K, Culver-Dickinson P, Spyer DA. The deterrent effect of poison-warning stickers. American Journal of Disease in Childhood, 1984; 138(11): 1018-1020.
22. http://depts.washington.edu/hiprc/childinjury/topic/poisoning/ Harborview Injury Prevention and Research Center, 12-Dec-2001.
24. A Woolf , W Lewander, G Filippone " Prevention of childhood poisoning: Efficacy of an educational program carried out in an emergency clinic." Pediatrics 1987, 80(3):359-363.
25. Rey S, Courtois X, Zmirou D, Franco s M, Oberle D, Navet J. Evaluation of an educational action on accident prevention in children. Pédatrie, 1993; 48(10): 727-735.
26. Malinowska M, Bart C, et al" Prevention of mushroom poisoning of children: effectiveness of a community-based school education programme" Health education research Theory & Practice 1998,13 (1):13-23
27. The child accident prevention trust www.capt.org.uk
28. Liller KD, Craig J, Crane N, Dermott RJ " Evaluation of poison prevention lesson for kindergarten and third grade students" Inj prevention 1998 : 218-21.

Grafik 1. Öğrencilerin okudukları sınıflar , göre eğitim öncesi ve sonrası aldıkları puanlar



Tablo 1. Öğrencilerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Puanları

	EĞİTİM	N	ORTALAMA	STD. SAPMA
bilgi puanı	öncesi	247	21.20	6.16
	sonrası	237	40.63	5.74

t:35.877 p:0.000

ADANA'DA İLKÖĞRETİM OKULLARININ SEKİZİNCİ SINIFLARINDA KALITSAL KAN HASTALIKLARI EĞİTİM ÇALIŞMASININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Doç.Dr.Abdullah ARPACI*, Prof.Dr.Necdet AYTAÇ**, Prof.Dr.Güneş T. YÜREĞİR***, Prof.Dr.Kıymet AKSOY****, Doç.Dr.Abdullah TUL****.

*:Adana Üniwersal Hospital, **:Ç.Ü.Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD., ***:Emekli Öğretim Üyesi, ****:Ç.Ü.Tıp Fakültesi Biyokimya ABD. ADANA

ÖZET

Dünya nüfusunun %4,5'ini patolojik hemoglobini taşımaktadır. Adana, Hatay ve İçel illerinde kalıtsal kan hastalıkları bir halk sağlığı sorunudur. Taşıyıcılık oranları; yer, yer % 30 – 40'lara varan odak yerleşim birimleri olan bölgemiz genelinde talasemi için % 3, orak hücreli anemi içinde %8 civarında belirtilmiştir

İlköğretim sekizinci sınıf öğrencilerinin kalıtsal kan hastalıkları konusundaki bilgi düzeylerini ölçmek, prenatal tanı ve korunma konusunda eğitim yapmak amacıyla bu çalışma planlandı.

Ç.Ü. Tıp Fakültesi, Talasemi Dayanışma Derneği Adana Şubesi, İl Millî Eğitim müdürlüğü ve İl Sağlık müdürlüğünün desteklediği eğitim programı hazırlanarak ilköğretim sekizinci sınıflarına uygulandı. Yedi okulda 1221 öğrenciyi eğitim verilerek anketler dolduruldu. Okullardan beşinde anketler eğitim öncesi, ikisinde ise eğitim sonrası uygulandı.

Bütün ilköğretim okullarında erkek öğrenci ortalama %56.7 idi. Kardeş sayısı ortalaması: % 4,5(2.5-6.3) idi. Akkraba evlilikleri %19.3(%10.7-%44.6), sosyal güvencesi olmayanlar %20.1(%9.3-%40.0) idi. İçerikleri ilköğretim sekizinci sınıf ders programında bulunan Soru 13,14,15 ve 16'ya verilen doğru yanıt yüzdesi eğitim öncesi ile eğitim sonrası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu($p>0.05$ %78.7, %76.3 idi.). Buna karşılık, 17-23 arasındaki soruların içerikleri bizim verdiğimiz eğitim programı konuları ile aynı olduğundan; eğitim öncesi eğitim sonrası doğru yanıt ortalama yüzdesi arasında istatistiksel olarak farklı idi($p<0.05$). Eğitim öncesi doğru yanıt yüzdesi ortalaması:%66.8 iken eğitim sonrası doğru yanıt yüzdesi ortalaması %81.5 idi.

Anahtar kelimeler: Kalıtsal kan hastalıkları, eğitim, ilköğretim.

GİRİŞ ve AMAÇ;

Kanda oksijen taşınmasında bozukluk yaratan hemoglobini bozuklukları dünyadaki en yaygın kalıtsal hastalıklardandır. Dünyada yaklaşık 250 milyon kişi, diğer bir deyimle dünya nüfusunun %4,5'ini patolojik hemoglobini taşımaktadır. Çukurova'yı kapsayan Adana, Hatay ve İçel illerinde kalıtsal kan hastalıkları bir halk sağlığı sorunudur. Taşıyıcılık oranları; yer, yer % 30 – 40'lara varan odak yerleşim birimleri olan bölgemiz genelinde talasemi için % 3, orak hücreli anemi içinde %8 civarında belirtilmiştir⁽²⁾. Bölgemizdeki kaba doğum hızı, bölge nüfus artış oranı dikkate alındığında yaklaşık 300-400 / yıl hasta bebek doğumunu bekliyoruz⁽³⁾. Hasta bebek doğumunu engellemek için Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ)'nün kabul ettiği bir önlem programı bölgemizde uygulanmaya çalışılmaktadır. Bu programa göre; 1- Taşıyıcılar belirlenmeli, 2- Eğitim ve Bilinçlendirme çalışmaları yapılmalı, 3- Moleküler mutasyonlar saptanmalı, 4- Prenatal tanı uygulanmalıdır denilmektedir.⁽⁴⁾ Bölgemizde yapılan çeşitli çalışmalarda taşıyıcılar belirlenmeye çalışılmış, bir çoğunun da moleküler mutasyonları saptanmıştır. Moleküler mutasyonların belirlenmesi, bir sonraki adım olan doğum öncesi tanı için gereklidir. Ç.Ü. Tıp Fakültesi prenatal tanı ünitesinde doğum öncesi tanı

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

uygulanması 1992'den bu yana yapılmaktadır. Bu güne kadar yaklaşık 700 aileye prenatal tanı yapılmıştır⁽⁵⁾. 150 civarında hasta bebeğin doğması önlenmiştir. Halen bölgemizdeki illerde il hıfzısıhha kurul kararları ile evlilik öncesi tarama testleri zorunlu hale getirilmiştir.

Bu çalışmalar bir yandan yürürlükte birlikte programın en önemli adımlarından biri olan EĞİTİM bölümüne gereken önem verilememiştir. Bölge sağlık kuruluşları zaman zaman eğitim çalışmaları, TV programları yapmışlardır, fakat bu çalışmalar sistematik olmamış ve devamlılık göstermemiştir. Bu çalışmada amacımız prenatal tanı önlemlerinde eksik olan EĞİTİM bölümünün de sistematik ve devamlı bir çalışma ile tamamlanmasına yönelik olmuştur.

Bu amaçla; Ç.Ü. Tıp Fakültesi, Talasemi Dayanışma Derneği Adana Şubesi ile İl Milli Eğitim müdürlüğünün ortaklaşa ve İl Sağlık müdürlüğünün desteklediği eğitim programı yürütüldü. Öncelikle ilköğretim sınıflarında okutulan fen bilgisi müfredat programı incelendi ve sekizinci sınıflara eğitim vermenin uygun olacağı kararlaştırıldı.

MATERYAL - METOD:

Öğrencilerin okulda aldıkları eğitime uygun olarak, bir eğitim seti hazırlandı ve çocukların bilgi düzeyini ölçme, EĞİTİM'i buna göre yönlendirme amaçlı bir anket hazırlandı.

Eğitim seti olarak, saydamlar hazırlandı. Öğrencilere görsel destekli karşılıklı soru cevaplı konferanslar düzenlendi. Bu konferanslarda öğretim üyeleri okullarda 10-50 kişilik topluluklara iki saatlik süreçte sunu yaptılar. Eğitim konuları olarak, hücre, DNA, eritrosit ve hemoglobinin hastalık genel klinik bulguları, genetik geçiş ve hastalıktan korunma konuları işlendi. Bu konuları içeren sunu genellikle 40-50 dakikada verildikten sonra tartışma bölümü ile eğitim bitirildi. İki aylık süre içinde yedi okula gidildi ve 1221 öğrenci eğitildi. Okullardan beşinde anketler eğitim öncesi, ikisinde ise eğitim sonrası uygulandı (Kanuni ve Mithatpaşa okullarına anketler eğitim sonrası uygulandı). Sonuçlar SPSS paket programında değerlendirildi. $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR – TARTIŞMA

Çalışmamızı anketten aldığımız verileri değerlendirerek tartışacağız. Anketimizde 16 soru vardı. Bu soruların ilk beşi demografik verileri incelemeye yönelik idi. Sonra okullarda müfredat programında olan hücre, çekirdek, hemoglobin ile ilgili bilgi düzeyini ölçen sorular hazırlandı. Diğer sorularımız ise komumuz olan talasemi, orak hücreli anemi ve genetik geçiş bilgisini ölçmeye yönelik sorular şeklinde idi.

1. Sosyo-demografik özellikler:

a) Tablo 1 de okullardaki erkek – kız öğrenci oranı görülmektedir. Bütün ilköğretim okullarında erkek öğrenci hızı kız öğrenci hızından yüksek olup ortalama %56.7 idi. İlköğretim sekizinci sınıf zorunlu okunması gereken bir sınıf olmasına rağmen ve aslında Adana'da da kız erkek yaş grubunda kız fazlalığı olmasına rağmen özellikle Bahçelievler ilköğretim okulunda erkek öğrenci fazlalığı dikkati çekti. Bu durum kız çocuklarının bir kısmının okula gelmediği şeklinde açıklanabilir.

b) Kardeş sayısı ortalaması Adana'nın ekonomik ve sosyal yönden gelişmiş semtlerindeki (İsmet İnönü ve Gazi ilköğretim okullarında 2.5 iken Hadırlı'da 3.8, Bahçelievler'de 6.3, Cumhuriyet'te 4.3, Kanuni'de 5.2 ve Mithatpaşa'da 3.8 idi. Bölge genelinde ise % 4,5 idi. Bu çocuk sayısı ortalamaları Türkiye'nin genel ortalamasından yüksek olduğu görüldü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasında (TNSA 1993) doğurgan çağdaki kadınların sahip oldukları çocuk sayısı Türkiye ortalaması 4.1 olup eğitim seviyesi ile ters orantılı idi. (7)

c) Okullara göre akraba evlilikleri değerlendirildiğinde gelişmiş bölgelerdeki okullarda %10.0 dolayında iken diğer okullarda %23.3 ile 44.6 arasında değişiyordu. Akraba evliliklerinde herediter geçişli kan hastalıkları (talasemi, orak hücreli anemi) daha sık görülmekte ve önlenmesi için evlilik öncesi tanı testleri yaptırılmalı, konu hakkında eğitim verilmelidir. Araştırma grubunun akraba evlilik hızı %19.3 olup Türkiye ortalamasına yakındır.

d) Okullara göre sosyal güvence durumu değerlendirildiğinde öğrencilerin %20.1'inin sosyal güvencesinin olmadığı, gelişmiş bölgelerdeki okullarda bu hız %10.0 civarında iken diğer bölgelerdeki okullarda %25.0 ile 40.0 arasında değişiyordu. Türkiye'de Sağlık Sistemleri araştırmasında sağlık güvencesi olmayanlar kentlerde %37.1, kırsal kesimde %71.9 ve Türkiye ortalaması %52.2 olup araştırma grubumuzdaki bulgulardan daha kötü olduğu görüldü (8). Herediter geçişli kan hastalıklarının tanı ve tedavisi çok pahalı olduğundan en kısa sürede tüm toplum sağlık güvencesine kavuşturulmalıdır.

e) Okullara göre anne- baba eğitimi değerlendirilmesinde; gelişmiş iki okulda okur-yazar olmayan yokken diğer okullarda bu sayının çok fazla olduğu, babası okur-yazar olmayan öğrenci sayısı 2-3 iken diğer okullarda %10.0 ile 60.0 arasında değişiyordu. Üniversite mezunu olan anne sayısı gelişmiş okullarda %20.0 ile 25.0 iken diğer okullarda hiçbir kişi yoktu. Babaların üniversite eğitim durumuna bakıldığında gelişmiş okullarda %25 civarında iken diğer okullarda hiç yoktu. Anne baba eğitimi ile çocuğun gelişmesi ve eğitimi arasında doğru orantılı bir ilişki vardır. Bu nedenle gelişmemiş bölgelerdeki okullara daha çok eğitime zaman ve mali kaynak ayrılmalı ve öncelik tanınmalıdır. Türkiye'de Sağlık Sistemleri araştırmasında eğitim almamışların hızı erkeklerde %8.9, kadınlarda %27.4 ve genel ortalaması %18.8, üniversite mezunu yüzdesi erkeklerde %1.8, kadınlarda %1.9 ve genel ortalaması %3.2 (8) olup araştırma grubumuzdaki gelişmiş iki okuldan daha kötü, diğer okullarımızdan iyi olduğu görüldü.

2. Bilgi Düzeyleri (Tablo 2):

a) Çekirdeğin tanımı ile ilgili sorumuz birkaç okulda %75 oranında diğerlerinde % 30-40 arasında bir orana bilindi. Bu soruda daha belirgin olmak üzere diğer sorularda da görüleceği üzere Bahçelievler, Cumhuriyet, Kanuni, Mithatpaşa okullarında diğer okullara oranla sorulara doğru yanıt düzeyi biraz daha düşük idi. Ayrıca Kanuni ve Mithatpaşa okullarına anketler eğitim sonrası uygulandı. Buna rağmen bilgi düzeyi yüksek değildi. Bizim eğitimimiz çekirdeğin tanımlamaya yönelik olmayıp bu soru müfredatta olan bir konu olduğu için konuştuk. Bu nedenle eğitimimizin katkısı beklenmiyordu.

b) Hemoglobininle ilgili 14. sorumuza doğru yanıt oranı oldukça yüksek idi. (% 80 ler civarında) Bu soruda ve kalıtsal geçişli anlatılan 15. . gen tanımını anlatan 16. ve anemi tanımını anlatan 17. sorulara doğru yanıt oranı yüksek ve eğitim sonrası anket uygulanan okullarda en yüksek oranda idi. Çünkü bu konular eğitimimiz içinde idi. Bu da eğitim şeklimizin başarılı olduğunu göstermektedir.

c) Talasemi nedir, orak hücreli anemi nedir dediğimiz sorulara doğru yanıt oranı eğitim öncesi çok düşük idi. Ve genellikle de kanser ile karıştırılmış idi. Demek ki bu hastalıklar kanser diye bilinmektedir sonucu çıkmaktadır. Eğitim sonrası anket uyguladığımız okullarda ise bilgi düzeyi anlamlı miktarda yükselmişti. (% 33,9 dan % 74,1'e) Soru 13,14,15 ve 16'nın içerikleri ilköğretim sekizinci sınıf ders programında bulunmaktadır. Bu nedenle, bu sorulara verilen doğru yanıt yüzdesi eğitim öncesi ile eğitim sonrası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (eğitim öncesi doğru yanıt ortalama yüzdesi: 78.7, eğitim sonrası doğru yanıt ortalama yüzdesi: 76.3 idi.). Buna karşılık, 17-23 arasındaki soruların içerikleri bizim verdiğimiz eğitim programı konuları ile aynı olduğundan; eğitim öncesi eğitim sonrası doğru yanıt ortalama yüzdesi arasında

BEŞİNCİ BÖLÜM:SOSYAL BİLİMLER, TIP EĞİTİMİ, SAĞLIK EĞİTİMİ, OKUL SAĞLIĞI

istatistiksel olarak farklı idi. Bu fark eğitim sonrası verilen doğru yanıtların fazlalığından kaynaklanmakta idi. Eğitim öncesi doğru yanıt yüzdesi ortalaması:%66.8 iken eğitimin sonrası doğru yanıt yüzdesi ortalaması:%81.5 idi.(Tablo 3).

SONUÇ:

Sonuç olarak; Eğitimimiz oldukça başarılı multi disiplinler bir çalışma olmuştur. Hedefimiz bunu daha gelişkin şekilde devam ettirmektir. Adana şehir merkezinde kalıtsal kan hastalıkları yönünden büyük risk oluşturan akraba evlilikleri yüksek bulundu. Öğrencilerin bilgi düzeyleri müfredat programı ile sınırlı idi. Hazırlanan eğitim programı, kalıtsal kan hastalıklarının önlenmesi, prenatal tanısı ve başvurulacak kurumlar konusunda öğrencilerin bilgi düzeylerini arttırmıştır. Bu eğitim programının tüm okullarda müfredat eğitim programına ve sağlık ocağı okul sağlığı hizmetleri içine alınmalıdır.

KAYNAKLAR.

WHO Fact Sheet No. 209, January 1999

Starlene Loader, C. J. Suter, Susanne G. Segelman, Alyssa Kozyra and Peter T. Rowley : Prenatal Hemoglobinopathy Screening.

IV. Follow-Up of Women at Risk for a Child with a Clinically Significant Hemoglobinopathy

Aksoy M : Hemoglobinopathies in Turkey. Hemoglobin, 9 (2), 209-216, 1985.

Altay Çiğdem, Gürgey Aytemiz . Distribution of Hemoglobinopathies in Turkey. The Turkish J. Of Pediatrics 28 219-229 1986.

Atalay E. Ö., Çırakoğlu B., Dinçol A., Atalay A., Kılınc Y., Aytekin H., Yüregir G.T., Arpacı A., Birmek E., Aksoy M. Regional distributions of beta thalassemia mutations in Turkey.

Scriven Charles R., Bardanes Marietta, Carter Lola, Clow L, Carol, Lancaster Gerald A., Ostrowsky Julia T. Beta thalassemia Disease Prevention: Genetic Medicine Applied. Am. J Hum Genet 36, 1024 – 1038, 1984.

Gali Ahmet Edip, Polat Gürbüz, Doğdu Çizlem, Akgöl Münire, Parlar Hasan Ramiz, Arpacı Abdullah, Aksoy Kıymet, Yüregir

Güneş. A premarital Screening Program of Hemoglobinopathies in Hatay. Annals of Medical Sciences. 8,2,1999.

Balkan GE, Dervişoğlu AA: Dünyada ve Türkiye’de (sağlık, kalkınma ve çevre açısından) nüfus sorunu. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 1994.

Health Services Utilization Survey In Turkey. Ministry of health, Turkey 1996.

TABLO: 1. Çalışmaya Alınan Okullardaki Öğrencilerin Sosyodemografik Özellikler(Adana, 2001)

İLKÖĞRETİM O.ADI	Öğrenci sayısı	Erkek %	kardeş sayısı	akrabalık var	Kiracı Olan%	Sosyal güv. yok	baba okur yazar değil	anne okur yazar değil
İsmet İnönü	411	57.2	2.5	10.7	14.8	12.5	0.5	0
Gazi	252	56.0	2.5	9.9	18.2	9.3	0.1	0
Hadırlı	90	50.0	3.8	23.3	5.6	27.0	23.3	1.1
Bahçelievler	77	70.1	6.3	44.6	12.2	40.0	61.0	22.1
Cumhuriyet	218	56.4	4.3	28.9	27.9	25.0	9.6	33.5
Kanuni	88	58.0	5.2	31.8	23.0	31.0	65.9	17.0
Mithat Paşa	85	50.6	3.8	24.7	30.6	31.3	22.7	4.5
Toplam	1221	56.7	4.1	19.3	18.9	20.1		

TABLO:2 Eğitim Verilen Öğrencilerin Bilgi Düzeyleri(sorulara verilen doğru yanıt %'si. (Adana, 2001)*

İLKÖĞRETİM O.ADI	Soru 13.	Soru 14	Soru 15	Soru 16	Soru 17	Soru 18	Soru 19	Soru 20	Soru 21	Soru 22	Soru 23
İsmet nönü	73.1	81.8	81.6	95.8	95.3	52.1	40.5	80.5	54.0	65.1	78.2
Gazi	77.8	86.8	82.1	98.0	92.2	54.1	43.1	83.1	82.3	77.0	81.3
Hadırlı	75.2	80.0	83.3	98.9	98.8	7.8	4.7	97.8	94.4	61.8	49.4
Bahçelievler	46.4	56.8	55.1	87.5	59.5	27.8	32.9	50.0	49.3	52.9	72.5
Cumhuriyet	31.4	65.5	62.8	87.7	83.5	38.5	23.4	78.5	75.6	75.4	66.7
Kanuni	37.2	94.3	63.6	96.6	95.5	69.8	71.8	38.4	45.5	97.7	83.0
Mithat Paşa	43.6	84.7	87.1	98.8	80.0	79.5	76.5	91.8	90.5	98.8	72.6
Toplam	67.0	80.1	75.7	94.9	89.5	49.4	40.3	81.6	68.4	73.4	74.3

*:soru 13: Çekirdeğin görevi nedir?

soru 14: Kana kırmızı rengini veren madde hangisidir?

Soru15: Kalıtımı sağlayan hücre organeli hangisidir?

Soru16: Kahır belirleyen genler nerede bulunur?

Soru17: Anemi nedir?

Soru18: Orak hücreli anemi nedir?

Soru19: Talasemi nedir?

Soru20: Taşiyici tanımı nedir?

Soru21: Hasta tanımı nedir?

Soru22: Talasemi hakkındaki doğru bilgi düzeyi

Soru23: Orak hücreli anemi hakkındaki doğru bilgi düzeyi

TABLO:3 Öğrencilerin Eğitim Öncesi ile Eğitim Sonrası Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması(Adana, 2001)

Sorulan Sorular	Eğitim öncesi doğru yanıt %(5 okul)	Eğitim Sonrası doğru yanıt %(2 okul)	P değeri
Soru 13	74.9	40.2	P<0.01
Soru 14	81.3	89.6	P<0.01
Soru 15	79.6	77.8	P>0.05
Soru 16	96.4	97.7	P>0.05
Soru:13-16 ort.	78.7	76.3	p>0.05
Soru 17	88.7	87.9	P>0.05
Soru 18	40.3	74.6	P<0.01
Soru 19	35.2	74.1	P<0.01
Soru 20	81.6	90.1	P<0.01
Soru 21	79.2	67.4	P<0.01
Soru 22	67.3	898.3	P<0.01
Soru 23	75.3	77.9	P>0.05
Soru:17-22 ort.	66.8	81.5	P<0.05

**DERMATOLOJİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA GÜNEŞTEN
KORUNMA BİLİNCİ VE ALIŞKANLIKLARI**

*Aysin KÖKTÜRK, *Kıymet BAZ, **Reşul BUĞDAYCI, *Tamer İrfan KAYA, ***Aynur KOCA, ****Güliz İKİZOĞLU

*Yrd.Doç.Dr., Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD,
**Yrd.Doç.Dr., Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD,
***Ar.Gör.Dr., Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD,
****Doç.Dr., Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD.

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Polikliniğine çeşitli nedenlerle başvuran olgularda güneşten korunma bilinci ve alışkanlıklarını araştırmak amacıyla planlandı.

Yöntem: Yıl boyu yoğun güneş alan Mersin’de yürütülen çalışmaya, yaşları 20-67 arasında değişen, 96’sı kadın 83’ü erkek, toplam 179 olgu alındı. Olgulara, güneşten korunma bilinc ve alışkanlıklarına yönelik sorular içeren bir anket uygulandı. Analizlerde ki-kare testi kullanıldı.

Bulgular: Olguların %76’sının güneşten korunmaya özen gösterdiği, %24’ünün ise göstermediği belirlendi. Çalışmamızda güneşten korunmaya özen gösteren olgularda eğitim ve geçirilmiş yanık öyküsünün önemli rol oynadığı, koruyucu krem kullanımının ise açık deri rengine sahip, eğitim düzeyi ve aylık gelir düzeyi yüksek olanlarda ve yanık öyküsü olanlarda daha fazla olduğu saptandı. Güneşten korunmaya özen gösterenlerin kullandıkları yöntemler, %54.4’ünde güneş gözlüğü kullanımı, %53’ünde saat 10-16 arasında güneşe çıkmama, %46.3’ünde güneşten koruyucu krem kullanımı, %43.4’ünde şapka ile korunma ve %18.3’ünde ise örtünerek korunma olarak saptandı.

Sonuç: Çalışmamız; olguların çoğunun güneşten korunma ve uygun korunma yöntemi seçimi konusunda yeterli bilince sahip olmadığını; güneşten korunma alışkanlıklarının, eğitim düzeyi ve maddi koşullardan etkilendiğini ortaya koymuştur. Güneşin etkilerinin yoğun olarak gözlemlendiği ülkemizde, düzenlenecek temel eğitim ve halka yönelik eğitim programları ile güneşten korunma bilincinin geliştirilmesi gerektiği kanısındayız.

Anahtar sözcükler: Güneş ışınları, korunma yöntemleri, güneşten koruyucu krem

GİRİŞ

Güneş ışınları, deri kanserleri ve birçok deri hastalığının etiyolojisinde rol oynayan önemli bir fiziksel ajandır (1,2,3,4,5,6,7). Bu nedenle güneşten korunma, bu hastalıkların önlenmesinde üzerinde durulması gereken önemli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu hastalıkların insidansında azalma sağlayacak ilk önlem, bireylerin bu konuda bilinçlendirilmesidir. Bu çalışmada, bol güneş alan bir il olan Mersin’de, erişkin bireylerin güneşten korunma bilincinin, bu konu ile ilgili tutum ve davranışlarının incelenmesi amaçlandı.

MATERYAL-METOD

Dermatoloji polikliniğine çeşitli nedenlerle başvuran, 96’sı kadın, 83’ü erkek toplam 179 olgu çalışma kapsamına alındı. Olgulara, güneşten korunma bilinci, tutum ve davranışlarına yönelik soruları içeren bir anket formu uygulandı. Formda, olguların sosyodemografik özelliklerinin yanısıra; yanık öyküsü, ailede deri kanseri olup-olmadığı, gün boyu güneşte kalma süreleri, güneşten korunmaya özen gösterip göstermedikleri, güneşten korunma yöntemleri ve yazın mı, yıl boyu mu güneşten korundukları sorgulandı. Korunma yöntemi olarak; güneşten koruyucu krem kullanımı, şapka kullanımı, diğer örtünme yöntemlerinin (uzun kollu giysi, şemsiye kullanımı v.b) kullanımı, gözlük kullanımı ve 10-16 saatleri arasında güneşe çıkmama yöntemleri tek tek sorgulandı. Fitzpatrick sınıflamasına göre deri tipleri değerlendirildi: Deri tipi 2 ve 3 olanlar açık; 4 ve 5 olanlar koyu tonda deri rengi olarak belirlendi. “Güneşten korunmaya özen gösterme” ve “güneşten koruyucu krem kullanma” bağımlı değişkenler olarak belirlendi. Güneşten korunma yöntemlerinden en az birini kullanan bireyler “Güneşten korunmaya özen gösteriyor” olarak kabul edildi. Değişkenlerin analizinde ki-kare ve dört gözlük tablolarda gerektiğinde Fischer Exact Test (FET) kullanıldı.

BULGULAR

Çalışma kapsamına alınan olguların 96’sı kadın (%53.6), 83’ü erkek (%46.4) idi. Olguların yaşları 20 ile 67 arasında olup, kadın olguların yaş ortalaması 37.01±10.2, erkek olguların yaş ortalaması 38.7±9.1 olarak saptandı. Erkek ve kadınlar arasında yaş dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

Olguların %76’sının güneşten korunmaya özen gösterdiği, %24’ünün ise bu yönde herhangi bir çaba harcamadığı belirlendi (Tablo 1). Korunmaya özen gösterenlerin ise %80.1’inin sadece deniz mevsiminde korundukları belirlendi. Eğitim düzeyi yüksek olanlarda (p=0.012) ve geçirilmiş yanık öyküsü olanlarda (p=0.030), güneşten korunmaya özen gösterenlerin oranı göstermeyenlerden anlamlı derecede yüksek bulundu. Güneşten korunmaya özen gösterenlerin kullandıkları yöntemler %54.4’ünde güneş gözlüğü kullanımı, %53.0’ında saat 10-16 arasında güneşe çıkmama, %46.3’ünde güneşten koruyucu krem kullanımı, %43.4’ünde şapka ile korunma, %18.3’ünde ise örtünerek korunma olarak tespit edildi (Tablo 2). İstatistiksel olarak, yanık öyküsü olanlarda (p=0.009), deri tipi açık tonda olanlarda (p=0.032), eğitim düzeyi yüksek bulunanlarda (p=0.001) ve aylık gelir düzeyi yüksek olanlarda (p=0.000) güneşten koruyucu krem kullanım oranı, diğerlerine oranla daha yüksek bulundu.

Eğitim süresi 8 yıl ve üzerinde olanlarda koruyucu krem, gözlük kullanımı ve örtünmeye özen gösterme oranı istatistiksel olarak daha yüksek (Tablo3). Koruyucu krem kullanan olguların %59.7’sinin günde 1 kez, %40.3’ünün ise birden fazla sayıda krem uyguladıkları öğrenildi. Olguların %93.5’ü yüzü için koruyucu krem kullanırken, en az koruyucu krem uygulanan bölgenin (%37.1) bacaklar olduğu saptandı (Tablo 4).

TARTIŞMA

Çalışmamızda güneşten korunmaya özen gösteren olgularda (%76) eğitim süresi ve geçirilmiş yanık öyküsünün önemli rol oynadığı ortaya çıktı. Buna karşın, güneşten korunmaya özen gösterme eğiliminin yaş, cinsiyet, deri tipi, aylık gelir, ailede deri kanseri öyküsü, güneşe maruziyet süresi ile ilişkisi olduğu gözlemlendi. Güneşten korunmaya yönelik etkin korunma yöntemleri ve alışkanlıklarıyla, deri kanserlerinin %80 oranında önlenebileceği ortaya konmuştur (9). Çalışmamızda ise olguların çoğunun (%54.4) güneşten korunmak için gözlük kullandıkları; deriye yönelik korunma yöntemi olarak da en sık seçilen yöntemin (%53) güneşli saatlerde dışarı çıkmama olduğu belirlendi. En az kullanılan korunma yöntemi olarak (9.10). Koruyucu kremlerin güneş yanığı ve dolayısıyla melanomayı önleyici etkileri olduğu değişik çalışmalarda bildirilmiştir (11,12,13,14). Koruyucu krem kullanımının açık deri rengine sahip, eğitim düzeyi ve aylık gelir düzeyi yüksek olanlarda, yanık öyküsü bulunanlarda daha fazla olduğu, buna karşın yaş, cinsiyet, ailede tümör öyküsü ve güneşe maruziyet süresi ile ilişkisi olduğu saptandı. Olguların büyük çoğunluğunun yıl boyu

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

değil, sadece deniz mevsiminde koruyucu krem kullandıkları ortaya çıktı. Bu durum, güneşin kış mevsiminde de etkin olabildiği konusunda bireylerin yeterli bilince sahip olmaması ve maddi yetersizlikler yüzünden bu ürünlerin kullanılmasının kısıtlanması ile açıklanabilir. Koruyucu krem kullanan olguların çoğunun, kremi günde sadece 1 kez ve genellikle sadece yüze uygulamaları, güneşten koruyucuların kullanımı konusunda da doğru bir tutum sergilemediklerini göstermektedir. Elde ettiğimiz sonuçlar, çalışmaya alınan olguların güneşten uygun ve etkin bir şekilde korunma konusunda yeterli bilince sahip olmadıklarını göstermektedir. Kişilerin güneşten korunma ve uygun korunma yöntemi seçimi konusundaki eğilimleri, özellikle eğitim düzeyi ile paralellik göstermekte; maddi olanaksızlıklar ve bilinçsizlik, koruyucu krem gibi etkin korunma yöntemlerinin kullanımını kısıtlamaktadır. Sorunun maddi yönü bir yana bırakılacak olursa; güneşin etkilerinin yoğun olarak görüldüğü ülkemizde, güneşten korunma bilincinin geliştirilmesine yönelik konuların temel eğitim kapsamına alınması gerektiği, bu konuda yapılacak yaygın ve düzenli halk eğitim programlarına ihtiyaç olduğu kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Hawk. Cutaneous photobiology. In: Champion RH, Burton JL, Ebling FJG, eds. Textbook of Dermatology. 6th ed. Oxford: Blackwell Scientific Publ. 1998; 973-93.
2. Pathak MA, Nghiem P, Fitzpatrick TB. Acute and chronic effects of the sun. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith, Katz et al. eds. Dermatology in General Medicine. 5th ed. New York: McGraw Hill. 1999; 1598-1607.
3. English DR, Armstrong BK. Identifying people at high risk of cutaneous malignant melanoma: results from a case control study in Western Australia. Br Med J 1993; 296: 1285-8.
4. Green AC, Siskind V, Bain C. Sunburn and malignant melanoma. Br J Cancer 1985; 51: 393-7.
5. Kricke A, Armstrong BK, English DR, Heenan PJ. Does intermittent sun exposure cause basal cell carcinoma? A case control study in Western Australia. Int J Cancer 1995; 60: 489-494.
6. Osterlind A, Tucker MA, Stone BJ, Jensen OM. The Danish case-control study of cutaneous malignant melanoma: the importance of UV-light exposure. Int J Cancer 1988; 42: 319-24.
7. Armstrong BK, Kricke A. How much melanoma is caused by sun exposure? Melanoma Res 1993; 3: 395-401.
8. Moshovitz M, Modan B. Role of sun exposure in the etiology of malignant melanoma: epidemiologic influence. J Natl Cancer Inst 1973; 51: 777-9.
9. Robinson JK, Rigel DS, Amonette RA. Summertime sun protection used by adults for their children. J Am Acad Dermatol 2000; 42: 746-53.
10. McCarthy EM, Ethridge KP, Wagner RF. Beach holiday sunburn: The sunscreen paradox and gender differences. Cutis 1999; 64:37-42.
11. De Rijke S, Heenen M. Decrease of ultraviolet-induced DNA injury in human skin by p-aminobenzoic acid esters. Dermatologica 1989; 179: 11-5.
12. Lowe NJ, Breeding J. Evaluation of sunscreen protection by measurement of epidermal DNA synthesis. J Invest Dermatol 1980; 74: 181-2.
13. Kaidbey KH. Substantivity and water resistance of sunscreens. In: Lowe NJ, ed. Physician's guide to sunscreens. New York: Marcel Dekker, 1991. 177-82.
14. Stern RS, Weinstein MC, Baker SG. Risk reduction for non-melanoma skin cancer with childhood sunscreen use. Arch Dermatol 1986; 122: 537-45.

Tablo 1. Güneşten Korunmaya Özen Gösteren ve Göstermeyen Olguların Demografik ve Anamnestik Özellikleri

		Güneşten korunmaya özen		p değeri*
		Gösteriyor n (%)	Göstermiyor n (%)	
Cins	Erkek	61 73.5	22 26.5	0.4
	Kadın	75 78.1	21 21.9	
Eğitim (yıl)	0-7	23 60.5	15 39.5	0.012
	>8	113 80.1	28 19.9	
Aylık gelir (milyon TL)	0-300	39 69.6	17 30.4	0.40
	>300-500	35 79.5	9 20.5	
	>500	62 78.5	17 21.5	
Deri tipi	Açık	98 78.4	27 21.6	0.24
	Koyu	38 70.4	16 29.6	
Yanık Öyküsü	Var	83 70.9	34 29.1	0.030
	Yok	53 85.5	9 14.5	
Deri karsinomu öyküsü	Var	7 87.5	1 12.5	0.43**
	Yok	129 75.4	42 24.6	
10-16 arası güneşte kalma süresi	≤ 1 saat	90 79.6	23 20.4	0.13
	> 1 saat	46 69.7	20 30.3	

* Ki-kare testi; **Fisher's exact test

BEŞİNCİ BÖLÜM:SOSYAL BİLİMLER, TIP EĞİTİMİ, SAĞLIK EĞİTİMİ, OKUL SAĞLIĞI

Tablo 2. Koruyucu Krem Kullanan ve Kullanmayan Olguların Demografik ve Anamnestik Özellikleri

		Güneşten Koruyucu Krem		p değeri
		Kullanan Sayı %	Kullanmayan Sayı %	
Cinsiyet	kadın	33 44.0	42 56.0	0.54
	erkek	30 49.2	31 50.8	
Eğitim (yıl)	0-7	3 13.0	20 87.0	0.000
	>8	60 53.1	53 46.9	
Aylık gelir(milyon-TL)	0-300	10 25.6	29 74.4	0.001
	>300-500	14 40.0	21 60.0	
	>500	39 62.9	23 37.1	
Deri tipi	Açık	51 52.0	47 48.0	0.031
	Koyu	12 31.6	26 68.4	
Yanık öyküsü	Var	31 37.3	52 62.7	0.009
	Yok	32 60.4	21 39.6	
Deri karsinomu öyküsü	Var	2 28.6	5 71.4	0.28
	Yok	61 47.3	68 52.7	
Güneşte kalma süresi	<1saat	39 43.3	51 56.7	0.32
	>1saat	24 52.2	22 47.8	

Tablo 3. Eğitim Süresine Göre, Kullanılan Güneşten Korunma Yöntemleri

		Eğitim Süresi		p* değeri
		>3 yıl Sayı %	0-7 yıl Sayı %	
Güneşten koruyucu krem	kullanıyor	60 95.2	3 4.8	0.000
	kullanmıyor	53 72.6	20 27.4	
Şapka	kullanıyor	52 88.1	7 11.9	0.16
	kullanmıyor	61 79.2	16 20.8	
Örtünmeye özen	gösteriyor	11 56.0	11 44.0	0.000**
	göstermiyor	99 89.2	12 10.8	
Gözlük	kullanıyor	66 89.2	8 10.8	0.038
	kullanmıyor	47 75.8	15 24.2	
Güneşe çıkmamaya özen	gösteriyor	59 81.9	13 18.1	0.70
	göstermiyor	54 84.4	10 15.6	

*ki-kare testi; **Fisher's exact test

Tablo 4. Güneşten Koruyucu Krem Kullananların Özellikleri

		Sayı	%
Cinsiyet	kadın	33	52.4
	erkek	30	47.6
Eğitim	0-7	3	4.8
	>8	60	95.2
Güneşten korunma zamanı	yıl boyu	7	11.1
	deniz mevsiminde	56	88.9
Uygulama sıklığı(günde)	1 kez	37	59.7
	1'den fazla	25	40.3
Uygulama bölgesi	Yüz	58	93.5
	El-kol	43	69.4
	Bacak	23	37.1
	Gövde	30	48.4
Güneşte kalma süresi	0-1	39	61.9
	2-4 saat	20	31.7
	5-9	3	4.8
	bilmiyor	1	1.6

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

ERBAŞ VE ERLEKİN CİNSEL YOLLA BULAŞAN HASTALIKLAR KONUSUNDA EĞİTİMİ İÇİN MODEL GELİŞTİRİLMESİ

Süleyman CEYLAN, Hakan YAREN, Ömer Faruk TEKBAŞ, Metin HASDE
GATA Halk Sağlığı AD

ÖZET

Bu çalışma GATA Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve GATA Astsubay Hazırlama Okul Komutanlığında Kasım 2000-Ağustos 2001 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın temel amacı: Sağlık Astsubaylarının erbaş ve erlerin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar konusunda eğitiminde sürekli, düzenli ve yaygın bir şekilde rol almalarını sağlamak ve bu konuda eğitim modeli hazırlamaktır. Çalışma müdahale tipindedir. Eğiticilerin eğitim aşamasına katılan ve Halk Sağlığı AD’de staj yapan Sağlık Astsubaylarının (n=146) aldıkları ortalama puan eğitim öncesinde 69.4 ± 9.7 , eğitim sonrasında ise 86.9 ± 7.9 olarak bulunmuştur ($p<0.05$). Verilen eğitim, katılımcıların bilgi düzeyini 9.4 kat artırmıştır (RE = 9.4). Eğitim öncesi başarısız olan 100 katılımcıdan yaklaşık 47’si başarılı olmuştur (AE = %46.6). Verilen eğitimin başarıya etkisi %89 olarak gerçekleşmiştir (EO = %89). Eğitici eğitimi alan stajyer sağlık astsubaylarının eğitim verdiği erbaş ve erlerin (n=123) eğitim öncesi ortalama puanları: 63.8 ± 22.4 iken, eğitim sonrasında 75.5 ± 17.0 ’a yükselmiştir ($p<0.05$). Tüm etkinliğin yalnızca eğitime bağlı olduğu varsayıldığında: erbaş ve erlerin bilgi düzeyleri, eğitim öncesine göre eğitim sonrasında 6.0 kat artmıştır (RE=6.0). Eğitim öncesi başarısız olan 100 katılımcıdan yaklaşık 38’i başarılı olmuştur (AE = %37.4). Eğitimin başarıya etkisi %83 olmuştur (EO = %83). Sonuç olarak: verilen eğitimin başarılı olduğu ve eğitim modelinin uygulanabilir olduğu gösterilmiştir. **Anahtar sözcükler:** Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, sağlık eğitimi, askerler

GİRİŞ

21. yüzyılda tüm dünyada daha sağlıklı bir yaşam için çaba harcanırken enfeksiyon hastalıkları ve bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar en önemli konuları oluşturacaktır (1).

Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar (CYBH) dünyanın pek çok ülkesinde ciddi bir halk sağlığı sorunudur. CYBH eski çağlardan beri insanlığına verdiği fiziksel, psikolojik ve ekonomik zararların boyutu nedeniyle enfeksiyon hastalıkları içerisinde önemli bir yere sahiptir. CYBH, halen önemli morbidite nedeni olması yanında, son yıllarda ortaya çıkan AIDS gibi hastalıklar nedeniyle ciddi mortaliteye de neden olmaktadır (2, 3, 4).

CYBH konusu güvenli annelik, aile planlaması, çocukların yaşatılması programlarını yakından ilgilendirdiği halde, tüm dünyada oldukça uzun bir süre göz ardı edilmiştir. Bu ilgisizliğin bir nedeni de, CYBH’nin toplumda sosyal bir tabu olmasıdır. Cinsellik, CYBH gibi konulara ilgi duymak ya da bu konularda bilgi sahibi olmaya çalışmak toplum tarafından uygun görülmemiş çabalarlardır. Buna karşın son yıllarda CYBH’nin toplumsal ve ekonomik açıdan neden olduğu zorlukların ve yükün artık daha iyi anlaşılmasına başlanması, bunun yanında son yıllarda öldürücü bir hastalık olan ve cinsel yolla da bulaşan AIDS (Acquired Immunity Deficiency Syndrome)’in tüm dünyaya yayılması, CYBH’ye olan toplumsal ilginin artmasına neden olmuştur (2, 5).

Günümüzde tüm dünyada cinsel deneyim yaşının gittikçe aşağılara çekilmesi ve cinsel yaşamın giderek daha da yoğun yaşanması CYBH’nin artmasına ve dolayısı ile bu tip hastalıklara yönelik korunma ve kontrol yöntemlerinin öneminin artmasına neden olmuştur (1, 6).

CYBH, tüm toplumda olduğu gibi Türk Silahlı Kuvvetleri (TSK)’ni de yakından ilgilendirmektedir. Çünkü TSK’da görev yapan ve personelin büyük bir kısmını oluşturan erbaş ve erlerin birçoğunun askerliğe başladıklarında bekar olmaları ve önemli bir kısmının askerlik bitiminden bir süre sonra evliliğe adım atacak olmaları, yine birçoğunun henüz ergenlik döneminde olup CYBH ve cinsellik hakkında eğitimsiz olmaları onların karşı cinsle olan ilgilerini arttırmaktadır. Ancak bu ilgi artışı askeri yaşantı nedeniyle çözüme ulaşamamaktadır. Bu durum da, erbaş ve erlerimizi CYBH hakkında verilecek sağlık eğitiminin odak noktası haline getirmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, sağlık eğitimi tanımını şöyle yapmıştır: “Sağlık eğitimi, kişilere sağlıklı yaşam için alınması gereken önlemleri benimsetmeye ve uygulamaya iandırarak; kendilerine sunulan sağlık hizmetlerini doğru olarak kullanmaya alıştırmak, sağlık durumlarını ve çevrelerini iyileştirmek amacıyla birey olarak ve topluca karar aldırılmaktır” (6, 7). Sağlık eğitimi, kişiye ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri içinde değerlendirilir.

Bunun yanında, her yıl GATA Sağlık Astsubay Sınıf Okulu’ndan mezun olarak kıtalara görev yapmak üzere giden Sağlık Astsubayları gerek yaşlarının yakın olması, gerekse görevleri yönünden erbaş ve erlere en yakın konumdaki askeri sağlık personeliidir.

Bu olumlu konuları nedeniyle, Sağlık Astsubayları erbaş ve erlerin CYBH konusunda vatani görevleri süresince eğitimleri açısından en uygun personeldir. Bu nedenle, Sağlık Astsubaylarının CYBH konusunda yeterli bilgi ile donanmaları ve eğitim verebilecek yeterliliğe ulaşmaları önem arz etmektedir.

AMAÇ

Bu çalışmada, kısa vadede erbaş ve erlerin CYBH, CYBH’den korunma yolları ve kondom kullanımı konusundaki bilgi açıklarının saptanması, yetiştirilen eğiticiler tarafından erbaş ve erlerin eğitilmesi ve eğiticilerin etkinliğinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Uzun vadede ise, yapılan çalışmalardan ve eğitim etkinliklerinden olumlu sonuçlar alındığı taktirde; Stajyer Sağlık Astsubaylarının sürekli olarak eğitici eğitimi programlarına alınması ve CYBH yönünden aktif olarak görev yapmalarının sağlanması amaçlanmıştır. Bu yolla, ülke genelindeki erişkin erkek nüfusun CYBH ve kondom hakkındaki bilgi ve davranışlarını olumlu yönde geliştirmek hedeflenmiştir. Bu çalışmanın TSK bünyesinde yürütülmüş olmasının yanında, hedef kitlesi olan erbaş ve erlerin özellikleri ve konunun güncelliği nedeniyle CYBH konusunda tüm ülkeye olumlu katkılar sağlayacağı varsayılarak planlanmış ve uygulanmaya konmuştur.

YÖNTEM

Bu çalışma, GATA Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve GATA Astsubay Hazırlama Okul Komutanlığında Kasım 2000-Ağustos 2001 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Çalışma müdahale tipinde bir araştırmadır. Çalışmanın erbaş ve erlerle ilgili bölümleri, GATA Muhafız Bölüğü erbaş ve erleri arasında, eğiticilerle ilgili bölümleri ise, 2000-2001 eğitim öğretim döneminde GATA Halk Sağlığı Anabilim Dalı’na staj yapmak

BEŞİNCİ BÖLÜM:SOSYAL BİLİMLER, TIP EĞİTİMİ, SAĞLIK EĞİTİMİ, OKUL SAĞLIĞI

üzere devam eden Stajyer Sağlık Astsubayları arasında gerçekleştirilmiştir. Er ve erbaşların eğitimi, muhafız bölüğü dinlenme salonunda gece dersi saatlerinde uygulanmıştır. Hem erbaş ve erlerin eğitimi, hem de Stajyer Sağlık Astsubaylarının eğitimi aynı kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Çalışmanın birinci aşamasında 2000-2001 eğitim öğretim dönemi stajyer Sağlık Astsubaylarına konu ile ilgili eğitim öncesi bilgi düzeylerini saptamak amacıyla 20 sorudan oluşan bir soru formu uygulanmıştır. Sorulardan bir tanesi açık uçlu. 20 tanesi çoktan seçmelidir. 20 soru 100 puan üzerinden değerlendirilmiştir. Soruların puan değerleri birbirine eşittir. 2000-2001 eğitim öğretim dönemindeki stajyer astsubaylar 170 kişiden oluşmaktadır ve bu kişilerin 146'sına (%85.9) ulaşılmıştır.

Çalışmanın ikinci aşamasında GATA Komutanlığı Muhafız Bölüğü erbaş ve erlerinin CYBH hakkındaki eğitim öncesi bilgi düzeyleri saptanmıştır. Erbaş ve erler 165 kişiden oluşmakta olup bunların 123'üne (%74.5) ulaşılmıştır. Erbaş ve erlere stajyer astsubaylara uygulanan soru formu ile aynı içerikte olan ve 15 sorudan oluşan soru formu uygulanmıştır

Erbaş ve erler ile stajyer astsubayların bilgi düzeyleri dikkate alınarak stajyer astsubaylar için CYBH hakkında eğitim programı hazırlanmıştır. Eğitim programı, 5-6 kişilik gruplar halinde Halk Sağlığı Anabilim Dalına staj yapmak için gelen stajyer Sağlık Astsubaylara staj saatleri içerisinde 5 ders saati olarak ve katılımcı teknikler kullanılarak uygulanmıştır. Bilgi düzeyi saptamada kullanılan soru formu, eğitim bitiminden bir gün sonra stajyer astsubay öğrencilere tekrar uygulanmış ve eğitimin etkinliği değerlendirilmiştir.

Eğitimi verilen stajyer Sağlık Astsubaylardan basit rasgele yöntemle seçilen 3'ü, daha önce CYBH hakkında bilgi düzeyi saptanan GATA Komutanlığı Muhafız Bölüğüne ait erbaş ve erlerden 123 kişiye 2 ders saatinde eğitim vermişlerdir (erbaş ve erlere verilen eğitimde kullanılan eğitim materyali Sağlık Astsubaylar için kullanılan eğitim materyali ile aynı içerikte fakat daha kısa ve yüzeyseldir). Söz konusu erbaş ve erlere, eğitimden bir tam gün sonra, eğitim öncesinde uygulanan soru formu uygulanmıştır.

Çalışma sonucunda elde edilen veriler, bilgisayar ortamında, SPSS 9.0 for Windows istatistik paket programında analiz edilmiştir. Verilerin analizinde Bağımlı Gruplar İçin T Testi kullanılmıştır. Test sonucunda 50 ya da daha fazla puan alanlar 'başarılı' sayılmışlardır.

BULGULAR

Eğiticilerin eğitim aşamasına katılan ve Halk Sağlığı AD'de staj yapan Sağlık Astsubaylarının (n=146) aldıkları ortalama puan eğitim öncesinde 69.4 ± 9.7 , eğitim sonrasında ise 86.9 ± 7.9 olarak bulunmuştur ($p < 0.05$). Verilen eğitim, katılımcıların bilgi düzeyini 9.4 kat arttırmıştır (RE = 9.4). Eğitim öncesi başarısız olan 100 katılımcıdan yaklaşık 47'si başarılı olmuştur (AE = %46.6). Verilen eğitimin başarıya etkisi %89 olarak gerçekleşmiştir (EO = %89).

Eğitici eğitimi alan stajyer sağlık astsubaylarının eğitim verdiği erbaş ve erlerin (n=123) eğitim öncesi ortalama puanları 63.8 ± 22.4 iken, eğitim sonrasında 75.5 ± 17.0 'a yükselmiştir ($p < 0.05$). Tüm etkinliğin yalnızca eğitime bağlı olduğu varsayıldığında; erbaş ve erlerin bilgi düzeyleri, eğitim öncesine göre eğitim sonrasında 6.0 kat artmıştır (RE=6.0). Eğitim öncesi başarısız olan 100 katılımcıdan yaklaşık 38'i başarılı olmuştur (AE = %37.4). Eğitimin başarıya etkisi %83 olmuştur (EO = %83).

Çalışmaya katılan stajyer sağlık astsubayları ile erbaş ve erlerin eğitim öncesi ile eğitim sonrasındaki puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 1'de, başarı durumlarının karşılaştırması Tablo 2'de ve eğitimin etkinliğinin değerlendirmesi Tablo 3'te sunulmuştur.

TARTIŞMA VE SONUÇLAR

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusu dünyada ve Türkiye'de önem kazandıkça bu konuyla ilgili daha fazla çalışma yapılmaktadır. Ancak, ülkemizde CYBH ile ilgili yapılmış çalışmalar çok az sayıdadır ve genelde kadınlar üzerinde yoğunlaşmıştır. Oysa, ülkemizin sosyal yapısı gereğince cinsellik ve cinsel ilişki üzerinde erkeğin rolü kadına göre daha baskındır. Bu nedenle erkeklerin en az kadınlar kadar dikkate alınması gerekmektedir. TSK'da askerlik görevini yapmakta olan erbaş ve erler ülkemizin genç erişkin grubuna mensup olduğundan bu grup üzerinde çalışmanın uzun ve kısa erimli yararlarının olacağı açıktır.

Ülkemizde CYBH ile ilgili yapılan çalışmalar genellikle bilgi düzeyini saptamaya yönelik ya da kesitsel araştırmalardır. Erbaş ve erlere yönelik eğitim planlamasında müdahale araştırmalarının daha yol gösterici olacağı düşünülerek erbaş ve erlerin katılacağı bir müdahale araştırması planlanmıştır.

GATA Sağlık Astsubay Sınıf Okulunun yattığı ve mezuniyetlerini takiben kıta hizmetlerine başlayan genç sağlık astsubayları, hem görevleri gereği, hem de genç yaşta olmalarının verdiği avantajdan dolayı görev bölgelerindeki erbaş ve erlere en yakın konumda bulunan sağlık personelidir. Bu nedenle Sağlık Astsubayları, kıta koşullarında (gece eğitimleri, gece dersleri, v.b.) erbaş ve erleri cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve kondom konularında eğitimi hedefleyen programların yürütülmesinde uygun insan gücünü sağlayabileceklerdir. Bu nedenlerle, Stajyer Sağlık Astsubayları bu çalışmada eğitici rolünü üstlenmişlerdir.

Stajyer sağlık astsubayların yanıtları değerlendirildiğinde; eğitim öncesinde katılımcıların tamamının doğru yanıtladığı soru olmadığı, eğitimden sonra ise 4 soruya (CYBH'nin isimlerini bilme, CYBH'ye karşı en etkin korunma yolunu bilme, kondomun temin edilebildiği yerleri bilme ve bir kondomun kaç kez kullanılabilirliğini bilme) bütün katılımcıların doğru yanıt verdiği tespit edilmiştir. Soruların tümünde eğitim sonrası doğru yanıt yüzdesi, eğitim öncesi doğru yanıt yüzdesine göre yüksek bulunmuştur. Bu bulgu da, katılımcıların eğitime duyarlı olduğunu ve bilinçsizce soru yanıtlama yoluna gitmediklerini göstermektedir.

Eğitim öncesinde doğru yanıt verme yüzdesi en yüksek olan sorular; cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı en etkin korunma yolu bilme ve bir kondomun kaç kez kullanılabilirliğini bilme ile ilgili sorular olarak tespit edilmiştir ve doğru yanıtlama boyutu %99'dur. Bu soruları katılımcıların tamamı eğitim sonrasında doğru olarak yanıtlamışlardır. Bu durum, katılımcıların CYBH'den korunma noktasında duyarlı olduklarını ve toplumsal bir eğitim sürecinin söz konusu olabileceğini düşündürmektedir.

Stajyer sağlık astsubayların eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeyi diğer çalışmalar ile karşılaştırıldığında ise; yaptığımız çalışmada bir kondomun kaç kez kullanılabilirliğini eğitim öncesi katılımcıların %99'u doğru olarak biliyor iken, bu orantı bir çalışmada %88.2'dir (6). Her iki çalışmada eğitimden sonra katılımcıların tümü kondomun kaç kez kullanılabilirliği sorusunu doğru olarak yanıtlamışlardır. Aynı şekilde, kondomun CYBH'nin geçişi engellediğini çalışmamızda eğitim öncesi katılımcıların %77'si biliyor iken, diğer bir çalışmada bu orantı %70'dir (6). Eğitim sonunda çalışmamızda yanıtlama boyutu %88'e çıkarken, söz konusu çalışmada katılımcıların %95.6'sı soruyu doğru yanıtlamıştır (6).

Erbaş ve erlerin yanıtları değerlendirildiğinde; bu çalışmada bir kondomun kaç kez kullanılacağı hakkındaki soruyu katılımcılar eğitim öncesi %70, eğitim sonrasında ise %87 oranında doğrulukla yanıtlamışlardır. Bu oranlar bir çalışmada sırasıyla %73,9 ve %100 olarak bulunmuştur (6).

Başka bir çalışmada erbaş ve erlerin cinsel yolla bulaşan en az 2 hastalığı bilme ile ilgili soruyu doğru yanıtlama boyutu %61, çalışmamızda ise (4 hastalık ismi) %39 olarak bulunmuştur (8). Bu orantı eğitim ile %87'ye ulaşmıştır. Yine aynı çalışmada

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

AIDS'in bulaşma yollarını bilme ile ilgili soruyu erbaş ve erler %61 oranında doğru olarak yanıtlamışlardır (8). Bizim çalışmamızda ise bu oranı %85 olarak bulunmuştur ve eğitim sonrası bu oranı %92'ye çıkarmıştır. Bu bulgu, sorunun sürekli gündemde kalmasından dolayı erbaş ve erlerin AIDS'e olan ilgilerinin fazla olduğunu göstermektedir. Söz konusu çalışmadaki başka bir soru da, kondomun CYBH'den koruduğunu bilme ile ilgilidir. Bu soruya da erbaş ve erler %71.7 oranında doğru yanıt verirken, bizim çalışmamızda %60 doğrulukla yanıt vermişlerdir. Eğitim sonrasında ise %90 doğrulukla yanıtlamışlardır. Bu bulgu, kondomun topluma yeterince anlatılmadığını dolayısıyla tanınmadığını ve erbaş ve erlere yönelik düzenlenecek eğitim programlarında öncelikli konular arasına girmesi gerektiğini göstermektedir.

Tüm dünyada ve ülkemizde önemli bir sağlık sorunu olan CYBH'nin önlenmesi için eğitimi gerekli olan risk gruplarından bir tanesi ve belki de en önemlisi genç erişkin erkeklerdir. Çünkü tüm dünyada ve ülkemizde, sosyal normlar ve kültürler gereği, cinsel yaşamın ve cinsel aktivasyonların kontrolü ve düzenlenmesi konusunda genç erişkin erkekler sürekli cesaretlendirilmekte, genç erişkin kadınlar ise pasifize edilmektedir. Erbaş ve erler de koşullar gereği CYBH konusunda en önemli risk gruplarından birini oluşturmaktadır. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar, CYBH konusunda genç erişkin erkeklerin bilgilerinin yetersiz olduğunu ancak bu yetersizliğin eğitim ile giderilebileceğinin göstermiştir.

KAYNAKLAR

Dünya Sağlık Raporu. WHO. 1998. 3-110.

Şahin N. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar: Dünyada ve Türkiye'deki Durum. Sağlık ve Toplum Dergisi. Sayı 3-4. 1998. 61-63.

Topçu AW. Enfeksiyon Hastalıkları. Alerjiler Ofset. Ankara. 1996, 961.

Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların Vaka Yönetimi Ulusal Rehberi T.C. Sağlık Bakanlığı (Hazırlayanlar: Şatırlar N. Teker N. Yıldırım R. C). Aydoğdu Ofset. Ankara. 1997. 1-17

Neyzi O. Yolsal N. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Tanı ve Tedavi Rehberi. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. Aşama Matbaacılık İstanbul. 1997. 1.

Ceylan S: 1996-1997 Eğitim Öğretim Dönemi GATA Sağlık Astsubay Hazırlama Sınıf Okulu Öğrencilerinin Aile Planlaması Konusunda Eğitici Eğitim, Tıpta Uzmanlık Tezi. GATA Halk Sağlığı AD. Ankara. 1997. 1-20.

Herkes İçin Eğitim Dünya Konferansı Yayınları. Herkes İçin Eğitim Dünya Beyannamesi ve Temel İhtiyaçların Karşlanması İçin Hareket Çerçevesi. Tayland. 1990.

Tekbaş ÖF. Erbaş ve Erlerin Aile Planlaması Eğitimi İçin Eğitim Materyali Geliştirilmesi. GATA Halk Sağlığı AD Tıpta Uzmanlık Tezi. Ankara 1997. 45-78.

Tablo 1. Katılımcıların eğitim öncesi ile eğitim sonrasındaki puan ortalamalarının karşılaştırması

Grup	Ortalama Puan ± SD		p
	E.Öncesi	E.Sonrası	
Stajyer Sağlık Astsubayları	69.4 ± 9.7	86.9 ± 7.9	0.002
Erbaş ve Erler	63.8 ± 22.4	75.5 ± 17.0	0.01

Tablo 2. Katılımcıların eğitim öncesi ile eğitim sonrasındaki başarı durumlarının karşılaştırması

Grup	Başarı Durumu	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
		Sayı	%	Sayı	%
Stajyer Sağlık Astsubayları	Başarılı	70	47.9	138	94.5
	Başarısız	76	52.1	8	5.5
Erbaş ve Erler	Başarılı	68	55.2	114	92.6
	Başarısız	55	44.8	9	7.4

Tablo 3. Eğitici eğitimi ile erbaş ve erlere verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi

Grup	Rölatif Etkinlik	Atfedilen Etkinlik (%)	Etkinlik Oranı (%)
Stajyer Sağlık Astsubayları	9.4	46.6	89
Erbaş ve Erler	6.0	37.4	83

BELEDİYELERİN HALK SAĞLIĞI SORUNLARI VE HALK EĞİTİMİNDEKİ ÖNCELİKLERİ

Dr. Alev YÜCEL*, Dr. Didem EVCI**, Yrd.Doç.Dr.Songül ACAR VAİZOĞLU***, Prof.Dr. Çağatay GÜLER***.

*Altındağ Merkez Sağlık Ocağı.

**Sağlık Bakanlığı Turizm Sağlığı Şb.Müd.

***Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı ABD

ÖZET:

Bu araştırma belediyelerin, halk sağlığı sorunları ve halk eğitimindeki önceliklerini belirlemek amacı ile 1999 yılında yapılmıştır. Toplam 3215 belediyeye anket formu gönderilmiştir. Araştırmaya katılım oranı % 29'dur (931 belediye). Belediyeler: halk sağlığı sorunlarında birinci öncelik olarak, en çok genel çevre sorunları (% 20.3), sağlık sistemine ait sorunlar (%13.1) ve bulaşıcı hastalıklar (%8.6) belirtilmiştir. Halk eğitiminde yer alması gereken birinci öncelik olarak en çok bildirilenler ise; genel çevre sorunları (% 16.0), kişisel hijyen ve temizlik (% 14.1) ve aile planlaması eğitimidir (% 9.7). Belediyeler tarafından bildirilen halk sağlığının öncelikli sorunları ile eğitimde öncelik verilmesi gereken konular tutarlı bulunmuştur. Her iki konuda bildirilen öncelikler Ulusal Sağlık 21 Politikası ile de örtüşmektedir.

Anahtar Kelimeler : Belediye, halk sağlığı sorunları, halk sağlığı eğitimi.

GİRİŞ :

Belediyeler halk ile birebir ilişki kurmaları, topluma ulaşabilmelerinin kolay olması ve faaliyetlere toplum katılımını sağlayabilmeleri açısından çok önemli kuruluşlardır. Ülkemizde bazı belediyeler tarafından uygulanmaya başlanan Dünya Sağlık Örgütü Sağlıkli Şehirler Projesi (1) aşağıdaki konuları kapsamaktadır :

-Sağlık göstergeleri (ölümler ve nedenleri, düşük doğum ağırlığı).

-Sağlık hizmetleri göstergeleri (Sağlık eğitimi programları, sağlık personeline düşen kişi sayısı, sağlık sigortası kapsamındaki nüfus oranı, her yıl şehir yönetimi tarafından ele alınan sağlık sorunları),

-Çevre göstergeleri (Hava kirliliği, su kalitesi, kanalizasyon suları, evsel atık toplama kalite indeksi, şehir yeşil alanlarının yüzdesi, bu alanlara halkın ulaşımı, terk edilmiş endüstriyel bölge, spor ve boş zaman değerlendirme, toplu taşıma, yaşama alanları)

-Sosyoekonomik göstergeler (Düşük standartlı konutlarda yaşayanların yüzdesi, işsizlik hızı, kişi başına düşen ortalama gelirden daha az kazananların yüzdesi, özürllülerden çalışanların yüzdesi gibi göstergeler).

Bu uygulamaları yapacak kuruluşlar olan belediyelerin, halk sağlığı sorunları ve halk eğitimi önceliklerini belirlemeleri önemlidir.

Bu projedeki konuların, tüm belediyeler tarafından benimsenerek uygulanması, halk sağlığı sorunları ve halkın bu sorunlar hakkında bilinçlendirilmesi açısından son derece önemlidir. Bu tip projeler etkin toplum katılımı ile amacına ulaşabilecektir.

Diğer taraftan: toplumumuzun sağlık düzeyini yükseltmek amacı ile Sağlık Bakanlığı ve Üniversiteler tarafından hazırlanan "Ulusal Sağlık 21 Politikası"(2), halk sağlığı sorunları ve bunlara yönelik hedef ve stratejileri belirlemiştir. Sağlık 21'e göre başlıca sorunlar;

-Önemli hastalıklar (Bulaşıcı ve kronik hastalıklar),

-Çevre sağlığı sorunları (Konut, atıklar, içme ve kullanma suyu, hava kirliliği, akarsu ve deniz kirliliği),

-Toplumsal sorunlar (Göç, ruh sağlığı sorunları, cinsel sorunlar, çocuk ve kadın sağlığı, yaşlı ve özürllü bakımı),

-Hizmet kullanımına ait sorunlar (Sağlık güvencesi, sağlık ocağı kullanımı),

-Örgütlenme ve yönetim sorunları,

-İnsan gücü sorunları,

-Finansman sorunlarıdır.

Sağlık 21'e göre hedef ve stratejiler ise :

-Bulaşıcı hastalıkların azaltılması,

-Bulaşıcı olmayan hastalıkların azaltılması,

-Kaza, şiddet ve afetlerin sonuçlarının azaltılması (ev, iş, trafik kazaları, ilkyardım),

-Bebek ve çocuk sağlığının geliştirilmesi (Bebek ölüm hızının düşürülmesi, anne sütünün teşviki, beslenme bozukluklarının azaltılması, büyümenin izlenmesi),

-Üreme ve cinsel sağlığın geliştirilmesi (Kadın sağlığı, aile planlaması, cinsel sağlık eğitimi),

-Risk faktörlerinin azaltılması (Sigara, alkol, madde bağımlılığının azaltılması, beslenme sorunları, toplumda sağlık bilinci oluşturulması),

-Ergen, yaşlı ve özürllülerin sağlığının geliştirilmesi,

-Ruh sağlığının geliştirilmesi,

-Çevre sağlığının geliştirilmesi (Konut sağlığı, sağlıklı su, atıklar, sanayi işletmeleri, hava kirliliği, iş sağlığı, gıda sağlığı, planlı kentleşme, vektörler, gürtülü, pestisitler, radyasyon)

-Ulusal sağlık sisteminin geliştirilmesidir (Sağlık güvencesi, sağlık hizmetine ayrılan payın artırılması, sağlık kuruluşlarının altyapı ve personel açısından güçlendirilmesi).

Belediyelerin topluma ulaşabilmeleri, toplum katılımını sağlayabilmeleri nedeni ile, belirttikleri halk sağlığı sorunları önem kazanmaktadır.

Bu çalışmada, belediyelerin halk sağlığının öncelikli sorunları ve halk eğitiminde öncelik verilmesi gereken konular hakkındaki görüşlerinin belirlenmesi ve öncelikleri ile Ulusal Sağlık 21 Politikasının önceliklerinin uyumunun değerlendirilmesi amaçlanmıştır

MATERYAL-METOD

Araştırma Ağustos 1999'da, 3215 belediyeye 5 soruluk anket formu, mektup ile gönderilerek yapılmıştır. Anket formlarının 15 gün içinde doldurularak gönderilmesi istenmiştir. Katılım oranı % 29'dur (931 belediye). Veriler SPSS 10.0 istatistik paket programında değerlendirilmiştir.

BULGULAR

931 belediyeden gelen yanıtların değerlendirilmesi aşağıda verilmiştir.

Belediyelerinden en fazla cevap gelen 3 il; Konya (58 belediye), Denizli (46 belediye) ve Isparta'dır (44 belediye).

"Türkiye'nin en önemli 10 halk sağlığı sorunu nelerdir?" sorusuna 216 değişik cevap verilmiştir. Bu cevaplar gruplandırılarak 41 ana başlık altında toplanmıştır. Örneğin; Genel çevre sorunları başlığı, genel çevre kirliliği, çevre düzenlemesi ve ıslahı, yanıcı-

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

patlayıcı maddeler, görsel kirlilik, gürültü, aydınlatma, ahırlar, plansız sanayileşme, mezarlıklar, kanserojen maddeler ve çiftliklerden kaynaklanan sorunları kapsamaktadır.

“Toplumun sağlık eğitimi açısından öncelikler nelerdir?” sorusuna 156 değişik cevap gelmiştir. Bu cevaplar gruplandırılarak 45 ana başlık altında toplanmıştır. Örneğin : Çocuk sağlığı başlığı, bebek ve çocuk hastalıklarını, bağışıklamayı, anne sütü, yeni doğan bakımını, bebek bakımını, çocuk eğitiminin ve çocuk istismarını kapsamaktadır.

Araştırmaya katılan belediyelerin halk sağlığı sorunu ve eğitimde öncelikli olarak belirttikleri konular Tablo 2 ve 3'te verilmiştir.

Araştırmaya katılan belediyelerden gelen yanıtların tüm yanıtlar toplamı üzerinden değerlendirilmesi Tablo 4 ve 5'te verilmiştir.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Halk sağlığı sorunları konusunda yerel yönetimler özellikle önemli bir yere sahiptir. Bu önem hem belediyelerin toplum ile iç içe olması, hem toplumun sorunları ile birebi karşılığı ve hem de topluma karşı sorumluluk alma zorunluluklarından ileri gelmektedir. Bu nedenlerle, belediyelerin halk sağlığı sorunlarına ve halk eğitimi konularına yaklaşımlarındaki öncelikler önem kazanmaktadır.

Araştırmada, 3215 belediyeye mektup ile anket formu gönderilmiş olup, %29'undan cevap alınmıştır (931 belediye). Mektup ile katılım için % 29'luk katılım oranı oldukça fazladır.

Belediyelerden gelen cevaplarda; halk sağlığı sorunlarının birinci önceliğinin ilk üç sırasında, genel çevre sorunları (% 20.3), sağlık sistemi sorunları (% 13.1) ve bulaşıcı hastalıklar (% 8.6) yer almıştır.

Eğitim konuları açısından birinci önceliğin ilk üç sırasında ise, genel çevre eğitimi (% 16.0), kişisel hijyen ve temizlik eğitimi (% 14.1) ve aile planlaması eğitimi (% 9.7) yer almaktadır.

Araştırmada elde edilen sonuçlar, belediyelerin belirttikleri öncelikli halk sağlığı sorunları ile eğitimde öncelik verilmesini istedikleri konuların tutarlı olduğunu göstermiştir (p< 0.001).

Belediyelerin belirttikleri temel 10 sorun ve eğitim konuları ile Sağlık 21 politikasında ele alınan sorun ve hedeflerin de örtüştüğü görülmektedir.

Yerel yönetimler çok karmaşık ve pahalı teknolojilere kaymadan, uygun teknoloji yaklaşım ile halk sağlığı sorunlarının çözümüne yönelik girişimlerde bulunmalı ve halkın, sağlık konusunda bilinç düzeyini arttırmak amacıyla diğer sektörler ile işbirliğine gitmelidir.

KAYNAKLAR

- 1) Dünya Sağlık Örgütü Sağlıklı Şehirler Projesi, Göstergeler, D.Evci, D.Kaba, S.Vaizoglu, Alban Tantum, Kasım 2001, Ankara
- 2) Sağlık 21, Türkiye'nin hedef ve stratejileri, Barok Matbaacılık, Aralık 2001, Ankara

Tablo 1. Araştırmaya katılan toplam 931 belediyenin bölgelere göre dağılımı (1999)

Bölge	Sayı (n)	Yüzde (%)
İç Anadolu Bölgesi	235	25.2
Karadeniz Bölgesi	183	19.7
Ege Bölgesi	177	19.0
Akdeniz Bölgesi	128	13.7
Marmara Bölgesi	76	8.2
Güneydoğu Anadolu Böl.	54	5.8
Doğu Anadolu Bölgesi	47	5.0
Bilinmeyen	31	3.3

Tablo 2. Araştırmaya katılan belediyeler tarafından halk sağlığı sorunu olarak belirtilen ilk üç önceliğin dağılımı * (1999)

Birinci öncelik (n=931)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Genel çevre sorunları	189	20.3
Sağlık sistemi sorunları	122	13.1
Bulaşıcı hastalıklar	80	8.6
Sıvı atık ve kanalizasyon	75	8.1
Su kirliliği	62	6.7
Sağlık eğitimi	61	6.6
Tedavi hizmetleri sorunları	60	6.4
Ruh sağlığı sorunları	36	3.9
Katı atıklar	34	3.7
Sosyal çevre sorunları	30	3.2
İkinci öncelik (n=926)		
Sağlık sistemi sorunları	108	11.6
Genel çevre sorunları	97	10.4
Su kirliliği	87	9.3
Bulaşıcı hastalıklar	82	8.8
Sıvı atıklar ve kanalizasyon	81	8.7
Katı atıklar	54	5.8
Tedavi hizmetleri sorunları	54	5.8
Sağlık eğitimi	34	3.7
Çocuk sağlığı	30	3.2
Ruh sağlığı sorunları	28	3.0
Üçüncü öncelik (n=915)		
Sağlık sistemi sorunları	131	14.3
Genel çevre sorunları	78	8.4
Sıvı atıklar ve kanalizasyon	68	7.3
Bulaşıcı hastalıklar	65	7.0
Tedavi hizmetleri sorunları	51	5.5
Katı atıklar	48	5.2
Ruh sağlığı sorunları	46	4.9
Su kirliliği	41	4.4
Hava kirliliği	37	4.0
Sağlık eğitimi	32	3.4

* Her bir öncelik için ilk on halk sağlığı sorununun dağılımı verilmiştir.

BEŞİNCİ BÖLÜM:SOSYAL BİLİMLER, TIP EĞİTİMİ, SAĞLIK EĞİTİMİ, OKUL SAĞLIĞI

Tablo 3. Araştırmaya katılan belediyeler tarafından, halkın sağlık eğitiminde ele alınması gerektiği belirtilen ilk üç önceliğin dağılımı * (1999)

Birinci öncelik (n=886)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Genel çevre eğitimi	149	16.0
Kişisel hijyen ve temizlik	131	14.1
Aile planlaması	90	9.7
İlkyardım eğitimi	74	7.9
Bulaşıcı hastalıklar	69	7.4
Çocuk sağlığı	58	6.2
Sağlık bilinci	56	6.0
Beslenme	42	4.5
Kadın sağlığı	32	3.4
Ruh sağlığı	30	3.2
İkinci öncelik (n=843)		
Genel çevre	108	11.6
Bulaşıcı hastalıklar	108	11.6
Çocuk sağlığı	93	10.0
Kişisel hijyen ve temizlik	63	6.8
Beslenme	59	6.3
Aile planlaması	44	4.7
İlkyardım	41	4.4
Kadın sağlığı	38	4.1
Ruh sağlığı	33	3.5
Koruyucu sağlık hizmetleri	31	3.3
Üçüncü öncelik (n=770)		
Çocuk sağlığı	77	8.3
Genel çevre	75	8.1
Bulaşıcı hastalıklar	68	7.3
Beslenme	65	7.0
Ruh sağlığı	52	5.6
Kişisel hijyen ve temizlik	52	5.6
Koruyucu sağlık hizmetleri	39	4.2
İlkyardım	38	4.1
Kadın sağlığı	38	4.1
Aile planlaması	37	4.0

* Her bir öncelik için ilk on halk sağlığı sorununun dağılımı verilmiştir.

Tablo 4. Araştırmaya katılan belediyeler tarafından halk sağlığının temel sorunları olarak bildirilen toplam 7406 cevabın ilk 10 önceliğinin dağılımı (1999)

Halk sağlığı sorunu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sağlık sistemi	914	12.3
Genel çevre	654	8.8
Bulaşıcı hastalıklar	568	7.7
Sıvı atık ve kanalizasyon	449	6.0
Tedavi hizmetleri	411	5.5
Su kirliliği	373	5.0
Ruh sağlığı	361	4.8
Sağlık eğitimi	334	4.5
Katı atıklar	296	3.9
Hava kirliliği	268	3.6
Toplam	4628	62.1

Tablo 5. Araştırmaya katılan belediyelerden halkın sağlık eğitiminde ele alınması gereken konular hakkında bildirilen toplam 5477 cevabın ilk 10 önceliğinin dağılımı (1999)

Eğitim konuları	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bulaşıcı hastalıklar	589	10.7
Genel çevre	531	9.7
Çocuk sağlığı	468	8.5
Ruh sağlığı	379	6.9
Kişisel hijyen ve temizlik	357	6.5
Beslenme	333	6.0
İlkyardım	325	5.9
Aile planlaması	303	5.5
Koruyucu sağlık hizmetleri	243	4.4
Kadın sağlığı	207	3.8
Toplam	3735	67.9

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

SİVİL TOPLUM ÖRGÜTLERİNİN HALK SAĞLIĞI SORUNLARI VE HALK EĞİTİMİNDEKİ ÖNCELİKLERİ

Dr.Alev YÜCEL*, Dr. Didem EVCİ**, Yrd. Doç Dr. Ö. Faruk TEKBAŞ***, Yrd.Doç.Dr.Sönğül ACAR VAİZOĞLU***, Prof.Dr. Çağatay GÜLER***

*Altındağ Merkez Sağlık Ocağı,

**Sağlık Bakanlığı Turizm Sağlığı Şb.Müd.

***Gülhane Askeri Tıp Akademisi Halk Sağlığı AD

***Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı AD

ÖZET

Bu araştırma, sivil toplum örgütlerinin (STÖ) halk sağlığı sorunları ve halk eğitimindeki önceliklerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Toplam 1012 STÖ'ne anket formu gönderilmiştir. Araştırmaya katılım oranı %9.6'dır. STÖ: halk sağlığı sorunlarında birinci öncelik olarak, en fazla, sağlık sistemi sorunlarını (%12.4), kronik hastalıkları (%11.3) ve bulaşıcı hastalıkları (%10.3) belirtmişlerdir. Halk eğitiminde yer alması gereken birinci öncelik olarak en çok bildirilenler ise: kişisel hijyen ve temizlik (%12.4), aile planlaması (%12.4) ve koruyucu sağlık hizmetleridir (%9.3). STÖ tarafından bildirilen, halk sağlığı sorunları ve halk eğitimi öncelikleri karşılaştırıldığında, konu başlıklarının uyumlu olduğu görülmüştür. Her iki konuda bildirilen öncelikler Ulusal Sağlık 21 Politikası ile de örtüşmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sivil toplum örgütü, halk sağlığı sorunları, halk sağlığı eğitimi.

GİRİŞ

Ülkemizde ve dünyada sayıları giderek artan STÖ'ni tek bir cümlede tanımlayabilmek oldukça güçtür. Ancak genel görüşler çerçevesinde, bir ülkede yurttaşların ortak ilgi, ortak çıkar, ortak özlentileri için devlet dışında yanyana gelerek, kendi entelektüel maddi potansiyellerini birleştirdikleri, çaba gösterdikleri katılım biçimlerine sivil toplum örgütü denebilir (1).

Sivil toplum örgütleri, ister zorunlu, ister gönüllü olarak oluşturulsun, başlıca 4 grupta incelenebilir (2):

1-Yasalar gereğince, temsilcisi oldukları toplum kuruluşlarının ekonomik-sosyal hak ve çıkarlarını savunmak için kurulan barolar ve odalar ile benzeri mesleki kuruluşlar.

2-Yasal olarak kuruluşu zorunlu olmayan mesleki işçi ve işveren sendikaları.

3-Gönüllü demek, vakıf ve benzeri kuruluşlar.

4-Hemşehri dernekleri, üniversite platformları, vatandaş inisiyatifleri gibi kuruluşlar.

Sivil toplum kuruluşları, geleneksel olarak, açlık, evsizlik, çevre kirliliği, madde bağımlılığı, şiddet gibi sorunları çözmek ya da gelişme sağlanmasına yardımcı olmak üzere sosyal sektör olarak adlandırılan sektörde faaliyet gösterirler (3). Ayrıca toplumun, piyasaların kendi başına uygun bir biçimde çözüm getiremeyeceğine inandığı konularda belirli sosyal ürünler sunarlar ki eğitim, sağlık, sanat bu konular arasındadır. Bu örgütler, vatandaşların, hükümet politikalarından bağımsız olarak, iyi bir toplum yaratmak için kendi vizyonlarının peşinden gitmelerini sağlayacak bir işlevi yerine getirirler.

STÖ'nin çalışmaları toplum yaşamının her alanını kapsayabilir. Bu özelliklerinden dolayı halka ulaşmaları daha kolay olabilmektedir. Ülkemizin sosyal ve ekonomik manzarası içinde insanların temel gereksinimlerinin karşılanmasında, sosyal değişimin sağlanmasında diğer sektörlerin yetersiz kalması gönüllü sektöre daha da önemli işlevler yüklenmektedir.

Diğer taraftan, toplumumuzun sağlık düzeyini yükseltmek amacı ile Sağlık Bakanlığı ve Üniversiteler tarafından hazırlanan "Ulusal Sağlık 21 Politikası"(4), halk sağlığı sorunları ve bunlara yönelik hedef ve stratejileri belirlemiştir. Sağlık 21'e göre başlıca sorunlar:

-Önemli hastalıklar (Bulaşıcı ve kronik hastalıklar).

-Çevre sağlığı sorunları (Konut, atıklar, içme ve kullanma suyu, hava kirliliği, akarsu ve deniz kirliliği).

-Toplumsal sorunlar (Göç, ruh sağlığı sorunları, cinsel sorunlar, çocuk ve kadın sağlığı, yaşlı ve özürli bakım).

-Hizmet kullanımına ait sorunlar (Sağlık güvencesi, sağlık ocağı kullanımı).

-Örgütlenme ve yönetim sorunları.

-İnsan gücü sorunları.

-Finansman sorunlarıdır.

Sağlık 21'e göre hedef ve stratejiler ise :

-Bulaşıcı hastalıkların azaltılması.

-Bulaşıcı olmayan hastalıkların azaltılması.

-Kaza, şiddet ve afetlerin sonuçlarının azaltılması (ev, iş, trafik kazaları, ilkyardım).

-Bebek ve çocuk sağlığının geliştirilmesi (Bebek ölüm hızının düşürülmesi, anne sütünün teşviki, beslenme bozukluklarının azaltılması, büyümenin izlenmesi).

-Üreme ve cinsel sağlığın geliştirilmesi (Kadın sağlığı, aile planlaması, cinsel sağlık eğitimi).

-Risk faktörlerinin azaltılması (Sigara, alkol, madde bağımlılığının azaltılması, beslenme sorunları, toplumda sağlık bilinci oluşturulması).

-Ergen, yaşlı ve özürülülerin sağlığının geliştirilmesi.

-Ruh sağlığının geliştirilmesi.

-Çevre sağlığının geliştirilmesi (Konut sağlığı, sağlıklı su, atıklar, sanayi işletmeleri, hava kirliliği, iş sağlığı, gıda sağlığı, planlı kentleşme, vektörler, güdültü, pestisitler, radyasyon)

-Ulusal sağlık sisteminin geliştirilmesidir (Sağlık güvencesi, sağlık hizmetine ayrılan payın artırılması, sağlık kuruluşlarının altyapı ve personel açısından güçlendirilmesi).

Bu çalışmada, sivil toplum örgütlerinin halk sağlığının öncelikli sorunları ve halk eğitimindeki öncelikli konular hakkındaki görüşlerinin belirlenmesi ve bu önceliklerin "Ulusal Sağlık 21 Politikası" ile uyumunun değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD

Araştırma Ağustos 1999'da, 1012 sivil toplum örgütüne 5 soruluk anket formu, mektup ile gönderilerek yapılmıştır. Anket formlarının 15 gün içinde doldurularak gönderilmesi istenmiştir. Katılım oranı %9.6'dır (97 STÖ). Veriler SPSS 10.0 istatistik paket programında değerlendirilmiştir.

BULGULAR

97 sivil toplum örgütünden gelen yanıtların değerlendirmesi aşağıda verilmiştir. "Türkiye'nin en önemli 10 halk sağlığı sorunu nelerdir?" sorusuna verilen cevaplar gruplandırılarak 41 ana başlık altında toplanmıştır. Örneğin: Ruh sağlığı sorunları başlığı, stres, psikiyatrik hastalıklar, alkol, sigara ve madde bağımlılıklarını içermektedir. "Toplumun sağlık eğitimi açısından öncelikler nelerdir?" sorusuna verilen cevaplar gruplandırılarak 45 ana başlık altında toplanmıştır. Örneğin; Çocuk sağlığı başlığı, bebek ve çocuk hastalıklarını, bağışıklamayı, anne sütü, yeni doğan bakımını, bebek bakımını, çocuk eğitimini ve çocuk istismarını kapsamaktadır.

Tabloda görüldüğü gibi, STÖ halk sağlığı sorunlarının birinci önceliği olarak en çok sağlık sistemi sorunlarını belirtmişlerdir (%12.4). İkinci öncelik olarak en çok belirtilen bulaşıcı hastalıklar (%15.5) ve üçüncü öncelik olarak ta yine bulaşıcı hastalıklardır (%19.6).

Tabloda görüldüğü gibi, STÖ halkın sağlık eğitiminde ele alınması gereken birinci öncelik olarak en fazla kişisel temizlik ve hijyeni belirtmişlerdir (%12.4). İkinci ve üçüncü öncelik olarak en fazla söylenenler ise sırası ile, koruyucu sağlık hizmetleri (%10.3) ve bulaşıcı hastalıklardır (%11.3).

Araştırmaya katılan STÖ'nden gelen yanıtların tüm yanıtlar toplamı üzerinden değerlendirilmesi Tablo 3 ve 4'te verilmiştir. Halk sağlığının öncelikli 10 sorunu ile ilgili olarak gelen, toplam 794 cevap içinde ilk sırada sağlık sistemi sorunları (%12.8) yer almıştır. Halk sağlığı eğitimindeki öncelikler ile ilgili olarak gelen, toplam 586 cevap içinde ise ilk sırayı beslenme eğitimi (%13.8) almıştır.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Sivil toplum örgütleri, toplum yaşamının her alanını kapsayan konular ile ilgilendiği için halk sağlığı sorunları konusunda en az belediyeler ve diğer sektörler kadar önemli bir yere sahiptirler.

Araştırmada, 1012 STÖ'ne mektup ile anket formu gönderilmiş olup, %9.6'sından (97 STÖ) cevap alınmıştır. STÖ'lerden gelen yanıtların bu kadar az olması, bu kuruluşların konuyu önemsememesinden, gerçek anlamda STÖ özelliklerini taşımasından kaynaklanmış olabilir.

STÖ'nden gelen cevaplarda; halk sağlığı sorunlarının birinci önceliğinin ilk üç sırasında, sağlık sistemi sorunları (%12.4), kronik hastalıklar (%11.3) ve bulaşıcı hastalıklar (%10.3) yer almıştır. Eğitim konuları açısından birinci önceliğin ilk üç sırasında ise, kişisel hijyen ve temizlik (%12.4), aile planlaması (%12.4) ve koruyucu sağlık hizmetleri (%9.3) yer almıştır.

Gelen toplam 794 cevap içinde, halk sağlığının öncelikli 10 sorunu olarak en çok belirtilen üç başlık sırası ile, sağlık sistemi sorunları (%12.8), kronik hastalıklar (%12.7) ve bulaşıcı hastalıklardır (%11.6). Öncelikli eğitim konuları ile ilgili olarak gelen toplam 586 cevap içinde ise ilk üç sırada, beslenme (%13.8), bulaşıcı hastalıklar (%10.4) ve ruh sağlığı (%8.9) yer almaktadır. Araştırmada elde edilen sonuçlar, STÖ'nin belirttikleri öncelikli halk sağlığı sorunları ile eğitimde öncelik verilmesini istedikleri konuların tutarlı olduğunu göstermiştir (p< 0.001).

STÖ'nin belirttikleri temel 10 sorun ve eğitim konuları ile Sağlık 21 politikasında ele alınan sorun ve hedeflerin de örtüştüğü görülmektedir.

Sivil toplum örgütleri, halkın katılımının oldukça fazla olduğu kuruluşlar olduğu için, halk sağlığı sorunlarına yaklaşımları oldukça önemlidir. İleride daha geniş çaplı katılımı sağlayacak şekilde bir araştırma planlanarak, diğer sivil toplum örgütlerinin de görüşleri ortaya koyulmalı ve buna göre uygun girişimler ile halk sağlığı sorunlarına çözüm bulmaya çalışılmalıdır.

KAYNAKLAR

1-www.ntvmsnbc.com

2-www.tesk.org.tr

3-www.kalder.org

4-Sağlık 21, Türkiye'nin hedef ve stratejileri, Barok Matbaacılık, Aralık 2001, Ankara

Tablo 1. Araştırmaya katılan STÖ tarafından halk sağlığı sorunu olarak belirtilen ilk üç önceliğin dağılımı * (1999)

Birinci öncelik (n=97)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sağlık sistemi sorunları	12	12.4
Kronik hastalıklar	11	11.3
Bulaşıcı hastalıklar	10	10.3
Sağlık eğitimi	7	7.2
Aile planlaması	6	6.2
Ruh sağlığı sorunları	6	6.2
Genel çevre sorunları	6	6.2
Kazalar	4	4.1
Beslenme sorunları	4	4.1
Koruyucu sağlık hizmetleri	3	3.1
İkinci öncelik (n=96)		
Bulaşıcı hastalıklar	15	15.5
Sağlık sistemi sorunları	14	14.4
Kronik hastalıklar	13	13.4
Aile planlaması	7	7.2
Çocuk sağlığı	7	7.2
Ruh sağlığı sorunları	6	6.2
Beslenme sorunları	5	5.2
İş sağlığı	4	4.1
Tedavi hizmetleri sorunları	3	3.1
Genel çevre sorunları	3	3.1
Üçüncü öncelik (n=95)		
Bulaşıcı hastalıklar	19	19.6
Kronik hastalıklar	10	10.3
Sağlık sistemi sorunları	9	9.3

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Tablo 1. devam

Birinci öncelik (n=97)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ruh sağlığı sorunları	8	8.2
Sağlık eğitimi	5	5.2
Genel çevre sorunları	5	5.2
Su kirliliği	4	4.1
Tedavi hizmetleri sorunları	4	4.1
Beslenme sorunları	4	4.1
Yaşlılık ve özürsüzlük	4	4.1

* Her bir öncelik için ilk on halk sağlığı sorununun dağılımı verilmiştir.

Tablo 2. Araştırmaya katılan STÖ tarafından halkın sağlık eğitiminde ele alınması gerektiği belirtilen ilk üç önceliğin dağılımı * (1999)

Birinci öncelik (n=91)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kişisel hijyen ve temizlik	12	12.4
Aile planlaması	12	12.4
Koruyucu sağlık hizmetleri	7	9.3
İlk yardım eğitimi	9	9.3
Beslenme	3	8.2
Çocuk sağlığı	7	7.2
Sosyal çevre sorunları	5	5.2
Bulaşıcı hastalıklar	5	5.2
Ruh sağlığı	5	5.2
Genel çevre	3	3.1
İkinci öncelik (n=85)		
Koruyucu sağlık hizmetleri	10	10.3
Çocuk sağlığı	9	9.3
Genel çevre	7	7.2
Beslenme	7	7.2
Aile planlaması	6	6.2
İlk yardım	6	6.2
Bulaşıcı hastalıklar	6	6.2
Kazalar	5	5.2
Ruh sağlığı	5	5.2
Aile sağlığı	4	4.1
Üçüncü öncelik (n=80)		
Bulaşıcı hastalıklar	11	11.3
Genel çevre	8	8.2
Beslenme	7	7.2
Çocuk sağlığı	7	7.2
Kronik hastalıklar	6	6.2
Ruh sağlığı	6	6.2
Kişisel hijyen ve temizlik	4	4.1
Sağlık sistemi	4	4.1
İlk yardım	3	3.1
Aile planlaması	3	3.1

* Her bir öncelik için, ilk eğitim konusunun dağılımı verilmiştir.

Tablo 3. Araştırmaya katılan STÖ tarafından halk sağlığının temel sorunları olarak bildirilen toplam 794 cevabın ilk 10 önceliğinin dağılımı (1999)

Halk sağlığı sorunu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sağlık sistemi sorunları	102	12.8
Kronik hastalıklar	101	12.7
Bulaşıcı hastalıklar	92	11.6
Ruh sağlığı	76	9.6
Sağlık eğitimi	36	4.5
Genel çevre sorunları	46	4.5
Beslenme sorunları	36	4.5
Tedavi hizmetleri sorunları	28	3.5
Çocuk sağlığı sorunları	27	3.4
Yaşlılık ve özürsüzlük	27	3.4
Toplam	561	70.5

Tablo 4. Araştırmaya katılan STÖ tarafından halkın sağlık eğitiminde ele alınması gereken konular hakkında bildirilen toplam 586 cevabın ilk 10 önceliğinin dağılımı (1999)

Eğitim konuları	Sayı (n)	Yüzde (%)
Beslenme	81	13.8
Bulaşıcı hastalıklar	61	10.4
Ruh sağlığı	52	8.9
Çocuk sağlığı	48	8.2
Koruyucu sağlık hizmetleri	39	6.8
Aile planlaması	31	5.8
Kişisel hijyen ve temizlik	34	5.8
Genel çevre	33	5.6
İlk yardım	29	4.9
Kadın sağlığı	27	4.6
Toplam	435	73.8

**BİR İLKÖĞRETİM OKULU BİRİNCİ SINIF ÖĞRENCİLERİNİN
SAĞLIK DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Prof. Dr. Gülümser KUBİLAY* , Doç.Dr. Oya Nuran EMİROĞLU*, Dr. Media SUBAŞI BAYBUĞA**
Ar. Gör. Melek COŞAN YILMAZ**, Ar. Gör. Özlem ÖRSAL**, Ar. Gör. Sergül DUYGULU**, Ar. Gör. Makbule TOKUR**,
Ar. Gör. Gülnaz GÜLMEZ**

* Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.
** Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Araştırma Görevlisi

ÖZET

İlköğretim okulu birinci sınıf öğrencilerinin sağlık değerlendirmelerinin yapılması amacıyla yapılan araştırma tanımlayıcı bir çalışma olup, bu çalışmada, MEB'e bağlı Uygur İlköğretim Okulu'nun 1.sınıfında okuyan öğrenciler ele alınmıştır. Araştırmanın evrenini birinci sınıfta okuyan toplam 89 öğrenci oluşturmuştur. Çalışma 26.3.2002- 7.6.2002 tarihleri arasında yapılmıştır. Elde edilen veriler tablolastırılmış ve sonuçlar yüzdelik ile değerlendirilmiştir. büyük çoğunluğunun 7-8 yaş grubunda olduğu araştırmaya katılan çocukların çoğunluğunun boy ve vücut ağırlıklarının normal sınırlar içerisinde, az bir oranının ise normalin üstünde olduğu bulunmuştur. Çocukların %72.0 'ünün sistolik kan basıncı değerleri ve %74.6'nın diastolik kan basıncı değerleri normal sınırlar içerisinde iken 1/4 oranına yakınının sistolik ve diastolik kan basıncı değerleri yüksek olarak belirlenmiştir. Çocuklara yapılan tetkik sonucunda çoğunluğunun hematokrit düzeyinin normal sınırlarda, çok azının ise normalin altında değer aldığı, %98,7'sinin Hbs Ag 'sinin ve Anti Hbs 'sinin negatif olduğu ve %1,3'ünün şu anda hasta olduğu ve %1,3'ünün doğal bağışıklığı yani Anti Hbs 'sinin pozitif olduğu yapılan tetkikler sonucunda belirlenmiştir. Çocukların sistemlere göre yapılan muayene bulgularında çoğunluğunun ağızında çürük dişi, % 28.0'nda görme sorunu, %19.6'sında tonsillerde kızarıklık ve lenf bezlerinde şişme, az bir oranında ise enürezis, tırnak yeme, tik, içe kapanıklık gibi sorunlar olduğu saptanmıştır. Ayrıca erkek çocukların %6.1'de inmeme testi olgusuna rastlanmıştır. Elde edilen veriler ışığında araştırma kapsamına alınan çocukların tarama sonuçları sağlıkları için bir risk olduğunu göstermektedir. Bu riski azaltmak için, İlkokula başlayan çocukların okula başlamalarını takiben sürekli sağlık taramalarının yapılması ve sağlık sorunlarına yönelik gerekli tanı ve tedavi için uygun sağlık kuruluşu ile işbirliği yapılması gibi önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Okul Sağlığı, Okul Çağı Çocuğu, Sağlığın Değerlendirilmesi.

GİRİŞ

Okul sağlığı hizmetleri öğrenci, öğrenci aileleri ve okulda tüm çalışanların ele alınacağı sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesi için yapılan tüm çalışmaları kapsar. (1,2,3,4).

Okul çağı okula başlama yaşı olan 6-7 yaşlarından başlayarak 24 yaşına kadar tüm öğrenim yıllarını kapsayan bir dönemdir. Ayrıca, bu dönem sağlıklı bir yaşamın temellerinin atıldığı ve sağlıklı alışkanlıklarının geliştiği bir dönemdir (5).

Bu dönemde çocukların ilk kez aile ortamından farklı bir ortama girmesi, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden hareketli dönem içerisinde olması, vücut yapısının değişmesi, gelişmesi ve çeşitli zorlanmalarla karşılaşması, sağlıklarını olumsuz olarak etkileyebilecek risklerle karşılaşmalarına yol açabilmektedir. Bütün bu nedenler, onları diğer gruplar içerisinde özel bir grup olarak ele alınmalarını gerekli kılmaktadır. (5, 6,7, 8).

Okul çağı çocuklarının gerek dönem özellikleri gereği gerekse buldukları ortamda farklı risk faktörleri ile karşılaşması sonucunda; büyüme-gelişme gerilikleri, d.ş çürükleri, kazalar, bazı kronik ve bulaşıcı hastalıklar yönünden sağlıklarının olumsuz olarak etkilenebilmektedir (1,2,3,9).

Bu nedenle okula başlarken çocukların, sağlık taramalarının yapılması ve sağlık durumlarının değerlendirilmesi, bazı hastalıkların erken dönemde tespit edilmesi tanı konulması, tedavi olanaklarından faydalanılmasına, dolayısıyla gelecekteki sağlıklı toplumun temelini atılmasına büyük önem taşımaktadır. Özellikle halk sağlığı hemşiresinin tüm hizmetlerinde olduğu gibi okul sağlığı hizmetlerinde de bütüncül yaklaşım ilkelerini kullanması, bu kapsamda çalışan tüm personelin, öğrencilerin ve ailelerinin sağlığını geliştirilmesi ve korumasına katkıda bulunması, başarıya ulaşmada en önemli anahtar öğelerden birisidir (1,2,3,10,11).

Bu nedenlerle; geleceğin sağlıklı bireylerini oluşturmaları açısından çocukların sağlıklarının sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi, sağlık sorunlarının saptanması ve bu gruba yönelik verilecek olan hizmetlerin planlanması açısından önemli olacağı düşünüldüğü için ilköğretim okulu birinci sınıf öğrencilerinin sağlık değerlendirmelerinin yapılması uygun görülmüştür.

GEREÇ VE YÖNTEM

İlköğretim okulu birinci sınıf öğrencilerinin sağlık değerlendirmelerinin yapılması amacıyla yapılan araştırma tanımlayıcı bir çalışma olup, bu çalışmada, okul ve sağlık ocağı i' e olumlu işbirliği nedeniyle MEB'e bağlı Uygur İlköğretim Okulu'nun 1. sınıfında okuyan öğrenciler ele alınmıştır. Uygur ilköğretim Okulu Keçiören Ufuktepe semtinde olup toplam 649 öğrenci öğrenim görmekte ve ikili öğretim sistemi uygulanmaktadır. Araştırmanın evrenini birinci sınıfta okuyan toplam 89 öğrenci oluşturmuş, örneklem seçilmeden tümü örneklem grubuna alınmıştır. Birinc: sınıfta okuyup taramaları yapılarak sağlığı değerlendirilen çocukların izlemlerinin yapılması amacıyla bu grubun alınması uygun görülmüştür. Bu ankete ilişkin bilgiler toplanırken bu konuda eğitim almış hemşireler tarafından sağlığı değerlendirme muayeneleri, gözlem yoluyla ve sistemik olarak baştan başlanarak ayağa kadar yapılan fizik muayeneler şeklinde yapılmıştır. Temmuz- Kasım 2001 tarihleri arasında izlem formu ve değerlendirme kriterleri oluşturulmuş, geliştirilen anket formunun ön uygulaması Gülveren İlköğretim okulunda 18 öğrenci üzerinde yapılmıştır. Çalışma gerekli izinler alındıktan sonra 26.3.2002- 7.6.2002 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmaya başlamadan önce çocukların gizliliği göz önünde bulundurularak özel bir oda düzenlemesi yapılmış ve çocuklara yapılacak olan işlemler hakkında bilgi verilmiştir. Çalışmaya başlamadan önce gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra anket formu uygulamaya başlanmış ve bir anketin uygulaması ortalama 30 dakika sürmüştür. Anket formunda öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri, soy ve özgeçmiş, sağlık durumunun değerlendirilmesine ilişkin bölümler yer almıştır.

Elde edilen veriler elde kodlanıp bilgisayara girilerek tablolastırılmış ve sonuçlar yüzdelik ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırmaya katılan çocukların %91,5'i 7-8 yaş grubunda yer almaktadır.Kız ve erkek öğrenci sayısı birbirine yakındır. Çocukların %79,3'ü hangi sosyal güvenceye sahip olduklarını bilmeyenken, %9,8'inin herhangi bir sosyal güvencesi yoktur. Çocukların sosyal güvencelerinin ne olduğunu bilmemeleri aile içi iletişimin zayıf olduğunu bir göstergesi olabilir. Aynı zamanda sosyal güvence bu

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

yaş grubu için soyut bir kavram olarak ka maktadır. Araştırmaya katılan çocukların %84.1'i çekirdek aile yapısına, %58.5'i ise lya da 2 kardeş sahiptir. Araştırmaya katılan çocukların %89'u birinci veya ikinci çocuktur. Bu sonuçlar istendik aile birey sayısını yansıtmaktadır.

Araştırmaya katılan çocukların annelerinin %13.4'ü, babalarının %8.5'i ilkököl mezunudur. Çocukların %80.5'i annelerinin, %85.4'ü babalarının eğitim durumunu bil nemektedirler. Çocukların annelerinin %82'si ev hanımıdır. Babalarının ise %20.7'si işçi, %11'i esnaf iken %36.6'sı diğer (boyacı, kapıcı, şoför, serbest meslek, camcı, ahçı, tamirci, pazarcı, dondurmacı) meslek grubundadırlar. Araştırmaya katılan çocukların çoğunun ailenin ve ebeveynlerinin yaptıkları işi bilmedikleri görülmüştür. Bu durum annelerin ve babaların vasıfsız işlerde çalışmaları nedeniyle, çocukların arkadaşlarının yanında ve ilk kez gördükleri bir kişiye ebeveynlerinin işini söylemek istememeleri ile açıklanabilir.

Araştırmaya katılan çocukların boy ve vücut ağırlıkları Tablo 2'de görülmektedir. Çocukların boyları, çocukların topuk arkası, sırt ve omuzları ve duvara düz gelecek şekilde işaretlenip daha sonra mezur ile ölçülmüştür. Ağırlıkları giysileri hafifletilerek ve ayakkabıları çıkartılarak digital ayak baskülü ile yapılmıştır. Tabloya göre çocukların genelinin (%97.6) boy ölçümleri ve (%95.1) vücut ağırlıkları normal sınırlarda olup, az bir oranının ise (%2.4) boy ölçümleri ve (%4.9) vücut ağırlıkları normalin üstünde olduğu dikkati çekmektedir (12).

Çocukların genelinin boy ve vücut ağırlıklarının normal olmasına karşın, %4.9'unda şişmanlık sorunu saptanmıştır. Özellikle bu çocuklar başta olmak üzere bütün çocuklar öğrenimleri boyunca takip edilmeleri birçok sorunun önlenmesine yardımcı olabilecektir. Bu çağdaki çocukların aşırı yeme, aktivite azlığı, fazla kalori içeren besinler tüketmeleri sonucunda çocuklarda şişmanlığa neden olmaktadır. Bunun sonucunda beden imğisinde oluşan değişiklikler psikolojik sorunlara yol açmakta, en önemlisi erişkin dönemde çocuklarda hipertansiyon, kalp damar hastalıkları ve diyabet görülmesi yönünde risk altına sokmaktadır (1,2,3,13,14).

Tablo 3'te çocukların kan basıncına göre dağılımı görülmektedir. Çocukların yaşları dikkate alınarak uygun manşetli tansiyon ölçüm aleti ile, oturur pozisyonda, koltuk altı destekli ve tümünün sağ koldan kan basıncı ölçülmüştür. Çocukların çoğunluğunun (%72.0) sistolik kan basıncı değerleri ve (%74.0) diastolik kan basıncı değerleri normal sınırlar içerisinde bulunmuştur. Ancak 1/4 oranına yakın sistolik (%24.4) ve diastolik (%22.0) kan basıncı değerleri yüksek olarak bulunmuştur (28). Aydın tarafından okul çağı çocukları ile yapılan bir çalışmada sistolik kan basınçları %93.9'ü, diastolik kan basınçları ise %92.6'sı normal sınırlar içerisinde bulunmuştur (15). Her ne kadar tek seferlik ölçümler, kesin bir tanı olmasa da bu çocukların sağlıklarının geliştirilmesi ve birçok hastalığın (kalp, santral sinir sistemi, böbrek ve göz üzerine olumsuz olarak etki etmekte) önlenmesi açısından izlenmesi gerekliliğini göstermektedir. Özellikle çocuklarda erken dönemde saptanan hipertansiyonun, çocukların erken tanı ve tedavi imkanlarından faydalanmalarını kolaylaştıracağı unutulmamalıdır. Çeşitli kaynaklar da bu konuya dikkat çekmekte, çocukluk ve adölesan döneminde yapılan sağlık kontrolleri sırasında ve 1-2 yılda bir kan basıncı ölçümlerinin yapılması gerektiği önerilmektedir (16,17,18).

Öğrencilerin Hemoglobin, Hbs Ag, Anti Hbs düzeylerinin ölçümünde o teste özel kitler kullanılmıştır. Bu test işlemleri için kullanılan kan öğrencilerin Brakiyel Arterinden alınmıştır. Yapılan bu tetkikler sonucunda çocukların %97.5'inin hematokrit düzeyinin normal sınırlarda olduğu, %2.5'inde ise normalin altında değer aldığı belirlenmiştir. Pectan'ın 1982 yılında yaptığı bir araştırmada da bu yaş grubundaki çocukların %35.8'inde anemi saptanmıştır (19). Aydın'ın 1996'da yaptığı çalışmada ise çocukların %30.1'inde anemi saptanmıştır (15). Dünya Sağlık Örgütü 5-14 yaşları arasındaki çocuklarda Fe eksikliğinin görülmesinin %82 oranında olduğunu beyan etmektedir (20). Okul dönemi çocukları arasında yetersiz beslenme gibi sorunlar sık görüldüğünü belirtmektedir (16,21). Bu açıdan çalışmamız kapsamındaki çocukların büyük çoğunluğunda hematokrit düzeyinin normal sınırlarda oluşu düşündürücüdür. Ancak, gerek diğer çalışmalarda hemoglobin düzeyi tayininde kullanılan yöntemlerin farklılığı, gerekse yörenin kırsal bir bölge olması, çocukların, abur-cubur besin öğelerini temin edebileceği okul çevresinde bakkal bulunmaması ve evden getirdikleri beslenmelerini öğretmenin denetiminde yemeleri hemoglobin düzeylerindeki farklılığın kaynağı olarak düşünülmektedir. Okul dönemi çocuğu olmaları için yine de risk altında kabul edilip, beslenme durumlarının yakından takip edilmesi gerekliliği düşünülmektedir.

Çalışmamızda çocuklara yapılan tetkik sonucunda %98.7'sinin Hbs Ag 'sinin ve Anti Hbs 'sinin negatif olduğu %1.3'ünün şu anda hasta olduğu ve %1.3'ünün doğal bağışık yani Anti Hbs 'sinin pozitif olduğu yapılan tetkikler sonucunda belirlenmiştir. Gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de hepatit önemli bir sağlık sorunudur. Hepatit B parenteral yoldan başka organik salgırlarla tükürük, dışkı oral yolla bulaşabilir Hepatit B'den korunmada virüse karşı geliştirilen aşı kullanılmaktadır (22). Çalışmamız sonucunda Hbs Ag 'sisi ve Anti Hbs 'sisi negatif olan ve büyük çoğunluğu oluşturan çocukların aşılanması düşünülmüştür. Aktif hasta durumunda olan çocuk Sağlık Ocağı'na ve okula bildirilmiştir. Anti Hbs 'sisi pozitif olan çocuk okula bildirilmiş ve aşı kampanyasından muaf tutulması gerekliliği vurgulanmıştır. Ayrıca öğretmen, aile ve öğrencilere hepatit enfeksiyonundan korunmaya yönelik sağlık eğitimlerinin verilmesi uygun görülmüştür.

Tablo 5a ve 5b'de çocukların sistemlere göre yapılan muayene bulguları gösterilmiştir. Çocukların %4.9'unda deriye ilişkin sorun saptanmıştır. Bu sorunların %3.6'sını deride renk değişikliği ve deri bütünlüğünün bozulması iken birinin saça bitlenme olduğu belirlenmiştir. Çocukların %86.6'sının ağız ve diş sağlığı sorunu saptanmıştır: bunların %74.4'ünü çürük diş, %6.1'ni dişlerde şekil bozukluğu, %24.4'ünü ağız bakımı yetersizliği oluşturmaktadır. Çocukların %28.0'ında görme sorunu, %30.5'inde boğaz, 17.1'inde solunuma ilişkin sorun saptanmıştır. Bu sorunların 14.6'sını öksürük, %19.6'sını boğazda anormal görünüm, lenf bezlerinde şişme ve tonsillerde kızarıklık gibi enfeksiyon belirtileri oluşturmaktadır. Çocuklardaki ruhsal durumu ilişkin bulgulara baktığımızda %15.9'unda sorun olduğu ve bu sorunların %8.5'ini enürezis, %3.6'sını tırnak yeme, tik, içe kapanıklık olduğu saptanmıştır. Çocukların %7.3'ünde ürogenital sisteme ilişkin sorun saptanmıştır. Kız çocuklarının birinde üriner sistem enfeksiyonu, beş erkek çocukta inmemiş testis olgusuna rastlanmıştır. Kaynaklarda da belirtildiği gibi okul dönemi çocuklarında enürezis, tekrarlayan karın ağrısı, baş ağrısı, bacak ağrısı, büyüme ve gelişme geriliği, görme bozukluğu, anemi, diş çürüğü, allerjik bulgu, kulak, burun, boğaz hastalıkları, inmemiş testis, skolyoz ve ortopedik bozukluklar, uyuz, bit, ruhsal durum bozuklukları ve kazalar gibi sorunlar sık olarak görülmektedir (16, 23).

Öğrencilerin %28.0'ında görme sorunu olmasına rağmen aynı zamanda şaşılık sorunu olan sadece bir öğrencinin gözlük kullandığı gözlenmiştir. Bu bulgu bize gerek aileleri gerekse öğretmenlerin çocukların hem sağlık hem de okul başarı durumunu etkileyebilecek bu tür sorunları saptayıp, gerekli yönlendirmeyi ya da müdahaleyi yapmada yetersiz kaldıklarını göstermektedir. Bu sorunun öğretim dönemi sonucunda geç olarak tesbit edilmesi düşündürücüdür. Araştırmamızın sonucunda elde ettiğimiz bulgular okula başlarken öğrencilerin tüm sistemlerine yönelik taramanın yapılmasını ve belli periyotlarda bunların tekrarlanması ve risklerinin izlem ve eğitiminin gerekliliğini göstermektedir.

Baş ağrısı, görme-ışitme bozukluğu, boğaz iltihaplanması, kalp ve böbrek hastalıkları gibi rahatsızlıklarla ilişkisi olduğu bilinen diş ve diş eti hastalıklarının bu dönemde ele alınması çok önemlidir. Yapılan çalışmalarda çocukların %73.2-82.2 oranında diş çürüğü %13.2 oranında dişlerde şekil bozukluğu olduğu saptanmıştır. Ankara Diş Hekimleri Odası'nın yaptığı bir çalışmadan ise diş çürüğü

BEŞİNCİ BÖLÜM:SOSYAL BİLİMLER, TIP EĞİTİMİ, SAĞLIK EĞİTİMİ, OKUL SAĞLIĞI

%85 olarak rastlanmıştır. (1.2,3,6,13) Okul çağındaki çocuklarla ilgili yapılan bir çalışmada ise çocukların %53.3'ünün kötü ağız hijyenine sahip olduğu bulunmuştur (24). Bu açıdan araştırmamız sonucunda bulunan yüksek orandaki diş sağlığı bozukluğunu bu araştırma sonuçları desteklemektedir.

Malloy'un belirttiğine göre Call, yoksul olanın diş sağlığı üzerine olumsuz etkilerinin olduğunu, yoksullar tarafından diş sağlığı hizmeti veren kurumların kullanımının daha düşük olduğuna değinmiştir (25). Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin ailelerinin sosyoekonomik düzeylerinin düşük olması yüksek orandaki diş sağlığı bozukluğunu açıklamaktadır.

Bayık'ın ilkökul çocukları ile yaptığı çalışmada kulak hijyeninin yetersiz olduğu, %8.8'inde bit %4.5'inde ellerde yara, çatlak gibi deri bütünlüğünün bozulmasına neden olabilecek bulgulara rastlanmıştır (26). Ayrıca okul çocukları ile ilgili yapılan başka bir çalışmada bitin okul çağı çocuklarında yaygın olduğu ve kızlarda 3 kat daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (27). Araştırmamızda bir kız çocuğunda görülen bit özellikle okullarda kız çocukları arasında toka, tarak alışverişinin yaygın olması, saçlarının uzun olması ve saç hijyenine yeterince dikkat edilmemesi ile açıklanabilir.

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Araştırmaya katılan çocukların büyük çoğunluğunun 7-8 yaş grubunda, bağlı oldukları sosyal güvence durumunu bilmedikleri, çekirdek aile yapısına, %58.5'inin ise 1-2 kardeşe sahip oldukları saptanmıştır. Çocukların çoğunluğunun annelerinin ve babalarının eğitim durumunu bilmedikleri, %82'sinin annesinin ev hanımı olduğu, çoğunluğunun babasının ise vasıfsız bir işte çalıştığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Çocukların çoğunluğunun boy ve vücut ağırlıklarının normal sınırlar içerisinde, az bir oranının ise normalin üstünde olduğu bulunmuştur. Çocukların %72.0'nin sistolik kan basıncı değerleri ve %74.0'nin diastolik kan basıncı değerleri normal sınırlar içerisinde iken 1/4 oranına yakınının sistolik ve diastolik kan basıncı değerleri yüksek olarak belirlenmiştir (Tablo 2, Tablo 3). Çalışmamızda çocuklara yapılan tetkik sonucunda çoğunluğunun hematokrit düzeyinin normal sınırlarda, çok azının ise normalin altında değer aldığı, %98.7'sinin Hbs Ag 'sinin ve Anti Hbs'sinin negatif olduğu ve %1.3'ünün şu anda hasta olduğu ve %1.3'ünün doğal bağışık yani Anti Hbs'sinin pozitif olduğu yapılan tetkikler sonucunda belirlenmiştir (Tablo 4).

Çocukların sistenlere göre yapılan muayene bulgularında çoğunluğunun ağızda çürük dişi, % 28.0'nda görme sorunu, %19.6'sında tonsillerde kızarıklık ve lenf bezlerinde şişme, az bir oranında ise enürezis, tırmak yeme, tik, içe kapanıklık gibi sorunlar olduğu saptanmıştır. Ayrıca erkek çocukların %6 l'de inmemiş testis olgusuna rastlanmıştır (Tablo 5a ve 5b).

Elde edilen veriler ışığında araştırma kapsamına alınan çocukların tarama sonuçları sağlıkları için bir risk olduğunu göstermektedir. Bu riski azaltmak için;

İlkokula başlayan çocukların okula başlamalarını takiben sağlık taramalarının yapılması ve sağlık sorunlarına yönelik gerekli tanı ve tedavi için uygun sağlık kuruluşu ile işbirliği yapılması,

Taramaların öğrenim hayatı boyunca sürekliliğinin sağlanması,

Temel sağlık hizmetleri sunumunda okul sağlığı hizmetlerine öncelik verilerek bu hizmetlerin bir ekip tarafından yürütülmesi.

KAYNAKLAR

- 1.Hitchcock, J.E., Schubert, P.E., Thomas, S.A., "School Nursing" Community Health Nursing, ,Sf:321-322, 1999.
- 2.Stanhope, M., Lancaster, J., "Community Health Nurses In The Schools" Community and Public Health Nursing, Fifth ed. Mosby inc. :909-914, 952-939.2000.
- 3.Stone, C.S., Eigsti, D.G., McGuire, S.L. (199) "Planning Health Services for The School Age Child" Comprehensive Family and Community Health Nursing, third ed. Mosby Year Book, 5:42-559, Toronto,1991.
- 4.Taras, H.L., Cimino, D.A., Mc Grath, J.W., et al. , "School Health Assessments" Pediatric, 105(41):875-877,2000.
- 5.Dünya Sağlık Raporu, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Kooordinatörlüğü, Ankara,1998.
- 6.Beyazova, U., Egemen, A., "Okul Sağlığı" , Katkı: 464-471,1985.
- 7.Dirican, R., Bilgel, N., "Okul Sağlığı" Halk sağlığı, Uludağ Üniversitesi Basımevi, Sf:405-417,Bursa,1993.
- 8.Pekcan, H., Güler, Ç., "Okul Sağlığı" Tıbbi Dokümantasyon Merkezi, Yayın no:7, Ankara,1993
9. Türkiye İ. Sağlık Taraması, Ana Değerlendirme Toplantısı 172. Yüksek Sağlık Şurası,Ankara,1992.
- 10.Gülday, P., "School Nursing practice Today: Implications for the Future" The Journal of School Nursing, . C:16(5) Sf:25-31, 2001.
- 11.Streng, N., 'A Student Health Advocate Program' The Journal of School Nursing.16(5):50-53,2001.
12. WHO. (1983). Measuring Change in Nutritional Status, Geneva.
- 13.Kavaklıoğlu, M., "Etmesgut Sağlık Ocağı Bölgesinde Okul Sağlığı Hizmetleri ile İlgili Prospektif Bir Araştırma" H.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Bilim Uzmanlığı Tezi, , Ankara, 1985.
- 14.Keleş ve ark. "Edime'de Düşük ve Yüksek Sosyoekonomik Düzeyli İki Bölgede 0-10 Yaş Grubu Çocukların Beslenme Durumu" IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 12-16 Eylül, Didim, 1994.
- 15.Aydın, A., "Okul Çağı Çocuklarının Beslenme, Ağız ve Genel vücut Hijyenine İlişkin Uygulamaları ve Var Olan Sağlık Sorunlarının Belirlenmesi" H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü :Hemşirelik Programı, Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara,1996.
- 16.Neyzi, O., Ertuğrul, T: Pediatri, 2. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri ,Sf; 29-31,1993
- 17.Derman, O., Tüzün, Özgüner, Z ve Kinik, E., 'Adölesan Döneminde Uygulanan Taramalar', Katkı Pediatri Dergisi, C:21(3) Sf:417-426,2000.
- 18.Özaltın, F., Bakkaloğlu, A., Hipertansiyon Taraması . Katkı Pediatri Dergisi, 21 (3):353-361,2000
- 19.Pekcan, G., "İlkokul Çocuklarında Demir Yetersizliği Anemisi, Enfeksiyon ve Okul Başarısı Arasındaki Etkileşimler Üzerine Bir Araştırma, Beslenme ve Diyet Dergisi, 13:51-56,1984.
- 20.WHO/OMS,1998, Substance Use of Among Street Children and Other Children and Youth in Espcia'ly Diffucult Circumstances, Available from <http://www.who.int/inf-fs/en/fact151.html>,7.4.2001 accessed 20.8.2001.
- 21.Nelson. Behrman, Cligman, Essential of Pe-liatric, Second Edition, Nokta Matbacılık, Ekim, 1996.
- 22.Özgül, S. Özgür T.Sosyal Pediatri 2. Baskı , Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 1994.
- 23.Şahin, F. Sted, Cilt; 9 Sayı; 6, Sayfa; 210-212, Haziran 2000.
- 24.Tezal, A., Yaman, S., "Erzurum İli İlkokul 4. ve 5. Sınıf çocuklarının ağız ve diş sağlığı konusundaki bilgi, tutum ve davranış düzeylerinin araştırılması" A.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 1(1),1998.
- 25.Malloy,C, Childeren Poverty, American's Future at Risk, Pediatric Nursing, November- December, Vol:18 No:6, 1992.
- 26.Bayık, A., "Okul Sağlığı Hemşireliği Çalışmaları Kapsamında İlkokul Çağı Çocuklarında Büyüme-Gelişme Düzeyi ve Sağlık Sorunlarının İncelenmesi" Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 71(1) Sf:1-17,2001.
- 27.Estrada, J.S., Morris, R.I., ' Pediculosis in a School Population', The Journal of School Nursing,2001,C:16(3) Sf:32-38.
- 28.Çavuşoğlu, Hicran, 'Çocuk Sağlığı Hemşireliği', 3. Baskı, Bizim Büro Basımevi Tesisleri,Ankara,1997.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Tablo 1: Araştırmaya Katılan Çocukların ve Ailelerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı N=82

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kız	42	51,2
Erkek	40	48,8
Kaçıncı çocuk olduğu		
1-2. çocuk	73	89,0
3 ve üzeri çocuk	19	23,2
Kardeş sayısı		
Tek çocuk	10	12,2
1-2 kardeş	48	58,5
3 ve üzeri kardeş	24	29,3
Aile tipi		
Çekirdek	69	84,1
Geniş	11	13,4
Annenin eğitim durumu		
OYD	1	1,2
İlkokul	11	13,4
Orta ve üzeri	4	4,9
Bilmiyor	66	80,5
Babanın eğitim durumu		
OYD	1	1,2
İlkokul	7	8,5
Orta ve üzeri	4	4,9
Bilmiyor	70	85,4
Annenin mesleği		
Ev hanımı	68	82,9
Bilmiyor	9	11,0
Diğer	5	6,1
Babanın mesleği		
İşçi	17	20,7
Memur	5	6,1
Esnaf	9	11,0
İşsiz	3	3,7
Diğer	30	36,6
Bilmiyor	18	22,0

Tablo 2: Araştırmaya Katılan Çocukların Boy ve Vücut Ağırlıklarına Göre Dağılımı

Boy-Vücut Ağırlığı*	Sayı	%	
Boy	Normalin Altı	-	-
	Normal	80	97,6
	Normalin Üstü	2	2,4
Vücut Ağırlığı	Normalin Altı	-	-
	Normal	78	95,1
	Normalin Üstü	4	4,9

Tablo 3: Araştırmaya Katılan Çocukların Kan Basıncına Göre Dağılımı

Kan Basıncı	Sayı	%	
Sistolik	Normal	59	72,0
	Düşük	1	1,2
	Yüksek	20	24,4
Diastolik	Normal	61	74,4
	Düşük	1	1,2
	Yüksek	18	22,0

Tablo 4: Öğrencilerin Hemogloblin, Hbs Ag, Anti Hbs düzeylerinin dağılımı

Tetkikler	Sayı	%
Hematokrit düzeyi		
Normal (35-42)	77	97,5
Normalin altı (33'ün altı)	2	2,5
Hbs Ag		
Pozitif	1	1,3
Negatif	77	98,7
Anti Hbs		
Pozitif	1	1,3
Negatif	77	98,7
Total	78*	100,0

* 4 öğrenci uygulama günü okula gelmemiştir.

BEŞİNCİ BÖLÜM:SOSYAL BİLİMLER, TIP EĞİTİMİ, SAĞLIK EĞİTİMİ, OKUL SAĞLIĞI

Tablo 5a. Araştırmaya Katılan Çocukların Sistemlere Göre Ayrıntılı Muayene Bulgularının Dağılımı
N=82

Sistemler	Sayı	%
Deri		
Renk değişikliği	2	2.4
Deri bütünlüğünde bozulma	1	1.2
Döküntü	1	1.2
Cildin nemli görünümü	2	2.4
Umbilikal herni	1	1.2
Ağız ve Diş Sağlığı		
Dilde pashı görünüm	1	1.2
Ağızda aft	2	2.4
Eksik diş	7	8.5
Çürük diş	61	74.4
Dolgu diş	2	2.4
Dişlerde şekil bozukluğu	5	5.1
Diş etlerinde hiperemik görünüm	2	2.4
Baş ve Boyun		
Lenf bezlerinde şişme	9	11.0
Yutma güçlüğü	4	4.9
Boğazda anormal görünüm	4	4.9
Tonsillerde şişme ve kızarıklık	3	3.7
Göz		
Görme sorunu	23	28.0
Şaşılık	2	2.4
Renkleri tanımama	2	2.4
Gözde anormal görünüm	1	1.2
Burun		
Kanama	4	4.9
Akıntı	11	13.4
Kulak		
Akıntı	2	2.4
Diş kulakta kirli görünüm	2	2.4
Kulakta anatomik bozukluk	1	1.2
Kas İskelet Sistemi		
Düz tabanlık	3	3.7
Postür bozukluğu	1	1.2
Solunum Sistemi		
Ökstrük	12	14.6
Hırıltılı solunum	1	1.2
Gastrointestinal sistem		
Parazit bulguları	7	8.5
Üreme-Üriner Sistem		
İnmemiş testis	5	5.1
İdrar yapmada güçlük	2	2.4
Ruhsal ve Duygusal Durum		
Enürezis	7	8.5
Tırnak yeme	1	1.2
Tik	1	1.2
İçe kapanıklık	1	1.2

Tablo 5b. Araştırmaya Katılan Çocukların Sistemlere Göre Muayene Bulguları

Sistemler	Sayı	%
Deri	4	4.9
Ağız ve diş sağlığı	71	86.6
Göz	23	28.0
Burun	20	24.4
Kulak	6	7.3
Boyun ve Boğaz	25	30.5
Solunum	14	17.1
Kas iskelet sistemi	3	3.7
GİS	11	13.4
Ruhsal durum	13	15.9
Ürogenital sistem	6	7.3
Ürokız	1	2.4
Üroerkek	5	12.5

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

ÖĞRENCİLERİN KİŞİSEL TEMİZLİK BİLGİLERİ VE DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Ö.Örsal¹, S.Tezcan², B.Çakır³, M.Tokur⁴, G.Gülmez⁵

ÖZET

Bir ülkenin kalkınmışlık düzeyinin belirlenmesinde o ülkedeki sağlıklı insan gücünün önemli rolü vardır. Sağlıklı insan gücü ise çocukluktan başlayarak sağlığının bilincinde olan, sağlığını koruyan ve sağlığı bozulduğunda fark eden bireylerin yetiştirilmesi ile olanaklıdır. Ülkemiz nüfusunun önemli bir oranını (%40) oluşturan okul çağı çocuklarının toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesinde önemli bir rolü olacağı düşünülmektedir. Çünkü okul çağı çocukları sürekli bir büyüme ve gelişme, hızlı bir öğrenme, bilgi ve beceri kazanma ve etkilenme dönemindedir. Bu özellikleri olan çocuğun aile ortamında kazanmaya başladığı sağlıkla ilgili yanlış ya da eksik davranışları okulda verilecek eğitimle düzeltiler. Okul çağında sağlık eğitimi ile önlenebilecek sağlık sorunları arasında büyüme – gelişme gerilikleri, diş çürükleri, kazalar, bazı kronik ve bulaşıcı hastalıklar yer almaktadır. Okul çocuğunun sağlığı açısından bu sorunların üzerinde önemle durulmalıdır. Çocuklara okulda verilecek ağız sağlığı ve genel vücut hijyenine ilişkin eğitimle, çocuklar doğru hijyen uygulamaları kazandırılabilir. Böylece diş çürükleri ve diğer hijyen sorunları azaltılabilir. Bu nedenle okul çağı çocuğunun ağız sağlığı ve genel vücut hijyenine ilişkin uygulamalarının ve bunlara bağlı gelişebilecek sorunların belirlenmesi önemlidir.

Çalışma, bu kapsamda Öğrencilerin vücut hijyenine ilişkin bilgi ve uygulamalarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Anket formu bu konuda yapılan araştırmalardan yararlanılarak ve çocukların eğitimi düzeyleri dikkate alınarak 2 bölüm olarak hazırlanmıştır. Ayrıca fiziksel temizlik durumları standart eğitim almış araştırmacılar tarafından değerlendirilmiştir. Veriler araştırmacı tarafından SPSS 9.0 paket programıyla araştırmanın sürekli değişkenleri için ortalamalar hesaplanmış, çapraz tablolardaki veriler için ki kare, kullanılmıştır.

Öğrencilerin yarıya yakın kısmı tuvaletten sonra el yıkamanın gerekliliğini bilebilirken, genelinin el yıkamanın zamanları konusunda herhangi bir düşünceye sahip olmadığı belirlenmiştir. El yıkama bilgileri ile el yıkama davranışları arasında ilişki saptanmamıştır. El yıkama davranışları, aile tipi, anne çalışma durumu, konut, sınıf ve cinsiyet gibi etkenlerin öğrencilerin el yıkama hakkında bilgilerine etki etmediği belirlenmiştir.

Okullarda hemşirelerden yararlanmaları, aile iletişim araçlarında toplumun doğru temizlik uygulamaları konusunda bilinçlendirilmesini hedefleyen programlara yer verilmesi, okullarda temizlik eğitiminin yapılmasına, öğretmenlerin model olmaları ve her sınıftan ele alınarak ve / veya progresif davranış değiştirilmesi önerilmiştir.

GİRİŞ

Bir ülkenin kalkınmışlık düzeyinin belirlenmesinde o ülkedeki sağlıklı insan gücünün önemli rolü vardır. Sağlıklı insan gücü ise çocukluktan başlayarak sağlığının bilincinde olan, sağlığını koruyan ve sağlığı bozulduğunda fark eden bireylerin yetiştirilmesi ile olanaklıdır (Dirican, 1993¹). Ülkemiz nüfusunun önemli bir oranını (%40) oluşturan okul çağı çocuklarının toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesinde önemli bir rolü olacağı düşünülmektedir (TNSA,1998)². Çünkü okul çağı çocukları sürekli bir büyüme ve gelişme, hızlı bir öğrenme, bilgi ve beceri kazanma ve etkilenme dönemindedir. Bu özellikleri olan çocuğun aile ortamında kazanmaya başladığı sağlıkla ilgili yanlış ya da eksik davranışları okulda verilecek eğitimle düzeltiler. Okul çağında sağlık eğitimi ile önlenebilecek sağlık sorunları arasında büyüme – gelişme gerilikleri, diş çürükleri, kazalar, bazı kronik ve bulaşıcı hastalıklar yer almaktadır. Okul çocuğunun sağlığı açısından bu sorunların üzerinde önemle durulmalıdır (L:MON,1998³, Dawn,2000⁴, Fedatow,1998⁵, Lancaster-Stanhope, 2000⁶, Lemon2⁷, Hedef 21⁸, Tonnohill, 1992⁹, Naide, 1997¹⁰, UNICEF,1999¹¹, Donic, Bayık 1992¹², Aydın, 1996, Pekcan, 1995¹³, Tezer, Yaman,1998)¹⁴

Okul çocuğunda sağlık sorunlarına neden olan etmenlerden önemlilerinden biri ise yetersiz hijyen uygulamalarıdır. Birçok enfeksiyon hastalıklarının ortaya çıkmasında ve yayılmasında en önemli neden hijyen yetersizliği sorunlarıdır. Ayrıca ilkököl çocuklarının grup halinde bir arada olmaları bazı enfeksiyon hastalıklarının ortaya çıkmasını ve yayılmasını kolaylaştırır. Büyük bir ilkököl öğrencileri üzerinde yaptığı araştırmada (%23.3) kulak hijyeni bozuklukları, (%8.8) bit, (%4.5) ellerde yara ve (%18.8) tırnaklarda çatlak olduğu belirlenmiştir (E.ayık,1992) Nahiçvan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise: öğrencilerin %46'sında saçlarında sirke / bit bulunmuştur (Nahiçvan, Erdoğan, Çalışkan, 2000)¹⁵.

Görüldüğü gibi okul çağı çocukların sorunları ülkemizin sağlık sorunları içinde önemli yer tutmaktadır. Bu sorunlar ülkemiz nüfusunun önemli bir bölümünü oluşturan bu yaş çocuğunun istedik düzeyde koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanmadığını göstermektedir. Oysa sağlık sorunları, okullarda sağlık ve sağlığın korunması konularında öğrencilere eğitim verilmesi ve etkili sağlık alışkanlıklarının kazandırılması ile önlenebilir. Çocuklara okulda verilecek ağız ve genel vücut hijyenine ilişkin eğitimle ağız hijyen uygulamaları kazandırılabilir, diş çürükleri ve diğer hijyen sorunları ortadan kaldırılabilir. Özellikle doğru sağlık alışkanlıklarının küçük yaşlarda daha kolay öğrenilebilir olması ilköğretim okullarında birinci ve ikinci sınıf öğrencilerinin ağız ve genel vücut hijyenine ilişkin uygulamaların ve bunlara bağlı gelişebilecek sorunların belirlenmesi önemlidir.

Kesitsel tipte epidemiyolojik bir araştırma planlanmış ve Aralık 2001 tarihinde gerçekleştirilmiştir. Ankara ili Gübveren ilçesinde bulunan Gübveren İlköğretim okulu, sosyo –ekonomik düzeyi düşük bir bölgede yer alması, okullun işbirliğine istekli olması nedeniyle seçilmiştir. Öğrencilerinin hijyen davranışlarını uygulamayı öğrendikleri ve yaşamları boyunca kullanacakları sağlık bilgilerini uygulamaya başladıkları bir dönem olduğu için 1. ve 2. Sınıf öğrencileri araştırma kapsamına alınmıştır. Sağlık davranışlarını incelemek için 194 öğrenciden 174'üne (%89.7) ulaşılmıştır. Öğrencilere ulaşılamama öğrenci devamsızlığı nedeniyleledir. Örnekleme evrenin tümü alınmıştır. Anket formu 2 bölüme ayrılmıştır. Birinci bölümde çocuğa ilişkin aile ortamı özellikleri ve çocuğun genel vücut hijyen uygulamalarını belirlemeye yönelik sorular, ikinci bölümünde ise: boy, vücut ağırlığı, diş çürüğü, bit, sirke ve diğer hijyen uygulamalarına ilişkin değerlendirmeler yer almaktadır. Hazırlanan anket formu öğrenciye ortalamada yaklaşık 1 saatte, fizik muayene ise yaklaşık 15 dakikada uygulanmıştır. Mahremiyetlerine saygı gereğiyle sınıflar öğrencileri

¹ Arş. Gör., Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Halk Sağlığı Hemşireliği, doktora öğrencisi

² Prof.Dr., Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi

³ Phd Dr. Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Öğretim Elemanı

⁴ Arş. Gör.)Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Halk Sağlığı Hemşireliği (yüksek lisans öğrencisi)

⁵ Arş. Gör Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Halk Sağlığı Hemşireliği (yüksek lisans öğrencisi)

BEŞİNCİ BÖLÜM:SOSYAL BİLİMLER, TIP EĞİTİMİ, SAĞLIK EĞİTİMİ, OKUL SAĞLIĞI

alınmıştır. Veriler araştırmacı tarafından SPSS 9.0 paket programıyla araştırmanın sürekli değişkenleri için ortalamalar hesaplanmış, çapraz tablolardaki veriler için ki kare kullanılmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Tablo 1'de öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı görülmektedir. Çalışmaya alınan 1. ve 2. Sınıf öğrencilerin %54.0'u erkek öğrencilerdir. Öğrencilerin annelerinin %58.4'ü, ve babalarının %75.8'i öğrenim durumlarını ve %10.3'ü babalarının işini bilmemektedir. Annelerin %86.2'ü çalışmamaktadır ancak, ne iş yaptığını ilişkin verilen cevapların %89.0'u ev hanımıdır. Bu tutarsızlıktan dolayı annenin işiyle ilgili kısım tabloya alınmamıştır. Babaların %85.0'i çalışmaktadır ve %50.6'ı işçidir. Araştırmanın gerçekleştirildiği zaman diliminde ekonomik krizden dolayı yaşanan işten çıkarılmalar nedeniyle babaların bir kısmının (%8.4) çalışmadığı görülmektedir. Babasız olmadığını belirten 3 çocuk bulunmaktadır. Öğrencilerin çoğunluğu çekirdek aile (%80.2) yapısına sahip ve %48.8'i 2 kardeş olduğunu belirtmiştir.

Tablo 2'de öğrencilerin tamamı (%100.0) ellerini kirlendiğinde yıkadığını belirtmelerine karşın, %43.1'i ancak ellerini tuvalette kakasını yaptıktan sonra yıkadığını, %8.6'sı ise tuvaletten önce ellerini yıkadıklarını belirtmişlerdir. Öğrencilerin ellerini yıkama zamanlarının belirlendiği bu tabloda her bir değişken arasında belirgin bir fark yoktur (%43.1, %41.5, %36.2, %35.0, %31.0, %25.3). Nitekim yapılan istatistiksel değerlendirilmede de el yıkama zamanlarına göre öğrencilerin 1. ve 2. sınıf olmalarının anlamlı olarak değişmediği saptanmıştır (p>0.05).

Aydın'ın (1996) çalışmasında da el yıkama alışkanlıklarında en yüksek oranda %31.2 yemeklerden önce ve sonra el yıkama olarak göstermesi, geleceğin büyüklüğünün el yıkamada sorunları olabileceğini göstermektedir. Bu çalışmada oranın biraz fazla olması (en yüksek tuvaletten sonra (kaka) %43.1), Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Hemşirelik Yüksek Okulunun Halk Sağlığı bölümlerinin eğitim uygulama alanı içinde olmasının etkisi düşünülebilir. Bu değerlendirme lise öğrencileri arasında ise doğru el yıkama %70.6'dır. Liselerde doğru el yıkama oranı %39.0 iken bu değer meslek liselerinde %18.9'a düşmektedir (Ulaş, 1998). Sağlık eğitimi alan ve çalışmaları hijyen üzerine kurgulanan ve çalışma hayatı boyunca dezenfeksiyon ve sterilizasyon gibi çalışmalarla geçecek öğrencileri yetiştirir okullardan birinde yapılan çalışma el hijyeninin dikkat edilmesi gereken konulardan olduğu gösterilmektedir. GATA Hemşirelik Yüksek okulu ve sağlık meslek yüksek okulu öğrencilerinde bile el yıkama genel oranı %89.3'dür (Bebiş, 1997). Burkina Faso'da yapılan diareten korunmak amacıyla hijyen konusunda davranış değiştirmek için 3 yıllık kohort çalışmasında planlanmıştır. Hedef grup okul çağı çocuklar, bakıcılar ve çocuğa bakım veren anne/abla vb alınmıştır. Okul çağı çocuklar eğitimi alma ve davranış değiştirmede daha başarılı olmuşlardır (Curtis et al, 2001¹⁴).

Öğrencilerin genel vücut hijyen bilgileri Tablo 3'de belirtilmektedir. Öğrencilerin %74.4'ünün **dişlerini fırçalama sıklığı** günde bir kez, %54.0'ünün ise **dişlerini fırçalarken** fırçayı suda ıslatarak sağa ve sola hareketlerle yaptıklarını belirtmişlerdir. Diş fırçalama sıklığı gruplar arası fark anlamlı bulunmuştur (p:0,000). Ancak diş fırçalama şeklinin sınıflara göre istatistiksel değerlendirilmesi, hücrelerde boşluklar olması nedeniyle yapılamamıştır. Tüm öğrenciler haftada bir **banyo** yaptığını belirttikleri için tabloya dahil edilmemiştir. Genel olarak banyodan banyoya **ayaklar** yıkanmakta (%65.5) ve **tırnaklar** kesilmektedir (%88.5). Tırnaklarını kesen öğrenciler arasında belirgin fark olmasına karşın, yapılan istatistiksel değerlendirmelerle gözlenen bu farkın anlamsız olduğu saptanmıştır (p>0.05). 1. sınıfların %77.6'sı 2. Sınıfların %54'ü ayaklarını banyodan banyoya yıkamaktadırlar. Bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır (p:0.004). Öğrencilerin ve %71.2'si günde bir kez yüzlerini yıkadıklarını ve bunların da %56.9'u **yüzlerini** yıkarken sabun kullandıklarını belirtmişlerdir. Öğrencilerin %73'ü vücut banyosu ile beraber %27'si banyo dışında da saçlarını yıkamaktadırlar. 1. Sınıfların %82,4'ü 2. Sınıfların %64'ü genel vücut banyosu yaparken saçlarını yıkamaktadırlar .Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. 1. Sınıfların %23.5'i 2. Sınıfların %20.2'si kulak temizliğini doğru olarak yapmaktadır. 1. sınıfların %45.9'u 2.sınıfların %37'si kulak çöpü kullanmaktadır.

Sınıflar arası bu fark anlamlıdır (p=0,03). **Çişini** yaptıktan sonra öğrencilerin %48.2'si perinçlerini su ile temizlemektedir. Öğrencilerin %5.8'i çişini yaptıktan sonra perine temizliği için bez kullanmaktadır. %24.7'si ise çişini yaptıktan sonra perinesini temizlemektedir. Öğrencilerin %60'ı **kakasını** yaptıktan sonra perinesini su ile yıkarken, %22.4'ünde tuvalet kağıdı ile temizlik yapmaktadır.

Yukarıda belirtildiği gibi genel vücut hijyenine ilişkin bilgiler oldukça yetersiz görülmektedir. Hijyene ilişkin bilgi düzeyleri ilkököl öğrencilerinde ele alınmasına rağmen, Bebiş'in üniversite öğrencileri ve Biçer'in erler üzerinde yaptıkları çalışmalarda da benzer sonuçların görülməsi, erişkinlikte bile sorunların henüz çözümlenmediğini göstermektedir. Ayrıca çocukların hijyene ilişkin bilgi ve alışkanlıklarının kazandırılması aile içinde başlar ve okulda gelişir. Bu alışkanlıkların kazandırılmasında aile içinde annenin, okulda ise öğretmenin sağlık bilgisi dersinde verdiği hijyen eğitiminin önemi büyüktür.

Tablo 4'de genel vücut hijyenine ilişkin yapılan taramalar sonucunda %82.1'inde diş çürüğü, %5.7'sinde ağızda yara, %5.7'sinde ağız kenarında yara, %15.5'inde yüzleri kirlili, %33.3 kulakları kirlili, %23.0'ında eller kirlili, %19.5'inde el tırnakları uzun, %3.4'ünde ellerinde yara olduğu, %4.0'ünün ise giysileri kirlili olduğu saptanmıştır. Ağız, yüz, kulak, eller, ellerde yara, ayaklar ve giysilerin hijyeni temiz / kirlili ve el tırnakları uzun / kısa değerleri arasında belirgin fark olduğunun gözlenmesi üzerine, sınıflar arasında farklılık değerlendirilmek istenmiş, ancak yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda fark saptanmamıştır (p>0,05). Bayık'ın (1992), Aydın'ın (1996) ilkököl çocuklarında yaptığı sağlık taramalarında bu çalışmanın sonuçlarına benzer şekilde ağız, kulak, burun, yüz, el, ayak hijyenlerinin yetersiz olduğu el tırnaklarının uzun ve ellerinde yaralar olduğu belirlenmiştir.

Grafik 1'de ise bilginin davranış arasında ilişki olup olmadığını incelemek amacıyla yapılmıştır. Ancak X ve y eksenine göre dağılım simetrik olmayıp, homojen bir dağılım göstermektedir. Yani diğer bir deyişle bilgi ve davranış arasında herhangi bir ilişki yoktur. Bu sonuç 1. ve 2. Sınıf öğrencilerinin henüz aldıkları bilgileri davranışa geçiremedikleri, ve/veya hala anne gibi bir bakıcının temizlik davranışlarını uyguladıkları ve /veya çoğu temizlik uygulamalarının anne tarafından yapılan bir dönemde olmalarına, bir başka deyişle öz bakımında kendi becerilerinin henüz oluşmamış olduğu düşünülmüştür.

* Öğrencilerin konut özelliklerinden içme suyunun (%98.8) ve kullanma suyunun (%99.4) tamamına yakını şebeke suyunun temin etmektedirler. Konutları su (%5.2), mutfak (%1.8), banyo (evin dışında %2.0 ve hiç olmayı birleştirilse %9.2 toplam %11.2) ve tuvalet (%33.4) az oranlarda da olsa evin dışında temin edilmektedir. Konutların tamamına yakını (%97.1) soba ile ısınmaktadır.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Tuvaletin içinde %25.9'unda, %34.0'ında sabun bulunmamaktadır. Öğrencilerin konut özelliklerinden içme suyunun (%98.8) ve kullanma suyunun (%99.4) tamamına yakın şebeke suyundan temin etmektedirler.

Öğrencilerin bilgi puanlarının bazı özelliklere göre dağılımı Tablo 5'de incelenmektedir. En fazla 20 puan alınabilecek bilgi sorularından en az 10 soruya doğru cevap vermeleri beklenmiştir. Doğru cevap 4 puandan 10 puana kadar ulaşan bir dağılım göstermektedir. Ortanca 9.45 puandır. Öğrencilerin %14.9'unun 10 puan aldıkları görülmektedir. En fazla 20 puan alınabilecek davranış puanlarından en az 14 en fazla 20 puan alınmıştır. Ancak bu çalışmanın Pazartesi günü uygulanması geleneksel yıkanma zamanı olarak bilinen Pazartesi günü takip etmesine bağlanabilir. Bilgi ve davranışların yeterli ve yetersiz olarak sınıflanarak uygulanan istatistiksel değerlendirmelerde de grafik 1'de görüldüğü gibi anlamlılık tespit edilmemiştir ($p=0.23$). Bilginin yeterli ve yetersiz olmasına göre yapılan aile tipi karşılaştırması (142/32), anne çalışma durumu (150/24), konut puanı (115/59) ve cinsiyet (121/80)ler arasında belirgin farklar olmasına karşın yapılan istatistiksel değerlendirmelerde anlamlı sonuç belirlenmemiştir ($p=0.>0.05$). Sınıflar arasında belirgin bir fark gözlenmektedir (85/89). Nitekim yapılan istatistiksel çalışmada da anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.45$). Bilginin davranışa geçmesi beklenmesine karşın birçok bilgi davranışa geçmemektedir. Aynı zamanda bu çalışmada aldığımız bilgiler ve davranışlar da izlem çalışması da ki kadar güvenilir bilgiler olmadığı göz önüne alınması gerekmektedir. Kişisel hijyen alışkanlıklarımızı halen geleneklere bağlı ve / veya ekonomik koşulların getirdiği zorluklara bağlı, kitle iletişim araçlarını da doğru hijyen alışkanlıklarını özendirme yolunda kullanmadığımız, sağlık personeli olarak özellikle halen hemşirelerin okullarda görev almadıkları, alsalar bile bu bilgilere önem vermedikleri göz önüne alınırsa bilgi ve davranış arasında ilişki bulunmaması kabul edilebilir olmaktadır. Ayrıca davranışa geçişi daha iyi değerlendirmek amacıyla bu araştırmanın ilköğretim okullarının daha üst sınıflarına da uygulanması gerekmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Öğrencilerin yarısı el yıkama zamanını bilmezken, yıkayanların büyük çoğunluda sadece tuvaletten sonra yıkamaktadır (Tablo 2). Yaşın el yıkamaya ilgili bilgi ve davranışlara etki eden değişkenler olmadığı saptanmıştır (Tablo 2, 4)

Günde en az iki kez diş fırçalaması, ayakların her gün yıkanması, yüzün her gün yıkanması, saçın banyo dışında yıkanmasına ilişkin bilgilerde 1. Ve 2. Sınıf öğrencileri daha yüksek değerler alıp, istatistiksel değerlendirmelerde anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Temizlik davranışını belirleyen; ağız, yüz, kulak, el, tırnak, ayak ve giysinin fiziksel muayene ile değerlendirilmesinde sınıfın etkili değişken olmadığı gözlenmiştir (Tablo4).

Temizliğe ilişkin bilgilerinin yetersiz. Fizik muayenede ise, temiz olarak belirlendiği çalışma da davranış, aile tipi, anne çalışma durumu, konut puanı, sınıf ve cinsiyet her el bilgi puanlarına etki etmediği saptanmıştır (Tablo 5).

Bilgi ve davranış arasında ilişki saptanmamıştır (Grafik 1).

Araştırmada elde edilen bulgulara dayanarak ilkökul 1. ve 2. Sınıf öğrencilerinin genel vücut hijyenine ilişkin bilgilerinde ve uygulamalarında sorunlar olduğu saptanmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda:

Doğru ağız ve vücut temizliği alışkanlıklarının kazandırılması için kapsamlı bir temizlik eğitiminin yapılması ve bu eğitim kapsamında; * Sorun oluşmadan önce uygun aralıklarla kontrol için diş doktoruna gidilmesinin,* Sabah ve akşam olmak üzere günde en az iki kez diş fırçalamının,

Her yerde özellikle yemeklerden önce ve sonra, tuvaletten önce ve sonra el yıkama alışkanlığının kazandırılması.

Düzenli olarak el ve el tırnakları, kulak, saç, yüz, ayak ve ayak tırnakları ve giysi temizliğinin yer aldığı genel vücut temizliğine ilişkin eğitim yapılması,

Bu eğitimin özellikle temizlik uygulamalarında sorunları olan sosyo ekonomik düzeyi düşük bölgelerde daha kapsamlı ve uzun süre verilmesi,

Belirli aralıklarla diş çürütücü, bit, sirke ve diğer temizlik uygulamalarına yönelik sağlık taramalarının yapılması,

Öğrencilerin okul içinde temizliğe yönelik davranışları izlenmesi,

Taramalar sonucu belirlenen sorunların hemşireler tarafından öğrencilerin dosyalarına kaydedilmesi ve kayıtların sürekliliğinin sağlanması,

Taramalar sonucu belirlenen sorunların çözümlenmesi için uygun yerlere sevk edilmesi ve tedavinin izlenmesi

Geleneksel toplum yaşantısı ve aileden kazanılan bilgiler, kişisel temizlik bilgi ve uygulamalarını etkilemektedir. Yanlış (kulağı, kulak çöpü ile karıştırmak, tuvalette bezle temizlemek, vb), yetersiz uygulamaların engellenmesi, sağlığın korunarak, enfeksiyon hastalıkların yayılımının önlenmesinde aile eğitimi ve halk eğitimi verilmesi,

Temizliğe yönelik alt yapının oluşturulmasında okullara rehberlik edilmesi, tuvaletlerde sabun ve uygun el yıkayacak alanların oluşturulması, el yıkamayı pekiştirecek (tuvalet duvarlarında vb) broşürlerin, sözlerin asılması, havlu kağıt ve çöp sepetlerinin olması.

Öğrencilerin, eğitim ve öğretim dönemi içinde kişisel temizlik bilgi ve uygulamalarını daha olumlu hale getirmek için öğrenciler tarafından oluşturulacak kol faaliyetleri ile desteklenirken etkinliklere aktif katılmaları sağlanabilir.

Bu çalışmanın ya tüm düzeydeki okullarda bilgilerin ve davranışların ortak bir değerlendirme şekli ile veya 1., 3., 5., 8., sınıf gibi bilgi ve davranışların değişime olasılığı olan sınıfa başlama, okula adaptasyon, okuldan ayrılma zamanları gibi ve / veya sürekli okul hemşiresi bulundurulmuş okullarda prospektif kohort çalışmasıyla davranış değişiklikleri izlenerek gündeme getirilmesi önerilmektedir.

BEŞİNCİ BÖLÜM:SOSYAL BİLİMLER, TIP EĞİTİMİ, SAĞLIK EĞİTİMİ, OKUL SAĞLIĞI

Tablo 1: Öğrencilerin ifadelerine göre bazı tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (Aralık, 2001)

Tanımlayıcı özellikler	Sınıflar				Toplam	
	1. sınıf n:85		2. sınıf n:89		Sayı	%*
	Sayı	%*	Sayı	%*		
Cinsiyet n:174						
Erkek	51	60,0	43	48,3	94	54,0
Kız	34	40,0	46	51,7	80	46,0
Yaş n:174						
6 yaş	9	10,6	-	-	9	5,2
7 yaş	65	76,4	9	10,1	74	42,5
8 yaş	10	11,8	72	80,9	82	47,1
9 yaş ve üstü	1	1,2	8	9,0	9	5,2
Annenin öğrenimi (n:55)						
Okuryazar	4	19,0	18	53,0	22	40,0
İlkokul	9	43,0	13	38,2	22	40,0
Ortaokul ve üzeri	8	38,0	3	8,8	11	20,0
Annenin çalışma durumu (n:174)						
Çalışmıyor	68	80,0	82	92,1	150	86,2
Çalışıyor	17	20,0	7	7,9	24	13,8
Babanın öğrenimi (n:42)						
Ortaokul ve üzeri	16	80,0	12	54,5	28	66,6
İlkokul	3	15,0	7	31,8	10	23,8
Okuryazar	1	5,0	3	13,7	4	9,6
Babanın çalışma durumu (n:174)						
Çalışıyor	73	87,0	75	83,3	148	85,0
Çalışmıyor	9	10,7	14	15,6	23	13,2
Baba yok	2	2,3	1	1,1	3	1,8
Babanın işi(n:156)						
İşçi	32	42,6	46	56,8	78	50,6
Serbest meslek	24	32,0	23	28,4	47	30,5
Memur	8	10,7	7	8,6	15	9,7
Halen Çalışmıyor	8	10,7	5	6,2	13	8,4
Askerde	2	2,0	-	-	2	1,2
Emekli	1	2,0	-	-	1	0,6
Aile tipi (n:174)						
Çekirdek	63	74,1	77	86,5	140	80,4
Geniş	21	24,7	11	12,4	32	18,4
Tek ebeveyn	1	1,2	1	1,1	2	1,2
Kardeş sayısı** (n:174)						
2 kardeş	39	45,8	46	51,7	85	48,8
3 kardeş	28	33,0	23	25,8	51	29,3
1 kardeş	12	14,1	8	9,0	20	11,5
4 kardeş ve üstü	6	7,1	12	13,5	18	10,4

*: Sütun yüzdesi

**Çalışmaya katılan çocuklar dahil edilm ştir.

Tablo 2: Öğrencilerin el yıkama bilgilerinin sınıflara göre dağılımı (Aralık, 2001)

Ellerini yıkama zamanı	Sınıflar				Toplam		X ² SD p değeri
	1 sınıf		2. sınıf		Sayı	%	
	Sayı	%	Sayı	%			
Kirlendiğinde	85		89		174	100,0	
Tuvaletten sonra (kaka)	33	51,0	37	49,0	75	43,1	X ² =0,17 SD=1 p=0,67
Yemeklerden önce	43	55,0	33	45,0	73	41,5	X ² =2,69 SD=1 p=0,10
Eve girince	33	52,0	30	48,0	63	36,2	X ² =0,49 SD=1 p=0,48
Okuldan sonra	29	45,0	34	55,0	62	35,6	X ² =0,52 SD=1 p=0,46
Tuvaletten sonra (idrar)	30	49,0	31	51,0	61	35,0	X ² =0,00 SD=1 p=0,94
Oyundan sonra	34	63,0	20	37,0	54	31,0	X ² =1,40 SD=1 p=0,54
Yemeklerden sonra	24	55,0	20	45,0	44	25,3	X ² =0,46 SD=1 p=0,38
Tuvaletten önce	6	40,0	9	60,0	15	8,6	X ² =0,90 SD=1 p=0,34

* Birden fazla cevap verildiği için % değerleri toplam kişi sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Tablo 3. Öğrencilerin genel vücut hijyen bilgilerinin sınıflara göre dağılımı (Aralık, 2001)

Genel vücut hijyenine ilişkin bilgiler	Sınıflar				Toplam Sayı %	p değeri
	1. sınıf		2. sınıf			
	Sayı	%	Sayı	%		
Dış fırçalama şekli						
Fırçayı suda ıslatarak dış etinden dişe doğru	10	11,7	66	74,1	76	43,6
Fırçayı suda ıslatarak sağ ve sola hareketlerle	73	85,9	21	23,6	94	54,0
Fırçayı suda ıslatmadan dairesel hareketlerle	-		2	2,3	2	1,2
Ön dişlerimi fırçalarım arka dişlerime değmez	2	2,4	-		2	1,2
Dış fırçalama sıklığı						
Günde bir kez	24	28,2	21	23,6	45	76,4
Günde iki kez	34	40,0	47	52,8	81	46,6
Günde üç kez	16	18,8	15	16,8	31	17,8
Günde dört kez	11	13,0	6	6,8	17	9,2
Tırnaklarını kesme						
Haftada bir	72	84,7	82	92,1	154	88,5
15 günde bir	13	15,3	7	7,9	20	11,5
Ayakların yıkanması						
Her gün	19	22,4	41	46,0	60	34,5
Banyodan banyoya	66	77,6	48	54,0	114	65,5
Yüz yıkama sıklığı						
Günde bir kez	68	80,0	56	63,0	124	71,2
Günde iki kez	17	20,0	33	37,0	50	28,8
Yüz yıkamada kullanılan malzeme						
Su	36	42,3	39	43,8	75	43,1
Sabun	49	57,7	50	56,2	99	56,9
Saç yıkama						
Vücut banyosu dışında	15	17,6	32	36,0	47	27,0
Vücut banyosu ile beraber	70	82,4	57	64,0	127	73,0
Saçlarını tarama						
Tarar	77	90,5	80	89,9	157	90,2
Taramaz	8	9,5	5	5,6	13	7,3
Bazen tarar	-		4	4,5	4	2,2
Kulak temizliği						
Temizlemez	5	5,9	15	16,8	20	11,5
Havlu ile dış kulak yolunun nemini alma	20	23,5	18	20,2	34	19,4
Kulak çöpi kullanma	39	45,9	33	37,0	72	41,4
Eli ile temizleme	21	24,7	23	26,0	44	25,2
Burun temizliği						
Sümkürerek temizleme	42	49,4	43	48,3	85	48,3
Kulak çöpi ile temizleme	-		6	6,7	6	3,4
Burun içine su çekerek temizleme	13	15,3	10	11,2	23	13,0
Parmakla temizleme	6	7,0	1	1,1	7	4,0
Temizlemez	24	28,3	29	32,6	55	31,3
Çişini yaptıktan sonra temizleme						
Yıkamaz	19	22,3	24	27,0	43	24,7
Tuvalet kağıdı ile temizleme	9	10,5	22	24,7	31	17,8
Su ile yıkama	49	58,6	35	39,3	84	48,2
Su ve sabun ile yıkama	4	4,3	2	2,2	6	3,5
Bezle	4	4,3	6	6,8	10	5,8
Kaka yaptıktan sonra temizlenme						
Yıkamaz	8	9,4	4	4,5	12	6,9
Tuvalet kağıdı ile temizleme	15	17,6	24	27,0	39	22,4
Su ile yıkama	51	60,0	55	61,8	106	60,9
Su ve sabun ile yıkama	4	4,7	2	2,2	6	3,5
Bezle	7	8,3	4	4,5	11	6,3
TOPLAM	85		89		174	100,0

*: Sütun yüzdesi

Tablo 4. Öğrencilerin genel vücut hijyenlerinin fiziksel muayene sonuçları (Aralık, 2001)

Fiziksel muayene bulguları***	Sınıflar				Toplam Sayı %	p değeri**
	1. sınıf (n:85)		2. sınıf (n:89)			
	Sayı	%*	Sayı	%*		
Ağız hijyeni**						
Çürük var	69	81,1	74	83,1	143	82,1
Yok	16	18,9	15	16,9	31	17,9
Ağızda yara yok	84	98,8	80	89,2	164	94,3
Ağızda yara var	1	1,2	9	10,1	10	5,7
Ağız kenarında yara yok	79	93,1	85	89,2	164	94,3
Ağız kenarında yara var	6	7,0	4	10,1	10	5,7
Yüz						
Temiz	72	84,7	75	84,2	147	84,5
Kirli	13	15,3	14	15,8	27	15,5
Kulak						
Temiz	55	47,5	61	68,5	116	66,7
Kirli	30	51,7	28	31,5	58	33,3
Eller						
Temiz	65	64,7	69	77,5	134	77,0
Kirli	85	35,3	20	22,5	40	23,0

BEŞİNCİ BÖLÜM: SOSYAL BİLİMLER, TIP EĞİTİMİ, SAĞLIK EĞİTİMİ, OKUL SAĞLIĞI

Tablo 4. Devam

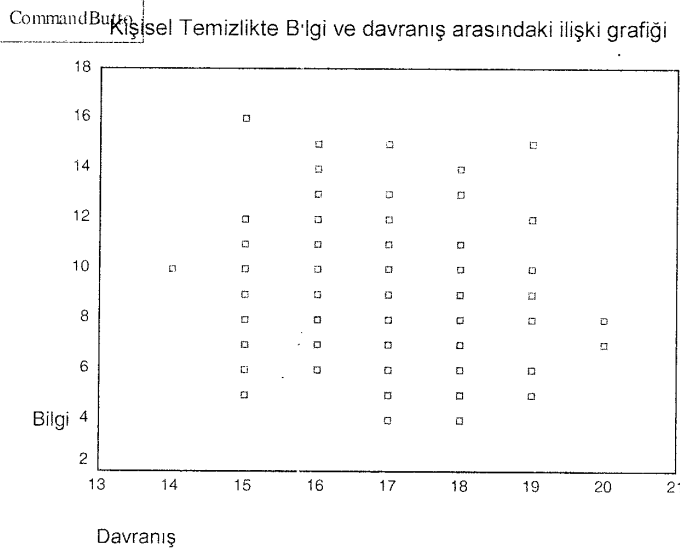
Fiziksel muayene bulguları***	Sınıflar		Toplam		p değeri**
	1. sınıf (n:35) Sayı %*	2. sınıf (n:89) Sayı %*	Sayı	%	
El tırnakları					
Uzun	15 17,6	19 21,3	34	19,5	X ² =2,40 SD=3 P=0,49
Kısa	70 82,4	70 78,7	140	80,5	
Ellerde yara					
Var	2 2,4	4 4,5	6	3,4	X ² =1,54 SD=2 P=0,56
Yok	83 97,6	85 95,5	168	96,6	
Ayaklar					
Temiz	74 87,0	75 84,2	149	85,6	X ² =1,31 SD=2 P=0,51
Kirli	11 13,0	14 15,8	25	14,4	
Giyisileri					
Temiz	78 91,7	89 100,0	167	96,0	
Kirli	7 8,3	-	7	4,0	

*: Sütun yüzdesi

** :Ağız ve Diş sağlığına ilişkin yapılan değerlendirmelerde kalıcı ve süt dişlerinde çürük, şekil bozukluğu, ağız içinde ve kenarında yaralar olup – olmadığına bakılmıştır.

***:Çocuğun saçında bit ve sirke çıplak gözle ve genel olarak vücutlarında özellikle eklem yerlerindeki derilerin bütünlüğünde bozulma (kaşıma izi, yara, kızarıklık, ödem, renk değişikliği vb) yönünden değerlendirilmiştir.

Grafik 1: Öğrencilerin temizlik bilgi ve davranış özelliklerinin dağılımı



KAYNAKLAR

- i. Bilgel, N., "Okul Sağlığı", Toplum Hekimliği, Edi. Dirican, R., Bilgel, N. Uludağ Üniversitesi Güçlendirme Vakfı, Baskı, Yayın No:70, 1993, Sf:405-428
- ii. _____ Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması, "HÜNEE&MEASURE DHS, Ankara, 1998, s. 14,15
- iii. _____ TC. SB. Tedavi Hizmetleri Genel Müd. "Lemon Projesi, Sağlığı Geliştirilmesi Ve Sağlık Eğitimi", 1. Baskı, Sb: Matbaası, 1998
- iv. Dawn, W. , "Health Promotion Strategies Adressing Issues That Affect Us All" , Canadian Journal Of Public Health, V. 91, 4, July-August 2000, P.245-246
- v. Fetadov, I., "Health Promotion In Work Place", Word Health Forum, V.19, 1998, P.390-396
- vi. Lancaster, J.-Stanhope, M., "Community Health Nursing", Fifth Edi., Mosby Year Book, 2000
- vii. _____ "Lemon Projesi", Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müd., Kaynakça Ve Yararlı Bilgiler, Sağlık Bakanlığı Matbaası, 1998
- viii. _____ "Ulusal Sağlık 21 Politikası Geliştirme Çalışması", Sb. Taslak Rapor, Ankara, 2000
- ix. Downie, C.S.- Tonnohill, A., "Health Promotion Model And Values", Oxfort University Press, Newyork, 1992
- x. Naidoo, J., Wills, J., "Health Promotion (Foundation For Practice)", Bailliere Tindal, London, 1997, P.248-258
- xi. _____ Unicef, "Dünya Çocuklarının Durumu Eğitim", Genova, 1999, P:29-31
- xii. Bayık, A., "Okul Hemşireliği Çalışmaları Kapsamında İlkokul Çağı Çocuklarında Büyüme- Gelişme Düzeyi Ve Sağlık Sorunlarının İncelenmesi", Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, Cilt 71, No:1, 1992, Ss:1-17
- xiii. Pekçan, H., "Okul Sağlığı-Adölesan Sağlığı" Halk Sağlığı (Temel Bilgiler), Edi. Bertan-Güler, Güneş Kitapevi, Ankara, 1995, S.189-224
- xiv. Tezer, A., Yaman, S., "Erzurum İli İlkokul 4. Ve 5. Sınıf Çocuklarının Ağız Ve Diş Sağlığı Konusundaki Bilgi, Tutum Ve Davranış Düzeyinin Araştırılması", Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, C.1, S:1, Ocak-Haziran, 1998, Sf:36-45
- xv. Nahcıvan, N., Erdoğan, S., Çalışkan, M., "Bir İlköğretim Okulunda Okul Sağlığı Hemşireliği Uygulamalarının Değerlendirilmesi", Hemşirelik Forumu, Toplum Sağlığı Özel Sayısı, C:3, S:4, Temmuz - Ağustos, 2000, Sf:10-16
- xvi. Curtis, V., Kanki, B., Cousens, S., Diallo, I., Kpozehouen, A., Sangare, M., Nikiema, M., "Evidence Of Behaviour Change Following A Hygiene Promotion Programme In Burkina Faso", Bulletin Of The World Health Organization, 2001, 79, 6, P:518 -527

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

ISPARTA İL MERKEZİ'NDEKİ CAFELERE GİDEN ÖĞRENCİLERİN OKUL, BESLENME, UYKU DURUMLARI VE

SİGARA İLE ALKOL ALIŞKANLIKLARI ÜZERİNE BİR ÇALIŞMA

A. Nesimi KİŞİOĞLU*, Mustafa ÖZTÜRK*, Reha Demirel**, Malik DOĞAN**, Ersin USKUN**

* Yrd. Doç. Dr. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD- ISPARTA

** Araş. Gör. Dr. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD- ISPARTA

ÖZET

Isparta İl Merkezi'ndeki cafelere (internet kafeler hariç) giden öğrencilerin beslenme, uyku durumları ve sigara ile alkolü içki alışkanlıklarının araştırılması amaçlandı. Isparta İl Merkezinde bulunan tüm cafelerde araştırma süresinde bulunan öğrencilere (n=144), yüzyüze görüşme tekniğiyle anket uygulaması yapıldı. Araştırma grubunun %59'u erkek ve yaş ortalaması da 21.35±2.13 idi. Ekonomik durumu iyi ve çok iyi olanların gün içinde daha uzun süre cafede kaldıkları, okuldaki başarı durumları ile cafede geçirilen süreler karşılaştırıldığında derslerdeki başarı durumunu "çok kötü" olarak değerlendirenlerin diğerlerinden daha çok ve daha uzun süre cafede vakit geçirdikleri görüldü. Öğlen yemeklerini düzensiz veya hiç yemeyenlerin gün içinde cafede geçirdikleri sürenin daha fazla olduğu bulundu. Araştırma grubunun %63.2'sinin sigara içmekte olduğu, bunların da sigara içme nedeni olarak %27.8'inin arkadaş ortamını gösterdiği ve içilen sigara miktarının cafeye gittiği zaman arttığını söyleyenlerin %48.6 olduğu bulundu. Alkolü içki kullanan %46.5 olup, bunların %85'i alkolü içki alırken daha fazla sigara kullandığını belirtti. Cafeye gittikleri zaman yatma süresinin ortalama 1.38±0.58 saat geciktirildiği görüldü. Sonuç olarak; sağlıklı beslenme, düzenli uyku ve sigara-alkolü içkilerin sağlığa etkileri konusunda eğitim çalışmalarının artırılması gerektiği söylenebilir.

Anahtar kelimeler: cafe, sigara, alkol, uyku.

GİRİŞ VE AMAÇLAR

Birey sosyo-kültürel çevresiyle bir bütünlük içerisinde ve bu çevre kişinin davranış biçimini yönlendirici bir etki yapmaktadır. Bir grubun üyesi olma, bir meslek sahibi olma, geleceğe yön verme idealleri ve yeni bir çevreye uyum sağlama çabaları, pek çok kişide değişik sorunların ortaya çıkmasına yol açabilmektedir. Bireylerin sigara, alkolü içki ve cafe alışkanlıklarını belirleyen, sosyal ve psikolojik bazı faktörler söz konusudur. Ailelerin sosyo-ekonomik düzeyleri, anne ve babanın alışkanlıkları, kişinin kişilik özellikleri, okul ortamı, arkadaş çevreleri in alışkanlıkları bunlardan bazıları olarak sayılabilir. Ülkemizde 15 yaş üzerinde sigara içme yüzdesi erkeklerde %60'lara, kadınlarda %25'lere ulaşmakta, ortalama olarak toplumun %43.6'sı sigara kullanmaktadır. Gençlerde yapılan araştırmalar sigara kullanımının erkeklerde daha fazla olmak üzere %20-50 arasında değiştiğini göstermektedir. Genellikle sigaraya başlama yaşı 16 civarı olarak belirtilmekte ve sigara içenler arasında günlük sigara tüketiminin 9-10 adet arasında olduğu görülmektedir(1,2,3,4). Günümüzde teknolojinin gelişmesi, hızlı kentleşme, kadının iş hayatına katılması, eğitim düzeyinin yükselmesi, batı tarzı yaşam biçimine değişim ile ülkemizde geleneksel beslenme alışkanlığı da değişmeye başlamıştır. Hızlı hazır yemek (fast food) sistemi de bu değişimdeki yerini almıştır. Günümüz gençliğinin çokça vakit ayırdığı cafelerin; sigara içiminin fazla olması (pasif veya aktif), hem fast food tarzı beslenmeye yönlendirmesi, hem de bu tip alışkanlıkların kazanılmasında uygun ortamı sağlaması nedeniyle; Isparta İl Merkezi'ndeki cafelere giden öğrencilerin beslenme, uyku durumları ve sigara ile alkolü içki alışkanlıklarının belirlenmesi amaçlandı.

MATERYAL VE METOD

Araştırma 15-18 Ekim-2001 tarihleri arasında Isparta İl Merkezinde bulunan cafelerde (internet kafeler hariç) yapıldı. Araştırma süresince saat 15:00 ile 19:00 arasında ca'ede bulunan öğrencilere, sosyo-demografik özellikleri, beslenme ve uyku durumları, sigara ve alkolü içki alışkanlıkları ve ders başarı durumlarını içeren anket uygulandı. Anketler yüz yüze görüşme tekniği ile anketörlere konu hakkında eğitim yapıldıktan sonra uygulandı. Anketler önce on kişi üzerinde ön uygulamadan geçirildi gerekli düzeltmeler yapıldı. Belirtilen sürelerde cafelerde bulunan 144 öğrenci araştırmaya katılarak sorularımıza cevapladı. Veriler bilgisayarda SPSS 9.0 programında değerlendirildi.

BULGULAR

Araştırma grubunun, %59'u erkek ve yaş ortalaması da 21.35±2.13 idi. Evde arkadaşları ile katanlar %64'le çoğunluğu oluşturmaktaydı. Ailelerinin ekonomik durumlarını iyi olarak söyleyenler %45.1, orta olarak söyleyenlerde %41'ini oluşturuyordu. Ekonomik durumu iyi ve çok iyi olanların gün içinde daha uzun süre cafede kaldıkları görüldü (2.17±1.28 saat/gün ve 3.75±2.31 saat, p<0.05, ANOVA). Tablo 1'de araştırma grubunun bazı tanımlayıcı özellikleri görülmektedir.

Araştırma grubunun %90.3'ü birinci öğretimde, çoğunluğu (%34.7) ikinci sınıfta okumakta idi. Derslerindeki başarı durumlarını da orta olarak ifade edenler %45.1'ini oluşturuyordu. Devamsızlık sınırları aşanlar %38.9 iken, bunların %22.9'u devamsızlık nedenini keyfi olarak olduğunu ifade etmekte idi. Araştırma grubunun okuldaki başarı durumları ile cafede geçirilen süreler karşılaştırıldığında derslerdeki başarı durumunu "çok kötü" olarak değerlendirenlerin diğerlerinden daha çok ve daha uzun süre cafede vakit geçirmekte olduğu tespit edildi(haftada 4.5±2.1 gün, p<0.05 ve günde 3.5±0.7 saat, p<0.01, ANOVA).

Araştırma grubunun %32.6'sının her zaman düzenli sabah kahvaltısı, %57.6'sının düzenli öğle yemeği ve %75'inin akşam yemeği yemekte olduğu görüldü. Araştırma grubunun %21.5'i günde iki öğün, %61.1'i üç öğün, %17.4'ü ise üç öğünden fazla yemek yemekte idi. Öğlen yemeklerini düzensiz veya hiç yemeyenlerin gün içinde cafede geçirdikleri sürenin daha fazla olduğu görüldü (sırasıyla 3.8±1.0 saat, 2.4±1.7 saat, p<0.05). Araştırma grubunun okul ile ilgili özellikleri tablo 2'de beslenme ile ilgili özellikleri tablo 3'de verilmiştir. Araştırma grubunun %63.2'sinin sigara içmekte olduğu, bunların da %27.8'i arkadaş ortamını sigara içme nedeni olarak göstermektedir. İçilen sigara miktarının cafeye gittiği zaman arttığını söyleyenler %48.6 idi, %46.5 i alkolü içki kullanırken, bunların %85'i alkol ile birlikte kullandığı sigara miktarının arttığını belirtmektedir. Babanın eğitim durumu arttıkça sigara içenlerin sayısının artmakta olduğu ve sigara içenlerin çoğunluğunun babasının yüksek okul mezunu olduğu görüldü (%35.2) ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($\chi^2= 12.667, p<0.05$). Ailesinde sigara içen bir bireyin bulunması sigara içme durumunu etkilemekte idi ve bu grupta sigara içenlerin sayısı diğerlerinden fazla(%69.9) idi ($\chi^2= 10.182, p<0.01$).

Sigara içenlerin ve alkol kullananların daha uzun süre cafelerde buldukları belirlendi (sırasıyla 2.53±1.56 saat/gün, 3.34±2.06 gün/hafta, p<0.001, bağımsız iki grup ort. t testi). Araştırma grubunun sigara ve alkolü içki alışkanlıkları tablo 4'de verilmiştir. Araştırmaya katılanların %53.5'i gece saat 24:00-01:59 arasında yatmakta olduğu belirtilmektedir. Cafeye gittiğinde %16.7'sinin yatma saati değişiyordu ve çoğunluğu (%56.6) gece saat 02:00-03:00 arasında yatmakta idi. Cafeye gitmek yatma süresini ortalama 1.38±0.58 saat geciktirmekte idi. Günde 1 kda geçirilen süre ise ortalama 7.71±1.16 saat idi. Araştırma grubunun %56.3'ü uykusunu yeterince aldığını belirtti. Haftada ortalama 2.97±1.91 gün ve 2.24±1.39 saat cafede geçirilmekte idi.

BEŞİNCİ BÖLÜM:SOSYAL BİLİMLER, TIP EĞİTİMİ, SAĞLIK EĞİTİMİ, OKUL SAĞLIĞI

Düzenli spor yapanlar grubun %11.8'ini oluştuyordu. Grubun çoğunluğu kendi sağlığını iyi olarak değerlendiriyordu (%63.2). Bildiği herhangi bir sağlık sorunu olan 21(%14.6) kişiydi ve bunların %38.2'ini sağlık sorunu çözüm yolları ile ilgili olduğunu söyledi. Araştırma grubunun uyku durumu tablo 5' de verilmiştir

TARTIŞMA:

Araştırma grubunun %21.5'i günde iki öğün, %61.1'i üç öğün, %17.4'ü ise üç öğünden fazla yemek yemekte idi. Öğlen yemeklerini düzensiz veya hiç yemeyenlerin gün içinde cafede geçirdikleri sürenin daha fazla olduğu görüldü. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Dönem 4-5-6 öğrencisi olan 18-25 yaş arasındaki 200 kişiye yapılan ankette öğrencilerin %13'ü sabah, %19'u öğle öğününü genellikle atlamakta, %8'i ise sabah öğününü hiç yememektedir (5). Derslerdeki başarı durumunu çok kötü olarak belirten öğrencilerin diğerlerinden daha çok ve uzun süre cafede vakit geçirdikleri ortaya çıktı. İlginç olan noktalardan bir diğeri de öğlen yemeklerini düzensiz yiyen ve hiç yemeyenlerin gün içinde cafede geçirdikleri sürenin daha fazla olduğuydı.

Alkollü içki içme oranı ve sigara kullanma oranı erkeklerde bayanlara göre daha yüksektir (6,7). Bir çalışmaya göre alkol kullanımı başlıca dört nedene bağlanmıştır(8). Bunlar, alkol kullanmayı, zorlamalı durumlarla başa çıkmanın bir yolu olarak görmek, bir grubun üyesi olmaya duyulan ihtiyaç, kendini sosyal açıdan güvende hissetmenin bir aracı olarak görmek ve hoş duygular yaşamaktır. Sigara içenlerin ve alkol kullananların daha uzun süre cafeler de buldukları belirlendi. Cafede buldukları süre zarfında sigara tüketiminde de anlamlı bir artış olduğu görüldü. Yine cafeye devam eden öğrenciler cafelerin sağlıklarını kötü yönde etkiledikleri konusunda hemfikirlerdi. Özellikle bazı öğrenci arkadaşlarla yapılan görüşmelerde cafelerin havalandırmasının yetersiz olduğu konusunda ortak bir fikir oluştu.

Sonuç olarak: Gençlere; sağlıklı beslenme, düzenli uyku ve sigara-alkollü içkilerin sağlığa etkileri konusunda eğitim çalışmalarının artırılması. Ülkemiz insanının geleceği olan insanların edindikleri alışkanlık ve sağlık düzeyine olumlu veya olumsuz ama mutlaka bir etkisi olacak olan, Anadolu'da genç nüfusun yüksek olduğu şehirlerde çok hızlı yaygınlaşan bu tip sağlığı ilgilendiren müesseselerin açılış ruhsatının verilmesi ve denetlenmesindeki yaptırımların örneğin fizik mekanın sağlığa uygunluğu-pasif içiciliğin önlenmesi gibi hususlarda daha fazla hassasiyetin gösterilmesi, Üniversite içindeki etkinliklere üniversite öğrencilerinin daha aktif katılmaları sağlanarak, cafede geçirilen zamanın bu tür aktivitelere yönlendirilerek gençliğin enerji ve boş zamanın daha olumlu değerlendirilmesinin sağlanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Sigara Alışkanlıkları ve Sigarayla Mücadele Kampanyası Kamuoyu Araştırması. PİAR Araştırma Ltd. Şti., Ocak 1988
2. Sezer E. WHO Tobacco Questionnaire (1996-1997) Country: Turkey. Sigara İçin Sağlık Alarını 1996: 3(1-2):59-69.
3. Aşut Ö. Hekim ve Sigara. Türk Tabipler Birliği. I. Baskı Ankara 1993: 48-50.
4. Öztürk Y., Aykut M.Ya Sigara Ya Sağlık. Erciyes Üniv.Tıp Fak.Yayını. Kayseri1992 s:3
5. Aktekin M ve arkadaşları. Akdeniz'in Öğrencilerinin sosyal ve psikolojik özelliklerinde mevcut durum ve değişimin saptanması, Akdeniz Üniv. yayı no:75. Antalya-1999
6. Webb E, Ashton CH, Kelly P, Kamali F. Alcohol and drug use in UK university students. Lancet 1996;348 (9032): 922-925
7. Valliant PM. Personality, peer influence, and use of alcohol and drugs by first-year university students. Psychol Rep 1995; 77(2):401-402
8. Smith MJ, Abbey A, Scott RO. Reason for drinking alcohol: their relationship to psychosocial variables and alcohol consumption. International Journal of the Addictions 1993; 28(9): 881-908

Tablo 1. Araştırma Grubunun Bazı Tanımlayıcı Özellikleri

Özellikler		sayı (n=144)	%*
Cinsiyeti	Erkek	85	59
	Kadın	59	41
İkamet ettiği yer	Aile yanında	18	12.5
	Evde arkadaşları ile	93	64.6
	Akrabalarının yanında	2	1.4
Annenin eğitim durumu	Yurtta	31	21.5
	OYD	3	2.1
	OY	4	2.8
	İlkokul	67	46.5
	Ortaokul	14	9.7
	Lise	34	23.6
	Üniversite	22	15.3
Babasının eğitim durumu	OYD	1	0.7
	OY	-	-
	İlkokul	22	15.3
	Ortaokul	17	11.8
	Lise	50	34.7
	Üniversite	54	37.5
	Anne mesleği	Ev hanımı	106
	Memur	29	20.1
	Serbest	4	2.8
	İşçi	2	1.4
	Emekli	3	2.1
	Baba mesleği	Çalışmıyor	1
	Memur	58	40.3
	İşçi	20	13.9
	Serbest	37	25.7
	Emekli	22	15.3
	Çiftçi	6	4.2
	Ailenin ekonomik durumu	Düşük	12
	Orta	59	41.0
	iyi	65	45.1
	Çok iyi	8	5.6

*Yüzdeler satır yüzdesi olarak verilmiştir

Tablo 2. Araştırma Grubunun Okul ile İlgili Özellikleri

Özellikler		(n=144) sayı	%*
Okul durumu	Birinci öğretim	130	90.3
	İkinci öğretim	14	9.7
Sınıf durumu	Bir	15	10.4
	İki	50	34.7
	Üç	37	25.7
	Dört	29	20.1
	Beş	6	4.2
	Altı	7	4.9
	Derslerdeki başarı durumu**	Çok iyi	4
	İyi	55	38.2
	Orta	65	45.1
	Kötü	18	12.5
	Çok kötü	2	1.4
Devamsızlık sınırını aşan	Evet	56	38.9
	Hayır	88	61.1
Devamsızlık nedenleri***	Sağlık	10	6.9
	Keyfi	33	22.9
	Ders çalışmak için	10	6.9
	Diğer	4	2.8

*Yüzdeler satır yüzdesi olarak verilmiştir.

**Kendi değerlendirmeleri,

*** Devamsızlık sınırını aşanlar arasında

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Tablo 3. Araştırma Grubunun Beslenme Alışkanlıkları

Özellik	Öğünler							
	Sabah		Öğle		Akşam		Ara öğün	
Beslenme Düzeni	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%
Düzenli	47	32.6	83	57.6	108	75.0	34	23.6
Bazen düzenli	73	50.7	57	39.6	35	24.3	95	66.0
Hiç yemeyen	24	16.7	4	2.8	1	0.7	15	10.4
Toplam	144	100.0	144	100.0	144	100.0	144	100.0
Tercih edilen yemek türü*								
Fast food	13	12.5	61	42.4	33	22.9	109	75.7
Ev yemekleri	69	41.7	76	52.8	107	74.3	6	4.2
Diğer	42	29.2	3	2.1	3	2.1	14	9.7

*Öğün atlamayanlar arasında

Tablo 4. Araştırma grubunun sigara ve alkollü içki alışkanlıkları

Alışkanlıklar		(n=144)	
		sayı	%*
Sigara	İçiyor	91	63.2
	Bırakmış	3	2.1
	Hiç içmemiş	50	34.7
Sigaraya başlama nedenleri	Psikolojik	21	14.6
	Arkadaş ortamı	40	27.8
	Merak	17	11.8
	Eğlence ortamı	18	12.5
	Özenti	11	7.6
	Büyük görünme isteği	1	0.7
Cafeye gidildiğinde sigara miktarı	Uyanık kalmak için	1	0.7
	Artıyor	70	48.6
	Artmıyor	21	14.6
Alkollü içki	İçiyor	67	46.5
	İçmiyor	77	53.5
Alkol kullanma nedenleri**	Psikolojik	17	11.8
	Arkadaş ortamı	26	18.1
	Merak	9	6.3
	Eğlence ortamı	35	24.3
	Özenti	4	2.8
Alkol alma sigara miktarını	arttırıyor	57	85
	arttırmıyor	10	15

*Yüzdeler satır yüzdesi olarak verilmiştir

** Alkollü içki alanlar arasında

Tablo 5. Araştırma grubunun uyku durumları

Özellik		(n=144)	
		Sayı	%*
Yatma saati	22:00-23:59	25	17.4
	24:00-01:59	77	53.5
	02:00-03:59	36	25
	04:00-05:59	6	4.1
Cafeye gidince yatma saati gecikiyor	Evet	24	16.7
	Hayır	120	83.3
Uykuyu yeterince alma	Evet	81	56.3
	Hayır	63	43.7

*Yüzdeler satır yüzdesi olarak verilmiştir

İLKÖĞRETİM ÇOCUKLARININ ÇEVRE EĞİTİMİNDE BİR MODEL: ÜNİVERSİTE-BELEDİYE İŞBİRLİĞİ

Bilge HAPÇIOĞLU¹, Selma KARABEY¹, Nurhan İNCE¹, Haluk İNCE²

¹ İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Çapa-İstanbul

² İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Çapa-İstanbul

ÖZET:

Doğanın tahribatının önlenmesi için alım teknik ve yasal önlemler yanında toplumun çevre sorunları konusunda eğitilmesi önemlidir. Ancak Türkiye’de mevcut eğitim sistemi içinde bir çevre bilincinin geliştirilmesi için ciddi ve kapsamlı bir eğitim programı yoktur. Bu çalışmada tüm ilköğretim okullarında uygulanabilir, etkin bir eğitim modeli önerisi geliştirmeyi amaçladık. Fatih ilçesindeki 3 okul araştırma için seçildi ve çalışmanın verileri Nisan-Kasım 2001 tarihleri arasında toplandı. Okullar kura ile müdahale, yarı müdahale ve kontrol okulu olmak üzere ayrıldı. Okullarda değişik düzeyde eğitim etkinlikleri yapıldı ve sonuçlar istatistik açıdan karşılaştırıldı. Kişi başına düşen haftalık ortalama kağıt miktarı tam müdahale okulunda 0.322 ±0.084 kg, yarı müdahale okulunda 0.122 ± 0.035 kg ve kontrol okulunda 0.075±0.017 kg olarak bulundu. Bu ortalamalar arasındaki fark Kruskal Wallis Varyans Analizi ile ileri derecede anlamlı bulundu (ki-kare:34.37 df: 2 ve p:0.000) Okullar arasındaki bu anlamlı farklılık yaz tatilinden önceki ve sonraki ölçümler için ayrı ayrı değerlendirildiğinde; hem tatilden önce yapılan yedi ölçüm (p:0.001 ki-kare: 14.84) hem de araya giren 2.5 aylık yaz tatilinden sonra yapılan sekiz ölçüm (p:0.000 ki-kare: 18.08) istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulundu. Bu sonuçlar, çalışmamızda uyguladığımız eğitim yaklaşımının yalnızca kağıt toplama konusunda değil, sağlık eğitiminin bir çok alanında da uygulanabilir, etkili bir yöntem olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelime: Çevre eğitimi, kağıt atık, geri dönüşüm

GİRİŞ

Teknolojinin ve sanayileşmenin hızlı gelişimi beraberinde çevre tahribini ve çevre kirliliği sorunlarını getirmiştir. Bu sorunlar insanlığın geleceğini tehdit eder boyutlara ulaşmadan gerekli önlemlerin alınması ve doğanın daha fazla tahribinin önüne geçilmesi gerekmektedir. Bu konuda alınacak teknik ve yasal önlemler yanında toplumun çevre sorunları konusunda eğitilmesi çok önemlidir. Ancak Türkiye’de mevcut eğitim sistemi içinde bir çevre bilincinin geliştirilmesi için ciddi ve kapsamlı bir eğitim programı yoktur. Diğer taraftan geriye kazanılabilecek nitelikteki atıkların halen diğer atıklarla birlikte toplanması çok önemli kayıplara yol açtığı gibi sadece İstanbul’da her gün 1500 ton kağıdın çöpe atılmasına neden olmaktadır. Bir ton kağıt elde etmek için

BEŞİNCİ BÖLÜM:SOSYAL BİLİMLER, TIP EĞİTİMİ, SAĞLIK EĞİTİMİ, OKUL SAĞLIĞI

17 ağaç kesmek gerektiği hatırlandığında, gerek doğa tahribi, gerekse ekonomik kayıplar yönünden durumun ne denli vahim olduğu ortaya çıkmaktadır.

İstanbul Büyükşehir Belediyesi 2000 yılı ocak ayında, giderek bütün geri dönüşebilecek nitelikteki atıkları da içine almayı hedefleyen "Ver Kağıt Al Ağaç" kampanyasını başlatmıştır. Bu kampanya sivil toplumda, resmi ve özel iş yerlerinde hastanelerde ve okullarda kağıdın ayrı toplanarak yeniden değerlendirilmesini ve topluma, katı atıkların kaynağında ayrı toplama alışkanlığını kazandırma amacını taşımaktadır. Toplanan kağıt karşılığında kişi ve kuruluşlara ağaç fidanları çeşitli bahçe ve balkon bitkileri verilerek doğaya katkıları sağlanmaktadır.

Biz de bu kampanyadan yararlanarak İlköğretim çağındaki çocuklara kağıdın diğer atıklardan ayrı toplanmasının doğayı korumada ve çevre kirliliğini önlemedeki önemini vurgulayan bir eğitim programı başlatmayı uygun bulduk. Değişik okullarda farklı eğitim yöntemleri uygulayarak sonuçlarını değerlendirdik. Tüm ilköğretim okullarında uygulanabilir, etkin bir eğitim modeli önerisi geliştirmeyi amaçladık. Uyguladığımız eğitimin başarısını da "kilolarla ölçme" şansını elde ettik.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tüm Türkiye'deki yaklaşık on milyon ilköğretim öğrencisinin 55000'i Fatih ilçesinde öğrenim görmektedir. Zorunlu eğitim süresinin 8 yıl olduğu ülkemizde 65 ilköğretim okulunu barındıran Fatih ilçesindeki 3 okul araştırma için seçildi. Üç okulun da aynı bölgeden seçilmesinin nedeni sosyo-ekonomik faktörlerin benzer olması ve araştırmacıların bağlı bulunduğu üniversiteye yakın olmasıydı. Okullar kura ile müdahale, yarı müdahale ve kontrol okulu olmak üzere ayrıldı. Nisan – Kasım 2001 tarihleri arasında gerçekleştirilen çalışmada, afiş, broşür, kağıt toplama kutuları, kağıtların toplanması ve haftalık ölçümler için İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nin 2000 yılında başlattığı kağıdın kaynağından ayrı olarak toplanmasına ilişkin "ver kağıt, al ağaç" kampanyasından yararlandı.

Bu üç okuldaki 4, 5, 6, 7 ve 8'inci sınıf öğrencilerinden rasgele örnekleme yöntemi ile seçilen toplam 432 öğrenci ile hazırlanan çok sorulu görüşme formu yardımıyla, gözlem altında yanıtama tekniği ile görüşüldü. Anket formları, yanıtları daha sağlıklı olabilmesi için bu sınıflara uygulandı. Ancak anket dışındaki etkinlikler tüm sınıfları kapsayacak şekilde düzenlendi. Anketlerde çocukların ailelerinin sosyo-ekonomik düzeylerini yaklaşık olarak belirleyebilmek için anne ve babalarının öğrenimi, oturulan evin kendilerine ait veya kira olma durumu ile ailenin toplam geliri sorgulandı.

Müdahale Okulunda;

Okulda uygun yerlere kullanılmış kağıt atık biriktirme kutuları yerleştirildi.

Okul girişlerine, koridor ve sınıflara kağıdın geri dönüşümünün çevreye ve ülke ekonomisine katkılarını açıklayan ve İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nden temin edilen çeşitli afişler asıldı.

Öğrencilere yine bu bilgileri içeren el broşürleri dağıtıldı.

Çalışmacılarca okuldaki bütün sınıflara tek tek girilerek standart bir metin rehberliğinde yaklaşık olarak 20' süren ve kağıdın geri dönüşümünün önemini vurgulayan görüşmeler yapıldı.

Okul idaresi ve öğretmenlerle işbirliği yapılarak kağıdın geri dönüşümü temalı şiir, kompozisyon ve resim yarışmaları düzenlendi, derceye giren öğrencilere sembolik ödüller verildi.

Yarı müdahale okulunda:

Yukarıdaki etkinliklerden 1 ve 2 numaralar gerçekleştirildi.

Kontrol okulunda ise yalnızca 1 numaralı etkinlik gerçekleştirildi.

Atık kağıt kutuları 24.4.2001 tarihinde okullara yerleştirildi. İlk ölçüm bir hafta sonra olmak üzere ve birer hafta aralıklarla yedi kez kağıt kutularında toplanan kağıt atıklar her okul için ayrı ayrı tartılarak kaydedildi ve geri dönüşüm için İstanbul Büyükşehir Belediyesi görevlilerince alındı. Okullar araya giren 2.5 aylık yaz tatilinden sonra tekrar izlendi. Ancak çalışmanın bu ikinci bölümünde üç okulda da hiçbir ek müdahale yapılmadan kağıt kutularında toplanan kağıt miktarları birer hafta arayla sekiz kez tartılarak kaydedildi.

Yapılan ölçümler aşağıda tanımlanan başlıklarla değerlendirildi:

Okuldaki toplam kişi sayısı: Okullardaki öğrenci, öğretmen ve diğer personel sayılarının toplamı

Kişi başına düşen kağıt miktarı: her bir okul için ayrı ayrı o hafta toplanan kağıt(kg)/ okuldaki toplam nüfus

Çalışmanın birinci bölümü : Yaz tatiline kadar yapılan müdahalelerin gerçekleştiği yedi ölçümü içeren dönem

Çalışmanın ikinci bölümü: Yaz tatilinden sonraki hiçbir müdahalenin yapılmadığı sekiz ölçümün yapıldığı dönem olarak tanımlandı. Veriler yüzde oran, kategorik değişkenler için ki-kare, sürekli değişkenler için tek yönlü ANOVA ve Kruskal – Wallis nonparametrik varyans analizi kullanılarak SPSS 7.0 yardımıyla değerlendirildi.

BULGULAR

Tablo 1'de okullardaki kişi sayıları gösterilmektedir. Bu üç okuldaki 4, 5, 6, 7 ve 8'inci sınıf öğrencilerden (TM: 162, YM: 119 ve K: 151) toplam 432 öğrenci ile görüşüldü (tablo 2)

Anne-baba öğreniminin beş yıldan az olma oranı müdahale okulunda en yüksekti. Öğrencilerin ifade ettiği aylık ortalama gelir ise bu okulda en düşük bulundu. Kontrol okulunda ortalama aylık gelir ile anne-baba öğreniminin beş yıldan az olma oranı en yüksek bulundu. Yarı müdahale okulunun ise öğrenim ve gelir göstergeleri kontrol ve tam müdahale okullarının arasında yer alıyordu. Okullarda haftalık olarak toplanan kağıt miktarları tablo 3'dedir.

Kişi başına düşen haftalık ortalama kağıt miktarı tam müdahale okulunda 0.322 ±0.084 kg, yarı müdahale okulunda 0.122 ±0.035 kg ve kontrol okulunda 0.075±0.017 kg olarak bulundu. Bu ortalamalar arasındaki fark Kruskal Wallis Varyans Analizi ile ileri derecede anlamlı bulundu (ki-kare:34.37 df: 2 ve p:0.000) Okullar arasındaki bu anlamlı farklılık yaz tatilinden önceki ve sonraki ölçümler için ayrı ayrı değerlendirildiğinde; hem tatilden önce yapılan yedi ölçüm (p:0.001 ki-kare: 14.84) hem de araya giren 2.5 aylık yaz tatilinden sonra yapılan sekiz ölçüm (p:0.000 ki-kare: 18.08) istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulundu.

TARTIŞMA

Öğrenme yeteneğinin çocukluk ve gençlik çağında, özellikle ilk 20 yılda daha yüksek olduğu belirtilmektedir(1). Çocuklara yönelik çevre eğitiminin bu nedenle erkek, yaşlarda başlaması konusunda ilgili çevrelerde bir fikir birliği söz konusudur. Ancak çevrenin ayrı bir ders olarak mı, yoksa diğer derslerle birlikte onlara sindirilmiş olarak mı yapılmasının daha yararlı olduğu konusunda tartışmalar sürmektedir(2). Al'nanya'da yürütülmekte olan "çevre eğitimi" deneyiminden yola çıkarak uzmanlar kuramsal eğitimden ziyade, çocuğun kendi çevresinde bizzat yaşadığı günlük sorunlarla örtüşen bir eğitimin daha yararlı olacağını belirtmektedir. Ayrıca okul ve çevresinin çevre eğitimi için ekolojik bir alana dönüştürülmesinin gereği de vurgulanmaktadır(3).

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

İstanbul Büyükşehir Belediyesinin başlattığı "Ver kağıt, Al ağaç" kampanyasından yararlanılarak yürütülen bu çalışmanın sonuçları iyi seçilmiş yöntemlerle yürütülen bir eğitimin ilköğretim çocuklarının kağıt toplama konusundaki davranışlarını olumlu yönde etkilediğini net bir biçimde göstermektedir. Çalışmamızda müdahale okulu olarak seçilen ilköğretim okulundaki öğrencilerin ailelerinin eğitim ve gelir düzeyleri diğer iki okula göre daha düşük düzeyde olmasına karşın, yapılan müdahale sonucunda diğer okulların öğrencilerine göre istatistik olarak anlamlı düzeyde daha fazla kağıt toplanmıştır. Sevindirici olan bir nokta da eğitimlerin üzerinden uzun sayılabilecek bir yaz tatili geçmiş olmasına karşın, olumlu davranışın hala sürmekte oluşudur.

Yapılan müdahalenin başarılı olmasında kuşkusuz seçilen yöntemlerin büyük rolü vardır. Araştırmacılar öncelikle okul yönetimleri ve öğretmenlerle yakın işbirliği ve iletişim içine girerek çalışmanın amaçları konusunda onları ikna etmişler, böylece çalışma süresince desteklerini almışlardır. Ayrıca araştırmacılar tam müdahale okulundaki eğitimlerde verilecek temel mesajları ve eğitim yöntemlerini belirlemişlerdir. Ardından tek tek sınıf ziyaretleriyle ilkökul çocuklarının anlayabileceği düzeyde sadeleştirilmiş bilgilerle kağıt toplamanın önemi vurgulanmış ve bunu yaptıkları takdirde insanlığın kazanımlarının neler olacağı anlatılmıştır. Bu eğitimlerde ayrıca çocuklar soru sormaya ve fikirlerini özgürce ifade etmeye özendirilmiştir. Koridorlara kağıt toplama kutuları yerleştirilirken de bizzat öğrencilerin önerileri alınmış, böylece konuyu sahiplenmeleri sağlanmıştır. Düzenlenen şiiir, kompozisyon ve resim yarışmaları ve sonunda kazananlara verilen sembolik ödüller de öğrencilerin güdülenmesine yardımcı olmuştur.

Yarı müdahale okulunda sınıf eğitimleri yapılmamış, yalnızca konu hakkında öğrencilere toplu halde kısa bilgi verilerek okulda uygun yerlere kağıt toplama kutuları ve afişler yerleştirilmiştir. Sınırlı bir emek ve zaman harcayarak yapılan bu "yarı-müdahale" sonrasında bile kişi başına düşen atık kağıt miktarı, kontrol okuluna göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Tam müdahale kapsamındaki etkinliklerin, özellikle de eğitimin getireceği ek yükün karşılanamadığı durumlarda bahsedilen bu yöntemler de uygulanabilir. Burada özellikle vurgulanması gereken nokta, okullarda yürütülecek etkinliklerde öğrencileri sürece katmanın ve onlara sorumluluk vererek, yapılan işi sahiplenmelerini sağlanmasını gerekli oluşudur. İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nin kampanyasındaki uygulamanın, yani çocukların topladıkları kağıdın karşılığında okullarına ağaç veya çiçek kazanmalarının da olumlu davranışı güdülediği düşünülebilir.

Öğrencilere uygulanan eğitimle in anne-baba ve kardeşlerine de yansıtacağı, böylece bizim çalışmamızda uyguladığımız tarzda bir eğitimin çoğaltıcı bir etkiye de sahip olacağı tahmin edilebilir. Bu yaklaşım yalnızca kağıt toplama konusunda değil, sağlık eğitiminin bir çok alanında da uygulanabilir, etkili bir yöntem olarak gözükmektedir.

KAYNAKLAR:

1. Pressey SL and Robinson FP. Psikoloji ve Yeni Eğitim, M.E.B. Öğretmen Kitapları Dizisi, No.1565, Ankara, 1991.
2. Neyeişiçi T. Çevre ve Eğitim mi? Eğitim ve Çevre mi? II. Uluslar arası Ekoloji ve Çevre Sorunları Sempozyumu Kitabı, 5-7 Kasım 1992, Ankara:38-41.
3. Staack L. Almanya'da Somut Çevre Eğitimi ve Şu Andaki Durumu. II. Uluslar arası Ekoloji ve Çevre Sorunları Sempozyumu Kitabı, 5-7 Kasım 1992, Ankara:8-15.

Tablo 1. Okullardaki kişi sayıları

Okullar	Personel*		Öğrenci		Toplam	
	N	%**	N	%**	N	%**
Tam müdahale (TM)	30	14.9	779	16.3	809	16.3
Yarı müdahale (YM)	89	44.3	1700	35.6	1789	35.9
Kontrol (K)	82	40.8	2300	48.1	2382	47.8
Toplam*	201	100.0	4779	100.0	4980	100.0

*Personel: Yönetici, öğretmen ve hizmetliler

**Sütun yüzdesi

Tablo2. Öğrenci ailelerinin sosyo-ekonomik-kültürel göstergelere göre dağılımları

		TM (n:162)		YM (n:119)		K (n:151)		İki yönlü p değeri	Toplam (n:432)	
		N	%	N	%	N	%		N	%
Anne öğrenimi	5 yıl ve altı	142	87.6	60	50.4	58	38.4	<10 ⁻¹⁰⁰	260	60.2
	5 yıldan fazla	20	12.4	59	49.6	93	61.6		172	39.8
Baba Öğrenimi	5 yıl ve altı	129	79.6	46	38.6	46	30.5	<10 ⁻¹⁰⁰	221	51.2
	5 yıldan fazla	33	20.4	73	61.4	105	69.5		211	48.8
Ev	Kendisinin	106	65.4	81	68.1	114	75.5	0.138	301	69.7
	Kira	56	34.6	38	31.9	37	24.5		131	30.3
Aylık Ortalama gelir (TL)*		290.000.000		439.000.000		582.000.000	<10 ⁻¹⁰⁰		407.000.000	

* Nisan 2001 tarihinde 1S = 1.232.000 TL

Tablo 3. Okullarda toplanan kağıt miktarları

Ölçüm	TM (kişi/kg)	YM (kişi/kg)	Kontrol (kişi/kg)
Birinci bölüm (yariyıl tatili öncesi)	0.119	0.122	0.083
	0.169	0.111	0.082
	0.264	0.112	0.084
	0.355	0.195	0.116
	0.363	0.164	0.076
	0.385	0.170	0.083
	0.395	0.162	0.089
Ortalama ± SS	0.293±0.110	0.148±0.032	0.088±0.013
İkinci bölüm (Tatil sonrası)	0.421	0.115	0.074
	0.333	0.060	0.079
	0.350	0.085	0.066
	0.331	0.093	0.075
	0.313	0.101	0.045
	0.279	0.108	0.049
	0.372	0.114	0.064
0.386	0.119	0.060	
Ortalama ± SS	0.348±0.044	0.099±0.019	0.064±0.012
Genel ortalama	0.322±0.084	0.122±0.035	0.075±0.017

BEŞİNCİ BÖLÜM:SOSYAL BİLİMLER, TIP EĞİTİMİ, SAĞLIK EĞİTİMİ, OKUL SAĞLIĞI AYDIN İLİ İLKÖĞRETİM OKULU ÖĞRENCİLERİNDE GÖRME DURUMUNUN DERS BAŞARISINA ETKİSİ

Erkin KIR *, Pınar OKYAY **, Aziz TOFALOĞLU , Seyhan BAHAR ÖZKAN , Erdal BEŞER**

*Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, AYDIN,

**Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, AYDIN,

ÖZET

Amaç: Aydın ilköğretim okullarında görme bozukluğu ve refraksiyon kusuru prevalansını belirlemek ve bunun öğrencilerin ders başarıları üzerine etkisini değerlendirmektir.

Yöntem: Sekiz okuldan 626 öğrenci çok aşamalı örnekleme yöntemiyle seçildi. Her öğrencinin halihazırdaki görme keskinlikleri belirlendi. Örtme testi ve göz hareketleri değerlendirildi. Başarı puanları sınıf öğretmenlerince değerlendirildi. Sınıflarında kaçınıcı sırada oturdukları ve sıranın ön ucunun tahtaya uzaklığı belirlendi.

Bulgular: Refraksiyon kusuru prevalansı % 8.5; düzeltilmemiş refraksiyon kusuru prevalansı ise % 5.3; ambliopi prevalansı %1.8 idi. İki gözün görme keskinliği düzeyleri toplanarak değerlendirildiğinde ve iki gözünden biri tam gören öğrencilerin tam görüyor kabul edilmesi halinde de başarı puanı ile anlamlı bir ilişki bulunmadı. Oturduğu sıra ile öğrencinin ders başarı puanı değerlendirildiğinde, arka sıralarda (6., 7 ve 8. sıralar) oturanların başarı puanlarının daha düşüktü. Ders başarı puanı ile öğrencinin oturduğu sıranın tahtaya uzaklığı arasında ise anlamlı bir korelasyon saptanmadı.

Sonuç: Çocuklarda %5.3 oranında düzeltilmemiş refraksiyon kusuru saptanmıştır. Bu oran ambliyojenik faktörlerin saptanması açısından oldukça geç kalınmış olsa da, okul sağlığı çalışmalarında göz bakışının önemini göstermektedir. Ayrıca, ders başarıları ile görme fonksiyonu ve oturma sıranın tahtaya uzaklığı arasında ilişki bulunmamasına rağmen, arka sıralarda oturan öğrencilerin ders başarılarının düşük olması, "U-oturma veya çok grup düzeni" gibi öğrencilerin derse ilgisini artırıcı sınıf düzenlerinin faydalı olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar kelimeler: Ders başarıları, görme keskinliği, ilköğretim, sınıf oturma düzeni

GİRİŞ

Okul dönemi, çocuk sağlığı açısından çok önemli bir dönemdir. Çocukların büyük gruplar halinde bulunduğu, eğitim fonksiyonuna ek olarak kültürün aktarılabilirdiği ve davranış değişikliklerinin sağlanabildiği bir ortamdır. Okul çağındaki çocukların rutin muayeneleri ilk kez Amerika Birleşik Devletleri'nde devlet okullarında yılda bir kez muayene zorunluluğu ile 1900' lü yılların başında gündeme gelmiştir. Türkiye'de 1936 yılında çıkarılan 3017 sayılı "Sağlık Bakanlığı'nın örgütlenmesi ve memurlar yasası" ile okul sağlığı bir devlet görevi olarak tanımlanmıştır. 154 sayılı yönerge ile de, okul sağlığı ile ilgili sağlık ocaklarının görevleri ve genel ilkeler belirlenmiştir. Buna göre, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde sağlık ocağı hekimi okul sağlığı hizmetlerinden sorumludur. 1980'lerin başında Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bürosu tarafından okul sağlığı konusunda projeler geliştirilmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından bu projelerden biri olan "Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı Projesi" 40'tan fazla ülke ile aynı anda ülkemizde uygulanmaktadır (1).

Enüresis ve konuşma problemleri gibi ruhal hastalıklar, zeka düzeyi, görme azlığı, sağırılık, kronik kurşun zehirlenmesi, anne ve babanın eğitim düzeyi gibi öğrencilerin ilköğretim okulu başarılarını etkileyen birçok faktör bildirilmiştir (2,3). Bunlar içerisinde, görme sorunları okul döneminde öğrencilerde en sık karşılaşılan sorunlardandır. Okul öncesi aile tarafından atlanabilen görme sorunları, ya okulda öğretmen tarafından fark edilebilme ya da öğrenci kendisi dile getirebilmektedir. Bununla beraber okul döneminde de fark edilmeyen görme kusurları olabilir. Görme kusuru olan ve olmayan öğrencilerin başarıları arasında önemli istatistiksel farklar olduğu bildirilmektedir (4,5).

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı, Aydın ili ilköğretim okullarında görme bozukluğu ve refraksiyon kusuru prevalansını belirlemek ve bunun öğrencilerin ders başarıları üzerine etkisini değerlendirmektir.

YÖNTEM

Çalışma, 1-30 Mayıs 2001 tarihleri arasında Aydın ilinin kentsel ve kırsal okullarında gerçekleştirilmiştir. 2001 yılında Aydın ilinde ilköğretim okullarına devam eden öğrenci sayısı 60206'dır (6). Bu öğrenciler arasından çalışmaya grubunun seçiminde çok aşamalı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Aydın ili sosyoekonomik ve coğrafi yerleşim durumu değerlendirilerek dört kümeye ayrılmış; bu kümelerden Millî Eğitim Bakanlığı tarafından tanımlanan kriterler kullanılarak, dört kentsel ve dört kırsal toplam 8 ilköğretim okulu rastgele seçilmiştir. Rastgele seçilen bu okullardan sınıflardaki öğrenciler yaş ve cinsiyet dağılımı ağırlıkları göz önüne alınarak sınıf listelerinden yine rastgele seçilmiştir. Çalışma için gerekli izin, İl Millî Eğitim Müdürlüğü'nden alınmış ve örneğe giren okullar çalışma öncesi bilgilendirilmiştir.

Okuldaki muayeneleri sırasında her öğrencinin halihazırdaki görme keskinlikleri belirlenmiştir. Bu muayene sırasında, Nikon NP-3S model chart projektör kullanılmıştır. Ayrıca, bu öğrencilerde örtme testi ve göz hareketleri değerlendirilmesi yapılmıştır. Gözlük kullanmayan veya gözlük kullanmasına rağmen görme keskinliği 10/10 olmayan öğrencilerin detaylı oftalmolojik muayeneleri Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Polikliniği'nde yapılmıştır.

Görme değerlendirmesi için iki yöntem kullanılmıştır. Birincisinde, her iki gözün görme keskinlikleri toplanmış ve toplam görme keskinliği 20/20 üzerinden değerlendirilmiştir. İkincisinde ise, bir gözü 10/10, diğeri daha az gören öğrencilerin görmesi "tam" kabul edilmiştir.

Sınıf öğretmenlerine her öğrenci için başarı durumlarını 0-10 ile değerlendiren bir başarı değerlendirme çizelgesi yanı sıra, öğrencinin görmesi ile ilgili düşüncesini belirten bir anket uygulanmıştır. Öğrencilerin sınıflarında kaçınıcı sırada oturdukları belirlenmiş, oturduğu sıranın ön ucunun tahtaya uzaklığı ölçülmüştür.

Öğrencilerin ders başarıları, görme durumları, kaçınıcı sırada oturdukları ve bu sıranın tahtaya uzaklığı açısından değerlendirilmiştir. Bu istatistiksel değerlendirmelerde, tanımlayıcı istatistikler, Mann Whitney U, Student-t testi ve Pearson korelasyon testi kullanılmıştır.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

BULGULAR

Araştırma grubunu, 308 (% 49.2) erkek ve 318 (% 50.8) kız olmak üzere, 626 öğrenci oluşturmaktaydı. Bu öğrencilerin 365'i (%58.3) kentsel ve 261'i (%41.7) kırsal okullarda bulunmaktaydı.

Öğrencilerdeki refraksiyon kusuru prevalansı % 8.5 olarak bulundu. Bu öğrencilerin 20'si (%3.2) gözlük kullanmaktaydı. Düzeltilmemiş refraksiyon kusuru prevalansı ise % 5.3 idi. Refraksiyon kusuru dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.

Ambliyopi prevalansı ise, %1.8 (n=11) olarak bulundu. Ambliyopi olan çocuklar çıkartıldığı anda, gözlük kullanan 15 öğrenciden 10'unun görmesinin tam olmadığı görüldü (%66.6). Bir başka deyişle, düzeltme yapılan her üç öğrenciden ikisinin düzeltilmesi yetersizdi. Bu öğrencilerin fundus bakışı normaldi. Ambliyopi, 3 öğrencide miyopiye, 5 öğrencide hipermetropiye, 3 öğrencide ise ezotropeya'ya bağlıydı.

Sınıf öğretmenleri, düzeltilmemiş refraksiyon kusuru olan 33 öğrenciden 29'unun görme durumunu değerlendirip, 4'ü hakkında görüş bildirmemişlerdir. Gerçekte refraksiyon kusuru olan 21 (%72.4) öğrencinin, görme sorunu olmadığını belirtmişlerdir.

Gözlük kullanan öğrenciler değerlendirildiğinde, %45.0'inin (n=9) birinci sırada %55'inin (n=11) ise 2-4. sıralarda oturduğu görülmüştür.

İki gözünden biri tam gören öğrencilerin görmesi "tam" kabul edildiğinde: 601 (%76.5) öğrenci tam görür iken, 22 (%3.5) öğrencinin görmesi daha düşük düzeyde bulundu. İyi gören gözün görme düzeyi kriter alındığında, çalışmamızdaki hastalarda saptanan en düşük görme düzeyi 0.3'tü. Oysa her iki gözün görme keskinlikleri toplanarak yapılan değerlendirmede 51 (%8.1) öğrencinin tam görmediği saptandı. 612 öğrencide örtme testinde manifest kayma saptanmadı. 12 öğrencide ise manifest kayma saptandı. Örtme testi sonuçları Tablo 2.'de verilmiştir.

Öğretmenlerin öğrencilere onun üzerinden verdikleri başarı puanı ortalaması 5,6 (SD=2,7) idi. Öğrencilerin oturdukları sıralar 1. ile 8. arasında değişmekteydi ve bu sıraların tahtaya uzaklığının ortalaması ise 393,3 (SD=141,0) cm idi.

Refraksiyon kusuru düzeltilmiş veya düzeltilmemiş olsun görme keskinlikleri gruplanarak iki gözün toplam görme durumu değerlendirildiğinde ders başarı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bulgular Tablo 3.'de özetlenmiştir. İki gözünden biri tam gören öğrencilerin tam görüyor kabul edilmesi halinde de başarı puanı ile anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0.259).

Refraksiyon kusuru olarak hipermetropi saptanan öğrencilerin ders başarıları miyopi saptanan öğrencilere göre daha düşüktür; ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.(p=0.350)

Oturduğu sıra ile öğrencinin ders başarı puanı değerlendirildiğinde, arka sıralarda (6., 7. ve 8. sıralar) oturanların başarı puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür. Bulgular Tablo 4 'te özetlenmiştir.

Ders başarı puanı ile öğrencinin oturduğu sıranın tahtaya uzaklığı arasında ise anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır (r=-0.074; p=0.077). Altıncı sıraların tahtaya uzaklığı ortalama 571,86 cm olarak saptanmıştır. Oturduğu sıranın tahtaya uzaklığı 571 cm ve daha yakın olan öğrencilerle, 571 cm' den daha uzak olan öğrencilerin başarı puanları karşılaştırıldığında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir (p=0.053).

TARTIŞMA

Çeşitli çalışmalarda ilkokul öğrencilerinde düzeltilmemiş görme kusuru %5.2 ile %8.5 arasında bildirilmektedir (3,4).

Çalışmamızda ise bu oran %5.3 olarak bulunmuştur. Özmet ve ark. düzeltilmemiş görme kusuru olan öğrencilerin %60'ının hipermetrop olduğunu bildirirken, çalışmamızda bu oran % 43.5 olarak bulunmuştur. Bazı çalışmalar özellikle düzeltilmemiş hipermetropinin okul başarısını olumsuz etkileyebileceğini göstermiştir (7,8). Bu nedenle, çocukluk çağında yüksek oranda görülen hipermetropi önem kazanmaktadır. Çalışmamızda miyopi saptanan öğrencilerin %65.5'inin, hipermetropi saptananların ise %58.3'ünün refraksiyon kusurlarının düzeltilmediği görülmüştür. Başka bir deyişle gözlük kullanan her 3 öğrenciden ikisinde bu düzeltmenin yetersiz olduğu saptanmıştır. Bu durum öğrencilerin gözlük kullanmaya başladıktan sonraki kontrollerinin düzenli olmamasına bağlanabilir. Çalışmamızda düzeltilmemiş veya yetersiz düzeltilmiş refraksiyon kusuru ile okul başarısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çalışmamızda görme keskinliği ile ders başarıları arasında bir ilişki bulunmaması, olgularımızda iyi gören gözde saptanan en düşük görme düzeyinin 0.3 gibi çok düşük olmayan bir düzeyde olmasıyla ilgili olabilir. Bu yaşlarda hipermetropi yaklaşık olarak refraksiyon kusurlarının yarısını oluşturur ve ambliyojenik faktörler arasında önemli bir yer tutmaktadır. Araştırmaya alınan çocuklarda %5.3 oranında düzeltilmemiş refraksiyon kusuru saptanmıştır. Bu oran ambliyojenik faktörlerin saptanması açısından oldukça geç kalınmış olsa da okul sağlığı çalışmalarında göz bakımının önemini göstermektedir. Çalışmamızın sonuçları refraksiyon kusurları açısından erken yaşta okul taramalarının faydalı olacağını düşündürmektedir. Bu nedenle okul sağlık birimlerinin her okula hayata geçirilmesi ve öğretmenlere temel sağlık problemlerini değerlendirme konusunda eğitim verilmesi önem kazanmaktadır.

Öğrencilerin oturma yeri, iletişim ve etkileşimlerini belirleyen bir faktördür. Sınıfın ön ve ortası bu açıdan şanslı bölgelerdir. İletişim ve etkileşim güçlüğü çeken öğrencilerin sınıfın bu bölümlerinde oturulması gerektiği, oturma yeri kendi seçimlerine bırakılırsa arkaya veya kenara oturma eğiliminde oldukları bildirilmektedir. Ayr.ca, ön sırada oturan öğrencilerin, öğretmenle arkada oturan öğrenciler arasında fiziksel bir engel oluşturarak iletişimi zayıflattığı ifade edilmektedir. Sınıf yerleşim düzeni biçimleri dört grupta toplanabilir: Klasik düzen, bireysel düzen, tek grup düzeni ve çok grup düzeni. "U" düzeni tek grup düzenlerinden birisidir. Klasik yerleşim düzeni, öğrenci sıralarının sütun ve kolonlar şeklinde yerleştirildiği, öğrencilerin çoğunun birbirini göremediği yerleşim düzenidir. Bu düzen, dikkati öğretmene çekmeye çalışırken, öğrenci katılımını ve iletişimi sınırlar. Diğer bütün sınıf düzenleri daha öğrenci merkezlidir. İletişimi ve sınıf içi etkileşimi arttırmak ön plandadır (9,10).

Çalışmamıza alınan okulların tümünün sınıf yerleşimleri klasik düzene uymaktaydı. Öğrencilerin oturdukları sıranın tahtaya uzaklığı ölçülerek yapılan değerlendirmede, bu mesafenin okul başarısını etkilemediği saptanmasına rağmen öğrencinin kaçınıcı sırada oturduğu değerlendirildiğinde son üç sırada oturan öğrencilerin daha başarısız oldukları görülmüştür. Refraksiyon kusuru ve tahtaya olan uzaklık gibi görme fonksiyonunu değerlendiren parametreler ile okul başarısı arasında anlamlı ilişki saptanamazken, sıranın yeri ile saptanması, sınıf oturma düzeninin dersin izlenmesi ve algılanmasında çok önemli olduğunu göstermektedir. Arka sıralarda oturan öğrencilerin ders başarılarının düşük olması, öğrenci-öğretmen arasındaki göz temasının arka sıralarda kaybolduğunu ve öğrencilerin derse ilgisinin azaldığını düşündürmektedir. Bu nedenle, sınıf eğitiminde "U-oturma düzeni" gibi göz temasının daha etkin korunabileceği bir düzenlemenin yararlı olacağı kanısına varılmıştır. Diğer taraftan, ülkemizdeki kalabalık sınıflar düşünüldüğünde, bu düzeni uygulamak zor olabilir. Kalabalık sınıflar nedeni ile "U-oturma düzeninin" uygulanamaması durumunda da anlatım ağırlıklı "klasik yerleşim düzeni"nde" ısrar etmek yerine, gruplar yaparak sınıfı küçültmeyi amaçlayan "çok grup düzeni" tercih edilebilir.

BEŞİNCİ BÖLÜM:SOSYAL BİLİMLER, TIP EĞİTİMİ, SAĞLIK EĞİTİMİ, OKUL SAĞLIĞI

KAYNAKLAR

1. Bertan M., Güler Ç./Editörler. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Güneş Kitabevi Ltd.Şti. Ankara 1997;210-224.
2. Byrd RS, Weitzman ML. Predictors of early grade retention among children in United States. Pediatrics 1994;93:481-487.
3. Özmert E, Yurdakök K. Sosyal Ş, Kayıkçı Kulak ME, Belgin E, Özmert E, Laleli Y. Ankara'da ilköğretim birinci sınıf öğrencilerinde okul başarısızlığına yol açan faktörler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2001;44:4-18.
4. Ergin S. İlkokul dönemi çocukların okul sağlığı ve okul başarısı üzerine bir inceleme. Anadolu Üniversitesi Tıp fakültesi Toplum Hekimliği Bölümü Doçentlik Tezi,1980.
5. Kulp MT. Relationship between visual motor integration skill and academic performance in kindergarten through third grade. Optometry and Vision Science 1999;76(3):159-163.
6. T.C Aydın Valiliği İl Millî Eğitim Müdürlüğü Araştırma Planlama ve İstatistik Şubesi 2000-2001 eğitim öğretim yılı istatistikî bilgiler,Aydın 2001.
7. Grisham JD, Simons HD. Refractive error and the reading process: a literature analysis. J Am Optom Assoc 1986;57:44-55.
8. Rosner J, Rosner J. Relationship between moderate hyperopia and academic achievement : how much plus is enough? J Am Optom Assoc 1997;68:648-650.
9. Özyürek M. Sınıf Yönetimi. Karatepe Yayınları, Ankara 2001:97-99.
10. Başar H. Sınıf Yönetimi. Millî Eğitim Bakanlığı Yayınları. Millî Eğitim Basımevi 1998:35-42.

TEŞEKKÜR

Çalışmamızda eğitim boyutundaki tartışılara yaptığı katkılardan dolayı Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim Fakültesi Öğretim Üyelerinden Yrd.Doç.Dr.Hasan Can Oktaylar'a teşekkür ederiz.

Tablo 1. Öğrencilerde Saptanan Refraksiyon Kusurlarının Dağılımı

Bulgu	Sayı	%
Emetrop	570	91.5
Refraksiyon kusuru	53	8.5
Myopi	29	4.7
Hipermetropi	24	3.8
Toplam	623	100.0

*3 adet veri değerlendirilememiştir.

Tablo 2. Öğrencilerde saptanan örtme testi ve göz hareketi muayenesi bulguları

Bulgu	Sayı	%
Ezotropya	5	0.8
Ekzotropya	5	0.8
Hipertropya	2	0.32
DHD	1	0.16
Tip I Duane Sendromu	1	0.16
Morbus Sendromu	1	0.16
Nistagmus	1	0.16
Manifest kayma yok ve GH normal	610	97.44
Toplam	626	100.0

DHD: Disosiyasyon deviasyon, GH: Göz hareketleri

Tablo 3. Halihazırdaki Görme Durumu ile Ders Başarısı Arasındaki İlişki

Toplam Görme Keskinliği	Başarı Puanı		t	p
	Ortalama	SD		
1.9'dan küçük	5.57	2.62	0.088	0.930
2.0	5.53	2.67		
1.5'ten küçük	5.77	2.81	0.446	0.655
1.6-2.0	5.52	2.66		

Tablo 4. Sıranın konumu ile başarı puanı arasındaki ilişki

Sıranın Yeri	Başarı Puanı		t	p
	Ortalama	SD		
1-5. sıralar	5.58	2.68	2.086	0.037
6-8. sıralar	4.73	2.68		
Sıranın Tahtaya Uzaklığı				
571cm ve altı	5.62	2.68	1.943	0.053
571cm'nin üstü	4.99	2.63		

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

ANKARA'DA BİR TIP FAKÜLTESİNDE ÇALIŞAN AKADEMİK PERSONELİN BİLİMSEL TOPLANTILAR HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ

Songül, A. VAİZOĞLU^{*}, Ebru AYBABA^{**}, Fatih ARABACI^{**}, Reskan ALTUN^{**}, Ceyda AKIN^{**}, Güldeniz AKSAN^{**}, Çağatay GÜLER^{***}

^{*} Yard. Doç Dr. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi ^{**} Intern Dr. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

^{***} Prof. Dr. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

ÖZET: Ankara'da bir Tıp Fakültesinde çalışan akademik personelin bilimsel toplantılar hakkındaki görüşlerini belirlemek için yapılan çalışmaya, 1085 akademik personelin 244'ü katılmıştır. Çalışma gözlem altında anket yapılarak uygulanmıştır. Katılımcıların büyük bir çoğunluğu ulusal bilimsel toplantıların eğitime katkısı olduğunu, ulusal ve uluslararası uzmanlarla fikir alışverişini yapabilemesine imkan sağladığını, akademik özendirme kaynağı olduğunu, tartışma ve farklı sunum teknikleri öğrenme imkanı sağladığını, eski arkadaşlarla görüşme ve yeni arkadaşlar edinme fırsatı verdiğini belirtmişlerdir. Araştırma görevlileri ulusal bilimsel toplantıların bilgileri güncelleme fırsatı verdiği görüşüne profesör, doçent, yardımcı doçent ve öğretim görevlilerine göre daha fazla katılmaktadırlar. Kadın akademik personel bilimsel toplantıların çok merkezli çalışmalara zemin hazırladığı görüşünü erkek meslektaşlarına oranla daha çok benimsemiştir. Ulusal ve uluslararası bilimsel toplantıların, akademik personelin kendi çalışmalarını için görüşmelerde bulunma fırsatı verdiği görüşüne kadın akademik personel ve prekllinik dallarda görev yapan akademik personel daha fazla katılmaktadır. Farklı olarak uluslararası bilimsel toplantılarda profesör, doçent ve diğerlerinin, araştırma görevlilerine oranla bu fikre daha fazla katıldıkları görülmektedir. Genel olarak çalışmaya katılan akademik personel ulusal bilimsel toplantıların yeni iş olanakları sağladığı görüşüne katılmamaktadır. Ulusal ve uluslararası toplantılar bu açıdan karşılaştırıldığında akademisyenlerin uluslararası toplantıları yeni iş olanakları sağlama açısından daha etkili olduğunu düşündükleri görülmektedir. **Anahtar Kelimeler:** Bilimsel toplantı, akademik personel, sürekli tıp eğitimi

GİRİŞ ve AMAÇLAR

Tıp, bilim dalları içerisinde neredeyse en çok gelişme ve yeniliklerin izlendiği, pek çok alanda tüm ulusların büyük paralar harcayarak araştırmalar yaptığı ve ulaştığı sonuçların bütün dünyada gündemde olan ve uygulamaya girebildiği ender bilim dallarından birisidir. Tıp alanındaki gelişmeler her yönüyle toplumun bütün fertlerini ve özellikle de hekimleri çok yakından ilgilendirmiştir. Üniversiteler bünyesinde akademik çalışma yapan veya sağlık hizmeti veren diğer akademik personelin tıbbi bilgilerinin sürekli yenileme ve güncelleme ihtiyaçları vardır. Ayrıca tıp eğitimini geliştirmek için eğitimcilerin eğitimi, eğitim tekniklerinin kullanılması da büyük önem taşımaktadır (1, 2).

Günümüzde tüm dünyada düzenlenen pek çok kongre ve sempozyumlarda tıp alanında çalışanlar bir araya gelmektedir. Eğitim ve bilgilerin güncellenmesi, yeni geliştirilen tıbbi uygulamalar ve araştırma sonuçları hakkında bilgi edinmek gibi belli başlı amaçlarla düzenlenen bu toplantıların önemli herkes tarafından bilinmektedir. Ne var ki günümüzde sayıları ve sıklığı gittikçe artan gerek ulusal gerekse uluslararası platformda düzenlenen bu toplantılarla ilgili katılımcıların ve düzenleyicilerin amaç ve beklentileri çeşitlilik göstermektedir.

Tıp bilimindeki ve teknolojideki hızlı gelişmelerin bilgi yarı ömrünü giderek azalttığı, yıllar boyunca meslek uygulamaları için bilgi yenilemesi gereksiniminden hep söz edilmiş ancak bu alanda neler yapılması gerektiği pek de fazla tartışılmamıştır. Birkaç yıldan beri uygulanmaya çalışılan ve tartışılan sürekli tıp eğitimi kavramı mesleki bilgilerin güncelleştirilmesi ihtiyacına cevap vermeye yönelik önemli bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır(3). Bir organizasyonun amacının, bireylerin ihtiyaçlarını kolaylaştırmak, gözlemlerini, felsefelerini ve tecrübelerini tartışacak ve paylaşacak rahat bir ortam sağlamak olduğunu belirtmektedir(4). William A.M. Cutting'e göre "uluslararası bir konferansa katılmak bilgilendirici ve eğlendirici olmalıdır. Fakat aynı zamanda kişisel çıkarımlar da yapılabilmelidir. Tıbbi kariyer yapmak için bilimsel toplantılara katılmak önemli olmasına rağmen hiçbir tıp fakültesi gerekli önemi vermemektedir". Uluslararası bir kongrede yer almanın amaçlarını ise şu şekilde sıralamıştır:

1. Eğitim-bilgilerin güncelleştirilmesi.
2. Yeni fikirler duymak ve sahasında lider kişilerle tanışmak.
3. Kendi işlerini gözden geçirmek ve gelecek için plan yapmak.
4. Kendi araştırmaları için zemin hazırlamak.
5. Eğlenmek ve rahatlamak (5).

Edward R. Carter tıbbi toplantıların klinisyenler için, alanında uzman kişilerle ilişki kurma ve kendi alanlarındaki değişiklikleri izleme fırsatı verdiğini belirtmektedir (6). Bazı yazarlara göre konferansların tıp alanındaki büyük isimlerle, hatta dünya liderleriyle tanışma fırsatı verdiğini belirtmiştir (5). Yine vurgulandığı üzere deneyim ve bilgi her zaman yaş ile orantılı değildir. Genç cerrahların da bu tip organizasyonlara katılmaları olmalıdır (7).

Marge Gray A. Wheeler, toplantıya katılanların katılma nedenleri arasında, tıp bilgilerini artırmak, "askerlik" arkadaşları ile buluşmak, eksik kalan tıp eğitimlerini tamamlamak, sunulanları dinlemek, araştırmaları öğrenmek olduğunu belirtmiştir. Dr. Wheeler'in katılımcılara uyguladığı bir araştırmada, yapılan toplantıların canlı, tele-tıp olarak evlerinden katılabilecekleri şekilde yapılırsa katılımlarını nasıl etkileyeceğini sormuş ve yüzde yetmiş beşinin kongrelere katılma isteklerini bunun gibi alternatiflerin değiştirmeyeceğini öğrenmiştir (8).

Tıbbi bilgilerinin uluslararası paylaşımının artmasıyla düzenlenmeye başlanan kongre ve sempozyumlar her dönemde başvurulan oldukça popüler ve ilgi çekici bilgi paylaşım ve eğitim aracı olmuştur. Bu toplantılara katılma amacı ve beklentileri katılımcılar arasında farklılıklar göstermektedir. Bu nedenle akademik personelin bilimsel toplantılar hakkındaki görüşlerinin tespit edilmesi, gelecekte düzenlenecek toplantılar açısından yararlı olacaktır. Literatürde bu konuda yapılmış çok az araştırma bulunmaktadır. Bu nedenle bir Tıp Fakültesi'nde görev yapan akademik personelin tıbbi toplantılar hakkındaki görüşleri yapılan bu çalışma ile belirlenmeye çalışılmıştır.

YÖNTEM

Toplam 1085 akademik personeli bulunan, bir Tıp Fakültesinde yapılan tanımlayıcı araştırmaya katılma oranı % 22,5 olmuştur. Araştırmada, **Bilimsel toplantı**, kongre ve sempozyum olarak alınmıştır. Araştırmada veriler bu çalışma için geliştirilmiş, 23 sorudan oluşan bir anket formu aracılığı ile toplanmıştır. Anket formunda ön deneme sonucuna göre gerekli değişiklikler yapılmıştır. Verilerin bilgisayara girilmesi ve analizi SPSS 10.0 programı kullanılarak yapılmıştır.

BEŞİNCİ BÖLÜM:SOSYAL BİLİMLER, TIP EĞİTİMİ, SAĞLIK EĞİTİMİ, OKUL SAĞLIĞI

Dekanlıktan izin alındıktan sonra araştırmaya başlanmıştır. Araştırmaya katılan kişilere anket hakkında bilgi verilip izinleri alındıktan sonra anket uygulanmıştır.

BULGULAR:

Araştırmaya katılan yaşları 22 ile 69 arasında değişmektedir. Akademik personelin %43.6'sı 22-29 yaş grubunda (105kişi), %3.7'si 60 ve üstü yaş grubundadır (9 kişi); %52.5'i erkek (128 kişi), %47.5'i kadındır (116 kişi). Araştırmaya katılan 244 kişinin akademik personelin %16.8'i (41 kişi) profesör, %2.5'i yardımcı doçent (6 kişi) ve %48'i araştırma görevlisi (117 kişi) dir. Akademik personelin %84.7'si (205 kişi) Dahili Bilimlerde, %67.3'ü (163 kişi), klinik branşlarda çalışmaktadır.

Tablo 2'de araştırmaya katılan akademik personelin ulusal ve uluslararası bilimsel toplantılar hakkındaki görüşlere katılma durumlarının dağılımı görülmektedir.

Tabloda görüldüğü üzere, çalışmaya katılan akademik personelin %94.6'sı uluslararası bilimsel toplantıların, %82.7'si ulusal bilimsel toplantıların eğitime katkı sağladığı görüşüne; %93.6'sı uluslararası, %73.6'sı ulusal bilimsel toplantıların bilgileri güncelleme olanağı sağladığı görüşüne; %91'i uluslararası bilimsel toplantıların, %76.8'i ulusal bilimsel toplantıların akademik motivasyon sağladığı görüşüne; %87.1'i uluslararası bilimsel toplantıların, %69'u ulusal bilimsel toplantıların farmakolojik ve yeni teknolojik gelişmelerden haberdar olma inkanını sağladığı görüşüne; %75.1'i ulusal bilimsel toplantıların, %55.3'ü uluslararası bilimsel toplantıların eski arkadaşlarla görüşme olanağı sağladığı görüşüne katılmaktadır.

Tablo 3'de araştırmaya katılan akademik personelin bilimsel toplantıların daha yararlı olması için sundukları önerilerin dağılımı görülmektedir.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Ankara'da bir Tıp Fakültesinde çalışan akademik personelin bilimsel toplantılar (kongre ve sempozyumlar) hakkındaki görüşlerini belirlemek için yapılan çalışmaya 1085 kişiden 244 kişi katılmıştır. Katılımın az olmasının nedeni, çalışma tempolarının çok yoğun olması, anket doldurma işini vakit kaybı olarak değerlendirmeleri, uygun zaman bulamamaları olabilir. Bazı bölümler ise prensip olarak anketi cevaplamayacakları nı belirtmişlerdir.

Katılımcıların büyük bir çoğunluğu ulusal (%82.7) ve uluslararası (%94.6) bilimsel toplantıların eğitime katkısı olduğunu düşünmektedir (4). Bu da bilimsel toplantıların sürekli tıp eğitiminin önemli bir parçası olduğunu göstermektedir. Ulusal ve uluslararası toplantılar bu açıdan karşılaştırıldığında ise akademisyenlerin uluslararası toplantıların eğitime daha fazla katkıda bulunduğunu düşündüklerini görülmektedir (Tablo 2). Bunun nedeni, uluslararası bilimsel toplantıların konuşmacıları ve içerikleri konusunda daha titiz davranılması olabilir. Ayrıca uluslararası bilimsel toplantılarda en yeni bilgileri edinme olasılığının daha yüksek olması bunda etkili olmuş olabilir.

Araştırma görevlileri, ulusal bilimsel toplantıların bilgileri güncelleme fırsatı verdiği görüşüne, profesör doktor, doçent doktor ve diğerlerine göre daha fazla katılmaktadırlar. Bu, araştırma görevlilerinin çalışma tempolarının yoğunluğu sebebiyle yeni bilgileri takip etmeye zaman bulamadıkları ve toplantılarda kısa zamanda yoğun bilgi aktarımı yapıldığı için olabilir. Bilgilerin güncellenmesi açısından uluslararası toplantıların daha etkili olduğu fikri katılımcıların çoğunluğunun ortak görüşüdür (Tablo 2). Bunun nedeni uluslararası bilimsel toplantıların daha yeni bilgileri içermesine ve alanlarında isim yapmış kişiler tarafından sunulmasına bağlı olabilir. Ayrıca bu toplantılarda daha ilgi çekici konulara yer verilmektedir. En son gelişmeler hakkında konunun uzmanlarından bilgiler elde edilmektedir (6).

Bilimsel toplantıların konu ile ilgili ulusal ve uluslararası uzmanlarla fikir alışverişi yapılabilmesine imkan sağlaması görüşüne akademik personelin %73.4'ü katılmaktadır. Bilimsel toplantıların, alanında uzman kişilerle bir araya gelmek için uygun ortam sağladığı söylenebilir. Bu konuda Dr. Baker'in makalesinde de benzer görüşler dile getirilmiştir (4). Aynı konuda uluslararası bilimsel toplantılar değerlendirildiğinde benzer sonuçlar elde edilmekte, yine akademik personelin %83.5'i bilimsel toplantıların fikir alışverişi sağladığı görüşüne katıldığı gözlenmektedir.

Kadın akademik personel ve araştırma görevlileri, bilimsel toplantıların çok merkezli çalışmalara zemin hazırladığı görüşünü, erkek meslektaşlarına oranla daha çok benimsemişlerdir. Bu durum genç akademisyenlerin ve özellikle kadınların daha girişimci ve diyaloga açık olmalarından kaynaklanabilir. Araştırma görevlileri, akademik çalışmalara katılma konusunda daha istekli olabilecekleri gibi mesleki kariyer yapabilmek için bu tıp çalışmalara ihtiyaç duyuyor da olabilirler. Dahili branşlarda görev yapan öğretim üyeleri cerrahi branşlardakilere göre bu fikre daha fazla katılmışlardır. Bunun nedeni dahili alanda yapılan çalışmaların çok merkezli yürütülmeye daha elverişli olmasıyla açıklanabilir. Ulusal ve uluslararası toplantılar bu açıdan değerlendirildiğinde, akademisyenlerin uluslararası toplantıların çok merkezli çalışmalara fırsat sağlama açısından daha fazla katkıda bulunduğunu düşündüklerini görülmektedir (Tablo 2).

Kadın akademik personel, bilimsel toplantıların kendi çalışmaları için görüşmelerde bulunma fırsatı verdiği görüşüne erkek meslektaşlarına göre daha fazla katılmaktadır. Bunun nedeni kadınların bu konuda daha atak, daha girişimci ve daha istekli olmalarından kaynaklanıyor olabilir. Aynı şekilde, prelinik dallarda görev yapan akademik personel de klinik dallardakilere göre bu fikre daha fazla katılmaktadır. Prelinik dallarda yapılan bilimsel toplantılar, karşılıklı görüşmelerde bulunup katılımcıların kendi çalışmalarını diğerleri ile paylaşma olanağı açısından daha elverişli olabilir. Profesör doktor, doçent doktor ve diğerlerinin, araştırma görevlilerine oranla uluslararası toplantıların kendi çalışmaları için görüşmelerde bulunma fırsatı verdiği fikrini daha büyük bir çoğunlukla desteklediklerini görülmektedir. Profesör doktor, doçent doktor ve diğerlerinin farklı ülkelerde tanıdıkları akademik personel sayısının daha fazla olması bu sonuçun çıkmasına neden olmuş olabilir.

Genel anlamda bakıldığında araştırmaya katılan akademik personel, ulusal bilimsel toplantıların akademik motivasyon kaynağı olduğu fikrini (%76.8) desteklemektedir. Araştırma görevlileri, diğer akademik personele oranla bu görüşe daha fazla katılmaktadır. Bu durum araştırma görevlilerinin öğrenmeye daha istekli olmaları, henüz kariyerlerinin başında bulunmaları ve katıldıkları toplantılar sonucunda öğrenmeleri gereken daha çok bilgi olduğunu farketmelerinden kaynaklanıyor olabilir. Bu açıdan uluslararası bilimsel toplantılar değerlendirildiğinde benzer şekilde, büyük çoğunluğun (%9.) bu fikri desteklediğini görülmektedir. Dahili branşlarda çalışanlar cerrahi branşlarda çalışanlara oranla bu fikri daha fazla desteklemektedirler.

Araştırmaya katılan akademik personel, ulusal bilimsel toplantıların yeni teknolojik gelişmelerden haberdar olmayı sağladığı fikrini %69'u desteklemektedir. Bu durum Dr. William A.M. Cutting'in makalesinde belirtilen, toplantılardaki ticari standların yeni farmakolojik ve enstrümental gelişmeleri takip etme fırsatı sunduğu fikrini desteklemektedir (5). Uluslararası bilimsel toplantılar bu açıdan değerlendirildiğinde ise benzer şekilde, %87.1'i bu fikri desteklemekte olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan 22-49 yaş grubundaki akademik personel ve araştırma görevlileri, ulusal ve uluslararası bilimsel toplantıların tatil ve dinlenme olanağı sağladığı fikrine, 50 ve üzeri yaş grubundaki akademik personele oranla daha büyük bir çoğunlukla katılmaktadır. Bu durum, gençlerin daha aktif olarak çalışıp daha fazla yoruldukları için, toplantıları da bir dinlenme

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

fırsatı olarak görmelerine bağlı olabilir. Ayrıca araştırma görevlileri bilimsel toplantılara genellikle dinleyici olarak katılırken, profesör, doçent ve diğer akademik personel konuşmacı olarak görev almaktadır. Bu durum la da toplantılar, profesör ve doçentler gibi akademik personel açısından daha yerucu geçmektedir. Ulusal ve uluslararası bilimsel toplantıların eski arkadaşlarla görüşme ve yeni arkadaşlar edinme imkanı tanıması görüşüne akademik personelin önemli bir kısmı katılmışlardır.

Bu araştırmada bilimsel toplantıların iyileştirilmesi için yapılan öneriler arasında araştırma görevlilerinin bilimsel toplantılara katılımı için maddi destek ve zaman açısından kolaylıklar sağlanması, toplantı sayısının azaltılması ancak içeriğinin daha bilimsel ve üst düzey olması, katılımcılara, özellikle gençlere konuşma ve sunum fırsatı verilmesi, uluslararası toplantılara katılım desteklenmesi bulunmaktadır.

Bilimsel toplantıları düzenleyen kurumların her toplantı için katılımcıların görüşlerini belirleyen anketler uygulayıp, bu anketleri değerlendirip belirli aralıklarla sonuçlarını yayınlamaları, gelecekte yapılacak toplantılar açısından faydalı olacaktır.

KAYNAKLAR

- 1)Fidan D.Aksakoğlu; Genel Tıp Eğitimine Alternatif Yaklaşımlar. Dünya Tıp Eğitimi Zirvesi, Edinburgh, 1993; Toplum ve Hekim cilt:12 sayı:79 s:32-34 Ankara, Mayıs-Haziran 1997.
- 2)Şevkat B. Özvarış; Tıp Eğitiminde Çağdaş Yaklaşımlar ve Türkiye'de Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi, Hacettepe Tıp Dergisi 31 (2): 185-191, 2000
- 3)Ayhan I.H; Mezuniyet Sonrası ve Sürekli Tıp Eğitimi. 1.Ulusal Tıp Eğitimi Kongresi, Ankara, 12-15 Kasım 1995
- 4)Baker M.D; FACS Maywood Medical Meetings: The Real Value. Bulletin American College of Surgeons Vol 186 Number 11, November 2001
- 5)Cutting W.A; How To Do It? Participate In On International Conference, BMJ 310 (6974): 249-251, Jan 28,1995
- 6)Carter E.R; Medical Meetings: A Change For Braindusting, Chest 112(2): 567, Aug 1997
- 7)Rubin C; Why Young Surgeons Must Get Involved . Bulletin American College of Surgeons, 85 (12): 25-27, 2000
- 8)Wheeler G; The Army American College of Physicians Annual Scientific Meeting: Attendee Motivation and Educational Value, Military med. 165: 211-13, 2000

Tablo 1. Çalışmaya katılan tıp fakültesi akademik personelinin bilimsel toplantıya katılma, son bir yıl içinde katıldıkları bilimsel toplantı sayılarının ve bu toplantı hakkındaki görüşlerinin dağılımı (Nisan2002, Ankara)

	Sayı	Yüzde(%)
BİLİMSEL TOPLANTIYA KATILMA (n=244)		
Katıldım	232	95,1
Katılmadım	12	4,9
SON BİR YILDA KATILINAN TOPLANTI SAYISI (n=215)**		
Hiç katılmayan	13	6,0
1-5	165	76,8
6-10	26	12,1
11-15	6	2,8
16-20	5	2,3
İLK TOPLANTI HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER (n=174)***		
Yararlı oldu	95	54,5
Bilimsel kalitesi yetersizdi	22	12,6
Motivasyon sağladı	20	11,4
Eğitim ve tecrübe kazandırdı	12	6,8
Fazla detaylı ve ekstremdi	9	5,1
Farklı bilim adamlarıyla tanışma imkanı sağladı	9	5,1
Fikir alışverişi imkanı sağladı	2	1,1
Toplantılar hakkında bilgi edindim	2	1,1
Organizasyon kötüydü	2	1,1
Tatil imkanı sağladı	1	0,5

*30 kişi ilk toplantıya katılma yılını belirtmemiştir.

**29 kişi son bir yıl içinde katıldıkları toplantı sayısını belirtmemiştir.

***70 kişi katıldıkları ilk toplantı hakkında görüş belirtmemiştir.

Tablo 2. Araştırmaya katılan tıp fakültesi akademik personelinin ulusal ve uluslararası bilimsel toplantılar hakkındaki görüşlere katılma durumlarının dağılımı (Nisan 2002, Ankara)

	Ulusal		Uluslararası	
	sayı	%	sayı	%
Eğitime katkı sağlaması	198	82,7	209	94,6
Bilgileri güncelleme olanağı vermesi	177	73,6	202	93,6
Konuyla ilgili uzmanlarla fikir alışverişi imkanı vermesi	175	73,4	181	83,5
Çok merkezli çalışmalar için zemin hazırlaması	107	44,5	120	55,1
Kendi çalışmaları için görüşmelerde bulunma fırsatı vermesi	141	59,4	146	69,6
Katılımcılara yeni iş olanakları sunması	57	24,8	67	31,3
Akademik motivasyon kaynağı olması	179	76,8	193	91,0
Tartışma ve farklı sunum teknikleri öğrenme fırsatı vermesi	171	73,6	190	88,7
Farmakolojik ve yeni teknolojik gelişmelerden haberdar olma imkanı sağlaması	165	69,0	189	87,1
Tatil ve dinlenme olanağı sağlaması	153	64,4	115	53,5
Eski arkadaşlarla görüşme olanağı sağlaması	181	75,1	118	55,3
Yeni arkadaşlar edinme olanağı sağlaması	151	66,9	137	67,7

BEŞİNCİ BÖLÜM:SOSYAL BİLİMLER, TIP EĞİTİMİ, SAĞLIK EĞİTİMİ, OKUL SAĞLIĞI

Tablo 3 . Araştırmaya katılan tıp fakültesi akademik personelinin bilimsel toplantıların (kongre ve sempozyumlar) daha yararlı olması için sundukları önerilerin dağılımı (Nisan 2002, Ankara)

	Sayı *	%
ÜCRETLER İLE İLGİLİ		
1-Toplantılara katılım ücreti daha uygun olmalı	37	22,0
2-Toplantı katılım ücretlerini üniversiteler ödemeli	7	4,0
3-Katılımcılara maddi destek sağlanmalı	6	3,6
4- Promosyonlar azaltılmalı	3	1,7
5- Toplantılar kar amaçlı olmamalı	2	1,2
TOPLANTI SAYISI İLE İLGİLİ		
1-Toplantı sayıları azaltılmalı	18	11,0
2-Toplantı sayıları artırılmalı	4	2,4
3-Toplantılara katılım sıklığı artırılmalı	2	1,2
KONUŞMACILAR İLE İLGİLİ		
1-Konusunda bilgili konuşmacılar sunum yapmalı	12	7,2
2-Konuşmacının sunum tekniği yeterli olmalı	3	1,7
3- Toplantılara yabancı katılımcıların katılması sağlanmalı	2	1,2
4- Sunumlarda kitap bilgisinden çok kişisel tecrübelere yer verilmeli	1	0,6
KONULAR İLE İLGİLİ		
1-Spesifik konular seçilmeli	9	5,4
2-Toplantı konuları bilimsel olmalı	7	4,0
3-Sunumlarda ayrıntılardan kaçınılmalı	5	3,0
4-Küçük gruplarla tartışma ortamı sağlanmalı, workshop'lar yapılmalı	5	3,0
5-Yeni bilgiler verilmeli	4	2,4
6-Sunum konuları yenilenmeli	4	2,4
7-Geniş spektrumlu düşünme sağlanmalı	4	2,4
8-Toplantı içeriği daha üst düzey olmalı ve zenginleştirilmeli	4	2,4
9-Sunumlarda aynı şeyler tekrarlanmamalı	3	1,7
10-İlgili konular birarada anlatılmalı	2	1,2
11-Konu seçimi daha titiz olmalı	1	0,6
12-Bilimsel süzgeç çalıştırılmalı,doçent olma kaygısı bilimsel ilginin üzerinde değerlendirilmemeli	1	0,6
TOPLANTI ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ		
1-Panel saatlerinin çatışmamasına dikkat edilmeli	8	4,8
2-Toplantılardaki turistik etkinlikler daha az olmalı	6	3,6
3-Araştırma görevlileri için daha uygun katılım programı uygulanmalı	5	3,0
4-Toplantıların başlama ve bitiş saatleri daha uygun olmalı	4	2,4
5-Toplantılar şehir dışında yapılmalı	3	1,7
6-Kongre yerine sempozyum ve kurslar düzenlenmeli	2	1,2
7-Toplantılar akademik yıl dışında düzenlenmeli	2	1,2
DiĞER		
1-Katılımcılara konuşma ve sunu fırsatı verilmeli	24	14,4
2-Genç hekimlere sunum için teşvik verilmeli	6	3,6
3-Uluslararası toplantılara katılım desteklenmeli	3	1,7
4-Ulusal ve uluslararası üniversiteler arasında otasyon olanağı sağlanmalı	1	0,6

* n=167

MERSİN İLİNDE 65 YAŞ VE ÜZERİNDE HİPERTANSİYON, FARKINDA OLMA, TEDAVİ ALMA VE KONTROL DURUMU: 14 SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE 1143 KİŞİYİ KAPSAYAN BİR PREVALANS ÇALIŞMASI

Cafer Tayyar ŞAŞMAZ*, Resul BUĞDAYCI*, Hanife TEZCAN*, A.Öner KURT*

*Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Amaç:Hipertansiyon kardiyovasküler sistem hastalıkları için önemli bir risk faktörüdür. Hala hipertansiflerin çoğu bu hastalıklardan habersiz yaşamakta ve farkında olanlarda yeterince tedavi almamaktadır. Bu çalışma ile 65 yaş üzeri yaşlı popülasyonda HT prevalansını, farkında olma ve tedavi alma durumunu ve tedavi alanlarda tansiyonun kontrolünü araştırmayı amaçladık. **Yöntem:** Kesitsel tipte planlanan bu çalışmaya 1143 kişi katıldı. Çalışma 8'i İlçel merkezinde olmak üzere toplam 14 sağlık ocağı bölgesinde yürütüldü. Tansiyon ölçümleri aneroid tip bir sfingomanometre ile yapıldı. **Bulgular:** Çalışma sonunda: 65 yaş üzerinde HT prevalansının %63.0, HT farkındalık oranının %59.3, farkında olanlarda tedavi alma oranının %88.1 ve tedavi alanlarda kontrol oranının %29.0 olduğu tespit edildi. Kadınlarda, şişman olanlarda, kentte yaşayanlarda ve sosyoekonomik durumu düşük olanlarda HT prevalansı daha yüksekti. **Sonuç:** HT'un farkında olanlarda tedavi alma oranı yüksek olsa da, tedavi etkinliğinin çok düşük olduğu tespit edildi. Birinci basamak sağlık kurumlarına gelen her erişkinde HT değerlendirmesi yapılmalı ve tanı konularında tedavi takip edilmelidir.

Anahtar kelimeler: Hipertansiyon, antihipertansif tedavi, yaşlı, prevalans, farkındalık.

GİRİŞ

Bebek ölümlerinin azalması ve enfeksiyöz-paraziter hastalıkların kontrol altına alınmasıyla gelişmekte olan ülkelerin çoğunda ortalama yaşam süresi uzamıştır ve kardiyovasküler sistem (KVS) hastalıkları insanları en çok öldüren sağlık sorunları haline gelmiştir (1,2). Bugün Türkiye'de de aynı süreç yaşanmakta ve ölümlerin %49.7'sinin KVS hastalıklarından, %7.2'sinin bulaşıcı ve paraziter hastalıklardan kaynaklandığı rapor edilmiştir (3).

Türkiye'de HT ile ilgili epidemiyolojik çalışmalar sınırlıdır. Yapılan çalışmalarda HT prevalansının Batı Avrupa, ABD ve Japonya'nın oranlarına yakın, farkındalığın düşük ve tedavi alanlarda HT kontrolünün çok düşük olduğu bildirilmektedir. Ayrıca her iki cinsiyette fiziksel aktivitenin yetersizliği, ayrıca erkekler arasında sigara içiciliğinin, kadınlar arasında şişmanlığın yaygın olması HT prevalansını artıracağı bildirilmektedir (4,5).

Bu çalışmada Mersin İlinde, 65 yaş ve üzeri popülasyonda HT prevalansı, farkında olma durumu, antihipertansif tedavi alma ve tedavi alanlarda HT kontrolünün araştırılması amaçlandı.

YÖNTEM

Kesitsel tipte planlanan bu çalışma 2001 yılında Mersin'de yapıldı. Çalışma evreni: şehir merkezi ve şehir merkezine bağlı köylerde oturan 65 yaş ve üzerindeki popülasyon olarak belirlendi. Araştırma bölgesinin toplam nüfusu 759785 kişi olup, 29440'ı (%3.9) 65 yaş ve üzerindedir. Minimum örnek büyüklüğü 1000 kişi olarak hesaplandı. Rasgele seçilen sağlık ocaklarında sistematik tabakalı örnekleme metoduyla 1250 kişi çalışma grubuna alındı.

Kan basıncı (KB) ölçümünde cıvalı bir manometre ile karşılaştırılan aneroid tip bir manometre kullanıldı. Bütün ölçümler tek araştırmacı hekim tarafından araştırmaya katılanların evlerine gidilerek yapıldı. On dakika sessiz bir ortamda dinlenmeyi takiben, 10 dakika arayıyla, oturur pozisyonda sol koldan iki ölçüm yapıldı ve kaydedildi. Ölçülen sistolik basınçların aritmetik ortalaması sistolik kan basıncı (SKB), diastolik basınçların aritmetik ortalaması diastolik kan basıncı (DKB) olarak kaydedildi (6,7).

Ortalama sistolik KB ≥ 140 mm Hg ve/veya ortalama diastolik BP ≥ 90 mm Hg ve/veya halen antihipertansif tedavi alanlar "Hipertansiyon (HT)" olarak kabul edildi (6,7). Standart tanımlamaya göre HT olanlar içinde antihipertansif tedavi alanlar veya kendisinde HT olduğunu rapor edenler "Hipertansiyonun farkında" olarak değerlendirildi. Standart tanımlamaya göre HT olanlar içinde antihipertansif tedavi alanlar "Tedavi alan hipertansifler" olarak değerlendirildi. Antihipertansif tedavi alanlarda ölçümler sonrasında, ortalama sistolik KB < 140 mm Hg ve ortalama diastolik KB < 90 mm Hg olanlar "Hipertansiyonu kontrol altında" olarak kabul edildi.

Verilerin özetlenmesinde tanımlayıcı istatistikler, değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare, ki-kare for trend ve t testi kullanıldı. HT farkındalığı ve tedavi alma durumunu etkileyen faktörler Binary Logistik Regresyon kullanılarak araştırıldı.

BULGULAR

Çalışmaya 583'ü (%51.0) erkek, 560'ı (%49.0) kadın olmak üzere toplam 1143 kişi katıldı. Çalışmaya katılanların 850'si (%74.4) 65-74 yaş, 250'si (%21.9) 75-84 yaş arasında ve 43'ü de (%3.7) 85 yaş ve üzerindedir (Tablo 1).

65 yaş üzerinde HT prevalansı %63.0 olarak tespit edildi. HT tanısı alanların: %15.1'i tedavi alan ve kontrol altında, %59.3'ü Evre I (SKB ≥ 140 mmHg veya, DKB ≥ 90 mmHg), %10.8'i Evre II (SKB ≥ 160 mmHg veya, DKB ≥ 100 mmHg) ve %14.8'i de Evre III-IV'tü (SKB ≥ 180 mmHg veya, DKB ≥ 110 mmHg). İzole sistolik HT prevalansı %25.5 (SKB ≥ 140 mmHg ve, DKB < 90 mmHg) olarak tespit edildi.

HT prevalansı: kadınlarda, evli olmayanlarda, okuryazar olmayanlarda, şehirde oturanlarda, sigara ve alkol içmeyenlerde, spor yapmayanlarda ve şişmanlarda daha yüksekti (Tablo 2).

HT'ü olanların %59.3'ü hastalığının farkındaydı. Farkındalık oranı kadınlarda %71.7, erkeklerde %43.1 olarak tespit edildi ($\chi^2=60.02$, SD=1, p=0.000). Kilo artışı ile farkındalık arasında pozitif lineer bir ilişki vardı. Bu ilişkiye göre şişmanlarda (VKI ≥ 30), farkındalığın 1.53 kat daha fazla olduğu tespit edildi (χ^2 for trend=18.05, SD=1, p=0.000).

Logistik regresyon modelinde, kadın olmak HT farkındalığı artıran en önemli faktördü (OR=4.08, CI: 2.8021-5.9517, p=0.000). Şehirde oturmak, HT dışında kronik bir hastalığın olması, okuryazar olmak ve evde oturan kişi sayısının fazlalığı farkındalığı artıran diğer faktörler olarak saptandı (Tablo 3). HT olduğuna bilenenlerin %88.1'inin (HT'ü olanlar içinde bu oran %52.2) antihipertansif tedavi aldığı ve bu oranın erkeklerde %88.1, kadınlarda ise %88.0 olduğu saptandı. Logistik regresyon modelinde: HT dışında kronik bir hastalığın olması, şehirde yaşama ve yaş artışının tedavi alma durumunu artıran faktörlerdi. Aynı modelde farkındalık süresi arttıkça tedavi alma durumu azalmaktaydı (Tablo 4).

Antihipertansif tedavi alanların %29.0'ında (HT'ü olanlarda bu oran %15.1) HT kontrol altındaydı. Bu oranlar erkeklerde %30.3, kadınlarda %28.4'tü. Antihipertansif tedavi alanlarda hipertansiyonun kontrolü ile cinsiyet, yaş, kilo, yerleşim yeri, medeni durum ve eğitim durumu gibi sosyodemografik özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

TARTIŞMA

HT uzun süre sessiz seyredilen, kolay tanı konan ve tedavi edilebilen bir hastalıktır. Yaşın ilerlemesine bağlı olarak hastalığın görülme sıklığı ve mortalitesi artmaktadır. Mohsen ve arkadaşları (8) HT prevalansının 25-34 yaş arasında %7.8, 65-74 yaş arasında %59.4 olduğunu bildirmektedir. Aynı çalışmada kadınlarda tüm yaş gruplarında HT prevalansının daha yüksek olduğu rapor edilmiştir. Diğer saha çalışmalarında 65 yaş üzerinde HT prevalansının kadınlarda %54.5 ile 72.4, erkeklerde %48.0 ile 69.4 arasında değiştiği ve prevalansın kadınlarda daha yüksek olduğu bildirilmektedir (9,10,11,12). Çalışmamızda 65 yaş üzerinde HT prevalansının kadınlarda %72.7, erkeklerde %53.7, toplamda %63.0 olduğu saptandı. Sonucumuz diğer çalışmalarla benzer olup, bu yaş grubunda kadınların daha fazla risk altında olduğunu doğrulamaktadır.

Tuzdan zengin, potasyumdan fakir bir diyet, şişmanlık, aşırı alkol tüketilmesi, yetersiz fiziksel aktivite ve düşük sosyoekonomik durum HT için major risk faktörleri olarak kabul edilmektedir. Özellikle çalışmalarda VKİ ile HT arasındaki ilişki vurgulanmaktadır (10,12,13,14,15,16,17). Çalışmamızda şişman olanlarda, şehirde yaşayanlarda, spor yapmayanlarda, aktif olarak çalışmayanlarda, yalnız yaşayanlarda ve okuryazar olmayanlarda HT prevalansının beklendiği gibi daha yüksek olarak tespit edildi (Tablo 2). Bu özellikler (şehir hariç) yukarıda da sayıldığı gibi sedentary bir yaşam şekli ve düşük sosyoekonomik durum göstergesi olarak kabul edilmektedir. Kırsal kesimde yaşayanlarda HT prevalansının daha az olması burada yaşayanlarda şişmanlığın daha az olmasıyla açıklanabilir (VKİ \geq 30: köy %20.1, şehir %25.5, $\chi^2=19.2$ SD=1, p=0.000).

Alkolün belli bir eşik değerden sonra artan miktarlarda ve düzensiz olarak alınması HT ve KVS hastalıkları için ciddi bir risk oluşturmaktadır (4,15,17,18,19). Sigaranın KVS hastalıkları üzerine olan olumsuz etkisi bilinmesine rağmen, HT üzerine olan etkisi net olarak gösterilememiştir (20,21). Yeni yapılan çalışmalarda, HT olanlarda sigara içiminin daha az olduğu bildirilmektedir (10,16,22). Çalışmamızda alkol ve/veya sigara içenlerde HT prevalansı daha düşük bulundu (Tablo 2). Bu sonuç literatürle uyumludur.

Bursztyn ve arkadaşları (11) 70 yaş üzerinde erkek ve kadınlarda sırasıyla HT farkındalığını %71.4 ve %81.9, Joffer ve arkadaşları (10) 55-74 yaş arasında %81 ve %91, Lang ve arkadaşları (23) 50 yaş üzerinde %59.9 ve %76.6, Sönmez ve arkadaşları (12) 18 yaş üzerinde %45.7 ve %69.5 olarak bildirmektedir. Türkiye'de yaşlı popülasyonda yapılan çalışmalarda HT farkındalığının %47.6 ile %81.8 arasında değiştiği bildirilmektedir (17,24). Çalışmamızda HT olanların %59.3'ü hastalığının farkındaydı ve bu oran erkeklerde %43.1, kadınlarda %71.7'dir. Kadınların daha fazla sağlık hizmeti talep etmesi bu durumu açıklayabilir (25).

Lang ve arkadaşları (23) 50 yaş üzerinde HT olduğunu bilen kadınların %89.9'unun tedavi aldığını ve bu oranın erkeklerde %82.5, Joffres ve arkadaşları (10) 55-74 yaş grubunda bu oranların sırasıyla %91 ve %81, Sönmez ve arkadaşları da (12) 18 yaş üzerinde bu oranların sırasıyla %85.1 ve %89.9 olduğunu bildirmektedir. Çalışmalarda genellikle tedavi alma oranı kadınlarda daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda HT'un farkında olanlarda tedavi alma oranının %88.1 olduğu ve erkekler ile kadınlar arasında fark olmadığı tespit edildi. Lojistik regresyon modelinde, şehirde yaşamının ve HT dışında kronik bir hastalığın olması tedavi alma oranını artırdığı görülmektedir (Tablo 4).

18 yaş üzeri popülasyonda yapılan çalışmalarda antihipertansif tedavi alanlarda kontrol oranının %19.8-50.0 arasında değiştiği ve genelde kadınlarda ve yaşlılarda kontrol oranının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (12,14,22). Çalışmamızda antihipertansif tedavi alanların %29.0'unun, HT olanların %15.1'inin kontrol altında olduğu tespit edildi.

Çalışma sonunda; 65 yaş üzerinde HT prevalansının %63.0, HT farkındalık oranının %59.3, farkında olanlarda tedavi alma oranının %88.1 ve tedavi alanlarda kontrol oranının %29.0 olduğu tespit edildi. HT olduğunun farkında olanlarda tedavi alma oranı yüksek olsa da, tedavi etkinliğinin çok düşük olduğu görülmektedir.

Türkiye'de 5700'ü aşkın sağlık ocağı ile yaygın bir "birinci basamak sağlık hizmeti" sunulmaktadır. Bu merkezlerde HT eğitim ve kontrol projeleri geliştirilmeye çalışılmaktadır. Bu projelerin tüm ülkeyi kapsayacak şekilde yaygınlaştırılması HT'un erken tanı, tedavi ve kontrolünü sağlayacaktır. Ayrıca temel eğitim sürecinde çocuklara ve kitle iletişim araçlarıyla halka yapılacak sağlık eğitimleriyle toplumda HT bilinci ve farkındalığı artırılabilir.

KAYNAKLAR

- 1 José R. Banegas; Fernando Rodríguez-Artalejo; Juan José de la Cruz Troca; Pilar Guallar-Castillón; Juan del Rey Calero. Blood Pressure in Spain: Distribution, Awareness, Control, and Benefits of a Reduction in Average Pressure. *Hypertension*. 1998;32:998-1002.
- 2 Tunstall-Pedoe H. Cardiovascular diseases. Detels R. Holland WW. McEwen J. Omenn GS. Oxford Textbook of Public Health, Third Edition. Volume 3. Oxford University Press 1997, New York :1021-1042.
- 3 Death Statistics. Health Statistics Yearbook of Turkey 1987-1994. Department of Research, Planning and Coordination. Ankara 1997.
- 4 Özcan N, Tüzün A. Yaşlılık ve Hipertansiyon. Özcan N. Hipertansiyon İdeal Matb. San Ankara 1995.
- 5 Onat A. Risk factors and cardiovascular disease in Turkey. *Atherosclerosis*, 2001;156:1-10.
- 6 WHO Expert Committee on Hypertension Control Geneva, 24-31 October 1994. www.who.int/ncd/cvd/trs862.html
- 7 Türk Kardiyoloji Derneği. Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu. 2000.
- 8 M. Mohsen I, Hussein R; Lawrence JA; Wafaa EA; Sherif H; Yasser S et al. Hypertension Prevalence, Awareness, Treatment, and Control in Egypt. Results From the Egyptian National Hypertension Project (NHP). *Hypertension*. 1995;26:886-890.
- 9 Pan W-H, Chang H-Y, Yeh W-T, Hsiao S-Y, Hung Y-T. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Taiwan: results of Nutrition and Health Survey in Taiwan (NAHSIT) 1993-1996. *Journal of Human Hypertension* 2001;15:793-798
- 10 Joffres MR, Hamet P, Rabkin SW, Gelskey D, Hogan K, Fodor G. Prevalence, control and awareness of high pressure among Canadian adults. *Can Med Assoc J*, 1992;146(11):1997-05.
- 11 Bursztyn M, Shpilberg O, Ginsberg GM, Cohen A, Stessman J. Hypertension in the Jerusalem 70 year olds study population: prevalence, awareness, treatment and control. *Isr J Med Sci* 1996;32:629-633.
- 12 Sönmez HM, Başak O, Camcı C, Baltacı R, Karazeybek HŞ, Yazgan F, Ertin İ, Çelik ŞÇ. The epidemiology of elevated blood pressure as an estimate for hypertension in Aydin, Turkey. *Journal of Human Hypertension*, 1999;13:399-404.
- 13 Stamler J, Stamler R, Neaton JD. Blood pressure, systolic and diastolic, and cardiovascular risks. *Arc Intern Med* 1993;153:598-615.
- 14 Freeman V, Fraser H, Forrester T, Wilks R, Cruickshank J, Rotimi C, Cooper R. A comparative study of hypertension prevalence, awareness, treatment and control rates in St Lucia, Jamaica and Barbados. *Journal of Hypertension* 1996;14:495-501.
- 15 Kaplan NM. Hypertension in the Elderly. Martin Dunitz Ltd. United Kingdom 1999.
- 16 Jo I, Ahn Y, Lee J, Shin KR, Lee JK, Shin C. Prevalence, awareness, treatment, control and risk factors of hypertension in Korea: the Ansan study. *J of Hypertension* 2001;19:1523-32.
- 17 Çoğ M. Hipertansiyon Epidemiyolojisi. Özkan Mabbast, Ankara 1994.
- 18 Wannamethee SG, Shaper G. Type of alcoholic and risk of major coronary heart disease events and all-cause mortality. *AJPH* 1999;89(5):685-90.
- 19 Xin X, He J, Frontini MG, Ogen LG, Motsamai OI, Whelton PK. Effects of Alcohol Reduction on Blood Pressure. A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Hypertension*. 2001;38:1112.

ALTINCI BÖLÜM:KRONİK HASTALIKLAR

- 20 Lingrade F, Furu M, Ljung BO. A longitudinal study on the significance of of environmental and individual factors associated with the development of essential hypertension. J Epidemiol Comm Health, 1987;41:220-226.
- 21 Shaper AG, Ashey Dand Pocock SJ. Blood pressure and hypertension in middle-aged British men. Journal of Hypertension, 1988;6:367-374.
- 22 Stergiou GS, Thomopoulou GC, Skeva H, Mountokalakis TD. Prevalance, awareness, treatment, and control of hypertension in Greece. AJH 1999;12:959-965.
- 23 Lang T, Gaudemaris R, Chatellier G, Hamici L, Diene E. Prevalance and therapeutic control of hypertension in 30 000 subjects in the workplace. Hypertension 2001;38:449-454.
- 24 Baharlı N, Aktekin MR. Antalya kent merkezindeki seçilmiş sağlık ocaklarına başvuranlarda hipertansiyon için farkında olma oranı ve bunu etkileyen faktörler. Sağlık ve Toplum 1999;1:8-12.
- 25 Toros A, Öztekin Z. Major issues of health services utilization in Turkey. Health Services Utilazition Survey in Turkey. Ministry of Health, Turkey. 1996:s 89.

Tablo 1. Çalışmaya katılanların demografik özellikleri

Özellikler	Erkek		Kadın	
	n	%	n	%
65-74	437	75.0	413	73.8
75-84	124	21.3	126	22.5
85 ve +	22	3.7	21	3.7
Evli	498	85.4	274	48.9
Diğer	85	14.6	286	51.1
Okuryazar değil	96	16.5	329	58.8
Okuryazar	487	83.7	231	41.2
Kentte yaşayanlar	416	71.4	384	68.6
Köyde yaşayanlar	167	28.6	176	31.4
Hiç sigara içmeyen	178	30.5	471	84.1
Sigara içen veya bırakan	405	69.5	89	15.9
Hiç alkol içmeyen	374	64.2	555	99.1
Alkol içen veya bırakan	209	35.8	5	0.9
VKI* (kg/m ³) <24.0	197	33.8	113	20.2
24.0-29.9	313	53.7	247	44.1
≥30.0	73	12.5	700	35.7

*Vücut kitle indeksi

Tablo 2. HT ve HT evrelerinin demografik özelliklere göre dağılımı.

Özellikler	Hipertansiyon		p
	Var (n=720)	Yok (n=423)	
Toplam	63.0	37.0	
Erkek			
Kadın	53.7	46.3	0.000
	72.7	27.3	
65-74			
75-84	62.1	37.9	0.440
85 ve +	66.4	33.6	
	60.5	39.5	
Evli			
Diğer	59.8	40.2	0.001
	69.5	69.5	
Okuryazar değil			
Okuryazar	71.1	28.9	0.000
	58.2	41.2	
Kent			
Köy	65.0	35.0	0.032
	58.3	41.7	
Hiç sigara içmeyen			
Sigara içen veya bırakan	68.0	32.0	0.000
	56.5	43.5	
Hiç alkol içmeyen			
Alkol içen veya bırakan	65.1	34.9	0.002
	53.7	46.3	
Spor yapıyor			
Spor yapmıyor	57.0	43.0	0.001
	66.8	33.2	
VKI (kg/m ³) <24.0			
24.0-29.9	50.3	49.7	0.000
≥30.0	64.8	35.2	
	73.6	26.4	

Table 3. HT farkındalığını etkileyen faktörler.

Değişken	n	Exp B (OR)	95% Confidence Interval		p değeri
			Lower	Upper	
Kadın	407	4.08	2.8021	5.9517	0.000
Erkek	313	1.00			
Kentte yaşayanlar	520	1.89	1.3228	2.6992	0.000
Köyde yaşayanlar	200	1.00			
Okuryazar	418	1.57	1.0702	2.3018	0.021
Okuryazar değil	302	1.00			
Kronik hastalık var	402	1.78	1.2937	2.4566	0.000
Kronik hastalık yok	318	1.00			
Evde yaşayan kişi sayısı	720	1.12	1.0254	1.2178	0.020

Table 4. Antihipertansif tedavi almayı etkileyen faktörler.

Değişken	n	Exp B (OR)	95% Confidence Interval		p değeri
			Lower	Upper	
Kentte yaşayanlar	324	2.35	1.2099	4.5726	0.011
Köyde yaşayanlar	103	1.00			
Yaş	427	1.06	1.0067	1.1175	0.027
Kronik hastalık var	266	4.35	2.2662	8.3665	0.000
Kronik hastalık yok	161	1.00			
HT farkında olma süresi	427	0.93	0.8919	0.9847	0.010

MERSİN'DE İLKÖĞRETİM 2.- 5. SINIF ÖĞRENCİLERİNDE BAŞAĞRISI: 23 OKULDA 5562 ÖĞRENCİYİ KAPSAYAN BİR PREVALANS ÇALIŞMASI

Resul BUĞDAYCI¹, Aynur ÖZGE², Tayyar ŞAŞMAZ¹, A. Öner KURT³, Hakan KALEAĞASI⁴, Ali KARAKELLE⁴, Hanife TEZCAN³, Akşel SIVA⁵

¹Yrd.Doç.Dr., Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Mersin,

²Yrd.Doç.Dr., Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji AD Mersin,

³Arş.Gör.Dr., Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Mersin,

⁴Arş.Gör.Dr., Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji AD Mersin,

⁵Prof. Dr., Cerrahpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji AD İstanbul

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada; Mersin'de ilköğretim okullarında okuyan öğrencilerde tekrarlayan başağrısı prevalansının saptanması amaçlandı. **Yöntem:** Örneklem seçiminde çok aşamalı, (sınıf derecesine ağırlıklı) tabakalı küme örnekleme yöntemi kullanıldı. Mersin Merkezindeki 82 ilköğretim okulunun 23'ü çalışmaya alındı. 2.-5. sınıflara devam eden toplam 60170 kişilik evrenden 5777 (%9.60) kişilik örneklem alındı. Önemli veri eksikliği olan 215 öğrenci araştırma dışı bırakılarak, 5562 öğrencinin verileri analiz edildi. Öğrenciler (yüzyüze) ve onların anne-babaları (kendileri doldurdıkları) iki ayrı anket aracılığı ile başağrısı ve başağrısının klinik özelliklerine ilişkin olarak sorgulandı. **Bulgular:** Tekrarlayan başağrısı prevalansı %49.2 (2739/5562) olarak bulundu. Şu anda başın ağrıyor mu? sorusunu öğrencilerin %31.3'ü (859/2739) evet yanıtı verdi. Çalışmamızda migren prevalansı %10.4, gerilim tipi başağrısı prevalansı %24.7 ve tiplendirilemeyen başağrısı %14.1 olarak saptandı. Binary lojistik regresyon analizinde; yaş, kız öğrenci olmak, düşük gelir seviyesi, anrede düşük öğrenim seviyesi, ailede başağrısı öyküsü, yolculukta araba tutması öğrencide başağrısı olma riskini artıran faktörler olarak belirlendi. **Sonuç:** Başağrısı çocuklarda çok yaygın ve kronik bir halk sağlığı sorunudur. Okul sürecinde eğitim ve öğrenimi ayrıca yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyen başağrısı daha yoğun biçimde çalışılmalıdır. İlköğretim okullarında öğrencilerin rutin olarak okula giriş muayenelerinin yapılmasının başağrısı yanısıra birçok sağlık sorununun takip ve tedavisinde yararlı olacağı kanısındayız.

▲ **nahtar sözcükler:** Başağrısı, migren, gerilim tipi başağrısı, prevalans, öğrenci

GİRİŞ

Tekrarlayan başağrıları çocuk yaş grubunda oldukça yaygındır (1,2). Okul çocukları arasında %6'dan %82'ye varan başağrısı sıklıkları bildirilmektedir. Bu oranların değişkenliğinde, kullanılan yöntem ve tanı ölçütlerinin farklı olması da etkindir (3,4,5). Bazı çalışmalarda başağrısının düşük ekonomik duruma ilişkili olduğu bildirilirken (1,6,7), bazılarında ise (8,9) ise böyle bir ilişki olmadığı belirtilmektedir.

Muayene hekimliği deneyimlerinden kaynaklanan bir hipoteze göre; migren, yüksek sosyal sınıflara ve zeki insanlara özgü bir hastalık olarak görülmektedir. Ancak topluma dayalı prevalans çalışmaları bu hipotezi desteklememektedir (10,11). Sosyokültürel düzeyi yüksek hastaların hekime daha çok gitmeleri sonucu böyle bir düşünce oluşmuştur (12).

Bu çalışmada; ilköğretim 2., 3., 4. ve 5. sınıf öğrencilerinde (8-12 yaş) tekrarlayan başağrısı prevalansı ve etkileyen faktörlerin saptanması amaçlandı.

YÖNTEM

Okul tabanlı kesitsel tipte analitik bir çalışma olan bu çalışmada; çok aşamalı, sınıf derecesine göre ağırlıklandırılmış tabakalı küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Mersin'de ilköğretim 2.-5. sınıflara devam eden toplam 60170 öğrenci bulunmaktadır. Migren prevalansı %10 kabul edildiğinde, (beklenen en kötü değer aralığı %9-11 olmak koşuluyla) 60170 kişilik bir evrenden %99 güvenilirlikle beklenen prevalansa ulaşılması için seçilmesi gereken örneklem büyüklüğü 5432'dir (EPI6 INFO). Önce Mersin Merkezde bulunan 82 ilköğretim okulu buldukları yerleşim yerinin sosyoekonomik ve kültürel durumuna göre (iyi, orta ve kötü olarak) 3 gruba ayrıldı. Her gruptan ağırlığına göre kura ile 23 okul belirlendi. Okullarda sınıflar da tesadüfi olarak belirlendi.

Bu şekilde 60170 kişilik evrenden alınan toplam 5777 (%9.60) kişilik örneklem büyüklüğünün evreni iyi bir şekilde temsil edeceği kabul edildi. Analiz sırasında veri eksikliği olan 215 öğrenci araştırma dışı bırakılarak, 5562 öğrencinin verileri analiz edildi.

Öğrenciler (sınıf ortamında yüzyüze görüşülerek); ve anne-babaları (evde kendi kendilerine doldurdıkları) başağrısı ve başağrısının klinik özelliklerine ilişkin olarak iki ayrı anket aracılığı ile sorgulandı.

Basağrısı tanısı ve sınıflandırma için International Headache Society (IHS) (13) kriterleri kullanıldı. İstatistiksel analizlerde; ki-kare, student t testi, mann-whitney-u, önemlilik testleri ve risklerin belirlenmesinde Binary Lojistik Regresyon (BLR) kullanıldı.

BULGULAR

Çalışmamızda; tekrarlayan başağrısı prevalansı %49.2 (2739/5562) olarak bulundu. Görüşme sırasında "Şu anda başın ağrıyor mu?" sorusunu öğrencilerin %31.3'ü (859/2739) "evet" olarak yanıtladı. Gerilim tipi başağrısı prevalansı %24.7, migren prevalansı %10.4 ve tiplendirilemeyen başağrıları %14.1 olarak saptandı.

Kız öğrencilerde başağrısı oranı erkek öğrencilere göre anlamlı derecede fazlaydı (p=0.000). Başağrısı olanlarda yaş ortalaması önemli derecede daha yüksekti (p=0.000). Ailenin ilk çocuğu olan, anne babası ayrı yaşayan ve babası işsiz olan çocuklarda başağrısı oranları daha yüksekti (Tablo 2).

Ailesi göç ile gelen çocuklarda başağrısı daha fazlaydı (χ^2 : 4.63, df:1, p=0.03).

Basağrısının olup olmamasının bağımlı değişken olduğu binary lojistik regresyon analizinde; öğrencinin yaşı, kız öğrenci olmak, düşük sosyoekonomik durum, anrede düşük öğrenim seviyesi, anne, baba, kardeş veya ikinci derecede akrabalarda başağrısı öyküsü olması, taşıt tutması başağrısı olma riskini artıran faktörler olarak belirlendi (Tablo 3)

En yaygın başağrısı lokalizasyonu alın bölgesi (%38.6), en çok görülen ağrı biçimi zonklayıcı tip (%42.2) olarak bulundu. Başağrısı sırasında en çok yakılan bulgu fonofobiydi (%47.4). Başağrısını tetikleyici etkenler sırasıyla: sıcak hava (%35.2), ders çalışmak (%33.5), TV seyretmek (%32.1) ve açlık (%23.6) olarak saptandı.

TARTIŞMA

Daha önce yapılmış çalışmalar (3,4,5,7,14,15) 7-15 yaş grubunda %6 - %82'ye varan oranlarda başağrısı bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda, başağrısı prevalansı %49,2'dir. Sonuçları kullanılan başağrısı tanı kriterlerine ve yaşların dağılımını göre farklılık gösterebilir. Bizim çalışmamızda örneklem %97'si 8-12 yaş grubunda (min:7 max:16) olan öğrencilerden oluşuyordu. Her iki öğrenciden birinde başağrısı olması başağrısının bu yaş grubunda çok yaygın bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir.

Mortimer ve arkadaşları (16) yaptıkları çalışmada başağrısının okul öncesi dönemden adolesan dönemin ortasına doğru dikkat çekici bir artış gösterdiğini bildirmektedir. Çalışmamızda öğrencilerde yaş arttıkça başağrısı da artmaktadır.

Bazı okul tabanlı çalışmalarda %4 ile %63 arasında değişen migren ve %0,9 dan %16'ya kadar gerilim tipi başağrısı (GB) prevalansları bildirilmiştir (4,8,14,17). Bizim çalışmamızda migren %10,2 ve GB ise %24,7 olarak bulunmuştur.

Amerika Birleşik Devletlerinde iki toplum tabanlı çalışmada migren ile eğitim seviyesi arasında ters bir ilişki saptanmıştır (18,19). Bizim çalışmamızda annenin düşük eğitim seviyesi başağrısı prevalansını etkileyen en önemli faktör olarak ortaya çıktı.

Bazı çalışmalar (20-23) ailenin düşük ekonomik durumları ile çocukların başağrısı prevalansı arasında belirgin bir ilişki bulamazken; diğer bazı çalışmalarda (7,19,24) ise belirgin ilişki saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da ailenin düşük ekonomik durumu okul çocuklarında başağrısı riskini artıran önemli bir faktördür.

Silberstein (25) yaptığı çalışmada migrenli çocukların ailelerinin %50-60'ında migren öyküsü olduğunu, %80'inde de birinci derece akrabalarında migren olduğunu saptamıştır. Çalışmamızda başağrısı olan çocukların ailelerinin %81'inde, birinci derece akrabalarının %58'inde başağrısı öyküsü vardı.

Aromaa (26) yaptığı çalışmada (bizim çalışmamıza benzer şekilde) çocuğun annesinde başağrısı olmasının ve çocuğu yoleculuk sırasında taşıt tutmasının başağrısı riskini artırdığını saptamıştır.

Karvautz (27) yaptığı çalışmada gerilim tipi başağrısı olan çocuklarda boşanmış ailelerin çoğunlukta olduğunu bildirmektedir. Evlilik sorunları olan ya da parçalanmış ailelerin çocuklarında başağrısı daha fazla bildirilmiştir (28). Bizim çalışmamızda buna ek olarak işsiz babaların çocuklarında da başağrısı oranları daha fazlaydı.

Afien (29) İsveç'te göç eden rillerde çocukların daha fazla başağrısı olduğunu bildirirken; Carlsson (1) yine İsveç'te yaptığı çalışmada göçle başağrısı arasında bir ilişki olmadığını rapor etmektedir. Bizim çalışmamızda göç eden ailelerin çocuklarında başağrısı daha fazlaydı. Çalışma sonuçlarımızın diğer çalışmalarla karşılaştırılması Tablo 4'te sunulmuştur.

SONUÇ

Başağrısı çocuklarda düşünüldüğünden çok daha yaygın bir halk sağlığı sorunudur. Bu nedenle; okul sürecinde eğitim ve öğrenimi ayrıca yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyen başağrısı daha detaylı ve yoğun biçimde çalışmalıdır. İlköğretim okullarında öğrencilerin rutin olarak okula giriş muayenelerinin yapılmasını başağrısı yanısıra birçok sağlık sorununun da takip ve tedavisinde yararlı olacağı kamsındayız. Özellikle öğrenci sayısının 1000'nin üzerinde olduğu ilköğretim okullarında bir okul hemşiresinin görevlendirilmesi çok yararlı bir yapılabilecektir. Bu şekilde hastalıkların tanı-tedavi ve takibi de kolaylaşacaktır.

KAYNAKLAR

1. Carlsson J. Prevalence of headache in schoolchildren: relation to family and school factors. *Acta Paediatr* 1996; 85:692-696.
2. Lipton RB, Maytal J, Winner P. Epidemiology and classification of headache. In: Winner P and Rothner AD, eds. *Headache in children and adolescents*. London: BC Decker Inc 2001; 1-19.
3. Wober-Bingöl C, Wober C, Karvautz A, Vesely C, Wagner-Engstler C, Amminger GP, Zebenholzer K, et al. Diagnosis of headache in childhood and adolescence: a study in 437 patients. *Cephalalgia* 1995; 15:15-21.
4. Aromaa M, Sillanpaa ML, Raatava P, Helenius H. Childhood headache at school entry: A controlled clinical study. *Neurology* 1998; 50:1729-1736
5. Sillanpaa M, Piekkala P, Kerö P. Prevalence of headache at preschool age in an unselected child population. *Cephalalgia* 1991;11:239-42.
6. Deubner DC. An epidemiological study of migraine and headache in 10-20 year olds. *Headache* 1977;17: 173-180.
7. Sillanpaa M, Piekkala P, Kerö P. Prevalence of headache at preschool age in an unselected child population. *Cephalalgia* 1991; 11:239- 242.
8. Bille B. Migraine in school children. *Acta Paediatrica* 1962; 52(suppl 136):3-151.
9. Pothmann R, Frankenberg SV, Mueller B, Sartory G, Helmreich W. Epidemiology of headache in children and adolescents: evidence of high prevalence of migraine among girls under 10. *Int J Behav Med* 1994; 1:74-89.
10. Rasmussen BK. Migraine and tension-type headache in a general population: psychosocial factors. *Int J Epidemiol* 1992; 21: 1138-1143.
11. Merikangas KR, Angst J, Isler H. Migraine and psychopathology. Results of the Zurich cohort study of young adults. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 849-853.
12. Waters WE. Migraine: Intelligence, social class, and familial prevalence. *BMJ* 1971; 2: 77-81.
13. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Headache Classification Committee of the International Headache Society. *Cephalalgia* 1988;8(Suppl 7): 1-96.
14. Sillanpaa M. Changes in the prevalence of migraine and other headaches during the first seven school years. *Headache* 1983; 23:15-19.
15. Sillanpaa M, Piekkala P. Prevalence of migraine and other headaches in early puberty. *Scand J Prim Health Care* 1994; 2:27-32.
16. Mortimer MJ, Kay J, Jaron A. Childhood migraine in general practice: Clinical features and characteristics. *Cephalalgia* 1992; 12:238-243.
17. Metsahonkala L, Sillanpaa M, Tuominen J. Outcome of early school-age migraine. *Cephalalgia* 1997; 17: 662-665.
18. Breslau N, Davis GC, Andreski P. Migraine, psychiatric disorders, and suicide attempts: an epidemiologic study of young adults. *Psychiatry Res* 1991; 37:11-23.
19. Stewart WF, Lipton RB, Celentano DD, Reed ML. Prevalence of migraine headache in the United States. *JAMA* 1992;267:64-69.
20. Kryst S, Scherl ER. Social and personal impact of headache in Kentucky. In: Olesen J, ed. *Headache Classification and epidemiology*. New York: Raven Press,1994:345-350.
21. Pyrsse-Phillips W, Findlay H, Tugwell P, et al. A Canadian population survey on the clinical epidemiologic and societal impact of migraine and tension-type headache. *Can J Neurol Sci* 1992; 19:333-339.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

22. O'Brien B, Goeree R, Streiner D. Prevalence of migraine headache in Canada: A population-based survey. *Int J Epidemiol* 1994; 23: 1020-1026.
23. Koehler T, Buck-Emden E, Dulz K. Frequency of migraine among an unselected group of employees and variation of prevalence according to different diagnostic criteria. *Headache* 1992; 32:79-83.
24. Barca LM, Tannhauser M, Rotta NT. An epidemiological study of headache among children and adolescents of southern Brazil. *Cephalalgia* 1996; 16: 545-549.
25. Silberstein SD, Lipton RB, Dalessio DJ. Overview, diagnosis, and classification of headache. In: Silberstein SD, Lipton RB, Dalessio DJ, eds. *Wolff's Headache and Other Head Pain*. Seventh edition. New York: Oxford University Press, 2001:6-26.
26. Aromaa M, Rautava P, Helenius H, Sillanpaa M. Factors of early life as predictors of headaches in children at school entry. *Headache* 1998; 38:23-30.
27. Karwautz A, Wober C, Lang T, Hock A, Wagner-Ennsgraber C, Vesely C, Kienbacher C, Wober-Bingol C. Psychosocial factors in children and adolescents with migraine and tension type headache: A controlled study and review of the literature. *Cephalalgia* 1999; 19(1): 32-43.
28. Maratos J, Wilkinson M. Migraine in children: a medical and psychiatric study. *Cephalalgia* 1982; 2:179-187.
29. Alfven G. The co variation of common psychosomatic symptoms among children from socioeconomically differing residential areas. An epidemiological study. *Acta Paediatrica* 1993; 82:484-487.
30. Abu-Arafah I, Russel G. Prevalence of headache and migraine in schoolchildren. *BMJ* 1994; 309:765-769.
31. Raieli V, Raimondo D, Cammalleri R, Camarda R. Migraine headache in adolescents: a student population-based study in Monreale. *Cephalalgia* 1995; 15:5-12.

Tablo 1. Sınıf Mevcutlarına ve Cinsiyete Göre Örneklem Girme Oranları

	Erkek		Kız		
	Toplam	Çalışmaya katılan	Toplam	Çalışmaya katılan	
2. sınıf	8113	(779) %9.60	7148	(660) %9.23	
3. sınıf	7893	(792) %10.03	7154	(693) %9.67	
4. sınıf	7999	(778) %9.72	7115	(674) %9.47	
5. sınıf	7732	(751) %9.71	7036	(650) %9.27	
Toplam	31737	3100 %9.76	28433	2677 %9.41	

Tablo 2. Bazı Sosyodemografik Özelliklerin Çocukta Başağrısı Durumuna Göre Dağılımı

Değişkenler	Başağrısı Var		Başağrısı Yok		Test değeri	P
	Sayı (%)	(mean ± SS)	Sayı (%)	(mean ± SS)		
Yaş (yıl)		10.07 ± 1.35		9.80 ± 1.34	t=7.40	0.000
Cinsiyet	Erkek	1378 (46.2)	1607 (53.8)	1216 (47.2)	$\chi^2=24.4$	0.000
	Kız	1361 (52.8)	1216 (47.2)			
Annenin Yaşı	(mean ± SS)	35.70 ± 6.19		35.40 ± 5.98	t=1.66	NS
Babanın Yaşı	(mean ± SS)	40.42 ± 6.93		40.10 ± 6.51	t=1.76	NS
İlk çocuk olma	Sayı (%)	753 (46.9)		853 (53.1)	$\chi^2=7.65$	0.006
Annenin sigara içmesi	Sayı (%)	866 (50.3)		856 (49.7)	$\chi^2=0.93$	NS
Babanın sigara içmesi	Sayı (%)	1854 (49.3)		1906 (50.7)	$\chi^2=0.14$	NS
Anne babanın ayrı olması	Sayı (%)	267 (57.7)		196 (42.3)	$\chi^2=13.22$	0.000
Babanın işsiz olması	Sayı (%)	784 (55.6)		625 (44.4)	$\chi^2=35.64$	0.000

(%) : Satır yüzdesi; NS: Non significant

Tablo 3. Öğrencide Başağrısı Olma Riskini Artıran Faktörlerin BLR Analizi ile incelenmesi

Değişkenler	Exp B (OR)	95% Güvenlik Aralığı		p değeri
		Alt Sınır	Üst Sınır	
Öğrenci Yaşı	0.8938	0.8942	0.9408	0.0000
Öğrenci Cinsiyeti (Kız)	1.3127	1.1442	1.5059	0.0001
Ailenin Geliri (düşük)	1.0004	1.0001	1.0007	0.0211
Annenin Öğrenimi (düşük)	1.0226	1.0040	1.0416	0.0172
Annede Başağrısı Öyküsü	1.8149	1.5748	2.0515	0.0000
Babada Başağrısı Öyküsü	1.4763	1.2694	1.7168	0.0000
Kardeşlerde Başağrısı Öyküsü	1.6679	1.2939	2.1501	0.0001
Diğer akrabalarda Başağrısı Öyküsü	1.3548	1.0677	1.7193	0.0125
Taşit Tutması Olan	1.6702	1.4520	1.9213	0.0000

Tablo 4. Üst Tabanlı Başağrısı Prevalans Çalışmalarının Sonuçlarının Karşılaştırılması

Yazar, Yıl	Örneklem Büyüklüğü	Yaş Aralığı (yıl)	Tanı Kriteri	Baş ağrısı Prevalansı	Migren Prevalansı	GB Prevalansı
Bille, 1962	8993	7-15	Va.Cr.	58.6%	3.8%	16%
Sweden						
Carlsson, 1996	1144	7-16	-	26%	-	-
Sweden						
Sillanpaa, 1983	3784	13	Va.Cr.	81.9%	11.6%	-
Finland						
Mortimer, 1992	1083	3-11	IHS	3.7%	4.8%	-
UK						
Abu-Arafah, 1994	1754	5-15	IHS	-	10.6%	0.9%
England						
Miettinen, 1997	84	8-9	IHS	95%	63.1%	8.3%
Finland						
Raieli, 1995	1445	11-14	IHS	23.9%	3%	-
Italy						
Barca, 1996	538	10-18	IHS	82.9%	9.9%	72.8%
Brazil						
Aromaa, 1998	958	7	IHS	21%	8.2%	5.3%
Finland						
Bugdayci, 2001	5562	8-16	IHS	49%	10.4%	24.7%
Turkey						

Va.Cr.: Vahlquist criteria

EBEVEYNLER ÇOCUKLARINDAKİ BAŞAĞRISININ FARKINDA MI ?

Cafer Tayyar SASMAZ*, Resul BUĞDAYCI*, Aynur ÖZGE**, Ali KARAKELLE**, A.Öner KURT*, Hakan KALEAĞASI**

* Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

** Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada; ebeveynlerin okul çağı çocuklarındaki kronik baş ağrılarında haberdar olma durumları ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlandı. **Yöntem:** Kesitsel analitik tipte planlanan bu çalışma Mersin merkezinde bulunan ilköğretim okullarında okuyan öğrencilerde yapıldı. Çalışmaya, tabakalı örnekleme yöntemi kullanılarak 23 okuldan 5777 öğrenci alınması planlandı. 5562 çocuk ve ebeveynin verisi toplanarak değerlendirildi. **Bulgular:** Kronik baş ağrısı prevalansı %49.2 (gerilim tip baş ağrısı %24.7, migren %10.4, tiplendirilemeyen baş ağrısı %14.1) olarak tespit edildi. Ebeveynlerin %73.5'i çocuklarındaki baş ağrısının farkındaydı. Çocukta migren olması ebeveyn farkındalığını en fazla artıran faktör olarak tespit edildi. Kız olmak, anne yaşının artması, ailede ilk çocuk olma, aile birey sayısının azalması, ailede baş ağrısı öyküsünün bulunması ve çocukta taşıt tutması öyküsünün bulunması ebeveyn farkındalığını artıran diğer faktörler olarak saptandı. **Sonuç:** Mersin'de okul çağı çocukları arasında baş ağrısı ciddi bir halk sağlığı sorunudur ve ebeveynlerin bu problemden farkında olma durumu orta düzeydedir. Okul sağlığı kapsamında her yıl yapılan sağlık taramalarında bu rahatsızlık düşünülerek hastaların erken tanısı yapılmalı ve aileleriyle işbirliği yapılarak çocukların yeterli bir sağlık hizmeti alması sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ebeveyn farkındalığı, baş ağrısı, migren, gerilim.

GİRİŞ

Çocuk ve adolesan yaş grubunda gerçek prevalans tam olarak bilinmemesine rağmen, baş ağrısı önemli bir sağlık sorunudur (1,2). Okul çağı çocuklarında yapılan çalışmalarda baş ağrısı prevalansının %6-82 arasında olduğu rapor edilmiştir. Baş ağrısı prevalansının bu kadar geniş bir aralıkta bildirilmesi çalışma tekniği ve baş ağrısı tespiti için kullanılan kriterlerden kaynaklanabilir (3,4,5). Kronik baş ağrılarını güncel olarak migren ve gerilim tipi baş ağrıları olarak sınıflandırılır ve çok büyük bir kısmının kaynağı belli değildir (6). Migren hekim tarafından değerlendirilmesi gereken bir hastalık olmasına rağmen, çoğu migrenli çocuk hekim tarafından hiç muayene edilmemiştir (7).

Okul çağındaki çocuklar genellikle sağlıklı insanlar olarak değerlendirilir (8). Ancak, bu dönemdeki rahatsızlıklar erişkin dönemde de devam etme eğilimindedir. Fearon ve arkadaşları (9) çocukluk döneminde kronik tipte baş ağrısı olanlarda, erişkin dönemde daha fazla oranda baş ağrısı, fiziksel ve psikolojik rahatsızlık görüldüğünü bildirmektedir.

Çalışmalarda okul çağı çocuklarında kronik baş ağrısının önemli bir sağlık problemi olduğu ve erken dönemde tespiti yapılarak tedavisinin yapılması gerektiği vurgulanmaktadır. Bu çocuklarda baş ağrısının erken tanısı ve tedavisinin yapılabilmesi için ebeveynlerin bu hastalıktan haberdar olması ve hastalığın önemi hakkında bilgi sahibi olması gerekmektedir.

Bu çalışma ile ebeveynlerin okul çağındaki çocuklarında kronik baş ağrılarında farkında olma durumu ve farkındalığı etkileyen faktörlerin araştırılması amaçlandı.

YÖNTEM

Kesitsel tipte planlanan bu çalışmaya 2001 yılında Mersin'de yapıldı. Hedef popülasyon 8-12 yaş arası çocuklar olarak belirlendi. İlköğretime devam zorunluluğu nedeniyle ilköğretim 2-5'inci sınıfta okuyan öğrencilerin bu yaş grubunu iyi bir şekilde temsil edeceği düşünüldü. Merkezde bulunan 82 okuldan 23'ü rasgele seçildi. Minimum örnek büyüklüğü 5432 olarak hesaplandı ve çalışmaya 5777 öğrencinin alınmasına karar verildi.

Öğrenci ve ebeveynlerin dolduracakları veri formları pilot çalışmaları yapılarak hazırlandı. Öğrenci anketlerinde; baş ağrısının tespit edilebilmesi ve tiplendirilebilmesi için International Headache Society (IHS) kriterleri yer aldı (10,11). Veriler iki aşamada toplandı. Birinci aşamada okullara gidildi ve ebeveynlerin dolduracağı anketler öğrencilerle evlerine gönderildi. Bir gün sonra okullara tekrar gidilerek bu anketler toplandı. Aynı gün öğrencilerle yüzyüze soru cevap tekniği kullanılarak öğrenci anketleri dolduruldu. İkinci aşamada bir nöroloji uzmanı öğrenci ve ebeveyn formlarını inceleyerek öğrencilerde baş ağrısı olup olmadığını ve baş ağrısı varsa tipini belirledi. Baş ağrısı tanısı konan çocukların ebeveynleri de çocuklarında baş ağrısı olduğunu rapor etmişse, o ebeveyn çocuğundaki baş ağrısının farkında olarak tanımlandı.

Çalışmaya katılan 5777 öğrenciden veri eksikliği olan 215'i çalışma dışı bırakılarak 5562 çocuk ve ebeveyninin verileri değerlendirildi ve 2739'un da (%49.2) kronik baş ağrısı tespit edildi. Baş ağrısı olan çocuklarda ebeveyn farkındalığı araştırılırken 138 ebeveynin verisi eksik olduğundan çalışma dışında tutuldu. Sonuçta bu çalışmaya 2601 çocuk ve ebeveyninin verileri değerlendirildi.

Verilerin özetlenmesinde tanımlayıcı istatistikler, değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare, t testi ve Binary Logistic Regresyon analizi kullanıldı.

BULGULAR

Çalışmaya baş ağrısı olan 1288'i (%49.5) erkek, 1313'ü (%50.5) kız toplam 2601 çocuk alındı. Bu çocukların yaş ortalaması 10.1±1.3, babalarının 40.9±6.9, annelerinin 35.7±6.2 yılıdır. Babaların %92.8'i, annelerin %71.3'ü okuryazardır. Çocuk ve ebeveynlere ait diğer demografik bilgiler Tablo 1'de görülmektedir.

Baş ağrısı tanısı alan çocukların %50.1'inin gerilim baş ağrısı (GBA) ve %21.4'ünün migren olduğu tespit edildi. Tiplendirilemeyen baş ağrılarının oranı ise %28.5'tir. Cinsiyet ve yaş gruplarına göre migren ve GBA oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (yaş; t=0.08, p=0.116, cinsiyet $\chi^2=0.00$, p=0.98).

Ebeveynlerin %73.5'i çocuklarındaki baş ağrısının farkındaydı. Farkındalık oranı migrenli çocukların ebeveynlerinde %84.0, GBA'lı çocukların ebeveynlerinde %76.7 ve tiplendirilemeyen baş ağrısı olan çocukların ebeveynlerinde %60.0'tir. Migren tanısı alan çocukların ebeveynlerinde farkındalık oranı daha yüksekti ($\chi^2=108.2$, df=2, p=0.000).

Kız çocuklarındaki baş ağrılarının %75.2'si, erkek çocuklarındaki baş ağrılarının %71.8'i ebeveynler tarafından bilinmekteydi. Farkındalık oranı kız çocuklarında daha yüksekti ($\chi^2=3.75$, p=0.056). Ailesinde birinci çocuk olanların baş ağrıları diğer çocuklara oranla daha çok bilinmekteydi. Diğer demografik özelliklerle farkındalık oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmadı (Tablo 2).

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Ebeveynlerin çocuklarındaki baş ağrısından farkında olup olmadığını etkileyen faktörler Binary Logistik Regresyon analiziyle değerlendirildi. Çocukta migren tipi bir baş ağrısının olması ebeveyn farkındalığını en fazla artıran faktördü. Bunu sırasıyla kız olmak, taşıt tutması öyküsünün olması, ailede ilk çocuk olmak, anne yaşının artması ve ailede baş ağrısı öyküsünün olması izliyordu (Tablo 3).

TARTIŞMA

Okul çağı çocuklar genellikle sağlıklı bir yaş grubu olarak bilinmesine karşın, çalışmamızda bu yaş grubunda baş ağrısı prevalansının oldukça yüksek olduğu (%49.2) tespit edildi. Çocuklarda tespit ettiğimiz baş ağrısı prevalansının daha önce rapor edilen çalışmalarla benzer olduğu saptandı (3,4,5,12,13,14). Fearon ve Hotof (9) çocukların sıklıkla baş ağrısından şikayet ettiklerini bildirmektedir. Aynı çalışmada çocukluk döneminde baş ağrısı olanların yetişkin dönemde 2.2 kat daha fazla baş ağrısı, 1.7 kat daha fazla değişik fiziksel semptomlar ve 1.4 kat daha fazla psikiyatrik hastalık olma riski olduğu bildirilmektedir.

Sweeting ve West (8) tarafından yapılan bir çalışmada, son bir yıl içinde erkek çocukların %21.0'nun, kız çocukların %19.7'sinin migren veya tekrarlayan tarzda baş ağrısından yakındığı rapor edilmiştir. Aynı çalışmada ebeveynlerin çocuklarında rapor ettikleri baş ağrısı oranı erkekler için %8.1, kızlar için %8.7 olarak belirtilmektedir. Bu çalışmada da görüldüğü gibi, erkek çocuklar ebeveynlerine göre 2.6 kat, kız çocuklar 2.3 kat daha fazla oranda migren veya tekrarlayan baş ağrısı rapor etmektedir. Antoniuk ve arkadaşları da (15) çocukların %93.5'inin hayatları boyunca en az bir kez baş ağrısı geçirdiğini, ebeveynlerinde bu dönemde çocuklarının %93.3'ünde baş ağrısı olduğunu bildirmektedir. Çalışmamızda ebeveynlerin %73.5'inin çocuklarındaki tekrarlayan baş ağrıların farkında olduğu saptandı. Çalışmamızda ebeveynlerdeki farkındalık oranının Sweeting'in rapor ettiği orandan daha yüksek. Antoniuk'un bildirdiğinden daha düşük olduğu tespit edildi. Antoniuk'un bu kadar yüksek bir farkındalık oranı bildirmesi çalışma dizaynından kaynaklanabilir, çünkü bu çalışmada baş ağrısının sorgulandığı dönem çocukların bütün hayatını kapsamaktadır. Çalışmamızın sonucuna göre kızlarda baş ağrısı hem daha fazla görülmekte hem de ebeveynleri tarafından daha fazla bilinmektedir. Kızların baş ağrılarını daha fazla drammatize etmeleri bu sonucu açıklayabilir. Migrenli ve GBA'lı çocuklarda taşıt tutmasının olması ebeveynin farkındalığını artıran bir etkeni.

Diğer çalışmalardan (8,9,15) farklı olarak çalışmamızda ebeveyn farkındalığını etkileyen faktörler Binary Logistic Regression analiziyle araştırıldı. Bu modelde farkındalığı etkileyen en önemli faktörün baş ağrısı tipi (migren) olduğu tespit edildi. Migren, çocuklarda şiddetli seyredir ve genellikle diğer somatik semptomlarla (bulantı, kusma, ışığa karşı duyarlılık) birlikte görülür. Bu özelliklerinden dolayı ebeveynlerin dikkatini çekip farkındalığını artırmaktadır.

Bu çalışmada anne yaşının artması, aile üye sayısının azalması ebeveyn farkındalığını önemli oranda artırıyordu. Bu durum yaşlı annelerin bilgi ve deneyimlerinin fazlalığıyla ve aile üyesinin az olduğu ailelerde de çocuklara daha fazla zaman ayrılmasıyla açıklanabilir.

SONUÇ

i) Mersin'de okul çocuklarında baş ağrısı sık görülen (%49.2) bir rahatsızlıktır, ii) en sık görülen baş ağrısı tipi sırasıyla GBA (%24.7) ve migrendir (%10.4), iii) her iki baş ağrısı tipi de kızlarda daha fazla görülmektedir, iv) her dört ebeveynin üçü (%73.5) çocuklarındaki baş ağrısının farkındadır, v) ebeveyn farkındalığını artıran en önemli faktör baş ağrısının tipidir (migren), vi) ebeveynlerde baş ağrısı farkındalığını artıran diğer faktörler; ailede baş ağrısı öyküsünün olması, çocuğun kız olması, anne yaşının yüksek olması, ailede yaşayan kişi sayısının azlığı, çocukta taşıt tutmasının olması ve ailenin ilk çocuğu olma olarak tespit edildi.

Kronik baş ağrısı okul çağı çocuklarda yaygın olarak görülmektedir. Okul sağlığı kapsamında her yıl yapılan sağlık taramalarında bu rahatsızlık düşünülerek hastaların erken tanısı yapılmalı ve aileleriyle ilişkiye girilerek çocukların yeterli bir sağlık hizmeti alması sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1 Carlsson J. Prevalence of headache in schoolchildren: relation to family and school factors. *Acta Paediatr* 1996;85:692-96.
- 2 Lipton RB, Maytal J, Winner P. Epidemiology and classification of headache. In: Winner P and Rothner AD, eds. *Headache in children and adolescents*. London: BC Decker Inc 2001;1-19.
- 3 Sillanpaa M, Piekkala P, Kero P. Prevalence of headache at preschool age in an unselected child population. *Cephalalgia* 1991;11:239-42.
- 4 Wober-Bingol C, Wober C, Karwautz A, Yesely C, Wagner-Emsergraber C, Amminger GP, Ebenholzer K, et al. Diagnosis of headache in childhood and adolescence: a study in 437 patients. *Cephalalgia* 1995;15:13-21.
- 5 Aromaa M, Sillanpaa ML, Rautava P, Helenius H. Childhood headache at school entry: A controlled clinical study. *Neurology* 1998;50:1729-36.
- 6 Featherstone HJ. Migraine and muscle contraction headaches: a continuum. *Headache* 1985;25:194-8.
- 7 Maytal J, Young M, Schechter A, Lipton RB. Pediatric migraine and the International Headache Society criteria. *Neurology* 1997;48: 602-7.
- 8 Sweeting H, West P. Health at age 11: reports from schoolchildren and their parents. *Arch Dis Child* 1998;78:427-34.
- 9 Fearon P, Hotopf M. Relation between headache in childhood and physical and psychiatric symptoms in adulthood: national birth cohort study. *BMJ* 2001(12 May);322:1145.
- 10 Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Headache Classification Committee of the International Headache Society. *Cephalalgia* 1988;8(Suppl 7):1-96.
- 11 Winner P, Martinez W, Mante L, Bello L. Classification of paediatric migraine: proposed revisions to the IHS criteria. *Headache* 1995;35:407-10.
- 12 Breslau N, Rasmussen BK. The impact of migraine. Epidemiology, risk factors, and comorbidities. *Neurology* 2001;56(6):4-12.
- 13 Sillanpaa M, Piekkala P. Prevalence of migraine and other headaches in early puberty. *Scand J Prim Health Care* 1984;2:27-32.
- 14 Mortimer MJ, Kay J, Jaron A. Childhood migraine in general practices: Clinical features and characteristics. *Cephalalgia* 1992;12:238-43.
- 15 Antoniuk S, Kozak MF, Michelson L, Montemor Netto MR. Prevalence of headache in children of a school from Curitiba, Brazil, comparing data obtained from children and parents. *Arq Neuropsiquiatr* 1998 ;56(4):726-33.

Tablo 1. Çocuk ve ebeveynlerin demografik özellikleri.

Özellikler	n	% / ortalama
Çocuk: Yaş (yıl)	2601	10.1±1.3
Erkek	1288	49.5
Kız	1313	50.5
Kardeş sayısı	2475	3.7±2.2
Ailede ilk çocuk olma	750	29.8
Ölen kardeşin olması	649	25.5
Baba: Yaş (yıl)	2441	40.9±6.9
Okuryazar	2260	92.8
İşi olan	1574	67.0
Sigara içen	1836	74.3
Alkol içen	659	26.7
Anne: Yaş (yıl)	2507	35.7±6.2
Okuryazar	1758	71.3
İşi olan	168	6.7
Sigara içen	862	34.2
Alkol içen	128	5.1
Ekonomik seviye: Zayıf	414	18.8
Orta	1674	76.0
İyi	115	5.2

Tablo 2: Çocuk ve ebeveynlerin bazı demografik özelliklerinin farkında olunan ve olmayan gruplardaki özellikleri.

Özellikler	Ebeveyn Farkındalığı		U ²	p değeri
	Evret (% / ortalama)	Hayır (% / ortalama)		
Çocuk: Yaş (yıl)	10.1±1.3	9.9±1.3	1.70	0.089
Erkek	925 (71.8%)	363 (28.2%)	3.75	0.056*
Kız	987 (75.2%)	326 (24.8%)		
Kardeş sayısı	3.7±2.2	3.7±2.3	-0.47	0.638
Ailede ilk çocuk olma	584 (77.9%)	166 (22.1%)	8.27	0.004*
Ölen kardeşin olması	494 (76.1%)	155 (23.9%)	2.45	0.117
Baba: Yaş (yıl)	40.4±6.8	40.3±7.2	0.25	0.594
Okuryazar	1658 (73.4%)	602 (26.6%)	0.64	0.422
Sigara içen	1357 (72.3%)	479 (27.7%)	0.64	0.434
Alkol alışkanlığı olan	486 (73.7%)	173 (26.3%)	0.03	0.846
Anne: Yaş (yıl)	35.7±6.1	35.6±6.4	0.31	0.754
Okuryazar	1303 (74.1%)	455 (25.9%)	1.73	0.677
Sigara içen	645 (74.8%)	217 (25.2%)	0.99	0.318
Alkol alışkanlığı olan	96 (75.0%)	32 (25.0%)	0.13	0.714
Ekonomik seviye: Zayıf	316 (76.3%)	98 (23.7%)	1.74	0.418
Orta	1232 (73.6%)	442 (26.4%)		
İyi	82 (71.3%)	33 (28.7%)		

Tablo 3: Ebeveynlerde, çocuklarındaki baş ağrısı farkındalığını önemli derecede etkileyen faktörler.

Değişken	Exp B (OR)	%95 Güven Aralığı		p
		Alt sınır	Üst sınır	
Cinsiyet: (kız)	1.39	0.53	0.75	0.020
Baş ağrısı tipi: Migren	9.92	5.86	6.80	0.000
Gerilim	5.58	3.53	8.80	
Çocukta taşı tutması öyküsü	1.86	1.38	2.30	0.000
Ailenin ilk çocuğu olma	1.74	1.23	2.45	0.001
Anne yaşının artması	1.03	1.00	1.06	0.010
Ailede birey sayısının artması	0.90	0.84	0.96	0.005
Babada baş ağrısı olması	1.64	1.19	2.26	0.002
Anne de baş ağrısının olması	1.59	1.18	2.15	0.002
Kardeşlerde baş ağrısının olması	2.03	1.28	3.11	0.001
Daha uzak akrabalarda baş ağrısının olması	1.56	1.16	2.10	0.002

GATA ÇALIŞANLARI ARASINDA SPOR VE FİZİKSEL EGZERSİZ DAVRANIŞLARI VE
BUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Dr. Süleyman CEYLAN, Dr. Nazmi TÜMERDEM, Dr. Selim KILIÇ, Dr. Metin HASDE
GATA Halk Sağlığı AD

ÖZET

GATA çalışanları arasında spor ve egzersiz yapma alışkanlığını ve bunu etkileyen faktörleri incelemek amacıyla gerçekleştirilen bu kesitsel çalışmada, doktorlar, sağlıkçı subay ve astsubaylar, hemşireler ve sivil memurlardan oluşan 2827 kişiden tabakalı örnekleme yöntemi ile seçilmiş o-an 353 kişiye yüz yüze anket uygulanmıştır. Yaş ortalamasının 31.5±7.1 olarak gerçekleştiği bu genç popülasyonda genel olarak egzersiz yapma oranı %26.6 olarak bulunmuştur. Yapmama nedenleri arasında en sık zaman yetersizliğinden bahsedilmiştir. Yapma nedenlerinden ise sağlıklı yaşam için yaptığını söyleyenler en yüksek oranda gerçekleşmiştir. Spor yapma durumunu etkileyen faktörler arasında cinsiyet ve kişinin mesleğinin etkili olduğu, yaş, medeni durum, sigara içme, alkol kullanma, kronik hastalık varlığı ve vücut kitle indeksinin ise anlamlı olmadığı görülmüştür.

GİRİŞ

Fiziksel aktivite ya da sporun insan sağlığına olumlu etkilerinin olduğu çok sayıda çalışma ile ortaya konmuştur. Centers for Disease Control verilerine göre fiziksel inaktivite koroner kalp hastalığı (KKH) riskini 1.9 kat artırmaktadır (1). Fiziksel aktivite her iki cinsiyet için de orta yaşlı ve yaşlı bireylerde KKH riskini ve buna bağlı mortaliteyi azaltmakta, KKH'nin hem primer hem sekonder korunmasında rol almakta ve bunun yanında inme riskini de azaltmaktadır (2). Düzenli fiziksel aktivitenin özellikle yaşlılarda osteoporoz riskini ve osteoartrit semptomlarını da azalttığı bildirilmektedir (3).

Diğer taraftan fiziksel aktivitenin sağlıklı mental yapıyla ilişkili olduğu, fiziksel olarak inaktif kişilerde depresif semptomların daha fazla görüldüğü de ortaya konmuştur (4, 5). Anksiyete semptomları ve manik bozukluğu düzenli fiziksel aktivite ile düzeltilenmektedir (6).

Fiziksel inaktivite obezite ile yakından ilişkilidir ve obezite de beraberinde birçok sağlık sorununu taşır (7). Fiziksel aktivite, hipertansiyondan birincil ve ikincil korunmada da çok önemli işlevlere sahiptir (8).

Bütün bunların yanı sıra, yapılan fiziksel aktivitenin HDL lipoprotein oranını ve insülin hassasiyetini artırdığı ve kolon kanseri gibi bazı malinitelerde koruyucu etki gösterdiği yönünde bulgulara rastlanmıştır (9).

Fiziksel aktivitenin yukarıda sadece bir kısmına kısaca değindiğimiz sayısız yararı olduğunun bilimsel çevrelerce bilinmesine ve kabul edilmesine karşın bu konudaki kamu farkındalığının aynı düzeyde olduğunu söylemek çok güçtür. Öyle ki, ekonomik ve sosyal göstergeleri çok iyi durumda olan bir çok ülkenin bile bu konuda beklenen gelişmeye ulaşamadıkları gösterilmiştir. Örneğin Amerikan Kalp Birliği (AHA) verilerine göre sadece ABD'de yılda yaklaşık olarak 250 000 kişi düzenli fiziksel aktivite eksikliğine bağlı olarak ölmektedir (10). Yine aynı veriler, Amerikalı yetişkinlerin sadece %15'inin düzenli olarak haftada üç kez en az 20 dakikalık fiziksel egzersiz yaptıklarını ortaya koymaktadır.

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı, GATA Hastanesi birimlerinde çalışan görevli personelin fiziksel aktivite alışkanlıklarının durumunu ve bunda etkili olabilecek faktörleri ortaya koymak ve elde edilen sonuçlara göre uygun tavsiye ve düzenlemelerde bulunmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

Şubat 2002 tarihinde GATA'nın çeşitli birimlerinde gerçekleştirilen bu kesitsel çalışmada, bağımlı değişken olarak personelin spor yapma durumu ve özellikleri bunu etkileyebilecek faktörler olarak da yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, boy, kilo, çalıştığı birim, kronik hastalık varlığı, sigara ve alkol kullanımı alınmıştır. Evreni 884'ü doktor, subay-astsubay, 1963'ü de sivil memur ve hemşireler olmak üzere 2827 kişi oluşturmuştur. Bu kişiler, önce asker ve sivil olarak üzere kendi aralarında tabakalanmış, daha sonra bu tabakalardan da basit rasgele yöntemle 133 doktor, subay-astsubay, 220 de hemşire ve sivil memur olmak üzere toplam 353 kişiye demografik özellikleri ve spor ve egzersiz davranışları konusunda sorular içeren bir anket formu yüz yüze uygulanmıştır. Toplanan veriler, SPSS 9.05 programına yüklenerek istatistiksel analizi yapılmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan kişilerin yaş ortalaması 31.5±7.1 olarak gerçekleşmiştir. Katılanların diğer bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı **Tablo 1**'de özet olarak sunulmuştur.

Bunun yanı sıra, ankete cevap verenlerin %8.2'si kronik bir hastalığı olduğunu ifade etmiştir. Sigara içme durumlarına bakıldığında, %43.9'unun hiç kullanmamış olduğu, %41.9'unun halen kullanmakta olduğu, %14.2'sinin ise daha önce içtiği fakat şu an içmediği görülmüştür. Sigara kullanıcıları arasında %4.0'ı bir paketten fazla, %51.5'i ise yarım ile bir paket arasında sigara içmekte idi. Süre olarak ise %5.1'i 20 yıldan fazla bir zamandır, %30.8'i ise 10-20 yıl arası bir zamandır sigara kullandığını ifade etmiştir.

Alkol kullanma alışkanlığı bakımından ise %20.4'ünün halen kullandığı, %2.5'unun daha önce kullandığı halde şu an kullanmadığı, %77.1'inin ise hiç alkol kullanmadığı bulunmuştur. Vücut kitle indeksleri hesaplandığında, %4.5'inin 18.5 altı, %69.0'ının 18.5 ile 25.0 arasında, %23.6'sının 25.1 ile 30.0 arasında, %2.8'inin ise 30.1 ve üzerinde olduğu bulunmuştur.

Fiziksel egzersiz ve spor alışkanlığı ile ilgili elde edilen veriler ise **Tablo 2**'de özetlenmiştir.

Spor yapmadığını söyleyenler arasında en çok (176 kişi) zamanın yetersiz olduğu, daha sonra (45 kişi) yapmak istenmediği bildirilmiş, 23 kişi de yeterli tesis olmadığını söylemiştir. Yapanlar arasında ise en çok (68 kişi) sağlıklı yaşam için yapıldığı ifade edilmiştir. Ayrıca, 37 kişi stres atmak için yaptığını, 20 kişi ise zayıflamak için yaptığını belirtmiştir.

Spor yapma nedenlerinin yaş, cinsiyet ve çalışan bölümlere göre dağılımında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır (p>0.05).

Yapılan egzersiz ve spor dalları arasında 33 kişi hızlı yürüyüş, 30 kişi yavaş koşu, 24 kişi futbol, 19 kişi basketbol, 18 kişi tenis, 17 kişi aletli egzersiz, 13 kişi yüzme ve 5 kişi de bisiklet ile ilgilendiğini ifade etmiştir (kişiler birden fazla alan belirtilebilmekteydiler). Ayrıca, kendilerini herhangi bir sporla ilgilenip ilgilenmedikleri sorulduğunda sadece %2.3'ü profesyonel olarak herhangi bir dala ilgilendiğini, %17.6'ı amatör olarak ilgilendiğini belirtmiş, %80.1'i ise hiçbir alanla ilgilenmediğini söylemiştir.

Spor ve egzersiz yapma durumunu etkileyen faktörler incelendiğinde yaşın, medeni durumun, sigara içmenin, alkol kullanmanın, vücut kitle indeksinin, kronik hastalık varlığının ve çalışılan birimin spor yapma durumunu etkileyen faktörler olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Cinsiyetin önemli bir faktör olduğu gözle çarpmıştır. Erkeklerde spor yapanların oranı %31.8 iken kadınlarda %21.9 olmuş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.041$). Anlamlı bulunan bir diğer değişken de meslek olmuştur. Sivil memurlarda spor ve egzersiz yapanların oranı %13.7 ile en düşük oranda gerçekleşmiştir. Sağlıkçı astsubay ve subaylar arasında ise sırasıyla %63.6 ve %55.0 ile en yüksek oranda gerçekleşmiş ve bu farklılık anlamlı bulunmuştur ($p=0.000$). Doktorlar arasında ise spor ve egzersiz yapma oranı %31.9 olarak tespit edilmiştir.

Halen sigara kullanmakta olan grup göz önüne alındığında, spor yapmayanlar arasında içilen günlük sigara miktarının anlamlı derecede daha fazla olduğu bulunmuştur. Bu grupta içilen günlük sigara miktarı ortalama 14.9 ± 7.5 olurken, spor yapan grupta ise 11.6 ± 7.6 olmuş, bunun da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($t=2.22$, $p=0.028$).

TARTIŞMA

GATA çalışanlarının spor ve egzersize karşı yaklaşımlarının değerlendirildiği bu kesitsel çalışmada, genel popülasyonun sadece %26.6'sının egzersiz yapmakta olduğu görülmüştür. Yaş ortalamasının 31.5 ± 7.1 gibi düşük olduğu genç bir topluluktan elde edilen bu oran özellikle gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında çok düşük kalmaktadır. Avrupa Birliği üyesi ülkelerin genelini özetleyen bir çalışmada, egzersiz yapma oranının Finlandiya'da %91.9 ile en yüksek, %40.7 ile Portekiz'de en düşük olduğu saptanmıştır (11). Amerika Birleşik Devletleri'nde ise haftada 5 kez en az 30 dakika süren düzenli egzersiz yaptığını bildiren kişilerin oranı %22 olarak rapor edilmiştir. Bu çalışmada, sadece spor veya egzersiz yapma oranı %25.6 olarak gerçekleşmiştir. Haftada en az 3-4 gün ve günde en az 30 dakika süren egzersiz oranına bakıldığında ise sadece %9.9 (35 kişi) gibi bir oran elde edilmiştir.

Yapılan çalışmalarda, spor ve egzersiz alışkanlığının depresyon, anksiyete, konfüzyon, yorgunluk ve negatif duygulanım gibi mental rahatsızlıkların yanı sıra (1,5,6), osteoporoz ve osteoartrit (3), kardiyovasküler hastalıklar (2,3), kan basıncının düşürülmesi (8), diyabet, obezite (12) ve ani ölüm ile disabilite (13) gibi kronik sağlık problemleri üzerinde de olumlu etkiler yarattığı gösterilmiştir. Dolayısıyla, bir ön düşünce olarak kronik hastalığı olanların spora da daha yakın olabilecekleri düşünülmüştür. Oysa, elde edilen veriler, böyle bir durumun gerçekleşmediğini göstermiştir.

Çalışma öncesinde, özellikle genç grupta ve vücut kitle indeksi düşük olan kişilerde egzersize yatkınlığın daha fazla olabileceği düşünülmüştür. Nitekim, spor ve egzersiz alışkanlığının genç gruplarda (7,10) ve sigara içmeyen kişiler arasında yüksek olduğu (11) ve ayrıca, vücut kitle indeksi (7) ile spor yapma arasında ters bir ilişki olduğu yönünde bulgular bulunmaktadır. Bu çalışmada ise, bahsedilen bu değişkenleri; hiçbirinin önemli bir faktör olmadığı görülmüştür.

Yine aynı şekilde spor yapma ve yapmama nedenleri ile yaş, cinsiyet ve bölüm arasında ilişki olmadığı görülmüştür. Oysa, çalışma öncesi kadınların, daha çok estetik kaygılarla spora ve egzersize yönelebilecekleri düşünülmüştür.

Bunların yanı sıra, spor ve egzersiz alışkanlığının medeni durum ve alkol kullanımı ile de ilişkili olmadığı görülmüştür. Yine, yoğunluk nedeni ile dahili ve cerrahi bilimlerin daha az oranda spora eğilimli olabilecekleri ileri sürülmüş, fakat böyle bir ilişkinin de bulunmadığı görülmüştür.

Sonuç olarak; GATA çalışanları arasında sadece erkek cinsiyette ve sağlıklı subay ile astsubay olarak çalışanlarda spor ve egzersiz yapma oranlarının anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Hem diğer başka faktörlerin varlığını netleştirebilmek, hem sağlık nedenleri ile spor ve egzersiz yapma oranını yükseltebilmek hem de başka çalışma alanlarına yaygınlaştırabilmek amacıyla gerekli stratejilerin geliştirilebilmesi için daha detaylı ve uzun soluklu çalışmaların yapılması gerekli görülmüştür.

KAYNAKLAR

1. Hahn R.A., Heath G.W., Chang M.H. Cardiovascular Disease Risk Factors and Preventive Practices Among Adults -- United States, 1994 A Behavioral Risk Factor Atlas. CDC. 1998 / 47(SS-5);35-69.
2. Wannamethee S.G., Shaper A.G. Physical activity in the prevention of cardiovascular disease: an epidemiological perspective. Sports Medicine. 2001; 31(2): 101-104.
3. Pyron M.I. the aging athlete: risks and benefits of exercise. Curr Opinion Ortho. April 2002; 13(2): 128-133.
4. Hansen C.J., Stevens L.C., Coast R.J. Exercise duration and mood state: how much is enough to feel better? Health Psychology. July 2001; 20(4): 267-275.
5. Allgower A., Wardle J., Steptoe A. Depressive symptoms, social support and personal health behaviours in young men and women. Health Psychology. May 2001; 20(3): 223-227.
6. Paluska S.A., Schwenk T.L. Physical activity and mental health: current concepts. Sports medicine. 2000; 29(3): 167-180.
7. Hfj
8. Cleroux J., Feldman R., Petrella R.J. Recommendations on physical exercise training. Can Med Ass J. May 1999; 160(9S) (Supplement): 21S-28S.
9. Fletcher G.F., Balady G., Blair S., Blumenthal J., Caspersen C., Chaitman B., Epstein S., Sivarajan F.E., Froelicher V., Pina I.L., Pollock M.L. Statement on exercise: benefits and recommendations for physical activity programs for all Americans: a statement for health professionals by the committee on exercise and cardiac rehabilitation of the council on clinical cardiology. American Heart Association. Circulation August 1996; 94(4): 857-862.
10. <http://www.aha.org>.
11. Angel M.G.M., Javier V.J., Luis S.J., De Irala J., Gibney M., Kearney J., Alfredo M.J. Prevalance of physical activity during leisure time in the European Union. Medicine and Science in Sports and Exercise. July 2001; 33(7): 1142-1146.
12. Rodriguez L., Diaz F.J. Epidemiology of physical activity and aerobic capacity in university workers. Medicine and Science in Sports and Exercise. May 1997; 29(5): Supplement.
13. Brownson R.C., Jones D.A., Pratt M., Blanton C., Heath G.W. Measuring physical activity with the behavioural risk factor surveillance system. Medicine and Science in Sports and Exercise. November 2000; 32(11): 1913-1918.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Tablo 1: Araştırmaya Katılan GATA Çalışanlarının Bazı Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Yaş grupları	n	%
30 yaş ve altı	190	53.8
31-40 yaş arası	116	32.9
41 yaş ve üstü	47	13.3
Toplam	353	100.0
Cinsiyet	n	%
Erkek	170	48.2
Kadın	183	51.8
Toplam	353	100.0
Medeni durum	n	%
Evlü	214	60.6
Bekar	139	39.4
Toplam	353	100.0
Meslek	n	%
Doktor	94	26.6
Subay	11	3.1
Sağlık astsubay	20	5.7
Astsubay	8	2.3
Hemşire	11	31.4
Sivil memur	102	28.9
Yüksek hemşire	7	2.0
Toplam	353	100.0
Çalışılan birim	n	%
Karargah birimleri	26	7.4
Dahili bilimler	176	49.9
Cerrahi bilimler	130	36.8
Temel tıp bilimleri	21	5.9
Toplam	353	100.0

Tablo 2: Araştırmaya Katılan GATA Çalışanlarının Spor ve Fiziksel Egzersiz Alışkanlıklarının Dağılımı

Egzersiz yapma durumu	n	%
Yapıyor	94	26.6
Yapmıyor	259	73.4
Toplam	353	100.0
Egzersiz yapılan gün sayısı	n	%
Haftada 1-2 gün	56	59.6
Haftada 3-4 gün	22	23.4
Hemen her gün	16	17.0
Toplam	94	100.0
Egzersiz yapılan süre	n	%
10 dk. veya daha az	3	3.2
11-30 dk. arası	7	7.4
30-60 dk. arası	34	36.2
60 dk. dan fazla	50	53.2
Toplam	94	100.0

DAMLACIK KÖYÜNDE TİP II DİABETES MELLİTUS PREVALANSININ BELİRLENMESİ VE DİABETES MELLİTUSLU HASTALARA UYGULANAN DİABET EĞİTİMİ PROGRAMININ DEĞERLENDİRİLMESİ.

*Gülengül SÜLEYMANOĞLU MERMER **Prof. Dr. Ayla BAYIK

*Kemaşpaşa Merkez 1 Nolu Sağlık Ocağı **Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu

ÖZET

İzmir-Kemaşpaşa bölgesi Ulucak Sağlık Ocağına bağlı Damlacık Köyünde 35 yaş ve üzeri bireylerde Tip II Diabet (NIDDM) görülme sıklığının saptanması, diabetle ilişkili olan risk faktörlerinin incelenmesi, diabetli olduğu bilinen kişilere diabet eğitim programının uygulanması ve değerlendirilmesi amacıyla bu çalışma yapılmıştır. Tabakalı rasgele örnekleme tekniği ile toplam 100 kişi örnekleme kapsamına alınmıştır. Araştırma kapsamındaki kişilerin açlık kan şekeri(AKŞ), kolesterol, kan basıncı, boy, kilo ölçümleri yapılmıştır. Bölgede Diabetes Mellitus (DM) prevalansı %23 olarak bulunmuştur. Prevalansın obezlerde, aile öyküsü olanlarda ve diabetle ilgili bilgi düzeyi düşük olanlarda yüksek olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Tip II diabet, prevalans, sağlık eğitimi

GİRİŞ

Günümüzde diabetin heterogen bir bozukluk olduğu, herediter olduğu ve komplikasyonlarla seyreden bir hastalık olduğu bilinmektedir(1). Bu nedenle erken tanınması, doğru tedavi edilmesi, bilgilendirilmesi ve kararlı davranılması sonucu yaşam kalitesinin artırılabilir olması hastalığın önemini daha çok artırmıştır(2).

Dünya Sağlık Örgütü, DM'yi yeni bin yılın en önemli halk sağlığı sorunları arasında kabul etmektedir. Aynı zamanda diabet sıklığındaki artma bütün ülkeleri ilgilendirmekle birlikte Asya, Latin Amerika ve Afrika'da diabet sıklığının diğer bölgelere göre 2-3 kat daha fazla olduğu bildirilmektedir(3). Dünyada ve ülkemizde yaygınlığı giderek artış gösteren DM'nin dünyadaki prevalansı %0-50 arasında değişmektedir(4). Amerika Birleşik Devletleri'ndeki prevalansı %2-4 arasında olduğu tahmin edilmektedir(4,5). Ülkemizde Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Projesi verilerine göre; bilinen diyabetik sıklığının %4.9, yeni tanı konan diabetli oranının %2.3, açık ve tedavi gerektiren toplam diabetli oranının %7.2, gizli (bozulmuş glukoz toleransı) diyabetik oranının da %6.7 olduğu bildirilmektedir. Ancak bu oranların daha da yüksek olabileceği çünkü genel olarak bir toplumda bilinen diabetik kadar bilinmeyen diyabetik bulunduğu da düşünülmektedir(3).

NIDDM, nefropati, nöropati, retinopati, mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonlarla morbidite ve mortalitesi yüksek bir hastalıktır(6). Tüm toplumlarda özellikle 40 yaşından itibaren artan bir sıklık gösterdiği, kabaca 65 yaşındaki her 6 kişiden birisinin diabetik olduğu düşünülmektedir(7).

Diabet, özellikle ülkemizde çok geç teşhis edilmekte, şahıs hastalığından habersiz dolanmakta ve diabet konusundaki bilgisizliği nedeni ile komplikasyonlara erken yakalanmaktadır(8). Obezite, ileri yaş, genetik faktörler, gebelik sırasında diabet gelişmesi, 4,5 kg üstünde bebek doğurmak ve bu risklere ek olarak prognozu kötüleştirmek açısından hipertansiyon, kalp hastalığı diabetes mellitus'a risk faktörleri olarak belirtilmektedir(4,9).

Kronik bir hastalık olan diabet, bireylerin yaşam kalitesini bozmakta, aile yaşantısını etkilemekte, ülke ekonomisini zorlamakta, dolayısı ile toplumsal bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır(10). Diabetin bir hastalık değil bir durum olduğunu ve komiyucu önlemler alınmadığı takdirde bu durumun hastalığa dönüşebileceğini unutmamak gerekir(11). Bu nedenle önemli olan istatistiksel risk gruplarının klinik diabete dönüşmesini önleyebilmek, eğer klinik DM ortaya çıkmış ise bunlarda en iyi metabolik kontrolü sağlayabilmektir(7).

Diabet tedavisinin temeli eğitimidir. Amac hastanın bilgi ve deneyimini artırarak hastaya olumlu davranışlar kazandırmak, böylece iyi metabolik kontrolü sağlamak, erken ve geç komplikasyonları önlemek ve iyi olma durumunu sürdürmek yoluyla yaşam kalitesini artırmaktır(12). Sonuçta başarılı bir diabet bakımı ve tedavisinde de anahtar diabetli kişilerin eğitimi ve motivasyonudur, eğitimde anahtar kişi ise diabet hemşiresidir(13).

AMAÇ

İzmir Kemalpaşa bölgesi Ulucak sağlık ocağına bağlı Damlacık köyünde; 2001 yılında 1000 kişi diabet yaygınlığını ve hastalara verilen sağlık eğitimi etkinliğini belirlemek üzere aşağıdaki amaçlar doğrultusunda bu çalışma planlanmıştır.

35 yaş ve üstü bireylerde Tip II diabetin görülme sıklığının saptanması.

Diabetle ilişkisi olan risk faktörlerinin incelenmesi.

Diabetli olduğu belirlenen bireylere hemşirelik sağlık eğitim programının uygulanması ve değerlendirilmesi.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma genel olarak tanımlayıcı ve kesitsel bir alan araştırmasıdır. İzmir Kemalpaşa bölgesi Ulucak sağlık ocağına bağlı Damlacık köyünde yapılmıştır.

Damlacık köyünde yaşayan 35 yaş ve üzerindeki tüm nüfus araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Bu evren toplam 370 kişidir ve bunların 177'si (%47,8) erkek, 193'ü (%52,2) kadındır. Araştırma için seçilen ve örnekleme kapsamına alınan kişi sayısı, olayın görülme sıklığı incelenecekse ve aynı zamanda evrendeki birey sayısı biliniyorsa form(9) ile yararlanılarak 100 kişi olarak saptanmıştır. Tabakalı rasgele örnekleme yöntemi ile her yaş grubundan örneğe girecek kişi sayısı saptanarak, rasgele sayılar tablosundan hangi bireylerin örneğe alınacağı belirlenmiştir. Bu kişiler Ev Halkı Tescilli İşlerinden (ETİ) bulunarak liste oluşturulmuştur. Her tabakadan 3'er kişi seçilmiştir(14).

Araştırmaya katılan kişilere, 23 sorudan oluşan tanıyıcı anket formu(I) ve 34 sorudan oluşan diabetle ilgili bilgi düzeyi saptanmada kullanılan anket formu(II) uygulanmıştır. Bu formlar ilgili literatürlerden yararlanılarak hazırlanmış beş nüsunun görüşüne başvurulmuştur. Ayrıca AKŞ, kolesterol, sistolik ve diastolik kan basıncı, boy, kilo ölçümleri yapılarak sonuçları ve beden kitle indeksi form(I)'e kaydedilmiştir.

AKŞ 140 mg/dl ve üzerinde bulunanlar, diğer bir deyişle DM tanısı koymuş ve bu nedenle tedavi edilmekte olanlar DM'li olarak kabul edilmiştir.

Kan basıncı ölçümü için araştırma grubundaki bireyler en az beş dakika dinlenmeden sonra oturur pozisyonda sırt ve kol desteklenerek, sağ kol kalp hizasında olacak şekilde ayarlanmış ve tansiyon aletinin manometru sağ üst kolun %80'ini kaplayacak şekilde bağlanarak sifigmanometre ile ölçülmüştür(15).

Boy ölçümü, duvara sabitlenmiş bir mezura yardımıyla araştırmacı tarafından yapılmıştır. Ölçümler kişiler dik pozisyonda, baş karşıya bakarken, omuzlar, kalça ve baş düz ve gelecek şekilde pozisyon verilererek başkübitesiz olarak yapılmıştır(16).

Ağırlık ölçümü, hassas bir baskül yardımıyla 100'şer gram kalın giysilerini çıkardıkları soyunmuş ayakta baskül üzerine yapılmıştır. Baskülün düz ve sert bir zemin üzerine konularak göstergenin "0" da olması sağlanmıştır(16).

Diabet tanısı konulan bireyler tedavi için anahtar formu doğrultusunda sağlık görevlileri tarafından kapsama göre sağlık kurumlarına sevk edilmişlerdir. Ayrıca bu gruba diabetle ilgili konularda süreyle planlı eğitim yapılmıştır.

Elde edilen veriler, sayı ve yüzde dağılımları için Percent Samples Test kullanılarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Araştırma grubunun %78,27'sinin AKŞ ölçümü sonucu 140 mg/dl üzerinde olduğu, %11,71'inin ise örneklemden daha önce DM tanısı aldığı saptanmıştır. Araştırma kapsamındaki DM'li oğulların ailelerinde 1. derece akraba evliliği %39,1, 2. derece akraba evliliği %17,4 oranında bulunmuştur. DM ile akraba evliliği arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($X^2=26,59514$ S1=2 p<0.0005)(Tablo 2).

Tablo 3'te araştırma grubunun ailelerinde DM hikayesi olup olmama durumuna göre dağılımı incelendiğinde, DM'li olan ailelerinde %17,4 oranında diabet hikayesi olduğu, 2. derece akrabaları arasında %65,2, 1. derece akrabaları arasında %17,4 oranında DM hikayesi olduğu saptanmıştır. DM ile akraba evliliği hikayesi bulunması arasında ilişki araştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($X^2=25,72723$ S1=4 p<0.0005).

Araştırma grubunda DM'li olanların %17,11'inin hastalıkla ilgili bilgi aldıkları, %82,89'unun hastalıkla ilgili bilgi almadıkları bulunmuştur. DM ile hastalığa ilişkin bilgi edinme durumu arasında ilişki araştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($X^2=15,61931$ S1=4 p<0.0005).

Tablo 5'te araştırma grubunda DM belirlenmiş DM'li olan ve olmayanlara göre dağılımı incelendiğinde, DM'li olanların %57,9'unda çok yemek yeme, %52,3'ünde çok su içme, %67,7'sinde sık idrara çıkma, %50,0'sinde ağız kuruluğu saptanmıştır. DM'li olmayanların %42,1'inde çok yemek yeme, %47,7'sinde çok su içme, %52,2'sinde sık idrara çıkma, %50,0'sinde ağız kuruluğu saptanmıştır. DM belirlenmiş olanlar arasında ilişki araştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($X^2=12,13937$ S1=4 p<0.0005, $X^2(2)=38,01653$ S1=2 p<0.0005, $X^2(3)=57,98319$ S1=3 p<0.0005, $X^2(4)=25,15429$ S1=4 p<0.0005). DM'li olan kişilerin pretest puan ortalaması 18,2174 iken posttesti puan ortalaması 21,130 gibi bir artışla 1. derecede yüksek bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($t= 20,274$ p<0.0005).

TARTIŞMA

Araştırma kapsamında DM'li olan çoğunlukta (%30,4) 45-54 yaş grubunda olduğu, DM'li olarak saptanan kişilerin %69,6'sının kadın, %30,4'ünün erkek olduğu, çoğunlukta (%47,9) okur-yazar olmadığı saptanmıştır. Ayrıca DM'li oğulların sadece %15,1'inin egzersiz yaptığı, %40,9'unun obez olduğu, %25,3'ünün kolesterolünü, yüksek olduğu, %40,9'unun sistolik kan basıncını, %15,0'inin diastolik kan basıncını yüksek olduğu bulunmuştur.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Çoğu literatürde diyabetin kalıtsal olduğu, bir çok genin NIDDM'nin belirleyicisi ve güçlü bir ailevi yatkınlık nedeni olduğu gösterilmiştir(21,78). Diyabetin genetik geçiş ile ilişkisi birinci derece akrabalarda diyabet öyküsü alınarak değerlendirilmektedir(17). Akraba evliliğinin yüksek olması araştırma grubunda sağlıklı, aynı zamanda değişmez bir clumsy durum olarak değerlendirilmiştir. Ancak bu ailelerde genetik geçişin önlenmesi açısından aile içi evliliklerin sürdürülmesinin önlenmesi, bölgede hastalık prevalansının azaltılmasında etki i olabilir. Bront ve arkadaşları saptanan diyabetikle de kalıtımın rolünü %23.5. Cryzyk %16.6, Redhead %6.3, Pox ve arkadaşları ise %37.0 olarak bildirmişlerdir(5). Araştırma sonuçları, bu araştırmacıların çalışmalarının bulgularına göre çok yüksek bulunmuştur.

Diabetli bir kişinin ailesinde %25-50 başka diyabetlilerin bulunmasına karşın, diabetli olmayanların ailelerinde %15'den az diyabet hastasına rastlanmaktadır(18,19). Araştırma sonuçlarına göre akraba evliliğinin yanı sıra ailede DM hikayesi yüksek bulunması pek genel bir durumdur. Bu nedenle acilen girişimlerde bulunulması ve toplumun bilinçlendirilmesi gereklidir.

Bölgede diyabetle ilgili bilgi almayanların oranının oldukça yüksek (%82.6) olduğu görülmektedir. Bu durum bölgede DM riskinin yüksek olmasına rağmen toplumun hastalığa ilişkin farkındalıklarının olmadığını düşündürmektedir. Bu durum aynı zamanda bölgede sağlık personelinin yanı sıra bu hastaların yararlandıkları sağlık kuruluşlarındaki sağlık personelinin de kişileri hastalıkları ile ilgili konularda bilgilendirmede yetersiz kaldıklarını açıkça ortaya koymuştur. Diyabet olduğunu bilen hastaların hastalıkları konusunda bilgili olmaları hem kendilerine hem de hastalığını bilmeyenlerin tanınmasına yardımcı olacaktır. Böylece koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlananların sayısı artacak ve hastalar komplikasyonlardan korunarak başlıklarına bağımlı bir yaşam sürdürmekten kurtulabileceklerdir(14).

DM tanısı konurken en önemli yardımcı klinik bulgular, polidipsi, polidipsi, noktüri ve ağız kuruluğunun varlığıdır(4). Bu bulgular bölgede oldukça yüksek bulunmuştur. Bu nedenle diyabetin tanımlanması açısından önemli olan bulgular hakkında bölge insanlarının bilgilendirilmesi, risk yaklaşımı ile Tcme Sağlık Hizmetleri kapsamında kronik hastalıklardan korunma ve erken tanı hizmetleri açısından topluma eğitim yapılması gerekliliğini göstermektedir. Diyabetin tanımlanması, bakımı ve yönetiminde, korunma ve diyabetten korunmanın her düzeyinde, en etkili ve uygun sağlık insan gücünün hemşire olduğu, uluslararası sağlık örgütleri ve tüm dünya ülkeleri tarafından kabul edilmiştir(20,17).

DM'li olan kişilerin pretest puan ortalamaları 28.2174 iken posttest puan ortalamaları 82.9130 gibi önemli derecede yüksek bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak ca anlamlı bulunmuştur(=20.274 p<0.05). Bu sonuç araştırmacının DM'li hastalara yönelik yürüttüğü eğitim ve danışmanlık programının etkinliğini açıkça ortaya koymuştur. Bireyler hastalıkları ile ilgili verilen sağlık eğitiminin bilgilerini artırdığı bilinen bir gerçektir. Bu bilgilerin hastalıkları ile başetmede ancak olumlu yaşam biçimi davranışlarına dönüştürülmesi en çok beklenen durumdur. Hemşirenin de nerede çalışıyor olursa olsun yaptığı sağlık eğitiminin etkinliğini takip etmesi sorumlulukları arasında olmalıdır.

SONUÇ

İzmir Kemalpaşa İlçesi, Damlacı köyü'nde Tip II DM prevalansını, risk faktörlerini belirlemek ve DM'li olarak tesbit edilen bireylere diyabet eğitim programının uygulanması ve değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmaya 35 yaş ve üzeri 100 kişi dahil edilmiştir. Bölgede Tip II DM prevalansı %23.0 olarak bulunmuştur. DM'li olguların çoğunluğu(%30.4) 45-54 yaş grubunda toplandığı, %69.6'sının kadın, %30.4'ünün erkek olduğu, %39.1'inin ailelerinde I.derece akraba evliliği, %17.4'ünün ailelerinde II.derece akraba evliliği olduğu saptanmıştır. Ayrıca DM'li olguların I.ve II. derece akrabalarının %82.6'sında DM hikayesi olduğu bulunmuştur. DM'lilerin %13.1'inde kalp hastalığı olduğu, %40.9'unun obez olduğu, %35.3'ünün kolesterolünün yüksek olduğu, %40.9'unun sistolik, %45.0'nin diastolik kan basıncının yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırma grubunda DM'li olarak tesbit edilen kişilere uygulanan diyabet eğitimi pretest-posttest sonucuna göre bilgi kazanç puanı önemli derecede yüksek bulunmuştur(=20.274 p<0.005).

Sonuçta prevalansları yüksek toplumlarda, mortalite, morbidite ve tedavi ücretlerinin yüksek olmasının önemli sebebi olan NIDDM'li hastalara erken tanı, tedavi ve eğitim ile daha iyi bir yaşam standardı oluşturmak mümkündür.

KAYNAKLAR

1. Yılmaz, C., "İnsülin Sorular-Cevaplar", Organorama Tıp ve Sağlık Dergisi, Mart 1998.
2. Akalin, S., ve Arkadaşları, Diabetes Mellitus: 2000, (Ed): C.Yılmaz, T.Yılmaz, Ş.İmamoglu, Gri Tasmaım. İstanbul, 2000:17-27,37-69,87-98.
3. "Güneydoğu Anadolu Diyabet Destek Projesi(GAPDIAB)", Türkiye Diyabet Vakfı, 2001, 1-7.
4. Atıcı, Ş., ve Arkadaşları, "Tip 2 Diabetes Mellitus Prevalansı ve Risk Faktörleri", Endokrinolojide Yönelişler, Cilt:8, Sayı:4, 1999.
5. Demir, Ü., "Diabetes Mellitus Tanısı ile Hiç Hastaneye Yatmamış Erişkin Diyabetik Hastaların Bilgi Düzeylerinin Saptanması", E.Ü.H.Y.O. Dergisi, Sayı:1-2, 1985.
6. Poturoğlu, Ş., ve Arkadaşları, "Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastalarda Yavaş Salımlı Glipizid Gits'in Kan Şekeri Kontrolü, Böbrek Fonksiyonları ve Kan Yağları Üzerine Etkisi", Haseki Tıp Bülteni, Cilt:37, Sayı:1, Ocak-Şubat-Mart 1999.
7. Erdoğan, G., "Diabetes Mellitus", Mezuniye: Sonrası Tıp Eğitimi Dergisi Klinik Seriler, Cilt:3, Sayı:2, Haziran 1992.
8. Atabek, F., "Diabetik Hastalarda Ayak Bakımının Önemi", FNHYO Hemşirelik Bülteni, Cilt:2, Sayı:6, 1986.
9. "Do Your Level Best: Why It Is İnç ortant to Take Care of Your Diabetes"
<http://www.niddk.nih.gov/health/diabetes/dyly/chap4.htm>
10. Bağnaçık, N., "St.Vincent Deklerasyonu", Diabet Dergisi, Türk Diabet Cemiyeti Yayın Organı, Sayı:6, Yıl:2, Ekim-Kasım-Aralık 1999.
11. Yumuk, M., "Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesel Danışmanı Dr.İsuf Kalo ile Röportaj", Türk Diabet Dergisi Yayın Organı, Sayı:6, Ekim-Kasım-Aralık 1999.
12. Özcan, Ş., "Etkili Diyabet Eğitimi", Türk Diabet Yıllığı 1994-1995, Türk Cemiyeti Yıllık Yayın Organı, S:10
13. Pınar, R., "Avrupa Diyabet Hemşireleri Çalışma Grubu Organizasyonu, Aktiviteleri, Hedefleri ve Bu Hedefler Doğrultusunda Ülkemizde Yapılacak Faaliyetler", Türk Diabet Yıllığı 1994-1995, Türk Diabet Cemiyeti Yıllık Yayın Organı, Sayı:10.
14. Karasar, N., "Bilimsel Araştırma Yöntemi", Kavramlar, İlkeler, Teknikler Matbaaçılık ve Ambalaj Sanayi, Ankara, 1982.
15. The Sixth Report Of The Joint National Committee On Prevetion, Detection, Evaluation And Treatment Of High Blood Pressure.Arch Intern Med. 1997; 157: 2413-2446
16. Birefi, I., Bayık, A., Bahar, Z., Özsoy, S., ve Arkadaşları, "Halk Sağlığı Hemşireliği Ders Notları" EÜHYO Bornova, 1998.
17. Tuzen, S., "Epidemiyoloji Tıbbi Araştırmaların Yöntem Bilimi", Hacettepe Halk Sağlığı Yayını, Ankara, 1992.
18. Alp, H., Molyvalar, Ş., "Endokrin Hastalıklar", Bayrak Ofset, İstanbul, 1987, 206-207
19. Bırol, L., ve Arkadaşları, "İç Hastalıkları Hemşireliği", Vehbi Koç Vakfı Yayınları, No:6, 4.Baskı, Ankara, 1993.
20. Erdoğan, S., ve Arkadaşları, "İnsüline Bağımlı Olmayan Diabetes Mellitus(NIDDM) Risk Faktörlerinin Belirlenmesi", Hemşirelik Formu Diyabet Özet Sayısı, Cilt:2, Sayı:2, Nisan 1999, 47-52

TABLO 1:Araştırma Grubunda Tanı Kriterlerine Göre DM'lilerin Dağılımı

Tanı Kriterleri	DM'li Olanlar	
	Sayı	%
AKŞ 140 mg/dl Üzeri	18	78.27
Öyküden	5	21.73
Toplam	23	100.0

TABLO 2: Araştırma Grubunun Ailelerinde Akraba Evliliği Olup-Olmama Durumuna Göre Dağılımı

Akraba Evliliği	DM(+)		DM(-)		Toplam	
	Sayı	%**	Sayı	%**	Sayı	%*
Yok	10	43.5	70	90.9	80	80.0
I.Derece Akraba Evliliği	9	39.1	3	3.9	12	12.0
II. Derece Akraba Evliliği	4	17.4	4	5.2	8	8.0
Toplam	23	100.0	77	100.0	100	100.0

* Satır Yüzdesi **Kolon Yüzdesi $X^2=26.59514$ SD=2 p<0.0005

TABLO 3: Araştırma Grubunun Ailelerinde DM Hikayesi Olup-Olmama Durumuna Göre Dağılımı

Ailede DM Hikayesi	DM(+)		DM(-)		Toplam	
	Sayı	%**	Sayı	%**	Sayı	%*
Yok	4	17.4	56	72.7	60	60.0
I.Derece Akrabalar Arasında Hasta Var	15	65.2	13	16.9	28	28.0
II.Derece Akrabalar Arasında Hasta Var	4	17.4	8	10.4	12	12.0
Toplam	23	100.0	77	100.0	100	100.0

* Satır Yüzdesi **Kolon Yüzdesi $X^2=25.72723$ SD=4 p<0.0004

TABLO 4: Araştırma Grubunda DM Görülme Durumu İle Hastalığa İlişkin Bilgi Alma Durumu Arasındaki İlişki

Bilgi Alma	DM(+)		DM(-)		Toplam	
	Sayı	%**	Sayı	%**	Sayı	%*
Alan	4	17.4	7	9.1	11	11.0
Almayan	19	82.6	70	90.9	89	89.0
Toplam	23	100.0	77	100.0	100	100.0

* Satır Yüzdesi **Kolon Yüzdesi $X^2=15.61931$ SD=4 p<0.005

TABLO 5: Araştırma Grubunda DM Belirtilerinin DM'li Olan Ve Olmayanlara Göre Dağılımı

Belirtiler	DM(+)		DM(-)		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*
1-Çok Yemek Yeme	22	57.9	16	42.1	38	38.0
2-Çok Su İçme	23	52.3	21	47.7	44	44.0
3-Sık İdrara Çıkma	23	67.7	11	32.3	34	34.0
4-Ağız Kuruluğu	18	50.0	18	50.0	36	36.0

* Satır Yüzdesi $X^2(1)=42.13987$ SD=1 p<0.0005, $X^2(2)=38.01653$ SD=1 p<0.005, $X^2(3)=57.98319$ SD=1 p<0.00005, $X^2(4)=23.15429$ SD=1 p<0.0005

TABLO 6: Diabetik Olguların Pretest-Posttest Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Ortalama	N	Standart Sapma	Standart Hata
Pretest	28.2174	23	17.9847	3.7501
Posttest	82.9130	23	11.4571	2.3890

Paired Samples Correlation 0.697 p<0.05

Pretest-Posttest t= -20.274 df=22 p<0.05

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

ELAZIĞ YENİMAHALLE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA SAĞLIK OCAĞINA BAĞLI

POPULASYONA AİT GEBELERDE GEBELİK DİABETİ TARAMASI

A.Ferdane OĞUZÖNCÜL*, Yüksel GÜNGÖR**, Yasemin AÇIK*, Leyla GÜNGÖR*

* Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

ELAZIĞ

** Halk Sağlığı Uzmanı, AÇS-AP

ELAZIĞ

ÖZET

Haziran 2001 itibarı ile 24.-23. gebelik haftalarında bulunan 201 gebeye Gebelik diabeti sıklığını ve bunu etkileyen faktörleri ortaya çıkarmak amacı ile 50 gr'lık Glikoz Tarama Testi uyguladık. 140 mg/dl ve üzerindeki test değerlerine Oral Glikoz Tolerans Testi

yaptık. Pozitif Glikoz Tarama Testi oranımız %18.9; pozitif Oral Glikoz Tolerans Testi oranımız ise %4.5 olarak bulundu. Yaş, parite ve geçmişte iri bebek doğurma öyküsünün testin sonucunu değiştirmediği gözlemlendi. Bu nedenle 24. gebelik haftasını geçen tüm gebeler glikoz intoleransı yönünden taranmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Gebelik Diabeti, Glikoz Tarama Testi

GİRİŞ

Gebelik kadın organizmasında büyük değişikliklere neden olur. Gebelik diabetin ortaya çıkmasında güçlü bir etki gösterir (1). Çoğu toplumda gebe olguların % 4'i diabetiktir. Diabetik gebelerin % 88-90'ı gebelik diabeti, % 10-12'i pregestasyonel diabet (gebelikten önce diabet) olan olgulardır. Gebelik Diabetes Mellitus prevalansı toplumlara ve uygulana tanısal kriterlere göre %1-14 arasında değişir (2).

Çoğu modern toplumlarda çocuk doğurma yaşının daha ileri kayma eğilimi göz önüne alındığında gelecekte çok daha fazla sayıda tip II Diabetes Mellitus'u olan gebe kadınla karşılaşacağı söylenebilir. (2)

Gebelik, organizmada oluşturduğu bazı değişiklikler ile bir bakıma endokrinolojik bir olaydır. Gebelik diabetik olmayan annenin karbonhidrat metabolizmasına etki eder (3). Nondiabetik bir gebeliğin ilk trimestrinde insülinin etkisi estrogenler ve progesteron tarafından artırılır ve glikoz düzeyleri azalma eğilimi gösterir. Buna karşılık gebeliğin geç dönemlerinde glikoz toleransı hafifçe azalır (4).

Diabetik olmayan kadında gebelik halinde lipoliz artmıştır. Karaciğerde glikoneojenez artar. Gebeliğin ikinci trimestrinden sonra insülinemi de artmaya başlar. Plasental laktojen etkisi ile, glikoz toleransı azalır ve insülinemi yükselir. Gebelik diabeti ortaya çıkar ve diabet mevcutsa latent hale gelir (3).

Gestasyonel diabetes mellitus, gebelik sırasında ilk defa farkedilen veya başlayan yetişkin şiddette karbonhidrat intoleransı olarak tanımlanır (4,5). Gestasyonel diabetide gebelik öncesinde diabet yoktur (5). Bütün gebe kadınlar glikoz intoleransı yönünden taranmalıdır. Çünkü araştırmalar klinik özellikler veya geçmiş obstetrik hikayeye dayanarak selektif taramaların yetersiz olduğunu göstermiştir. Gebelere 24.-28. haftalar arasında, günün saati ne olursa olsun, 50 g glikoz verilerek glikoz yüklemesi yapılmalıdır. Venöz plazma glikozu bir saat sonra ölçülür. Bu değer 140 mg/dl'in üzerinde olması bir glikoz tolerans testi yapılması gereğine işaret eden eşik olarak kabul edilir. Tanı glikoz tolerans testi sonucuna göre konur (2,4,5,6).

Son yıllarda gebelerin izlenimindeki ilerlemeler, diabetik annelerin tespiti, bebeklerinin mortalite ve morbiditesindeki azalmaya neden olmuştur.

Karbonhidrat toleransında hafif bir bozulma dahi perinatal mortalitede artışa yol açar.

AMAÇ

Bu çalışmada Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan ve 24. gebelik haftasını geçmiş gebelere glikoz tarama testi uygulayarak anormal glikoz değerlerini tespit etmek amaçlanmıştır. Glikoz Tarama Testi (GTT) bozuk gebelere tanı koymak amacı ile Oral Glikoz Tolerans Testi (OGTT) uygulanmıştır.

YÖNTEM

Çalışmamız Haziran 2001 itibarıyla 24-28. gebelik haftasında bulunan Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Sağlık Ocağına bağlı populasyona ait 205 gebeden 201'ine (%98) uygulandı. Tespit edilen gebeler ebeler tarafından sağlık ocağına davet edildi. Tüm gebelere tarama testi hakkında bilgi verildi. 4 gebe kadın tarama testini kabul etmedi.

Gebelere daha önce hazırlanmış çoğu çoktan seçmeli sorulardan oluşan anket bizzat araştırmacı tarafından uygulandı. Tansiyonları, dimlendirdikten sonra 5 dakika ara ile iki defa ölçüldü ve ortalamaları alındı. Boy ve kilo ölçümünden sonra vücut kitle indeksleri

(VKI)= $\frac{\text{Kilo}}{\text{Boy}^2}$ formülüne göre hesaplandı.

Daha sonra bu gebelere (günün herhangi bir saatinde yemek yeme zamanına bakılmaksızın) 50 gr glikoz oral yoldan verildi. Bir saat sonra venöz kanda glikoz seviyesine bakıldı. 140 mg/dl ve üzerindeki değerler anormal kabul edilip Oral Glikoz Tolerans Testi yapıldı. OGTT için gebelere 3 gün boyunca 150 gr karbonhidrat içeren diyet önerildi. En az 8 saatlik açlıktan sonra OGTT'ini uygulandı. Açlık, bir, iki, üç saat sonra kan şekereğine bakmak için kanları alındı (7). Gebeler test boyunca oturuldu ve sigara içmelerine izin verilmedi. OGTT'ini O'Sullivan ve Mahan'ın kriterlerine göre; ilki değer verilen sayıları karşılıyor veya geçiyor ise pozitif kabul edildi (7). OGTT'i pozitif çıkanlar ilgili merkezlere sevk edildi.

BULGULAR

Çalışmamızdaki gebelerin yaş ortalaması 26.9 (SD=5.5) idi. Gebelerin yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 1'de görülmektedir.

Gebelerin eğitim durumlarına bakıldığında %51.7'si (104 kişi) ilkököl, %23.9'u (48 kişi) lise ve %10.0'ı (20 kişi) ortaokul, %7.5'i (15 kişi) üniversite mezunu iken, %7.0'ı (14 kişi) herhangi bir okul mezunu değildi. %93.5'i (188 kişi) ev hanımı iken %6.5'i (13 kişi) devlet memuruydu.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Tablo 1: Gebelerin yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş grupları*	Sayı	%
17-25	90	45.5
26-29	48	24.2
30-34	39	19.7
35-39	17	8.6
40	4	2.0
Toplam	198	100.0

*Yaşı bilinmeyen üç kişi tabloya dahil edilmemiştir

Tablo 2: Gebelerin Glikoz Tarama Testi sonuçları

mg/dl	Sayı	%	Pozitif OGTT
74-139	163	81.1	Uygulanmadı
140 üzeri	38	18.9	9 (%4.5)

Tablo 3: OGTT sonucu pozitif çıkan gebelerin sonuçları

Gebe	Yaş	GTT(50 gr)	Açlık	1. saat	2. saat	3. saat
1	38	168	122	176	150	149
2	32	172	120	203	168	140
3	34	141	76	212	176	140
4	31	169	115	206	160	146
5	23	173	134	222	170	155
6	25	167	97	209	155	148
7	34	159	86	202	140	147
8	27	157	89	208	154	145
9	27	178	137	205	173	150

Tablo 4: Gebelerin Ailede Diabet, İri Bebek Öyküsü, Parite ve VKİ Durumuna Göre GTT Sonucu

	50 gr. Glikoz Tarama Testi				P Değerleri
	140 mg/dl ve üstü Sayı	%	139 mg/dl ve altı Sayı	%	
Ailede Diabet öyküsü					
Var	11	20.4	43	79.6	X2=0.103
Yok	27	18.4	120	81.6	Sd=1 P=0.7
İri bebek öyküsü					
Var	2	25.0	6	75.0	X2=0.202
Yok	36	18.7	157	81.3	Sd=1 P=0.6
Parite					
1-4 gebelik	36	19.3	151	80.7	X2=0.209
5 ve yukarı	2	14.3	12	85.7	Sd=1 P=0.6
VKİ*					
Normal ve sınırdan olanlar	23	15.6	124	84.4	X2=1.960
Şişman ve aşırı şişman olanlar	7	26.9	19	73.1	Sd=1 P=0.1

*Gebelik öncesi kilosunu bilmeven 28 kişinin VKİ hesaplanmamıştır.

İNGİLTERE VE GALLER'DE 1981-2000 YILLARI ARASINDAKİ KORONER KALP HASTALIĞI ÖLÜM TRENDİNİN İRDELENMESİ

Belgin ÜNAL ASLAN*#, Julia CRITCHLEY*, Simon CAPEWELL*

*Department of Public Health, University of Liverpool, LIVERPOOL, UK.

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, İZMİR.

ÖZET

Giriş:

İngiltere'de 1970'lerden başlayarak koroner kalp hastalığına (KKH) bağlı ölümler azalmaya başlamıştır. Gelecekteki KKH trendini öngörmek ve önlemeye yönelik sağlık po itikası oluşturmak için bu düşüştte rol oynayan etkenlerin açıklanması gereklidir.

Amaç:

İngiltere'de 1981-2000 yılları arası, KKH ölümlerinde gözlenen azalmada tıbbi ve cerrahi tedaviyle, toplumda kalp damar hastalığı (KDH) risk faktörlerinin değişiminin katkısını incelemek.

YÖNTEM:

Bu ekolojik çalışmada İskoçya'da 1975-1994 yılları arasındaki ölümleri incelemek için oluşturulan IMPACT® KKH Ölüm Modeli kullanılmıştır. Model kapsamında İngiltere'ye ait a)Nüfus, KKH ölüm ve hasta sayıları b)tedavilerin uygulanma düzeyleri c)sigara, kolesterol, kan basıncı, obezite, diyabet ve yoksunluk gibi temel risk faktörlerinin toplum düzeyindeki değişimleri ile d)bu değişimlerin etkinlikleri konusundaki verilerden yararlanılmıştır.

BULGULAR:

1981 yılının KKH ölüm hızı dikkate alındığında 2000 yılında İngiltere'de beklenenden 80,417 kadar daha az KKH ölümü olmuştur. Bu ölenen veya geciktirilen ölümlerin %52'si KKH'nın tedavisine [akut myokard infarktüsünün (AMI) acil tedavisi %9, AMI/cerrahiler sonrası tedavi %11, kalp yetmezliği %14, anjina %10, ve hipertansiyon %8], kalan %48'i ise toplum düzeyindeki risk faktörü değişimlerine bağlanmıştır [sigare %28, kolesterol %15, kan basıncı %8, yoksunluk %3, diğer faktörler %66]. Aynı dönemde bazı risk faktörlerindeki olumsuz yöndeki değişimler ölüm sayısını artırmıştır [fizik aktivite -%5, diyabet -%4, obezite -%2].

Sonuç:

İngiltere'de 1981-2000 arası KKH ölümlerindeki azalmanın yarısında tedaviler diğer yarısında ise risk faktörlerindeki değişimler rol oynamıştır. Bulgular, KKH'da etkin tedavi ve ikincil korunma programlarının kapsayıcılığının artırılması ve birincil korunma önlemlerinin gerekliliğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Koroner kalp hastalığı, mortalite, model, İngiltere

GİRİŞ:

Koronar kalp hastalığı ölüm hızları 1965'lerden başlayarak pek çok ülkede düşmeye başlamıştır¹⁻³. 1980'lerde Kuzey Amerika ve Avustralasya'da yapılan çalışmalarda KDH risk faktörlerindeki olumlu değişmelerin bu düşüşün %60'ından sorumlu olduğu, tıbbi ve cerrahi tedavilerin ise düşüşün %40'ını açıkladığı bildirilmiştir^{1,2}. Finlandiya'da yapılan çalışmalarda ise KKH ölüm hızındaki düşüşün %80'inin KDH risk faktörlerindeki olumlu değişmelerin sonucu olduğu belirtilmiştir³⁻⁴. Son yıllarda yapılan değerlendirmelerde KKH ölüm hızındaki düşmeden tromboliz, aspirin, ACE inhibitörleri ve By-Pass cerrahi gibi etkin tedavilerin yaygın kullanımının da etkili olduğu bildirilmektedir⁵.

Gelecekteki KKH ölüm trendini öngörmek ve önlemeye yönelik sağlık politikası oluşturmak için bu düşüşte rol oynayan etkenlerin açıklanması gereklidir. Bu amaçla İskoçya'da IMPACT® KKH ölüm modeli geliştirilmiştir. Model tedavi ve risk faktörü değişikliklerinin KKH ölümünü önleme etkinliği konusundaki yayınlanmış bilgilerle hasta sayısı gibi yerel verileri birleştirmektedir⁶. İskoçya'da 1975-1994 arası dönemde KKH ölümlerindeki azalmanın %40'ı tıbbi ve cerrahi tedavilere %50'si ise KDH risk faktörlerindeki değişimlere atfedilmiştir. Kalan %9'luk bölüm ise modele alınmamış olan diğer risk faktörleri, fizik aktivite, obezite, diyetteki antioksidanlar ve intrauterin etkilere atfedilmiştir^{3,4,6}.

Çoğu gelişmiş ülkede olduğu gibi 1970'lerden başlayarak İngiltere'de de KKH'na bağlı ölümler azalmaya başlamıştır ancak KKH hala ülke için önemli bir sağlık sorunudur⁷. İngiltere Sağlık Bakanlığı'nca 2000 yılında bu soruna yönelik KKH için Ulusal Hizmet Planı (National Service Framework for CHD) yayınlanmıştır⁸. KKH'ya yönelik girişimlerin başlamasıyla birlikte tedavilerin uygulanma düzeylerine ilişkin pek çok yerel ve ulusal araştırma ve değerlendirme raporları yayınlanmıştır⁹⁻¹¹. KKH tedavilerinin etkinliğini irdeleyen yeni meta-analizlerin yayınlanmakta oluşu¹²⁻¹⁴ ve rutin nüfus ve ölüm istatistiklerinin varlığı ve ulaşılabilirliği, İngiltere ve Galler için IMPACT modelinin oluşturulmasına olanak tanımıştır.

AMAÇ:

Bu çalışmada İngiltere ve Galler'de 1981-2000 yılları arasında KKH ölümlerindeki azalmanın ne kadarının tıbbi ve cerrahi tedaviye, ne kadarının ise toplum düzeyinde kalp damar hastalığı risk faktörlerindeki değişime bağlı olduğunu incelemek amaçlanmıştır.

YÖNTEM:

Bu ekolojik çalışmada İskoçya'da 1974-1994 yılları arasındaki KKH ölümlerini incelemek için oluşturulan IMPACT® KKH Ölüm Modeli kullanılmıştır. Model KKH'nın doğal seyrinde ortaya çıkan değişik formları (AMI, anjina, kalp yetmezliği) ve KKH için temel risk faktörlerini (sigara, kolesterol, kan basıncı, obezite, diyabet, fizik aktivite ve yoksunluk) kapsamaktadır. Dikkate alınan temel tedavi girişimleri AMI için (kardiyopulmoner canlandırma¹¹, aspirin¹⁴, trombolitik tedavi¹³ ACE inhibitörü¹³⁻¹⁶, IV β-bloker¹⁵, primer anjiyoplasti), AMI sonrası ve koroner arter by-pass cerrahi/angioplasti sonrası tedavi için (aspirin¹⁴, β-bloker¹⁵, ACE inhibitörü, lipid düşürücü tedavi^{15,17}, pıhtılaşmayı önleyici ilaçlar-warfarin-, rehabilitasyon¹⁵) hastanede anjina tedavisi için (by-pass cerrahisi, anjiyoplasti^{14,18,19}, unstable anjina tedavisi, aspirin, heparin¹⁵), hastane dışında anjina tedavisi için (aspirin¹⁴), kalp yetmezliği için (hastane ve toplumda β-bloker, ACE inhibitörü¹⁷ ve diüretikler) ile hipertansiyon tedavisidir¹².

Model kapsamında İngiltere'ye ait a)Nüfus, KKH ölüm ve hasta sayıları b)tedavilerin uygulanma düzeyleri c)sigara kullanımı, obezite, diyabet, kolesterol, kan basıncı ve yoksunluk (deprivation) gibi risk faktörlerinin toplum düzeyindeki değişimleri ile d)bu değişimlerin etkinlikleri konusundaki veriler birleştirilmiştir.

Veri kaynağı olarak nüfus ve hasta sayıları için, Ulusal İstatistik Bürosu'nun (Office for National Statistics) ve İngiliz Kalp Vakfı'nın (British Heart Foundation) yıllık KKH istatistikleri¹⁸; risk faktörleri için, İngiliz Bölgesel Kalp Çalışması (the British Regional Heart Study)²⁰, Genel Hane Halkı Araştırması (General Household Survey)²¹ ve İngiliz Sağlık Araştırması (Health Survey for England)²²; ilaçların kullanım düzeyleri için bazı ulusal²³ veya yerel inceleme raporları²⁴, araştırmalar; tedavi veya risk faktörlerindeki değişimin KKH ölümlerini önleme etkinliği konusunda, randomize kontrollü çalışmalar, toplum düzeyinde yapılmış girişimsel çalışmalardan ve meta analizlerden yararlanılmıştır.

Her bir girişim için, girişimin uygulanmasıyla KKH'na bağlı ölüm riskindeki mutlak azalmanın bir ölçütü olan 'mutlak risk azalışı' (absolute risk reduction) uygun hasta sayısı ve tedavi uygulama düzeyiyle çarpılarak 'önlenen veya geciktirilen' KKH ölüm sayıları hesaplanmıştır. Risk faktörlerindeki değişimin etkisi ise popülasyon, risk faktöründeki % değişim ve risk faktörüne ait regresyon katsayısı (β) çarpılarak elde edilmiştir.

Modelde bir çok değişik kaynaktan elde edilen verilerin kullanılması ve bazı verilerle ilgili kısıtlılıkların olması nedeniyle uç değerlerin analizi 'analysis of extremes' ilkesine dayanan çok yönlü duyarlılık analizi (*sensitivity analysis*) yapılmıştır²⁵. Hasta sayısı, tedavi etkinliği ve hasta uyumu gibi parametrelerin minimum ve maksimum olası değerleri kullanılarak önlenen veya geciktirilen ölüm sayıları için minimum ve maksimum değerler hesaplanmıştır.

Oluşturulan modelin geçerliliği, modelden elde edilen yaş ve cinsiyet gruplarına özgü önlenen veya geciktirilen KKH ölümlerinin 1981-2000 yılları arası gözlenen düşüşle karşılaştırılmasıyla incelenmiştir. Modelin ileri yaş gruplarında ve kadınlarda ± 1 ile %2 arasında değişen sapmalarla ölümlerdeki gözlenen düşmeleri yakaladığı görülmüştür.

BULGULAR:

1981 yılının KKH mortalite hızı dikkate alındığında 2000 yılında İngiltere ve Galler'de beklenenden 80.417 kadar daha az KKH ölümü olmuştur.

Tablo1'de tıbbi ve cerrahi girişimler, uygulanma düzeyleri, her bir girişim için kullanılan mutlak risk azalışı ve sonuç olarak 2000 yılında önlenen veya geciktirilen KKH ölüm sayıları ile bunların toplam önlenen ölümler içindeki oranları sunulmuştur.

2000 yılında önlenen veya geciktirilen ölümlerin %52'si KKH'nın tedavisine bağlanmıştır. Önlenen veya geciktirilen KKH ölümleri içinde AMI acil tedavisi %9.0, AMI sonrası tedavi %7.3 ve By-Pass ve anjiyoplasti sonrası tedavi %3.7, kalp yetmezliği tedavisi %14.3, anjina tedavisi %9.9 ve hipertansiyon tedavisi %7.7 ağırlığa sahiptir.

Tablo2'de toplum düzeyinde risk faktörlerindeki değişimler ve bunlara bağlı önlenen veya geciktirilen ölüm sayıları ile toplam önlenen ölümler içindeki oranları sunulmuştur.

1981-2000 yılları arasında toplum düzeyinde risk faktörlerindeki değişimler önlenen veya geciktirilen ölümlerin %48'ini oluşturmaktadır. Risk faktörlerinin içinde en büyük katkı %28 ile sigara kullanımındaki değişiklikten kaynaklanmıştır. Sigara kullanım sıklığındaki %34'lük azalma 22993 KKH ölümünü önlemiş veya geciktirmiştir. Toplumun ortalama kolesterol düzeyindeki %8'lik düşüş 12672 (minimum=4041, maksimum=18964) ölümün önlenmesini veya geciktirilmesini sağlamıştır. Ortalama kan basıncındaki %7'lik düşüş ise önlenen KKH ölümlerinin %7.8'ini oluşturmuştur. Toplumda yoksunlukta olan olumlu değişimler KKH ölümlerindeki azalmanın %3.4'ünü açıklamıştır. Aynı dönem içinde %186 olmak üzere obezite sıklığında çok belirgin artış

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

izlenmiş buna bağlı olarak 1546 KKH ölümü ortaya çıkmıştır. Diyabet prevalansında izlenen %66'lık artış 3154. fizik aktivitedeki %30'luk azalma ise 3990 KKH ölümüne neden olmuştur.

Tartışma:

Bu çalışmada tıbbi ve cerrahi tedavilerin KKH ölümlerindeki azalmanın yaklaşık yarısından sorumlu olduğu saptanmıştır. Bu düşüşün diğer yarısı sigara, kolesterol, kan basıncı ve diğer risk faktörlerindeki değişikliklerle açıklanmaktadır.

Belli hasta gruplarına uygulanan koroner by-pass cerrahisi ve anjioplastinin toplum düzeyinde önlenen veya geciktirilen KKH ölümlerine katkısı sınırlı kalmıştır. Ancak görece daha çok sayıda hastaya uygulanan AMI'nün erken tedavisi, ikincil korunma, hipertansiyon ve kalp yetmezliği tedavilerinin katkıları daha yüksek görülmektedir. Bu, etkin tedavilerin uygun hastalarda daha yaygın kullanımının yararına işaret etmektedir.²⁶

Etkin tedavi yöntemlerinin olmaması veya yaygın kullanılmaması nedeniyle 1970 ile 1990'lı yılların başlarını kapsayan ve ABD, Holanda ve İskandinav ülkelerinde yapılan modellerde risk faktörlerindeki değişimler tedavilere göre daha fazla önem taşımaktaydı.^{1,2,4,27} Finlandiya'da 1972-1992 arası dönemde tedavilerin KKH ölümlerindeki azalmanın sadece %30'undan sorumlu olduğu belirtilmiştir.³ Son yıllarda ise bu oran tedavilerin lehine artmaktadır. Son 20 yılı kapsayan bu modelde ise tedavi yöntemleriyle risk faktörü değişikliklerinin eşit öneme sahip olduğu görülmüştür.

2000 yılında önlenen veya geciktirilen ölümlerde en büyük katkı tek başına sigara içme sıklığındaki değişiklikten gelmiştir. Bu bulgu benzer çalışmalardan elde edilen %18 ile %38 arasında değişen oranlarla uyumludur.^{3,4,27}

Ekolojik çalışmaların sonuçları değerlendirilken bazı kısıtlılıkları akılda tutulmalıdır. Özellikle KDH risk faktörü trend verileri ve KKH'nın tedavi uygulamalarına ait verilerdeki eksiklikler veya yan tutma olasılıkları nedeniyle modelden elde edilen sonuçlar için duyarlılık analizi yapılmalıdır.²⁵ Bunun bir nedeni de model oluşturulurken randomize kontrollü çalışmalardan elde edilen ölçütlerin klinik uygulamada da aynı etkinlikte olacağı gibi temel bazı varsayımların kabul edilmiş olmasıdır.⁶ Bu çalışmada bu nedenle yapılan duyarlılık analizi sonuçları temel bulguları destekleyici niteliktedir.

IMPACT KKH Ölüm Modelini geçerliliği, modelden elde edilen önlenen veya geciktirilen KKH ölümlerinin incelenen dönemdeki gözlenen düşüşle karşılaştırılmasıyla değerlendirilmiştir. Modelin geçerliliği ayrıca simülasyon ve mikro simülasyon yöntemleri kullanılarak yapılan modellerin sonuçlarıyla karşılaştırılarak denetlenecektir. Modelin tekrarlanabilirliği (*replication*) daha önce Yeni Zelanda'da 1982-1993 arasındaki KKH ölümleri için yapılan modelle sinanmıştır.²⁸ Şu anda da benzer dönemler için Finlandiya ve Çin MONICA çalışmalarından elde edilen veriler kullanılarak model tekrarlanmaktadır.

SONUÇ:

İngiltere'de 1981-2000 yılları arasındaki KKH ölümlerindeki azalmanın yaklaşık yarısında tıbbi ve cerrahi girişimler diğer yarısında ise risk faktörlerindeki değişime rol oynamıştır. Bulgular etkin tedavi ve ikincil korunma programlarının kapsayıcılığının artırılması ve özellikle sigara kullanımı, kolesterol düzeyi, obeziteyi azaltmaya yönelik birincil korunma önlemlerinin gerekliliğini vurgulamaktadır.

KAYNAKLAR:

1. Beaglehole R. Medical management and the decline in mortality from coronary heart disease. *Br Med J Clin Res Ed* 1986; 292(6512):33-35.
2. Goldman L, Cook EF. The decline in ischemic heart disease mortality rates. An analysis of the comparative effects of medical interventions and changes in lifestyle. *Ann Intern Med* 1986; 101(6):825-836.
3. Vartiainen E, Puska P, Pekkanen J, Tuomilehto J, Jousilahti P. Changes in risk factors explain changes in mortality from ischaemic heart disease in Finland. *BMJ* 1994; 309(6946):23-27.
4. Sigfusson N, Sigvaldson H, Steingrimsdottir L, et al. Decline in ischaemic heart disease in Iceland and change in risk factor levels. *BMJ* 1991; 302:1371-1375.
5. McGovern PG, Pankow JS, Shahar E, Deliszny KM, Folsom AR, Blackburn H et al. Recent trends in acute coronary heart disease mortality, morbidity, medical care, and risk factors. The Minnesota Heart Survey Investigators. *N Engl J Med* 1996; 334(14):884-890.
6. Capewell S, Morrison CE, McMurray JJ. Contribution of modern cardiovascular treatment and risk factor changes to the decline in coronary heart disease mortality in Scotland between 1975 and 1994. *Heart* 1999; 81(4):380-386.
7. British Heart Foundation Statistics Database 2000 AC2. Coronary Heart Disease Statistics. 2000. <http://www.dphpc.ox.ac.uk/bh/hprg/stats/2000/2000/mortality.html>, 14-6-2002.
8. National Service Framework For Coronary Heart Disease. Department of Health. London, 2002. Department
9. of Health. <http://www.doh.gov.uk/nsf/nsf/home.htm>, 14-6-2002.
10. Bowker TJ, Clayton TC, Ingham J, McLennan NR, Hobson HL, Pyke SD et al. A British Cardiac Society survey of the potential for the secondary prevention of coronary disease: ASPIRE (Action on Secondary Prevention through Intervention to Reduce Events). *Heart* 1996; 75(4):334-342.
11. Tunstall-Pedoe H, Morrison C, Woodward M, Fitzpatrick B, Watt G. Sex differences in myocardial infarction and coronary deaths in the Scottish MONICA population of Glasgow 1985 to 1991. Presentation, diagnosis, treatment, and 28-day case fatality of 3991 events in men and 1551 events in women. *Circulation* 1996; 93(11):1981-1992.
12. Perry A, Capewell S, Walker A, Chalmer J, Redpath A, Major K et al. Measuring the costs and benefits of heart disease monitoring. *Heart* 2000; 83(6):651-656.
13. Collins R, Peto R, MacMahon S, Hebert P, Fiebach NH, Eberlein KA et al. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 2. Short-term reductions in blood pressure: overview of randomised drug trials in their epidemiological context. *Lancet* 1990; 335(8693):827-838.
14. Baigent C, Collins R, Appleby P, Parish S, Sleight P, Peto R. ISIS-2: 10 year survival among patients with suspected acute myocardial infarction in randomised comparison of intravenous streptokinase, oral aspirin, both, or neither. The ISIS-2 (Second International Study of Infarct Survival) Collaborative Group. *BMJ* 1998; 316(7141):1337-1343.
15. Altman R, Carreras L, Diaz R. Collaborative overview of randomised controlled trials of antiplatelet therapy. I: prevention of death, myocardial infarction, and stroke by prolonged antiplatelet therapy in various categories of patients. *BMJ* 1994; 308:81-106.
16. Lau J, Antman EM, Jimenez-Silva J, Kupelnick B, Mosteller F, Chalmers FC. Cumulative meta-analysis of therapeutic trials for myocardial infarction. *N Engl J Med* 1992; 327(4):248-254.
17. Tunstall-Pedoe H, Bailey L, Chamberlain DA, Marsden AK, Ward ME, Zideman DA. Survey of 3765 cardiopulmonary resuscitations in British hospitals (the BRESUS Study): methods and overall results. *BMJ* 1992; 304(6838):1347-1351.
18. Garg R, Yusuf S. Overview of randomised trials of angiotensin-converting enzyme inhibitors on mortality and morbidity in patients with heart failure. Collaborative Group on ACE Inhibitor Trials. *JAMA* 1995; 273(18):1450-1456.
19. Collins R, Baigent C, Peto R. Benefit of heparin plus aspirin vs aspirin alone in unstable angina. *JAMA* 1996; 276(23):1873.
20. Pocock SJ, Henderson RA, Rickards AF, Hampton JR, King SB, III, Hamm CW et al. Meta-analysis of randomised trials comparing coronary angioplasty with bypass surgery. *Lancet* 1995; 346(8984):1184-1189.

21. Shaper AG, Pocock SJ, Walker M, Cohen NM, Wale CJ, Thomson AG. British Regional Heart Study: cardiovascular risk factors in middle-aged men in 24 towns. Br Med J Clin Res Ed 1981; 283(6285):179-186.
22. General Household Survey 1980. Office for National Statistics- Social Survey Division. London:Stationery Office,1982.
23. Health Survey for England '98. Erens B, Primatesta P, eds. Department of Health. London,1999.
24. Ryan R, Majeed A. Prevalence of ischaemic Heart disease and its management with statins and aspirin in general practice in England and Wales, 1994-98. Health Statistics Quarterly 2001;12:34-39.
25. Office for National Statistics. Key Health Statistics from General Practice 1998. National Statistics. MB6 No.2. London, 2000.
26. Briggs A, Sculpher M, Buxton M. Uncertainty in the economic evaluation of health care technologies: the role of sensitivity analysis. Health Economics 1994; 3:95-104.
27. Bowker TJ, Clayton TC, Ingham J, McLennan NR, Hobson HL, Pyke SD et al. A British Cardiac Society survey of the potential for the secondary prevention of coronary disease- ASPIRE (Action on Secondary Prevention through Intervention to Reduce Events). Heart 1996; 75(4):334-342.
28. Bots ML, Grobbee DE. Decline of coronary heart disease mortality in The Netherlands from 1978 to 1985: contribution of medical care and changes over time in presence of major cardiovascular risk factors. J Cardiovasc Risk 1996; 3(3):271-276.
29. Capewell S, Beaglehole R, Seddon M, McMurray J. Explaining the decline in Coronary Heart Disease Mortality in Auckland, New Zealand between 1982 and 1993. Circulation 2000;102:1511-1516.

Tablo 1. Tıbbi ve cerrahi girişimler sonucu önlenebilir veya geciktirilen KKH ölümleri.

GİRİŞİM	Uygun hasta sayısı	Girişim uygulama düzeyi %	Mutlak risk azalışı	Önlenebilir/ geciktirilen ölüm (min. : maks.)	Önlenebilir ölümler içindeki % (min.,maks.)
AMI				7411 (5626 ; 15954)	9.0 (6.9; 19.4)
Hastane öncesi CPR	4112	49	0.110	4112 (3290;4934)	
Hastanede CPR	9833	99	0.122	1136 (787;1967)	
Tromboliz	89391	30	0.025	643 (255 ; 3989)	
Aspirin	89391	51	0.025	1179 (1019 ; 2393)	
Primer Anjiyoplasti	89391	4	0.025	80 (64 ; 1995)	
Beta bloker	89271	17	0.011	188 (170 ; 451)	
ACE inhibitörü	89291	12	0.007	73 (42-225)	
İkincil korunma	514222			9113 (4854 ; 13447)	11.1 (5.9; 16.4)
AMI sonrası	356381			3562 (3693 ; 7230)	
Aspirin	167913	58	0.007	841 (212 ; 1411)	
Beta bloker	167910	43	0.023	1900 (736; 3275)	
ACE inhibitörü	167910	22	0.023	688 (134; 3437)	
Lipid düşürücü	167910	40	0.007	482 (294; 1475)	
Warfarin	167910	4	0.010	109 (31; 204)	
Rehabilitasyon	167910	29	0.150	1378 (715 ; 3076)	
By Pass/Anjiyoplasti sonrası	137840		0.028	3551 (961; 6217)	
Anjina tedavisi	36573000			8174 (3318 ; 15422)	9.9 (4.0; 18.8)
By : Pass ameliyatı	187916	100	0.010	3641 (1936 ; 8200)	
Anjiyoplasti	112404	100	0.002	569 (107 ; 450)	
Aspirin	36573000	50	0.004	3925 (901 ; 4861)	
Anstabil Anjina	72600	41	0.032	1039 (373 ; 1912)	
Warfarin	72600	47	0.01	331 (273 ; 410)	
Kalp yetmezliği	334920			11076 (3311 ; 25945)	14.5 (4.0; 31.6)
Hastanede	110369	41	0.126	3168 (1833 ; 10285)	
Hastane dışında	334920	46	0.054	8538 (1479 ; 15660)	
Hipertansiyon tedavisi	14352936	54	0.002	6302 (2316 ; 16679)	7.7 (2.8; 20.3)
Birincil korunma için	31720000	5	0.002	284 (88 ; 861)	0.003(0.001; 0.01)
lipid düşürücü ilaçlar					
Toplam tedavi etkisi- 2000				42963 (19514 ; 85309)	52.3 (23.8;98.4)

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Tablo 2. Risk faktörlerindeki değişimler sonucu önlenen veya geciktirilen KKH ölümleri.

Risk faktörleri	Populasyon	Risk faktörü değişimini %	Önlenen/geciktirilen ölümler (min.;maks.)	Önlenen tüm ölümler içindeki % (min.;maks.)
Sigara	31720000	34.0	22993 (17548 ; 30336)	28.0 (21.4; 37.0)
Kolesterol	31720000	8.0	12672 (4041 ; 18964)	15.4 (4.9; 23.1)
Kan basıncı	31720000	7.6	6309 (632 ; 7977)	7.8 (0.8; 9.7)
Obezite	31720000	186.0*	-1546 (-3932 ; -1285)	-2.0 (-1.6; -4.8)
Dişabet	31720000	66.0*	-3154 (-6376 ; -876)	-3.8 (-1.1; -7.8)
Fizik inaktivite	31720000	29.0*	-3990 (-1164 ; -4352)	-5.0 (-2.3; -8.4)
Yoksunluk	31720000	6.0	2793 (1876 ; 3154)	3.4 (1.2; 6.8)
Diğer etkenler	31720000	-	4226 (1067; 7800)	6.0 (1.3; 9.5)
Toplam			39139 (20060 - 46968)	47.8 (24.4; 57.2)

SOSYAL SİGORTALAR KURUMU ANKARA HASTANESİ KAYITLARINDA BULUNAN AKCİĞER KANSERİ HASTALARININ BAZI ÖZELLİKLERİ

***Dr.Mecit GÖKCİMEN, **Dr.Gonca OKTAY KOÇOĞLU, **Dr.Ayşegül ESİN ERTAN , Prof.Dr.Nazmi BİLİR**

* Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı

** Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Araştırma Görevlisi

ÖZET

Akciğer kanseri gelişmiş ülkelerde sigarayı bırakma ile düşme eğiliminde olmasına rağmen gelişmekte olan ülkelerde halen bir tehdit oluşturmaya devam etmektedir. Bu araştırma, Ankara Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) Hastanesi Arşivi'nden toplanan 1999, 2000, 2001 tarihlerinde Ankara SSK Eğitim Hastanesi'nde tanı ve tedavi alan akciğer kanserli hastaların bazı sosyodemografik özelliklerini ve hastalıkları ile ilgili bazı özelliklerini içeren tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Toplam 34 akciğer kanserli hastanın % 73.5'u erkek, % 26.5'i kadındır. Hastaların %23.5'unun hayatlarında hiç sigara içmediği, %32.4'ünün halen sigara içtiği, %44.1'inin yaşamlarının bir döneminde içmiş ve bırakmış oldukları saptanmıştır. Hastaların cinsiyetlere göre sigara içme süreleri incelendiğinde, erkeklerin % 60'ının 25 yıl veya daha önce, % 40'ının ise 25 yıldan daha az süredir, kadınların hemsinin 25 yıl veya daha az sürede sigara içtikleri belirlenmiştir (p=0.02). Akciğer kanserli hastaların kanser tiplerinin dağılımına bakıldığında, en sık yassı hücreli kanser ve adeno kanserler olduğu görülmektedir. Moraliye ve morbiditesi çok yüksek olan bu kanser türünün tedavi etkililiği yüz güldürücü olmadığından halk sağlığı açısından birincil korunma önlemlerinin alınması daha etkili olacaktır.

Anahtar Kelimeler : Sosyal Sigortalar Kurumu, akciğer kanseri, sigara kullanımı

GİRİŞ

Amerika Birleşik Devletleri ve diğer gelişmiş ülkelerde hem kadın hem de erkeklerde akciğer kanseri en yaygın kanserlerden birisidir(1).Erkekler için her ne kadar yaygın da kadınlarda ki yaygınlığı 1980'lerden sonra artış göstermiştir.Erkeklerdeki akciğer kanseri insidansı 100.000'de 70'dir.Erkeklerdeki insidansı düşme eğiliminde iken kadınlardaki insidans hızla artmaktadır(2).

Sigara akciğer kanseri etyolojisinde çok önemli bir sırada olmasına rağmen kişinin mesleği de göz ardı edilmemelidir.Mesleksi açıdan bakıldığında metalurji, maden, endüstriyel gaz üretimi, farmasötik preparatlar, sabun ve deterjan, boya, inorganik pigmentler ve sentetik kauçuk gibi endüstriyel çalışanlarda risk artışı gözlenmektedir. Bir çok çevresel ve mesleksi akciğer kanserojeni saptanmıştır; arsenik, asbest, klorometil eterler, bisklorometil eterler, krona, iyonizan radyasyon, mustard gazı, alkol, polisiklik hidrokarbon, vinil klorid vb(3).

Hava kirliliği açısından bakıldığında, çalışmalar akciğer kanseri insidansının kentsel bölgede kırsal bölgeye göre artmış olduğunu göstermektedir (2,3 : 1,2). Pakat karsinogenezde hava kirliliğinin rolü pek açık değildir. Motorlu araç emisyonlarına yoğun maruz kalanlarda akciğer kanseri insidansı artışı görülmektedir(4). Sosyal Sigortalar Kurumu, içinin sosyal güvenliğini sağlamak ve ayıran sağlık hizmetlerini de yürütmek amacıyla 1 Ekim 1953 tarihinde 40 yataklı hastane hizmete açılmıştır(5).

Halen, SSK Ankara Hastanesi'nde: 3 dahiliye, 3 genel cerrahi, 2 nöroşirürji, 2 tıroloji, 2 kulak burun boğaz, 2 ortopedi, 1 anestezi ve reanimasyon, 1 plastik cerrahi, 1 cildiye, 1 kalp-damar cerrahi, 1 nöroloji, 1 enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji, 1 göğüs hastalıkları, 1 psikiyatri, 1 fizik tedavi ve rehabilitasyon, 1 biyokimya, 1 mikrobiyoloji ve klinik mikrobiyoloji, 1 patoloji, 1 radyoloji olmak üzere toplam 27 eğitim veren klinik bulunmaktadır. Toplam yatak sayısı 861'dir(5).

Bu araştırmanın amacı, SSK Ankara Hastanesi kayıtlarından, akciğer kanseri tanısı almış hastaların sosyodemografik özellikleri, sigara içme durumu gibi bazı özelliklerinin saptanmasıdır. Ayrıca, sigara içme durumuna göre histolojik alt tiplerin belirlenmesi için planlanmıştır.

YÖNTEM

Araştırma Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) Ankara Hastanesi Arşivi'nden toplanan 1999, 2000, 2001 tarihlerinde SSK Ankara Hastanesinde tanı ve tedavi alan akciğer kanserli hastaların bazı sosyodemografik özelliklerini ve hastalıkları ile ilgili bazı özelliklerini içeren tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Toplam 34 akciğer kanserli hastanın % 73.5'ü erkek, % 26.5'ü kadındır. Dünyada da genellikle, akciğer kanseri insidansı ve mortalitesinde erkek cinsiyet baskınlığı vardır(1). Ancak son yıllarda sigara alışkanlığına bağlı olarak kadınlarda yükselme eğilimi çarpıcıdır. Yaş dağılımı 39-73 arasında değişmekte olup, en çok %8.8 ile 61 - 65 yaşlarda bir yığılım gözlenmiştir. Grafik 1'de cinsiyetlere göre sigara içme durumu gösterilmiştir.

Hastaların % 23.5'unun hayatlarında hiç sigara içmediği, % 32.4'ünün halen sigara içtiği, % 44.1'inin yaşamlarının bir döneminde içmiş ve bırakmış oldukları saptanmıştır. Pasif içiciliğin tam riski tartışılmalı olmakla birlikte, şu anki veriler maruziyet yoğunluğu ve kanser riski arasında doz yanıt ilişkisini göstermektedir. Çocukluk çağında günde 25'ten fazla sigaraya maruz kalanlarda akciğer kanseri sigara içmeyenlere göre 2 kat fazladır(6).

Hastaların sigara içme süreleri incelendiğinde, en az 5, en çok 46 yıl sigara içmiş oldukları, % 41.6'sının 20 yıl ve daha az, % 32.4'ünün 21-30 yıl, % 26.5'unun 30 ve daha fazla yıldır sigara içtikleri gözlenmiştir.

Akciğer kanserli hastaların sigara içme miktarları, günde 4 - 40 sigara arasında değişmektedir. Hastaların % 38.2'si günde 1-10 adet, % 47.1'i günde 11 - 20 adet, % 14.7'si günde bir paketten fazla sigara içmektedir yani bu grupta yaklaşık 5 kişiden biri ağır içicidir. Sigarada 4000'den fazla kimyasal bulunmaktadır, bunlardan bir kaçısı kanserojen ya da kokarsinojendir. İnsanda sigara içimi bronşial epitelde histolojik değişimi indüklemekte, bronşial silia kaybı, bazal epitel hiperplazisi nukleer anormallikler oluşturmaktadır(3).

Araştırmada akciğer kanserli hastalardan sigara içenlerin % 60'ının sigarayı bıraktığı, % 40'ının hala sigara içmeye devam ettiği saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların sigarayı bırakma süreleri 1 ay ile 40 yıl arasında değişmektedir. Hastaların % 18.8'i 3 yıl önce sigarayı bırakmışlardır.

Hastaların cinsiyetlere göre sigara içme süreleri incelendiğinde, erkeklerin % 60'ının 25 yıl veya daha önce, % 40'ının ise 25 yıldan daha az süredir, kadınların hepsinin 25 yıl veya daha az sürede sigara içtikleri saptanmıştır(p=0.02).

Erkek hastaların % 85.7'sinin sigaraya bağımlı akciğer kanseri tiplerinden biri olduğu, kadınların % 75'inin sigaraya bağımlı akciğer kanseri tiplerinden biri olduğu tespit edilmiştir. Sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Erkeklerin % 48'inin sigarayı bırakmasına rağmen % 44'ünün halen sigara içtiği, kadınların % 66.7'sinin hiç sigara içmediği istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.0009).

50 ve daha altı hastaların % 87.5'ü, 50-60 yaş hastaların % 83.3'ü, 60-70 yaş hastaların % 81.8'i, 70 ve üzeri hastaların % 75'inin sigaraya bağımlı kanser tiplerinden bir kanser olduğu gözlenmiştir. Ancak, istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Sigarayı hiç içmemiş olanları % 71.4'ü, sigarayı halen içenlerin % 77.8'i, sigarayı bırakanların % 92.3'ü sigaraya bağımlı akciğer kanseri tiplerinden birisindedir, istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Akciğer kanserli hastaların kanser tiplerinin dağılımına bakıldığında en sık yassı hücreli kanser ve adeno kanserler olduğu görülmektedir. Histolojik alt tiplerinin dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir(1).

Hastaların %82.8'inin sigaraya bağımlı akciğer kanseri tiplerinden (epidermoid, küçük hücreli akciğer kanseri, adeno kanser) biri olduğu, % 17.2'sinin ise sigaradan bağımsız olduğu gözlenmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) akciğer kanserlerini 4 ana gruba ayırmaktadır : yassı hücreli veya epidermoid karsinom, adenokarsinom, büyük hücreli karsinom ve küçük hücreli karsinom(6). Tablo 2'de malign akciğer kanserlerinin histolojik sınıflamasını göstermektedir. Son zamanlarda, en sık görülen histolojik alt grup adenokarsinomdur. Bu çalışmada % 20 sıklıkta gözlenmiştir. Adenokarsinom klasik olarak periferik havayolları ve alveollerden gelişen perifer yerleşimli bir tümördür. fakat proximal epitel ve submukoza bezlerden de kaynaklanabilir. En belirgin göstergesi müsin üreten veya üretmeyen bezler oluşmasıdır. Periferik adenokarsinom bazen akciğer skarlarıyla da ilişkili olabilmektedir. Bronşial orijinli adenokarsinomları metastatik adenokarsinomlardan ayırtmak bazen güç olabilmektedir. Periferik orijinli adenokarsinomlarda zorluk daha da fazladır: metastaz mı yoksa malign mezotelyom mu ayırtmak daha da güçtür(4).

Yassı hücreli karsinom merkezi hava yollarından köken almaktadır. Bu tip değişen epitelden oluşmaktadır ve yıllarca ilerleyen muozal değişimlerin bir sonucu olarak oluşmaktadır; skvamöz metaplazi, displazi ve karsinoma in situ. Mikroskopik olarak hücreler arası köprüler ve bol keratin oluşumu vardır. 1970'lerde akciğer kanserlerinin yarısını oluşturmaktayken şimdilerde yaklaşık % 30'unu oluşturmaktadır. Bu azalma erkeklerde sigara içimi azalmasıyla ilişkilidir(3).Bu çalışmada % 20 sıklıkta gözlenmiştir. Büyük hücreli karsinom genellikle periferik yerleşimlidir. Bu karsinom grubu ışık mikroskopuyla farklılaşmaktadır. Bunlar geniş çekirdek, belirgin çekirdekçikler, bol sitoplazma ve belirgin sitoplazma zarına sahiptir. İmmünohistokimyasal veya elektron mikroskopuyla incelendiğinde nöroendokrin veya glandüler farklılaşma göstermektedir. Akciğer kanserlerinin % 10'unu oluşturmaktadır(1,4).Bu çalışmada % 3.3 sıklıkta bulunmuştur.

Küçük hücreli karsinom genellikle proximalde geniş, yumuşak, gri-beyaz kitledir. Küçük, koyu boyanan, az sitoplazmalı hücrelerle karakterizedir. Genellikle tam konması zordur değildir, fakat lenf nodları ince iğne aspirasyon biyopsisi ve immünohistokimyasal belirleyiciler yardımcı olabilir. Primer akciğer kanserlerinin % 20'sini oluşturmaktadır(8). Bu çalışmada %20 sıklıkta bulunmuştur.

Sigara içimiyle yassı hücreli karsinom ve küçük hücreli akciğer karsinom ilişkisi açıkken, adenokarsinom ve büyük hücreli karsinom ilişkisi açık değildir. Geçmişte, adenokarsinom ile sigara içiminin ilişkisiz olduğunu söylerken yeni veriler her bir majör histolojik grubun değişen derecelerde de olsa sigarayla direkt ilişkisinin olduğunu söylemektedir(6). Bronko alveolar karsinom patogeneğinde sigara içiminin rolü daha az açıkken, son çalışmalar açık ilişkiyi desteklemektedir. Akciğer karsinomu riski toplam sigara maruziyetine göre değişen hücre tipinin bir fonksiyonu olarak en güçlü ilişki küçük hücreli karsinom, daha az güçlü olarak yassı hücreli karsinom, adenokarsinomla daha zayıf ilişki ve büyük hücreli karsinomla ilişki yokluğu biçimindedir(1,6).

Sigara içmeyenlerde de en sık görülen histolojik tip adenokarsinomdur(10).Bu çalışmada da en çok adenokarsinom kadınlarda gözlenmiştir.Kadınların sigara içme sıklığı da daha azdır, kadınların % 66.7'sinin hiç sigara içmediği gözlenmiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Akciğer Kanseri tüm kanserler içerisinde hala birinci sıradadır(1).Mortalite ve morbiditesi çok yüksek olan bu kanser türünün tedavi etkinliği yüzgüldürücü olmadığından Halk Sağlığı açısından primer korunma önlemlerinin alınması daha efektif olacaktır.Akciğer Kanserlerinin % 80-90'ından sigara sorumlu olduğu içinde sigara kullanımını azaltmak amaç olmalıdır(1).Halkı eğitmek ve bilgilendirmek akciğer kanseri ile mücadelede öncelikli konulardır.Ayrıca kanser tedavilerinde önemli bir yaklaşım da erken tanı ve tedavidir.Bunun için halkın duyarlılığını bu konuya çekecek araştırmaların yaygınlaştırılması akciğer kanserine karşı erken tanının sağlanması her ne kadar bu kanser türü için mortalitede bir değişiklik yapmasa da morbiditeyi değiştirebilir.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

KAYNAKLAR

1.Neymark N.Resent Results in Cancer Research,Assessing the Economic Value of Anticancer Therapies.Springer,EORTC Health Economics Unit Ave.E. Mounier 83,bte 11 B_1200 Brussels Belgium,1998.

2-De Vita V,Hellman S,Rosenberg S(eds)(1997) Cancer; principles and practice of oncology,5 th edn.Lippincott-Raven,Philadellphia.

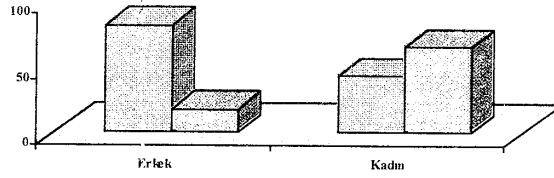
3-Willams A(1990) EuroQol-a new facility for the measurement of health related quality of life.The EuroQual Group.Health Policy 16:199-208.

4-Smoking Control Strategies in Developing Countries.Report of a WHO Expert Committee.Technical Report Series 695,WHO Geneva,1983.

5-Sosyal Sigortalar Kurumu,1999 İstatistik Yıllığı,Sosyal Sigortalar Kurumu Genel Müdürlüğü Yayın No:621.

6-WHO (1990) Cancer Pain: relief and palliative care.WHO Technical Report Service,no.804.World Health Organization,Geneva.

Grafik 1 Araştırmaya katılanların sigara içme durumunun cinsiyete göre dağılımı.



Tablo 1. SSK Genel Müdürlüğü Arşivi'nden Toplanan 1999, 2000, 2001 Tarihlerinde SSK Ankara Hastanesinde Tanı ve Tedavi Alan Akciğer Kanseri Hastaların Histolojik Alt Tipleri

Histolojik Alt Tipleri	%
Epidermoid Kanser	23.3
Yassı Epitel Hücreli Kanser	20.0
Adeno Karsinom	20.0
Küçük Hücreli Kanser	16.7
Tipi Belirlenemeyen	6.7
Malign Mezotelyoma	3.3
Büyük Hücreli Kanser	3.3
Küçük Hücreli Olmayan Kanser	3.3
Hogkin Dışı Lenfoma	3.3

Tablo 2. Malign Akciğer kanserlerinin histolojik sınıflaması

1. Yassı hücreli (Epidermoid) karsinom
 - Spindle hücreli varyantı
2. Küçük hücreli karsinom
 - Yulaf (Oat) hücreli karsinom
 - İntermediate hücreli tip
 - Kombine yulaf hücreli karsinom
3. Adenokarsinom
 - Asiner
 - Papiller
 - Bronkoalveolar
 - Muköz oluşturan solid karsinom
4. Büyük hücreli karsinom
 - Dev hücreli karsinom
 - Şeffaf hücreli karsinom
5. Adenosquamöz karsinom
6. Karsinoid tümör
7. Bronşial bez karsinomu
 - Adenoid kistik karsinom
 - Mukoepidermoid karsinom
8. Diğerleri

ISPARTA'DA 25-65 YAŞ GRUBU KADINLARIN MEME KANSERİNİN RİSK FAKTÖRLERİ VE BELİRTİLERİNE İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİ

Serpil Şen¹, Mustafa Öztürk², A. Nesimi Kişioğlu²

¹Halk Sağlığı Yüksek Lisans Öğrencisi, ²Yrd. Doç. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı- ISPARTA

GİRİŞ ve AMAÇ

Meme kanseri kadınlarda yalnız en sık görülen değil, aynı zamanda birçok ülkede kadınlarda ölümlerin başlıca nedenidir. Yaşam boyunca her on kadından biri meme kanseri olma. Üçte biri ise meme kanserinden ölme tehlikesi ile karşı karşıyadır. Meme kanseri tarama yöntemleri ile erken yakalanabilmesi ve tedavisinin genellikle iyi sonuç vermesi nedeniyle özellik gösterir. Meme kanserinin erken teşhisi hayatta kalma oranını artırır. Birçok tümör kadının kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ile saptanabilir. Memedeki kitlelerin %90'ını kadınların kendisinin saptadığı ve bu kitlelerin %25'inin malignensi olduğu bilinmektedir (1-3). Bu nedenle kadınlar meme kanserinin riskler, belirtileri ve KKMM konusunda bilgilendirilmelidir. Halkın sağlık eğitimi meme kanserinde erken tanıyı sağlama ve KKMM yönteminin uygulanmasında etkili olabilecek bir yöntemdir. Meme kanseri için risk oluşturan durumlar kesin olarak belirlenemediği için tüm kadınların meme kanseri yönünden belirli aralıklarla değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu da KKMM, klinik muayene ve mamografi şeklinde yapılabilir (4). DSÖ kanser kontrol programı ve Amerikan kanser enstitüsü meme kanserinin erken tanısı için aşağıdaki uygulamaları önermektedir:

- 20 yaşından büyük kadınların her ay kendi kendine meme kontrolü
- 20-40 yaş arasındaki kadınların 3 yılda bir doktor kontrolü
- 35- 40 yaş arasındaki kadınların yılda bir kez mamografi yaptırmaları
- 40 yaş üzerindeki kadınların her yıl doktor kontrolünden geçmeleri
- 50 yaşından itibaren her yıl hekim kontrolü ve mamografi yaptırmaları gerekmektedir (5-7).

Herhangi bir yumru, ağrı ya da akıntı varsa aynı rehber izlenmeli ancak muayenenin şekli ve mamografi sıklığına hekim karar vermelidir.

KKMM, basit, pahalı olmayan, invaziv girişim gerektirmeyen, tehlikesi olmayan, herhangi bir alet gerektirmeyen bir uygulamadır. Ayrıca kişilerin kendi sağlıklarıyla ilgili sorumluluk almalarına yardımcı olur (8).

Meme muayenesi her ay adetten 5-7 gün sonra kendi kendine yapılmalıdır. Kadınların bu muayeneyi doğru olarak yapabilmesi için sağlık personelinin öğretmesi ve düzenli aralıklarla yapmasını önermesi gerekmektedir.

Meme muayenesini engelleyen bariyerler'n her bir kadın için değerlendirilerek bunlarla başedebilmek yollarının birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamı içerisinde ele alınması gereklidir. Kanserden korunma öncelikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde ele alınacak önemli toplum sağlığı sorunudur (9).

Araştırmamızda ilimizdeki sağlık ocaklarında çalışan ebelerin KKMM ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemeyi, ebelere bu konuyla ilgili olarak bir eğitim yaparak, bu eğitimin sonucunda ebelerin bölgelerindeki kadınların bilgi ve uygulamalarındaki değişikliğin değerlendirilmesini hedefledik. Bu çalışmanın bir parçası olan 25-65 yaş grubu kadınların meme kanserinin risk faktörleri ve belirtilerine ilişkin bilgi düzeylerini değerlendirmeye yönelik bu çalışmayı yaptık.

GEREÇ ve YÖNTEM

İl Sağlık Müdürlüğü'nün 2000 yılı verilerine göre Isparta'da il merkezinde 20 ve periferde 64 olmak üzere toplam 84 sağlık ocağı bulunmaktadır. Bu çalışma için: ebelerin şu an buldukları sağlık ocaklarında en az 1 yıl çalışma koşulu ile, il merkezinden 4 ve periferden 8 sağlık ocağı sistematik örnekleme ile belirlendi. Merkezdeki 4 sağlık ocağından 6'şar ve periferdeki 8 sağlık ocağından 3'er ebe olmak üzere toplam 48 ebe araştırma grubunu oluşturdu.

Araştırma grubundaki ebelerin başlangıçtaki KKMM'ne ilişkin bilgi düzeyleri, tutum ve davranışları bir anketle ve yüz yüze görüşme tekniği ile belirlendi. Ankette: araştırma grubunun sosyodemografik özelliklerine ek olarak meme kanserinin risk faktörleri ile ilgili 14, belirtileri ile ilgili 9, KKMM basamaklarını bilme ile ilgili 21 ve bu basamakları uygulama ile ilgili 21 adet soruya yer verildi. Veriler toplandıktan sonra araştırma grubuna, 12'şer kişilik 4 ayrı grup halinde, konuyla ilgili yaklaşık 6 saat süren teorik ve pratik eğitim yapıldı.

Araştırmanın daha sonraki aşamalarında seçilen sağlık ocaklarından belirlenen 25 yaş ve üzeri kadınların gerek başlangıçtaki gerekse altı ay sonraki KKMM'ne ilişkin bilgi düzeyleri, tutum ve davranışları ölçülerek yapılan eğitimin dolaylı olarak değerlendirilmesi planlandı. Bu çalışmada, araştırma grubundaki kadınlara uygulanan anketlerin değerlendirilmesi yer almaktadır.

Verilerin değerlendirilmesi sırasında risk faktörleri (minimum 0, maximum 14), kanser belirtileri (minimum 0, maximum 9 olmak üzere 2 ayrı bilgi puanı hesaplandı. Bilgi puanları ile ilgili sorular Ek'te sunulmuştur.

Veriler düzenlendikten sonra, SPSS 9.05 programı aracılığıyla istatistiksel analizleri yapıldı. İstatistiksel analizde ki-kare, bağımsız iki grup t testi ve varyans analizi uygulandı.

BULGULAR

Araştırma grubundaki kadınların (n=1080) bazı özellikleri Tablo-1'de görülmektedir. Yüzde 40.2'si 25-34 yaşları arasında olan araştırma grubundaki kadınların %71.9'uun evli, %54.7'sinin ilköğretim mezunu, %34.0'ının sosyal güvencesinin emekli sandığı olup %80.5'nin ev hanımı olduğu saptandı.

Meme kanseri için risk faktörü olarak en az iyi huylu meme hastalığı geçirme (%27.6), geç menopoza (%28.0) ve oral kontraseptif kullanmanın (%29.1) bilindiği; en fazla bilinenlerin ise yakın akrabada (anne, kız, kızkardeş, teyze) meme kanseri olması (%64.1), hiç doğum yapmamak (%64.5), bebeğini az emzirme (%67.1) ve sigara kullanmanın (%71.0) olduğu görüldü. Meme kanserinin belirtisi olarak en az bilinenin Meme dokusunda buruşukluk (%22.7), en fazla bilinenin ise Memede kitle (%75.0) olduğu görüldü (Tablo-2).

Tablo-3'de araştırma grubundaki kadınların bazı özelliklerine göre (yaş grupları, sağlık ocağı bölgesi, eğitim durumu, medeni durum, sosyal güvence, meslek, ailede meme kanseri bulunma durumu) kanser riski ve kanser belirtilerini bilme bilgi puanlarının karşılaştırılması yapıldı. Her iki skorda da merkezde ya da periferde (ilçelerde) olma ya da medeni durum bakımından farklılık gözlenmezken 55 ve üzeri yaş grubundakilerin her iki bilgi puanının daha düşük olduğu gözlemlendi.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Eğitim durumu arttıkça her iki skor da anlamlı şekilde artmaktaydı. Sosyal güvence durumuna göre her iki skorun emekli sandığına bağlı olanlarda en yüksek iken yeşilkartlılar da ise en düşük olduğu gözlemlendi. Yine mesleği memur olanların her iki skoru diğerlerinden daha yüksek bulundu. Kendisinde kanser olduğunu ifade eden 20 kişinin risk ve belirti skorları diğerlerinden daha yüksek idi.

Meme kanseri için risk faktörü olarak en az 1/3 huyulu meme hastalığı geçirme (%27,6), Geç menopoz (%28,0) ve Oral kontraseptif kullanmanın (%29,1) bilindiği; en fazla bilinenlerin ise Yakın akrabada (anne, kız, kızkardeşi, teyze) meme kanseri olması (%64,1), Hiç doğum yapmamak (%64,5), Bebeğini az emzirme (%67,1) ve Sigara kullanmanın (%71,0) olduğu görüldü (Tablo-2). Meme kanserinin belirtisi olarak en az bilinenin Meme dokusunda buruşukluk (%22,7), en fazla bilinenin ise Memede kitle (%75,0) olduğu görüldü.

Tablo 3'de araştırma grubundaki kadınların bazı özelliklerine göre (yaş grupları, sağlık ocağı bölgesi, eğitim durumu, medeni durum, sosyal güvence, meslek, ailede meme kanseri bulunma durumu) kanser riski, kanser belirtileri ve KKMM'ni bilme bilgi puanlarının karşılaştırılması yapıldı. Her üç skorda da merkezde ya da periferde (ilçelerde) olma ya da medeni durum bakımından farklılık gözlenmezken 55 ve üzeri yaş grubundakilerin her üç bilgi puanının daha düşük olduğu gözlemlendi. Eğitim durumu arttıkça her üç skor da anlamlı şekilde artmaktaydı. Sosyal güvence durumuna göre her üç skorun emekli sandığına bağlı olanlarda en yüksek iken yeşilkartlılarda ise en düşük olduğu gözlemlendi. Yine mesleği memur olanların her üç skoru diğerlerinden daha yüksek bulundu. Kendisinde kanser olduğunu ifade eden 20 kişinin risk ve belirti skorları diğerlerinden daha yüksek idi.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Rudledge'nin yaptığı bir araştırmada genç kadınlarla yaşlı kadınların arasında KKMM yapma sıklığı açısından herhangi bir fark bulunmamıştır. Ancak aynı araştırmada bildirildiğine göre, ABD'de Ulusal Kanser Enstitüsü'nün 1980 yılında yaptığı çalışmada genç kadınlarda KKMM yapma sıklığının fazla olduğu öne sürülmüştür (10). Bizim çalışmamızda eğitim çalışması sonrasında, kanser riski ve kanser belirtileri bilme bilgi puanları yaş grupları bakımından eğitim öncesine benzer şekilde farklılıkların olduğu gözlemlendi.

Bizim çalışmamızda kanser riski ve kanser belirtileri bilme bilgi puanları eğitim öncesi medeni durum bakımından farklılık göstermezken, eğitim sonrası dallarda diğerlerinden daha düşük bulundu. Champion ise yaptığı araştırmada KKMM yapma isteği ile evlilik arasında önemli bir korelasyon olduğunu göstermiştir. Yine aynı araştırmada hiç evlenmemiş kadınlarda KKMM yapma isteğinin evli, boşanmış ve dullara göre daha az olduğunu göstermiştir (11).

KKMM'ni etkili bir şekilde kullanabilmek için bu konuda yeterli eğitim almak ve öğrenilenleri ustalıkla uygulamak gerektiği vurgulanmıştır (9). Sağlık çalışanları sağlık seviyesini yükseltmede ve sağlık eğitiminde aktif rol oynarlar. Bu rolleri gereği sağlık çalışanlarının bu konuya önem vermeleri gerekmektedir.

Meme kanseri ve KKMM konusunda kadınların bilgi ve davranışları sağlık personelinin bilgi, tutum ve tavrı ile ilişkilidir. Eğitim programlarının KKMM'yi bilme ve uygun ama üzerine etkisi gösterilmiş ve özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin bu konuya önem vermesi önerilmiştir (12).

Özellikle birinci basamakta sağlık eğitiminde etkinliği yüksek olan ebe grubunun konuyla ilgili bilgi ve uygulama başarısının yüksek olması, hizmet verdiği bölgedeki kadınlara yansımaya olacaktır.

Bu çalışmadan elde edilen bulgular araştırma grubunu oluşturan ebelerin KKMM'ye ilişkin bilgilerinin yetersiz olduğunu göstermektedir. Yaptığımız bu çalışma ile araştırma grubundaki ebelere meme kanseri ve KKMM konusunda daha çok bilgi verilmiş olacak, dolayısıyla bölgelerindeki kadınların daha çok bilgilendirilmesi ve uygulaması sağlanacaktır.

KAYNAKLAR

1. Gökçe-Kutsal S, Çakmakçı M, Ünal S (Ed.). Geriatri I ve II, Hekimler Yayın Birliği, 1997.
2. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Sistem ofset, Ankara, 1997.
3. Kutluk T, Kars A. Kanser Konusunda Genel Bilgiler. Türk Kanser Araştırma Birliği, Ankara, 1992:5¹
4. Cochrane J, Szarewski A. The Breast Book. Macdonald and Co.(Publishers) Ltd. London,1989.
5. Uzun Ö. Meme kanseri. Türk Hemşireler Dergisi 1995; 45(1):6.
6. Haskell CM, Lowits BC, Casciato DA. Manual of Clinical Oncology. Little Brown Comp. Boston 1992:151.
7. Gerald D, Dodd M. American cancer society guidelines on screening for breast cancer. Cancer Supplement. 1992;69(1):143-5.
8. Semiglavov VF, Moiseenko VM. Breast-self examination for the early detection of breast cancer: A USSR / WHO controlled trial in Leningrad. World Health Organization. 1987;65(3):391-396.
9. Fletcher SW, Malley MS, et al. How best to teach women breast self-examination. Annals of Internal Medicine. 1990;112:772-779.
10. Rudledge D. Factors Related to Womens Practice of Breast-self Examination. Nursing Research. 1987;36:2.
11. Champion V. Attitudinal Variables Related To Intention Frequency and Proficiency of Breast Self Examination in Women 35 and over. Research In Nursing and Health. 1988;2.
12. Öztürk M, Engin V.S, Kişioğlu A.N, Yılmaz G. Effects of education on knowledge and attitude of breast self examination among 25+ years old women. Eastern Journal of Medicine. 2000;5(1):13-17.

Tablo-1: Araştırma Grubundaki Kadınların Çeşitli Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellik	n	%	Özellik	n	%		
Yaş Grupları	25-34	434	40.2	Sosyal Güvence	Yok	124	11.5
	35-44	330	30.6		Yeşilkart	34	3.1
	45-54	208	19.3		SSK	330	30.6
	55 ve üzeri	138	10.0		Bağkur	225	20.8
Sağlık Ocağı bölgesi	Merkez	350	33.3	Emekli Sandığı	367	34.0	
	Perifer	720	66.7	Meslek	Ev hanımı	869	80.5
	Medeni Durum	Evli	777		71.9	İşçi	31
Bekar		147	13.6		Memur	139	12.9
Dul		156	14.4		Emekli	41	3.8
Eğitim Durumu	İlkokul	591	54.7				
	Orta-lise	340	31.5				
	Yüksekokul	149	13.8				

Tablo-2: Meme kanserinin risk faktörleri ve belirtileriyle ilgili bilgi puanlarının hesaplanmasında kullanılan sorular doğru yanıtlanma yüzdeleri.

Sorular	Doğru yanıt (%)
Meme Kanserinin Risk Faktörleri	
1. Yaşlanma	57,5
2. Hiç doğum yapmamak	64,5
3. İlk doğumu 30 yaşın üzerinde yapmak	46,2
4. Geç menopoza (50 yaş sonrası)	28,0
5. İlk adetin erken yaşta olması (11 yaş öncesi)	31,2
6. İyi huylu meme hastalığı geçirme	27,6
7. Bir memede kanser olması	42,0
8. Yakın akrabada (anne, kız, kızkardeş, teyze) meme kanseri olması	64,1
9. Şişmanlık	35,6
10. Oral kontraseptif kullanma	29,1
11. Bebeğini az emzirme	67,1
12. Radyasyona maruz kalma	51,0
13. Alkol kullanma	60,0
14. Sigara kullanma	71,0
Meme Kanserinin Belirtileri	
1. Meme ucundan kanlı akıntı	40,7
2. Memede kitle	75,0
3. Meme dokusunda buruşukluk	22,7
4. Meme ucunda çukurlaşma	35,4
5. Meme renginde değişiklik	43,2
6. Memelerden birinde anormal büyüme	42,3
7. Bir memenin diğerinden anormal şekilde sarkık olması	41,5
8. Meme komşu lenf nodlarında büyüme	36,7
9. Üst kolda anormal şişlik	32,2

Tablo-3: Araştırma Grubundaki Kadınların Kanser Riski ve Belirtilerine Yönelik Bilgi Puanlarının Bazı Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Özellikler	n	Puanlar. ort (SS)		
		Ca riski (tp:14)	Ca belirtileri (tp:9)	
Sağlık ocağı bölgesi ^b	Merkez	360	6.4 (3.6)	3.4 (2.5)
	Perifer	720	7.3 (3.6)	4.1 (2.8)
Yaş grupları	25-34	434	7.1 (3.2)	4.0 (2.6)
	35-44	330	7.6 (3.3)	4.4 (2.8)
	45-54	208	7.2 (4.1)	3.9 (2.9)
	55 ve üzeri	108	4.2 (3.2)*	2.3 (2.1)*
Eğitim Durumu	İlkokul	591	6.4 (3.7)	3.6 (2.7)
	Orta-lise	340	7.1 (3.2)	3.7 (2.5)
	Yüksekokul	149	9.2 (2.6)*	5.7 (2.8)**
Medeni Durum	Evli	777	7.2 (3.6)	4.1 (2.7)
	Bekar	147	7.5 (3.1)	3.8 (2.8)
	Dul	156	5.6 (3.7)	3.0 (2.3)
Sosyal Güvence	Yok	124	5.8 (3.2)	3.2 (2.7)
	Yeşilkart	34	4.4 (2.4)	2.0 (1.3)
	SSK	330	7.0 (3.5)	3.6 (2.3)
	Bağkur	225	6.1 (3.8)	3.6 (2.9)
	Emekli Sandığı	367	8.2 (3.2)*	4.8 (2.8)*
Meslek	Ev hanımı	869	6.7 (3.6)	3.8 (2.6)
	İşçi	31	6.4 (2.5)	2.1 (1.6)
	Memur	139	9.5 (2.5)	5.8 (2.9)
	Emekli	41	5.9 (2.8)*	2.0 (1.3)*
Ailede Meme Kanseri	Yok	973	6.9 (3.4)	3.9 (2.7)
	Var	87	7.3 (4.3)	4.0 (2.8)
	Kendisinde var	20	9.2 (3.7)*	6.4 (3.3)*
Toplam		1080	7.0 (3.6)	3.9 (2.7)

*tp:tam puan

^bBağımsız İki Grup t testi, diğerleri var-yans analizi, *p<0.001

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

SAĞLIKLI BİREYLERDE BEL AĞRISI RİSK FAKTÖRLERİ PROFİLİ

Doç. Dr. Uğur CAVLAK*, Yrd. Doç. Dr. Aysun ÖZŞAHİN **, Fzt. Mustafa SÖZEN***

* Pamukkale Üniversitesi , Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu / Denizli.

** Pamukkale Üniversitesi , Tıp Fakültesi , Halk Sağlığı ABD/ Denizli.

*** Serbest Çalışıyor.

Amaç: Bu çalışmanın amacı bel ağrısı şikayeti olmayan bireylerin bel ağrısına yol açabilecek risk faktörlerini belirleyip uygun koruyucu fizyoterapi ve rehabilitasyon programının oluşturulmasına zemin oluşturmaktır.

Yöntem: Çalışmaya Denizli ilinde yaşayan ve basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile seçilen 1086 olgu alınmış, tüm olgular anket yöntemi ile birebir görüşme yapılarak değerlendirilmiştir. 1086 olgudan şu ana kadar bel ağrısı şikayeti olmayan 579 (%53.3) olgunun risk faktörü profili oluşturulmaya çalışılmıştır. Olguların 222'si (%38.3) erkek, 357'si (% 61.6) kadındı.

Bulgular: Olguların bel ağrısı oluşumuna neden olabilecek risk faktörleri sırasıyla şu şekilde belirlenmiştir: Yaş, vücut kitle indeksi ortalaması, travma öyküsü (%12.7), meslek (%29), iş pozisyonu, günlük çalışma saati, günlük dinlenme saati, sigara alışkanlığı (%25), egzersiz yapmama alışkanlığı (%37) ve doğum sayısı (%18).

Tartışma ve Sonuç: Bu çalışmadan elde edilen veriler bel ağrısı şikayeti olmayan bireylerin de risk altında olduklarını açıkça göstermektedir. Bu bağlamda koruyucu fizyoterapi ve rehabilitasyon programının önemi bel ağrısı olmayan bireylerin eğitilmesi, bilinçlendirilmesi ve durumlarına uygun egzersiz programının öğretilmesinde bir kez daha ortaya konmuştur.

Anahtar Kelimeler : Bel Ağrısı , Risk Faktörleri

KENTSEL BİR BÖLGEDE BEDEN KİTLE İNDEKSİ VE BEL KALÇA ORANLARI YÜKSEKLİĞİ SORUNLARININ SIKLIĞI VE KRONİK HASTALIKLAR İLE İLİŞKİLERİ

Sema İLHAN AKALIN*, Hasan DEĞİRMENCI**

*Balçova Sağlık Grup Başkanlığı, **Balçova Korutürk Sağlık Ocağı

ÖZET: Aşırı kilolu olma ve obezitenin başta Diyabet ve Kardiyovasküler hastalıklar(KVH) olmak üzere kronik hastalıklar ve kanser için riski arttırdığı kabul edilmektedir. Fiziksel aktivite yokluğu da KVH ve diğer kronik hastalıkların riskini arttırmaktadır.

Araştırmamız, kentsel bir bölge olan Balçova Korutürk Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 30 yaş ve üzeri popülasyonda, Beden Kitle İndeksi (BKİ), Bel Kalça Oranı (BKO) göstergeleri ile obezite sıklığını belirlemek, obezite ve kronik hastalıklar arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yapılmıştır. Tabakalı küme örnekleme yöntemiyle seçilen 404 kişi ile yürütülmüş, Rastgele yöntemle seçilen kümelerden belirli sayıda kişi randevu verilerek, 12 saatlik açlık sonrası sağlık ocağına çağırılmışlardır. Hekimle görüşme, Açlık kan şekeri (AKŞ), Total kolesterol, Trigliserid, ağırlık, boy, bel-kalça ölçümleri ve arteriyel kan basıncı ölçümü ve hastalık tanısı koyma kriterlerine uygun analizleri yapılmış veriler SPSS 8.0'da değerlendirilmiştir.

Araştırmamızda BKİ ortalaması erkek ve kadınlarda aşırı kilolu olma sınırı olan 25kg/m² değerinin üzerindedir. Bel çevresi düzey 1 uyarıcı bölge olarak tanımlanan erkekler için 94 cm. ve üzeri kadınlarda 80cm. ve üzeri değerleri kadınlarda geçmiş durumdadır. TEKHARF çalışmasında da bel çevresi erkek ve kadın hastalarda ortanca değerini 93 cm ile, erkeklerde sadece "uyarı" düzeyinde, kadınlarda "eylem" düzeyinde olduğu görülmüştür. Diyabet sıklığı açısından BKİ'ye göre obez olanlarla olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken BKO yüksek olan grupta diyabet sıklığı normal olan gruba göre daha yüksektir. Hipertansiyon(HT) ve hiperlipidemi BKİ'ne göre obez olanlarda ve BKO yüksek olanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha sık görülmüştür. Ancak BKİ ve BKO oranı yüksek olanlarda KAH görülmesi sıklığı normal olan gruptan farklı bulunmamıştır. Bölgemizde etkili spor yapanların oranının sadece 1/5 olduğu görülmektedir. Ülke geneline göre daha yüksek sosyoekonomik bir durumda olan bölgemizdeki obezite prevalansları kronik hastalıklar yönünden alarm vermektedir.

Anahtar Kelimeler: Beden kitle indeksi, Bel kalça oranı, koroner kalp hastalığı, diyabet, hipertansiyon, spor yapma

GİRİŞ :

Aşırı kilolu olma ve obezitenin kronik hastalıklar kanser ve diyabet ile kardiyovasküler hastalıklar için riski arttırdığı kabul edilmektedir. ¹ "Global Burden of Disease" (GBOD) Çalışması ile erken ölümlülük ve sakatlıkla geçen yaşam yılları hesaplanmaktadır ve (Disability Adjusted Life Years-DALY) DALY kayıplarının %4'ü bu sorunlara bağlıdır. ² Avrupa ülkelerinde çok uluslu bir çalışma vardır ve ölçümlere dayalı değil insanlara sorularak yapılmıştır. Buna göre yetişkinlerin %27-35'i aşırı kilolu ve %7-12'si obez bulunmuştur. Daha güvenilir veriler MONICA projesinden gelmektedir. Fölgeler arası farklılıklar vardır ve 35-64 yaş arasındaki erkeklerin Moskova'da %8'i Finlandya/Kuopio bölgesinde %24'ü obezdir. Aynı yaş grubu kadınların İsviçre'de %10'u ve Polonya'da % 36'sı obezdir. Ulusal çalışmalar tüm ülkelerde obezitenin artmakta olduğunu göstermektedir. Diyetle olduğu gibi fiziksel aktivite yokluğunda da Koroner Arter Hastalıkları (KAH) ve diğer kronik hastalıkların riski artmıştır. ³ GBOD çalışması ile Gelişmiş Pazar Ekonomili Ülkelerde (GPEÜ) DALY kaybı %5 ve Eski sosyalist ülkelerde (ESEÜ) %3 bulunmuştur. ^{4,2}

Avrupa ülkelerinde yetişkinlerin %32'sinden fazlası fiziksel olarak inaktif grupta yer almaktadır. Bu araştırma aynı zamanda işe bağlı fiziksel aktiviteyi de ölçmekte ve Avrupalıların nerede ise yarısının çalışma zamanlarının günde 2-6 saatini oturarak geçirdikleri beşte birinin de 6 saat veya daha fazla süreyi oturarak geçirdikleri saptanmıştır. ⁵

AMAÇ:

Balçova Korutürk Sağlık Ocağı Bölgesi'nde yaşayan 30 yaş üzeri popülasyonda, Beden Kitle İndeksi (BKİ), Bel Kalça Oranı (BKO) göstergeleri ile obezite sıklığını belirlemek, obezite ve kronik hastalıklar arasındaki ilişkiyi saptamak amaçlanmıştır.

YÖNTEM:

Bu kesitsel çalışmada Balçova Korutürk Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 30 yaş üzeri 7500 (2001 yılı ETF sonuçları) erişkin araştırma evrenini oluşturulmuştur. Araştırma grubu ebe bölgelerinin nüfusuna göre tabakalı küme örnekleme yöntemiyle seçilmiştir. Kronik hastalıklar arasında prevalansın daha düşük olması nedeni ile diyabet prevalansına göre seçmek kararlaştırılmıştır. Örnek genişliğini belirlemede Narlıdere Eğitim Araştırma Bölgesi'nde yapılan bir çalışmada saptanan diyabet prevalansı (%4.5) ⁶

kullanılarak, en kötü kabul edilebilir sıklık %2.5 alındığında, %95 güven aralığı için 391 kişi olarak saptanmıştır. Ebe bölgeleri içindeki sokaklardan kümeler oluşturulmuş ve rasgele yöntemle seçilen bu kümelerden belirli sayıda kişi randevu verilerek değerlendirilme alınmıştır. Sağlık ocağına 12 saatlik açlık sonrası gelen kişilerin ölçümleri yapılmıştır.

Sağlık Ocağına gelen kişiler ile hekim görüştürmüştür. Evde bulunamayanlar için not bırakılmas ve telefon numarası verilmiştir. Gelmeyenler daha sonra Sağlık Ocağına telefonla veya ziyaret edilerek tekrar davet edilmiştir. Tüm münferatler ayon, aletler ile sağlık Ocağında hemşireler tarafından yapılmış. Laboratuvar analizleri Sağlık Ocağının laboratuvarında spektrofotometre ile sabah saatlerinde bir hekim ve sağlık memuru tarafından yapılmıştır. Verilerin Analizi: Anketler bir kişi tarafından kodlanarak veriler SPSS 8.0 istatistik programına aktarılarak analiz edilmiştir.

Araştırmada obesite BKİ ve BKO göre tanımlanmış. BKİ'ne göre 18.5'un altı az kilolu, 18.5-24.9 normal, 25-29.9 ağır kilolu ve 30'un üstü obez grubuna alınmıştır.

Bel/kalça oranı santral obeziteyi göstermektedir ve BKİ'ne göre KKH ve diğer hastalıklar için daha güçlü bir bağlantı içindedir. Erkeklerde bel kalça oranı ≥ 0.95 olan grup ve kadınlarda ≥ 0.80 'in üstünde olan grup yüksek bel kalça oranı olan grup kategorisinde yer almıştır.⁸

Kişinin öyküsünde Koroner kalp hastalığı varlığı, Geçirilmiş myokard infarktüsü, By-Pass operasyonu, Perkütan Trans Kateter Anjioplasti (PTCA), Anjina Pektoris, Diyabet, İmme, HT varlığı araştırılmıştır. Ancak her katılımcının Açlık kan şekeri, kan basıncı ve lipidlerine bakılmıştır. Araştırma grubundaki kişilerin "doktor tarafından tanı konmuş şeker hastalığınız var mı?" sorusuna verdikleri yanıt değerlendirilmiştir. Diyabet tanısı için öyküsünde diyabet olmayan ev açlık kan şekeri 125mg/dl'ın üstünde bulunan tüm vakalar taranmıştır. 110mg/dl altında ise Normal Açlık Glikozu, 110mg/dl ile 125mg/dl arasında ise Bozulmuş Açlık Glikozu, 126mg/dl'nin üstünde ise veya her hangi bir zamanda alınan kanda plazma glikozu 200mg/dl'nin üzerinde ise ve semptomlar mevcutsa (en son öğünün ne zaman alındığına bakılmaksızın, polifüri, polidipsi veya belirlemelik kilo kaybı gibi klasik semptomlar varsa) veya OGTT'de 2. Saat kan şekeri 200mg/dl veya üstünde ise Diyabetes Mellitus tanısı konmuştur.^{9,10}

Kan basıncı 5 dk'lık dinlenmeden sonra sağ koldan cıvahlı sfigmomanometre ile iki kez ölçülmüş. Diyastolik ve sistolik kan basınçları bu iki ölçümün ortalaması alınarak belirlenmiştir. Sistolik kan basıncının 140mmHg üzeri veya diastolik kan basıncının 90mmHg üzerinde olması HT kriteri olarak alınmıştır. Antihipertansif ilaç kullananlar hipertansif olarak kabul edilmişlerdir. Sistolik140mmHg, Diastolik 90mmHg'nin üstünde olan katılımcıların 3 kez daha kan basınçları ölçülerek yeni HT hastaları saptanmıştır. HT için şimdi ve düzenli ilaç kullanımı sorgulanmıştır.^{11,12}

Sağlık ocağında yapılan fizik muayenenin arkasından lipid analizleri için 9-12 saatlik açlık sonrası yapılan testlerde BKO Ulusal Kolesterol Eğitim Programına (NCEP) göre kan kolesterol düzeyi 200mg/dl ve üzeri "yüksek", 199mg/dl ve altı "normal" kabul edilmiştir.¹³ Trigliserit düzeyleri için 1992 de ABD'de Ulusal Sağlık Enstitüsü'nün kabul ettiği gruplama kullanılmış ve trigliserit düzeyi 199mg/dl ve altı "normal", 200mg/dl ve üzeri ise "yüksek" kabul edilmiştir. Total kolesterol veya "trigliserit" normal değerlerin üstünde olan tüm kişileri hiperlipidemi grubuna alınmıştır.

Kişilerin fizik aktivitelerini değerlendirmede 10 çeşit sportif aktiviteden oluşan bir liste hazırlanmış. Bu aktivitelerden boş zamanlarında yapıp yapmadıkları sorulmuş liste koşma, futbol, basketbol, voleybol oynama, jimnastik, bisiklete binme, yüzme, yürüyüş, bahçe işleri gibi başlıklardan oluşmuş, kişilere bunlardan en az birini yapıp yapmadıkları yapıyorlarsa sıklığı ve süresi sorulmuştur. Koşma, futbol, basketbol ve voleybol gibi diğerlerine göre daha fazla efor gerektiren aktivitelerden haftada 20'şer dakika süreyle 3 kez veya 60 dakika süreyle 1 kez yapıyorlarsa "ağır" düzeyde spor yapıyor kabul edilmişlerdir. Listedeki diğer aktivitelerden haftada 20'şer dakika süreyle 3 kez veya 60 dakika süreyle 1 kez yapıyorlarsa "orta düzeyde", herhangi bir aktivite yapıyor ancak sıklığı ve süresi yetersizse "hafif" kabul edilmişlerdir. Yapıyorum diye belirlerler ancak sorgulandığında yapılandırılmış bir spor etkinliği olmayanlar sedanter grupta değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizler sırasında ağır ve orta düzeyde olanlar "spor yapıyor" diğerleri "yapmıyor" olarak gruplanmıştır.¹⁴

BULGULAR:

Ortalama ağırlık, bel ve kalça genişlikleri oldukça yüksek değerlerdedir. Erkeklerde BKİ obezitesi sıklığı toplam %33.2 BKO yüksekliği toplam % 39.6 olarak saptanmıştır. (Tablo 1)

Araştırma grubundaki erkeklerin %17.9'u kadınların ise %38.4'ü BKİ'ye göre obezdür.(p<0.001*). Erkeklerin %23.6'sının kadınların ise %48.1'inin BKO'ni yüksektir. Her iki ölçüt açısından kadınlarda obezite istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla görülmektedir. Yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde BKİ ile obezite sıklığının yaş ile doğrusal bir eğim göstererek azaldığı, BKO yüksekliği ise arttığı saptanmıştır. (Tablo 2)

Diyabet sıklığı açısından BKİ'ye göre obez olanlarla (%11.1), olmayanlar (%10.5) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken BKO yüksek olan gruba (%17.5) diyabet sıklığı normal olan gruba (%6.1) göre daha yüksektir (p<0.001). HT ve hiperlipidemi BKİ'ne göre obez olanlarda (p<0.001) ve BKO yüksek olanlarda (p<0.001, p=0.015) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha sık görülmüştür. Ancak BKO oranı yüksek olanlarda KAH görülmesi BKO oranı normal olan gruptan farklı bulunmamıştır. (Tablo 3)

Boş zamanlarında spor yapıp yapmadıkları sorulduğunda % 42.1'i evet yanıtı vermiş bu grupta yer alan 9 kişinin sorulduğunda gerçekte sedanter grupta yer aldığı saptandığı için bölgede düzenli tanınmış bir spor yapma oranının %49.2 olduğu görülmüştür. Yaptıkları sporun türü, sıklığı ve süresine göre şiddeti belirlenmiş yapılan gruplama ile dört kategoride değerlendirilen spor etkinliğinin için hafif % 33.2, orta % 5.0 ağır % 1.7 olduğu görülmüştür. cins, yaş grupları, en son öğrenilen okul, hastalık öyküsü olup olmaması, hekim kontrolüne gidip gitmeme ile spor yapma ve yapmama alışkanlığına bakılmış yanıtı ve yapmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır. Ancak 50 yaş üstündeki grup 30-49 yaş grubunun p=0.01 istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha hafif sporları tercih etmektedir. Tüm erkeklerin %44.5'i ve tüm kadınların %37.2'si hafif, orta veya ağır spor yapmaktadır. (Tablo 4)

TARTIŞMA:

Araştırmamızda BKİ ortalaması, erkek ve kadınlarda aşırı kilolu olma sınırı olan 25kg/m² değerinin üzerindedir. Bel çevresi düzey 1 uyarıcı bölge olarak tanımlanan erkekler için 94 cm. ve üzeri kadınlarda 86cm. ve üzeri değerleri kadınlarda geçmiş durumdadır. TEKHARF çalışmasında da benzer bulgular vardır. En çarpıcı bulgulardan biri bel çevresiyle ilgili olan erkek ve kadın hastalarda ortalama değer 93 cm ile, erkeklerde sadece "uyarı" düzeyine, kadınlarda "eylem" düzeyine karşılık gelmesidir. Ancak bölgemizdeki BKO ortalama değerleri TEKHARF bulgularından düşük olarak izlenmiştir.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

TEKHARF Çalışması son taramada obezite prevalansı 30 yaş ve üzerindekielerde sırasıyla erkeklerde %21 ve kadınlarda %43 bulundu. Erkeklerde Ağırlıklı ortalama göre, BKİ 26.8 kg/m², bel çevresi 91.8 cm, B/K da 0.929 idi. Yaşla BKİ arasında erkeklerde anlamlı bir korelasyon olmadığı halde, genç yaş gruplarında giderek artan ortalama bel çevresi ve BKİ, 55 yaşından sonra azalmaktadır. Kadında Ağırlıklı ortalamalar BKİ için 29.2 kg/m², bel çevresi 89.4 cm, B/K 0.857'dir. Erkeklerdeki gibi, BKİ kadınlarda 50-59 yaş grubuna kadar hızlı artmakta, sonraki yaşlarda azalmaktadır. Bel çevresiyle B/K doruğa 60-69 yaş grubunda ulaşmaktadır. On yıl önceki taramaya göre, obez kişi sayısı erkeklerde 1.5 milyon, kadınlarda 4 milyon dolayında sayılıyordu. Son durumda halen yaklaşık 2.63 milyon erkek ve 5.46 milyon kadında obezite bulunduğu tahmin edilebilir. Bu da obez sayısında 1990'lı yıllar boyunca kadınlarda %36, erkeklerde %75 oranında artış ifade etmektedir. Bizim bölgemiz bulguları BKİ'ne göre obezite prevalansı yönünden erkek (%17.9) ve kadınlar (%38.4) için daha düşük düzeydedir. Güzelbahçe çalışmasında erkekler %27.4 kadınlarda %34.7 saptanmıştır.¹⁵

TEKHARF çalışmasında Sistolik ve diyastolik basınç, çeşitli risk parametreleri arasında, en güçlü bağlantıyı her iki cinsiyette de bel çevresi ile, sonra da vücut ağırlığıyla göstermekteydi. 1990 yılındaki "sağlıklı" popülasyonun 10 yıllık izlenmesinde yeni gelişen fatal veya fatal olmayan KKH için öngörü lojistik regresyon modelinde incelendiğinde, sistolik KB'nın nonfatal koroner olaylar için yalnız erkeklerde ve sınırdan anlamlı bir rol oynadığı, ama koroner mortalitenin en iyi öngördürücüsü olduğu, 10 mmHg farkın mortaliteyi her iki cinsiyette %59 artırdığı saptanmıştır.¹⁶ Bizim çalışmamızda Diyabet sıklığı açısından BKİ'ye göre obez olanlarla olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken BKO yüksek olan grupta diyabet sıklığı normal olan gruba göre daha yüksektir. HT ve hiperlipidemi BKİ'ne göre obez olanlarda ve BKO yüksek olanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha sık görülmüştür. Ancak BKİ ve BKO oranı yüksek olanlarda KAH görülmesi sıklığı normal olan gruptan farklı bulunmamıştır. Güzelbahçe'de BKİ göre obez olan koroner kalp hastalığı %10.7, diğer grupta %7.3 görülmesine rağmen fark anlamlı bulunmamıştır. Diyabet, HT obez grupta daha sık görülmekte ve fark anlamlı bulunmuştur. İki bölgenin bulguları birbiri ile uyumludur.

Bölgemizde her 10 kişiden dört ü spor yapmayı önemsemekte ve yaptığını belirtmekte ancak etkili spor yapanların oranının sadece 1/5 olduğu görülmektedir. Güzelbahçe Araştırma grubunun dörtte üçü spor yapmamaktadır. Spor yapanların erkeklerde %20.7'si kadınlarda ise %12'si yeterli ölçüde spor yapmaktadır. Bizim bölgede erkekler daha az kadınlar daha çok spor yaptıklarını belirtmektedir. Fiziksel aktivite, obezite ile koroner arter hastalıkları arasındaki güçlü ilişki göz önüne alınırsa bu konuda ciddi çalışmaların yürütülmesi gerektiği açıktır. Her iki bölgedeki araştırma grupları eğitim düzeyleri açısından karşılaştırıldığında orta okul ve üzeri eğitim alanların oranının Güzelbahçe'de %26,5 iken bölgemizde %33,4 olduğu görülmektedir.

Ülke geneline göre daha yüksek sosyoekonomik bir durumda olan bölgemizdeki obezite prevalansları kronik hastalıklar yönünden alarm vermektedir ve koruyucu yaklaşım ilkelerine uygun önlemler alınması halk sağlığı açısından önemli bir görev olarak önümüzde durmaktadır.

Teşekkür: Bu çalışmamız sırasında danışmanlığımızı üstlenen Dr. Belgin Asian'a, her açıdan katkı ve destek veren Dr. Suat Cerban'a ve çalışmamız sırasında görüşme, davet ve ölçümlerde yardım eden Dr. Naciye Azersoy ve Ocağın sağlık personeli Hasan Halatçı, Ümraniye Bergama, Dilek Yaman, Nihal Bozdağ, Aysel Kılıç, Selma Barak, Eminç Küçükgökçe, Gönül Nur Ovalı ve Elif Yılmaz'a çok teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization (1998) Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. WHO: Geneva.
2. National Institute of Public Health, Stockholm (1997) Determinants of the burden of disease in the European Union. NIPH: Stockholm
3. European Heart Network (1993) Physical activity and cardiovascular disease prevention in the European Union. EHN: Brussels
4. Murray JL, Lopez AD (1996) The global burden of disease. WHO: Geneva. Stockholm de AB'de %1,4 olduğunu hesaplamıştır.
5. Institute of European Food Studies, Trinity College, Dublin (1999) A Pan-EU survey on consumer attitudes to physical activity, body-weight and health. IEFS: Dublin.
6. Erbay, P. Yarı kentsel bir bölgede erişkinlerde diyabetes mellitus prevalansı, risk faktörleri ve komplikasyonları, Uzmanlık Tezi, İzmir, 1993
7. Koroner Kalp Hastalıklarından Korunma, Avrupa Ateroskleroz Derneği ve diğer derneklerin hazırladığı 1998 yılı kılavuzu tercümesi, (Aterosklerozis 1998, 140:199-270)
8. Edited: Kopelman, P.G., Stock, J.S., Klinik Obezite, And Danışmanlık Eğitim, Yayıncılık ve Organizasyon Ltd. Şti. 2000
9. Guidelines, Summarising Clinical Guidelines for Primary care, Volume 10, February 2000- Diabetes Care, American Diabetes Association
10. **Clinical Practice Recommendations, Vol.22, Supplement 1, January 1999**
11. Guidelines, summarising clinical guidelines for primary care, volume 10, February 2000- Diabetes Care
12. American Diabetes Association. Clinical Practice Recommendations, Vol.22, Supplement 1, January 1999
13. Conroy, W. E. Erişkinlerde lipid taraması, sendrom II Cilt 1 Sayı:5 2002
14. Aslan, B., Güzelbahçe Sağlık Ocağı bölgesinde 30 yaş üzeri popülasyonda koroner kalp hastalığı ve kalp damar hastalığı risk faktörleri ile ilişkisi, İzmir, 1998
15. Onat A., Keleş İ., Sansoy V., Ceyhan K., Uysal Ö., Yetişkinlerimizin 10-yıllık Takibinde Obezite Göstergeleri Artışta: Beden Kitle İndeksi Erkeklerde Koroner Olayların Bağımsız Öngördürücüsü Cilt/Volume : 29. Sayı/Number : 7 Temmuz / July 2001
16. Onat A., Başar Ö., Keleş İ., Sansoy V., Erer B., Prospektif İncelemede Koroner Mortalitenin En İyi Belirleyicisi Kan Basıncı Yetişkinlerimizde 10 yılda Ortalama 5/3 mmHg'dan Fazla Arttı. Türk Kardiyol Dern Arş 2001; 29:344-353 Cilt/Volume : 29, Sayı/Number : 6

Tablo 1. Sürekli değişkenlerin cinsiyete göre aritmetik ortalama değerlerinin dağılımı

	Erkek (n:140)	Kadın (n:264)
	Ortalama±standart sapma	Ortalama±standart sapma
Ağırlık (kg)	75,2±11,9	70,1±11,7
Boy (cm)	167,4±6,6	156, ±06,1
Beden kitle indeksi	26,8± 3,7	28,8±4,8
Bel (cm)	92,4±10,8	85,5 ±11,3
Kalça (cm)	101,5±7,7	106,2±9,9
Bel kalça oranı	0,9±6,9	0,8±7,6

Tablo2. Yaşa ve Cinsiyete göre obezite ve yüksek bel kalça oranı (BKO).

	BKİ'ne göre obez (%)	P	Yüksek BKO %	P
Cinsiyet				
Erkek (n: 140)	17,9	<0.001*	23,6	<0.001
Kadın (n:263)	38,4		48,1	
Yaş Grubu				
30-39 (n: 62)	16,1		25,8	
40-49 (n:121)	26,4		34,7	
50-59 (n:131)	41,5	0,004**	45,8	0,004
60 ve + (n:90)	33,3		46,7	

*(Fischer's exact test)

**X²: Trend

Tablo3. BKİ obezitesi ve BKO yükseklik'lerine göre kardiyovasküler risk faktörlerinin dağılımı

BKİ'ne göre Obezite	Diyabet		HT		KAH		Hiperlipidemi	
	(%)	p	(%)	p	(%)	p	(%)	p
Var	11,1	0,847	44,4	<0,001	9,5	0,615	43,7	<0,001
Yok	10,5		22,0		11,2		31,4	
BKO								
Yüksek	17,5	<0,001*	41,4	<0,001	13,8	0,101	41,9	0,015*
Normal	6,1		21,8		8,6		30,7	

* Fischer's exact test

Tablo 4: Spor yapan kişilerin cinsiyete ve yaş gruplarına göre spor etkinliklerinin şiddetinin dağılımı

Toplam n: 161	Spor etkinliğinin şiddeti		
	Hafif (n:134) (%)	Orta ve ağır (n:27) (%)	P
Erkek (n: 62)	82,3	17,7	0,794
Kadın (n: 99)	83,8	16,2	
30-49 yaş (n:66)	75,8	24,2	0,029*
50 ve üstü (n:95)	88,4	11,6	

Fischers testi SD:1

KENTSEL BİR BÖLGEDE KARDİYOYASKÜLER HASTALIKLAR VE KARDİYOYASKÜLER HASTALIKLARIN OLUŞUMUNDA ETKİLİ OLAN ÖNLENEBİLİR RİSK FAKTÖRLERİNİN SIKLIĞI

Sema İLHAN AKALIN*, Hasan DEĞİRMENCI**

*Balçova Sağlık Grup Başkanlığı, **Balçova Korutürk Sağlık Ocağı

ÖZET:

Koroner kalp hastalığı (KKH), gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de erişkinler için en önemli hastalık ve ölüm nedenidir. Kardiyovasküler hastalıklar (KVH) açısından tanımlanmış risk faktörlerinden diyabet, hipertansiyon (HT), hiperlipidemi, sigara kullanımı ve fiziksel aktivite yetersizliği önemli ve kontrol edilebilir risk faktörleridir. Araştırmamız, kentsel bir bölge olan Balçova Korutürk Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 30 yaş ve üzeri popülasyonda, KKH, Diyabet, HT, Hiperlipidemi ve inme vakalarının, sigara kullanımları, tedavilerinin niteliğini belirlemek amaçlanmıştır. Tabakalı küme örnekleme yöntemiyle seçilen 404 kişi ile yürütülmüş, Rastgele yöntemle seçilen kümelerden belirli sayıda kişi randevu verilerek, 12 saatlik açlık sonrası sağlık ocağına çağırılmışlardır. Hekimle görüşme, Açlık kan şekeri (AKŞ), Total kolesterol, Trigliserid, ve arteriyel kan basıncı ölçümü ve hastalık tanısı koyma kriterlerine uygun analizleri yapılmış veriler SPSS 8.0'da değerlendirilmiştir.

Bölgemizde KAH erkeklerde %15, kadınlarda %8,3 bulunmuştur. Diyabet erkeklerde %9,3 kadınlarda %11,4'tür. HT erkeklerde %21,4 kadınlarda %33,0'dır. Hiperkolesterolemisi %27,9 kadınlarda %29,2 hipertrigliseridemi prevalansı erkeklerde %16,4 kadınlarda %11,7 olarak saptanmıştır.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

KVH yönünden riskli davranışlar araştırılmış, en fazla bilinen riskli davranış % 61,4 ile beslenme davranışı olarak saptanmıştır. Eski tanımlı Diyabetli hastaların %35,1'inin hala kan şekeri yüksek, 8/10'unun BKİ'si kötü, erkeklerin %10'unun, kadınların %22,3'ünün hala sigara kullanıyor olduğu saptanmıştır.

Sonuç olarak bölgemizde KKH, Diyabet prevalansları ülke değerlerinden yüksek bulunmuş, HT'ün daha az olduğu saptanmıştır. 30 yaş üstü nüfusta KKH açısından koruyucu yaklaşım ilkelere uygun programların geliştirilmesi önemli bir gerekliliktir.

Anahtar kelimeler: Koroner kalp hastalığı, diyabet, HT, hiperlipidemi, sigara

GİRİŞ :

KVH gelişmiş ülkelerde sağlığı geliştirme, koruma ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelere bağlı olarak son yıllarda ölüm oranında bir azalma olmasına rağmen hala en önemli hastalık ve ölüm nedenidir. Hastalık ve ölümün yanı sıra iş gücü kaybına yol açması ve tedavi giderleri bakımından topluma maliyeti çok yüksektir.¹ MONİCA projesi ile 21 ülkeyi içine alan 37 ayrı toplulukta KVH ile ilgili bilgiler elde edilmektedir. Avrupa'nın Kuzey Orta ve Batı bölgelerinde KKH insidansı diğer bölgelere göre yüksek ancak Avrupa'nın batı bölgelerinde insidans azalma eğilimi görülürken doğu bölgelerinde artmaktadır. Global Burden of Disease (GBOD) Çalışması ile erken ölüme kırıbolan ve sakatlıkla geçen yaşam yıllarında (Disability Adjusted Life Years-DALY) yaşamın %6 'sı KKH'a bağlı sakatlıklar nedeni ile kaybolmaktadır.² Ülkemizde Onat ve a.k. tarafından yapılan TEKHARF (Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Kohort Çalışması) ile KKH prevalansı 1990 yılındaki %5,4'lük orandan 10 yıl sonra yarı yarıya artarak %8,1'e ulaşmıştır. On yıllık dönemde nedeni bilinen tüm ölümlerden %42'si KKH kökenlidir.^{3,4}

KVH açısından tanımlanmış risk faktörleri arasında diyabet, HT, hiperlipidemi, sigara kullanımı ve fiziksel aktivite yetersizliği önemli kontrol edilebilir nedenlerdir ve bu sorunlar epidemiyolojik dönüşüm ile gelişmekte olan ülkelerde bulaşıcı hastalıkların yerini almaktadır. Diyabete bağlı ölümlerin ana nedenlerinden biri diyabetliler arasında koroner olay riskinin artmış olması ile ilişkilidir.⁵ Avrupa'da Gelişmiş Pazar Ekonomisinin uyguladığı ülkelerde (GPEÜ) tüm ölümlerin %2'si diyabete bağlı nedenlerdendir. Avrupa'nın tüm ülkelerinde diyabet artmaktadır. GBOD sonuçlarına göre Diyabet KVH üzerindeki etkisi ile GPEÜ'de ölümler üzerinde %10, DALY kayıpları üzerinde %9 etkili olmaktadır.⁶ Yükselmiş kan basınçları koroner kalp hastalıkları için önemli bir risktir ve 140/90 mmHg'nin üstündeki tüm hastalar ilaç tedavisi alınmalıdır. Avrupalının kan basıncı yönünden en güvenilir verileri MONİCA projesinde gelir ve sistolik kan basıncı 160 mmHg'nin üstünde olan 35-64 yaş arasındaki erkekler için %2 ve %21 arasında değişmektedir.⁷ Artmış kan basıncı kardiyovasküler hastalık riskini artırır ve GPEÜ'de DALY kayıplarının %4'ü buna bağlıdır. Kolesterol düzeyleri yüksekliğinin KVH riskini artırdığı bilinmesine rağmen Avrupa ülkelerindeki ölüm ve hastalıkların ne kadarının buna atfedilebileceğine dair bir tahmin yoktur. MONİCA projesine göre 35-64 yaşları arasındaki erkekler için yüksek olduğu kabul edilen 140mg/dlt ile bakılırsa en düşük düzey %1 - %15 arasında, kadınlar için %1 ve %14 arasında değişmektedir.

Avrupa'da erkeklerde KVH'a hastalıklara bağlı ölümlerin %22'si ve kadınlarda %4'ü sigaraya bağlıdır. Sigara içme prevalansı erkeklerde kadınlara göre iki ülke hariç daha yüksektir. Yetişkinlerdeki cinsine bağlı farklılıklar gençlerde yoktur. Sigara kullanımı prevalansları erkeklerde düşerken kadınlarda sadece bazı ülkelerde azalma görülmektedir.^{6,8}

AMAÇ:

Bu çalışmamızda kentsel bir bölge olan Balçova Korutürk Sağlık Ocağı Bölgesi'nde yaşayan 30 yaş üzeri popülasyonda, KKH, Diabet, HT, Hiperlipidemi ve inme vakalarının, sigara kullanımının sıklığını ve tedavinin niteliğini belirlemek amaçlanmıştır.

YÖNTEM:

Bu kesitsel çalışmada Balçova Korutürk Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 30 yaş ve üzeri 7500 (2001 yılı ETF sonuçları) erişkin araştırma evrenini oluşturmuştur. Araştırma grubu ebe bölgelerinin nüfusuna göre tabakalı küme örnekleme yöntemiyle seçilmiştir. Örnekleme genişliğini belirlemede Nalidere Eğitim Araştırma Bölgesi'nde yapılan bir çalışmada saptanan diyabet prevalansı (%4,5)⁹ kullanılarak, en kötü kabul edilebilir sıklık %2,5 alındığında, %95 güven aralığı için 391 kişi olarak saptanmıştır. Rasgele yöntemle seçilen kümelerden belirli sayıda kişi randevu verilerek değerlendirilmeye alınmıştır. Sağlık ocağına 12 saatlik açlık sonrası gelen kişiler ile hekim görüşmüş ve ölçümleri yapılmıştır. Evde bulunamayanlar için not bırakılmış ve telefon numaraları verilmiştir. Gelmeyenler daha sonra telefonla veya ziyaret edilerek tekrar davet edilmiştir. Tüm muayeneler aynı aletler ile hemşireler tarafından yapılmıştır. Laboratuvar analizleri Sağlık Ocağı'nın laboratuvarında spektrofotometre ile sabah saatlerinde bir hekim ve sağlık memuru tarafından yapılmıştır. Verilerin Analizi anketler bir kişi tarafından kodlanmış veriler SPSS 8.0 istatistik programına aktararak analiz edilmiştir. Erkeklerle kadınlar arası hastalıkların sıklığı karşılaştırılırken Ki-kare ve gerektiği durumlarda Fisher's exact test kullanılmıştır. Yaş gruplarında hastalık sıklığının değişimi eğimde Ki-kare analiziyle değerlendirilmiştir.

AKŞ, kan basıncı ve lipidler için hekim veya hasta tarafından istenmesine bakılmaksızın bu yaşına dek bakılıp bakılmadığı sorulmuş, sigara kullanımı öyküleri sorgulanmıştır. Kişinin öyküsünde KKH varlığı, Geçirilmiş myokard infarktüsü By-Pass operasyonu Perkütan Trans Kateter Anjioplasti, Anjina Pektoris, Diyabet, İnme, HT varlığı araştırılmıştır. Ancak her katılımcının AKŞ, kan basıncı ve lipidlerine bakılmıştır. Araştırma grubundaki kişilerin 'doktor tarafından tanı konmuş şeker hastalığınız var mı?' sorusuna verdikleri yanıt değerlendirilmiştir. Diyabet tanısı için öyküsünde diyabet olmayan ve AKŞ 125mg/dlt'nin üstünde bulunan tüm kişiler taranmıştır. 110mg/dlt altında ise Normal Açlık Glikozu, 110mg/dlt ile 126mg/dlt arasında ise Bozulmuş Açlık Glikozu, 126mg/dlt'nin üstünde ise veya her hangi bir zamanda alınan kanda plazma glikozu 200mg/dlt'nin üzerinde ise ve semptomlar mevcutsa (en son öğünün ne zaman alındığına bakılmaksızın klasik semptomlar varsa) veya OGTT'de 2. Saat kan şekeri 200mg/dlt veya üstünde ise Diyabet tanısı konmuştur.^{10, 11} Kan basıncı 5 dk'lik dinlenmeden sonra sağ koldan civalı sfigmomanometre ile iki kez ölçülmüş Diyastolik ve sistolik kan basınçları bu iki ölçümün ortalaması alınarak belirlenmiştir. Sistolik/Hg üzeri veya diastolik kan basıncı 140mm/Hg üzerinde olması HT kriteri olarak alınmıştır. Antihipertansif ilaç kullananlar HT olarak kabul edilmişlerdir. Sistolik140mmHg, Diastolik 90mmHg'nin üstünde olan katılımcıların 3 kez daha kan basınçları ölçülerek yeni HT hastaları saptanmıştır.^{12,13}

Sağlık ocağında yapılan fizik muayenenin arkasından lipid analizleri için 9-12 saatlik açlık sonrası yapılan testlerde: ABD Ulusal Kolesterol Eğitim Programına (NCEP) göre kan kolesterol düzeyi 200mg/dl ve üzeri 'yüksek' 199mg/dl ve altı 'normal' kabul edilmiştir.¹⁴ Trigliserit düzeyleri için 1992 de ABD'de Ulusal Sağlık Enstitüsü'nün kabul ettiği gruplama kullanılarak trigliserit düzeyi 199mg/dl ve altı 'normal', 200mg/dl ve üzeri ise 'yüksek' kabul edilmiştir. Total kolesterol veya Trigliseridi normal değerlerin üstünde olan tüm kişiler hiperlipidemi grubuna alınmıştır.

BULGULAR:

Araştırma grubundaki 404 kişinin yaş ortalaması erkeklerde 53.93 , kadınlarda 49.5 olarak saptanmıştır. Kan basıncı kan şekeri ve lipidleri yönünden saptanan ortalamaları cinsiyete göre Tablo 1'de verilmiştir

Katılımcılara tüm yaşamları boyunca şimdiki de hiç kan şekeri, kan basıncı veya lipidlerine bakılıp bakılmadığı sorulmuş cinslere göre kan şekeri ve lipidleri bakılması yönünden fark saptanmamıştır. Ancak kan basıncı ölçümü yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Erkeklerde %76.4 kadınlarda % 87.8 olup kan basıncı ölçümü kadınlarda daha fazladır. (Tablo 2)

Araştırma sırasında 6 kişi diyabet 9 kişi HT tanısı almıştır. Cinsler arasında diyabet varlığı yönünden istatistiksel anlamlı fark yokken HT gelişimi kadınlarda ve KKH gelişimi erkeklerde istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Yaş arttıkça diyabet ve HT görülme oranları da artmaktadır. Yine yaş grupları arttıkça KKH görülme sıklığı da artmaktadır. Erkeklerde hiperlipidemi görülme sıklığı kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Yaş arttıkça hiperlipidemi görülme oranı da artmaktadır ve fark istatistiksel olarak çok anlamlıdır. (Tablo 3) Araştırma grubunda %1.7 oranında inme öyküsü saptanmıştır. (Erkeklerde %2.8 kadınlarda %1.1)

Diyabeti tanısı almış olanların %85.3'ü, KKH öyküsü olanların %87.9'u hekim kontrolüne gidiyor ve fark istatistiksel olarak anlamlıdır. HT'ü olanlar olmayanlara göre hekime gitme yönünden farklı bulunmamıştır. (Tablo 4) Araştırma grubunda Erkeklerin oranı % 34.7, kadınların oranı %65.3 olup kadınlar ya üç aydan az sıklıkta muayene olmakta (%78.05) ya da düzenli randevusu olmayan grupta yığılmaktadır. (%77.3) Erkekler ise 3-6 ayda bir(%50.0) veya 6 ay-bir yıl arasında (%44.4) daha çok hekim kontrolüne gitmektedirler. Araştırma grubunda erkeklerin oranı % 34.7, kadınların oranı %65.3 olup kadınlar daha fazla sağlık ocağını kullanmakta (%80) erkeklerde üniversite hastanesine gitmektedir. (%34.8). Ancak bu fark anlamlı bulunmamıştır.

Erkeklerde sürekli sigara kullanımı oranı (%42.1) kadınlara göre (%28.4) daha yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel yönden anlamlıdır. (P: 0.005) Ayrıca 50 yaş altında sigara kullanımı %40.4, 50 yaş üstünde %26.9 saptanmış ve yine bu fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur (Fischer's P : 0.003)

Eski tanılı Diyabetli hastaların önerilen yönetim hedeflerine göre değerlendirilmeleri yapıldığında (bkz. appendiks) %35.1'inin hala kan şekeri yüksek, BKİ'leri yaklaşık her her 10 kişiden sekizinde hedeflenen değerlerden uzaktır. Erkeklerin %10'unun kadınların %22.3'ünün hala sigara kullanıyor olduğu görülmektedir. Kan basıncı ve lipidleri görece daha iyi kontrol değerlerindedir. (Tablo 5)

TARTIŞMA:

Bulgular 25 milyon kişiyi yansıtan TEKHARF verileri ile ve bölgemizi yansıtan Güzelbahçe'de yapılan bir araştırmanın bulguları ile karşılaştırılmıştır. TEKHARF çalışmasında KKH prevalansı 1990 yılındaki %5.4'lük orandan 10 yıl sonra yarı yarıya artarak %8.1'e ulaşmıştır.³ Güzelbahçe'de yapılan çalışmada KAH sıklığı 30 yaş üzerinde erkeklerde %8.9 kadınlarda %7.7 dir. Bölgemizde saptanan erkeklerde %15, kadınlarda %8.3'tür. (toplam 10.6). Buna göre bölgemizde KAH'a daha sık rastlanmaktadır.

TEKHARF çalışmasında Diyabetin toplam kohorttaki prevalansı erkeklerde %8.1, kadınlarda %8.9 bulunmuş Güzelbahçe'de yapılan çalışmada ise sadece öykü ile erkeklerde %10.4, kadınlarda %8.7 saptanmıştır.¹⁵ Bizim çalışmamızda saptanan erkeklerde %9.3 kadınlarda %11.4'tür. TEKHARF ile Diyabet prevalansının son 10 yılda her yıl ortalama %6.7 oranında arttığı anlaşılmıştır.¹⁶ Bu arada unutulmaması gereken bir nokta son 10 yılda diyabet için tanı kriterlerinin de aşağı (140mg/dl'den 126mg/dl'ye) indirilmiş olmasıdır.

TEKHARF çalışmasında HT'nin toplam kohorttaki prevalansı erkeklerde %40, kadınlarda %51.6 bulunmuş⁴ Güzelbahçe'de yapılan çalışmada ise sadece öykü ile erkeklerde %20.7, kadınlarda %33.7 saptanmıştır. Bizim çalışmamızda saptanan erkeklerde %21.4 kadınlarda %33.0'dır. Halkımızda kan basıncı yüksek olan fertlerin %45'inin tansiyon ilacı kullandığı gösterilmiştir. Buna göre bölgemizde ilaç kullanan %80 ülke ortalamasına göre yüksek bir değerdir.¹⁷

Lipidler açısından bakıldığında Güzelbahçe araştırma grubunun %23.4'ünün total kolesterolü 200mg/dl nin üzerinde bulunmuştur. Bölgemizde erkekler için %27.9 kadınlarda %29.2 olarak saptanmıştır. (toplam 28.7) Ortalama kolesterol değeri erkekte 180.0 ve kadında 181.0 dir ve bu değerler TEKHARF'teki ortalama 180.2 8mg/dl'ye yakındır. Bölgemizde trigliserit ortalama değeri erkeklerde 129.3mg/dl kadınlarda 115.6mg/dl TEKHARF'te erkeklerde 151.7 mg/dl, kadınlarda, 135.1 mg/dl çıktığı saptanmıştır. Prevalans bölgemizde erkeklerde %16.4 kadınlarda %11.7'dir. TEKHARF ile hipertrigliseridemi prevalansının erkeklerde %22.4, kadınlarda %14.9'a çıkmıştır.¹⁸

TEKHARF ile 30 yaşını aşkın erkeklerin yarısını kadınların %15.5'inin halen sigara içtiği saptanmıştır. Güzelbahçe'de erkeklerin % 48.9'u kadınların %28.4'ü halen sigara kullanmaktadır. Bölgemizde populasyonun %64'ü şu anda hiç sigara kullanmıyor, kullanma oranı erkeklerde istatistiksel olarak anlamlı derecede de yüksek. Her iki bölgede TEKHARF'e kıyasla kadınlarda sigara kullanımı kentsel bölgelerde beklendiği gibi belirgin olarak yüksektir.¹⁹ Diyabeti, KKH'ı, HT'ü olan kişilerin hekim kontrolüne gitme ve gidenlerin de düzenli bir periyotta kontrolleri yapılması oranları kötüdür. Diyabet hastalarının 1/5'i, HT'uların 1/4'ü ve KAH'lıların 1/3'ü hastalıklarını biliyor olmalarına rağmen sigara kullanmaya devam etmektedir. Eski tanılı Diyabetli hastaların kan şekeri ve Beden Kitle İndeksleri ileri derecede kötüdür. Bu da konrole gidenlerinde hastalıkları açısından yönetimlerinin hedeflenen değerlerden uzak olduğunu göstermektedir. Önemli bir halk sağlığı olan bu sorunlara yönelik kontrol programları için özellikle kentsel bölgelerde ivedilikle çalışmalara başlanması gerekmektedir.

Teşekkür: Bu çalışmamız sırasında danışmanlığımızı üstlenen Dr. Belgin Aslan'a, her açıdan katkı ve destek veren Dr. Suat Cerban'a ve çalışmamız sırasında görüşme, davet ve ölçümlerde yardım eden Dr. Naciye Azersoy ve Ocağın sağlık personeli Hasan Halatçı, Ümran Bergama, Dilek Yaman, Nihal Bozdağ, Aysel Kılıç, Selma Barak, Emine Küçüköğöç, Günül Nur Ovalı ve Elif Yılmaz'a çok teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. About chronic disease: Definition, Overall burden, and cost-effectiveness of Prevention <http://www.cdc.gov/cdpnp/about.htm>
2. Tunstall-Pedoe H, Kuusimäki K, Mahonen M, Tolonen H, Ruokokoski E, Amouyel P, for the WHO MONICA Project (1999): Contribution of trends in survival and coronary-event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 27 MONICA Project populations. *Lancet*. 353: 1547-57
3. Onat A, Keleş İ, Çetinkaya A, Başar Ö, Yıldırım Y, ve ark. On Yünlük TEKHARF Çalışması Verilerine Göre Türk Ülkemizde Korener Kökenli Ölüm ve Olayların Prevalansı Yüksek Onat A, Keleş İ, Çetinkaya A, Başar Ö, Yıldırım Y, Türk Kardiyol Dern Ars 2001;Cilt/Volume : 29, Sayı/Number : , Ocak/January

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

- Altan O., Türk halkında koroner kalp hastalığı sıklığının nedenleri ve bu bilginin risk değerlendirmesi ile korunma açılarından büyük önemi Türk Kardiyol Dern Arş., 2001 Cilt : 29, Sayı: 10.
- World Health Organisation. Prevelation of Diabetes Mellitus. Report of WHO Study Group. Technical Report Series: 844. 1994. WHO: Geneva.
- Murray JL, Lopez AD The global burden of disease, 1996, WHO: Geneva.
- See European Society of Cardiology, European Atherosclerosis Society, European Society of Hypertension, International Society of Behavioural Medicine, European Society of General Practice/Family Medicine, European Heart Network (1998) Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies on Coronary Prevention. European Heart Journal 19: 1431-1503 for recommendations on blood pressure levels
- National Institute of Public Health. Stockholm Determinants of the burden of disease in the European Union. 1997. NIPH: Stockholm.
- Erbay, P. Yarı kentsel bir bölgede erişkinlerde diyabetes mellitus prevalansı, risk faktörleri ve komplikasyonları, Uzmanlık Tezi. İzmir, 1993
- Guidelines, summarising clinical guidelines for primary care, volume 10, February 2000- Diabetes Care
- American Diabetes Association, Clinical Practice Recommendations, 1999, Vol.22, Supl:1
- Dünya Sağlık Örgütü/Uluslararası HT Derneği (WHO/ISH), 1999 HT Tedavi Kılavuzu, Journal of HT , 17:151-183 HT ve Ateroskleroz Derneği
- Türk Kardiyoloji Derneği, Ulusal HT Tedavi Ve Takip Kılavuzu 2000
- Conroy, W. E. Erişkinlerde lipid taraması, Sendrom II, Cilt 1, Sayı:5, 2002
- Aslan, B., Güzelbahçe Sağlık Ocağı bölgesinde 30 yaş üzeri popülasyonda koroner kalp hastalığı ve kalp damar hastalığı risk faktörleri ile ilişkisi, İzmir, 1998
- Onat, A., Dr. Yıldırım, B., Ceyhan, K., Keleş, İ., Başar, Ö., Sansoy, ve ark. Halkımızda diyabet ve glukoz intoleransı: koroner mortalite ve morbiditeye prospektif etkisi, prevalansında artma Türk Kardiyol Dern Arş V. 2001; 29, Sayı: 5
- Onat, A., Yıldırım, B., Ceyhan, K., Keleş, İ., Başar, Ö., Sansoy, ve ark. Prospektif incelemede koroner mortalitenin en iyi belirleyicisi kan basıncı yetişkinlerimizde 10 yılda ortalama 5/3 mmhg'dan fazla arttı, Türk Kardiyol Dern Arş., 2001; 29:344-353 Sayı: 6
- Onat, A., Yıldırım, B., Erer, B., Başar, Ö., Çetinkaya, A., Ceyhan, K., ve ark. Total Kolesterol/HDL-kolesterol oranı koroner hastalığın en iyi lipid öngördürücüsü: trigliserid ortalama düzeyimiz yılda 1 mg yükselme gösteriyor, Türk Kardiyol Dern Arş 2001; 29, Sayı: 6
- Onat, A., Başar, Ö., Erer, B., Ceyhan, K., Yıldırım, B., Keleş, İ., ve ark. Yetişkinlerimizde sigara içiminin sıklığı, HDL ile ilişkisi ve koroner olaylara etkisi, Türk Kardiyol Dern Arş., 2001; 29, Sayı: 8

Tablo 1. Cinsiyete göre sürekli değişkenlerin aritmetik ortalama değerlerinin dağılımı

	Erkek (n:140)	Kadın (n:264)
	Ortalama±standart sapma	Ortalama±standart sapma
Yaş	53,93 ±9,91	49,5± 10,8
Açlık kan şekeri (mg/dlt)	90,93 ± 25,7	91,6±33,1
Sistolik (mmHg)	124, 7±16,5	124,0±18,5
Diastolik (mmHg)	76,1±10,0	74,6±11,7
Total kolesterol (mg/dlt)	180,0±42,5	181,0±42,7
Trigliserid (mg/dlt)	129,3 ± 81,8	115,6±85,4

Tablo 2. Hastalıkların saptanmasından önce yapılması gerek testlerin yapılma oranları

Şimdiye en az bir kez bakılmış olma	Erkek (%)	Kadın (%)	P
Açlık kan şekeri	%52,1	%52,3	0,906
Kan basıncı bakılma	%76,4	%87,1	0,003
Lipidler	%46,4	%50,8	0,634

Tablo 3. Yaşa ve Cinsiyete göre Diyabet, HT Koroner Arter Hastalığı ve Hiperlipidemi Prevalansları

	Diabet n:404 (%)	P	HT n: 404 (%)	P	KAH n: 404 (%)	P	Hiperlipidemi n: 404 (%)	P
Cinsiyet								
Erkek(n:140)	9,3	0,612*	21,4	0,010*	15,0	0,039	37,1	<0,001
Kadın(n:264)	11,4		33,0		8,3		34,1	
Yaş Grubu								
30-39 (n: 62)	3,2	<0,001	8,1	<0,001	6,4	0,014	17,7	<0,001
40-49 (n:121)	5,0		17,4		5,8		29,8	
50-59 (n:131)	12,2		37,4		11,5		40,5	
60 ve üstü (n:90)	21,1		46,7		18,9		46,7	

*(Fischer's exact test)

Tablo 4: Kronik Hastalık tanısı almış kişilerin hekim kontrolleri, tedavi durumları ve sigara içme davranışlarına göre dağılımı

Hastalıklar (araştırma öncesi tanı almış olanlar)	Hekim kontrolü olmayan (%)	Hiç tedavisi olmayan (%)	Hala Sigara içen (%)
Diyabet (n:37)	14,7 (n: 34)	2,0	18,9
HT (n: 108)	25,0	20,4	25,0
KAH (n:43)	12,1 (n:33)	*	30,6

* sorgulanmadı

Tablo 5: Diyabetli Hastalar İçin Önerilen Yönetim Hedeflerine Ulaşımın dağılımı (n:37)

	birimi	İYİ (%)	SINIRDA(%)	KÖTÜ(%)
PLAZMA GLİKOZUAçlık	mg/dlt	51,4	13,5	35,1
TOTAL KOLESTEROL	mg/dlt	78,0	21,6	5,4
TRİGLİSERİD	mg/dlt	75,7	13,5	10,8
BEDEN KİTLE İNDEKSİ				
ERKEK (n:10)	kg/m2	10,0	10,0	80,0
KADIN (n: 27)	kg/m2	14,8	11,1	74,1
KAN BASINCI				
sistolik	mmHg	48,7	37,8	13,5
diastolik	mmHg	81,1	16,2	2,7
SİGARA Kullanımı (toplam)		81,1		18,9
ERKEK (n:10)		90,0		10,0
KADIN (n: 27)		77,7		22,3

Appendiks:

	birimi	İYİ	SINIRDA	KÖTÜ
PLAZMA GLİKOZU	mg/dlt	80-120	≤ 140	>140
Açlık		80-145	146-180	>180
TOTALKOLESTEROL	mg/dlt	<200	200-239	≥240
TRİGLİSERİD	mg/dlt	<200	200-249	≥ 250
BKİ				
ERKEK	kg/m2	20-25	26-27	>27
KADIN	kg/m2	19-24	25-26	>26
KAN BASINCI	mmHg	*≤ 140-90	140/90-150/95	>160/95
SİGARA TÜKETİMİ		Sigara içmiyor	pipo	Sigara içiyor

KALP SAĞLIĞI TARAMASI İÇİN BAŞVURAN ERİŞKİMLERİN FİZİKSEL AKTİVİTE DURUMLARININ SİGARA, ALKOL, BESLENME ALIŞKANLIKLARI VE AİLE ÖYKÜLERİ İLE İLİŞKİSİ

Sevgi ÖZCAN¹, Nafiz BOZDEMİR¹, Güçin ÇOBANOĞLU², Ömer ERDOĞAN³, Haluk ULUSAN⁴, Esra SAATÇİ¹, Ersin AKPINAR¹.

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Adana-²Numune Hastanesi, Adana-³AÇSAP Merkezi, Yalova-⁴AÇSAP Merkezi, Bor-Niğde

Giriş: Kalıtsal faktörler sağlığın belirlenmesinde önemli rol oynasalar bile fiziksel aktivite, beslenme, sigara ve alkol alışkanlıkları pek çok hastalık açısından değiştirilebilir önemli risk faktörleri arasında yer almaktadır.

Amaç: Bu çalışmada, kalp hastalıkları taraması için başvuran kişilerin, fiziksel aktivite durumlarının, sigara, alkol, beslenme alışkanlıkları ve aile öyküleri ile ilişkisinin ortaya konulması amaçlandı.

Yöntem Ve Gereçler: Mayıs-Haziran 1999'da araştırmamıza katılan 756 kişiye anket uygulandı.

Bulgular: Katılımcıların %53,8'i kadın, %46,2'si erkekti. Yaş ortalaması 46,8±11,1 (25-86) yıl olarak bulundu. Sigarayı bırakmış olan grubun boş zaman indeksi halen sigara içen gruba göre anlamlı olarak daha yüksekti. İş indeksi halen alkol alanlar ve alkolü bırakmış olanlarda, hiç alkol almamışlara göre anlamlı olarak daha düşüktü. Boş zaman ve spor indeksleri alkolü bırakmış olanlarda, halen alanlara ve hiç almamışlara göre yüksek bulundu (p>0,05). Etin yağlı kısmını nadiren yiyen veya hiç yemeyen grubun spor indeksi, bazen ve sıklıkla yiyen gruplara göre daha yüksekti (p=0,05). Hipertansiyon, koroner kalp hastalığı ve tip 2 diabetes mellitus açısından aile öyküsü pozitif olan grupların fiziksel aktivite indeksleri, aile öyküsü negatif olan gruplara göre daha yüksekti ve gruplar arası bu farklılık üç hastalıkta da spor indeksi açısından anlamlı bulundu.

Sonuç: Sigarayı ve alkolü bırakmış olanların ve etin yağlı kısmını yemeyenlerin fiziksel aktivitelerinin yüksek bulunması bize, olumlu sağlık davranışı gösterenlerin aynı zamanda fiziksel aktivitelerini arttırarak bu davranışlarını pekiştirdiklerini düşündürmüştür. Ailelerinde kronik hastalıkları görmüş ve yaşamış kişilerin bu hastalıklar için değiştirilebilir davranışsal risk faktörleri içerisinde yer alan sedanter yaşam tarzını seçmemeleri ve ailelerinde bu tür hastalıklar olmayanlara göre daha aktif olmaları aile çevresinden olumlu etkilendiklerini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Fiziksel aktivite, erişkin, sigara, alkol, aile öyküsü

GİRİŞ VE AMAÇ

Kalıtsal faktörler sağlığın belirlenmesinde önemli rol oynasalar bile fiziksel aktivite, beslenme, sigara ve alkol alışkanlıkları pek çok hastalık açısından değiştirilebilir önemli risk faktörleri arasında yer almaktadır.

Bu çalışmada, kalp hastalıkları taraması için başvuran kişilerin, fiziksel aktivite durumlarının, sigara, alkol, beslenme alışkanlıkları ve aile öyküleri ile ilişkisinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

YÖNTEM VE GEREÇLER

Kalp hastalıkları taraması için, Mayıs-Haziran 1999 tarihleri arasında, hastaneye başvuran, 25 yaş ve üzeri 812 kişi araştırmaya dahil edilmiş, örnekleme yapılmamıştır. Başvuranların 12'si araştırmaya katılmayı reddettiği için, 44'ü ise bilgi formlarındaki eksiklikler nedeniyle değerlendirilmeye alınmamış, geriye kalan 756 kişi değerlendirilerek araştırma yapılmıştır.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Araştırmanın konusu, amaçları ve yöntem hakkında bilgi verildikten sonra anket formları yüz yüze yapılan görüşme yöntemi ile doldurulmuştur.

Veri toplama aracı olarak, sosyodemografik özellikleri, sigara, alkol ve beslenme alışkanlıklarını, özgeçmişini ve aile öyküsünü sorgulayan bir anket formuna ek olarak orijinali Baecke tarafından geliştirilen fiziksel aktivite anketinin değiştirilmiş bir versiyonu kullanılmıştır. Değiştirilmiş versiyonda boş vakitler ile ilgili bölüm 3 soru ile genişletilmiştir. Kısa, doldurulması kolay, geçerliliği ve tekrarlanabilirliği değişik toplumlarda denenmiş olduğu için bu anket seçilmiştir^{4,5}.

Fiziksel aktivite anketi, kişilerin iş, boş zaman, spor ve toplam fiziksel aktivitelerini değerlendiren 19 sorudan oluşmaktadır. İşteki fiziksel aktivite, 1-8. soruların, spor aktivite, 9-12. soruların, boş zamanlardaki fiziksel aktivite ise 13-19. soruların skorlarının aritmetik ortalaması alınarak elde edilmiştir. Toplam indeks: iş, spor, boş zaman fiziksel aktivite indeks ortalamalarının toplamı ile bulunmuştur.

Elde edilen veriler Epi Info 6.04 program kullanılarak kaydedilmiş, Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 9.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir.

BULGULAR

Katılımcıların %53,8'i kadın, %46,2'si erkekti. Yaş ortalaması 46,8±11,1 (25-86) yıl olarak bulundu.

Sigarayı bırakmış olan grubun boş zaman indeksi halen sigara içen gruba göre anlamlı olarak daha yüksek saptandı (Tablo 1).

İş indeksi halen alkol alanlar ve alkolü bırakmış olanlarda, hiç alkol almamışlara göre anlamlı olarak daha düşüktü. Boş zaman ve spor indeksleri alkolü bırakmış olanlarda, halen alanlara ve hiç almamışlara göre yüksek bulundu ($p>0,05$) (Tablo 2).

Etin yağlı kısmını nadiren yiyen veya hiç yemeyen grubun spor indeksi, bazen ve sıklıkla yiyen gruplara göre daha yüksek saptandı ($p=0,05$) (Tablo 3).

Hipertansiyon (HT), koroner kalp hastalığı (KKH) ve tip 2 diabetes mellitus (Tip 2 DM) açısından aile öyküsü pozitif olan grupların fiziksel aktivite indeksleri, aile öyküsü negatif olan gruplara göre daha yüksekti ve gruplar arası bu farklılık üç hastalıkta da spor indeksi açısından anlamlı bulundu.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Çalışmamızda TEKHARF (Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri) Çalışması ile uyumlu olarak, iş indeksi ile sigara içimi arasında doğru orantılı bir ilişki olduğu, fiziksel iş yoğunluğu arttıkça sigara içme oranının arttığı sonucuna ulaşılmıştır³.

Memorial Hospital Aile Hekimliği Bölümünde Eaton ve arkadaşları tarafından sağlıklı diyetin yüksek fiziksel aktivite düzeyi ile ilişkili olabileceği hipotezinden yola çıkılarak 2004 kişiyle bir çalışma yapılmıştır. Sedanter, orta derecede aktif ve çok aktif üç grubun yeme alışkanlıkları karşılaştırılmış ve orta ve/veya çok aktif kişilerin sedanterlere göre daha fazla lif, daha az total yağ, daha az sature yağ, daha fazla vitamin (A, C, D, E), daha fazla beta karoten ve daha fazla kalsiyum aldıkları ve daha fazla meyve ve sebze yedikleri bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da yukarıdaki çalışmayla uyumlu olarak zeytinyağını, beyaz eti tercih edenlerin ve etin yağlı kısmını yemeyenlerin spor indeksleri daha yüksek bulunmuştur. Ancak sadece etin yağlı kısmını yememe ile spor indeksi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Sigarayı ve alkolü bırakmış olanların ve etin yağlı kısmını yemeyenlerin fiziksel aktivitelerinin yüksek bulunması bize, olumlu sağlık davranışları gösterenlerin aynı zamanda fiziksel aktivitelerini artırarak bu davranışlarını pekiştirdiklerini düşündürmüştür.

Ailelerinde kronik hastalıkları görmüş ve yaşamış kişilerin bu hastalıklar için değiştirilebilir davranışsal risk faktörleri içerisinde yer alan sedanter yaşam tarzını seçmemeleri ve ailelerinde bu tür hastalıklar olmayanlara göre daha aktif olmaları aile çevresinden olumlu etkilendiklerini göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Pols MA, Peeters PHM, Bueno De Mesquita HB, Ocke MC, Wentink CA, Kemper HCG, Collette HJA. Validity and repeatability of a modified baccke questionnaire on physical activity. *International Journal of Epidemiology*, 1995; 24: 381-388.
2. Philippaerts RM, Westertep KR, Lefevre J. Doubly labelled water validation of three physical activity questionnaires. *Int J Sports Med.*, 1999; 20 (5): 284-289.
3. Onat A. Türk erişkinlerinde fiziksel etkinlik ve bunun başlıca risk faktörleri üzerine etkisi. Onat A. *TEKHARF (Türk Erişkinlerinde Kalp Sağlığı, Risk Profili ve Kalp Hastalığı)*. Pfizer'in Katkısıyla: Ohan Matbaacılık Ltd. Şti, 2000:77-82.
4. Eaton CB, Mc Phillips JB, Gans KM, Garber CE, Assaf AR, Lasater TM, Carleton RA. Cross-sectional relationship between diet and physical activity in two southeastern New England communities. *Am. J. Prev. Med.*, 1995; 11(4):238-244.

Tablo 1: Araştırma Grubuna Katılan Kişilerin Halen Sigara İçip İçmedikleri ile İş İndeksi, Boş Zaman İndeksi, Spor İndeksi ve Toplam İndeks Ortalamalarının Karşılaştırılması

Halen sigara içimi	n	İş indeksi ort. ± SS**	Boş zaman indeksi ort. ± SS**	Spor indeksi ort. ± SS**	Toplam indeks ort. ± SS**
Evet	292	2,74 ± 0,58	2,36 ± 0,50	2,19 ± 0,59	7,30 ± 1,21
Hayır	131	2,70 ± 0,53	2,48 ± 0,50	2,18 ± 0,66	7,36 ± 1,22
Toplam	423	2,73 ± 0,56	2,40 ± 0,50	2,18 ± 0,61	7,32 ± 1,21
P*		0,502	0,020	0,863	0,595

*ANOVA

** SS: Standart Sapma

Tablo 2: Araştırma Grubuna Katılan Kişilerin Alkol Alımı ile İş İndeksi, Boş Zaman İndeksi, Spor İndeksi ve Toplam İndeks Ortalamalarının Karşılaştırılması

Alkol alımı	n	İş indeksi ort. ± SS**	Boş zaman indeksi ort. ± SS**	Spor indeksi ort. ± SS**	Toplam indeks ort. ± SS**
Alıyor	165	2,68 ± 0,65	2,36 ± 0,46	2,16 ± 0,64	7,20 ± 1,23
Almıyor	566	2,81 ± 0,52	2,39 ± 0,49	2,19 ± 0,59	7,39 ± 1,15
Bırakmış	25	2,65 ± 0,59	2,55 ± 0,64	2,31 ± 0,70	7,51 ± 1,39
Toplam	756	2,78 ± 0,55	2,39 ± 0,49	2,19 ± 0,60	7,35 ± 1,18
P*		0,014	0,185	0,988	0,152

Tablo 3: Araştırma Grubuna Katılan Kişilerin Etin Yağlı Kısımını Yiyip Yememe Durumları ile İş İndeksi, Boş Zaman İndeksi, Spor İndeksi ve Toplam İndeks Ortalamalarının Karşılaştırılması

Etin yağlı kısmını yiyip yemediği	n	İş indeksi ort. ± SS ¹	Boş zaman indeksi ort. ± SS ¹	Spor indeksi ort. ± SS ¹	Toplam indeks ort. ± SS ¹
Nadiren veya hiç	483	2.77 ± 0.55	2.38 ± 0.48	2.23 ± 0.63	7.39 ± 1.18
Bazen	148	2.76 ± 0.53	2.39 ± 0.52	2.10 ± 0.50	7.24 ± 1.16
Sıklıkla	125	2.81 ± 0.60	2.39 ± 0.50	2.14 ± 0.60	7.34 ± 1.22
Toplam	756	2.78 ± 0.55	2.39 ± 0.49	2.19 ± 0.60	7.35 ± 1.18
	p*	0.733	0.990	0.050	0.431

*ANOVA ¹ SS: Standart Sapma**Tablo 4:** Araştırma Grubuna Katılan Kişilerin Ailede Hastalık (HT, KKH, Tip 2 DM) Öyküleri ile Spor İndeksi Ortalamalarının Karşılaştırılması

Aile Öyküsü	Spor indeksi ortalaması ± SS ¹					
	n	Hipertansiyon	n	KKH	n	Tip 2 DM
Var	440	2.23 ± 0.60	398	2.23 ± 0.61	440	2.24 ± 0.60
Yok	316	2.13 ± 0.61	358	2.13 ± 0.59	316	2.16 ± 0.61
Toplam	756	2.19 ± 0.60	756	2.19 ± 0.60	756	2.19 ± 0.60
	p*	0.036		0.026		0.058

*ANOVA ¹ SS: Standart Sapma

İNSÜLİNE BAĞIMLI OLMAYAN DİABETLİ HASTALARDA TETANOZ SEROPREVALANSI

Meral SAYGUN*, Aytül ÇAKMAK*, Dilek KILIÇ**, Sedat KAYGUSUZ**, Hazel ÜZER***, Levent DOĞANCI****

*Yrd. Doç. Dr. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**Yrd. Doç. Dr. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

*** Araş. Gör. Dr. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**** Prof. Dr. G.A.T.A. Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji A. D.

ÖZET

Tetanoz hem gelişmiş, hem de gelişmekte olan toplulukları etkilemeye devam eden, sık görülen bir hastalıktır. Bu çalışma, Tip II Diyabetes mellituslu hastalarda tetanoza karşı immünite profilini değerlendirmek ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırmak amacıyla planlanmış vaka-kontrol araştırmasıdır.

Çalışma grubu yerel tıp merkezlerine kabul edilen ve Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları kliniğinde ayaktan çeşitli amaçlarla takip edilen 310 gönüllü Tip II diyabet hastası (104 erkek, 206 kadın) ve 200 sağlıklı bireyden (72 erkek, 128 kadın) oluşmuştur.

Tetanoz antitoksin seviyesi ELISA yöntemi ile ölçülmüştür.

Veriler bilgisayarda SPSS for windows versiyon 10.0 istatistik programına girilmiş ve aynı programda istatistiksel analizleri yapılmıştır. İstatistiksel analizler sırasında Mann Whitney 'U' , Kruskal Wallis, χ^2 ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Araştırmanın sonunda, ortalama antitoksin konsantrasyonu hasta ve kontrol grubunda sırasıyla 0.8238 ± 1.61 IU/ml ve 0.9978 ± 1.49 IU/ml olarak bulunmuş ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. ($z = -3.520$, $p = 0.000$).

Hasta ve kontrol grupları tetanoz antikor titre hızlarına göre karşılaştırıldığında; duyarlı ve koruyucu antikor titresine sahip oima yönünden iki grup arasında anlamlı fark olduğu ve hasta grubunun duyarlı antikor titresine sahip olma riskinin kontrol grubuna göre 2.367 kat fazla olduğu saptanmıştır ($\chi^2 = 12.640$, $p = 0.000$, Odds Ratio = 2.367)

Diabet süresi uzadıkça, tetanoz antikor titresinin düştüğü belirlenmiş ($r = -0.155$, $p = 0.006$) ve diyabetli grupta erkeklerdeki antikor titresine, kadınlara göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($z = 2.267$, $p = 0.023$). Kontrol ve hasta gruplarında yaş artmasına bağlı olarak, tetanoz antikor seviyesinde azalma saptanmıştır ($p = 0.003$, $p = 0.000$). Her iki grupta da son aşılanma tarihinden itibaren geçen süre uzadıkça, antikor titrelerinin düştüğü belirlenmiştir. (Hasta grubunda $r = -0.364$, $p = 0.000$, kontrol grubunda $r = -0.143$, $p = 0.044$).

Hem diyabet ($p = 0.000$), hem kontrol grubunda ($p = 0.007$) çocukluk döneminde aşınan kişilerde tetanoz antitoksin seviyesi anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Diabetli hastalarda enfeksiyonlara karşı artmış hassasiyet ile tetanoza karşı antitoksin bağıtlılığında azalma arasında ilişki olduğu ve bu hasta grubunda aşılanma oranlarını artırmak gerektiği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Diyabet, tetanoz, seroprevalans

GİRİŞ VE AMAÇ

Tetanoz endüstrilemiş ülkelerde yaygın aşılanma programı nedeni ile seyrek görülen bir hastalık olmasına rağmen gelişmekte olan ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Yaşlı ve aşılanmamış kişiler risk altındadır (1-4). Tetanoz toksoid aşısı çocuklar için genellikle difteri ve boğmaca aşısı ile birlikte yapılmaktadır, erişkinlerde ise sıklıkla düşük doz difteri toksoid (Td vaccine) ile kombine edilmektedir. ACIP (American Committee on Immunization Practices) çocuklukta aşılanmamış veya aşılandığına dair belgesi olmayan bireylere üç doz ve her on yılda bir defa destek doz önermektedir (5).

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Bizim ülkemizde, tetanoza karşı bağışıklamada uygulama, yaşamın ilk yılında dört doz difteri, boğmaca, tetanoz kombinasyonu ve bunu izleyen her on yılda bir rapel dozun yapılması şeklindedir, ancak pratik uygulamada adolesan dönemden sonraki rapel aşılama rutin uygulanmamaktadır.

Bu çalışmanın amacı diabetli kişilerde tetanoza karşı humoral immün cevabın bozulup bozulmadığını değerlendirmektir. Bu amaçla insüline bağımlı olmayan Tip II diabetli kişilerde ve sağlıklı kontrol grubunda tetanoz antitoksin seviyesi karşılaştırılmıştır.

MATERYAL-METOD

Araştırma vaka-kontrol çalışması olarak planlanmıştır. Çalışma grubu yerel tıp merkezlerine kabul edilen ve Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları kliniğinde ayaktan çeşitli amaçlarla takip edilen 310 gönüllü Tip II diabet hastası ve 200 sağlıklı bireyden oluşmuştur.

Çalışmaya alınan kişilere, yaşını, cinsini, mesleğini, eğitim durumunu, hastalığın süresini, çocuklukta, askerlikte ve gebelikteki aşılama durumunu sorgulayan anket formu uygulanmış daha sonra kan alınarak ELISA Testi ile tetanoz antitoksin seviyesi belirlenmiştir.

Tetanoz antitoksin düzeyleri değerlendirilirken aşağıdaki sınıflamadan yararlanılmıştır (6)

0.1 IU/ml 'den düşük düzeydeki değerler hassasiyeti,

0.1-1 IU/ml arasındaki değerler koruyuculuğu,

1 IU/ml'nin üzerindeki değerler uzun süre koruyuculuğu göstermektedir.

Veriler bilgisayarda SPSS for windows versiyon 10.0 istatistik programına girilmiş ve aynı programda istatistiksel analizleri yapılmıştır. İstatistiksel analizler sırasında Mann Whitney 'U' , Kruskal Wallis, χ^2 ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

BULGULAR

Çalışma grubundaki 176 erkek, 334 kadın toplam 510 kişinin yaşları 24 ile 85 arasında değişmekteydi ve ortalaması $55,67 \pm 11,57$ idi. 310 diabetli kişinin (104 erkek, 206 kadın) yaş ortalaması $55,48 \pm 11,57$ idi. Diabetin süresi bir ay ile 35 ay arasında değişmekteydi ve ortalaması $75,32 \pm 74,61$ aydı. Kontrol grubu 200 sağlıklı kişiden (72 erkek, 128 kadın) oluşmaktaydı ve yaş ortalaması $55,96 \pm 11,34$ yıldı. Hasta ve kontrol gruplarının yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($\chi^2=1,103$, $p=0,981$).

Ortalama antikor konsantrasyonu hasta ve kontrol gruplarında sırasıyla $0,8238 \pm 1,61$ IU/ml ve $0,9978 \pm 1,49$ IU/ml bulundu, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($z=-3,520$, $p=0,0001$)

Hasta ve kontrol grupları, tetanoz antikor titre hızlarına göre karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark saptandı ($\chi^2=14,58$, $p=0,001$). Antikor titresi 0,1 IU/ml'nin altında olan bireylerin oranı diabet grubunda (%26,2), kontrol grubuna (%13,5) göre yüksek bulunurken, antikor titresi 1,0 IU/ml üzerinde olan bireylerin oranı kontrol grubunda (%22), hasta grubuna (%14,5) göre yüksek bulunmuştur (Tablo1).

Hasta ve kontrol gruplarının antikor titre hızlarını, duyarlı (0,1 IU/ml'nin altında) ve koruyucu (0,1 IU/ml'nin üstünde) olarak tekrar gruplayıp karşılaştırdığımızda; duyarlı ve koruyucu antikor titresine sahip olma yönünden hasta ve kontrol gruplarının arasında anlamlı fark olduğu ve hasta grubunun duyarlı antikor titre hızına sahip olma riskinin, kontrol grubuna göre 2,367 kat fazla olduğunu belirlenmiştir ($\chi^2=12,640$ $p=0,000$, Odds Ratio= 2,367)

Hasta grubunda diabetin süresinin uzaması ile antitoksin seviyesinin düştüğü saptanmıştır ($r=-0,155$, $p=0,006$).

Ortalama antikor titresi diabetli kadın ve erkeklerde sırasıyla $0,7053 \pm 1,4951$ ve $1,0607 \pm 1,8235$ bulundu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($z=-2,267$, $p=0,023$). Kontrol grubundaki ortalama antikor titresi kadınlarda $0,8694 \pm 1,358$, erkeklerde ise $1,2260 \pm 1,7021$ bulunurken, ortalamalar arasında anlamlı bir fark belirlenemedi ($z=-0,761$, $p=0,447$) (Tablo:1).

Hem hasta ($p=0,000$), hem de kontrol grubunda ($p=0,003$) yaşın artmasına bağlı olarak tetanoz immunité seviyesinde azalma olduğu belirlenmiş ve en yüksek antikor titresinin 20-29 yaş grubunda olduğu gözlenmiştir.

Hem hasta, hem de kontrol grubunda 20-29 yaş grubunda 0,1 IU/ml den düşük seviyede antikor titresi olan kimse saptanmazken, 70-79 yaş grubunda ise hasta grubunda 10 (%35,7) ve kontrol grubunda beş kişi (%26,3) saptanmıştır (Tablo:2)

Hem hasta, hem de kontrol grubunda, son aşılama tarihinden sonra geçen süre ile antikor titreleri arasındaki ilişki incelendiğinde; sürenin uzamasına bağlı olarak antikor titrelerinin düştüğü gözlenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Hasta grubu için $r=-0,364$, $p=0,000$, kontrol grubu için $r=-0,143$, $p=0,044$).

Çocukluk döneminde aşılama ile tetanoz antikor titreleri arasındaki ilişkiyi araştırdığımızda, 258 (%50,7) kişinin aşılama aşılama olmadığını hatırlamadığı, 106 diabetli (%34,3), 82 kontrol (%41,0) grubundan olmak üzere toplam 188 (%36,9) kişinin ise çocukluk döneminde tetanoz aşısı olduğu belirlenmiş ve her iki grupta da tetanoz antikor titreleri ile primer immunizasyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Hasta grubu için $p=0,0001$ ve kontrol grubu için $p=0,007$)

176 erkekte 135 (%77,1)'inin askerlik döneminde aşılandığı, bunlardan 77 (%74,8)'inin diabetli ve 58 (%80,6) 'inin kontrol grubundan olduğu belirlenmiştir. Hasta ve kontrol gruplarında askerlik döneminde aşılama ile tetanoz antitoksin seviyesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Hasta grubu için $p=0,27$, kontrol grubu için $p=0,446$)

328 kadından 26 (%7,9)'ünün hamilelik döneminde tetanoz aşısı olduğu, bunun 7 (%3,4)'inin diabetli, 19 (%15,2)'unun kontrol grubundan olduğu belirlenmiştir. Tetanoz antikor titreleri ile, hamilelik döneminde aşılama arasındaki ilişki araştırıldığında; kontrol grubunda anlamlı bir ilişki saptanırken ($p=0,0001$), diabetli grupta aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmakla birlikte, anlamlılığa eğilim saptanmıştır ($p=0,059$).

Eğitim seviyesi ile tetanoz antikor titreleri arasındaki ilişkiyi araştırdığımızda; okur yazar olmayan kişilerin antikor titresi ortalaması $0,5159 \pm 1,1580$ IU/ml yüksek okul mezunu olanların ortalaması $1,4577 \pm 2,1287$ bulunmuş ve hem hasta, hem de kontrol grubunda, eğitim seviyesindeki artış ile tetanoz antikor titreleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Hasta grubu için $p=0,004$, kontrol grubu için $p=0,010$).

TARTIŞMA

Clostridium tetani sporlarının yoğunluğu enfeksiyon ve hastalık için belirleyicidir. Çocuklukta uygulanan tetanoza karşı bağışıklama, zaman geçtikçe azalmakta ve zamanla bireyi hastalığa karşı duyarlı hale getirmektedir (4).

Yaşlılar, özellikle kadınlar en yüksek risk grubudur. Tetanozun sıklıkla aşılama ya da aşı geçmişi bilinmeyen kişilerde görüldüğü saptanmıştır (7). Aşı programları hem gelişmiş, hem de gelişmekte olan ülkelerde çocukluk evresinde

yoğunlaşmıştır. ancak değişik ülkelerde yapılan çalışmalar yetişkin nüfusun büyük bir bölümünün tetanoza karşı duyarlı olduğunu ve ek aşılamanın gerekli olduğunu ortaya koymaktadır (4,8).

Tetanozda antitoksin seviyesini saptamak için, belirlenmiş bir kriter yoktur. Serum antitoksin titresi 0,1 IU/ml den az olduğunda duyarlı. 0,1-1,0 IU/ml arasındaki değerler koruyucu ve 1,0 IU/ml den yüksek değerler uzun süreli koruyucu olarak isimlendirilmiştir (6).

Bizim çalışmamızda ortalama tetanoz antikor titresi, diabetli hastalarda sağlıklı bireylere göre belirgin bir şekilde daha düşük bulunmuştur. Temel farklılık; diabet grubunda 0,1 IU/ml den daha az antikor titresine sahip kişilerin sayısının sağlıklı gruba göre daha fazla olmasından kaynaklanmaktadır. Bu bulgulardan, diabetli kişilerin tetanoza karşı daha duyarlı olduğu sonucunu çıkartabiliriz. Diabet hastalarının yavaş ilerleyen ayak ülserlerine karşı yatkınlığı, *C. Tetani* sporlarının çoğalması için bir avantaj sağlamakta ve sonuçta tetanozla sonuçlanabilmektedir. Panning ve arkadaşları, bir çok kez hastaneye başvurusına rağmen aşı takvimi sorgulanmamış diabetik ayaklı bir diabet hastasında tetanoz geliştiğini rapor etmiştir. Bu olgu ayak ülseri için tedavi gören diabet hastalarında uygun bağışıklama programının gerektiğinin göstermektedir (9).

Kemotaktik ve fagositik fonksiyonlar ve bakterilere karşı savunma aktiviteleri diabette zayıflmıştır. Benzer düzensizlikler, B lenfositleri gibi enfeksiyonlara karşı korunmada yer alan diğer hücrelerde de oluşabilir. Ayrıca, Tip I ve Tip II diabetli hastalarda azalmış kan immunoglobulin M seviyeleri rapor edilmiştir (10).

Bizim çalışmamızda diabet süresi ile tetanoz antikor cevabı arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Literatürde Tip II diabetin süresi ile antikor cevabını araştıran başka bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu çalışmada diabetli kadınların tetanoza karşı antikor cevaplarının erkeklere göre düşük olduğu gözlenmiştir. Her ne kadar antikor titreleri ile askerlikte aşılama oranları arasında ilişki saptanmasada, bu büyük ihtimalle erkeklerin iş ve diğer aktiviteleri sırasında tıbbi bakım isteyen yaralanmalara daha eğilimli olmalarından kaynaklanmaktadır (6,7,8). Kontrol grubunda ise kadın ve erkeklerin antikor titreleri arasında bir fark gözlenmemiştir. Bu büyük olasılıkla kontrol grubundaki kadınların hamilelik sırasındaki aşılama oranlarının fazla olmasından kaynaklanmaktadır. Kontrol grubunda, gebelikte aşılama oranlarının, tetanoz antikor seviyesinin yüksek olarak gözlenmesi de bunu desteklemektedir.

Bizim çalışmamızda, ortalama antikor titrelerinin yaşın artmasına bağlı olarak azaldığı saptanmış ve bu konuda yapılmış pek çok araştırmada da aynı sonuca varıldığı gözlenmiştir (2,6,8). Avusturalya'da yapılan bir çalışmada da elli yaşın üzerindeki insanların yarısından fazlasında antikor titre seviyesinin koruyucu seviyenin oldukça altında olduğu tespit edilmiş ve özellikle yaşlılarda güvenilir bir aşılama öyküsü elde etmenin oldukça zor olduğu belirtilmiştir (11).

Gelişmekte olan ülkelerde, aşının yokluğunda bile doğal temasla gerekli koruyucu etkinin sağlanabildiği, buna karşın gelişmiş ülkelerde, antikor titre seviyesini korucu etkinin üzerinde tutabilmek için aşının gerekli olduğu bildirilmiştir (12).

Bizim çalışmamızda, yaşlılarda ve son aşılama tarihleri üzerinden uzun zaman geçmiş kişilerde antikor titre düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır. 0-85 yaş arasındaki dört yüz hasta üzerinde yapılmış bir başka çalışmada da, on yıldan önce aşılanmış hastalarda koruyucu antikor titrelerinin %13,3'ün altına düştüğü bildirilmiştir (13). Bağışıklık periyodunun uzaması için rapel uygulanması gerektiği diğer yazarlar tarafından da belirtilmektedir (4).

Bu çalışmada antikor titrelerinin, eğitim seviyesi ile birlikte artış göstermesi, eğitilmiş insanların tetanoz konusunda daha bilinçli olduğu ve gerekli önlemleri aldığı sonucunu çıkarmaktadır.

İmmünizasyon her ülkede periyodik olarak değerlendirilmelidir. Özellikle yüksek riskli diabet hastalarında eksik aşılanmaları belirlemek için serolojik araştırmalara önem verilmesi gereklidir. ne yazık ki gelişmekte olan ülkelerde programlar aşı raporlarına dayalı olarak düzenlenmektedir (14). Ayrıca serolojik değerlendirmeler, yüksek antikor titresi bulunan kişileri gereksiz aşılanmaların yan etkisinden korumak için de önem taşımaktadır.

SONUÇ

Ülkemizde birinci basamak sağlık birimlerinde ve üniversitelerde hastaların tüm ilaç ve aşılama öykülerinin rapor edilmesi gerektiği, primer üç seri dozu almış kişilerde her on yılda bir yapılması gereken rapel dozun uygulanması için halkın bilinçlendirilmesi ve kampanyalarla desteklenmesi gerektiği sonucu çıkarılmıştır. Diabetli kişilerin tetanoz hastalığı açısından risk altında olduğu ve hastaların antikor seviyelerini tespit etmek için serolojik araştırmaların gerektiği, koruyucu titresi düşük kişilerin aşılanmasının tetanozu önlemek açısından önemli olduğu sonucu çıkarılmıştır.

KAYNAKLAR

1. Rochat R, Akhter HH. Tetanus and pregnancy-related mortality in Bangladesh. *Lancet* 1999; 354: 365.
2. Hackley BK. Immunizations in pregnancy. A public health perspective. *J Nurse-Midwifery* 1999; 44: 106-117.
3. Hollander JE, Singer AJ. Laceration management. *Ann Emerg Med* 1999; 34: 356-367.
4. Laroche P, Barrant M, Wood SC, Van Hasbrouck K, Lang J, Harzer E, Hessel L. The immunogenicity and safety of a new combined diphtheria, tetanus and poliomyelitis booster vaccine (Td-eIPV). *Infection* 1999; 27: 53-60.
5. Recommendation of the advisory committee on immunization practices, the American Academy of Pediatrics, the American Academy of Family Physicians, and the American Medical Association: immunization of adolescents. *JAMA* 1997; 277: 202-207.
6. Maple PAC, Jones CS, Wall EC, Vyse A, Edmunds WJ, Andrews NJ, Miller E. Immunity to diphtheria and tetanus in England and Wales. *Vaccine* 2001; 19: 167-173.
7. Bowie C. Tetanus toxoid for adults- too much of a good thing. *Lancet* 1996; 348: 1185-1186.
8. Stark K, Sevnöfeld C, Barg J, Mo z B, Vornwald A, Bienze U. Seroprevalence and determinants of diphtheria, tetanus and poliomyelitis antibodies among adults in Berlin, Germany. *Vaccine* 1999; 17: 844-850.
9. Panning CA. Bayat M. Generalized tetanus in a patient with diabetic foot infection. *Pharmacotherapy*; 1999; 19: 885-890
10. Alexiewicz JM, Kumar D, Smorzewski M, Massry SG. Elevated cytosolic calcium and impaired proliferation of B lymphocytes in type II diabetes mellitus. *Am J Kidney Dis* 1997; 30:98-104.
11. Marlovits S, Stocker R, Efstratiou A, Broughton K, Kaider A, Vécsei V, Kollarsch. Effect on diphtheria immunity of combined tetanus and diphtheria booster vaccination in adults. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2000; 19: 506-513.
12. Sehgal R. Tetanus toxoid for adults. *The Lancet* 1997; 349: 573.
13. Söyletir G, Yağcı A, Topkaya A, Çiragil P. Detection of antitetanus antibodies in Turkish population. *Trop Doct* 1999; 29: 161-163.
14. Gedlu E, Tesemma T. Immunization coverage and identification of problems associated with vaccination delivery in Godar, North West Ethiopia. *E Afr Med J* 1997; 74: 239-241.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Tablo-I: Diabet ve kontrol gruplarında tetanoz antikor seviyelerinin cinslere göre dağılımı

			Antitoxin Antikor Konsantrasyon Düzeyi (IU/ml)						
	Hasta n	Kontrol n	Toplam	<0.1		0.1-1		>1	
				Hasta n (%)*	Kontrol n (%)	Hasta n (%)	Kontrol n (%)	Hasta n (%)	Kontrol n (%)
Toplam	510		107 (20.9)		314 (61.6)		89 (17.5)		
	310	200	81 (26.2)	26(13)	184 (59.3)	130 (65)	45 (14.6)	44 (22)	
Cins	n (%)	n (%)							
Kadın	206 (66.5)	128 (64.0)	60(29.1)	17(13.3)	123 (59.7)	87 (67.9)	23(11.2)	24(18.7)	
Erkek	104 (33.5)	72 (36.0)	21(20.1)	9 (12.5)	61 (58.6)	43(59.7)	22(21.2)	20(27.7)	

*Satır yüzdesi

Tablo-II : Diabet ve kontrol gruplarında tetanoz antikor seviyelerinin yaşlara göre dağılımı

			Antitoxin Antikor Konsantrasyon Düzeyi (IU/ml)					
	Hasta n	Kontrol n	Hasta n (%)*	Kontrol n (%)	0.1-1		>1	
					Hasta n (%)	Kontrol n (%)	Hasta n (%)	Kontrol n (%)
Toplam	310	200	81 (26.2)	26(13)	184 (59.3)	130 (65)	45 (14.6)	44 (22)
20-29	3	2	-	-	1 (33.3)	1 (50)	2 (66.6)	1 (50)
30-39	29	17	-	1 (5.8)	19 (65.5)	3 (17.6)	10(34.5)	13(76.5)
40-49	59	39	12 (20.3)	3 (7.7)	31 (52.5)	31 (79.5)	16(27.1)	5 (12.8)
50-59	92	63	31 (33.7)	6 (9.5)	51 (55.4)	45 (71.4)	10(10.8)	12(19.0)
60-69	95	59	28 (29.5)	11(18.6)	60 (63.2)	37 (62.7)	7 (7.4)	11(18.6)
70-79	28	9	10 (35.7)	5 (26.3)	18 (64.3)	12 (63.2)	-	2 (10.5)
80-89	4	1	-	-	4 (100)	1 (100)	-	-

*Satır yüzdesi

HEMŞİRELERİN KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ YAPMA VE MAMOGRAFİ ÇEKTİRMEYE YÖNELİK DAVRANIŞLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Karahan Aktan*, **Topuzoğlu A****, **Harmancı H*****.

* Dr. Tıpta Uzmanlık Öğrencisi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.

** Dr. Halk Sağlığı Uzmanı, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.

*** Doç. Dr. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

GİRİŞ; Bu araştırmanın amacı, topluma kendi kendine meme muayenesini öğretecek grup içerisinde olan hemşirelerin meme kanserinin erken tanı yöntemlerinden kendi kendine meme muayenesi bilme ve uygulama durumlarının saptanması, hemşirelerin mamografi çekirme konusunda davranışlarının saptanması, yaş, öğrenim durumu, hemşirenin çalıştığı birim, ilk adet yaşı, ilk çocuğunu doğurduğu, yaş, aile hikayesi, KKMM yapmayı nereden öğrendiği, gibi faktörlerin kendi kendine meme muayenesini ve mamografiyi bilme ve KKMM'yi yapma durumlarını etkileyip etkilemediğinin saptanmasıdır. **GEREÇ-YÖNTEM;** Araştırmaya Anadolu yakası ve Avrupa yakasından 10 sağlık kuruluşunda çalışan 20-59 yaş grubundaki hemşireler dahil edilmiştir. Bu kurumlardaki tüm hemşirelere ulaşmak hedeflenmiştir ancak 827 hemşirenin 585'ine (%70.7) ulaşılmıştır. Araştırma kesitsel bir çalışmadır.

SONUÇ; Bu çalışmaya katılan hemşirelerin %87'si KKMM uygulamaktadır. Hemşirelerden KKMM uygulaması yapanların %49.1'inin bu uygulamayı düzenli olarak yaptığı gözlemlenmiştir. KKMM'yi hiç yapmamış hemşirelerin oranı %13.2'dir. Hemşirelik yüksek okulu mezunu olanlar KKMM'yi daha fazla bilmekte ve uygulamaktadır. Yaşam boyu meme kanseri olma riski hesaplandığında çalışmamıza katılan hemşire grubunda yaşam boyu risk istatistiksel olarak önemli bir farkla, normal popülasyonun taşıdığı riskten düşük olarak saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler; meme kanseri, kendi kendine meme muayenesi, korunma.

GİRİŞ

Meme kanseri dünyada ve ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Meme kanseri Amerika Birleşik Devletleri'nde kadınlarda görülen tüm kanserlerin %29'unu oluşturmaktadır, her 10 kadından birinin hayatlarının herhangi bir döneminde meme kanserine yakalanacağı öngörülmektedir. Meme kitlesi olan her on kadından sekizinde lezyon iyi huyludur ve meme kitlesi olan her on kadından dokuzu tümörü kendi kendine bulur. Meme patolojisi olan hastaların % 90'ından fazlası hastalıklarını kendileri bularak hekime başvururlar^{1,2}. Meme kanseri olan her on kadından dokuz buçuğu, erken tanı ve tedavi sayesinde beş yıl sonra yaşıyor olacaktır.³ Bu nedenle de erken tanı hayat kurtarıcıdır. Kendi kendine meme muayenesinin (KKMM), kolay öğrenilip uygulanabilmesi, zararsız ve ekonomik olması, bu yönteme üstünlük kazandıran özelliklerdir. Ancak KKMM'nin başarılı olması için sürekli ve periyodik aralıklarla yapılması, kişilerin meme muayenesine istekli olması, muayene tekniğinin iyi bilinmesi ve kendilerini pratik yapmada sorumlu hissetmeleri gerekir^{3,4}.

Meme kanserinin erken tanısı için 20 yaş ve üzerindeki kadınlar her ay KKMM'ni yapmalı ve 20-39 yaşları arasında en az her üç yılda bir hekim tarafından meme muayenesi yapılmalıdır. Bunlara ek olarak 40 yaşından itibaren yılda bir kez mamografi, çektilmesi gereklidir^{5,6}. Meme kanserinde belirlenmiş risk faktörleri vardır. Bunlar: yaş, coğrafya (Amerika, Avrupa ya da Asya).

aile hikayesi (1.derece akrabada), nulliparite ya da geç çocuk doğurma (>30 yaş), uzun süre emzirmeme, erken menarş (12 yaş<), geç menapoz (>55 yaş), biyopside görülmüş proliferatif meme hastalığı, mamografide yoğun meme dokusu, göğüsye yüksek dozda radyasyon alma, bir memede meme kanseri hikayesi, over ve endometrium kanseri hikayesidir^{7,8,9}

Bu araştırmanın amacı, topluma kendi kendine meme muayenesini öğretecek grup içerisinde olan hemşirelerin, kendi kendine meme muayenesini bilme ve uygulama durumlarının saptanması, hemşirelerin mamografi çekirtme konusundaki davranışlarının saptanması ve yaş, öğrenim durumu, hemşirenin çalıştığı birim, ilk adet yaşı, ilk çocuğunu doğurduğu yaş, aile hikayesi, KKMM yapmayı nereden öğrendiği gibi faktörlerin kendi kendine meme muayenesini ve mamografiyi bilme ve KKMM'yi yapma durumlarını etkileyip etkilemediğinin saptanmasıdır.

GEREÇ – YÖNTEM

Araştırmaya İstanbul'da, Anadolu ve Avrupa yakasında bulunan Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Florence Nightingale Avrupa Hastanesi, Eytüp SSK Hastanesi, İstanbul Polis Hastanesi, Validebağ Öğretmenler Hastanesi, PTT Hastanesi, Siyami Ersek Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Hastanesi, Marmara Üniversitesi Hastanesi, Beykoz Devlet Hastanesi, Beykoz Sağlık Grup Başkanlığı ve Beykoz Merkez Sağlık Ocağı'nda çalışan 20-59 yaş grubundaki hemşireler dahil edilmiştir. Bu birimlerde çalışan 827 hemşirenin 585'ine (%70.7) ulaşılmıştır. Araştırmaya başlamadan önce anketin ön denemesi araştırılan kurumlar dışında kalan Ümraniye Adem Yavuz Sağlık Ocağı'nda 15 hemşireye uygulanmıştır. Araştırmanın tipi ke-itsel araştırmadır. Veri toplama yöntemi olarak gözlem altında anket uygulanmıştır. Veri analizinde ki-kare ve t-test kullanılmıştır. 35 yaşın üzerindeki hemşireler için Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsünün risk hesabı için hazırladığı (Breast Cancer Risk Assessment Tool V.2.0.1) bir yazılım kullanılmıştır.

BULGULAR:

Araştırmaya katılan 585 hemşirenin yaş ortalaması 30,85 ± 0,31 dir. Hemşirelerin % 57.6'sı evli olup, % 52.3'ünün çocuğu yoktur.Çocuğu olan 279 hemşirenin ilk doğum yapma yaşı ortalama 24.6±0.22 dir.Tablo 1 de hemşirelerin bazı demografik bilgileri ve diğer bazı özelliklerinin dağılımları gösterilmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin ortalama ilk adet yaşları 13.31 (SS : 1.41) ortanca değeri ise 13 olarak bulunmuştur .Hemşirelerin % 96.1 halen adet görmektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin yarısı dahili bölümlerde çalışmaktadır. Yapılan çapraz tablo analizlerinde, çalışan bölümler arasında KKMM'yi bilme ve uygulama açısından istatistiksel olarak önemli bir fark yoktur.(p>0.05)KKMM'ni hemşirelerin %22.0'si çok iyi bildiğini, % 59.6'sı iyi bildiğini, %13.1'i emin olmadığını, %4.8'i pek bilmediğini ifade etmiştir. KKMM'yi hiç bilmediğini belirten 3 (%0.5) hemşire vardır.Araştırmaya katılan hemşirelerin %86.8'i en az bir kez kendi kendisini muayene etmiş olduğunu ve 287(% 49.1)'si her ay düzenli olarak KKMM'ni yapmakta olduğunu söylemiştir. Hemşirelerin % 32.0'ı, en az bir kez doktor tarafından meme muayenesi yapılmış olduğunu ifade etmiştir.Araştırmaya katılan hemşireler KKMM bilgisini daha çok (%61,66) okuldan edindiklerini belirtmişlerdir. Bunu doktordan bilgi edinme izlemektedir (%19.6). Araştırmaya katılan, hemşirelerin KKMM'ni nereden / kimsen öğrendiği ile KKMM'yi bilme ve yapmaları açısından istatistiksel olarak fark yoktur.

Araştırmaya katılan hemşirelerin 454'ünün (% 77,6) hiç meme problemi olmamış ve 509'u (% 87) hiç mamografi çekirtmemiştir. Mamografi çekirtenlerde (73 kişi) ise patolojiye rastlanmamıştır.Yaş grupları arasında KKMM bilme açısından istatistiksel olarak önemli bir fark vardır. Bu fark 30-39 yaş grubundan kaynaklanmaktadır. 30-39 yaş grubundakiler KKMM'yi istatistiksel olarak önemli bir farkla daha az biliyordu (p=0,06).

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaşları ile KKMM yapmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (p>0.05). Hemşirelerin öğrenim durumları arasında KKMM bilmeleri açısından istatistiksel olarak önemli bir fark vardır. Hemşirelik Yüksek Okulundan mezun olanlar istatistiksel olarak önemli bir farkla KKMM'yi biliyordu.

Hemşirelerin öğrenim durumları ile KKMM yapmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.Fark Hemşirelik Yüksek Okulu'ndan kaynaklanmaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelerin 1.derece akrabasında meme kanseri olan ve olmayanlar arasında KKMM yapma ve bilme açısından istatistiksel olarak önemli bir fark yoktur. Benzer şekilde kendisinde meme problemi olup olmaması da KKMM'ni bilme ve yapma açısından istatistiksel olarak önemli bir fark doğurmamıştır.

Hemşirelerin öğrenim durumları ile KKMM yapmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Doktor tarafından muayene edilmiş olmak, KKMM'yi bilme açısından anlamlı bir fark oluşturmamıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerden KKMM'yi bilenler istatistiksel olarak önemli bir farkla bilmeyenlere göre daha fazla uyguluyordu (p=0.000). Araştırmaya katılan hemşirelerin meme problemi olması ile mamografi çekirtmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur(p=0,000). Araştırmaya katılan hemşirelerde KKMM yapmış olma ile mamografi çekirtme arasında ise ilişki yoktur (p>0.05). Yaş grupları ile mamografi çekirtme arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p>0,05). Çalışmaya katılan hemşirelerden 35 yaşından büyük olanlar için hesap edilen beş yıllık meme kanseri olma riski ortalama %0,6, yaşam boyu meme kanseri olma riski %10,4 olarak hesaplanmıştır. Herhangi bir risk faktörü olmadan ömür boyu meme kanseri olma riski ortalama olarak %12,2'dir. Bu oran çalışmamıza katılan hemşireler için bulunan ortalama değerden istatistiksel olarak önemli bir farkla daha yüksektir (p=0,000).

TARTIŞMA VE SONUÇ

Meme kanserinin erken tanı ve tedavisi için KKMM basit, herkes tarafından uygulanabilen özel araç gerektirmeyen kişilerin ayda on dakikasını alan bir erken tanı yöntemidir. Feldman ve arkadaşları KKMM yapan kadınlarda yapmayanlara oranla meme kanserinin daha erken dönemde tanımlandığını saptamışlardır¹⁰. Southampton Üniversitesi Toplum Sağlığı Departmanının yaptığı bir araştırmada, kadınların %80'inin KKMM uyguladığı saptanmıştır¹¹. Bizim çalışmamıza katılan hemşirelerin %87'si KKMM uygulamaktadır. Malatya il merkezinde 40 yaş üzeri kadınlarda yapılan çalışmada kadınların %39'3 ü KKMM'yi en az bir kez yaptığını belirtmiştir¹². İzmir'de yapılan çalışmada 18 yaş üzeri kadınlarda KKMM'yi kadınların %34'1'i yapmıştır¹³. Sağlık personelinin normal popülasyondan daha fazla oranda KKMM uygulaması yapması beklenen bir sonuçtur. Bizim çalışmamızda, hemşirelerden KKMM uygulaması yapanların %49,1'inin bu uygulamayı düzenli olarak yaptığı gözlenmiştir. KKMM'nin düzenli olarak yapılması incelendiğinde hemşirelerde bu oranın düştüğü gözlenmektedir. Norveç'te yapılan bir araştırmada kadın doktorların %30,6'sının ayda en az bir kez meme muayenesi yaptığı, KKMM yapmayan kadın doktorların oranının %19,2 olduğu saptanmıştır¹⁴. Bizim çalışmamızda KKMM'yi hiç yapmamış hemşirelerin oranı %13,2'dir. Hemşirelik yüksek okulu mezunu olanlar KKMM'yi daha fazla bilmekte ve uygulamaktadır. Bir diğer araştırmada kadın doktorların KKMM'yi %21 oranında en az ayda bir kez

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

yaptıkları saptanmıştır¹⁵. Yaşam boyu meme kanseri olma riski hesaplandığında çalışmamıza katılan hemşire grubunda yaşam boyu risk istatistiksel olarak önemli bir farkla, normal popülasyonun taşıdığı riskten düşük olarak saptanmıştır. Bunun nedeni risk hesabı yaparken kullanılan yazılımın Amerikan popülasyonu göz önüne alınarak hazırlanmış olması olabilir.

KAYNAKLAR

1. Uluslararası Kanser Savaş Birliği , Kanser Hemşireliğinde Temel Kavramlar(çev ed. Nurgün Platin) Ankara , Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu. 78-88,1987
2. Fisher B, Ospome K. C, Margolose R, Bloorier W. Neoplasms of the Breast. Epidemiologic Reviews, 15. 1, 1706-1735,1993.
3. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı, T.C. Sağlık Bakanlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Cilt 1. 91. Ankara 2000.
4. Dorcas H. R, Meme Kanseri, Çeviri Editörleri: Nur İnanç, Hemşireler için Kanser El Kitabı, IV. Akşam Sanat Okulu Matbaası, 1. Baskı, Ankara, 259-274, 1998.
5. A Consumer's Guide, Early Breast Cancer, the breast and cancer, formatting last updated 19 Febr. 1998 <http://www.nbcc.org/Au/pages/info/resource/nbccpubs/clincon/impact.htm>
6. American Cancer Society webpage,How to perform a breast self exam, last updated July 2002 <http://www.cancer.org/cprise/main/docroot/CR/I>
7. Özyeğin A. Meme Hastalıkları, Genel Cerrahi (Ed S. Aybor) Nobel tıp Kitapevi, İstanbul s. 131-156. 1991
8. Gökse H. Nemoto, T. Onat D., meme Hastalıkları, Temel Cerrahi (Ed. İ.Sayek), Güneş Kitapevi ,Ankara , s.491-552, 1991
9. Alican F. Meme Hastalıkları, Afa Matbaacılık, İstanbul, s.1-109, 1993
10. Feldman J.G. and Others. Breast Self-Examination Relationship to Stage of Breast Cancer at Diagnosis Cancer 47. 2740, 1981.
11. Niehds S. The Southampton Breast Study Implications For Nurses, Nursing Times 79. December 1983.
12. Zincir H, Malatya İl Merkezinde 40 Yaş Üzeri Kadınların Meme Kanseri ve Korunma Konusunda Bilgi Tutum ve Davranışları, Yüksek Lisans Tezi, T.C. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Malatya ,1999
13. Erefe İ, Bayık A, Bahar Z, Lise Öğrencilerinin ve Aile Üyelerinin Kanser Riskleri ve Korunmaya İlişkin Davranış ve Tutumları. Ege Üniversitesi Araştırma Fonu Proje Raporu, Proje No: HEM / 01-1995, Bornova, İzmir ,1998.
14. Rosvold E. O. Breast self examination and cervical cancer testing among Norwegian female physicians. Social Science & Medicine 2001 January; 52 (2): 249-58.
15. Frank E.,Rier BK, Brogan D., Elon L.J Wc,mens Health Gend Based Med.:9 (7): 791-801, Sept.2000

Tablo 1: Araştırmaya katılan hemşirelerin bazı özelliklerine göre dağılımı (İstanbul,2002).

Değişkenler		n	%	
Yaş grubu	20-29	301	51,5	Ortalama=30.85±0.31 Standart sapma =7.5
	30-39	196	33,5	
	40+	88	15,0	
	Toplam	585	100,0	
Son bitirilen okul	Sağlık Meslek Lisesi	204	35,4	
	Hemşirelik Yüksek Okulu	122	21,2	
	Ön Lisans	228	39,6	
	Yüksek Lisans	22	3,8	
	Toplam	576	100,0	
İlk doğum yaşı	18-23	117	42,2	Ortalama= 24.6±0,22 Standart sapma =3,62
	24-29	137	49,5	
	30+	23	8,3	
	Toplam*	277	109,0	
Birinci derece akrabada meme kanseri öyküsü	Var	45	7,8	
	Yok	534	92,2	
	Toplam	579	100,0	
Hiç meme biopsisi	Yapılmış, iyi huylu kitle, kist	31	5,3	
	Yapılmış, normal	42	7,2	
	Yapılmamış	512	87,5	
	Toplam	585	100,0	
Çalışılan bölüm	Dahil. bölümler	292	50,0	
	Diğer cerrahi bölümler	181	31,0	
	Kadın Hastalıkları ve Doğum	52	8,9	
	Genel Cerrahi	41	7,0	
	Yönetim ve öğretim kadrosu	18	3,1	
	Toplam	584	100,0	

*2 kişi bu soruyu yanıtlanamıştır.

Tablo 2:Araştırmaya katılan hemşirelerin en son mezun oldukları okula göre KKMM'yi bilme durumları (İstanbul,2002)

En son mezun olunan okul	KKMM Bilme				Toplam Sayı %	
	Biliyor		Bilmiyor			
	Sayı	%	Sayı	%		
Sağlık meslek Lisesi	59	78,3	44	21,7	203	100,0
Hemşirelik Yüksek Okulu	110	90,9	11	9,1	121	100,0
Ön Lisans	81	79,7	46	20,3	227	100,0
Yüksek Lisans	19	86,4	3	13,6	22	100,0
Toplam	469	81,8	104	18,2	573	100,0

Ki-kare= 9,367

p=0,025

Tablo 3: Araştırmaya katılan hemşirelerin en son mezun oldukları okula göre KKMM yapma durumlarının dağılımı (İstanbul,2002).

En son mezun olunan okul	Hiç KKMM Yapma				Toplam	
	Yapmış		Yapmamış		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Sağlık meslek Lisesi	167	83,1	34	16,9	201	100,0
Hemşirelik Yüksek Okulu	15	95,0	6	5,0	121	100,0
Ön Lisans	200	88,5	26	11,5	226	100,0
Yüksek Lisans	20	90,9	2	9,1	22	100,0
Toplam	502	88,1	68	11,9	570	100,0

Ki-kare=10,560

p=0,014

Tablo 4: Araştırmaya katılan hemşirelerin en az bir kez kendilerine doktor tarafından meme muayenesi yapılmış olmasına göre KKMM yapma durumlarının dağılımı (İstanbul,2002)

Doktor tarafından muayene edilme	Hiç KKMM Yapma				Toplam	
	Yapmış		Yapmamış		sayı	(%)
	sayı	%	sayı	%		
Edilmiş	18	97,8	4	2,2	185	100,0
Edilmemiş	324	83,5	64	16,5	388	100,0
Toplam	502	88,1	68	11,9	573	100,0

Ki-kare=24,604

p=0,000

Tablo 5: Araştırmaya katılan hemşirelerin KKMM yapmayı bilme durumlarına göre KKMM yapma durumlarının dağılımı (İstanbul,2002).

KKMM Bilme	Hiç KKMM Yapma				Toplam	
	Yapmış		Yapmamış		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Biliyor	440	93,0	33	7,0	473	100,0
Bilmiyor	66	64,1	37	35,9	103	100,0
Toplam	506	87,8	70	12,2	576	100,0

Ki-kare=66,4

p=0,000

OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NÜKLEER TIP ANABİLİM DALINA BAŞVURAN KADINLARIN KEMİK MİNERAL YOĞUNLUĞU

Burhanettin İŞIKLI* Emre ENTOK** Didem ARSLANTAŞ* Cemalettin KALYONCU* E:kan VARDARELİ**

*Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

** Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Nükleer Tıp AD

ÖZET

Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Nükleer Tıp Anabilim Dalına başvuran kadınların kemik mineral yoğunluğu (KMY) ve bunu etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla başlatılan çalışmada ön bulgular olarak 341 kadının sonuçları analiz edildi.

Çalışma kapsamına alınan kadınların Dual Energy X-Ray Absorptiometri (DEXA) ile Lomber Vertebra (L₁-L₄) dan KMY ölçüldükten sonra demografik özellikleri ve KMY'na etki eden faktörleri sorgulayan 23 sorudan oluşan bir anket yüz yüze görüşme tekniği ile dolduruldu.

Dünya Sağlık Örgütü sınıflamasına göre çalışma grubundaki kadınların 177'si (%51,9) normal, 99'u (% 29,0) osteopenik ve 65'i (% 19,1) osteoporotik olarak bulundu. Ortalama KMY 0,871±0,16 g/cm² idi.

Ev hanımı olma dışında çalışanlarda, yaşam aktivitesi hareketli olanlarda, süt-yoğurt tüketimi çok olanlarda, menapozda olmayanlarda KMY daha yüksek bulundu.

Anahtar Kelimeler: Osteoporoz, Osteopeni, KMY

GİRİŞ

Yirminci yüzyılda pek çok sağlık sorununun üstesinden gelinmesine bağlı olarak yaşlı nüfus artmakta ve bu gruba ait bazı diğer sağlık sorunları da ortaya çıkmaktadır. Yaşın ilerlemesine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklar arasında osteoporoz önemli bir halk sağlığı problemi oluşturmaktadır^{1,2}.

Osteoporoz, başta menapoz sonrası kadınlar olmak üzere genelde yaşlı bireylerde görülen kemik kırıklarının temel nedenidir. Diğer bir deyişle, osteoporoz kemik kütlelerinin azalmasıyla kemiklerin kırılmaya duyarlı bir hale gelmesidir³. Kemik kütlelerinde genetik faktörlerin, çevresel faktörlerin ve hayat şeklinin önemli rol oynadığı bildirilmektedir⁴. Bu nedenle her toplumun ulaşılan en yüksek kemik kütlesi farklı olmaktadır⁵.

Osteoporozun tanısında kesin olan biyokimyasal testler yoktur, ancak KMY ölçümleri tanıda ve kırık riskini belirlemede seçiciliği ve hassasiyeti en yüksek olan yöntemdir^{6,7,8}. Osteoporoz ve kırık riskinin belirlenmesinde kemik yoğunluğu ölçümlerinin yanı sıra risk faktörlerinin değerlendirilmesi de gerekmektedir.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Her hastalık için çeşitli risk faktörleri tanımlanabilir. Risk faktörlerinin tanımı hastalık ortaya çıkmadan önce yatkin kişileri saptamada ve uygulanabilecek önleyici tedbirlerle hastalığı engellemede önemlidir.

Bu çalışma Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Nükleer Tıp Anabilim Dalına başvuran kadınların KMY ile bazı risk faktörleri arasındaki ilişki ve bu faktörlerin KMY üzerindeki belirleyicilik değerlerini incelemek amacıyla yapıldı.

MATERYAL VE METOD

Kemik Mineral Yoğunluğu üzerine etki eden faktörleri (sosyo-demografik özellikler, kemik metabolizmasına etki eden ilaçlar, depresyon..gibi) belirlemek amacıyla başlatılan çalışmanın ön sonuçları olarak Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Nükleer Tıp Anabilim Dalına 1 Nisan 2002 ile 31 Mayıs 2002 tarihleri arasında Kemik Mineral Yoğunluğu ölçümü için başvuran steroid ve kalsitonin gibi kemik mineral yoğunluğuna etki eden ilaçları son 1 yıldan daha uzun süredir kullanmayan 20 yaş ve üzerindeki 341 kadının sonuçları analiz edildi.

Çalışma kapsamına alınan kadınlara literatürden faydalanılarak hazırlanan demografik özellikleri ve kemik mineral yoğunluğuna etki eden faktörleri sorgulayan 23 sorudan oluşan bir anket yüz yüze görüşme tekniği ile uygulandı.

Çalışma kapsamındaki kadınların kemik mineral yoğunlukları Dual enerji X Ray Absorptometri (DEXA) ile ölçüldü. Ölçüm sonrası L1-L4 vertebradan ölçülen kemik mineral yoğunlukları (g/cm²) ve bu değeri aynı cins genç erişkinlerin KMY'larına göre karşılaştırma skoru (t skoru) kaydedildi.

Dünya Sağlık Örgütünün kemik mineral yoğunluğuna yönelik getirdiği tanıma bağlı olarak kemik mineral yoğunluğu aynı cins genç erişkinlerin ortalama KMY değerine göreli [(t değeri = (ölçülen KMY-Genç erişkin KMY) / Genç erişkin standart sapması)] normal (>-1.0), osteoperik (t≤-1.0 ve >-2.5) ve osteoporotik (t≤-2.5) olarak gruplandırıldı^{1,8}.

Araştırma grubundaki kadınlardan her hangi bir işte çalışmamış olanlar "ev hanımı", çalışmış, emekli olmuş veya işten ayrılmış olanlar "diğer" başlığı altında, sizce yaşam şekliniz nasıl sorusuna sakın diyenler "yaşam aktivitesi az", hareketli diyenler "yaşam aktivitesi çok" olarak, düzenli olarak haftada en az bir kere tempolu yürüyüş, koşma gibi spor yapanlar "düzenli", diğerleri "düzensiz" spor yapıyor olarak, günde en az bir adet sigara içenler "sigara içiyor" olarak, her gün çay içenler "çay içiyor", annesinde osteoporoz ya da kemik erimesi hastalığı olanlar "pozitif aile öyküsü, olmayanlar yada bilmeyenler "negatif aile öyküsü" olarak kabul edildi.

Elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak değerlendirildi. Ortalamalar, ± st sapma ile verildi ve önemlilik testleri olarak χ^2 , "t testi" ve korelasyon analizi" kullanıldı.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Bazı çalışmalarda yaş, menapoz yaşı, günlük kalsiyum alımı, sigara tüketimi, egzersiz alışkanlığı ile KMY arasında ilişki olduğu^{1,9}, bazı çalışmalarda ise bu ilişkinin bulunmadığı bildirilmektedir⁶.

Araştırma kapsamına alınan kadınların çeşitli özelliklerine göre KMY niteliklerine göre dağılımları Tablo 1'de verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan 341 kadının yaşları 20 ile 81 yıl arasında değişmekte olup ortalama 52.04±10.61 yıl, ortalama kemik mineral yoğunluğu (KMY) 0.896±0.15 g/cm² olarak ölçüldü.

Dünya Sağlık Örgütü sınıflamasına (aynı cins genç erişkinlerin KMY'larına göre karşılaştırma değeri, t sınıflaması) göre çalışma grubundaki kadınların 177'si (%51.9) normal, 99'u (%29.0) osteopenik ve 65'i (%19.1) osteoporotik idi.

KMY'nun 35 yaş civarında pik seviyesine ulaştığı ve bundan sonra yaş ilerledikçe azalmaya başladığı bildirilmektedir¹⁰. Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak yaş arttıkça KMY azalmaktaydı (r= 0.548; p<0.01). Çalışmamızda 17-49 yaş grubunda normal olanlar (-1SD'nin üzerinde olanlar) daha fazla iken 50 ve sonrası yaş gruplarında osteopenik ve osteoporotik olanlar daha fazla gözlemlendi (X²=101.92; p<0.001).

Araştırma grubundaki ev kadınlarının çalışan ya da daha önceden çalışmış olanlara göre KMY daha düşük (t=4.29;p<0.01) ve osteopenik - osteoporotik olma durumunu ise daha fazla gözlemlendi (X²=19.71; p<0.001). Bu da ev dışı çalışmanın fizik aktivite yönünden bir katkısının olabileceğini düşündürmektedir.

Osteoporozun etyolojisinde fizik aktivite ve sporun rolü kanıtlanmıştır. Fizik aktivitesi yüksek ve spor yapan bireylerde kemik kütlesi artmakta, aksi durumlarda azalmakta olduğu bildirilmektedir^{1,9}. Günlük yaşam aktivitesinin hareketli olduğunu söyleyenlerin KMY fazla iken (t=2.59; p<0.01) düzenli spor yapanlarda farklılık gözlenemedi (t=1.92; p>0.05). Ancak frekans dağılımına göre günlük yaşam aktivitesi ile t skorlarının dağılımı bakımından fark gözlenemezken düzenli spor yapanlarda osteopeni ve osteoporoz daha az görülüyordu (X²=11.39; p<0.05). Şu da var ki, hem yaşam aktivitesi hareketli hem spor yapan sadece 2 kişi idi. Spor yapanlar sakın yaşam aktiviteli, hareketli yaşam aktiviteliler spordan uzak heterojen bir ara kesit oluşturmada idiler ve KMY ortalamaları 0.886±0.16 g/cm² bulundu.

Kemik kütlelerinin üzerinde etki olan en önemli faktörlerden biri hareket iken diğeri beslenme, özellikle çocukluk ve gençlik yıllarında alınan kalsiyum miktarıdır⁵. Düzenli olarak her gün süt-yoğurt tüketenlerin KMY yüksek (t=3.57;p<0.001), osteopeni-osteoporoz oranları düşük idi (X²=13.09; p<0.001).

Aile öyküsü pozitif olanların hem KMY yüksek (t=5.38; p<0.01) hem de normal olma durumları daha fazla idi (X²=29.12; p<0.001). Bu durum literatür bilgilerinden farklı olmakla birlikte "belki de" aile hikayesinin pozitif olduğunu söyleyenlerin konuya olan duyarlıklarının fazla olması ve yaşları şekillerine dikkat etmelerinden kaynaklanıyor olabilir. Nitekim, bu grubun %73.0'ı 17-49 yaş grubunda (genç), %68.3'ü orta ve üzeri öğrenimli idi.

Postmenapozal osteoporozda, kemik kaybı hızlıdır, bu nedenle metabolik olarak daha aktif olan trabeküler kemiğin daha sık tutulduğu ve en yaygın kırıklarında bu yüzden vertebra ve distal radyusta meydana geldiği bildirilmektedir⁵. Ortalama menapoz yaşı 45.8±3.47 yıl olup menapoz döneminde olanların ortalama KMY 0.854±0.15 g/cm² idi. Menapozda olmayanların KMY daha yüksek (t=9.05; p<0.01) ve normal olma durumları daha fazla idi (X²=84.38; p<0.001).

Güneş banyosu vücutta D vitamini artırdığı ve mineralizasyonda rol oynadığından kemik kütlelerinin korunmasında önemli bir rolü bulunduğu, sigaranın kemik kütlelerinin oluşmasında negatif etkisinin, yüksek flor içeriğinden dolayı çayın pozitif etkisinin olduğu bildirilmektedir⁵. Araştırma grubundaki kadınlardan düzenli olarak her yaz güneş banyosu yapanların %96.0'sı, yapmayanların %48.4'ü, sigara içenlerin %47.3'ü, içmeyenlerin %65.9'u, her gün çay içenlerin %51.8'i, içmeyenlerin %53.8'inin t skoru -1 SD'nin üzerinde (normal) olarak bulundu. Sigara içenlerle içmeyenler ve her gün çay içenlerle içmeyenlerin ortalama KMY bakımından fark bulunamadı.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmada, yaş ilerledikçe: KMY'da azalma, osteopeni ve osteoporoz görülme sıklığında artma; ev kadını olma dışında bir işte çalışanlarda, yaşam aktivitesi çok olanlarda ve süt-yoğurt tüketimi fazla olanlarda hem osteoporoz görülme sıklığı az, hem KMY yüksek; düzenli spor yapanlarda osteoporoz sıklığı düşük olarak bulundu.

Kemik kütlesi üzerinde yüksek belirleyiciliği olan çevresel faktörler açısından toplum, KMY na olumlu ya da olumsuz etkileri gösterilmiş ve değiştirilmesi mümkün olan risk faktörleri hakkında bilgilendirilmelidir.

KAYNAKLAR

- 1.) Aykut M., Öztürk Y., Günay O. ve ark. Erciyes Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nükleer Tıp Bölümüne Başvuran Kadınların Kemik Mineral Dansitesi ve Etkileyen Faktörler. 7. Halk Sağlığı Günleri Kongre CD'si, özet kitabı S-22, Eskişehir, 11-13 Eylül 2001
- 2.) Okay, G., Toksöz, P. Osteoporosiste beslenme ile ilgili etmenlerin araştırılması. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı: 690-693. Didim, 1994.
- 3.) Baysal, A. Osteoporosis ve beslenme. Beslenme ve diyet dergisi, 20:3-7, Ankara, 1991.
- 4.) Santora A. Role of Nutrition and exercise in osteoporosis. Am. J. Med:82: 73-9, 1987.
- 5.) Bayraktar, M., Gürkan, T., Tokgözoğlu, M. Osteoporoz. Hacettepe Tıp Dergisi 27(2): 62-70, 1996.
- 6.) Dinçer, G., Yavuzer, G., Savaş S., Yalçın, P. Postmenapozal osteoporozlu kadınlarda kemik mineral yoğunluğu ile çevresel risk faktörlerinin ilişkisi. Osteoporoz Dünyasından, 2(4): 161-167, 1996.
- 7.) Rus, B.J. The role of bone loss. Am.J.Med. 98: 29-32, 1995.
- 8.) Taal M.W., Masud, T., Green, D., Cassidy M.J.D. Risk factors for reduced bone density in haemodialysis patients. Nephrol Dial Transplant. 14: 1922-1928, 1999.
- 9.) Torgerson, D.J., Campbell, M.K., Reid, D.M. Life style, environmental and medical factors influencing peak bone mass in women. Br J Rheumatol 34:620-624, 1995.
- 10.) Consensus Conference. Osteoporosis. Jara. 252 (6): 799-802, 1984.

Tablo 1: Araştırma kapsamına alınan kadınların çeşitli özelliklerine ve KMY niteliklerine göre dağılımı.

ÖZELLİKLER	Normal t>-1.0	Osteopeni -1.0≤t<-2.5	Osteoporozt≤-2.5	TOPLAM	Ort KMY (g/cm ²)	t testi; p
TOPLAM n %	177 (%51,9)	99 (%29,0)	65 (%19,1)	341 (%100,0)	0,896±0,15	
Yaş grupları						
17-49 %	81,8	16,1	2,1	143	0,983±0,09	r**=0,548; p<0,01
50-64 %	35,3	36,5	28,2	156	0,850±0,16	
65+ %	11,9	45,2	42,9	42	0,768±0,11	
X ² =101,92 p<0,001						
Çalışma şekli						
Ev Hanımı %	43,9	31,4	24,7	223	0,870±0,17	4,29; p<0,01
Diğer %	66,9	24,6	8,5	118	0,943±0,11	
X ² =19,71 p<0,001						
Yaşam aktivite						
Sakin %	50,6	29,4	20,0	320	0,890±0,15	2,59; p<0,01
Hareketli %	71,4	23,8	4,8	21	0,979±0,11	
X ² =4,25 p>0,05						
Spor						
Düzenli %	89,4	5,3	5,3	19	0,961±0,09	1,92; p>0,05
Düzensiz %	49,7	30,4	19,9	322	0,892±0,16	
X ² =11,39 p<0,05						
Süt-Yoğurt Tüketimi						
Hergün %	75,6	12,2	12,2	49	0,967±0,15	3,57; p<0,001
Seyrek %	47,9	31,9	20,2	292	0,884±0,15	
X ² =13,09 p<0,001						
Aile Öyküsü						
Pozitif %	82,5	9,5	7,9	63	0,986±0,12	5,38; p<0,01
Negatif %	44,9	33,5	21,6	278	0,875±0,15	
X ² =29,12 p<0,001						
Menapoz durumu						
Menapozda olmayanlar %	92,5	5,4	2,2	93	1,006±0,09	9,05; p<0,01
Menapozda olanlar %	36,7	37,9	25,4	248	0,854±0,15	
X ² =84,38 p<0,001						

*t: (t skoru=(ölçülen KMY-Genç erişkin KMY) / Genç erişkin standart sapması)

**korelasyon analizi

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

ANKARA DA PARK SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE 35 YAŞ ÜSTÜ HİPERTANSİF VE DİYABETİKLERDE MİCRAL TEST-II İLE MİKROALBUMİNÜRİ SIKLIĞI ARAŞTIRMASI

Meltem ÇÖL*, Esin OCAKTAN*, Oya ÜZDEMİR*, Ayşe KEKLİK YALÇIN*, Arslan TUNÇBİLEK*
*ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM

ÖZET

Mikroalbuminüri üriner albumin atılımının hafif düzeyde (20-200µg/dk) yükselmesi olup, diyabetik ve hipertansif hastalarda klinik nefropati, kardiyovasküler hastalık ve mortalite riskinde artışı gösterir. Bu çalışmada Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'na bağlı Park Sağlık Ocağı bölgesindeki 35 yaş üstü hipertansif ve diyabetiklerde mikroalbuminüri prevalansı ve etkili faktörleri belirlemek amaçlanmıştır.

Çalışma kesitsel nitelikte olup, bölgede 35 yaş üstü 7708 kişiden hipertansiyon ve/veya diyabeti olan 926 kişi tespit edilmiş, bunlardan 600 kişi rasgele örnekleme yöntemiyle seçilmiş, 550'sine ulaşılmıştır. Gerekli incelemeler sonrası sonuçlar, uygun olan 493 kişi üzerinden verilmiştir. Mikroalbuminüri hassasiyet ve seçiciliği yüksek bir test olan Micraltest-II ile mikroalbuminüri ise Medi-test idrar strip'i ile belirlenmiştir. Ayrıca kan basıncı ve Glucotrend ile açlık kan şekeri ölçümleri yapılmış ve bir anket formu uygulanmıştır. İstatistiksel değerlendirmelerde Ki-kare ve lojistik regresyon analizi kullanılmıştır.

Çalışmadaki kişilerin 439'u hipertansif, 194'ü diyabetik, bunların içinden 140'ı hem diyabetik ve hem hipertansiftir. Tüm grupta mikroalbuminüri prevalansı %19.1, makroalbuminüri ise %4.5 bulunmuştur. Diyabet, hipertansiyona göre daha fazla risk getirirken, bazı sosyo-demografik faktörler, obezite, sigara, alkol gibi alışkanlıklar ve egzersiz durumuyla ilişki bulunmamış, ancak sosyo-ekonomik faktörlerden biri olan konut tipine göre; anlamlı ilişki görülmüştür. Mikroalbuminüri oranı hipertansif grupta %18.9, diyabetik grupta %21.7 bulunmuştur. Multiple lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre hipertansif grupta diyastolik basınç düzeyi, erkek cinsiyet ve konut tipi, diyabetik grupta ise diyabetin süresi, açlık kan şekeri düzeyi ve konut tipi etkili bulunmuştur.

Sonuç olarak mikroalbuminüri yüksek prevalansta bulunmuş, belirlenen ilişkili faktörler yorumlanarak alınacak önlemler için önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Mikroalbuminüri, diyabet, hipertansiyon, Micral test-II

GİRİŞ ve AMAÇ

Hipertansiyon ve Diyabet günümüzde toplumda en çok görülen ve en çok kayba neden olan hastalıklardandır. Mikroalbuminüri, üriner albumin atılımının hafif düzeyde artışı olup, kardiyovasküler hastalık ve klinik nefropatiyi önceden haber verir (1). Çeşitli araştırmalarda diyabetiklerde ve hipertansiflerde mikroalbuminüri prevalansı %10-40 arasında olup, sistemik vasküler hasarın belirleyicisidir (2-12). Tüm diyabetiklerde ve hipertansiflerde mikroalbuminüri taraması önerilmektedir (2,13). Diyabetik ve hipertansiflerde mikroalbuminürinin erken tanısı yanında kan basıncı ve gliseminin kontrolü gereklidir (2,4,5,13). Mikroalbuminüride tanı kriteri, üriner albumin atılımının 20-200 mcg/dk (30-300 mg/24 saat veya 20-200 mg/lt) olmasıdır. 20 mcg/dk'nın altındaki değerler normal, 200 mcg/dk'nın üzerindeki değerler makroalbuminüri olarak kabul edilir (14). Hipertansif ve diyabetiklerde yapılan çalışmalarda erkek cinsiyet, zayıf glisemik kontrol, yüksek kan basıncı, yüksek trigliserid düzeyi, obezite (özellikle santral), sigara kullanımı, uzun süreli diyabet, yaş gibi faktörler mikroalbuminüri ile ilişkili bulunmuştur (8-12,15,16). Micral Test II mikroalbuminürinin immunokimyasal yöntemler ile semikantitatif olarak saptanması için kullanılan bir test olup, geçerlilik oranları yüksek, uygulanması kolay, güvenilir ve ucuzdur (1,17-21).

Bu bilgilere dayanarak, Ankara Ü.T.F. Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın araştırma bölgesi olan Park Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 35 yaş üstü hipertansif ve diyabetik olduğu bilinen kişilerde mikroalbuminüri sıklığının belirlenmesi ve etkili faktörlerin araştırılması, mikroalbuminüri bulunan kişilerin uygun tedavi almalarının sağlanması ve özellikle birinci basamakta mikroalbuminüri bakılmasının rutin hale getirilmesine katkıda bulunmak hedeflenmiştir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırma 2000-2001 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'na bağlı Park Sağlık Ocağı Bölgesi'nde, bilinen hipertansif ve diyabetiklerde mikroalbuminüri sıklığı ve etkili faktörleri tespiti yönelik kesitsel bir çalışmadır.

Araştırma bölgesi olan Park Sağlık Ocağı Bölgesinin toplam nüfusu 17.953 olup, 35 yaş üstünde 3747 erkek, 3961 kadın olmak üzere 7708 kişi vardır. Eldeki verilerimize ve sahadaki tespitlerimize dayanarak, diyabeti veya hipertansiyonu olan 926 kişi bulunmuş, bunlardan rasgele örnekleme yöntemi ile 600 kişi seçilmiştir. Seçilen kişilerden 50'sine göç, ölüm vb nedenler ile ulaşılamamış, böylece 550 kişide anket ve gerekli incelemeler uygulanmıştır. Ancak bu kişilerin 57'si incelemeler sonucunda, sonuçları etkileyebilecek, üriner enfeksiyon, idrarda eritrosit olması gibi durumlar veya tanıların doğru olmaması gibi nedenler ile çıkarılmış ve çalışma sonuçları 493 kişi üzerinden verilmiştir.

Araştırmadaki kişilerin anket formu yüz yüze doldurulmuş, bel-kalça-boy-ağırlık-kan basıncı ölçümleri yapılmıştır. Medi-test tam idrar stripi ile tam idrar tetkiki yapıldıktan sonra, Micral Test II ile mikroalbuminüri yönünden taranmış, Glucotrend cihazı ile de AKŞ ölçülmüştür. Micral Test II, mikroalbuminürinin immunokimyasal yöntemler ile semikantitatif olarak saptanması için kullanılan striplerdir. 2 renk karesi 20 mg/L'ye karşılık gelmekte, daha açık renkler mikroalbuminüri kabul edilmektedir. 3. ve 4. kare artan mikroalbuminüri düzeylerini yansıtmaktadır. Obezite değerlendirilmesinde BKİ ve BKO'dan yararlanılmıştır.

İstatistiksel değerlendirmelerde tekli analizlerde Ki-kare ve çoklu analizlerde multiple lojistik regresyon analizi kullanıldı. Multiple lojistik regresyon analizinde mikro ve makroalbuminüri birleştirilerek değerlendirildi.

BULGULAR

Araştırmaya katılan 493 hastanın yaş ortalaması 59.46±11.08 (min 35-max 90)dir. Cinsiyet: göre dağılımda %21.1'i erkek %78.9'u kadındır. Sadece hipertansiyonu olanlar 299 kişi, sadece diyabeti olanlar 54 kişi, ikisi bir arada olanlar 140 kişidir. Beraberinde diyabeti olanlarla birlikte tüm hipertansifler 439 kişi, beraberinde hipertansiyonu olanlarla birlikte tüm diyabetikler 194 kişidir.

Araştırmaya alınan 493 kişide mikroalbuminüri sıklığı %19.1, makroalbuminüri sıklığı ise %4.5 bulunmuştur (Tablo 1).

Hastalık durumuna göre albuminüri dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir. Buna göre, diyabeti olan grupta, hipertansiyonu olan gruba göre makroalbuminüri anlamlı ölçüde yüksek oranda bulunmuştur.

Araştırmaya alınan toplam 493 kişide bazı özelliklerle albuminüri ilişkisi Tablo 3'de gösterilmiştir. Buna göre yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, Beden Kitle İndeksi(BKİ), Bel Kalça Oranı (BKO), sigara, alkol kullanımı ve egzersiz

durumuyla albuminüri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Konut tipine göre dağılımda ise gecekonduda oturanlarda(%29.6), apartmanda oturanlara göre(%15.9) mikroalbuminüri anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur($p=0.003$).

Araştırma grubundaki tüm hipertansifler beraberinde diyabeti olanlarla birlik'e toplam 439 kişi olup, bu kişilerde mikroalbuminüri oranı %18.9, makroalbuminüri oranı ise %3.7'dir.

Tüm hipertansiflerde(439 kişi) mikroalbuminüri ile ilişkili bazı faktörler tablo 4'de değerlendirilmiştir. Buna göre, hipertansiyon tanısı aldıktan sonra geçen süre 10 yıldan fazla ise mikroalbuminüri daha yüksek oranda olmakla birlikte fark anlamsızdır ($p=0.209$). Buna karşılık sadece hipertansiyonu olan 299 kişide, tanı alalı on yıldan fazla olanlarda albuminüri anlamlı ölçüde fazla olduğu görülmüştür ($\chi^2=4.222, p=0.04$). Hipertansiyonun yanında diyabeti olan 140 kişide ise hipertansiyonun süresi anlamlılığını yitirirken, diyabetin süresi 5 yıl ve daha fazla olduğunda, daha kısa süre olanlara göre mikroalbuminüri anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($\chi^2=6.757, p=0.034$). Kan basıncının düzeyine göre değerlendirildiğinde sistolik basınç 180 mmHg'nın üzerinde, diyastolik basınç 105 mmHg'nın üzerinde ve hipertansiyon orta-şiddetli düzeyde ise mikroalbuminüri anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur.

Beraberinde hipertansiyonu olan veya olmayan toplam 194 diyabetlide mikroalbuminüri %21.7, makroalbuminüri ise %7.2 oranında bulunmuştur.

Tablo 5'de toplam 194 diyabetlide, ilgili bazı faktörlere göre albuminüri dağılımı gösterilmiştir. Burada görüldüğü gibi, diyabet süresi 5 yıldan kısa olanlara göre, 5 yıldan uzun olanlarda albuminüri oranları artmıştır ($p=0.061$). Mikro ve makroalbuminürik olanlar toplanarak ya da makroalbuminürik olanlar atılarak değerlendirildiğinde farklar istatistiksel anlamlılık düzeyindedir ($\chi^2=5.153, p=0.023$), ($\chi^2=5.38, p=0.020$). Diyabetin tipi mikroalbuminüri ile ilişkili gözükmezken, ölçümlerimiz sırasında bulunan AKŞ düzeyi ve ilk tanı aldıklarındaki AKŞ düzeyi 180 mg/dl'den fazla olanlarda daha düşük olanlara göre mikroalbuminüri anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur.

Tüm hipertansif hastalarda(439 kişi), yaş, cinsiyet, sistolik basınç, diyastolik basınç, diyabet varlığı, konut tipi, tanı zamanı alınarak lojistik regresyon analizi yapıldığında cinsiyet, diyastolik basınç ve konut tipi etkili faktörler olarak bulundu (Tablo 6).

Diyabetik tüm hastalarda (194 kişi) yaş, cinsiyet, hipertansiyonun varlığı, tanı zamanı, ölçümler sırasında bulunan kan şekeri düzeyi ve konut tipi faktörleri alınarak lojistik regresyon analizi yapıldığında, tanı zamanı, ölçümlerimiz sonucunda bulunan AKŞ ve konut tipi etkili faktörler olarak bulundu (Tablo 7).

TARTIŞMA / SONUÇ

Daha önceden tanı almış hipertansiyon ve veya diyabeti olan araştırma grubundaki 493 kişide mikroalbuminüri sıklığı %19.1, makroalbuminüri ise %4.5 oranında bulunmuştur. Sadece hipertansiyonu olanlarda mikroalbuminüri %17.4 iken diyabetlide %20.4 her ikisi birarada olanlarda ise %22.1 dir. Makroalbuminüri oranı ise en yüksek diyabetli grupta (%11.1) iken bunu diyabeti ve hipertansiyonu birlikte olanlar izlemiştir (%5.7). Bu oranlar mikro ve makroalbuminüri prevalansı ile ilgili pek çok çalışma sonucu ile uyumludur (4.6-12.16,22,23). Ancak hastalığın düzeyi, süresi, tedavi alıp almama gibi seçilen gruba göre değişebilen faktörler sonuçları etkileyebilmektedir. Örneğin Tip-II diyabetiklerde yapılan bir çalışmada mikroalbuminüri prevalansı %23.4 (makroalbuminüri:%3.8), bir başka çalışmada %36.3 bulunmuştur (10,12). Buna karşılık hipertansif hastalarda yapılan çalışmalarda %22.3, %25 oranları bildirilmiştir. hafif hipertansif hastalarda yapılan bir çalışmada %7.2 bulunmuştur (6,9,23). Çalışma grubumuzda sadece hipertansiyonu olanlarda %17.4 olan mikroalbuminüri oranı hipertansiyonun yanı sıra diyabeti de olan 140 kişi eklendiğinde %18.9'a çıkmıştır. Sadece diyabeti olanlardaki %20.4 oranı da, diyabetin yanı sıra hipertansiyonu da olanlarla birlikte değerlendirildiğinde %21.7 olmuştur. Tüm grupta (493 kişi) mikroalbuminüri üzerine etkili olabilecek diğer faktörler tekli analizlerle incelendiğinde yaşın önemli bir etki yapmadığı görülmüştür. Bu konudaki bir çalışmada 3. ve 4. dekatta daha yüksek oranlar bildirilirken bir başka çalışmada ileri yaş bir risk olarak bulunmuştur (11,16). Cinsiyete göre bakıldığında grubun tamamında anlamlı fark yok iken, hipertansif ve diyabetikler olarak ayrıldığında hipertansif grupta erkeklerde anlamlı yükseklik bulunmuştur. Bu konudaki çalışmalarda genellikle erkek cinsiyet bir risk faktörü olarak bildirilmiştir(16,22). Medeni durum ve öğrenim durumu yönünden gruplar arasında bir fark bulunmamıştır. Konut tipi ise istatistiksel olarak anlamlı ölçüde ilişkili bulunmuştur. Gecekonduda oturanlarda apartmanda oturanlara göre oranların yüksekliği konut tipinin çalışma grubu için iyi bir sosyo-ekonomik gösterge olduğunu düşündürmektedir. Gecekonduda oturanlarda sağlık hizmetlerinden yararlanma daha az, dolayısıyla erken tanı ve gelişmiş tedavi imkanları daha yetersiz olabilir. Çalışmamızda BKİ ve BKO'ya göre de ilişki bulunmamıştır. Çalışma grubuna genel olarak bakıldığında kişilerin büyük ölçüde obez olduğu, örneğin BKİ'ne göre 25'in altında sadece 54 kişinin bulunduğu görülmüştür. Yapılan çalışmalarda obezite, özellikle de santral obezite önemli görülmektedir (8,10,15,23). Sigara, alkol kullanımı ve egzersiz alışkanlığı ile anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Daha geniş çaplı bazı çalışmalarda özellikle de sigaranın etkili olabileceğine dair sonuçlar verilmektedir (8,9,24).

Hipertansiyonda ve özellikle diyabette hastalığın süresini önemli bulan araştırmalar mevcuttur(11,12,16,22). Bu çalışmada hipertansiflerdeki tanı zamanı lojistik regresyon analizi sonucunda etkili bulunmazken, diyabetiklerdeki analizde diyabetin süresi önemli bulunmuştur. Hipertansiflerde kan basıncı düzeyi albuminüri üzerinde önemli etkisi olan bir faktördür. Pek çok çalışmada bu ilişki bildirilmiştir (8,10,12,22,23,25). Bu çalışmada tekli analizlerde kan basıncı düzeyi önemli bir faktör olarak bulunmuştur. Lojistik regresyon analizi yapıldığında da diyastolik basınç ilişkili faktör olarak belirlenmiştir. Bu analizde cinsiyet de etkili bulunmuş, erkeklerde riskin kadınlardan 1.73 kat fazla olduğu belirlenmiştir. Zaten hem hipertansif, hem de diyabetiklerde yapılan pek çok çalışmada, erkeklerde mikroalbuminüri'nin daha fazla olduğu bildirilmektedir (8,11,16,22,23). Bu grupta konut tipi de etkili bulunmuş olup, apartmanda oturanlara göre gecekonduda oturanlarda risk 2.00 kat fazla bulunmuştur.

Diyabetik grupta (194 kişi) yapılan lojistik regresyon analizinde, tanı aldıktan sonra geçen süre 5 yıldan fazla olanlarda, 5 yıldan daha az olanlara göre risk 2.15 kat artmıştır. Diyabetin süresi diğer çalışmalarda da önemli bir faktör olarak belirtilmektedir (4,11,12,16).

Hastalarda ilk tanı aldıklarında, AKŞ ve çalışma sırasında ölçülen AKŞ düzeyleri 180 mg/dl'nin üzerinde olduğunda albuminüri oranları anlamlı ölçüde yüksek çıkmıştır. Sonuçta AKŞ'yi iyi düzeyde tutamayan ya da tedavileri yetersiz olan kişilerde mikroalbuminüri anlamlı ölçüde artmaktadır. Lojistik regresyon analizinde diyabetin süresine ilaveten, ölçümler sırasındaki AKŞ düzeyi ve konut tipi de etkili faktörler olarak bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

-Hem hipertansif hem diyabetik hastalarda mikroalbuminüri rutin olarak bakılmalı ve hasta takibinin önemli olduğu I.basamakta da bu konu dikkatle ele alınmalıdır.

-Mikroalbuminüri saptanan durumlarda uygun tedaviye önem verilmeli ve düzenli takipler yapılmalıdır.

-Hipertansiflerde kan basıncı, diyabetiklerde ise AKŞ düzeyi önemli olduğuna göre bunların uygun tedavi ve kontrollerle istenen düzeyde tutulması sağlanmalıdır.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

-Sosyo-ekonomik düzey, sağlık bakım kaynaklarına ulaşmayı, tedaviye uyumu etkilediğinden, özellikle sosyo-ekonomik düzeyi düşük olanlar için hizmetler yaygınlaştırılmalı, ulaşılabılır olmalı ve tedavinin önemi konusunda kişiler bilgilendirilmelidir.

KAYNAKLAR:

1. Fernandez FI, Paez Pinto JM, Hermosin Bono T et al. Rapid screening test evaluation for microalbuminuria in diabetes mellitus. Acta Diabetol 1998;35(4):199-202
2. Bakris GL. Microalbuminuria: Prognostic implications. Curr Opin Nephrol Hypertens 1996;5(3):219-23
3. Lopuz MH. Diabetic nephropathy. Med Clin North Am 1997;81(3):679-88
4. Ruggenti P, Remuzzi G. The diagnosis of renal involvement in non-insulin-dependent diabetes mellitus. Curr Opin Nephrol Hypertens. 1997;6(2):141-5
5. Yudkin JS. The Deidesheimer meeti ng: significance of classical and new risk factors in non-insulin-dependent diabetes mellitus. J Diabetes complications. 1997;11(2):100-3
6. De la Sierra A, Bragulat E, Sierra C et al. Microalbuminuria in essential hypertension: clinical and biochemical profile. Br J Biomed Sci 2000;57(4):287-91
7. Hwang KK, Scott LJ, Chifamba J et al. Microalbuminuria in urban Zimbabwean women. J Hum Hypertens 2000;14(9):587-93
8. Mimran A. Microalbuminuria in essential hypertension. Clin Exp Hypertens 1997;19(5-6):753-67
9. Spangler JG, Bell RA, Summerson JH, Konec JC. Correlates of abnormal urinary albumin excretion rates among primary care patients with essential hypertension. J Am Board Fam Pract 1997;10(3):180-4
10. Kohler KA, McClellan WM, Ziemer DC, Kleinbaum DG, Boring JR. Risk factors for microalbuminuria in black Americans with newly diagnosed type II diabetes. Am J Kidney Dis 2000;36(5):903-13
11. Patel KL, Mhetras SB, Varthakavi PK, Merchant PC, Nihalani KD. Microalbuminuria in non-insulin dependent diabetes mellitus. J Assoc Physicians India 1999;47(6):596-601
12. Varghese A, Deepa R, Rema M, Mohan V. Prevalence of microalbuminuria in type-II diabetes mellitus at a diabetes center in southern India. Postgrad Med J 2001;77:399-402
13. Agewall S, Wikstrand J, Ljungman S, Fagerberg B. Usefulness of microalbuminuria in predicting cardiovascular mortality in treated hypertensive
14. Mogensen CE, Chachati A, Christensen CK et al. Microalbuminuria. An early marker of renal involvement in diabetes. Uremia Invest 1985(6-9):85-95
15. Kim YI, Kim CH, Choi CS et al. Microalbuminuria is associated with the insulin resistance syndrome independent of hypertension and type-II diabetes in the Korean population. Diabetes Res Clin Pract 2001;52(2):145-52
16. Patel KL, Mhetras SB, Varthakavi PK, Merchant PC, Nihalani KD. Microalbuminuria in insulin dependent diabetes mellitus. J Assoc Physicians India 1999;47(6):589-95
17. Gerber LM, Johnston K, Alderman MH. Assessment of a new dipstick test in screening for microalbuminuria in patients with hypertension. Am J Hypertens 1998;11(11):1321-7
18. Gilbert RE, Akdeniz A, Jerums G. Detection of microalbuminuria in diabetic patients: by urinary dipstick. Diabetes Res Clin Pract 1997;35(1):57-60
19. Lee KF, Sharp AM. Comparison of a radioimmunoassay and a dip-strip method for urinary microalbumin. Diabetes Care News 1996(6):93
20. Leong SO, Lui KF, Ng WY, Thai AC. The use of semi-quantitative urine test-strip (Micral Test) for microalbuminuria screening in patients with diabetes mellitus. Singapore Med J 1998;39(3):101-3
21. Minetti EE, Cozzi MG, Granata S, Guidi E. Accuracy of the urinary albumin titer stick Micral-Test in kidney disease patients. Nephrol Dial Transplant 1997;12(1):78-80
22. Agrawal B, Wolf K, Berger A, Luft FC. Effect of antihypertensive treatment on qualitative estimates of microalbuminuria. J Hum Hypertens. 1996;10(8):551-5
23. Martinez MA, Moreno A, Aguirre De CA et al. Frequency and determinants of microalbuminuria in mild hypertension a primary-care-based study. J Hypertens 2001;19(2):319-26
24. Janssen WM, Hillege H, Pinto-Sietsma SJ et al. Low levels of urinary albumin excretion are associated with cardiovascular risk factors in the general population. Clin Chem Lab Med 2000;38(11):1107-10
25. Gomes MB, Lucchetti MR, Gazzola H et al. Microalbuminuria and associated clinical features among Brazilians with insulin dependent diabetes mellitus. Diabetes Res Clin Pract 1999;35(2-3):143-7

Tablo 1. Araştırmaya Alınan Kişilerin Albuminüri Durumuna Göre Dağılımı

Albuminüri	n	%
Normal	377	76.5
Mikro	94	19.1
Makro	22	4.5
Toplam	493	100.0

Tablo 2. Araştırmaya Alınan Kişilerde Hastalık Durumlarına Göre Albuminüri Dağılımı

Hastalık Durumu		Albuminüri			Toplam
		Yok	Mikro	Makro	
Hipertansiyon	n(%)	239 (79.9)	52 (17.4)	8(2.7)	299(100.0)
Diyabet	n(%)	37 (68.5)	11(20.4)	6(11.1)	54(100.0)
HT+ DM	n(%)	101 (72.1)	31(22.1)	8(5.7)	140(100.0)
Toplam	n(%)	377 (76.5)	94(19.1)	22(4.5)	493(100.0)

$$\chi^2=10.421, p=0.034$$

Tablo 3: Araştırmaya Alınan Kişilerde Bazı Özelliklere Göre Albuminüri Dağılımı

Sosyodemografik faktörler	n (%)	Albuminüri			İstatistik	
		Yok	Mikro	Makro	χ^2	P
Yaş					6.062	0.416
<49		72(72.7)	19(19.2)	8(8.1)		
50-59		102(77.9)	23(17.6)	6(4.6)		
60-69		128(78.0)	33(20.1)	3(1.8)		
>70		75(75.8)	19(19.2)	5(5.1)		
Cinsiyet					2.487	0.288
Erkek		73(71.6)	22(21.5)	7(6.9)		
Kadın		304(77.8)	72(18.4)	15(3.8)		
Medeni Durum					3.405	0.182
Evli		280(77.2)	64(17.6)	19(5.2)		
Eşi ölmüş/ayrılmış		97(74.6)	30(23.1)	3(2.3)		
Öğrenim Durumu					2.569	0.632
OYD		102(76.1)	28(20.9)	4(3.0)		
OY-ilk-orta		235(77.3)	53(17.4)	16(5.3)		
Lise-y.o		40(72.7)	13(23.7)	2(3.6)		
Konut tipi					11.345	0.003
Apartman		302(79.9)	60(15.9)	16(4.2)		
Gecekondu		75(65.2)	34(29.6)	6(5.2)		
BKİ(kg/m²)					2.846	0.584
25'in altı		38(76.0)	8(16.0)	4(8.0)		
25-29.9		135(77.1)	35(20.0)	5(2.9)		
30 ve üzeri		204(76.1)	51(19.0)	13(4.9)		
BKO					0.413	0.813
Olumlu		113(75.8)	28(18.8)	8(5.4)		
Olumsuz		264(76.7)	66(19.2)	14(4.1)		
Sigara					4.035	0.133
Kullanıyor/bırakmış		102(75.6)	23(17.0)	10(7.4)		
Kullanmamış		275(76.8)	71(19.8)	12(3.4)		
Alkol					2.07	0.354
Kullanıyor/bırakmış		25(75.8)	8(24.2)	-		
Kullanmamış		352(76.5)	86(18.7)	22(4.8)		
Egzersiz					4.328	0.363
Var		93(77.5)	20(16.7)	7(5.8)		
Yok		203(74.3)	60(22.0)	10(3.7)		
Orta		81(81.0)	14(14.0)	5(5.0)		

Tablo 4: Hipertansiflerde İlgili Bazı Faktörlere Göre Albuminüri Dağılımı

Hipertansiyonla İlgili Faktörler	n (%)	Albuminüri			İstatistik	
		Yok	Mikro	Makro	χ^2	P
Tanı Zamanı					3.135	0.209
0-9 yıl		208(80.3)	42(16.2)	9(3.5)		
10 yıl ve üzeri		132(73.3)	41(22.8)	7(3.9)		
Kan Basıncı (mmHg)					13.282	0.010
Sistolik basınç						
140'ın altı		81(77.1)	19(18.1)	5(4.8)		
140-180		231(80.8)	46(16.1)	9(3.1)		
180'in üzeri		28(58.3)	18(37.5)	2(4.2)		
Diastolik basınç					13.829	0.008
90'ın altı		104(80.0)	23(17.7)	3(2.3)		
90-105		180(81.4)	32(14.5)	9(4.1)		
105'in üzeri		56(63.6)	28(31.8)	4(4.6)		
Hipertansiyon Düzeyi					13.671	0.008
Normal(Regüle)		61(78.2)	15(19.2)	2(2.6)		
Hafif		213(82.2)	37(14.3)	9(3.5)		
Orta ve Şiddetli		66(64.7)	31(30.4)	5(4.9)		

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Tablo 5: Diyabetiklerde İlgili Bazı Faktörlere Göre Albuminüri Dağılımı

Diyabetle İlgili Faktörler	n(%)	Albuminüri			İstatistik	
		Yok	Mikro	Makro	χ^2	P
Tanı Zamanı						
0-4 yıl		53(81.5)	8(12.3)	4(6.2)	5.581	0.061
5 yıl ve üzeri		85(65.9)	34(26.4)	10(7.7)		
Diyabetin Tipi						
Tip I DM		5(50.0)	4(40.0)	1(10.0)	2.415	0.299
Tip II DM		133(72.3)	38(20.6)	13(7.1)		
En Son AKŞ (mg/dl)						
180 ve altı		95(79.2)	20(16.7)	5(4.2)	10.516	0.005
180'in üzeri		43(58.1)	22(29.7)	9(12.2)		
Tedavi Öncesi AKŞ* (mg/dl)						
180 ve altı		43(82.7)	4(7.7)	5(9.6)	6.603	0.037
180'in üzeri			65(67.7)	24(25.0)		

*Tanı aldığı anda AKŞ düzeyini hatırlayan 148 kişi üzerinden değerlendirilmiştir.

Tablo 6: Hipertansiflerde Lojistik Regresyon Analizinde Etkili Bulunan Faktörler

Faktör	B	Standart hata	P	Odds oranı	Odds için Güven Aralığı	
					Min	Max
Cinsiyet						
Kadın	0.55	0.28	0.0498	1.73	1.00	3.00
Erkek						
Diyastolik basınç (mmHg)						
90'in altı	-0.12	0.28	0.65	0.88	0.50	1.53
90-105						
105'in üzeri						
Konut Tipi						
Apartman	0.69	0.25	0.0074	2.00	1.20	3.33
Gecekondu						

Tablo 7: Diyabetiklerde Lojistik Regresyon Analizinde Etkili Bulunan Faktörler

Faktör	B	Standart hata	P	Odds oranı	Odds için Güven Aralığı	
					Min	Max
Tanı Zamanı						
0-4 yıl	0.76	0.39	0.0525	2.15	0.99	4.68
5 yıl ve üzeri						
En Son AKŞ (mg/dl)						
180 ve altı	0.93	0.34	0.0064	2.55	1.30	5.00
180'in üzeri						
Konut						
Apartman	1.38	0.39	0.0005	3.99	1.83	8.67
Gecekondu						

SAMSUN ÇIRAKLIK EĞİTİM MERKEZİ'NE DEVAM EDEN ÇIRAKLARIN SOSYODEMOGRAFİK VE ÇALIŞMA YAŞAMI ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ-1

Yrd. Doç. Dr. Sevgi CANBAZ*, Prof. Dr. Yıldız PEKŞEN*, Yrd. Doç. Dr. A. Tefik SÜNTER*

*Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.

ÖZET

Gelişme çağındaki milyonlarca çocuk uygun olmayan koşullarda çalıştırılarak istismar edilmektedir. Bu çalışma, Samsun ili Çıraklık Eğitim Merkezi(ÇEM)'nde okuyan ve çalışan çocukların sosyodemografik özelliklerini ve çalışma yaşamına ilişkin bilgilerini ortaya koymak amacıyla planlanmıştır.

13.12.2000-09.01.2001 tarihleri arasında yapılan kesitsel tipteki bu çalışmaya, Samsun ili ÇEM'nde okuyan 1001 çırak alınmıştır. Araştırma grubunu oluşturan bireylerin yaş ortalaması 16.9 ± 1.5 yıl olup, %53.2'si ilkökul mezunudur. Çalışmaya başlama yaşı ve toplam çalışma süresi ortalaması sırasıyla 13.3±1.6 ve 3.7±1.9 yıldır. Çırakların %62.5'inin asgari ücretten daha düşük, %13.6'sının ise ücret almadan çalıştıkları; okula geldikleri gün hariç olmak üzere haftada ortalama 5.7±0.6 gün, günde ise 11.0±1.9 saat çalıştıkları saptanmıştır. Çırakların %62.9'u ara sıra, %8.9'u da sürekli fazla mesai yaparken, bunların ancak %24.1'i fazla mesai için ek ücret aldıklarını, %32.9'u halen sigara içtiğini ve %10.0'u da alkol kullandığını belirtmiştir.

Çalışan çocukların çalışma nedenleri, sorunları ve çözüm yolları çok boyutludur. Bu nedenle devlet başta olmak üzere, işverenlere, kitle örgütleri ve meslek kuruluşlarına, ailelere ve çocukların kendilerine görevler düştüğünü gösterir niteliktedir.

Anahtar Kelimeler: Çırak, Sosyodemografik Özellikler, Çalışma Koşulları

GİRİŞ

Çocuk işçiliği, tüm dünyada büyük bir sorun olup, çocukların çalışma yoluyla istismarı, günümüzde çocuk istismarının en yaygın şeklidir(1). Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO)'nün 138 sayılı sözleşmesine göre, "15-24 yaşları arasında çalışanlara *genç işçi*; 15 yaşın altında yaşamını kazanmak, aile bütçesine katkıda bulunmak amacıyla çalışma yaşamına erken yaşta atılan çocuklara *çalışan çocuk ya da çocuk işçi*" denilmektedir(2,3). Gelişme çağındaki milyonlarca çocuk fiziksel, zihinsel ve ahlaki gelişimlerine zarar veren, ulusal yasalara ve uluslararası standartlara uygun olmayan koşullarda çalışmaktadır(1,4). Bunların sonucunda hem çocukların kendi sağlıkları, hem de gelecek nesillerin sağlıkları açısından büyük sorunların ortaya çıktığı gözlenmektedir(5).

ILO' nun yaptığı araştırmalarda, tüm dünyada çalıştırılmakta olan 15 yaşından küçük çocuk sayısının 200 milyon dolaylarında olduğu ve bu çocukların %98.0'inin gelişmekte olan ülkelerde bulunduğu bildirilmiştir. Çocukların ücretsiz aile işçisi olarak veya resmi olmayan işyerlerinde çalışıyor olmaları, bazı ülkelerde yasalarla belirlenmiş olan en az çalışma yaşını altında çalıştırılmaları gibi nedenlerden dolayı gizlenmeleri, çalışan çocuk sayılarının gerçek rakamlarının bilinmemesine yol açmaktadır(1,4).

Çocukların erken yaşlarda çalışma yaşamında yer almaları, giderek daha fazla çocuğun çeşitli alan ve işkollarında çalışması olgusu, Türkiye'de de önemli bir toplumsal sorun olarak ağırlığını hissettirmektedir. Gelişmekte olan bir ülke konumundaki ülkemizde yoksulluk, eğitim sisteminin beklentilere yanıt verememesi ve işverenlerin ucuz işgücünü tercih etmeleri çocukların erken yaşlarda çalışma yaşamına katılmalarında önemli etkenlerdir. Nedenleri ne olursa olsun çocukların erken yaşta çalıştırılmaları; çocukların çocukluklarını yaşayamamalarına, eğitimden uzaklaşmalarına, fiziksel ve ruhsal gelişimlerinin olumsuz etkilenmesine, fiziksel ve ruhsal istismarlara uğramalarına yol açmaktadır(5,6,7).

Bu çalışma, Samsun ili Çıraklık Eğitim Merkezi(ÇEM)'nde okuyan ve çalışan çocukların sosyodemografik özelliklerini ve çalışma yaşamına ilişkin bilgilerini ortaya koymak amacıyla planlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Kesitsel tipteki bu araştırmanın evrenini, 2000-2001 öğretim yılında Samsun ili ÇEM'nde haftanın bir günü öğrenim gören ve diğer günlerde de bir işyerinde çalışan "aday çırak" ve "çırak" çocuklar oluşturmaktadır. 13.12.2000-09.01.2001 tarihleri arasında yapılan bu araştırmanın örneklem grubuna, 1231 çocuğun tamamı alınmış ancak okula devamsızlık nedeniyle ancak 1015(%82.5)'ine ulaşılabilmektedir. Bu çocuklardan 14(%1.1)'ünün anket formunda bilgilerinde eksiklik olduğundan, çalışma dışı bırakılmış ve sonuçta ulaşılan sayı 1001(%81.3) olmuştur. Araştırma kapsamına alınan çocuklara sosyodemografik özelliklere, sosyoekonomik düzeye, çalışma yaşamı, çalışma ortamından ve çalışma koşullarından kaynaklanan risklere ilişkin soruları içeren anket formu, 15'er kişilik gruplar halinde gözlem altında uygulanmıştır. Çırakların gelir düzeyi 16 yaş altı ve üstü için, Asgari Ücret Tespit Komisyonu tarafından 30.12.1999 tarih ve 1999/1 nolu karar ile belirlenen değerler baz alınarak sınıflandırılmıştır(8). Veriler Epi-Info 6.02 ile değerlendirilmiş, ortalamalar "*aritmetik ortalama ± standart sapma*" ile gösterilmiştir.

BULGULAR

Araştırma grubunu oluşturan çırakların 127(%12.7)'si kız, 874(%87.3)'ü erkek öğrenci olup, yaş ortalaması 16.9 ± 1.5 yıldır ve 34(%3.4)'ü 15 yaşından küçüktür. Eğitim durumlarının ve eğitimlerini yarıda bırakma nedenlerinin dağılımı Tablo-1'de verilmiştir.

Çırakların 811(%81.0)'i çekirdek aile, 190(%19.0)'i geniş aile yapısına sahip olup, ortalama kişi sayısı çekirdek aile ve geniş ailelerde sırasıyla 5.3 ± 1.3 kişi ve 7.4 ± 2.1 kişi olarak bulunmuştur. 12(%1.2) çırak annesinin, 43(%4.3) çırak babasının hayatta olmadığını ifade etmiştir(Tablo-II).

Çırakların kendileri de dahil olduğunda, ortalama 4.0±1.5 kardeş oldukları ve ailerin ortalama 2.6±1.6 ncı çocuğu oldukları bulunmuştur (Tablo-III).

Çalışmada çırakların ailelerinde kendilerinden başka çalışan kişi ve çalışan kardeş ortalaması sırasıyla 1.8±1.1 kişi ve 1.7±0.9 kişi olarak bulunmuştur. Çalışan 718(%71.7) kardeşin; 423(%58.9)'ü aynı iş kolu zma başka işyerinde, 256(%35.7)'si aynı iş kolunda ve aynı iş yerinde, 39(%5.4)'ü ise başka iş kolunda çalışmaktadır.

Çalışmada çırakların 626(%62.5)'sının asgari ücretten daha düşük, 239(%23.9)'unun asgari ücret kadar ya da daha yüksek aylık ücret aldıkları; 136(%13.6)'sının ise ücret almadan çalıştıkları bulunmuştur.

Çırakların çalışmaya başlama yaşı ve toplam çalışma süresi ortalaması sırasıyla 13.3±1.6 ve 3.7±1.9 yıl olup; 771(%77.0)'i 15 yaş altında çalışma yaşamına başlamıştır. Çalışma yaşamına atılma nedenleri sorulduğunda; iş öğrenmenin, meslek sahibi olmanın ilk sırada(%73.6) yer aldığı, diğerlerininse sırasıyla hane halkı ihtiyaçlarına katkıda bulunma(%13.5), okulda başarılı

VIII.ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

olamama(%6.5), kendi ihtiyaçlarını karşılama(%6.2) olduğu, zevk, maceranın(%0.1) ve aile baskısının(%0.1) ise son sırada yer aldığı bulunmuştur.

Çırakların çalıştıkları işyerinde yaşadıkları zorlukların dağılımı Tablo-IV'de, çalıştıkları işyerlerinde çırakların yararlandıkları işyeri olanaklarının ve çalışma ortamından kaynaklanan risklerin varlığının dağılımı ise Tablo-V'de verilmiştir.

Çırakların 721(%72.0)'i çalıştıkları işyerlerinde iş kazaları ve olası risklere karşı uyarıcı işaret levhası bulunmadığını, 440(%44.0)'i da iş sağlığı ve iş güvenliği konusunda hiçbir eğitim almadıklarını ifade etmiştir. Okula geldikleri gün hariç olmak üzere çırakların 364(%36.4)'ü haftada 5 gün, 637(%63.6)'sı 6 gün çalıştığını; 98(%9.8)'i günde 7.5 saat ve daha az, 903(%90.2)'ü ise 7.5 saatten fazla çalıştığını ifade etmişlerdir.

Çırakların 630(%62.9)'u ara sıra, 89(%8.9)'u da sürekli fazla mesai yaparken, bunların ancak 173(%24.1)'ü fazla mesai için ek ücret aldıklarını belirtmişlerdir. Yıllık izin kullanma durumları sorgulandığında ise; 726(%72.5)'sinin yıllık izin alamadığı, 77(%7.7)'sinin bir yılı doldurmadığı için alamadığı, sadece 198(%19.8)'inin yıllık izin aldığı bulunmuştur. Çırakların 881(%88.0)'i hastalandığında izin alamadığını, 824(%82.3)'ü işe giriş muayenesinin olmadığını, 973(%97.2)'ü periyodik sağlık muayenelerinin yapılmadığını belirtmiştir.

Çalışmada çırakların 820(%81.9)'sinin 1-9 işçi, 89(%8.9)'unun 10-25 işçi, 26(%2.6)'sı 26-49 ve 66(%6.6)'sı 50 ve daha fazla işçi çalıştırılan işyerlerinde çalışmamaktadır.

CEM'nde eğitim verilmesi çırakların 910(%90.9)'u tarafından yararlı olarak değerlendirilirken, 91(%9.1)'i bu eğitimi yararlı bulmadığını; 707(%70.6)'si öğrendiklerini işyerinde uygulayabildiğini, 294(%29.4)'ü ise uygulayamadığını ifade etmiştir.

TARTIŞMA

Araştırma grubundaki çırakların halen %3.4'ünün 15 yaşından küçük olduğu; yaş ortalamasının ise 16.9±1.5 yıl olduğu bulunmuştur. Ülkemizde çalışan çocuklarla ilgili yapılan araştırmaların da açıkça ortaya koyduğu gibi, çalışma yaşamına atılan geniş bir çocuk işçi grubundan söz etmek olasıdır(9-11). 1997 DİE Çocuk İşgücü Anketinde, 6-17 yaş arasındaki 16 milyon 88 bin çocuktan yaklaşık 1 milyon 635 binidir(%10.2) ekonomik bir faaliyette bulunduğu ve toplam istihdam içindeki oranının %7.5 olduğu bulunmuştur(7). Ülkemizde çocukların korunmasına ilişkin çeşitli yasal düzenlemeler bulunmakla birlikte, çocuk işgücü ya da gencin kime denildiği ya da kimleri içerdiği konusunda kavram netliği bulunmamaktadır(2-4,12,13). Ayrıca çocuklar, tüm bu koruyucu yasalara karşın günümüzde halen çalışma yaşamının içinde yer almakta ve çeşitli istismlara maruz kalmaktadır.

Çalışan çocuklarla ilgili yapılan çalışmalarda, çocukların büyük çoğunluğunun ilkökul mezunu oldukları bulunmuştur(9,11,14,15). Çalışan çocuklar, çeşitli sorunlar nedeniyle zorunlu olan ilköğretimi dahi bitirememiş çocuklardır(2,6). Bu çalışmada da çırakların %53.2'sinin ilkökul mezunu olduğu bulunmuştur. Genellikle eğitim sisteminin toplumun gereksinimine yanıt verememesi, müfredatın güncel yaşamdan uzak olması, sonuna kadar okumayınca eğitim sisteminin beceri kazandırması. eğitimli gençler arasında da işsizliğin yüksek olması gerek çocukların gerekse ailelerin, eğitimin kendilerine sağlayacakları konusunda güvensizliğe düşmelerine neden olmaktadır(6). Diğer yandan çocuğun çalışması ailesi için gelir, çocuğu çalıştıran için ucuz emek ve çalışan çocuk için para kazanma, büyüme, yetişkin olma olarak algılanmaktadır. Sonuçta da, eğitim düzeyi düşük ve niteliksiz bireylerden oluşan bir toplum oluşmaktadır(2,5).

Çalışmada çırakların sadece %23.9'unun asgari ücret kadar ya da daha yüksek aylık ücret aldıkları bulunmuştur. Yapılan çalışmalar bu çalışmadaki sonuçlarla uyumlu olarak; çalışan çocukların ya bir meslek öğrenebilmek uğruna ücretsiz çalıştıklarını ya da kanunlarla belirlenen asgari ücretten daha düşük ücret aldıklarını ortaya koymaktadır(5,14,16). DİE'nin 1999 Çocuk İşgücü Anketi'ne göre; Türkiye genelinde 6-17 yaş grubunda ekonomik işlerde çalışan çocukların toplam çalışan çocuklara oranı %13.6 olup, ekonomik işlerde çalışan bu çocukların %58.7'si ücretsiz işçi ve ücretsiz çırak statüsünde çalışmaktadır(7). Bu koşullarda çalışan çocuklar, bir yandan küçük yaşta eğitimden koparak bedensel ve ruhsal risklere göğüs germek durumunda kalmakta, diğer yandan da yasalarda belirtilmesine rağmen asgari ücretten daha düşük ücretlerle istihdam edilmektedir(3-5,17,18).

Çalışmada çırakların %77.0'sinin 15 yaş altında çalışmaya başladıkları bulunmuştur. Gelişmiş toplumlarda çocuk çalıştırılması olgusunun çocuğun ve dolayısıyla toplumun gelişimine zararları görüldükten sonra, bundan vazgeçilmiş ya da kısıtlanmıştır. Geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelerde ise, günümüzde hala çocukların ekonominin hemen her alanında çalıştıkları görülmektedir. Gelişmekte olan ülkemizde de, çocukların erken yaşlarda çalışma yaşamına atıldıkları ve çalışma yaşamında yoğun olarak yer aldığı görülmektedir(10,11,16). Ülkemizde çalışma hayatını belirleyen kanunlara göre asgari çalışma yaşı farklılıklar göstermektedir(2,13). Ancak 8 yıllık zorunlu eğitime geçilmesi ile, çalışma yaşı da 15 olarak netleşmiştir(4,14).

Çırakların çalıştıkları işyerlerinde en sık yaşadıkları zorluklar Tablo-IV'de verilmiştir. Ülkemizde yapılan araştırmalarda, çalışan çocukların %16.5'i ağır yük taşımak ve kaldırmaktan, %13.1'i sürekli ayakta çalışmaktan, %12.3'ü ise makine kullanmaktan şikayet etmektedir(14,19). Tüm bunlar sanayide çalışan çocukların maruz kaldığı fiziksel iş yükünün oldukça ağır olduğunu göstermektedir. Temmuz 1992-Aralık 1993 döneminde Amerika Birleşik Devletleri(ABD)'nde aşırı fiziksel yüklenme nedeni ile hastanelere getirilen çocuk işçilerin %55.6'sında, zedelenme/incinmenin yük kaldırma sırasında meydana geldiği saptanmıştır(19).

Araştırmada, çalışma ortamlarının genellikle işçi sağlığı ve iş güvenliği kurallarına uygun olmadığı bulunmuştur. Öztürk ve ark(20)'nin yaptığı çalışmada; işyerlerinin %82.8'inde temiz içme suyu, %66.2'sinde tuvalet, %43.7'sinde ilkyardım uygulama olanakları bulunduğu bildirilirken, işyerlerinin izleminde ise %43.9'unda ısınmanın, %32.8'inde havalandırmanın yetersiz olduğu, %28.7'sinde rahatsız edici kokular olduğu bulunmuştur. Çalışma ortamı, üretim etkinliğini gerçekleştirebilmek için gerekli olan her şeyi kapsamaktadır. Çalışma ortamındaki sağlık sakıncaları, yetişkinleri olduğu kadar çocukları da etkilemektedir. Ancak çoğu kez bu faktörlerin çocuklar üzerindeki etkisi yetişkinlerden daha fazla olmaktadır. Sanayideki işyerlerinde kullanılan pek çok araç, gereç yetişkin işçilerin antropometrik ölçüleri dikkate alınarak tasarlanmıştır. Bu araçların çocuklar tarafından kullanılması henüz fiziksel gelişimini tamamlamamış olması itibarıyla, çocuklarda hem iskelet yapılarında deformasyona yol açmakta, nem de iş kazalarına neden olmaktadır(5,19). Üretim sürecinde işçi sağlığını etkileyecek temel etmenlerden diğeri de, yetersiz aydınlatma, gürültü, ortam ısısı, nem ve hava akımları gibi ortamın fiziksel özellikleridir(21). Fiziksel özelliklerdeki herhangi bir olumsuzluk sadece işin kalitesini değil, çalışanın sağlığını da etkilemekte ve iş kazası riskini artırmaktadır(5,19-22).

Çırakların %72.0'si çalıştıkları işyerlerinde iş kazaları ve olası risklere karşı uyarıcı işaret bulunmadığını, %44.0'ü iş sağlığı ve iş güvenliği konusunda hiçbir eğitim almadıklarını ifade etmişlerdir. Yandakçı(23)'nin tez çalışmasında da, çırakların %49.0'unun çalıştıkları işle ilgili eğitim almadıkları belirtilmiştir. Çocukların zihinsel gelişimlerinin henüz tamamlanmamış olması nedeniyle risk kavramı ve risk bilinci tam gelişmemiştir. Ayrıca daha çabuk yorulmakta ve daha fazla dinlenmeye ihtiyaç duymaktadırlar. Bunun sonucu olarak, çocukların kazaya uğrama riski de artmaktadır. ABD'nde her yıl 30 binden fazla çalışan çocuğun iş kazası geçirdiği, bunların da 1000 kadarında kalıcı sakatlık geliştiği ve 100'den fazlasının yaşamını yitirdiği bildirilmektedir(24). Bu nedenle işyerinin özelliğine bağlı olarak asılacak uyarıcı tabelalarla çocukların iş sağlığı ve iş güvenliği konusuna ilgilerinin artırılmasının ve olası risklere dikkatlerinin çekilmesinin gerektiği kanısındayız.

Çalışma koşulları denildiğinde ilk akla gelen çalışma süresi, çalışan çocukların risk altında olduğu en önemli konulardan birisidir. Günlük ve haftalık çalışma süreleri, ücretli ya da ücretsiz izinler çalışma süresini belirleyen özelliklerdir(5). Çalışmada çırakların çalışma koşulları dikkate alındığında istismar edildiği belirlenmiştir. Uzun çalışma süresi, çocuklara boş zaman bırakmamakta; yorulmalarına, fiziksel ve ruhsal açıdan zedelenmelerine dolayısıyla da istismarlarına neden olmaktadır(2,5,6). Çocukların çalışma süresine ilişkin bazı yasal düzenlemeler bulunmasına karşın, çırakların fazla çalıştırılması açıkça yasaların ihlal edildiğini göstermektedir(21,25).

Çırakların yarıdan fazlası fazla mesai yaptıklarını; fazla mesai yapanların da ancak %24,1'i ek ücret aldığını belirtmiştir. İş Kanunu(İK)'nin 35. maddesine göre, fazla mesaiye kalanlara ek ücret verilmesi gerekmektedir(25). Ancak çalışmada fazla mesaiye kalan çırakların çoğunun, bunun karşılığında ek ücret alamaması çocuk istismarının bir şekli olarak karşımıza çıkmaktadır.

Çalışmada çırakların yıllık izin kullanma konusunda da sorunlar yaşadıkları bulunmuştur. 3308 sayılı ÇMEK'nun 26. maddesine göre, işyeri sahibi çıraklara 1 yıllık öğrenimden sonra yılda 1 ay ücretli izin vermekle yükümlüdür(19).

Çalışmada çırakların tamamına yakınının ilk işe giriş muayenelerinin ve periyodik kontrol muayenelerinin yeterince yapılmadığı görülmüştür. İlgili kanun maddelerine göre çırakların işe girişlerinde ve sonra da her altı ayda bir periyodik muayenelerinin yapılması gerekmektedir(23). Bu durum çırakların koruyucu iş sağlığı hizmetlerinden ne kadar az yararlandıklarını bir göstergesidir.

Çalışmada çırakların %81,9'unun 1-9 işçi bulunan işyerlerinde çalıştığı bulunmuştur. Ülkemizde ekonomik faaliyette bulunan çocuklarla ilgili yapılan çalışmalarda, çocukların büyük kısmının 1-9 işçi çalıştıran işletmelerde çalıştığı tespit edilmiştir(4,6,14). Bu işletmeler temel eğitimden sonra geleneksel sistemde bir işe başlama noktası ve mesleki bilgilerin öğrenilmesinde önemli bir yer olarak görülmektedir. Küçük işletmeler kalifiye eleman ücretlerinin yüksek olmasının maliyete olumsuz etkileri ve işe uygun eleman yetiştirme gerekliliği gibi nedenlerle, çocuk yaşta çırakları işe almaya tereddüt etmektedir. Bu işyerleri özellikle pratik eğitim veren işyerleri olduğundan, kısa sürede işe aldıkları elemanlardan verim almaya başlamaktadırlar. Ancak günün gelişen teknolojik imkanlarının kullanımındaki güçlükler nedeni ile pratik eğitimin yanı sıra, kuvvetli bir teorik eğitimin de şart olduğu ortaya çıkmaktadır(16).

Çırakların %90,9'u ÇEM'de eğitim verilmesini yararlı bulduğunu; %70,6'sı öğrendiklerini işyerinde uygulayabildiğini ifade etmiştir. Öztürk ve ark(20) yaptığı çalışmada çırakların %17,3'ünün ÇEM'de öğrendiklerini hiç uygulayamadığı bulunmuştur. ÇEM'deki eğitimin çırakların mesleki bilgi ve becerilerini arttıracak yadsınamaz bir gerçek olduğundan, eğitim programı içeriğinin iş kollarının pratiği de göz önünde bulundurularak düzenlenmesi gerektiği düşünülmektedir.

ÖNERİLER

Kısa vadede çocukların çalışması önlenemediğinden yapılması gereken, çalışma yaşamındaki çocukların sorunlarını çözmek, çalışma yaşamının gelişimleri üzerindeki olumsuz etkileri en aza indirmeye yönelik önlemleri yaşama geçirmek olmalıdır. Çalışan çocukların sorunları, nedenleri ve çözüm yolları çeşitlilik içermektedir. Çok boyutlu olan bu konuda sorunlara yönelik çözümler devletin, işverenlerin, kitle örgütleri ve meslek kuruluşlarının, ailelerin ve çocukların işbirliği içerisinde ele alınmalıdır.

KAYNAKLAR

1. ILO. IPEC Program Belgesi. Ankara. ILO, 1998.
2. Karabulut Ö. Türkiye'de Çalışan Çocuklar. İstanbul. Friedrich Ebert Vakfı, 1996: 6-55
3. Karabulut Ö. Genç İşçilerin Sorunları ve Çözüm Yolları. Ankara. Türk-İş Eğitim Yayınları No:19, 1999: 9-64.
4. Sertler N. Sanayi Bölgelerinde Çalışan Çocukların Sorunları- Sosyo-Ekonomik Sorunlar. TISK Sanayi Bölgelerinde Çalışan Çocukların Sorunları 1997: 7-21.
5. Bulut I. Psiko-Sosyal Gelişim. Sanayi Bölgelerinde Çalışan Çocukların Sorunları. Ankara. TISK, 1997: 44-74.
6. Karabulut Ö. Çocuk İşçiliğine Karş. Sendikal Mücadele/Türk-İş Modeli. Ankara. Türk-İş Eğitim Yayınları No:224, 1998: 9-119.
7. DİE. Çocuk İşgücü Anketi Sonuçları-Ekim, 1999. Ankara. Devlet İstatistik Enstitüsü Haber Bülteni, 1999. Sayı: B.02.1.DİE.6.11.04/906-137.
8. Resmi Gazete. Asgari Ücret Tespit Komisyonu Kararları. 31 Aralık 1999.
9. Akış N, Irgil E, Pala K ve ark. Gemlik Çıraklık Eğitim Merkezi'nde Okuyan Çırakların Çalışma Koşulları ve Sosyal Sorunları. Ulusal İş Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Günleri Bildiri Kitabı, 27-29 Nisan 2001, Bursa, 54-61.
10. Baştaşmaz T. 6-15 yaş Grubu Bursa'da Çalışan Çocuklar Üzerine Bir Araştırma. İstanbul. Friedrich Ebert Vakfı, 1990:9-75.
11. İnan R. Ankara Sitelerde Küçük Ölçekli Mobilya Atölyelerinde Çalışan Çırakların Genel Özellikleri ile İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği ile İlgili Bilgi Düzeyleri(Uzmanlık Tezi). Ankara 1997
12. TÜRKİŞ. Son Değişiklikleriyle İşçi Sağlığı, İş Güvenliği Mevzuatı ve Genel Bilgiler. Ankara. Türk-İş Yayınları No:177,1991.
13. Demireoğlu M. Türk İş Hukukunda Çocuk ve Gençlerin Konumu. Türk-İş Çalışan Çocuklar Bürosu. İstanbul. Türk-İş Sendikalar ve Çalışan Çocuklar Ulusal Semineri. 1994:41-48.
14. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Teftiş Kurulu Başkanlığı. Çalışan Çocuklar Projesi Raporu(1994-1999 Dönemi Proje Çalışmaları). Ankara. Lazer Ofset, 2000:1-333.
15. TÜRK-İŞ Çalışan Çocuklar Bürosu. Çalışan Çocukların Toplumsal Profili: Ankara Sanayinde Bir Saha Araştırması. Ankara. TÜRK-İŞ Yayınları, 1994:1-107.
16. Özşahin A, Bostancı M, Zencir M, Denizli Vali Necati Bilican Çıraklık Eğitim Merkezi'nde Okuyan Çırakların Çalışma Yaşamına İlişkin Özellikler. Toplum ve Hekim 1999; 13(2): 87-92.
17. Bağdadioğlu E. Asgari Ücret. Ankara. Türk İş Eğitim Yayınları No:3, 1999:5-21.
18. Resmi Gazete. Çıraklık ve Mesleki Eğitim Kanunu. 19 Haziran 1986.
19. Çilingir C. Sanayi Bölgelerinde Çalışan Çocukların Sorunları- Sağlık Sorunları. TISK Sanayi Bölgelerinde Çalışan Çocukların Sorunları 1997: 75-90.
20. Öztürk M, Yeşil H, Aksoy İ. Çalışma Hayatı ve Mesleki Eğitim Sisteminde Çıraklık Eğitimi Araştırması. Ankara. Çıraklık ve Yaygın Eğitim Genel Müdürlüğü, 1997: 1-53.
21. Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu. Çevre ve İşçi Sağlığı İş Güvenliği Ders Notları. Ankara. Türk-İş Eğitim Yayınları No:190, 1995: 82-86.
22. Rosskam E. İşyerinde Gürültü. Koç C(Çeviren). İşyerinde Sağlığımız ve Güvenliğimiz: Modüller. 1. Baskı. Ankara. Uluslararası Çalışma Örgütü Bürosu, 1997.
23. Yandakçı NA. Mobilya İmalat Sanayinde Çalışan Çocuk İşçi ve Çırak Öğrencilerin Uğradıkları İş Kazalarında Eğitimin Rolü(Uzmanlık Tezi). Ankara 1994.
24. Öztürk M, Çakmak A, Kışoğlu AN ve ark. Isparta Çıraklık Eğitim Merkezi Öğrencilerinin İkiyıldım Bilgi Düzeyleri. Ulusal İş Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Günleri, 27-29 Nisan 2001, Bursa.
25. Resmi Gazete. İş Kanunu, 01 Eylül 1971.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Tablo-I: Çırakların Eğitim Durumlarının ve Eğitimlerini Yarıda Bırakma Nedenlerinin Dağılımı

<u>Eğitim Durumu</u>	<u>Sayı (n=1001)</u>	<u>%</u>
İlkokul Mezunu	533	53.2
Ortaokul terk	184	18.4
Ortaokul Mezunu	177	17.7
Lise Terk	107	10.7
<u>Eğitimini Yarıda Bırakma Nedeni</u>		
Okula ilgi duymamak, öğretmenler ile iyi geçinememek	649	64.8
Ekonomik nedenler	207	20.7
Okuldan atılmak	73	7.3
Ailenin izin vermemesi	50	5.0
Okulun uzakta olması	20	2.0
Çalışma hevesi	2	0.2

Tablo-III: Çırakların Kardeş Sayısı ve Kaçınıcı Çocuk Olduklarının Dağılımı

<u>Kardeş Sayısı</u>	<u>Sayı (n=1001)</u>	<u>%</u>
1	9	0.9
2	107	10.7
3	331	33.1
4	271	27.1
5 ve üzeri	283	28.2
<u>Kaçınıcı Çocuk Olduğu</u>		
1	255	25.5
2	309	30.8
3	202	20.2
4	114	11.4
5 ve üzeri	121	12.1

Tablo-IV: Çırakların Çalıştıkları İşyerinde Yaşadıkları Zorlukların Dağılımı

<u>Zorluk</u>	<u>Sayı (n=1001)*</u>	<u>%</u>
Sabah erken işe gitme	240	24.0
Akşam geç saatlere kadar çalışma	206	20.6
Sürekli ayakta durma	189	18.9
İşyerinde yorulma	188	18.8
Ustanın davranışları	185	18.5
Ağır yük taşıma	175	17.5
Getir-götür işleri	158	15.8
Toz ve boya soluma	132	13.2
Temizlik yapma	128	12.8
Müşteri davranışları	81	8.1
Makineleri kullanma	45	4.5

*Katılımcılar tarafından birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Tablo-II: Çırakların Ebeveynlerinin Bazı Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

<u>Meslek</u>	<u>Anne (n=989)</u>		<u>Baba (n=958)</u>	
	<u>Sayı</u>	<u>%</u>	<u>Sayı</u>	<u>%</u>
İşçi	8	0.8	324	33.8
Memur	3	0.3	105	10.9
Çiftçi	62	6.3	132	13.8
Emekli	10	1.0	85	8.9
Esnaf	9	0.9	291	30.4
Ev hanımı	897	90.7	0	0.0
İşsiz	0	0.0	21	2.2
<u>Eğitim Durumu</u>				
Okur yazar değil	201	20.3	48	5.0
Okur yazar	69	7.0	45	4.7
İlkokul mezunu	663	67.0	674	70.4
Ortaokul mezunu	41	4.2	129	13.5
Lise mezunu	15	1.5	54	5.6
Üniversite/yüksekokul mezunu	0	0.0	8	0.8

Tablo-V: Çırakların Çalıştıkları İşyerlerinde Bulunan Hizmet Birimlerinin ve Çalışma Ortamından Kaynaklanan Risklerin Varlığının Dağılımı

<u>Olanaklar</u>	<u>Sayı (n=1001)*</u>	<u>%</u>
Tuvalet	689	68.8
İçme suyu	661	66.1
Soyunma odası	443	44.3
Kullanma suyu	403	40.3
İlkyardım dolabı	271	27.1
Duş, yıkanma yeri	147	14.7
Yemekhane	145	14.5
<u>Çalışma Ortamından Kaynaklanan Riskler</u>		
Yetersiz aydınlatma	510	51.0
Gürültü	334	33.4
Soğuk	322	32.2
Toz	219	21.9
Yetersiz havalandırma	135	13.5
Sıcak ve nem	128	12.8

* Katılımcılar tarafından birden fazla seçenek işaretlenmiştir

SAMSUN ÇIRAKLIK EĞİTİM MERKEZİ'NE DEVAM EDEN ÇIRAKLARIN DURUMLUK-SÜREKLİ KAYGI DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ-2*

Yrd. Doç. Dr. Sevgi CANBAZ**, Prof. Dr. Yıldız PEKŞEN**, Yrd. Doç. Dr. A. Tevfik SÜNTER**

*Bu çalışma "Samsun Çıraklık Eğitim Merkezi'ne Devam Eden Çırakların Sosyodemografik, Çalışma Yaşamı Özelliklerinin ve Durumluk-Süreklilik Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi" isimli tez çalışmasının ikinci kısmıdır.

**Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.

ÖZET

Gelişme çağındaki milyonlarca çocuk fiziksel, zihinsel ve ahlaki gelişimlerine zarar veren, ulusal yasalara ve uluslararası standartlara uygun olmayan koşullarda çalışmakta ve suistimal edilmektedir. Bu çalışmada, Samsun ili Çıraklık Eğitim Merkezi(ÇEM)'ne devam eden çalışan çocukların sosyodemografik özellikleri, çalışma yaşamına ilişkin bilgileri ve durumluk-süreklilik kaygı düzeyleri belirlenerek, aralardaki ilişkilerin ortaya konulması amaçlanmıştır.

13.12.2000-09.01.2001 tarihleri arasında yapılan kesitsel tipteki bu çalışmaya, Samsun ili ÇEM'nde okuyan 1001 çırak alınmıştır.

Araştırma grubunu oluşturan bireylerin yaş ortalaması 16.9 ± 1.5 yıl olup, %53.2'si ilkököl mezunudur. Çalışmaya başlama yaşı ve toplam çalışma süresi ortalaması sırasıyla 13.3±1.6 ve 3.7±1.9 yıldır. Çırakların %62.5'inin asgari ücretten daha düşük, %13.6'sının ise ücret almadan çalıştıkları; okula geldikleri gün hariç olmak üzere haftada ortalama 5.7±0.6 gün, günde ise 11.0±1.9

saat çalıştıkları saptanmıştır. Çırakların %62.9'u ara sıra, %8.9'u da sürekli fazla mesai yaparken, bunların ancak %24.1'i fazla mesai için ek ücret aldıklarını belirtmiştir. Çırakların durumluk(DKP) ve sürekli kaygı puan(SKP) ortalaması sırasıyla 40.0 ± 9.7 ve 44.7 ± 9.7 puan olarak saptanmış olup, DKP ile SKP arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur($p < 0.001$, $r = 0.52$). Çalışmada cinsiyetin kız olmasının, çalışma koşullarındaki olumsuzlukların, sigara ve alkol kullanma durumunun DKP ve SKP'ini düzeyini artırdığı bulunmuştur.

Çalışan çocukların çalışma nedenleri, sorunları ve çözüm yolları çok boyutludur. Bu nedenle devlet başta olmak üzere, işverenlere, kitle örgütleri ve meslek kuruluşlarına, ailelere ve çocukların kendilerine görevler düşmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çırak, Sosyodemografik Özellikler, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri

GİRİŞ

Çocuk sömürüsünün en yaygın şekli olan çocuk işçiliği, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de büyük bir sorundur(1). Çocuğun tanımı ve toplumsal yaşam içerisindeki yeri ülkeden ülkeye farklı bir tanım içinde ele alınsa da, evrensel boyutta oluşturulmuş kriterler bu konuda bir eksen oluşturmaktadır. Uluslararası Çalışma Örgütü (UÇÖ)'nün 138 sayılı sözleşmesine göre, çalışma yaş sınırı 15 yaş olarak benimsenerek, 15 yaşın altında çalışanları çocuk işçi olarak tanımlanmıştır(2,3).

UÇÖ'nün istatistiklerine göre tüm dünyada, %98.0'i gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere, yaşları 5 ile 14 arasında yaklaşık 200 milyon çocuk çalışmaktadır. Ancak çeşitli nedenlerle çocuk işçilerin gizlenmesinden dolayı, bu sayının çok daha fazla olduğu tahmin edilmektedir(1,4). Çocuk işçiliği, Türkiye'de de önemli bir toplumsal sorun olarak ağırlığını hissettirmektedir. Devlet İstatistik Enstitüsü(DİE) "Ekim 1999 Çocuk İşgücü Anketi" sonuçlarına göre: 6-17 yaşlar arasında bulunan çocukların %10.2'sini oluşturan 1 milyon 635 bin çocuğun ekonomik bir faaliyette yer aldığı belirlenmiştir(6).

Dünyada milyonlarca çocuk, gelişimlerini olumsuz yönde etkileyen koşullara, çeşitli nedenlerle çalışmak zorunda kalmaktadır(1,4). Bu durum çocukların mesleki, bedensel ve ruhsal gelişimlerini tamamlamadan yıpratmalarına neden olarak, sağlıklarını ve güvenliklerini tehlikeye atmaktadır(5). Farklı kültürlerde, farklı ergen grupları ile yapılan çalışmalar, özellikle çalışan çocukların çok çeşitli ruhsal rahatsızlıklar açısından risk taşıdığını göstermektedir. Ülkenin geleceği olan bu gruptaki yüksek kaygı, başarıyı olumsuz etkilemesi ve ileride büyük sorunlara yol açması gibi nedenlerle üzerinde önemle durulması gereken bir konudur(7,8,9). Geniş ve farklı ergen grupları üzerinde yürütülecek çalışmalar, psikolojik rahatsızlıklar açısından risk altında olan ergenlerin daha kolay tanınmasını sağlayacak, koruyucu ve tedavi edici ruh sağlığı hizmetlerine yol gösterici olacaktır. Bu çalışmada, Samsun ili Çıraklık Eğitim Merkezi(ÇEM)'nde okuyan ve çalışan çocukların sosyodemografik özellikleri, çalışma yaşamına ilişkin bilgileri ve durumluk-sürekli kaygı düzeyleri belirlenerek, aralarındaki ilişkilerin ortaya konulması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Kesitsel tipteki bu araştırmanın evrenini, 2000-2001 öğretim yılında Samsun ili ÇEM'nde haftanın bir günü öğrenim gören ve diğer günlerde de bir işyerinde çalışan "aday çırak" ve "çırak" çocuklar oluşturmaktadır. 13.12.2000-09.01.2001 tarihleri arasında yapılan bu araştırmanın örneklem grubuna, 1231 çocuğun tamamı alınmış ancak okula devamsızlık nedeniyle ancak 1015(%82.5)'ine ulaşılabilmektedir. Bu çocuklardan 14(%1.1)'ünün anket formunda, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri'ndeki bilgilerde eksiklik olduğundan, çalışma dışı bırakılmış ve sonuçta ulaşılan sayı 1001(%81.3) olmuştur. Araştırma kapsamına alınan çocuklara sosyodemografik özellikleri, sosyoekonomik düzeyi, çalışma yaşamı, çalışma ortamında ve çalışma koşullarından kaynaklanan riskleri, alışkanlıklara ilişkin soruları ve Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri'ni içeren anket formu, 15'er kişilik gruplar halinde gözlem altında uygulanmıştır. Çalışmada çocukların kaygı düzeyini saptamak için kullanılan Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, durumluk ve sürekli kaygıyı değerlendirilerek üzere geliştirilmiş, kısa ifadelerden oluşan bir öz-değerlendirme anketidir(10,11,12). Çırakların Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri'nden aldıkları puan ortalamasına, standart sapmanın iki katı eklendiğinde bulunan sayıdan yüksek durumluk ve sürekli kaygı puanı olanlar, çalışma grubunun yüksek kaygılıları olarak belirlenmiştir (11). Çırakların gelir düzeyi ise, 16 yaş altı ve üstü için Asgari Ücret Tespit Komisyonu tarafından 30.12.1999 tarih ve 1999/1 nolu karar ile belirlenen değerler baz alınarak sınıflandırılmıştır(13).

Veriler değerlendirilirken Kolmogorov Smirnov testi ile normal dağılıma uygunluğu araştırılmış ve tüm verilerin normal dağılıma uyduğu tespit edilmiştir. İstatistiksel karşılaştırmalar Student-T testi, Varyans analizi (post hoc olarak Tukey testi) ile yapılmış, korelasyon analizi uygulanmıştır. İstatistiksel olarak anlamlılık düzeyi "0.05" olarak alınmıştır. Ortalamalar "aritmetik ortalama \pm standart sapma" ile gösterilmiştir.

BULGULAR

Çırakların durumluk(DKP) ve sürekli kaygı puanı(SKP) ortalaması sırasıyla 40.0 ± 9.7 puan ve 44.7 ± 9.7 puan olarak bulunmuş olup, DKP ile SKP arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur($p < 0.001$, $r = 0.52$). Çalışmada çırakların 22(%2.2)'sinin durumluk ve 14(%1.4)'ünün sürekli kaygı düzeylerinin, grubun normal sınırlarını aştığı bulunmuştur. Çırakların bazı sosyodemografik özelliklerine göre DKP ve SKP ortalamaları Tablo-I'de verilmiştir.

Çalışmada çırakların 626(%62.5)'sının asgari ücretten daha düşük, 239(%23.9)'ünün daha yüksek aylık ücret aldıkları; 136(%13.6)'sının ise ücret almadan çalıştıkları tespit edilmiştir. 589(%58.8) çırak kazandıkları paranın bir kısmını ailesine verip bir kısmını kendilerinin harcadığını belirtirken, 241(%24.1)'i tamamını ailesine verdiğini, 171(%17.1)'i tamamını kendisinin harcadığını ifade etmiştir. Çırakların bazı sosyoekonomik özelliklerine göre DKP ve SKP ortalamaları Tablo-II'de verilmiştir.

Şu an çalıştıkları işi, çırakların 371(%37.1)'inin kendisi, 630(%62.9)'ünün ise başkaları bulmuştur. Çalışma yaşamı süresince 573(%57.2)'ü hep aynı işyerinde, 285(%28.5)'i aynı iş kolu fakat farklı işyerlerinde ve 143(%14.3)'ü farklı işkolunda çalıştıklarını belirtirken; 885(%88.4)'i işini sevdiğini, 116(%11.6)'sı sevmediğini ifade etmiştir. Çırakların bazı çalışma yaşamı özelliklerine göre DKP ve SKP ortalamaları Tablo-III'de verilmiştir.

Çırakların 630(%62.9)'u ara sıra, 89(%8.9)'u da sürekli fazla mesai yaparken, bunların ancak 173(%24.1)'ü fazla mesai için ek ücret aldıklarını belirtmişlerdir. Çıraklara yıllık izin kullanma durumları sorulduğunda; 803(%80.2)'ünün yıllık izin alamadığını, sadece 198(%19.8)'inin yıllık izin aldığı bulunmuştur. Çırakların 881(%88.0)'i hastalandığında izin alamadığını belirtmiştir (Tablo-IV).

Çırakların bazı alışkanlıklarına ve ÇEM ile ilgili görüşlerine göre DKP ve SKP ortalamaları Tablo-V'de verilmiştir.

Çırakların yaş ortalaması 16.9 ± 1.5 yıl olup, tamamı ergenlik döneminindedir. Anne ve babalarının yaş ortalamaları sırasıyla 40.3 ± 5.3 ve 44.2 ± 6.1 yıldır. Samsun ilinde ortalama 15.7 ± 3.8 yıldır yaşamaktadırlar. Ortalama kişi sayısı çekirdek aile ve geniş ailelerde sırasıyla 5.3 ± 1.3 kişi ve 7.4 ± 2.1 kişidir. Çırakların kendileri de dahil olduğunda, ortalama 4.0 ± 1.5 kardeş ve ailenin

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

ortalama 2.6 ± 1.6 ncı çocuğu oldukları; ailelerinde kendilerinden başka çalışan kişi ve çalışan kardeş ortalamasının sırasıyla 1.8 ± 1.1 kişi ve 1.7 ± 0.9 kişi olduğu bulunmuştur. Çıracıkların çalışmaya başlama yaşı ve toplam çalışmaya süresi ortalaması sırasıyla 13.3 ± 1.6 ve 3.7 ± 1.9 yıldır. Çalışmada çıraklar okula geldikleri gün hariç olmak üzere haftada ortalama 5.7 ± 0.6 gün, günde de 11.0 ± 1.9 saat çalıştıklarını ve günde ortalama 49.5 ± 26.3 dakika dinlenme fırsatlarının olduğunu belirtmişlerdir. Tablo-VI'da çırakların bazı özelliklerinin DKP ve SKP ile ilişkisi verilmiştir.

TARTIŞMA

Çalışmada çırakların DKP ve SKP ortalamasının sırasıyla 40.0 ± 9.7 ve 44.7 ± 9.7 olduğu; DKP ile SKP arasında istatistiksel olarak anlamlı, iyi derecede ilişki olduğu bulunmuştur. Kaynaklarda çocukların durumluk ve sürekli kaygı düzeyini araştıran pek çok çalışma olmasına rağmen, çalışan çocuklarla ilgili çalışmaya ulaşılamamıştır. Yorulmaz(14)'ın tez çalışmasında, yaş ortalaması 14.7 ± 2.0 olan toplam 5100 ortaokul ve lise öğrencisinin SKP'si sırasıyla 41.1 ± 7.8 ve 42.8 ± 8.1 olarak bulunmuştur.

Ruh sağlığı "bireyin kendisiyle, çevresindeki kişilerle ve toplumla barış içinde olması, sürekli denge, düzen ve uyum sağlayabilmek için gerekli çabayı sürdürbilmesi" olarak tanımlanmaktadır. Koruyucu ruh sağlığı ise, "toplumdaki risk gruplarını tanımayı, yardıma gereksinmesi olanlara saptanmasını ve bu bireylere gereken yardımın götürülmesini" amaçlamaktadır(15,16). Ruh sağlığı yönünden ergenlik dönemindekiler ve çalışan gençler risk gruplarındadır. Genç kimlik edinme çabalarını yaşadığı ergenlik döneminde, fizyolojik gelişimine de ayak uydurmaya çalışmaktadır. Diğer yandan çocuk yaşlarda çalışmaya başlanması, ergenlik döneminde çalışma yaşamının içinde bulunulması, çalışma koşulları, bireylerin biyolojik, sosyal ve psikolojik gelişme süreci üzerinde etkili olmakta ve ruhsal durumlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Tüm bu durumlar, bedensel ve ruhsal sağlığı tehdit eden risklere çalışan ergenlerin çalışmayanlardan daha fazla maruz kalmalarına neden olmaktadır(5,8,9).

Farklı kültürlerde, farklı grupları ile yapılan çalışmalar, ergenlerin çok çeşitli ruhsal rahatsızlıklar için risk taşıdığını ve en sık görülen sorunun kaygı olduğunu göstermektedir(7-9,16). Türkiye Ruh Sağlığı Projesi Araştırması'nda, "4-18 Yaş Çocuk ve Gençlerde Davranış Değerlendirme Ölçeği" kullanılarak elde edilen sonuçlara göre; 4-18 yaş grubu çocuk ve ergenlerde kaygı/depresyon sıklığı %2.6 olarak bulunmuştur(16). Kaynaklarda çalışan çocuklar ve ergenlerdeki ruhsal sorunlarla ilgili verilere ulaşılamamıştır.

Çıracıkların %2.2'sinin durumluk ve %1.4'ünün sürekli kaygı düzeylerinin, grubun normal sınırlarını aştığı bulunmuştur. Bu durumun daha detaylı araştırılmasının gerekli olduğu düşünülmektedir. Ülkenin geleceği olan çocuklar ve ergenlerdeki yüksek kaygı, başarıyı olumsuz etkilemesi ve ileride büyük sorunlara yol açması gibi nedenlerle üzerinde titizlikle durulması gereken bir konudur(17). Kaygının kişilik gelişimindeki rolü ve çocuklarda kaygı belirtilerine sık rastlanması, konunun anlaşılması ve ölçülmesinin gerekliliğini gündeme getirmiştir. Çocuklarda kaygı belirtileri normal gelişimsel bir durum olup, belirtilerin bazıları kaygı bozukluğu tanısı almaksızın görülebilmektedir. Kaygı şiddetli ya da yaygın olduğunda, çocukta istenmeyen psikolojik sıkıntılara yol açarak, uyum bozucu hale gelmekte ve müdahale gerektirmektedir. Aksi takdirde çocuk, kaygı belirtilerini yetişkinliğe taşımaktadır(12,16). Reddedici ve küçük düşürücü tutumlar çocukta kaygı ve güvensizlik duyguları geliştirmektedir. Sullivan'a göre, özellikle ergenlik döneminde, ana-baba veya diğer yetişkinlerin alaycı ve küçük düşürücü tutumları çocuk üzerinde yıkıcı etkiler yaratmaktadır. İş ortamından ve çalışma koşullarından kaynaklanan riskler de bireyde kaygı kaynağı olabilmektedir(18). Diğer yandan, ölçülü ve dengeli bir kaygı durumu, yaşamda başarı ve uyum için olumlu katkı sağlamaktadır(17).

Çalışan kızların hem DKP hem de SKP'lerinin, çalışan erkeklerin kaygı puanlarına göre yüksek olduğu, ancak sadece SKP'nda farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Çocukların kaygı düzeyi ile ilgili yapılan bazı çalışmalarda kaygı düzeyi; kızlarda erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olarak bulunurken(19,14,20), bazılarında da her iki cinsiyet arasında fark bulunmamıştır(16,21). Kaygı ve strese verilen tepkilerde cinsiyet açısından farklılıklar olduğu; kızlarda kaygıya 2 kat daha sık rastlandığı, stres ve kaygı durumlarında erkek çocukların daha saldırgan olduğu, kız çocukların stres karşısında daha çok kaygı ve köklünlük gösterme eğilimleri olduğu tespit edilmiştir(16,22). Kızlarda kaygı düzeyinin daha yüksek bulunması; kadınların bu bozukluğa yatkınlıklarının yanı sıra, toplumumuzda kadınların daha fazla sorumluluk ve yük almalarının, erkeklerin kadınlara göre daha fazla tolerans göstermesinin, aile yapısında erkeğe çocukluktan itibaren öncelik verilmesinin etkisi olduğu düşünülmektedir(12,19,20). Özusta(12) ise bu durumu, kızların erkeklere göre korku ve kaygılarını rahatça aktarmalarından kaynaklanabileceği şeklinde belirtmiştir.

Asgari ücretten daha düşük ücret alanların DKP ve SKP incelendiğinde; daha yüksek ücret alanlarınkinden, ücret almadan çalışanların SKP ise, asgari ücretten daha yüksek ücret alanlardan anlamlı yüksek bulunmuştur. Kazandığı paranın bir kısmını ailesine verip, geriye kalanını harcayanların DKP ve SKP, kazandığı paranın tamamını ailesine verenlerden istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunurken; kazandığı paranın bir kısmını ailesine verip, geriye kalanını harcayanların SKP, tamamını kendisi harcayanlardan istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek bulunmuştur. Gelir düzeyi çocukları bir yandan çalışma yaşamına iterken, diğer yandan da kaygıyı artırıcı bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Ekonomik sıkıntılar ailenin huzurunu bozarak bir etkidir. Yoksul ailelerde yetişmenin çocuğun gelişimini önemli ölçüde aksatabileceğine, uyumsuzluk ve ruhsal bozukluklara yol açabileceğine dikkat çekilmektedir. Sürekli ekonomik sıkıntı içinde olma ve üstelik küçük yaşlardan itibaren de bizzat çalışma yaşamının içinde bulunma, çocuğun önceki arkadaşlarıyla kendisini karşılaştırmasına ve kimi şeyleri elde edememesinden dolayı eziklik duymasına neden olmaktadır. Ayrıca ailedeki gelecek korkusunun çocuğa da yansımaları düşünülürse, parasal sorunların çocuğun kişiliğinin gelişiminde ve kaygı oluşumunda önemli bir etken olduğu açıkça görülmektedir(16).

Çalışmada çalıştığı işi kendisi bulanların DKP ve SKP, yaptığı iş başkası tarafından bulunanlara göre düşük olmasına rağmen, istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış; çalışan yer açısından hep aynı işyerinde çalışanlarla, aynı iş kolu fakat farklı işyerinde çalışanların SKP arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Ülkemizde çocuğun işe başlaması ve çalışacağı işe karar verilmesi aşamasındaki temel kararları genellikle aileler vermektedir. Oysa bu dönem kişinin bundan sonraki yaşamındaki zihinsel gelişimini, duygusal ve sosyal davranış modelini, hatta kişiliğinin şekillenmesini sağlayacak ve gününün yaklaşık %70.0'ini geçireceği bir devrenin başlangıcıdır(23,24). Yaşamın bu önemli dönemi hakkında kendi kararını alamayan bireylerde, bu durumun kaygı düzeyini artırabileceği düşünülmektedir.

Tüm dünyada en yaygın biçimde yaşanan duygu durumu olan kaygının sonuçları olumsuz olabilmektedir. Nedenlerinin çok çeşitli olması yüzünden sağaltımı oldukça güç olan kaygı, iş yaşamında verimi etkileyerek kişilerin işgücünü önemli ölçüde azaltan en önemli faktörlerden birisidir. Sürekli kaygı düzeyi yüksek olan bireyler endişeleriyle başa çıkmada yetersiz kalmakta, bu da iş ve sosyal yaşantısını olumsuz etkilemektedir. İşyerinde yaşanan mesleki doyumsuzluk, çocukların işyerini ya da iş kolunu değiştirmesine neden olmakta, bu ise kaygıyı artırıcı bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır(20,25,26).

Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre; fazla mesai yapma, bunun karşılığında ek ücret alma, yıllık izin kullanma ve hastalandığında izin alma gibi bazı haklarının istismarı, çocuklarda kaygı düzeyini artırmaktadır. İK'nun 35. maddesine göre fazla

mesajıye kalanlara ek ücret verilmesi gerekmekte ve İK'nun 49. maddesine göre de işveren çalışanlara ücretli izin vermekle yükümlüdür(27).

Çalışmada sırasıyla DKP ve SKP'nda halen sigara kullananlarla hiç kullanmamışlar arasında; DKP'nda halen içki kullananlarla hiç kullanmamışlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Sigara ve alkol kullananların genellikle özgüvenleri zayıf ve kaygılı kişiler oldukları, yaşamın zorluklarına karşı bu maddeleri kullanarak destek aradıkları bildirilmektedir(28,29). Kaygı yaratan durumlarda sigara içmenin ve alkol kullanmanın psikolojik olarak rahatlama sağlayarak, bireyin o anlık kaygı düzeyini azaltacağı bildirilmektedir. Ancak sigaraya ve alkole başlama sırasındaki kaygı düzeylerinin belirlenmesinin, sigara-alkol-kaygı arasındaki ilişkiyi daha iyi gösterebileceği bildirilmektedir(20). Bu nedenle sigaraya başlama çağında olan ergenlerde kaygının sigaraya başlamada bir risk faktörü olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada kardeş sayısı ile DKP ve SKP arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı; doğum sırası ile DKP arasında negatif iyi derecede ve SKP arasında negatif çok zayıf ilişki olduğu bulunmuştur. Molla(16)'nın tez çalışmasında, doğum sırası büyüdükçe çocukların SKP'nın da arttığı bildirilmiştir. Çocuğun doğum sırası kişilik gelişiminde önemli bir etmendir. İlk çocuk belirli bir süre için ailenin ilgi odağı olmakta ve yeni doğan kardeşlerle bu ilgiyi paylaşmak durumunda kalmaktadır. Ayrıca ekonomik yetersizlikler, anne ya da babanın ölümü durumunda anababanın görevlerinden bir kısmını da üstlenmesi genellikle ilk çocukta beklenmektedir. Bunlar bir yandan bireyin küçük yaşta olgunlaşmasına, diğer yandan da kaygı düzeyinde artmaya neden olabilmektedir(16). Kaygı düzeylerinin çocuğun doğum sırası arttıkça azalması, ilk sıralarda doğan çocukların ailelerinde daha fazla sorumluluk almalarına bağlanabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

ÇEM'e devam eden çırakların sosyodemografik ve çalışma yaşamı özellikleriyle, durumluk-sürekli kaygı düzeylerinin değerlendirildiği bu araştırma sonucunda elde edilen verilere göre; çalışma koşullarındaki oumsuzlukların çocukların kaygı düzeyini artırıcı yönde etkileri olduğu bulunmuştur. Çalışan çocukların sorunları, nedenleri ve çözüm yolları çeşitlilik içermektedir. Çok boyutlu olan bu konuda sorunlara yönelik çözümler devletin, işverenlerin, kitle örgütleri ve meslek kuruluşlarının, ailelerin ve çocukların işbirliği içerisinde ele alınmalıdır.

KAYNAKLAR

1. ILO. IPEC Program Belgesi. Ankara. ILO, 1998.
2. Karabulut Ö. Türkiye'de Çalışan Çocuklar. İstanbul. Friedrich Ebert Vakfı,1996: 6-55.
3. Karabulut Ö. Genç İşçilerin Sorunları ve Çözüm Yolları. Ankara. Türk-İş Eğitim Yayınları No:19, 1999: 9-64.
4. UNICEF: Exploitation of Working Children Including Street Children; Children in Especially Difficult Situations. Urbansection, UNICEF,1986.
5. Bulut İ. Psiko-Sosyal Gelişim. Sanayi Bölgelerinde Çalışan Çocukların Sorunları. Ankara. TİSK,1997: 44-74.
6. DİE. Çocuk İşgücü Anketi Sonuçları-Ekim,1999. Ankara. Devlet İstatistik Enstitüsü Haber Bülteni,1999: Sayı:B.02.1.DİE.0.11.04/906-137.
7. Hocaoglu Ç. Trabzon Çıraklık Eğitim Merkezi Öğrencileri İle Bir Grup Orta Öğretim Öğrencisinin Ruhsal Durumlarının Karşılaştırılması(Uzmanlık Tezi). Trabzon 1998.
8. Çamkuşu B, Sala G, Yıldız AN. Ahi Evran Çıraklık Eğitim Merkezi Son Sınıfla Öğrenim Gören, Oto Yan Sanayinde Çalışan İşçilerin Psikolojik Semptom Dağılımı. V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 12-16.10.1996. İstanbul, 513-517.
9. Yıldız AN. Çocuğun Değeri ve Çocuk Çalıştırılması. Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi 1995; 5(1): 21-25.
10. Ebrinç S. Psikiyatrik Derecelendirme Ölçekleri ve Klinik Çalışmalarda Kullanımı. Klinik Psikiyatrik Bülteni 2000;10(2):109-116.
11. Öner N, Le Compte A. Süreksiz Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. 1. Baskı. İstanbul. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1983: 1-26.
12. Özusta HŞ. Çocuklar İçin Durumlu-Sürekli Kaygı Envanteri Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Türk Psikoloji Dergisi 1995; 10(34): 32-44.
13. Bağdadıoğlu E. Asgari Ücret. Ankara. Türk Eğitim Yayınları No:3, 1999:5-21.
14. Yavuzer H. Çocuk Psikolojisi I. Duyusal ve Toplumsal Gelişim. İstanbul. İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları No:2927. 1982.
15. Sorgun N. Lise 1 ve Lise 3. Sınıf Öğrencilerinin Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması(Uzmanlık Tezi). İzmir 1990.
16. Molla S. Edirne Merkezindeki İlkokul Öğrencilerinde Kaygı Düzeyleri ve Sosyodemografik Özelliklerinin İlişkisi(Uzmanlık Tezi). Edirne 1999.
17. Doğan O. Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Epidemiyolojisi. Doğan O. Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. 1. Baskı. Sivas. Dilek Matbaası, 1995: 41-45.
18. Ök M. 13-15 Yaş Grubu Ortaöğretim Öğrencilerinde Kaygı Düzeyi (Okul Rehberlik Servisine Başvuran ve Başvurmayanlarda Kaygı)(Uzmanlık Tezi). İzmir 1990.
19. Baykan Ö. Lise Öğrencilerinin Mesleki Yönelim ve Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişki(Uzmanlık Tezi). Kocaeli 1998.
20. Yorulmaz F. Edirne Merkezindeki Orta Dereceli Okul Öğrencilerinde Kaygı Düzeyleri ve Bazı Sosyoekonomik Determinantlar(Uzmanlık Tezi). Edirne 1991.
21. Akış N, İrgil E, Pala K ve ark. Genelik Çıraklık Eğitim Merkezi'nde Okuyan Çırakların Çalışma Koşulları ve Sosyal Sorunları. Ulusal İş Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Günleri Bildiri Kitabı, 27-29 Nisan 2001, Bursa, 54-61.
22. Baltaş A, Baltaş Z. Stres ve Başa Çıkma Yolları. 18. Baskı. İstanbul. Remzi Kitabevi, 1998:47.
23. Bulutay T. Türkiye'de Çalışan Çocuklar. Ankara. TC Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü-Uluslararası Çalışma Örgütü, 1995: 1-25.
24. Saran N, Akkayan T. Çalışan Gençliğin İşbaşında Eğitimi. Çıraklık, Kalfalık, Mesleğe Yönelme Sorunları. Ankara. MEB,1988.
25. Avcioğlu S. Kaygı Düzeyi ve Denetim Odağının Bireyin İş Verimi Üzerindeki Etkilerinin Belirlenip Karşılaştırılması(Uzmanlık Tezi). İzmir 1995.
26. Boyacı S. Teknik ve Endüstri Meslek Lisesi Son Sınıf Öğrencilerinin Mesleğe Yönelik Beklenti ve Kaygı Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma(Uzmanlık Tezi). İzmir 1990.
27. Resmi Gazete. İş Kanunu. 01 Eylül 1971.
28. Kulaksızoğlu A. Ergenlik Psikolojisi. 3. Baskı. İstanbul. Remzi Kitabevi, 2000: 206-224.
29. Senemoğlu N. Sanayi Bölgelerinde Çalışan Çocukların Sorunları- Eğitim Sorunları. TİSK Sanayi Bölgelerinde Çalışan Çocukların Sorunları 1997; 22-43.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Tablo-I: Çırağların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre DKP ve SKP Ortalamaları

Cinsiyet	DKP		SKP	
	Ortalama ± SS	p	Ortalama ± SS	p
Kadın (n=127)	40.6 ± 9.4	>0.05	48.3 ± 7.4	t=6.1, <0.001
Erkek (n=874)	39.9 ± 8.9		44.2 ± 7.2	
Doğum Yeri				
Samsun (n=869)	40.1 ± 8.9	>0.05	44.7 ± 7.5	>0.05
Samsun dışı (n=132)	39.4 ± 9.6		44.7 ± 7.3	
Eğitim Durumu				
İlkokul mezunu (n=533)	40.1 ± 8.8	>0.05	45.1 ± 7.1	>0.05
Ortaokul terk (n=184)	39.8 ± 8.8		44.1 ± 7.6	
Ortaokul mezunu (n=177)	40.4 ± 8.7		44.5 ± 7.6	
Lise terk (n=107)	39.1 ± 10.3		43.9 ± 7.7	

Tablo-II: Çırağların Bazı Sosyoekonomik Özelliklerine Göre DKP ve SKP Ortalamaları

Alınan Ücret	DKP		SKP	
	Ortalama ± SS	p	Ortalama ± SS	p
Asgari ücretten daha düşük	41.2 ± 8.4 ¹	F= 3.5, <0.05	44.5 ± 7.1 ³	F=21.6, <0.001
Asgari ücretten daha yüksek	39.7 ± 7.6 ¹		40.9 ± 7.9 ^{3,4}	
Ücret almıyor	41.6 ± 7.0		44.4 ± 7.4 ⁴	
Kazanılan Paranın				
Bir kısmını ailesine verip, geriye kalanını harcıyor	42.1 ± 7.9 ²	F=3.6, <0.05	44.9 ± 7.9 ⁵	F=4.4, <0.05
Tamamını kendisi harcıyor	40.6 ± 8.1		43.0 ± 7.6 ⁶	
Tamamını ailesine veriyor	40.5 ± 8.1 ²		43.4 ± 7.2 ^{5,6}	

1 p<0.05, 2 p<0.05, 3 p<0.001, 4 p<0.001, 5 p<0.05, 6 p<0.05

Tablo-III : Çırağların Bazı Çalışma Yaşamı Özelliklerine Göre DKP ve SKP Ortalamaları

Çalıştığı işi bulan	DKP		SKP	
	Ortalama ± SS	p	Ortalama ± SS	p
Kendisi	39.8 ± 8.6	>0.05	44.8 ± 7.4	>0.05
Başkaları	40.4 ± 9.4		44.6 ± 7.3	
Çalışılan yer				
Hep aynı işyeri	39.7 ± 9.0	>0.05	44.3 ± 7.5 ¹	F=3.2, <0.05
Aynı iş kolu fakat farklı işyeri	40.5 ± 8.9		45.6 ± 6.9 ¹	
Farklı iş kolu	40.2 ± 8.8		44.6 ± 7.7	
Yaptığı işi				
Sevmenler	39.4 ± 8.7	t=5.8, <0.001	44.3 ± 7.3	t=4.9, <0.001
Sevmeyenler	44.4 ± 9.2		47.8 ± 7.2	

1 p<0.05

Tablo-IV : Çırağların Çalışma Koşullarından Kaynaklanan Bazı Özelliklerine Göre DKP ve SKP Ortalamaları

Fazla Mesai	DKP		SKP	
	Ortalama ± SS	p	Ortalama ± SS	p
Arasıra yapanlar	39.9 ± 8.8 ¹	F=3.5, <0.05	44.7 ± 7.2	>0.05
Sürekli yapanlar	42.3 ± 8.8 ^{1,2}		45.6 ± 7.4	
Yapmayanlar	39.5 ± 9.2 ²		44.6 ± 7.7	
Ek Ücret				
Alanlar	38.6 ± 9.5	t=2.3, <0.05	42.7 ± 7.9	t=4.0, <0.001
Almayanlar	40.3 ± 8.9		45.1 ± 7.2	
Yıllık İzin				
Yıllık izin alanlar	38.3 ± 9.0	t= 3.4, <0.01	43.4 ± 7.3	t=3.0, <0.01
Yıllık izin alamayanlar	40.6 ± 8.8		45.1 ± 7.3	
Hastalık İzni				
Alanlar	39.4 ± 8.8	t=6.2, <0.001	44.3 ± 7.3	t=4.2, <0.001
Almayanlar	44.6 ± 8.8		47.3 ± 7.4	

1 p<0.05, 2 p<0.01

Tablo-V : Çırağların Bazı Alışkanlıklarına ve ÇEM ile İlgili Görüşlerine Göre DKP ve SKP Ortalamaları

Sigara	DKP		SKP	
	Ortalama ± SS	p	Ortalama ± SS	p
Kullanan (n=329)	44.2 ± 7.0 ¹	F=10.1, <0.001	45.5 ± 8.0 ³	F=4.1, <0.05
Kullanıp, bırakan (n=38)	40.9 ± 8.1		45.8 ± 6.1	
Hiç kullanmayan (n=634)	41.7 ± 9.8 ¹		39.0 ± 8.4 ³	
Alkol				
Kullanan (n=100)	44.2 ± 9.1 ²	F=12.8, <0.001	45.9 ± 7.4	>0.05
Kullanıp, bırakan (n=15)	40.6 ± 8.1		46.1 ± 8.1	
Hiç kullanmayan (n=886)	39.5 ± 8.8 ²		44.5 ± 7.3	
ÇEM'de eğitim verilmesini				
Yararlı bulanlar (n=910)	39.9 ± 8.9	>0.05	44.7 ± 7.3	>0.05
Yararlı bulmayanlar (n=91)	40.8 ± 9.7		44.9 ± 7.6	
ÇEM'de öğrendiklerini				
İşyerinde uygulayabilenler (n=707)	39.1 ± 8.7	t=4.9, <0.001	43.9 ± 7.3	t=4.8, <0.001
İşyerinde uygulayamayanlar (n=294)	42.1 ± 9.1		46.4 ± 7.2	

1 p<0.001, 2 p<0.001, 3 p<0.05

Tablo-VI: Çırakların Bazı Özelliklerinin DKP ve SKP ile İlişki Durumu

	DKP	SKP
<u>Sosyodemografik Özellikler</u>		
Yaş	$r = 0.06, <0.05$	>0.05
Samsun'da yaşama yılı	>0.05	>0.05
Ailedeki birey sayısı	>0.05	>0.05
Anne yaşı	>0.05	>0.05
Baba yaşı	>0.05	>0.05
Kardeş sayısı	>0.05	>0.05
Kaçıncı çocuk olduğu	$r = -0.70, <0.05$	$r = -0.15, <0.001$
<u>Sosyoekonomik Özellikler</u>		
Çalışan kardeş sayısı	>0.05	>0.05
Çalışan kişi sayısı	>0.05	>0.05
<u>Çalışma Yaşamı Özellikleri</u>		
Çalışmaya başlama yaşı	>0.05	>0.05
Toplam çalışma süresi	$r = 0.09, <0.001$	>0.05
<u>Çalışma Koşullarından Kaynaklanan Riskler</u>		
Haftalık iş süresi	$r = 0.06, <0.05$	>0.05
Günlük iş süresi	$r = 0.06, <0.05$	>0.05
Ara dinlenme süresi	$r = 0.09, <0.001$	>0.05
İşçi sayısı	>0.05	$r = 0.08, <0.01$

ANTALYA KENT MERKEZİNDEKİ 60 YAŞ VE ÜZERİNDEKİLERİN YETİYİTİMİ SIKLIĞI, DERECESİ VE YETİYİTİMİNİN YAŞAMI ETKİLEME DÜZEYİ

ZUHAL GÖKKOCA, LEVENT DÖNMEZ,

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Amaç: Toplumların yaşlanmasıyla birlikte yaşlıların karşılaştıkları sorunlar ön plana çıkmaktadır. Yaşlılardaki yaşam kalitesini belirleyen en önemli değişkenlerden biri ise yetiyitimi durumu veya var olan yetiyitiminin yaşamı ne düzeyde etkilediğidir. Bu çalışmanın amacı Antalya kent merkezinde yaşayan 60 yaş ve üzerindeki kişilerin yetiyitimi sıklığının ve ağırlık derecesinin ve var olan yetiyitiminin yaşamı etkileme düzeyinin belirlenmesidir.

Yöntem: Araştırma evreni içinden küme örnekleme yöntemi ile seçilmiş 840 kişiye Dünya Sağlık Örgütü-Yetiyitimi Değerlendirme Ölçeği (WHO-DAS-II) uygulanmış ve yaşamın altı alanındaki yetiyitimi durumu ölçülmüştür.

Bulgular: Çalışmaya katılanların % 94,3'ünde en az bir alanda yetiyitimi mevcutken, yetiyitiminin en sık görüldüğü alanlar sırasıyla "toplumsal yaşama katılım" (%86,7), "hareket etme/bir yerden bir yere gitme" (%70,2) ve "yaşam faaliyetleri" (%68,8) alanlarıdır. Yetiyitiminin en ağır olduğu alanlar ise: "yaşam faaliyetleri" (50,5 + 32,5 puan), "hareket etme/bir yerden bir yere gitme" (40,6 + 27,0 puan) ve "kendine bakım" (34,2 + 23,4) alanlarıdır. Yetiyitimi alanları arasında: "kendine bakımda yetiyitimi" %90,4 oranında, "hareket etme/bir yerden bir yere gitmede yetiyitimi" %88,6 oranında ve "yaşam faaliyetlerinde yetiyitimi" %58,2 oranında kişinin yaşamına etki etmektedir.

Sonuç: Çalışmadaki yaşlılarda yetiyitiminin en sık olduğu alan, toplumsal yaşama katılım olmakla birlikte, yetiyitiminin ağır olduğu ve kişinin yaşamını etkilediği alanlar "hareket etme" ve "kendine bakım"dır. Yetiyitiminin azaltılmasına yönelik önlemler planlanırken bu durumun da dikkate alınması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: yaşlılık, yetiyitimi, WHO-DAS-II

GİRİŞ

Demografik değişim sürecinde mortalitenin ve doğurganlığın azalması ve artan yaşam beklentisi toplumların çoğunun ve dünya nüfusunun yaşlanmasına neden olmaktadır (1,2). Nüfusun yaşlanması, bütün ülkeler açısından büyük önem taşıyan sonuçlar yaratacaktır (2). Gelişmiş ülkeler yaşlı nüfusun artışına bağlı olarak sosyal, ekonomik ve politik bazı sorunlar yaşamışlardır. Ülkemizin de içinde bulunduğu gelişmekte olan ülkelerde de benzer sorunlarla karşılaşılması kaçınılmazdır. Buna bağlı olarak, artmakta olan yaşlı nüfusun sorunlarının saptanması ve bu sorunlara yönelik önlemler alınması gereklidir.

Yaşlanma, normal, dinamik, kaçınılmaz ve geri dönüşmez bir süreçtir. Sağlıklı yaşlanma ise: minimal fiziksel ve işlevsel kayıp ve maksimum iyi olma hali olarak tanımlanır (1). Bir çok örnekte yaşlanmaya eşlik eden kronik yetiyitimlerinin önlenemez ya da geciktirilebilir nitelikte olduğu görülmektedir. Bu yalnızca tıbbi müdahalelerle değil, daha etkili biçimde olmak üzere toplumsal, ekonomik ve çevresel müdahalelerle sağlanabilir (3).

Yaşlı toplumun, yetiyitiminin önlenmesi, sağlıklı ve üretken kişiler olarak yaşamını sürdürmesiyle yaşam kalitesinin artması sağlanacaktır. Bunun yanında yaşlıların topluma katkıları artacak ve kendilerine sağlanan sağlık ve sosyal hizmetlerin maliyeti de büyük olasılıkla düşecektir. Yirmibirinci yüzyılın en önemli hizmetlerinden biri, yaşlı nüfusun sağlığını, bağımsızlığını ve hareketliliğini sağlamak, bu kesimin hastalıklardan ve yetiyitimlerinden en iyi nasıl korunabileceğini belirlemek olacaktır (2). Bunu yapabilmenin ilk adımı ise yaşlı toplumun yetiyitimi düzeyi ve sıklığının saptanmasıdır.

Bu araştırma, Antalya Büyükşehir Belediyesi sınırları içinde yaşayan 60 yaş ve üzerindeki kişilerde, yaşamın farklı alanlarındaki yetiyitimi sıklığını ve yetiyitiminin yaşamı etkileme düzeyini saptamak amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma Antalya kentinde belediye sınırları içinde yer alan bölgede yapılmış, tanımlayıcı bir araştırmadır. Araştırma bölgesinde, sağlık ocaklarının 1999 yılı yıl ortası nüfus tespitine göre toplam nüfus 584018'dir.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Araştırmanın evreni Antalya Büyükşehir Belediyesi sınırları içinde yaşayan 60 yaş ve üzerindeki kişilerdir. Sağlık ocaklarının 1999 yılı ev halkı tespit fişlerine (ETF) göre 36174 kişiden oluşmaktadır ve toplam nüfus içindeki payı %6.2'dir. Örneklem yöntemi olarak "nüfusa orantılı küme örneklem yöntemi" kullanılmıştır (4). Toplam 120 kümede, her kümede 7 kişi olmak üzere, 840 kişi evlerinde ziyaret edilmiştir. Küme başlangıç noktaları belirlenirken sağlık ocaklarında bulunan Ev Halkı Tespit Fişlerinden (ETF) yararlanılmıştır. Kapısı çalınan her evde yaşayanlara (bu evde yaşlı olsun veya olmasın) daha sonra gidilecek evde altı ay veya daha uzun süredir yaşayan 60 yaş ve üzerinde kişi olup olmadığı sorulmuştur. Eğer bir evde örnekleme alınma koşullarına uygun bir yaşlı yaşıyor ama ilk seferde ulaşılamamışsa, aynı kişi, takip eden günlerde iki kez daha ziyaret edilmiştir. Her üç ziyarette de evde bulunmayanlar araştırılmamıştır. Araştırmaya alınmayanların veya reddedilenlerin yerine aynı kümedeki son adresten devam edilerek kümedeki kişi sayısı yediye tamamlanmıştır. Araştırmaya alınma kurallarına uygun olduğunu tahmin ettiğimiz ama üç kez gidildiği halde ulaşılamayan yaşlı sayısı ise üçtür. Örneklem grubu ile araştırma evreninin karşılaştırılması bulgular bölümündeki Tablo 1'de verilmiştir.

Yaşlılardaki yetiyitiminin saptanması için; bir yetiyitimi değerlendirme ölçeği olan DSÖ-Yetiyitimi Değerlendirme Ölçeği'nin (WHO-Disability Assessment Schedule II) 36 soruluk formu kullanılmıştır. Bu ölçek (WHO-DAS-II) DSÖ tarafından geliştirilmiş bir yetiyitimi ölçeğidir. WHO-DAS-II tıbbi tanıdan bağımsız olarak, bireyin faaliyet düzeyinde ve topluma katılımında olan kısıtlılıkları tespit edebilmek amacıyla geliştirilmiştir. Değerlendirmeye alınacak süre son bir ay olarak seçilmiştir. Bu ölçek, bireyin belli faaliyetleri yaparken ne kadar güçlük çektiğini tespit etmeye çalışmaktadır ve bir çok kültürde ortak olarak önemli sayılan faaliyetleri içeren altı alandan oluşmaktadır. Bunlar 1) anlama ve iletişim kurma, 2) hareket etme ve bir yerden bir yere gitme, 3) kendine bakım, 4) insan ilişkileri, 5) yaşam faaliyetleri, 6) toplumsal yaşama katılım başlıkları altında toplanmıştır. (5,6). WHO-DAS-II'nin uluslararası geçerlilik, güvenilirlik çalışması (7,8), Türkiye'ye uyarlama çalışması ve ülkemizdeki güvenilirlik çalışması yapılmıştır (8). Çalışmamızda; WHO-DAS-II puanı sıfır olanlar "yetiyitimi yok", DAS puanı sıfırdan fazla olanlar ise "yetiyitimi var" olarak sınıflanmıştır.

Araştırmada elde edilen veriler, örnekleme alınan bireylerle yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Anketörün ilk izlenimine göre "iletişimde güçlük çekeceğine inandığı kişilere" Kısa Mental Durum Muayenesi (KMEM) ölçeği uygulanmış ve bu muayeneden 28 puan ve üzerinde skor alanlarda sorular kişinin kendisinden alınan bilgilere göre, 28 puandan daha az alanlarda ise kişinin yakınından (vekiliden) alınan bilgiye göre yanıtlanmıştır.

Veri toplama işlemi için, ilan ve rünek bulunan ve tıp fakültesi, yüksek hemşirelik gibi sağlıkla ilgili fakültelerin öğrencileri arasından seçilen 20 anketör kullanılmıştır. Anketörlere anket formunun nasıl uygulanacağı, yaşlılarla çalışma ve genel etik kurallar üzerine iki iş günü eğitim verilmiştir. Veri toplama işlemi Mayıs 2000'de başlamış ve toplam dört haftada tamamlanmıştır. Veriler bilgisayar ortamına Statistical Package for Social Sciences (SPSS) Sürüm 6.0 programı kullanılarak yüklenmiş, analizlerde SPSS Sürüm 9.0 programı kullanılmıştır.

BULGULAR

Tablo 1'de Araştırma evreni ile örneklem grubunun özellikleri gösterilmektedir. Araştırmaya katılan 840 yaşlının %57.5'u kadın, %42.5'u erkektir ve %34.0'ü 60-64 yaş grubunda, %25.8'i 65-69 yaş grubunda, %23.1'i 70-74 yaş grubunda, %17.0'i 75 ve üzeri yaş grubundadır (Tablo 1).

Araştırmaya katılan yaşlıların %51.8'i apartman dairesinde, %14.8'i müstakil evde, %33.5'i gecekonduda yaşamaktadır. %10.6'sı yalnız yaşamakta, %37.6'sı yalnız eşi ile birlikte ve %27.7'si eşi, çocuğu ve başka bir akraba ile birlikte yaşamaktadır. (Tablo 2). Araştırmaya katılan yaşlıların %39.8'i okur yazar değildir ve %21.1'inin sosyal güvencesi yoktur.

Araştırmaya katılan yaşlılarda yaşamın başlıca altı faaliyet alanındaki yetiyitimli kişi oranı, yetiyitimli olanların oranının en fazla olduğu alandan en az olduğu alana doğru sırasıyla; toplumsal yaşama katılım alanında %86.7, hareket etme ve bir yerden bir yere gitme alanında %70.2, yaşam faaliyetleri alanında %68.8, anlama ve iletişim kurma alanında %65.8, insan ilişkileri alanında %44.5, kendine bakım alanında %34.4 olarak bulunmuştur. Tüm alanlar dikkate alındığında (toplam yetiyitimi) yetiyitimi bulunanların oranı ise %94.3'dür (Tablo 3). Yaşamdaki altı faaliyet alanı ve toplam yetiyitimi için bulunan DAS puanı ortalamaları da Tablo 3'de verilmiştir. En yüksek DAS puanı ortalaması yaşam faaliyetleri alanında (50.5±32.5) bulunmuştur. Daha sonra hareket etme ve bir yerden bir yere gitme (40.6±27.0) ve kendine bakım alanları (34.2±23.4) gelmektedir.

Yaşam alanlarından birinde yetiyitimi olanlarda bu kişilerin yaşamlarının yetiyitimi durumundan ne kadar etkilendiği Tablo 4'de görülmektedir. Yetiyitiminin kişinin yaşamını etkileme sıklığı en fazla olduğu alan kendine bakım olup, bunu hareket etme ve bir yerden bir yere gitme, yaşam faaliyetleri, anlama ve iletişim, toplumsal yaşama katılım ve insan ilişkileri alanları izlemektedir (Tablo 4)

TARTIŞMA

Bulgularımız benzer demografik özellikler gösteren yaşlı toplumlar hakkında fikir verebilir, ancak tüm yaşlı toplumuna genellenirken dikkatli yorumlanması gerekir. Antalya'nın sağlık göstergeleri açısından Türkiye'deki en iyi illerden birisi olduğu (9,10) ve bunun bulguların genellenmesini engelleyeceği göz önünde bulundurulmalıdır. Araştırma verilerinin yaz başlamadan (Mayıs ayı içinde), yani yaşlıların serin bölgelere mevsimlik göçlerine başlamadan toplanması olası örneklem hatasını önleyen bir uygulamadır. Ayrıca bu durum, çok sıcak geçen yaz aylarının yaşlıların sağlığını olumsuz etkilemesini ve bu etkinin verilen yanıtlara yansımaları da engellemiş ve bulgularımızın doğruluğu artmıştır.

Çalışmamızda bir kısım yaşlıya ait bilgilerin vekilden alınmış olması önemli dezavantajlarımızdan biridir. Ancak, vekilden alınan bilgilerin kişilerin kendilerinden alınacak bilgilere göre farklı olması ve araştırma sonuçlarını etkilemesi beklenmesine karşın, yetiyitimi ile ilgili araştırmalarda vekil kullanma durumunda, 65 yaş ve üzerindeki vekil kullanmanın sonuçları etkilemediği bulunmuştur (11). Bununla birlikte vekil kullanılan yaşlı sayısının örneklemin yalnızca %6'sı olması ve bizim çalışmamızdaki vekillerin, görüşülecek yaşlının bakımından sorumlu olan ve gününün iş dışındaki önemli kısmını yaşlı ile birlikte geçiren kişiler olması nedeniyle vekil kullanımının bulguları etkilemediği söylenebilir. Ancak "yetiyitiminin kişinin yaşamını etkileme derecesi" sorgulanırken (Tablo 4) vekil kullanılan yaşlıların (47 kişi) bu değerlendirmeye alınmamış olması nedeniyle, çalışmamızda tespit edilen etkilene derecesinin gerçek durumdan daha az hesaplandığını söylemek yanlış olmayacaktır.

Veri toplama önemli oranda kişilerin kendi ifadeleri kullanılmıştır. Bu yöntemin en önemli sakıncalarından birisi "hatırlama faktörü"dür (12). Yaşlılarda yapılan araştırmalarda bu faktörün etkisi daha fazla olacaktır. Bununla birlikte soruların "son bir ay" gibi kısa süreleri dikkate alacak biçimde sorulmuş olması bu faktörün etkisini çok azaltmaktadır.

Bu araştırmada yetiyitimi ölçeği olarak WHO DAS-II kullanılmış olması yaşamın başlıca altı faaliyet alanı hakkındaki yetiyitimi sıklığı ile ilgili bilgi edinme ve bunların birbirleriyle geçreceli olarak karşılaştırılması olanağını vermiştir. Buna karşılık

daha önceki bir çok çalışmada kullanılan "günlük yaşam aktiviteleri" ölçümleri ile karşılaştırma yapmak olanaklı olmamıştır. Ancak günlük yaşam aktivitelerinin kullanılması bize yetiyitimi puanı hesaplama olanakı vermeyecektir. Çalışmamızda her bir alandaki DAS puanlarının ortalamalarının hesaplanması ile yetiyitiminin ağırlığı hakkında bilgi edinmek mümkün olmuştur. Bunlarla birlikte her bir alan için, yetiyitimi olanlara, var olan yetiyitiminin yaşamlarını etkileme düzeyi sorulması ve yaşlıdaki yetiyitiminin oluşturduğu engellilik durumu hakkında bilgi edinilmesine olanak sağlamıştır. Bir alandaki yetiyitimi olan yaşlı sayısı, ortalama yetiyitimi düzeyi ve bu yetiyitiminin oluşturduğu engel aslında bir arada değerlendirilmesi gereken özelliklerdir (3.13). Böylece yaşlıların kendisi ve toplumu için en fazla yük oluşturan yaşam faaliyeti alanının öncelik sırasını belirlemek ve buna göre koruyucu çalışmalarını ve hizmetlerini planlamak daha kolay ve doğru olacaktır (3.14).

Araştırmaya katılanlar arasındaki sıklık durumu da dikkate alınarak bakıldığında en sık yetiyitimi görülen alanların: toplumsal yaşama katılım, hareket etme ve bir yerden bir yere gitme ve yaşam faaliyetleri olduğu anlaşılmaktadır. Kendine bakım alanı ise yetiyitimi sıklığının en az görüldüğü alandır (Tablo 3). Ancak "toplumsal yaşama katılım" hem DAS puanı yönünden (Tablo 3) hem de kişinin yaşamını etkilemesi yönünden (Tablo 4) en ön plandaki alan değildir. Doğrusuyla yaygın olduğu, ancak hafif ve yaşamı etkilemeyen bir yetiyitimi alanı olduğu söylenebilir. Bu alandaki yetiyitimi olanların içinde bulunduğu durumu bir şekilde tolere edebildiği düşünülebilir. Buna karşılık yetiyitimi sıklığının en az sıklıkta görüldüğü "kendine bakım" alanında yetiyitimi puanının diğer alanlara göre orta düzeyde olmasına rağmen var olan yetiyitiminin kişinin yaşamını en çok etkilediği dikkati çekmektedir (Tablo 3 ve 4). Büyük olasılıkla mortalite hakkında diğer alanlara göre daha fazla önem taşıyan bir alan olması beklenir (15). Ölçekte bu alanda yer alan soruların temel günlük yaşam aktivitelerini içeren sorular olması da bu düşüncemizi destekleyen bir durumdur. Özetle: DAS puanları ve yetiyitiminin yaşamı etkiliyor olma sıklığı dikkate alındığında ilk üç sırayı alan alanlar: hareket etme ve bir yerden bir yere gitme, kendine bakım ve yaşam faaliyetleri olarak söylenebilir. Kendine bakım alanı, diğer iki alana göre daha hafif yetiyitimlerinin yaşamı daha fazla etkilemesi nedeniyle ilk üç içine girmiştir. Yaşam faaliyetleri alanı ise ilk üç alan içinde yetiyitimlerinin daha ağır olduğu alan olması ile dikkat çekmektedir.

İnsan ilişkileri alanındaki durumun diğer alanlara göre daha iyi olması dikkat çeken diğer bir bulgudur. Türk insanının genel olarak doğal ve sıcakkanlı yapısı bu alandaki durumun diğer alanlara göre daha olumlu görünmesinin nedenleri olabilir. Bulunduğu ortamdan ayrılmayanlarda bu alandaki yetiyitiminin daha az olması beklenir.

Antalya kent merkezindeki yaşlılarda yetiyitiminin en sık olduğu alan, toplumsal yaşama katılım olmakla birlikte, yetiyitiminin ağır olduğu ve kişinin yaşamını etkilediği alanlar "hareket etme" ve "kendine bakım"dır. Yetiyitiminin azaltılmasına yönelik önlemler planlanırken bu durumun dikkate alınması yaşlı toplumun yaşam kalitesinin artırılmasında daha etkili sonuçlar elde edilmesini sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Restrepo HE, Rozenal M. The Social Impact of Aging Populations: Some Major Issues. *Social Science&Medicine* 1994;39(9):1323-1338.
2. Dünya Sağlık Raporu 1998 21.Yüzyılda Yaşam Herkes İçin Bir Vizyon. (Çev Ed: Metin B, Akın A, Güngör L.) DSÖ Cenevre 1998.
3. Verbrugge LM, Jette AM. The Disablement Process. *Social Science&Medicine* 1994;35(1):1-14.
4. Bennet S, Woods T, Liyanage WM, Smito DL. A simplified general method for cluster-sample survey of health in developing countries. *World Health Stat Q* 1991; 44:98-106.
5. WHO Assessment, Classification and Epidemiology Group. A Brief Introduction to WHO/DAS-II. Geneva 1999
6. WHO Disability Assessment Schedule II (WHO-DAS II) Interviewer Training Manual. WHO 1999.
7. WHO Classification, Assessment and Survey Group (CAS) 1999. WHO-DAS II Frequently Asked Questions. (<http://www.who.int/icidh/whodas/FAQ.html> 18.10.2000) Geneva 2000.
8. Eraygıral A. Şizofrenide Nörokognitif İşlevler, Belirtiler ve Yetiyitimi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, Tıpta Uzmanlık Tezi Ankara 2000
9. Antalya Sağlık İstatistikleri Yıllığı, T.C. Sağlık Bakanlığı Antalya Sağlık Müdürlüğü. Antalya 1998.
10. Sağlık Bakanlığı (Türkiye), Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Macra International Inc. 1998. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara 1998.
11. Todorov A, Kirchner C. Bias in Proxies' Reports of Disability: Data From the National Health Interview Survey on Disability. *American Journal of Public Health* 2000;90(8):1245-1253.
12. Tezcan S. Epidemiyoloji: Tıbbi Araştırmaların Yöntem Bilimi Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Vakfı Yayını No: 92/1, Ankara 1992.
13. Üstün TB, Chatterji S, Bickenbach JE, Trotter RT, Saxena S. Disability and Cultural Variation: The ICIDH-2 Cross-Cultural Applicability Research Study. In: *Disability and Culture: Universalism and Diversity* (Ed: Üstün TB, Chatterji S, Bickenbach JE et al.). WHO ICIDH-2 Series. WHO 2001.
14. Preventing Disability in the Elderly. WHO Euro Reports and Studies No:65. WHO Copenhagen 1982
15. Guralnik JM, LaCroix AZ, Branch LG, Kasl SV, Wallace RB. Morbidity and Disability in Older Persons in the Years Prior to Death. *American Journal of Public Health* 1991; 81(4):443-447.

Tablo 1: Araştırmanın evreni ve örneklemdeki kişilerin yaşa ve cinsiyete göre dağılımı

Yaş	Örneklem						Araştırma Evreni					
	Kadın		Erkek		Toplam		Kadın		Erkek		Toplam	
	n	%*	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
60-64	157	18,7	129	15,4	286	34,0	6770	18,7	6900	19,1	13670	37,8
65-69	130	15,5	87	10,4	217	25,9	5584	17,4	5820	16,1	11404	31,5
70-74	106	12,6	88	10,5	194	23,1	3290	9,1	3193	8,8	6483	17,9
75+	90	10,7	53	6,3	143	17,0	2502	6,9	2117	5,9	4617	12,8
TOPLAM	483	57,5	357	42,5	840	100,0	18146	50,2	18028	49,8	36174	100,0

*Yüzdeler genel toplama göre hesaplanmıştır.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Tablo 2: Araştırmaya katılan yaşlıların bazı özelliklere göre dağılımı

Demografik özellikler (n=840)	Sayı	Yüzde
Yaşanılan yere ait özellikler		
Oturulan ev tipi		
Apartman dairesi	435	51.8
Müstakil ev	124	14.8
Gecekondu	281	33.5
Yaşanılan ortamın kiminle paylaşıldığı		
Yalnız yaşıyor	89	10.6
Yalnız eşi ile	316	37.6
Eşi ve çocuğu/torunu/annesi ile	232	27.7
Çocuğu/torunu ile	148	17.6
Çocuğunun ailesi ile	43	5.1
Akraba/arkadaş ile	12	1.3
Sosyoekonomik özellikler		
Eğitim durumu		
Okur yazar değil	334	39.8
Okur yazar	157	18.7
İlkokul mezunu	253	30.1
Ortaokul/lise/yüksek okul mezunu	96	11.4
Sosyal güvence durumu		
Sosyal güvencesi yok	177	21.1
Emekli sandığı	167	19.9
SSK	300	35.7
Bağ-kur	157	18.7
Yeşil kart	39	4.6
Medeni durum		
Hiç evlenmemiş	2	0.2
Evli	560	66.7
Ayrılmış	4	0.5
Boşanmış	8	1.0
Eşi ölmüş	266	31.7

Tablo 3: Araştırmaya katılan yaşlıların yaşam alanlarındaki yetiyitimi durumlarına göre dağılımı

Yaşamdaki faaliyet alanları * (n= 840)	Yetiyitimi olanlar		Yetiyitimi olanların ortalama DAS ** puanı
	Sayı	%	
Toplumsal yaşama katılım	728	86.7	27.9 ± 19.1
Hareket etme/bir yerden bir yere gitme	590	70.2	40.6 ± 27.0
Yaşam faaliyetleri	578	68.8	50.5 ± 32.5
Anlama ve iletişim kurma	553	65.8	26.5 ± 22.2
İnsan ilişkileri	374	44.5	25.8 ± 22.6
Kendine bakım	289	34.4	34.2 ± 23.4
<i>Tüm alanlar dikkate alındığında yetiyitimi (toplam yetiyitimi)</i>	792	94.3	23.0 ± 19.9

*Alanlar sıklık sırasına göre sıralanmıştır

**Disability Assessment Schedule (=Yetiyitimi Değerlendirme Ölçeği)

Tablo 4: Araştırmaya katılan yaşlıların arasında yetiyitimi olanların, yetiyitimlerinin yaşamlarını etkileme düzeyleri (n=793) *

Yetiyitimi türü	Yetiyitimi olan kişi sayısı *	Yaşamı etkilenenler	Yetiyitiminin yaşamı etkileme yüzdesi
Toplumsal yaşama katılım	679	539	79,4
Hareket etme/bir yerden bir yere gitme	543	481	88,6
Yaşam faaliyetleri	522	445	85,2
Anlama ve iletişim kurma	506	404	79,8
İnsan ilişkileri	341	235	68,9
Kendine bakım	251	227	90,4

* kendisinden bilgi alınmayıp vekilden bilgi alınanlar bu tabloya dahil edilmemiştir.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Yaşlarımızın %61.9'u huzurevinde arkadaşları ile kalmaktadır. Seçme imkanınız olsaydı nasıl yaşamak isterdiniz sorusuna %46.4' ü evimde eşimle yaşamak isterdim demişlerdir. Gelir durumları incelendiğinde ise %44.3' ünün emekli maaşı aldığı. %23.7' sinin hiçbir gelirinin olmadığı, %13.4' ünün yoksulluk maaşı aldığı tespit edilmiştir.

Yaşayan çocuk sayıları incelendiğinde %44.3' ünün 1-3, %22.7' sinin 4 ve üzerinde çocuğa sahip olduğu görülmüştür.

Günlük yaşam aktivitelerini tek başına gerçekleştiremeyenlerin oranı tablo 6 da gösterilmiştir.

GYA için istatistiksel test uygulandığında sadece yaşla birlikte oda-yatak düzenleme ve çamaşır yıkamada kısıtlılık 75 yaş üstü grupta anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

GYA için cinsiyetler arasında farklı olup olmadığı istatistiksel olarak incelendiğinde; kadınların tek başlarına duş yapma, giyinebilme, idrar kaçırma, alışveriş yapabilmeye, ulaşım araçlarına binebilme, ilaçlarını içebilme, parayı idare edebilme aktivitelerinde kısıtlılık olduğu istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0.05).

Öğrenim durumlarına göre günlük yaşam aktivitelerine bakıldığında; eğitim seviyesi arttıkça telefonla arayabilme, tek başına alışveriş yapabileme, ulaşım araçlarına binme, ilaçlarını kendi alabilme, parasını idare edebilme artmaktadır. İstatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır (p<0.05).

Sigara içenlerin oranı incelendiğinde %28.9' unun sigara içtiği, içenlerin %18.6' sının 20 yıldan daha uzun süredir sigara içtiği, %8.2' sinin bir paket üzerinde sigara içtiği bulunmuştur. Sigara içmeyi bırakan %8.2 (1:8) erkek yaşının 4' ü sağlık sorunları, 2' si doktor tavsiyesi, 2' si diğer nedenlerden dolayı bıraktıklarını ifade etmişlerdir. Erkeklerin kadınlardan daha çok sigara içtiği istatistiksel anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Beslenme alışkanlıkları incelendiğinde %57.7' sinin tuzlu yemediği, %21.6' nın sıvı yağları tercih ettikleri, %25.8' nin unlu ve nişastalı yiyecekleri az yediği, %58.8' inin süt ve süt ürünlerini tükettikleri, %54.6' sının beyaz eti, %70.1' inin baklagil, sebze ve meyve yedikleri tespit edilmiştir.

Çalışmamızda yaşlarımızın %87.6' sının gençliklerinde, %92.8' inin şimdi spor yapmadıkları görülmüştür. Gençliğinde spor yapmayanların çoğunluğunu okuma-yazma bilmeyenler oluşturmaktadır (p<0.05).

Yaşlarımızın sağlık durumlarını nasıl algıladıkları araştırıldığında; %30.9' unun sağlık durumunu iyi bulduğu, %50.5' inin orta düzeyde bulduğu, %18.6' sı kötü olarak değerlendirmişti.

Şu anda doktor tedavisi ve kontrolünde olmanızı gerektiren bir sağlık sorununuz var mı sorusuna, %89.1' i hayır, %30.9' u evet olarak cevaplamıştır. Var olan sağlık sorunları arasında en fazla 12 kişide kardiyovasküler sistem rahatsızlığı, 3'er kişide ise diyabet ve solunum sistemi hastalıkları olduğu saptanmıştır.

Araştırmamıza katılanların ilaç kullanma durumları Tablo-9 gösterilmiştir. Yaşlıların %63.9'u ağrı kesici, %37.1'i vitamin, %28.8'i antiromatizmal ilaçları kullanmaktadır.

Yaşlılarımızın göz sorunlarının varlığı araştırıldığında %11.3' ünün (n=11) göz hastalığı bulunduğu, %58.8' inin görme sorunu olduğu ve bu kişilerden %25.8' inin gözlük kullandığı, %29.9' unun (n=29) ise herhangi bir göz sorununun olmadığı saptanmıştır.

Yaşlılarımızın %53.6' sının kulakları ile ilgili sorunları olduğu saptanmıştır. Kulak sorunları 75 yaş üstü grubunu oluşturan yaşlılarda anlamlı şekilde artmaktadır (p<0.05).

Yaşlıların %52.6' sının protez diş kullandığı, %44.3' ünün dişleri ile ilgili sorunu olduğu, %3.1' inin dişleri ile ilgili sorunu olmadığı görülmüştür.

Tablo-13'de yaşlıların son bir ay içinde yaşadıkları sorunlar gösterilmiştir. 65 yaş altında öksürme problemine rastlanmazken, 75 yaş üzerinde 16 kişide görülmektedir. İdrar kaçırma problemine 75 yaş altında görülmezken, 75 yaş üzerinde 7 kişiye rastlanmıştır.

Yaşlıların cinsiyete göre uyku şikayetlerine bakıldığında kadınlarda %48.7, erkeklerde %50.0 oranında ilk sırada solunum zorluğu nedeni ile uyku şikayetlerinin olduğu görülmektedir. Cinsiyetlere göre diğer uyku şikayetleri arasında benzerlik görülmektedir.

Son bir yılda kaza geçirip geçirmediikleri araştırıldığında; 4 kişinin trafik kazası, 10 kişinin de düştüğü tespit edilmiştir.

Şikayetiniz olmadan yalnızca kontrol için doktora başvurur musunuz? Sorusuna %6.2' si evet, %93.8' i hayır olarak cevap vermiştir.

Yaşlıların, %5.2' si özel doktora, %22.7' si hastaneye, %72.2' si hastalandıklarında kurum doktoruna başvurduklarını ifade etmişlerdir. Geçen yıl ortalama kaç günü hastalık nedeniyle yatağa geçirmek zorunda kaldıkları araştırıldığında 71 kişinin hastalık nedeniyle yatmadığı, 2 kişinin yatağa bağımlı oldukları, 4 kişinin 30 gün yatmış oldukları tespit edilmiştir.

Sağlığınızla ilgili devletten, sağlık bakanlığından, hekimlerden ve diğer sağlık personellerinden beklentileriniz var mı? sorusuna %83.5' i cevaplamazken, %13.4' ü daha fazla ilgi beklediklerini ifade etmişlerdir.

TARTIŞMA

Bu araştırma bir saha çalışması olmadığı için yaşlıların sosyo ekonomik yoksunlukları sosyal inceleme raporları ile belgelenirken, sağlık durumlarının günlük yaşam aktivitelerini yapabilmeye engel olmadığı, sağlık raporu ile kanıtlanmış özel bir gruptan oluşmaktadır.

Araştırmada yaşlıların %57.7' si 75 yaş ve üzerindedir (tablo1). Büyükçeköşkun' nun çalışmasında da 75 yaş ve üzerindeki yaş grubu yüksek çıkmıştır (5). Çalışmamızda okuma yazma bilmeyenlerin oranı %57.7' dir (tablo 4). Yardımcı' nın çalışmasında ise %46 bulunmuştur (8). Eğitim durumundaki bu farklılığın araştırmanın yapıldığı bölgeden kaynaklandığı düşünülmektedir. Huzur evindeki yaşlıların eskiden çalıştıkları mesleklerine bakıldığında ise kadınların %92.3' ü ev hanımı, erkeklerin %50' si çiftçidir (tablo5).

Menteş' in çalışmasında da kadınların her geçen hemen tamamı ev hanımı (%97.2), erkeklerin %35' i işçidir (6). Araştırmamızda kadınların meslekleri Mentesh' inki ile uyum gösterirken, erkeklerin çalışma yüzdesi çiftçilikte daha yüksek çıkmıştır.

Araştırmamızda bu farklılığın nedeni Afyon ilinde tarımcılık ve hayvancılığın yaygın olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Yaşlıların günlük yaşam aktivitelerine bakıldığında %61.9' u alış-veriş %61.9' u çamaşır yıkamayı kendisi yapamamakta ve %70.1' i de ilaçlarını kendi kendine alamamaktadır (tablo6). Yaşlılar en fazla bu aktivitelerini gerçekleştirirken desteğe ihtiyaç duymaktadır. Araştırmamızda bu sonucun çıkması örneklemimizin büyük bir kısmının 75 yaş ve üzerinde olması ve bu grupta fiziksel fonksiyonelliğin azalmasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesinde kadınlarda kısıtlılık erkeklere göre daha yüksektir (p<0.05) (tablo7). Bu bulgu Yardımcı' nın, Gümrak' ın ve Diker' in yaşlılarla ilgili yaptıkları farklı çalışmalarla paralellik göstermektedir (6,8,11). Öğrenim durumlarına göre günlük yaşam aktivitelerine bakıldığında; eğitim seviyesi arttıkça telefonla arayabilme, tek başına alışveriş yapabileme, ulaşım araçlarına binme, ilaçlarını kendi alabilme, parasını idare edebilme artmaktadır (tablo8). Emel' in çalışmasında da

eğitim seviyesi yükseldikçe fiziksel aktivitelerdeki kısıtlılık azalmaktadır(8). Eğitim durumu ile günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır($p<0.05$).

Sigara içmeyenlerin oranı Gümrah'ın çalışmasında %59.6, Yardımcı'nın çalışmasında %45.3 iken çalışmamızda bu oran %62.9 ile daha yüksek bulunmuştur(6.8). Mandıracıoğlu'nun çalışmasında kadınlarda sigara içme oranı %89.6, erkeklerde %75.7'dir(12). Alkollü içki içme oranı çalışmamızda %91.8 bulunurken Gümrah'ın çalışmasında %85.2, Yardımcı'nın çalışmasında %80.3 olarak bulunmuştur(6.8). Eğri'nin çalışmasında da %75.4'ü sigara kullanmıyor, %98.8'ide alkollü içecekler almamaktadır(13). Araştırmamızda sigara içme ve alkollü içecek alma oranları diğer araştırma sonuçları ile benzer bulunmuştur. Yaşlıktan korunmada önemli rol oynadığı kabul edilen sporda çalışma grubumuzun çok seyrek yaptığı bir faaliyettir. Gençliğinde spor yapanların oranı çalışmamızda %12.4 iken Yardımcı'nın çalışmasında bu oran %7.7 bulunmuştur(8). Yaşlıların eğitim düzeyleri yükseldikçe spor yapma davranışlarında artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Fiziksel aktivite yaşlılıkla oluşan bedendeki bazı geriye dönüşsüz değişikliklerin hızını azaltmakta ve yaşam kalitesini arttırmaktadır. Sparta faaliyetler hayatı ayrılmaz bir parçası olmalıdır.

Sağlık durumlarını algılama düzeylerine bakıldığında %50.5'i sağlık seviyelerini orta düzeyde hissettiklerini söylemiş, %89.1'i hekim kontrolünü gerektirecek sağlık sorunu olmadığını belirtmiştir. Sağlık sorunu olanlardan %12.3'ünde kardiyovasküler, %3.0'ında diyabet, %3.0'ında solunum sistemi hastalıkları bulunmaktadır. Büyükoşkun'un çalışmada ise kadınlarda ve erkeklerde ilk sırada kalp damar hastalığı görülürken az bir kısmında diyabet hastalığı saptanmıştır(5). Yaşlıların %63.9'u ağrı kesici, %37.1'i vitamin, %28.8'i antiromatizmal ilaçları kullanmaktadır(tablo9). Eğri'nin çalışmasında da kullanılan ilaçlar arasında ağrı kesiciler ve antiromatizmal ilaçlar ilk sırayı almaktadır(13). Çalışma grubunun %58.8'inin görme, %53.6'sının işitme probleminin olduğu saptanmıştır. Yaşlılarda ortaya çıkan bu problemlerin, yaşla birlikte vücutta gelen fizyolojik gerilemeye bağlı olarak ortaya çıkması beklendik bir sonuçtur(tablo10,11). Diğer yapılan çalışmaların sonuçları ile uyumluluk göstermektedir(6,8,12).

Çalışma grubunun son bir ayda yaşadıkları sorunlar: 59 kişide halsizlik, 54 kişide baş ağrısı, 45 kişide kabızlık, 45 kişide unutkanlık, 30 kişide baş dönmesi sorunları tespit edilmiştir(tablo13).Büyükoşkun'un çalışmasında da benzer sorunlar bulunmuştur(5).

Yaşlıların %50.5'inde uyku ile ilgili şikayetleri bulunmaktadır(tablo14). Literatürde yaşlılarda uyku ile ilgili yakınmaların %35-%52'ye varan yüksek oranlarda görüldüğü bildirilmektedir(14). Uyku bozuklukları yüksek oranlarda psikiyatrik bir bozukluk ile birlikte olduğundan erken tanı ve tedavisi yaşlılıkta verilecek koruyucu hizmetler açısından önemlidir. Dünyada olduğu gibi yaşlı nüfusun artması yaşlılığa özgü çözümlenmesi gereken ekonomik, sosyal, psikolojik sorunları da beraberinde getirmektedir. Toplumda yaşayan yaşlılara sağlık hizmeti sunarak kişilerin sağlıklı ve bağımsız kalması desteklenmelidir. Yaşlıktan korunma ilkelerinin genç yaşlardan itibaren bilinmesi kendine yeten yaşlılığı sağlayacaktır. Bu açıdan ele alındığında yaşlılık, halk sağlığının çok önemli bir konusu olarak ele alınmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1-WHO: Health of the Elderly, tech.rep. Series No. 779, World Health Organization, Geneva, 1989
- 2-United Nations: Problems of the elderly and the aged (unpublished document A/35/130). New York, United Nations, 1980.
- 3- Dünya Çocuklarının Durumu UNICEF Ankara 1994
- 4- 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü
- 5- Büyükoşkun A. Yaşlı Bireyin Sorunları ve Bakım Gereksinimlerinin Saptanması, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Doktora Tezi 1990 Ankara
- 6-Gümrah, (Mentaş) A. Elazığ İl Merkezinde Yaşayan 604 yaş grubundaki yaşlıların sorunları Yüksek Lisan Tezi 1993
- 7-Dirican R., Bilgel N. Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği) Uludağ Üniversitesi Basımevi 1993:453-463
- 8- Yardımcı (Onal) E., Tümerdem Y., Yardımcı O., Huzurevi yaşlılarında mediko-sosyal bir araştırma. İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası: 1996:59:4:79-85
- 9- Türkiye Cumhuriyeti Anayasası Yasa Yayınları 1982
- 10-Huzurevi yönetmeliği 24-11-1984, Sayı18585 R.G
- 11-Diker J., Şeref B., Karataş N. 65 Yaş Üzeri Kişilerde Cinsiyetin Günlük Yaşam Aktiviteleri, Yaşam Kalitesi ve Demografik Değişkenlerle İlişkisi 7.Halk Sağlığı Günleri 11-13Eylül 2001 Eskişehir
- 12-Mandıracıoğlu A. Bornova Eğitim ve Araştırma Bölgesinde 65 Yaş ve Üzeri Popülasyonun Mediko sosyal Sorunlarının Değerlendirilmesi Uzmanlık Tezi İzmir 1992
- 13-Eğri M., Güneş G., Genç M., Pehlivan E. Yeşilyurt İlçesindeki Yaşlıların Sağlık ve Sosyal Sorunları 6.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi İstanbul 2000
- 14.Örnek T., Bayraktar E., Özmen E. Geriatrik Psikiyatri İzmir 1992

Tablo-1: Yaşa Göre Dağılımı

Yaş	n	%
64 ve altı yaş	11	11,4
65-74 yaş	30	30,9
75 ve üzeri yaş	56	57,7
Toplam	97	100,0

Tablo-2: Cinsiyete Göre Dağılımı

Cinsiyet	n	%
1	39	40,2
2	58	59,8
Toplam	97	100,0

Tablo-3: Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

Medeni Durum	n	%
Evlü	8	8,2
Bekar	10	10,3
Dul	73	75,3
Bogarmuş	6	6,2
Toplam	97	100,0

Tablo-4:Cinsiyete Göre Öğrenim Durumu Dağılımı

Cinsiyet	Öğrenim Durumu				Toplam
	Okur yazar değil	İlkokul	Ortaöğretim	Yüksekokul	
Kadın	31 (79,5)	8 (20,5)	-	-	39(100,0)
Erkek	25 (43,1)	24 (41,4)	8 (13,8)	1 (1,7)	58(100,0)
Toplam	56 (57,7)	32 (33,0)	8 (8,2)	1 (1,1)	97(100,0)

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Tablo-5: Cinsiyete Göre Meslek Dağılımları

Cinsiyet	Meslek											
	Evhanımı		Çiftçi		İşçi		Memur		Serbest		Toplamı	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kadın	36	92.3	1	2.6	1	2.6	1	2.6			39	100.0
Erkek			29	50.0	6	10.3	7	12.1	16	27.6	58	100.0
Toplam	36	37.1	30	30.9	7	7.2	8	8.2	16	16.5	97	100.0

Tablo 6: Günlük Yaşam Aktivitelerinde Kısıtlılık Dağılımı

Aktivite	n	%	Aktivite	n	%
Duş	25	25.8	Alışveriş	60	61.9
Soyunma	22	22.7	Düzenleme	33	34.0
Tuvalet	8	8.2	Çamaşır	60	61.9
Sandalye	4	4.1	Ulaşım	37	38.1
Yemek	5	5.2	İlaç	68	70.1
Telefon	36	37.1	Para	47	48.5

Tablo-7: Cinsiyete Göre GYA Dağılımları

Cinsiyet	Duş		Giyinebilme		İdrar		Alışveriş		Ulaşım		İlaç		Para	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kadın	15	38.5	14	35.9	15	38.5	32	82.1	23	59.0	32	82.1	26	66.7
Erkek	10	17.2	8	13.8	11	19.0	28	48.3	14	24.1	36	62.1	21	36.2

Ki-kare $p < 0.05$

Tablo-8: Öğrenim Durumlarına Göre GYA Dağılımları

Öğrenim	Telefon		Alışveriş		Ulaşım		İlaç		Para	
	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet
Okur-Yazar	29	27	45	11	29	27	46	10	34	22
Değil	(51.8)	(48.2)	(80.4)	(19.6)	(51.8)	(48.2)	(82.1)	(17.9)	(60.7)	(39.3)
İlkokul	7	25	13	19	8	24	20	12	11	21
	(21.9)	(78.1)	(40.6)	(59.4)	(25.0)	(75.0)	(62.5)	(37.5)	(34.4)	(65.6)
Ortaöğretim	-	8	2	6	-	8	2	6	1	7
		(100)	(25.0)	(75.0)		(100)	(25.0)	(75.0)	(12.5)	(87.5)
Yüksekokul	-	1	-	1	-	1	-	1	1	-
		(100)		(100)		(100)		(100)	(100)	

Ki-kare testi $P < 0.05$

Tablo-9: İlaç Kullanma Dağılımları

İlaç	Kadın	Erkek	Toplam
Antihipertansif	6	14	20
Antidiabetik	4	7	11
Antiromatizmal	17	11	28
Barsak motilite düzenleyicileri	6	11	17
Kardiyonikler	3	3	6
Mide duodenum koruyucuları	3	3	6
Ağrı kesiciler	27	35	62
Bronkodilatatörler	2	5	7
Vitaminler	13	23	36
Diüretikler	2	2	4
Antipsikotikler	6	8	14
Antidepresan	4	4	8

Tablo-10: Göz Sorunlarının Dağılımı

Göz Sorunları	n	%
Gözlük Kullanan	25	25,8
Göz Hastalığı	11	11,3
Görme Kaybı	32	33,0
Göz Sorunu Yok	29	29,9
Toplam	97	100,0

Tablo-11: Kulak Sorunlarının Dağılımı

Kulak Sorunu	n	%
Yok	45	46,4
Var	52	53,6
Toplam	97	100,0

Tablo-12: Diş Sorunlarının Dağılımı

Diş Sorunları	n	%
Protez	51	52,6
Diş sorunu var	43	44,3
Diş sorunu yok	3	3,1
Toplam	97	100,0

Tablo-13: Son Bir Ayda Yaşadıkları Soruların Dağılımı

Son Bir Ayda Yaşadıkları Sorular	n	Son Bir Ayda Yaşadıkları Sorular	n
Halsizlik	59	Kabızlık	45
İştahsızlık	18	Çok Su İçme	14
Çarpıntı	17	Çok İdrara Gitme	15
Unutkanlık	45	Gece İdrara Gitme	24
Baş ağrısı	54	Damla Damla İdrar Yapma	10
Baş Dönmesi	30	Ağrılı İdrar Yapma	10
Göğüs Ağrısı	11	İdrar Kaçırma	7
Nefes Darlığı	16	Dışkı Kaçırma	6
Öksürük	29	Elde Titreme	15
Balgam	14	Dengesizlik	10
Midede Ağrı,Yanma	24	Eklemler Ağrıları	23
Hazımsızlık	13	Genital Akıntı, Sarkma	3
Zayıflama	10	Bacaklarda Şişlik	18

Tablo-14: Cinsiyete Göre Uykü Şikayetlerinin Dağılımı

Cinsiyet	UYKU															
	Güç Uyuma		Uykudan Uyanma		Az Uyuma		Horlama		Solunum Uyanma		Zorluğuyula		Rahat Uyuma		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kadın	4	10.3	3	7.7	12	30.8			1	2.6	19	48.7	39	100.0		
Erkek	5	8.6	7	12.1	10	17.2	1	1.7	6	10.3	29	50.0	58	100.0		
Toplam	9	9.3	10	10.3	22	22.7	1	1.0	7	7.2	48	49.5	97	100.0		

ÇANKAYA İLÇESİNDE YAŞAYANLARIN YAŞLI BAKIMI KONUSUNDAKİ BAZI DÜŞÜNCELERİ

N. SUBAŞI*, Z. ÖZTEK**

* Uzm. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

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

ÖZET

Çankaya İlçesi'nde Türkiye genelinden daha yüksek oranda yaşlı nüfus yaşamaktadır. Çankaya İlçesi'nde yaşayan kişilerin 1997 nüfus sayımına göre %27.2'si 65 yaş ve üzeri yaş grubundadır. Çankaya İlçesinde 1990 yılı itibarıyla ebeveyn destek oranı % 6.6'ya ulaşmış, 1997'de %8.4'e ulaşmıştır. Bu çalışmada ilçeyi temsil eden 1095 hanede yaşayan 18 yaş üzeri kişilerin yaşlı bakımı ile ilgili bazı düşünceleri saptanmaya çalışılmıştır. Görüşülen kişilerin %70.5'i kendine bakamayacak kadar yaşlanan ebeveyn çocuklarının bakımı ve bakım yerinin yaşlı bireyin kendi evi olması gerektiğini düşünmektedir. Görüşülen kişilerin %45.9'unun anne babası sağdır. Bu kişilerin yaklaşık %85.0'i anne babası yaşlılık nedeniyle bakıma ihtiyaç duyduğunda aile üyelerinin bakım sorumluluğunu üstlenmesi gerektiğini söylemiştir. Ancak bu sorumluluğu sadece kendisi üstlenmeyi düşünenlerin sıklığı yaklaşık %40.0 olarak bulunmuştur. Kendisi yaşlılık nedeniyle bakıma ihtiyaç duyduğunda ise çocuklarının bakımını üstlenmesini isteyenlerin sıklığı %57.7'ye gerilemektedir. Kadının çalışma yaşamına daha çok katılması, çekirdek aile yapısına dönüş, göç gibi nedenler yaşlıların sağlık bakımı ve sosyal hizmet ihtiyacını artırmaktadır. Çankaya İlçesi'nde yaşlı nüfusa yönelik bakım verecek kişilerin düşüncelerinde göz önüne alınarak, bu bölgede yaşlılara yönelik olarak merkezi ve yerel yönetimlerin hizmet planlaması yapması ve sunması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlılık, yaşlı bakımı

GİRİŞ GENEL BİLGİLER

Yaşlanma bireyde fiziksel ve ruhsal yönden gerilemeye neden olan doğal bir süreçtir. Yaşlılıkta bireyler fiziksel ve ruhsal güçlerini bir daha yerine getiremeyecek şekilde zaman içerisinde kaybetmektedirler (1). Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı İkinci Dünya Savaşı sonrası (1945) %3.4 iken, 2000 yılında %5.3'e ulaşmıştır. Yapılan tahminlere göre yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı 2025'te %9.0'a (yaklaşık 9 milyon kişi) ulaşacaktır (2). Nüfusun yaşlanması ile birlikte kronik ve dejeneratif hastalıkların sıklığı da artmaktadır. Yaşlanma ve beraberinde artan kronik hastalıklar bakım ihtiyacı olan bir grubun ortaya çıkmasına neden olmuştur. "Ebeveyn Destek Oranı" bir toplumda bakım verme sorumluluğunun boyutunun gösterilmesi amacıyla kullanılabilecek bir ölçüttür.

$$\text{Ebeveyn Destek Oranı} = \frac{80 \text{ yaş ve üzeri nüfus}}{50-64 \text{ yaş arası nüfus}} \times 100$$

Türkiye'de 1990 yılı itibarıyla ebeveyn destek oranı %7.8'dir. Çankaya'da ise 1990 yılında % 6.6 olan ebeveyn destek oranı 1997'de %8.4'e ulaşmıştır. (3,4).

Gelişmiş sekiz ülkede evde bakılan yaşlı birey yüzdesi %5-17 arasında değişmektedir. Bu kişilere sağlanan bakımın 2/3-4/5 arasında yakınlar ve bakıcılar tarafından sağlanan bakım hizmetleridir. Bu bakımın boyutunu etkileyen temel faktörler arasında

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

bu ülkelerde sosyal ve ekonomik etkenler ile yaşlı bireyin yaşadığı ortamın koşulları gösterilmektedir. Yalnız yaşayan yaşlılar resmi ve özel kuruluşların sunduğu bakım hizmetlerine ailesi ve yakınları ile birlikte yaşayan yaşlılardan daha fazla gereksinim duymaktadırlar.

Yaşlıya bakımda en temel unsur bakım verecek kişilerdir. Meslek dışı veya asıl mesleği evde bakım olan kişilerin büyük kısmı kadındır. Bakım verenler ile ilgili bilinenler azdır. Nolan'a göre İngiltere'de 5.7 milyon kişi bakım vermektedir, her 6 haneden birinde bakım veren bir kişi vardır, bu kişilerin %58'i kadındır, %47'si 45-64 yaş grubundadır (5).

Yaşlı bireyin toplum içinde yaşamasının sağlanması ve bakım maliyetlerinin düşürülmesi şeklindeki ikili yaklaşımın sonucu olarak bakım veren aile üyelerine giderek önem verilmektedir. Çünkü uzun süreli bakım gereksinimi olan bireylerin destekleyici hizmetlerinin % 85'nin aile bireyleri ve arkadaşlarla sağlanabildiği, sadece % 15'nin dışardan talep edilmesi gerektiği görülmüştür (6).

Türkiye'de nüfusun %65.0'i il ve ilçelerde yaşamaktadır (DİE; 1997) (4). 1998 TNSA'na göre kadınların %35'i çalışmaktadır. Türkiye'de ailelerin %79.7'sini çekirdek ailelerin oluşturduğu saptanmıştır (7). 1992 Türk Aile Yapısı Araştırması'na yaşlıların %36.0'sinin çocukları ile yaşadığı, geri kalan %67'sinin ise ayrı yaşadığı saptanmıştır. Sahip olunan çocuk sayısını azaldığı, genç nüfusun öğrenim düzeyinin yükseldiği, kadınlar arasında okullaşma oranının arttığı görülmektedir (8). Bu durum bakım ihtiyacı olanların doğal bakım veren kişisi olarak görülen kadınların, giderek bu işlevlerini gerçekleştirmekten uzaklaştıklarını göstermektedir.

Bu bilgiler ışığında yaşlı nüfusun yoğun yaşadığı Çankaya İlçesi'nde yaşayan kişilerin yaşlı bakımı konusundaki düşüncelerinin belirlenmesi amacıyla bu çalışma gerçekleştirilmiştir.

MATERYAL METOD

Araştırma, Ankara ili Çankaya İlçesi'nde yapılmıştır. İlçede 2000 yılı itibarıyla Ankara Büyükşehir Belediyesi 1995 nümerataj çalışmasına göre 233519 konut bulunmaktadır. Araştırma kesitsel tipte, durum saptamaya yönelik bir araştırmadır. Örneklem biriminin hane olarak seçildiği araştırmada 1200 hanelik örneklem için örnek serimi DİE tarafından bilgisayar ortamında gerçekleştirilmiştir. Örneklem yöntemi olarak "iki aşamalı tabakalı küme örnekleme yöntemi" kullanılmıştır. Araştırma'nın gerçekleştirme boyutu %91.0 olmuştur.

BULGULAR

Araştırma kapsamında ulaşılan hanelerin %64.8'inde (708 kişi) aile fertlerinden aile reisinin eşi ile görülmüştür. Görüşülen kişilerin %13.3'ü 18-24 yaş grubunda, %12.0'si 35-39 yaş grubunda, %31.0'i üniversite ve daha üzeri düzeyde öğrenimlidir (Tablo 1). Araştırmaya katılanların %72.5'ini (792 kişi) ev kadınları, emekliler ve öğrenciler oluşturmaktadır. %10.3'ünün (112 kişi) ise sosyal güvencesi yoktur. Araştırma kapsamındaki hanelerde yaşayanların hanehalkı yapılarına bakıldığında ise %73.4'ünün çekirdek ailelerden oluştuğu görülmektedir. Hanehalkı büyüklüklerine bakıldığında hanelerin %30.1'inde 4 kişinin yaşadığı görülmüştür. Hanelerde ortalama 3.22 kişi yaşamaktadır, standart sapması 1.29, ortanca değeri 3.0, minimum hanehalkı büyüklüğü 1, maksimum 9'dur (Tablo 2). Anketi yanıtlayan kişilerin %45.9'unun anne-babası hayattadır. %20.4'ünün sadece annesi sağ iken %3.8'inin sadece babası sağdır. %29.9'unun anne-babası hayatta değildir. Annesi hayatta olan kişiler anneleri kendine bakamayacak kadar yaşlandığında %42.8 kendisi bakmak istemektedir. Babası hayatta olan ve babanın bakımını üstlenecek kişi sorusuna yanıt veren 533 kişiden babasının bakım sorumluluğunu kendisi üstlenmek isteyen %41.1'dir (Tablo 3). Anketi yanıtlayan kişilerin yaşlılar kendilerine bakamayacak kadar yaşlandığında %57.6'sı kendi evlerinde, %36.5 çocuklarının evlerinde bakılmalıdır şeklinde yanıt vermiştir. Anketi yanıtlayan kişiler, yaşlılar kendilerine bakamayacak kadar yaşlandığında %78.5 çocukları sırayla bakımını üstlenmelidir demiştir (Tablo 4).

Kişiler yaşlandıklarında %57.6 çocukları tarafından, %29.5 bakımevi personeline, %10.9 bir bakıcı tarafından bakılmak istemektedir (Tablo 5).

TARTIŞMA

Çankaya ilçesinde Ankara ilinin, ekonomik yönden en üst düzeydeki kesimlerinin oturduğu semtlerin yanı sıra ülke yönetiminin en üst düzey organları da bulunmaktadır. Çankaya ilçesinde her dört kişiden biri yaşlı gruptadır. Yaşlı nüfusun payının %10'un üzerine çıktığı toplumlar yaşlı olarak kabul edilmektedir (9). Bu durumda Çankaya ilçesinin çok yaşlı bir toplum olduğu düşünülebilir. Araştırmadaki hanelerin %70.7'sinde evin hanımı ile görülmüştür. Ev ortamında, işyerinde ve toplum içinde bakım verenler esas olarak kadınlardır (10). Bu nedenle özellikle evin hanımı ile görüşülmesi hedeflenmiştir.

Gidilen hanlerden %8.2'sinde tek kişi yaşamaktadır (90 kişi). Bu kişilerin %41.1'i (37 kişi) 65 yaş ve üzeri gruptadır. Yalnız yaşayan yaşlılar arasında mortalite yaşamayanlara göre yüksektir (11) Bağımlılığa geçiş döneminin başlangıcı olarak kabul edilen 75 yaş ve üzeri yaşlardaki kişiler en fazla bakım ihtiyacı olan kişilerdir. İlçede toplam nüfusun %8.7'sini oluşturan ve teorik olarak bakım ihtiyacı olan 75 yaş ve üzeri yaşlı bir grup bulunmaktadır. Bu bağlamda görüşülen kişilere yaşlılar kendisine bakamayacak kadar yaşlandığında bakılacağı yer ve bakacak kişi konusundaki düşünceleri de sorulmuştur.

Annesi sağ olanların %85.2'si, babası sağ olanların %84.1'i yaşayan ebeveyn aile içi kişilerin bakım verebileceğini söylemiştir. Anneye bakacak kişi sadece %42.8'i için yanıt veren kişinin yalnız kendisidir. Babanın bakımını üstlenecek aile içi kişiler için verilen yanıtların dağılımına bakıldığında benzer şekilde %41.1 yanıtlayan kişinin kendisidir. Bu durum bu ilçede geniş aile yapısından çekirdek aile yapısına dönmüş olsa bile kişilerin hala ebeveynlerin bakımı konusunda ailelerin ve çocuklarının sorumlu olduğunu düşündüğünü göstermektedir ancak yanıt veren kişilerin bakım sorumluluğunu tek başına üstlenmek istemedikleri de anlaşılmaktadır. Kağıtçıbaşı'na göre geniş aile yapısından çekirdek aileye dönüş sosyal anlamda gerçekleşse bile, ailede maddi ve psikolojik bağımsızlık gerçekleşmeyebilir. Amerikan aileleri için duygusal bağımlılık, rahatsızlık yaratan bir olgu iken, Türk toplumunda aile üyelerinde karşılıklı bağımlılık olağan ve istendik bir durumdur. (12). Türk Aile Araştırması'na göre yaşlıların %63.0'ü kendi evinde oturmaktadır (7). 1998 TNSA'ya göre ise Türkiye'de hanelerin %20.0'sinde en az bir yaşlı vardır (13). Yaşlıların çocukları ile oturma nedenlerinin %38.1'i bakım ihtiyacıdır (13). Türk Aile Araştırması'na göre yaşlıların çocukları ile yaşama sebebi çocukları tarafından %27.1 adet ve geleneklere bağlanmıştır (7). Bu durum Çankaya İlçesi'nde ölümlüdeki dönemde koşullar nedeniyle düşünce ve uygulama arasında farklılıklar olsa bile, ebeveynin bakımını üstlenecek çok sayıda aile bulunduğunu ve bu kişilere yaşlı bakımı konusunda profesyonel destek sağlanması ve bu kişilerin yaşlı bakımı konusunda eğitim ihtiyaçlarının giderilmesi gerektiğini göstermektedir. Türk toplumunda yaşlılara sunulacak hizmetleri için geleceğe dönük planlar yapılırken başta yaşlılar olmak üzere bakım gereksinimi olan kişilerin kurumsal bakımdan çok, toplum içerisinde kendi ortamlarında yaşamalarını sağlayacak olanakların sunulması eğilimi göz önünde tutulmalıdır. Bu eğilim "İsveç Prensi" (Sweden Normalization principle) olarak adlandırılmaktadır. Araştırmaya katılanların kişilerin tümüne yaşlılar kendilerine bakamayacak kadar yaşlandıklarında bakım verilebilecek yer ve kişinin kim olabileceği sorulmuştur. Anketi katılanların %57.6'sı ebeveynlere kendi

evlerinde, bakılabılır şekilde yanıt vermiştir. Yaşlının aile ile beraber yaşamasının yaşlı ve aile için sorun yaratabileceğinin düşünülmesi, yaşlı kişiye ailenin verebileceği artı bir odasının bulunamayabileceği, diğer eşin ebeveynin bakımını üstlenme konusunda farklı düşüncelerinin olabileceği düşüncesi bu cevapların verilmesinde etkili olmuş olabilir. Kişiler yaşlıya bakmak konusunda hala kendilerini sorumlu görürken (%78.5), bu bakımı kendi evlerinde sürdürmek konusunda daha çekimserdiler (%36.5). Bu nedenle gelecek bir dönemde birlikte yaşamamaktan da öte bu bölgede çocuklarının bakımını üstlenmemesi nedeniyle günlük yaşamını sürdürmekte güçlük çeken çok sayıda yaşlı bireyin bulunacağı göz önünde bulundurulması gereken bir olasılıktır. Anketi yanıtlayan kişilerin %57.6'sı çocukları tarafından bakılmayı isterken, %29.5'i bir bakımevinde bakılmayı istemektedir. Anne veya babası sağ olanların yaklaşık %85'lik bölümü ebeveynine çocuğu olarak kendilerinin bakması gerektiğini düşünürken, kendisi yaşlandığında aile içi kişilerce bakılmak isteyenlerin boyutunun %57.7'ye gerilediği görülmektedir. Anketi yanıtlayan kişiler ebeveynlerinin bakımından kendilerin sorumlu görürken, kendi bakımları konusunda ailelerinin sorumlu olmasını istememektedirler.

ÖNERİLER

Yaşlılara yönelik geleceğe dönük planlar yaparken, Çankaya İlçesi'nde yaşayanların bu düşüncelerine uygun hizmet planları yapılması doğru olur. Bu kapsamda yaşlı bakım hizmetlerinde istihdam edilecek profesyonellerin yetiştirilmesine gerek vardır. Evde yaşlı bakımı konusunda çalışacak yardımcı sağlık personeli yetiştirilmesi pek çok kadın için önceki yaşam deneyimleri nedeniyle çalışma yaşamına bir başlangıç olabilir. Ayrıca yarım zamanlı çalışılabilmesi nedeniyle kendi aileleri ile ilgili sorumluluklarını yerine getirme olanakları olabilir (14).

KAYNAKLAR

1. Akaydın M., Kutlu N., 1. Ulusal Yaşlılık Kongresi Bildiriler Kitabı içinde, "Yaşlıların Hazır Giyime Yönelik Sorunları Üzerine Bir Araştırma", s:230-245, Ankara, 10-11 Ekim 2001.
2. Duyar I., Özener B., 1. Ulusal Yaşlılık Kongresi Bildiriler Kitabı içinde, "Nüfus Sayım Sonuçlarına Göre Türkiye'de Yaşlı Nüfusun Değişimi", s:365-374, Ankara, 10-11 Ekim 2001.
3. 1990 Genel Nüfus Sayımı Sonuçları, DİE Yayınları.
4. 1997 Genel Nüfus Sayımı Sonuçları, DİE Yayınları.
5. Nolan M., "Supporting Family Carers in the UK: Overview of Issues and Challenges" British Journal of Nursing, Vol. 10, No 9, s.608-613, 2001
6. Clemen-Stone S., McGuire L. S., Eigsti Gerber D., fifth edition, "Comprehensive Community Health Nursing" içinde s. 630-663, Third Edition, Mosby Year Book, 1998.
7. Atalay B., Kontaş M., Beyazıt S., Madenoğlu K., "Türk Aile Yapısı Araştırması" içinde s. 152-158, Yayın No:DPT:2313-SPGM:421, Nisan 1992.
8. DİE 1991 İstatistik Yıllığı, DİE Yayınları.
9. Erdal R., "Halk Sağlığı Yönünden Yaşlılık", Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Yayını, No. 89/50 Kısa Dizi No. 9, s. 3, Ankara, 1989.
10. "Home Based Long-Term Care", WHO Technical Report Series, 898, World Health Organization, s.: 1-37, 2000.
11. Jakopzone S., "Coping With Aging: International Challenges", Health Affairs, s. 213-225, May-June, 2000.
12. Kağıtçıbaşı Ç., "İnsan Aile Kültürü" içinde s. 49-104, Remzi Kitabevi, 1996
13. "1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması", Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Türkiye İstatistik Yıllığı, s. 14.16, 1999.
14. Özgen Ö., Babackoğlu Y., "Yaşlı, Aile Ve Toplum: Değişen Roller", Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 1(1): s. 44-50, 2001.

Tablo 1: Görüşülen Kişilerin Bazı Sosyocemografik Özellikleri (Çankaya, Haziran 2000)

	Kadın	Erkek	Toplam	
	(n=844)	(n=248)	Sayı	%
	%	%		
<u>Yaş Grubu</u>				
18-24	11.1	20.6	145	13.3
25-29	9.1	7.3	95	8.7
30-34	11.0	6.9	110	10.1
35-39	13.5	6.9	131	12.0
40-44	12.6	8.5	127	11.6
45-49	10.4	13.7	122	11.2
50-54	10.2	7.7	105	9.6
55-59	4.9	6.0	56	5.1
60-64	7.8	6.9	83	7.6
65-69	4.3	6.5	52	4.8
70-74	3.0	1.6	29	2.7
75, +	2.1	7.7	37	3.4
Ortalama=43.0±15.6, Ortanca=42.0, Min=18, Maks=86				
<u>Öğrenim Durumu</u>				
Okuryazar değil	6.8	1.2	60	5.5
Okuryazar	1.2	0.4	11	1.0
İlkokul	26.9	13.7	261	23.9
Ortaokul	11.3	6.5	111	10.2
Lise	27.3	32.7	311	28.5
Üniversite ve üzeri	26.7	45.6	338	31.0

Tablo 2: Hanelerde Yaşayanların Aile Tiplerine ve Hanehalkı Büyüklüklerine Göre Dağılımı (Çankaya, Haziran 2000)

	Sayı	%
	(n=1092)	
<u>Aile Tipi</u>		
Çekirdek	801	73.4
Geniş	84	7.7
Parçalanmış	143	13.1
Bekar	18	1.6
Diğer*	11	1.0
Öğrenci	35	3.2
<u>Hanehalkı büyüklüğü</u>		
1	90	8.2
2	256	23.4
3	270	24.7
4	329	30.1
5	107	9.8
6+	40	3.7
Ortalama= 3.22±1, Ortanca= 3.0, Min=1 Max=929		

*Teyze yeğen, abla kardeş kardeş çocukları, abla erkek kardeş v.b. çocukları, birlikte yaşayanlar....

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Tablo 3: Görüşülen Kişilerden Ebeveynleri Hayatta Olanların Anne-Babası Kendine Bakamayacak Kadar Yaşlandığında Bakım Verebilecek Kişi ve Bakım Verilebilecek Yer Konusundaki Yanıtların Dağılımı (Çankaya, Haziran 2000)

Verilen Yanıtlar	Sayı	%
<i>Annenin bakımını üstlenecek kişi*</i>		
Kendisi	307	42.8
Çocukları sıra ile	276	38.5
Kardeşleri	154	21.5
Bakıcı	56	7.8
Bakımevi personeli	48	6.7
Diğer**	14	1.8
<i>Babanın bakımını üstlenecek kişi *</i>		
Kendisi	220	41.4
Çocukları sıra ile	209	39.3
Kardeşleri	111	20.9
Bakıcı	46	8.6
Bakımevi personeli	34	6.4
Diğer***	12	2.3

* Sorunun bu kısmına birden fazla yanıt verilebilmiştir, yüzdeler satır yüzdesidir.

** Erkek çocukları, hemşire, eşi, kendi bakmak istiyor ancak ekonomik durumu elvermiyor, belediye, huzurevi, hastane, durumu iyi olan çocuğu baksın.

*** Devlet, hemşire, eşi, belediye, huzurevi personeli.

Tablo 4 : Anketi Yanıtlayan Kişilerin Genel Olarak Ebeveynler Kendine Bakamayacak Kadar Yaşlandığında Bakım Verebilecek Kişi ve Bakım Verilebilecek Yer Konusunda Verdikleri Yanıtların Dağılımı (Çankaya, Haziran 2000)

Verilen Yanıtlar	Sayı	%
<i>Ebeveynlere bakılması gereken yer (n=1181)</i>		
Kendi Evleri	613	57.6
Çocuklarının Evleri	389	36.5
Bakımevi	169	15.9
Diğer**	10	0.8
<i>Ebeveynlere bakması gereken kişi (n=1061)*</i>		
Çocukları sırayla	832	78.5
Bakımevi personeli	170	16.0
Bakıcı	150	14.2
Diğer***	14	1.3

* Bu sorulara kişiler birden fazla yanıt verebilmiştir.

** Kendi tercih ettikleri yerde, huzurevi, bir sağlık kuruluşu, rahat edecekleri bir ortamda, hangisi uygunsa, sevgi dolu herhangi bir yerde yanıtları verilmiştir.

*** Devlet, hemşire, yakınları, maddi imkanı varsa bakıcı şeklinde yanıtlar verilmiştir.

Tablo 5: Anketi Yanıtlayan Kişilerin Kendileri Bakamayacak Kadar Yaşlandıklarında Bakımını Üstlenmesini İstedikleri Kişiler Konusundaki Tercihlerinin Dağılımı (Çankaya, Haziran 2000)

	Sayı**	%
<i>Bakımı üstlenecek kişi*</i>		
Çocukları	614	57.6
Bakımevi personeli	314	29.5
Bakıcı	116	10.9
Kendi kendine bakmak istiyor	15	1.4
Eşi	14	1.3
Hiç düşünmedim, Allah bilir	14	1.3
Diğer	34	3.2

* Bu soruya 1066 kişi yanıt vermiştir, yüzdeler sütun yüzdesidir.

** Bu soruya birden fazla yanıt verilebilmiştir.

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DÖNEM VI ÖĞRENCİLERİ İÇİN İŞYERİ HEKİMLİĞİ STAJI

Onur HAMZAOĞLU, Cavit Işık YAVUZ., Çiğdem ÇAĞLAYAN, Mehmet Sarper ERDOĞAN, Nilay ETİLER
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Üretim süreci ve üretim koşulları, sağlığı bozucu birçok etkene sahip olmalarının yanı sıra birçok etkeni de üretmektedir. Bunun için, üretim koşulları, sağlık hizmetlerinin sunumunda ve örgütlenmesinde yer alacak insan gücünün eğitiminde göz ardı edilmemesi gereken ve ihmal edildiğinde telafisi güç pek çok sorunun ortaya çıkmasına neden olabilecek, insan yaşamının büyük bölümünün sürdürüldüğü yerlerdir. Bunun için, tıp eğitimi programının; sağlığı bozan ve bozma potansiyeli taşıyan birçok etkeni üreten üretim süreçlerinin sağlıkla ilişkilerinin bilinmesini sağlamayı öngörerek hazırlanması ve tıp eğitiminin üretim koşullarındaki sağlık birimlerini de kapsamı gereklidir. Bir başka ifadeyle, tıp eğitimi, işin sağlığa etkisini öğretebilmeli ve fabrikalar başta olmak üzere işyerleri tıp eğitiminde eğitim pratiğinin gerçekleştirildiği birimlerden biri olmalıdır.

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde başlatılan işyeri hekimliği stajı, işyeri hekimliğinin birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında özgün bir alan olduğu ve bu alanda görev yapma olasılığı zaman içinde artan hekim adaylarına görev alanlarını mezuniyet öncesi eğitimleri sürecinde tanıtmaya yakın ereğiyle başlatıldı. Bunun için tıp eğitiminin son yılında uygulanan iki aylık Kırsal Hekimlik stajının bir haftalık süresi işyeri hekimliği stajı olarak ayrılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Tıp eğitimi, tıp eğitimi müfredatı, işçi sağlığı, işyeri hekimliği

GİRİŞ

Bilginin, bütünüyle üretimin içindeki uygulamalı ve zihinsel süreçte şekilleniyor olması ile, toplum içinde ve kuşaklar arasında aktarılmasının zorunluluğu, eğitimi insanın ortaya çıkışı ile birlikte gerekli kılmıştır. Bu özelliği ile eğitim insanlık tarihiyle birlikte yaşadığı süreçte, diğer üst yap kurumlarından farklı olarak alt yapının belirlenmesinde daha etkin olabilen sıfatlarla donanmıştır(Hamzaoğlu,1991). Doğal olarak tıp eğitimi de bu süreçte toplumun üretim tarzındaki farklılıklara bağlı olarak değişen dinamik bir süreçtir. Kendi içinde oldukça karmaşık olan bu süreç, iki temel boyutta tanımlanabilir: Birincisi, "nasıl bir insan yetiştirilmek isteniyor?" sorusu ile ilgili olan ve bütün eğitim ve mesleki eğitim süreçlerinin ortak özünü oluşturan boyuttur. İkinci ise, "nasıl bir hekim yetiştirmeliyiz?" sorusu ile ilgilidir(Nalçacı,1994). Tıp eğitiminin ikinci boyutu mezun olacak hekimlerin istihdam edileceği sağlık sistemi ile doğrudan ilişkilidir. Çalışacakları sağlık sistemi içinde var olan ilişkilerin sürdürülmesi ve yeniden üretilmesi başlıca sorumlulukları olacaktır. En azından bu beklentiyle eğitilmekte'dir. Özetle, bir ülkede sağlık hizmetleri hangi gerekçeler ve içerik ile üretilmekteyse tıp eğitimi programları da özünde buna göre şekillenir.

Son yıllarda tıp eğitiminin içeriği ve uygulanma biçimine yönelik olarak çeşitli tartışmalar daha yoğun olarak sürdürülmektedir. Bu tartışmaların ilk bölümü Dünya Tıp Eğitimi Birliği tarafından Ağustos 1988'de yayımlanan Edinburg Deklarasyonu ile sistematik olarak ortaya konmuştur. Edinburg Deklarasyonu'nda tıp eğitiminin; içinde bulunulan toplumun önceliklerini hedeflemesi, fakülte hastanelerinin dışına çıkartılması gerekliliği ile sosyal değerlerin ve mesleki yeterliliklerin de değerlendirilmelerinde göz önüne alınması gerektiği öne çıkan öneriler olmuştur(World Federation for Medical Education,1988). Aynı yıl Kasım ayında, Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) Avrupa Bölgesi koordinatörlüğünde gerçekleştirilen bir toplantıda da benzer konulara vurgu yapılmıştır(The Lisbon Initiative,1989). Gelinen noktada tıp eğitimi programlarının ülkenin sağlık sorunlarını incelemesi ve eğitim sürecinin ülkenin yalnızca üçüncü basamak sağlık kurumlarını değil, birinci ve ikinci basamak sağlık kurumlarını da kapsamamasının hedeflenmesi gerektiği sonucuna varılmıştır(Saçaklıoğlu F., Meral T.,2001).

Hem üretim süreci hem de üretim koşulları sağlığı bozucu birçok etkene sahip olmalarının yanı sıra birçok etkeni de üretmektedir. Bunun için, üretim koşulları, sağlık hizmetlerinin sunumunda ve örgütlenmesinde yer alacak insan gücünün eğitiminde göz ardı edilmemesi gereken ve ihmal edildiğinde telafisi güç pek çok sorunun ortaya çıkmasına neden olabilecek, insan yaşamının büyük bölümünün sürdürüldüğü yerlerdir

Yukarıdaki belirlemeler ışığında yaşama geçirilmesi gereken tıp eğitimi programının; sağlığı bozan ve bozma potansiyeli taşıyan birçok etkeni üreten ve sürekliliğini sağlayan üretim süreçlerinin sağlıkla ilişkilerinin bilinmesini sağlamayı öngörerek hazırlanması ve tıp eğitiminin üretim koşullarındaki sağlık birimlerini de kapsamı gerekliliğidir. Bir başka ifadeyle, tıp eğitimi, işin sağlığa etkisini öğretebilmeli ve fabrikalar başta olmak üzere işyerleri tıp eğitiminde eğitim pratiğinin gerçekleştirildiği birimlerden biri olmalıdır.

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve DSÖ İş Sağlığı Ortak Komitesi işçi sağlığını, "...çalışma koşullarından doğan sağlık bozukluklarının önlenmesi; işçilerin işteki zararlı risklerden korunmaları; işçinin fizyolojik ve psikolojik kapasitesine uygun bir ortama sahip işe yerleştirilmesi, işte sürekliliğin sağlanması ve özetle, işin işçiye uygunluğu" olarak tanımlamaktadır. Bu tanım kapsamında hekimin işyerindeki sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir yeri vardır. İşçi sağlığı kavramı ile birlikte işyeri hekimliği olarak adlandırılan, işyerlerinde işin sağlığa etkileri yönünden hekimlik uygulamaları, özellikle madencilik, imalat alanlarındaki gelişmelerle birlikte yaygınlaşmaya başlamıştır.

İşçi sağlığı koruyucu sağlık hizmetlerini temel alan bir ekip hizmetidir ve hekimler, bu alanın önemli unsurlarındandır. Temel sorumluluğun işverene ait olduğu işçi sağlığında, hekimin becerileri ve ekibi yönetimi işyerinde gerçekleştirilecek işyeri sağlık birimi faaliyetlerinin yürütülmesinde belirleyicidir. Bu anlamda hekim bu alanda hem teorik yeterliliğe sahip olmalı hem de bilgi ve becerilerini deneyimle birleştirebilmelidir(DSÖ 2000).

MEVCUT DURUM

İşçi sağlığı, DSÖ tarafından bir uzmanlık alanı olarak tanımlanmakta ve birçok ülkede de "işyeri hekimliği" ya da "işçi sağlığı" adıyla mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası tıp eğitimi programlarında yer almaktadır. Ancak özellikle mezuniyet öncesi eğitim programlarındaki varlığı genellikle sınırlı saatlerdeki kuramsal dersler şeklinde olmakta, uygulama boyutu ise, fabrika ziyaretlerinden öteye götürülmemektedir (Ribak J ve ark.1997; Hoz de la R.Parker J.E. 1998; Okubo T.1997; Boillat M.A. ve ark. 1997; Werner A.F. 2000).

Türkiye'de var olan yasal düzenlemeye göre sağlık hizmetlerinin nüfusa dayalı olarak, kırsal alanda örgütlenmesi öncelenmiş ve sağlık ocaklarında, bir ekiple birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu hedeflenmiştir. Bu öncelik göz önüne alınarak ülkemizdeki tıp fakültesi son sınıf öğrencileri bir ya da iki aylık bir süre ile sağlık ocaklarında uygulamalı eğitim(staj) yapmaktadırlar.

İlgili yasal düzenlemenin yapıldığı yıllarda(atılmış yılların ilk yarısında) ülke nüfusunun ancak %31,92'si kentlerde yaşamaktayken, bugün 1997 nüfus tespitine göre %65,00'i kentlerdedir(DİE,2000). Kentlerdeki yaşam üretim alanını ve emek

VIII.ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

pazarını doğrudan tarım sektöründen sanayi ve hizmet sektörüne kaydırmıştır. 2002 yılı birinci yarısında toplam istihdamın %19.8'i sanayi sektöründe, %45.6'sı hizmet sektöründe, %30.5'i de tarım sektöründe bulunmaktadır. Ancak tarım sektörünün %48.5'ini ücretsiz aile işçileri oluşturmaktadır(www.die.gov.tr). Türkiye'de sigortalı işçilerin büyük kısmının tarım dışı alanlarda faaliyet gösteriyor olması hem sağlık örgütlenmesinde hem de sağlık çalışanlarının eğitiminde bu durumun göz önüne alınarak bir an önce uygulamaya geçilmesini gerektirmektedir. Çünkü hem sigortalı ve sigortasız bütün çalışanlar hem de aileleri üretim süreçlerinden kaynaklanan pek çok etken nedeniyle nüfusun diğer kısmına göre daha farklı tehlike ve risklerle karşı karşıyadırlar.

Tıp fakültemizin bulunduğu kentte 1997 nüfus tespiti sonuçlarına göre ülke nüfusunun %1.86'sı(DİE, 2000). 2000 yılı çalışma istatistiklerine göre de sigortalı işçilerin %2.77'si yaşamaktadır. Ülkedeki işyerlerinin de %1.8'i bu kentte bulunmaktadır(ÇSGB,2000). Kişi başına GSMH'nin, ülke ortalaması 2847 \$'ı iken, ilimizde 6236\$'dır. Türkiye'nin imalat sanayi üretiminin %12.3'ü Kocaeli'de gerçekleştirilmektedir. Kocaeli'deki imalat sanayininin %31.72'si kimya sanayi, %18.81'i metal ana sanayi, %15.08'i metal eşya sanayi, %12.37'si makine sanayi, %10.46'sı otomotiv sanayi ; e %8.40'ı da elektrikli aletler sanayiden oluşmaktadır(Kocaeli Sanayi Odası,2001). Özetle, Kocaeli Türkiye'de sanayinin yoğun olarak bulunduğu birkaç ilden bir tanesidir.

Bu verilerden hareketle yakın gelecekte ülkemizde olmakla beraber, öncelikle ilimizde tıp eğitiminin birinci basamak sağlık kurumlarını da içerecek şekilde sürdürülmesi kapsamında; tıp öğrencilerinin üretim süreci-sağlık ilişkilerini bilmesi, bu alanda hekimin işyerindeki görev ve sorumluluklarını öğrenmesi ve uygulayabilmesi için, işyeri hekimliği uygulamalarının da yer alması bir zorunluluktur. Aksi durum, tıp eğitimi için uluslararası belgelerle de ortaya konmuş gerekli birçok önerinin uygulanmasını göz ardı eden bir durum yaratacaktır.

AMAC

Tıp fakültemizde başlatılan bu uygulama, işyeri hekimliğinin birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında özgün bir alan olduğu ve bu alanda görev yapma olasılığı zaman içinde artan hekim adaylarına görev alanlarını mezuniyet öncesi eğitimleri sürecinde tanıtmaya yakın ereğiyle başlatıldı. Bunun için tıp eğitiminin son yılında uygulanan iki aylık Kursal Hekimlik stajının bir haftalık süresi işyeri hekimliği stajı olarak ayrılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem altı öğrencileri için işyeri hekimliği stajını uygulamaya başlamadan önce, Aralık 2001 tarihinde çalışmanın üç başlıkta sürdürülmesi kararlaştırıldı. Birincisi dünya örneklerinin saptanması için literatür çalışmasıydı ve Aralık 2001-Mayıs 2002 tarihleri arasında sürdürüldü. İşçi sağlığı eğitiminde, işyeri sağlık biriminde uygulamalı çalışmayı içeren eğitim modelinin mezuniyet öncesi tıp eğitimindeki yerini saptamak amacıyla ülke örnekleri araştırılırken, ülkelerin işçi sağlığı ve eğitimindeki uygulamaları ve yerleri göz önüne alınarak, Avrupa Bölgesi için; İngiltere, İtalya, Almanya, Fransa, Norveç, İsveç, Danimarka, Finlandiya, Polonya, Romanya, Bulgaristan ve Rusya, Amerika Kıtası için; Amerika Birleşik Devletleri, Kanada ve Küba, Uzakdoğu için; Japonya olmak üzere toplam 16 ülke seçilmiş, bu ülkelere ait tıp fakültelerinin tıp eğitimi ve halk sağlığı eğitimi programlarına ulaşılmaya çalışılmıştır. Bu amaçla, internet üzerinden bir tarama gerçekleştirilmiştir. İnternet taraması, aşağıda belirtilen kaynaklardan ilgili ülkelerin tıp fakültelerinin adreslerine ulaşılması ve bu adreslerdeki web sayfalarının incelenmesi ile gerçekleştirilmiştir(www.yahoo.com/education/college_and_university/ colleges and universities; www.asme.org.uk - The Association for the Study of Medical Education; www.chms.ac.uk -CHMS - Council of Heads of Medical Schools; www.med-net.nl-Medical Education and Didactics Network; www.yok.gov.tr)

İnternet taraması sırasında ilgili ülkelerdeki tıp fakültelerinin ulaşılan sayfalarında varsa müfredat elde edilmiş ve müfredatta işçi sağlığı ile ilgili bölüm olup olmadığına bakılmış, bulunanlar ayrıntılı olarak incelenmiştir. Web sayfasında yeterli bilgiye ulaşılamayan fakültelerin halk sağlığı ya da tıp eğitimi ile ilgili bölümlerine, elektronik posta yoluyla mektup gönderilerek; ilgili fakültede işçi sağlığı mezuniyet öncesi eğitim sürecinde işyerinde herhangi bir uygulama olup olmadığı, var olması halinde de ayrıntıları sorulmuştur. Tüm okullara aynı içerikteki mektup gönderilmiştir.

İkinci başlık, Türkiye'deki tıp fakültelerinin uygulamalarının incelenmesidir. Kırksekiz fakültenin web sayfalarına ulaşılarak yurtdışı örneklerde kullanılan kriterle değerlendirme yapılmış, ayrıca konuyla ilgili yayınlanmış araştırmalara ulaşılmaya çalışılmıştır. Üçüncü başlık, yürütülmekte olan literatür çalışmasından elde edilen bilgilerin yanı sıra, İşyeri Hekimlerinin Çalışma Şartları ile Görev ve Yetkileri Hakkında Yönetmelik başta olmak üzere konuyla ilgili mevzuattan ve model uygulamasının ilk aşamasında öğrencilerimizi gönderebileceğimiz deneyimli işyeri hekimlerinin çalışmakta olduğu üç fabrikanın üretim süreci dikkate alınarak İşyeri Hekimliği Staj Dosyası'nın(EK'te sunulmuştur.) hazırlanmasıdır.

BULGULAR

Çalışma kapsamında internet taramasıyla 16 ülkede 283 tıp fakültesi saptanmıştır. Saptanan bu fakültelerden 244'ünün (%86.2) web sayfasına ulaşılmış, 243'üne elektronik posta yoluyla mektup gönderilmiştir (%85.9).

Gerek web sayfalarında var olan programları gerekse elektronik postaya yoluyla gönderilen mektuba verilen yanıtlar değerlendirildiğinde; Avrupa bölgesinde incelenen web sayfalarında toplam 9 sayfada herhangi bir şekilde işçi sağlığı eğitim programına rastlanılmıştır. Bunlardan 3 tanesi İngiltere'de, 1'i İtalya'da, 1'i Norveç'te, 1'i İsveç'te, 1'i Polonya'da ve 2'si Finlandiya'da bulunan tıp fakültesi sayfalarında yer almaktadır. Avrupa bölgesinde işçi sağlığı programında pratik eğitimden söz eden 2 sayfaya rastlanmıştır. Bunlardan biri İtalya Padua Üniversitesi(sayfada pratik eğitimin ayrıntıları verilmemiştir), diğeri de Finlandiya Turku Üniversitesi'dir(sayfada fabrikada 4 saatlik pratik eğitim etkinliğinin yapıldığı belirtilmiştir). Avrupa Bölgesi tıp fakültesi web sayfalarından elektronik posta yoluyla mektup gönderilenlerden 10'unda elektronik posta adres değişikliği ya da farklılığı nedeniyle geri dönmüştür. Bu bölgede elektronik postalara toplam 5 yanıt alınmıştır. Bu yanıtlardan ikisi Finlandiya, ikisi İngiltere, biri Fransa'dandır. Finlandiya'dan gelen yanıtlardan biri Turku Üniversitesi'ndendir ve yukarıda belirtilen bilgiler gönderilmiştir, diğeri ise Kuipoo Üniversitesi'nden gelmiştir ve bir günlük bir işyeri incelemesi olduğu belirtilmektedir. İngiltere'den Aberdeen ve Liverpool Üniversitesi ve Fransa'dan Paris Üniversitesi yanıtlarında pratik eğitim uygulamaları olmadığını belirtmişlerdir.

A.B.D. ve Kanada'da web sayfalarına ulaşılan tıp fakültelerinin 92'sinde mezuniyet öncesi dönemde işçi sağlığına ilişkin herhangi bir uygulamalı programa rastlanmamış olup, 14 tanesinde kuramsal programların olduğu saptanmıştır.

A.B.D ve Kanada tıp fakültelerinde işyeri sağlık biriminde uygulamalı eğitim verildiği saptanan 15 okuldaki eğitim içeriği temel olarak dört özellik göstermektedir. Buna göre eğitim, kuramsal ve klinik ağırlıklıdır ve çoğunlukla 4. sınıfta seçmeli ders olarak müfredatta yer almaktadır. Eğitim programlarında fabrika ziyareti yer alabilmekte ancak bu programlar hiçbir yerde, işyeri sağlık biriminde aktif çalışmayı içermemektedir

Elektronik ortam dışında yürütülen literatür çalışmasında altı ülke örneğine rastlanmıştır: ABD’de bulunan 120 den fazla tıp fakültesinin çoğunda mezuniyet öncesi işçi sağlığı eğitimi didaktik olup, genellikle halk sağlığı ve epidemiyoloji dersleri içinde verilmektedir. Bu dersler 2-4 saati geçmemekte ve genellikle 2. veya 4. sınıflarda okutulmaktadır. Klinik ya da araştırma rotasyonları nadir olup genellikle seçmeli olarak yapılmaktadır. Son zamanlarda NIEHS(National Institute of Environmental Health Sciences), Program Of Academic Awards In OEM(Occupational and Environmental Medicine) ile NIOSH(National Institute for Occupational Safety and Health)’un desteklediği üç özel program yoluyla mesleki ve çevresel sağlık eğitim programlarını artırma çalışmaları bulunmaktadır(Hoz de la R. Parker J.E., 1998).

Tıp eğitimi programında en kapsamlı işçi sağlığı eğitimine sahip olduğu saptanan İsrail’de işçi sağlığı, tıp fakültelerinde mezuniyet öncesi tıp eğitiminden, mezuniyet sonrası programlara kadar tüm düzeylerde ele alınmakta ve mezuniyet öncesi tıp eğitiminde, tıp fakültesi öğrencilerine işçi sağlığı bilgileri öğretimlerinin erken dönemlerinde verilmektedir. Tel-Aviv Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde öğrencilerin ikinci yılda 30 saatlik sağlık eğitimi ve sağlığın geliştirilmesi konularında mesleki ve çevre sağlığı konularına kadar çeşitli başlıklarda kurs aldıkları, 3. ve 4. yıllarda tıbbi giriş kursları niteliğinde eğitim gördükleri ve 5. yılda 5 günlük koruyucu hekimlik kursunda 1 tam günlük fabrika programına katıldıkları belirtilmektedir. Ek olarak işçi sağlığı kliniklerindeki çalışmalara aktif olarak katılarak hastaları görmektedirler. Öğrenciler 6. sınıfta 1 ay süren işçi sağlığı konularında elektif bir program seçebilmekte ve bu programın yarısını kliniklerde yarısını da sahada geçirmektedirler. Tel-Aviv Üniversitesi dışında İsrail’de bulunan diğer üç fakültede(Jerusalem Tıp Fakültesi, Hayfa Tıp Fakültesi ve Beer Sheba Tıp Fakültesi) işçi sağlığı programları daha kısa sürelerde uygulanmaktadır(Ribak J. ve ark, 1997).

Danimarka’da mezuniyet öncesi tıp eğitiminde 100 saatlik işçi sağlığı ve çevre sağlığı programı bulunmaktadır. Kurslar, meslek hastalığı ve sakatlığı olan hastaların klinik uygulamalarına ek olarak sanayi kuruluşlarını incelemek ve işçi sağlığı konularının tartışılmasını içermektedir. Kurstan sonra sınav yapılmaktadır. Öğrenciler işçi sağlığı ve çevre sağlığı ile ilgili konularını içeren rapor hazırlayıp, daha sonra uzmanların rehberliğini ve değerlendirmesini almaktadırlar. Üniversite hastanelerinde bulunan işçi sağlığı kürsüleri hem eğitim hem de hastaların izlenmesiyle ilgililenirler(Netterstrom B.Grandjean P., 1998). Japonya, İsviçre ve Arjantin’de mezuniyet öncesi tıp eğitimi, halk sağlığı programları içerisinde birkaç saatten-30 saate kadar değişik sürelerde ve meslek hastalıkları ile toksikoloji ağırlıklı konulardan oluşan biçimde verilmektedir(Okubo T.,1997; Boillat M.A.,1997; Werner A.F., 2000).

Türkiye’de mezuniyet öncesi tıp eğitiminde işçi sağlığı eğitimi araştıran bilinen en son araştırma 1998 yılı sonunda gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada 42 tıp fakültesinin Halk Sağlığı Anabilim Dalı bulunan yirmidokuz fakültenin yirmiyedisinden anket aracılığıyla veri toplanmıştır. Fakülterin %70’inde üçüncü sınıfta genellikle kuramsal olarak verilen işçi sağlığı derslerinin yanı sıra, 6 fakültede uygulamalara da yer verildiği bilinmektedir. Söz konusu uygulamalar alan gezileriyle sınırlıdır(Ergör A. ve ark.,1999).

Haziran 2002 tarihinde Türkiye’deki tıp fakültelerinin web sayfaları taranarak halk sağlığı ders programlarına ulaşılmaya çalışılmış ancak bunlardan yalnızca 13’ünün müfredatına ulaşılabilmektedir. Ulaşılabilen müfredatlar arasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi’nin Dönem IV’de yürütmekte olduğu Halk Sağlığı ders programı içerisinde 4 saatlik bir “işçi sağlığı uygulaması” olduğu belirtilmektedir. İlgili Anabilim Dalı’na gönderilen elektronik postaya alınan yanıtta göre bu uygulama, bir “elektrometalürji” fabrikasında 20 dakikalık bir görsel sunuyu(video) takiben, teknisyenler eşliğinde fabrikanın gezilmesi ve gezi sonrasında, dört ayrı grup çalışmasının yapılarak tüm katılımcılar ile paylaşılması şeklinde gerçekleştirilmektedir. Grup çalışmalarının konuları: işletmenin krokisinin çizilerek, kroki üzerinde bölümlerin işçi sayıları ve yapılan işlemlerin gösterilmesi, işletmenin genel durum değerlendirmesinin yapılması, işyeri hekimi ile işçi sağlığı uygulamalarının tartışılarak, kayıtların incelenmesi, iş kazalarında uygulanan işlemler ve kayıtların iş sağlığı ve güvenliği uzmanı ile tartışılması olarak belirtilmektedir. Bunun dışında, işçi sağlığı konularında uygulama yaptığı bilinen Halk Sağlığı Anabilim Dalları ile iletişim kurularak kapsamı öğrenilmeye çalışılmış ve hiçbirinde işyeri hekimliği uygulamalarının/stajının olmadığı öğrenilmiştir.

KOCAELİ TIP FAKÜLTESİ İŞYERİ HEKİMLİĞİ STAJI UYGULAMASI:

Ocak-Şubat 2002 dönemi kırsal hekimlik staj grubundaki sekiz son sınıf öğrencisinin üç, üç ve iki kişilik gruplar halinde otomotiv, metal ve lastik alanlarında üretim yapan üç fabrikanın işyeri sağlık birimlerinde bir hafta süreyle başlatılan uygulama halen üçüncü grubun da katılımı ile sürmektedir. Son sınıf öğrencileri kırsal hekimlik stajı için ana bilim dalına geldikleri tarihte üç gün süreyle hem sağlık ocağı ve işyeri hekimliği stajları ile hem de sağlık ocağı ve işyeri hekimliği staj yerlerinde dolduracakları dosyaların içeriği ile ilgili ayrıntılı olarak bilgilendirilmektedirler.

İki aylık dönemin altıncı haftasında işyeri hekimliği staj alanına(fabrikalara) götürülen öğrenciler bir hafta süreyle burada işyeri hekimleri ile tam gün mesai yapmaktadırlar. Bu süre içinde önceden işyeri hekimleriyle de paylaşılan staj dosyası kapsamında: İşyeri sağlık ve güvenlik hizmetlerinin nasıl örgütlendiği, işçi sağlığında hangi ölçümlerin yapıldığı ve nasıl değerlendirildiği, işyerindeki risk etmenleri, işçi sağlığı ve güvenliği ile ilgili mevzuat ile işyerindeki uygulamaların uyumu, işçi sağlığı ve iş güvenliği kurullarının ödev ve yetkileri ile toplantıya katılım, işyeri hekiminin görevlerinin bilinmesi ve yürütülmesi, işyerinde hekimin yetki alanları işveren tarafından hangi kapsamda belirlenmiştir?, işyeri hekimi nasıl atanır?, işyeri sağlık birimindeki sağlık ekibi kimlerden oluşur ve görevleri nelerdir?, meslek hastalıklarına karşı alınacak genel önlemler ve konuyla ilgili mevzuata ulaşılabilecek kaynaklar gibi, özete işyerlerinde hekimin yaptığı bütün işlere ve katıldığı bütün kurullara öncelikle uygulamalı olarak katılmaları sağlanmaktadır. Sorumlu iki öğretim üyesi tarafından iki ayrı yarım gün ziyaret edilerek işyeri hekimlerinin de katılımlarıyla ortak değerlendirmeler yapılmaktadır. Staj bitiminde bütün öğrenciler her bir fabrikadaki bir haftalık faaliyetlerini anabilim dalı öğretmeni görevlilerinin de katıldığı toplantılarda birbirlerine anlatmakta ve uygulamayı tartışmaktadırlar.

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde son sınıfta uygulanmaya başlanan işyeri hekimliği stajı; sağlığı bozan etkenlerin üretildiği alanların tıp eğitimi içerisinde öğrenciler tarafından görülmesini, birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında özgün bir alan olarak, sağlık sektörü dışından meslek sahiplerinin de katılımıyla oluşan ekip tarafından yürütülen işyeri sağlık hizmetlerinin yerinde ve uygulanarak öğrenilmesini sağladığı ölçüde hedefine ulaşmış olarak değerlendirilecektir. Hedeflere ulaşıldığı görüldükten sonra ülkemiz tıp eğitiminde yer alması önerilecektir.

KAYNAKLAR

1. Hamzaoğlu O. (1991). Dünyada ve Türkiye’de Hekimlerin Mezuniyet Sonrası Eğitimi ve Türkiye İçin Öneriler. Uzmanlık Tezi, Ankara, GATA Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
2. Nalçacı E. (1994). Tıp Eğitiminin Eleştirisi ve Yeni Tıp Eğitimi Çalışmalarında Yöntem Sorunu. Toplum ve Hekim, 9 (59): 21 - 24. Ocak - Şubat.
3. World Federation for Medical Education (1988), “Edinburg Declaration, Report of World Conference on Medical Education”, Edinburg.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

4. The Lisbon Initiative (1989), Annals of Community Oriented Education, 2(July): 114-115.
5. Saçaklıoğlu F., Türk M.(2001); Topluma Yönelik-Topluma Dayalı Tıp Eğitimi Neden ve Nasıl?. Toplum ve Hekim. 16(3): 181-187.
6. DSÖ Avrupa Çevre ve Sağlık Merkezi (2002), Avrupa'da İş Hekimliği: Kapsam ve Yeterlilikler. Nisan, Ankara, Türk Tabipleri Birliği.
7. Hoz de la R. Parker J.E. (1998), Occupational and environmental medicine in the United States. Int. Arch. Occup. Environ. Health, 71:155-161
8. Ribak J. Lerman Y. Froom P. (1997), Occupational health in Israel. Int. Arch. Occup. Environ. Health, 70:73-6
9. Netterstrom B. Grandjean P. (1998), Occupational and environmental medicine in Denmark. Int. Arch. Occup. Environ. Health, 71:3-6
10. Okubo T. (1997), The present state of occupational health in Japan. Int. Arch. Occup. Environ. Health, 70:148-152
11. Boillat M-A. Guillemin M. P. Savolainen H. (1997), The present state and practice of occupational health in Switzerland. Int Arch Occup Environ Health, 70 : 361-364
12. Werner A.F. Occupational health in Argentina. Int. Arch. Occup. Environ. Health(2000), 73: 285-289
13. www.die.gov.tr, 06.06.2002.
14. DİE(2000), Türkiye İstatistik Yıllığı 1999.
15. ÇSGB(2000), Çalışma Hayatı İstatistikleri 1999, Ankara.
16. Kocaeli Sanayi Odası (2001), Ekonomik Krizin Kocaeli Sanayine Yansımalarını Ölçme Çalışması, Yayınlanmamış Rapor. Kocaeli.
17. Ergör A., Demiral Y., Kıran S. (1999), Türkiye'deki Tıp Fakültelerinde İş Sağlığı Eğitimi: Bir Durum Saptama Çalışması. Toplum ve Hekim. 14(2): 93-95.
18. <http://www.yahoo.com/education/college-and-university/colleges-and-universities>
19. <http://www.asme.org.uk> (The Association for the Study of Medical Education)
20. <http://www.chms.ac.uk> (CHMS - Council of Heads of Medical Schools)
21. <http://www.med-net.nl> (Medical Education and Didactics Network)
22. <http://www.yok.gov.tr>.

Tablo-1: Mezuniyet öncesi tıp eğitimi müfredatlarında işyeri hekimliği stajına ilişkin internet tarama sonuçları

BÖLGE / ÜLKE	İNTERNETTE SAPTANAN OKUL SAYISI	%	WEB SAYFASINA ULAŞILAN OKUL SAYISI	%	E-POSTA GÖNDERİLEN OKUL SAYISI	İŞYERİ SAĞLIK BİRİMİNDE UYGULAMASI OLAN OKUL SAYISI
A.B.D	125	44,2	116	47,5	115	15
Kanada	16	5,7	15	6,1	15	3
Japonya	8	2,8	7	2,9	7	Bilgi sağlanamadı
Küba	-	-	-	-	-	Bilgi sağlanamadı
Avrupa	134	47,3	106	43,4	106	2
TOPLAM	283	100	244	100	243	20

KAHRAMANMARAŞ'TA ÇALIŞAN HEKİMLERDE MESLEKSEL TÜKENMİŞLİK DÜZEYİ VE BAZI KİŞİSEL ÖZELLİKLERLE İLİŞKİSİ

Hasan EKERBİÇER*, Mustafa ÇELİK**, Murat ARAL***, Resul BUĞDAYCI****

*KSÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı, **Aile Hekimliği, *** Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji AD.

**** Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

ÖZET

Tükenmişlik, insanlarla birebir ilişkisinin kaçınılmaz olduğu meslek grupları için önemli bir sağlık sorunudur. Bu çalışmanın amacı Kahramanmaraş ilinde çalışan hekimlerin mesleki tükenmişlik düzeylerini standart bir test (Maslach Tükenmişlik Ölçeği) kullanılarak ortaya koymak ve tükenmişlik düzeyine etkisi olabilecek kişisel etmenleri değerlendirmektir. K. Maraş il merkezi, ilçeler ve köylerde çalışan toplam 451 hekimden 317'sine ulaştırıldı. 317 hekimden en az 1 yıldır ilde çalışan ve gönüllü olan 243'ü (%76.6) anket formlarını doldurdu. Tüm grubun tükenmişlik alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamaları Duygusal Tükenmişlik için 14.0±6.6 SS, Duyarsızlaşma için 4.8±3.3 SS ve Kişisel Başarı Duygusu için 22.3±4.5 SS olarak bulundu. Hekimlerin Duygusal Tükenmişlik, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı Duygusu alt ölçeklerinden aldıkları puanların cinsiyet, yaş gruplarına, medeni durum ve yerleşim yerine göre yapılan karşılaştırmalarda göre karşılaştırmalarda anlamlı bir fark bulunamadı (p>0.05). Sağlık sektörü gibi, insan ilişkilerinin yoğun olduğu hizmet sektörlerinde kalite ve verimlilik düzeyinin korunması/artırılması amacıyla benzer çalışmaların yapılması ve sonuçlarından uygulamada faydalanılması gerektiği görülmüştür.

Anahtar Sözcükler : Kahramanmaraş, hekimler, mesleki tükenme, Maslach Tükenmişlik Ölçeği

GİRİŞ

Ülkemizde hekimlik, özellikle son yıllarda, mesleğin statüsündeki olumsuz değişikliklere ekonomik sorunların da eklenmesiyle çekiciliğini yitirmiş, adeta bu mesleği icra edenler için bir külfet haline gelmiştir. Hekimlik mesleğinin her ülke hekimliği için geçerli olan risklerine ülkemize has sorunların da eklenmesiyle, Türk hekiminin psikolojik yükü önemli ölçüde artmaktadır. Bununla birlikte hekimlerin çalışma koşulları bölgelere göre farklılıklar gösterebilmektedir.

Maslach'ın tanımına göre tükenmişlik, insanlarla sürekli birebir ilişki içinde olanlarda yineleyen duygusal baskı sonucu ortaya çıkmaktadır. Tükenmişliğin 3 bileşeni vardır: duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma (depersonalizasyon), kişisel başarı duygusunda azalma. *Duygusal tükenmişlik*, bireyde yaşam enerjisinin azalması ve bireyin emosyonel kaynaklarının tükendiği duygusuna kapılmasıyla karakterizedir. *Duyarsızlaşma*, bireyin hizmet verdiği kişileri insan gibi değil de bir nesne gibi görmesi ve bu şekilde davranması olarak tanımlanabilir. *Kişisel başarı duygusunda azalma* ise iş gereği kurulan kişisel ilişkilerde yeterlilik ve başarı duygusunda azalma ile kendini gösterir. (1-3)

Tükenmişlik, insanlarla birebir ilişkinin kaçınılmaz olduğu meslek grupları için önemli bir sağlık sorunudur. Bugüne kadar yapılmış çalışmalarda, insanlarla yüzyüze ilişkinin üst düzeyde seyrettiği sağlık sektöründe, özellikle hekimlerin ve hemşirelerin ciddi oranda mesleki tükenmişlik riski taşıdığı belirtilmiştir. Maslach'a göre tükenmişlik kişilik defektlerinden çok olumsuz sosyal çevre şartları sonucu ortaya çıkmaktadır. Bununla birlikte kendine güven eksikliği, isteksizlik, sabırsızlık ve tahammülsüzlük gibi bazı kişisel özellikler de tükenmişlik açısından önemli görülmektedir. Akut krizlerden çok kronik stres ve iş gereği sürekli insanlarla ilişki içinde olmak tükenmişlik düzeyini artırmaktadır.(4-7)

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı, Kahramanmaraş ilinde çalışan hekimlerin mesleki tükenmişlik düzeylerini standart bir test (Maslach Tükenmişlik Ölçeği) kullanarak ortaya koymak ve tükenmişlik düzeyine etkisi olabilecek kişisel etmenleri değerlendirmektir.

YÖNTEM

Bu çalışma 2001 yılı Mart ayında K.Maraş ilinde çalışan hekimlerde "Hekimlerde Çalışma Yaşamı Araştırma Formu I ve II" adlı 2 ayrı anket formu kullanılarak gerçekleştirilmiş olan kesitsel bir çalışmadır. Anketler ön denemenin ardından K.Maraş Tabip Odası görevlileri tarafından il merkezi, ilçeler ve köylerde çalışan toplam 451 hekimden 317 sine ulaştırıldı. 317 hekimden en az 1 yıldır ilde çalışan ve gönüllü olan 243'ü (%76.6) anket formlarını doldurdu. Mersin ve K.Maraş Tabip Odaları tarafından geliştirilen 1. form hekimlerin sosyo-demografik özelliklerini, Tabip Odası'na ve mesleki sorunlara bakışlarını sorgulayan 45 sorudan oluşmaktaydı. İkinci formda mesleki tükenmişliği ölçmek amacıyla hazırlanmış ve Türkiye'ye uyarlanmış olan Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) kullanıldı. Ölçek, toplam 22 soru içeren 3 alt ölçekten oluşmaktaydı: Duygusal Tükenme (DT), Duyarsızlaşma (D), Kişisel Başarı Duygusu (KBD).

İstatistiksel analizlerde T-testi, Mann-Whitney U testi, ANOVA, Kruskal-Wallis testi, Pearson ve Spearman korelasyon analizi ve lojistik regresyon kullanıldı. Tükenmişlik düzeyinin belirleyicileri olabileceği düşünülen bağımsız değişkenler olarak yaş, cinsiyet, medeni durum, hekimin çalıştığı kurum, yerleşim yeri, ünvanı ve muayenehane sahibi olup olmaması alındı. Hekimlerin her 3 alt ölçekten aldıkları puanlar bağımlı değişkenler olarak kabul edilip ayrı ayrı incelendi. Her alt ölçeğin bağımsız değişkenlerden etkilene düzeyleri yukarıda adı geçen istatistiksel analiz yöntemleriyle incelendi.

BULGULAR

Çalışmaya katılan hekimlerin 202'si erkek (% 82,8) 38'i bayandı (% 15,6). Grubun yaş ortalaması $36,3 \pm 9,2$ SS idi (min: 23, maks: 68).

Tüm grubun tükenmişlik alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamaları DT için $14,0 \pm 6,6$ SS, D için $4,8 \pm 3,3$ SS ve KBD için $22,3 \pm 4,5$ SS olarak bulundu.

Hekimlerin DT, D ve KBD alt ölçeklerinden aldıkları puanların yaş gruplarına göre karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis testi kullanıldı ve anlamlı bir fark bulunamadı ($p > 0,05$). Cinsiyet, medeni durum ve yerleşim yerine göre yapılan karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi kullanıldı ve hekimlerin MTÖ alt ölçeklerinden aldıkları puanların bu değişkenlere göre anlamlı farklılık göstermedikleri saptandı ($p > 0,05$).

Hekimlerin ünvanlarına ve muayene sahibi olup olmamalarına göre DT puanları t-testi, D ve KBD puanları Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldı ve gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamadı ($p > 0,05$). Kurumlara göre yapılan karşılaştırmada ise Kruskal-Wallis testi kullanıldı ve gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamadı ($p > 0,05$).

Yukarıda uygulanan testlerle her bağımsız değişkenin DT, D ve KBD puanlarına olan etkileri ayrı ayrı analiz edildi ve bir fark bulunamadı. Bir sonraki aşamada değişkenlerin birbirlerine ve bağımlı değişkenler üzerindeki olası karıştırıcı etkilerini ortadan kaldırmak amacıyla lojistik regresyon analizi uygulandı. Analiz öncesinde bağımlı değişkenler Türkiye normlarına göre dikotomize edildi. DT ve D'de yüksek puanlar olumsuz, KBD'de olumlu olarak kodlandı. Bağımsız değişkenler korelasyon analizi ile değerlendirildikten sonra sadece yaş, cinsiyet, ünvan ve muayenehane değişkenleri analize dahil edildi. Analiz sonucunda elde edilen tüm odds oranlarının (OO) %95 güven aralıkları (GA) 1'i içeriyordu ve p değerleri 0.05'den büyüktü. Sonuçlar Tablo 3'de verilmiştir.

TARTIŞMA

MTÖ'de ideal sonuç, olumsuz sorulardan oluşan alt ölçeklerden (DT ve D) 0 puan ve olumlu sorulardan oluşan alt ölçekten (KBD) 32 puan alınmasıdır. Bu gözle grubun puan ortalamalarına baktığımızda ideal sonuçlardan belli ölçülerde uzaklaştığımızı görmekteyiz. Bununla birlikte, sonuçları ilkemizde yapılmış diğer çalışmalarla karşılaştırdığımızda Kahramanmaraş'ta çalışan hekimlerin görece olarak daha avantajlı olduklarını söylemek mümkündür.(1, 8, 9)

Gerek alt ölçek puanları ve kişisel özellikler arasındaki etkileşimlerin tek tek değerlendirildiği analizlerde, gerek tüm bağımsız değişkenlerin alt ölçek puanlarına etkilerinin birlikte değerlendirildiği lojistik regresyon analizlerinde herhangi bir anlamlı farklılığa rastlanmamıştır. Her ne kadar ortalamalar arasında farklılıklar söz konusu olsa da, istatistiksel anlamlılık olmadığı için dikkate alınmamış ve yorumlanmamıştır. Bu özelliğiyle çalışmamız bu alanda yapılan diğer çalışmalardan farklı sonuçlanmıştır (1, 8, 9).

Aslan ve ark.'ın Adana'da asistanlar ve pratisyen hekimlerde yaptıkları çalışmada tüm alt ölçek puanlarının cinsiyete göre anlamlı bir farklılaşma olmadığını bildirmişlerdir. Özbek'in İzmir'de pratisyen hekimlerden oluşan bir grupta yaptığı çalışmada ise erkeklerin DT ve D puanları kadınlardan anlamlı olarak yüksek çıkmıştır (erkeklerde DT ve D ortalamaları sırasıyla $25,4 \pm 8,8$ SS, $9,8 \pm 5,6$ SS; kadınlarda sırasıyla $21,1 \pm 8,8$ SS, $7,7 \pm 4,0$ SS). Bizim çalışmamızda cinsiyetler arası bir farklılaşma olmadığı gibi puan ortalamaları Özbek'in çalışmasından oldukça düşüktür (Tablo 1). Bu farklılık bir ölçüde, Özbekin çalışmasında kullandığı MTÖ formunun farklı araştırmacılar tarafından Türkiye'ye uyarlanmış bir versiyon olmasından kaynaklanabilir. Aynı çalışmada bizim

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

sonuçlarımıza benzer olarak yaş grupları arasında puan ortalamaları açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır. DT açısından bekar hekimlerin puanları diğer gruplardan anlamlı olarak yüksek çıkmıştır (1, 9).

Ergin'in 1996'da uzman hekimler, pratisyen hekimler, diş hekimleri, eczacılar, hemşireler, sağlık teknisyenleri ve ebeler için MTÖ Türkiye normlarını çıkardığı çalışmasında, pratisyen hekimlerin ve hemşirelerin DT ve D puanlarının diğer meslek gruplarından anlamlı olarak yüksek olduğunu göstermiştir. Bizim çalışmamızda uzman hekimler ve pratisyen hekimlerin puanlarının benzer olması ve neredeyse Türkiye normlarının yarısı kadar olması oldukça şaşırtıcıdır (Ergin'in çalışmasında uzman hekimlerin DT ve D puan ortalamaları sırasıyla 21.9±6.2 SS, 9.3±3.3 SS; pratisyen hekimlerin ise 22.7±6.1 SS, 9.9±3.3 SS şeklindedir). Ergin, çalışmasında cinsiyet ve medeni durumun puanlara etkisi olmadığını buna karşın genç yaşta olmanın DT, D ve KBD puanlarını olumsuz etkilediğini vurgulamıştır (8).

Puanların hiçbir özelliğe göre anlamlı farklılık göstermemesi değişik biçimlerde yorumlanabilir. Hiçbir özelliğin tek başına veya birlikte (kadın veya erkek olmak, uzman olmak, muayenehane sahibi olmak gibi) hekimliğin getirdiği psikolojik yükü azaltmadığını veya arttırmadığını söyleyebiliriz. Bu da 2 şekilde yorumlanabilir: "Mesleki sorunların getirdiği ağır yük karşısında hiçbir grup avantajlı değildir." veya "Olumlu çalışma koşulları ve sosyal çevre şartları her gruba eşit düzeyde yansıyor."

Akut sıkıntıda olan hastalara ya'dımcı olamamak ve ölümcül hastalıklara yakalanmış veya kronik mental hastalığı olanlarla çalışmanın da DT ve D puanlarını önemli ölçüde arttırdığı bilinmektedir. Kahramanmaraş 3. basamak sağlık hizmetleri konusunda oldukça yetersizdir. İlde, Türkoğlu ilçesinde Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi dışında özel dal hastanesi yoktur. KSÜ Tıp Fakültesi Hastanesi ise yeni kurulmakta olup imkanları sınırlıdır. Komplike vakalar, terminal dönem hastalar çoğunlukla Adana ve Ankara'daki hastanelere sevk edilmektedir. Bütün bu etmenler, çalışmamızda DT ve D puanlarının diğer çalışmalardan ve Türkiye normlarından oldukça düşük çıkmasının nedenleri arasında olabilir (2).

SONUÇ

Sağlık sektörü gibi, insan ilişkilerinin yoğun olduğu hizmet sektörlerinde kalite ve verimlilik düzeyinin korunması/artırılması amacıyla benzer çalışmaların yapılması ve sonuçlarından uygulamada faydalanılması gerektiği görüşündeyiz.

Ülkemiz perspektifinden baktığımızda özellikle 1. basamak sağlık kuruluşlarının, hizmeti talep edenlerin gözünde çekiciliğinin artırılması gerekliliği vardır. Bu bağlamda hekimlerin psikolojik durumları ve motivasyonları yaşamsal önem taşımaktadır. Tüm illerde benzer çalışmalar yapılarak bölgesel farklılıkların ve riskli grupların ortaya çıkarılması ve farklılıkların hekimlerin/sağlık çalışanlarının lehine ortadan kaldırılması faydalı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Aslan SH, Aslan RO, Alparlan ZN, et al. Hekimlerde Tükenmede Cinsiyetle İlişkili Etkenler. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 1997;2:132-136.
2. Ersoy F, Yıldırım C, Edirne T. Tükenmişlik (Staff Burnout) Sendromu. STED 2001; 10: 46-47.
3. Rowe MM. Hardiness as a Stress Mediating Factor of Burnout Among Healthcare Providers. American Journal of Health Studies 1998; 14 (1): 16-20.
4. Acker GM. The Impact of Clients' Mental Illness on Social Workers' Job Satisfaction and Burnout. Health and Social Work 1999; 24 (2): 112-119.
5. Pablo GR, Superviola GJF. The Prevalence of the Burnout Syndrome or Professional Exhaustion in Primary Care Physicians. Aten Primaria 1998; 22 (9): 580-584. (abstract)
6. Sutherland VJ, Cooper CL. Identifying Distress Among General Practitioners: Predictors of Psychological Ill-Health and Job Dissatisfaction. Soc. Sci. Med. 1993;37:575-581.
7. Rick J, Briner RB. Psychosocial Risk Assessments: Problems and Prospects. Occup. Med. 2000; 50:310-314.
8. Ergin C. Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Türkiye Sağlık Personeli Normları. 3P Dergisi 1996; 4: 28-53.
9. Özbeke K, Girgin G. Pratisyen Hekimlerde Mesleki Tükenmişlik (Burnout) Sendromu (İzmir Örneklemi Çalışması). IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Didim, 12-16 Eylül 1994: 662-665.

Tablo 1: Kahramanmaraş'ta Çalışan Hekimlerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Tükenmişlik Alt Ölçeklerinde Aldıkları Puanların Ortalamaları

Özellik	MTÖ Alt Ölçekleri (ort. ± SS)		
	DT	D	KBD
Cinsiyet			
Erkek (n=193)	13.7±6.5	4.8±3.2	22.3±4.6
Kadın (n=37)	15.6±6.5	4.9±3.7	22.4±3.9
Yaş Grubu			
25-30 (n=72)	14.8±6.6	4.9±3.4	22.7±4.2
31-35 (n=61)	12.6±5.9	4.2±3.1	23.0±4.2
36-40 (n=33)	14.0±7.1	4.9±3.1	21.0±6.3
41 ve üstü (n=59)	13.5±6.8	5.0±3.5	21.9±4.2
Medeni Durum			
Evli (n=188)	13.9±6.3	4.8±3.2	22.4±4.2
Bekar veya Dul (n=50)	14.3±7.5	4.5±3.2	22.0±5.3
Yerleşim Yeri			
İl Merkezi (n=155)	13.5±6.2	4.9±3.1	22.2±4.4
İlçe veya Köy (n=79)	15.0±6.9	4.6±3.5	22.4±4.7

Tablo 2: Kahramanmaraş'ta Çalışan Hekimlerin Çalışma Yaşamı ile İlgili Bazı Özelliklerine Göre Tükenmişlik Alt Ölçeklerinde Aldıkları Puanların Ortalamaları

Özellik	MTÖ Alt Ölçekleri (ort. ± SS)		
	DT	D	KBD
Ünvan			
Pratisyen Hekim veya Asistan (n=122)	14.2 ± 6.5	4.6 ± 3.4	22.7 ± 4.7
Uzman Hekim veya Öğretim Üyesi (n=116)	13.4 ± 6.3	4.8 ± 3.2	21.8 ± 4.3
Çalıştığı Kurum*			
Devlet Hastanesi (n=110)	13.7±6.4	5.1±3.2	21.5±4.6
Sağlık Ocağı (n=71)	14.7±7.1	4.5±3.5	23.1±4.6
Üniversite Hastanesi (n=28)	14.3±5.3	4.6±3.0	22.4±4.4
SSK Hastanesi (n=15)	12.5±7.0	4.7±3.4	22.6±3.2
Muayenehane			
Var (n=96)	13.6±6.8	4.8±3.2	21.9±4.2
Yok (n=125)	14.5±6.4	4.9±3.4	22.4±4.9

* Sadece özel sektörde çalışan 8 hekim analiz dışında bırakılmıştır.

Tablo 3: DT, D ve KBD Puanlarını Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi ile Saptanan Odds Oranları ve %95 Güven Aralıkları

Değişkenler	Duygusal Tükenmişlik		Duyarsızlaşma		Kişisel Başarı Duygusu	
	OO (%95 GA)	P	OO (%95 GA)	P	OO (%95 GA)	P
Yaş Grupları						
25-30	1		1		1	
31-35	0.50 (0.12-1.9)	0.31	1.15 (0.31-4.23)	0.82	0.69 (0.29-1.59)	0.38
36-40	1.38	0.63	0.92 (0.16-5.30)	0.93	1.95 (0.65-5.83)	0.22
41 ve üstü	0.62	0.54	3.66 (0.72-18.46)	0.11	1.16 (0.39-3.40)	0.78
Cinsiyet						
Kadın	1		1		1	
Erkek	0.66 (0.21-2.07)	0.22	0.80 (0.23-2.82)	0.73	0.96 (0.41-2.24)	0.93
Unvan						
Uzman veya Öğretim Üyesi	1		1		1	
Pratisyen veya Asistan	1.29 (0.40-4.15)	0.66	1.63	0.44	0.70 (0.31-1.60)	0.41
Muayenchane						
Var	1		1		1	
Yok	0.66 (0.21-2.07)	0.47	1.78 (0.48-6.59)	0.38	0.97 (0.42-2.19)	0.94

DENİZLİ HUZUREVİ SÜREKLİ BAKIM VE REHABİLİTASYON MERKEZİNDEKİ YAŞLILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE SAĞLIK SORUNLARI

Doç.Dr. Mehmet BOSTANCI Dr. Birsen YILMAZ

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - DENİZLİ

ÖZET

Tüm dünyada yaşlı nüfus oranı her geçen artmaktadır. Bunda teknolojik gelişmeler ve sağlık hizmetlerindeki iyileştirmeler önemli rol oynamaktadır. Yaşlılık sınırı kabul edilen 65 yaş üstünün sorunları da her geçen gün değişmekte ve artmaktadır. Yaşlılar ya evlerinde ya da kısaca huzurevi olarak adlandırılan kurumlarda barındırılmaya çalışılmaktadır. Denizli huzurevi aynı zamanda sürekli bakım ve rehabilitasyon merkezi de olduğundan 65 yaş altı kişilerde kalmaktadır. Burada kalan 169 yaşlı ile görüşülerek sosyodemografik özellikleri ve sağlık sorunları tanımlanmaya çalışılmıştır. Yaşlıların %60.9'u erkek, %39.1'i kadındır. Kelanların yalnızca %13.0'nün herhangi bir hastalığı yoktur. %34.3'nün bir, %29.6'sının iki, %15.4'ünün üç, %7.7'sinin dört ve daha fazla rahatsızlığı vardır. En sık rastlanan sorunlar arasında kas-iskelet sistemi, kalp-damar ve nörolojik hastalıklar ilk sıraları almaktadır. Yaşamın son dönemlerinde insanların daha rahat yaşamaları için onlara destek olmamız gerekir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlılık, Sosyodemografik Özellikler, Sağlık sorunları

GİRİŞ

Tüm dünyada yaşlı popülasyonda 20. yüzyıl süresince dikkate değer bir artış görülmüştür(1). 1990'lı yıllarda endüstrileşmiş ülkelerde 65 ve üzeri yaş grubunun oranı %7-15 arasındadır. 2031 yılında %25'e ulaşabileceği belirtilmektedir(2). Bu yaş grubundakilerin büyük çoğunluğu kurum bakımına muhtaçtır(2).

Beklenen yaşam süresinin uzaması, 20. yüzyılda mortalite hızlarının azalması ve tıbbi bakımda kaydedilen yeniliklerin bir sonucudur. Toplumun bir parçası olan yaşlı bireyin, yaşamının bu döneminde yaşam kalitesinin korunması ve aktif bir yaşam sürmesinin sağlanması hedeflenmelidir(3).

Yaşlanma ile birlikte bireylerin gereksinimleri de değişmektedir. Çalışmalar yaşlı nüfusun gençlere kıyasla sağlık hizmetlerini daha fazla kullandığını göstermektedir. Yaşlı bireyler daha uzun süre hastanede kalma eğilimindedirler. Kronik hastalıkların prevalansının artması sonucunda yaşlı birey giderek daha fazla sayıda ilaç kullanmak durumunda kalmaktadır(3). Ülkemizde 65 yaş ve üzeri yaş grubu 1960 yılında genel nüfusun %3.5'i iken, 1980 yılında bu oran %4.7'ye yükselmiştir(4). Ülkemizde nüfusun giderek yaşlanma eğilimi göstermesiyle yaşlılık ile ilgili hizmetlerin planlanması ve hızla örgütlenmesi gerekmektedir.

Yaşa bağlı olarak gelişen pek çok sağlık sorununun rehabilitasyon gerektirmesi ve tıbbi bakımdaki gelişmeler sonucu kronik hastalıkların tanı ve tedavisinde gelişme kaydedilmesi, dolayısıyla bireylerin yaşlılık dönemlerinin uzaması, yaşlı bireylere sunulacak sağlık hizmetlerinin planlanması için doğru ve güncel verilere olan gereksinimi artırmaktadır(3).

Çalışma, Denizli Huzurevi'nde yaşayan yaşlıların sosyo-demografik özelliklerini belirlemek, sağlık sorunlarını saptamak, yaşlılara verilecek hizmetlerin daha iyi sürdürülmesi için huzurevinde çalışanlara bir kaynak olmak ve rehber olmak amacıyla planlanmış yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma, Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu'na bağlı Denizli Huzurevi Sürekli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde 3 Nisan –1 Mayıs 2001 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Birimde Rehabilitasyon Merkezi bulunması nedeniyle 60 yaş grubu altında bireyler de vardır. Bu tarihlerde huzurevinde yaşayan 177 yaşlıdan 169'u ile (%95.4) görüşülmüştür. 7 kişi izah, 1 kişi hastanede yattığı için ulaşılamamıştır. Yaşları 44 ile 100 arasında değişen 66 kadın, 103 erkek, toplam 169 yaşlı bireyle yüz yüze görüşülerek; bireyin sosyo-demografik özellikleri, doktor tarafından tanı konmuş hastalıkları, kullandığı ilaçları ve sigara-alkol kullanımı ile ilgili sorular içeren bir anket formu doldurulmuştur. Özürlülük sebebiyle yanı alınamayanların bilgileri huzurevinde görevli doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı ve sağlık kayıtlarından sağlanmıştır.

Araştırma, tanımlayıcı nitelikte kesitsel bir çalışmadır. Anket formu daha önce yapılan benzer araştırmalar göz önüne alınarak oluşturulmuştur. Kalp-Damar hastalıkları başlığı altında kalp yetmezliği, aterosklerotik kalp hastalığı ve hipertansiyon; Sindirim Sistemi hastalıkları başlığı peptik ülser, duodenal ülser, gastrit; Kronik Obstrüktif Akciğer hastalıkları (K.O.A.H.) başlığı altında kronik bronşit ve astma ele alınmıştır. Kas-İskelet Sistemi hastalıkları olarak osteoartrit, romatoid artrit, artroz, osteoporoz;

VIII.ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Psikiyatrik hastalıklar olarak anksiyete, depresyon, demans ve psikoz; Nörolojik hastalıklar olarak serobrovasküler olay, Parkinson, Alzheimer, epilepsi, parapleji ele alınmıştır(1). Yaşlıların insülin veya oral antidiabetikle tedavi ediliyor olmaları Diabetes Mellitus(D.M.) tanısı için yeterli kabul edilmiştir. Elde edilen veriler SPSS paket programında değerlendirilmiş ve tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra ki-kare testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya 66'sı(%39.1) kadın, 103'ü(%60.9) erkek 169 kişi katılmış olup; kadınlarda yaş ortalaması 78.95 ±11.43 yıl (51-100), erkeklerde ise 74.77±10.56 yıl (44-95)'dir. Huzurevi yaşlılarının %15.5'i 64 yaş ve altında, %28.0'ı 65-74 yaş grubunda, %28.6'sı 75-84 yaş grubunda, %28.0'ı 85 yaş ve üzerindedir(Tablo 1). Kadınlar, erkeklere göre daha ileri yaştadır. Kadınların %79.0'u, erkeklerin %33.0'ü okur-yazar değildir. Tüm yaşlılar içinde, sadece bir erkek yükseköğretim mezunudur. Erkekler kadınlara göre daha eğitimlidir(Tablo 1).

Huzurevinde iki çift(4 kişi) eş olarak kalmaktadır. Huzurevinde eşinden boşanmış olanlar %9.3'ünü, eşi ölmüş olanlar %69.1'ini, hiç evlenmemiş olanlar %15.4'ünü, evli olanlar ise %6.2'sini oluşturmaktadır. Eşi ölmüş kadınlar huzurevinde daha fazladır(Tablo 1).

Huzurevindeki kadınların %40.3'nün, erkeklerin %35.0'nin çocuğu yoktur(Tablo 1). Huzurevinde kalanların %35.5'ini 1 yıldan az süredir kalanlar oluştururken, %46.7'si 1-5 yıl arasında, %11.2'si 6-10 yıl arasında, %6.5'i 11yıl ve üzeri süredir huzurevinde kalmaktadır. Kadınların %33.8'i 85 yaş ve üzerinde huzurevine gelirken, erkeklerin %37.9'u 65-74 yaş arasında gelmektedir(Tablo 2).

Huzurevi yaşlılarının %94.7'si (160 kişi) ilk kez bir huzurevinde kalırken, %4.1'inin (7 kişi) ikinci huzurevi, %1.2'sinin (2 kişi) üçüncü huzurevidir. Başka huzurevinden gelenler huzurevi değişikliğinin nedenini söylemek istememişlerdir. Huzurevi yaşlılarının %46'sı(78 kişi) ücretli kalırken, %53.8'i(91 kişi) ücretsiz kalmaktadır.

Yaşlıların sigara içme alışkanlıkları Tablo 3'de verilmiş olup; sigara içmeyen kadınlar erkeklerden daha fazladır(SD:1 $\chi^2=27.27$ p< 0.001). Sigara içenlerin %27.3'ü (9 kişi) günde 1-10 adet, %39.4'ü(13 kişi) 11-20 adet, %33.2'si(11 kişi) 1 paketten fazla sigara içiyordu.1 kişi ne kadar içtiğini söylemek istememiştir. Sigara içenlerin ortalama sigara içme süresi 50.7±11.5 yıl(20-70)'dir.

Sigarayı bırakanlar arasında(36 kişi) sigara kullanım süresi hakkında bilgi alınamayan 1 kadın vardı. Sigarayı bırakanların ortalama sigara içme süreleri 34.3±20.3 yıl (3-75) olarak hesaplanmıştır. Sigarayı bırakmış 2 kadın, 1-10 yıl arasında sigara içmişlerdir. Erkeklerde ise %18.2'si (6 kişi) 1-10 yıl arası, %18.2'si (6 kişi) 21-30 yıl arası, %54.5'i (18 kişi) ise 31 yıl ve üzeri sürede sigara kullanmıştır. Sigara içip bırakanların, ortalama sigara içmedikleri süre 13.4±15.8 yıl(6 ay-55 yıl); ortalama sigara içtikleri süre 34.3±20.3 yıl (3-75)'dir. Sigarayı bırakma nedeni %76'sının sağlık sorunları, %12'sinin de maddi yönden sıkıntısıdır.

Huzurevindeki kadınların hiç biri alkol kullanmamışken, erkeklerin %79.6'sı alko. kullanmıştır. Alkol içen ve içip bırakan erkeklerin(21 kişi) ortalama alkol içme süresi 38.4±10.9 yıl (10-50 yıl) olup; 1 kişi 10 yıl,1 kişi 23 yıl, 6 kişi 30 yıl, 4 kişi 40 yıl, 3 kişi 45 yıl, 6 kişi 50 yıl alkol kullanmıştır. Alkol içip bırakan 16 kişinin, alkol almadığı ortalama süre 7.9±6.4 yıl (6 ay-20 yıl)'dir.

Huzurevindeki yaşlıların %13'ünün(6 kadın,16 erkek) hastalığı yoktur. Yaşlıların %34.3'ünün bir, %29.6'sının iki, %15.4'ünün üç, %7.7'sinin dört kronik hastalığı vardır. Tablo 4'te kronik hastalıkların cinsiyete göre dağılımı verilmiştir. Kadınlarda rastlanan kronik hastalıklar sıklık sırasına göre kas-iskelet sistemi hastalıkları %48.4, kalp-damar hastalıkları %43.9, nörolojik hastalıklar %22.7'dir. Erkeklerde ise kalp-damar hastalıkları %43.6, kas-iskelet sistemi hastalıkları %28.1, KOAH %17.4'dür(Tablo 4).

Huzurevi yaşlılarının %14.7'si bir ilaç, %23.0'ü iki ilaç, %14.2'si üç ilaç, %8.2'si dört ilaç, %8.8'i beş ilaç kullanmakta idi(Tablo 5). En sık kullanılan ilaç grupları kardiyovasküler sistem ilaçları (%51.9), analjezik (%26.6) ve antiromatizmal ilaçlardır (%25.4) (Tablo 5).

Araştırmanın yürütüldüğü sırada yaşlıların %6.5'inde akut enfeksiyon saptanmıştır. Akut enfeksiyonlar sıklık sırasına göre üst solunum yolu enfeksiyonu 4 kişide, onikomikoz ve üriner enfeksiyon 2 kişide, dermatit 3 kişide vardı.

TARTIŞMA

Araştırma grubundaki yaşlıların %39.1'ini kadın, %60.9'unu erkekler oluşturmaktadır. Çeşitli çalışmalarda da huzurevinde kalan erkek sayısı, kadınlardan fazladır(6,7,8). Erkeklerin sayısının fazla olması, erkeklerin yaşlandıklarında yalnız kalmak istememeleri nedeniyle huzurevini tercih etmeleri olabilir.

Huzurevi yaşlılarının %50.6'sı okur-yazar değildir(Tablo 1). Bu oranı Berberoğlu, %29.9, Işıklı %42.2, Bilginer %32.9, Arslan %45.1 bulmuşlardır(7,8,6,5). Denizli Huzurevinde okur-yazar olmayanların oranı yüksektir. Kadınlar arasında okur-yazar olmayanların(%76.0), erkeklerde ise okur-yazar ve ilköğretim mezunlarının (%60.0) yüksekliği; eğitim açısından o döneme ilişkin kız-erkek çocuk ayrımından kaynaklanıyor olabilir.

Huzurevindeki kadınların %86.7'si, erkeklerin %73.0'ı duldur(Tablo 1). Huzurevinde evlilik oranının az olması, evli olmayan (eşi ölmüş,boşanmış, hiç evlenmemiş) yaşlıların daha çok huzurevini tercih ettiklerini göstermektedir. Çocuğu olmayanların oranı %37.0'dir. Berberoğlu bu oranı %5.7 bulmuştur(7).

Yaşlıların %46.7'si 1-5 yıl sürece huzurevinde kalmakta ve %33.3'ünün huzurevine geliş yaşı 65-74 yaş arasıdır(Tablo 2). Kadınlarda 85 yaşından sonra huzurevine gelenlerin sayısı (%33.8), diğer yaş gruplarına göre fazla iken, erkeklerde 85 yaşından sonra huzurevine geliş azalmaktadır.

Huzurevindeki erkeklerin %30.1'i sigara içmektedir(Tablo3). Berberoğlu çalışmasında erkeklerin %32.8'i, kadınların %8.7'si ; Yardımcı çalışmasında erkeklerin %38.6'sı,kadınların %28.3'ü sigara içiyordu.(7,9)Yaş ilerlemiş, uzun yıllar sigara içilmiş olsa bile sigaranın bırakılmasının; alt solunum yolu enfeksiyonlarının sıklığının azalması, bunların ağırlık ve komplikasyonlarının önlenmesi, periferik damar hastalıkları riskinin azaltılması ve kalp için yararlı etkileri bulunmaktadır. Çalışmamızda alkol kullanmayan erkeklerin oranı %79.6 bulunmuştur. Yardımcı ve ark. çalışmasında bu oran %73.7'dir(9).

Huzurevinde en çok görülen kronik hastalıklar, kalp-damar hastalıkları ve kas iskelet sistemi hastalıklarıdır(Tablo 4). Arslan çalışmasında en sık karşılaşılan hastalıklar sırasıyla; hipertansiyon, osteoartrit, kalp yetmezliği ve diabetes mellitusdu(5). Çeşitli araştırmalarda yaşlılarda kronik hastalıkların oldukça sık olduğu gösterilmiştir. Denizli Huzurevinde en az bir kronik hastalığı bulunanların oranı oldukça fazladır (%37.0). Bu oran Yardımcı ve ark. çalışmasında %82.9, Dönmez ve ark. çalışmasında %63.8'dir(9,10).

YEDİNCİ BÖLÜM:YAŞLILIK, İŞÇİ SAĞLIĞI

En sık kullanılan ilaç grupları kardiyovasküler sistem ilaçları, analjezik ve antiromatizmal ilaçlardır. Arslan çalışmasında da benzer sonuçlar bulunmuştur(3). Kadınların daha yüksek oranda analjezik ve antiromatizmal ilaç kullanmasının nedeni, kas-iskelet sistemi hastalıklarının kadınlarda daha sık olarak görülmesidir(Tablo 5).

Denizli Huzurevinin aynı zamanda bir rehabilitasyon merkezinin olması hem yaş grubunu genişletmiş, hem de bakıma muhtaç kişilerin toplanmasına yol açmıştır. Yaşlıların çoğunun bakıma muhtaç erkekler olduğu, genel olarak öğrenim düzeylerinin yetersiz olduğu, uzun süredir huzurevinde kaldıkları, erkeklerin sigara ve alkol kullandıkları, genel olarak yaşa bağlı kronik hastalıklar ile mücadele ettikleri anlaşılmaktadır. Yaşlılarda kronik hastalıkların en aza indirilmesi için daha önceki yaşam koşullarının düzeltilmesi ve riskli davranışların önlenmesi yararlı olacaktır. Yaşlı hastanın sağlık ve yaşamına hekimin yapacağı en önemli katkı, ilaçların önerilmesinde öznel ve tutucu bir yaklaşımda bulunmak olacaktır.

KAYNAKLAR

1. The Merck Manual of Geriatrics. Second Edition-1995
 2. Kutsal Y.G. "Geriatri" Panel-Hacettepe Tıp Dergisi 2000;31(1):40-58
 3. Arslan Ş., Atalay A., Kutsal Y.G. "Yaşlılarda İlaç Tüketimi Çok Merkezli Çalışma Raporu" Ankara-Mart 2000
 4. Türkiye Sağlık İstatistikleri-Türk Tabipleri Birliği 1997
 5. Arslan Ş., Kutsal Y.G. "Yaşlılarda Özürlülüğün Değerlendirimine Yönelik Çok Merkezli Çalışma Raporu" Ankara-Mart 2000
 6. Bilginer B., Tunçer A., Apan E. Adana Huzurevi ve Yenibaraj Bölgesinde 65 Yaş ve Üzeri Yaşlıların Demografik Özellikleri-V.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı İstanbul-1996
 7. Berberoğlu U., Gül H., Eskioçak M., Ekuklu G., Saltık A. Edirne Huzurevi'nde Kalan Yaşlıların Kimi Sosyodemografik Özellikleri ve Katz İndeksine Göre Günlük Yaşam Etkinlikleri . 7. Halk Sağlığı Günleri Bildiri Özetleri Kitabı- Eskişehir 2001
 8. İşikli B., Arslantaş D., Metintaş S., Kalyoncu C. Bir Huzurevi Yaşlılarında Mediko-Sosyal Durum . 7. Halk Sağlığı Günleri Bildiri Özetleri Kitabı- Eskişehir 2001
 9. Yardımcı E., Tümerdem Y., Yardımcı O. Huzurevi Yaşlılarında Mediko-Sosyal Bir Araştırma . IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı Didim-1994
- Dönmez L., Aktekin M., Erengin H. Antalya Kent Merkezindeki Yaşlıların Sağlık Sorunları ve Günlük Yaşam Aktiviteleri. V.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı İstanbul-1996.

Tablo 1 : Araştırmaya Katılan Yaşlıların Tanımlayıcı Bazı Özelliklerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Yaş Grupları	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*
64 yaş ve altı	9	13.8	17	16.5	26	15.5
65-74 yaş	12	18.5	35	34.0	47	28.0
75-84 yaş	18	27.7	30	29.1	48	28.6
85 yaş ve üzeri	26	40.0	21	20.4	47	28.0
Toplam*	65	38.7	103	61.3	168	100.0
Eğitim Durumu						
Okur-yazar değil	49	76.0	33	33.0	82	50.6
Okur-yazar	6	9.7	32	32.0	38	23.5
İlkokul	6	9.7	28	28.0	34	21.0
Ortaokul	1	1.6	4	4.0	5	3.1
Lise	-	-	2	2.0	2	1.2
Yüksekokul	-	-	1	1.0	1	0.6
Toplam*	62	38.3	100	61.7	162	100.0
Medeni Durum						
Evli	4	6.5	6	6.0	10	6.2
Hiç Evlenmemiş	4	6.5	21	21.0	25	15.4
Dul (eşi ölmüş)	53	85.5	59	59.0	112	69.1
Dul (boşanmış)	1	1.6	14	14.0	15	9.3
Toplam*	62	38.3	100	61.7	162	100.0
Çocuk Sayısı						
Çocuğu yok	25	40.3	35	35.0	60	37.0
1 çocuğu olan	15	24.2	11	11.0	26	16.0
2 çocuğu olan	7	11.3	15	15.0	22	13.6
3 çocuğu olan	7	11.3	14	14.0	21	13.0
4 çocuğu olan	1	1.6	10	10.0	11	6.8
5 ve üzeri çocuğu olan	7	11.3	15	15.0	22	13.6
Toplam *	62	38.3	100	61.7	162	100.0

*bir kadının yaşı; yedi bireyin eğitim durumu, medeni durumu ve çocuk sayısı öğrenilememiştir. *yüzdeler kolon yüzdesidir

Tablo 2 : Yaşlıların Huzurevinde Kalma Süresi ve Huzurevine Geliş Yaşı

Kalma Süresi	Kadın(n:66)		Erkek(n:103)		Toplam(n:169)	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*
1 yıldan az	24	36.4	36	35.0	60	35.5
1-5 yıl	32	47.0	48	46.6	79	46.7
6-10 yıl	6	9.0	13	12.6	19	11.2
11 yıl ve üzeri	5	7.6	6	5.8	11	6.5
Geliş Yaşı*						
64 yaş ve altı	13	20.0	23	22.3	36	21.4
65-74 yaş	17	26.2	39	37.9	56	33.3
75-84 yaş	13	20.0	30	29.1	43	25.6
85 yaş ve üzeri	22	33.8	11	10.7	33	19.7

*yüzdeler kolon yüzdesidir.

*bir kadının geliş yaşı bilinmiyor.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Tablo 3: Yaşlı Bireylerin Sigara İçme Alışkanlıkları

Sigara içme durumu	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı	%•	Sayı	%•	Sayı	%•
Sigara içiyor	-	-	31	30.1	31	18.3
Sigara içmiyor	63	95.5	36	35.0	99	58.6
Sigarayı bırakmış	3	4.5	33	32.0	36	21.3
Ara sıra içiyor	-	-	3	2.9	3	1.8
Toplam	66	39.1	103	60.9	169	100.0

İçen, içmeyen şeklinde: SD:1 $\chi^2=27.2$ $p<0.001$

•yüzdeler kolon yüzdesidir

Tablo 4 : Kronik Hastalıkların Cinsiyete Göre Dağılımı

Hastalık	Kadın(n:66)		Erkek(n:103)		Toplam(n:169)	
	Sayı	%•	Sayı	%•	Sayı	%•
Kalp-damar hastalığı	29	43.9	45	43.6	74	43.7
Kas-iskelet sis. hast.	32	48.4	29	28.1	61	36.1
Nörolojik hast.	15	22.7	12	11.6	27	15.9
KOAH	8	12.1	18	17.4	26	15.3
Psikiyatrik hast.	10	15.1	13	12.6	23	13.6
Sindirim sist.hast.	7	10.6	14	13.5	21	12.4
Diabetes mellitus	7	10.6	11	10.6	18	10.6

•yüzdeler her bir kronik hastalık için n(=kişi sayısı)na bölünerek hesaplanmıştır.

Tablo 5: Yaşlı Bireylerin Kullandıkları İlaçlar

İlaçlar	Kadın(n:66)		Erkek(n:103)		Toplam(n:169)	
	Sayı	%•	Sayı	%•	Sayı	%•
Antihipertansif	21	31.8	30	29.1	51	30.1
Antiromatizmal	22	33.8	21	20.3	43	25.4
Analjezik	19	28.7	26	25.2	45	26.6
Kardiyotonik	15	22.7	22	21.3	37	21.8
Dolaşım düzenleyici	6	9.1	3	2.9	9	5.3
Antidiabetik	6	9.1	10	9.7	16	9.4
Vitamin	2	3.0	5	4.8	7	4.1
Bronkodilatör	7	10.6	16	15.5	23	13.6
Antiagregan	2	3.0	10	9.7	12	7.1
Mide-duod.koruyucu	15	22.7	19	18.4	34	20.1
Antiepileptik	4	6.1	1	0.9	5	2.9
Exp-Antitussif	1	1.5	6	5.8	7	4.1
Antidepresan	1	1.5	1	0.9	2	1.1
Antipsikotik	5	7.5	5	4.8	10	5.9
Anksiyolitik	2	3.0	4	3.8	6	3.5
Parkinson ted.	1	1.5	2	1.9	3	1.7

ADANA HUZUREVİNDE YAŞAYAN YAŞLILARIN BİLİŞSEL DURUMLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Dr Elçin YOLDASCAN*, Dr R.Sabri YURDAKUL**

*Çukurova Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doç. Dr.

** Çukurova Üniversitesi Medikososyal Merkezi, Psikiyatri Uzm.

ÖZET

Araştırma, Adana Huzurevinde barınan yaşlıların bilişsel durumlarının saptanması amacı ile kesitsel bir çalışma olarak planlandı. Huzurevinde kalan yaşlıların tamamı olan 173 kişi araştırma kapsamına alındı. 11 kişi çeşitli nedenlerle araştırmaya katılmadı. 162 kişi ile araştırma tarafından yüz yüze görüşülerek bir bilgi formu doldurulmuştur. Bu aşamadan sonra her yaşlıya okuryazar olanlara Standardize Mini Mental Test (SMMT), olmayanlara eğitimsizler için Standardize Mini Mental Test (SMMT-E) uygulanmıştır. 30 puan üzerinden değerlendirme yapılarak alınan 0-9 puan ağır bilişsel bozukluk, 10-19 puan orta bilişsel bozukluk, 20-23 puan hafif bilişsel bozukluk, 24-30 puan normal sınırlar olarak alınmış, daha sonra 20 puan altı ve üstü olarak normal ve bilişsel bozukluk(BB) olarak sınıflanmıştır. Sonuçlar değerlendirildiğinde Araştırılan kişilerin 91(%56.2)'si erkek, 71(%43.8)'i kadın ve yaş ortalamaları 75.4 ± 8.08 olarak bulundu. Yaşlıların %70.4'ünün 2 yıldan daha kısa süredir huzurevinde yaşadıkları gözlemlendi. Erkeklerin %46.8'i kadınların ise %53.2'si okuma yazma bilmiyordu. Bilişsel bozukluk saptanması %28.5 iken 74 ve üzeri yaşta %71.7'ye çıkmaktaydı. Cinsiyetle değerlendirildiğinde BB, erkeklerde %42.9, kadınlarda %64.8 olarak bulundu($p:0.000$). BB okuryazar olmayan grupta %37.6, okuryazar ve ilköğretim mezunu grupta %48.1, ortaokul ve üzeri eğitim almış grupta %7.1 olarak bulundu($p:0.01$). Sonuç olarak psikolojik ve somatik birçok hastalığın ön bulgusu oluşu veya hastalığı maskeleyen sosyal yaşamın da kalitesini kötü etkileyen bilişsel bozuklukların ortaya çıkışını kolaylaştıran faktörlerin tanınması yaşlı sağlığı alanındaki çalışmalara ışık tutacaktır.

GİRİŞ VE AMAÇ

Son yıllarda teknolojinin ve yaşam kalitesinin gelişimine koşut olarak ortalama insan ömrü uzamaktadır. Bunun sonucunda yaşlı olarak kabul edilen insan sayısı son 30 yılda %63 oranda artış göstermiştir(1).65 yaş ve daha yaşlı kişilerin genel toplumdaki oranı da gelişmiş ülkelerde %15'lere kadar yükselmiştir(1) Ülkemizde ise bu oranın %5 civarında olduğu bildirilmektedir(5).

Yaşlanma ayrıcalıksız her canlıda görülen, tüm işlevlerde azalmaya neden olan, süregelen ve evrensel bir süreç olarak tanımlanabilir. Organizmanın molekül, hücre, doku, organ ve sistemler düzeyinde, zamanın ilerlemesi ile ortaya çıkan, geriye dönüşü olmayan yapısal ve fonksiyonel değişikliklerin tümüdür. Organ sistemlerinin rezervlerinde ve homeostatik kontrolde bir azalma söz konusudur. Bu nedenle vücudun çeşitli stres ve değişen koşullara adaptasyonu azalmıştır. Yaşlılar daha sık hastalanmakta, daha fazla kronik hastalık veya sorun ile yaşamak zorunda kalmakta, çoğu kez birkaç sağlık problemini bir arada göğüslemeye çalışmakta, bütün bunların sonucunda da sağlık merkezlerine daha fazla başvurmakta(3). Bu dönemi yaşayan insanların ruhsal ve fiziksel durumlarına yönelik yaklaşımın diğer yaş gruplarına olan yaklaşımından farklı olması gerekmektedir (6) Akıl sağlığı sorunları yaşlıların önde gelen sağlık problemlerinden biridir. Ruhsal hastalıkların birçoğunun bilişsel semptomların bozulması ile ön belirti verdiği ve bu bulgu ile de maskelendiği kabul edilmektedir(8). Örnek olarak 65 yaş üzerinde %5, 80 yaş üzerinde %20 sıklıkta görülen demansın da ilk belirtisi bilişsel fonksiyonlardaki bozulmadır(9). Mental durum muayeneleri ruhsal hastalıkların tanı sürecinde bilişsel işlevleri değerlendirecek Kısa Kognitif Muayene Ölçeği (Mini Mental State Examination) kullanılması yerinde olacaktır(8). Bu ölçek geçerlik güvenilirlik çalışmaları tamamlanmış, organik hastalıkların bilişsel işlevler üzerindeki etkilerini değerlendirmeye yönelik çok zaman almayan, yaygın olarak kullanılan bir ölçektir(10,11,12).

Araştırma ile kurumlarda kalan yaşlılarda yaşam kalitesi ve yaşlıya verilen hizmet açısından önemli rol oynayan bilişsel bozuklukların görülme hızını ve etkileyen faktörleri saptamak amaçlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma kesitsel tanımlayıcı bir çalışmadır ve araştırma grubunu Adana Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Müdürlüğüne bağlı Huzurevinde kalan tüm yaşlılar oluşturmaktadır. Araştırmanın yapıldığı dönemde huzurevinde kalan 162 kişi ile araştırıcı tarafından yüzyüze görüşülerek demografik özellikleri (cinsiyet, doğum yeri ve yılı, eğitim düzeyi vb.) sorgulayan bir bilgi formu doldurulmuştur. Bu aşamadan sonra okuryazar olan yaşlılara Standardize Mini Mental Test (SMMT), olmayanlara eğitimsizler için Standardize Mini Mental Test (SMMT-E) uygulanmış, 30 puan üzerinden değerlendirme yapılarak alınan 0-9 puan ağır bilişsel bozukluk, 10-19 puan orta bilişsel bozukluk, 20-23 puan hafif bilişsel bozukluk 24-30 puan normal sınırlar olarak değerlendirilmiştir(15,16). Puanlar daha sonra 20 puan altı ve üstü olarak normal ve bilişsel bozukluk olarak iki grupta toplanmıştır. Veriler SPSS paket programında değerlendirilerek gereken yerlere ki-kare testi uygulanmış daha önceden yapılmış araştırmaya sonuçlarıyla yorumlanmışlardır.

BULGULAR

A) Araştırmaya Alınan Bireylerin Demografik ve Diğer Özelliklerinin Değerlendirilmesi

1) Yaş Gruplarına ve Cinsiyetlerine Göre Dağılımı:

Araştırılan kişilerin 91(%56.2)'sı erkek, 71(%43.8)'i kadındı. Yaş ortalamaları 75.4 ± 8.08 (min 60- max 94) idi. Cinsiyetin yaş gruplarına dağılımı incelendiğinde, 74 yaş altındakilerin daha çok erkek (%69.6) , 75 yaş ve üzerindekiilerin ise daha çok kadın(%56.6) olduğu saptandı ve yapılan istatistiksel analizde yaş gruplarına göre cinsiyetlerin dağılımında farklılık saptandı(p:0.001). Erkekler kadınlara göre daha genç grupta yer almaktaydılar.

2) Cinsiyet ve Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı:

Araştırma grubunun cinsiyete göre eğitim durumlarının dağılımı incelendiğinde okuma yazmayı bilmeye kadınlar %53.2(33 kişi) idi. Orta ve daha yüksek dereceli bir okuldan mezun olan kadınlar ise %45.5(10 kişi) olarak saptandı. İstatistiksel analizde eğitim gruplarının cinsiyete dağılımında farklılık saptandı(p:0.00). Erkekler kadınlara göre daha eğitilmişti.

3) Huzurevinde Kalma Sürelerine Göre Dağılım

Kişilerin huzurevinde kalma süreleri incelendiğinde %70.4(114 kişi)'ünün 2 yıldan daha kısa süredir huzurevinde yaşadıkları gözlemlendi.

4) Kısa Minimental Durum Muayenesi (SMMT) Sonuçlarının Dağılımı:

SMMT sonuçları değerlendirilmesi sonucunda 0-9 puan (ağır bilişsel bozukluk) alan %8.1(13 kişi) , 10-19 puan (orta bilişsel bozukluk) alan %18.5 (30 kişi), 20-23 puan (hafif bilişsel bozukluk) alan %25.9(42 kişi) , 24-30 puan (normal) alan %47.5 (77kişi) saptandı. Bu puanlar değerlendirilip 0-9 puan alanlar normal, 10-30 puan alanlar bilişsel bozukluğu (BB)olanlar olarak gruplanarak diğer değişkenlerle değerlendirildi.

5) Bilişsel Bozukluğun (BB) Cinsiyete, Yaşa ve Eğitime Göre Dağılımı

Yaş gruplarına göre BB değerlendirildiğinde, 74 yaş ve daha genç yaş grubunda BB varlığı %28.5(22 kişi), 75 ve üzeri yaş grubunda %71.7(61 kişi) olarak bulundu. Yaş grupları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı idi(p:0.006). Yaş arttıkça BB varlığı artıyordu. Bilişsel bozukluk açısından değerlendirildiğinde erkeklerde BB varlığı %42.9(39 kişi) iken kadınlarda %62.0(44 kişi) olarak bulundu. İstatistiksel analizde BB gruplarının cinsiyete dağılımında farklılık saptandı(p:0.000). Kadınlarda BB varlığı daha sıkı.

BB eğitim seviyelerine göre değerlendirildiğinde; okuryazar olmayan grupta %37.6, okuryazar ve ilkökul mezunu grupta %48.1, ortaokul ve üzeri eğitim almış grupta %7.1 olarak bulundu. İstatistiksel olarak eğitim ile BB arasında ilişki saptandı(p:0.01) eğitim arttıkça BB azalmakta idi.

TARTIŞMA:

Araştırılan kişilerin 91(%56.2)'sı erkek, 71(%43.8)'i kadındı. Yaş ortalamaları 75.4 ± 8.08 olarak bulundu. İstatistiksel olarak yaş gruplarına göre cinsiyetlerin dağılımında farklılık saptandı. Erkekler kadınlara göre daha genç grupta yer almaktaydılar. Bulunan sonuçlar huzurevinde yapılan çeşitli araştırmalarda da uyumlu idi(17,18).

Kişilerin huzurevinde kalma süreleri incelendiğinde %70.4(114 kişi) gibi büyük bir sıklıkta yaşlıların 2 yıldan daha kısa süredir huzurevinde yaşadıkları gözlemlendi. Bu yaşlıların huzurevinde kalma süreleri ile bilişsel durum arasında bir karşılaştırma yapılamadı.

Dağılımlar incelendiğinde erkeklerin %46.8'i, kadınlara ise %53.2 si okuma yazma bilmiyordu. TNSA.98 araştırması sonuçlarında 65 yaş üzeri erkeklerde %41.9, aynı yaş grubu kadınlarda %75.0 bulunmuştur(19). Bilişsel bozukluk saptanması 64 yaşın altında %28.5 iken 74 ve üzeri yaşta 71.7'ye çıkmaktaydı.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Ortalama BB % Yaşla bilişsel bozukluğu arasında anlamlı ilişki saptandı. Ankara'da iki huzurevinde yapılan çalışmada Bu sonuç, yapılan çalışma sonuçları ile uyumlu idi(20). Araştırmamızda BB, erkeklerde %42.5, kadınlarda %64.8 olarak bulundu. Bu bulgu, bilişsel bozukluğun kadınlarda erkeklerden daha fazla olduğunu gösteren yayınlarla uyumludur(21,22). Sonuç olarak; yaşlanan bir toplumuz ve yaşlı bireylerimizin ruhsal, bedensel ve sosyal işlevlerinin sağlanması ve idamesi için gereken tüm çabaların sarfedilmesi gerekir. Huzurevi gibi yaşlıların barınma ve bakımını sağlayan kurumlara da hakkettiği önem verilmiştir. Yaşlıların bedensel olduğu kadar ruhsal sağlıkları da yaşamlarının tüm dönemleri kadar özene ihtiyaç duyar. Birçok bedensel ve ruhsal hastalıkta ilk semptomlardan birisi kognitif (bilişsel) bozukluklardır. Bu durumun erken dönemde tanımlanmasıyla ve ayırıcı tanı için gerekli girişimler yapılması ile yaşlı sağlığında önemli mesafeler kaydedilecektir.

Yaşlıların ruhsal, mental sağlıklarının ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi için bu grubun özelliklerini belirlemeye yönelik araştırmaların artırılmasının sağlık hizmetini veren kişilere de ışık tutacağı kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

- 1-Altıoklar H., Biçer S., Afşar O.; Yaşlılık ve yaşlılık sorunları, 7. Halk Sağlığı Günleri Bildiri Kitabı, 11-13 Eylül, 2001, Eskişehir.
- 2-Alexopoulos GS Mood disorders. In Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7th edition (Eds BJ Saddock, VA Saddock), Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia.2000 sf: 3060-3067
- 3-Kutsal, Y. G.. Neden Geriatri, GEBAM Bülteni, Ocak.2001.Ankara.
- 4- Health of Elderly WHO Technical Report Series,1989, sf:779.
- 5-1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Ekim 1999, Ankara.
- 6- Gülseren L., Yaşlılık döneminde görülen psikiyatrik bozukluklar. 3P Dergisi,1995, 3:185-192.
- 7- Aydemir Ç Türkiye'de yaşlı intiharları. Kriz Dergisi, 1999, 7:21-25.
- 8- Tamam, L., Öner, S., Yaşlılık Çağı Depresyonları, Demans Dergisi, 2001: 1(2):sf 50-60.
- 9- <http://med.ege.edu.tr/capaci/geriatrik/>
- 10-Ertan T, Eker E, Şar V ve ark (1996) Geriatrik Depresyon Ölçeği ile Kendini Değerlendirme Depresyon Ölçeğinin 60 yaş üzeri Türk popülasyonunda geçerlik ve güvenilirlik incelemesi.
- 11- Kokmen E, Naessens JM, Offord KP. A short test of mental status: description and preliminary results. Mayo Clin Proc 1987 Apr;62(4):281-8
- 12-32. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Özet Kitapçığı. GATA Basımevi, Ankara, s:139
- 13- Do long tests yield a more accurate diagnosis of dementia than short tests? A comparison of 5 neuropsychological tests. Stuss DT, Meiran N, Guzman DA, Lafleche G, Willmer J. Int J Geriatr Psychiatry 2000 Mar;15(3):219-25
14. Fillenbaum GG, HPeymon A, Wilkins WE, Haynes CS :Comparison of two screening tests in Alzheimer's disease. The correlation and reliability of the Mini Mental State Examination and the Modified Blessed Test. Arch Neurol 1987, 44:924-927.
15. Thal LJ, Grundman M, Golden R: Alzheimer's disease: a correlational analysis of the Blessed Information-Memory-Concentration test and the Mini-Mental State Exam. Neurology 1986, 36:262-
- 16-Hanninen T, Koivisto K, Reinikainen KJ, Helkala EL, Soininen H, Mykkanen L, Laakso M, Riekkinen PJ., Prevalence of ageing-associated cognitive decline in an elderly population. Age Ageing 1996 May;25(3):201
- 17-Kestelli E., Dinç G., Özcan C.; Manisa İsmail Cider Huzurevinde kalan Yaşlıların Sosyodemografik, Sağlık, Demans ve Depresyon Durumları. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, 14-18 Nisan 1998, Adana.
- 18-Aksu T.; Yaşlıların Medikososyal Sorunlarının Tanımlanması, IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, 14-18 Nisan 1998, Adana.
- 19- HÜNEE, Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması, Ankara, 1998.
- 20- Yıldırım A., İlhan M., Maral I.; Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Bilişsel Durumun Karşılaştırılması, 7. Halk Sağlığı Günleri ,11-13 Eylül,2001,Eskişehir.
- 21- Andreasen,N.C.,Black D.W.,(1991) Introductory Textbook of Psychiatry: Washington. D.C. : American Psychiatry Press. Syf:139-155.
- 22-Horwath,T.B. ve ark(1998) Comprehensive textbook of Psychiatry, V HT Kaplan,B.J. Saddock(eds) Baltimore; Williams and Wilkins.

YAŞ	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kadın		Sayı	%**
	Sayı	%*	Sayı	%*		
60-74	55	69,6	24	30,4	79	48,8
75-94	36	43,4	47	56,6	83	51,2
Toplam	91	56,2*	71	43,8*	162	100,0

*Sıra yüzdesi $X^2=11,3$ SD=1 P=0,001

**Kolon yüzdesi

Tablo 1: Araştırmaya Alınan Bireylerin Yaş gruplarına ve Cinsiyetlerine Göre Dağılımları:

Eğitim durumu	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kadın		Sayı	%**
	Sayı	%*	Sayı	%*		
Okur Yazar Değil	28	46,8	33	53,2	62	38,3
Okur Yazar+ İlkokul	50	64,1	28	35,9	78	48,1
Orta ve +	12	54,5	10	45,5	22	13,6
Toplam	91	56,2*	71	43,8*	162	100,0

*Sıra yüzdesi $X^2=19,4$ SD=2 P=0,00

**Kolon yüzdesi

Tablo II: Araştırmaya Alınan Bireylerin Cinsiyet ve Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları

Süre	Sayı	%
24 ay ve daha kısa süre	114	70,4
25-30 ay	25	15,4
61 ay ve üzeri	23	14,2
Toplam	162	100,0

Tablo 3. Yaşlıların Huzurevinde Kalma Sürelerine Göre Dağılımı

SMMT Sonuçları	Sayı	%
24-30	77	47,5
20-23	42	25,9
10-19	30	18,5
0-9	13	8,1
Toplam	162	100,0

Tablo 4. Yaşlıların SMMT Sonuçlarına göre Dağılımı

YAŞ GRUPLARI	Bilişsel Bozukluk				Toplam	
	Yok		Var			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
60-74	55	71.5	22	28.5	77	47.5
75-94	24	28.3	61	71.7	85	52.5
Toplam*	79	48.8	83	51.2	162	100.0

*Satır yüzdesi $X^2=7,69$ SD=1 P=0.006

**Kolon yüzdesi

Tablo 5. (BB)'nin Yaşa Göre Dağılımı

CİNSİYET	Bilişsel Bozukluk(BB)					
	Yo'		Var		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Erkek	52	57.1	39	42.9	91	52.5
Kadın	27	38.0	44	62.0	71	47.5
Toplam	79	48.8	83	51.2	162	100.0

*Satır yüzdesi $X^2=30,1$ SD=1 P=0.000

**Kolon yüzdesi

Tablo6. (BB)'nin Cinsiyete Göre Dağılımı

EĞİTİM	Bilişsel Bozukluk					
	Yok		Var		Toplam	
	Sayı	%**	Sayı	%**	Sayı	%**
Okuryazar Değil	23	39.0	39	37.6	62	38.3
OY ve İlkokul	40	40.2	38	55.3	78	48.1
Orta ve Üzeri	16	20.8	6	7.1	22	13.6
Toplam	79	100.0	83	100.0	162	100.0

$X^2=8.63$ SD=2 P=0.013

**Kolon yüzdesi

Tablo7. (BB)'nin Eğitime Göre Dağılımı

İŞYERLERİNDE ÇEVRE, SAĞLIK VE GÜVENLİK YÖNETİMİNDE İYİ UYGULAMALAR (GP HESME) PROJESİ

Kemal Macit Hisar*

*Tıp Doktoru, Halk Sağlığı Uzmanı, İnşaat Mühendisi (O.D.T.Ü.), G.Ü. Fen Bilimleri Enstitüsü Kazaların Çev. ve Tek. Araş. A.B.D. Y. Lisans Öğrencisi, Sağlık Bakanlığı Tıbbi Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışanların Sağlığı ve Güvenliği Şubesi Müdürü.

ÖZET:

Giriş ve Amaç:

İş yerlerinde Sağlık Çevre ve Güvenliğin İyi Uygulanması şeklinde ifade edilebilen GP HESME (Good Practice in Health, Environment and Safety Management), iş yerlerinde sağlık, çevre ve güvenlik performansının devamlı gelişimini amaçlamaktadır. Kısaca GP HESME'nin bir çok disiplini içermesi ve iş yeri sağlığını geliştirme, iş sağlığı ve güvenliği, çevre yönetimi, toplumsal insan gücü ve toplumun sağlık gelişimi gibi dört temel alanı kapsıyor olması gerekmektedir.

Bu projenin amacı, T.C. Sağlık Bakanlığının öncülüğünde, Çalışma ve Sosyal Güvenlik ve Çevre Bakanlıklarının katılımlarıyla, I.L.O. ve W.H.O.'nun desteğinde Türkiye, Türk Cumhuriyetleri, Balkan ve Kafkas ülkelerinde, kriterleri ve göstergeleri belirlenmiş olan "GP HESME" yönetim sistemini ulusal, yerel ve işyeri düzeyinde kurup işletilmesini sağlamaktır.

Özellikle GAP bölgesinin sağlık sorunlarının önemli bir kısmının bu çok geniş kapsamlı proje ile çözüleceği düşünülmektedir.

Gereç ve Yöntem:

Bu projede, ulusal, yerel, işyeri düzeyinde kriterler yerine getirilerek oluşturulmuş bulunan göstergeler iyileştirilmeye çalışılacaktır. Ulusal bazda yerine getirilecek kriterler başlıklarıyla şunlardır:

1. GP HESME'yi desteklemek için sektörler ve kurumlar arası işbirliği taahhüdünün deklare edilmesi
2. Bu kriteri yerine getirmek için riyet mektubu hazırlanmış olup, öncelikle iki Bakanın (Sağlık ve Çalışma) ortak imzasından sonra desteklemesinin sağlanması amacıyla WHO'ya sunulacak ve proje uygulanmaya başlanmıştır.
3. GP HESME için hazırlanmış kriter ve göstergeler geliştirilmesi
4. GP HESME'nin sürdürülmesi ve uygulanması için, işyerlerine ulusal sosyo-ekonomik motivasyonun sağlanması
5. İyi eğitim ve öğretim sisteminin uygunluğunun sağlanması
6. Ulusal ve yerel politikaların etkinliğini periyodik olarak gözden geçirilmesi
7. HESME'nin iyi uygulanması tatbiki için pilot projelerin hazırlanması
7. HESME hakkında araştırma ve geliştirme projelerinin yapılması

Anahtar Kelimeler: GP HESME, Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Çevre Bakanlığı, WHO, ILO

GİRİŞ VE AMAC

İş yerlerinde Sağlık Çevre ve Güvenliğin İyi Uygulanması şeklinde ifade edilebilen GP HESME (Good Practice in Health, Environment and Safety Management), iş yerlerinde sağlık, çevre ve güvenlik performansının devamlı gelişimini amaçlamaktadır. Bu nedenle iş yerlerinin içindeki ve dışındaki tüm risk alan gruplar bu sürece dahildir. Bu kavram sağlığın gelişimini sağlamak için, iş kazaları ve hastalıklarını, işle ilgili hastalıkları, işle ilgili olmayıp işyerinde engel olunabilen hastalıkları (alkol bağımlılığı, sigarayla ilgili hastalıklar, AIDS, vs.) önlemek üzerine odaklanmıştır. GP HESME, işveren, işgücü ve (sağlık, çevre, güvenlik, sosyal ve ekonomik bilimler ve uygulamalar gibi) değişik alanlardaki uzmanların karşılıklı etkileşiminin bir ürünüdür. Kısaca GP HESME'nin bir çok disiplini içermesi ve iş yeri sağlığını geliştirme, iş sağlığı ve güvenliği, çevre yönetimi, toplumsal insan gücü ve toplumun sağlık gelişimi gibi 4 temel alanı kapsıyor olması gerekmektedir.

Bu projenin amacı, T.C. Sağlık Bakanlığının öncülüğünde, Çalışma ve Sosyal Güvenlik ve Çevre Bakanlıklarının katılımlarıyla, I.L.O. ve W.H.O.'nun desteğinde, Türkiye, Türk Cumhuriyetleri, Balkan ve Kafkas ülkelerinde, kriterleri ve göstergeleri belirlenmiş olan "GP HESME" yönetim sistemini ulusal, yerel ve işyeri düzeyinde kurup işletilmesini sağlamaktır.

Özellikle GAP bölgesinin sağlık sorunlarının önemli bir kısmının bu çok geniş kapsamlı proje ile çözüleceği düşünülmektedir.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ PROJE İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

GP HESME'nin Uluslararası Düzeyde Gelişmesi

İş Sağlığı İşbirliği Merkezleri tarafından geliştirilen ve Mayıs 1996'da 49. Dünya Sağlık Meclisi (Karar WHA49.12) tarafından onaylanan, WHO Herkes için İş Sağlığı Global Stratejisi, yeni yaklaşımları ve işyerlerinin ve diğer çalışma yerlerinin aktif katılımını gerektirmektedir.

Hırvatistan'ın Dubrovnik kentinde, 21-23 Ekim 1996'daki Ulusal Çevre ve Sağlık Aksiyon Planı (NEHAPs) geliştirilmesi için toplanan ikinci birleşimde hazır bulunan hükümet yetkilileri, sanayi ve diğer işyerlerinde sağlık ve çevre konusundaki iyi uygulamalar için uluslararası araçları geliştirilmesi tavsiyesinde bulundular. Avrupa Çevre ve Sağlık Komitesi bu fikri destekledi.

Belçika, Fransa, Hollanda, Polonya, Ukrayna'da bir takım toplantılar düzenlendi. İngiltere, İş yerlerinde sağlık, çevre ve güvenlik yönetiminde (HESME) iyi uygulamalar (GP) için bütüncül kavramların formüle edilmesi amacıyla organizasyona katıldı (Ocak 1998-Mayıs 1999). Bu kavram, sivil toplum ve hükümet uzmanları ile, işyerleri ve akademik uzmanlar tarafından beraberce hazırlandı.

WHO Avrupa bölgesel Ofisi tarafından Temmuz 1999'da düzenlenen Çevre ve Sağlık üzerine Üçüncü Bakanlar Konferansında toplanan Çevre ve Sağlık Bakanları, Londra Deklarasyonunu bu bütüncül yaklaşım için gerekli gördüler.

GP HESME (Türkiye) Projesi ile İlgili Gelişmeler

7-11 Mayıs 2001 tarihlerinde Ankara'da Türkiye'den ve Bölge Ülkelerinden çok sayıda yetkili ve uzmanın katıldığı Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından organize edilen HESME konulu uluslararası toplantı yapılmıştır. Bu toplantıda DSÖ Avrupa Bölge Ofisi İşyeri Sağlığı konularından sorumlu Bölge Danışmanı Prof. Dr. Boguslaw Baranski özetle "Türkiye'nin bölge ülkeleri için örnek çalışmalar yapabileceğini, Orta Asya Cumhuriyetleri, Balkan ve Kafkas Ülkeleri başta olmak üzere ILO, DSÖ Türkiye üçgeninde HESME projesi için çalışıldığı, Sağlık, Çevre, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlıkları ile birlikte koordineli bir çalışma sayesinde HESME Projesinin Türkiye'de yürürlüğe girebileceğini" dile getirmiştir. Bu uluslararası konferanstan hemen önce HESME'nin Kardemir, Erdemir, ve İsdemir'de pilot tesis olarak uygulanmasına karar verilmiştir.

15 Haziran 2001 tarihinde Uluslararası İş Sağlığı ve Güvenliği Bölgesel Konferansı Düzenleme ve Danışma Komitesi üyeleri tarafından yapılan toplantıda İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürü "Türkiye'nin Doğu Avrupa ve Kafkas Ülkelerinde HESME Projesinin uygulanmasında merkez rolünü üstlenmesi ve İSGÜM'ün yeniden yapılandırılması ile bu konuda yetkili durumuna getirilmesinin planlandığını, Sağlık Bakanlığının onay vermesi halinde bunun WHO tarafından destekleneceği, Sağlık Bakanlığı ile bu yönde görüşmeler yapıp mutabakatın sağlandığını" belirtmiştir. Ayrıca "İSGÜM'ün Döner Sermaye İşletme Yönetmeliğinin değiştirilerek işletmenin daha fazla gelir etmesinin sağlanacağı, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin WEB tabanlı interaktif yöntemle başlatılıp, tatbiki eğitimi tamamlanacağını" da belirtmiştir.

Uluslararası Kongre Bildirisinde ve 25-6-2001 ile 3-7-2001 tarihlerinde yine bu konuda yapılan toplantılarda, bu konuda 9-11 Ekim 2002 tarihlerinde uluslararası toplantı yapılması ve adım da "Küçük ve Orta Ölçekli İşyerlerinin Sorunları ve Risk Gruplarının İstihdamı" olması kararlaştırılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Sağlık Bakanlığının öncülüğünde meydana getirilecek bu projede, ulusal, yerel, işyeri düzeyinde kriterler yerine getirilerek oluşturulmuş bulunan göstergeler iyileştirilmeye çalışılacaktır. Ulusal bazda yerine getirilecek kriterler

1. GP HESME'yi desteklemek için sektörler ve kurumlar arası işbirliği taahhüdünün deklare edilmesi

İşyerlerinin ve çalışma gruplarının, ulusal halk sağlığı, mesleki sağlık ve çevre politikalarında belirlenen amaçlara ulaşabilmek için, görüşlerinin nasıl alınacağı ve karar mekanizmasına nasıl dahil edilecekleri konusunda, hükümet bakanlıklarının (Sağlık, Çalışma, Çevre ve gereken diğer Bakanlıkların) ve ana kurumların taahhütte bulunmaları gerekir. Bunun için niyet mektubu hazırlanmış olup öncelikle iki Bakanın ortak imzasından sonra WHO'ya desteklemesinin sağlanması amacıyla sunulacak ve proje uygulanmaya başlamış olacaktır.

2. GP HESME için hazırlanmış kriter ve göstergelerin geliştirilmesi

GP HESME'nin geliştirilmesi ve uygulanmasının değerlendirilmesi için kriterler ve göstergeler geliştirilecek, tahkik edilecek ve yayınlanacaktır.

3. GP HESME'nin sürdürülmesi ve uygulanması için, işyerlerine ulusal sosyo-ekonomik motivasyon sağlanması

Üye her bir devletin, ulusal ekonomik, sosyal, hukuki yapısı ve politikasının, bir çok işyerindeki mesleki ve çevresel sağlık uygulamaları üzerinde baskın bir etkisi vardır. Ulusal finansal, mali ve sigorta sistemleri HESME konusunda iyi performans uygulanması ve gösterilmesi için harekete geçirici bazı olanaklar sağlanması için çalışılacaktır.

4. İyi eğitim ve öğretim sisteminin uygunluğunun sağlanması

HESME'nin iyi uygulanmasını tatbik edileceği için, konu ile ilgili tıp doktorları ve hemşireleri, konu ile ilgili hijyenistler, güvenlik mühendisleri, iş organizasyonu uzmanları, ergonomistler, konu ile ilgili terapistler, psikoterapistler, çevre kontrolörleri ve mühendisleri, sağlık ve çevre eğitimcileri, avukatlar ve diğer çeşitli meslek gruplarıyla ortak çalışmaya ihtiyaç vardır. Öğretim müfredatının iyi bir tarifi, yeterlik, davranış (yönetim) yönetmeliği, ve mesleklerin her biri için yeterliliğin ve yetkinin belgelenmesi, bu kişilerin işlerinin etkinliğini ve kalitesini artırır. Ayrıca HESME'nin değişik yönleri hakkında işveren ve çalışanların eğitim ve öğretimine de ihtiyaç vardır. Tüm bunların sağlanması için çalışmalara başlanacaktır.

5. Ulusal ve yerel politikaların etkinliğinin periyodik olarak gözden geçirilmesi

GP HESME hakkındaki ulusal ve yerel politikaların etkinliğinin değerlendirilmesine ihtiyaç vardır. Bütün destekçiler bu değerlendirme sürecine dahil olacaktırlar. İşlemleri kontrol etmek için gönüllü hesap bildiriminin ve sağlık etkisinin gözlenebilmesi için performans göstergelerinin kullanımı teşvik edilecektir.

6. HESME'nin iyi uygulanması tatbiki için pilot projelerin hazırlanması

Pilot projelerin asıl amacı, belirlenen dalda ya da ilde, GP HESME'nin geliştirilmesine yönelik işlemleri başlatmaktır. Niyet deklarasyonu sonrası pilot projelerin uygulanması çalışmalarına başlanacaktır.

7. HESME hakkında araştırma ve geliştirme projelerinin yapılması

Ulusal, yerel ya da işyeri düzeyinde GP HESME'nin geliştirilmesi, rapor edilmesi, ve tahakkuk ettirilmesi için gereken veri ve ürünleri sağlayıcı araştırma ve geliştirme programları ile ilgili çalışmalara başlanacaktır.

Yerel düzey için kriterler

Yerel (belediyeye ait yada il seviyesinde) olarak uygulanacak yöntemin amacı , işyerlerinin GP HESME gelişim ve sürdürme çabalarına destek olmaktır. Yasal koşulları uygulamaya koymanın yanında, yetkililer, işverenler ve sendikalar arasında GP HESME araçlarının geliştirilmesi tavsiye edilir. Aşağıda sunulan bir takım kriterler, yerel HESME programlarının geliştirilme ve sürdürülmesi için gerekli basamakları göstermektedir.

1. HESME'deki mevcut durum

Yerel yönetim konsey ofisi (Şehir Konseyi, Halk Meclisi) il yada topluluk dahilindeki halk sağlığı ve çevre durumu üzerinde, mevcut işyeri ve çevre yönetiminin başlangıçtaki etkisinin analizini hazırlar. Aslında böyle bir analize, konuyla ilgili her hangi bir risk alan grupla da başlanabilir (işveren dernekleri, sendikalar, sosyal veya sağlık sigorta kurumları, sivil toplum örgütleri yada diğerleri gibi) Bu analizde, yasal koşullarla uygunluk ve gönüllü, kendinden ayarlanan araçların kullanımı hesaba alınmalıdır.

2. Yerel yetkililerin yada başlıca risk alanların beyanatu

Toplumda kullanılan mevcut kendi kendini düzenleyen ve tahakkuk eden yasal ya da dışımlara dayanarak, yerel yetkililer ve ana risk alan şahıs yada gruplar, yerel halk yada ille beraber HESME'nin gelişimi için hazırlanacak aktivite planları beyanatını hazırlayıp kabul ederler.

3. GP HESME'nin kriter ve göstergelerinin benimsenmesi

HESME gösterge ve kriterleri için ulusal ve uluslar arası tavsiyeler mevcuttur. Genellikle bu kriterleri ve göstergeleri yerel ihtiyaç ve olasılıklara göre tatbik etmek gerekir.

4. HES hizmet sağlayıcılarının değerlendirilmesi

Hizmetlerin kalitesi, diğerlerine kıyasla, örgütlerin yapısının ve yönteminin devamlı bir gelişimindedir. Yerel yetkililer, HES profesyonellerinin ve onların hizmetlerinin değerlendirme metodlarını, ve yerel kriterlerin anlaşmalarını ve detaylı bir şekilde incelenmelerini kolaylaştırmalıdır.

5. İş yerleri arasındaki HESME performansı sıralamalarının (benchmarking) desteklenmesi

Bağımsız benchmarking firmaları genelde benchmarking tatbikatları yürütürler. Katılan işyerleri onlara para öder. HESME'nin gelişimi için oluşmuş yerel yönetim stratejileri, bechmarking organizasyonu için çeşitli finansal ve lojistik destekleri önceden ayarlayabilirler.

6. Çalışanların ve işverenlerin eğitim ve öğretimi

Eğer GP HESME'nin geliştirilmesi için işbirliği içinde bulunacaklarsa, sağlığın çevresel, sosyal, mesleki ve yaşam tarzına bağlı belirteçlerinin kontrol ve hareketi için, işveren ve örgütlerinin, çalışanların ve onların sendikalarının bu konuda temel bir anlayışa sahip olmaları gerekir. Ayrıca, özellikle kendi sanayi branşlarına uygulanabilir olan kirlilik önleyici, daha güvenli ve temiz üretim için gerekli bilgiye ulaşabilme imkanına sahip olmaları iyi olur. İnternetin kullanımı, HES konularının çok sayıda işçi ve işveren arasında haberleşilmesine yardımcı olur. Yerel iş pazarlarında ihtiyaç olan yeni mesleki yetenekler kazandırmak, ve mesleki kalitelerini artırmak için çalışan ve çalışmayan nüfusa eğitim ve öğretim imkanı sağlamak, onların sağlığını, çalışabilirliklerini ve işe alınabilirliklerini dengeye sokmak yönünde faydalıdır. Böyle kursların kalitesi, rüşvet yemeye olan eğilimi de engellemeyi temin edici nitelikte olmalıdır.

7. Yerel düzeyde GP HESME'nin ekonomik tahmini ve finansmanı

Ekonomik tahmin, HESME'nin ekonomik değerinin biçildiği ve etkilerinin olduğu bir süreçtir. Bu, işten kaynaklanan hastalık sahibi nüfusun topluma sosyal maliyetinden, bir işyerindeki daha sağlıklı çalışma ortamının ekonomik kazançlarının öngörülmesine kadar uzanan geniş bir yelpazede değişen ölçümleri içerir.

7.1. İlerdeki GP HESME gelişim ve araştırması için yerel fon

Araştırma kuruluşları, özellikle aynı belediye yada il dahilinde, uygulanmış araştırma projelerini üstlenip tasarlayarak, yerel HESME gelişimine katkıda bulunabilirler. Böyle projeler, özellikle GP HESME'nin yerel ve işyeri düzeyinde gelişimi, rapor edilmesi ve desteklenmesi için gerekli bilgi ve ürünü sağlamada yardımcı olabilirler (örn. HESME'nin sosyo-ekonomik tahminlerinin metodolojisi, sağlık destekleme ihtiyacı tahakkuku, çevre yönetimi, HES haberleşmesi ve halk katılımı).

8. GP HESME'nin sağlık etkilerinin tahakkuku

GP HESME dahilinde yürütülen bu işlemin sağlık açısından öneminin değerlendirilmesi, nüfusun tümünün genel sağlık düzeyi açısından önemlidir. Gelişimdeki ilerlemeyi rapor etmek için yerel örgütler (yetkililer, sivil toplum örgütleri) tarafından düzenli anketler uygulanmalıdır.

9. Sigorta ve GP HESME

Sosyal ve sağlık sigorta kurumları, müşterilerinin refahı için gerekli ulusal sorumluluğu paylaşırlar. Mesleki ve mesleki olmayan hastalıkların önlenmesine yardımcı olabilirler, ayrıca sorumluluk alanlarına önlenebilir zararlar, hastalıklar, azalan çalışabilme özelliği ve artan orandaki kalıcı ya da geçici iş sakatlıkları da girer. Bu operasyonlarında, sigorta şirketleri, sağlık alanındaki diğer partnerleriyle ortak amacı paylaşırlar. Sağlık ve sosyal sigorta kurumları ve özel fonlar (Çevre Koruma Fonu gibi) işyerinde çevre ve sağlık koruma ve destekleme konusunda yatırım yapmaya davet edilirler. Ayrıca bu katkıları GP HESME'nin çevre ve sağlık üzerine olan etkilerinin değerlendirilmesinde de beklenir

10. İlerdeki GP HESME'nin iyi örneklerinin toplanması ve dağıtılması

GP HESME'nin başarılı uygulamış örnekleri çoğu zaman karmaşık sunumlardan ve tartışmalardan daha ikna edicidir. Halk, GP HESME'nin il yada belediye dahilindeki iyi örneklerinden ve bu işyerlerinin kullandıkları metodlardan haberdar edilmelidir. Bu tecrübeler, tüm destekçiler, öğretmenler ve kalite personeli için dağıtılmalı ve diğer kurumların kullanımına sunulmalıdır.

İşyeri düzeyinde kriterler

Burada kriter, HESME'nin iyi uygulanması için işyeri yönetimi ile birleştirilecek bir ilke yada iyi tanımlanmış bir şart olarak anlaşılmalıdır. GP HESME'nin işyeri düzeyinde uygulanması, işverenin yada yüksek yönetici kademesinin sırayla aşağıda belirtilen kriterleri göz önüne almasını gerektirir:

1-HESME'yi geliştirmek için taahhütte bulunma

İşyerinin değer sistemi ve gelişim stratejisinde, işçilerin, tüketicilerin, sağlık ve güvenliğinin ve çevre korunmasının değerinin ve rolünün, kesin bir şekilde açık hale getirilmesi, yüksek kademe yürütme yönetiminin kamu politikası gereklindedir. Bu, bahsedilen değerlere olan bağlılığı göstermek için üstlenilen ana adımları tanımlar.

2. Çalışanların katılımı

Zirve yönetimi, çalışanları davet eder ve, onlara HESME sistemindeki politikalar ve öncelikli hedeflerin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi hakkında duyulan yardım ihtiyacı yönünden rollerini açıklar. Sağlık, çevre ve güvenlik komiteleri veya diğer dahili kabul gören sağlık ve güvenlik yapıları çalışanların sisteme dahil olmasını kolaylaştıracaktır (örnek: sağlık daireleri).

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

3. Faaliyet alanı ve hedeflerin tanımı için bütüncül yaklaşım

HESME'nin iyi uygulanabilmesi ve gerekli faaliyet alanı ve hedeflerinin kararlaştırılması için işçi ve işveren temsilcilerinin de göz önünde bulundurulması gerekir.

4. Etkili HES işletme sisteminin kullanımı

İş yerinin her faaliyetinin , çalışanların ve tüketicilerin sağlık, güvenlik ve iyi olma hallerini etkileme potansiyeli ve çevreye belli düzeyde etkisi vardır. Böyle bir etki üzerinde yeterli iç kontrolü sağlamak için, HES tahminlerinin, bütün aktivitelerin ve işyerinin tüm organizasyon seviyelerinin, planlanmasında, performansında ve değerlendirilmesinde göz önüne alınması gerekir. HESME'de iyi uygulama geliştiren bir işyeri, tatbik otoritelerinin müfettişini beklemeyecektir. bunun yerine, yasal uyumluluğu temin edici aşağıdaki ilkelerle beraber dahili işlemleri devreye sokacaktır

5. Etkin üretim desteği

İşyerinden, sağlıklı ve çevre dostu ürünler ve hizmetler verdiğinin gösterilmesi beklenir. Etkin üretim kahyalığı ekodizayna başlar, yani doğal kaynakların kullanımının ve üretilen atıkların minimuma indirilmesi; ve bir sonraki üretim halkası için maddelerin geri dönüşümü ile sona erer. üretim kahyalığı Genişletilmiş üretici Sorumluluğu ile bağlantılıdır. Bu, üretim imkanları yerine, üretim sistemleri üzerine odaklaşan kirlilik önleme politikalarının yeni nesil ilkesidir.

6. Uygun kaynaklar sağlanması

Sağlık, çevre ve güvenlik yönetiminin gelişimi için ayarlanmış olan insani ve finansal kaynaklar, işyerinin sürdürülebilir kalkınması için yeterli olmalıdır.

7. HES uzmanları tarafından sürekli destek

Yüksek kademe yöneticiler, müdürler ve işçiler, HESME'nin geliştirilmesi için gerekli teknik, tıbbi, sosyolojik ve çevresel bilgilerin optimum kullanımını temin etmek için, HES'in geliştirme ve korunmasının iç ve dış hizmetinde uzmanlaşmış eksperlerin tavsiyelerini kullanırlar. 89/391/EEC direktifini ve/veya ILO İş Sağlığı Hizmetleri Anlaşmasını (No.161) ve tavsiyelerini (No. 171), 1985. uygulayan ülkelerde, çalışanların iş sağlığı hizmetlerinden yararlanabilmelerinde artış sağlanmıştır.

8. Çalışanın HES yeterliliğini geliştirmek

HES konularının tüm işyeri yönetimine entegre hale getirilmesinin koşulu, bütün çalışanların, işyerinin sağlık, çevre ve güvenlik yönetiminin geliştirilmesi için aktif olarak katılmaları yönünde etkin yeterliliğe sahip olmaları gerekir. Eğitimin faaliyet sahası ve kesinliği, işyeri hiyerarşisindeki tüm şahısların pozisyonuna ve rolüne bağlıdır. HESME'nin devamlı gelişimini temin etmek için, iş tecrübesiyle beraber gelen cevamlı bir eğitime ve öğrenmeye olan ihtiyaç büyüktür.

9. HESME performansının rapor edilmesi, değerlendirilmesi, şebekelendirilmesi ve sıraya sokulması (benchmarking)

Rapor etme ve değerlendirme göstergeleri, hedef seçimi, işyeri sağlığı ve çevre programı geliştirilmesinin entegre bir parçası olarak seçilmeli ve geliştirilmelidir. Özellikle aynı endüstrideki diğer işyerlerinin sonuçlarıyla karşılaştırılmalı olarak HESME ölçülerinin değerlendirilmesi, ileriki gelişmeler için faydalı olacaktır. Şebekelemek, herbirinin kuvvetli yönünü öğrenmek, ve bir kişinin kendi zavıflığını ortaya koyması için etkili bir yoldur. Şebekelendirmek için ana mekanizma, aynı sektör ve branştaki işyerlerinin kendi aralarındaki HESM performanslarının sıralı bir şekilde karşılaştırılması olacaktır. Fakat şunu bilmek gerekir ki, eğer sıraya koymak (benchmarking) işleri, işyeri düzeyinde bir aktivite olmaktan da öteye geçecekse, endüstri ve sektörler arası göstergelerin uygulama ve geliştirilmesi için yapılacak çok daha fazla şey vardır

SONUÇ

T.C. Sağlık Bakanlığının öncülüğünde, Çalışma ve Sosyal Güvenlik ve Çevre Bakanlıklarının katılımlarıyla, I.L.O. ve W.H.O.'nun desteğinde, Türkiye, Türk Cumhuriyetleri, Balkan ve Kafkas ülkelerinde, kriterleri ve göstergeleri belirlenmiş olan "GAP HESME" yönetim sistemini ulusal, yerel ve işyeri düzeyinde kurup işletilmesini sağlamayı amaçlayan bu projenin özellikle GAP bölgesinin sağlık sorunlarının önemli bir kısmını çözebileceği düşünülmektedir. Bunun için Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile işbirliği halinde çalışmalara başlanılmıştır.

YARARLANILAN KAYNAKLAR

1. Baltic Sea Network on Occupational Health and Safety. Report on the Fifth Annual Meeting. Berlin, Germany, 18-19 November 1999. <http://www.who.nl>
2. European Network for Workplace Health Promotion. <http://www.baua.de/whp-ncf/>
3. ILO: The Global Program on Occupational Safety, Health and Environment <http://www.ilo.org/pu.lic/english/protection/safework/global.htm>
4. Commission of the European Communities. Proposal for a Decision of the European Parliament and of the Council adopting a programme of Community action in the field of public health (2001-2006). Brussels. 16.5.2000, COM(2000)285 final, 2000/0119 (COD)
5. Mossink J.C.M.: Guidelines for Economic Appraisal for Safety and Health at Work. Understanding and Performing Economic Assessments at the Company Level. TNO, March 2000.
6. Loch H.-J. at al. Occupational Health and Risk Management System (OHRIS), Bavarian Ministry of State for Labour and Social Affairs, Family, Women and Health, Munich, 1998
7. Towards Good Practice in Health, Environment and Safety Management in Industrial and Other Enterprises. Third Ministerial Conference on Environment and Health, London 1999. <http://193.172.235.142/download/doc13/gphesm.doc>
8. UNITED NATIONS ENVIRONMENT PROGRAMME: Launch of the International Declaration on Cleaner Production. Industry and environment, 21 (4):26-27 (1998). UNEP Cleaner Production Declaration <http://www.unepic.org/Cp2/declaration/>
9. WHO Health21 – Health for all policy framework for the WHO European Province. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (European Health for All Series, No. 6)
10. WHO HFA Indicators for the New Health Policy in Europe. Report on a WHO Expert Group Meeting. The Hague, Netherlands, 2-3 March 2000
11. European Agency for Safety and Health at Work: Employability Bilbao Conference June 2000
12. WHO Consultation on the design of an environment and health information system for NEHAPS (Bilthoven, May 2000)
13. WORLD BANK. World Development Report 1993: investing in health. Oxford, Oxford University Press, 1993.
14. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, indicators of working conditions in the European Union, Luxembourg, 1997. Office for Official Publications of the European Union, ISBN 92-828-1887-X
15. CEFIC, Responsible Care: Health, Safety and Environmental reporting guidelines. Brussels, 1998, European Chemical Industry Council - CEFIC, http://www.cefic.org/fact_vities/hsc/rcf/
16. European Commission, Employment and Social Affairs, Health and Safety at Work. Guidance on work-related stress: spice of life or kiss of death? Luxembourg, 2000, Office for Official Publications of the European Union, ISBN 92-828-9806-7
17. Economic impact of occupational safety and health in the member states of the European Union. Bilbao, European Agency for Safety and Health at Work, 1999 (ISBN 92 828 2634 1).
18. The new organization, conducive production and work quality policy. The Hague, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1999.

19. Developing comprehensive health policy - why and how. A guide for the workplace. Ottawa, Health Canada, 1998 (ISBN 0 662 26632 3).
20. HEALTH & SAFETY EXECUTIVE. *Successful health and safety management*. Norwich, H.M. Stationery Office, 1998 (ISBN 0 7176 1276 7).
21. Regulations relating to systematic health, environment and safety activities in enterprises (internal control regulations). Royal Decree of 6 December 1996. Oslo, Tiden Norsk Forleg As., 1996.
22. *Methods for health impact assessment in environmental and occupational health: report of a WHO/ILO consultation*. Geneva, World Health Organization and International Labour Organization, 1998 (WHO/EHG/98.4, H.O/OSH/98).
23. VOGEL, L. The TUTB Observatory on the application of the European Directives: a preliminary assessment. *Newsletter of the European Trade Union Technical Bureau for Health and Safety*, 8: (1998).
24. EUROPEAN FOUNDATION FOR THE IMPROVEMENT OF LIVING AND WORKING CONDITIONS. *Working conditions in the European Union. Second European Survey on Working Conditions - January 1996*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 1997.
25. MOSSINK, J. & LICHER, F. Costs and benefits of occupational safety and health. Proceedings of the European Conference on Costs and Benefits of Occupational Safety and Health. Amsterdam, NIA TNO B.V., 1998. ISBN 90 6365 160 0
26. BARANSKI, B. & DAM, H. Review of occupational health in the last decade in the European Region. In: *Overview of the environment and health in Europe in the 1990s*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (EUR/ICP/EHC/O020205).
27. WESTERHOLM, P. & BARANSKI, B. EDS. Guidelines for quality assurance in the management of multidisciplinary occupational health services. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999
28. MacDonald E., Baranski B., Wilford J. Occupational Medicine in Europe: Scope and Competencies. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000.

TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU İŞ SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ KOMİSYON ÇALIŞMALARI

Doç.Dr.Oya Nuran Emiroğlu* Prof.Dr. Seçil Aksayan **, Yar.Doç.Dr.Nihal Esin***, Öğr.Gör.Ayşe Beşer**** , Öğr.Gör.Ali Naci Yıldız*****, Doç.Dr.Ayşe Ocakçı***** , Buyan Doğan***** , Hemşire Nihal Uzuncan*****

- * Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
- **Kocaeli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Müdürü
- *** Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
- **** Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
- ***** Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, HASAK Yönetim Kurulu Üyesi.
- ***** Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Müdürü
- ***** Türk Hemşireler Derneği Başkanı
- ***** Kırıkkaleli Cam Sanayi Hemşiresi

Çalışanların sağlığını koruma, geliştirme ve sürdürme çabaları multiprofesyonel bir yaklaşımı gerektirir. Multiprofesyonel ekibin içinde yer alan hemşire, işyeri organizasyonları içinde çalışma ortamını ve çalışan bireyi iş sürecindeki değişikliklerle birlikte gözlemleyecek ve nedene yönelik girişimleri planlayarak başlatılabilecek en uygun kişidir (Emiroğlu O,2000).

Günümüzde iş sağlığı hizmetlerinin etkin bir şekilde yürütülmesinde yeterli eğitim almış hemşirelerin rolü büyüktür. Gelişmiş ülkelerde iş sağlığı hemşireliği bilimsel, teknolojik ve toplumsal gelişmelerden etkilenerek büyük bir değişim içine girmiş, işçi sağlığının korunması ve geliştirilmesinde hemşirelerin rolü ve yeri kabul edilmiştir. İş sağlığı hemşirelerinin etkinlikleri sonucunda işe devamsızlıkların azaldığı, koruyucu kullanan, danışmanlık hizmeti alan ve olumlu davranış değişikliklerinde bulunan işçilerde artış görüldüğü araştırmalarla belirlenmiştir (Rossi K.,Heikinen M,1990).

İş Sağlığı hemşiresinin kendisinden beklenen rolleri yerine getirebilmesi çeşitli etkenlere bağlıdır. Bunlardan en önemlileri eğitim, yasa ve yönetmeliklerdir. Ülkemizde yönetmeliklerle işyeri hekimlerinin görev ve yetkilerine ayrıntılı tanım getirilirken, işyeri hemşiresinin görev, yetki ve sorumluluklarına değinilmemiştir. Genel hemşirelik eğitimi müfredat programında ise istendik düzeyde işyeri hemşireliğine yer verilmemektedir (Emiroğlu O,2000., Beşer A,2001).

Ülkemizde işyeri hemşireliği alanında günümüze değin çeşitli çalışmalar olmuştur. Bu çalışmalara ek olarak Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu ve Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından düzenlenen I. ve II.Ulusal İş Sağlığı ve İşyeri Hemşireliği sonuç bildirgesi doğrultusunda Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Derneği (HASAK) bünyesinde " İŞYERİ HEMŞİRELİĞİ KOMİSYONU" oluşturulmuştur. Komisyon üyeleri: Prof.Dr. Seçil Aksayan, Doç.Dr.Oya Nuran Emiroğlu, Doç.Dr.Ayşe Ocakçı, Yar.Doç.Dr.Nihal Esin, Öğr.Gör.Ayşe Beşer, Öğr.Gör.Ali Naci Yıldız, Buyan Doğan , Hemşire Nihal Uzuncan' dan oluşmaktadır.

İŞYERİ HEMŞİRELİĞİ KOMİSYON ÇALIŞMALARININ AMACI

* İşyeri hemşiresinin gerekli nitelikleri ile görev, yetki, sorumlulukları ve çalışma koşullarını düzenleyen işyeri hemşireliği yönetmeliği taslağını oluşturmak

* İşyeri hemşireliği sertifika programlarını planlamak ve düzenlemek

* Hemşirelik lisans eğitiminde işyeri hemşireliği teorik ve alan çalışmalarında standardizasyonu sağlamak

* Alanda çalışan ve gelecekte çalışacak olan işyeri hemşirelerini mesleki bilinç ve gelişmelerine ve dolayısıyla etkin hizmet sunmalarına katkıda bulunmaktır.

İŞYERİ HEMŞİRELİĞİ KOMİSYON ÇALIŞMALARI SONUÇLARI

HASAK İşyeri hemşireliği komisyonu çalışmalarına 3/09/2001 tarihinde başlamış olup 15/06/2002 tarihine kadar çeşitli illerde toplanılarak aşağıdaki çalışmaları gerçekleştirmiştir.

* İşyeri hemşiresinin tanımı yapılmıştır

** İşyeri hemşireliği yönetmelik taslağı hazırlanmıştır

"İşyeri hemşireliği yönetmelik taslağı" nın Çalışma Bakanlığı Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü'ne sunulmuştur

* İşyeri hemşireliği sertifika programının tanımı yapılmış, genel amaçlar belirlenmiştir

* Sertifika programı için gerekli koşulların belirlenmiş, A tipi sertifikaya lisans mezunu olan hemşirelerin, B tipi sertifika için ise halen çalışmakta olan meslek lisesi mezunu hemşirelerin katılabileceklerine karar verilmiştir.

* İşyeri hemşireliği sertifika programının içerik ve saatleri belirlenmiştir

* İşyeri hemşireliği sertifika programının 1-15/11/2002 'de Ankara -HASAK" da yapılmış ve katılmacı sayısının 20 kişi ile sınırlandırılmasına karar verilmiştir

* T-HASAK Derneğinin süreli yayınlar kapsamında " İşyeri Hemşireliği" ile ilgili kitapçık hazırlanmıştır

VIII.ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

* Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu işbirliğinde III.Ulusal İş Sağlığı ve İşyeri Hemşireliği sempozyumu planlanmıştır

HASAK İşyeri Hemşireliği Komisyon çalışmaları devam etmekte olup, işyeri hemşireliği, sertifika çalışmaları yanısıra lisans düzeyi hemşirelik eğitiminde işyeri hemşireliği eğitimine yönelik standardizasyon çalışmaları hedeflenmektedir.

KAYNAKÇA

1. Emiroğlu O., İş Sağlığı Hemşireliği ve Sorunları. Toplum ve Hekim. 2000, 15(3):178-181.
2. Rossi K., Heikkinen M., Current A View of Occupational Health Nursing Trends and Future Prospects. Recent Advances in Nursing.1990, 26 :1-34.
3. Beşer A., İş Sağlığı Eğitiminde Üniversitelerin Rolü. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Zonguldak Sağlık Yüksekokulu II: Ulusal İş Sağlığı ve İşyeri Hemşireliği Sempozyumu. 28-30 Haziran 2001, Sy:24-31.

ANKARA'DAKİ DEVLETE BAĞLI HUZUREVLERİNDE YAŞAYAN KİŞİLERİN SOSYAL YAŞAMLARI İLE İLGİLİ BAZI ÖZELLİKLERİ

Dr. Gonca OKTAY KOÇOĞLU*, Doç. Dr. Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ*,Dyt. Dr. Sema A'İLLA*, Prof. Dr. Ayşe AKIN*

* Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Dünya Sağlık Örgütü, yaşlılık dönemini 65 yaş ve üstü olarak tanımlamıştır. Türkiye'de yaşlılar anayasa teminatı altındadırlar. Türk Anayasası'nın 61.Maddesi'ne göre 'Yaşlılar devlete korunur. Yaşlılara devlet yardımı ve sağlanacak diğer haklar ve kolaylıklar kanunla düzenlenir' denmektedir. Ankara da devlete bağlı 3 huzurevinde gerçekleştirilen bu araştırmada, 510 yaşlı ile görüşülmüştür. Araştırmaya katılım oranı %90.8'dir. Sağlık, herhangi bir hastalık ya da sakatlık olmamasının yanında, kişinin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olmasıdır. Sosyal iyilik hali, genellikle, sağlığın ihmal edilen bölümü olması yanında yaşlı sağlığında daha da önem kazanmaktadır. Ancak, huzurevlerinde kalan yaşlıların 1/3'ünden fazlası yakınları tarafından hiç ziyaret edilmemektedir. Yaşlıları en sık ziyaret edenler ise yaşlıların kız çocuklarıdır. Günlük aktiviteler içinde en çok yapılan aktivite televizyon seyretmektir. Yaşlıların %40.2'si hiç gazete okumamaktadır. Ancak, %46.2'si kendini mutlu hissettiğini ifade etmiştir. Beklentileri sorulduğunda ise, %76.8'i herhangi bir beklentisi olmadığını söylemiştir. Yaşam süresi uzadıkça artmakta olan yaşlı nüfusun sorunlarını ve ihtiyaçlarını ortaya çıkaracak kapsamlı araştırmalar yapılarak hem kendi evlerinde hem de huzurevlerinde sosyal yaşamlarını geliştirmeye yönelik gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler : Huzurevi, yaşlılık, sosyal yaşam

GİRİŞ

Yaşam döneminin son basamağı olan yaşlılık değişik biçimlerde tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılık döneminin 65 yaş ve üstü olarak tanımlanmıştır (1). Sağlık ve sosyal alanda yaşlılık, insanın bağımsız konumdan başkalarına bağımlı duruma geçme sürecidir. Hukuk ve çalışma yaşamı açısından yaşlılık, bir insanın çalışma performansının ve verimliliğinin azaldığı ve emekli olduğu dönem olarak ifade edilmektedir(2). Günümüzde, dünyada 65 yaş ve üzerinde 500 milyon insan yaşamaktadır ve bu sayının 20 yıl içerisinde 800 milyonun üzerine çıkması beklenmektedir. Tahminlere göre, 2025 yılında, yaşlı popülasyonun %70'i gelişmekte olan ülkelerde yaşayacaktır(3). Yaşlı sayısının oransal olarak artışı tek bir nedene bağlamak imkansızdır. Bu artışa tanrı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi, çevrenin sağlık üzerine olumsuz etkisi olan koşullarının düzeltilmesi; eğitim düzeyinin, sağlık hizmetlerinden yararlanmanın ve sosyoekonomik düzeyin artması ve temel sağlık hizmetleri içinde olan aile planlaması hizmetleri ile doğurganlığın azalmasıyla genç nüfusun azalması rol oynamaktadır.

Milattan önce 3000 ile milattan sonra 1900 yılları arasında ortalama yaşam beklentisi 29 kat artarken, bu artış geçen yüzyıl içinde 26 kat olmuştur. Kısacası son bir yüzyılda ortalama yaşam beklentisi, önceki beş bin yılda olan kadar bir artış göstermiştir. Dünyada 1955 yılında doğumda beklenen ortalama yaşam süresi 48 iken, bu sayı 1995 yılında 65'e yükselmiştir. Türkiye'de ise 1955-1966 yıllarında 44.6 yıl olan yaşam beklentisi 1998 de 69 olarak hesaplanmıştır(1,4).

Birçok sağlık sorunu ile karşı karşıya gelen yaşlıların, bunların etkisiyle günlük yaşamlarını bağımsız olarak sürdürmeleri güçleşmektedir. Dolayısıyla, günlük yaşam aktivitelerinde ileri yaşlarda başkasına bağımlı olma durumu çıkmaktadır (5). Genel olarak Türk toplumunda yaşlılar aile içinde bakılsa da, özellikle büyük kentlerde, aile yapılarında önemli değişikliklere neden olmuştur. Ataerkil aile yapısından çekirdek aile yapısına çok hızlı geçişin sürdüğü Türkiye'de bu değişimden en fazla etkilenen grup yaşlılardır. Türkiye'de yaşlılar anayasa teminatı altındadırlar. Türk Anayasası'nın 61.Maddesi'ne göre 'Yaşlılar devlete korunur. Yaşlılara devlet yardımı ve sağlanacak diğer haklar ve kolaylıklar kanunla düzenlenir' denmektedir. Kamu desteğinde organize edilecek sosyal hizmetlerle ilgili olarak 2828 sayılı 'Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu' 27.05.1983 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Bu kanunun amacı, korunmaya, bakıma veya yardıma muhtaç aile, çocuk, sakat, yaşlı ve diğer kişilere götürülen sosyal hizmet ve faaliyetlerin düzenlenmesidir. Bu kanuna bağlı olarak 24.11.1984 tarihinde 18585 sayılı resmi gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren Huzurevleri Yönetmeliği Türkiye'de huzurevlerinin kuruluş ve görevlerini açıklamaktadır. Bu yönetmeliğe göre, huzurevleri yaşamı desteksiz, sıkıntısız olarak sürdürmeyen yaşlı, yalnız ve kimsesiz bireylerin huzur, güven, sağlık ve mutluluklarını sağlamak, onların fiziki, ruhsal ve sosyal gereksinimlerini karşılamak için kurulmuştur(6).

Sağlık, herhangi bir hastalık ya da sakatlık olmamasının yanında, kişinin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olmasıdır(7). Sosyal iyilik hali, genellikle, sağlığın ihmal edilen bölümü olması yanında yaşlı sağlığında daha da önem kazanmaktadır. Özellikle, sosyal yaşamla ilgili, yaşlı nüfusun gereksinimleri, toplumun geri kalanına göre farklılık gösterir. Bu farklılığın tespiti, yaşlılara sunulacak sağlık hizmetinin kalitesi ve verimi açısından zorunlu ve önemli görünmektedir. Türkiye'de yaşayan yaşlı popülasyonun içinde buldukları sosyal sorunların saptanması, sağlık hizmetlerini kullanmada yaşadıkları problemlerin değerlendirilmesi, yaşlıların yaşam kalitelerinin yükseltilmesine yönelik çalışmalarda yardımcı olacaktır. Bu nedenlerle, Ankara'da devlete bağlı yaşayan kişilerin sosyal yaşamla ilgili bazı özelliklerinin saptanmasına yönelik bir araştırma planlanmıştır.

AMAÇLAR

Ankara'da devlete bağlı huzureverlerinde yaşayan kişilerin;

- 1) Bazı sosyo demografik özelliklerinin,
- 2) Günlük aktivitelerinin (kitap, gazete okuma, televizyon seyretme gibi)
- 3) Sosyal yaşamla ilgili bazı özelliklerini: (yakınlarının ziyaret etmesi, telefon görüşmeleri gibi) saptanması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Araştırma, Ankara'da devlete bağlı olan Seyran Bağları, Süleyman Demirel ve Ümitköy Huzureverlerinde gerçekleştirilmiştir. Seyran Bağları Huzurevi, şehir merkezinde Seyranbağları'nda, Süleyman Demirel Huzurevi Çubuk İlçesi'nde Melikşah Köyü'nde, Ümitköy Huzurevi ise Çay Yolu'nda bulunmaktadır. Huzureverlerinde tek, çift ve dört kişilik odalarda bakım verilmekte ve program günlük program ve gönüllü faaliyetler şeklinde yürütülmektedir. Günlük aktiviteler içinde, yemek saatleri sabit, bunun dışında gün içinde dışarı çıkıp dolaşabilmekte, televizyon izleyebilmekte ya da istekleri faaliyetleri yapabilmektedirler. Gönüllü faaliyetler: eğlence, piknik ve gezi programları yapılarak gerçekleştirilmekte ancak düzenli bir uygulama yapılmamaktadır. Huzureverlerinde, ayrıca sosyal servis denilen bir hizmet sunulmaktadır. Sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, fizyoterapist, doktor ve psikologdan oluşan bir ekip yaşlıların her türlü sorunlarıyla ilgilenmektedir. Kesitsel tipteki epidemiyolojik araştırmaya Nisan – Haziran 2002 tarihleri arasında huzureverlerinde kalan 510 kişi üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma için örneklem seçilmemiş, bu tarihler arasında huzureverlerinde kalan bütün yaşlılara ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırmaya katılma oranı % 90.8 olarak gerçekleşmiştir. Araştırmada sorulara yanıt verebilenler ve hastalıkları nedeniyle sorulara yanıt veremeyenler için ayrı ayrı anket formları kullanılmıştır. Anket formunun ön denemesi Keçiören Huzurevi'nde yapılarak gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra son haline getirilmiştir. Araştırmada, sosyodemografik değişkenler (yaş , cinsiyet , medeni durum , öğrenim durumu, meslek, eşinin hayatta olup olmaması, yakınlarının varlığı) ve sosyal yaşamla ilgili ile bazı değişkenler hakkında bilgi toplanmıştır. Araştırma verileri Nisan – Haziran 2002 tarihlerinde Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda "Kırsal Hekimlik Stajı" yapan intern doktorlar tarafından toplanmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler EPI-INFO 5 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırmaya başlamadan önce Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır. Anket yapılması için huzurevi müdürleri/lerine, görevli hekimlere ve sosyal hizmet görevlilerine araştırma hakkında bilgi verilmiş, sözel olarak izin alınmıştır. Ayrıca anket uygulanacak kişilere anket ve içeriği hakkında bilgi verilerek sözel izin alınmıştır. Sağlık sorunları olanlara danışmanlık verilip, gerekli durumlarda Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatri Anabilim Dalı'na sevki sağlanmıştır. Bazı yaşlılarla iletişim kurulmakta güçlük çekilmiştir (dikkat dağınıklığı, işitme problemleri, konuşma problemleri vb.).

BULGULAR VE TARTIŞMA

Ankara'da devlete bağlı huzureverlerinde, Nisan – Haziran 2002 tarihleri arasında kalan 510 kişinin %90.8'i araştırmaya katılmayı kabul etmiştir. Tablo 1'de huzureverlerinin kapasitesi, halen kalan kişi sayısı, araştırmaya katılma durumu ve sorulara kendileri yanıt veremeyenlerin yüzdesi gösterilmektedir.

Araştırmaya katılmak istemeyenlerin katılmama nedenleri sıklık sırasına göre: (anı istememesi, gereksiz görme, hasta olduğunu belirtmedir. Araştırmaya katıldığı halde sorulara yanıt veremeyenler hakkında bilgiler, hemşire, bakıcı, sosyal hizmet uzmanı, doktor ve psikologlardan alınmıştır. Sorulara yanıt verememe nedenleri, işitme, konuşma sorunları ve demanstır.

Süleyman Demirel Huzurevi Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde yaşayanların %53.9'u 75 yaş ve üstündedir. Erkeklerin %45.8'i, kadınların %61.1'inin 75 yaş ve üzerinde olduğu saptanmıştır. Seyranbağları Huzurevi'nde araştırmaya katılanlarda ortalama yaş 76.2 ± 10.6 , ortalama yaş ise 76'dır. Yaşlıların %50.8'i kadındır. Araştırmaya katılan erkeklerin %53.3'ü kadınların ise %65.6'sı 75 yaş ve üzerindedir. Ümitköy Huzurevi'nde ise yaşayanların %63.2'si 75 yaş üstündedir ve %61.8'i ise kadındır. Kadınlarda beklenen yaşam süresinin daha uzun olmasına rağmen araştırmaya katılan kişilerde yaş gruplarına göre kadın ve erkek dağılımları arasında anlamlı fark yoktur.

Süleyman Demirel Huzurevi Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde yaşayanların %51.1'i okuryazar değildir. Bu oran 1997 Devlet İstatistik Enstitüsü Genel Nüfus Tespiti'nde Türkiye genelinde %19.5'tir. Erkeklerin %32.9'u okuma yazma bilmeyen, kadınlarda bu oran % 65.7'dir ve arada anlamlı fark bulunmuştur (p 0.0000008). Türkiye genelinde de, erkeklerin okuma yazma bilmeme oranı %11.1, kadınlarda %28'e'dir. Bu da, kadınlar için ayrı bir risk faktörüdür. Okuma yazma oranındaki bu düşüklük, sağlık durumunu iyileştirme ve geliştirme amacıyla yapılan bilgilendirme çalışmalarını güçleştirir. Sağlık göstergelerinin değişmesi için kişilerin ortaokul ve üstü mezunu olması gerekmektedir. Bu oran, %12.5 olarak bulunmuştur. Sağlıkla ilgili hizmetlerin alınımı ve yararlanımını zorlaştırmaktadır. Seyranbağları Huzurevi'nde yaşayanlarda, öğrenim durumlarına bakıldığında: kadınların %58.2'si okur yazar olmadığı tespit edilmiştir. Cinsiyetler arasında, öğrenim durumu açısından anlamlı fark bulunmaktadır (p=0.016). Seyranbağları Huzurevi'nde ortaokul ve üzeri mezun olanlar Süleyman Demirel Huzurevi Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde yaşayanlara göre daha yüksektir (%29.9). Öğrenim durumlarına bakıldığında, Ümitköy Huzurevi'nde yaşayan kişilerin %10.5'inin okur-yazar olmadığı görülmektedir. Ayrıca, 1999 yılında 23 ilde huzureverlerinde kalan 60 yaş ve üzeri bireylerde yapılan bir çalışmada okur-yazar olmayan yaşlıların oranı kadınlarda %54.0, erkeklerde %39.3 olarak bulunmuştur. Bu oranlarla karşılaştırıldığında, Ümitköy Huzurevi'nde yaşayan yaşlıların öğrenim düzeyinin Türkiye geneline ve diğer huzureverlerinde kalanlara göre yüksek olduğu söylenebilir. Erkeklerin %3.5'i okuma yazma bilmeyen, kadınların %14.8'i okuma yazma bilmemektedir. Türkiye'de okur yazar olmama oranının kadınlar arasında erkekler göre daha fazla olduğu bilinen bir gerçektir.

Süleyman Demirel Huzurevi Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde yaşayan yaşlıların %63.1'inin eşi ölmüş, boşanmış veya ayrı yaşamakta, %24.2'si ise hiç evlenmemiştir. Türk toplumundaki yüksek evlilik oranı düşünülürse, hiç evlenmemiş olma oranının yüksekliği dikkat çekicidir. Huzureverinde yaşayanların %21.5'inin hiç çocuğu yoktur. Çocuk sayısı göz önüne alındığında, kadınlar ve erkekler arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Seyranbağları Huzurevi'nde yaşayanların ise, %14.8'i hiç evlenmemiştir. Erkeklerin %56.7'sinin, kadınların %75.8'inin eşi ölmüştür. Cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.45). Erkeklerin %5.6'sının, kadınların %15.4'ünün çocuğu bulunmamaktadır. Ümitköy Huzurevi'nde kalan kişilerin %64.5'ini eşi ölmüş kişiler oluşturmaktadır. Ümitköy Huzurevi'nde de beş çift yaşamaktadır. Araştırmaya katılanların %76.3'ünün halen yaşayan bir ya da daha fazla çocuğu bulunmaktadır. Çocuğu olmayanların %23.7 gibi topluma göre daha yüksek bir oranda olması, yaşlılar için belli bir dönemden sonra bakım ihtiyaçlarını karşılayan kişilerin çoğunlukla çocukları olduğunu düşündürülebilir.

Süleyman Demirel Huzurevi Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde yaşayan yaşlıların %79.4'ünün düzenli geliri olduğu saptanmıştır. Düzenli geliri olma oranı kadınlarda %86.6, erkeklerde %70.6'dır ve arada anlamlı fark bulunmaktadır (p:0.006). Geliri

VIII.ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

olan kadınların eşlerinden kalan emekli veya mağdur maaşlarına sahip dullardan oluştuğu tespit edilmiştir. Sorulara kendi cevap veren bireylerin %78.1'inin tapulu malı bulunmamaktadır. Türkiye'de tapulu malı olma oranının erkeklerde daha yüksek olmasına rağmen, bu huzurevinde kadınlar ve erkekler arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Ümitköy Huzurevi'nde kalanların %86.8'inin düzenli bir geliri bulunmaktadır. Geliri olma durumu ile cinsiyetler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Sorulara kendi cevap veren 62 kişiden %75.8'inin tapulu malı bulunmamaktadır. Kadınlar ve erkekler arasında tapulu mal sahibi olma konusunda anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Süleyman Demirel Huzurevi Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde yaşayan kişilerin %50'sinin sağlık güvencesi bulunmamaktadır. Sağlık güvencesi olmayan erkek ve kadınlar arasında istatistiksel açıdan önemli fark bulunmamıştır. Türkiye geneline bakıldığında, nüfusun %91'inin sosyal güvencesi varken, %9'unun olmadığı düşünülürse bu oranın oldukça yüksek olduğu söylenebilir. Bu yaşlılar için sağlık hizmetlerinden faydalanmayı kısıtlayan önemli bir faktördür. Sağlık güvencesi bulunan yaşlıların %45.0'i emekli sandığına, %25.0'i Bağ-Kur'a, %22.5'i Sosyal Sigortalar Kurumu'na (SSK) bağlıdır. Seyranbağları Huzurevi'nde kalan yaşlıların 1/3'ünün sağlık harcamalarını Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu karşılamaktadır. Araştırmaya katılan yaşlıların %86.8'inin sağlık güvencesi varken %13.2'sinin sağlık güvencesi yoktur. Sağlık güvencesi olanlar arasında Emekli Sandığına bağlı olanlar %53.0, SSK'ya bağlı olanlar %36.4'lük oranlara sahiptirler. Emekli Sandığı ve SSK'ya bağlı olanların oranlarının yüksek olması Ümitköy Huzurevi'nde daha çok memur ve işçi emeklilerinin kalmasına bağlanabilir. Sağlık güvencesi olma durumu cinsiyetler arasında anlamlı fark göstermemektedir.

Süleyman Demirel Huzurevi Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde yaşayanların huzurevine gelmeden önce %40.5'i tek başına, %7.9'u ise eşile olmak üzere kendi evinde yaşamakta olduğu görülmüştür. Kadınlar ve erkekler arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p=0.06) Huzurevi'ndeki yaşlılarda hiç evlenmemiş ve evlendiği halde yaşayan hiç çocuğu olmayanların oranının yüksekliği göz önüne alındığında bu durumun nedeni olabileceği söylenebilir. Sorulara kendi yanıt veren yaşlıların %61.6'sının huzurevinde kalma nedeni kendi kendine bakamamasıdır. Kadınlarla erkekler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu oran huzurevinde yaşayan 75 yaş ve üstü popülasyonunun oranının fazla olmasına ve yaş ilerledikçe kişinin kendi kendine bakım kabiliyetinin azalmasına bağlanmıştır. Yaşlıların %20.5'i çocuklarının kendilerine bakmak istememesi, %8.2'si ise çocuklarının eşlerinin kendilerine bakmak istememesi nedeniyle huzurevinde kalmaktadır. Sorulara kendisi yanıt veren yaşlıların %16.3'ü iki yılı aşkın süredir huzurevinde kalmaktadır. %16.3'ü üç aydan kısa süredir huzurevinde kalmaktadır. Kadınlarla erkekler arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Seyranbağları Huzurevi'nde yaşayan erkeklerin %10'u, kadınların %26.9'u huzurevine gelmeden önce çocuklarıyla birlikte kaldığı belirtilmiştir. Cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.038). İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da, kadınlarda daha fazla huzurevinde kalma nedeni olarak, çocuklarının bakmak istememesinin belirtilmesi ilgi çekicidir. Huzurevinde kalma süresi ortalama 6.5±6.0 yıl olduğu tespit edilmiştir. Ümitköy Huzurevi'nde kalan yaşlıların %55.3'ü huzurevine gelmeden önce kendi evinde yalnız veya eşile birlikte kaldığını belirtmiştir. Bunların dışındakilerin ise büyük çoğunluğu çocuk veya torunlarının evinde kaldığını, diğerleri ise başka huzurevinde veya diğer akrabalarının evinde kaldığını söylemiştir. Huzurevine gelmeden önce kalan yer konusunda erkekler ile kadınlar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Sorulara kendi cevap veren kişilerin %35.5'i yalnızlıktan sıkılmış olduğu için huzurevinde kalmaktadır. Kendi kendine bakamadığı veya çocuklarına yük olmamak için huzurevinde kalanların yüzdesi %27.6'dır. Diğer nedenler maddi sorunlar, deprem, kalacak yeri olmaması, çocuklarının veya çocuklarının eşlerinin bakmak istememesidir. Bu şartlı bir sonuçtur. Süleyman Demirel Huzurevi Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde yapılan çalışmada elde edilen sonuçlardan da oldukça farklıdır. Bakım ihtiyacı nedeniyle kalanların oranı %61.6 gibi yüksek bir rakamda bulunmuş, yalnızlıktan sıkılmış olanların oranı %5.5 gibi bu çalışmadan çok daha düşük bir oranda bulunmuştur. Bunun nedenlerinden en önemlisi, Süleyman Demirel Huzurevinin daha çok bir bakım ve rehabilitasyon merkezi olarak hizmet vermesi olarak düşünülebilir. Ayrıca Ümitköy Huzurevinde yaşayan yaşlıların, değişen ekonomik ve sosyal yaşantısının daha çok farkında olması, çocuklarına ve akrabalarına yük olmaktan çekinmeleri ve Ümitköy Huzurevinin fiziksel koşul ve imkanlarıyla geleneksel huzurevi anlayışını kıran bir yapıya sahip olması nedeniyle yaşlılar tarafından tercih edilen bir yer olması bu farklılığı yaratıyor olabilir. Ümitköy Huzurevi'nde kalanların %61.8'i iki yıldan daha uzun bir süredir huzurevinde yaşamaktadır. Kadınlar ve erkekler arasında huzurevinde kalma nedenleri ve süresi konuları da anlamlı farklar bulunmamıştır.

Süleyman Demirel Huzurevi Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde yaşayan ve okuma yazma bilen yaşlıların %50'si hiç gazete okumamaktadır. Düzenli gazete okuyan erkeklerin oranı %24.2 iken, düzenli gazete okuyan kadın bulunmamaktadır. Yaşlıların %65.9'u hiç kitap okumamaktadır. Düzenli kitap okuyan erkeklerin oranı %21.2'dir, düzenli kitap okuyan kadın yoktur. Sosyal aktivite yönünden gazete ve kitap okumada kadınlar ve erkekler arasında anlamlı fark bulunmuştur. Genel olarak hiç gazete ve kitap okumama oranındaki bu yükseklik huzurevine yeterli sayıda düzenli olarak gazete alınmaması ve huzurevinin kütüphanesinin olmaması ile ilişkili olabilir. Seyranbağları Huzurevi'nde yaşayan kişilerin %29.1'i hiç gazete okumadığını belirtmiştir. Kitap okuma durumu, hiç okumayan ve ara sıra veya düzenli okuyan şekilde gruplandırıldığında, hiç kitap okumayanların oranının %79.1, arasıra veya düzenli okuyanların oranının ise %20.9 olduğu tespit edilmiştir. Ümitköy Huzurevi'nde yaşayan ve okuma yazma bilen yaşlıların %35.5'i hiç gazete okumamaktadır. Yaşlıların %27.4'ü ise düzenli olarak gazete okumaktadır. Hiç gazete okumayan %35.5 yaşlının %72.7'si kadın, %27.3'ü ise erkek olmasına rağmen istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Süleyman Demirel Huzurevi'nde yaşayanlar dikkate alındığında daha yüksek oranda (%27.4) düzenli gazete okuyan yaşlı olduğu bulunmuştur. Bu da Ümitköy Huzurevi'nde kalan yaşlıların öğrenim durumlarının daha yüksek olmasına bağlanabilir.

Süleyman Demirel Huzurevi Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde yaşayanların %55.5'i hiç televizyon seyretmemektedir. Bu oran kadınlarda %69.5, erkeklerde %47.1'dir ve arada anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0.00038). Televizyonda en sık seyredilen programlar %55.8'le haberlerdir. Erkeklerin %71.1'i, kadınların ise ancak %34.4'ü haberleri izlemektedir. Kadınlarda en fazla izlenen program filmlerdir. Kadınların %49.2'si televizyonda film izlerken erkeklerde bu oran %11.1'dir. Ümitköy Huzurevi'nde yaşayanların %70.7'si düzenli olarak televizyon seyretmektedir. Bu konuda erkeklerle kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Televizyonda en çok izlenen program haberlerdir (%43.1). Haberlerin dışında en çok izlenen ikinci program türü %33.3 ile dizi filmlerdir. Bu grubun da büyük çoğunluğunu %87.5 ile kadınlar oluşturmaktadır. Erkeklerin ise %83.3'ü spor programlarını izlemektedir. Film ve spor programlarını izleme ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (p=0.004). Bu durum erkeklerin haberler, spor programları gibi güncel olaylarla daha fazla ilgilendiğini, kadınların ise daha çok dizi filmler gibi soyut olaylarla ilgilendiğini göstermektedir.

Süleyman Demirel Huzurevi Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde yaşayan kişilerin %25.2'si düzenli olarak ziyaret edilmektedir. %40'i ise hiç ziyaret edilmemektedir. Bu oran yüksekliği, hiç evlenmemiş veya evli olduğu halde çocuk sahibi olmayan yaşlıların oranındaki yükseklikle ilgili olabilir. Özel günlerde ziyaret edilme oranı %7.4'tür. Sorulara kendisi yanıt veren

yaşlıların %76.7'si yakınlarını hiç ziyaret etmemektedir. Bu oran, huzurevinin şehir merkezine çok uzak olması ve yaşlıların genel sağlık durumunun ziyarete elverişli olmaması ile ilişkili olabilir. Yaşlıların % 65.8'i yakınlarıyla telefonla hiç görüşmemektedir. Karşılıklı görüşmelerin oranı ise %10'dur. Bu oran, erkeklerde %21.2 iken kadınlarda %1'e düşmektedir. Süleyman Demirel Huzurevi Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde yaşayan yaşlıların %42.1'ini en sık çocukları ziyaret etmektedir. Bu oran kadınlarda %47, erkeklerde %35.3'tür. Yaşlıların %40.4'unu akrabaları, %7.0'sini komşu ve arkadaşları, %3.9'unu torunları ve %1.6'sını da çocuklarının eşleri ziyaret etmektedir. Ayrıca, çocuğu olanların %45.0'inin yedi veya üstünde torun sahibi olmasına rağmen, torunların ziyarete gelme oranının düşük olması ise düşündürücüdür.

Seyranbağları Huzurevi'nde yaşayan kişilerden her üç kadından birisi düzenli ziyaret edilirken erkeklerin yarıya yakını hiç ziyaret edilmemektedir. Kadınların %6.1'i yakınlarını hiç ziyaret etmezken erkeklerle bu oran % 56.4'tür. Seyranbağları Huzurevi'nde yaşayanları en fazla ziyaret eden yakınların kız çocukları olduğu saptanmıştır. Ümitköy Huzurevi'nde yaşayan kişilerin % 38.2'si düzenli, % 38.2'si ise ara sıra ziyaret edilmektedir. Ziyaret edilme ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (p=0.05). Yaşlıların % 40.8'i yakınları ile karşılıklı olarak birbirlerini aramaktadırlar. Ümitköy Huzurevi'nde yaşayan yaşlıları en sık çocukları, akrabaları ve torunları ziyaret etmektedir. Her üç grupta da kadınların erkeklerle oranla daha yüksek oranda ziyaret edildiği görülmektedir. Bu durum kadının toplumda daha bakıma ve ilgiye muhtaç görülmesiyle veya çocukların babalarıyla kıyaslandığında anneleriyle daha yakın bir ilişki içinde olmalarıyla açıklanabilir.

Süleyman Demirel Huzurevi Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde sorulara kendi yanıt veren erkeklerin %56.3'ü, kadınların %44'ü kendini çok sağlıklı veya küçük sorunlara rağmen sağlıklı hissetmekte, erkeklerin % 37.4'ü, kadınların %52'si sağlık sorunları olduğunu veya çok hasta olduğunu belirtmektedir. Yaşlıların %52'si kendini mutlu hissettiğini, %42.5'i kendini genel olarak mutlu hissetmediğini belirtmiştir. Kadınlarla erkekler arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktur.

Seyranbağları Huzurevi'nde yaşayanların yaşlıların % 51.6'sı kendini çok sağlıklı veya küçük sorunlara rağmen sağlıklı, % 37.1'i ise kendini çok hasta hissetmektedir. Erkeklerle kadınlar arasında bu konuda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Ancak "kendinizi mutlu hissediyor musunuz" sorusuna kadınlar daha fazla oranda olumlu yanıt vermişlerdir. Kendini sağlıklı hissedenlerin 3/4'ü mutlu olduklarını ifade ederken kendini hasta hissedenlerin 3/4'ü mutsuz olduklarını ifade etmişlerdir. Ümitköy Huzurevi'nde ise yaşlıların % 46.8'i kendisini mutlu hissettiğini belirtirken, % 21.0'i mutsuz olduğunu ifade etmiştir. Bu konuda erkeklerle kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Huzurevlerinde yaşayanlara beklentileri de sorulmuştur. Süleyman Demirel Huzurevi Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde yaşayan ve soruları kendisi cevaplayan yaşlıların % 82.2'sinin yaşam koşullarıyla ilgili belirlemek istediği bir durum veya beklentisi bulunmadığını belirtmiştir. Kadın ve erkeklerin oranları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır. Beklentiler arasında, kütüphane kurulması, sosyal aktivitelerin artırılması, sağlık sorunları ile ilgilenilmesi, harçlık, huzurevinden gitmek isteme, yemeklerin düzeltilmesi, yakınlarını görmek isteme bulunmamaktadır. Huzurevi'nden ayrılmak istediğini belirtenlerin tümü kadın, sosyal aktivitelerin geliştirilmesi, sağlık sorunlarıyla ilgilenilmesini isteyen ve yaşadığı insanlarla anlaşamadığını belirtenlerin tümü erkektir. Seyranbağları Huzurevi'nde yaşayanların yarısı bir beklentisi olmadığını belirtirken 1/3'ü bakımın ve yemeklerin kötü olduğunu, bu hizmetlerin düzeltilmesini istediklerini ifade etmişlerdir. Ümitköy Huzurevi'nde kalanların %17.2'si beklentisi olduğunu belirterek, sağlık sorunları ile daha yakından ilgilenilmesini, sosyal aktivitelerin artırılmasını, yemeklerin iyileştirilmesini, yakınlarını görmeyi istediklerini söylemişlerdir. Yaşlılardan 6 kişi yaşadığı insanlarla anlaşamadığını, 1 kişi de gürtülden rahatsız olduğunu ifade etmiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Tüm dünyada yaşam süresi uzadı;ça artmakta olan yaşlı nüfusun sorunlarını ve ihtiyaçlarını ortaya çıkaracak kapsamlı araştırmalar yapılmalıdır.
2. Yaşlıların yaşam kalitesini önemli oranda etkilediği görülen fiziksel aktivite durumunun iyileştirilmesi için gereken sosyal koşulların ve sağlık hizmetlerinin oraya konması gerekmektedir.
3. Fiziksel aktiviteleri kısıtlı olan yaşlıların tespit edilmesi ve bu yaşlıların rehabilitasyon programlarına yönlendirilmesi gerekmektedir.
4. Medyanın, yaşlılar ve huzurevindeki yaşlıların sorunlarına değinmesi ve bu konudaki çalışmalara katılması sağlanmalıdır.
5. Huzurevleri ve bu tür merkezlerin yapımı planlanırken orada yaşayacak fiziksel engelli insanların yaşantılarını kolaylaştıracak şekilde planlama yapılmalıdır.
6. Yaşlıların günlük yaşamlarını renklendirmek amacıyla huzurevine çeşitli uğraşları öğretecek el işi öğretmeni alınmalıdır.
7. Yaşlılar için sabah ve akşam beden eğitimi saati düzenlenmelidir.
8. Huzurevine düzenli ve yeterli gazete ve dergi alınması sağlanmalıdır. Bir kitaplık kurulmalı ve bir okuma salonu düzenlenmelidir.Gün içinde uğraş saatleri konulmalıdır. Sabahtan bir, öğleden sonra bir saat olabilir.
9. Bölge halkıyla iletişime geçilmeli, gönüllülerin huzurevini ziyaret etmeleri ve yaşlılarla iletişim kurmaları sağlanmalıdır. Halkın sosyal hizmet faaliyetlerine katılmaları özendirilmelidir.
10. Huzurevinde yaşayanların aileleriyle iletişim kurularak , ailelerin yaşlıları düzenli olarak ziyaret etmeleri sağlanmalıdır.

Tablo 1. Devlete Bağlı Huzurevleri'nde Yaşayan Kişilerin Araştırmaya Katılma ve Soruları Yanıtlama Durumları (Ankara, Nisan - Haziran 2002)

Araştırmaya Katılma ile ilgili Bazı Özellikler	Kapasite	Halen Kalan	Araştırmaya Katılma ve Kabul Edenler	Sorulara Kendileri Yanıt Veremeyenler
	Sayı	Kişi Sayısı	%	%
Süleyman Demirel Huzurevi	225	204	93.1	38.4
Seyranbağları Huzurevi	220	220	91.0	14.2
Ümitköy Huzurevi	102	86	88.4	18.4
Toplam	557	510	90.8	23.6

ALTINDAĞ ÇIRAKLIK EĞİTİM MERKEZİ KAYNAKÇILIK BÖLÜMÜ ÖĞRENCİLERİNİN İŞ RİSKLERİ

Nesrin KOCABIYIK
Özel Altındağ Halk Polikliniği İZMİR

Ö Z E T

Altındağ çıraklık eğitim merkezinde eğitim gören kaynakçılık bölümü öğrencilerinin iş risklerini belirlemek amacıyla bu çalışma yapılmıştır.

Çalışmamıza Kaynak işlerinde çalışan okulun kaynakçılık ve soğuk demircilik bölümü öğrencilerinin tamamı (n= 70) alınmıştır.Çıraklara yüz yüze anket uygulanmıştır.İşyerlerine ziyaret edilerek çalışma koşulları değerlendirilmiştir. Çırakların yaş ortalaması 17.7,işe başlama yaşı ortalaması 12.37,kaynak işinde çalışma süresi ortalaması 3.78 yıldır.Günde kaynak yapma süreleri ortalaması 3.72 saattir.Kaynakçılık bölümü çıraklarının % 73.2 si iş kazası geçirmiştir.Bunların %21.1 i kesi,% 14.1 i yanık.%14.1 i düşme ve sıkışma ,%23.9 u hepsine maruz kalmıştır.Çalışma esnasında nefes darlığı çekenlerin oranı % 22.85 tir.Sigara içme ile nefes darlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.(p<0.001) Sigara içenler kaynak dumanından daha çok etkilenmektedir.Çırakların kaynak yapma işlemi esnasında % 90.1 inde gözde yaralanma olmuştur(% 39.9 gözde yabancı cisim,%60.1 kaynağın gözü alması). Çıraklarda gözde yaralanma ile koruyucu (hareketli maske ve gözlük) kullanma arasında bir ilişki bulunamamıştır.Çünkü kendiliğinden karararı camlı ark kaynak maskeleri kullanmamaktadırlar.İş yerlerinde aspiratör bulundurma oranı % 12.7 dir.Ayrı bir bölimde kaynak yapma oranı % 15.5 tir.

Altındağ çıraklık eğitim merkezi kaynakçılık bölümü çırakları Ağır ve tehlikeli işler tüzüğüne göre 18 yaşının altında kaynak yapmaları yasak olmasına rağmen iş güvenliğinden uzak ortamlarda daha küçük yaşlarda kaynak yapmaktadırlar.18 yaşının altında çocukların kaynak işlerinde çalışması önlenmelidir.İşyeri ortamı İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği tüzüğünde belirtilen kaynakçılık ile ilgili maddelere göre düzenlenmelidir.

anahtar sözcükler: kaynak, metal dumanı , işkazası

G İ R İ Ş

Kaynaklı imalat atölyelerinde üretim süreci boyunca işin niteliğinden kaynaklanan çeşitli riskler oluşmaktadır.Bu riskler uygulanmakta olan kaynak yöntemine bağlı olarak değişmektedir.Risklerin oluşmasında;uygulanmakta olan kaynak yönteminin yanı sıra kaynak yapılan ana malzemenin kimyasal yapısı,ana malzeme üzerindeki kaplama ve boyalar,kaynak sarf malzemeleri,kaynak ekipmanlarının niteliği,kaynak elektrotunun yapısı gibi etmenler etkili olmaktadır.İşyerinin genel yapısı,makine tesislerinin üretim sürecinde uygulanmakta olan kaynak yöntemine bağlı olarak kaynaklı imalat atölyelerinde gözlenen başlıca sağlık ve güvenlik riskleri toz duman ve gazlar,çeşitli ışınlar,gürültü,elektrik şokları ,gaz kaçakları,zehirli buharlar,yangın ve patlamalar olarak sıralanabilir. Kaynaklı imalat atölyelerinin iki önemli risklerin başında gelen kaynak dumanlarının oluşturan tanecikler temel olarak metal ve diğer oksitlerdir.Kaynak ve kesme işlemi sırasında üretim süreci gereği ortaya çıkan kaynak arkı ile metaller yüksek sıcaklıkta buharlaşır.Bu metal buharları,ortam havası ile temas ederek oksitlenir ve yoğunlaşarak metal oksit dumanlarına dönüşür.Metal oksitleri kaynak dumanlarının en önemli bileşenidir.Kaynak dumanı içinde yer alan katı partiküller ; çeşitli elektrot lehim ve kaynak çubuğu ile üzerinde kaynak veya kesme işleminin yapıldığı ana malzeme ve ana malzeme üzerinde bulunan boya galvaniz gibi kaplamalardan çıkan parçacıklardan oluşmaktadır.Bunların başlıcaları ; kurşun,kadmium,III ve IV değerli krom bileşikleri,florur,nikel,çinko,bakırdır.(1) Birçok kaynak yöntemi içerisinde en fazla kullanılanlar Asetilen(Oksijen) kaynağı ile Elektrik(Ark) kaynağıdır.Her iki kaynak türünden CO ve Nitroz gazları oluşur.Kaynak zararlarının bir bölümünden nitroz gazları sorumludur.Başlıcaları şunlardır:Azotoksi (NO),Azotdioksit(NO2),Azotoksidül(N2O)Azottri oksit,(N2O3),Azotpentaoksit(N2O5).(2)

Kaynak dumanı,toz ve gazların içindeki türlü maddeler solunum yollarında irritasyona,solunum yolları mukozasında zararlara neden olur.Akut olarak "Metal Dumanı Ateşi " denilen geçici bir rahatsızlık ortaya çıkar.Kusma,diare,metemoglobinüri nitroz gazları etkisiyle ortaya çıkabilir.Krönik olarak astım bronşit,kronikbronşit,Kronik obstrüktif akci sendromu gelişir (3)

Kaynaklı imalat atölyelerinde ikinci önemli risk ise kaynak ve kesme işlemleri sırasında ortaya çıkan ışınlardır.Genel olarak kaynak işlerinde oluşan ark enerjisinin yaklaşık % 15 i ışın şeklinde çalışma ortamına yayılmaktadır.Bu ışınların yaklaşık % 60 ı kızılötesi,%30 u parlak ve %10 u ise mor ötesi ışınlardır.Morötesi ışınlar;Yüksek enerjili,sert karakterli,çalışanların gözleri üzerindeki etkisi fazla olan ışınlardır.Kısa sürede maruz kalmalarda bile gözün saydam tabakasında yanıklara,katarakt hastalığına ve giderek körlüğe neden olmaktadır.Mor ötesi ışınlar deride de ağır yanıklar oluşmasını ve uzun sürede deri kanserine neden olmaktadır.Kızıl ötesi ışınlar uzun süreli maruz kalmalarda gözün kornea tabakasında ve retinanın da etkilenmesi sonucu körlüğe neden olmaktadır.Parlak ışınlar ise gözleri kamaştırarak geçici görme bozukluklarına neden olabilmekte.uzun süreli maruz kalmalarda ise gözde kızarma,kanlanma ve baş ağrısı ortaya çıkmaktadır(4)

Kaynaklı imalat atölyelerinde çalışanların karşı karşıya kaldığı diğer bir risk gürültüdür.Kaynak işlemi sırasında ortalama olarak 85-105 dB(desibel) şiddetinde gürültü oluşmaktadır.Gürültü, yapılan kaynak türüne göre değişmektedir.Elektrik ark kaynağı ve plazma kaynağı en gürültülü kaynak yöntemleridir.Kaynak imalat atölyelerinde kaynak işlemi dışında ona eşlik eden üretim sürecinde yer alan pres,matkap,testere ve çeşitli havalı el aletleri de önemli ölçüde gürültü kaynağıdır.Bunların bazıları 120 desibele kadar ulaşan yüksek şiddette gürültü pilleri oluşturmaktadır.Gürültü de kısa sürede kulak çınlaması ve ağrısı,uzun sürede işitme kaybına neden olmaktadır.(5)

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmamıza Altındağ çıraklık eğitim merkezinde eğitim gören kaynakçılık bölümü öğrencilerinin tamamı (n=70) alınmıştır.Çırak öğrenciler haftada bir gün okula gelmek için 5 gün işyerlerinde çalışmaktadırlar.Kaynak çıraklarının tamamı erkektir.Çıraklara 30 sorudan oluşan anket yüz yüze görüşerek uygulanmıştır.İşyerleri ziyaret edilerek önceden belirlediğimiz kriterlere göre işyeri ortamı değerlendirilmiştir. Bu çalışma kesitsel tanımlayıcı bir çalışmadır. 2002 yılı Şubat-Haziran ayları içinde yapılmıştır.

BULGULAR

Altındağ çıraklık eğitim merkezinde eğitim gören kaynakçılık bölümü öğrencilerinin (n=70) yaş ortalaması 17.7+ 1.04 dir.Çırakların % 58.6 si ilk okul mezunu,%37.1 i ortaokul,% 4.3 ü lise mezunudur.Çırakların işe başlama yaşı ortalaması 12.37 + 2.25 dir. Kaynak işinde çalışma süreleri ortalaması 3.78+2.09 yıldır.Günde yaptıkları kaynak işi ortalaması ise 3.72+ 2.44 saattir. Kullanılan kaynak yönteminin % 25.7 oksijen kaynağı,% 74.3 ü elektrik (ark) kaynağıdır.Günlük çalışma süresi ortalaması 11.3+1.18

saattir.Çıracak öğrencilerin % 57.4 ü sabah kahvaltısını evde yapmaktadır.%42.6 sı ise düzenli kahvaltı yapmamaktadır.Öğle yemeğini %67.2 si tabldot olarak işyerinde yemektir.% 18.8 sandviç olarak yemekte.%14.1 ise evden getirmektedir.Çıracak öğrencilerin sigara içme oranı % 44.3 tür.Çıracak öğrencilerin aylık ücret ortalaması 117.090.000+37.18 TL.dır.Senelik izin kullananların oranı %45.2. kullanmayanlar ise %54.8 dir.Çıracakların kaynak yapılan işyerlerinde Tavan yüksekliği ortalaması 6.85+ 4.7 metredir.Kaynak yapılan yerin ayrı bir bölme ile izole edildiği işyeri oranı ise % 15.7 dir.İşyerlerinin % 84.3 üne kaynak işleri diğer işçilerle bir arada yapılmaktadır.Aspiratör türü özel havalandırmaya sahip işyeri oranı ise %12.9 dur.İşyerlerinin % 84.3 de havalandırma mevcut değildir.Buna karşın kış-yaz kapısı açık işyeri oranı % 54.3 dur.İşyerlerinin kapılarının kışın kapalı,yazın açık olanlarının oranı ise % 45.7 dir. Kaynakçılık bölümü çıracaklarının iş kazası geçirme durumu ise şöyledir.%73.2 si iş kazası geçirmiştir.Bunların % 21.1 i kesiyse.% 14.1 i yanığa.%14.1 i sıkışma ve düşmeye,% 23.9u hepsine maruz kalmıştır.Çıracak öğrencilerinin % 26.8 i işkzası geçirmemiştir.Çıracak öğrencilerinin % 90.2sinin gözlerinde yaralanma olmuştur.(çapak kaçıması % 39.9 ve kaynak alması % 60.1).% 9.8 i nde maruziyet yoktur.Çalışma esnasında ve sonrasında bir yakınması olup olmadığı sorulduğunda ise % 65.71 oranında göz rahatsızlığından ,% 24.28 oranında bel ağrısı ,% 22.85 oranında nefes darlığı ,% 17.14 oranında halsizlik,% 14.28 oranında baş ağrısı ,% 12.83 oranında yüz derisinde sertleşme ,%10 oranında kulak ağrısı ,% 10u bir şikayetin olmadığını belirtmiştir.

TARTIŞMA

Altındağ çıracak eğitim merkezinde eğitim gören kaynakçılık bölümü öğrencilerinin % 75 i elektrik (ark) kaynağı ,% 25 i oksijen (asetilen) kaynağı kullanmaktadır.Gelişmiş ülkelerde ark kaynağı % 70-%90, oksijen kaynağı % 10-30 oranında kullanılmaktadır.A.B.D de yapılan bir çalışmada gözde yaralanma oranı % 67 dur Bunun % 32 si göze yabancı cisim kaçması,% 35 i Kaynağın gözü almasıdır.Yanıklar % 30 oranındadır.(6) Bu çalışmada ise gözde yaralanma oranı % 90.1 dur (Gözde yabancı cisim % 39.9,kaynağın gözü alması % 59.4).Yanık oranı ise % 28.2 dir.Her iki çalışmada da kaynak yaparken gözde yaralanma oranı yüksektir.Bu çalışmada Kaynak yaparken koruyucu kullananlar ile(**Hareketli maske ve gözlük**)kullanmayanlar arasında gözde yaralanma bakımından anlamlı bir fark çıkmamıştır.Çünkü bu koruyucular yeterli niteliklere sahip değildir.Hareketli maske kullananlar camın rengi koyu olduğu için kaynağa başlayacağı yeri çıplak gözle saptar ve kaynak yapar.Çok kısa süre için bile olsa yüz ve boyun ışına maruz kalır.1970 li yılların sonuna doğru ark ışığı karşısında kendiliğinden karararı özel kaynak camları geliştirilmiştir.Bu camlar ile kaynak işi yapan kişi etrafını rahatça görebilir.Kaynak ışını karşısında ışının ve kullanılan elektrotun cinsine göre camlar kendiliğinden kararır.İki cilde kullanılması gereken tüm kaynak yöntemleri için vazgeçilmez bir maske özelliği taşımaktadır. (7)

Kaynakçılık bölümü çıracaklarının eğitim düzeyleri ile yaptıkları iş kazaları arasında bir ilişki bulunmamıştır.Nefes darlığı ile kaynak yapma süresi arasında bir ilişki bulunmamıştır.Nefes darlığı ile sigara içme arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur($X^2=11.486$ $df=1$ $p=0.001$). Kaynakçılık bölümü öğrencilerine sigara bırakılma programları uygulanmalıdır.Kaynak işi yapan çıracakların gözde yaralanmadın başka iş kazası geçirme oranlarında oldukça yüksektir. Çıracakların % 73.2 si iş kazası geçirmiştir.Yanık ve kesinin birden olduğu iş kazası ise % 23.9 dur .

Kaynakçılık bölümü çıracaklarının çalıştığı işyerleri İşçi Sağlığı ve İş Güv.Tüzüğü ne uygun değildir.Bu tüzüğün madde:21,madde:191,193,194 de Havadan ağır olan gaz,duman,buhar,toz ve benzerlerinin tabana yakın yerlerden emilerek uygun aspiratör düzeneği ile dışarı atılması hk. dir.Ancak bu işyerlerinin sadece % 12.9 u ra aspiratör vardır.Bu sistemde yeterli değildir.İdeal olan hava filtreleridir.İçerdeki kirlı havayı dışarı atmak çevreyi kirlitir.İçerdeki kirlı havayı emip temizleyen ve yeniden aynı ortama veren muhtelif filtre sistemleri kullanılabilir. (9)

Sonuç olarak kaynakçılık bölümü çıracakları Ağır ve tehlikeli işler tüzüğü ne göre 16 yaşın altında 7.5 saatten fazla çalıştırmaları yasak olmasına rağmen 12 yaşından itibaren günde ortalama 11 saat çalıştırmaktadırlar.İşyeri ortamı ve koruyucu malzemeleri iş sağlığı ve iş güvenliği bakımından yetersizdir. 18 yaşın altında kaynak işlerinde çocuk çalışması acilen önlenmelidir.

KAYNAKLAR

- 1) YILMAZ G.: "Kaynak işlerinde sağlık ve güvenlik". İŞ GÜVENLİĞİ ,TMMOB Makine mühendisleri Odası Yayın no:MMO/ 2002/294 , sh:145
- 2) Kaynak İşleri ,TTB.İşçi sağlığı kolu İşyeri hekimleri için işçi sağlığı broşürleri .1990
- 3) BECKETT WS.Occupational respiratory diseases.N Engl J Med.2000;10:406-413
- 4) PFRİEM D.B.,Technical Developments in Welding Eye and Face Protection.Svetsen.Special Issue 2 E.1993,p.8-11
- 5) ERKAN C.İş Sağlığı ve meslek Ha.talıkları,AÜ Tıp Fakültesi yayınıları
- 6) Çalışma istatistikleri,Uluslar arası Çalışma Örgütü (ILO) Yayını
- 7) Kendiliğinden Kararan Ark Kayna: Maske Camlarının Kaynakçı Göz ve Cilt Güvenliğine Olumlu etkileri,Mühendis ve Makine Dergisi Sayı 467,Makine Mühendisleri Odası (MMO) Yayını
- 8) GÜLBAHAR B.' Kaynak Dumanının Sağlığa Zararlı Etkileri ve Önlenmesi için Tedbirler',Mühendis ve Makine Dergisi Sayı 448,MMO yayını
- 9) KALUÇ E. Kaynakta Gaz ve Duman Tehlikesi Azaltılabilir.,Gedik Holding Kaynak Dünyası

Tablo 1: Nefes darlığı ile sigara içme durumu arasındaki ilişki

	Nefes Darlığı				Toplam	
	Var		Yok		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Sigara İçen	13	41,9	18	58,1	31	100
İçmeyen	3	7,6	36	92,3	39	100
Toplam	16		54		70	

$\chi^2 = 11,486$ $p = 0,001$ $df = 1$ $p = 0,05$ hata payı kabul edilirse sigara içenler ile nefes darlığı çekenler arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

AYDIN MERKEZ 5 NO'LU SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE ANNELERİN 0-6 AYLIK BEBEK BESLENMESİ KONUSUNDAKİ BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Turgay, Yılmaz KILIÇ(*), Gülçin AYTAÇ (*), Sinem GÖKÇE (*), Halil. Ferat ÖNCEL (*), Filiz ERGİN(**), Sibel BÜYÜKCOBAN(***)

(*) Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi 4. sınıf öğrencisi

(**) Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. Araştırma Görevlisi

ÖZET

Çocukların büyümesinin sürdürülmesinde emzirmenin önemi açıktır. Anne sütü, yaşamının ilk aylarında bebeğin gereksinimi olan tüm besinleri içerir. Yenidoğani enfeksiyonlardan korur, ishal ve beslenme bozuklukları sıklığını azaltır.^(1,2,3) Dünya Sağlık Örgütü, doğumu izleyen ilk dört ile altı ay içinde bebeğe yalnız anne sütü verilmesini önermektedir.^(1,2,3) Bu çalışma, Aydın Merkez 5 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 0-6 aylık bebeklerin anne sütüyle beslenmesi konusunda annelerin bilgi, tutum, ve davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır. 28.08.2001-11.09.2001 tarihleri arasında sağlık ocağı bölgesine kayıtlı 74 bebek çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırmaya katılan anneler ile yüz yüze anket yöntemi kullanılarak görüşülmüş, kesitsel analitik tipte bir araştırma planlanmıştır. Çalışmaya dahil edilen bebeklerin yaş ortalaması 3.1±1.9 ay, ortalama doğum ağırlığı: 3299,30± gr'dir. Bebeklerin % 70,6'sı ilk bir saat içinde anne sütü alırken, doğum sonrası anne sütü ile beslenen bebek yüzdesi % 91,9 olarak bulunmuştur. Annelerin % 62,2'si beslenme konusunda bilgi alırken, % 37,8'i almamıştır. Bilgi alınan kaynak olarak ilk sırayı sağlık ocağı personeli (% 58,7) almaktadır.

Bebek ölümlerini en aza indirmek için tüm bebeklerin doğar doğmaz anne sütü almalarının önemi açıktır. Bu nedenle tüm gebe ve annelere bebek beslenmesi eğitimi verilmelidir. Ayrıca tüm hastanelerin "Bebek Destu Hastane" haline getirilmesi de bu eğitime katkıda bulunacaktır. Emzirme ülkemizde yaygın olmasına rağmen sadece anne sütü ile besleme alışkanlığı yeterli seviyede değildir. Bebeklerin beslenmesinde hazır mama ve diğer sıvıların doğumdan hemen sonra kullanımı yaygındır.

Anahtar kelimeler : anne sütü, emzirme, bebek beslenmesi

GİRİŞ

Günümüzde anne sütünün vazgeçilmezliği tüm dünyaca benimsenmiştir. Bebek beslenmesi çocukların sağlık durumlarını belirleyen bir göstergesi olup, çocuk dönemi ölüm riskini etkilemektedir.⁽⁵⁾

Çocukların büyümesinin sürdürülmesinde emzirmenin önemi açıktır. Anne sütü, yaşamının ilk aylarında bebeğin gereksinimi olan tüm besinleri içerir. Anne sütü temizdir, her zaman aynı ısıdadır ve anne-çocuk ilişkisinin en iyi şekilde kurulmasını sağlar. Anne sütü ile beslenme yeni doğanı enfeksiyonlardan korur, ishal ve beslenme bozuklukları sıklığını azaltmaktadır.^(1,2,5)

Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği şekilde doğumu izleyen ilk dört ile altı ay içinde bebeğe yalnız anne sütü verilmesi, bundan sonra ise en azından bebek bir yaşına gelinceye kadar uygun ek besinlerle takviyeli olarak anne sütüne devam edilmesi, Çocukluk Dönemi Beslenme Yetersizliklerini Önleme Merkezi'ne göre yılda 1.3 milyon bebek ölümünü önleyebilmektedir.^(5,6)

1989 yılında Brezilya'da yapılan bir araştırma, tek başına anne sütü alan bebeklerde diğerlerine göre ishalden ölme olasılığının 14.2 kat, solunum yolu rahatsızlıklarından ölme olasılıklarının 3.6 kat, diğer enfeksiyonlardan ölme olasılığının ise 2.5 kat daha az olduğunu göstermektedir.⁽⁶⁾

AMAÇ

Bu çalışma Aydın Merkez 5 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 0-6 aylık bebeklerin anne sütüyle beslenmesi konusunda annelerin bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi ve bebek beslenmesi konusundaki bilincin geliştirilmesine katkıda bulunmak amacıyla planlanmıştır.

YÖNTEM

Araştırma, Aydın Merkez 5 No'lu Sağlık Ocağı bölgesinde 28.08.2001 – 11.09.2001 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmaya 01.03.2001-31.08.2001 tarihleri arasında doğan bebekler dahil edilmiştir. Her bebeğe staj süresinin bir ay olmasından dolayı ancak bir kez ziyaret yapılabilmektedir. Kızılcaaköy Sağlık Evi'ne bağlı bölge ile kartları bulunamayan ama aşı fişlerinden saptanan 12 bebek araştırma dışında bırakılmıştır. Bunun dışındaki toplam bebek sayısı 115'tir. Bütün evren örnekleme dahil edilmiştir. Ulaşılan bebek sayısı 74 (%64,3)' tür; evde bulunamayan bebek sayısı 21'dir; adresleri bulunamayan veya taşınmış olan bebek sayısı 20'dir. Çalışmaya katılan annelere bebekleri doğduktan sonra ilk olarak ne ile besledikleri, annenin ilk sütü olan kolostrumu verip vermedikleri, bebeklerini ne sıklıkla besledikleri, bebeklerde anne sütünün kullanımının değerlendirilmesi hakkında sorular sorulmuştur. Araştırma, 5 No'lu Sağlık Ocağı'na bağlı bölgede bulunan 0-6 ay arasındaki bebeklerin anneleri ile yüz yüze anket yöntemi ile yapılmıştır. Bu esnada, Sağlık Müdürlüğü Ana Çocuk Sağlığı- Aile Planlaması Şubesi'nden temin edilen anne sütünün önemi ile ilgili broşürler dağıtılıp, danışmanlık hizmeti verilmiştir. Araştırma kesitsel-analitik tipte bir çalışmadır.

Araştırmada, doğum ağırlığı 2500gr. ve altı "düşük doğum tartılı", doğum ağırlığı 4600gr. ve üstü "yüksek doğum tartılı"⁽¹⁾, gebelik yaşı 37 hafta ve altındaki bebeklerin üçüncü ağırlıklarına bakılmaksızın "prematüre", gebelik yaşı 41 haftadan fazla olan bebeklere "postmatür" olarak kabul edilmiştir.⁽⁷⁾

Araştırma verileri SPSS.10 programı kullanılarak değerlendirilmiştir tanımlamalar aritmetik ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir. Önemlilik testi olarak, ki-kare ve Student t – test yöntemleri kullanılmıştır. ak değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Çalışmamızda yer alan anneleri sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Bir önceki çocuğuyla bebeği arasındaki yaş farkı 2 ve daha az olan anne sayısı 6'dır (%8,1), 3 ve daha fazla olan anne sayısı 31'dir (%91,9). Çalışmamızda yer alan 74 annenin 64'nün (%86,5) 2 ve 2'den az çocuğu, 10'nun (%13,5) 3 ve 3'den fazla çocuğunun olduğu tespit edilmiştir. 74 ailenin 60'ı (%81,1) 4 ve 4'ten az, 14'ü (%18,9) 5 ve 5'den fazla kişiden oluştuğu bulunmuştur.

Araştırmaya dahil edilen 0-6 aylık 74 bebek bulunmuştur. Grubun 40'ı (%54,1) erkek, 34'ü (%45,9) kızdır. Gruptaki bebeklerin 8'i (%11,3) düşük doğum tartılıdır, 65'i (%87,3) normal doğum tartılıdır, 1'i (%1,4) yüksek doğum tartılıdır. Ortalama doğum ağırlığı 3299,30 gr'dir. Prematüre bebek sayısı 6'dır (%8,1), matür bebek sayısı 55'tir (%74,3), postmatür bebek sayısı 13'tür (%17,6). 0-4 aylık bebek sayısı 51'dir (%58,9), 5-6 aylık bebek sayısı 23'tür (%31,1). Bebeklerin ortalama yaşı 3,1±1,9 aydır. Bebeklerde kolostrum verme ve beslenme durumu Tablo 2'de özetlenmiştir.

Doğar doğmaz kolostrum almayan bebek sayısı 6'dır (%8,1). annelerden 1 (%16,7)'i bebeği küvöze alındığından, 3 (%50)'ü sezaryenle doğum yaptığından, 1 (%16,7)'i sütü gelmediğinden, 1 (%16,7)'i bebeğin almamasından dolayı bebeğine kolostrum vermemiştir. Gece emziren anne sayısı: 65 (%87,8)'dir, gece emzirmeyen anne sayısı: 9 (%12,2)'dur. Bebeğine anne sütü vermeyi bırakan anne sayısı 6'dır. Bunlardan 2'si (%33,3) sütünün yetmemesi, 1'i (%16,7) bebeğin almaması, 1'i (%16,7) annenin çalışması, 2'si (%33,3) doktor tavsiyesi sebebi ile anne sütü vermemiştir. Bebeklere ek gıda verme durumu Tablo 3'te özetlenmiştir. Bebeklerde emzik verme durumu ve emziğe başlama zamanı da tablo 4, 'te özetlenmiştir.

Bebek beslenmesi konusunda bilgi alan anne sayısı 46'dır (%62.2), bilgi almayan anne sayısı 28'dir (%37.8). 5 No'lu Sağlık Ocağı'ndan bilgi alan anne sayısı 27'dir (%58.7). Annelerde beslenme konusunda bilgi alma durumu Tablo 5'te özetlenmiştir.

Çalışmamızda çocuğunun beslenmesi konusunda bilgi alan annelerin doğar doğmaz ağız sütü vermeleri konusunda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ki-kare = 10.7 (p<0.05). Annelerin eğitim durumu ile ilk anne sütü (kolostrum) verme süreleri arasında ilişki aranmış ancak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. (p>0.05). Bebelerin cinsiyeti ile yalnız anne sütü verme süresi arasında Student t – test yöntemiyle ilişki aranmış ancak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. (p>0.05). Yalnızca anne sütüyle beslenme süresi ile emzik veren ve vermeyen annelerin oluşturduğu iki grupta Student t – test'ine göre anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. (p>0.05)

TARTIŞMA ve SONUÇ :

Bu araştırmada son doğan çocuğun doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirmeye başlama durumu %70.6 bulunmuştur. Bu değer TNSA (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları 1998) sonuçları ile kıyaslandığında (TNSA 1998: %51.0) oldukça iyi bir sonuç olarak görülmektedir. Bebek ölümlerini en aza indirmede tüm bebeklerin doğar doğmaz anne sütü almaları büyük önem taşımaktadır. Bunu sağlamada eğitimin önemi büyüktür. Eğitimin hemen bebek doğmadan başlanması ve doğar doğmaz hızla devam etmesi için tüm hastanelerin "bebek dostu hastane" haline getirilmesi Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü'nün hedefleri arasındadır.¹⁵¹

Yaptığımız araştırmada 0-6 aylık bebeklerde anne sütü (su dahil) alan çocuk sayısı %91.9'dır. Bu sonuç TNSA sonuçları ile kıyaslandığında oldukça iyi bir değerdir (%73).¹⁵¹

Araştırmamız sonucunda anne sütü hakkında bilgi alan annelerin çocuklarının beslenmesi konusunda daha dikkatli davrandıkları görülmektedir. Bilgi alan annelerin doğar doğmaz kolostrum vermeleri konusunda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bilgi alan annelerin tamamı (%100) kolostrum verirken, bilgi almayan annelerin %21.4'ü kolostrum vermemiştir. Uygulanacak daha düzenli eğitim ve bilgilerle bu değerini aşağılara çekebileceği açıktır. Bilgilendirilen anne sayısı artırıldıkça kolostrum verme oranı da artacak ve verilmemesinden kaynaklanan eksikliklerin de önüne geçilebilecektir.

Her ne kadar ebe kartlarında annelere beslenme konusunda bilgi verildiği yazılsa da, annelerin %37.8'i bilgilendirilmediğini belirtmiştir. Broşür, resimli kitapçık vb. gibi gerekli malzemelerin sağlanması, hizmet içi eğitimlerin artması ile ebeelerin bilgilendirme konusunda daha etkin olabilecekleri anlaşılmaktadır.

Araştırmamız; yazılı ve görsel basından bilgi alan anne sayısının küçük bir dilimi (%13) oluşturduğu sonucunu ortaya koymaktadır. Bilgilendirmede gerek yazılı, gerekse görsel basının üzerine düşen eğitici sorumluluğunu yerine getirmediğini göstermektedir.

Bebeklerin yalnızca bir kez ziyaret edilebilmesi çalışmamızın önemli kısıtlılıklarından biridir. Bu durum 4. sınıf toplam hekimliği stajımızın süresinin bir ay olmasından kaynaklanmaktadır. Araştırmamıza 0-6 ay arası bebekler dahil edilmiş, buna bağlı olarak da tamamlanmamış beslenme davranışı değerlendirilebilmiştir. Bu da çalışmamın önemli diğer kısıtlılığdır. Ancak, bu durum annelere eğitim şansını kaçırmamak adına göze alınmıştır.

Sonuç olarak emzirme ülkemizde yaygın olmasına rağmen sadece anne sütü ile beslenme alışkanlığı yeterli seviyede değildir. Bebeklerin beslenmesinde hazır mama ve diğer sıvıların doğumdan hemen sonra kullanımı yaygındır.

KAYNAKLAR

- 1) Nevzi .O Ertuğrul, T. *Pediatric 2. Baskı cilt 1 s: 183-185, 1993*
- 2) Bertan, M; Güler, Ç. *Haik Sağlığı Temel Bilgiler s:297, 1997*
- 3) *Türkiye .de Anne ve Çocukların Durum Analizi Sağlık Bakanlığı-UNICEF ortak yayını, s:162-164, 1996*
- 4 *Emzirmenin Korunması, Özendirilmesi ve Desteklenmesi. WHO/UNICEF Ortak raporu s:10-16, 1992*
- 5) *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara. s:123-130, 1998*
- 6) *1990'lı yıllarda Bebeklerin Anne Sütüyle Beslenmesi. WHO/UNICEF-Sağlık Bakanlığı ,s:11-20, 1992*
- 7) *Tunçbilek, E. Çocuk Sağlığı Propedötik, s72-80, 1997*

Tablo 1: Annelerin sosyodemografik özellikleri

	Sayı	%
Anne yaşı(n=74)		
<19	4	5,5
20-35	63	85,2
35+	7	9,5
Eğitim durumu(n=74)		
Okur yazar değil	-	-
Okur yazar	3	4,1
İlköğretim mezunu	33	44,6
Lise ve dengi mezunu	27	36,5
Fakülte veya yüksekökol mezunu	11	14,9
Mesleği(n=74)		
Ev hanımı	58	78,4
Memur	11	14,9
İşçi	3	4,1
Serbest meslek	2	2,7
Eşin eğitim durumu(n=74)		
Okur yazar değil	-	-
Okur yazar	-	-
İlköğretim mezunu	29	39,2
Lise ve dengi mezunu	28	37,8
Fakülte veya yüksekökol mezunu	17	23,0
Eşin mesleği(n=74)		
Memur	24	32,4
Serbest meslek	38	51,4
İşçi	11	14,9
İşsiz	1	1,4

Tablo 2: Bebeklerde kolostrum verme ve beslenme durumu

	Sayı	%
Kolostrum(n=74)		
Alanlar	68	91,9
Almayanlar	6	8,1
Kolostrum verme zamanı(n=68)		
1 saate kadar	48	70,6
2 saat ve üstü	20	29,4
Doğum sonrası ilk besin(n=74)		
Anne sütü	68	91,9
Mama	6	8,1
Beslenme sıklığı(n=74)		
Her ağıladığında	38	51,4
Düzenli aralıklarla	36	48,6
Gece emzirme durumu(n=74)		
Evet	65	87,8
Hayır	9	12,2

VIII.ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Tablo 3: Bebeklerde ek gıda verme durumu

	Sayı	%
Ek gıda verme durumu(n=74)		
Su	28	37,9
İnek sütü	1	1,4
Formül mama	7	9,5
Evde hazırlanan mama	10	13,6
Karışık	15	20,3
Vermedim	13	17,6

Tablo 4: Bebeklerde emzik verme ve başlama zamanı

	Sayı	%
Emzik verme durumu(n=74)		
Evet	42	56,8
Hayır	32	43,2
Emzik verme zamanı(n=42)		
Doğar doğmaz	13	31,0
1. hafta	8	19,0
2. hafta	1	2,4
4. hafta	11	26,2
6. hafta	2	4,8
8. hafta	6	14,3
12. hafta	1	2,4

Tablo 5: Annelerde beslenme konusunda bilgi alma durumu

	Sayı	%
Beslenme konusunda bilgi(n=74)		
Alanlar	46	62,2
Almayanlar	28	37,8
Bilgi kaynağı(n=46)		
5 No'lu SQ Personeli	27	58,7
Yazılı basın		
Görsel basın	2	4,3
Akraba	4	8,7
Özel doktor	2	4,3
Bilgi almak isteği(n=55)		
İsteyenler	36	65,5
İstemeyenler	19	34,5

Tablo 6: Bilgi alma – kolostrum verme durumunun değerlendirilmesi

Bilgi Alma Durumu	Kolostrum Verme Durumu				Toplam	
	Evet		Hayır			
	N	%	N	%	N	%
Evet	46	100	0	0,0	46	100
Hayır	22	78,6	6	21,4	28	100
Toplam	68	91,1	6	8,1	74	100

SAMSUN İL MERKEZİNDEKİ BEŞ YAŞ ALTI ÇOCUKLARDA MALNUTRİSYON PREVALANSI ve ETKİLEYEN BAZI FAKTÖRLER

Melek COSKUN, Leman TOMAK, Yıldız PEKŞEN, Cansever SÜREN, Fikriye ORDULU, Ebru KAYNAR, Özgür ÜNAL, M.Emin KÖMÜR

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Özellikle gelişmekte olan ülkelerin sorunu olan malnutrisyon, sürekli büyüme ve gelişmekte olan beş yaş altı çocuklarda mortaliteye neden olmaktadır. Bu çalışmada Samsun il merkezindeki beş yaş altı çocukların malnutrisyon prevalansını saptamak amaçlanmıştır.

Kesitsel tipteki bu çalışmada, Samsun il merkezindeki 18 sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 0-5 yaş grubundaki toplam 34.298 çocuktan basit rastgele yöntemle seçilen 252 çocuğa ait 006 bebek ve Çocuk İzlem Formundaki yaş, boy ve ağırlık ölçüleri kullanılarak z-skoru hesaplanmıştır. Verilerin analizinde ki-kare testi ve lojistik regresyon kullanılmıştır.

Çocukların %11.1'inin kronik malnutrisyonlu, %1.2'sinin zayıf ve %0.8'inin ise düşük ağırlıklı (akut malnutrisyonlu) olduğu saptanmıştır. Kısıtlı anlamlı olarak en çok ilkököl ve altı eğitimli annelerin (%15.8) çocuklarında saptanmıştır ($\chi^2=9.74$ p=0.007). Ayrıca malnutrisyon; kızlarda, genç annelerin çocuklarında, üçten fazla çocuğu olan ailelerin çocuklarında ve 24 aydan küçük çocuklarda daha fazla görülmüştür.

Samsun il merkezinde yaşayan 1 eş yaş altı çocuklar kronik olarak yetersiz beslenmektedir. Malnutrisyonun nedeni olan birçok olumsuz faktörün düzeltilmesi ile malnutrisyon sıklığında belirgin bir azalma olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Malnutrisyon, antropometri, z-skoru

GİRİŞ ve AMAÇ

Yirmibirinci yüzyılda bilim ve teknolojiye bağlı gelişmeler, uluslararası kuruluşların büyük çabalarına rağmen, malnutrisyon özellikle gelişmekte olan ülkelerde en önemli sağlık sorunlarından biri olmaya devam etmektedir.

Çocukluk yaş grubundaki fiziksel, ruhsal ve mental gelişme yetişkinlik dönemindeki çalışma gücünü, zihin kapasitesini ve genel sağlığı etkiler. Özellikle gelişmekte olan ülkelerin sorunu olan malnutrisyon, sürekli büyüme ve gelişmekte olan 0-5 yaş arasındaki çocuklarda daha yüksek sıklıkta görülmektedir (1).

1997 yılında, dünyadaki tüm 5 yaşından küçük çocuklar arasında 10 milyon ölüm meydana gelmiştir. Bu ölümlerin %97'si gelişmekte olan ülkelerdedir. Ölüm nedenleri arasında en büyük payı, malnutrisyonla birlikte olan pnömoni ve ishal gibi hastalıklar oluşturmaktadır (2).

Çocukların büyüme ve gelişmesinin izlenmesinde ve beslenme durumlarının değerlendirilmesinde en pratik yöntem NCHS / CDC(National Centers for Health Statistics-Center for Disease Control) referans toplum değerleriyle karşılaştırılan antropometrik ölçümlerdir. Bu ölçümler yaşa göre boy, boya göre ağırlık ve yaşa göre ağırlıktır (3).

Büyümenin izlenmesinde ve top'um taramalarında beslenme durumunun saptanmasında z-skoru kullanılmaktadır. Z-skoru, bir antropometrik ölçümün, referans popülasyonun ortalamasından standart sapma(SS) cinsinden ne kadar uzak olduğunu göstermektedir. Z-skor yönteminde sınırlar +2 SS ile -2 SS arasındadır. -2 SS ve altı büyüme geriliği, +2 SS üzeri normal üstü grup olarak değerlendirilir (3).

Yaşa göre boyun standartların altında olması (-2 SS veya altı olması) kısa boyluluk (stunting= bodurluk) olarak adlandırılır ve kronik malnutrisyonu gösterir. Boya göre ağırlığın standartların altında olması (-2 SS veya altı olması) zayıflık (wasting=kavrukluk) olarak adlandırılır ve akut malnutrisyonu gösterir. Çocuğun yaşadığı çevrede olabilecek ani olaylara ve yetersiz gıda tüketimine bağlıdır. Ayrıca hızla gelişen akut enfeksiyonlar da çocukta akut malnutrisyona neden olabilir. Yaşa göre ağırlığın standartların altında olması (-2 SS veya altı olması) düşük kiloluk (underweight) olarak adlandırılmaktadır(3).

Dünyada beş yaş altındaki çocukların %41'i düşük ağırlıklı, %37'si kısa(bodur) ve %11'i ise zayıf(kavruk). Bu sıklıklar gelişmekte olan ülkelerde sırayla: %43, %39 ve %11 iken az gelişmiş ülkelerde ise %53, %47 ve %12'dir. Türkiye'de ise beş yaş altı çocukların %13'ü düşük kiloludur (4).

Bu çalışma Samsun il merkezindeki beş yaş altı çocukların büyüme ve gelişme durumlarını değerlendirerek z skor dağılımına göre malnutrisyon prevalansını saptamak ve çocuklarla ilgili yapılacak daha kapsamlı çalışmalara bir kaynak oluşturmak amacıyla planlanmıştır.

YÖNTEM

Kesitsel tipteki bu çalışma, 1-5 Nisan 2002 tarihlerinde Samsun il merkezindeki 19 sağlık ocağı bölgesinde yapılmıştır. Bu bölgede 0-5 yaş grubunda toplam 34.298 çocuk bulunmaktadır. 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması(TNSA)'nda⁽⁵⁾, aynı yaş grubu için malnutrisyon prevalansının %16 olarak verilmesi, örnek hacmini hesaplamada kaynak olarak seçilmiştir. Buna göre en düşük örnek hacmi 207 olarak bulunmuş, ancak araştırmanın yürütülmesinden kaynaklanabilecek hataları azaltmak için 252 çocuk araştırma kapsamına alınmıştır. Belirlenen örnek büyüklüğüne ulaşmak amacıyla her ocaktan basit rastgele örneklem yöntemiyle seçilen iki ebeinin ilgilendikleri bölgelerdeki yine basit rastgele yöntemle seçilen 7'şer tane 006 Bebek ve Çocuk İzlem Formu (tüm çocuklar için doldurulan) araştırma kapsamına alınmıştır. Malnutrisyon varlığı için değerlendirilmede kullanılan boy ve kilo ölçüleri ebelerin son izlemede kaydettikleri değerlerdir. Ayrıca formdaki diğer bilgiler de(annenin yaşı, annenin eğitim durumu ve evdeki çocuk sayısı gibi) malnutrisyona olan etkilerini değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Ebelerin kalibrasyonları farklı olan ölçüm araçları ile elde ettikleri verilerin kullanılması ve ilerleyen zaman içerisinde izlemlerin titizliğindeki azalış çalışmada olumsuz bir yön gibi görülmesine rağmen; bu verilerin sağlık ocağı istatistikleri, ilin ve ülkenin sağlık ölçütleri için kabul gören geçerli değerler olduğu geçeriinden yola çıkılarak bu araştırma yapılmıştır.

Malnutrisyon varlığı değerlendirilirken, Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilen, NCHS/CDC (National Centers for Health Statistics-Center for Disease Control) standartları referans alınarak her bir çocuğun z değerleri hesaplanmıştır⁽³⁾.

Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde tek değişkenli analizde ki-kare testi ve çok değişkenli analizde lojistik regresyon kullanılmıştır.

BULGULAR

Araştırma grubunu oluşturan 252 çocuğun %50'si kız, %50'si erkektir. Araştırma grubunun ortalama yaşı 8.3±0.4 ay, ortalama kilosu 7.5±0.1 gr. ve ortalama boyu 62.9±0.8 cm.dir (Tablo:1).

Araştırma grubundaki çocukların cinsiyet ve yaş gruplarına göre dağılımı Tablo:2'de görüldüğü gibi hem erkek hem de kızlarda ağırlıklı olarak çocuklar 0-12 ay (%88.9) grubunda toplanmıştır.

Çocukların annelerinin eğitim durumları incelendiğinde; %60.3(152)'ünün ilkököl ve altında, %32.9(83)'unun orta-lise ve %6.7(17)'sinin yükseköğretim düzeyinde eğitim gördüğü saptanmıştır.

Araştırmaya alınan çocukların yaşları ve cinsiyetlerine göre boy uzunlukları (yaşa göre boy), vücut ağırlıkları (yaşa göre ağırlık) ve boylarına göre vücut ağırlıkları Z-skoru (Standart Sapma Skoru) ile değerlendirilmiş ve Tablo:3'te sunulmuştur. Z skoru hesaplandığında çocukların %11.1'inin kısa, %1.2'sinin zayıf ve %0.8'inin ise düşük ağırlıklı olduğu saptanmıştır.

Tablo 3'te görüldüğü gibi kızların %11.9'u, erkeklerin %10.3'ü kısalık sınırları içerisindedir. Erkeklerin %1.6'sı düşük ağırlıklı ve %1.6'sı zayıf, kızların ise %0.8'i düşük ağırlıklı iken kızlarda zayıflık saptanmamıştır. Cinsiyetler arasında malnutrisyon açısından anlamlı fark bulunamamıştır.

Üç antropometrik gösterge bakımından kısa olan çocukların %12.5'inin 13-24 aylık, %11.2'sinin 0-12 aylık ve %8.3'ünün 24 ay ve üzerinde; zayıf çocukların tümünün (%0.9'u) ve düşük kiloluların tümünün (%1.3'ü) 0-12 aylık olduğu saptanmıştır (Tablo:3).

Annelerin eğitim durumuna göre üç antropometrik gösterge incelendiğinde: okur-yazar olmayan ve ilkököl mezunu annelerin çocuklarında %15.8, yükseköğretim mezunu annelerin çocuklarında %11.8 ve ortaokul-lise mezunu annelerin çocuklarında %2.4 kısalık saptanmış olup fark ilkököl üzeri eğitimli annelerin lehine anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=9.74$ p=0.007).

Yaşı 20 ve altında olan annelerin çocuklarının %18.8'inde kısalık, %6.3'ünde zayıflık ve %6.3'ünde düşük kiloluluk; yaşı 21 ile 29 arasında olan annelerin çocuklarının %10.6'sında kısalık, %0.8'inde zayıflık ve %0.8'inde düşük kiloluluk; 30 ve üzeri yaş grubundaki annelerin çocuklarında ise %11.1 kısalık, %1.0 düşük kiloluluk saptanırken zayıflık bulunamamıştır. Zayıflık, 20 yaşın altındaki annelerin çocuklarında diğer yaşta annelerin çocuklarına göre anlamlı olarak fazla bulunmuştur ($\chi^2=6.71$ p=0.034). Ailedeki çocuk sayısı: üçün üzerinde olan çocukların %16.1'inin ve üçün altında olan çocukların %9.7'si ise kısa olduğu ancak bu farkın anlamlı olmadığı görülmüştür (Tablo: 3).

Malnutrisyon gelişimine etkili olan faktörleri değerlendirmek için yapılan lojistik regresyonda oluşturulan modelde bağımsız değişkenlerden (cinsiyet, çocuğun yaşı, annenin yaşı, annenin eğitim durumu, evdeki çocuk sayısı) annenin eğitim durumunun modele olan etkisinin anlamlı olduğu görülmüştür (Tablo:4).

TARTIŞMA

Gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de malnutrisyon önemli bir sağlık sorunudur. Türkiye'de malnutrisyonla ilgili yapılan araştırmalarda değişim sıklık artmıştır(5-11).

Bu çalışmada Samsun il merkezindeki beş yaş altı çocukların %11.1'inin kronik malnutrisyonlu, %1.2'sinin zayıf ve %0.8'inin akut malnutrisyonlu olduğu saptanmıştır. 1998 TNSA'nda⁽⁵⁾, aynı yaş grubu için malnutrisyon prevalansı %16.0'dır. Araştırma grubundaki çocukların beslenme durumları Türkiye ortalamasına göre daha iyi durumdadır. Türkiye'de yapılan diğer çalışmalarda elde edilen sıklıklar; kısalık için %7.6-47.3, zayıflık için %1.1-11.0, düşük kiloluk için %3.7-63.5 arasında değişmektedir (6-11).Yurt dışında yapılan çalışmalarda da değişim sıklıkları elde edilmiştir Monarrez ve ark.⁽¹²⁾ çalışmasında

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

malnutrisyon sıklığı sırayla; kısalık %57.1, zayıflık %3.5 ve düşük kiloluk %36.4 olarak bulunmuşlardır. Araceli ve ark.⁽¹³⁾ çalışmasında 4-6 yaşlardaki çocukların %28.8'inin kısa ve %0.9'unun zayıf olduğu gözlemlenmiştir.

Malnutrisyon görülme sıklığı cinsiyete göre değerlendirildiğinde; kızlarda erkek'lere göre fazla görülmesine rağmen fark anlamlı değildir. Diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur(4-6). Kızlarda malnutrisyonun erkeklerden daha fazla görülmesinin nedeninin toplumun erkeklerle kızlara göre daha çok önem vermesinden kaynaklanmış olabileceğini düşündürmektedir. Monarrez ve ark.⁽¹²⁾ çalışmasında ise cinsiyetler arasında kızlar lehine anlamlı fark saptanmış olup bu çalışma ile çalışmaktadır. Bu çelişki, değişik kültürlerde kızlara erkek'lardan daha fazla önem verilmesinden kaynaklanmaktadır.

Yaş gruplarına göre değerlendirmede; 0-12 aylık ve 13-24 aylık çocuklarda kısalık daha fazla görülmüştür (%11.2, %12.5). Zayıf çocukların tümünün (%0.9'u) ve düşük kiloluların tümünün (%1.3'ü) 0-12 aylık olduğu saptanmıştır. Diğer çalışmalarda da kısalığın 13-24 ay ve 12-23 aylarda en sık görüldüğü saptanmıştır (10,11). Yaşamın ilk iki yılında malnutrisyonun fazla görülmesinin temelinde, çocuğun beslenmesinde son derece önemli olan anne sütünün ve ayrıca ek gıdaların yeterli ve zamanında verilmeyişinin yattığı düşünülmektedir.

Malnutrisyon sıklığı okur-yazar olmayan-ilkokul mezunu ve yüksek okul mezunu annelerin çocuklarında (% 15.8, % 11.8) ortaokul-lise mezunu annelerin çocuklarında (%2.4) göre anlamlı olarak fazla bulunmuştur. Diğer çalışmalarda en çok düşük eğitimli annelerin çocuklarında malnutrisyon görülmesi bu çalışma ile de uyumaktadır (10). Ancak bu çalışmada ayrıca yüksek okul mezunu annelerin çocuklarında malnutrisyon sıklığının fazla olması literatürle çalışmaktadır. Bunun nedeninin, günümüz koşullarının dayatması sonucu kadının da aile ekonomisine katkıda bulunmak amacıyla dışarda çalışması ve çocuğunun bakımına yeterli zaman ayıramamasının olduğu düşünülmektedir.

Yaşı 20 ve altında olan annelerin çocukları diğer annelerin çocuklarından anlamlı olarak zayıftır. Rikimaru ve ark.⁽¹⁴⁾ araştırmasında ciddi malnutrisyonlu çocukların annelerinin anlamlı olarak genç olduğu saptanmıştır. Annenin genç olmasının bir sonucu olarak deneyimsizliği, yeterli bilgi ve donanıma sahip olmaması nedeniyle çocuğun beslenmesi dolayısıyla da büyüme ve gelişmesi olumsuz yönde etkilenmektedir.

Kısalık ailedeki çocuk sayısı için üzerinde olan çocuklarda (%16.1) için altında olan çocuklara (%9.7) göre anlamlı farklılık göstermemesine rağmen daha fazladır. Bu bulgu literatürle de uyumludur (8-10). Ailedeki çocuk sayısının artması, hem annenin çocuğuna olan bakım ve ilgisini azaltmakta hem de ailenin gelirinin paylaşılmasına neden olmakta ve sonuç olarak çocuk yine yetersiz beslenmektedir.

Malnutrisyon gelişimine etkili olan faktörler (cinsiyet, çocuğun yaşı, annenin yaşı, annenin eğitim durumu, ailedeki çocuk sayısı) birlikte değerlendirildiğinde ise annenin eğitim durumunun etkisinin anlamlı olduğu görülmüştür. Dönmez ve ark.⁽⁹⁾ çalışması da bu bulguyu desteklemektedir. Onların çalışmasında malnutrisyon gelişiminde çocuğun yaşı, ailedeki çocuk sayısı ve çocuğun istenmeyen gebelik sonucu olup olmadığı gibi annenin düşük eğitimine bağlı sorunların etkili olduğu saptanmıştır.

SONUÇ

Samsun il merkezinde yaşayan yedi yaş altı çocukların beslenme durumları Türkiye geneline göre daha iyi olmakla birlikte kronik olarak yetersizdir. Malnutrisyonun nedeni olan başta annelerin eğitim düzeyinin düşüklüğü, annenin genç olması ve ailedeki çocuk sayısının için üzerinde olması gibi birçok olumsuz faktörün düzeltilmesi ile malnutrisyon sıklığında belirgin bir azalma olacaktır.

Çocuklarda büyümenin hızlı olduğu ve dış etkenlere daha duyarlı oldukları 0-5 yaş grubunda çocukların büyüme-gelişme durumlarının sürekli olarak izlenmelidir. Büyümelerinde duraklama veya gerileme saptanan çocuklarda nedenler araştırılmalı, sorunların çözümüne yönelik planlama ve uygulamaların yapılabilmesi için kayıtlar sürekli ve düzenli tutulmalıdır. Ayrıca birinci basamakta rutinde yapılan bebek ve çocuk izlemlerinde anneler de bilinçli ve sürekli olarak çocuğun beslenmesi konusunda bilgilendirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Dünya Çocuklarının Durumu 1994. UNICEF
2. Dünya Sağlık Raporu Raporu 1998. WHO
3. Physival status: The use interpretation of anthropometry. Report of WHO Expert Committe. WHO Technical Series 854, , 1995.
4. The State Of The World's Children 2000. UNICEF
5. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 1999.
6. Keleş EF, Saltık A, Yazıcıoğlu M. Edirne'de düşük ve yüksek sosyo-ekonomik düzeyi iki bölgede 0-10 yaş grubu çocukların beslenme durumu. 4. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı 1994: 390-394.
7. İnandı T, Akbaba M. Adana Doğanekent Solaklı ve Yüzbaşı Sağlık Ocakları bölgesine gelen mevsimlik tarım işçilerinin 1-6 yaş çocuklarında malnutrisyon prevalansı. 5. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı 1996:396-399.
8. Ertem M, Ceylan A, Toksöz P. Diyarbakır Şehirlik Sağlık Ocağı bölgesinde 0-6 yaş grubu çocuklarda z- skoru dağılımına göre malnutrisyon prevalansı ve bazı değişkenlerle ilişkisi. Beslenme ve Diyet Dergisi 1999;28(2): 25-31.
9. Dönmez L, Dedeoğlu N, Aktekin M. Antalya il merkezinde malnutrisyon sıklığı ve bazı değişkenlerle ilişkisi. 4. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı 1994:78-383.
10. Bozkurt Aİ, Koçoğlu F. Gaziantep il merkezinde 0-36 aylık çocuklarda protein enerji malnutrisyon prevalansı. Beslenme ve Diyet Dergisi 1999;28(1): 52-56.
11. Erengin H, Dönmez L, Yiğitbaşı O, Aktekin M. Antalya Ahatlı Sağlık Ocağı bölgesindeki 0-59 aylık çocuklarda malnutrisyon sıklığı. Akdeniz Ü. Tıp Fak. Dergisi 1995;12: 1-3.
12. Monarrez J, Martinez H. Prevalence of malnutrition in Tarahumara children under 5 years of age in the municipality of Guachochi, Chihuahua. Salud Mex 2000;42(1):8-16.
13. Araceli Triana Tejas, C. Jane Wyatt, Ma. de J. Ramirez. Prevalence of undernutrition and iron deficiency in pre-school children from different socioeconomic regions in the city of Oaxaca, Oaxaca, Mexico. Journal of Nutritional Science and Vitaminology 2001;47(1):47-51.
14. Rikimaru T, Yartey JE, Taniguchi K, Kennedy DO, Nkrumah FK. Risk factors for the prevalence of malnutrition among urban children in Ghana. J Nutr Sci Vitaminol(Tokyo) 1998;44(3):391-407.

Tablo:1-Araştırma Kapsamındaki Çocukların Cinsiyete Göre Ortalama Yaş, Kilo ve Boy Dağılımı

	ERKEK		KIZ		TOPLAM	
	Ort.	±SH	Ort.	±SH	Ort.	±SH
	CİNSİYET					
YAŞ(ay)	8.0	±0.5	8.6	±0.7	8.3	±0.4
KİLO(gr)	7.4	±0.2	7.5	±0.2	7.5	±0.1
BOY(cm)	62.5	±1.1	63.4	±1.3	62.9	±0.8

Tablo:2-Araştırma Kapsamındaki Çocukların Cinsiyet ve Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaş Grupları	ERKEK		KIZ		TOPLAM	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%
0-12 ay	112	88.9	112	88.9	224	88.9
13-24 ay	10	7.9	6	4.8	16	6.3
24+ ay	4	3.2	8	6.3	12	4.8
TOPLAM	126	50.0	126	50.0**	252	100.0

* Sütun yüzdesi

** Saur yüzdesi

Tablo:3- Araştırma Kapsamındaki Çocuklardan Üç Göstergeye Göre -2 SS'nin Altında Olanların Bazı Özelliklere Göre Dağılımı

ÖZELLİK	n	- 2 SS'İN ALTINDA OLANLAR					
		Yaş Göre Boy (Stunded= Bodur) (Kısa)		Boya Göre Ağırlık (Wasted=Kavruk) (Zayıf)		Yaş Göre Ağırlık (Underweight) (Düşük Kilo)	
		Sayı	% ¹	Sayı	%	Sayı	%
CİNSİYET							
Erkek	126	13	10.3	2	1.6	2	1.6
Kız	126	15	11.9	-	-	1	0.8
YAŞ GRUPLARI							
0-12 ay	224	25	11.2	2	.9	3	1.3
13-24 ay	16	2	12.5	-	-	-	-
24+ ay	12	1	8.3	-	-	-	-
ANNE EĞİTİMİ							
İlkokul ve Altı	152	24 ²	15.8	1	0.7	1	0.7
Ortaokul ve Lise	83	2	2.4	1	1.2	2	2.4
Yüksekokul	17	2	11.8	-	-	-	-
ANNE YAŞI							
≤20 yıl	16	3	18.8	1	6.3 ³	1	6.3
21-29 yıl	132	14	10.6	1	0.8	1	0.8
≥30 yıl	99	11	11.1	-	-	1	1.0
ÇOCUK SAYISI							
<3	196	19	9.7	2	1.0	2	1.0
3+	56	9	16.1	-	-	1	1.8
TOPLAM	252	28	11.1	3	1.2	2	0.8

¹ Yüzdeler n sayısına göre alınmıştır² $\chi^2=9.74$ p=0.007³ $\chi^2=6.71$ p=0.034

Tablo:4- Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Değişken	B	p	O.R.	%95.0 G.A.
Cinsiyet	0.121	0.755	1.128	0.528-2.413
Çocuğun Yaşı	-0.301	0.455	0.740	0.336-1.631
Annenin Eğitim Durumu	-1.143	0.019	0.319	0.123-0.826
Annenin Yaşı	-0.107	0.793	0.899	0.404-1.997
Yaşayan Çocuk Sayısı	-0.217	0.631	0.805	0.332-1.952
Malnutrisyon(sabit)	-1.244	0.006		

VIII.ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Ç.Ü.ADANA SAĞLIK YÜKSEKOKULU 1. SINIF ÖĞRENCİLERİ İLE ADANA LABORATUAR SAĞLIK MESLEK LİSESİ 3. VE 4. SINIF ÖĞRENCİLERİNİN BESLENME ALIŞKANLIKLARININ VE HEMOGLOBİN DÜZEYLERİNİN SAPTANMASI VE BUNLARIN BEDEN KİTLE İNDEKSLERİ İLE İLİŞKİLERİ

Yrd. Doç.Dr.Gürsel ÖZTUNÇ*¹,Prof.Dr.Necdet AYTAC**²,Öğr.Gör.Emine ÖZTÜRK*,
Öğr.Gör. Serap TORUN*

*Ç.Ü. Adana Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü,**Ç.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Giriş: Yaşamın her döneminde sağlığın temelini oluşturan beslenme; sağlığın sürdürülmesi, geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesinde son derece önemli bir kavramdır. Beslenme her yaş döneminde önemli olmakla birlikte özellikle çocuklarda ve adolesanlarda önemi artmaktadır. Adölesan ve çocukluk çağındaki sağlıklı beslenme alışkanlıkları sağlık,büyüme ve entelektüel gelişimin en üst düzeyde gerçekleştirilmesini sağlar. Beslenme alışkanlıkları zaman içinde ülkeler ve toplumlar arasında farklılıklar göstermektedir. Okul temelli programlar ömür boyu sağlıklı yeme alışkanlıklarını geliştirmede önemli bir rol alır.

Amaç: Adölesan grupta ve ileride sağlık insan gücünde yer alacak öğrencilerin beslenme alışkanlıkları ile hemoglobin düzeylerinin beden kitle indeksleri ile ilişkilerinin saptanması, yetersiz ve dengesiz beslenme problemlerinin ortaya çıkarılarak alınacak önlemler konusunda uyarıcı olmak ve önerilerde bulunmaktır.

Yöntem: 2000 yılı Aralık ayında araştırma kapsamına alınan öğrencilerin Hb ve Htc düzeyleri ile boy ve kiloları ölçülmüş, beslenme alışkanlıklarına ilişkin literatür taranarak oluşturulan anket formu uygulanmıştır. Kesitsel ve tanımlayıcı olarak yapılan çalışmada veriler SPSS for Windows 9.0 programında değerlendirilmiştir.

Bulgular ve Sonuç: Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin % 65.2'sinin ailesinin yanında kaldığı,% 52.5'inin annesinin ilkökul mezunu olduğu,öğrencilerin % 50.0'ının normal BKİ olduğu,% 80.9'unun normal Hb düzeyinde olduğu,Hb düzeyi düşük olanların % 11.0 ve Hb düzeyi normal olanların %55.0 'ının her gün sebze ve meyve tükettikleri,düşük BKİ olan öğrencilerin %23.4'ü,normal BKİ olan öğrencilerin %23.3'ü, yüksek BKİ olan öğrencilerin %26.3'ü ve obes öğrencilerin % 25.0'ının süt ve süt ürünlerini her gün tükettikleri,öğrencilerin % 89.6'sının sigara kullanmadığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler:Adölesan,beslenme alışkanlıkları,beden kitle indeksi,Hb.

GİRİŞ

Yaşamın her döneminde sağlığın temelini oluşturan beslenme; sağlığın sürdürülmesi, geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesinde son derece önemli bir kavramdır. Adölesan ve çocukluk çağındaki sağlıklı beslenme alışkanlıkları sağlık, büyüme ve entelektüel gelişimin en üst düzeyde başarılmasını sağlar.¹Beslenme; büyüme, gelişme, sağlıklı ve verimli olarak uzun süre yaşamak için gerekli olan enerji ve besin öğelerini her birini yeterli miktarlarda sağlayacak olan besinlerin besleyici değerlerini yitirmeden, sağlığı bozucu duruma getirmeden ekonomik şekilde almak ve vücutta kullanmaktır.^{2,3}Bu besin öğeleri vücudun gereksinimi düzeyinde alınmazsa yeterli enerji oluşmadığı için, vücut dokuları yapılamadığından "yetersiz beslenme" durumu oluşur.^{2,4} Yetersiz beslenme, çocuğun gelişim ve okul performansını olumsuz etkiler. Özellikle kahvaltıyı atlama çocuğun problem çözme başarısını olumsuz etkiler.¹ Yeterli ve dengeli beslenebilmek için günlük diyetin 3 ana öğün şeklinde ve ara öğünlerle desteklenerek alınması faydalıdır. Beslenme alışkanlıkları zaman içinde ülkeler ve toplumlar arasında farklılıklar göstermektedir.^{4,5,6} Bu farklılıkların önemini kavramak,ayrıca ekonomik sosyo-demografik faktörler ve sağlık ile olan ilişkilerini saptamak, beslenme alışkanlıklarının nedenlerine yönelik araştırmalar yaparak bu olumsuzluklara ışık tutmak gerekmektedir.^{4,8} ABD'de çocuk ve adolesanlarda hızla fazla kilo ve obesiteli sayısı artmaktadır. Gençlerdeki fazla kilo, kan kolesterol seviyesinin ve kan basıncının yükselmesine neden olmaktadır.¹ Okullar sağlıklı yeme alışkanlıkları kazandırılması ve eğitimi için ideal yerlerdir.^{9,10} Okul temelli programlar ömür boyu sağlıklı yeme alışkanlıklarını geliştirmede önemli bir rol alır.

AMAÇ

Adölesan grupta ve ileride sağlık insan gücünde yer alacak öğrencilerin beslenme alışkanlıkları ile hemoglobinin düzeylerinin beden kitle indeksleri ile ilişkilerinin saptanması, yetersiz ve dengesiz beslenme problemlerinin ortaya çıkarılarak alınacak önlemler konusunda uyarıcı olmak ve önerilerde bulunmaktır.

YÖNTEM

Araştırmanın evrenini Laboratuar Sağlık Meslek Lisesi 3. Ve 4. Sınıfında okuyan 213 ve Adana Sağlık Yüksekokul'u 1. Sınıfında okuyan 69 öğrenci oluşturmaktadır. Örneklem evrenin tamamı olarak belirlenmiştir. Öğrencilerin beslenme alışkanlıklarının belirlendiği ve literatür taranarak oluşturulan anket formu 2000 yılı aralık ayında seçilen bir günde her iki okul öğrencilerine uygulanmış ve takip eden günlerde öğrencilerin boy kilo ölçümleri ile Hb ve Htc değerlerine bakılmıştır. Kesitsel ve tanımlayıcı yapılan çalışmamızda Hb değerleri kız öğrenciler için 12-14 gr/dl normal değerler olup anemi sınırı 11.0gr/dl olarak alınmıştır. Erkek öğrenciler için ise normal Hb değeri 13-18 gr/dl olup 12.0gr/dl anemi sınırı olarak alınmıştır. Htc normal değerleri; kız öğrenciler için %37-47, anemi sınırı % 33.0↓, erkek öğrenciler için % 42-52, anemi sınırı ise % 35.0↓ olarak alınmıştır. Beden Kitle indeksi normal sınırları 19.9-26.0 olup,düşük BKİ 19.8↓, yüksek BKİ 26.1- 29.0, obesite sınırı ise 29.1↑ olarak alınmıştır. Veriler SPSS for Windows programında değerlendirilmiştir.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine bakıldığında; öğrencilerin %65.2'sinin ailesinin yanında kaldıkları ve % 93.2'sinin aylık giderlerini ailelerinin karşıladığı, ailenin aylık gelir miktarı dağılımının % 41.2 ile 250 milyon TL ve üzeri olduğu(2000 Aralık'ta 1\$= 670.000 TL iken,brüt asgari ücret 16 yaşından büyükler için 118.800.000 TL idi.), %82.2'sinin anne mesleklerinin ev kadınlığı,baba mesleklerinin ise % 29.2'sinin emekli olduğu saptanmış olup, aylık gelir miktarının düşüklüğü annelerin çalışmaması ile açıklanabilir. Annelerin eğitim düzeylerine bakıldığında % 52.5 ile ilkökul mezunu % 2.9'unun ise yüksekokul mezunu, baba eğitiminin ise % 44.3 ile orta öğretim mezunu oldukları saptanmıştır. Öğrencilerin % 89.6'sı sigara kullanmadığı, Fakat yüksekokul öğrencileri anlamlı daha çok kullandığı(p<0.05), %72.2'sinin araştırmanın yapıldığı tarihte herhangi bir sağlık probleminin olmadığı saptanmıştır.(Tablo1)

Öğrencilerin günlük öğün düzenlerinin okullara göre dağılımına bakıldığında; Laboratuar Sağlık Meslek Lisesi(SML) öğrencilerinin % 63.4'ü Sağlık Yüksekokulu (SYO) öğrencilerinin % 72.5'i düzenli kahvaltı yaptığı, Laboratuar SML öğrencilerinin % 5.6'sı ile SYO öğrencilerinin % 1.5'inin düzenli olarak akşam yemeği yemedikleri saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır(p>0.05)(Tablo2).

Öğrencilerin cinsiyetlerine göre beden kitle indekslerinin dağılımında öğrencilerin % 50.0'ının normal BKİ' de olduğu, cinsler tek tek incelendiğinde ise,kız öğrencilerin düşük BKİ olanları ile normal BKİ olanların birbirine yakın oldukları (% 47.7 .

%47.3) erkek öğrencilerde ise %66.7 oranında normal BKİ' oldukları, obes erkek öğrenci olmadığı saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$)(Tablo3).

Öğrencilerin BKİ'lerinin bölümlere göre dağılımına bakıldığında; Laboratuvar (%57.6), Hemşirelik (%53.1), ve Ebelik bölümü (%45.9) öğrencileri normal BKİ'ne sahip iken Anestezi bölümü öğrencilerinin (%57.9) düşük BKİ'ye sahip oldukları saptanmıştır. Anestezi bölümü ve diğer bölümler karşılaştırıldığında BKİ düşüklüğü Anestezi Bölümü'nde anlamlı bir şekilde fazla bulunmuştur($p<0.001$).Anestezi Bölümü öğrencilerinin BKİ düşüklüğü ameliyathanede uzun süreli uygulamalarda bulunmaları, beslenmelerine yeterince zaman ayıramamaları veya anestetik gazların inhale edilmesinin olumsuz etkilerine bağlanabilir(Tablo4).

Öğrencilerin cinsiyetlerine göre hemoglobin düzeylerine bakıldığında ;öğrencileri %80.9'unun normal Hb düzeyinde olduğu cinsiyetlere göre tek tek bakıldığında ise erkek öğrencilerin hepsinin normal Hb düzeyinde olmasına karşın kız öğrencilerin%77.7' si normal Hb düzeyindedir. Cinsiyetlere göre Hb düzeylerinin dağılımı istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur($p<0.01$). Ülkemiz koşullarında beklenen bir sonuç olan bu durum, kız öğrencilerin menstrüasyon durumları ve ailelerin erkek çocukların beslenmelerine daha fazla özen göstermeleri ile açıklanabilir. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre Htc düzeylerinin dağılımına bakıldığında, kız öğrencilerin %59.1 ile erkek öğrencilerin %97.2' sinin Htc düzeyi 35.0-50.0 arasındadır. Bu değer normal Htc sınırları içerisindedir. Gruplar arasındaki istatistiksel fark anlamlı bulunmuştur. ($p < 0.000$).Kız öğrencilerin($n= 220$) menstrüasyon sıklıstü yaşamları nedeni ile Htc düzeyleri erkek öğrencilerden ($n = 36$) daha düşük bulunmuştur(Tablo5).

Öğrencilerin hemoglobin düzeylerinin ara öğün besinlerini tüketme sıklıklarına göre dağılımına bakıldığında; Hb düzeyi normal olan öğrencilerin % 75.1'inin her gün çikolata ve şekerleme, % 73.2'sinin ise unlu mamüller tükettiği saptanmış olup, Hb düzeyi düşük olan öğrencilerin % 18.4'ünün unlu mamülleri tükettikleri bulunmuştur. Gruplar arasındaki istatistiksel fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$)(Tablo6).

Öğrencilerin besin gruplarını tüketme sıklıklarına göre hemoglobinin düzeylerinin dağılımına bakıldığında düşük Hb düzeyi olanların % 8.4'ünün ve normal Hb düzeyi olanların % 45.1'inin her gün süt ve süt ürünlerini tükettikleri saptanmıştır. Düşük Hb düzeyi olanların % 11.0 ve normal Hb düzeyi olanların % 55.0 ile her gün sebze ve meyve tükettikleri saptanmıştır.Düşük Hb düzeyi olanların % 11.7 ve normal Hb düzeyi olanların % 44.0'ının haftada bir hayvansal gıdaları tükettiktedirler. Düşük Hb düzeyi olanların %12.2'si ve normal Hb düzeyi olanların % 50.0'ının her gün tahıl ürünleri tükettikleri saptanmıştır. Öğrencilerin besin gruplarını tüketme sıklıkları ile Hb düzeyleri arasında istatistiksel olarak bir anlamı bulunmamıştır($p>0.05$)(Tablo7).

Öğrencilerin haftalık harçlıkları ile sık tükettikleri yiyecek ve içeceklerin hemoglobinin düzeylerine göre dağılımına bakıldığında;çikolata ve gofret tüketen öğrencilerin % 75.7'sinin Hb düzeyi normal sınırlarda,%24.3'ünün ise düşük sınırlarda olduğu bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel fark anlamlı bulunmuştur.($p=0.002$) Meyve suyu tüketenlerin % 81.3'ünün Hb düzeyi normal bulunmuştur(Tablo8)).

SONUÇLAR

- Öğrencilerin %65.2'sinin ailesinin yanında kaldıkları ve % 93.2'sinin aylık giderlerini ailelerinin karşıladığı, ailenin aylık gelir miktarı dağılımının % 41.2 ile 250 milyon TL ve üzeri olduğu.
- Öğrencilerin %82.2'sinin anne mesleklerinin ev kadınlığı,baba mesleklerinin ise %29.2'sinin emekli olduğu.
- Öğrencilerin annelerinin % 52.5'inin ilkökul mezunu % 2.9'unun ise yüksekökul mezunu, babalarının % 44.3 ile orta öğretim mezunu olduğu.
- Öğrencilerin % 89.6'sının sigara kullandığı,
- Öğrencilerin %72.2'sinin araştırma yapıldığı tarihte herhangi bir sağlık probleminin olmadığı
- Laboratuvar SML öğrencilerinin % 63.4'ü Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin % 72.5'i düzenli kahvaltı yapmakta.
- Laboratuvar SMI. öğrencilerinin % 5.6'sı ile Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin % 1.5'inin düzenli olarak akşam yemeği yemedikleri.
- Öğrencilerin% 50.0'sinin normal BKİ' de olduğu , kız öğrencilerin düşük BKİ olanları ile normal BKİ olanların birbirine yakın oldukları (% 47.7 , %47.3), erkek öğrencilerin ise %66.7 oranında normal BKİ' oldukları, obes erkek öğrenci olmadığı.
- Öğrencilerin %80.9'unun normal Hb düzeyinde olduğu ,erkek öğrencilerin($n=39$) normal Hb düzeyinde olmasına karşın kız öğrencilerin ($n=243$)%77.7' si normal Hb düzeyinde olduğu.
- Kız öğrencilerin %59.1 ile erkek öğrencilerin %97.2'sininHtc düzeyi 35.0-50.0 arasında olduğu.
- Hb düzeyi olanların % 8.4'ünün ve normal Hb düzeyi olanların % 45.1'inin her gün süt ve süt ürünlerini tükettikleri ,
- Düşük Hb düzeyi olanların % 11.0 ve normal Hb düzeyi olanların % 55.0 ile her gün sebze ve meyve tükettikleri.
- Haftalık harçlıkları ile sık olarak çikolata -gofret tüketen öğrencilerin %75.7'sinin Hb/sinin normal sınırlarda olduğu, sık meyve suyu tüketenlerin ise % 81.3'ünün Hb/sinin normal olduğu.
- Düşük BKİ olan öğrencilerin % 23.4'ü, normal BKİ olan öğrencilerin %23.3'ü, yüksek BKİ olan öğrencilerin % 26.3'ü ve obes öğrencilerin % 25.0'ünün süt ve süt ürünlerini her gün tükettikleri saptanmıştır.

ÖNERİLER

- Ailelerin çocukların beslenmesi konusunda eğitimlerinin yapılması,
- Kız öğrencilerin özellikle menstrüasyon periyodu yaşadıklarından dolayı beslenmelerine önem verilmesini gerekliliğinin vurgulanması,
- Okullarda beslenme derslerine ağırlık verilerek öğrencilerin dengeli beslenme alışkanlığı kazanmaları konusunda yönlendirilmesi,
- Kitle iletişim araçları ile adolesan çağı beslenmesi konusunda eğitici yayınların yapılması,
- Gençlerin ve çocukların beslenmesi konusunda okullarda seminer ve konferansların düzenlenmesi,
- Öğrencilerin altı ayda bir kan değerlerinin kontrol edilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR:

- 1- Vetsor B. Adolescent School Health, Journal of Pediatric Nursing, 2001 June,Vol.16(3):194-196.
- 2- Ulusoy F., Görgülü S. "Hemşirelik Esasları" Ankara, 1995, Cilt1,Çağın Ofset,sayfa:48-284.
- 3- Yücehan S. "Sağlıklı Yaşama Giden Yol Yeterli ve Dengeli Beslenme" VI. Ulusal İfalı, Sağlık Kongresi, 14-18 Nisan 1998, Adana , Sayfa: 32-35
- 4- Baranowski T. ve ark., Guidelines for School Health Programs to Promote Lifelong Health Eating, Journal of School Health,1997 June,Vol.67(1):9-26.
- 5- Ertugrul T., Nezi O. "Pediyatri 1 " İstanbul, 1989, Nobel Tıp Kitabevi, Sayfa : 301-360.
- 6- Şantir N., Özen L. "Farklı Eğitim Düzeyindeki Öğrencilerin Hızlı Hazır (Fast food) Yiyecek Tüketim Durumlarının ve Beslenme Alışkanlıklarının Saptanması", VI. Ulusa. Halk Kongresi , 14-18 Nisan 1998, Adana, Sayfa : 260-271.
- 7- Bayşal A."Beslenme",7.Baskı,Hatipoğlu Yayınevi,Ankara, 997, Sayfa:434-435.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

8- Beyhan Y. "Ankara'da Toplu Beslenme Yapılan Kurumlarda Uygulanmakta Olan Menülerin Değerlendirilmesi" VI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 14-18 Nisan 1998 Adana. Sayfa: 277-279

9- Perry G., Potter P. "Fundamentals of Nursing", Mosby, "Nutrition" Sayfa: 1103.

10- Kavaklı, A., Pek, H., Bahçecik, N., "Çocuk Hastalıkları Hemşireliği", İstanbul, Savaş Cilt Evi, Alemdar Ofset, Nisan, 1995, Sayfa: 338-342.

Tablo 1- Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımları

Tanıtıcı Özellikler	Lab. Sağlık Meslek Lisesi (n=213)		Sağlık Yüksek Okulu (n=69)		Toplam (N=282)	
	Sayı	% ^{xx}	Sayı	% ^{xx}	Sayı	% ^{xx}
Kaldıkları Yer						
a) Yurt	18	8.5	32	46.4	50	17.7
b) Ailem ile	160	75.1	24	34.8	184	65.2
c) Arkadaşım ile	14	6.6	6	8.7	20	7.1
d) Evde yalnız	3	1.4	2	2.9	5	1.8
e) Diğer	18	8.5	5	7.2	23	8.2
Aylık Giderini Kim Karşılıyor						
a) Ailem	205	96.7	57	82.6	262	93.2
b) Kendim	---	---	10	14.5	10	3.6
c) Yakınım	3	1.4	1	1.4	4	1.4
d) Diğer	4	1.9	1	1.4	5	1.0
Aylık Gelir						
a) 50-149 milyon	35	25.7	28	44.4	63	31.7
b) 150-249 milyon	40	29.4	14	22.2	54	27.1
c) 250-milyon ve üstü	61	44.9	21	33.3	82	41.2
Baba Mesleği						
a) Memur	36	17.1	15	22.7	51	18.4
b) İşçi	42	19.9	11	16.7	53	19.1
c) Emekli	58	27.5	23	34.8	81	29.2
d) Serbest	55	26.1	4	6.1	59	21.3
e) Diğer	20	9.5	13	19.7	33	22.0
Anne Mesleği						
a) Ev kadını	176	83.0	55	79.7	231	82.2
b) Memur	8	3.8	3	4.3	11	3.9
c) İşçi	8	3.8	1	1.4	9	3.2
d) Emekli	17	8.2	8	11.6	25	9.0
e) Diğer	3	1.2	2	3.0	5	1.7
Babanın Öğrenim Durumu						
a) Okur-Yazar	9	4.2	3	4.5	12	4.3
b) Okur-Yazar Değil	2	0.9	1	1.5	3	1.1
c) İlkokul	83	39.0	26	38.8	109	38.9
d) Ortaokul-Lise	99	46.5	25	37.3	124	44.3
e) Yüksekokul ve Üzeri	20	9.4	12	17.9	32	11.4
Annenin Öğrenim Durumu						
a) Okur-Yazar	22	10.4	5	7.4	27	9.6
b) Okur-Yazar Değil	24	11.3	15	22.1	39	13.9
c) İlkokul	109	51.4	38	55.9	147	52.5
d) Ortaokul-Lise	51	24.1	8	11.8	59	21.1
e) Yüksekokul ve Üzeri	6	2.8	2	2.9	8	2.9
Sigara Kullanma Durumu						
a) Hayır	197	93.4	54	78.3	251	89.6
b) Evet	8	3.8	6	8.7	14	5.0
c) Bazen	6	2.8	9	13.0	15	5.4
Şu Anda Herhangi Bir Rahatsızlığı Var mı						
a) Hayır	151	71.2	52	75.4	203	72.2
b) ÜSVE	16	7.5	3	4.3	19	6.8
c) GIS hastalığı	7	3.3	1	1.4	8	2.8
d) Üriner sistem hastalığı	14	6.6	4	5.3	18	6.4
e) Baş ağrısı - Sinüzit	8	3.7	2	3.0	10	3.6
f) Diğer	16	7.4	7	10.1	23	8.2

^{xx}=Sütun %

Tablo 2- Öğrencilerin Günlük Öğün Düzenlerinin Okullara Göre Dağılımı

Öğün Düzeni	Laboratuvar SML (n=213)		Sağlık Yüksekokulu (n=69)		Toplam (N=282)	
	Yapıyorum Sayı	% ^x	Yapmıyorum Sayı	% ^x	Yapıyorum Sayı	% ^x
Düzenli kahvaltı	135	63.4	78	36.6	50	72.5
Düzenli öğle yemeği	179	84.0	34	16.0	61	88.4
Düzenli akşam yemeği	201	94.4	12	5.6	67	98.5

^x=Sütun %

Tablo 3- Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre Beden Kitle İndeksinin Dağılımı

Beden kitle indeksi	Erkek		Kız		Toplam	
	Sayı	% ^{xx}	Sayı	% ^{xx}	Sayı	% ^{xx}
Düşük BKİ	13	33.3	116	47.7	129	45.7
Normal BKİ	26	66.7	115	47.3	141	50.0
Yüksek BKİ	-	-	8	3.3	8	2.8
Obes	-	-	4	1.6	4	1.4
Toplam ^x	39	13.8	243	86.2	282	100.0

^x=Sütun %, ^{xx}=Sütun %

Tablo 4-Öğrencilerin Beden Kitle İndekslerinin Bölümlere Göre Dağılımı

Beden kitle indeksi	Lab. Böl.		Anestezi Böl.		Hemşirelik Böl.		Ebelik Böl.		Toplam	
	Sayı	% ^{xx}	Sayı	% ^{xx}	Sayı	% ^{xx}	Sayı	% ^{xx}	Sayı	% ^{xx}
Düşük BKİ	47	39.8	55	57.9	11	34.4	16	43.2	129	45.7
Normal BKİ	68	57.6	39	41.1	17	53.1	17	45.9	141	50.0
Yüksek BKİ	3	2.5	-	-	2	6.3	3	8.1	8	2.8
Obes	-	-	1	1.1	2	6.3	1	2.7	4	1.5
Toplam ^y	118	41.8	95	33.7	32	11.3	37	13.2	282	100.0

^y=Satur %^{xx}= Sütun %

Tablo 5- Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre Hemogloblin ve Hematokrit Düzeylerinin Dağılımı

Hemogloblin	Erkek		Kız		Toplam	
	Sayı	% ^{xx}	Sayı	% ^{xx}	Sayı	% ^{xx}
Düşük Hb Düzeyi	-	-	49	22.3	49	19.1
Normal Hb Düzeyi	36	100.0	171	77.7	207	80.9 p < 0.001
Toplam ^y	36	14.1	220	85.9	256	100.0
Hematokrit düzeyi						
1 - 35.0	--	--	90	40.9	91	35.5
35.1-50.0	36	100.0	130	59.1	165	64.5 p < 0.000
Toplam ^y	36	14.1	220	85.9	256	100.0

26 öğrencinin Hb ve Htc düzeyleri saptanamamıştır. ^y=Satur %^{xx}= Sütun %

Tablo6-Öğrencilerin Hemogloblin Düzeylerinin, Ara Öğün Besinlerini Tüketme Sıklıklarına Göre Dağılımı

Tüketilen Besinler	Düşük Hb Düzeyi				Normal Hb Düzeyi				Toplam Sayı % ^{xx}
	Hiç tüketmeyen Sayı % ^x		Her gün ve aralıklı tüketen Sayı % ^x		Hiç tüketmeyen Sayı % ^x		Her gün ve aralıklı tüketen Sayı % ^x		
Çikolata-şekerleme	4	0.8	87	17.9	30	6.2	366	75.1	487 22.8
Unlu mamuller	8	1.7	88	18.4	32	6.7	350	73.2	478 22.3
Cipsler	5	2.1	38	16.1	43	18.2	150	63.6	236 11.0
Kolalı içecek-Oralet-Şalgam	43	6.1	82	11.7	178	25.4	398	56.8	701 32.8
Süt-puding-dondurma	5	2.1	40	16.9	22	9.3	170	71.7	237 11.1
Toplam ^y	65	3.0	335	15.7	305	14.3	1434	67.0	2139 100.0

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. ^x=Satur %^{xx}= Sütun %

Tablo7-Öğrencilerin Besin Gruplarını Tüketme Sıklıklarına Göre Hemogloblin Düzeylerinin Dağılımı

Tüketilen Besin Grupları	Düşük Hb Düzeyi						Normal Hb Düzeyi						Toplam Sayı % ^{xx}
	Hergün		Haftada bir		Ayda bir ve daha seyrek		Hergün		Haftada bir		Ayda bir ve daha seyrek		
	Sayı	% ^x	Sayı	% ^x	Sayı	% ^x	Sayı	% ^x	Sayı	% ^x	Sayı	% ^x	
Süt - süt ürünleri	42	8.4	40	8.0	14	2.8	225	45.1	132	26.5	46	9.2	499 19.1
Hayvansal gıda	17	3.6	56	11.7	17	3.5	92	19.2	211	44.0	86	18.0	479 18.3
Kurubaklagiller	5	2.3	20	9.0	18	8.1	12	5.4	100	45.0	67	30.2	222 8.5
Sebze-meyve	53	11.0	28	5.8	9	1.9	264	55.0	101	21.1	25	5.2	480 18.4
Tahıl ürünleri	57	12.2	16	3.4	15	3.2	233	50.0	92	19.8	53	11.4	466 17.8
Şeker	21	9.1	14	6.1	12	5.2	108	46.8	47	20.3	29	12.5	231 8.8
Kuruyemiş	3	1.3	16	6.7	23	9.6	35	14.6	81	33.9	81	33.9	239 9.1
Toplam ^y	198	7.6	190	7.3	108	4.1	969	37.0	764	29.2	387	14.8	2616 100.0

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. ^x=Satur %^{xx}= Sütun %

Tablo 8-Öğrencilerin Haftalık Harçlıkları ile Sık Tükettikleri Yiyecek ve İçeceklerin Hemogloblin Düzeylerine Göre Dağılımı

Yiyecekler	Düşük Hb		Normal Hb		Toplam		P değeri(istatistiksel olarak anlamlı olan)
	Sayı	% ^x	Sayı	% ^x	Sayı	% ^{xx}	
Pasta-kek	6	15.4	33	84.6	39	6.0	
Bisküvi-kraker	23	22.8	78	77.2	101	15.5	
Çikolata-göfret	33	24.3	103	75.7	136	21.0	P=0.002
Şeker-şekerleme	10	22.2	35	77.8	45	6.9	
Simit ve poğaç	28	20.7	107	79.3	135	20.9	
Hamburger-tost	17	22.1	60	77.9	77	11.8	
Cips	12	25.5	35	18.4	47	7.2	
Kuruyemiş	8	19.5	33	80.5	41	6.3	
Puding	5	23.8	16	76.2	21	3.2	
Diğer	2	33.3	4	66.7	6	1.2	
İçecekler							
Süt-ayran	14	18.7	61	81.3	75	16.9	
Meyve suyu	20	18.7	87	81.3	107	24.0	
Gazoz- kolalı içecekler	27	20.1	107	79.9	134	30.0	
Çay	16	18.2	72	81.8	88	19.5	
Oralet- lezzo	-	-	12	100.0	12	2.7	
Şalgam	5	21.7	18	78.3	23	5.1	
Neskafe	2	28.6	5	71.4	7	1.5	

*25 öğrenci soruyu cevaplamamıştır. ^x=Satur %^{xx}= Sütun %

N. Subaşı*, A. N. Yıldız*, Özneyan A**, Taşerimez B**, Karagözül E**, Özel G**, Sevgili M**, Yaşar Ş**, Özbek Z****

* **Uzm. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD**
 ** **Öğretim Görevlisi Doktor, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD**
 *** **İntern Doktor, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD**
 **** **Prof. Dr. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD**

ÖZET

Anoreksiya Nervosa ve bulimiya nervosa adölesan çağda ortaya çıkan yeme bozukluklarıdır. Bu araştırma EAT 40 (Eating Attitude Test) yardımıyla Ankara Kaya Beyazıtöğlü Lisesi 1. sınıfında okuyan 704 öğrenci arasında Anoreksiya ve bulimiya nervosa açısından yüksek risk taşıyan öğrencilerin sıklığının belirlenmesini amaçlayan kesitsel bir çalışmadır. Araştırmanın gerçekleşme oranı %90.7'dir. Öğrencilerin %46.3'ü erkek, %53.7'si kızdır (Yaş ortalaması 15.47±0.68). Öğrencilerin %4.7'sinin en az bir ebeveyni ölmüş, %5.9'unun anne babası ayrılmıştır. EAT 40'tan kız öğrencilerin %14.0'ü, erkeklerin %8.2'si testin kesim noktası olan 30 puan ve üzerinde almıştır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.016). Annesi diyet yapanların %11.4'ü, yapmayanların %9.5'i tarama testinden yüksek puan almıştır (p=0.019). Ebeveynin öğrenim durumu, aile yapısı, ekonomik durum gibi Anoreksiya ve bulimiya nervosa ile ilgili olduğu düşünülen özelliklerle testten alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bu çalışmada çok sayıda öğrencinin yüksek puan aldığı saptanmış olması sebebiyle bu taramanın diğer benzer özellikteki öğrenciler arasında da uygulanması ve yüksek puan alan öğrencilere uygun kesin tanı ve tedavi olanaklarının sağlanmasının yararlı olacağı, yeme tutumunu ile ilgili adölesan yaş grubuna, ebeveynlere ve öğretmenlere yönelik eğitim verilmesi gerektiği düşünülmüştür.

Anahtar kelimeler: Adölesan, yeme bozukluğu

GİRİŞ-GENEL BİLGİLER

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 10-19 yaş arası dönem olarak tanımlanan adölesan dönemi; duygu, düşünce, davranış ve tutumun gelişme çabası, fizyolojik ve psikolojik değişme ile sosyal olgunluğa hazırlanma dönemidir (1). Adölesan yaşamakta olduğu hızlı bedensel değişimi istediği yönde etkileme olanağına sahip olmadığını görerek, daha olumlu bir beden algısı kazanmak amacı ile yanlış kararlar alabilir. Zayıflamak için aç kalma, diyet ilaçları kullanma ve yediklerini kusarak çıkarma gibi sağlıksız yöntemlere başvurabilirler. Adölesan dönemde beden imgesine artan ilgi bazı beslenme bozukluklarına zemin hazırlayabilmektedir (1). Bu yaş döneminde erişkin dönem sağlığını da olumsuz etkileyebilen çok sayıda sağlık sorunu görülmektedir. Bu sorunlardan özellikle anoreksiya nervosa ve bulimia nervosa adölesan çağında görülmeye başlayan yeme bozukluklarıdır.

Anoreksiya nervosa (AN); yoğun şişmanlık korkusunun egemen olduğu, beden algısının bozulması, kendini aşırı kilolu olarak algılama, aşırı kalori kısıtlaması ve oburluk dönemlerinin birbirini izlemesi, aşırı fiziksel aktivite, kendini toplumdandan izole etme, hastalığı reddetme ve kadınlarda amenore ile karakterize bir yeme bozukluğudur (2,3). Bulimia nervosa (BN) ise oburluk ataklarının en az iki kere tekrarı ve bu durumun 3 ay veya daha uzun süre devam etmesi, oburluk ataklarına bağlı olarak aşırı kilo alımı, kilo almayı önleme girişimleri, beden imgesine aşırı ilgi olmasına karşılık şişmanlık korkusu olmaması, beden algılamasının bozulmaması, oburluk ataklarının kontrolü dışında olması, sıkıntısını başkalarıyla paylaşabilme ve hekimin yardımına karşı çıkmama ile karakterize bir yeme bozukluğudur (2,4,5).

AN için kabul edilen risk faktörleri arasında; kadın cinsiyeti, aile öyküsü, mükemmeliyetçi kişilik yapısı, yüksek entelektüel düzey ve sosyoekonomik düzey, bazı meslek grupları, genetik yakınlık, kendine değer vermeme ve gelişmiş ülkelerden gelmek sayılmaktadır (4,5,6). AN da kadın cinsiyette gelişmiş ülkelerde ve yüksek sosyoekonomik düzeye sahip gruplar arasında daha sık görülmekle birlikte bulimiada kişilik bozuklukları, dürtü kontrol bozuklukları (çalma, ilaç-alkol bağımlılığı, seksüel abartı ...) daha sık görülmektedir (2,4,5).

İlk kez 1868'de tanımlanan AN Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) erkeklerde 100 binde 1-8, kızlarda ise %1-2 sıklıkta görülürken, 1979 yılında tanımlanan BN görülme sıklığı %3.8-9'dur. AN'da kız-erkek oranı yaklaşık 20:1 iken, bulimiya nervozada bu oran 10:1 dir (2,4,7).

Adölesan dönemin en önemli ruh sağlığı sorunlarından biri olması sebebiyle Ankara Batıkent 1 Sağlık Ocağı Bölgesindeki Kaya Bayazıtöğlü Lisesi 1. sınıf öğrencilerinde, yeme bozukluklarının sıklığının belirlenmesi, yeme bozuklukları ile bazı sosyodemografik faktörler arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla bu çalışma planlanmış ve yürütülmüştür.

MATERYAL-METOD

Mayıs-Haziran 2001 tarihleri arasında Batıkent-1 No'lu Sağlık Ocağı bölgesindeki Kaya Bayazıtöğlü Lisesi 1. sınıflarında yapılan bu çalışmada Kaya Bayazıtöğlü Lisesi 1. sınıf öğrencilerinin tamamı olan 704 kişi araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Araştırma kesitsel tipte epidemiyolojik bir çalışmadır.

Yeme bozukluklarının saptanabilmesi için daha önceden hazırlanmış, geçerliliği ve güvenilirliği klinik çalışmalarla gösterilmiş olan "Yeme Tutumu Testi (Eating Attitude Test, EAT 40)" uygulanmıştır. EAT ilk defa Gardner ve Garfinkel tarafından 1979 yılında geliştirilmiş ve anoreksiya nervosa belirtilerini objektif olarak ölçen bir kendini değerlendirme ölçeği olarak ileri sürülmüştür. Test hastalık için yüksek risk grubu oluşturan topluluklarda tarama aracı olarak kullanılmaktadır. Öte yandan ölçek klinik değerlendirmede daha ayrıntılı bilgi sağladığı gibi tedavi sonucu ortaya çıkan değişiklikleri de belirlemektedir. EAT-40 ilk defa 1985'de Dr. Orhan Doğan tarafından Türkçeye çevrilmiştir (8).

Araştırmada katılım gönüllülük esasına göre olmuş, katılmak istemeyen öğrenciler araştırmaya dahil edilmemişlerdir. Araştırmaya katılan öğrencilerin isimleri alınmamış, her öğrenciye bir sıra numarası verilmiş ve geri bildirimlerin bu sıra numaraları üzerinden yapılmıştır.

BULGULAR TARTIŞMA

Araştırmaya 704 öğrenciden 635'i katılmıştır (araştırmanın gerçekleşme oranı %90.2). Yaşları 13 ile 19 arasına değişen öğrencilerin (yaş ortalaması 15.47 ± 0.68) %46.3'ü erkek (294 kişi); %53.7'si ise kızdır (341 kişi). Öğrencilerden %3.1'inin anne ve/veya babası ölmüştür (20 kişi). Ebeveyni hayatta olan öğrencilerden %5.9'unun (37 kişi) anne ve babası ayrıdır. (138 kişi).

Öğrencilerin kanısına göre annelerinin % 5.1'i (94 kişi) şişmandır ancak %25.1'i (154 kişi) diyet yapmaktadır. Öğrencilerin kanısına göre babalarının %15.0'i (91 kişi) şişmandır. Öğrencilerin babalarının %8.7'si diyet yapmaktadır (Tablo 1).

Yeme Tutumu Testini yanıtlayan öğrencilerden: % 11.3'ü 30 ve üzerinde puan almıştır (ortalama puan 18.88 ± 9.29). Santonastaso ve arkadaşları tarafından 1996 yılında yapılan çalışmada 359 kız öğrenciye uygulanan EAT 40 skor ortalaması 16.9 (SD 9.9) bulunmuştur. Bu değer İngiltere çalışmalarıyla karşılaştırıldığında daha yüksektir. Bu durum kültürel yeme farklılıklarına ve yaş grubunun homojenliğine bağlanmıştır. Yine bu çalışmada testten 39 (% 11) kişi 30 puan ve üzerinde almıştır (13) (Tablo 2).

Araştırmaya katılan erkek öğrencilerin %8.2'si, kız öğrencilerin ise %14.0'ü 30'u Yeme Tutumu Testinden 30 puan ve üzerinde puan almıştır. Yeme Tutumu Testinden alınan puanlar açısından, cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0.016). Yapılan çalışmalarda AN ön tanısı almış hastaların sadece % 10'unu erkekler oluşturmaktadır (9). Bu araştırmada ise 30 puan ve üzerinde alan kişilerin %33.3'ü erkekler oluşturmaktadır. Klinik görüşme ile kesin tanı konulduktan sonra bu yüzden düşeceği tahmin edilmektedir (Tablo 3)

Öğrencilerden annesi diyet yapmayanların, % 9.5'i (44 kişi), annesi herhangi bir nedenle diyet yapanların ise % 11.4'ü (25 kişi) Yeme Tutumu Testinden 30 puan ve üzerinde almıştır. Öğrencilerin Yeme Tutumu Testinden aldıkları puan ile annelerinin diyet yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (p=0.019) Öğrencilerden babası diyet yapmayanların % 10.7'si (58 kişi), herhangi bir nedenle diyet yapanların ise %11.5'i (6 kişi) 30 puan ve üzerinde almıştır. Öğrencilerin Yeme Tutumu Testinden aldıkları puan ile babalarının diyet yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0.416). C.G. Fairburn ve arkadaşlarının 1997 yılında yaptıkları vaka kontrol çalışmasında bulimia nervozalı kişiler ile sağlıklı kontrol grubu arasında ailelerin kilo, vücut şekli ya da yeme tutumu hakkındaki yorumları, çocukluk dönemindeki şişmanlık hikayesi ve ebeveynlerin şişman olması açısından bulimia nervozalı kişiler lehine belirgin farklar gözlemlenmiştir. Aynı çalışmada bulimia nervozalı kişiler ile başka bir psikiyatrik bozukluğu olan kişiler karşılaştırıldığında bu açıdan herhangi bir fark bulunmamıştır (14). Ancak ANlı hastalarda sıklıkla yüksek anksiyete düzeyi, düşük özgüven, içe dönük, obsesif, mükemmeliyetçi kişilik görülmektedir. Bu kişiler hayatın her alanında başarılıdır. Bu hastaların geriye dönük sorgulanmasında, okul başarılarının mükemmel olmasına rağmen depresyon ve kendine güvensizlik sık olarak saptanmaktadır. Bu kişilerin aile yapılarına bakıldığında: adölesan yaşa gelene kadar sorunsuz olarak büyüdüğü, ailenin diğer çocuklarında çeşitli problemler olduğu ve ilginin daha çok kadın üzerinde yoğunlaştığı saptanmıştır. Ayrıntılı incelemede anoreksik adölesan üzerinde babaya göre daha etkili rol oynadığı, babanın ise genelde duygusal açıdan bu çocuğa daha uzak olduğu görülmüştür (10). (Tablo 4)

Öğrencilerden anne ve babası birlikte olup ailesi ile yaşayanların % 11.2'si (65 kişi) Yeme Tutumu Testinden 30 puan ve üzerinde alırken, anne ve/veya babasından ayrı yaşayan öğrencilerin %18.8'i (7 kişi) 30 puan ve üzerinde almıştır. Öğrencilerin Yeme Tutumu Testinden aldıkları puanları ile ebeveynleri ile birlikte yaşamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0.4805) (Tablo 5)

Ö. Vanderdeycken ve Vanderlinden tarafından 1983 yılında 40 anoreksik hastaya EAT 40 uygulanmış ve 13 hastanın 30'un altında puan aldığı görülmüştür. Bunun nedeni tanı kriterlerinde de yer alan hastaların durumlarını inkar etmesi faktörüdür. Bu da testin kullanımını sınırlayan önemli faktörlerden biridir (15). Bahsedilen faktörlerin incelenmesini sağlamak üzere Garner, Olmstead ve Polivy (1983) tarafından "Eating Disorder Inventory" geliştirilmiştir. Bu test 64 sorudan oluşmakta olup, EAT'in aksine daha çok bilişsel ve davranışsal boyutlar üzerine yoğunlaşmıştır. Bu da ciddi şekilde diyet yapanlar ile psikopatolojik nedenlere bağlı ortaya çıkan hastaları ayırt etmeyi sağlar. Değişik zamanlarda yapılan, EDI ve EAT'in birlikte uygulandığı çalışmalarda her iki testin de spesifitesi ve sensitivitesinin arttığı gösterilmiştir (10,12). Önceki çalışmalarda EAT'in sensitivitesinin %93, spesifitesinin ise %88 olduğu rapor edilmiştir. Ancak Williams ve arkadaşları AN' nin nadir görülen bir hastalık olduğunu belirtmişler ve bu testin tek başına tarama testi olarak kullanılmaması gerektiğini belirtmişlerdir. Bu çalışmada EAT için pozitif prediktif değer 0.19 olarak hesaplanmıştır. Pozitif prediktif değer 30 puan ve üzerinde alan kişilerde hastalık olma olasılığıdır. Bu değer testin spesifite ve sensitivitesi ile hastalığın popülasyondaki prevalansı ile belirlenir. AN'nin toplumdaki prevalansı yaklaşık % 1 olduğu için testin spesifite ve sensitivitesi ne kadar yüksek olursa olsun pozitif prediktif değer düşük olarak bulunacaktır. Bu da testin kullanımını sınırlayan faktörlerdendir (15). Testin uygulanması ile ilgili sorunlardan biri de içerikteki bazı kavramların değişik dillere çevrilmesi sırasında yaşanan güçlüklerdir. Ayrıca testin orijinal versiyonları üniversite çağındaki öğrenciler için geliştirildiğinden daha genç ve sınırlı okuma yeteneği olan kişilerde anlama zorluğuna neden olmaktadır. EAT, tanı almış hastaların takipleri sırasında kullanıldığında alınan toplam puanların tedavi sürecinde azaldığı görülmüştür. Bu nedenle iyi bir takip aracı olabilir (10). Sonuç olarak yeme bozukluklarının tanısında klinik görüşme halen altın standarttır. Ancak prevalansın düşük olduğu bu iki hastalıkta, EAT'den yüksek puan alan bireylerin herbiriyle klinik görüşme yapmak hem zaman hem de maliyet açısından imkanları zorlamaktadır. Bu nedenle öncelikle EAT ve EDI gibi testlerle riskli grubu saptamak hastalara tanı konması için büyük kolaylık sağlamaktadır (10,12,13).

KAYNAKLAR

- 1) Dr. Filiz Bağcı, Dr. Okay Tabak, H.Ü. Halk Sağlığı Sağlık Yönetimi Programı, Toplum Beslenmesi Semineri, Adölesan Beslenmesi, Ankara, 1999
- 2) Behrman/Kliegman: Nelson Essential of Pediatrics, İngilizce 2. Baskıdan Türkçeye Çevrilmiş 1. Baskı, Türkçe Çeviri Editörü: Muzaffer Tuzcu, Chapter: 2, 1996
- 3) Michael Gelder, Dennis Gath, Richard Mavou: Disorders of Eating, Oxford Textbook of Psychiatry, 1989
- 4) John A. Talbott MD, Robert E. Hales MD, Stuart C. Yudofsky MD: Eating Disorders, Textbook of Psychiatry Chapter: 23, 1988
- 5) Harrison, G. Pope, Jr MD, James L. Hudson MD: Eating Disorders, Kaplan Textbook of Psychiatry, Chapter: 39, 1989
- 6) Derek Scott: Anorexia and Bulimia Nervosa, 1988
- 7) Dr. Prof. Kamik: Adölesanlarda Yeme ve Beslenme Bozuklukları, Katkı Pediatri Dergisi, Beslenme, Cilt: 2, 1996
- 8) Dr. Işık Savaşır, Dr. Neşe Erat: Yeme Tutumu Testi: Anoreksiya Nervozalı Belirtileri İndeksi, Psikoloji Dergisi, Kasım 1989, Cilt: 7, Sayı: 23, SS: 19-25
- 9) Mc. Ananey Kreipe, Orr. Comerd: Anorexia Nervosa, Textbook of Adolescent Medicine, Chapter: 60, 1992
- 10) Riekey L. Williams, MD: Use of the Eating Test and Eating Disorder Inventory in Adolescents, Journal Of Adolescent Health Care: 1997, 8:266-272
- 11) Drew Western, PhD; Jennifer Harnden-Fischer, PhD: Personality Profiles in Eating Disorders: Rethinking the Distinction Between Axis I and Axis II, Am. J. Psychiatry 2001;158:547-562
- 12) Carol Lee Grant: Iris Goldstein Fodor: Adolescent Attitudes Toward Body Image And Anorexic Behavior, Adolescence, Vol.21, No.82, Summer 1986

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

- 13) Paolo Santonastaso; Tatiana Zanetti; Alessandra Sala; Gerardo Favaretto: Prevalence of Eating Disorders in Italy: A Survey on a Sample of 16-Year-Old Female Students, *Psychotherapy and Psychosomatics* 1996;65:158-162
- 14) Christopher G. Fairburn DM; Sarah L. Welch; Helen A. Doll: Risk Factors for Bulimia Nervosa. A Community-Based Case-Control Study, *Arch. Gen. Psychiatry*/ Vol 54, June 1997
- 15) Vanderdeycken W, Vanderlinden J. Denial of illness and the use of self-reporting measures in anorexia nervosa patients, *Int. J. Eating Disorders* 1983; 2: 101-107

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Bazı Sosyodemografik Özellikleri (Kaya Bayazıtöğlü Lisesi, Ankara, Haziran 2001)

Özellik	Sayı	%
<u>Yaş</u>		
13	2	0.3
14	11	1.7
15	355	55.9
16	227	35.8
17	37	5.8
18	2	0.3
19	1	0.2
<u>Cinsiyet</u>		
Erkek	294	46.3
Kız	341	53.7
Ebeveynin hayatta olma durumu		
Anne ve baba sağ	604	95.3
Anne ve/veya baba ölmüş	30	4.7
<u>Anne ve babanın birlikte olma durumu</u>		
Evet	589	94.1
Hayır	37	5.9

Tablo 2: Öğrencilerin Yeme Tutumu Testinden Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı (Kaya Bayazıtöğlü Lisesi, Lise 1. Sınıflar, Ankara, Haziran 2001)

Alınan Toplam Puan	Sayı	%
1-29	563	88.7
1-9	75	11.8
10-19	309	48.7
20-29	179	28.2
30 ≥	72	11.3
30-39	46	7.2
40-49	19	3.0
50 ≥	7	1.1
Toplam	635	100.0

ortalama puan=18.88 ± 9.29 * minimum puan=2, maximum puan=65

Tablo 3: Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre Yeme Tutumu Testinden Aldıkları Puanların Dağılımı (Kaya Bayazıtöğlü Lisesi, Lise 1. Sınıflar, Ankara, Haziran 2001)

Cinsiyet	Alınan Toplam Puan		Toplam	
	< 30	≥ 30	Sayı	%
Erkek	270	91.8	24	8.2
Kız	293	85.0	48	14.0
Toplam	563	88.7	72	11.3

Ki kare=5.49 p=0.0196

Tablo 4: Öğrencilerin Annelerinin Diyet Yapma Durumlarına Göre Yeme Tutumu Testinden Aldıkları Puanların Dağılımı (Kaya Bayazıtöğlü Lisesi, Lise 1. Sınıflar, Ankara, Haziran 2001)

Annelerin Durumu	Diyet Yapma		Alınan Toplam Puan		Toplam	
	< 30	≥ 30	Sayı	%	Sayı	%
Yapmıyor	420	90.5	44	9.5	464	100.0
Yapıyor	128	88.6	25	11.4	153	100.0
Toplam	548	88.8	69	11.2	617	100.0

Ki kare=5.45 p= 0.0196

Tablo 5: Öğrencilerin anne ve babası ile birlikte yaşama durumuna göre Yeme Tutumu Testinden Alınan Puanların Dağılımı (Kaya Bayazıtöğlü Lisesi, Lise 1. Sınıflar, Ankara, Haziran 2001)

Anne ve babası ile birlikte Yaşama durumu	Alınan Toplam Puan				Toplam	
	< 30	≥ 30	Sayı	%	Sayı	%
Anne ve babası ile birlikte	517	88.8	65	11.2	582	100.0
Anne ve babası ile birlikte değil	37	84.0	7	16.0		
Toplam	548	88.8	69	11.2	617	100.0

Ki kare=0.90 p=0.4805

ANKARA'DA BİR İLKÖĞRETİM OKULUNDA 6. 7. VE 8. SINIF ÖĞRENCİLERİNİN BESLENME ALIŞKANLIKLARININ VE DURUMUNUN SAPTANMASI ARAŞTIRMASI

Tezcan S¹., Aslan D.², Esin A.³., (Mutlu M.⁷., Nalbantoğlu B., Şenoğlu M., Şentürk Ç., Zümrütbaş AE.)⁴

ÖZET

Beslenme bozuklukları aşırı beslenmeye bağlı bozukluklar ve yetersiz beslenmeye bağlı bozukluklar olarak iki bölümde incelenebilir. Türkiye'de en sık rastlanan beslenme bozuklukları protein-enerji malnütrisyonu (PEM), vitamin ve mineral eksiklikleridir. Bu çalışmada Ankara'da bir İlköğretim Okulunda okuyan 6. 7. ve 8. sınıf öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının ve durumlarının saptanması hedeflenmiş ve çalışmada elde edilen bulgulara göre çocuklara sağlıklı beslenme konusunda eğitim verilmesi amaçlanmıştır. Öğrencilerin beslenme durumlarının değerlendirilmesi için Beden Kitle İndeksi ve yaşa göre ağırlık persentil değerleri hesaplanmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin % 53.6'ı kız, % 46.4'ü erkek, yaş ortalaması 13.2'dir. Öğrencilerin % 84.5'inin hergün kahvaltısı yaptığı, % 61.3'ü hergün öğlen yemeği yediği, %92.8'i ise hergün akşam yemeği yediği saptanmıştır. Öğrencilerin % 32.0'ı hiç ara öğün yememektedir. Araştırmaya katılan öğrencilerin % 75.8'i süt ve süt ürünlerini hergün tüketmektedir. Et tüketimi çoğunlukla haftada 1-2 kez (% 46.9) ile ayda 1-2 kez (% 36.1) arasında değişmektedir. Öğrencilerin yaşa göre ağırlıklarının persentil değerleri ile cinsiyet arasındaki ilişki incelenmiştir. Cinsiyet ile persentil değerleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (ki kare= 3.5, p= 0.16). Çalışmada, yaşa göre ağırlık persentil hesaplamaları referans kabul edilmiş; bu yaş grubu için BKİ standardının duyarlılığı % 79.2; seçiciliği ise % 58.8 bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Adolesan, Beslenme durumu, Persentil, Beden Kitle İndeksi

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından sağlık, "biyeyin zihinsel, fiziksel ve sosyal yönder, tam bir iyilik halinde olması" şeklinde tanımlanmaktadır. İnsanın, dolayısıyla toplumun sağlığını etkileyen temel faktörler kalıtım ve çevre koşullarıdır. Sağlığı etkileyen çevresel koşulların başında ; beslenme, barınma, giyim, fiziksel çevre, eğitim ve kültürel olanaklar gelmektedir (1).

Beslenme bozuklukları aşırı beslenmeye bağlı bozukluklar ve yetersiz beslenmeye bağlı bozukluklar olarak iki bölümde incelenebilir. Aşırı beslenmeye bağlı beslenme bozuklukları şişmanlık olarak da tanımlanmaktadır. Şişmanlık; vücutta sağlığı tehlikeye sokacak şekilde yağ depolanmasıdır. Beslenme bozukluklarının bir başka şekli ise yetersiz beslenme bozuklukları olarak bilinmektedir. Bu tip sağlık sorunlarının en önemli nedeni yetersiz miktarda besin alınmasıdır. İkinci neden, alınan besin miktarı yeterli olmasına karşın, çeşitli barsak hastalıkları nedeniyle besin kullanımının yetersiz olmasıdır. Üçüncü neden, akut enfeksiyon ve benzeri nedenlerle besin gereksiniminin artmış olmasıdır. Adolesan yaş grubu beslenme bozuklukları açısından yüksek risk taşımaktadır. Adolesan dönemlerde yetersiz beslenmeye bağlı beslenme bozukluklarının ortaya çıkmasına yol açan risk faktörleri kabaca beslenme şekli, çevresel özellikler ve sosyo ekonomik durum başlıkları altında incelenebilir. Türkiye'de en sık rastlanan beslenme bozuklukları protein-enerji malnütrisyonu (PEM), vitamin ve mineral eksiklikleridir (2, 3).

Bu çalışmada Ankara'da bir İlköğretim Okulunda okuyan 6. 7. ve 8. sınıf öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının ve durumlarının saptanması hedeflenmiş ve çalışmada elde edilen bulgulara göre çocuklara sağlıklı beslenme konusunda eğitim verilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın yapıldığı ilköğretim okulu, Ankara İli, Keçiören İlçesi'nde yer almaktadır. Okulda toplam 654 öğrenci öğrenim görmektedir. Okulda okuyan 6., 7. ve 8. sınıf öğrencileri araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Çalışmada örneklem seçilmemiş olup evrenin tamamına ulaşılmış hedeflenmiştir. Araştırma sırasında grubun % 91.5'ine ulaşılmıştır. Bu çalışma kesitsel tipte epidemiyolojik bir çalışmadır.

Beslenme durumu ve alışkanlıkları bağımlı değişken; bu değişkeni etkileyebileceği düşünülen öğrencilerin ve ailelerinin sosyodemografik bazı özellikleri (yaş, cinsiyet, ev koşulları...vs), hastalık öyküsü, kişisel bazı alışkanlıkları gibi özellikler ise bağımsız değişkenler olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın verileri Mayıs-Haziran 2002 döneminde "yüz yüze görüşme" yöntemiyle yapılan; 6 bölümden ve 41 sorudan oluşan anket formları aracılığı ile toplanmıştır. Ayrıca, çalışmada öğrencilerin boy ve kilo ölçümlerinin ölçmek amacıyla duvar mezürü ve baskül kullanılmıştır. Ölçümler tek kişi tarafından yapılmış olup bu ölçümlerde elde edilen verilerle öğrencilerin BKİ ve yaşa göre ağırlık persentil değerleri hesaplanmıştır (2). Her iki ölçüt de bireyin zayıf, normal, fazla kilolu ya da şişman olup olmadığını belirlemiş standartlara göre tespit eden bir antropometrik ölçüttür.

Araştırmanın en son aşamasında, öğrencilerin yaşa göre ağırlık persentil değerlerini etkileyebileceği düşünülen ev koşulları, bazı sağlık davranışları ve beslenme alışkanlıkları ile ilgili bir risk puanı skorlaması yapılmıştır. Bu skorlama kapsamında, ev tipi, tuvalet tipi, içme suyu durumu, anne öğrenim durumu, baba öğrenim durumu, babanın çalışma durumu, evde yaşayan kişi sayısı, kardeş sayısı, sigara içme durumu, beden eğitimi dersi dışında spor yapma durumu, hamburger ve fast-food tüketimi, ilaç kullanımı, öksürük, halsizlik, kusma, ishal, solucan düşürme öyküsü, ağızdan salya akması, kaşıntı şikayetlerinden her biri, kahvaltısı, öğlen yemeği ve akşam yemeği öğünlerinden her birini hergün yapmayanlar, araştırmanın yapıldığı gün kahvaltısı ya da öğle yemeği yememesi, et ve yumurta tüketimi, meyve ve sebze tüketimi, kurubaklagil tüketimi, yemek düzeni, televizyon seyrederken yemek yeme değişkenleri riskli kabul edilen durumlarda "1"; normal olarak değerlendirilen durumlarda "0" olarak puanlanmıştır. Bir kişinin alabileceği toplam maksimum puan 33'dür.

¹ Prof. Dr. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. Öğretim Üyesi, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Müdürü

² Öğretim Görevlisi Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

³ Araştırma Görevlisi Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

⁴ Intern Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

BULGULAR

Araştırmaya katılan öğrencilerin % 53.6'sı kız, % 46.4'ü erkek, yaş ortalaması 13.2'dir. Öğrencilere beslenme durumları ile ilgili bazı sorular yöneltilmiştir. Bu değerlendirmeler sonucunda, öğrencilerin % 84.5'inin hergün kahvaltı yaptığı, % 61.3'ü hergün öğlen yemeği yediği, %92.8'i ise hergün akşam yemeği yediği saptanmıştır. Öğrencilerin % 32.0'ı hiç ara öğün yememektedir. Hiç kahvaltı etmeyenler % 4.1, hiç öğlen yemeği yemeyenler % 9.3'tür

Araştırmaya katılan öğrencilerin % 75.8'i süt ve süt ürünlerini hergün tüketmektedir. Et tüketimi çoğunlukla haftada 1-2 kez (% 46.9) ile ayda 1-2 kez (% 36.1) arasında değişmektedir. Öğrencilerin % 40.7'si haftada 1-2 kez yumurta tüketmekte; % 49.5'i hergün meyve tüketmekte; % 45.9'ü hergün sebze tüketmektedir. Öğrenciler arasındaki kuru baklagil tüketim sıklığı çoğunlukla (% 53.1) haftada 1-2 kez olarak saptanmıştır. Öğrencilerin % 64.4'ü hergün yağ, % 63.9 ise hergün şeker tükettiğini ifade etmiştir

Öğrencilerin %63.9'unun evinde yemekler yer sofrasında ayrı tabaklardan yenmektedir

Öğrencilerin yaşa göre ağırlıklarının persentil değerleri ile cinsiyet arasındaki ilişki incelenmiştir. Cinsiyet ile persentil değerleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (ki kare= 3.5, p= 0.16) (Tablo 1).

Oturlan evin mülkiyet durumuna göre öğrencilerin yaşa göre ağırlık persentil değerleri karşılaştırıldığında, kendi evinde oturmakta olanların % 4.9'u 5. persentilin altında tespit edilmiştir. Kira, lojman veya yakınlarından birine ait evde oturmakta olanların ise % 15.3'ü 5 persentilin altında bulunmuştur. Bu iki değişken arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Ki kare= 5.9; p=0.02).

Öğrencilerin yemek yeme düzeni ile persentil değerleri karşılaştırıldığında ayrı tabaktan yemek yiyen öğrencilerin %10.6'sının persentil değerleri <5. ve >95. olarak tespit edilmiştir. Aynı tabaktan yemek yiyen öğrencilerin ise %25'inin persentil değerleri <5. ve >95. olarak bulunmuştur. Her iki değişken arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (Ki kare=4.03; p=0.045).

Persentil değerleri ile ev tipi (ki kare= 3.5, p= 0.16), anne öğrenim durumu (Ki kare=0.5 p=0.43), babanın çalışma durumu (Ki kare:0.5 ; p:0.4), aile tipi (Ki kare: 2.5; p=0.11), kardeş sayısı (Ki kare:0.001 ; p:0.98), herhangi bir hastalığı olma durumu (Ki kare=0.42; p=0.52), araştırma sabahı kahvaltı etmiş olma durumu (ki-kare=0.167; p=1.9), harçlık alma durumu (Ki kare=0.09; p=0.93), televizyon seyrederken herhangi bir şey yeme durumu arasındaki ilişkiler incelenmiştir. İncelenen değişkenlerin hiçbirisi ile persentil değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Beden kitle indeksi ile persentil değerlerinin karşılaştırılması yapıldığında BKİ'nin beslenme bozukluğu saptadığı 89 kişinin sadece 19'u persentil değerlendirmesine aynı kategoride değerlendirilmiştir. BKİ'nin beslenme açısından normal kabul ettiği 105 öğrencinin ise 100'ü, persentil değerlendirme kriterlerine göre "normal" sınırlardadır. Bu tanımlamalara göre, referans test olarak persentil kabul edilerek, BKİ hesaplamasının duyarlılık ve seçicilik hesaplamaları yapılmıştır (Tablo 2).

Öğrencilerin, aldıkları risk puanları ile persentil değerleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Puanlama, ile persentil değerleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 3).

TARTIŞMA

Araştırmaya katılan öğrencilerin %84.5'i hergün düzenli olarak kahvaltı yaptıklarını, %4.1'i ise hiç kahvaltı yapmadığını ifade etmiştir. Kahvaltının günün en önemli öğünü olduğu ve okula aç gelen öğrencinin tok gelen öğrencilere göre daha başarısız olduğu bilimsel bir gerçektir. Yapılan bir çalışmada göre düzenli kahvaltı yapmak bir alışkanlıktır (4) ve tüm hayat boyunca sağlığın korunmasına yardımcı olur. Değerlendirilen araştırmaların büyük bir kısmında öğrencilerin pek çoğunun günde 3 öğün düzenli yemek yemedikleri, en çok atlanan öğünün de Karataş ve arkadaşlarının çalışmasında %72 sıklıkla sabah kahvaltısı olduğu saptanmıştır (5). Bu araştırmada ise öğrenciler arasında en çok atlanan öğünün %39 ile öğlen yemeği olduğu saptanmıştır Aynı kapsamda öğrencilerin %18'i araştırma sabahı kahvaltı yapmadıklarını; öğlen öğrencilerin %73.4'ü öğle yemeği yemediklerini ifade etmişlerdir. Bu durum yukarıda vurgulanan öğün atılmaya yönelik veriyi desteklemektedir. Oysa yeterli ve dengeli beslenme kapsamında hiçbir öğün atılmaması önerilmektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin çeşitli besin gruplarını tüketme sıklıkları incelendiğinde; süt ve süt ürünlerinin öğrencilerin %75.8'i tarafından hergün düzenli olarak tüketildiği saptanmıştır. Okulda tenefüslerde öğrencilere kutu süt dağıtılmasının öğrencilerin süt tüketimini arttırmış olduğu düşünülebilir. Çalışmanın çarpıcı bulgularından birisi ise öğrencilerin %11.0'inin hiç et tüketmediği, %36.1'inin ise yalnızca ayda 1-2 kez et tükettiği; hergün tüketmeleri gereken yumurtanın ise öğrencilerin sadece %22.0'si tarafından düzenli olarak tüketildiğidir. Her iki öğrenciden birisinin düzenli olarak meyve ve sebze tükettiği saptanmıştır. Öğrencilerin %77.8'i haftada en az iki kez kurubaklagil tükettiklerini belirtmiştir. Et tüketiminin gerekenden az olması sosyo ekonomik durumu düşük olan öğrencilerin ihtiyaç duydukları proteini karşılayamamalarına yol açmış olabilir. Öğrencilerin protein gereksinimlerinin, ekonomik olarak ulaşılması daha kolay olan kuru baklagiller gibi gıdalardan karşılanması, öğretmenler ve sağlık çalışanları tarafından vurgulanmalı ve desteklenmelidir.

Öğrencilerin pek çoğunun tenefüslerde kola, gofret, çikolata gibi yüksek kalorili, besin değeri düşük gıdaları tükettiği görülmüştür. 1985 yılında Sagun tarafından yapılan araştırmada sandviç, simit tüketimi orta sosyo-ekonomik bölgedeki öğrencilerde %78, kola, meyve suyu tüketimi %73 gibi yüksek oranda, meyve tüketimi ise çok daha düşük olarak (%30) bulunmuştur (6). Öğrencilerin besin değeri düşük gıdalardan uzaklaşıp taze sebze, meyve tüketiminin özendirilmesi gerekmektedir. Rakıcıoğlu ve arkadaşları çalışmalarında çocukların şeker ve çikolata (%32.8), çips, kraker vb. besinleri (%15.4) ve kolalı içecekleri (%59) tüketim sıklıklarının yüksek olduğu görülmüştür (7).

20 yıl öncesine göre Amerika Birleşik Devletleri'nde şişman çocukların boyutunun iki kat arttığı, televizyon karşısında besin tüketiminin de bu duruma etkisi olduğu kaydedilmiştir. Bu çalışmada ise ders çalışırken öğrencilerin %31'inin, televizyon seyrederken ise %58'inin birşeyler yiyip içtiği ifade edilmiştir

Araştırmaya katılan öğrenciler arasında evde ayrı tabaktan yemek yiyenlerin %10.6'sının yaşa göre ağırlık persentil değerlerinin normal sınırlar dışındayken; aynı tabaktan yemek yiyenlerin ise % 25.0'mın persentil değerlerinin normal sınırlar dışında olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlarla evde yemek yeme düzeni ile yaşa göre ağırlık persentilleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı (p=0.045) bulunmuştur

1974 yılında yapılan Beslenme-Sağlık ve Gıda Tüketimi Araştırmasında Türkiye’de ailelerin %63.9’unda evde yemeğin sofraya konan bir kaptan müşterek olarak yenilmekte olduğu saptanmıştır. Müşterek olarak ve tek bir kap içinde aile bireylerinin yemek yemeleri, gıdaların aile bireyleri arasında eşit olmayan dağılımına yol açabilecek bir uygulamadır. Bu açıdan bakıldığında araştırmada elde edilen veriler bu bilgi ile uyumluluk göstermektedir (8).

Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde kentleşmeyle birlikte kent merkezleri etrafında yer alan gecekondu bölgeleri giderek genişlemektedir. Gecekondu bölgelerinde yaşayan nüfusun sosyo-ekonomik durumunun, kötülüğü ve çocuk sağlığının sosyo-ekonomik duruma en duyarlı temel sağlık alanı olduğu düşünüldüğünde, bu bölgelerde beslenme konusu başta olmak üzere okul ve çocuk sağlığı alanında yapılacak her türlü çalışmanın önemi anlaşılmaktadır. Bu noktadan hareketle Aşık Veysel İ.Ö.O. 6-7-8. sınıf öğrencilerinin beslenme durum ve alışkanlıklarını saptamaya yönelik yapılmış olan bu çalışma ileride yapılması planlanan benzer çalışmalara veri tabanı oluşturmak açısından önemlidir.

Sonuç olarak; beslenme konusunda yapılan araştırmaların daha yararlı olabilmesi için beslenme durumunu ortaya koyan kriterlerin yaş gruplarına uygun seçilmesi, sonuçların dikkatle yorumlanması ve doğru müdahale programlarının sağlık ve eğitim hizmetlerinin bütüncül yaklaşımı içinde yürütülmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- 1) Bertan M. Güler Ç (Ed). Halk Sağlığında Yenilikler. Güneş Yayınları. Ankara. 1997.
- 2) Neyzi O., Koç L., Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Vakfı Bayda Yayınları.
- 3) Baysal A. ve ark (Ed.). Diyet El Kitabı. Hatiboğlu Yayınları. Yenilenmiş Dördüncü Baskı. Ankara. 2002.
- 4) Özben B, Oğuz G, Kurdoğlu N, Önder F, Gülveren Lisesi 3. Sınıf Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarının Saptanması. Ankara, Kasım, Aralık 1999.
- 5) Karataş G, Özdemir N, Özgür İ, Öztürk E, Elawad A, Elkhatib M, Shihadeh Y, Anakara Marangozlar Sitesinde Çalışan İşçi Gençlerin Beslenme ve Sağlık Durumu Üzerine Bir Çalışma Ankara, Ocak 1993.
- 6) Sagun P. Farklı Sosyokültürel Çevrelerdeki Lise Son Sınıf Öğrencilerinin Beslenme Bilgi ve Alışkanlıklarının Ölçülmesi. Uzmanlık Tezi, H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ankara, 1987.
- 7) Rakıcıoğlu N, Karabudak E, Kazancı M, Yücecan S, 10-18 Yaş Grubu Çocukların Besin Tüketim Düzeyleri ve Beslenme Alışkanlıklarının Saptanması Yönelik Bir Çalışma. 2000. Ankara.
- 8) Köksal O. Türkiye 1974 Beslenme-Sağlık ve Gıda Tüketimi Araştırması, Ankara, 1977.

Tablo 1. Öğrencilerin yaşa göre ağırlıklarının persentil değerlerinin cinsiyete göre dağılımı (İ.Ö.O., Ankara, Mayıs 2002)

	Zayıf Normal Şişman Toplam			(Sayı)
	<5.	5-95	>95.	
Cinsiyet				
Kız	8.7	90.4	1.0	104
Erkek	10.0	84.4	5.6	90
Toplam	9.3	87.7	3.0	194

Tablo 2. Öğrencilerin yaşa göre ağırlık persentil değerleri ile BKİ değerlerinin karşılaştırılması (İ.Ö.O., Mayıs 2002, Ankara)

BKİ	Persentil		
	Normal sınırların dışında	Normal	Toplam
Normal sınırların dışında	19	70	89
Normal	5	100	105
Toplam	24	170	194

$$\text{Duyarlılık} = (19 / 24) \times 100 = \% 79.2;$$

$$\text{Seçicilik} = (100 / 170) \times 100 = \% 58.8$$

Tablo 3. Öğrencilerin aldıkları risk puanı ile persentil değerlerinin karşılaştırılması (İ.Ö.O., Mayıs 2002, Ankara)

PUAN	Normal sınırlarda (5-95)		Normal sınırlar dışında (<5. ve >95.)		Toplam Sayı
	Sayı	%	Sayı	%	
≤9	104	88.9	13	11.1	117
>9	66	85.7	11	14.3	77
Toplam	170	87.6	24	12.4	194

$$K^2 \text{ kare}=0.43; p=0.51$$

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

MARAŞ OTU (*Nicotiana rustica* L.) KULLANIMININ HÜCRESEL İMMÜN SİSTEM PARAMETRELERİNE OLAN ETKİLERİNİN ARAŞTIRILMASI

Murat ARAL*, Hasan EKERBİÇER**, İbrahim ARAL***, Mustafa ÇELİK****, Mustafa GÜL*, Pınar ÇIRAGİL*

*KSÜ Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji AD

**KSÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

***Fırat Üni. Tıp Fakültesi İmmünoloji AD

****KSÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

ÖZET

Yurdumuzun güney-doğu bölgesinde özellikle Kahramanmaraş ve Gaziantep çevresinde oldukça fazla sayıda tiryakisi bulunan, buccal yolla kullanılan "Maraş otu veya Ağız otu" (*Nicotiana rustica* L.). "Deli Tütün" denen bir tütün çeşidinin yapraklarının toz haline getirilerek meşe, ceviz veya asma çubuğundan elde edilen kül ile yarı yarıya karıştırılmasından elde edilmektedir. Bu çalışmada maraş otu kullanımının immün sistemin bazı parametrelerine olan etkilerinin araştırılması planlanmıştır. Çalışmaya maraş otu kullanan 21 sağlıklı gönüllü ve hiç sigara veya maraş otu kullanmamış 20 sağlıklı gönüllü (kontrol grubu) dahil edildi. Alınan kan örneklerinden hücresel immün sistemin en önemli savunma elemanlarından: CD2, CD4 (T helper), CD8 (Tsupresör/sitotoksik), CD3 (olgun T hücresi), CD19 (B hücresi, prekürsör B), CD16-56 (Natural killer cells) hücreleri, flow sitometrik yöntemle değerlendirildi. Olgu grubunun CD4/CD8 oranlarının ortalamaları, CD19 ve CD4 değerlerinin ortalamaları kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük çıkmıştır ($p < 0.05$). Olgu grubunun CD16-56, CD8 ortalamaları kontrol grubundan anlamlı olarak yüksektir ($p < 0.05$). CD2, CD3 ortalamaları her iki grupta da benzerdi ($p > 0.05$). Hücresel immün yanıt olumsuz etkileri de göz önüne alındığında "Maraş otu" nun sigarayı bırakmada kesinlikle güvenilir bir alternatif olmadığı kanaatindeyiz.

Anahtar kelimeler: Maraş otu, ağz otu, dumanlı tütün, immün sistem

GİRİŞ

"Maraş otu" veya "Ağız otu" (*Nicotiana rustica* L.). Kahramanmaraş ve çevresinde oldukça fazla sayıda tiryakisi bulunan bir tütün çeşididir. *Nicotina rustica* L. kullanılmadan önce yaprakları toz haline getirildikten sonra meşe, ceviz, ve asma çubuğundan elde edilen kül 1/2 veya 1/3 oranında katılarak birlikte ezilir ve hafif nemlendirilir. Tütünün hazırlanması esnasında karıştırılan külün, ortamı alkali yaparak ağız mukozasından emilimi kolaylaştırdığı bilinmektedir. Çoğunlukla sigarayı bırakmak için başvurulan, ancak buna bağımlı kalınan bir dumanlı tütün tüketimidir. İnsan sağlığına olumsuz etkileri detaylı bir şekilde aydınlatılamamıştır.

Tütün kullanımının bir çok zararlı etkisi artık tüm dünyaca bilinmektedir. Sigara kullanımının immün sistem üzerine ve immün sistem parametrelerine olan etkisi, aralarındaki ilişki halen açık değildir. Dumanlı tütün kullanımı ile immün sistem arasındaki ilişkiye dair literatürde çok az sayıda çalışma vardır. Bu ilişkinin çözümü bu biyolojik sürecin anlaşılması için hayati önem taşımaktadır.

AMAÇ

Bu çalışmada "Maraş otu" kullanımının hücresel immün sistem parametrelerine olan etkilerinin ortaya konması planlanmıştır.

YÖNTEM

Yaşları 25-47 arasında değişen (35.0 ± 7.53 SS) 21 sağlıklı gönüllü ve yaşları 20-49 arasında değişen (34.7 ± 9.0 SS) 24 gönüllüden (kontrol grubu) bir defa alınan kan örneklerinde hücresel immün sistemin en önemli savunma elemanlarından: CD2, CD4 (T helper), CD8 (Tsupresör/sitotoksik), CD3 (olgun T hücresi), CD19 (B hücresi, prekürsör B), CD16-56 (Natural killer cells) hücreleri, *Becton Dickinson* marka kitler (Becton Dickinson İmmünocytometry Systems 2350 Qume Drive San Jose, CA 95131-1807) kullanılarak flow sitometrik yöntemle değerlendirildi. Ortalamalar t-testi ve Mann-Whitney U testi (parametrik test varsayımlarına uymayan durumlarda) kullanılarak karşılaştırıldı. Tüm istatistik işlemler SPSS 8.0 bilgisayar programı yardımıyla yapıldı.

BULGULAR

Olgu ve kontrol gruplarındaki tüm denekler erkek idi. Olgu grubunun yaş ortalaması 35.0 ± 7.53 SS, kontrol grubunun yaş ortalaması ise 34.7 ± 9.0 SS idi. Yaş ortalamaları açısından gruplar birbirine benzerdi ($t=0.119$ - $p=0.90$). Olgu ve kontrol grubundaki bireylerin hücresel immün sistem parametrelerinin ortalama değerleri ve normal değerlere göre dağılımları Tablo 1'de verilmiştir.

Olgu grubunun CD4/CD8 oranlarının ortalamaları, CD19 ve CD4 değerlerinin ortalamaları kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük çıkmıştır ($p < 0.05$). Olgu grubunun CD16-56, CD8 ortalamaları kontrol grubundan anlamlı olarak yüksektir ($p < 0.05$). CD2, CD3 ortalamaları her iki grupta da benzerdi ($p > 0.05$).

TARTIŞMA

Yapılan çalışmalar sigaranın immünotoksik ve genotoksik etkilerinin sigaranın buhar fazından çok partikül fazından kaynaklandığını ortaya koymuştur. Partikül fazı nikotin başta olmak üzere binlerce maddeden oluşmaktadır. Nikotinin sigaradaki major immünespresif ajan olduğu yönünde bir çok bulgudur. Nikotin, ACTH ve katekolaminlerin salgılanmasına neden olur. Bunların da immün sistemi baskılayıcı etkileri vardır (1).

Sigara kullanımının hem hücresel hem de humoral immüniteyi çeşitli düzeylerde olumsuz etkilediği bildirilmiştir (2-4). Ancak bu etkilenimin ne düzeyde olduğu henüz net bir şekilde ortaya konamamıştır. Literatür bilgileri de tartışmalıdır (5-8). Özellikle T hücre alt kümelerinde farklılaşmalar birçok yazar tarafından belirtilmiştir. Birkaç çalışmada B lenfositlerin değil sadece T lenfositlerinin dölaşimdeki sayısında ve fonksiyonel alt kümelerinde farklılaşma olduğu gösterilmiştir (9). Ayrıca sigara kullanımının birçok immünglobulin tipinin serum düzeylerini düşürdüğü (IgE dışında) gösterilmiştir (IgE yüksek) (1).

Th (T helper) hücreleri ürettikleri lenfokin türlerine göre bazı alt kümelere ayrılırlar: Th0, Th1 ve Th2. Th1 klonları IFN- γ ve IL-2 üretirler, fakat IL-4 ve IL-5 üretmezler. Buna karşın, Th2 hücreleri IL-4 ve IL-5 üretmelerine rağmen, IFN- γ ve IL-2 sitokinleri

üretmezler. Th0 klonu ise her iki hücrenin sitokine profiline sahiptirler. Geniş açıdan ele alınırsa, Th1 hücrelerinin salgıladığı lenfokinler B hücrelerinin IgM ve IgG₂ üretimine yol açarak ve makrofajları uyarak, hücrel immün sistemi harekete geçirirler. Th2 hücre lenfokinleri ise IgG₁ ve IgE yanıtını ve bölgesel ve dolaşımdaki eozinofillerin sayısını artışı güdümlerler. Son yıllara kadar, bu hücrel kutuplaşmanın (polarizasyon) fizyolojik önemi bilinmemektedir. Ancak, bu alanda yapılan çalışmalar önemli açıklamalar sağlamıştır. Son zamanlarda görülmüştür ki, IFN- γ ve IL-12 sitokinleri Th kutuplaşmasını Th1 lehine, IL-4 ise Th2 lehine çevirmektedir. Sigaranın/nikotinin Th₁/Th₂ oranına etki ettiği ve Th1 yanıtı inhibe ederek enfeksiyonlara duyarlılığı artırdığı birçok araştırmacı tarafından bildirilmiştir (1).

Sigara içenlerde CD4 ve CD8 popülasyonları artabilmekle birlikte, bu artışlar ve CD4/CD8 oranındaki değişimler doz, süre ve etnik durumdan etkilenebilmektedir. Benzer olarak sigaraya bağlı B hücre sayısında artmalar olduğu da gösterilmiştir (9). Örneğin Tollerud ve ark. (10); hem siyahlarda hem de beyazlarda doz-yanıt ilişkisini, günlük içilen sigara sayısına bağlı olarak CD4⁺ hücre düzeyinde belirgin olarak bulmuşlardır. Beyazlarda içilen her 10 sigaraya karşılık CD4⁺ hücre sayısı %1.2 artarken siyahlarda %2 azaldığını, her iki ırktada sigaranın CD4⁺ hücreleri üzerindeki etkisinin, sigarayı bıraktıktan sonra 1-2 yıl içinde geçtiğini bildirmişlerdir.

Bizim sonuçlarımız literatürle önemli ölçüde uyum göstermektedir. CD2, CD3 ortalamaları her iki grupta da benzer olarak bulunmuştur (p>0.05). Olgu grubunun CD16-56, CD8 ortalamaları kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek bulunurken (p<0.05), CD4/CD8 oranlarının ortalamaları, CD19 ve CD4 değerlerinin ortalamaları kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük çıkmıştır (p<0.05).

Sonuçlarımızı yorumlayacak olursak; "Maraş otu" (dumansız tütün) kullanımının hücrel immün yanıtı olumsuz yönde etkilediği görülmektedir. Bundan dolayı "Maraş otu" kullananların enfeksiyonlara daha duyarlı, fakat otoimmün/inflamatuvar hastalıklara daha dirençli olabileceklerini söyleyebiliriz. Ancak NK hücre sayısındaki ve CD8 lenfosit sayısındaki artışların savunmada (özellikle viral enfeksiyonlar ve malignansilerde) etkin rol oynayabileceği de unutulmamalıdır.

Çok l. ve arkadaşlarının (11) idrar kotinin seviyelerine baktıkları çalışmalarında; maraş otu kullananlarda sigara içenlerden üç kat daha fazla üriner kotinin seviyeleri tespit etmişlerdir.

SONUÇ

Hücrel immün yanıt olumsuz etkileri ile göz önüne alındığında "Maraş otu" nun sigarayı bırakmada kesinlikle güvenilir bir alternatif olmadığı görüşündeyiz.

Nikotinin hücrel ve humoral immün sistem parametrelerine ve mekanizmalarına etkilerini anlamamanın neden olduğu hastahkların tedavisinde ve koruma stratejilerinin belirlenmesinde önemli ipuçları sağlayacağına inanıyoruz.

KAYNAKLAR

1. Sopori L. M., Kozak W., 1998. Immunomodulatory effects of cigarette smoke. Journal of Neuroimmunology. 83, 148-156.
2. Holt PG. Immune and inflammatory function in cigarette smokers. 1987. Thorax. 42, 241-249.
3. Gulsvik A. Fagerhol MK. 1979. Smoking and immunoglobulin levels. Lancet. 1, 449.
4. Tollerud DJ. *et al.* 1989. Association of cigarette smoking with decreased numbers of circulating natural killer cells. Am Rev Respir Dis. 139, 194-198.
5. Tollerud DJ. *et al.* 1989. The effects of cigarette smoking on T-cell subsets: a population-based survey of healthy Caucasians. Am Rev Respir Dis. 139:1446-1451.
6. Buckley CE, Darsey FC. 1971. Serum immunoglobulin levels throughout the life span of healthy man. Ann Intern Med. 75:673-682.
7. Tollerud DJ. *et al.* 1989. The influence of age, race, and gender on peripheral blood mononuclear cell subsets in healthy nonsmokers. J Clin Immunol. 9:214-222.
8. Miller LG, Goldstein G, Murphy M, Ginis Lc. 1982. Reversible alterations in immunoregulatory T cells in smoking: analysis by monoclonal antibodies and flow cytometry. Chest. 82:526-529.
9. Laramendy L. M., Knuutila S., 1991. Increased frequency of micronuclei in B and T8 Lymphocytes from smokers. Mutation Research, 259, 189-195.
10. Tollerud J. D. *et al.* 1991. T Cell Subsets in Healthy Black Smokers and Nonsmokers. Am Rev Respir dis 144, 612-616.
11. Çok l., Ozturk R. 2000 Nov. Urinary cotinine levels of smokeless tobacco (Maraş powder). Human and Experimental Toxicology. 19(11), 650-655.

Tablo 1: Olgu ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Hücrel İmmün Sistem Parametrelerinin Ortalama Değerleri ve Normal Değerler Göre Dağılımları

Parametreler	Ort.±SS	Düşük		Normal		Yüksek	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Olgu Grubu (n=21)							
CD2*	75.73±8.15	2	9.5	19	90.5	-	-
CD3*	68.82±7.41	3	14.3	18	85.7	-	-
CD4*	36.24±6.08	2	9.5	19	90.5	-	-
CD8*	39.33±6.98	-	-	18	85.7	3	14.3
CD4/CD8*	0.96±0.29	19	90.5	2	9.5	-	-
CD19**	10.06±3.05	1	4.8	20	95.2	-	-
CD16-56**	40.34±16.23	3	14.3	11	52.4	7	33.3
Kontrol Grubu (n=24)							
CD2*	77.5±6.04	1	4.5	22	85.5	-	-
CD3*	67.2±6.81	4	17.4	19	82.6	-	-
CD4*	43.81±5.12	-	-	23	100.0	-	-
CD8*	24.91±3.83	1	4.5	22	85.5	-	-
CD4/CD8*	1.78±0.24	3	13.0	16	69.6	4	17.4
CD19**	14.05±5.46	-	-	20	87.0	3	13.0
CD16-56**	20.91±7.16	15	65.2	8	34.8	-	-

* İstatistiksel analiz t-testi kullanılarak yapılmıştır

** Dağılım normal dağılıma uyduğundan istatistiksel analizde Mann-Whitney U testi kullanılmıştır

BİR SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDEKİ 15-49 YAŞ EVLİ KADINLARDA OBEZİTE PREVALANSI VE YAPILAN EĞİTİMİN OBEZİTE İLE İLGİLİ BİLGİ, TUTUM, DAVRANIŞ VE PREVALANSA ETKİSİ

Şükran ÖZKAHRAMAN*, A. Nesimi KİŞİOĞLU**, Mustafa ÖZTÜRK**

* Arş.Gör. S. Demirel Üniversitesi Isparta Sağlık Yüksekokulu-İSPARTA

** Yrd. Doç. Dr. S Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı-İSPARTA

ÖZET

Obezite bir çok hastalığın risk faktörü grubunda yer alması ve prevalansının yüksekliği nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunu olup özellikle erişkin yaş, doğurgan çağdaki kadınlarda önemli bir sağlık problemidir. Çalışma Mehmet Töngge mahallesi Süleyman Zengi sağlık ocağı bölgesindeki 15-49 yaş arası evli kadınlarda; şişmanlık prevalansı, şişmanlıkla ilişkili bilgi tutum ve davranışları, yapılacak eğitimin şişmanlık prevalansına, bilgi tutum ve davranışlarına etkisinin belirlenmesi amaçlandı. Çalışma araştırma kapsamına alınan kadınların belirlenmesi, anket formunun uygulanması, vaka grubuna ve kontrol grubuna ayrılması, vaka grubunun bir eğitimden geçirilmesi, bilgilerin yerleşmesi ve kullanılması ile yerleşmesini içeren bekleme dönemi (6 ay) son olarak tüm kadınlara tekrar anket uygulanmasını içermektedir. Elde edilen bilgiler SPSS 9.05 versiyonunda vücut kitle indeksi (VKİ) ise elde hesaplanmıştır. Araştırma kapsamına alınan kadınlar değerlendirildiğinde kadınların VKİ'leri ortalaması 27.7±4.8, yaş ortalamaları 36.6±8.1, evlilik yılı ortalamaları 17.7±9.0'dur, %42.4'ü aşırı kilolu olup toplam 300 kadın n %31.6'sı obez, %2 si ise morbid obez olarak bulundu. Eğitim öncesi ve sonrası dönemde vaka ve kontrol grupları karşılaştırıldı ve obezite ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarında pozitif değişikliklerin meydana geldiği tespit edilmiştir. Beslenme sorunlarının çözülmesinde temel ve etkin yöntemlerden biri halkın eğitilmesidir. Konu hakkındaki eğitim bölge sağlık ocağının rutin eğitim programına alınmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Obezite, prevalans, kadın, eğitim.

GİRİŞ

Şişmanlık genellikle hatalı beslenme sonucu vücutta fazla miktarda yağ toplanması ile ortaya çıkan bir sağlık sorunu olup gelişmiş ülkelerin bir çoğunda yaygın olarak görülmektedir (1). Vücutta yağ depolanmasının nedeni, alınan enerjinin harcanan enerjiden fazla olmasıdır. Buna göre obezite enerji alım fazlalığına, tüketim azlığına veya her ikisine birden bağlı olabilir (2).

Yaşamın her evresinde bedensel ve zihinsel yönden sağlıklı olma ve sağlığı koruma, dengeli ve yeterli beslenme ile mümkündür (3). Beslenme ile ilgili hastalıklar arasında en sık rastlanan durum şişmanlık yani obezitedir (4).

Şişmanlığın önemli bir sorun olduğu ve bunun bir çok hastalık için önemli risk faktörü olduğu çeşitli kaynaklarda belirtilmiştir (5). Taşıdığı potansiyel sağlık riskleri nedeniyle şişmanlık, önemli bir halk sağlığı sorunu olup özellikle erişkin yaş, doğurgan çağdaki kadınlarda ciddi bir problemdir (6).

Obezite; hipertansiyon, hiperlipidemi ve diyabet gibi kronik bir hastalıktır (7). Alkolizm, şizofreni, diabetes mellitus, romatizma, ilaç bağımlılığı, kanser ve ateroskleroz gibi obezitenin de kişiyi aktif yaşamdan uzaklaştıran kronik hastalıklar arasında özel bir yeri vardır. Obezite çoğu zaman sosyal bir problem olarak görülmüş ve bu yaygın metabolik hastalığa gerekli önem verilmemiştir (8). Beslenme sorunlarının çözülmesinde temel ve etkili çabalardan biri halkın eğitilmesidir. Beslenme eğitimini başta diyetisyen olmak üzere hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru ve ev ekonomistleri yaparlar (9).

Çalışmada Mehmet Töngge mahallesi Süleyman Zengi sağlık ocağı bölgesindeki 15-49 yaş arası evli kadınlarda; şişmanlık prevalansının belirlenmesi, şişmanlıkla ilişkili bilgi tutum ve davranışlarının tespiti, yapılacak eğitimin şişmanlık bilgi tutum ve davranışlarına ve şişmanlık prevalansına etkisinin tespiti amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOD

Çalışmanın amacına uygun olarak belirlenen genel olarak farklı bir özelliği bulunmayan Isparta Mehmet Töngge mahallesi Süleyman Zengi sağlık ocağı bölgesi araştırma bölgesi olarak belirlendi. Çalışma Mart 2001 - Nisan 2002 tarihleri arasında yapılmış bir müdahale araştırması olup 5 aşamada gerçekleştirilmiştir

1. Aşama: sağlık ocağı bölgesinde ev halkı tespit işleri esas alınarak, 15-49 yaşlarında evli 650 kadın olduğu tespit edildi. Yapılan örnek büyüklüğü hesabına göre 288 kadının örneği alınmasının yeterli olduğu görüldükten sonra 1/2 örnekleme yapılmak suretiyle 325 kadının araştırma kapsamına alınmasına karar verildi. ETK'ne göre alfabetik olarak sıralanmış kayıtlardan ardışık sırayla 325 kadın seçilerek ad ve adresleri tespit edildi. 300 kadına tam olarak ulaşıldı.

Çalışma öncesi bir anket formu, davet formu, çeşitli kaynaklardan (1,11) oluşturulmuş bir eğitim formu, hazırlandı.

2. Aşama: Araştırmaya katılanlar sağlık ocağına davet edilerek hazırlanmış anket formu araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile yapılmış, boy ve kilo ölçümler yine araştırmacı tarafından her defasında aynı ölçüm cihazıyla yapılmıştır. Boy, kilo ölçümleri sırasında ayakkabılar çıkartılmış ve tek kat elbiseyle ölçüm yapılmıştır.

3. Aşama: Tespit edilen 300 kadının 2 gruba ayırmak ve mümkün olduğu ölçüde genetik ve ailesel beslenme alışkanlıklarını da her iki grupta denkleştirmek amacı ile 'ailemde şişman var' cevabına göre tabaklandırıldı ve 'şişman yok' diyenler kura usulü ile 2 gruba paylaştırıldı. Vaka grubuna 10'ar kişilik gruplar halinde yüz yüze eğitimden geçirilmiş, birer adet eğitim formu verilmiştir. Eğitim sözlü anlatım şeklinde 50 dakika sürmüştür.

4. Aşama: Bilgilerin yerleşmesi, kullanılması, bir sonucun elde edilmesi sürecini içeren bir bekleme dönemi (6ay)

5. Aşama: Araştırma kapsamına alınan tüm kadınlara ikinci kez aynı anket ve ölçümlerin uygulanması, gelemeyenlere ise tekrar ziyaret edilip anket ve ölçümleri yapılmıştır.

Elde edilen bilgiler SPSS 9.05 versiyonunda, vücut kitle indeksi (VKİ) ise elde değerlendirilmiştir. Şişmanlığın tespitinde VKİ <18.5 Zayıf, 18.5-24.9 =Normal, 25-29.9= Aşırı Kilolu, 30-39.9= Obez, >40= Aşırı Obez olarak değerlendirilmiştir (12).

BULGULAR

Eğitim yapılmadan önce vaka ve kontrol gruplarının kilo almada etkili olabilecek çeşitli parametreler açısından karşılaştırılması yapılmış ve bu parametreler açısından vaka ve kontrol grubu arasında istatistiksel fark bulunmamıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların toplam olarak değerlendirildiğinde yaş ortalaması 36.6±8.1, evlilik yılı ortalaması 17.7±9.0, VKİ ortalamaları 27.7±4.8, obezite prevalansı %31.6, menarş yaş ortalaması 13.2±1.2 yıl olarak tespit edilmiştir.

Araştırma grubunda kendisini şişman bulan kadınlardan (n=200) ne zaman kilo almaya başladıkları sorulduğunda %2.7'si çocukluk, %2.7'si ergenlik, %45'i doğumlarından sonra, %18'i kullandıkları ilaçlardan sonra kilo almaya başladıklarını belirtmişlerdir. Vaka ve kontrol grubunda kendisini şişman bulan kadınlarda kilo almaya başlama zamanları açısından aralarında istatistiksel fark yoktur.

Kadınların evlenmeden önceki kilo ortalaması vaka grubunda 53.0±9.6, kontrol grubunda ise 52.7±8.2 olarak bulunmuştur (p>0.05). (Mevcut durumda gebe olanlar ve son gebeliklerinin üzerinden bir yıl geçmemiş olanlar alınmamıştır).

Kadınların %66.3'ünün zayıflamak istediği, %25.3'ünün zayıflama yöntemi kullandığı, zayıflama yöntemi uygulayanların %38.7'sinin diyet, %24.0'nin egzersiz, %37.3'ünün hem diyet hem de egzersiz yaptıkları bulunmuştur.

Eğitim öncesi dönemde vaka grubunun VKI ortalaması 28.0±4.7, eğitim sonrası dönemde ise 27.6±4.5'dir. Eğitim öncesi dönemde kontrol grubunun VKI ortalaması 27.4±4.9, eğitim sonrası dönemde ise kontrol grubunun VKI ortalaması ise 28.4±4.7 olarak bulunup aralarında istatistiksel açıdan fark bulunmamıştır.

Vaka grubu ile kontrol grubunu eğitim sonrası karşılaştırıldığında Düzenli spor yapanlar ve bir zayıflama yöntemi uygulayanlar vaka grubunda istatistiksel anlamlı derecede artmıştır p<0.05

Vaka ve kontrol gruplarının eğitim öncesi ve sonrası dönemlere ait obezite sıklığının dağılımı tablo 3'de gösterilmiştir.

Eğitim sonrası dönemde vaka grubunun eğitim öncesi ve sonrası obezite prevalansları karşılaştırılmış istatistiksel açıdan fark bulunmamıştır.

TARTIŞMA

Kadınların %66.3'ünün zayıflamak istediği, %25.3'ünün zayıflama yöntemi kullandığı, zayıflama yöntemi uygulayanların %38.7'sinin diyet, %24.0'nin egzersiz, %37.3'ünün hem diyet hem de egzersiz yaptıkları bulunmuştur. Şükür Ergil Eğitim Sağlık Ocağı bölgesindeki 15-49 yaş kadınlar arasında yapılan çalışmada ise %50.4'ünün zayıflamak istediği, %24'ünün zayıflama yöntemi kullandığı, %49.2'sinin diyet uyguladığı tespit edilmiştir. Bu sonuçlar çalışmayı desteklemektedir (13).

Çalışmada, 15-49 yaş evli kadınlar arasında la şımanlık prevalansının %31.6 olduğu bulunmuştur. Ülkemizde yapılan obezite prevalans çalışmalarında batı illerinde yapılan çalışmalarda değerler %27.9-%58.5 arasında (14,15,16), doğudaki illerde sağlık ocaklarına başvuranlar arasında yapılan çalışmalarda ise ev hanımlarının %78.5-%85.3 arasında şişman (VKI>25) olduğu saptanmıştır (17,18).

Obezite prevalansı Doğu Anadolu'da en düşük %17.2 ve İç Anadolu en yüksek %25.0 olmak üzere güneyde(%24), kuzeyde (%23.5) ve batıda (%21.6) bulunmuştur (10). Bu çalışmada durum yaklaşık benzer bulunmuştur.

Çalışmada kadınların VKI'leri ortalaması 27.7±4.8, boy ortalaması 156.7±6.2, kilo ortalaması 68.1±12.7 olarak saptanmıştır. TNSA'da VKI ortalamasını 25.8, boy ortalamasını 155.4, kilo ortalamasını 62.2 olarak bulmuştur. Bu çalışmada bulunan sonuçlar TNSA verilerini desteklemektedir (19).

Vaka grubuna eğitim verip 6 ay bekleme süresinden sonra vaka ve kontrol grubunu karşılaştırdığımızda VKI'leri arasında bir fark bulunmamıştır. Fakat düzenli spor yapmayı ve zayıflama yöntemi uygulama durumlarında vaka ve kontrol grupları arasında istatistiksel açıdan fark bulunmuştur (p<0.05). Bu farklar verilen eğitimin pozitif yönlerinden kaynaklanmaktadır. Bunun yanı sıra vaka ve kontrol grupları arasında eğitim sonunda yeme şeklinde ve uygulanan pişirme yöntemleri arasında istatistiksel açıdan fark bulunmamıştır. Bunun aile bazında alışılmış yemek düzeninde değişimlerin zor olmasından kaynaklandığı yemek tadındaki örneğin yağ miktarındaki değişikliğin sadece evin, hanımının değil ailedeki tüm bireylerin isteğiyle gerçekleşmesi sözkonusudur oysa çalışmada sadece hanımlara eğitim yapılmıştır. Nitekim hanımın sadece kendisini ilgilendiren (örneğin spor yapma konusunda) eğitim daha başarılı olmuştur.

Vaka grubunun verilen eğitimden önce ve sonraki durumları karşılaştırıldığında ise; öğün sayısında ve zayıflama yöntemi uygulama durumlarında istatistiksel açıdan fark bulunmuştur (p<0.05). Bu farklar verilen eğitimde istenilen kiloya ulaşmada önem arz eden konular olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Eğitim sonrası dönemde vaka grubunun obezite prevalansı %30.6 kontrol grubunun obezite prevalansı %26.6 olarak bulunmuş olup aralarında istatistiksel fark bulunmamıştır ancak eğitim öncesi dönemde vaka grubunun obezite prevalansı %33.3 eğitim sonrası dönemde vaka grubunun obezite prevalansı %30.6 olarak bulunmuş olup aralarındaki bu farkın yine verilen eğitimden dolayı olduğu düşünülmektedir. Diğer yönden eğitim öncesi dönemde kontrol grubunun obezite prevalansı %30, eğitim sonrası dönemde ise %26.6 olarak bulunmuş bu farkın nedenini de 6 aylık bekleme süreci içinde verilen eğitim alan grubun diğer grubu etkilemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

SONUÇ

Ülkemizde yetersiz ve dengesiz beslenme sonucu olarak gelişen obezite doğurgan çağdaki bölge kadınları içinde önemli bir sağlık sorunudur. Kadınların beslenme ve şımanlıktan korunma konularında bilgi eksiklikleri giderilmelidir. Ancak bu eğitim sürekli olmalı beslenme konusunda kadınlara evin erkeğinin desteğinin sağlanmasına yönelikte gayret gösterilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Baysal A ve arkadaşları, Diyet El Kitabı, 2.bs., Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 1997;124-25.
2. Ünlü E, Özyılkan Ö, Korkmaz M.E, Özdemir T. Obezite ve tedavisi. Türk İlaç ve Tedavi Dergisi 1991;4 (5):340-45.
3. Tokgöz P, Ertem , Çelik F, Gökçe Ş, Saka G, Hatunoğlu R. Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının saptanmasına ilişkin bir araştırma. Beslenme ve Diyet Dergisi :1995;24(2):230.
4. Molvalılar Ş, Çakaloğlu Y, Kayı A, Koçyiğit E, Oram A, Ökten A, Özdoğan E, Selçukler K, Tunali A, Yazıcı H. İç Hastalıkları (Semiyoloji),2.baskı, Bursa: Alfa Basın Yayın Dağıtım,1997;391-392.
5. Nişancı F, Bağcı T, Tezcan S. Türkiye yüksek ihtisas hastanesi diyet polikliniğine çeşitli tanılarla başvuran hastalarda obezite boyutunun saptanması. Beslenme ve Diyet Dergisi, 1994;23 (2):198.
6. Gözüm S, Kılıç D. Normal hafif şişman ve şişman kadınların kan basıncı ve sağlığı geliştiren beslenme davranışlarının karşılaştırılması. VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Erzurum,1999.
7. Yılmaz M, Karakoç A. Obezite tedavisinde kullanılan yeni ilaçlar. İlaç ve Tedavi Dergisi 1999;12(4):195.
8. Dönder E, Ekşioğlu M, Çolak R, Doğukan A, Özkan Y. Obez bireylerde 3 aylık deksfenfluramin tedavisinin etkinliğinin araştırılması. Fırat Tıp Dergisi 1996;1(2):89-93.
9. Öztürk Y. Türkiyenin beslenme sorunlarına çözüm önerileri ve bu çözümü önerilerinin yaşama geçirilmesi . V. Halk Sağlığı Günleri: Isparta: 8-10 Eylül 1997:XV.
10. Arslan M, Başkal N, Çorakçı A, Görpe U, Korugan Ü, Orhan Y, Özbey N, Özer E. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Obezite ve Lipid Metabolizması Çalışma Grubu,Ulusal Obezite Rehberi 1997:5-10.
11. Koçoğlu G . Sağlıklı Yaşam için Yeterli ve Dengeli Beslenme, Sivas : Cumhuriyet Üniversitesi Yayınları, 1997:34.
12. WHO, Technical Report Series-854 Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry Geneva-1995.
13. Okyay P. Osmangazi Seher-Şükürü Ergil Eğitim Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 Yaş Kadınlarda Şımanlık Prevalansı ve Risk Faktörleri. Doktora Tezi.İzmir, 1998.
14. Sağlam F. Kadın ve erkeklerde vücut yağ dağılımı . Beslenme ve Diyet Dergisi 1990;19(2):199-207.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

15. Sağlam F, Keskin T. Manyetik rezonans görüntüleme yöntemiyle yetişkinlerde vücut yağ dağılımının saptanması ve bazı antropometrik ölçümlerle karşılaştırılması. Beslenme ve Diyet Dergisi 1995;24(1):75-85.
16. Ersoy G. Ankara'nın gölbaşı ilçesi ve köylerinde besin tüketim durumu. Beslenme ve Diyet Dergisi 1990;19(1):71-84.
17. Toksöz P, Ertem M, Saka G, Ceylan A. Kadınlarda şişmanlık görülme sıklığı ve bunu etkileyen etmenlerin analizi. V. Halk Sağlığı Günleri: Isparta: 8-10 Eylül 1997:23.
18. Güneş G, Genç M, Pehlivan E. Yeşilyurt sağlık ocağı bölgesindeki erişkin kadınlarda obezite. V. Halk Sağlığı Günleri: Isparta: 8-10 Eylül 1997:66.
19. Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993 Ankara-1993.

Tablo-1: Eğitim öncesi ve sonrası dönemde vaka ve kontrol gruplarının VKI dağılımları

VKI	Vaka				Kontrol				İstatistiksel sonuç
	EÖ		ES		P		ES		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
18.5'in altı	0	0	0	0	4	2.7	4	2.7	p>0.05
18.5-24.9	35	23.4	41	27.4	39	26.0	45	30.0	
25-29.9	65	43.3	63	42.0	62	41.3	61	40.7	
30-39.9	48	32.0	45	30.0	41	27.3	38	25.3	
40 ve üzeri	2	1.3	1	0.6	4	2.7	2	1.3	

Tablo-2: Eğitim sonrası vaka ve kontrol grubundaki kadınların beslenme özelliklerinin dağılımı

Beslenme Özellikleri		Vaka		P*	Kontrol		P**	P***
		EÖ	ES		EÖ	ES		
Günde kaç öğün yemek yiyorsunuz?	1-2	34	25	p<0.05 χ²=32.6	22	22	p>0.05	p>0.05
	3	96	117		116	110		
	4	17	5		9	9		
	5 ve üzeri	3	3		3	9		
Öğün atlıyor musunuz?	Evet	43	43	p>0.05	40	40	p>0.05	p>0.05
	Hayır	61	61		68	71		
	Bazen	46	46		42	39		
Genelde hangi öğün atlanıyor?	Sabah	23	25	p>0.05	19	21	p>0.05	p>0.05
	Öğle	63	62		60	56		
	Akşam	3	2		3	2		
Yeme şekliniz nasıl?	Yavaş	43	42	p>0.05	35	35	p>0.05	p>0.05
	Normal	60	61		74	84		
	Hızlı	47	47		41	31		
Üzüntülü yada sevinçli yeme şekli	Artar	38	37	p>0.05	16	16	p>0.05	p>0.05
	Azalır	79	80		80	80		
	Değişmez	33	33		54	54		
Yemek yaparken en çok hangi pişirme yöntemini kullanırsınız?	Kızartma	45	35	p>0.05	52	52	p>0.05	p>0.05
	Haşlama	85	95		91	91		
	Izgara	10	10		4	4		
	Fırında	10	10		3	3		

*ki kare testi kullanılmıştır.

P* Vaka grubunun eğitimden önce ve sonraki durumunun istatistiksel açıdan karşılaştırması

P** Kontrol grubunun eğitimden önce ve sonraki durumunun istatistiksel açıdan karşılaştırması

P*** Vaka ile kontrol grubunun eğitimden sonraki durumunun istatistiksel açıdan karşılaştırması

Tablo-3: Vaka ve kontrol gruplarında obezite sıklığının eğitim öncesi ve sonrası döneme dağılımları

Eğitim Dönemleri	Vaka		Kontrol		İstatistiksel sonuç
	Sayı	%	Sayı	%	
Eğitim Öncesi	50	33.3	45	30.0	p>0.05
Eğitim Sonrası	46	30.6	40	26.6	
Toplam	96	32.0	85	28.3	

Beslenme Özellikleri		Vaka		P*	Kontrol		P**	P***
		EÖ	ES		EÖ	ES		
Günde kaç öğün yemek yiyorsunuz?	1-2	34	25	p<0.05 χ²=32.6	22	22	p>0.05	p>0.05
	3	96	117		116	110		
	4	17	5		9	9		
	5 ve üzeri	3	3		3	9		
Öğün atlıyor musunuz?	Evet	43	43	p>0.05	40	40	p>0.05	p>0.05
	Hayır	61	61		68	71		
	Bazen	46	46		42	39		
Genelde hangi öğün atlanıyor?	Sabah	23	25	p>0.05	19	21	p>0.05	p>0.05
	Öğle	63	62		60	56		
	Akşam	3	2		3	2		
Yeme şekliniz nasıl?	Yavaş	43	42	p>0.05	35	35	p>0.05	p>0.05
	Normal	60	61		74	84		
	Hızlı	47	47		41	31		
Üzüntülü yada sevinçli yeme şekli	Artar	38	37	p>0.05	16	16	p>0.05	p>0.05
	Azalır	79	80		80	80		
	Değişmez	33	33		54	54		
Yemek yaparken en çok hangi pişirme yöntemini kullanırsınız?	Kızartma	45	35	p>0.05	52	52	p>0.05	p>0.05
	Haşlama	85	95		91	91		
	Izgara	10	10		4	4		
	Fırında	10	10		3	3		

AYDIN İLİ KENTSEL VE KIRSAL BÖLGE İLKÖĞRETİM OKULLARI 7-14 YAŞ GRUBU ÖĞRENCİLERİNİN BEDEN KİTLE İNDEKSİ

Sacide KARAKAŞ*, Pınar OKYAY**, Özlem ÖNEN**, Filiz Abacıgil ERGİN**, Erdal BEŞER**

*Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Anatomi Anabilim Dalı, AYDIN

**Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, AYDIN

ÖZET

Amaç: Çalışmanın amacı, Aydın İli kentsel ve kırsal bölge ilköğretim okullarındaki öğrencilerin Beden Kitle İndeksi (BKİ) persentillerini, şişmanlık sıklığı ve bunların yaş, cins ve yaşadığı bölge ile ilişkisini incelemektir.

Yöntem: Aydın ilindeki kentsel ve kırsal bölgelerden sekiz ilköğretim okulunda 626 öğrenci çok aşamalı örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Öğrencilere bir anket uygulanmış ve kilo ile boy ölçümleri gerçekleştirilmiştir. BKİ, kilogram cinsinden kilonun metre cinsinden boyun karesine oranlanması ile bulunmuştur.

Bulgular: Kentsel ilköğretim okullarında kızların ortalama BKİ=17.41, erkeklerin ortalama BKİ=16.92'dir. Kırsal ilköğretim okullarında kızların ortalama BKİ=16.68, erkeklerin ortalama BKİ=16.78'dir. Genelde kızlar için ortalama BKİ=17.12 ve erkeklerin ortalama BKİ=16.86'dır. 14 yaş grubundaki kentteki kızların BKİ'i kırsaldaki kızlardan daha fazladır (p=0.042). 7 yaş grubunda erkeklerin BKİ'i kızlardan fazladır (p=0.016). Yaş arttıkça BKİ artmaktadır. NCHS'nin verilerine göre 50.persentil için, Aydın BKİ verileri tüm yaş gruplarında hem kızlarda hem de erkeklerde düşüktür. Bu çalışmada, öğrencilerin yaklaşık %80'i normal BKİ'ne sahiptir.

Sonuç: Aydın ilinde 7-14 yaş grubunda şişmanlık prevalansı düşüktür. Aydın, ülkemizin batı bölgesinde ve Akdeniz mutfağının özelliklerinin izlendiği, zeytinyağı ve sebze kullanımının yaygın olduğu bir ilimizdir. Besler menin bu özelliklerinin öğrencilerdeki şişmanlık prevalansının düşüklüğü ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Fakat, NCHS verileri ile gözlenen farklılık herhangi bir beslenme sorununu atlamak için ileri araştırmalar ile incelenmelidir.

Anahtar kelimeler: Beslenme, Beden Kitle İndeksi, persentil, şişmanlık, çocuk

GİRİŞ

Çocukluk çağı şişmanlığı günümüzde birçok toplumda önemli bir sorundur. Şişmanlık, önemli sağlık sorunları ile sonuçlanan vücut yağı fazlalığı olarak tanımlanır. Çocukluk çağı şişmanlığı sağlık riskleri çok iyi tanımlanmış erişkin şişmanlığına eğilim sağlar (1).

Şişmanlık, çocukluk çağı yüksek tansiyonu ile ilişkilidir. Arteriosklerotik süreç çocukluk ve gençlik döneminde başlar. Farklı sağlık sorunlarına yol açan çocukluk çağı şişmanlığı toplumlar arası çok farklılık gösterir. Çocuklarda şişmanlığın kontrolünde de pek çok sorunlar vardır (2).

Okul dönemi çocuklarının Beden Kitle İndeksi (BKİ) ile ilgili çalışmalar az sayıdadır. Oysa, sorunun bölgesel boyutunun bilinmesi önemlidir. Antropometri sorunun tespitinde kullanılacak önemli bir araçtır. Kilo ve boy, kolaylıkla elde edilebilen iki antropometrik ölçüdür. Bu nedenle de, tarama ve izleme çalışmalarında sıklıkla kullanılırlar (3). BKİ, kişinin beden kompozisyonunu ortaya çıkarmak amacıyla kullanılır (4). BKİ, şişmanlık ve zayıflık tanımlamak için uygundur. Çocuklar büyüdükçe yıllar içinde vücut yağları değişir; bu nedenle çocuklarda BKİ değerlendirilmesi yaşa göre yapılır. Yaşa göre BKİ'yi 5 persentil ve altında olanlar "zayıf", 85 persentilin ve üzerinde olanlar "şişmanlık riski içinde" ve 95 persentilin ve üzerinde olanlar "şişman" olarak değerlendirilir(5).

AMAÇ

Çalışmanın amacı, Aydın İli kentsel ve kırsal bölge ilköğretim okullarındaki öğrencilerin BKİ persentillerini, şişmanlık sıklığı ve bunların yaş, cins ve yaşadığı bölge ile ilişkisini incelemektir.

YÖNTEM

Çalışma Grubu

Çalışma, 1-30 Mayıs 2001 tarihleri arasında Aydın İlinin kentsel ve kırsal okullarında gerçekleştirilmiştir. 2001 yılında Aydın ilinde ilköğretim okullarına devam eden öğrenci sayısı 60206'dır. Bu öğrenciler arasından çalışma grubunun seçiminde çok aşamalı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Aydın İli sosyoekonomik ve coğrafi yerleşim durumu değerlendirilerek dört kümeye ayrılmış; bu kümelerden Milli Eğitim Bakanlığı tarafından tanımlanan kriterler kullanılarak, dört kentsel ve dört kırsal toplam 8 ilköğretim okulu rasgele seçilmiştir. Rasgele seçilen bu okullardan sınıflardaki öğrenciler yaş ve cinsiyet dağılımı ağırlıkları göz önüne alınarak sınıf listelerinden yine rasgele seçilmiştir. Çalışma için gerekli izin, İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden alınmış ve örneğe giren okullar çalışma öncesi bilgilendirilmiştir.

Ölçümler

Tüm ölçümler, aynı kişi tarafından yapılmıştır. Öğrenciler çıplak ayakla ve iç çamaşırları ile ölçülmüştür. Ağırlık, 0.5kg hassasiyetinde kalibre edilmiş bir dijital kaskül ile ölçülmüştür. Boy ölçümü, çıplak ayak, sırt ve düzgün bir zemine basan, topuklar bitişik ve avuç içleri öne bakacak anatomik pozisyonundaki öğrencilerde yapılmıştır. Boy ölçümü için bir antropometre kullanılmıştır. BKİ hesaplanmasında aşağıdaki formül kullanılmıştır: $BKİ = \frac{\text{kg cinsinden ağırlık}}{(\text{m cinsinden boy})^2}$

BKİ aritmetik ortalama (X), standart sapma (SD) ve persentiller olarak tanımlanmıştır. Student T-Testi, Mann-Whitney U Testi ikili karşılaştırmalarda ve ANOVA çok grup karşılaştırmalarında ve Bonferroni Testi de post hoc test olarak kullanılmıştır. SPSS for Windows 8.0 programı verilerin analizinde kullanılmıştır.

SONUÇLAR

Araştırma grubunu, 308 (% 49.2) erkek ve 318 (% 50.8) kız olmak üzere, 626 öğrenci oluşturmaktaydı. Bu öğrencilerin 365'i (%58.3) kentsel ve 261'i (%41.7) kırsal okullarda bulunmaktaydı. Öğrencilerin yaşları 6-16 yaş gruplarındaydı; ancak, altı, on beş ve on altı yaşlarındaki toplam 13 öğrencinin verileri değerlendirilmemiştir.

VIII.ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Öğrencilerin kilo ve boy verileri aritmetik ortalamaya (X) ve yaygınlık ölçütlerine dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.

Kentsel ilköğretim okullarında kızların ortalama BKİ=17.41 (SD=3.44), erkeklerin ortalama BKİ=16.92 (SD=3.19) olarak bulunmuştur. Kırsal ilköğretim okullarında kızların ortalama BKİ=16.68 (SD=2.64), erkeklerin ortalama BKİ=16.78 (SD=2.64)'dir. Genelde kızlar için ortalama BKİ=17.12 (SD=3.16) ve erkeklerin ortalama BKİ=16.86 (SD=2.96)'dir.

Kız ve erkek öğrencilerin BKİ persentil değerleri Tablo 2'de verilmiştir:

Aydın ili ilköğretim okulu kız ve erkek öğrencileri ile National Center of Health Statistics (NCHS) 50. BKİ persentillerinin karşılaştırılması Şekil 1. ve 2.'de verilmiştir:

NCHS verilerine göre zayıf, normal ve şişman olan öğrencilerin dağılımı Tablo 4.'de verilmiştir:

14 yaş grubundaki kentteki kızların BKİ'i kırsal bölgedeki kızlardan daha fazladır (p=0.042). Bu bulgu dışında kentsel ve kırsal alanlar arasında istatistiksel anlamlı başka bir fark saptanmamıştır. 7 yaş grubunda erkeklerin BKİ'i kızlarda daha fazladır (p=0.016). Bu bulgu dışında erkekler ve kızlar alanlar arasında istatistiksel anlamlı başka bir fark saptanmamıştır.

Çoklu karşılaştırmalarda, hem erkekler, hem de kızlarda yaş grupları arasındaki BKİ'i farkı anlamlıdır (p<0.05) Yaş arttıkça BKİ artmaktadır. Bonferroni testi ile bu artışın kızlarda 11 yaşında ve erkeklerde 13 yaşında başladığı saptanmıştır.

TARTIŞMA

Papua Yeni Gine'de kızların tüm yaş gruplarında erkeklerden daha yüksek BKİ'ne sahip oldukları bulunmuştur (6). Meksika'da ise kızlar ve erkekler arasında fark yoktur (7). Ürdün'de ise 12 yaş sonrası kızların erkeklerle göre daha yüksek BKİ sahip oldukları ve şişmanlığa eğilimli oldukları bulunmuştur (8). Malezya'da ise farklı bir sonuçla erkekler daha yüksek BKİ'ne sahiptir; kızlara göre hem daha fazla oranda toplu, hem de şişmandırlar (1). Kaul çocuklarında BKİ düşüktür ve ancak adolesan dönemde 5. persentile ulaşabilmektedir. Lufan'da ise, BKİ daha yüksektir. Her iki grupta da kızlarda belirgin olarak adolesan dönemi sonrası BKİ, kilo ve cilt altı yağ dokusunda artış saptanmıştır (9). Peru'da da kızlarda ve özellikle 12 yaş sonrasında yüksek BKİ daha yaygındır (10). Aydın çalışmasında 7 yaş grubu dışında kızlar erkekler arasında anlamlı fark saptanmamıştır. NCHS'nin verilerine göre 50.persentil için, Aydın BKİ verileri tüm yaş gruplarında hem kızlarda, hem de erkeklerde düşüktür.

Düşük sosyoekonomik durum şişmanlıkla ilişkilendirilmiştir(11). Kırsal bölgedeki düşük sosyoekonomik düzeydeki Hintlilerin düşük BKİ'ne sahip oldukları bildirilmiştir(6). Bu çalışmada, 14 yaş grubundaki kızların kentte daha yüksek BKİ'ne sahip olmaları dışında bir kent-kır farklılığına saptanmamıştır.

Malezya'da 7-16 yaş grubundaki çocuklarda toplu olma prevalansı %6.0 iken, şişman olma prevalansı %3.6 olarak bulunmuştur. Birleşik olarak toplu ve şişman olma prevalansı 16 yaş grubunda %3.3 ile en düşük ve %12.2 ile 12 yaş grubunda saptanmıştır (1). Kalküta oğlan çocuklarının ortalama BKİ'i 7-16 yaş gruplarında NCHS ortancalarının altın bulunmuştur (12). On yıllık bir dönem için izlenen iki toplumdaki 1985 yılında 7-15 yaş grubunda erkeklerde topluluk %9.3 ve kızlarda %10.6; erkeklerde şişmanlık %1.4 ve kızlarda %1.2 olarak bulunmuştur.1995 yılında ise, erkeklerde topluluk %15.0 ve kızlarda %15.8; erkeklerde şişmanlık %4.5 ve kızlarda %5.3 olarak bulunmuştur. Hem erkek, hem de kızlarda topluluk ve şişmanlık artmıştır (13). Suudi Arabistan'da kızlar erkeklerden daha toplu ve şişmandır. Yaşla beraber toplu ve şişman olma sıklığı artmaktadır (14). Bu çalışmada, öğrencilerin yaklaşık %80'i normal BKİ'ne sahiptir; şişmanlık erkeklerde sadece iki yaş grubunda, kızlarda ise beş yaş grubunda ve düşük prevalanslarla görülmektedir (min=%1.7;mak=%6.3) Aydın, ülkemizin batı bölgesinde ve Akdeniz mutfağının özelliklerinin izlendiği, zeytinyağı ve sebze kullanımının yaygın olduğu bir ilimizdir. Beslenmenin bu özelliklerinin öğrencilerdeki şişmanlık prevalansının düşüklüğü ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Fakat, NCHS verileri ile gözlenen farklılık herhangi bir beslenme sorununu atlamak için ileri araştırmalar ile incelenmelidir.

ABD'nde BKİ giderek azalan bir eğilim ile 4-6 yaşlarında bir minimuma ulaşır ve hemen sonrasında büyük bir artış gözlenir. Çocukluk çağlarında şişman olanlar erişkin dönemde de daha yüksek BKİ'ne sahip olmaya eğilimlidirler (15). Bu çalışmada kızlardaki kilo artışının (11 yaş) erkeklerle (13 yaş) göre daha erken olduğu saptanmıştır. Bu iki yaş kız ve erkek çocuklarında şişmanlık önleme programları için önemlidir ve çalışmalara bu yaşlar öncesinde başlanmalıdır.

Bu çalışmanın verilerinin Türkiye'deki bu konudaki veri boşluğunun doldurulması için katkı sağladığı düşünülmektedir. Bu veriler Aydın ili için bir ilktir ve gelecek dönemdeki karşılaştırmalar için önemli bir kaynak teşkil edecektir. Çok merkezli daha büyük örnekte yapılacak çalışmalarına gereksinim vardır. Ek olarak, çocuklardaki büyüme için daha iyi anlayabilme için longitudinal çalışmaların planlanması yerinde olacaktır.

KAYNAKLAR

- 1-Kasmini K., Idris M.N., Fatimah A., Hafniah S., Iran H., Aasmah Bee M.N.(1997): Prevalence of overweight and obese school children aged between 7 to 16 years amongst the major 3 ethnic groups in Kuala Lumpur, Malaysia. Asia Pacific Journal Clinical Nutrition 6(3): 172-174
- 2-Report of a WHO Expert Committee (1990): Prevention in childhood and youth of adult cardiovascular diseases: Time for action. Technical Report Series 792. World Health Organization, Geneva.
- 3-Chiu H. C., Chang Y. C., Mau W., L., M., Ti-Kai L., and Hong-Wen L. (2000): Height, weight, and body mass index of elderly persons in Taiwan. The Journal of Gerontology, series A, Biological Sciences and Medical Sciences 55, M 684-M 690.
- 4-Norgan N.G.(1994b): Relative sitting height and the interpretation of the body mass index. Annals of Human Biology vol. 21, no.1:79-82.
- 5-Alikaşifoğlu A., Yordam N. (2000): Obesite. Katkı Pediatri Dergisi 21 (4) :475-481.
- 6-Norgan N G.(1994a): Population differences in body composition in relation to the body mass index. European Journal of Clinical Nutrition 48 suppl. 3: S10-S27
- 7-Pena Reyes M.E., Cardenas E.E., Caluim B., Barragan A., Malina R.M.(2000): Growth status of children 6-12 years from two different geographic regions of Mexico. Annals of Human Biology Jan-Feb;29 (1):11-25.(abstract).
- 8-Hasan M.A., Batiha A., Jadou H., Khawalde A.K., and Ajlouni K.(2001): Original communication growth status of Jordanian in military-funded schools schoolchildren European journal of Clinical Nutrition 55, 380-386.
- 9-Norgan N.G.(1995c): Changes in patterns of growth and nutritional anthropometry in two rural modernizing Papua New Guinea communities. Annals of Human Biology vol.22:6,491-513.
- 10-Pawson I. G., Huicho L., Muro M., and Pacheco A. (2001): Growth of children in two Economically Diverse Peruvian High-Altitude Communities. American Journal of Human Biology 13:323-340.

- 11-Sherman B., Alexander M.A., Gomez D., Kim M. and Marole P. (1992): Intervention program for obese school children. Journal of Community Health Nursing 3,183-190.
- 12- Mercedes de O., Dasgupta P., Sah S., Sengupta D., and Blössner M. (2001): The national center for health statistics reference and the growth of Indian adolescent boys. American Journal Clinical Nutrition 74:248-531
- 13-Magarey A M., Daniels L A., Boulton T J.(2001): Prevalence of overweight and obesity in Australian children and adolescents : Reassessment of 1985 and 1995 data against new standard international definitions. Medical Journal Australia 4: 174 (11) :561-564.
- 14-Mohsen A. F. El-Hazmi and Arjumand S. Warsy (2002): A comparative study of prevalence of overweight and obesity in children in different provinces of Saudi Arabia. Journal of Tropical Pediatrics 48: 3, 172-177.
- 15-Whitaker R.C., Pepe M.S., Wright J.A., Seidel K.D., Dietz W.H. (1998): Early adiposity rebound and the risk of adult obesity. Pediatrics 101-105.

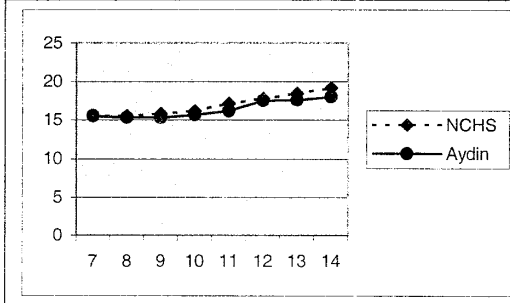
Tablo 1. Kilo ve boy verilerin aritmetik ortalaması (X) ve yaygınlık ölçütlerine dağılımı

Cinsiyet	Yaş Grupları							
	7	8	9	10	11	12	13	14
Erkek	n=32	n=34	n=33	n=39	n=37	n=36	n=58	n=34
X	15,739	15,711	15,404	15,733	16,718	17,800	18,102	18,802
SD	2,340	1,803	1,951	1,581	2,225	3,378	3,042	4,208
Minimum	11,84	12,64	10,96	13,35	13,15	13,46	13,79	14,76
Maksimum	23,49	21,36	20,22	20,90	23,27	31,89	29,15	40,31
Kız	n=36	n=34	n=32	n=44	n=40	n=19	n=45	n=30
X	14,623	16,142	15,637	15,830	16,990	18,953	18,469	19,875
SD	1,287	3,713	1,699	2,161	2,445	3,484	2,185	3,612
Minimum	12,09	12,57	13,54	11,87	13,87	12,82	13,86	13,83
Maksimum	17,42	33,00	20,76	22,91	24,12	28,07	22,74	28,42

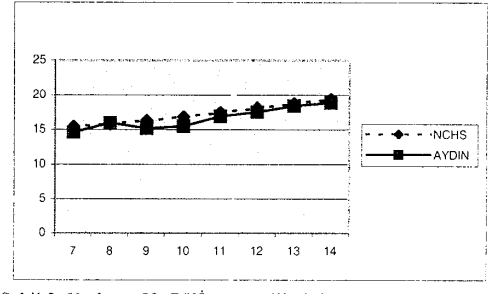
Tablo 2. Kız ve erkek öğrencilerin BKI persentil değerleri

Cinsiyet	Yaş	BKİ Persentil Değerleri						
		5	10	25	50	75	90	95
Erkek	7,00	12,0433	13,4904	14,3752	15,5016	16,6611	17,8187	22,5260
	8,00	13,3903	13,7546	14,7132	15,3369	16,7887	18,1847	20,4348
	9,00	12,1828	13,0802	14,0149	15,3152	16,6408	17,8901	20,1985
	10,00	13,3660	13,9229	14,5868	15,6617	16,4025	17,9122	19,1111
	11,00	13,8749	14,2191	15,0391	16,1555	18,3496	19,9176	20,4055
	12,00	13,7145	13,9062	15,1749	17,5285	19,4764	21,1152	22,9940
	13,00	14,2471	15,2393	16,0871	17,6082	18,5454	23,0413	25,5814
	14,00	15,3608	15,9567	16,5406	18,0292	19,6921	20,9074	27,0865
Kız	7,00	12,3822	12,5540	13,9050	14,6341	15,4740	16,3172	17,1728
	8,00	12,7514	12,9539	13,7802	15,9525	17,1163	19,7939	24,5260
	9,00	13,8113	14,0800	14,4565	15,1940	16,2628	18,9334	19,8636
	10,00	13,2455	13,6144	14,1780	15,5163	17,0149	18,5538	20,5517
	11,00	13,9298	14,3411	14,7068	16,9026	18,6054	19,9909	23,0289
	12,00	14,7806	15,9822	16,6125	17,5954	20,6684	25,1359	26,2553
	13,00	14,5240	15,6180	16,9852	18,4122	19,8974	21,7056	22,5571
	14,00	14,8587	15,9922	17,2843	18,9000	22,0522	26,1373	27,8262

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ



Şekil 1. Erkeklerin 50. BKİ persentillerinin n National Center of Health Statistics (NCHS) verileri ile karşılaştırılması



Şekil 2. Kızların 50. BKİ persentillerinin National Center of Health Statistics (NCHS) verileri ile karşılaştırılması

Tablo 4. NCHS verilerine göre zayıf, normal ve şişman olan öğrenciler

Yaş	Erkek			Kızlar		
	Zayıf(%)*	Normal(%)**	Şişman(%)***	Zayıf(%)*	Normal(%)**	Şişman(%)***
7	9.4	84.4	6.3	13.9	86.1	-
8	2.9	94.1	2.9	17.6	79.4	2.9
9	12.1	87.9	-	-	100.0	-
10	12.8	87.2	-	15.9	84.1	-
11	10.8	89.2	-	7.5	92.5	-
12	13.3	83.3	2.8	2.0	95.9	2.0
13	8.6	89.7	1.7	4.4	95.6	-
14	5.9	91.2	2.9	3.3	96.7	-

*Zayıf=%5 persentil ve altı

**Normal= %5 persentilden yüksek ve %95 persentil altında

***Şişman:%95 persentil ve üstü

ERİŞKİN KADINLARDA ŞİŞMANLIK DURUMU VE ŞİŞMANLIĞI ETKİLEYEN BAZI FAKTÖRLER

Mualla AYKUT*, Yusuf ÖZTÜRK*, Ali ÖZER*, Ayşegül ASLAN*

*Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Araştırma, Kayseri Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi'nde Talas İlçesi, Talas Merkez ve Talas 2 No'lu Sağlık Ocakları Bölgesinde 19 ve üzeri yaşta kadınlar arasında şişmanlık durumu ve şişmanlığı etkileyen bazı faktörleri ortaya koymak amacıyla yapılmıştır. Araştırma bölgesinde küme örnekleme yoluyla seçilen 373 kadınla yüz yüze görüşülerek anket formu doldurulmuş, ağırlık, boy, bel ve kalça çevresi ölçümleri yapılarak kaydedilmiştir. Ağırlık değerlendirilmesi Beden Kitle İndeksi (BKİ) hesaplanarak yapılmıştır; 20'nin altında olanlar zayıf, 20-24.9 arası normal, 25-29.9 arası hafif şişman, 30-39.9 arası şişman, 40 ve üzeri morbid şişman olarak kabul edilmiştir. Bel/kalça oranı 0.8'in üzerinde olanlar abdominal şişman olarak kabul edilmiştir. Kadınların % 31.6'sı hafif şişman, % 34.3'ü şişman, % 2.7'si morbid şişman olmak üzere toplam % 68.6'sının şişman olduğu saptanmıştır.

Bel/kalça oranı kadınların % 49.1'inde 0.3'in üzerinde bulunmuş, şişman kadınlardan % 59.8'inin abdominal şişman olduğu belirlenmiştir. Kadınların eğitim durumu, meslek, medeni durum, gelir durumu, doğum sayısı, menopoz durumu, yemek öğün sayısı, yemek yeme şekli, günlük ekme tüketimi, yağda kızartılmış besin tüketimi sıklığı, günlük aktivite durumu, kişilik yapısı, ailede şişman birey bulunma ve sigara içme durumları şişmanlık görülme oranlarında etkili olmuştur.

Anahtar Kelimeler: Kadınlar, Şişmanlık, Abdominal Şişmanlık

GİRİŞ

Kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, safra kesesi, eklem hastalıkları ve birçok kanser türünün oluşumunda önemli bir risk faktörü olan şişmanlık; beden yağ kütesinin aşırı artması sonucunda, baya göre ağırlığın arzu edilen düzeyin üstüne çıkmasıdır (1-5).

Hafif (I. derece) şişmanlık orta derecede sağlık riski taşımaktadır. II. derecede şişmanlıkta risk daha da artar ve morbid (III. derece) şişmanlıkta durum çok ciddidir (1-5).

Vücuttaki toplam yağ kadar, yağın dağılımı da önemlidir. Yağın bedenün üst bölümlerinde toplanması android-abdominal şişmanlık olarak adlandırılır. Abdominal şişmanlık; diyabet, hipertansiyon, kalp krizi ve inme ile ilişkili bulunmuş olup, hipertansiyon, sigara içme ve hiperkolesterolemi kadar zararlıdır. Kesitsel çalışmalar; kadınlarda ve erkeklerde, abdominal yağ artışı ile glikoz intoleransı ve insülin direnci prevalansı, kan basıncı ve kan lipidlerinde artışlar olduğunu göstermiştir (1,2,5).

Kalıtımsal nedenler, enerji alım ve harcanmasındaki dengesizlik şişmanlığın temelini oluşturmaktadır (2,4,5). Şişmanlık, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sağlık sorunu olup, Türkiye'de 1974 Beslenme Sağlık ve Gıda Tüketimi Araştırması'na göre (6) ülkemizde kadınların % 38.5'i hafif şişman, % 25.6'sı şişman, % 3.2'si ise zayıf bulunmuştur. 1984 Gıda Tüketimi Beslenme Araştırması'na göre de kadınların % 31.6'sı hafif şişman, % 33.3'ü şişman, % 3.2'si zayıf bulunmuştur.

AMAC

Bu çalışma; erişkin kadınlarda şişmanlık durumu ve şişmanlığı etkileyen bazı faktörleri ortaya koymak amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM

Araştırma; Kayseri Eğitim Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi'nde Talas İlçesi Talas Merkez ve Talas 2 No'lu Sağlık Ocakları Bölgesi'nde yapılmıştır. Hesaplanan örnek büyüklüğüne göre her ebe bölgesinden belirlenen 13 kümeden 19 ve üzeri yaştaki 30'ar kadın olmak üzere 390 kadın araştırma kapsamına alınmıştır. 34 soru içeren anket formu kadınların evlerine gidilerek yüz yüze görüşme yoluyla doldurulmuş, ağırlık ölçümleri taşınabilir yer baskülü ile, boy, bel çevresi ve kalça çevresi ölçümleri mezru ile yapılmıştır.

Ağırlık durumunun değerlendirilmesi Bec en Kitle İndeksine (BKİ) göre iki şekilde yapılmıştır:

- 1- Erişkinler için kabul edilen BKİ 20'nin altı zayıf, 20-24.9 arası normal, 25-29.9 arası hafif (I. derece) şişman, 30-39.9 arası şişman (II. derece), 40 ve üzeri ise morbid (III. derece) şişman olarak değerlendirilmiştir (1-3).
- 2- Yaş ilerledikçe doğal olarak BKİ'nde artış olabileceği düşüncesiyle, yaş gruplarına göre belirlenmiş olan BKİ normalin alt ve üst sınırlarına göre değerlendirme yapılmış olup; 19-24 yaştaükiler için BKİ 19-24, 25-34 yaştaükiler için 20-25, 35-44 yaştaükiler için 21-26, 45-54 yaştaükiler için 22-27, 55-64 yaştaükiler için 23-28, 65 ve üzeri yaş için 24-29 arası normal, alt sınırın altı zayıf, üst sınırın üzeri şişman olarak kabul edilmiştir (4).

Bel/kalça oranı 0.8'in üzeri abdominal şişmanlık olarak değerlendirilmiştir (2-5). Kadınlardan 15'inin görüştürmeyi kabul etmemesi, 2'sinin Kayseri dışında bulunması nedeniyle değerlendirme 373 kadın üzerinden yapılmıştır. Veriler bilgisayar ortamında SPSS programı ile değerlendirilmiş olup, verilerin istatistiksel analizinde Chi kare ve tek yönlü Ar ova testi uygulanmıştır.

BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş ortalaması 36.31 ± 0.65 , aylık gelir ortalaması ise 241.20 ± 8.37 milyon TL'dir. Kadınların % 85'i ev hanımı olup, % 15.2'ü ilkököl eğitimi bile almamıştır. Sizde şişmanlık nedir sorusuna kadınların % 16.6'sı "bilmiyorum" yanıtı verirken diğerleri verdikleri yanıtlarla şişmanlığın ne olduğu hakkında bilgileri ortaya koymuşlardır.

Kadınlara hangi sıklıkta tartıldıkları sorulduğunda % 50.7'si en az 15 günde bir, % 29.2 si 1-3 ayda bir, kalanı ise daha seyrek tartıldığını ifade etmişlerdir.

TARTIŞMA

Yaş durumu dikkate alınmadan yapılan değerlendirmeye göre araştırma grubundaki kadınların % 7'sinin zayıf, % 24.4'ünün normal ağırlıkta, % 31.6'sının hafif (I. derece) % 34.3'ünün II. derece ve % 2.7'sinin de morbid (III. derece) şişman olmak üzere toplam % 68.6'sının şişman olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Araştırmada saptanan şişmanlık oranı, Türkiye 1974 ve 1984 beslenme araştırmalarında (6,7) saptanan oranlara göre yaklaşık % 4 oranında daha yüksek bulunmuştur. Aynı şekilde zayıf olanların oranı da % 3.8 yüksek bulunmuştur. Yaş durumu dikkate alınarak yapılan değerlendirmeye göre ise, kadınların % 5.9'u zayıf, % 30.3'ü normal ağırlıkta, % 63.8'inin de şişman olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

Tablo 1'de kadınlardan şişman olanların oranının 50-64 yaşlarda en yüksek (% 93) olduğu, 65 ve üzeri yaşlılık döneminde biraz azalmış ancak 15-49 yaş grubu kadınlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durumun, yaş ilerledikçe ağırlıkta doğal olarak artış olması, bazal metabolizmanın yavaşlaması, fiziksel aktivitenin azalması ve menepozla birlikte ortaya çıktığı söylenebilir (2,4,5).

Tablo 2'de görüldüğü gibi kadınların bel ve kalça çevresi ortalamaları zayıf olanlardan morbid şişman olanlara kadar kademeli bir artış göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların %49.1'inin (183 kadın) Bel/kalça oranı 0.8'in üzerindedir (Tablo 3). Bel/kalça oranı tüm şişmanların % 59.8'inde (256 kadın) 0.8'in üzerinde olup bu oran şişmanlık derecesi arttıkça artmaktadır. Buradan araştırma grubundaki şişman olan kadınların %59.8'inin abdominal şişman olduğu ortaya çıkmaktadır. Yani kadınların % 68.6'sı şişman oldukları için; kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, safra kesesi ve bir çok kanser türüne karşı riske sahip oldukları, bunlardan yaklaşık % 60'ında abdominal şişmanlık durumu ca bulunduğundan bu hastalıklara karşı riskleri daha da artmaktadır (1,2,4,5). Şişmanlık derecesi arttıkça da abdominal şişmanlıkta riskler artmaktadır (5).

Tablo 4'te araştırma grubundaki kadınların çeşitli değişkenlere göre ağırlık durumları verilmiştir. Şişmanlık oranı; eğitim düzeyi ortaokuldan az olanlarda daha fazla eğitim görenlere göre, ev hanımlarında memur, işçi ve emeklilere göre, 160-299 milyon TL olanlarda aylık geliri bundan daha az ve daha fazla olanlara göre, doğum sayısı 3 ve daha fazla olanlarda daha az sayıda doğum yapmış olanlara göre yüksek bulunmuştur.

Beslenme alışkanlıklarına ilişkin olarak da; yemek öğün sayısı 4 ve daha çok olanlarda öğün sayısı 1-3 olanlara göre, yemeklerini yavaş yiyenlerde normal ve hızlı yiyenlere göre, yağda kızartılmış besin tüketimi haftada 1'den daha seyrek olanlarda haftada 1'den daha sık tüketenlere göre, günlük ekmek tüketimi az olanlarda normal ve çok miktarda olanlara göre, hanımlar arasında gün düzenlemeyenlerde düzenleyenlere göre daha az oranda şişmanlık saptanmıştır.

Ayrıca günlük aktivite durumu hızlı ve yavaş olanlarda, normal ve hafif derecede olanlara, sinirli ve gergin olanlarda normal ve sakin yapıda olanlara ve sigara içenlerde içmeyenlere göre (istatistikî yönden anlamlı olmamakla birlikte) daha düşük oranda; ailesinde şişman birey bulunanlarda bulunmayanlara, menopoza giren kadınlarda girmeyenlere, kronik hastalığı olanlarda olmayanlara göre daha yüksek oranda şişmanlık belirlenmiştir. Şişmanlıkla ilgili yapılan birçok çalışmada; benzer veriler elde edilmiştir (8,9,10, 11). Araştırmaya dahil edilen kadınların % 79.9'u en az 3 ayda bir ağırlıklarını ölçtüklerini belirtirken % 68.6'sının şişman olduğu bulunmuştur. Ölçülen ağırlık değerlendirilerek bireyin zayıf, normal ağırlıkta ya da şişman olduğu belirlenip, duruma göre önlem alınmadığı zaman bu ölçümün değeri yoktur.

SONUÇ

Araştırma kapsamına alınan kadınların % 31.6'sı hafif şişman, % 34.3'ü şişman, % 2.7'si morbid şişman olmak üzere toplam % 68.6'sı şişman olarak bulunurken, % 2.7'si ise zayıftır.

Kadınların bel çevresi ortalaması 87.1 ± 0.66 , kalça çevresi ortalaması 107.8 ± 0.59 olup bu ortalamalar zayıf kadınlardan, morbid şişman kadınlara doğru kademeli olarak artış göstermektedir.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Araştırma grubundaki kadınların % 49.1'inde Bel/kalça oranı 0.8'in üzerinde bulunmuştur. Şişman kadınlarında % 59.8'inin abdominal şişman oldukları saptanmıştır.

Araştırma grubundaki kadınlarda şişmanlık oranı; eğitim düzeyi düşük olanlarda, ev hanımlarında, gelir düzeyi orta derecede olanlarda, evli olanlarda, doğum sayısı 3'ten daha çok olanlarda, ailesinde şişman birey bulunanlarda, menopoza döneminde olanlarda diğerlerine göre yüksek, yemek öğün sayısı 4'ten daha çok olanlarda, yemeklerini yavaş yiyenlerde, yağda kızartılmış besin tüketimi haftada 1'den daha az olanlarda, günlük ekmek tüketimi az olanlarda, hanımlar arasında gün düzenlemeyenlerde, günlük aktivitesi hızlı ve yoğun olanlarda, sinirli ve gergin yapıya sahip olanlarda ve sigara içenlerde diğerlerine göre düşük bulunmuştur.

KAYNAKLAR

- 1- WHO-Report of a Study Group on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. WHO Technical Report series No:797, Geneva, 1990.
- 2- Baysal A: Şişmanlık. Beslenme. Hatiboğlu Yayınevi, Ankara 463, 1996.
- 3- Arslan P: Şişmanlık ve Saptama Yöntemleri, Şişmanlık Çeşitli Hastalıklarla Etkileşimi (Ed). Pekcan G, Türkiye Diyetisyenler Derneği Yayını No 4, Ankara, 7, 1992.
- 4- Baysal A, Bozkurt N, Pekcan G ve Arkadaşları: Beden Ağırlığının Denetimi (Ed), Baysal A, Hastanın Beslenme Durumunun Saptanması (Ed), Pekcan G. Diyet El Kitabı, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, 39-107, 1999.
- 5- Brown L. M: Obesity, Present Knowledge in Nutrition (Ed) Bray A.G, International Life Sciences Institute Nutrition Foundation, Sixth Edition, Washington, D.C. 23-39, 1990.
- 6- Köksal O: Türkiye 1974 Beslenme Sağlık ve Gıda tüketimi Araştırması, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 1977.
- 7- Tönük B, Gültürk H, Güneşli U ve Arkadaşları: 1984 Gıda Tüketimi ve Beslenme Araştırması, Unicef, Ankara, 1987.
- 8- Pekcan G, Baltaoğlu S: Şişman Kacınların Beslenme Bilgi Düzeyi ve Alışkanlıklarının Saptanması. Beslenme ve Diyet Dergisi 17 (2): 221-234, 1988.
- 9- Yurttağul M: Hafif Şişman ve Şişman Kadınların Beslenme Alışkanlıkları ve Zayıflamaya İlişkin Tutum ve Davranışları. Beslenme ve Diyet Dergisi 24 (1): 59-73, 1995.
- 10- Aykut M, Günay O, Öztürk Y ve Arkadaşları: Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde 50 Yaş ve Üzeri Nüfusta Hipertansiyon Prevalansı. Beslenme ve Diyet Dergisi 20 (1): 55-67, 1991.
- 11- Toksöz P, İlçin E: Diyarbakır Bölgesinde Hipertansiyon Prevalansı ve Bunun Beslenmeye İlişkin Bazı Etkenlerle İlişkisi. Beslenme ve Diyet Dergisi 21 (1): 61-70, 1992.

Tablo 1. Araştırma Grubuna Alınan Kadınların, Yaş Gruplarına Göre Ağırlık Durumlarının Değerlendirilmesi

Yaş Grupları	Zayıf	Normal	Hafif Şişman	Şişman	Morbid Şişman	Toplam	
	n=26	n=91	n=118	n=128	n=10	Sayı	%
19-49	8.2	26.8	32.5	30.0	2.5	317	100.0
50-64	0.0	7.0	25.6	62.8	4.6	43	100.0
65 +	0.0	23.1	30.8	46.1	0.0	13	100.0
Toplam	7.0	24.4	31.6	34.3	2.7	373	100.0

$$\chi^2=24.72 \quad p<0.01$$

Tablo 2. Araştırma Grubundaki Kadınların Ağırlık Durumlarına Göre Bel ve Kalça Çevresi Ortalamaları

Ağırlık Durumu	n	Bel X ± Sx	Kalça X ± Sx
Zayıf	26	67.5 ± 1.03	90.6 ± 0.86
Normal	91	67.5 ± 1.03	98.2 ± 0.54
Hafif Şişman (I. derece)	118	87.3 ± 0.64	107.5 ± 0.51
Şişman (II. derece)	128	96.0 ± 0.83	115.9 ± 0.55
Morbid Şişman (III. derece)	10	113 ± 4.02	139.1 ± 0.59
Toplam	373	87.1 ± 0.66	107.8 ± 0.59

$$F=150.02 \quad p<0.01 \quad F=227.38 \quad p<0.01$$

Tablo 3. Araştırma Grubundaki Kadınların Ağırlık Durumlarına Göre Bel/Kalça Oranı

Ağırlık Durumu	Bel/Kalça>0.8		Bel/Kalça<0.8		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Zayıf	3	11.5	23	88.5	26	100.0
Normal	27	29.7	64	70.3	91	100.0
Hafif Şişman(I. derece)	60	50.8	58	49.2	118	100.0
Şişman (II. derece)	89	69.5	39	30.5	128	100.0
Morbid Şişman (III. derece)	4	40.0	6	60.0	10	100.0
Toplam	183	49.1	190	50.9	373	100.0

$$\chi^2=50.28 \quad p<0.01$$

Tablo 4. Araştırma Grubundaki Kadınların Çeşitli Değişkenlere Göre Ağırlık Durumlarının (Yaş gruplarına göre değerlendirilmiş) Yüzdeler Dağılımı

Değişkenler	Zayıf	Normal	Şişman	Toplam			χ^2 p	
	n=22 %	n=113 %	n=238 %	Kolon Sayı	%	%		
Toplam	5.9	30.3	63.8	373	100.0	100.0		
Eğitim								
İlkokuldan az	3.5	19.3	77.2	57	100.0	15.3	$\chi^2=39.59$ p<0.01	
İlkokul	4.0	22.9	73.1	201	100.0	53.9		
Ortaokul- Lise	10.0	51.1	38.9	90	100.0	24.1		
Yüksekokuil-Fakülte	12.0	40.0	48.0	25	100.0	6.7		
Meslek								
Ev hanımı	4.7	25.9	69.4	317	100.0	85.0	$\chi^2=29.17$ p<0.01	
Memur	10.0	60.0	30.0	10	100.0	2.6		
İşçi	14.3	57.1	28.6	7	100.0	1.9		
Emekli	12.8	53.9	33.3	39	100.0	10.5		
Gelir Durumu								
160 Milyon ↓	8.2	29.5	62.3	146	100.0	39.4	$\chi^2=10.52$ p<0.05	
160-299 Milyon	1.8	24.3	73.9	111	100.0	30.0		
300 + Milyon	7.0	36.8	56.2	114	100.0	0.6		
Medeni Durum								
Evlü	3.3	25.8	70.9	306	100.0	82.0	$\chi^2=50.80$ p<0.01	
Bekar	20.9	58.2	20.9	43	100.0	11.5		
Dul	12.5	37.5	50.0	24	100.0	6.5		
Toplam Doğum Sayısı								
0	13.3	40.0	46.7	18	100.0	5.4	$\chi^2=14.7$ p<0.01	
1-2	9.2	52.1	38.7	141	100.0	42.6		
3+	3.6	38.3	58.1	171	100.0	52.0		
Yemek Öğün Sayısı								
1-2	2.2	35.6	62.2	90	100.0	24.1	$\chi^2=10.9$ p<0.05	
3	6.4	27.7	65.9	267	100.0	71.6		
4+	18.7	43.8	37.5	16	100.0	4.3		
Yemek Yeme Şekli								
Hızlı	3.1	29.9	70.0	127	100.0	34.0	$\chi^2=15.8$ p<0.01	
Normal	3.2	29.9	66.9	154	100.0	41.3		
Yavaş	14.1	31.5	54.3	92	100.0	24.7		
Yağda Kızartılmış Besin Tüketimi								
Her Gün veya Gün aşırı	6.9	31.0	62.1	58	100.0	15.5	$\chi^2=4.7$ p>0.05	
Haftada 1-2	3.6	29.4	67.0	194	100.0	52.0		
Daha Seyrek + Hiç	9.1	31.4	59.5	121	100.0	32.5		
Günlük ekme tüketimi								
Az miktarda	11.3	37.7	51.0	106	100.0	28.4	$\chi^2=19.8$ p<0.01	
Normal miktarda	4.2	32.3	63.5	167	100.0	44.8		
Çok miktarda	3.0	19.0	78.0	100	100.0	26.8		
Hanımlar arasında gün düzenleme								
Düzenli olarak	2.1	23.4	74.5	141	100.0	37.8	$\chi^2=21.7$ p<0.01	
Ara sıra	2.4	21.4	76.2	42	100.0	11.3		
Hiç	9.5	37.4	53.1	190	100.0	50.9		
Günlük aktivite durumu								
Çok hızlı ve yoğun	7.4	42.6	50.0	122	100.0	32.7	$\chi^2=15.42$ p<0.01	
Normal derecede	4.8	24.3	70.9	189	100.0	50.7		
Hafif derecede	6.4	24.2	69.4	62	100.0	16.6		
Yapı özelliği								
Sinirli ve gergin	6.6	34.2	59.2	152	100.0	40.0	$\chi^2=2.85$ p>0.05	
Normal	6.2	26.7	67.1	146	100.0	39.1		
Sakin	4.0	29.3	66.7	75	100.0	20.1		
Çocuklukta şişmanlık								
Var	10.5	31.4	58.1	105	100.0	28.7	$\chi^2=6.00$ p=0.05	
Yok	4.1	29.9	66.0	268	100.0	71.8		
Ailede şişmanlık								
Var	5.1	23.9	71.0	176	100.0	47.2	$\chi^2=7.61$ p<0.05	
Yok	6.6	36.0	57.4	197	100.0	52.8		
Şigara içme durumu								
İçiyor	5.4	35.9	58.7	92	100.0	24.7	$\chi^2=1.79$ p>0.05	
İçmiyor veya bırakmış	6.0	28.5	65.5	281	100.0	75.3		
Menopoz								
Var	9.0	16.4	74.6	67	100.0	18.0	$\chi^2=7.98$ p<0.05	
Yok	5.2	33.3	61.5	306	100.0	82.0		
Kendi ağırlığını değerlendirme								
Normal	7.1	50.0	42.9	154	100.0	41.3	$\chi^2=158.87$ p<0.01	
Hafif şişman	0.0	22.0	78.0	91	100.0	24.4		
Şişman	0.0	3.9	96.1	102	100.0	27.3		
Zayıf	42.3	46.2	11.5	26	100.0	7.0		
Kronik hastalık	var	3.9	23.7	72.4	151	100.0	40.8	$\chi^2=8.30$ p<0.05
yok	7.2	34.7	58.1	222	100.0	59.2		

GATA EĞİTİM HASTANESİ İLK VE ACIL YARDIM MERKEZİNE BAŞVURAN HASTALARDAN YATIRILARAK TEDAVİ EDİLENLERİN VE HASTALIKLARININ BAZI ÖZELLİKLERİNİN BELİRLENMESİ

Süleyman CEYLAN*, Nazmi TÜMERDEM*, Mehmet YAŞAR**, Selim KILIÇ*, Mahir GÜLEÇ*

*GATA Halk Sağlığı Anabilim Dalı

** GATA Acil Tıp Anabilim Dalı

ÖZET

Bu çalışma, GATA İlk ve Acil Yardım Merkezi'ne başvuran hastalardan yatırılarak tedavi edilenlerin sıklığını, bu kişilerin sosyo-demografik özelliklerinin, ön tanıların ve yatırılma kararına esas olan fizik muayene bulgularının, laboratuvar tetkiklerinin, acil serviste yapılan müdahalelerin ve hastaların yatırıldığı kliniklerin dağılımını saptamak amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu amaçla, 2000 yılının Ocak, Nisan, Temmuz ve Ekim aylarında GATA İlk ve Acil Yardım Merkezine başvuran hastaların kayıtları gözden geçirilerek veriler toplanmıştır.

Söz konusu dönemlerde başvuran hastaların %3.65'inin yatırılarak tedavi edildiği saptanmıştır. Yatırılan hastaların büyük kısmının erkek (%67.4), yaş ortalamasının 38.5±25.8, olduğu ve yoğunlukla sabah 08.00-24.00 saatleri (%83.0) ile ilkbahar döneminde başvurdukları (%43.3) görülmüştür. Hastaların, acil servise en fazla karın ağrısı ve/veya bulantı, kusma şikayeti ile geldikleri (%19.9), en sık saptanan fizik muayene bulgusunun batin hassasiyeti ve/veya defans, rebound olduğu (%11.8), en fazla akut batin ön tanısı konduğu (%14.8) ve daha çok acil cerrahi kliniği (%29.0) ve acil dahiliye yoğun bakım servisine yatırıldıkları (%25.3) saptanmıştır. En sık yapılan laboratuvar tetkikinin tam kan tahlili olduğu görülmüştür.

Sonuç olarak, hastalıklara ve yapılacak müdahalelere yönelik protokollerin ve basit algoritmaların oluşturulabilmesi, hasta triyajının daha hızlı yapılabilmesi, hizmetlerin daha standardize yürütülebilmesi ve kaynakların daha verimli kullanılabilmesi için kayıtların düzenli tutulmasının sağlanması ve eldeki verilerle birlikte acil servis hizmetlerinin yeniden düzenlenmesinin uygun olacağı görülmüştür.

Anahtar Sözcükler: Acil servis, hospital- zasyon, Eğitim Hastanesi

GİRİŞ

Acil sağlık hizmetleri, kişinin yer ve zaman belli olmaksızın ani olarak karşılaştığı, hayatı tehdit eden ve bu nedenle anında yardım edilmesi gereken sağlık sorunlarını çözmeye yönelik bir hizmetler dizisi olarak tanımlanabilir (1). Acil tıp, sadece otuz yıllık bir geçmişe sahip olan bir alandır (2). Buna rağmen en çok hasta sirkülasyonuna sahip birimlerden biridir. Görece yeni bir alan olması ve yoğun hasta sirkülasyonuna sahip olması, doğal olarak, verilen hizmetin kalitesini de etkilemektedir.

Toplumumuzda, "acil" terimi, gerçek anlamıyla yerine oturmamış görünmektedir. Acil polikliniklerinin, tıbbi acillerin yanı sıra, gün içinde polikliniklerin by-pass edilmeye çalışıldığı yerler olarak görülmesi, gelen hastalara hangi standartlara göre yaklaşılacağı ve müdahale edileceğinin tam olarak belirlenmemiş olması, gereksiz hastalıkların hospitalize edilmesi, hastalıklar için belirli protokollerin bulunmaması ve buna bağlı olarak hastalıkların triyajının gerçek anlamıyla gerçekleştirilememesi acil kliniklerindeki hizmetleri olumsuz yönde etkileyen faktörlerden bazılarıdır.

Kurumdan kuruma değişimle birlikte, acil servislere genel olarak akut MI, akut batin, SVO ve travmalar en sık hospitalize edilen sağlık problemleri arasında yer almaktadır. Birleşik Devletler'de, 1-45 yaş arası grupta başlıca ölüm sebebi travmadır (3). Fakat, hasta profilinin yanı sıra, acile gelen sağlık problemlerinin ve bunlara yönelik ne tür müdahalelerde bulunduğu gerçeği anlamıyla bilinmemesi, hem sağlık hizmetlerinin organizasyonunun hem de verilen sağlık hizmetinin verimsiz ve kalitesiz olmasına yol açmaktadır. Bu tür bilgilerin elde olması, aynı zamanda, öğrenci eğitimi sırasında da, dikkat edilmesi ve üzerinde durulması gereken noktalar konusunda ipuçları verebilir.

AMAÇ

Bu çalışma, GATA İlk ve Acil Yardım Merkezi'ne başvuran hastalardan yatırılarak tedavi edilenlerin sıklığını, bu kişilerin sosyo-demografik özelliklerinin, ön tanıların ve yatırılma kararına esas olan fizik muayene bulgularının, laboratuvar tetkiklerinin, acil serviste yapılan müdahalelerin ve hastaların yatırıldığı kliniklerin dağılımını saptamak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

YÖNTEM

Tanımlayıcı tipte planlanmış olan bu çalışmaya, GATA İlk ve Acil Yardım Merkezine 2000 yılının Ocak, Nisan, Temmuz ve Ekim aylarına ait tüm dosya kayıtları kullanılmıştır.

Yatırılarak tedavi edilen hastaların kayıtları ayrıntılı olarak incelenmiştir. Yatırılan hastaların yaşı, cinsiyeti, yatış tarihi, yatırıldığı klinik, ön tanısı, şikayetleri, fizik muayene ve laboratuvar bulguları ile yapılan müdahaleler hakkında bilgi toplanmıştır. Toplanan veriler SPSS for Windows 9.05 versiyonuna yüklenerek istatistiksel analizleri yapılmıştır.

BULGULAR

İncelenen kayıtlara göre; 2000 yılının Ocak, Nisan, Temmuz ve Ekim aylarında GATA İlk ve Acil Yardım Merkezi'ne başvuran toplam hasta sayısı 24 323 olup bunlardan 887'si yatırılarak tedavi edilmiştir (%3.65). Yatırılan hastalar büyük oranda erkeklerden oluşmaktadır (%67.4). En çok 60 yaş üzeri (%30.4) kişilerin yatırıldığı görülmüştür. Yaş ortalaması 38.5±25.8 olarak gerçekleşmiştir. Yatırılarak tedavi edilen hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.

Hastaların yatırılmasına esas olan çeşitli özellikler göz önünde bulundurulduğunda ise, hastaların daha çok karın ağrısı (± bulantı, kusma) şikayeti ile (%19.9) geldikleri, en sık rastlanan fizik muayene bulgusu olarak batin hassasiyetinin (± rebound ve defans) (%11.8) saptandığı, kayıtlı verilere göre ise en çok tam kan tahlili yapıldığı (%11.4) ve müdahale olarak da aktif kömür verilmesi ve mide lavajı (%5.5) uygulaması yapıldığı görülmektedir. Ayrıca, fizik muayene, yapılan tetkik ve müdahalelerde kayıtların çok düzensiz tutulmuş olduğu görülmektedir. Hastaların yatırılmasına esas olan çeşitli özelliklerin dağılımı Tablo 2'de sunulmuştur.

Hastaların yapılan fizik muayene ve laboratuvar tetkikleri sonucu yatırılışa esas olarak aldıkları tanımlara göre dağılımı da Tablo 3'te verilmiştir. Buna göre hastaların büyük oranda akut batin tanısı (%14.8) ile yatırıldıkları görülmektedir. Daha sonra ise genel vücut travması (%8.8) ve ilaç intoksikasyonu (%6.7) gelmektedir. Ayrıca, %23.7 gibi yüksek bir oranda tanının belirtilmediği görülmüştür. Tablo 4'te ise, hastaların yatırıldıkları kliniklerin dağılımı verilmiştir. Hastaların yatırıldıkları servislere göre

dağılımında, %29.0 ile acil cerrahi kliniğinin, %25.3. ile de acil dahiliye yoğun bakım servisinin en yüksek oranda gerçekleşmiş olduğu görülmektedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Araştırmanın amaçları göz önünde bulundurulduğunda, yatırılan hasta profilinin büyük çoğunluğunu (%67.4) erkek ve genellikle 17-29 yaş arası (%29.2) ile 60 yaş üzeri (%30.4), kişiler oluşturmaktaydı. 75 yaş üstü popülasyonun oranı %7.4 idi. Belçika'da yapılan buna benzer bir çalışmada, acil servise başvuranların %56'sının kadın, 75 yaş üstü popülasyonun ise %12.3 olduğu tespit edilmiştir (4).

Yatırılarak tedavi edilenler genel olarak karın ağrısı (%19.9), göğüs ağrısı (%9.1), trafik kazası (%7.0) ve ilaç alımı (%5.9) gibi şikayetler ile acil kliniğine gelen hastalardan oluşmaktaydı. Belçika'daki çalışmada ise abdominal problemler %13.0 ve göğüs ağrısı %9.0 ile benzer oranlarda, travma ve düşmeler ise %15 gibi yüksek bir oranda bulunmuştur. Adana'da Güneylü ve ark. yaptığı bir çalışmada ise acil servise başvuran hastaların %70.7'sinin erkek olduğu, en sık ev kazalarının meydana geldiği (%42.9), trafik kazalarının oranının ise %30.4 oranında gerçekleştiği bulunmuştur (5). Ayrıca, 15 yaş üstü grupta trafik kazası oranı %33.4 gibi yüksek bir oranda tespit edilmiştir. Bu çalışmada ise bu oranın sadece %3.2 düzeyinde olduğu görülmüştür. Daha çok akut batın (%14.8), genel vücut travması (%8.8), ilaç intoksikasyonu (%6.7) ve bronşiolit (%5.0) gibi tanımlar ile acil cerrahi (%29.0), acil dahiliye yoğun bakım (%25.3) ve çocuk kliniğine (%17.2) yatırılmış olan bu hastalara uygun tetkik ve müdahalelerin yapılmış olduğu görülmüştür.

Çalışma sonucunda, yatırılarak tedavi edilen hastaların başvurularının çok az bir kısmının (%17.0) gece 24-08 arasında, kalan başvuruların ise diğer vardiyalarda eşit olarak gerçekleştiği görülmüştür. Şemin ve ark İzmir'de yaptığı bir çalışmada ise, 24-08 arasındaki başvuruların %17.7 gibi benzer bir oranda gerçekleştiği, diğer tarafları 16-24 arasında başvuru oranının %53.0 gibi yüksek bir oranda gerçekleştiği bulunmuştur (1).

Hastalıklara yönelik protokollerin, bu profil sonrası oluşturulmasının daha kolay ve daha sistemli olacağı açıktır. Özellikle en sık karşılaşılan şikayetler ve sağlık problemlerine yönelik basit algoritmaların hazırlanması, hem iş yükünü hafifletecek, hem kaynakların daha etkin şekilde kullanılmasını sağlayacak, hem de hizmetin daha verimli ve kaliteli olmasını sağlayacaktır. Ancak, bütün bu adı geçen girişimlerin ve düzenlemelerin yapılabilmesi için veri bildirim sisteminin düzenli ve sistemli şekilde işlemesi gerekmektedir. Verilerin düzenli kaydedilmediği, uygun ve zamanında bildirilmediği durumda, bu tür girişimlerin eksik ve hatta yanlış olabileceği bilinmemelidir. Bu çalışmada da, bazı konularda verilerin eksik olduğu görülmüştür. Özellikle, fizik muayene bulgularındaki %45.2, hastalara yapılan tetkiklerdeki %56.0, uygulanan müdahalelerdeki %87.1 ve anamnez bulgularındaki %9.5 oranındaki kayıt eksikliğinin bu tür hatalara yol açabileceği göz önünde bulundurulmalı ve bu durumun en kısa zamanda giderilmesi için uygun çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Acil servislere, bu tür düzenlemeler sonucu triyaj ve beraberinde hızla uygulanacak girişimlerdeki olumlu değişimler sebebiyle DSÖ, özellikle çocuk sağlığı olmak üzere diğer alanlara yönelik çeşitli rehber yayınlamıştır (6).

Bu sorunlar sadece Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde değil hemen her ülkede söz konusudur. Danimarka'da yapılan bir çalışmada da benzer noktalar ihtiyaç duyulduğu bulunmuştur (7). Bunun yanı sıra, Fransa'da da eldeki kaynakların daha verimli kullanılabilmesini sağlayabilmek amacıyla, bu birimlerin reorganizasyonu için çalışmalar başlatılmıştır (8).

Bu tür çabaların ülke çapında gerçekleştirilmesi sonucu, acil bakım hizmetlerinin organizasyonu ve yasal düzenlemeleri konusunda da daha ileri adımların atılacağı ortadadır. Romanya'da yapılan bir çalışma sonucunda, bu tür çabaların, yasal düzenlemelerin oluşması sürecine pozitif etkisinin olduğu ayrıca birinci basamak hizmetlerinin disiplinler arası işbirliğine bağlı olarak daha düzenli ve verimli çalıştığı bulunmuştur. Bu durumun, halk sağlığı çalışmalarının, hem hastanelerde, hem doktorlar arasında hem de halk arasında daha yakından tanınması için bir fırsat yaratacağı da bilinmelidir (9,10).

Sonuç olarak, acil serviste bazı kayıtların eksik tutulduğu görülmüş, veri kaydının geliştirilmesi, triyaj ve müdahaleler için basit algoritmaların oluşturulabilmesi, kaynakların daha verimli kullanılabilmesi ve sürecin daha standartize yürütülebilmesi için bu eksikliğin en kısa zamanda giderilmesi gerektiği bulunmuştur. Ancak, hem bu çalışma planının dışında kalan bazı noktaların aydınlatılması hem de düzenlemelerin daha uygun ve etkin şekilde gerçekleştirilebilmesi için, bu araştırmanın daha büyük ve geniş çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Şemin S, Güldal D. Acil servislere başvuran hastaların retrospektif analizi ve acil servislere yoğun başvuruların nedenleri. Toplum ve Hekim. 1993 Aralık; 58: 11-14.
2. Danse EM, Thys F, Reynaert MS, Prinçot J, Maldague B. Radiology and Emergency Medicine: state of the art. JBR-BTR. 1999 Feb; 82 (1): 19-22
3. Hasta ve Yaralıların Acil Bakımı ve Nakledilmesi. İkinci Basım. 1991. Sf:278
4. Epidemiological profile of geriatric patients admitted to emergency department of a university hospital localized in a rural area. Eur J Emerg Med. 2001 Dec; 8 (4): 301-4.
5. Güneylü H, Bırgut R. Adana il merkezindeki hastanelerin acil servislerine başvuran kaza olgularının epidemiyolojik incelemesi. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı. 1994: 124-6.
6. Gove S, Tamburlini G, Molyneux E, Whitesell P, Campbell H. Development and technical basis of simplified guidelines for emergency triage assessment and treatment in developing countries. WHO Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) Referral Care Project. Arch Dis Child. 1999 Dec; 81 (6): 473-7.
7. Boesen MP, Larsen CF, Lippert FK, Larsen MS, Rock ND, Lang-Jensen T. Admission, initial examination and care of severely injured in Denmark. Ugeskr Laeger. 2001 Oct; 163 (43): 5963-6.
8. Steg A. restructuring of emergency services: a safety imperative. Bull Acad Natl Med. 1994 Nov; 178 (8): 1475-84.
9. Salihefendić N, Beslagić Z. structure and organization of emergency medical care in Tuzla Canton and possibilities of interdisciplinary cooperative projects. Med. Arh. 2000; 54 (4): 213-5
10. Schmitz-Beuting J, Schneitler H. Emergency medicine- a challenge for public health services as well. Offentl Gesundheitswes. 1990 Nov; 52 (11):636-40.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Tablo 1: Yatırılarak Tedavi Edilen Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Cinsiyet	n	%
Erkek	598	67.4
Kadın	289	32.6
Yaş Grubu*		
0-16 yaş	165	19.6
17-29 yaş	246	29.2
30-39 yaş	52	6.2
40-49 yaş	44	5.2
50-59 yaş	80	9.4
60 yaş ve üzeri	256	30.4
Hastanın Acil Servise Başvuru Saati**		
n		%
24.00-08.00 arası	86	17.0
08.00-16.00 arası	205	40.8
16.00-24.00 arası	212	42.2
Toplam	887	100.0

* 44 hastanın yaşları ile ilgili bilgiye ulaşılamamıştır.

** 384 kişinin başvuru saati ile ilgili bilgiye ulaşılamamıştır

Tablo 2: Araştırmaya Dahil Edilen Hastaların Yatışa Esas Olan Çeşitli Özelliklere Göre Dağılımı

Yatılışa Esas Olan Şikayet	n	%
Karın ağrısı+bulantı, kusma	177	19.9
Göğüs ağrısı	81	9.1
Trafik kazası	62	7.0
İntihar amaçlı ilaç alımı	52	5.9
Nefes darlığı	45	5.1
Diğer	386	43.5
Belirtilmemiş	84	9.5
Toplam	887	100.0
Yatılışa Esas Olan Fizik Muayene Bulgusu		
n		%
Batın hassasiyeti ± defans, rebound belirtisi	105	11.8
Akciğerlerde raller	17	1.9
Barsak seslerinde değişiklik	16	1.8
Diğer	314	42.9
Belirtilmemiş	401	45.3
Toplam	887	100.0
Kullanılan Laboratuvar Tetkikleri		
n		%
Tam kan	101	11.4
EKG	60	7.4
Akciğer grafisi	24	2.7
Tam kan ± USG	22	2.5
Diğer	121	20.1
Belirtilmemiş	497	56.0
Toplam	887	100.0
Acil Serviste Yapılan Müdahaleler		
n		%
Mide lavajı ve aktif kömür verilmesi	49	5.5
Damar yolunun açılması	10	1.1
Diğer	30	4.4
Belirtilmemiş	772	87.1
Toplam	887	100.0

Tablo 3: Araştırmaya Dahil Edilen Hastaların Aldıkları Ön Tanılara Göre Dağılımı

Yatılışa Esas Olan Tanı	n	%
Akut batın	131	14.8
Genel vücut travması	78	8.8
İlaç intoksikasyonu	59	6.7
Gözlem amaçlı yatırma	50	5.6
Bronşiolit	44	5.0
Diğer	170	35.4
Tanısı belirtilmeyen	210	23.7
Toplam	887	100.0

Tablo 4: Araştırmaya Dahil Edilen Hastaların Yatırıldıkları Kliniklere Göre Dağılımı

Hastanın Yatırıldığı Klinik	n	%
Acil cerrahi kliniği	257	29.0
Acil dahiliye yoğun bakım	224	25.3
Çocuk kliniği	153	17.2
Kardiyoloji yoğun bakım	142	16.0
Diğer	52	12.5
Toplam	887	100.0

GATA EĞİTİM HASTANESİNDE RUTİN İZLEMİ YAPILAN YAŞLI BİREYLERİN GEÇİRDİĞİ EV KAZALARININ ÇEŞİTLİ ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Şenay TOPAÇ*, Ümit ATEŞKAN**, Süleyman CEYLAN***, Tülay BİÇER*

*Gülhane Askeri Tıp Akademisi Halk Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı

**Gülhane Askeri Tıp Akademisi Geriatri Bilim Dalı

***Gülhane Askeri Tıp Akademisi Halk Sağlığı AD

ÖZET

Bu çalışma, GATA Geriatri Bilim Dalı polikliniğine başvuran 65 yaş ve üstü bireylerin: ev kaza sıklığını belirlemek, karşılaştığı kaza risklerini ortaya koymak, kaza nedenlerini saptamak, yaşadıkları fiziksel çevre özellikleri ve günlük yaşam aktivitelerinin kaza riski ile ilişkisini ortaya koymak amacıyla yürütülmüştür.

Bu çalışma, kesitsel araştırma sonucunda saptanan kaza geçiren ve geçirmeyen bireylerin kazalarla ilgili nedensel faktörlerinin incelenmesiyle kesitsel araştırma üzerine kurgulanmış bir vaka-kontrol çalışması (nested) şeklinde gerçekleştirilmiştir. GATA Geriatri polikliniğine gelen ve kayıtlı olan tüm yaşlı bireyler araştırmanın evrenini, 14 Aralık 2001- 30 Nisan 2002 tarihleri arasında polikliniğe başvuru yapan 213 yaşlı bireyler ise araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Kazalarla ilgili veriler, araştırma grubunun son bir yıl içinde geçirmiş olduğu toplam 139 kazayı içermektedir.

Çalışma sonucunda; sosyodemografik özellikler ile davranışlar yönünden kadınların, evli olmayanların, 75 yaşında ya da daha yaşlı olanların, yalnız yaşayanların, düzenli egzersiz yapmayanların ve dört veya daha fazla sayıda ilaç kullananların daha fazla ev kazası riski taşıdığı saptanmıştır. Kaza geçirme sıklığı ile sağlık sorunları arasındaki ilişki incelendiğinde ise görme problemi, sık baş dönmesi ve fiziksel yetersizliklere sahip olmak ve hipertansiyon hastası olmak ev kazaları açısından risk faktörü olarak belirlenmiştir.

Kazaların büyük bir bölümünü ev kazalarının oluşturması nedeniyle, ev koşullarının kazayı önlemeye yönelik düzenlenmesi ve yaşlı bireylerin kazalar konusunda eğitilmesi kaza görülme sıklığını azaltacağı düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Yaşlılar, ev kazaları sıklığı, risk faktörü

GİRİŞ

Dünya nüfusunun küresel olarak yaşlanması ve yaşlı nüfusunun giderek artması, son yirmi yılda yaşlılık ve sorunlarına yönelik ilgiyi artırmıştır. Yaşlanma ile meydana gelen fizyolojik değişiklikler ve buldukları yaş grubunda akut ve kronik hastalıkların sık görülmesi nedenleriyle yaşlı bireyler, ev kazaları açısından yüksek riske sahiptir. Yaşlı bireylerde kazaların büyük çoğunluğu (%82'i) evde meydana gelmekte ve ölüm nedenleri arasında 6. sırada yer almaktadır (1).

Kazalar dünyada ve ülkemizde yüksek morbidite, mortalite, sakatlık ve iş gücü kayıplarına neden olduğu için, halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Kazalar insan sağlığı, sağlık hizmetleri, işgücü ve yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkileri, maddi külfeti ve "korunabilir" olma özellikleri nedeniyle günümüzde halk sağlığının öncelikli konuları arasına girmiş, özellikle yaşlılar için ihmal edilmeyi veya yetersiz kontrolü affetmeyecek bir sağlık problemi haline gelmiştir (2, 3, 4, 5, 6).

Bir çok çalışmada belirtildiği gibi kazalar, bireylerin sağlık durumunu ciddi şekilde etkilemekte, hareket kabiliyetlerini azaltmakta ve günlük aktivitelerini yerine getirirken güvenlerini kaybetmelerine neden olmaktadır (7, 8, 9).

AMAÇ

Bu araştırma, GATA Geriatri Bilim Dalı polikliniğine başvuran 65 yaş ve üstü bireylerin: ev kaza sıklığını belirlemek, karşılaştığı kaza risklerini ortaya koymak, kaza nedenlerini saptamak, yaşadıkları fiziksel çevre özellikleri ve günlük yaşam aktivitelerinin kaza riski ile ilişkisini ortaya koymak amacıyla yürütülmüştür.

YÖNTEM

Bu çalışma, kesitsel araştırma sonucunda saptanan kaza geçiren ve geçirmeyen bireylerin kazalarla ilgili nedensel faktörlerinin incelenmesiyle kesitsel araştırma üzerine kurgulanmış bir vaka-kontrol çalışması (nested) şeklinde gerçekleştirilmiştir.

GATA Geriatri polikliniğine gelen ve kayıtlı olan tüm yaşlı bireyler araştırmanın evrenini, 14 Aralık 2001- 30 Nisan 2002 tarihleri arasında polikliniğe başvuru yapan 213 yaşlı bireyler ise araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Kazalarla ilgili veriler, araştırma grubunun son bir yıl içinde geçirmiş olduğu toplam 139 kazayı içermektedir.

Poliklinikte izlemi yapılan kişilerin sosyo-demografik özelliklerini, sağlıkla ilgili çeşitli davranış özelliklerini ve olmuşsa kaza özelliklerini içeren bir soru formu kullanılmıştır.

Soru formunun uygulanmasından sonra sonuçlar, SPSS 9.0 paket programı yardımıyla değerlendirilmiştir. Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizlerince ki-kare testi uygulanmış, risk düzeylerini saptamak için ise Odds Ratio değerleri hesaplanmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya katılan yaşlıların yaş ortalaması 74,7±5,9 (65-89)' dur. Araştırma grubundaki bireylerin %29,5'u 75-79 yaş grubunda, %62,9'u kadın, %37,1'i erkektir. Çalışma grubunun çeşitli sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı Tablo-1'de gösterilmiştir.

Çalışmaya katılan yaşlıların, son bir yılda kaza geçirme sıklığının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı Tablo 2' de verilmiştir. Araştırma grubuna giren 213 kişinin 139'unun (%65,3) son bir yılda kaza geçirmiş olduğu görülmektedir. Son bir yılda kadınların erkeklere göre yaklaşık olarak 11 kat, 75 yaşında ya da daha yaşlı olanların 65-74 yaşlarında olanlara göre yaklaşık olarak 12 kat, orta öğretim veya daha düşük düzeyde öğrenim görenlerin lise veya daha fazla öğrenim görenlere göre 3 kat, evli olmayanların evli olanlara göre yaklaşık olarak 8 kat ve yalnız yaşayanların başka biri ya da birileri ile birlikte yaşayanlara göre yaklaşık olarak 2 kat daha fazla kaza geçirdikleri saptanmıştır.

Tablo 3'te çalışmaya katılan yaşlıların, son bir yılda kaza geçirme sıklığı ile çeşitli sağlık davranışları arasındaki ilişki verilmiştir. Buna göre düzenli egzersiz yapmamak, 4 ve daha fazla sayıda ilaç kullanıyor olmak ev kazaları açısından risk faktörü olarak belirlenmiştir.

Tablo 4'te çalışmaya katılan yaşlıların, son bir yılda kaza geçirme sıklığı ile sağlık sorunları arasındaki ilişki gösterilmiştir: görme problemi, sık baş dönmesi ve fiziksel yetersizliklere sahip olmak ve hipertansiyon hastası olmak ev kazaları açısından risk faktörü olarak belirlenmiştir.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

TARTIŞMA VE SONUÇLAR

Çalışmaya katılan yaşlılarda son bir yılda ev kazası geçirme oranı %65,3 olarak belirlenmiştir. Cihan'ın yapmış olduğu çalışmada son bir yıl içinde herhangi bir ev kazası geçirme oranı %67,8 olarak saptanmıştır (10).

Son bir yılda kaza geçirme sıklığı ile cinsiyetler arasındaki ilişki sorgulandığında cinsiyetler arasında kaza geçirme sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup, buna göre kadınların erkeklerle oranla 10,96 kat (5,66-21,24) kaza geçirme riski olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Kadınların evde geçirdikleri sürenin erkeklerle göre uzun olması ve ev işleri yapma sorumlulukları dikkate alındığında bu beklenen bir sonuçtur.

Kaza geçirme sıklığı ile yaş grupları arasındaki ilişki irdelendiğinde 75 yaş ve daha fazla yaş grubundaki yaşlılar ile 65-74 yaş grubunda olan yaşlılar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Buna göre 75 yaş ve daha fazla yaş grubundaki yaşlılar diğer yaşlılara göre 1,33 kat (0,03-0,16) kaza geçirme açısından risklidir. Literatürde de 75-80 yaşları sonrasında kazaların yaşlılığın getirmiş olduğu fiziksel yetersizliklerin artmasıyla daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (3).

Çalışma grubundaki ortaöğretim ve altı eğitim seviyesinde olan yaşlılar ile lise ve üniversite mezunu yaşlılar arasında kaza geçirme açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış olup, ortaöğretim ve daha alt eğitim seviyesindeki yaşlılar, yüksek eğitim düzeyindeki yaşlılara oranla 3,04 kat (1,66-5,54) kaza geçirme riskine sahiptir. ($p<0,05$). Morgan ve Carter tarafından yapılan çalışmada, düşük eğitim seviyesindeki yaşlıların %31, yüksek eğitim seviyesinde olan yaşlıların %18 oranında kaza geçirdiği, bununla istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,001$) bildirilmektedir (9). Bundan özellikle düşük eğitim seviyesinde olan yaşlılara, kazalardan korunma konusunda verilecek eğitimin kazaları önlemede önemli olacağı sonucuna varılabilir.

Yaşamlarını yalnız sürdüren yaşlılar ile çalışma grubundaki diğer yaşlılar arasında kaza geçirme açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış olup, yalnız yaşamın kaza açısından 2,13 kat (1,14-3,97) risk teşkil ettiği belirtilmektedir. Cihan ve Atabek tarafından yapılan çalışmalarda da aynı bulgu desteklenmektedir (10,11). Evli veya kalabalık ailelerde yaşayan yaşlıların kaza açısından kontrol edilme imkanının olması, gözetim altında tutulması ve yalnız yaşayan yaşlıların yemek, temizlik, alışveriş gibi günlük işlerini kendileri yapmak zorunda olmaları kaza maruziyetini artırmaktadır.

Ayrıca düzenli olarak egzersiz yapan ve yapmayan yaşlılar arasında kaza geçirme açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş, buna göre egzersiz yapmayan yaşlıların 14,2 kat (0,03-0,14) kaza geçirme riski olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Egzersiz yapma ile kaza geçirme ilişkisini değerlendiren araştırmalara rastlanmamakla birlikte literatürde etkin egzersizin yaşlılarda mobilite ve kas kuvvetinin sürdürülmesine yardımcı olduğu böylece bireyden kaynaklanan düşme riskinin azalabileceği ifade edilmiştir (1).

Araştırmaya katılan yaşlılarda ilaç kullanım durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş, 4 ve daha fazla sayıda ilaç kullanan yaşlıların, ilaç kullanmayan ve daha az sayıda ilaç kullanan yaşlılara göre 3,13 kat (1,74-5,64) kaza geçirme açısından riskli olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Yapılan farklı çalışmalarda fazla sayıda ilaç kullanımının yaşlıda denge unsurunu etkileyip düşme etyolojisinde büyük rol aldığı bildirilmektedir. Özellikle psikotropik ve kardiyovasküler ilaç tedavilerinin yan etkileri kazalara yakınlığı artırdığı belirtilmektedir (1,12,13,14).

Uyku sorunu olan ve olmayan yaşlılar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş, uyku sorunu olan yaşlıların olmayan yaşlılara göre 5,83 kat (3,01-11,28) kaza geçirme açısından riskli olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Fortin ve arkadaşlarının çalışmasında uyku sorununun düşme etyolojisinde önemli olduğu, yaşlının gece uyanıp ev içinde kendisini oyalayabilecek aktivitelere girişmesi sırasında ya da kalitesiz bir uyku sonrasında güne başlamanın dikkat dağınıklığı sonucu kazaya meyilli artıracağı ifade edilmiştir (15).

Çalışmaya katılan yaşlıların %41,3' ü baş dönmesi sorunu yaşadıklarını ifade etmektedir. Yapılan istatistiksel analizlerde baş dönmesi ile kaza geçirme durumu arasında anlamlı bir fark bulunmuş olup, baş dönmesi şikayeti olan yaşlıların 13,36 kat (5,72-31,22) riskli olduğu tespit edilmiştir. Literatürde kardiyovasküler sistem hastalığı ve nörolojik problemler yaşayan yaşlılarda baş dönmesi şikayeti ile düşme olgusunun sıklıkla görüldüğü belirtilmekte, bunlar da "haber verici düşmeler" olarak tanımlanmaktadır (1,15).

Çalışmaya katılan yaşlılarda hipertansiyon ve kaza geçirme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış olup, hipertansiyonu olan yaşlıların 2,78 kat (1,55-4,97) kaza geçirme açısından riskli olduğu belirlenmiştir. Hipertansif tedavinin hipotansiyon, sedasyon, reflekslerde azalma ve bilişsel aktivitenin azalması gibi yan etkilerle düşmelere direkt olarak önderlik ettiği bir çok çalışmada vurgulanmaktadır (1,12,16,17).

Yaşlılarda kazalara sıklıkla rastlanmaktadır. Kazaların büyük bir bölümünü ev kazalarının oluşturması nedeniyle, ev koşullarının kazayı önlemeye yönelik düzenlenmesi ve yaşlı bireylerin kazalar konusunda eğitilmesi kaza görülme sıklığını azaltacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Kenneth K, Steinweg MD. "The Changing Approach to Falls in the Elderly". American Family Physician, 56, 1997, pp. 1028-1032.
2. Bertan M, Çakır B. Halk Sağlığı Yönünden Kazalar, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, (Derleyenler) Bertan, M., Güler, Ç., Ankara, 1997, ss. 462-471.
3. Bebiş H. (izni ile): "Kaza ve Yaralanmalar", Seminer Notları, Ankara, 2001
4. Polat O. "Ev Kazaları", Sendrom Dergisi, Haziran 1992, ss.43-47.
5. Hamzaoğlu O, Özkan Ö. "Ankara Çiğiltpe Lojman Bölgesinde Oturanların Ev Kaza Sıklığı ve Kaza Nedenlerinin Saptanması", V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, 12-16 Ekim 1996, İstanbul, ss.72-81.
6. Mandıracıoğlu A. "İzmir Bornova Eğitim Araştırma Bölgesinde 65 Yaş ve Üstü Populasyonda Kaza İnsidansı", III. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Ankara, 1992.
7. Ergör G, Köybaşı Y, Akbelen B, Çiğçi MA, Kiluvia M. "Etmesgut Sağlık Ocağı Bölgesindeki 65 Yaş Üzerindeki Kadınlarda Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi", V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, 12-16 Ekim 1996, İstanbul, ss.655-657.
8. Erkal S, Şafak Ş. "Ev Kazalarına Neden Olan Konut Faktörlerinin İncelenmesi", Sağlık Dergisi (Sağlık Bakanlığı), 66(1,2), 1994, ss.31-41.
9. Morgan PS, Carter YH. "The Retrospective Accident Experience of People Aged 70 & Over", Royal Society for the Prevention of Accident, Birmingham, United Kingdom, 2000, pp. 1085-1087.
10. Cihan ÜA, Dinç G, Oruçoğlu A, Oğurlu M, Ecebay A. "Manisa Muradiye Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşlılarda Kaza Sıklığı ve Kaza İle İlişkili Faktörler", VII. Ulusal Halk Sağlığı Günleri, Poster Bildiri, Ekim 2001, Eskişehir.
11. Atabek T. "Yaşlılarda Kalça Kırığı Nedenleri", Hemşirelik Bülteni, 4(27), 1993, s.53-61.

DOKUZUNCU BÖLÜM:KAZALAR, SİGARA, RUH SAĞLIĞI

12. Büyükoçşkun A. "Yaşlı Bireyin Sorunları ve Bakım Gereksinimlerinin Saptanması". Doktora Tezi, Ankara, 1990, ss. 44-48.
13. Dawson P, Wells DL, Reid D, Sidani S. "An Abilities Assessment Instrument for Elderly Persons with Cognitive Impairment: Psychometric Properties and Clinical Utility". Journal of Nursing Measurement, 6 (1), 1998, pp.35-52.
14. Purushottam B. "Antidepressants and The Risk of Falls Among Nursing Home Residents", The New England Journal of Medicine, 339(13), 1998, pp. 875-881.
15. Fortin ID, Yeaw EM, Campbell S, Jameson S. "An Analysis of Risk Assessment : Tools for Falls in the Elderly ", Home Healthcare Nurse, 16 (9), September 1998, pp.624.
16. Çimen S. "Yaşlı Bireylerde Öz-Bakım ve Yaşam Doyumlarının Araştırılması", Bilim Uzmanlığı Tezi, İstanbul, 1996, ss. 53-56.
17. Michael C, Steven R. "Risk Factors For Recurrent Nonsyncopal Falls". JAMA, 261(18), May 12, 1989, pp. 2663-2668.

Tablo 1: Çalışmaya Katılan Yaşlıların, Çeşitli Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

Yaş Grupları	n	%
65-69	49	25,0
70-74	57	26,8
75-79	63	29,5
80 ve üstü	44	20,7
Cinsiyet		
Kadın	134	62,9
Erkek	79	37,1
Eğitim durumu		
Okur yazar değil	3	1,4
Okur yazar	27	12,7
İlk okul mezunu	80	37,6
Ortaokul mezunu	34	16,0
Lise mezunu	20	9,3
Üniversite mezunu	49	22,0
Medeni Durum		
Evlili	89	41,8
Bekar	2	0,9
Dul	119	55,9
Boşanmış	3	1,4
Toplam	213	100,0

Tablo 2: Çalışmaya Katılan Yaşlıların Son Bir Yılda Kaza Geçirme Sıklığının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

	Kaza geçirme		p	OR (%95 GA)
	Evet	Hayır		
	sayı (%)	sayı (%)		
Cinsiyet				
Kadın*	113 (84,3)	21 (15,7)	0,001	10,96 (5,66-21,24)
Erkek	26 (32,9)	53 (67,1)		
Yaş Grupları				
75 veya daha fazla*	96 (89,7)	11 (10,3)	0,001	12,33 (6,13-26,65)
65-74 yaş	43 (40,6)	63 (59,4)		
Eğitim durumu				
Orta öğretim veya daha düşük*	106 (75,6)	38 (26,4)	0,001	3,04 (1,66-5,54)
Lise veya üstü	33 (47,8)	36 (52,2)		
Medeni Durum				
Evlili olmayan*	104 (83,9)	20 (16,1)	0,001	8,3 (4,23-15,22)
Evlili	35 (39,3)	54 (60,7)		
Kimlerle birlikte yaşıyor				
Yalnız yaşama*	59 (75,6)	19 (24,4)	0,01	2,13 (1,14-3,97)
Başka biri(leri) ile birlikte	80 (59,3)	55 (40,7)		
Toplam	139 (65,3)	74 (34,7)		

* Referans gruplar

Tablo 3: Çalışmaya Katılan Yaşlıların Son Bir Yılda Kaza Geçirme Sıklığının Çeşitli Sağlıkla İlişkili Davranışlara Göre Dağılımı

	Kaza geçirme		p	OR (%95 GA)
	Evet	Hayır		
	sayı (%)	sayı (%)		
Egzersiz Yapma				
Hayır*	126 (80,8)	30 (19,2)	0,001	14,2 (0,03-0,14)
Evet	13 (22,8)	44 (77,2)		
Sürekli ilaç kullanımı				
4 veya daha fazla sayıda*	98 (75,4)	32 (24,6)	0,001	3,13 (1,74-5,64)
4'ten az sayıda ya da yok	41 (49,4)	42 (50,6)		
Gözlük kullanımı				
Var*	137 (66,2)	70 (33,8)	0,09	3,91 (0,70-21,89)
Yok	2 (33,3)	4 (66,7)		
Yardımcı araç kullanımı				
Var*	21 (80,8)	5 (19,2)	0,07	2,45 (0,88-6,80)
Yok	118 (63,1)	69 (36,9)		
Toplam	139(65,3)	74(34,7)		

* Referans gruplar

Tablo 4: Çalışmaya Katılan Yaşlıların Son Bir Yılda Kaza Geçirme Sıklığının Çeşitli Sağlık Sorunlarına Göre Dağılımı

	Kaza geçirme		p	OR (%95 GA)
	Evet	Hayır		
	sayı (%)	sayı (%)		
Görme problemi				
Var*	72 (73,5)	26 (26,5)	0,02	1,98 (1,10-3,55)
Yok	67 (58,3)	48 (41,7)		
İşitme problemi				
Var*	37 (68,5)	17 (31,5)	0,56	1,21 (0,62-2,35)
Yok	102 (64,2)	57 (35,8)		
Soğuk-soğuk hissetme problemi				
Var*	22 (100,0)	-	0,001	1,63 (1,45-1,82)
Yok	117 (61,3)	74 (38,7)		
Uyku problemi				
Var*	83 (84,7)	15 (15,3)	0,001	5,83 (3,01-11,28)
Yok	56 (48,7)	59 (51,3)		
Sık baş dönmesi				
Var*	81 (92,0)	7 (8,0)	0,001	13,36 (5,72-31,22)
Yok	58 (46,4)	67 (53,6)		
Hipertansiyon				
Var*	91 (75,2)	30 (24,8)	0,001	2,78 (1,55-4,97)
Yok	48 (52,2)	44 (47,8)		
Fiziksel yetersizlikler*				
Var*	96 (86,4)	35 (13,6)	0,001	3,58 (1,87-6,85)
Yok	43 (42,1)	39 (57,9)		
Gece sık idrara çıkma				
Var*	66 (71,7)	26 (28,3)	0,06	1,66 (0,93-2,98)
Yok	73 (60,3)	48 (39,7)		
Toplam	139 (65,3)	74 (34,7)		

* Referans gruplar

Hilal Özcebe*

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Dünyada küçük ve hafif ateşli silah yaralanmaları son yıllarda “epidemi”, “bir hastalık” ve “önlenebilir bir halk sağlığı sorunu” olarak tanımlanmaktadır. Ateşli silahlar ile olan ölümler kapsamında ise özellikle küçük silahlar yer almaktadır. Bu derlemede ülkemizde ateşli silahlar ile olan ölümlere ait istatistiklerin değerlendirilmesi ve halk sağlığının rolünün irdelenmesi amaçlanmıştır. Devlet İstatistiklik Enstitüsü'nün il ve ilçe merkezleri ölüm istatistikleri ve intihar istatistikleri kullanılarak ateşli silah ölümlerinin değerlendirilmesi yapılmıştır.

Ülkemizde 1998 yılındaki kaza ve şiddet ölümlerinin tüm ölüm nedenlerinin % 3.8'ini oluşturduğu bilinmektedir. Kaza ve şiddet nedenli ölümler içinde son on yıl içinde kasıtlı adam öldürmenin azaldığı, ancak kaza ile olan ölümlerin ve intiharların arttığı görülmektedir. Ülkemizde kaba intihar oranı gelişmiş ülkelere göre oldukça düşük olup, yıllar içinde de çok büyük bir değişim göstermemektedir. İntihar yöntemlerinin dağılımı ise % 40 asma, % 26 ateşli silah, % 16 kimyasal madde, % 11 yüksek bir yerden atlamak ve % 3 kendini boğmak şeklindedir.

Ateşli silah yaralanmaları ülkemiz için bir halk sağlığı sorunu kabul edilmelidir. Ülkemizde ateşli silah yaralanmalarına ait kesin sayılara ulaşmada güçlükler çekilmektedir; sağlık, polis güçleri ve adli makamların bilgi toplama sistemlerinin entegre bir şekilde geliştirilmesi gerekmektedir. Rutin bilgi sisteminden toplanan tanımlayıcı ve analitik bulgular program ve politika geliştirilmesini sağlayabilecektir. Ayrıca ateşli silah yaralanma ve ölümlerinden korunma da özel gruplar için koruma stratejileri geliştirilmesi gerekmektedir.

GİRİŞ

Şiddet sadece sosyal hastalık ya da sosyal adalet sorunu olmayıp, öfke, kin, düşmanlık gibi duyguların güçlenerek etkinlik kazandığı saldırgan davranışların en uç noktasıdır. Bir diğer tanımıyla şiddet bireyin kendine ya da bir başkasına fiziksel ve/veya psikolojik açıdan zarar veren fiziksel, ruhsal, sözel, duygusal ve cinsel davranışlarıdır. Şiddetin sınıflandırılması ise kendine yönelik şiddet (intihar ve intihar girişimi), kişiler arası şiddet (aile içi, arkadaş, yabancı vb) ve organize şiddet (çete, terör, savaş vb) şeklinde yapılmaktadır.

Dünyada 15-44 yaş grubu ilk beş ölüm nedeni arasında ndaki ateşli silah ölümleri yer almaktadır. Ateşli silahlar ile olan ölümler kapsamında ise özellikle küçük silahlar yer almaktadır. Küçük ve hafif (small arms ya da light arms) silahlar tanımına bir kişi tarafından taşınabilen ve kullanılabilen tüm silahlar girmektedir. Dünyada küçük ve hafif ateşli silah yaralanmaları son yıllarda “epidemi”, “bir hastalık” ve “önlenebilir bir halk sağlığı sorunu” olarak tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 1998 yılında şiddet nedenli ölüm hızı 100000 kişide 38.4 olup; şiddet nedenli ölümlerin % 42'si cinayet, % 32'si intihar ve % 26'sı savaş nedeniyledir. Dünyada 1998 yılında küçük silahlarla olan ölüm sayısı ise 2.3 milyondur; bu ölümlerin % 68'i cinayet ve % 26'sı intihar şeklindedir. Ülkelerin gelişmişlik düzeyi de küçük silah ölüm ve yaralanma hızlarını etkilemektedir; orta gelirli ülkelerde ateşli silah yaralanma hızı 42.2/100,000 kişi iken yüksek gelirli ülkelerde ise 17.3/100,000 kişidir. Ülkelere göre ateşli silah ile olan ölümlerin nedeni de değişmektedir; gelişmiş ülkelerde intihar hızları daha yüksek iken gelişmekte olan ülkelerde ise cinayetler daha fazladır.

AMAÇLAR

Ülkemizde ateşli silahlar ile olan ölümlere ait istatistiklerin değerlendirilmesi ve halk sağlığının rolünün irdelenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Devlet İstatistiklik Enstitüsü'nün il ve ilçe merkezleri ölüm istatistikleri ve intihar istatistikleri kullanılarak ateşli silah ölümlerinin değerlendirilmesi yapılmıştır. Bu çalışmada hesaplanan başlıca hızlar şunlardır:

$$\text{Kaza ile olan ateşli silah ölümleri} = \frac{\text{Kaza ile olan toplam ateşli silah ölümleri}}{\text{Toplam ölüm sayısı}} \times 1000$$

$$\text{Cinsiyete göre kaza ile olan ateşli silah ölümleri} = \frac{\text{Cinsiyetlerde kaza ile olan ateşli silah ölümleri}}{\text{Toplam kaza ile olan ateşli silah ölümleri}} \times 1000$$

$$\text{İntihar hızı} = \frac{\text{İntihar sayısı}}{\text{Toplam nüfus}} \times 1000$$

$$\text{İntihar şekli} = \frac{\text{Bir intihar yöntemi ile olan intihar sayısı}}{\text{Toplam intihar sayısı}} \times 100$$

$$\text{Ateşli silah ile olan intihar oranı} = \frac{\text{Ateşli silah ile olan intihar sayısı}}{\text{Toplam intihar sayısı}} \times 100$$

$$\text{Erkeklerde ateşli silah ile olan intihar oranı} = \frac{\text{Erkeklerde ateşli silah ile olan intihar sayısı}}{\text{Toplam ateşli silah intihar sayısı}} \times 100$$

BULGULAR ve TARTIŞMA

Ülkemizde 1998 yılındaki toplam ölüm sayısı 175429 olup, kaza ve şiddet ölümlerinin tüm ölüm nedenlerinin % 3.8'ini (6614) oluşturduğu bilinmektedir. Kaza ile olan ölümler 676 olup, ölümlerin % 0.38'ini oluşturmaktadır; intihar sayısı 1546 (% 0.88) ve cinayet sayısı ise 438 (% 0.25) dir. Kaza ve şiddet nedenli ölümler içinde son on yıl içinde kasıtlı adam öldürmenin azaldığı, ancak kaza ile olan ölümlerin ve intiharların arttığı görülmektedir (Şekil 1). Kaza ile olan ölümlerin 0 yaş grubunda olmadığı, ancak bir yaşından itibaren arttığı ve erkeklerin kaza ile daha fazla öldükleri görülmektedir. Hatta bazı yaş gruplarında kaza ile olan erkek ölümlerinin toplam ölüm sayısının % 90'larına kadar çıktığı görülmektedir (Şekil 2).

Ülkemizde kaba intihar hızları binde iki ve üç civarında seyretmektedir (Şekil 3). Ülkemizde kaba intihar hızı gelişmiş ülkelere göre oldukça düşük olup, yıllar içinde de çok büyük bir değişim göstermemektedir. İntihar yöntemlerinin dağılımı ise % 40 asma, % 26 ateşli silah, % 16 kimyasal madde, % 11 yüksek bir yerden atlamak ve % 3 kendini boğmak şeklindedir. İntihar şekilleri

içinde ateşli silah ile olan intiharlar, tüm intiharların dörtte birini oluşturmaktadır (Şekil 4). Yıllar içinde ateşli silahlar ile olan intiharların artış gösterdiği ve erkeklerde ateşli silahlar ile olan intiharların daha fazla olduğu görülmektedir (Şekil 5). İleri yaş gruplarında ateşli silah ile olan kadın ölümü olmadığı da görülmektedir (Şekil 6).

Ülkemizde ki ateşli silah ölümlerine ait veriler ile ilgili sorunlar vardır. ancak eldeki bulgular dünya bulguları ile oldukça benzerdir. Dünya da yapılan çalışmalarda da şehirlerde ateşli silah ölümlerinin daha fazla olduğu, silahla ölenlerin yaklaşık % 80'ninin erkek olduğu ve erkeklerde 0-14 yaş grubu hariç ateşli silah ile olan ölümlerin kadınlara göre 3-6 kat daha fazla olduğu bilinmektedir. Ayrıca, ülke istatistiklerine göre ateşli silah ile olan intiharlar erkeklerde daha fazladır ve ateşli silah ile olan intiharların yaklaşık % 53'ü 15-44 yaş grubunda yer almaktadır. Bir diğer uluslararası sorun ise 10-24 yaş grubu gençlerde ateşli silahlar ile olan cinayetlerde önemli bir artış olmasıdır.

Ateşli silah ile olan ölümlerde en önemli risk faktörü "silah sahibi olmak" olarak tanımlanmaktadır. Cinayet nedeniyle ölen erkeklerin % 75'i ve kadınların % 61'i silahlı olduğuna ilişkin araştırma sonuçları bulunmaktadır. Toplumda evde silah olmasının kabul edilmesi, silah kullanımının kabulü de getirmektedir. Silah bulundurma sıklığı ise ülkeler arası farklılıklar göstermektedir. Japonya'da %1 ve ABD de % 48 iken Türkiye için genel bir sayı bilinmemekle beraber % 10 civarında olduğu tahmin edilmektedir. Ankara'da bir mahallede yapılan bir çalışmada 390 hanenin % 7.9'unda ateşli silah olduğu ifade edilmiştir. Ülkemizde silah taşıma ve evde silah bulundurma olmak üzere iki çeşit silah ruhsatı olup, bir çok özel gruba mensup kişilerin silah ruhsatı alması kolaylaştırılmıştır. Son yıllarda yasal olarak verilen ruhsat sayılarının arttığı da görülmektedir. Bunun yanı sıra özel sektörün aldığı silah ruhsatı yüzdesi 1995 ve öncesinde % 51,8 iken 1998 yılında % 39,4'e düşmüştür; kamu sektöründe ise silah ruhsatı sahibi olma yüzdelerinde bir artış bulunmaktadır (% 40,2-47,7) ve emekli olan kamu görevlilerinde de silah ruhsatı alma yüzdeleri artmaktadır (% 7,9-12,9) (Tablo 1).

Kişilerarası şiddet oluşumunu etkileyen faktörler sıralandığında düşük eğitim düzeyi, alkol kullanımı, kitle iletişim araçları, akranaile baskısı gibi nedenler sıralanmaktadır. Genel anlamda ise toplumun gelir durumu, toplumsal cinsiyete bakış, şiddetin sosyal olarak kabulü ve yasa dışı ilaç ticareti önemli faktörler olarak sıralanmaktadır.

İntihar davranışını etkileyen faktörler de bulunmaktadır: Ekonomik sorunlar, işsizlik, aile yapısının çöküşü, nesiller arası baskı ve yarışma, güvensizlik, ilaç kullanımı, istismar en başta sayılan sorunlardır. Ancak intiharları hazırlayıcı faktörler ise özel olay ve tarihler, duygusal kayıplar, sağlık durumunun kötüleşmesi, ekonomik kayıp, depresyon, özsaygının zedelenmesi, depresyon ve ruh sağlığı sorunları olarak sıralanmaktadır.

Ateşli silah yaralanma ve ölümlerinde halk sağlığının rolü ne olmalıdır ?

Öncelikle ateşli silah ile şiddet uğrayan kişi ve ailesi için bakım sağlanmalıdır. Ateşli silah yaralanmalarında acil tedavi teknikleri, ortopedik ve plastik cerrahi, psikolojik ve sosyal tedavi gibi uzun süreli tedavilere gereksinim olmaktadır.

Ülkemizde ateşli silah yaralanmalarına ait kesin sayılara ulaşmada güçlükler çekilmektedir. Rutin bilgi toplama sisteminde bu konu ile ilgili yeterli bilgi bulunmamaktadır. Kanunlarımızda silah ile ilgili bazı tanım tartışmaları devam ederken; adli istatistiklerde ateşli silah yaralanma ve ölümleri Türk Ceza Kanunu'na göre ceza verilen maddeler üzerinden değerlendirilmektedir. Diğer taraftan ölüm istatistiklerinin sadece il ve ilçe merkezlerinden toplanması ise bir eksiklik olarak değerlendirilebilir, ancak ateşli silah yaralanma ve ölümleri adli olarak değerlendirildikleri için ölüm istatistikleri içine başka bir yolla dahil edilebilmektedir. Ancak ölüm, hastane, adli ve emniyet (silah ruhsat) bilgi sistemleri arasında zincir kurularak en önemli sorun boyutlarını görmemizi engellemektedir. Dünyanın bir çok yerinde buna benzer sorunların olması nedeniyle bu konu ile rutin bilgi toplanan tedavi yapılan yerde yapılması önerilmektedir. Epidemiyolojik sürveyansın "kim, ne, nerede, ne zaman ve nasıl soruları" nı sorması, olayın boyutlarının ortaya çıkarılmasını sağlanmasına yardımcı olacaktır. Ayrıca sağlık, polis güçleri ve adli makamların bilgi toplama sistemlerinin birlikte çalışması "toplumda şiddetin tanımlanması ve analizinin" yapılmasını sağlayacaktır. Bu şekilde risk faktörlerinin analizi yapılabilecektir. Rutin bilgi sisteminden toplanan tanımlayıcı ve analitik bulgular program ve politika geliştirilmesini sağlayabilecektir.

Halk sağlığı gruplarının bir başka yapması gereken aktivite ise "Lobicilik" dir. Sorununun öneminin ve boyutlarının çeşitli ortamlarda tartışılması, bu konuya ilgi çekilmesini ve duyarlılığın oluşmasını sağlayacaktır.

Ateşli silah yaralanma ve ölümlerinden korunma da özel gruplar için koruma stratejileri (adolesanlar ve çocukluk yaşlarında sosyal gelişme programları, fakir bölgede yaşayanlara iş olanaklarının sağlanması gibi) geliştirilmesi gerekmektedir. Geliştirilen programların alkol satışı ve silah taşımada yasaklar getirme gibi değişik risk davranışlarına ilişkin değişik komponentlerinin olması sağlanmalıdır. Esas korunma ise alta yatan sosyal nedenlere yönelik müdahalelerdir ki, bu müdahalelerin önemli bir kısmının ulusal ve uluslararası boyutlarda geliştirilmesi gerekmektedir: Global ilaç ve silah ticaretinin engellenmesi için daha etkin yöntemler geliştirilmesi gibi. Ayrıca medyada şiddetin kontrol altına alınması, toplumsal cinsiyet rollerinin geliştirilmesi, insan hakları eğitimi gibi değişik alanlarda yapılan çalışmalarla toplumun her katmanında her düzeyde şiddete karşı mücadele yöntemleri geliştirilmeli ve uygulanmalıdır.

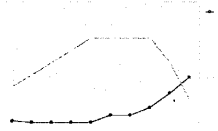
KAYNAKLAR:

- Ay D, Bahadır M, Balta O, Canpolat B, Çultu Ö ve Huri E. "Batıkent i nolu Sağlık Ocağı Bölgesindeki Hanelerde Kaza Sıklığımsaptanması ve Ev Kazalarıyla İlgili Bazı Risk Faktörlerinin Belirlenmesi". HÜTF İntern Araştırma raporu, 2001.
- TC Devlet İstatistikli Enstitüsü, İntihar İstatistikleri 1998, Yayın No: 2294, Devlet İstatistiklik Enstitüsü Matbaası, Ankara, 2001.
- TC Devlet İstatistikli Enstitüsü, Ölüm İstatistikleri İl ve İlçe Merkezlerinde 1998, Yayın No: 2448, Devlet İstatistikli Matbaası, Ankara, 2001.
- TC İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü Kayıtları
- WHO, Small Arms and Global Health, WHO/NMH/VIP/01.1,Genava, 2001.

Tablo 1. Silah ruhsatı ile ilgili sayısal bilgiler

YILLAR	TABANCA VE TÜFEK TAŞIMA			TOPLA M	BULUN DURMA	YIVLİ AV TÜFEĞİ	YIVSIZ AV TÜFEĞİ TEZKERESİ	YIVSIZ AV TÜFEĞİ SAHİPLİK BELGESİ
	BELİRLİ MESLEK MENSUPLARI	KAMU GÖREVLİSİ	EMEKLİ KAMU GÖREVLİSİ					
1995 ve öncesi	132772	102865	20317	255954	157870	4056	4900076	59376
1996	39626	27039	6806	73471	47129	1482	175778	50944
1997	25729	19744	5844	51317	44342	971	183518	77455
1998	25131	21637	5703	52471	41178	626	75111	70137
1999	22786	27543	7443	57772	43641	636	74039	48279
GENEL TOPLAM	246044	198828	46113	490985	334160	7771	998522	306191

Şekil 1. Kaza ve şiddet nedeni ölümler, Türkiye (1989-1998)



Kaza nedeni olan ateşli silah ölümleri = Kaza ile olan ateşli silah ölümleri / Toplam ölümler sayısı x 100
Kaynak: Devlet İstatistik Enstitüsü, 1998

H. Özdebe
(ozdebe@hacettepe.edu.tr)

3

Şekil 2. Cinsiyete göre kaza ile olan ateşli silah ölümleri, Türkiye (1998)



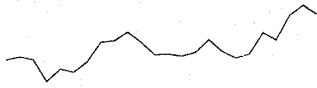
Erkeklerde kaza ile olan ateşli silah ölümleri = Erkeklerde kaza ile olan ateşli silah ölümleri / Toplam kaza ile olan ateşli silah ölümler sayısı x 100

Kaynak: Devlet İstatistik Enstitüsü, 1998

H. Özdebe
(ozdebe@hacettepe.edu.tr)

2

Şekil 3. Kaba intihar hızları (% 000) Türkiye, 1975-1998



İntihar hızı = İntihar sayısı / Toplam Nüfus x 1000
Kaynak: Devlet İstatistik Enstitüsü, 1998

H. Özdebe
(ozdebe@hacettepe.edu.tr)

3

Şekil 4. İntihar yöntemleri Türkiye, 1998



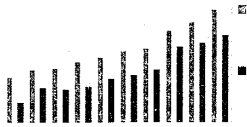
İntihar Yöntem Hızı = Her bir yöntem için intihar sayısı / Toplam intihar sayısı x 100

Kaynak: Devlet İstatistik Enstitüsü, 1998

H. Özdebe
(ozdebe@hacettepe.edu.tr)

4

Şekil 5. Ateşli silah ile olan intiharlar, Türkiye (1989-1998)



Ateşli silah intihar oranı = Ateşli silah ile olan intihar sayısı / Toplam intihar sayısı x 100
Erkek ateşli silah intihar oranı = Erkeklerde ateşli silah ile olan intihar sayısı / Erkeklerde toplam intihar sayısı x 100
Kaynak: Devlet İstatistik Enstitüsü, 1998

H. Özdebe
(ozdebe@hacettepe.edu.tr)

5

Şekil 6. Cinsiyete göre ateşli silah intiharları, Türkiye (1989-1998)



Ateşli silah intihar hızı = Toplam ateşli silah ile olan intihar sayısı / Toplam intihar sayısı x 100
Erkek ateşli silah intihar oranı = Erkeklerde ateşli silah ile olan intihar sayısı / Erkeklerde toplam intihar sayısı x 100
Kaynak: Devlet İstatistik Enstitüsü, 1998

H. Özdebe
(ozdebe@hacettepe.edu.tr)

6

DOKUZUNCU BÖLÜM:KAZALAR, SİGARA, RUH SAĞLIĞI
BİR GRUP ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİSİNİN “FLÖRT ŞİDDETİ” KONUSUNDAKİ GÖRÜŞLERİ

Özcebe H., Aslan D.**, Karabiber AH.***, Küçüköztas MF.***, Oransay K.***, Ölmez İ.****

*Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Öğretim Görevlisi Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.
Intern Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.*

ÖZET

Dünyanın bir çok yerinde şiddet, modern hayatın en çarpıcı ve önemli sorunlarından biri olarak kendini göstermektedir. Flörtte şiddet, kişiler arası şiddet türlerinden birisi olup cinsel, duygusal, fiziksel şiddet gibi unsurları içermektedir. Batı ülkelerinde yapılmış olan bazı çalışmalara göre, flörtlerin yaklaşık % 20.0'ında herhangi bir tipte şiddet meydana vb gelmektedir. Bu çalışmada, Ankara'da bir grup üniversite öğrencisinin “förtte şiddet” konusundaki görüşleri ve flörtleri sırasında yaşadıkları ya da uyguladıkları şiddet sıklığının saptanması amaçlanmıştır. Araştırmaya katılan 148 öğrencinin % 59.7'si şimdiye kadar bir flörtü olduğunu ifade etmişlerdir. Halen bir flörtü olan toplam öğrenci sayısı 85 olup grubun % 67.1'ini kadınlar; % 32.9'unu ise erkekler oluşturmuştur. Grubun % 31.6'sı (43 kişi) flört ilişkisi sırasında şiddete maruz kalan bir arkadaşlarının olduğunu; şiddete maruz kalan arkadaşlarının cinsiyetinin ise % 87.8 ile kadın olduğunu belirtmiştir. Flört sırasında yaşanan şiddetin ortaya konulması, önleme çalışmaları açısından çok önemli bir basamaktır. Bu araştırma karşı cinsiyetle ilişkinin başlangıcı sayılan flört sırasındaki şiddetin tanımlanmasının yapılması için daha detaylı çalışmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Şiddet ve şiddeti etkileyen faktörlerin ortaya konulabilmesi için daha detaylı, uzun süreli ve geniş ve değişik gruplarda yapılan çalışmalara gereksinim vardır.

SUMMARY

1. Giriş

Latince “Violentia” (sert ya da acımasız kişilik, güç) kelimesinden gelen şiddet, güç kullanarak vurma ve kötü davranma eylemi olarak tanımlanmaktadır. Bir başka tanıma göre şiddet, huzur karşıtı olup, onu bozan veya tartışmaya açan eylemler bütünü olarak, fiziksel olduğu kadar fiziksel olmayan kimi davranışları da içeren sonucunda, fiziksel ve ruhsal acı ve zarar veren saldırgan eylemler olarak tanımlanmaktadır (1).

Dünyanın bir çok yerinde şiddet, modern hayatın en çarpıcı ve önemli sorunlarından biri olarak kendini göstermektedir. Son zamanlara kadar şiddet önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmediği halde, bu görüş şiddetin halk sağlığını ciddi biçimde etkilemeye başlayan bir sorun olarak ortaya çıkmasıyla değişmeye başlamıştır (2).

Şiddet, özel bir sınıfa veya etnik gruba ait bir olgu olmayıp toplumun her kesiminde bir çok yaşam alanında görülmektedir: bu nedenle toplumda herkes şiddet riski ile karşı karşıyadır. Ancak yaş, cinsiyet, ailesel prob'lemler, madde alışkanlıkları ve stres gibi faktörler şiddet uygulama ve şiddete maruz kalmayı artırmaktadır (3).

Bir çok çalışmada adolesan yaş grubunda şiddetin artıma ve daha da önem kazanmaya başlamıştır. Adolesan yaş grubunda görülen şiddet, kişinin kendisine uyguladığı şiddet (intihar, intihar girişimi), kişiler arası şiddet (aile içi şiddet, flörtte şiddet, akranlar arası şiddet, yabancı kişiler ile şiddet) ve grup şiddeti (çete grupları, terör grupları, savaş) olarak sınıflandırılmaktadır (4, 5). Flörtte şiddet, kişiler arası şiddet türlerinden birisi olup cinsel, duygusal, fiziksel şiddet gibi unsurları içermektedir. Batı ülkelerinde yapılmış olan bazı çalışmalara göre, flörtlerin yaklaşık % 20.0'ında herhangi bir tipte şiddet meydana vb gelmektedir. Yine bir başka çalışma sonucuna göre, adolesanların % 12.0'nının flört sırasında şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir (6). Ülkemizde flörtte şiddet konusunda yapılan çalışmalar oldukça sınırlıdır.

2. Amaçlar

Bu çalışmada, Ankara'da bir grup üniversite öğrencisinin “förtte şiddet” konusundaki görüşleri ve flörtleri sırasında yaşadıkları ya da uyguladıkları şiddet sıklığının saptanması amaçlanmıştır.

3. Gereç ve Yöntem

Araştırma Ankara'da bir üniversitenin Eczacılık Fakültesi'nde okuyan ikinci ve üçüncü sınıf öğrencileri üzerinde yapılmıştır. Araştırmada ulaşılmış hedeflenen öğrenci sayısı 200'dür. Ancak “gözlem altında anket” uygulamasına katılan öğrenciler tüm grubun % 74'ünü oluşturmuştur (148 öğrenci). Bu çalışma, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

Araştırmada kullanılan anket soruları dört bölüme ayrılmıştır. Birinci bölümde sosyo-demografik özellikler, ikinci bölümde bazı alışkanlıklar, üçüncü ve dördüncü bölümde ise flörtte şiddet ile ilgili görüşler ve davranışlara ilişkin sorular yer almıştır.

IV. Bulgular

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması erkek öğrenciler için 19.79 (ss:1), kadınlar için ise 19.6 (ss:0.9) olarak hesaplanmıştır. Erkek öğrencilerin % 75.7'si ve kadın öğrencilerin % 75.5'i en uzun yaşadıkları yer olarak il merkezlerini belirtmişlerdir. Bölge olarak da öğrencilerin yaklaşık yarısı (% 47.7) İç Anadolu Bölgesi'nde yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Öğrencilere kaldıkları yer sorulduğunda ise erkek öğrencilerin daha çok arkadaşları ile evde (% 43.6) ve yurtda (% 38.5) kaldıkları; kadın öğrencilerin ise önemli bir kısmının yurtda (% 50.5) ve aileleri ile birlikte (% 20.2) kaldıkları yanıtları alınmıştır (Tablo 1).

Öğrencilerin şiddetin tanımını yapmaları istenmiştir. Bu soruya en sık verilen yanıtların şiddetin duygusal ve fiziksel boyutunu içerdiği görülmektedir (% 49.1). Öğrencilerin % 16.2'si şiddetin kaba kuvvet olduğunu ve 12.5'i ise şiddetin her anlamda uygulanan baskı olduğunu ifade etmişlerdir. Diğer yanıtlar arasında “karşısındaki üzmek, aşırı tepki göstermek, duygusal anlamda zarar vermek, acizlik göstermek” gibi yanıtlar yer almıştır.

Şiddet ile ilgili görüşlerin hemen ardından “flört şiddeti” ile ilgili bazı önermelere yaklaşımlar incelenmiştir. Fiziksel şiddeti vurgulayan cümlelerden birisi “Bir gencin flörtüne istemediği halde dokunması” cümlesidir. Bu cümleye kadınların % 92.7'si, erkeklerin % 71.8'i katılmıştır. Bir gencin flörtünü çimdiklemesinin fiziksel bir şiddet olduğu görüşü kadınların % 56.0'ı; erkeklerin ise % 50.0'ı tarafından kabul görmüştür.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Anket sorularında, şiddetin duygusal boyutunu vurgulayan cümleler de yer almıştır. “Bir gencin, flörtüne lakap takarak (takma ad ile) hitap etmesi duygusal bir şiddettir” cümlesine kadınların % 70.3’ü katılmadıklarını ifade etmişlerdir. Aynı cümleye erkeklerin % 56.4’ü; ise % 43.2’si katılmamıştır. “Flört sırasında gösterilen kıskançlık sevginin bir işaretidir” cümlesine kadınların % 53.4’ü katıldıklarını ifade ederken bu görüşe erkeklerin % 73.7’si katılmıştır. “İri yarı gençlerin flört sırasında daha fazla şiddet uyguladığı” görüşüne her iki cinsiyette de katılmayanlar fazladır. “Eğitimsiz gençler arasında flört şiddetinin daha fazla görüldüğü” görüşünün kabul edilme boyutu yine her iki cinsiyette de kabul etmeme boyutuna göre daha yüksektir (Tablo 2).

Araştırmaya katılan öğrencilerin % 59.7’si şimdiye kadar bir flörtü olduğunu ifade etmişlerdir. Halen bir flörtü olan toplam öğrenci sayısı 85 olup grubun % 67.1’ini kadınlar; % 32.9’unu ise erkekler oluşturmuştur. Şimdiye kadar flörtü olan öğrencilerin şiddete maruz kalma ve şiddet uygulama durumları sorulmuştur. Tüm grup içerisinde 12 öğrenci (6 kadın ve 6 erkek) ilişkisi sırasında şiddete maruz kaldığını; 10’u ise (6 kadın ve 4 erkek) ilişkisi sırasında şiddet uyguladığını ifade etmiştir. Tanımlanan şiddet türleri ise duygusal, fiziksel, sözel ve cinsel şiddet olmuştur. “Tokat atmak, bıçaklamak” fiziksel şiddet; “duygu sömürüsü, her istediğini yaptırmak, özgürlüğünü sınırlandırmak, tehdit etmek, ihanet etmek” duygusal şiddet; “küfür etmek, ses tonunu yükseltmek, kötü söz söylemek” sözel şiddet, “cinsel ilişkiye zorlamak” ise cinsel şiddet olarak tanımlanmıştır.

Araştırmanın en son bölümünde, öğrencilerin şiddete maruz kalan bir arkadaşlarının olup olmadığı sorulmuştur. Grubun % 31.6’sı (43 kişi) flört ilişkisi sırasında şiddete maruz kalan bir arkadaşlarının olduğunu; şiddete maruz kalan arkadaşlarının cinsiyetinin ise % 87.8 ile kadın olduğunu belirtmiştir.

TARTIŞMA

Öğrencilerin şiddetin tanımında en fazla “duygusal” ve “fiziksel” şiddeti vurguladıkları görülmektedir, oysa şiddetin çok farklı boyutları bulunmaktadır. Örneğin, cinsel şiddet flört ilişkilerindeki şiddet içinde önemli bir yere sahiptir. Amerika Birleşik Devletleri’nde ulusal düzeyde lise öğrencilerine yönelik yapılan bir çalışmaya göre, kadınların % 27.5’i yaşamlarında en az bir kez tecavüz veya tecavüz girişimiyle karşı karşıya kaldıklarını ifade etmişlerdir (7). Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan şiddet tanımlamasında da bir halk sağlığı olarak kabul edilen şiddetin ruhsal, fiziksel, sözel ve cinsel boyutlarının varlığının altı çizilmektedir (2).

Araştırma grubunda şiddet ile ilgili olan görüş cümlelerine katılma boyutu şiddetin tipine göre erkek ve kadınlarda farklı olduğu saptanmıştır. Örneğin, “fiziksel şiddet”i tanımlayan “bir gencin flörtüne o istemediği halde dokunması” cümlesine kadınların % 92.7’si; erkeklerin ise % 71.8’i katılmıştır. Bu görüşe katılma boyutunun kadınlarda daha fazla olduğu saptanmıştır. “Bir gencin flörtünü çimdikleme” fiziksel gençlerin yaklaşık yarısı tarafından bir şiddet olarak kabul edilmektedir. Bu görüş, kadınların % 56.0’ı; erkeklerin ise % 50.0’i tarafından kabul edilmiştir. “Fikrim yok” ve “katılmıyorum” diyen öğrenciler ise her iki cinsiyet için grubun neredeyse yarısını oluşturmaktadır. “Çimdikleme” şiddet içeren bir eylem olmasına rağmen, toplumda çoğunlukla sevginin bir parçası olarak kabul edilmektedir. Bu yaklaşım tarzı bir sonraki aşamada düzeyi daha yüksek olan fiziksel bir eylemin de kabul edilmesini kolaylaştırabilir. Bu nedenle, “sevgi ifadeleri”nin şiddet içeren eylemlerden ayrıştırılma gerekliliği üzerinde topluma yönelik bilinçlendirme çalışmaları yapılmalıdır (8).

Bunun yanı sıra, kadın-erkek ilişkisinde lakap takılarak hitap “sözel şiddet” olarak kabul edilirken araştırma grubunda kadınların % 70.3’ü; erkeklerin ise % 43.2’si bunu bir şiddet olarak değerlendirmemiştir. Kişileri özgün birer birey yapan isimle hitap dışında bir yaklaşım araştırmaya katılan öğrencilerin büyük bir çoğunluğu tarafından dikkate alınmamıştır. Bu görüşe katılmama boyutunun yüksek olması, toplumda “olumlu lakap takma” alışkanlığının fazla olması ve bu durumun bir sevgi ve sempati bileşeninin olması olabilir.

Şiddet ile ilgili bazı gerçek olmayan inanışlar da bulunmaktadır. Araştırmada da üzerinde durulan bazı efsaneler, öğrenciler tarafından değerlendirilmiştir. “Kıskançlık sevginin bir işaretidir” efsanesine öğrencilerin büyük bir kısmı katılmıştır. Bu görüşe, erkeklerin % 73.7’si; kadınların ise % 53.4’ü katılmışlardır. Benzer olarak yapılan çalışmalar bedensel büyüklüğün şiddet uygulamayla bir ilgisi olmadığını ortaya koymaktadır. Bu doğrultuda bir ifade olan “iriyarı gençlerin flört sırasında daha fazla şiddet uygulamaktadır” görüşüne kadınların % 62.8’i; erkeklerin ise % 51.2’si katılmamıştır. Grubun yarısından fazlasının bu görüşe katılmamış olması olumludur ancak, öğrencilerin önemli bir kısmının da bu konuda bir fikir beyan etmemesi dikkate alınmalıdır. Görüş ifade etmemek, bu konuda bir bilginin olmadığı anlamına gelebilir. Konu ile ilgili bilgi ve bilinç düzeyinin eksikliği “efsane” olarak kabul edilen konularda eksik ve yanlış yönelimlere neden olabilir. “Eğitimsiz gençler arasında şiddetin daha sık görülmesi” efsanesi de grubun önemli bir kısmı tarafından kabul edilmiştir. Ancak, literatür bilgilerine göre eğitim düzeyi düşük olan gençler arasında flört şiddeti belirgin olarak bulunmamaktadır. Eğitim durumu ile şiddetin boyutu değişmesinin yanısıra şiddet tipinde farklılaşmalar görülmektedir. Bu konuda, yine öğrencilerin şiddetin tanımı, görülme boyutu ve tipler ile ilgili bilgi desteğine ihtiyaçları olduğu düşünülebilir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin % 31.6’sı (43 kişi) flört ilişkisi sırasında şiddete maruz kalan bir arkadaşlarının olduğunu; şiddete maruz kalan arkadaşlarının cinsiyetinin ise % 87.8 ile kadın olduğunu belirtmiştir. Şiddete maruz kalan arkadaş sayısının şiddete maruz kalan kişi sayısından fazla olduğu araştırmada ortaya çıkan bir bulgudur. Bunun nedeni, kişilerin şiddete maruz kaldıkları halde bu olumsuz durumu

adolesanlarda flört ilişkileri sırasında kadın ve erkeklerin yaşadıkları şiddetin önlenmesi programı için kadın ve erkekler için ayrı müdahale programlarının oluşturulması önerilmiştir (11).

Bu araştırma bulgularına göre flört sırasında şiddet yaklaşık her beş-altı çiftten birisinde görülmektedir. Erkeklerin % 14,2'sinin, kadınların ise % 10,3'ünün kendileri flörtlerine şiddet uyguladıklarını beyan etmişlerdir. Bu araştırmanın küçük bir grupta yapılmış olmasına karşılık flört sırasında tokat atmak ve bıçaklamak gibi davranışlarla fiziksel şiddetin öne çıktığı ya da küfür etmek, kötü söz söylemek gibi sözel ve ruhsal şiddetin beyan edildiği görülmektedir. Yine araştırma sırasında cinsel şiddet uygulandığı da ifade edilmiştir. Ülkemizde son yıllarda şiddet konusu ile ilgili çok sayıda çalışma yapılmasına karşılık, flört şiddeti ile ilgili herhangi bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Kadın ve erkek arkadaşlığının duygusal ve cinsel anlamda başladığı adolesan ve gençlik dönemi, ayrıca psikososyal gelişim özelliklerindedir. dolayısı ile şiddet içeren hareket sıklığı da diğer yaş dönemlerine göre farklı olabilmektedir. Bu dönemde duygusal anlamda bağlandığı erkek ya da kadın arkadaşından şiddet görme ya da uygulama her iki gencin de psikososyal sağlığını olumsuz olarak etkileyecektir. Ayrıca psikososyal sağlığını olumsuz olarak etkilenmesi ise erişkin dönemdeki karşı cinsiyetle olan ilişkilerini olumsuz olarak etkileyebilir. Bu araştırma karşı cinsiyetle ilişkinin başlangıcı sayılan flört sırasındaki şiddetin tanımlanmasının yapılması için daha detaylı çalışmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Şiddet ve şiddeti etkileyen faktörlerin ortaya konulabilmesi için daha detaylı, uzun süreli ve geniş ve değişik gruplarda yapılan çalışmalara gereksinim vardır. Flört sırasında yaşanan şiddet, kişilerin özel hayatı ile ilgili olduğu için konu ile ilgili sorular her soruya yeterince doğru yanıt almak mümkün olmayabilir. Bu konuya yapılan çalışmaların niteliksel ve niceliksel boyutunun birlikte olması araştırılması gerekmektedir. Daha önceki bölümlerde de belirtilmeye çalışıldığı gibi, flört sırasında yaşanan şiddetin ortaya konulması, önleme çalışmalarını açısından çok önemli bir basamaktır.

KAYNAKLAR

1. Danık Ş. Aile İçinde Kadına Yönelik Şiddet. Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi, 1/10 (2000) 69-76
2. Mark L. Rosenberg, James A. Mercy, Joseph L. Anest. "Violence: The Problem of Violence in the United States and Globally. (Maxcy-Rosaneu-Last Public Health and Preventive Medicine, Ed. Robert B. Wallace). 14th Edition, Appleton and Lange Publications, 1998, USA.
3. Michael A. Rodriguez. Clinicians, Intimate Partner Violence and Opportunities. West J. Med, 2001; 174:323-324.
4. Karen Leander, Karin Engström, Karin Melinder. Violence: Public Health, Epidemiological, Criminological and Policy, Perspectives.
5. Özaydın N, Üner O, Akın A. Kadın ve Şiddet. Sağlık ve Toplum Dergisi; Sayı: 3-4; Temmuz-Aralık 1998; s:73-78.
6. www.pbs.org/inthemix/shows/show_dating_violence.html
7. <http://www.cdc.gov/ncipc/factsheets/datviol.htm>
8. <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/familyviolence/html/datingeng.html>
9. Watson JM, Cascardi M, Avery-Lea S, O'Leary KD. High school students' responses to dating aggression. Violence Vict 2001 Jun;16(3):339-48.
10. Wingood GM, DiClemente RJ, McCree DH, Harrington K, Davies SL. Dating violence and the sexual health of black adolescent females. Pediatrics 2001 May; 107 (5):E72.
11. Foshee VA, Linder F, MacDougall JE, Bangdiwala S. Gender differences in the longitudinal predictors of adolescent dating violence. Prev. Med. 2001 Feb; 32(2):128-41.

Tablo 1. Araştırmaya katılan öğrencilerin sosyo-demografik bazı özellikleri (Ankara, 2001)

Özellik	Erkek (n=39)		Kadın (n=109)		Toplam (n=148)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaş						
18 ve altı	2	5.1	9	8.3	11	7.4
19-20	30	76.9	82	75.2	112	75.7
21 ve üstü	7	17.9	18	16.5	25	16.9
Ortalama (ss)		19.8 (ss:1.0)		19.6 (ss:0.9)		
Yerleşim yeri						
İl	28	75.7	77	75.5	105	75.5
İlçe-köy	9	24.3	25	24.5	34	24.5
Bölge						
İç Anadolu	12	32.4	54	52.9	66	47.4
Akdeniz	7	18.9	16	15.6	23	16.5
Marmara/Ege	7	18.9	12	11.7	19	13.6
Karadeniz	4	10.8	13	12.7	17	12.2
Doğu/Güneydoğu Anadolu	7	18.9	7	6.8	14	10.1
Kalınan yer						
Yurt	15	38.5	55	50.5	70	47.3
Arkadaş ile ev	7	43.6	16	14.7	33	22.3
Aile ile beraber	5	12.8	22	20.2	27	18.2
Akrabaların yanında	2	5.1	14	12.8	16	10.8
Diğer	-	-	2	1.8	2	1.4

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Tablo 2. Öğrencilerin flört şiddeti ile ilgili bazı görüşleri (%) (Ankara, 2001)

Görüşler	Kadın (n=109)			Erkek (n=39)		
	Katılıyorum	Fikrim yok	Katılmıyorum	Katılıyorum	Fikrim yok	Katılmıyorum
Bir gencin flörtüne istemediği halde dokunması fiziksel bir şiddettir	92.7	3.8	3.8	71.8	12.8	15.4
Bir gencin flörtünü çimdiklemesi fiziksel bir şiddettir	56.0	28.2	15.5	50.0	28.9	21.1
Bir gencin flörtü kondom kullanmasını istediği halde cinsel sırasında kondom (prezervatif, kılıf, kaput) kullanmaması bir şiddet şeklidir	82.5	12.6	4.9	71.8	10.3	18.0
İri yarı gençler flört sırasında daha fazla şiddet uygularlar	7.9	29.4	62.8	15.4	33.3	51.2
Eğitimsiz gençler arasında flört sırasında şiddet daha sık görülmektedir	58.3	24.9	17.5	15.4	33.3	51.2
Flört sırasında gösterilen kıskançlık sevginin bir işaretidir	53.4	10.7	35.9	73.7	10.5	15.8
Bir gencin flörtüne lakap takarak (takma ad ile) hitap etmesi duygusal bir şiddettir	13.9	15.8	70.3	30.8	15.4	43.2

TRAFİK, KAZALAR VE İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİ: MAMAK İLKÖĞRETİM OKULU 4. VE 5. SINIF ÖĞRENCİLERİNİN TRAFİK KURALLARI VE TRAFİK KAZALARINDAN KORUNMA İLE İLGİLİ BAZI BİLGİLERİ

Yazarlar: Doç.Dr.Nesrin ÇİLİNGİROĞLU, Uzm.Dr.Nükhet SUBAŞI (*)

(*) Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı ANKARA

ÖZET

Türkiye'de yük ve yolcu taşıma trafiğinin yüzde 90'ının karayolları ile yapılmasına rağmen altyapıda ve toplumun trafik bilincinde yeterli gelişme sağlanamaması nedeniyle trafik; ülkemizde büyük bir sorun haline gelmiştir.

Çocukların trafik kurallarını ve kazalardan korunma ile ilgili bilgilere sahip olmalarının önemi nedeniyle ilköğretim dönemi öğrencilerinin trafik bilgilerine yönelik bir araştırma planlanmıştır. Kesitsel tipteki çalışmada Mamak ilköğretim okulu 4 ve 5 sınıftan rastgele seçilen 8-11 yaş arası öğrencilere uygulanmıştır.

Geçekondu yöresindeki okulda çalışmaya katılanların öğrencilerin %88,3'ü 9-10 yaş grubunda olup %46,9'u kız öğrencidir. Öğrenci annelerinin %63,5'i evden az eğitimli olup %84,1'i çalışmamaktadır. Babaların ise %46,8'i orta okul ve daha az eğitimli olup %79,1'i çalışmaktadır. Ailelerin %44,8'i özel araca sahiptir. Öğrencilerin %70,4'ü ailelerinin ekonomik durumunu orta-kötü olarak nitelendirmektedir. Öğrencilerin %37,9'u okul-ev yolunu arkadaş grubu ile, %33,1'i de tek başına yürütmektedir. Bu nedenle çoğunluğu risk altındadır ve trafik eğitimleri çok önemlidir. Trafik kuralları ile ilgili sorulan 12 bilgi sorusunun puanlandığında öğrencilerin %65,7'si 6-9 arasında, %31,7'si ise 10-12 arasında puan almıştır. Öğrencilerin %11,8'i okul yaşamları boyunca bir trafik kazası geçirdiklerini söylemişlerdir. Kazaların %47,1'i yol geçerken veya yürürken, %23,5'i arabada giderken olmuştur. Aile ve yakın çevrede kaza geçirenlerin oranı %41,4 olup bunların %23,4'ünde can kaybı olmuştur. Trafik bilgi düzeyi cinsiyete, sınıf düzeyine, anne eğitimine, annenin çalışmasına, aile eğitime göre farklılık göstermemektedir. Babanın çalışması halinde ise bilgi puanı artmaktadır.

Okulda trafik kurallarına uyumlu çevre düzenlemesi yapılmasının yanı sıra eğitim'in etkili olabilmesi için, trafik derslerinde sadece teorik eğitim değil, görsel araçları kullanılması ve uygulama yapılması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Trafik, eğitim, ilköğretim öğrencileri

GİRİŞ VE GEREKÇE

Artan nüfus, sanayileşme, ticaret ve insanların kısa sürede farklı yerlerde olma isteği gibi nedenlerle ulaşımın önem ve hacminin artışı beraberinde sürücü ve motorlu araç artışını getirmektedir. Ancak, Türkiye'de yük ve yolcu taşımacılığının yüzde 90'ı aşan bir oranda şehir içi ve şehirlerarası karayolları üzerinden yapılması, trafik altyapısında ve toplumun trafik bilincinde yeterli gelişme sağlanamaması nedeniyle trafik; ülkemizin en öncelikli çözülmesi gereken sorunlarından biri haline gelmiştir.

Türkiye'de 10 yıl önceye kıyasla araç sayısı ikiye katlanarak 2.000.000'u aşmıştır. Türkiye 'de araç kusurlarına ait pay %5 olarak gösterilmektedir. Araç kusuru olarak başlıca nedenler; lastik patlaması, fren, tekerlek, silecek, far, rot, direksiyon ve diğer motor arızaları gösterilmiştir. Bu nedenle her araç kullananın kendi aracını kontrol alışkanlığını kazanması gerekmektedir. Emniyet kemeri kullanılması zorunlu ülkelerde trafik kazalarından doğan ölüm ve yaralanmaların %40 kadar azaldığı görülmüştür. Ayrıca, yol, çevre ve yayalar da kazalarda önemli paya sahiptir. Trafik kazalarında yola ait kusurlar %1, yayalara ait kusurlar %28 olarak

gösterilmiştir. Oysa ülkemizde yol yapım, bakım ve işaretlenmesi yetersizdir ve kazalardaki payının en az %5 olduğu belirtilmektedir. Sürücünün kazalardaki payı ülkemizde ortalama %65'dir. Kazalarda kusurun %28'i de yayalara ve %7 kadarı yolculara ait olduğundan insan faktörünün trafik kazalarındaki payı %94 olarak gösterilmektedir (1.2).

2000 yılında ülkemizde meydana gelen trafik kazalarının toplam maliyeti 6 katrilyon 256 trilyon liradır. Bu para ile 626.219 kalorifersiz konut veya 7.785 km asfalt kaplama bölünmüş devlet yolu inşa edilebilirdi (3).

Çocuklar bazen tek başına yaya, bazen yetişkinlerle, bazen de servis araçlarıyla trafiğe dahil olurlar. Maruziyet okul çağı çocuklarda çok daha fazla olduğu için çocukların bazı trafik kurallarını ve trafik kazalarından korunma ile ilgili bazı bilgilere sahip olmaları önem taşımaktadır (5, 6). Bu nedenle ilköğretim dönemi öğrencilerinin trafikle ilgili bilgilerine yönelik bir araştırma planlanmıştır.

AMAÇLAR

Yapılan çalışmada Mamak ilköğretim okulu 4 ve 5 sınıf öğrencilerinin:

1. Bazı sosyo-demografik özelliklerini saptamak,
2. Bazı trafik kuralları ile ilgili bilgilerinin saptamak,
3. Trafik kazalarından korunma ile ilgili bazı bilgilerinin saptamak,
4. Trafik kazası geçirme sıklıklarının saptamak,
5. Sosyo-demografik özellikleri ile trafik bilgisi ilişkisini saptamak,

amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOD

Araştırma Bölgesi: Araştırma Ankara Mamak mahallesindeki 13 AÇSAP merkezi faaliyet alanında bulunan ve 1939 yılında kurulmuş olan Mamak ilköğretim Okulunda yapılmıştır. Okulda 26 derslik ve 814 öğrenci vardır.

Araştırma Evreni: Mamak ilköğretim Okulu 4 ve 5 sınıf öğrencileri araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. İki şubesi olan 4 ve üç şubesi olan 5 sınıflarından rastgele seçilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden öğrenci sayısı 145'tir.

Araştırma Tipi: Araştırma kesitsel tipte epidemiyolojik bir çalışmadır.

Araştırmada Kullanılan Araç ve Gereçler: Veriler 2 bölümlük (sosyo-demografik özellikler ve trafik bilgisi) gözlem altında doldurulan anketler aracılığıyla toplanmıştır ve EPI-INFO 5.0 programıyla değerlendirilmiştir.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Tablo 1'de de görüldüğü gibi gecekondu yöresindeki bu okuldaki öğrencilerin %88,3'ü 9-10 yaş grubunda olup %46,9'u kız öğrencidir. Öğrenci annelerinin %63,5'i ortaokuldan az eğitilmiş olup %84,1'i çalışmamaktadır. Babaların ise %46,8'i orta okul ve daha az eğitilmiş olup %79,1'i çalışmaktadır. Ailelerin %44,8'inin kendilerine ait özel araçları vardır. Öğrencilerin %70,4'ü kendi ailelerinin ekonomik durumunu orta-kötü olarak nitelendirmektedir. 1998 TNSA verilerine göre (7) kentlerde yaşayan kadınların %27'sinin çalıştığı görülmüştür. Öğrencilerin annelerinin büyük bir çoğunluğunun öğrenimlerinin az ve çalışmaması bölgenin gecekondu bölgesi olması ile ilişkilendirilebilir.

Tablo 2'de de görüldüğü gibi öğrencilerin %37,9'u okul ev yolunu arkadaş grubu ile, %33,1'i de tek başına yürüttükleri için trafik kazası yönünden risk altındadır. Bu nedenle öğrencilerin trafik kuralları açısından bilgilendirilmeleri önem kazanmaktadır.

Öğrencilerin ancak %74,2'si trafik kuralları ile bilgi edindiklerini, bunu da %74,2 oranında televizyondan sağladıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 3'te görüldüğü gibi öğrencilerin çoğunluğu trafikle ilgili soruları doğru yanıtlamakla beraber %82,7'si arabanın ön koltuğuna oturmalarının sakıncalı olduğunu bilmemektedir. Genel olarak değerlendirildiğinde trafik kuralları ile ilgili bilgi sorularından en çok emniyet kemeri bilgi sorusuna doğru cevap (%98,6) verildiği görülmüştür. Bunun nedeni yazılı ve görsel basında emniyet kemeri konusunun gündemde olması olabilir (3).

Tablo 4'te de görüldüğü gibi, 8'in altında puan alanların oranı %27,7'dir.

Öğrencilerin %11,8'i okula gidip gelirken trafik kazası geçirdiklerini belirtmişlerdir. Kazaların %47,1'i yol geçerken veya yürürken, %23,5'i arabada giderken olmuştur. Aile ve yakın çevrede kaza geçirenlerin oranı %41,4 olup bunların %23,4'ünde can kaybı olmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerine göre bilgi puanlarına bakıldığında cinsiyet, sınıf, anne öğrenim düzeyi, annenin çalışma durumu, ailenin araba shibi olması ve herhangi bir kaynaktan trafikle ilgili bilgi sahibi olmaları yönünden istatistiksel analizde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Mamak ilköğretim Okulu'nda trafik dersleri 6. sınıftan itibaren verilmekte ve 8. sınıfta tekrar verilmektedir. Babaları çalışan öğrencilerin %56,1'inin ortalamanın üzerinde bilgi puanına ulaştığı görülmüştür. Puan farklılığı babanın çalışmasına göre istatistiksel yönden anlamlıdır. Bu öğrencilerin sosyo-kültürel ve ekonomik düzeylerinin daha iyi olması bu ilişkiyi açıklayabilir.

Trafik kazası geçirmiş olma cinsiyete göre farklılık göstermemektedir. Erkek öğrencilerin %12,9'u trafik kazası geçirirken, kız öğrencilerin %10,4'ü trafik kazası geçirmiştir. Aynı şekilde trafik kazası geçirme ile sınıf, anne öğrenim düzeyi, annenin çalışma durumu, babanın öğrenim düzeyi, babanın çalışma durumu, ailenin ekonomik durumu, ailenin araba sahibi olması ve alınan bilgi puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Çocukların trafik kazası geçirme nedeni, hem çocukların yaşları itibarı ile daha az dikkatli ve daha çok hareketli olmalarından hem de trafik düzenlemeleri ile ilgili eksikliklerden (yaya geçitlerinin, alt-üst geçitlerin, trafik ışıklarının ihtiyaç duyulan yerlerde olmamasından) kaynaklanıyor olabilir. Bunun yanı sıra bu yaş çocukların oyun oynadıkları yerlerin güvenli olmasının, çocukların daha az trafik kazasına maruz kalmaları üzerinde önemli etkisi bulunabilir (8).

Bunun yanında trafik kazalarındaki hayati yaralanmaları azaltma konusunda özellikle emniyet kemeri üzerinde durulması, araştırmaya katılan öğrencilerin bu soruyu doğru cevaplandırmaları konusunda yardımcı olmuş olabilir (5).

Öğrencilerin %11,8'inin trafik kazası geçirmiş olmaları dikkat çekicidir. İskançınay ülkelerinde trafik eğitim derslerinin anaokuldan itibaren başlıyor olması, bu ülkelerde çocukların maruz kaldığı trafik kazalarında önemli ölçüde düşüş görülmesinin sağlamıştır. Ülkemizde de yeni yeni başlayan bu uygulama sayesinde gelecekte bu konuda olumlu sonuçlar alınması beklenebilir (6).

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

İstatistiklere göre, trafik kazalarında kusurun %28'inin yayalara ait olduğu ve kazaya uğrayan yayaların %45'ini çocuk yaş grubunun (0-17 yaş) oluşturmaktadır (2). Bunların da yaklaşık olarak %29'unu ilköğretim çağı çocuklarının oluşturmaktadır. Bu da bize yolda yürüme ve karşıdan karşıya geçiş ile ilgili trafik kuralları bilgisinin öğrencilere yeterli derecede verilmesi gerektiğini göstermektedir.

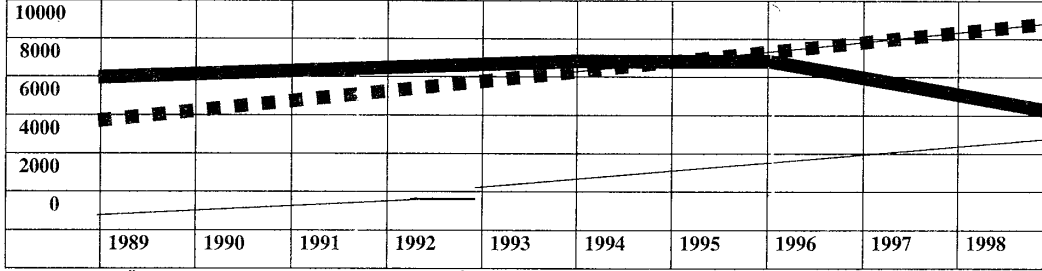
ÖNERİLER

Okulun anayola yakın olması nedeniyle okulun çıkışına yakın bir yere trafik lambaları konulması, okul geçidi levhası görünecek şekilde yeniden düzenlenmesi, okulu yakın bir yere üst veya alt geçit yapılması, okulun çıkış kapılarının önüne çocukların hızla çıkışını önleyici engel konulması, okul çıkışları trafik polisi kontrolünde olması, okulda trafik kolu kurulup aktif hale getirilmesi, öğrencilerin kırtasiye ihtiyaçları ve yiyecek ihtiyaçlarını karşılamaları için kırtasiye departmanı ve kantinin yeterli hale getirilmesi, öğrencilerin okul saatleri içerisinde okul dışına çıkmalarını en aza indirmek için gerekli düzenlemeler yapılması, 6. ve 8. sınıflarda haftada 1 saat verilmekte olan trafik derslerinin anaokul ve ilköğretim I. sınıfları itibaren verilmesi ve trafik eğitiminin daha etkili olabilmesi için, trafik derslerinde sadece teorik eğitim değil, görsel eğitim araçları ve uygulama teknikleri kullanılması yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Safe Driving in Turkey; <http://www.infexchange.com/Turkey/tkdriving.html>
2. Emniyet Genel Müdürlüğü. (1998). Araç, Trafik Kazası ve Ölü Sayısındaki Değişim; EGM Trafik İstatistik Yıllığı. Ankara.
3. Trafik Sorunlarımız; Prof. Dr. Rıdvan EGE, Türkiye Trafik Kazaları Vakfı, Ankara
4. World Health Organization (1999). World Health Report. WHO. Geneva.
5. Geographical and Socio-Ecological Variations of Traffic Accidents Among Children; Soc. Sci. Med. Vol. 33, No:7, pp. 765-69, 1991
6. Prevention of Traffic Accidents in Childhood; Regional Office For Europe, WHO Copenhagen, 1981
7. Hacettepe Institute of Population Studies and Measure DHS, Macro International Inc., (1999). Demographic and Health Survey-Turkey, 1998. Ankara.
8. Principles for Injury Prevention in Developing Countries; WHO, Baltimore 5-17 June 1983

Şekil 1 : Araç, Trafik Kazası ve Ölü Sayısındaki Değişim (1989-1998)

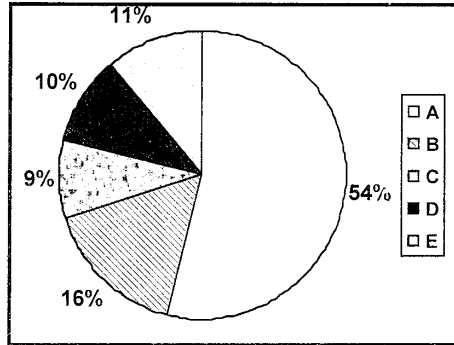


Kalın Çizgi: Ölü Sayısı, Kesikli Çizgi: Araç Sayısı, İnce Çizgi: Kaza Sayısı

Kaynak: EGM Trafik İstatistik Yıllığı-1998 (2)

Şekil 2 : Dünyada Yaralanma Nedenli Ölümler

- A (Diğer);
- B (Trafik kazası);
- C (İntihar)
- D (Cinayet);
- E (Savaş)



Kaynak: World Health Report, 1999 (4)

Tablo 1: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Bazı Sosyo-demografik Özellikleri (Mamak İlk Öğretim Okulu ,AÇSAP13 Sağlık Ocağı Bölgesi, Ankara, Aralık-2001)

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	SAYI	YÜZDE
Yaş (n=145)		
8	1	0.7
9	5	40.0
10	7	48.3
11	16	11.0
Cinsiyet (n=145)		
Erkek	77	53.1
Kız	68	46.9
Annenin Öğrenim Durumu (n= 145)		
Okur-Yazar Değil	2	1.4
İlkokul Mezunu	67	46.2
Ortaokul Mezunu	23	15.9
Lise Mezunu	29	20.0
Yüksekokul Mezunu	6	4.1
Bilinmiyor	18	12.4
Buldukları Sınıf (n= 145)		
4. Sınıf	67	46.2
5. Sınıf	78	53.4
Babanın Öğrenim Durumu (n= 145)		
Okur-Yazar Değil	-	-
İlkokul Mezunu	34	23.4
Ortaokul Mezunu	34	23.4
Lise Mezunu	44	30.3
Yüksekokul Mezunu	10	6.9
Bilinmiyor	23	15.9
Annenin Çalışma Durumu (n= 145)		
Çalışıyor	23	15.9
Çalışmıyor	122	84.1
Babanın Çalışma Durumu (n= 144)		
Çalışıyor	114	79.1
Çalışmıyor	30	20.9
Ailede Araba Bulunma Durumu (n= 145)		
Var	65	44.8
Yok	80	55.2
Ailenin Ekonomik Durumu (n= 145)		
İyi	43	29.7
Orta	79	54.5
Kötü	23	15.9

Tablo 2: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Günlük Yaşamları İçinde Trafik Kullanım Durumları (Mamak İlk Öğretim Okulu AÇSAP 13 Sağlık Ocağı Bölgesi, Ankara, Aralık-2001)

ÖZELLİKLER	SAYI	YÜZDE
Okuldan eve ulaşım şekli (n=145)		
Tek başına yaya olarak	48	33.1
Arkadaş grubu ile yaya olarak	55	37.9
Aileden birisiyle yaya olarak	26	17.9
Kendi ailesinin arabasıyla	4	2.8
Okul servisi aracılığıyla	3	2.1
Diğer	9	6.2
Okul süresi içinde okul bahçesi dışına çıkma durumu (n=142)		
Çıkıyor	29	20.4
Çıkılmıyor	113	79.6
Çıkma Sıklığı (n=29)		
1 kez	12	41.4
2 kez	7	24.1
3 kez	5	17.2
4 ve üzeri	5	17.2
Okul dışına çıktığında gittiği yerler (n=29)		
Ev	8	27.6
Ev, kırtasiye, bakkal, pastane, lokanta	6	20.7
Kırtasiye, bakkal	4	13.8
Pastane, lokanta	1	3.4
Yanıtız	10	3.4

Tablo 3: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Bazı Trafik Kurallarını Bilme Durumu (Mamak İlk Öğretim Okulu, AÇSAP 13 Sağlık Ocağı Bölgesi, Ankara, Aralık-2001)

BİLGİ TÜRÜ	BİLİYOR		BİLMİYOR	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Trafik İşığı	133	93.0	10	7.0
Yaya Geçidi	130	89.7	15	10.3
Okul Geçidi	108	74.5	37	25.5
Bisiklet Yolu	84	58.3	60	41.7
Yolda Karşıdan Karşıya Geçiş	141	97.2	4	2.8
Trafik Düzeni	109	75.2	36	24.8
Emniyet Kemeri	143	98.6	2	1.4
Trafikte İştimize Yönelik Sinyal	93	64.1	52	35.9
Arabanın Ön Koltuğuna Oturma	25	17.3	119	82.7
Yoldan Yürürken Önlem Alabilme	97	67.3	47	32.7
Yaya Davranış	91	63.2	53	36.8

Tablo 4: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Bazı Trafik Kuralları İle İlgili Bilgi Puanlarının Dağılımı, (Mamak İlk Öğretim Okulu, AÇSAP 13 Sağlık Ocağı Bölgesi Ankara, Aralık-2001) (n=145)

TRAFİK BİLGİ PUANI	ÖĞRENCİ SAYISI	YÜZDE
1 Puan	1	0.7
2 puan	-	-
3 puan	-	-
4 puan	-	-
5 puan	4	2.8
6 puan	14	9.7
7 puan	21	14.5
8 puan	31	21.4
9 puan	28	19.3
10 puan	30	20.7
11 puan	15	10.3
12 puan	1	0.7
Toplam	145	100.0

Ortalama=8.48 Tepe değeri=8 Min=1 Max=2

ÖZET:

Adolesan ve gençlik dönemlerinin gelişimsel özellikleri nedeniyle kaza ve yaralanmalara ait mortalite ve morbidite hızlarının yüksek olduğu bilinmektedir.Tüm dünyada adolesan ve gençlik dönemlerindeki ölüm nedenlerinin başında kaza ve yaralanmalara bağlı ölümlerin geldiği de bilinmektedir.

Bu derlemede ülkemiz Devlet İstatistik Enstitüsü İl ve İlçe Merkezlerinde Ölüm İstatistikleri ve İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü'nün Trafik İstatistik Yıllıklarından yararlanılarak adolesan ve gençlerde kaza ve yaralanma boyutlarının saptanması amaçlanmıştır.

Ülkemizde 1998 yılında toplam 175429 ölümün % 3,8'i 5-24 yaş grubuna aittir. 5 – 14 yaş grubundaki ölümlerin % 24,4'ü, 15 – 24 yaş grubundaki ölümlerin % 41,9'u kaza ve yaralanma nedeniyle olan ölümlerdir.Motorlu taşıt kazaları tüm kaza ve yaralanma ölümlerinin içinde 5 – 14 yaş grubu için % 44,1'ini, 15 – 24 yaş grubunda ise % 22,7'sini oluşturmaktadır. 1998 yılındaki Trafik İstatistik Yıllıklarına göre kazaya karışan sürücülerin % 0,1'i 6 – 10 yaş grubunda ve % 0,2'si 11 –15 yaş grubundadır. 16 – 20 yaş grubunda kazaya karışan sürücülerin % 5,3'ü erkek, % 5,1'i ise aynı yaş grubundaki kadınlardır. Ölüm ve trafik istatistiklerine göre ülkemizde adolesan ve gençlerde kaza ve yaralanma ölümleri öncelikli bir halk sağlığı sorunu olup, ivedilikle çözüm önerilerinin uygulanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler:Adolesan, kaza ve yaralanmalar,ölüm.

GİRİŞ :

Kaza ve yaralanma terimleri birbirlerine oldukça karışan kavramlar olup, kaza önceden planlanmamış, beklenmeyen, ani olarak ortaya çıkan, yaralanma, hasar veya insan ve/veya mal kaybı ile sonuçlanan bir olaydır. Yaralanma ise insan vücudunun kasıtlı veya kasıtsız olarak mekanik, elektriksel veya kimyasal enerjiye akut maruziyeti veya oksijen ve ısı gibi yaşamsal unsurlardan uzaklaştırılması nedeniyle ortaya çıkan durumdur.Kaza ve yaralanmaların gençlerin öncelikli sağlık sorunları arasında olduğu ve bütün yaralanmaların önlenebilir sağlık sorunları olduğu düşünülmektedir.

Adolesan dönem; fiziksel, psikososyal ve cinsel büyüme ve gelişmenin hızlı olduğu bir yaşam periyodu olup, adolesan morbidite ve mortalite paterni diğer yaş gruplarına göre farklılıklar göstermektedir. Yaralanma oluşumunda rol oynayan en önemli hazırlayıcı faktörlerden birisi kişinin psikososyal yapısı olup, yaralanma sırasındaki ruhsal durum da önemli nedensel faktörler arasında yer almaktadır. Risk alma davranışının, bilgisizliğin, tecrübesizliğin ve cesaretin yoğun olarak yaşandığı adolesan dönemde yaralanma riski erişkin yaş grubuna göre daha yüksektir.

AMAÇLAR :

Bu derlemenin hazırlanma amacı ülkemizdeki adolesan ve genç yaş grubunda kaza ve yaralanma ölümlerinin boyutlarını ve nedenlerini belirlemektir. Ayrıca tüm trafik kazaları içinde adolesanların kazalara sürücü olarak karışma oranının saptanması da amaçlanmıştır.Uzun vadede ise adolesan yaralanma kontrol programları için veri tabanı oluşturmaktır.

YÖNTEM :

Bu çalışma tanımlayıcı bir araştırma olup, Devlet İstatistik Enstitüsü'nün İl ve İlçe Merkezleri Ölüm İstatistikleri (1998), İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü Trafik İstatistik Yıllığına (1998) ait veriler değerlendirilmiştir.

BULGULAR :

Tablo 1'de ölümlerin yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımları sunulmuştur. 1998 yılında toplam 175429 ölüm olup, % 1,4'ü 5-14 yaş grubunda, % 2,36'sı 15-24 yaş grubundadır.

Ülkemizdeki 1998 yılı toplam kaza ve yaralanmaya bağlı ölüm sayısı 8620 olup, % 71,3'ü (6147) erkek ve % 28,7'si (2473) kadındır. Erkeklerde tüm kaza ve yaralanma ölümlerinin içinde % 6,2'si 5-14 yaş grubunda, % 19,7'si 15-24 yaş grubundadır. Kadınlarda olan tüm kaza ve yaralanma ölümlerinin % 8,9'u 5-14 yaş grubunda, % 22,6'sı 15-24 yaş grubundadır (Tablo 2).

Kaza ve yaralanma ölümlerinin bu yaş grubunda ne kadar büyük bir paya sahip olduğunu göstermek için bu yaş gruplarındaki tüm ölümler içindeki payı değerlendirilebilir :5-14 yaş grubundaki erkek ölümlerinin % 25,4'ü kadın ölümlerinin ise % 22,2'si kaza ve yaralanma nedenleridir; bu yüzdeler 15-24 yaş grubunda ise sırasıyla % 47,4 ve % 39,5 tir (Tablo 3).

5-14 ve 15-24 yaş grubunda kaza ve yaralanmaya bağlı ölüm nedenlerinin dağılımının birbirinden farklı olduğu görülmektedir. 5-14 yaş grubunda erkek ve kadın kaza ve yaralanma ölümlerinin yaklaşık yarısı motorlu taşıt kazası iken 15-24 yaş grubunda motorlu taşıt kazalarının payı azalmakta ve intiharlar ikinci ölüm nedeni haline gelmektedir (Tablo 4 ve 5).

Adolesan ve gençlerin kaza ve yaralanma ölümlerinin içinde önemli bir neden olan trafik kazalarının değerlendirilmesi Tablo 6 ve Tablo 7'de sunulmuştur. Kazaya karışan erkek sürücülerin % 5,5'i kadın sürücülerin ise % 5,3'ü adolesan ve genç yaş grubundadır. 40988 adolesan erkek sürücü kazaya karışırken 1884 kadın sürücü kazaya karışmıştır. Ölümlü kazaya karışan adolesan ve genç sürücü yüzdesi % 5,9, yaralanmalı kazaya karışan ise % 9,2'dir. ölen sürücülerin % 8,8'i, yaralanan sürücülerin de % 12,75 adolesan ve genç yaş grubundadır (Tablo 6).

Trafik kazalarında adolesanların sadece sürücü olarak değil yaa olarak da yaralanma ve ölme riskleri yüksektir. 1998 yılında trafik kazasında ölen yayaların % 9,8'i, yaralanan yayaların ise % 19,3'ü adolesan yaş grubundadır (Tablo 7).

TARTIŞMA ve SONUÇ:

Ülkemizde ölüm istatistikleri il ve ilçe bazında tutulmakla beraber tüm ülkenin genel sağlık durumunun dolaylı bir göstergesi olarak değerlendirilmesinde kullanılabilir.Bir çok ülkede 10-24 yaş grubundaki ilk beş ölüm nedeni arasında kaza ve yaralanma ölümleri yer almaktadır. Ülkemizde de 5-14 yaş grubundaki ölümlerin yaklaşık ¼'ü 15-24 yaş grubundaki ölümlerin

DOKUZUNCU BÖLÜM:KAZALAR, SİGARA, RUH SAĞLIĞI

yarısı kaza ve yaralanma nedeniyle olmaktadır. Ülkemizde toplum tabanlı kaza ölüm hızının bilinmemesinin yanısıra kaza ve yaralanma ölümleri adli istatistiklere girdiği için ne kadarının kırsal ne kadarının kentsel olduğunu tahmin etmek de güçtür. Gelişmiş ülkelerden ABD’de 1998’ yılında 10-14 yaş grubunda kaza ölümleri yüzbinde 8,9; intihar hızı yüzbinde 1,7 ve adam öldürmeler ise yüzbinde 1,5’dir. 15-19 yaş grubunda bu hızların arttığı ve sırasıyla şu şekilde olduğu görülmektedir : 33,7; 8,9; 11,8. Bu ölüm hızlarının 20-24 yaş grubunda ise kaza ölümleri yüz binde 38,2; adam öldürme 18,1; intiharlar 13,6 olduğu görülmektedir. Ülkemizde kaza ve yaralanma ölümlerinin nedenlerinin irdelendiğinde kadın ve erkeklerin nedenlerinin farklılaştığı görülmektedir. Erkek ölümleri daha fazla olup, bu fark 15-24 yaş grubunda iki katına çıkmaktadır. Motorlu taşıt kazalarının yaş ilerledikçe daha öncelikli bir sağlık sorunu olduğu görülmektedir. Yine ABD’nin 1998 yılı kaza ölümleri değerlendirildiğinde 5-14 yaş grubundaki motorlu taşıt kazalarının tüm kazalar içindeki payı % 62,1 iken bu yüzde 15-24 yaş grubunda % 73,8’e çıkmaktadır. Ülkemizdeki yüzdeler bu kadar yüksek olmamakla beraber gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde çevre faktörlerine bağlı olarak kaza ve yaralanma ölüm nedenlerinin farklılaştığı bilinmektedir. Örneğin ABD’de tam kazalar içinde ateşli silahlarla olan kaza ölümleri 5-14 yaş grubunda % 2,8; 15-24 yaş grubunda % 2,5’dir, bu yüzdeler ülkemizde % 2,5 ve % 8,6’dır.

Ülkemizde trafik kazalarına karışan, yaralanan ve ölen adolesan yaş grubunun yüzdesinin tüm yaş grupları içindeki payı oldukça yüksektir. Adolesanların fiziksel yapıları nedeniyle bu kazalardan da daha fazla zarar görme olasılıkları da tartışılmaktadır.

Ülkemizde sürücü belgesi alma yaşı 18 olmasına karşın daha küçük yaşta ki adolesanların sürücü olarak karışıkları görülmektedir. Ülkemizde trafik kazaları öncelikli halk sağlığı sorunlarından birisi olup, adolesan yaş grubunun özellikle risk altında olduğu görülmektedir.

Bu derlemenin özeti olarak adolesanların ölüm nedenleri arasında kaza ve yaralanmaların önemli bir yere sahip olduğu. kaza ve yaralanma ölümleri içinde de motorlu taşıt kazalarının ve intiharların önemli payı olduğu görülmektedir. Bu yaş gruplarındaki ölüm istatistiklerinin bazı risk faktörlerini içerecek şekilde toplanmasının yaralanma korunma ve kontrol programları oluşturulmasında katkısı büyük olacaktır.

KAYNAKLAR

- Durant RH and Smith KS. Vital Statistics and Injuries. Adolescent Health Care A Practical Guide (Ed : LS Neinstein) : pp 126-170. ABD. 2002.
 Özcebe H. Kazalar ve Yaralanmalar. Adolesan Sağlığı ve Gelişimi (Ed : L. Akın, H. Özcebe, D. Haznedaroğlu, S. Özbaş, H. Serim), pp 137-146. Ankara, 2002.
 T.C. Başbakanlık DİE. Ölüm İstatistikleri II ve İlçe Merkezlerinde 1998, Ankara, 2001.
 T.C. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü Trafik Hizmetleri Başkanlığı, Trafik Eğitim ve Araştırma Dairesi Başkanlığı. Trafik İstatistik Yılı, 1998, Ankara, 1999.
 WHO. The Health of Young People. pp 46-50, 1993.

Tablo 1.Ölümlerin Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre Dağılımı(1998)

Yaş Grupları	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
5-14	1511	1,5	986	1,3	2479	1,4
15-24	2723	2,7	1414	1,9	4137	2,4
Tüm Ölümler	100272	100,0	75157	100,0	175429	100,0

Tablo 2.Türkiye’de Kaza ve Yaralanma Ölümlerinin Yaş ve Cinsiyete Göre Dağılımı(1998)

Yaş Grupları	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
5-14	384	6,2	219	8,9	603	7,0
15-24	1173	19,1	559	22,6	1732	20,1
Toplam kaza ve yaralanma ölüm sayısı	6147	100,0	2473	100,0	8620	100,0

Tablo 3.Türkiye’de 5-14 ve 15-24 Yaş Gruplarında Kaza ve Yaralanma Ölümlerinin Tüm Ölümler İçindeki Payı(1998)

Kaza ve Yaralanma Ölümleri/Toplam Ölüm Sayısı	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
5-14	384	25,4	219	22,2	603	24,3
Toplam 5-14	1511	100,0	986	100,0	2479	100,0
15-24	1173	47,4	559	39,5	1732	41,9
Toplam 15-24	2473	100,0	1414	100,0	4137	100,0

Tablo 4. Türkiye’de Kaza ve Yaralanmaya Bağlı Ölüm Nedenlerinin 5-14 Yaş Grubundaki Dağılımı(1998)

Ölüm Nedeni	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Motorlu taşıt kazaları	173	45,1	93	42,5	266	44,1
Diğer taşıt kazaları	1	0,3	-	-	1	0,2
Kaza sonucu zehirlenmeler	12	3,1	15	6,8	27	4,5
Kaza sonucu düşmeler	16	4,2	10	4,6	26	4,3
Yangınların sebep olduğu kazalar	16	4,2	9	4,1	25	4,2
Kaza sonucu suda boğulma ve suya batma	43	11,2	10	4,6	53	8,8
Ateşli silah mermileriyle olan kazalar	11	2,9	4	1,8	15	2,5
Başlıca sanayi cinsten olan kazalar	15	3,9	4	1,8	19	3,2
Bütün diğer kazalar	73	19,0	33	15,1	106	17,6
İntihar ve kendini yaralama	19	4,9	37	16,9	56	9,3
Adam öldürme ve yaralama	5	1,3	4	1,8	9	1,5
Kazayla veya bilerek olduğu bilinmeyenler	-	-	-	-	-	-
Toplam	384	100	219	100	603	100

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Tablo 5. Türkiye’de Kaza ve Yaralanmaya Bağlı Ölüm Nedenlerinin 15-24 Yaş Grubundaki Dağılımı(1998)

Ölüm Nedeni	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Motorlu taşıt kazaları	297	25,3	97	17,4	394	22,7
Diğer taşıt kazaları	10	0,9	3	0,5	13	0,8
Kaza sonucu zehirlenmeler	19	1,6	34	6,1	53	3,1
Kaza sonucu düşmeler	30	2,6	16	2,9	46	2,7
Yangınların sebep olduğu kazalar	20	1,7	2	0,4	22	1,3
Kaza sonucu suda boğulma ve suya batma	79	6,7	13	2,3	92	5,3
Ateşli silah mermileriyle olan kazalar	149	12,7	40	7,2	149	8,6
Başlıca sanayi cinsten olan kazalar	33	2,8	4	0,7	37	2,1
Bütün diğer kazalar	208	17,7	63	11,3	271	15,6
İntihar ve kendini yaralama	245	20,9	258	46,2	503	29,0
Adam öldürme ve yaralama	78	6,6	28	5,0	106	6,1
Kazayla veya bilerek olduğu bilinmeyenler	5	0,4	1	0,2	6	0,3
Toplam	1173	100	559	100	1732	100

Tablo 6. Türkiye’de Şehir içi ve Şehir dışı Trafik Kazaları(1998)

Yaş	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kazaya Karışan Sürücü Sayısı						
6-10	507	0,1	66	0,2	573	0,1
11-15	1642	0,2	66	0,2	1078	0,2
16-20	39346	5,3	1818	5,1	41164	5,3
21+	698469	94,4	33396	94,5	732495	94,4
Toplam	739964	100,0	35346	100,0	775310	100,0
Ölümlü Kazaya Karışan Sürücü Sayısı						
6-10	19	0,3	1	1,0	20	0,3
11-15	44	0,8	-	-	44	0,8
16-20	278	5,1	7	7,4	285	5,1
21+	5172	93,8	87	91,6	5259	93,8
Toplam	5513	100,0	95	100,0	5608	100,0
Yaralanmalı Kazaya Karışan Sürücü Sayısı						
6-10	279	0,3	25	1,0	304	0,3
11-15	1136	1,3	52	2,1	1188	1,3
16-20	6930	7,9	209	8,3	7139	7,9
21+	79851	90,5	2221	88,6	82072	90,5
Toplam	88196	100,0	2507	100,0	90703	100,0
Ölen Sürücü Sayısı						
6-10	15	0,8	-	-	15	0,8
11-15	35	1,9	-	-	35	1,9
16-20	123	6,9	2	5,6	125	6,9
21+	1619	90,4	34	94,4	1653	90,4
Toplam	1792	100,0	36	100,0	1828	100,0
Yaralanan Sürücü Sayısı						
6-10	247	0,6	25	2,1	272	0,7
11-15	990	2,6	50	4,2	1040	2,6
16-20	3894	10,1	121	10,2	4015	10,1
21+	33351	86,7	991	83,5	34342	86,6
Toplam	38482	100,0	1187	100,0	39669	100,0

Tablo 7. Türkiye’de Şehir içi ve Şehir dışı Trafik Kazaları(1998)

Yaş	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kazaya Karışan Yaya Sayısı						
6-10	1787	14,8	1033	15,2	2820	14,9
11-15	1196	9,9	605	8,9	1801	9,5
16-20	1074	8,9	671	9,8	1745	9,3
<6-21+	8031	66,4	4508	66,1	12539	66,3
Toplam	12088	100,0	6817	100,0	18905	100,0
Kazada Ölen Yaya Sayısı						
6-10	87	12,6	46	14,0	133	13,1
11-15	42	6,1	15	4,6	57	5,6
16-20	33	4,8	10	3,0	43	4,2
<6-21+	529	76,5	257	78,4	786	77,1
Toplam	691	100,0	528	100,0	1019	100,0
Kazada Yaralanan Yaya Sayısı						
6-10	1699	14,9	987	15,2	2686	15,0
11-15	1153	10,1	590	9,1	1743	9,8
16-20	1041	9,1	661	10,2	1702	9,5
<6-21+	7504	65,9	4251	65,5	11755	65,7
Toplam	11397	100,0	6489	100,0	17886	100,0

ANKARA'DAKİ SAĞLIK MESLEK LİSESİ ÖĞRENCİLERİNİN DEPREM EĞİTİMİ ÖNCESİ VE SONRASI BİLGİ DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Ümit CELEN¹

Sarp ÜNER²

1: Araştırma Görevlisi, Ankara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Sağlık Anabilim Dalı

2: Araştırma Görevlisi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Ankara'da, Sağlık Bakanlığı'na bağlı 16 sağlık meslek lisesinde, 1999-2000 Eğitim Öğretim Dönemi'nde öğrenim gören öğrencilere yönelik olarak yürütülen Deprem Eğitimi'ni değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada, 3999 öğrenciden oluşan evrenden, tabakalı ve küme örnekleme yöntemi ile seçilen 311 öğrenciye, eğitim öncesi ve sonrası deprem bilgi testi uygulanmıştır. Eğitim ile, öğrencilerin deprem bilgi düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı artış sağlanmıştır. Eğitimin yürütüldüğü okulların biri dışında tamamında, bilgi puanı istatistiksel olarak anlamlıdır. Eğitim ile öğrencilerin deprem bilgi düzeylerinde meydana gelen artış miktarı, cinsiyete, sınıf düzeyine ve okulların merkezde veya ilçede bulunmasına göre değişiklik göstermemiştir. Halkımızın deprem konusundaki bilgilerini artırmak için yapılacak halk eğitimlerinin yanısıra, örgün eğitimde bir deprem dersine yer verilmesi önerilmiştir.

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü halk sağlığı üzerine ani, ciddi ve önceden öngörülemeyen etkileri olan durumları afet olarak tanımlamaktadır (1). Türkiye'de afet türlerinin hemen hemen tümü ile karşılaşmaktadır. Türkiye, 1966-1990 döneminde, gelişmekte olan ülkeler arasında en fazla afete maruz kalan ilk 10 ve afete bağlı en fazla ölüm görülen ilk 20 ülke arasında yer almaktadır (2). Türkiye'de yaşanan büyük ve hasarlı depremlerinden biri 17 Ağustos 1999 tarihinde meydana gelmiş ve 17.480 kişi ölmüş, yaralı sayısı ise 44.000'e yaklaşmıştır (3).

Sağlık eğitimi, kişiye ve topluma yönelik koruyucu hekimlik uygulamaları arasındadır (4). Toplumun, olası olaylar, zararın en aza indirilmesi için neler yapılması gerektiği ve nedenleri konusunda önceden eğitilmesi ve bilgilendirilmesi, afetlerde can ve mal kaybının en aza indirilmesinde etkili olan uygulamalar arasındadır (5). Afet oluşmadan önce afetten korunma ve hazırlık için afet eğitim programları hazırlanmalı, sağlık personeli ve halkın eğitim çalışmalarına başlanmalıdır (6). Dinar depreminden sonra yapılan bir çalışmada, birinci derece deprem bölgesinde yaşamalarına rağmen kişilerin deprem hakkında bilgilerinin çok yetersiz olduğunu bulmuştur (7). Halkımız, bir afet durumunda nasıl davranılması ve ne tür önlemlerin alınması gerektiği konularında, basın ve başka kamu iletişim araçları ile, bu konuda yetkin kişi ve kuruluşlarca etkin bir biçimde, fakat yalnızca bir afet sırasında ya da sonrasında değil, sürekli olarak eğitilmelidir (8).

Bu çalışma, Ankara'da Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık meslek liselerinde 1999-2000 Eğitim Öğretim Dönemi'nde öğrenim gören öğrencilere yönelik yapılan "Deprem Eğitimi"ni değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM

Araştırmanın evrenini, 1999-2000 Eğitim Öğretim Dönemi'nde Ankara'da Sağlık Bakanlığı'na bağlı, 10'u ilçede olan 16 sağlık meslek lisesinde, 146 sınıfta öğrenim gören 3999 öğrenci oluşturmaktadır. Ankara Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şube Müdürlüğü'nce, öğrencilerin tamamına yönelik deprem eğitimi düzenlenmiştir. Eğitim, bir ders saati içerisinde verilmekte ve "afetlerle ve depremlerle ilgili temel kavramlar, depremin oluş nedenleri, deprem öncesinde, deprem sırasında ve deprem sonrasında yapılması gerekenler" konularını içermektedir. Yapılan eğitimi değerlendirmek amacıyla evreni temsil eden bir örnek grubu seçilerek, bu gruba, eğitim öncesi ve sonrası deprem bilgi testi uygulanmıştır. Deprem bilgi testi, doğru-yanlış olarak yanıtlanan 20 sorudan oluşmaktadır.

Örnek büyüklüğünün belirlenmesinde evreni temsil edecek şekilde, güven aralığı %95 ve kabul edilebilir örnekleme hatası %5 olarak seçilebilecek en büyük örnek grubunu alabilmek amacıyla $p=0.50$ kabul edilmiş ve örnek büyüklüğü 385 olarak hesaplanmıştır. Öğrencilerin örneğe seçiminde iki aşamalı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. İlk olarak, sağlık meslek liselerindeki okuyan toplam ve okula özel öğrenci sayıları tespit edilerek, her okuldan örneğe seçilecek öğrenci sayıları tabakalı örnekleme yöntemi ile hesaplanmıştır. Sonra, okuldaki sınıfların sayıları ve her sınıftaki öğrenci sayısı belirlenerek, her okuldan örneğe alınması gereken öğrenci sayısı belirlenmiş, uygulama kolaylığı açısından birim olarak "sınıf" kabul edilmiş ve rasgele seçilen sınıflardaki öğrencilerin tamamı örnekleme dahil edilmiştir. Ön test ve son test uygulamasını; birisi veya her ikisi sırasında, devamsız olan öğrenciler bulunması nedeniyle, her iki test de uygulanmış olan 311 öğrenciye değerlendirmeye alınmıştır.

Araştırmada kullanılan anket formu ve ölçme aracı araştırmacılar tarafından geliştirilmiş ve deneme uygulaması Abidinpaşa SM Lisesi'nin örneğe girmeyen bir sınıfında yapılmıştır. Anket formu ve ön test, gözlem altında uygulama tekniği ile Ocak-Mart 2000 tarihleri arasında okullara gidilerek, eğitim öncesinde eğitimciler tarafından, son test ise okul öğretmenleri tarafından deprem eğitiminden bir hafta sonra uygulanmıştır.

BULGULAR

Deprem eğitimine katılan sağlık meslek lisesi öğrencilerinden ön test ve son test uygulananların %69,1'ini kız öğrenciler ve %39,2'sini 3. sınıf öğrencileri oluşturmak aydı. Öğrencilerin %40,2'sinin babası ve %63,0'ının annesi ilköğretim mezunuydu. Sosyal güvencesi olmayan öğrenciler grubun %7,7'ünü ve SSK'lı öğrenciler %35,7'sini oluşturmaktaydı. Öğrencilerin %63,3'ünün öğrenim gördüğü okul, perifer ilçedeydi (Tablo 1).

Öğrencilerin, yirmi sorudan oluşan ve eğitim öncesinde ve sonrasında uygulanan testten aldıkları puanların ortalamaları Tablo 2'de verilmiştir. Öğrenciler, ön testten ortalama 12,10; son testten 14,29 puan almışlardır. Ön test ve son test puanları arasındaki fark (2,19) istatistiksel olarak anlamlıdır. Ön test ve son test puanları arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon gözlenmiştir.

Öğrencilerin ön test ve son test puan ortalamaları, eğitimin yürütüldüğü okullara göre ayrı ayrı karşılaştırıldığında, bir okul hariç, okulların tümünde, son test puanlarının ön test puanlarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur. Öğrencilerin son test puanları ile ön test puanları arasındaki farkların ortalamaları, okullara göre değişiklik göstermektedir. Son test puanları ile ön test puanları arasında en düşük farkın bulunduğu okulda ortalama 0,90; en büyük farkın bulunduğu okulda ortalama 4,35 puan artış sağlanmıştır.

Ön test ve son test puanları cinsiyete göre değerlendirildiğinde, kız ve erkek öğrencilerin son test puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($t=1,73$, $p>0,05$). Benzer şekilde, ön test puanları ortalamaları

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($t=1.60$, $p>0.05$). Kız ve erkek öğrencilerin son test ve ön test puanları arasındaki farkların ortalamaları arasında da bir farklılık bulunmamaktadır ($t=0.03$, $p>0.05$) (Tablo 3). Ön test ve son test puanları sınıflara göre değerlendirildiğinde, her iki test puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmektedir ($F=13.22$; $F=6.35$, $p<0.05$). İkinci, üçüncü ve dördüncü sınıfta öğrenim gören öğrencilerin hem son test puanı hem de ön test puanı ortalamaları birbirine yakındır. Ancak, birinci sınıfta öğrenim gören öğrencileri son test ve ön test puan ortalaması, diğer sınıflardan düşüktür. Son test ve ön test puanları arasındaki farkların ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($F=0.59$, $p>0.05$) (Tablo 3).

Merkezdeki okullarda öğrenim gören öğrencilerin son test puan ortalamaları, ilçedeki okullarda öğrenim gören öğrencilerin ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir ($t=2.40$, $p<0.05$). Benzer şekilde, ön test puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($t=2.08$, $p<0.05$). Ancak, son test ve ön test puanları arasındaki farkların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($t=0.09$, $p>0.05$) (Tablo 3).

TARTIŞMA

Örnek grubunun büyük çoğunluğunu kız öğrenciler oluşturmaktadır (%69.1). Benzer bir dağılım araştırma evreninde de görülmektedir. Ankara'daki sağlık meslek liselerinde tümünde okuyan öğrencilerin %71.9'u kızdır. Türkiye'deki sağlık meslek liselerinde kız öğrenciler bütün öğrencilerin %69.5'ini oluşturmaktadır. Kız öğrencilerin sayısının daha fazla olması, kız öğrencilerin SM liselerini daha fazla tercih etmelerinden, giriş sınavında daha başarılı olmalarından veya ailelerin kız çocukları daha uzun süren yüksek öğretim yerine kısa zamanda meslek sahibi olması düşüncesiyle bu kuruluşlara yönlendirmelerinden kaynaklanıyor olabilir. Öğrencilerin annelerinin %17.7'si; babalarının %2.6'sı ilköğretim mezunu değildirlir. Yapılan çalışmalarda, SM lisesi öğrencilerinin annelerinin %27.2-36.5'i ve babalarının %5.2-18.7'si herhangi bir eğitim kurumu mezunu değildir (9-11). Öğrencilerin anne ve babaların, bir eğitim kurumundan mezun olmama yüzdesi bu çalışmalardan ve Ankara ve Türkiye değerlerinden daha düşüktür (12). Örnek grubundaki öğrencilerin annelerinin öğrenim durumu ilköğretim ve ortaokul mezuniyeti açısından yapılan benzer çalışmalardan ve Ankara yüzdelere göre daha yüksekken, lise ve yüksek okul düzeyinde daha düşüktür (9-12). Öğrencilerin babalarının ilköğretim ve yüksek okul mezuniyet durumları Ankara yüzdelere benzerken ortaokul ve lise mezunu olanların yüzdesi Ankara genelinden yüksektir (13).

Öğrencilerin %17.0'ının sosyal güvencesi yoktur. Bu yüzde oldukça yüksek bir değerdir. Türkiye genelinin %9.0'ının sosyal güvencesi yoktur (14). Öğrencilerin yaklaşık üçte biri SSK'lıdır. Ancak bu yüzde, Türkiye genelinden (%56.1) düşüktür (14).

Öğrencilerin 20 sorudan oluşan ve eğitim öncesinde uygulanan testten ortalama 12,10; eğitim sonrasında uygulanan testten 14,29 puan almışlardır. Ön test ve son test puanları arasındaki fark (2,19) istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu bulgu, yapılan eğitimin, öğrencilerin depremle ilgili bilgi düzeylerinde bir artış meydana getirdiğini göstermektedir. Eğitimle meydana gelen bilgi puanı artışı çok çarpıcı olmasa da, kısa süreli bir eğitim sonucu meydana gelmesi yönüyle dikkat çekicidir.

Eğitim ile meydana gelen bilgi puanı artışı, okullara göre değişiklik göstermekle birlikte, bir okul dışında okulların tümünde istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu durum öğrenciler arasındaki farklardan kaynaklanıyor olabileceği gibi deprem eğitimi veren eğitimcilerden de kaynaklanıyor olabilir.

Ön test ve son test puanları cinsiyete göre değerlendirildiğinde, erkek ve kız öğrencilerin son test puanları ve ön test puanları ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmaması, eğitimden benzer şekilde yararlanmış olduklarını ve deprem konusunun bütün öğrencilerin ilgisini çektiğini düşündürmektedir. Ancak, birinci sınıf öğrencilerinin son test ve ön test puanları ortalamalarının diğer sınıflardan düşük olması, verilen eğitimin, ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencilerinin hazır bulunuşluk düzeylerine daha uygun olduğunu göstermektedir.

Merkezdeki okullarda öğrenim gören öğrencilerin son test ve ön test puan ortalamalarının ilçedeki okullarda öğrenim gören öğrencilerin ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olması, merkezdeki okulların daha fazla tercih edilmesi nedeniyle, daha başarılı öğrencilerin merkezdeki okullara yerleşmiş olmasından kaynaklanıyor olabilir. Ancak, eğitim ile meydana gelen bilgi düzeyi artışı, merkez ve ilçede öğrenim görmeye göre değişiklik göstermemiştir.

Eğitimde temel amaç bireylerin bilgi, beceri, amaç, beklenti ve tutumlarını istedik ve amaçlı olarak değiştirmektir (4). Sağlık meslek lisesi öğrencilerine yönelik uygulanan Deprem Eğitimi'nde beceri ve tutum değişikliği hedeflenmemiştir. Ancak bireylerin bilgi düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı şekilde artış sağlanmıştır.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Ankara'da bulunan Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık meslek liselerinde öğrenim gören öğrencilere, Ankara Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şubesi tarafından verilen "Deprem Eğitimi" ile, öğrencilerin deprem bilgi düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı artış sağlanmıştır. Eğitim ile meydana gelen bilgi puanı artışı, 20 soruluk bir testte ortalama 2,29 puan olmasına rağmen, "bir ders saati" içerisinde verilen bir eğitim ile sağlanmış olması yönüyle dikkat çekicidir. Eğitimin yürütüldüğü okulların biri dışında tamamında, bilgi puanı artışı istatistiksel olarak anlamlıdır.

Eğitim ile öğrencilerin deprem bilgi düzeylerinde meydana gelen artış miktarı, cinsiyete, sınıf düzeyine ve okulların merkezde veya ilçede bulunmasına göre değişiklik göstermemektedir. Ancak, lise birinci sınıf öğrencilerinin hem ön test hem de son test puan ortalamaları, diğer sınıflardan düşüktür. Merkezdeki okullarda öğrenim gören öğrencilerin hem son test hem de ön test puan ortalamaları da, ilçedeki okullarda öğrenim gören öğrencilerin ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir.

Bir çok afet türünün görüldüğü ve deprem riskinin yüksek olduğu ülkemizde, halkımızın özellikle depreme karşı hazırlıklı olmasını sağlamak amacıyla, insanlarımızın tamamını kapsayacak halk eğitimleri düzenlenmeli ve örgün eğitimimizde, bir "deprem" dersine yer verilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Lechat M.F., The Epidemiology of Disasters, Section of Epidemiology & Community Medicine, 1976.
2. Noji E.K., The Public Health Consequences Of Disasters, Oxford University Press, Oxford, Newyork, 1997.
3. T.C. Başbakanlık Kriz Yönetim Merkezi, Depremler 1999, 17 Ağustos ve 12 Kasım Depremlerinden Sonra Bakanlık ve Kamu Kuruluşlarınca Yapılan Çalışmalar, Ankara, 2000.
4. Güler Ç., Akın L., Sağlık Eğitimi ve İletişim, Halk Sağlığı Temel Bilgiler Kitabı, Ankara, 1997
5. Güler Ç., Çobanoğlu Z., Afetler, Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi No:33, TC Sağlık Bakanlığı, Ankara, 1994.
6. Akdur R., Afetler ve Afetlere Karşı Alınacak Önlemler, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi ANTIP A.Ş. Yayınları, Ankara, 1993.

DOKUZUNCU BÖLÜM: KAZALAR, SİGARA, RUH SAĞLIĞI

7. Özşahin A., Afetlerde Sağlık Hizmetleri (Halk Sağlığı Konusu Olarak Depremler), İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, 1998.
8. Kasapoğlu E., Türkiye'de Doğal Afetlerin Neden Olduğu Zararların En Az İndirgenmesine Yönelik Önlemler, Sorunlar ve Çözümler, Sağlık ve Toplum, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Yayın Organı, Yıl: 10, Deprem Özel Sayısı, Ankara, 2000.
9. Tanış T., Sağlık Meslek Lisesi ve Behice Yazgan Kız Lisesi Öğrencilerinin Sağlıkla İlgili Konularda Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Programı, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, 1995.
10. Dursun S. Lise ve Sağlık Meslek Lisesine Devam Eden Öğrencilerin Sosyal ve Ekonomik Durumlarına İlişkin Karşılaştırılabilir Bir Çalışma, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Sağlığı Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 1988.
11. Özkan F., Sağlık Meslek Lisesi Öğrencilerinin Sosyo-ekonomik Durumları ve Bu Okulları Seçişlerinde Rol Oynayan Unsurlara İlişkin Mukayeseli Bir Çalışma, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Yapı ve Sosyal Değişme Bilim Dalı, İstanbul 1991.
12. Ekonomik ve Sosyal Göstergeler, Ankara, T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Ankara, 1998.
13. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998, HÜ Nüfus Etüdleri Enstitüsü, Ankara 1999.
14. Türkiye'de Çocuk ve Kadınların Durumu Raporu, TC Hükümeti-UNICEF 2001-2005 İşbirliği Programı, Aralık 2000.

Tablo 1: Sağlık Meslek Lisesi Öğrencilerinin Cinsiyet, Yaş, Anne-Baba Öğretim Düzeyleri, Sosyal Güvenlik Durumları ve Okulların Bulunduğu Yere Göre Dağılımları (Ankara, 2000)

		n	%
Cinsiyet	Erkek	96	30,9
	Kız	215	69,1
Sınıf	1	80	25,7
	2	45	14,5
	3	122	39,2
	4	64	20,6
Baba öğretim düzeyi*	Okuryazar değil+okuryazar	8	2,6
	İlkokul	125	40,2
	Ortaokul	79	25,4
	Lise	67	21,5
	Yüksekokul	29	9,3
Anne öğretim düzeyi	Okuryazar değil+okuryazar	55	17,7
	İlkokul	196	63,0
	Ortaokul	32	10,3
	Lise	24	7,7
	Yüksekokul	4	1,3
Sosyal güvence **	Yok	53	17,0
	SSK	111	35,7
	Emekli Sandığı	89	28,6
	Bağ-Kur	42	13,5
	Özel Sigorta	14	4,5
Okulun bulunduğu yer	Merkez	114	36,7
	İlçe	197	63,3
Toplam		311	100,0

*3 kişi bu soruya cevap vermemiştir **2 kişi bu soruya cevap vermemiştir

Tablo 2: Sağlık Meslek Lisesi Öğrencilerinin Ön Test ve Son Test Puanları (n=311) (Ankara, 2000)

	Ortanca	Tepe Değeri	Ortalama	Std. S.	Min.	Max.
Son Test	14,0	16	14,29	2,21	7	20
Ön Test	12,0	13	12,10	2,42	4	18
Fark (Son-Ön)	2,0	1	2,19	2,51	-4	10

t=-15,38, p<0,05 r=0,41, p<0,05

Tablo 3: Sağlık Meslek Lisesi Öğrencilerinin Cinsiyete, Sınıflara ve Okulun Bulunduğu Yere Göre Ön Test ve Son Test Puanları (Ankara, 2000)

	n	Son Test Ortalama	Std. S.	Ön Test Ortalama	Std. S.	Fark (Son-Ön) Ortalama	Std. S.
Cinsiyet							
Erkek	96	14,61	2,27	12,43	2,48	2,19	2,31
Kız	215	14,15	2,17	11,95	2,39	2,20	2,60
t		1,73		1,60		0,03	
Sınıf							
1	80	13,05	2,08	11,14	2,47	1,91	2,51
2	45	14,40	1,74	12,11	2,36	2,29	2,34
3	122	14,84	2,12	12,46	2,27	2,38	2,49
4	64	14,73	2,24	12,61	2,40	2,13	2,69
F		13,22*		6,35*		0,59	
Okulun Bulunduğu Yere							
Merkez	114	14,68	2,04	12,47	2,34	2,21	2,38
İlçe	197	14,07	2,27	11,88	2,45	2,18	2,60
t		2,40*		2,08*		0,09	

*p<0,05

Hülya ELLİDOKUZ*, Reyhan UÇKU**, Ü. Yusuf AYDIN***

*Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D., Afyon.

**Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D., İzmir.

***Çay Sağlık Grup Başkanı, Afyon.

ÖZET

Büyük çoğunluğu deprem kuşağı üzerinde bulunan ülkemizde geçmişte birçok yıkıcı depremler olduğu gibi, gelecekte de oluşacak depremlerle kayıplara uğrayacağımız bir gerçektir. Bu kayıplar içinde sıklıkla karşılaşılan ölüm ve yaralanmaların önlenmesinde bunlara yol açan risk faktörlerinin bilinmesi çok önemlidir.

Bu çalışma 3 Şubat 2002 Afyon depreminde ölen ve yaralananların özelliklerini değerlendirmek, ölüm ve yaralanmaya yol açan risk faktörlerini belirlemek amacıyla ölüm/yaralanma ve ev hasarının en fazla olduğu Çay ilçesi Eber beldesinde yapılmıştır. Çalışmada beldeye yaşayan tüm hanelere ulaşılmış ve deprem sırasında beldeye olan 229 hane ile görüşülmüştür. Araştırmada hane özellikleri, bina özellikleri, binanın hasar durumu, ölen, yaralanan ve sağlam kalan kişilerin sosyo-demografik özellikleri yanı sıra deprem sırasında bina içinde olup olmadıkları, hangi odada ve odanın neresinde oldukları, deprem olunca ne yaptıklarını sorgulayan anket formu kullanılmıştır. Anketler her birey ile yüzyüze görüşülerek doldurulmuştur.

Ortalama hane büyüklüğü 3.62±1.67 olan belde evlerin bir-iki katlı ve yaklaşık yarısının ahşap yapıda olduğu belirlenmiştir. Etkilenen nüfusta ölüm hızı binde 16.0, yaralanma hızı binde 22.1, ölüm başına düşen yaralı sayısı 1.4 dür. Evlerin %55.9'u ağır hasarlı veya yıkıktır ve ahşap binaların hasar düzeyi daha fazladır. Eber depreminde evin ağır hasarlı/yıkık olmasının, ahşap yapıda olmasının ve kişilerin evin içinde dış duvara yakın bulunmasının ölüm/yaralanma riskini artıran faktörler olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Deprem, Risk Faktörleri, Afyon(Çay) Depremi

GİRİŞ

Tüm olağandışı durumlar gibi depremlerin de en kötü etkisi ölüm ve yaralanmalardır. Depremler doğrudan ve dolaylı etkiler ile ölüm ve yaralanmalara yol açarlar. Doğrudan etki ile oluşan ölümler travma, asfiksi, toz inhalasyonu veya çevresel etmenlere maruziyet sonucu oluşur. Yaralanmalar arasında ise basit kesi ve ezikler sıklıkla görülürken basit kırıklar, ciddi kırıklar, iç organ yaralanmaları ve crush sendromu daha az sıklıkta oluşmakta, yanıklar da gözlenmektedir(1). Olağandışı durumlarda korunma, nedenlerin ortadan kaldırılması ya da tehlike oluşuktan sonra etkisinin azaltılması ile mümkündür. Ancak depremlerin nedenleri ortadan kaldırılarak ölüm ve yaralanmaların önlenmesi pek olası değildir. Bu nedenle etkinin azaltılması önlemede son derece önemlidir. Bu da ölüm ve yaralanmalara yol açan risk faktörlerinin bilinmesi, bu faktörlere yönelik önlemlerin alınması ile olasıdır(2).

Bilindiği gibi ülkemiz dünyanın en etkin deprem kuşaklarından birinin üzerinde bulunmaktadır. Deprem Bölgeleri Haritası'na göre, yurdumuzun %92'sinin deprem bölgeleri içerisinde olduğu, nüfusumuzun %95'inin deprem tehlikesi altında yaşadığı ve ayrıca büyük sanayi merkezlerinin %98'i ve barajlarımızın %93'ünün deprem bölgesinde bulunduğu bilinmektedir. Son 58 yıl içerisinde depremlerde 58.202 kişi hayatını kaybetmiş, 122.096 kişi yaralanmış ve yaklaşık olarak 411.465 bina yıkılmış veya ağır hasar görmüştür. Sonuç olarak denilebilir ki, depremlerden her yıl ortalama 1.003 vatandaşımız ölmekte ve 7.094 bina yıkılmaktadır(3).

Bu yıkıcı depremlerden en sonuncusu 03 Şubat 2002 Pazar günü 09.11 de Afyon ili Sultandağ ilçe merkezinin yaklaşık 11 km güneyinde olmuştur. 6.1 büyüklüğünde ki bu depremin episantrının Çay ilçesine bağlı Eber beldesi olduğu belirlenmiştir. Depremden etkilenen il ve ilçe merkezleri Afyon, Sultandağ, Çay, Bolvadin, Çobanlardır ve bu yerleşimler birinci derece deprem bölgesinde bulunmaktadır. Elde edilen bilgilere göre 42 kişinin öldüğü, 325 kişinin yaralandığı bu depremde Afyon ilinin Çay, Sultandağ ve Bolvadin ilçelerinde ağır hasar ve can kayıpları meydana gelmiştir. En fazla hasar ve ölüm Çay ilçesinin Eber beldesinde görülmüştür. Beldeye konutların %59.5'i ağır hasar görmüş ve 14 kişi hayatını kaybetmiştir(4).

AMAÇ

Deprem sırasında ölen ve yaralananların özelliklerini değerlendirmek, ölüm ve yaralanmaya yol açan risk faktörlerini belirlemek amacıyla bu çalışma yapılmıştır.

YÖNTEM

Afyon depreminde etkilenen nüfusun farklı ilçelerde olması, ölüm ve yaralanmaların her ilçe, belde veya köyde tek görülmesi nedeniyle bu çalışma en fazla hasar ve ölümlerin görüldüğü depremin episantrı olan Çay ilçesi Eber beldesinde yapılmıştır. Beldenin hane ve nüfus özellikleri ile ilgili bilgi Sağlık Grup Başkanlığından elde edilmiş ve deprem öncesi 277 hanede 909 kişinin yaşadığı, deprem sırasında 24 hanenin beldeye olmadığı, depremden etkilenen kişilerin büyük çoğunluğunun beldeye çadır ve konteynirlarda yerleştiği, 12 hanenin dışarıya göç ettiği öğrenilmiştir. Çalışmada deprem sırasında beldeye yaşayan tüm hanelere ulaşılmış hedeflenmiş ve veri toplama aşamasında çeşitli nedenlerle (haçta olma, nistanede olma, yakınların yanına gitme) ulaşılamayan haneler (12 hane) dışında hepsine (229 hane) ulaşılmıştır. Deprem sırasında Eber'de bulunan hanelere ulaşma oranı %90.5 olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma depremden üç ay sonra gerçekleştirilmiş, bu nedenle zaman zaman ortaya çıkan hafıza faktörü bazı bilgilere ulaşılmasını engellemiştir. Ölenlerle ilgili bilgiler yakınlarından alınırken yaralananların kendilerinden bilgi alınmıştır. Veri toplama aşaması hepsi yöre halkından olan Çay Grup Başkanlığı çalışanı 3 kişi tarafından bir haftada gerçekleştirilmiş ve anket uygulama konusunda önceden bir eğitimden geçirilmiştir.

Araştırmada hane özellikleri, bina özellikleri, binanın hasar durumu, ölen, yaralanan ve sağlam kalan kişilerin sosyo-demografik özellikleri yanı sıra deprem sırasında bina içinde olup olmadıkları, hangi odada ve odanın neresinde oldukları, deprem olunca ne yaptıklarını sorgulayan anket formu kullanılmıştır. Anketler her birey ile yüz yüze görüşülerek doldurulmuş, ilkökul çağına dek olan çocuklarla ilgili bilgi annesinden alınmıştır.

Veriler SPSS 8.0 paket programında değerlendirilmiştir. Ölüm ve yaralanmaya yol açan risk faktörlerini belirlemek amacıyla ölen/yaralananlar ve sağlamlar ilgili risk faktörleri açısından karşılaştırılarak ki-kare analizi yapılmış, olasılık oranı (OR) ve güvenilirlik sınırları hesaplanmıştır.

BULGULAR

229 hanede yaşayan 812 kişiden alınan bilgiler değerlendirildiğinde hanedeki ortalama kişi sayısının 3.62 ± 1.67 olduğu belirlenmiş ve hanelerin kişi sayısına göre dağılımı Tablo.1 de sunulmuştur. Tabloda görüldüğü gibi hanelerin yaklaşık üçte ikisi dördün altında bireylerden oluşan çekirdek ailelerdir.

Hane reislerinin % 63.3'ü çiftçidir. Bu nü emekli (%10.5), serbest meslek (%9.6), memur (%6.1) ve diğer meslekler (%10.5) izlemektedir. Tablo.2'de yaşanan evlerin kat sayısı görülmektedir ve hemen hepsi 1 ve 2 katlıdır.

Tablo.3'de görüldüğü gibi yaşanan binanın yaklaşık yarısı ahşaptır. Yığma binalar daha küçük bir oran oluşturmaktadır. Deprem sonrası Bayındırlık Bakanlığı Afet İşleri Genel Müdürlüğü tarafından belirlenen hanelerin hasar durumu Tablo.4'te görülmektedir. Evlerin yaklaşık dörtte biri hasarsız iken beşte biri yıkıktır.

Binaların yapısal özelliklerine göre hasar durumu değerlendirildiğinde ağır hasarlı ve yıkık bina oranının betonarme yapılarda % 11.3, yığma binalarda % 40.0, ahşap binalarda ise % 82.7 olduğu belirlenmiştir.

229 hanenin 18'inde (%7.9) ölüm ve yaralanma olmuştur. Ölüm sayısı 13, yaralı sayısı ise 18'dir. Ölüm başına düşen yaralı sayısı 1.4'dür.

Ölüm ve yaralanma ile ilgili bazı hızlar şu şekildedir:

Ölüm hızı binde 16.0; Yaralanma hızı ise binde 22.1

100 hasarlı konut başına ölüm 7.5; 100 yıkık konut başına ölüm 31.0

Ölüm ve yaralanma ile ilgili bazı özellikler Tablo.5'te görülmektedir. Ölen kişilerin yaş ortalaması 41.7 ± 29.7 , ortancası 51, yaralananların ise sırasıyla 37.1 ± 23.8 ve 34'dür. Ölenlerin %38.5'i, yaralananların ise %50.0'si erkektir. Ölümün biri dışında (bu ölüm depremden 30 gün sonra olmuştur) hepsi deprem sırasında olmuştur. Yaralanmaların ise tümü deprem sırasında olmuştur.

Yaralanan kişilerden yaralanma nedeni, yaralanma tipi ve yaralanan bölge ile ilgili bilgi elde edilmeye çalışılmış ancak iki kişinin bu özellikleri belirlenememiştir. Yaralanan 16 kişi değerlendirildiğinde % 81.3'ünün duvar yıkılması sonucu yaralandığı, diğerlerinin yangın, sıcak su devrilmesi, kendi davranışları nedeniyle zarar gördükleri belirlenmiştir. Yaralanan kişilerde birden fazla bölgede ve farklı niteliklerde yaralanmalar olmuştur. En fazla etkilenen bölge ekstremitelerdir (%59.3), bunu gövde (%25.9) ve baş (%14.8) izlemektedir. Yaralanma türü ise en sık eziklerdir (%56.5), bunu sırasıyla kesi, kırık ve yanık izlemektedir. Bu yaralanmaların yaklaşık yarıya yakını (%43.8) hastanede yatarak tedavi edilmiştir, diğer yarısında ise yatış veya tıbbi tedavi gerekmemiştir.

Ölüm ve yaralanmalara yol açan risk faktörlerini belirlemek üzere, bu iki grup birleştirilmiş ve sağlam olan kişilerle karşılaştırılmıştır. Cinsiyet, yaş grubu, bulunulan yer, bulunulan oda, odadaki konum, evin hasar durumu, evin kat sayısı, yaşanan kat, evin yapısal özellikleri açısından iki grup değerlendirilmiş ve sonuçlar Tablo.6'da sunulmuştur. Araştırmanın veri toplama aşaması depremden üç ay sonra gerçekleştirildiği için bazı bilgiler kişiler tarafından hatırlanamamış ve bilmiyor olarak kodlanmıştır. Bu gruplar aşağıdaki tabloda değerlendirilmeye katılmamıştır.

TARTIŞMA

Afyon depreminde ölüm ve yaralanmalara yol açan risk faktörlerini belirlemek üzere yapılan bu çalışma hasar ve ölümlerin en fazla olduğu Eber beldesinde gerçekleştirilmiştir. Belde depremden en fazla hasar görmüş olsa bile etkilenen nüfusun azlığı, ölüm ve yaralanmaların sayıca fazla olmaması bir kısıtlılık olarak düşünülebilir. Ancak bu konuda ülkemizde yapılmış fazla çalışmada olmaması ve her felaketin daha iyi nasıl veri toplanabileceği ve bu verilerin daha iyi nasıl kullanılacağı ile ilgili bir fırsat sağladığı göz önüne alınarak bu araştırma yapılmıştır.

Deprem sonrası kişilerin olumsuz etkilenmesinde rol oynayan faktörlerden birisi kalabalık nüfusa yoğun bina yerleşimleridir(1). Bu açıdan değerlendirildiğinde belde de hanelerin daha çok bir-dört kişilik çekirdek ailelerden oluştuğu ve bir-iki katlı binalarda yaşadığı belirlenmiştir. Yapısal özellikler açısından binaların yarısı ahşaptır, diğer yarısı betonarme ve daha az sıklıkta da yığmadır. Hasar en fazla ahşap binalarda meydana gelmiştir, yığma binalar daha az, kat sayısı ikiyi geçmeyen betonarme binalar ise en az etkilenmiştir. 1992 Erzincan depreminde hemen her depremden büyük hasar gören tuğla yığma yapılar fazla hasar görmemiş, yine 1-2 katlı betonarme yapılarda daha az hasar görülürken hasar daha çok 3-4 kat betonarme binalarda olmuştur(5).

Ölen ve yaralanan kişilerin özellikleri değerlendirildiğinde ölenlerin yaralananlara göre biraz daha yaşlı olduğu, yaralananların cinsiyet dağılımı eşit iken ölenlerin onda altısının kadın olduğu belirlenmiştir. Yaralanmaların tümü ölümlerin ise büyük çoğunluğu deprem sırasında olmuştur. Ölümün olduğu binaların büyük bölümü tamamen çökmüştür. Yaralanmaların % 81.3'ü duvar yıkılması sonucu oluşmuştur ve ezikler sık karşılaşılan yaralanma tipini oluşturmaktadır. Bu sonuçlardan farklı olarak 1994 Northridge, California depreminde yaralanmaların yarısı nesnelerin düşmesi veya kırılması ile oluşmuş ve buna bağlı olarak kesi ve/veya ezik daha sıklıkla görülmüştür(6). Burada daha sağlam yapıların yıkılmaması, yalnızca sarsıntıya bağlı eşyaların düşme ve kırılmasının, bizde ise öncelikle bina hasarının yaralanmalarda rol oynadığı düşünülebilir. Her iki depremden de benzer şekilde en fazla etkilenen vücut bölgesi ekstremitelerdir. Yaralanmaların yaklaşık yarısı hastanede yatarak tedavi gerektiren ciddi yaralanmalardır.

Depremlerde ölüm ve yaralanma hızları depremin şiddetine, oluş zamanına, binaların yapısal özelliklerine göre değişmektedir. Kaba ölüm hızı 1991 Costa-Rica depreminde binde 0.4, 1988 Ermenistan depreminde binde 25, 1999 Gölcük depreminde binde 38'dir(7,8,9). Eber'de bu hız binde 16 bulunmuştur. Yaralanma hızı binde 22.1 ve ölüm başına düşen yaralı sayısı 1.4'dür. Bu sayı Ermenistan depreminde 1.8, Gölcük'te ise 1.9'dur(8,9). Bu sayı ile ilgili farklı veriler olmakla birlikte depremlerde ortalama olarak ölüm başına üç yaralı görüldüğü göz önüne alınırsa Gölcük'de olduğu gibi Eber'de de ölümlerin fazla olduğu söylenebilir (9).

Depremlerde ölüm ve yaralanmalara yol açan risk faktörlerini belirlemek üzere yapılan pek çok olgu-kontrol çalışmasında bina hasar düzeyi, binanın yapısal özelliği, kat sayısı, yaşanan kat, kişilerin yaşı, cinsiyeti, bina içinde olup olmadıkları, buldukları oda, odadaki konumları ve deprem sırasındaki davranışları değerlendirilmiştir (7, 8,9,10,11,12,13,14). Eber depreminde de bu açıdan değerlendirme yapmak amacıyla ölen ve yaralananların olgu, sağlamlar kontrol olarak alınmış ve ilgili risk faktörleri incelenmiştir. Olgular sağlamlara göre daha fazla kadın, yaşlı ve çocuktur, ancak istatistiksel olarak belirlenmiş ve ilgili risk faktörleri aynı sonuç Gölcük'te de gözlenmiştir(9). Erzincan, Ermenistan depremlerinde bina içinde olmanın ölümlerde önemli bir faktör olduğu belirlenmiştir (8,10). Burada da deprem sırasında bina içinde olanlar ve evin salonunda bulunanlar olgu grubunda daha fazladır, ancak istatistiksel anlamlılık gözlenmemiştir. Genelde yaşanan binaların kat sayısı arttıkça ölüm ve yaralanmalar

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

artmaktadır(8,9,10). Ölüm ve yaralanmalarda yaşananlar kat da önemlidir. Alt katta oturanlarda ölümler daha fazla görülmekle birlikte(9,10), Ermenistan depreminde üst katta oturanlar daha fazla ölmüştür(8). Eber'de ise binaların bir-iki kattan daha yüksek olmaması nedeniyle kat sayısı ile ölümler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Binaların yapısal özelliği de ölüm/yaralanmalarda rol oynamaktadır. Costa-Rica depreminde olduğu gibi bu çalışmada da olgu grubunda yaşananlar bina daha fazla oranda ahşap yapıdadır ve bu özellik sağlamlardan 3.6 kat daha fazladır(7). Binaların yapısal özelliği dışında istatistiksel anlamlılığın çok önemli olarak belirlendiği diğer risk faktörleri deprem sırasında kişinin evin içindeki konumu ve binaların hasar düzeyidir. Ölün/yaralanmalarda dış duvara yakın olmanın sağlamlardan 3.2 kat, binaların ağır hasarlı-yıkık olmasının ise 22.8 kat daha fazla olduğu bulunmuştur.

Sonuç olarak yarı-kırsal bir bölgede oluşan bu depremde, ölüm ve yaralanmalarda en önemli risk faktörünün binaların hasar düzeyi olduğu, ayrıca binaların ahşap yapıda olması ve kişilerin bina içinde dış duvara yakın bulunmasının da riski arttırdığı belirlenmiştir.

KAYNAKLAR

- 1.....Technical Hazard Sheet, Earthquakes. WHO, Department of Emergency and Humanitarian Action http://www.whoindia.org/Technical_Hazard_Sheet.htm
2. Coburn AW, Spence RJS, Pomonis A. Disaster Mitigation 2nd ed. Disaster Management Training Programme 1994
- 3.....Depremle İlgili Teknik Bilgiler. Deprem Araştırma Dairesi. <http://www.deprem.gov.tr/deprem.htm>
4. Özmen B. 3 Şubat 2002 Çay (Afyon) depreminin eşsiddet haritası ve hasar durumu. <http://www.deprem.gov.tr/raporlar.htm>
5. Bayılke N, ed. 13 Mart 1992 Erzincan Depremi. Bayındırlık ve İskan Bakanlığı Afet İşleri Genel Müdürlüğü Deprem Araştırma Dairesi, Ankara 1993
6. Bourgue LB, Peek-Asa C, Mahue M, et al. Health Implications of Earthquakes: Physical and Emotional Injuries During and After the Northridge Earthquake. Proceedings of a WHO symposium Kobe, 27-30 January 1997; 22-31
7. Pretto EA, Angus DC, Abrams JI, et al. An Analysis of Prehospital Mortality in an Earthquake. Disaster Reanimatology Study Group. Prehospital and Disaster Medicine 1994 Apr-Jun;9(2):107-17
8. Armenian HK, Melkonian AK, Noji EK, et al. Deaths and Injuries due to the Earthquake in Armenia: A Cohort Approach. International Journal of Epidemiology 1997;26(4):806-813
9. Dedeoğlu N, Erengin H, Pala K. 17 Ağustos Depreminde Gölcük'te Ölüm, Yaralanmalar ve Yıkıntıda Kalmada Risk Faktörleri. Toplum ve Hekim Ocak-Şubat 2000;15(1):2-9
10. Angus DC, Pretto EA, Abrams JI, et al. Epidemiologic Assessment of Mortality, Buildings Collapse Pattern, and Medical Response after the 1992 Earthquake in Turkey. Prehospital and Disaster Medicine 1997 July-Sept;12(3):222-231
11. Shoaf KI, Peek-Asa C. Survey Research in Disaster Public Health. Prehospital and Disaster Medicine 2000 January-March;15(1):57-63
12. Osaki Y, Minowa M. Factors Associated with Earthquake Deaths in the Great Hanshin-Awaji Earthquake, 1995. Nippon Koshu Eisei Zasshi 1999 Mar;46(3):175-83
13. Melkonian AK, Armenian HK, Hovanesian AP. Long-term Studies of Mortality and Morbidity Following the Armenian Earthquake. Proceedings of a WHO Symposium Kobe, 27-30 January 1997;53-56
14. Kravetz AV, Astakhov VA. Maintenance of Medical Readiness in Reaction to Earthquakes in the Far-Eastern Region of Russia. Proceedings of a WHO Symposium Kobe, 27-30 January 1997;169-173

Tablo.1. Hanede yaşayan kişi sayısına göre dağılımı

Kişi sayısı	Sayı	%
1-2	68	29.7
3-4	91	39.7
5+	70	30.6
Toplam	229	100.0

Tablo.2. Yaşanan evlerin kat sayısına göre dağılımı

Kat sayısı	Sayı	%
1 katlı	53	23.1
2 katlı	172	75.1
3 katlı	4	1.8
Toplam	229	100.0

Tablo.3. Binaların yapısal özelliğine göre dağılımı

Yapısal özellik	Sayı	%
Betonarme	72	31.5
Yığma	25	10.9
Ahşap	132	57.6
Toplam	229	100.0

Tablo.4. Evlerin hasar durumuna göre dağılımı

Hasar durumu	Sayı	%
Hasarsız	55	24.0
Az hasarlı	34	14.9
Orta hasarlı	12	5.2
Ağır hasarlı	86	37.6
Yıkık	42	18.3
Toplam	229	100.0

Tablo.5. Ölen ve yaralananların özellikleri

	Ölüm (n:13)	Yaralanma (n:18)
Yaş		
Yaş ortalaması	41.7±29.7(min:4-max:74)	37.1±23.8(min:3-max:78)
Yaş ortancası	51	34
Cinsiyet		
Erkek	5 (%38.5)	9 (%50.0)
Kadın	8 (%61.5)	9 (%50.0)
Oluş zamanı		
Deprem sırası	12 (%92.3)	18 (%100.0)
Deprem sonrası	1 (%7.7)	0 (%0.0)
Bina durumu		
Tamamen çökmüş	11 (%84.6)	12 (%66.7)
Kısmen çökmüş	2 (%15.4)	4 (%22.2)
Kısmen hasarlı	0 (%0.0)	2 (%11.1)

Tablo.6. Ölen/yaralananlar ve sağlamların risk faktörlerine göre dağılımı

Risk faktörleri	Ölen/yaralanan		Sağlam		Ki-kare, p	OR (%95 GA)
	Sayı	%	Sayı	%		
Cinsiyet						
Erkek	14	45.2	395	50.6		
Kadın	17	54.8	386	49.4	0.35, 0.554	0.8 (0.3-1.7)
Yaş grubu						
0-14	9	29.0	175	22.4		
15-64	15	48.4	498	63.8		
65 ve üzeri	7	22.6	108	13.8	3.31, 0.191	
Bulunduğu yer						
Bina içi	28	90.3	630	80.3		
Bina dışı	3	9.7	150	19.2	1.78, 0.182	2.2 (0.6-9.3)
Bulunduğu oda						
Salon	18	60.0	378	58.2		
Diğer odalar	12	40.0	271	41.8	0.04, 0.848	1.1 (0.5-2.4)
Oda içindeki konumu						
Dış duvara yakın	16	53.3	167	26.2		
Diğer yerler (iç duvara yakın, ortada vb.)	14	46.7	471	73.8	10.62, 0.001	3.2 (1.5-7.2)
Evin hasar durumu						
Ağır hasar,yıkık	29	96.7	304	39.0		
Hasarsız,az,orta hasar	1	3.3	476	61.0	33.55, 0.000	22.8 (5.2- 138.9)
Binanın kat sayısı						
İki-üçüncü kat	25	80.7	599	76.7		
Birinci kat	6	19.3	182	23.3	0.77, 0.09	1.7 (0.5-3.5)
Yaşanılan kat						
İkinci kat	9	29.0	196	25.1		
Birinci kat	22	71.0	585	74.9	0.78, 0.08	1.2 (0.5-2.8)
Evin yapısal özelliği						
Ahşap	25	80.6	419	53.6		
Betonarme/yığıma	6	19.4	362	46.4	7.7, 0.005	3.6 (1.4-9.9)

BİR POLİS OKULU ÖĞRENCİLERİNİN İLK YARDIM KONUSUNDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

S. Aytac POLAT*, Gülen Turacı ÇELİK*

* Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET:

Bu araştırma; bir polis okulu öğrencilerinin ilk yardım konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla yapılmış kesitsel ve analitik bir araştırmadır. Araştırmanın verileri anket tekniği kullanılarak toplanmıştır. Saha çalışması Haziran-2001'de yapılan araştırmanın evreni, okulun kayıtlı 342 öğrencisidir. Anketler bilgisayarda SPSS programına kaydedilmiş, hata kontrolleri ve istatistiksel analizler yine bu programda yapılmıştır. Verilerin önemlilikleri ki-kare (X^2), gerektiğinde de fisher kesin ki-kare testleri yapılarak sınanmıştır.

Araştırmaya alınan öğrenciler 23 – 28 yaşları arasında olup, yaş ortalamaları 25.10 (± 1.41) yıldır. Öğrencilerin tümü (%100.0) erkek, %83.9'u bekar, %48.9'u ise lise mezunudur. Öğrencilerin %88.2'si ilk yardımın amacını, %91.0'i kazazedinin bir an önce ayağı kalkması için telkinde bulunmanın yanlış bir davranış olduğunu, %24.5'i solunumu duran bir kişiye dakikada verilmesi gereken soluk sayısını, %23.8'i ise gazyağı için bir kişinin hemen kusturulmasının yanlış bir uygulama olduğunu belirtmiştir.

Araştırmaya alınan öğrencilerin ilk yardım konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarının yetersiz olduğu görülmektedir. Bu yetersizlik, okul süresince ve sürekli bir şekilde verilecek olan eğitimlerle giderilebilir. İlk yardım eğitimleri sağlıklı ilgili bir dersin konusu olarak değil, ayrı bir ders olarak verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Polis okulu, ilk yardım, eğitim

GİRİŞ:

Sürekli olarak belirli bir tehdit ve tehlike altında bulunan insan hayatı, bazen çok küçük sayılabilecek yaralanmalar veya kazalar nedeni ile kaydedilebilmektedir (1). Bu kazalar, yaralının kendi kendine müdahale edebileceği türden olabileceği gibi, büyük bir kısmı ilk yardım olarak anılan ve başka bir kişinin yardımını gerektirecek türden olaylardır (2).

İlk yardım; yaşamı herhangi bir nedenle tehlike altına girmiş bir kişiye, sağlık durumunun daha kötüye gitmesini önlemek üzere, ilaçsız olarak yapılan tıbbi girişimlere verilen isimdir (3, 4). İlk yardım; aniden hastalanan veya kazaya uğrayan kişilere doktora ulaşıncaya kadar, o anki durumunun daha kötüye gitmesini önlemek için mevcut malzemelerle yapılan yardım olarak da tanımlanabilir (5,6). Yapılan çalışmalar; kazalardan sonra meydana gelen ölümlerin %34'ünün ilk beş, %54'ünün ise ilk otuz dakika içerisinde meydana geldiğini, ilk yardımın genellikle olay yerinde bulunan kişilerce yapıldığını ve maalesef bu müdahalelerin dünyanın hemen her yerinde, hayat kurtarıcı olmaktan çok uzak olduğunu göstermektedir (7). Oysa günümüzde ilk yardım gerektiren

VIII.ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

durumlar karşısında (bu durumlarla en sık karşılaşan polis, asker gibi inzibat kuvvetleri başta olmak üzere), herkesin kendisi ve çevresi için pratik ilk yardım bilgilerini öğrenmesi zorunlu hale gelmiştir. Çünkü ilk yardım gerektiren her yerde bir sağlık personeli bulmak mümkün değildir (1, 8).

Polis; halkın ırz, can ve malını muhafaza ve ammenin istirahatini temin eden, yardım isteyenlere, yardıma muhtaç olan çocuk, alil ve acizlere muavenet eden, kanun ve nizamnamelerin kendisine verdiği vazifeleri yapan, silahlı icra ve inzibat kuvvetidir (9). Genel olarak yaptığı hizmetler kamu düzeninin sağlanması şeklinde değerlendirilen polis, halkın sağlığına yönelik tehdit ve tehlikeler ile hasta ve yaralılarına karşı da yasalarla belirlenmiş görevleri yapar. Polis; trafik kazası, darp ve yaralanma gibi vücut bütünlüğünü bozacak suçların işlenmesi durumunda, hem iz ve delillerin kaybolmasını önlemek, hem de olay yerindeki yaralılarına ilk müdahale ve tahliye işlemini yapmakla görevlidir (9, 10). Polisin bu çok yönlü sorumluluğu, doğal olarak her polis memurunun ilk yardım konusunda yeterli düzeyde bilgi, tutum ve davranış sahibi olması gerektiği sonucunu doğurmaktadır. Polislerin başta trafik kazaları olmak üzere ilk yardım gerektiren bir çok durumda olay yerine bir sağlık ekibinden daha erken ulaşıyor olmaları, polisin ilk yardım bilgisini daha da önemli kılmaktadır. Polisin bu konudaki yeterliliği, basit tekniklerle yerinde ve zamanında yapılacak bir müdahale sonucunda, muhtemel hayati tehlikeleri rahatlıkla ortadan kaldırabilir.

Bu araştırma; eğitimlerini tamamlayarak, kısa bir süre sonra polis memuru olarak göreve başlayacak olan bir polis okulu öğrencilerinin, ilk yardım konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM:

Araştırma elazığ polis okulu'nda, haziran-2001'de, öğrencilerin mezuniyetine 3 gün kala ve son "sağlık bilgisi" dersi işlendikten sonra yapılmıştır. Öğrencilere 2000 – 2001 eğitim ve öğretim yılı süresince kurulum hekimi tarafından, haftada 1 saat süre ile "sağlık bilgisi" dersi verilmiştir. Bu dersi ilave olarak, yine kurum hekimi tarafından günde iki, haftada on saat olmak üzere üçer haftalık dönemler halinde, on kişilik gruplara teorik bilgilerin verildiği "ilk yardım kursları" düzenlenmiştir. Öğrencilerin bu kurslara katılımı gönüllülük esasına göre olmuştur.

Araştırmanın evreni, okulun kayıtlı 342 öğrencisidir. Araştırma öncesinde okul yetkililerinden gerekli izin alınmış, veriler anket tekniği kullanılarak toplanmıştır. Anketler, araştırmanın yapıldığı gün sınıflarda bulunan toplam 323 (%94.4) öğrenciye uygulanmış, anket formunu cevaplandırmak istemeyen öğrenci olmamıştır. Anket formları hazırlanan veri kodlama kılavuzu doğrultusunda kodlanarak bilgisayarda SPSS programına kaydedilmiştir. Hata kontrolleri ve istatistiksel analizler yine bu programda yapılmış, verilerin önemlilikleri ki-kare (X^2) ve gerektiğinde fisher kesin ki-kare testleri yapılarak sinanmış, aritmetik ortalamalar standart sapma ile gösterilmiştir.

BULGULAR:

Araştırmaya alınan 323 öğrencinin tümü (%100.0) erkek, %16.1'i evli, %83.9'u ise bekar. Öğrencilerin yaşları 23 ile 28 yaşları arasındadır. Büyük bir çoğunluğu (%62.5) 23-25 yaş grubunda olup, yaş ortalamaları 25.10 (± 1.41) yıldır. Öğrencilerin %48.9'u Lise, %26.9'u Endüstri Meslek Lisesi, %8.1'i Meslek Yüksek Okulu, %5.6'sı Ticaret Lisesi, %0.6'sı Sağlık Meslek Lisesi (2 öğrenci) ve %9.9'u da Diğer Okullardan (Anadolu Lisesi, Özel Lise, İmam Hatip Lisesi, Yüksek Okul v.s.) mezundur.

Öğrencilerin ilk yardım kursu alma durumlarına göre, ankette yer alan ilk yardımla ilgili bilgi sorularına doğru olarak cevap verebilenlerin dağılımı Tablo-1'de, ilk yardımla ilgili tutum ve davranışlarla ilgili sorulara doğru olarak cevap verebilenlerin dağılımı ise Tablo-2'de görülmektedir.

TARTIŞMA:

Öğrencilerin %88.2'si ilk yardım tanımını, %86.7'si beyin harabiyeti olmaması için kapalı olan solunum yolunun ilk üç dakikada açılması gerektiğini, %83.6'sı da (112) acil yardım merkezinin telefon numarasını doğru olarak bilmıştır. Kırığı olan bir kazazedinin kırığının bulunduğu şekilde sabitlenmesi gerektiğini bilen öğrencilerin oranı %33.7, solunumu duran bir kişiye dakikada kaç kez soluk verilmesi gerektiğini bilen öğrencilerin oranı %24.5 ve insan vücudundaki kanın beşte birinin kaybedilmesi halinde hayati fonksiyonların zayıflayıp, kişinin ölebileceğini bilen öğrencilerin oranı ise %22.0'dir (tablo-1). Bu oranlar, öğrencilerin ilk yardım konusundaki bilgilerinin yetersiz olduğunu düşündürmektedir. Durmuş'un 1993 yılında kayseri il emniyet müdürlüğü kadrosunda görevli polislerin ilk yardım hakkındaki bilgi ve tutumlarını değerlendirdiği bilim uzmanlığı tezinde; kırığı olan bir hastada yapılması gereken ilk yardımcı doğru olarak bilen polislerin oranı %25.1, bir yetişkinde öldürücü etki yapabilecek kanama miktarını doğru olarak bilen polislerin oranı %19.8 ve bir yetişkinde ağızdan ağıza dakikada yapılacak suni solunum sayısını doğru olarak bilen polislerin oranı ise %17.4 olarak bulunmuştur (1). Oranlar, araştırmamızda benzer sorular için bulunan oranlara benzemektedir. Bu araştırmada da öğrencilerin ilk yardım konusundaki bilgilerinin yetersiz olduğu belirtilmektedir. Altok ve arkadaşlarının etimesgut mehmetçik lisesi son sınıf öğrencilerinde yaptıkları ilk yardım konulu çalışmada da, her iki araştırmada olduğu gibi; öğrencilerin ilk yardım konusundaki bilgilerinin eksik olduğu belirtilmiştir (11).

Öğrencilerin %92.9'u ilk yardım yapılan bir kişiye içeriği bilinmeyen ilaçların verilmemesi ve işlemlerin uygulanmaması gerektiğini, %91.0'i kazazedinin bir an önce ayağı kalkması için telkinde bulunulmasının yanlış bir davranış olduğunu, %84.5'i de, kaza geçirmiş bir insan için ilk yardımda önemli olanın taşıma şekli değil, bir an önce hastaneye taşınması görüşünün yanlış olduğunu belirtmiştir. Gazyağı içen bir kişinin hemen kusturulmasının yanlış bir davranış olduğunu bilen öğrenci oranı %23.8, kazadan uzun süre geçmiş ve yardım gelmemişse kazazedinin su, yemek ve psikolojik destek gibi temel ihtiyaçlarının karşılanmamasını doğru bir davranış olacağını belirten öğrencilerin oranı %43.7, omurga kırığı hariç diğer kırıkların acil nakil ihtiyacı olmadığını düşünen öğrencilerin oranı ise %67.5'tir (tablo-2). Oranlara bakarak öğrencilerin ilk yardım konusundaki bilgilerinin yanı sıra, tutum ve davranışlarının da yetersiz olduğu söylenebilir. Durmuş'un bilim uzmanlığı tezinde; asit ve diğer yakıcı maddeleri içen bir kişiye uygulanması gereken işleri doğru olarak bilen polislerin oranı %24.3, omurga kırıklarından şüphelenilen durumlarda uygulanması gereken ilk yardımla ilgili tutumları eksik ve yanlış olarak bilen polislerin oranı ise %59.9 olarak bulunmuştur (1). Bu oranlar da, araştırmamızda benzer sorular için bulunan oranlara yakındır. Yine bu araştırmada öğrencilerin ilk yardım konusundaki tutumlarının yetersiz olduğu belirtilmektedir.

SONUÇ:

Kısa bir süre sonra meslek hayatlarına başlayarak, ilk yardım gereken bir çok durumda karşılaşılabilecek olan polis okulu öğrencilerinin, ilk yardım konusundaki bilgi tutum ve davranışları yetersizdir. Yetersizlik sürekli bir şekilde verilecek olan eğitimlerle giderilebilir. Bu aşamada dokuz ay süreyle eğitim veren polis okullarının, iki yıl süreyle eğitim verecek olan, polis meslek yüksek okullarına dönüştürülmesinin çok isabetli bir uygulama olduğu göze çarpmaktadır. Polis okullarında ilk yardım eğitimleri.

sağlıkla ilgili bir dersin konusu olarak değil, ayrı bir ders olarak işlenmelidir. Öğrencilere bu konuda verilecek bilgilerin daha kalıcı olmasını sağlayabilmek için: teorik dersler, görsel-işitsel araçlar ve maketler ile desteklenme'i ve uygulamalı olarak yapılmalıdır.

KAYNAKLAR:

- 1- Durmuş, s. (1993), "kayseri il emniyet müdürlüğü kadrosunda görevli polislerin ilk yardım hakkında bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi". bilim uzmanlığı tezi. kayseri.
- 2- Clarfield, m. (1997), "self-help medical advice was popular in the 1930s, too", emaj, nov 1;157(9):1272-3.
- 3- Eren n., (1985), "ilk yardım", ankara: çağ matbaası.
- 4- Hovardaoğlu, a., şenocak, l. (1997), "ilk yardım ve acil bakım esasları ve uygulama teknikleri", ankara: hatiboğlu yayınevi.
- 5- Baktır, e. (1995), "ilk yardım", istanbul: rehber tıbbi yayımlar.
- 6- Hopegood, t. (1996), "emergency first aid" new york: siena publishing.
- 7- Eisenburger, p., safar, p. (1999), "life supporting first aid training of the public--review and recommendations", resuscitation, jun;41(1):3-18.
- 8- Sivil savunma genel müdürlüğü (1998), "ilk yardım", yayın no: 67, ankara.
- 9- Polis vazife ve selahiyet kanunu; 1,4,20. Maddeler. Kabul tarihi: 04.07. 1934. Kanun no:2559.
- 10- Polis vazife ve selahiyet tüzüğü: madde-2. Kabul tarihi: 04.07.1938. Resmî gazete'de neşir ve ilanı: 25.04.1938, sayı 3890.
- 11- Altok, h., küçüker, ş., özhan, t., ülger, f., akgün, s., enünlü, t., bertan, m. "etimesgut mehmetçik lisesi'nde ilk yardım ile ilgili bir çalışma". hacettepe toplum hekimliği bülteni, 1991: 12 (2): 2-3.

Tablo-1: Öğrencilerin ilk yardım kursu alma durumlarına göre, anketteki ilk yardımla ilgili bilgi sorularına doğru olarak cevap verebilmelerinin dağılımı.

ankette yer alan ilk yardımla ilgili bilgi soruları arasından öğrencilerin en çok cevaplayabildikleri sorular	sorulara doğru cevap veren öğrenciler				toplara		p değeri*
	ilk yardım kursu alanlar		ilk yardım kursu almayanlar				
	n	%	n	%	n	%	
Yetişkin bir insan vücudunda kaç litre kan vardır?	27	60.0	135	48.6	162	53.2	P=0.154
İnsan vücudundaki kanın ne kadarının kaybedilmesi, hayatı fonksiyonların zayıflamasına ve ölüme neden olabilir?	13	28.9	58	20.9	71	22.0	P=0.334
İlk yardımın tanımını aşağıdakilerden hangisidir?	43	95.6	242	87.1	285	88.2	P=0.100
Trijaj nedir?	14	31.1	79	28.4	93	28.8	P=0.711
Kanamalı bir hastanın solunumu yavaşlar.	18	40.0	108	38.8	126	39.0	P=0.883
Kanamalı bir hastada yüz ve dudaklar soluk olur.	33	73.3	191	68.7	224	69.3	P=0.532
Kanamalı bir hastada deri soğuk ve nemli olur.	15	33.3	85	30.6	100	31.0	P=0.710
Kırığı olan bir kazazede ile karşılaşınca ilk önce kırığın bulunduğu bölge bulunduğu şekilde sabitlenir.	19	42.2	90	32.4	109	33.7	P=0.194
Solunumu duran kişiye dakikada kaç kez soluk verilir?	12	26.7	67	24.1	79	24.5	P=0.710
Kalbi duran bir kişiye dakikada kaç kez kalp masajı yapılır?	11	24.4	42	15.1	53	16.4	P=0.116
İç kanama nedir?	31	68.9	182	65.5	213	65.9	P=0.653
Bilinci kapalı olan bir kişide olabilecek en büyük tehlike dilin boğazı tıkanmasıdır.	39	86.7	228	82.0	267	82.7	P=0.444
Solunum yollarının açılması ilk üç dakikada yapılmalıdır. beyin daha fazla oksijensizliğe dayanamaz.	42	93.3	238	85.6	280	86.7	P=0.157
Acil Yardım Merkezinin telefon numarası kaçtır?	35	77.8	235	84.5	270	83.6	P=0.256
Toplam	45	13.9	278	86.1	323	100.0	

*Satlara ait P değeri hesaplanırken; sorulara yanlış cevap verenlerle, soruyu cevapsız bırakanlar birleştirilmiştir. Öğrenciler, ilk yardım kursu alanlar ve almayanlar şeklinde iki gruba ayrılarak, sorular bütün olarak ele alındığında; $\chi^2=3.8204$, $Sd=13$, $P=0.993$.

VIII.ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Tablo-2: Öğrencilerin ilk yardım kursu alma durumlarına göre, anketteki ilk yardımla ilgili tutum ve davranış sorularına doğru olarak cevap verebilmelerinin dağılımı.

ankette yer alan ilk yardımla ilgili tutum ve davranışlarla ilgili sorular arasında öğrencilerin en çok cevaplayabildikleri sorular	sorulara doğru cevap veren öğrenciler				*		p değeri*
	ilk yardım kursu alanlar		ilk yardım kursu almayanlar		toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Kaza yerinin etrafındaki herkes ilk yardımda bulunmak için teşvik edilmelidir.	36	80.0	223	80.2	259	80.2	P=0.973
Tersi ispat edilene kadar kazazedinin boynunun kırık olabileceğini veya kalp krizi geçirmekte olduğu farz edilir.	37	82.2	223	80.2	260	80.5	P=0.752
Kazazedinin bir an önce ayağa kalkması için telkinde bulunmak gerekir.	43	95.6	251	90.3	294	91.0	P=0.935**
Kazadan uzun süre geçmiş ve yardım gelmemişse su, yemek ve psikolojik destek gibi kazazedinin temel ihtiyaçlarını karşılanmalıdır.	16	35.6	125	45.0	141	43.7	P=0.237
İlk yardım yapılan kişiye içeriği bilinmeyen ilaçlar vermemeli ve işlemler uygulamamalıdır.	42	93.3	258	92.8	300	92.9	P=0.648**
Hastanın bilinci kapalıysa kendine gelmesi için su içiriniz.	33	73.3	200	71.9	233	72.1	P=0.846
Kaza geçirmiş bir insan için ilk yardımda önemli olan, taşınma şekli değil, bir an önce hastaneye yetiştirilmesidir.	39	86.7	234	84.2	273	84.5	P=0.667
Gazyağı için kişi hemen kusturulmalıdır,böylece gazyağı vücuttan hemen atılmış olur.	10	22.2	67	24.1	77	23.8	P=0.783
Kalp masajı yumuşak bir zeminde uygulanır.	36	80.0	211	75.9	247	76.5	P=0.547
Omurga kırığı hariç diğer kırıkların acil nakil ihtiyacı yoktur.	31	68.9	187	67.3	218	67.5	P=0.829
Toplam	45	13.9	278	86.1	323	100.0	

*Satlara ait P değeri hesaplanırken; sorulara yanlış cevap verenlerle, soruyu cevapsız bırakanlar birleştirilmiştir. Öğrenciler, ilk yardım kursu alanlar ve almayanlar şeklinde iki gruba ayrılarak, sorular bütün olarak ele alındığında; X²=1.0952, Sd=9, P=0.999. (** Fisher Ki-Kare testi ile)

KAZA NEDENİYLE ACİL SERVİSE BAŞVURAN HASTALARIN RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

S.Aytaç POLAT*, Gülen Turacı ÇELİK*, Edibe PİRİNÇCI** Enis GÜLLÜDAĞ*, Mehmet YILDIZ***

*Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı **Fırat Üniversitesi Sağlık Meslek Yüksek Okulu

*** Elazığ Devlet Hastanesi

ÖZET:

Bu araştırma, kaza nedeni ile acil servise başvuran hastaların genel olarak değerlendirilmesi amacıyla yapılmış, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırma süresince acil servise kaza nedeniyle başvuran 1708 hastanın tümü araştırma kapsamına alınmıştır. Acil servis poliklinik defterinin retrospektif olarak incelenmesi ile elde edilen verilerin; hata kontrolleri ve istatistiksel analizleri SPSS 10.0 programında yapılmış, önemli'likleri ise ki-kare (χ^2) testi yapılarak sınanmıştır.

Araştırmaya alınan 1708 hastanın 1113'ü (%65.2) erkek, 595'i kadın (%34.8), yaş ortalaması ise 22.2 (\pm 19.7)'yıldı. Acil servise başvuran hastalar en sık 0-9 yaş grubunda (%32.0) olup, %71.6'sı 29 yaş ve altındadır. Hastaların acil servise en sık başvuru nedenleri; düşme (%43.3), trafik kazası (%15.9), vücutta kesi (%12.0), vücuda yabancı cisim batması (%6.8), yanık (%5.2) ve zehirlenme (%1.9)'dir. Vücutta keskiye erkeklerde, yanık ve zehirlenmeye ise kadınlarda daha sık rastlanmaktadır (P<0.05). Hastaların 987'si (%64.4) ayakta tedavi edilirken, 327'si (%20.7) ileri tetkik ve tedavi amacıyla ilgili kliniklere yatırılmış, 19 hasta (%1.2) ise hayatını kaybetmiştir.

Görülme sıklığı, tüm ölümler arasındaki yeri, meydana getirdiği sakatlıklar, maddi ve iş gücü kayıpları ile çok önemli bir halk sağlığı sorunu olan kazaların, en aza indirgenmesi ilk amaç olmalıdır. Bu çalışmalar içerisinde kazalardan korunma esas teşkil etmeli, halk eğitimleri yapılmalı ve bireylere ilköğretim itibaren örgün eğitim içerisinde yeterli eğitimi verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Acil servis, kaza, hastane

GİRİŞ:

Doğum, yaşam ve ölüm olarak devam eden insan hayatında hedeflenen, yaşamın sonuna kadar vücut bütünlüğünün korunması ise de, bazen kazalar nedeniyle bu hedeflerde değişiklikler olabilmektedir (1). Kazalarla ilgili olarak yapılmış bir çok tanım vardır. "Beklenmedik bir anda karşılaşılan, geçici veya kalıcı sakatlık, mal kaybı veya ölüme yol açabilen durumlar", "Önceden

planlanmamış ve beklenmeyen, ancak yaralanmalar ile sonuçlanabilen olaylar", tanımlamaları bunlardan sadece bir kaçıdır (2,3). Bu tanımlardan da anlaşılacağı üzere kazaların en belirgin özelliği; beklenmedik yerde, beklenmedik şekilde ve beklenmedik şiddette olmasıdır (4).

Kazalar tüm toplumlarda sağlık sorunları içerisinde önemli bir yere sahiptir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tahminlerine göre, dünyada her yıl 3.5 milyon kişi kaza ve şiddetten doğan yaralanmalar sonucu hayatını kaybetmektedir (3). Sanayileşmiş ülkelerde kazalar kalp hastalıkları ve kansere bağlı ölümlerden sonra en sık görülen ölüm nedenidir (5,5). ABD Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi kayıtlarına göre 15-24 yaş ölümlerinin %63'ü, 25-44 yaş ölümlerinin %40'ı yaralanmalar nedeniyle olmaktadır (7). İngiltere'de hastaneye başvuran her 5 hastadan biri kaza geçirmiş çocuktur. Bunun yanında acile başvuranların %25'i kazalara bağlı yaralanmalardır (4). Fransa'da 1-4 yaşlar arasında kazalardan ölüm oranı yüz bin çocukta 15.5'dir (8). Kazaların ilk altı ölüm nedeni arasındaki yeri, Türkiye'de üçüncü, İsviçre Bulgaristan ve Amerika'da beşinci sıradadır (9).

DSÖ tarafından belirlenen "21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık Hedefleri"nden, Hedef 3'de 2020 yılına kadar dünya genelinde kademeli olarak azaltılması planlanan beş majör pandemi tanımlanmıştır. Bunlardan birisinin şiddet ve travma başlığı altında yer alan kazalar olması, kazaların üzerinde önemle durulması gereken bir sağlık sorunu olduğunu bir kez daha açıkça göstermektedir (10).

Ülkemizde güvenilir kayıtların olmaması nedeniyle, kaza olgularının saptanması; çeşitli araştırmalarla ve toplum taramalarıyla daha sağlıklı olarak yapılabilmekte, kaza nedenleri ve sıklıkları gerçeğe daha yakın bir şekilde ortaya konulmaktadır. Bu araştırma, kişilerin ve toplumun sağlığını tehdit eden kazaların sebeplerini, sonuçlarını ve kazaya uğrayan kişilerin bazı özelliklerini tespit etmek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM:

Bu araştırma; Elazığ Devlet Hastanesi Acil Servisi'ne 1 Ocak 2001-31 Mart 2001 tarihleri arasında kaza nedeniyle başvuran 1708 hastanın, acil servis poliklinik defterindeki kayıtlarının retrospektif olarak incelenmesi suretiyle yapılmış, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırma için hastane yetkililerinden gerekli izin alınarak, hastaların; yaş, cinsiyet, hastaneye başvurma nedenleri, hastaneye başvurduktan sonra hastaya yapılan işlemler ve hastalığın seyri incelenmiştir.

Veriler, hazırlanan bir forma yazıldı, kodlandı ve bilgisayarda SPSS 10.0 programına kaydedildi. Verilerin hata kontrolleri ve istatistiksel analizleri yine bu programda yapıldı. Dağılımların tanımlanmasında "%" kullanıldı. Verilerin önemlilikleri ki-kare (χ^2) testi yapılarak sınıandı. Aritmetik ortalamalar standart sapma ile gösterildi.

BULGULAR:

Araştırma süresince hastanenin acil servisine kaza nedeniyle başvuran hasta sayısı 1708'dir. Hastaların 1113'ü (%65.2) erkek, 595'i (%34.8) kadın, erkek / kadın oranı 1.87'dir. Hastaların yaşları 0 ile 120 arasında değişmekte olup, yaş ortalamaları 22.2 (± 19.7)'yıldır.

Hastaların cinsiyetlerine göre yaş gruplarının dağılımı Tablo-1'de görülmektedir. Başvurular her iki cinsiyette de en çok (%32.0) 0-9 yaş grubundan olmuştur. Cinsiyete göre yaş gruplarının dağılımının genel olarak benzer olduğu görülmektedir. Hastaların %71.6'sı 29 yaş ve altındadır. Başvurular yaş ilerledikçe azalmış, ancak 60 yaş ve üzerindeki grupta (%6.9), 50-59 yaş grubuna göre (%3.5) yüzde yüze varan bir artış olmuştur.

Hastaların acil servise başvuru nedenlerinin, hastaların cinsiyetlerine göre dağılımı Tablo-2'de görülmektedir. Başvuru nedenleri incelendiğinde, düşme 739 hasta (%43.3) ile ilk sırayı alırken, diğer nedenler; trafik kazası (%15.9), vücutta kesi (%12.0), vücutta yabancı cisim batması (%6.8), yanık (%5.2), zehirlenme (%1.9), iş kazası (%0.7) ve elektrik çarpması (%0.2)'dir. Yanık ve zehirlenme daha çok kadınlarda gözlenirken, iş kazası ve elektrik çarpması nedeniyle kadınlardan başvuran olmuştur. Hastaların acil servise başvurma nedenlerinin cinsiyete göre incelenmesinde; düşme, trafik kazası ve vücutta yabancı cisim batması ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmazken ($P>0.05$); vücutta keskiye erkeklerde, yanık ve zehirlenmeye ise kadınlarda daha sık rastlanmaktadır ($P<0.05$).

Şekil-1'de görüldüğü gibi acil servise başvuran hastaların 987'si (%64.4) ayakta tedavi edilirken, 317 hasta (%20.7) ileri tetkik ve tedavi amacı ile ilgili kliniklere yatırılmıştır. 165 (%10.8) hasta tedaviyi kabul etmeyerek hastaneden ayrılmış, 44 (%2.9) hasta ise gerekli tetkik ve tedavisi için bir üst kuruma sevk edilmiştir. Acil servise sağ olarak başvuran 19 (%1.2) hasta hayatını kaybetmiştir.

TARTIŞMA:

Araştırmamıza alınan hastaların %65.2'si erkek, %34.8'i kadın, yaş ortalamaları 22.2 (± 19.7)'yıl, erkek / kadın oranı ise 1.87'dir. Başka bir ifade ile, kaza nedeniyle başvuran her üç hastadan ikisi erkektir. Araştırmamızda bulunan erkek / kadın oranı ile hastaların yaş ortalamasının, ülkemizde bu konuda bundan önce yapılmış çalışmalarla uyumlu olduğu gözlenmektedir (11-14). Erkeklerin kadınlara göre kazalara daha fazla maruz kalmaları; erkeklerin gerek iş yaşamında, gerekse sosyal yaşamda kadınlara göre daha aktif olmasının bir sonucu olarak yorumlanabilir.

Kazazedeler her iki cinsiyette de en çok 0-9 yaş grubundadır (%31.9- %32.1) (Tablo-1). Bu durum hayatın ilk yıllarında yakın bakıma ihtiyacı olan çocukların kendilerini koruyamamalarının yanı sıra, ebeveynleri tarafından da yeterince korunamadıklarını düşündürmektedir. Cinsiyete göre yaş gruplarının dağılımının genel olarak benzer olduğu görülmektedir. Hastaların %71.6'sı 29 yaş ve altındadır. 60 yaş üzerindeki hasta oranı ise, %6.9'dur (Tablo-1). Çivi ve ark.nın araştırmalarında, araştırmamıza benzer bir şekilde; kazazedelerin %33.4'ünün 0-14, %62.5'inin 29 yaş ve altında, %8.4'ünün de 60 yaş ve üzerinde oldukları bulunmuştur (11). Kerimoğlu ve ark. araştırmalarında, 30 yaşın altındaki kişilerde travma görülme sıklığını, diğer yaş gruplarına göre anlamlı olarak yüksek bulmuşlardır (12). Gürsoy ve ark.nın araştırmalarında 0-9 yaş grubundaki çocukların acil servise daha çok (%21.5) başvurdukları, yine acil servise başvuran hastaların çoğunluğunun (%51.1) 29 yaş ve altında olduğu bulunmuştur (13). Her iki araştırmanın bulguları araştırmamızın bulgularına benzemektedir. Altıntop ve ark. araştırmalarında acil servise başvuran hastaların %55.5'inin yaşının 50 yaşın altında olduğunu belirtmiştir (14). Bu oran bizim araştırmamızda %89.7'dir. Aradaki farklılık, Altıntop ve ark.nın araştırmalarının bir üniversite hastanesinde yapılmış olması nedeniyle, hastaların %56'sının bir sevk zincirinden geçerek gelmelerinden kaynaklanmış olabilir. Şemin ve ark. araştırmalarında acil servise 21-30 yaş grubundaki kişilerin daha sık başvurduklarını belirtmiştir (15). Bu oran araştırmamızda 20-29 yaş grubu için %14.6'dır.

Hastaların acil servise başvurmamasına neden olan kaza sebepleri incelendiğinde düşme 739 hasta (%43.3) ile ilk sırayı alırken, diğer nedenler; trafik kazası (%15.9), vücutta kesi (%12.0), vücutta yabancı cisim batması (%6.8), yanık (%5.2), zehirlenme (%1.9), iş kazası (%0.7) ve elektrik çarpması (%0.2)'dir (Tablo-2). Hastaların acil servise başvurma nedenlerinin cinsiyete göre incelenmesinde; vücutta keskiye erkeklerde, yanık ve zehirlenmeye ise kadınlarda daha sık rastlanmaktadır ($P<0.05$). Çivi ve ark. araştırmalarında, hastaların acil servise başvurma nedenlerini sıklık sırasına göre; trafik kazaları (%39.7), düşme (%27.6), yanıklar

VIII.ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

(%1.8) ve elektrik çarpması (%0.2) olarak belirtmişlerdir (11). Araştırmamızda bulduğumuz ilk iki başvuru nedeni (düşme ve trafik kazası) bu araştırma ile aynıdır. Kerimoğlu ve ark.nın araştırmalarında da, travma nedeni ile başvuran hastaların başvuru nedenlerinin başında, trafik kazaları ve yüksekten düşme yer almaktadır (12). İspanyada yapılan bir araştırmada yanık vakalarının %68.5'ini kadınlar teşkil etmektedir (16). Bizim araştırmamızda da kadınların yanık ve zehirlenme nedeniyle erkeklere oranla daha sık başvurdukları tespit edilmiştir (P<0.05). Kadınların gerek yanık, gerekse zehirlenme olayları ile erkeklerden daha sık karşılaşılıyor olmaları; yanık ve zehirlenme olaylarına daha sık yol açan ev işleri ile, erkeklerden daha fazla uğraşıyor olmalarından kaynaklanmış olabilir. Yine vücutta kesi vakalarının erkeklerde kadınlardan daha sık olması (P<0.05), erkeklerin iş ve sosyal yaşamda daha aktif olmalarından ve adli olaylarla kadınlara oranla daha sık karşılaşmalarından kaynaklanmış olabilir.

Acil servise başvuran hastaların 987'si (%64.4) ayakta tedavi edilirken, 317 (%20.7) hasta ileri tetkik ve tedavi amacı ile ilgili kliniklere yatırılmıştır. 165 (%10.8) hasta tedaviyi kabul etmeyerek hastaneden ayrılmış, 44 (%2.9) hasta ise gerekli tetkik ve tedavi için bir üst kuruma sevk edilmiştir. Acil servise sağ olarak başvuran 19 (%1.2) hasta ise hayatını kaybetmiştir (Şekil-1). Çivi ve ark.'nın yaptığı araştırmada, kaza nedeniyle başvuran hastaların %1.3'ü hayatını kaybetmiştir (11). Bu oran araştırmamızda hayatını kaybeden hasta oranına (%1.1) benzerdir. Kerimoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmadaki hastaların %67.0'si ayakta tedavi edilirken, %31.5'i ileri tetkik ve tedavi amacı ile ilgili kliniklere yatırılmış, %1.5'i ise hayatını kaybetmiştir (12). Bu araştırmanın bulguları da araştırmamızın bulgularına benzemektedir. Lowe ve ark.nın yaptığı bir araştırmada, acil servise başvuran hastaların %11 ile %82 arasında değişen oranlarda gerçekte acil servis hastaları olmadıkları belirtilmiştir (17). Bizim araştırmamızda da ayakta tedavi gören hastaların oranı yüksek bulunmuş, ancak bu hastaların acil olup olmadıkları değerlendirilememiştir. Altıntop ve ark. tarafından yapılan araştırmada, hastaların %51.8'i acil servise teşhis ve tedavi edilirken, %38.4'ü değişik kliniklere yatırılmış, %0.9'u ise hayatını kaybetmiştir (14). Bu bulgularda bizim bulgularımızla uyumludur. Melil'yan ve ark. araştırmalarında acil servise saldırgan şiddet sonucu yaralanarak gelen hastaların %11.1'i tedaviyi kabul etmeyerek hastaneyi terk etmiş, %1.3'ü ise hayatını kaybetmiştir (18). Genç ve ark. nın araştırmalarında acil servise başvuran hastaların %52.8'i ayakta tedavi görmüş, %43.1'i servislere yatmış ve %1.9'u hayatını kaybetmiştir (19). Bu araştırmaların bulgularında araştırmamızın bulgularına benzemektedir.

Sonuç olarak; görülme sıklığı, tüm ölümler arasındaki yeri, meydana getirdiği sakatlıklar, maddi kayıplar ve iş gücü kayıpları ile çok önemli bir halk sağlığı sorunu olan kazaların, en aza indirgenmesi ilk amaç olmalıdır. Bu çalışmalar içerisinde kazalardan korunma esas teşkil etmeli. halk eğitimleri yapılmalı ve bireylere ilkokuldan itibaren örgün eğitim içerisinde yeterli eğitim verilmelidir. Kazaya uğrayan hastalarda mortalite ve morbiditeyi azaltmak için etkili ve uygun müdahaleleri yapabilecek bir acil servis ekibi gerekmektedir. Bu konuda ülkemizde son yıllarda yapılanmaya başlayan ilk ve acil yardım ünitelerine önemli görevler düşmektedir.

KAYNAKLAR:

1. Durmuş S. Kayseri İl Emniyet Müdürlüğü kadrosunda görevli polislerin ilk yardım hakkında bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Halk Sağlığı.1993.
2. Dirican R, Bilgel N. Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği). Bursa: Uludağ Üniversitesi Basımevi, 1993:481-482.
3. Bertan M, Çakır B. Halk Sağlığı Yönünden Kazalar. In: Bertan M, Güler Ç. Editor. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Güneş Kitabevi, 1997:462-472.
4. Tümerdem Y. Halk Sağlığı-II. İstanbul: İ.Ü. Basımevi ve Film Merkezi. 1992: 540-547.
5. WHO: World health statistics annual. Geneva, 1994.
6. Nilles L. Safety and Environment in the 21 st Century. Proceedings Book, P.B., Conference Sereteriat P.O.B. Tel Aviv Israil, 1994.
7. Gordon K. Injuries: Problems and Prevention in College Student. Principles and Practices of Student Health, Chapter 22, Third Party Publishing Co., 1992.
8. Davidson F, Manguin P. Epidemiologic Study in Rural and Urban Areas : Accidents Occuring in Children, Achieve of French Pediatric, 1984,41:67-72
9. WHO: The health of young people. Geneva, 1994: 50-51.
10. WHO: Health for all in the twenty-first century A 51/5. Kopenhag. 1998.
11. Çivi S, Şahin TK, Kanber G. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servis dosyalarından kazaların değerlendirilmesi. Doktor Dergisi 1995;3(1):51-54.
12. Kerimoğlu B, Doğan D, Kaptanoğlu M, Başel H. Travma nedeni ile acil servise başvuran hastaların retrospektif değerlendirilmesi. Cerrahpaşa Üniversitesi Tıp Dergisi 1997;19(4):261-264.
13. Gürsoy TŞ, Çiçeklioğlu M, Türk M, Sözbilen M. E.Ü.T.F. Acil Servisine bir yıl içinde başvuran hastaların sosyodemografik özelliklerinin ve başvuru zamanlarının değerlendirilmesi. Ege Tıp Dergisi 1999; 38(2): 109-112.
14. Altıntop L, Güven H, Doğanay Z, Aygün D, Sünter T, Deniz T, et al. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Poliklinik çalışmalarının değerlendirilmesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi 2001; 18(1):19-26.
15. Şemin S, Güldal D. Acil servislere başvuran hastaların retrospektif analizi ve acil servislere yoğun başvuruların nedenleri. Toplum ve Hekim 1993;(58):11-14
16. Tejerina C, Reig A, Cadina J, Safont J, Baena P, Mirabet V: An epidemiological study of burn patient hospitalized in Valencia, Spain during, Burns, 1992;18: 15.
17. Lowe RA, et al: Refusing care to emergency department patients: evaluation of published triage guidelines. Ann Emerg Med. 1994; 23(2):286.
18. Melikyan EM, Can G, Baltas Z, Kaypmaz A. Saldırgan ve şiddet sonucu oluşan yaralanmalar: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acilinin bir yıllık bilançosu. Cerrahpaşa Tıp Dergisi 1997;28(4):208-213.
19. Genç M, Eğri M, Pehlivan E, Kırımlıoğlu V, Yılmaz S. Acil servise başvuran hastaların bekleme zamanları üzerine bir çalışma. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi 1999; 6(4):337-339

Tablo – 1: Hastaların cinsiyetlerine göre yaş gruplarının dağılımı.

YAŞ GRUBU	CİNSİYET				Toplam	
	Erkek		Kadın		n	%
	n	%	n	%		
0 – 9 yaş	279	31,9	159	32,1	438	32,0
10 – 19 yaş	248	28,3	93	18,8	341	24,9
20 – 29 yaş	125	14,3	76	15,4	201	14,7
30 – 39 yaş	95	10,8	54	10,9	149	10,9
40 – 49 yaş	53	6,1	45	9,1	98	7,1
50 – 59 yaş	25	2,9	23	4,6	48	3,5
60 yaş ve üzeri	50	5,7	45	9,1	95	6,9
Toplam	875	63,9	495	36,1	1370	100,0

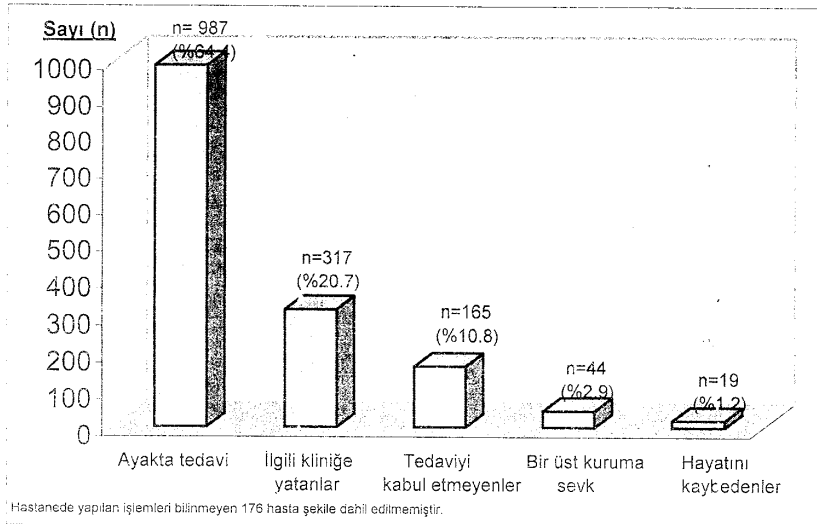
Yaşı bilinmeyen 338 hasta tabloya dahil edilmemiştir.

Toplam satırındaki yüzdeler satır, diğer yüzdeler sütun yüzdesini göstermektedir.

Tablo – 2: Hastaların hastaneye başvurma nedenlerinin cinsiyete göre dağılımı.

BAŞVURU NEDENLERİ	CİNSİYET				Toplam		İstatistiki Değerler
	Erkek		Kadın		n	%	
	n	%	n	%			
Düşme	466	41,9	273	45,8	739	43,3	$\chi^2= 2.544$ P=0.110
Trafik kazası	179	16,1	92	15,4	271	15,9	$\chi^2= 0.118$ P=0.738
Vücutta kesi	148	13,3	56	9,4	204	12,0	$\chi^2= 5.566$ P=0.018
Vücuda yabancı cisim batması	74	6,7	42	7,0	116	6,8	$\chi^2= 0.103$ P=0.748
Yanık	44	4,0	44	7,4	88	5,2	$\chi^2= 9.398$ P=0.002
Zehirlenme	12	1,1	20	3,4	32	1,9	$\chi^2= 10.993$ P=0.001
İş kazası	13	1,2	-	-	13	0,7	
Elektrik çarpması	3	0,3	-	-	3	0,2	
Diğer	174	15,4	68	11,6	242	14,0	$\chi^2= 4.556$ P=0.032
Toplam	1113	65,2	595	34,8	1708	100,0	

Toplam satırındaki yüzdeler satır, diğer yüzdeler sütun yüzdesini göstermektedir.



Şekil – 1: Hastalara acil serviste yapılan işlemlerin ve hastalığın seyrinin dağılımı.

ANKARA'DA BİR İLÇE MERKEZİNDEKİ ÜÇ İLKÖĞRETİM OKULUNDA 6. 7. ve 8. SINIFLARDAKİ ÖĞRENCİLERİN İLKYARDIM KONUSUNDAKİ EĞİTİM İHTİYAÇLARININ SAPTANMASI

Arş.Gör.Dr. Coşkun BAKAR*, Öğr.Gör.Dr. Sevil ÖZKAN*, Prof.Dr.Remzi AYGÜN
* Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.

ÖZET

Araştırmanın amacı Ankara İlköğretim Okullarındaki öğrencilerin ilkyardım konusundaki mevcut bilgi düzeylerinin ve bu konudaki eğitim ihtiyacının saptanmasıdır. Araştırma 2000-2001 Eğitim-Öğretim Döneminde Gölbaşı İlçe Merkezindeki İlköğretim Okullarında 6. 7. ve 8. sınıflarda yapılan kesitsel bir araştırmadır. Araştırma yüz yüze görüşme tekniği ile yapılmıştır. Anket formu tanımlayıcı sorulardan ve ilkyardım sorularından oluşmaktadır. Ayrıca ilkyardım soruları öncesi ve sonrası öğrenciler, ilkyardım konusunda kendi bilgilerini yeterli ya da yetersiz şeklinde değerlendirmişlerdir. Her doğru cevaba 4 puan verilerek 100 üzerinden ilkyardım puanları hesaplanmıştır. Veriler; Epi Info Version 6.0 istatistik programına girilmiş, sonra SPSS 9.0 programına aktarılmış ve analizler yapılmıştır. Ki-Kare, Varyans analizi ve Student T testi kullanılmıştır. İkyardım konularıyla ilgili olarak anket öncesi ve sonrası; ilkyardım tanımı, zehirlenmeler ve donmalar konusunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Öğrencilerin ilk yardım bilgi düzeyi puanına bakıldığında % 75.5'nin, bilgi puanının çok zayıf olduğu görülmüş ve sınıflara göre dağılımda da, aynı duruma rastlanmıştır. Sınıflar arasında puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Fark 6. sınıfların puan ortalamasının düşük olmasından kaynaklanmaktadır. Sonuç olarak ilkyardım eğitimi almalarına rağmen öğrencilerin bilgileri çok yetersizdir.

Anahtar Kelimeler: İkyardım, bilgi düzeyi

GİRİŞ ve AMAÇ

Kaza, Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) tanımına göre, "önceden planlanmamış ve beklenmeyen, ancak yaralanma ile sonuçlanabilecek bir olaydır. Kaza beklenmeyen bir anda meydana gelir, yaralanmalarla ve ölümlerle sonuçlanabilir(1). DSÖ tahminlerine göre her yıl dünyada kaza ve şiddet nedeniyle yaralanmalar sonucu yaklaşık 3.5 milyon insan ölmektedir. Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi kayıtlarına göre 15-24 yaş ölümlerinin % 63'ü ve 25-44 yaş ölümlerinin % 40'ı kaza ve yaralanmalar nedeniyle olmaktadır. Yine DSÖ'nün kayıtlarına göre trafik kazalarında her yıl 700 000 kişi ölmekte, 10-15 milyon insan da yaralanmaktadır(1).

Son beş yılda ülkemizde her gün 900'ün üzerinde trafik kazası meydana gelmiş ve 20'nin üzerinde kişi hayatını kaybetmiş ve 300'ün üzerinde kişi yaralanmıştır. Sadece 1998 yılında Türkiye'de 6416 ölümlü, 65245 yaralanmalı kaza olmuştur(1,2).

Bütün bu tanımlamaların ilkyardım ve ilkyardım eğitimi konusu ile çok yakından ilgili bulunmaktadır. Zira ilkyardım; kaza, yaralanma veya yaşamı tehlikeye sokan durumlarda, sağlık görevlilerinin yardımı sağlanıncaya kadar hastanın durumunun kötüye gitmesini önlemek amacıyla ile mevcut olanaklarla yapılan müdahaledir. İkyardım olay yerine en yakın kişiler tarafından yapılır. Tanımından da anlaşılacağı üzere sağlık personeli dışındaki insanlar tarafından yapılır. Amaç yaralının profesyonel sağlık desteği alması kadar yaşamının devam ettirilmesidir(3).

Ülkemizde 17 Ağustos 1999 gecesi yaşanan ve resmi kayıtlara göre 18000 kişinin öldüğü bir afet yaşamıştır. Bu afette ve diğer başka afetlerde de bilinen ölümlerin ilk saatlerde olduğudur. Bu ilk saatler insanların kendilerine ve birbirlerine yardım etmek zorunda oldukları dönemdir. İnsanlar ancak doğru bilgilerle kendilerini ve yardıma ihtiyacı olan diğer insanları kurtarabilir(4). Kaza ve yaralanmalarda olaya müdahale süresinin kısalığı çok önemlidir. Özellikle trafik kazalarında ölümlerin % 10'u ilk beş dakikada, % 50'si ise ilk yarım saat içinde olmaktadır. Bu yarım saat içinde her zaman sağlık personeli veya bir hastaneye ulaşmak mümkün olmayabilmektedir. Bu gerçek insanları bir kaza durumunda yaralılara müdahale zorunluluğu ile karşı karşıya getirmektedir(3). Bunun için ise toplumun ilkyardım konusunu doğru olarak bilmesi ve uygulaması gerekmektedir. Bu amaçla yapılacak olan ilkyardım eğitimleri ile doğru uygulamaların halka öğretilmelidir. İlköğretim okulları ulaşmayı düşündüğümüz hedefler için oldukça ideal kurumlardır. Çünkü ülkemizde sekiz yıllık eğitim zorunludur. Bu kurumları ilkyardım eğitimi için hedef olarak seçmek ileride konu ile ilgili toplumun büyük bir kesiminin doğru bilgilere sahip olmasını sağlayacak ve yanlış uygulamalarla mücadeleyi kolaylaştıracaktır. Zaten ilköğretimin 6. ve 8. sınıflarında ilkyardım dersleri bulunmaktadır.

Bu araştırmanın amacı Ankara Gölbaşı İlköğretim Okullarındaki öğrencilerin ilkyardım konusundaki mevcut bilgi düzeylerinin saptanması ve bu konudaki eğitim ihtiyacının saptanmasıdır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu araştırma ilköğretim okullarında okuyan öğrencilerin ilkyardım konusundaki eğitim ihtiyaçlarını ortaya çıkarmaya amaçlayan kesitsel bir araştırmadır. Araştırma 2000-2001 Eğitim-Öğretim Döneminde Gölbaşı İlçe Merkezinde bulunan İlköğretim Okullarında yapılmıştır. Bu amaçla 6. 7. ve 8. sınıf öğrencileri ile görüşülmüştür. Öncelikle Gölbaşı Kaymakamlığı İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır. Araştırma için 2000-2001 Eğitim Öğretim Yılında Gölbaşı İlçe Merkezi'nde üç ilköğretim okulunun(Atatürk, Baldudak ve Gündüzalp İlköğretim) 6.,7. ve 8. sınıfında bulunan 1250 öğrenciyeye ulaşılmıştır. Bu öğrencilerin 1161'ine(%92.8) ulaşılmıştır.

Araştırma yüz yüze görüşme tekniği ile yapılmıştır. Veri kaynağı olarak da anket formu kullanılmıştır. Bilgi soruları okullarda okutulan ilkyardım ve trafik kitabından alınmıştır(5). Anket formu iki bölümden oluşmakta ve 54 soru içermektedir. Birinci bölüm 7 soru içermekte olup, bu bölümde öğrencilerin yaşları, cinsiyetleri, okudukları sınıflar ve anne ve babalarının öğrenim durumları ile ilgili sorular bulunmaktadır. İkinci bölüm ilkyardım soruları ile ilgili bölümdür ve üç kısımdan oluşmaktadır. Birinci ve üçüncü bölümde öğrencilere ilkyardım konuları ile ilgili bilgilerini yeterli görüp görmedikleri hakkında sorular sorulmaktadır. Bu bölümlerde öğrencilerin bilgi soruları öncesi ve sonrası kendilerini değerlendirdikleri 10 soru bulunmaktadır. Bu bölümün amacı; sorular öncesi ve sonrası öğrencilerin bilgilerini değerlendirmeleridir. Öğrencilere bilgi soruları sonrası kısa bilgilendirme yapılmıştır. Bu bilgilendirme sonrası kendilerini tekrar değerlendirmeleri istenmiştir. İkinci bölümde ise öğrencilere ilkyardımla ilgili bilgi soruları sorulmakta ve yanıtları beşli ölçekle değerlendirilmektedir. Beşli ölçek aşağıdaki gibidir:

1. Doğru cevap	2. Eksik doğru cevap	3. Yanlış cevap	4. Zararlı yanlış cevap	5. Bilmiyor
----------------	----------------------	-----------------	-------------------------	-------------

Bu bölümdeki son iki soru ise "Hızır Acil Servisin ve Polis İmdatın telefonun bilyor musunuz?" sorularıdır. Bu sorular da doğru, yanlış cevap ve bilmiyor şeklinde değerlendirilmiştir. Anket formundaki soruların doğru cevapları, eksik doğru cevapları ve zararlı yanlış cevaplarının nasıl değerlendirileceği ve uygulanacağını eğitimi araştırma ekibine verilmiştir

Sonuçta incelenenlerin ilkyardımla ilgili bilgi düzeyi puanları çıkarılmıştır. Her doğru cevaba 4 puan verilerek 100 puan üzerinden değerlendirilmiş ve öğrencilerin ilkyardım puanları hesaplanmıştır. Puanlamada eksik doğrulara puan verme yada yanlış, zararlı yanlışlara puan düşürme uygulanmamıştır. Yüzde dağılım tablosunda eksik doğru, yanlış ve zararlı yanlış cevaplar verilmiştir.

Bu araştırmanın veri toplama aşaması Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Araştırma Görevlileri ve 2000 Kasım-Aralık döneminde Halk Sağlığı rotasyonu yapmakta olan intern doktorlar tarafından Atatürk, Baldudak ve Gündüzalp İlköğretim Okullarında yüz yüze görüşme tekniği ile anket yapmışlardır.

Toplanan veriler Epi Info Version 6.0 istatistik programına girilmiştir. Bu program la kontrol ve düzeltmeleri yapılan veriler daha sonra SPSS 9.0 programına aktarılmış ve analizler bu programda yapılmıştır. İncelenenlerin anket öncesi ve sonrası kendilerini yeterli bulma durumları farkına Ki-Kare, bilgi puan ortalamalarının sınıflara göre farkına Varyans analizi ve cinsiyete göre farkına Student T testi ile bakılmıştır.

BULGULAR

İncelenen öğrencilerin demografik özellikleri Tablo 1'de görülmektedir. İncelenenlerin ortanca yaş değeri 13'dir(min-maks:10-17). Öğrencilerin anne ve babalarının öğrenim durumlarının dağılımlarına bakıldığında büyük oranda ilkököl mezunu oldukları görülmektedir(Tablo 1).

İncelenenlerin ilkyardım konularıyla ilgili olarak kendini yeterli bulanların dağılımına bakıldığında anket öncesi ve sonrası ilkyardım tanımı, zehirlenmeler ve donmalar konusunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş diğer konularda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır(Tablo 2, Şekil 2).

İlkyardım ile ilgili sorulara verilen cevapların dağılımı ise Tablo 3'de görülmektedir. İlk yardım tanımı ile ilgili soruya öğrencilerin % 38.2'si yanlış cevap vermiştir. "İlk yardımın A/B/C si nelerdir?" sorusuna % 72.8 bilmiyor yanıtlı vermiştir. Yanıkla ilgili soruya ise % 45.5'i doğru cevap vermiştir. Hayvanların ısırıkları yere ne yapılmalıdır sorusuna incelenenlerin % 4.1'i doğru yanıt vermiştir. Yetişkinde ve bebekte yabancı cisim aspirasyonu ile ilgili soruya ise öğrenciler sırasıyla % 2.2 ve % 7.7 oranında doğru cevap vermiştir. Suda boğulma ile ilgili olan soruya ise öğrencilerin % 49.3'ü eksik doğru yanıt vermiştir. "Uzuv kopması durumunda ne yapılmalıdır?" sorusuna öğrenciler % 69.1 oranında bilmiyorum yanıtı verirken akrep ve yılan sokması ile ilgili soruya ise ancak % 1.2 oranında doğru yanıt vermiştir. Donma ile ilgili soruya öğrencilerin % 23.3'ü doğru cevap verirken % 52.2'si eksik doğru cevap vermiştir. Yine bu soruya % 3.5 yanlış, % 4'ü zararlı yanlış ve % 17'si bilmiyor yanıtı vermiştir. "Bayılmış bir kişiye ne yapılmalıdır?" sorusuna da öğrencilerin % 64.8'i yanlış cevap vermiştir(Tablo 3).

İncelenen öğrencilerin verdikleri doğru cevaba göre hesaplanan ilk yardım bilgi düzeyi puanına bakıldığında % 75.5'nin bilgi puanının 0-20 puan arasında yani çok zayıf olduğunu görmekteyiz. İncelenen öğrencilerden 80 üzerinde bilgi puanı alan olmamıştır(Tablo 4). Cinsiyetlerine göre öğrencilerin bilgi puanlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir($p>0.05$)(Tablo 6). Sınıflarına göre bilgi puanlarının dağılımına bakıldığında her üç sınıfta da büyük çoğunluğun çok zayıf puan aldıkları görülmektedir(Tablo 5). İncelenenlerin sınıflarına göre puan ortalamaları Tablo 5'de görülmektedir. Sınıflar arasında puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Fark 6. sınıfların puan ortalamasının düşük olması meydana getirmektedir. İkili karşılaştırma yapıldığında da 6. sınıflarla 7. ve 8. sınıflar arasında fark görülmekte, 7. sınıflarla, 8. sınıflar arasında fark görülmemektedir.

TARTIŞMA

İlkyardım toplumun bütün bireylerinin sağlık eğitimi görsün yada görmesin her tür-ü koşulda yapması gereken uygulamalar bütünüdür. İlkyardımın herhangi bir yaralanma yada kaza olayında yaralı tıbbi müdahaleye ulaşmaya kadar çevredeki sağlık personeli olmayan insanlar tarafından verilmesi beklenmektedir. Bu da belli bir düzeyde bilgiyi gerektirmektedir. Zira doğru uygulamalar ancak doğru bilgilerle olur. Örgün eğitim kurumları bu bilgilerin öğrenilmesi için en uygun mekanlardır. Zaten ilköğretim müfredatında da ilkyardım uygulamaları bir ders programı içinde öğrencilere verilmektedir. İlköğretim 6. ve 8. sınıflarında öğrenciler "Trafik ve İlk Yardım Eğitimi" dersi görmektedirler(5).

İncelenen öğrencilere ilkyardım konuları ile ilgili olarak kendilerini yeterli görüp görmedikleri sorulmuştur. İlk yardım tanımı, zehirlenmeler ve donma konuları da öğrencilerin anket öncesi ve sonrası kendilerini yeterli bulma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. İlk yardım tanımı ve zehirlenmeler konusunda öğrencilerin kendilerini yeterli bulma oranları anket öncesi sırasıyla % 51.4, % 36.9 iken, anket sonrası yine sırasıyla % 43.2 ve % 30.4 olarak görülmüştür. Bu durum öğrencilerin anket öncesi kendilerini yeterli gördükleri bu konularda, soruları cevapladıktan sonra aynı konularda bilgilerinin yetersiz olduğunu anlamalarıyla açıklanabilir. Zira ilkyardım tanımı ile ilgili soruya öğrencilerin % 6'sı, ilaç zehirlenmesi ve kimyasallarla olan zehirlenmelere de sırasıyla % 8.5 ve % 2.5'i doğru cevap vermiştir. Bu sonuç öğrencilerin anket sonrası kendilerini yetersiz bulmalarıyla uyumlu bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır.

Anket öncesi ve sonrası fark saptanan bir diğer soru da uzun süre soğuğa maruz kalma ve donma durumunda yapılacak ilkyardım ile ilgili konudur. Öğrencilerin % 35.2'si anket öncesi donma konusunda ilkyardım bilgilerinin yeterli bulurken, anket sonrası % 47.3'ü yeterli bulmuştur. Bu durum ise öğrencilerin bu konuda ki bilgilerinin farkında olmadıklarını bize düşündürmektedir. Zira, "Uzun süre soğuğa maruz kalmış ve donma tehlikesi bulunan bir kişiye ne yapılmalıdır?" sorusuna öğrencilerin % 23.3 doğru, % 52.2'si eksik doğru cevap vermiştir. Öğrencilerin büyük çoğunluğunun bu konuda eksikte olsa doğru bilgilere sahip olması öğrencilerin anket sonrasında bilgilerinin farkına vardıklarını bize düşündürmektedir.

İncelenen öğrencileri ilkyardım puanlarına bakıldığında % 75.5'nin çok zayıf olan 20 puan ve altında aldıklarını görürüz. Ayrıca öğrencilerin içinde 80 puan ve üzeri alan öğrencinin olmadığını görmekteyiz. Bu da bize genel olarak öğrencilerin ilkyardım konusunda bilgi düzeylerinin çok yetersiz olduklarını göstermektedir. 6. ve 8. sınıflarda ilkyardım dersi görmelerine rağmen öğrencilerin bilgi puanlarının bu derece düşük olması düşündürücüdür. Bilgi puanı ortalamalarına bakıldığında ise; sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu ve bu farkın 6. sınıfların puan ortalamasının diğer sınıflara göre düşük olmasından kaynaklanmaktadır(Tablo 5). Bu araştırma Kasım-Aralık ayında yapılmıştır. Bu nedenle 6. sınıfların ilkyardım dersini tam olarak görmediklerinden dolayı bilgi puan ortalamalarının daha düşük olduğu düşünülmektedir. Cinsiyete göre ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

İlkyardım bilgisi konusunda yapılmış değişik çalışmalar mevcuttur. 1995 yılında Önder ve arkadaşlarının Ankara'da yaptıkları bir çalışmada, 12-19 yaş grubundaki çırak işçiler üzerinde yaptıkları çalışmada, blege kesilen birine yapılacak ilkyardım konusunda incelenenlerin % 6.9'u doğru cevap vermiştir(6). Bizim çalışmamızda ise cilt tütünlüğünü bozan yaralanmalar konusunda incelenenlerin % 10.3'ü doğru yanıt vermiştir. Yine aynı çalışmada uzuv kopması durumunda yapılacak ilkyardım konusunda incelenenlerin % 2.7'si doğru yanıt verirken bizim çalışmamızda incelenenlerin % 4.3'ü doğru yanıt vermiştir.

Kimyasal maddelerle meydana gelen zehirlenmelerde Önder ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada incelenenlerin % 20.8'i doğru yanıt verirken bizim çalışmamızda aynı konuda % 2.5 oranında doğru yanıt alınmıştır(6). Elektrik çarpması durumunda yapılacak ilkyardım konusunda Önder ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada % 65.4'ü doğru yanıt verirken bizim çalışmamızda aynı

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

konuda öğrencilerin % 14.9'u doğru yanıt vermiştir. Elektrik çarpması ile kimyasal maddelerle ilgili konuda metal eşya imal eden atölyelerde çalışan çırakların söz konusu konularda daha fazla oranda doğru yanıt verdikleri görülmüştür. Çırakların söz konusu etkenlerle günlük yaşamda sürekli karşılaşma riskleri düşünüldüğünde daha fazla oranda doğru yanıt alınması bizce beklenen bir sonuçtur. Conrad ve arkadaşlarının pediatrik acillerle ilgili konularda genel popülasyonun bilgi durumunu öğrenmek için yaptıkları çalışmada, genel popülasyonun ancak % 3.3'nün eksiksiz ve doğru bilgilere sahip oldukları görülmüştür(7). Bizim çalışmamızda "bebeklerde nefes borusunun tıkanması durumunda ne yapılmalıdır?" sorusuna öğrencilerin % 7.7 si doğru cevap vermiştir.

Beden eğitimi fakültesinde yapılan bir çalışmada yaralanmalar, düşmeler ve lif kopmalarında yapılacak ilkyardım konusunda bilgi eksikliği saptanmıştır(8). Bizim çalışmamızda da cilt bütünlüğünü bozan yaralanmalarda incelenenlerin % 10.3'ü doğru yanıt vermiştir. Ankara'da eczacılar üzerinde yapılan bir çalışmada eczacıların % 81.1'nin ilkyardım konusundaki bilgilerini yeterli bulmadıkları saptanmıştır(9).

Ünalan ve Arkadaşlarının sağlık ocağı çalışanları üzerinde yaptığı bir çalışmada incelenenlerin % 69.7'si ilkyardımın tanımını doğru olarak bilişlerdir. Aynı çalışmada epilepsi nöbeti, göze yabancı cisim batması, koroziv madde içimi, bayılma gibi ilkyardım gereken durumlarda yapılması gerekenler konusundaki sorulara % 83.3 ile % 96.5 doğru yanıt vermişlerdir(10).

SONUÇ ve ÖNERİLER

İlkyardım konusunda toplumda ki tüm bireylerin bilgi sahibi olması gerekmektedir. Zira kimin ne zaman ve nerede ilkyarıma ihtiyacı olacağı önceden belirlenemez. Bu çalışmada Gölbaşı İlköğretim Okullarında 6., 7. ve 8. sınıf öğrencilerin ilkyardım bilgi düzeyi yetersiz olarak saptanmıştır. 6. ve 8. sınıflarda ilkyardım dersi olması rağmen öğrencilerin ilkyardım konusunda bilgi düzeylerinin bu derece düşük olması düşündürücüdür. Bu dersi okullardaki fen bilgisi öğretmenleri vermektedir. Öncelikle öğrencilere ders veren öğretmenlerin ilkyardım konusunda bilgi düzeyine yönelik çalışmalar yapılmalı ve bu konuda eksik saptanırsa hizmet içi eğitimlerin planlanması düşünülmelidir. Ayrıca başka ilköğretim okullarında da aynı konuda çalışmalar yapılmalı ve öğrencilerin ilkyardım konusunda eğitim ihtiyaçları saptanarak eğitim programları geliştirilmelidir. Ayrıca bu konuda toplum bazlı çalışmalarda planlanmalı ve uygulanmalıdır. Zira bu çalışmalar topluma verilecek ilkyardım eğitimlerine temel oluşturacaktır.

KAYNAKLAR:

1. Bertan M, Çakır B, Halk Sağlığı Yöntünden Kazalar, Bertan M, Güler Ç, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Ankara, Güneş Kitapevi, Sayfa:462-472.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı, Herkese Sağlık Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri, 2001, Ankara.
3. Ege R, Kaza Hastalık ve Yaralanmalarda İlk ve Acil Yardım, Türk Hava Kurumu Basımevi, İkinci Baskı, 1995.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Afetlerde Sağlık Hizmetleri Yönetimi(Kurs Notları), Ankara, 2001.
5. Millî Eğitim Bakanlığı, İlköğretim 3, "Trafik ve İlkyardım Eğitimi", Millî Eğitim Basımevi, 1999, İstanbul.
6. Önder Ö.R., Tabak S, Ağır A., Kurt M., Kaplan S., Yolcu Y., Metalden Eşya İmal Eden Atölyelerde Çalışan 12-19 Yaş Grubu Çırak İşçilerin Geçirdikleri İş Kazaları İle Kazalardan Korunma ve İlkyardım Konusundaki Bilgilerin Değerlendirilmesi, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi, Sayı:4, Ekim-Aralık 1997:18-29.
7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Display&DB=PubMed>, Conrad RP, Beattie TF, Knowledge of Pediatric first Aid in the General Population, Accid Emerg Nurs 1996 Apr;4(2):68-72.
8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Display&DB=PubMed>, Aly SA, Ahmed NI, Assessment of physical education faculty students' knowledge about first aid, J Egypt Public Health Assoc, 1993;68(1-2):101-118.
9. Şimşek I, Güler Ç, Oral S.N., Eczacıların İlk Yardım Bilgileri Üzerine Bir Araştırma, III: Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Özet Kitabı:161.
10. Ünalan H., Ellidokuz H., Sağlık Ocağı Çalışanlarının İlkyardım ve yeniden Canlandırma Konusundaki Bilgi Düzeyi, Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, Cilt:6 Sayı:6, Haziran:1997;193-195.

Tablo 1. İncelenenlerin Bazı Tanımlayıcı Özellikleri

Özellikler	Sayı	Yüzde	Annenin Öğrenim Durumu	Sayı	%
Yaş			Okur Yazar Değil	103	8.9
11 ve altı	131	11.3	Okur Yazar	52	4.5
12	369	31.8	İlkokul Mezunu	766	65.9
13	390	33.6	Ortaokul Mezunu	151	13.1
14	207	17.8	Lise Mezunu	74	6.4
15 ve üzeri	64	5.5	Yüksekokul/Üniversite Mezunu	15	1.3
Cinsiyet			Babanın Öğrenim Durumu		
Erkek	602	51.9	Okur Yazar Değil	22	1.9
Kadın	559	48.1	Okur Yazar	24	2.0
Sınıflar			İlkokul Mezunu	580	49.9
6. Sınıf	439	37.8	Ortaokul Mezunu	245	21.2
7. Sınıf	391	33.7	Lise Mezunu	243	21.1
8. Sınıf	331	28.5	Yüksekokul/Üniversite Mezunu	47	4.1

*Yüzdeler İncelenen 1161 Kişi Üzerinden Alınmıştır.

Tablo 2. İncelenenlerden İlkyardım Konuları ile İlgili Olarak Anket Uygulaması Öncesi ve Sonrası Kendi Bilgilerini Yeterli Bulanların Dağılımı

Konular	Anket Öncesi		Anket Sonrası		P***
	Sayı*	Yüzde**	Sayı*	Yüzde**	
İlk Yardımın Tanımı	597	51.4	502	43.2	0.0001
Hasta/ Yaralı Taşıma	471	40.6	426	36.7	NS
Suni Solunum Ve Kalp Masajı	342	29.5	303	26.1	NS
Kanamalar	545	46.9	555	47.8	NS
Kırık Ve Çıkıklar	447	38.5	483	41.6	NS
Yanıklar	542	46.7	518	44.6	NS
Zehirlenmeler	428	36.9	353	30.4	0.001
Sıcak Çarpması	408	35.1	452	38.9	NS
Donma	409	35.2	549	47.3	0.0001
Akrep/Yılan/Böcek Sokması	414	35.7	382	32.9	NS

* Kendini Yeterli Bulanların Sayısı

** Yüzdeler İncelenen 1161 Kişi Üzerinden Alınmıştır

Tablo 3. İncelenenlerin İlk Yardım Bilgi Sorularını Bilme Durumları

Sorular	Bilme Durumu				
	Doğru	Eksik Doğru	Yanlış	Zararlı Yanlış	Bilmiyor
	%	%	%	%	%
İlk Yardım Ne Demektir?	6.0	23.0	38.2	0.2	32.6
İlk Yardımında Amaç Ve Öncelikler Nelerdir?	2.5	28.6	20.3	0.3	48.3
İlk Yardımın A-B-C Si Nelerdir ?	2.0	8.8	16.0	0.4	72.8
Cilt Bütünlüğünü Bozan Yaralanmalarda Kanamayı Durdurmak İçin Ne Yaparsınız?	10.3	36.2	32.0	5.9	15.6
Kedi, Köpek Gibi Hayvanların Isırdıkları Yere İlk Ne Yapılmalıdır?	4.1	9.8	23.9	3.9	58.3
Kaynar Su İle Oluşan Yanıkta İlk Ne Yapılmalıdır?	45.5	12.1	13.8	6.4	22.2
Yetişkin Bir İnsanda Yabancı Cisim İle Nefes Borusunun Tıkanması Durumunda Ne Yapılmalıdır?	2.2	2.2	18.1	26.3	51.2
Bebekte Yabancı Cisim İle Nefes Borusunun Tıkanması Durumunda Ne Yapılmalıdır?	7.7	7.3	6.5	10.2	68.3
Suda Boğulma Durumunda Kişi Sudan Çıkarıldıktan Sonra İlk Olarak Ne Yapılmalıdır?	13.4	49.3	12.7	5.6	19.0
Kol/Bacak Kemiklerinde Kırık Yada Çıkığı Olduğunu Düşündüğünüz Kişiye Ne Yapılmalıdır?	26.6	19.0	11.4	6.5	36.4
Uzuv Kopması Durumunda Ne Yapılmalıdır?	4.3	12.4	12.3	1.9	69.1
Akrep/Yılan Sokması Durumunda Ne Yapılmalıdır?	1.2	10.0	17.8	40.3	30.7
İlaç Zehirlenmesi Durumunda Ne Yapılmalıdır?	8.5	14.3	15.2	2.8	61.2
Çamaşır Suyu, Tuz Ruhu Gibi Yakıcı Maddelerin İçilmesi İle Oluşan Zehirlenme Durumunda Ne Yapılmalıdır?	2.5	4.0	9.6	18.8	65.1
Şofbeaden Zehirlenme Durumunda Kişiye Ne Yapılmalıdır?	34.1	9.1	13.1	1.6	42.1
Kişinin Giysisine Veya Vücuduna Zehirli Madde Bulaşması Durumunda İlk Olarak Ne Yapılmalıdır?	38.0	30.1	3.3	0.9	27.7
Güneş Çarpması Durumunda Ne Yapılmalıdır?	7.8	28.9	19.3	2.2	41.8
Uzun Süre Soğuğa Maruz Kalmış Ve Donma Tehlikesi Olan Bir Kişiye Ne Yapılmalıdır?	23.3	52.2	3.5	4.0	17.0
Vücut Isısının Yükseldiği Durumlarda Ne Yapılmalıdır?	9.4	48.7	18.6	5.2	18.1
Havale-Sara Nöbeti Geçiren Bir Kişiye Ne Yapılmalıdır?	1.2	1.7	7.9	2.0	87.2
Elektrik Akımına Kapılmış Bir Kişiyi Gördüğünüzde Ne Yapılmalıdır?	14.9	33.7	5.3	4.0	42.1
Bayılmış Bir Kişiye Ne Yapılmalıdır?	3.2	3.5	64.8	4.8	23.7
Burun Kanaması Olan Bir Kişiye İlk Olarak Ne Yapılmalıdır?	7.9	14.5	33.2	31.1	13.3
Hızır Acilin Telefon Numarası Nedir? *	65.3		8.2		26.5
Polis İmdatın Telefon Numarası Nedir? *	84.5		9.0		6.5

Yüzdeler İncelenen 1161 Kişi Üzerinden Alınmıştır

*Bu Soruların Eksik Doğru ve Zararlı Yanlış Şeklinde Değerlendirmesi Yapılmamıştır.

Tablo 4. İncelenenlerin İlk Yardım Bilgi Düzeyi Puanları

Bilgi Puanı	Sayı	%
0-20 (Çok Zayıf)	877	75.5
21-40 (Zayıf)	243	20.9
41-60 (Orta)	38	3.3
61-80 (İyi)	3	0.3
Toplam	1161	100.0

Yüzdeler Kolon Yüzdesidir.

81 ve üzeri puan alan olmadığından bu satır tablodan çıkarılmıştır.

Tablo 5. İncelenenlerin Sınıflara ve Cinsiyetlerine Göre İlk Yardım Bilgi Puanları Ortalamalarına Göre Dağılımı

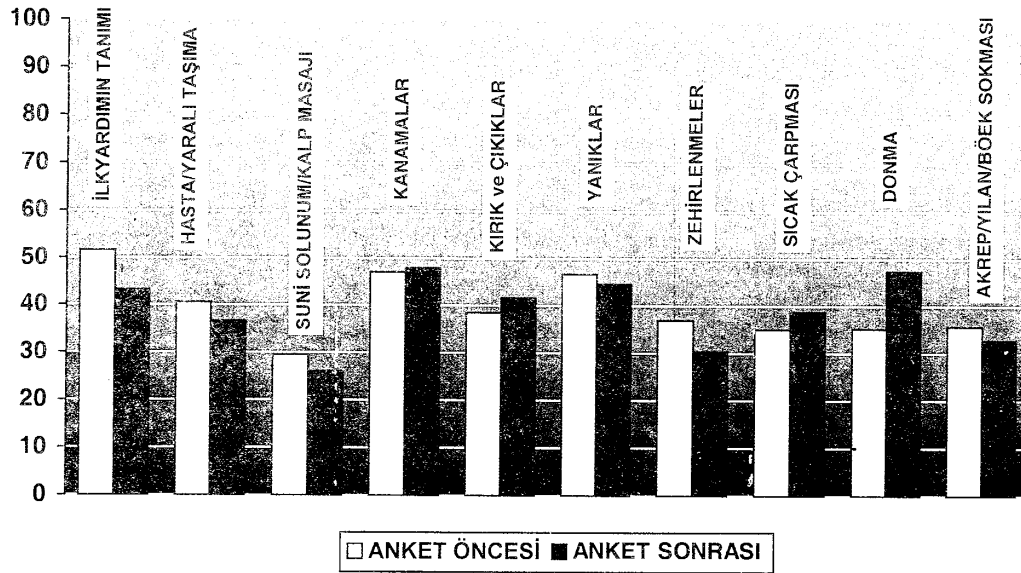
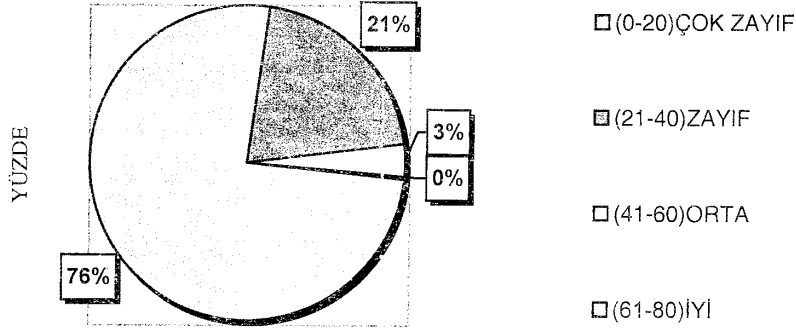
Sınıflar	Ortanca(Min-Max)	Ortalama ± SD
6. Sınıf	16.0(4.0-50.0)	15.9 ± 9.7
7. Sınıf	16.0(4.0-64.0)	17.6 ± 10.4
8. Sınıf	16.0(4.0-68.0)	18.9 ± 11.1
		F=7.761 P*=0.0001
Cinsiyet		
Erkek	16.0(4.0-64.0)	17.1 ± 10.4
Kız	16.0(4.0-68.0)	17.6 ± 10.4
		T=-0.7 P**=0.480

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

* Varyans Analizi

** Student-T Testi

Şekil 1. İncelenenlerin İlk Yardım Bilgi Düzeyi Puanları



Şekil 2. İncelenenlerin İlk Yardım Konularıyla İlgili Olarak Anket Uygulaması Öncesi ve Sonrası Kendini Yeterli Bulanların Dağılımı

“TEŞEKKÜR”

Kasım – Aralık 2000’de Halk Sağlığı Stajı Yapan İntern Doktorlara Teşekkür Ederiz.

ISPARTA İL MERKEZİNDEKİ ECZACILAR VE ECZACI KALFALARININ İLKYARDIMLA İLGİLİ BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Mustafa Öztürk*, A.Nesimi Kişioğlu*, Malik Doğan** Sema Kırbıyık**

* Yrd.Doç.Dr., SDÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD- ISPARTA

** Arş.Gör.Dr., SDÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD- ISPARTA

ÖZET

Isparta il merkezindeki eczacıların ve eczacı kalfalarının ilkyardım bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla toplam 50 eczane araştırma kapsamına alınarak bu amaçla hazırlanmış bir anket uygulandı. Araştırma grubumuz 50 eczacı, 52 kalfa olmak üzere toplam 102 kişiden oluşmuştur. Eczacıların yaş ortalaması 40.02±11.93, kalfaların yaş ortalaması 29.02± 1.28 idi (p<0.001). Araştırma grubunun %49'unu eczacılar, 51'ini kalfalardan oluştuğu, hem eczacıların hem de kalfaların çoğunluğunun meslekte 1-10 yıldır çalıştığı, yine hem eczacıların hem de kalfaların çoğunluğunun 25-34 yaş grubunda olduğu ve kalfaların çoğunluğunun (%33.3) lise mezunu olduğu saptanmıştır. İkyardımın amacı eczacıların tamamı, kalfaların ise %84.6'sı doğru cevaplamıştı (p<0.05). İkyarımda yapılması gerekenlerin sırasını eczacıların %54'ü, kalfaların ise %28.8'i doğru cevaplamıştır (p<0.05). Kalp ve solunum durmasının belirtilerini, nabız kontrolünün nereden yapılacağını, kalp masajının uygulama alanı ve nasıl uygulanacağı eczacılarda daha yüksek olmakla birlikte tüm grupta yarısından fazlası doğru cevap vermiştir (p<0.001). Omurga zedelenmesinde verilmesi gereken pozisyonu eczacıları %74'ü, kalfaların ise %36.5'i doğru cevaplamıştır (p<0.001). Zehirlenmelerde yapılacak uygulamaya eczacıların %50'si, kalfaların ise %30.8'i doğru cevap vermiştir (p<0.05). Baş yaralanmalarında yapılması gereken uygulamayı eczacıların %48'i, kalfaların %21.22'si doğru cevaplamıştır (p<0.001). Bu sonuçlar doğrultusunda eczacılara ve eczacı kalfalarına yönelik ilk yardım konusunda eğitim programlarının düzenlenmesi önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Eczacı, İlk Yardım, Bilgi

GİRİŞ

İkyardım, herhangi hastalık veya kaza sonucu sağlığı tehlikeye girmiş olan bir kişiye, durumun kötüleşmesini önlemek amacı ile ilaçsız olarak yapılan müdahaleye denir. Bu müdahale sıklıkla yaralıya en yakında bulunan bir kişi tarafından yapılır. İkyardım uygulamalarının zamanında yapılması kadar, "usulüne uygun" olarak yapılması da çok önemlidir. Doğru olarak yapılan ilkyardım müdahalesi "hayat kurtarıcı" olabilirken, "usulüne uygun olarak yapılmayan bazı uygulamaların yaşam kaybına veya kalıcı sakatlıklara yol açtığı bilinmektedir (1).

Her insan yaşamının herhangi bir anında trafik kazası, ağaçtan düşme, zehirlenme, boğulma, yanma, vücut kesisi gibi ilkyarıma gereksinim duyacak bir duruma düşebilir. Böyle bir durum içindeki insana ilk olarak ulaşacak kişilerin yapacağı uygulamalar o kişinin yaşamının kurtarılmasını sağlayabilir. Acil tıbbi girişim gerektiren hastalanma veya yaralanma durumlarında yapılacak olan bilinçli ve kaliteli ilkyardım, bir tedavi kurumunda yapılacak tedavinin başarısını artıracak gibi, ölümleri de %20 azalttığı bildirilmektedir (2).

Devlet İstatistik Enstitüsü 1996 yılı verilerine göre, ülkemizde 5 ve üzeri yaşlarda gerçekleşen ölümlerin nedenleri arasında motorlu taşıt kazaları beşinci sırada yer almaktadır (3).

Ülkemizde kazalar ve doğal afetlerin sık görüldüğü ve ilkyardımın etkili yapılamadığı bu konuda önemli eksiklikler görüldüğü bilinmektedir. Bu nedenle sağlık personelinin yanı sıra öğretmenler, öğrenciler, sürücüler, askerler, polisler başta olmak üzere toplumun tüm kesimlerinin eğitiminin yararlı olabileceği söylenebilir (4).

Ülkemizde de ilkyardım konusunda eksiklikler olduğu bu konuda eğitime gereksinim olduğu görülmektedir. Sağlık Bakanlığı konunun önemi nedeniyle Mayıs 2002'de İkyardım Yönetmeliği çıkarmıştır. Bu yönetmelikte, amaç; "fertlerin ve toplumun temel sağlık bilgisinin artırılması, ilkyardım bilgi ve becerisinin toplumun her bireyine öğretilmesi, her kamu, özel kurum ve kuruluşunda personel sayılarına göre ilkyardımcı bulundurulması, bu doğrultuda eğitimci eğitmeni, ilkyardım eğitmeni ve ilkyardım eğitimi düzenleyecek kuruluş ve merkezlerin açılış, işleyiş ve denetimi ile ilgili usul ve esasları düzenlemektir" şeklinde belirtilmiştir (5). Bu araştırma Isparta il merkezindeki eczacıların ve eczacı kalfalarının ilkyardım bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmek amacıyla planlandı.

MATERYAL METOD

Araştırma Şubat 2002 tarihinde Isparta il merkezinde yapıldı. Isparta il merkezindeki eczanelerin içinden ½ örneklem yöntemiyle toplam 50 eczane araştırma kapsamına alındı. Anket Halk Sağlığı stajını yapmakta olan dönem 6 öğrencileri tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile uygulandı. Anket uygulama öncesinde dönem 6 öğrencilerine konu ve anketin uygulanması konusunda eğitim verildi. Anket üç ana bölüm halinde hazırlandı. İlk bölüm tanımlayıcı özelliklerle (yaş, cinsiyet, meslek, eğitim durumu, meslekte çalışma yılı) ilgili sorular yer aldı. İkinci bölümde ilk yardım bilgi düzeylerini saptamaya yönelik sorular yer aldı. İlk yardım konusunda genel bilgiler, kanamalar ve şokta ilkyardım, kalp ve solunum durmasında ilkyardım, zehirlenmelerde ilkyardım, kırıklar, travmalar ve diğer durumlarda (yanık, boğulma, donmalar, güneş çarpması, göze/kulağa/buruna yabancı cisim kaçması, bayılma, diş ağrısı, elektrik/yıldırım çarpması, çocuklarda yüksek ateş/ havaele geçirme) ilkyardım sorulardan oluştu. İkyardım bilgi durumu ile ilgili toplam 46 soru soruldu (tam puan=46). Üçüncü bölümde ise son bir yıl içinde eczanede ilkyardım uygulaması yapma durumu ve bunun ne tür bir olay olduğu ile ilgili bilgiler soruldu. Veriler bilgisayara düzenlendi ve SPSS 9.0 Versiyon ile değerlendirildi.

BULGULAR

Araştırma grubumuz 50 eczacı, 52 kalfa olmak üzere toplam 102 kişiden oluşmuştur. Eczacıların yaş ortalaması 40.02±11.93, kalfaların yaş ortalaması 29.02± 1.28 olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (bağımsız iki grup ortalamaları t testi, p<0.001). Kalfaların büyük çoğunluğu lise mezunu idi (%33.3). Eczacıların meslekte çalışma yılı ortalaması 16.24± 10.53, kalfaların çalışma yılı ortalaması 7.77±8.76 olup araların aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (bağımsız iki grup ortalamaları t testi, p<0.001). Araştırma grubunun tanımlayıcı özellikleri tablo1'de görülmektedir.

Araştırma grubumuzda, eczacıların %90'ını, kalfaların ise %82.7'si hızır acil servisin numarasını doğru olarak cevapladı.

İkyarımda yapılması gereken uygulamaların sırasını eczacıların %54'ü, kalfaların ise %28.8'i doğru cevap verebildi, aralarındaki

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($X^2=6.659, p<0.05$). İlk yardımın amacı eczacıların tamamı, kalfaların ise %84.6'sı doğru cevaplamıştır aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($X^2=8.347, p<0.05$).

Araştırma grubunda kalp ve solunum durması belirtilerini eczacıların %94'ü, kalfaların %61.5'i doğru cevapladı, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($X^2=15.380, p<0.001$). Nabız nereden kontrol edilir, sorusuna eczacıların %94'ü, kalfaların %67.3'ü doğru cevapladı, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($X^2=11.521, p<0.01$). Kalp masajı ve suni solunum birlikte yapıldığında, uygulama oranlarına doğru cevap verme oranı oldukça düşüktür (Tek kurtarıcı için: eczacılar %10, kalfalar %5.8, çift kurtarıcı için: eczacılar %4, kalfalar %5.8). Kalp masajının uygulama alanı eczacıların %82'si kalfaların %65.4'ü doğru cevapladı, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($X^2=8.497, p<0.01$). Araştırma grubunun İlk yardımda genel bilgiler ve kalp, solunum durması ile ilgili bilgi düzeyleri tablo 2' de görülmektedir.

Araştırma grubunda tehlikeli olan kanama çeşidi ile ilgili soruya eczacıların %98'i, kalfaların %67.3'ü doğru cevapladı, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($X^2=16.523, p<0.001$) bulundu. Kanamayı durdurma yöntemlerini eczacıların %96'sı, kalfaların %75'i doğru cevapladı, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($X^2=8.962, p<0.01$) bulundu. Eczacıların %78'i, kalfaların %44.2'si şok belirtilerini doğru cevapladı, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=12.195, p<0.001$). Şok durumundaki bir kazazedeye verilmesi gereken pozisyon eczacıların %56'sı kalfaların %34.6'sı tarafından doğru cevapladı, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($X^2=4.708, p<0.05$) bulundu. Tehlikeli olan kanamanın nasıl tanınacağı konusundaki soruya eczacıların %86'sı kalfaların %63.5'i doğru cevapladı, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($X^2=6.818, p<0.01$) bulundu. Kaza sonucu kopan vücut parçasının naklinin nasıl yapılması gerektiği eczacıların %80'i kalfaların %53.8'i tarafından doğru cevaplandı, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($X^2=10.992, p<0.01$) bulundu.

Araştırma grubunda, zehirlenme şekilleri ile ilgili soruya eczacıların %98'i, kalfaların %55.8'i doğru cevapladı, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($X^2=5.669, p<0.05$) bulundu. Zehirlenmelerde yapılacak uygulamaları eczacıların %50'si, kalfaların %30.8'i doğru cevapladı, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($X^2=3.922, p<0.05$) bulundu. Araştırma grubunun kanamalarda ve zehirlenmelerde ilkyardıma konusunda bilgi düzeyleri tablo 3' de görülmektedir.

Omurga yaralanmalarında verilmesi gereken pozisyon, eczacıların %74'ü, kalfaların %36.5'i tarafından doğru cevaplandı, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($X^2=14.448, p<0.001$) bulundu. Burkulma ve çıkmalarda şişliği önlemek için yapılması gerekenler eczacıların %90'nı, kalfaların %63.5'i tarafından doğru cevaplandı, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($X^2=9.977, p<0.01$) bulundu. Eczacıların %62'si, kalfaları %30.8'i baş yaralanmalarının belirtileri ve bulgularını doğru olarak cevapladı, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($X^2=10.006, p<0.01$) bulundu. Baş yaralanmalarında yapılması gereken uygulama eczacıların %48'i, kalfaların %21.2'si tarafından doğru cevaplandı, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($X^2=8.151, p<0.01$) bulundu. Eczacıların %32'si, kalfaları %13.5'i baş yaralanmalarının dışarıya çıktığı durumlarda yapılması gereken uygulamayı doğru olarak cevapladı, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($X^2=5.016, p<0.05$) bulundu. Sıcak çarpması durumunda yapılması gereken ilkyardım uygulaması eczacıların %92'si, kalfaların %73.1'i tarafından doğru cevaplandı, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($X^2=6.281, p<0.05$) bulundu. Eczacıların %82'si, kalfaların %57.7'si tarafından bayılmalarda yapılması gereken uygulamayı doğru cevaplandı, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($X^2=7.119, p<0.01$) bulundu. Göze yabancı cisim kaçması durumunda yapılacak uygulama eczacıların %78'i, kalfaların %51.9'u tarafından doğru cevaplandı, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($X^2=7.590, p<0.01$) bulundu. Buruna yabancı cisim kaçması durumunda yapılacak uygulama eczacıların %32'si, kalfaların %15.4'ü tarafından doğru cevaplandı, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($X^2=3.911, p<0.05$) bulundu. Araştırma grubunun genel vücut yaralanmaları ve sık görülen bazı durumlar konusunda ilk yardım bilgi durumları tablo 4' de görülmektedir.

Eczacıların bilgi puan ortalamaları kalfalara göre daha yüksek olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Bağımsız iki grup ortalamaları t testi $p<0.001$, sırasıyla 29.52 ± 7.64 , 21.98 ± 7.38). Araştırma grubunun genel bilgi puan ortalaması 25.68 ± 8.38 olarak bulundu. Araştırma sonucunda kalfalarda yaş ve çalışma yılı ile bilgi puan ortalaması arasında bir ilişki bulunamazken, eczacılarda yaş ve çalışma yılı arttıkça bilgi puan ortalamasının düştüğü gözlemlendi.

Son bir yıl içinde ilk yardım ihtiyacı olan bir kişi eczanenize başvurdu mu? sorusuna 14 kişi (%13.7) evet cevabını verdi. Bu olaylardan; 6'sı küçük kesi vb., 5'i yanık, 1'er tane de bayılma, düşme, epilepsi olduğu belirlendi.

TARTIŞMA

Araştırma grubunun %49'unu eczacılar, 51'ini kalfalardan oluştuğu, hem eczacıların hem de kalfaların çoğunluğunun meslekte 1-10 yıldır çalıştığı, yine hem eczacıların hem de kalfaların çoğunluğunun 25-34 yaş grubunda olduğu ve kalfaların çoğunluğunun (%33.3) lise mezunu olduğu saptanmıştır (tablo 1).

Araştırma grubunda Hızır acil servisin numarasını eczacıların %90'nı, kalfaların ise %84.6'sı doğru cevaplamıştır. Bayraktar ve arkadaşlarının taksi şoförlerinde yaptıkları bir çalışmada bu oran %69.8 olarak tespit edilmiştir (4). İlk yardımın amacının yüksek oranda bilinmekte olduğu görülmüştür (tüm grup için %92.2). Benzer şekilde Samsun'da sağlık ocaklarında çalışan hekim dışı personelde yapılmış olan bir çalışmada bu oran %91.8 olarak bulunmuştur (2). İlk yardımda yapılması gerekenlerin sırasını eczacıların %54'ü, kalfaların ise %28.8'i doğru cevaplamıştır. İlk yardımın A-B-C'sinin (Temel Yaşam Desteği) bilinmesi ve kazazedeye buna göre uygulamaların yapılması son derece önemlidir (1).

Kalp ve solunum durmasının belirtilerini, nabız kontrolünün nereden yapılacağını, kalp masajının uygulama alanı ve nasıl uygulanacağı eczacılarda daha yüksek oranda birlikte tüm grupta yarısından fazlası doğru cevap vermiştir (sırasıyla %77.5, %80.4, %73.5, %70.6). Ancak tek ve çift kurtarıcı durumunda suni solunum ve kalp masajı oranını doğru bilenler oldukça az olduğu görülmüştür (tüm grupta sırasıyla %7.8; %4.9). Kalp ve solunum durmuş bir kişiye verilmesi gereken pozisyonu eczacıların %50'si, kalfaların %32.7'si doğru cevaplamıştır. Omurga zedelenmesinde verilmesi gereken pozisyonu eczacıların %74'ü, kalfaların ise %36.5'i doğru cevaplamıştır. Literatürde omurga yaralanmalarında oluşabilecek nörolojik komplikasyonları önlemede dikkatli ve doğru pozisyon vermenin önemi vurgulanmaktadır (6,7).

Kanamalar durdurulmazsa, insan yaşamı bakımından ciddi tehlike oluşturabileceği için son derece önemlidir. Tehlikeli olan kanama çeşidi, kanamayı durdurma yöntemleri, turnikenin uygulama yeri, tehlikeli olan kanamanın tanınması hem eczacılarda hem de kalfalarda yüksek oranda doğru cevaplanmıştır.

Zehirlenmelerde yapılacak uygulamaya eczacıların %50'si, kalfaların ise %30.8'i doğru cevap vermiştir. Literatürde de zehirlenmelerde medikal tedavi öncesi ilkyardım uygulaması olarak su ile dilüsyon önerilmektedir (8). Baş yaralanmalarında yapılması gereken uygulamayı eczacıların %48'i, kalfaların %21.2'si doğru cevaplamıştır. Günümüzde çeşitli endüstri ve trafik kazaları sonucu önemli sayıda kişi hastanelere getirilmektedir. Trafik kazalarında vücudun belirli bazı yerleri yaralanmaya müsaittir ve baş ön cama ve tavana çarpma nedeni ile en çok yaralanan uzuvdur (9). Singapur'da trafik kazası nedeniyle bir yıl içinde ölen 226 kişide %86.7'sinde baş, %67.7'sinde göğüs ve %31.4'ünde karın olmak üzere yaygın yaralanma tespit edilmiştir (10). Seftin ve

arkadaşlarının yaptığı çalışmada ilkyardım bilgi ve becerisinin geliştirilmesinin acil müdahalenin verimliliğini olumlu olarak etkilediğini belirtmişlerdir (11). Değişik çalışmalarda da ilk yardım konusunda eğitimin yararları ortaya konulmuştur (12,13). Araştırmadan elde edilen sonuçlar eczacıların ve eczacı kalfalarının ilk yardım konusundaki bilgilerinin istenen düzeyde olmadığını göstermiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda eczacılara ve eczacı kalfalarına yönelik ilk yardım konusunda eğitim programlarının düzenlenmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Bilir N, Yıldız AN. Temel İlk Yardım Bilgisi (İlkyardım Eğiticisinin El Kitabı). Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Ankara 1998;1-2
2. Dündar C, Sünter T, Coşkun M, Topbaş M, Pekşen Y. Samsun merkez sağlık ocaklarında görev yapan hekim dışı sağlık personelinin ilk yardım konusundaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 1999;16 (2):113-119.
3. TC Başbakanlık DİE Ölüm İstatistikleri 1996. DİE Matbaası,1998. Yayın No:2183.
4. Bayraktar N, Çelik SŞ. Ankara'daki taksi şoförlerinin ilkyardım konusundaki bilgi gereksinimi. Sağlık ve Toplum 2000;10 (2): 55-61.
5. İlk Yardım Yönetmeliği, 22/05/2002 Tarih ve 24762 Sayılı Resmî Gazete.
6. Holzach P, Jacomet J. Special positioning aids in fractures and dislocations of spine. Z Unfallchir Versicherungsmed 1993; Supp 1:11-9.
7. Larcen A, Bollaert PE, Audibert G, Laprevote-Heully MC, Maire B, Varoqui C, Weber M. Polytraumatized patient first aid care, transport and resuscitation. Chirurgie 1990; 116 (8-9):615-22.
8. Temple Ar. Poison prevention education. Pediatrics 1984 Nov;74 (5 Pt 2):964-9.
9. Kuday C. Acil Travma ve Tedavisi. M.E.T yayıncılık& Ticaret, İstanbul 1987: 1.
10. Wong E, Leong MK, Anantharaman V, Raman L, Wee KP, Chao TC. Road traffic accident mortality in Singapore. Emerg Med 2002 Feb; 22 (2): 139-46.
11. Sefrin P, Albert M, Schulz E. Conclusion of the first-aid treatment of emergency patients from a prospective study of lethal outcomes. Anaesthesist 1980 dec;29 (12):667-72.
12. Weston CF, Flugher H, Donnelly MD. Potential impact upon community mortality rates of training citizens in cardiopulmonary resuscitation. J.R. Coll.Physicians.Lond.1994 Sept-Oct, 28 (5):402-6.
13. Perkins GD et al. Basic life support training for health care student. Resuscitation 1999 Jun; 41 (1):19-23

Tablo 1. Araştırma Grubunun Tanımlayıcı Özellikleri

Özellikler		Eczacı		Kalfa		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	Erkek	20	40.0	34	65.4	54	52.9
	Kadın	30	60.0	18	34.6	48	47.1
Yaş	15-24	5	10.0	21	40.4	26	25.5
	25-34	13	26.0	17	32.7	30	29.4
	35-44	12	24.0	11	21.2	23	22.5
	45-54	15	14.7	2	3.8	17	16.6
	55+	5	10.0	1	1.9	6	5.8
Eğitim durumu	İlkokul	-	-	5	9.6	5	4.9
	Ortaokul	-	-	12	23.1	12	11.8
	Lise	-	-	34	63.5	34	32.4
	Üniversite	50	100.0	2	3.8	52	50.0
Meslekte kaçınıcı yılı	1-10	18	36.0	41	78.8	59	57.8
	11-20	12	24.0	7	13.4	19	18.6
	21-30	16	32.0	3	5.7	19	18.6
	31-40	4	8.0	-	-	4	3.9
	41+	-	-	1	1.9	1	1.0
Toplam	50	100.0	52	100.0	102	100.0	

Ki Kare testi, *p<0.05, **p<0.001

Tablo 2. Araştırma Grubunun Genel Bilgiler ve Kalp, Solunum Sistemi Konusunda İlk Yardım Bilgi Durumları

Bilgi	Doğru yanıt verme	
	Eczacı (n=50) Yüzde (%)	Kalfa (n=52) Yüzde (%)
Hızır acil servisin telefon numarası	90.0	82.7
İlkyardımın amacı*	100.0	84.6
Kazazedeye ilk yardım nerede uygulanır	86.0	84.6
İlk yardımda yapılması gereken uygulamaların sırası*	54.0	28.8
Kalp ve solunum durmasının belirtileri***	94.0	61.5
Nabız nereden kontrol edilir**	94.0	67.3
Kalp masajı ve suni solunumun oranı nedir (tek kurtarıcı)	10.0	5.8
Kalp masajı ve suni solunumun oranı nedir (çift kurtarıcı)	4.0	5.8
Kalp masajının uygulama alanı neresidir**	82.0	65.4
Kalp masajı nasıl uygulanır?	84.0	57.7
Kalbi-solunumu durmuş kazazedeye verilmesi gereken pozisyon	50.0	32.7
Kalp masajı ve suni solunuma başlama süresi	44.0	34.6

Ki-kare testi, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001.

Tablo 3. Araştırma Grubunun Kanamalar, Şok Ve Zehirlenmeler Konusunda İlk Yardım Bilgi Durumları

Bilgi	Doğru Yanıt Verme	
	Eczacı (n=50) Yüzde (%)	Kalfa (n=52) Yüzde (%)
Tehlikeli olan kanama çeşidi nedir***	98.0	67.3
Kanamayı durdurma yöntemleri**	96.0	75.0
Turnike yaralanan yerin hangi bölgesine uygulanır	90.0	82.7
Şok belirtileri nelerdir***	78.0	44.2
Şok pozisyonu nasıl olmalıdır*	56.0	34.6
Tehlikeli olan kanama nasıl tanınır**	86.0	63.5
Kaza sonucu kopan vücut parçasının nakli nasıl yapılmalıdır	80.0	53.8
Zehirlenme şekilleri nelerdir*	78.0	55.8
Zehirlenmelerde yapılacak uygulama	50.0	30.8
Asit içenlere yapılacak uygulama nedir*	64.0	25.0
Zehirli mantar ve bitki ile olan zehirlenmelerde yapılacak uygulama nedir	24.0	11.5
Gazyağı-benzin-tiner ile olan zehirlenmede yapılacak uygulama nedir	10.0	5.8
DDT ve naftalin zehirlenmesinde yapılacak uygulama nedir	10.0	5.8
Sobadan (CO) zehirlenme halinde yapılacak uygulama nedir	72.0	63.5
Alkol zehirlenmesinde yapılacak uygulama nedir	24.0	21.2

Ki Kare testi, *p<0.05, ** p<0.01, ***p<0.001

Tablo 4. Araştırma Grubunun Genel Vücut Yaralanmaları Ve Sık Görülen Bazı Durumlar Konusunda İlk Yardım Bilgi Durumları

Bilgi	Doğru Yanıt Verme	
	Eczacı (n=50) Yüzde (%)	Kalfa (n=52) Yüzde (%)
Omurga zedelenmesinde verilmesi gereken pozisyon hangisidir***	74.0	36.5
Burkulma ve çıkıkta şişme nasıl önlenir**	90.0	63.5
Baş yaralanmasının belirti ve bulguları nelerdir**	62.0	30.8
Baş yaralanmasında yapılması gereken uygulama nedir**	48.0	21.2
Bağırsakların dışarıya çıkmasında yapılması gereken uygulama nedir*	32.0	13.5
Göğüs yaralanmasında yapılması gereken uygulama nedir	24.0	23.1
Burkulma ve çıkıkta şişme nasıl önlenir	90.0	63.5
Suda boğulma durumunda yapılması gerekenler nelerdir	42.0	36.5
Sıcak çarpmasında ne yapılır *	92.0	73.1
Güneş yanıklarında ne yapılır	70.0	63.5
Elektrik ve yıldırım çarpmasında ne yapılmalıdır	38.0	42.3
Çocuklardaki yüksek ateş ve havalde ne yapılmalıdır	98.0	94.2
Donmalarda ne yapılmalıdır	80.0	67.3
Bayılmada neler yapılmalıdır**	82.0	57.7
Diş ağrısında ne yapılmalıdır	90.0	78.8
Göze yabancı cisim kaçması halinde yapılacak uygulama nedir**	78.0	51.9
Kulağa yabancı cisim kaçması halinde yapılacak uygulama nedir	30.0	19.2
Buruna yabancı cisim kaçması halinde yapılacak uygulama nedir*	32.0	15.4

Ki Kare testi, *p<0.05, ** p<0.01, ***p<0.001

ANKARA'DAKİ SAĞLIK MESLEK LİSESİ ÖĞRENCİLERİNİN DEPREM EĞİTİMİ ÖNCESİ VE SONRASI BİLGİ DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Ümit CELEN¹

Sarp ÜNER²

1: Araştırma Görevlisi, Ankara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Sağlık Anabilim Dalı

2: Araştırma Görevlisi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Ankara'da, Sağlık Bakanlığı'na bağlı 16 sağlık meslek lisesinde, 1999-2000 Eğitim Öğretim Dönemi'nde öğrenim gören öğrencilere yönelik olarak yürütülen Deprem Eğitimi'ni değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada, 3999 öğrenciden oluşan evrenden, tabakalı ve küme örnekleme yöntemi ile seçilen 311 öğrenciyi, eğitim öncesi ve sonrası deprem bilgi testi uygulanmıştır. Eğitim ile, öğrencilerin deprem bilgi düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı artış sağlanmıştır. Eğitimin yürütüldüğü okulların biri dışında tamamında, bilgi puanı artışı istatistiksel olarak anlamlıdır. Eğitim ile öğrencilerin deprem bilgi düzeylerinde meydana gelen artış miktarı, cinsiyete, sınıf düzeyine ve okulların merkezde veya ilçede bulunmasına göre değişiklik göstermemiştir. Halkımızın deprem konusundaki bilgilerini artırmak için yapılacak halk eğitimlerinin yanı sıra, örgün eğitimde bir deprem dersine yer verilmesi önerilmiştir.

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü halk sağlığı üzerine ani, ciddi ve önceden öngörülemez etkileri olan durumları afet olarak tanımlamaktadır (1). Türkiye'de afet türlerinin hemen hemen tümü ile karşılaşmaktadır. Türkiye, 1966-1990 döneminde, gelişmekte olan ülkeler arasında en fazla afete maruz kalan ilk 10 ve afete bağlı en fazla ölüm görülen ilk 20 ülke arasında yer almaktadır (2). Türkiye'de yaşanan büyük ve hasarlı depremlerinden biri 17 Ağustos 1999 tarihinde meydana gelmiş ve 17.480 kişi ölmüş, yaralı sayısı ise 44.000'e yaklaşmıştır (3).

Sağlık eğitimi, kişiye ve topluma yönelik koruyucu hekimlik uygulamaları arasındadır (4). Toplumun, olası olaylar, zararın en aza indirilmesi için neler yapılması gerektiği ve nedenleri konusunda önceden eğitilmesi ve bilgilendirilmesi, afetlerde can ve mal kaybının en aza indirilmesinde etkili olan uygulamalar arasındadır (5). Afet oluşmadan önce afetten korunma ve hazırlık için afet eğitim programları hazırlanmalı, sağlık personeli ve halkın eğitim çalışmalarına başlanmalıdır (6). Dinar depreminden sonra yapılan bir çalışmada, birinci derece deprem bölgesinde yaşamlarına rağmen kişilerin deprem hakkında bilgilerinin çok yetersiz olduğunu bulmuştur (7). Halkımız, bir afet durumunda nasıl davranılması ve ne tür önlemlerin alınması gerektiği konularında, basın ve başka kamu iletişim araçları ile, bu konuda yetkin kişi ve kuruluşlarca etkin bir biçimde, fakat yalnızca bir afet sırasında ya da sonrasında değil, sürekli olarak eğitilmelidir (8).

Bu çalışma, Ankara'da Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık meslek liselerinde 1999-2000 Eğitim Öğretim Dönemi'nde öğrenim gören öğrencilere yönelik yapılan "Deprem Eğitimi"ni değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM

Araştırmanın evrenini, 1999-2000 Eğitim Öğretim Dönemi'nde Ankara'da Sağlık Bakanlığı'na bağlı, 10'u ilçede olan 16 sağlık meslek lisesinde, 146 sınıfta öğrenim gören 3999 öğrenci oluşturmaktadır. Ankara Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şube Müdürlüğü'nce, öğrencilerin tamamına yönelik deprem eğitimi düzenlenmiştir. Eğitim, bir ders saati içerisinde verilmekte ve "afetlerle ve depremlerle ilgili temel kavramlar, depremin oluş nedenleri, deprem öncesinde, deprem sırasında ve deprem sonrasında yapılması gerekenler" konularını içermektedir. Yapılan eğitimi değerlendirmek amacıyla evreni temsil eden bir örnek grubu seçilerek, bu gruba, eğitim öncesi ve sonrası deprem bilgi testi uygulanmıştır. Deprem bilgi testi, doğru-yanlış olarak yanıtlanan 20 sorudan oluşmaktadır.

Örnek büyüklüğünün belirlenmesinde evreni temsil edecek şekilde, güven aralığı %95 ve kabul edilebilir örneklem hatası %5 olarak seçilebilecek en büyük örnek grubunu alabilmek amacıyla $p=0.50$ kabul edilmiş ve örnek büyüklüğü 385 olarak hesaplanmıştır. Öğrencilerin örneğe seçiminde iki aşamalı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. İlk olarak, sağlık meslek liselerindeki okuyan toplam ve okula özel öğrenci sayıları tespit edilerek, her okuldan örneğe seçilecek öğrenci sayıları tabakalı örnekleme yöntemi ile hesaplanmıştır. Sonra, okullardaki sınıfların sayıları ve her sınıftaki öğrenci sayısı belirlenerek, her okuldan örneğe alınması gereken öğrenci sayısı belirlenmiş, uygulama kolaylığı açısından birim olarak "sınıf" kabul edilmiş ve rasgele seçilen sınıflardaki öğrencilerin tamamı örnekleme dahil edilmiştir. Ön test ve son test uygulamasının birisi veya her ikisi sırasında, devamsız olan öğrenciler bulunması nedeniyle, her iki test de uygulanmış olan 311 öğrenciyi değerlendirmeye alınmıştır.

Araştırmada kullanılan anket formu ve ölçme aracı araştırmacılar tarafından geliştirilmiş ve deneme uygulaması Abidinpaşa SM Lisesi'nin örneğe girmeyen bir sınıfında yapılmıştır. Anket formu ve ön test, gözlem altında uygulama tekniği ile Ocak-Mart 2000 tarihleri arasında okullara gidilerek, eğitim öncesinde eğitimciler tarafından, son test ise okul öğretmenleri tarafından deprem eğitiminden bir hafta sonra uygulanmıştır.

BULGULAR

Deprem eğitimine katılan sağlık meslek lisesi öğrencilerinden ön test ve son test uygulananların %69,1'ini kız öğrenciler ve %39,2'sini 3. sınıf öğrencileri oluşturmaktaydı. Öğrencilerin %40,2'sinin babası ve %63,0'ının annesi ilkököl mezunuydu. Sosyal güvencesi olmayan öğrenciler grubun %17,0'ını ve SSK'lı öğrenciler %35,7'sini oluşturmaktaydı. Öğrencilerin %63,3'ünün öğrenim gördüğü okul, perifer ilçedeydi (Tablo 1).

Öğrencilerin, yirmi sorudan oluşan ve eğitim öncesinde ve sonrasında uygulanan testten aldıkları puanların ortalamaları Tablo 2'de verilmiştir. Öğrenciler, ön testten ortalama 12,10; son testten 14,29 puan almışlardır. Ön test ve son test puanları arasındaki fark (2,19) istatistiksel olarak anlamlıdır. Ön test ve son test puanları arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon gözlemlenmiştir.

Öğrencilerin ön test ve son test puan ortalamaları, eğitimin yürütüldüğü okullara göre ayrı ayrı karşılaştırıldığında, bir okul hariç, okulların tümünde, son test puanlarının ön test puanlarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur. Öğrencilerin son test puanları ile ön test puanları arasındaki farkların ortalamaları, okullara göre değişiklik göstermektedir. Son test puanları ile ön test puanları arasında en düşük farkın bulunduğu okulda ortalama 0,90; en büyük farkın bulunduğu okulda ortalama 4,35 puan artış sağlanmıştır.

Ön test ve son test puanları cinsiyete göre değerlendirildiğinde, kız ve erkek öğrencilerin son test puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($t=1,73$, $p>0,05$). Benzer şekilde, ön test puanları ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($t=1,60$, $p>0,05$). Kız ve erkek öğrencilerin son test ve ön test puanları arasındaki farkların ortalamaları arasında da bir farklılık bulunmamaktadır ($t=0,03$, $p>0,05$) (Tablo 3). Ön test ve son test puanları sınıflara göre değerlendirildiğinde, her iki test puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmektedir ($F=13,22$; $F=6,35$, $p<0,05$). İkinci, üçüncü ve dördüncü sınıfta öğrenim gören öğrencilerin hem son test puanı hem de ön test puanı ortalamaları birbirine yakındır. Ancak, birinci sınıfta öğrenim gören öğrencilerin son test ve ön test puan ortalaması, diğer sınıflardan düşüktür. Son test ve ön test puanları arasındaki farkların ortalamaları arasında istatistiksel olarak bir farklılık bulunmamakla birlikte, en az farkın birinci sınıfta öğrenim gören öğrencilerde olduğu görülmektedir ($F=0,59$, $p>0,05$) (Tablo 3).

Merkezdeki okullarda öğrenim gören öğrencilerin son test puan ortalamaları, ilçedeki okullarda öğrenim gören öğrencilerin ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir ($t=2,40$, $p<0,05$). Benzer şekilde, ön test puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($t=2,08$, $p<0,05$). Ancak, son test ve ön test puanları arasındaki farkların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($t=0,09$, $p>0,05$) (Tablo 3).

TARTIŞMA

Örnek grubunun büyük çoğunluğunu kız öğrenciler oluşturmaktadır (%69,1). Benzer bir dağılım araştırma evreninde de görülmektedir. Ankara'daki sağlık meslek liselerinde tümünde okuyan öğrencilerin %71,9'u kızdır. Türkiye'deki sağlık meslek liselerinde kız öğrenciler bütün öğrencilerin %69,5'ini oluşturmaktadır. Kız öğrencilerin sayısının daha fazla olması, kız öğrencilerin SM liselerini daha fazla tercih etmelerinden, giriş sınavında daha başarılı olmalarından veya ailelerin kız çocukları daha uzun süren yüksek öğretim yerine kısa zamanda meslek sahibi olması düşüncesiyle bu kuruluşlara yönlendirmelerinden kaynaklanıyor olabilir.

VIII.ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Öğrencilerin annelerinin %17.7'si; babalarının %2.6'sı ilkokul mezunu değildirdir. Yapılan çalışmalarda, SM lisesi öğrencilerinin annelerinin %27.2-36.5'i ve babalarının %5.2-18.7'si herhangi bir eğitim kurumu mezunu değildir (9-11). Öğrencilerin anne ve babaların, bir eğitim kurumundan mezun olmama yüzdesi bu çalışmalardan ve Ankara ve Türkiye değerlerinden daha düşüktür (12).

Örnek grubundaki öğrencilerin annelerinin öğrenim durumu ilkokul ve ortaokul mezuniyeti açısından yapılan benzer çalışmalardan ve Ankara yüzdelilerinden daha yüksekken, lise ve yüksek okul düzeyinde daha düşüktür (9-12). Öğrencilerin babalarının ilkokul ve yüksek okul mezuniyet durumları Ankara yüzdelilerine benzerken ortaokul ve lise mezunu olanların yüzdesi Ankara genelinden yüksektir (13). Öğrencilerin %17,0'ının sosyal güvencesi yoktur. Bu yüzde oldukça yüksek bir değerdir. Türkiye genelinin %9,0'ının sosyal güvencesi yoktur (14). Öğrencilerinin yaklaşık üçte biri SSK'lıdır. Ancak bu yüzde, Türkiye genelinden (%56,1) düşüktür (14).

Öğrencilerin 20 sorudan oluşan ve eğitim öncesinde uygulanan testten ortalama 12,10; eğitim sonrasında uygulanan testten 14,29 puan almışlardır. Ön test ve son test puanları arasındaki fark (2,19) istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu bulgu, yapılan eğitimin, öğrencilerin depremle ilgili bilgi düzeyinde bir artış meydana getirdiğini göstermektedir. Eğitimle meydana gelen bilgi puanı artışı çok çarpıcı olmasa da, kısa süreli bir eğitim sonucu meydana gelmesi yönüyle dikkat çekicidir. Eğitim ile meydana gelen bilgi puanı artışı, okullara göre değişiklik göstermekle birlikte, bir okul dışında okulların tümünde istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu durum öğrenciler arasındaki farklardan kaynaklanıyor olabileceği gibi deprem eğitimi veren eğitimcilerden de kaynaklanıyor olabilir.

Ön test ve son test puanları cinsiyete göre değerlendirildiğinde, erkek ve kız öğrencilerin son test puanları ve ön test puanları ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmaması, eğitimden benzer şekilde yararlanmış olduklarını ve deprem konusunun bütün öğrencilerin ilgisini çektiğini düşündürmektedir. Ancak, birinci sınıf öğrencilerinin son test ve ön test puanları ortalamalarının diğer sınıflardan düşük olması, verilen eğitimin, ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencilerinin hazır bulunuşluk düzeylerine daha uygun olduğunu göstermektedir.

Merkezdeki okullarda öğrenim gören öğrencilerin son test ve ön test puan ortalamalarının ilçedeki okullarda öğrenim gören öğrencilerin ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olması, merkezdeki okulların daha fazla tercih edilmesi nedeniyle, daha başarılı öğrencilerin merkezdeki okullara yerleşmiş olmasından kaynaklanıyor olabilir. Ancak, eğitim ile meydana gelen bilgi düzeyi artışı, merkez ve ilçede öğrenim görmeye göre değişiklik göstermemiştir.

Eğitimde temel amaç bireylerin bilgi, beceri, amaç, beklenti ve tutumlarını istedik ve amaçları olarak değiştirmektir (4). Sağlık meslek lisesi öğrencilerine yönelik uygulanan Deprem Eğitimi'nde beceri ve tutum değişikliği hedeflenmemiştir. Ancak bireylerin bilgi düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı şekilde artış sağlanmıştır.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Ankara'da bulunan Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık meslek liselerinde öğrenim gören öğrencilere, Ankara Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şubesi tarafından verilen "Deprem Eğitimi" ile, öğrencilerin deprem bilgisi düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı artış sağlanmıştır. Eğitim ile meydana gelen bilgi puanı artışı, 20 soruluk bir testte ortalama 2.29 puan olmasına rağmen, "bir ders saati" içerisinde verilen bir eğitim ile sağlanmış olması yönüyle dikkat çekicidir. Eğitimin yürütüldüğü okulların biri dışında tamamında, bilgi puanı artışı istatistiksel olarak anlamlıdır.

Eğitim ile öğrencilerin deprem bilgi düzeylerinde meydana gelen artış miktarı, cinsiyete, sınıf düzeyine ve okulların merkezde veya ilçede bulunmasına göre değişiklik göstermemektedir. Ancak, lise birinci sınıf öğrencilerinin hem ön test hem de son test puan ortalamaları, diğer sınıflardan düşüktür. Merkezdeki okullarda öğrenim gören öğrencilerin hem son test hem de ön test puan ortalamaları da, ilçedeki okullarda öğrenim gören öğrencilerin ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir.

Bir çok afet türünün görüldüğü ve deprem riskinin yüksek olduğu ülkemizde, halkımızın özellikle depreme karşı hazırlıklı olmasını sağlamak amacıyla, insanlarımızın tamamını kapsayacak halk eğitimleri düzenlenmeli ve örgün eğitimimizde, bir "deprem" dersine yer verilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Lechat M.F., The Epidemiology of Disasters, Section of Epidemiology & Community Medicine, 1976.
2. Noji E.K., The Public Health Consequences Of Disasters, Oxford University Press, Oxford, Newyork, 1997.
3. T.C. Başbakanlık Kriz Yönetim Merkezi, Depremler 1999, 17 Ağustos ve 12 Kasım Depremlerinden Sonra Bakanlıklar ve Kamu Kuruluşlarının Yapılan Çalışmalar, Ankara, 2000.
4. Güler Ç., Akın L., Sağlık Eğitimi ve İletişim, Halk Sağlığı Temel Bilgiler Kitabı, Ankara, 1997
5. Güler Ç., Çobanoğlu Z., Afetler, Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi No:33, TC Sağlık Bakanlığı, Ankara, 1994.
6. Akdur R., Afetler ve Afetlere Karşı Alınacak Önlemler, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi ANTIP A.Ş. Yayınları, Ankara, 1993.
7. Özşahin A., Afetlerde Sağlık Hizmetleri (Halk Sağlığı Konusu Olarak Depremler), İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, 1998.
8. Kasapoğlu E., Türkiye'de Doğal Afetlerin Neden Olduğu Zararların En Aza İndirgenmesine Yönelik Önlemler, Sorunlar ve Çözüm Önerileri, Sağlık ve Toplum, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Yayın Organı, Yıl: 10, Deprem Özel Sayısı, Ankara, 2000.
9. Tanış T., Sağlık Meslek Lisesi ve Behice Yazgan Kız Lisesi Öğrencilerinin Sağlıkla İlgili Konularda Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Programı, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, 1995.
10. Dursun S. Lise ve Sağlık Meslek Lisesine Devam Eden Öğrencilerin Sosyal ve Ekonomik Durumlarına İlişkin Karşılaştırılmalı Bir Çalışma, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Sağlığı Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 1988.
11. Özkan F., Sağlık Meslek Lisesi Öğrencilerinin Sosyo-ekonomik Durumları ve Bu Okulları Seçmelerinde Rol Oynayan Unsurlara İlişkin Mukayeseli Bir Çalışma, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Yapı ve Sosyal Değişme Bilim Dalı, İstanbul 1991.
12. Ekonomik ve Sosyal Göstergeler, Ankara, T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Ankara, 1998.
13. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998, HÜ Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Ankara 1999.
14. Türkiye'de Çocuk ve Kadınların Durumu Raporu, TC Hükümeti-UNICEF 2001-2005 İşbirliği Programı, Aralık 2000.

Tablo 1; Sağlık Meslek Lisesi Öğrencilerinin Cinsiyet, Yaş, Anne-Baba Öğretim Düzeyleri, Sosyal Güvenlik Durumları ve Okulların Bulunduğu Yere Göre Dağılımları (Ankara, 2000)

	n	%
Cinsiyet		
Erkek	96	30,9
Kız	215	69,1
Sınıf		
1	80	25,7
2	45	14,5
3	122	39,2
4	64	20,6
Baba öğretim düzeyi*		
Okuryazar değil+okuryazar	8	2,6
İlkokul	125	40,2
Ortaokul	79	25,4
Lise	67	21,5
Yüksekokul	29	9,3
Anne öğretim düzeyi		
Okuryazar değil+okuryazar	55	17,7
İlkokul	196	63,0
Ortaokul	32	10,3
Lise	24	7,7
Yüksekokul	4	1,3
Sosyal güvence **		
Yok	53	17,0
SSK	111	35,7
Emekli Sandığı	89	28,6
Bağ-Kur	42	13,5
Özel Sigorta	14	4,5
Okulun bulunduğu yer		
Merkez	114	36,7
İlçe	197	63,3
Toplam	311	100,0

*3 kişi bu soruya cevap vermemiştir

**2 kişi bu soruya cevap vermemiştir

Tablo 2; Sağlık Meslek Lisesi Öğrencilerinin Ön Test ve Son Test Puanları (n=311) (Ankara, 2000)

	Ortanca	Tepe Değeri	Ortalama	Std. S.	Min.	Max.
Son Test	14,0	16	14,29	2,21	7	20
Ön Test	12,0	13	12,10	2,42	4	18
Fark (Son-Ön)	2,0	1	2,19	2,51	-4	10

t=-15,38, p<0,05 r=0,41, p<0,05

Tablo 3; Sağlık Meslek Lisesi Öğrencilerinin Cinsiyete, Sınıflara ve Okulun Bulunduğu Yere Göre Ön Test ve Son Test Puanları (Ankara, 2000)

	n	Son Test		Ön Test		Fark (Son-Ön)	
		Ortalama	Std. S.	Ortalama	Std. S.	Ortalama	Std. S.
Cinsiyet							
Erkek	96	14,61	2,27	12,43	2,48	2,19	2,31
Kız	215	14,15	2,17	11,95	2,39	2,20	2,60
t			1,73		1,60		0,03
Sınıf							
1	80	13,05	2,08	11,14	2,47	1,91	2,51
2	45	14,40	1,74	12,11	2,36	2,29	2,34
3	122	14,84	2,12	12,46	2,27	2,38	2,49
4	64	14,73	2,24	12,61	2,40	2,13	2,69
F			13,22*		6,35*		0,59
Okulun Bulunduğu Yer							
Merkez	114	14,68	2,04	12,47	2,34	2,21	2,38
İlçe	197	14,07	2,27	11,88	2,45	2,18	2,60
t			2,40*		2,08*		0,09

*p<0,05

ANKARA İLİNDE BİR İLÇE MERKEZİNDE 15 YAŞ VE ÜZERİ KADINLARIN SİGARA İÇİMİNİN SAĞLIĞA VE ÜREME SAĞLIĞINA ETKİLERİ KONUSUNDAKİ EĞİTİM İHTİYAÇLARININ SAPTANMASI

Öçil ÖZKAN*, Zeynep BAYKAN**, Remzi AYGÜN***

Öğr.Gör.Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.

*Uzman Dr.

**Prof.Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.

ÖZET

Günümüzde bütün dünyada her yıl 4.5 milyon kadar kişi sigaraya bağlı bir nedenle yaşamını yitirmektedir. İçilen her sigaranın insan sağlığına zararı vardır. Sigara içimi bir çok çeşit kansere, solunum yolu hastalıklarına, kalp damar hastalıklarına, sindirim sistemi hastalıklarına, cilt hastalıklarına, romatizmal hastalıklara, psikiyatrik bozukluklara, endokrin hastalıklara, böbrek hastalıklarına ve erkek üreme sistemi hastalıklarına neden olmaktadır. Sigara, kadınları kadın sağlığı konularında etkilemekte ve risk altına sokmaktadır. Bu araştırmada, Ankara İl'inde bir ilçe merkezinde yaşayan 15 yaş ve üzeri kadınların sigara içiminin sağlığa ve üreme sağlığına etkileri konusundaki eğitim ihtiyaçlarının saptanması amaçlanmıştır. Çalışma Aralık 2001 yılında uygulanmış olan bir araştırmanın ikinci bölümüdür. Araştırmada kadınların sigaranın sağlığa ve kadın üreme sağlığına zararları ile ilgili verilen cümlelere katılma derecesi (tamamen katılıyorum, kısmen katılıyorum, katılmıyorum, fikrim yok) belirlenmiştir. Araştırmada toplam 3438 kadın incelenmiştir. İncelenen kadınların %99.2'si sigaranın sağlığa zararlı olduğuna, %96.9'u sigara içiminin bağımlılık yapacağına, %94.7'si sigaranın öldürücü olduğuna tamamen katılmaktadır. İncelenen kadınların %94.5'i sigaranın akciğer hastalığı yaptığına, %94.4'ü akciğer kanseri yaptığına, %77.5'i diğer başka organlarda kanser yaptığına, %82.6'sı kalp hastalığı yaptığına tamamen katıldığını söylemiştir. Buna karşın kadınların sigaraya bağlı cinse özgü sağlık risklerinin bilme durumlarını %30'lar civarındadır. Kadınların sigaraya bağlı cinse özgü sağlık risklerinin bilme durumlarını etkileyen potansiyel risk faktörleri içinde öğrenim durumu her sağlık riski için önemli bulunmuştur (p<0.01). Emzirme üzerine olumsuz etkiyi bilme durumu için yaş, kısırlığı bilme durumu için yaş, medeni durum birer faktör olarak saptanmıştır (p<0.01). Kadınların sadece %18.2'i sigaranın sağlığına zararları ile ilgili bilgileri sağlık personelinin öğrendikleridir. Burada önemli olan nokta sağlık personelinin bu konuya gerekli önemi vermediğidir.

Anahtar Kelimeler: Sigara, kadın, sağlık riski

GİRİŞ

Sigara, nikotin isimli bağımlılık yapıcı bir maddenin 4000'den fazla zehirli maddeyle bir arada bulunduğu bir türdür (1, 2). Sigara alışkanlığı dünyada oldukça yaygındır. Halen dünyada 1 milyarın üzerinde kişi sigara içmektedir. Araştırmalar sigaraya bağlı nedenlerle olan ölümlerin diğer nedenlerle olan ölümlerden fazla olduğunu ortaya koymakta, sigara içenlerin yaklaşık yarısının sigaraya bağlı bir nedenle ve erken olarak ölmekte olduğunu göstermektedir. Günümüzde bütün dünyada her yıl 4.5 milyon kadar kişi sigaraya bağlı bir nedenle yaşamını yitirmektedir. Ülkemizde sigara içmek yaygın bir alışkanlık ve önemli bir halk sağlığı konusudur. Türkiye Avrupa ülkeleri arasında bütün tüketiminde ikinci sıradadır (3).

Sigaranın insan sağlığına etkisini bilimsel olarak en iyi gösteren çalışma 1950-60 yılları arasında yapılmıştır. Bu çalışma ile sigara içenlerde kalp-damar hastalığı ve akciğer kanserinin daha fazla görüldüğü tüm dünyaya duyurulmuştur (4). İçilen her sigaranın insan sağlığına zararı vardır. Otopside az sayıda sigara içenlerin bile akciğerlerinde bozukluklar saptanmıştır (2). Sigaranın sağlık üzerine olan zararlı etkileri içildiği anda başlar. Sigara dumanı ağız, dil, boğaz, yemek borusu, nefes boruları, akciğer ve mideye doğrudan ulaşır. Dumanın içinde bulunan maddelerde saniyeler içinde kalp, beyin, kan damarları, böbrekler, mesane gibi pek çok organa ulaşır ve zarar verir (2). Sigara içimi bir çok çeşit kansere (akciğer, dudak, yemek borusu, gırtlak, mesane...), solunum yolu hastalıklarına (bronşit, astma, amfizem...), kalp damar hastalıklarına, sindirim sistemi hastalıklarına, cilt hastalıklarına, romatizmal hastalıklara, psikiyatrik bozukluklara, endokrin hastalıklara, böbrek hastalıklarına ve erkek üreme sistemi hastalıklarına neden olmaktadır (5, 6, 7).

Sigara alışkanlığı kanser ölümlerinin en önemli nedeni olup gelişmiş ülkelerde erkeklerde görülen kanserlerin %40-45'i, tüm nüfustaki kanserlerin ise %30'u sigaraya bağlıdır. Akciğer kanseri ölümlerinde bu oran %80-90'a ulaşmaktadır (2, 4, 5). Kalp hastalıkları ve beyin kanaması nedeni ile olan ölümlerin üçte biri sigaraya bağlıdır (2). 50 yaşın altındaki genç içicilerde kalp krizi ölümlerinin %75-80'inden bütün kullanımı sorumludur (8).

Türkiye'de hastalık ve ölümlerle ilgili veriler yetersiz olduğundan, sigara alışkanlığının yol açtığı sağlık sorunları ve ölümler kesin olarak saptanamamaktadır. Ancak sigara ile ilgili hastalıkların Türkiye'nin en çok öldüren hastalıklar listesindeki yeri bu alışkanlığın sıklığı ve sağlık sonuçları ile ilgili ipuçları vermektedir (4). Ülkemizde erişkinleri en çok öldüren hastalıklar sırasıyla koroner kalp hastalığı, kanser ve serebrovasküler hastalıklardır ki bu ölümlerin yaklaşık yarısının nedeni sigaradır (8). Sigara endüstrisi açısından en önemli hedef grup kadınlar ve çocuklardır. ABD'de her yıl milyonlarca dolar, sigara tanıtımı için harcanmaktadır. Güzel kadınların sigara içimi, başarılı kadınların sigara içimi gibi reklamlarla kadınlar sigaraya özendirilmektedir (2, 3).

Kadınlar, erkeklere göre daha az sigara içtiklerinden, kalp-damar hastalıkları ve akciğer kanserleri de daha az görülmektedir. Ancak günümüzde bu durum giderek değişmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün tahminlerine göre 2025'li yıllarda sigaraya bağlı ölümlerin büyük bir kısmını kadınlar oluşturacaktır. İstatistiklerin gösterdiği bu rakamlara rağmen, kadın ve sigara konusuna çok az önem verilmektedir (9). Genç erkekler kadınlardan daha çok sigara tüketmelerine rağmen adölesan kızların bu farkı kapadıkları gözlenmektedir. ABD'de üreme çağındaki kadınların %29'u sigara içmekte ve bunların %19-30'u hamile kaldıkları dönemde de sigaraya devam etmektedir (10, 11).

Sigara, kadınları kadın sağlığı konularında etkilemekte ve risk altına sokmaktadır. Kadın içicilerde serviks kanseri oranı artmaktadır (2, 6, 12). Sigaranın kadınlarda infertilite, erken menapoz, kemik erimesi, pelvik inflamatuvar hastalık, adet düzensizliği gibi etkileri bulunmaktadır (5, 10, 12, 14, 15). Gebelik boyunca sigara içmek spontan düşüklere, erken doğum, erken membran rüptürü, düşük doğum ağırlığı ve ani çocuk ölümlerine neden olmaktadır (5, 6, 10, 11, 13, 14, 16-18). Sigara içenlerde ektopik gebelik riski de artmaktadır (2, 19-22)

Sigara karşıtı etkinliklerin ana amacı risk grubu olan kadınları sigara içme alışkanlığından korumak ve aile içinde bir eğitici olan anneyi sigaranın zararları konusunda bilgilendirmek olmalıdır (2, 3). Sigara ile mücadelede sağlık personelinin ve sağlık kuruluşlarının önemli bir yeri vardır. Bu nedenle kişilerin sigaranın sağlığa zararlı etkileri konusundaki eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi ve ona yönelik eğitim programlarının geliştirilip, uygulanması önem kazanmaktadır.

Bu araştırmada, Ankara İli Gölbaşı İlçe merkezinde yaşayan 15 yaş ve üzeri kadınların sigara içiminin sağlığa ve üreme sağlığına etkileri konusundaki eğitim ihtiyaçlarının saptanması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma Ankara ilinde bir İlçe Merkezinde Aralık 2001 yılında uygulanmış olan araştırmanın ikinci bölümüdür. İlk bölümde kadınların sigara içme durumları değerlendirilmiş, kadınların %23.5'inin halen sigara içtikleri, %3.4'ünün içip bıraktıkları ve %73.1'inin sigara içmedikleri saptanmıştır. Bu bölümde ise kadınların sigara içiminin sağlığa ve üreme sağlığına etkileri konusundaki eğitim ihtiyaçları değerlendirilmiştir. Bu çalışma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Toplam 3438 kadın incelenmiştir.

Araştırmada kadınlara yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak anket uygulanmıştır. Anket formunda kişilerin tanımlayıcı özellikleri sorgulanmış, sigaranın sağlığa ve kadın üreme sağlığına zararları ile ilgili verilen cümlelere katılma derecesi (tamamen katılıyorum, kısmen katılıyorum, katılmıyorum, fikrim yok) belirlenmiştir.

Elde edilen veriler SPSS 7.51 istatistik paket programına yüklenmiş ve analizler yine aynı programda yapılmıştır. İstatistik değerlendirmede incelenen kadınların sigaraya bağlı kadınlara özgü sağlık risklerini bilme durumlarını etkileyen potansiyel risk faktörlerinin değerlendirilmesinde lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Her sağlık problemini bilme durumu bağımlı değişken olarak alınmış ve bağımsız faktörler yaş, medeni durum, öğrenim durumu ve sigara içme durumuyla arasındaki ilişki analiz edilmiştir. Yaş sürekli değişken olarak, medeni durum, öğrenim durumu ve sigara içme durumu kategorize edilmiş olarak incelenmiştir. Evli olanlar, lise ve üzeri öğrenim durumu olanlar ve sigara içenler risk faktörü olarak alınmıştır. Sigara içme "her gün düzenli biçimde en az 1 kez sigara içmek" olarak alınmıştır. Tabloda her bir değişkenin bölümsel korelasyon katsayısını ifade eden değer gösterilmiştir. Modelde anlamlı etkisi olmayan değişkenin korelasyon katsayısı 0'dır. Tabloda <0.01 olarak ifade edilmiştir.

BULGULAR

Araştırmada toplam 3438 kadın incelenmiştir. İncelenen kadınların bazı demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir. İncelenen kadınların %62.1'i 15-24 yaş grubundadır. %70.9'u evli, %46.5'i ilköğretim mezunudur. Kadınların %79.9'u ev hanımıdır. Çalışmada evhanımı, işsiz ve emekli olanlar çalışmıyor olarak, işçi-memur veya serbest meslek sahibi olanlarla öğrenci olanlar çalışıyor olarak alınmıştır. İncelenenlerin %79.9'u çalışmamaktadır.

İncelenen kadınların sigara içme durumlarına göre belirtilen cümlelere katılma durumlarının yüzde dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir. İncelenen kadınların %99.2'si sigaranın sağlığa zararlı olduğuna tamamen katılırken, %0.5'i buna kısmen katılmakta, %0.1'i katılmamakta ve %0.1'i fikri olmadığını söylemektedir. İncelenen kadınların %96.9'u sigara içiminin bağımlılık yapacağına tamamen, %1.6'sı kısmen katıldığını, %0.9'u katılmadığını, %0.7'si ise fikri olmadığını söylemiştir. İncelenen kadınların %94.7'si sigaranın öldürücü olduğuna tamamen katılırken, %3.3'ü kısmen katılmakta, %1.0'ü katılmamakta ve %1.0'ü fikri olmadığını söylemektedir. İncelenen kadınların %6.8'i medyada sigara reklamları yapılmasını doğru bulmakta, %87.4'ü doğru bulmamaktadır. %1.8'i medyada sigara reklamları yapılmasını kısmen doğru bulurken %4.0'ının bu konuda bir fikri yoktur. İncelenen kadınlara sigaraya eşlik eden bazı sağlık riskleri sorulmuş ve bunlara tamamen katılan kadınların dağılımı Tablo 3'de gösterilmiştir.

Kadınların çok büyük bir kısmı sigaranın akciğer ve kalp hastalıklarına neden olduğunu bilirken, sigaraya bağlı seksüel sağlık risklerinden büyük bir kısmının fikri yoktur. İncelenen kadınların sigara içme durumlarına göre sigaraya bağlı bazı sağlık risklerini bilme durumlarının yüzde dağılımı Tablo 4'de gösterilmiştir.

İncelenen kadınların %94.5'i sigaranın akciğer hastalığı yaptığını, %94.4'ü akciğer kanseri yaptığını, %77.5'i diğer başka organlarda kanser yaptığını, %82.6'sı kalp hastalığı yaptığını tamamen katıldığını söylemiştir. İncelenen kadınların sigaraya bağlı kadın.ara özgü sağlık risklerini bilme durumlarını etkileyen potansiyel risk faktörlerinin dağılımı Tablo 5'de gösterilmiştir.

Kadınların sigaraya bağlı cinse özgü sağlık risklerinin bilme durumlarını etkileyen potansiyel risk faktörleri içinde öğrenim durumu her sağlık riski için önemli bulunmuştur (p<0.01). Emzirme üzerine olumsuz etkiyi bilme durumu için yaş, kısırlığı bilme durumu için yaş, medeni durum birer faktör olarak saptanmıştır (p<0.01). Lise ve üzerinde öğrenim durumu olan kadınların sağlık risklerini bilmeleri ortaokul ve altında olanlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde fazladır. Emzirme üzerine olumsuz etkiyi bilme durumu yaşla ters orantılıdır. Yaş küçüldükçe bu riski bilme durumu artmaktadır. Kısırlığı bilme durumu ise yaş arttıkça artmaktadır ve evli olanların bu riski bilme durumları bekar olanlardan daha fazladır. Kadınlara sigaranın sağlığa zararları ile ilgili bilgileri nereden öğrendikleri sorulmuş ve bilgi kaynaklarının dağılımı Tablo 6'da gösterilmiştir. Kadınların %88.5'i sigaranın sağlığa zararları ile ilgili bilgileri radyo, televizyondan öğrendiklerini söylemişlerdir. Sağlık personelinin konu ile ilgili bilgi öğrendiklerini söyleyen kadınlar sadece %18.2'dir.

TARTIŞMA

Sigara birçok hastalığın ve erken ölümün nedenidir ve önemli bir halk sağlığı problemi. Giderek tüm dünyada kadınlar arasında sigara içimi yaygınlaşmakta ve buna bağlı sağlık sorunları artmaktadır. Sigara kadınları, kadın sağlığı konularında da etkilemekte ve risk altına sokmaktadır (9).

Bu çalışmada Ankara ili Gölbaşı İlçe merkezinde yapılan yaşayan 3438 kadın incelenmiş ve çalışmanın ilk bölümünde belirtildiği gibi incelenen kadınların %23.5'inin sigara içtiği saptanmıştır. Kadınların %99.2'si sigaranın sağlığa zararlı olduğuna, %96.9'u sigaranın bağımlılık yapıcı etkisi olduğuna ve %94.7'si sigaranın öldürücü olduğuna tamamen katılmaktadır. Bu oranlar sigara içen kadınlar içinde benzerdir. Kadınlar sigaranın sağlığa zararlı olduğunu, bağımlılık yapıcı etkisi olduğunu ve öldürücü olduğunu bilmelerine rağmen halen sigara içmektedirler. Japonya'da yapılan bir çalışmada da katılımcıların %89'u, Arabistan'da 12 yaş üzerinde bir birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran erkeklerin %97.2'si sigaranın sağlığa zararlı olduğuna katılmaktadır (7, 23). Meksikalı doktorlarda yapılan bir çalışmada da doktorların %80'den fazlası sigarayı bağımlılık yapıcı bir ilaç olarak yorumlamaktadır (24). ABD'de bir hastanede çalışan kadın personelde yapılan bir çalışmada da katılımcıların %94.0'ı sigaranın bağımlılık yapıcı etkisi olduğunu, %94.0'ı sigaranın öldürücü olduğunu söylemiştir (10).

Her yıl sigara tanıtımına milyarlarca dolar harcanmakta ve reklamlarla çocuklarda dahil olmak üzere sigaraya özendirilmektedir (2, 3). Tütün sanayi, alkolden sonra gazete ve dergilere en çok reklam veren sektördür. Özelliklere gençlere ve kadınlara yönelik dergilerde sigara reklamları giderek artmaktadır. Avrupa bölgesindeki 16 ülkede sigara reklamlarının televizyonlarda, radyoda, reklam panolarında ve sinemalarda yapılması yasaklanmıştır. Bununla birlikte 34 ülkede de kanunlarla sigara reklamları yasaklanmıştır (8). Yapılan bu çalışmada kadınların da %87.4'ü medyada sigara reklamı yapılmasını doğru bulmamaktadır. Bu oran sigara içmeyen kadınlarda %87.6, sigara içen kadınlarda %86.0 ve içip bırakmış olan kadınlarda %94.0'dır. Elazığ ilinde Ergüder ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada da kişilere "tütün ve tütün mamüllerinin her ne şekilde olursa olsun

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

reklam ve tanıtımının yapılmasını ve özer,dirici kampanyalar düzenlenmesinin yasaklanması” konusundaki görüşleri sorulduğunda halen sigara içen kadınların %79.2’sinin, sigara içmeyen kadınların %84.1’i bu maddenin olumlu olduğunu söylemişlerdir (8). Bizim çalışmamızda kadınlar bu konuda daha duyarlı olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda kadınların %94.5’i sigaranın akciğer hastalığı yaptığını, %94.4’ü akciğer kanseri yaptığını ve %82.6’sı kalp hastalığı yaptığını tamamen katıldığını söylemiştir. ABD’de yapılan çalışmada da katılımcıların %99’u sigaranın akciğer hastalıkları yaptığını, %99’u akciğer kanseri yaptığını ve %96’sı kalp hastalığı yaptığını bilmektedir. Bu çalışmanın sonuçları bizim çalışmamızdan biraz daha yüksektir. Bunun nedeni olarak bu kişilerin öğrenim düzeylerinin daha yüksek olması ve bir hastanede çalışıyor olmaları düşünülmüştür. Japonya’da ki çalışmada katılımcıların %95’i sigaranın kanser yaptığını söylemiştir ancak bir çok katılımcının sigaranın akciğer kanseri dışındaki riskleri hakkında bilgileri yoktur (7). Morocco’da bir hastanenin Kardiyoloji ve Göğüs Hastalıkları servislerinde takip edilen hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada iki grup hastanın da sigaranın en iyi bilinen sağlık riskleri %88’le solunum ve %71’le kardiyovasküler riskler olmuştur. Bu riskleri sigara içenler ve daha önce içip bırakmış olanların daha çok bildikleri gözlenmiştir (25).

Kadınların çoğu sigaranın akciğer hastalığı, akciğer kanseri ve diğer kanserle kalp hastalığı yapıcı etkilerini bilmektedir. Ancak kadınların pek çoğu sigaranın kadınlara özel sağlık risklerinden habersizdir. Oranlar sekse özel sağlık riskleri için %30’lara düşmektedir. Kadınların sigaraya bağlı cinsel özel sağlık riskleri adet düzensizlikleri, istemsiz düşük, dış gebelik, erken doğum, emzirme üzerine olumsuz etki, kısırlık, erken menapoz ve kemik erimesidir (2, 5, 6, 10-22). Kadınların cinsel özel sağlık risklerini bilme durumlarını etkileyen potansiyel risk faktörleri içinde öğrenim durumu her sağlık riski için önemli bulunmuştur. Bu da eğitimin her konuda önemli olduğu gibi bu konuda da önemini bir kez ortaya koymaktadır.

Emzirme üzerine olumsuz etkiyi bilmede yaş, kısırlığı bilme durumu için yaşla medeni durum etkili bir faktör olarak bulunmuştur. Emzirme üzerine olumsuz etkiyi bilme yaş azaldıkça artarken, kısırlık yapıcı etkisini bilme yaş arttıkça artmaktadır. Roth ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise infertilite yapıcı etkisini bilme yaşta bağımsız olarak bulunmuştur (10).

İncelenen kadınlara sigaranın sağlığa zararları ile bilgileri nereden aldıkları sorulduğunda da %88.5’inin bilgiler radyo, televizyon öğrendikleri görülmüştür. Burada önemli olan bir nokta sağlık personelinin bu konuya gerekli önemi vermediğidir.

SONUÇ

Araştırmada toplam 3438 kadın incelenmiştir. İncelenen kadınların %99.2’si sigaranın sağlığa zararlı olduğuna, %96.9’u sigara içiminin bağımlılık yapacağına, %94.7’si sigaranın öldürücü olduğuna tamamen katılmaktadır. Kadınların %87.4’ü medyada sigara reklamları yapılmasını doğru bulmamaktadır.

Kadınların çok büyük bir kısmı sigaranın akciğer ve kalp hastalıklarına neden olduğunu bilirken, sigaraya bağlı sekse özel sağlık risklerinden büyük bir kısmının fikri yoktur. İncelenen kadınların %94.5’i sigaranın akciğer hastalığı yaptığını, %94.4’ü akciğer kanseri yaptığını, %77.5’i diğer başka organlarda kanser yaptığını, %82.6’sı kalp hastalığı yaptığını tamamen katıldığını söylemiştir.

Kadınların sigaraya bağlı cinsel özgü sağlık risklerinin bilme durumlarını etkileyen potansiyel risk faktörleri içinde öğrenim durumu her sağlık riski için önemli bulunmuştur ($p<0.01$). Emzirme üzerine olumsuz etkiyi bilme durumu için yaş, kısırlığı bilme durumu için yaş, medeni durum birer faktör olarak saptanmıştır ($p<0.01$). Lise ve üzerinde öğrenim durumu olan kadınların sağlık risklerini bilmeleri ortaokul ve altında olanlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde fazladır. Emzirme üzerine olumsuz etkiyi bilme durumu yaşla ters orantılıdır. Yaş küçüldükçe bu riski bilme durumu artmaktadır. Kısırlığı bilme durumu ise yaş arttıkça artmaktadır ve evli olanların bu riski bilme durumları bekar olanlardan daha fazladır.

Kadınların %88.5’i sigaranın sağlığa zararları ile ilgili bilgileri radyo, televizyondan öğrendiklerini söylemişlerdir. Sağlık personelinin konu ile ilgili bilgi öğrendiklerini söyleyen kadınlar sadece %18.2’dir. Burada önemli olan bir nokta sağlık personelinin bu konuya gerekli önemi vermediğidir. Bu konuda sağlık personeli motive edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Sezer E. Sigarasız Bir Türkiye ve Sigarasız Bir Dünya İçin Elele. Turkish Journal of Smoking and Health 1996-1997; Cilt 3, Sayı: 1-2: 1-5.
2. Bilir N. Sigara ve Sağlık Konusunda En Sık Sorulan 50 Soru Ve Cevapları. Turkish Journal of Smoking and Health 1996-1997; Cilt 3, Sayı: 1-2: 11-14.
3. Bilir N, Doğan B, Yıldız N. Tütün mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun’a Uyum Düzeyi, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı. Ankara, 2000.
4. Bilir N, Doğan B, Yıldız N. Sigara İçme Konusundaki Davranışlar ve Tutumlar, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı. Ankara, 1997
5. <http://meds.ktu.edu.tr/~tozlu/cigar2.html>
6. Healthy People 2010 (<http://www.health.gov/healthypeople/Document/HTML/volume2/27Tobacco.htm>)
7. Takano Y, Kohrogi H, Matsumoto M, Suga M, Ando M. Lack of knowledge about smoking-related risks for diseases in the general public in Japan. Nihon Kogyaku Gakkai Zasshi 2001; 39(6): 389-93.
8. Ergüder T (1998): Elazığ İli Merkezinde 18 ve Üzeri Yaş Nüfusta Sigara Bağımlılığı Prevalans Araştırması, Uzmanlık Tezi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü, Elazığ
9. Yüksel A. Kadın ve Sigara. Turkish Journal of Smoking and Health 1996-1997; Cilt 3, Sayı: 1-2: 16.
10. Roth L, Taylor H. Risks of smoking to reproductive health: Assessment of women’s knowledge. Am J Obstet Gynecol 2001; 184(5): 934-39.
11. Goldberg B. Smoking in Pregnancy (http://www.obgyn.net/displayarticle.asp?page=/women/articles/coffe_talk/ct008)
12. Some of Smoking Harmful Effects Reserved Specifically for Women (http://www.obgyn.net/newsrx/womens_health-tobacco_use-20001214-28.asp)
13. Tobacco Use (http://www.health.gov/healthypeople/Document/HTML/ih/uih_bw/uih_4.htm)
14. Stein Z. Smoking and reproductive health. J Am Med Womens Assoc 1996 Jan-Apr; 51(1-2):29-30.
15. Smoking inhibits estrogen, fracture healing, bone formation (http://www.obgyn.net/newsrx/womens_health-tobacco_use-20010315-27.asp)
16. Olsen J. Cigarette smoking in pregnancy and fetal growth. Does the type of tobacco play a role. Int J Epidemiol 1992 Apr; 21(2):279-84.
17. Spinillo A, Capuzzo E, Nicola SE, Colonna L, Edbe TO, Zara C. Factors potentiating the smoking-related risk of fetal growth retardation. Br J Obstet Gynaecol 1994 Nov;101(11):954-8.
18. Smoking During The Last 3 Month: of Pregnancy. MMWR, April 26, 2002/51(ss02);1-26.
19. Coste J, Bouyer J, Job-Spira N. Epidemiology of ectopic pregnancy: incidence and risk factors. Contracept Fertil Sex 1996 Feb;24(2):135-9.
20. Bouyer J, Coste J, Fernandez H, Job-Spira N. Tobacco and ectopic pregnancy Arguments in favor of causal relation. Rev Epidemiol Sante Publique 1998 Mar; 46(2):93-9.

21. Coste J, Job-Spira N, Fernandez H. Increased risk of ectopic pregnancy with maternal cigarette smoking. Am J Public Health 1991 Feb; 81(2):199-201.
22. Saraiya M, Berg CJ, Kendrick JS, Strauss LT, Atrash HK, Ahn YW. Cigarette smoking as a risk factor for ectopic pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1998 Mar; 178(3):493-8.
23. Siddiqui S, Ogbode DO, Al Khalifa I. Smoking in a Saudi community: prevalence, influencing factors, and risk perception. Fam Med 2001 May; 33(5):367-70.
24. Tapia-Conyer R, Cravioto P, de la Rosa B, Galvan F, Garcia-de la Torre G, Kuri P. Cigarette smoking, knowledge and attitudes among Mexican physicians. Salud Publica Mex 1997 Nov-Dec;39(6):507-12.
25. El Biaze M, Bakhatar A, Bartal M, el Meziane A, Alaoui-Yazidi A, Yassine N. Smoking knowledge, attitudes, and behaviors of patients in Morocco. Rev Mal Respir 2000 Jun;17(3):671-7.

Tablo 1: İncelenen 15 yaş ve Üzeri Kadınların Bazı Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Demografik Özellikler	Sayı	%x
Yaş Grubu		
15-24	1105	32.1
25-34	906	26.4
35-44	734	21.3
45-54	731	10.8
55-64	182	5.3
65 ve üzeri	140	4.1
Medeni Durum		
Evli	2437	70.9
Bekar	811	23.6
Dul/boşanmış	190	5.5
Öğrenim Durumu		
Okur yazar değil	336	9.8
Okur yazar	130	3.8
İlkokul mezunu	1597	46.5
Ortaokul mezunu	613	17.8
Lise mezunu	604	17.5
Yüksekokul/üniversite mezunu	158	4.6
Meslek Durumu		
Çalışmıyor	2748	79.9
Çalışıyor	690	20.1
Toplam	3438	100.0

Tablo 2: İncelenen Kadınların Sigara İçme Durumlarına Göre Belirtilen Cümlelere Katılma Durumlarının Yüzde Dağılımı

	Tamamen Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok	N*
Sigara sağlığa zararlıdır					
İçmiyorum	99.4	0.3	0.1	0.2	2513
İçiyor	98.6	0.9	0.5	-	808
İçip Bırakmış	99.1	0.9	-	-	117
Sigara içimi bağımlılık yapar					
İçmiyorum	96.8	1.5	0.9	0.8	2513
İçiyor	97.4	1.6	0.9	0.1	808
İçip Bırakmış	94.9	1.7	3.4	-	117
Sigara öldürücü olabilir					
İçmiyorum	95.2	2.9	0.7	1.2	2513
İçiyor	93.3	4.1	1.7	0.9	808
İçip Bırakmış	92.2	6.0	0.9	0.9	117
Medyada sigara reklamları yapılmasını doğru buluyorum					
İçmiyorum	7.0	1.7	87.6	3.7	2513
İçiyor	7.1	1.9	86.0	5.0	808
İçip Bırakmış	1.7	2.6	94.0	1.7	117

*Soruya cevap veren kişi sayısı belirtilmiştir.

Tablo 3: İncelenen Kadınların Sigaraya Bağlı Belirtilen Sağlık Risklerine Tamamen Katılma Durumları

Sağlık Riskleri	%
Akciğer hastalığı	94.5
Akciğer kanseri	94.4
Kalp hastalığı	82.6
Diğer organ kanserleri	77.5
Emzirme üzerine olumsuz etki	47.1
Kadın üreme organları ile ilgili kanserler	35.7
Adet düzensizliği	33.8
Kemik erimesi	33.0
Erken doğum	31.8
İstemsiz düşüş	31.7
Erken menapoz	31.6
Dış gebelik	24.9
Kısırlık	27.8

VIII.ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Tablo 4: İncelenen Kadınların Sigara İçme Durumlarına Sigaraya Bağlı Bazı Sağlık Risklerini Bilme Durumlarının Yüzde Dağılımı

Sağlık Riskleri	Tamamen Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılmıyorum	Fikim Yok	N*
Akciğer Hastalığı					
İçmiyor	94.9	1.5	0.3	3.3	2511
İçiyor	93.6	2.5	1.2	2.7	808
İçip Bırakmış	92.3	-	0.9	6.8	117
Akciğer Kanseri					
İçmiyor	94.7	1.5	0.2	3.6	2511
İçiyor	93.8	2.1	0.9	3.2	808
İçip Bırakmış	92.3	-	-	7.7	117
Diğer kanserler					
İçmiyor	77.4	6.9	1.3	14.4	2511
İçiyor	78.0	6.4	3.0	12.6	808
İçip Bırakmış	76.1	5.1	0.9	17.9	117
Kalp Hastalığı					
İçmiyor	81.8	4.7	1.0	12.5	2511
İçiyor	84.7	4.1	2.4	8.8	808
İçip Bırakmış	85.5	4.3	1.7	8.5	117

*Soruya cevap veren kişi sayısı belirtilmiştir.

Tablo 5: İncelenen Kadınların Sigaraya Bağlı Kadınlara Özgü Sağlık Risklerini Bilme Durumlarını Etkileyen Potansiyel Risk Faktörlerinin Dağılımı

Sağlık Riskleri	Yaş		Medeni durum		Öğrenim durumu		Sigara içme durumu	
	Korelasyon katsayısı	p	Korelasyon katsayısı	p	Korelasyon katsayısı	p	Korelasyon katsayısı	p
Adet düzensizlikleri	<0.01	0.20	<0.01	0.61	0.04	<0.01	<0.01	0.71
İstemsiz düşük	<0.01	0.84	<0.01	0.51	0.05	<0.01	<0.01	0.67
Dış gebelik	<0.01	0.13	<0.01	0.55	0.06	<0.01	<0.01	0.23
Erken doğum	<0.01	0.77	<0.01	0.99	0.07	<0.01	<0.01	0.30
Emzirme üzerine olumsuz etki	-0.03	0.02	0.02	0.06	0.05	<0.01	<0.01	0.16
Kısırlık	0.33	0.01	-0.03	0.02	0.05	<0.01	<0.01	0.32
Erken menapoz	0.11	0.11	<0.01	0.84	0.05	<0.01	<0.01	0.47
Kemik erimesi	0.19	0.06	<0.01	0.22	0.05	<0.01	<0.01	0.82

Tablo 6: İncelenen Kadınların Sigaranın Sağlığa Zararları İle İlgili Bilgileri Öğrendikleri Kaynakların Dağılımı

Kaynaklar	Sayı	%
Radyo, Televizyon	3031	88.5
Arkadaşlar	926	27.0
Gazete	733	21.4
Sağlık Personeli	622	18.2
Diğer	244	7.0

Yüzdeler bu soruya cevap veren 3425 kadın üzerinden alınmıştır.

İSTANBUL JANDARMA BÖLGE KOMUTANLIĞI VE MAMAK MUHABERE OKULU ASKERLERİ ARASINDA SİGARA İÇME SIKLIĞI VE BUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Dr. Bilal BAKIR*, Dr. Mustafa ÖZER**, Dr. Mahir GÜLEÇ*, Dr. Nazmi TÜMERDEM*, Dr. Selim KILIÇ*, Dr. Metin HASDE*,

* GATA Halk Sağlığı AD, ** TSK Sağlık Komutanlığı

ÖZET

Sigara içme sıklığının ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenebilmesi amacıyla gerçekleştirilen bu kesitsel çalışmaya basit rasgele yöntemle seçilmiş olan 1129 asker dahil edilmiştir. Yüz yüze anket uygulanarak toplanan veriler sonucunda, sigara içme prevalansı %69.6 olarak bulunmuştur. Hem askerin hem de her iki ebeveynin öğrenim düzeyinin ve sosyo-ekonomik düzeyin yüksekliğinin sigara içme sıklığını arttırdığı görülmüştür. Ayrıca, yaşanan coğrafi yerin büyüklüğünün ve arkadaş çevresinin de sigara içme durumu açısından risk faktörleri olduğu tespit edilmiştir. Bu arada, aile tipi, medeni durum ve gelir durumu gibi değişkenlerin sigara içme bakımından anlamlı risk faktörleri olmadığı görülmüştür. Sonuç olarak, sigaraya karşı yapılacak çalışmaların okul çağlarının daha erken dönemlerine indirilmesinin uygun olacağı tespit edilmiştir.

Anahtar kelimeler: sigara, askerlik ortamı

GİRİŞ

Sigara, günümüzün en önemli sağlık sorunlarından birini oluşturmaktadır. Özellikle solunum sistemi ve kardiyovasküler sistem başta olmak üzere, vücudun hemen bütün sistemlerini ve organları etkilediği, hatta intihar girişimlerinde de yerinin olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiş olmasına karşılık, tütün, özellikle de sigara tüketimi her geçen gün yükselmektedir (1,2,3). Sigaraya bağlı ölümler, Amerika Birleşik Devletleri'nde en önemli ölümlenebilir ölüm sebebidir. 1965'te %42.4 olan sigara içme sıklığı 1995'te %24.7'ye düşmüş olmasına rağmen, halen 47 milyon kişinin sigara kullanması nedeniyle büyük bir halk sağlığı problemi olarak

kabul edilmektedir (4). Türkiye’de de 15 yaş üzeri erişkin nüfusta 1945’lerde 1.2 kg olan kişi başına yıllık tütün tüketim miktarının 1983’te giderek artan bir şekilde 3.3 kg’a kadar çıktığı görülmüştür (2).

Yapılanması ve disiplini nedeniyle daha stresli bir ortam olan askerlik sürecinde ise sigara kullanımı ile ilgili olarak yapılmış çok fazla çalışma bulunmamaktadır. ABD’de yapılmış olan bazı çalışmalarda, askeri görevlere bağlı stresin sigaraya başlama konusunda önemli bir etken olduğu yönünde bulgulara rastlanmıştır (5.6). Diğer taraftan, bazı çalışmalarda da, aşırı sigara tüketiminin askerlerin eğitim başarılarını etkilediği de gösterilmiştir (7). Bunun yanı sıra, 1980’de %51 olan ve sivilere göre çok daha yüksek olan sigara içme oranının 1992’de %35’e kadar düştüğü (8), ancak ’92 sonrasında yine %75’lik bir yükseliş gösterdiği bildirilmiştir (9).

Bu çalışma da, İstanbul Jandarma Bölge Komutanlığı ve Ankara Mamak Muhabere Okulu askerleri arasında, sigara içme sıklığının ve bunu etkileyebilecek faktörlerin ortaya konmasına, bu konudaki bilgi birikimine ve böylece sigara ile mücadele stratejilerine katkıda bulunabilmek amacıyla düzenlenmiştir.

GEREÇ - YÖNTEM

Kesitsel olarak planlanmış bu çalışmada, evren olarak İstanbul Jandarma Bölge Komutanlığı Ankara Mamak Muhabere Okulundaki toplam 5000 asker alınmıştır. Bu askerler arasında, Jandarma Bölge Komutanlığından 690 Mamak Muhabere Okulundan 439 olmak üzere, basit rasgele yöntemle seçilen 1129’una yüz yüze anket uygulanarak veriler toplanmıştır. Bağımlı değişken olarak sigara içme durumu, sigaraya başlama yaşı, sigara içme miktarı ve süresi alınmıştır. Bağımsız değişken olarak ise bağlı bulunan birlik, yaş, öğrenim durumu, medeni durum, aile tipi, gelir durumu, yaşanan yerleşim merkezi, anne babanın öğrenim durumu ve meslekleri alınmıştır. Toplanan veriler SPSS 9.0 programına yüklenmiş ve daha sonra X², t-testi ve ANOVA testleri kullanılarak istatistiksel analizleri yapılmıştır.

Genel olarak 20.9±1.4 olarak bulunan yaş ortalaması, Jandarma Bölge Komutanlığı’na bağlı askerlerde 21.3±1.5, Mamak Muhabere Okulu’nda ise 20.4±1.0 olarak gerçekleşmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya katılan askerlerin sosyo-demografik özellikleri ile ilgili veriler **Tablo 1**’de sunulmuştur. Askerler arasında babası okur yazar olmayanların oranı %12.8, annesi okur-yazar olmayanların oranı ise %37.2 idi. İlkokul mezunu olma durumu hem anneler arasında (%43.6) hem de babalar arasında (%59.6) en yüksek oranda idi. Lise ve yüksek okul mezunu olanların oranı ise babalar arasında %7.3, anneler arasında da %3.3 olarak gerçekleşmiştir. Askerlerin %91.5’i annelerinin ev hanımı olduğunu, sadece %0.8’i yöneticilik yaptığını bildirmiştir. Bunun yanı sıra, %38.7’si babasının çiftçi, %29.4’ü esnaf, %26.9’u da işçi-memur statüsünde olduğunu, yöneticilik oranının ise %1.5 olduğunu bildirmiştir.

Ayrıca, askerlere ilk sigarayı, %78.9 oranında arkadaşının ikram ettiği, sadece %1.1’ine anne-babasının ikram ettiği bulunmuştur. Sigara içme sıklığı genel olarak %69.6 olarak bulunmuştur. Yaşanılan yerin büyüklüğü ile sigara içme durumunun orantılı olduğu, köyde sigara içme oranının %64.1, il merkezinde ise %75.3 olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (p=0.006). Aile tipi ile sigara içme sıklığı arasında ise bir ilişki olmadığı saptanmıştır (p=0.858).

Öğrenim durumu göz önünde bulundurulduğunda ise hem askerin, hem babanın hem de annenin öğrenim durumu yükseldikçe, sigara içme oranının da yükseldiği görülmüştür. Okur-yazar olmayan askerler arasında sigara içme oranı %57.6 iken, yüksek okul mezunu askerlerde bu oranın %75.8 olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p=0.013). Bunun yanı sıra, babası okur-yazar olma; an askerlerde sigara içme oranı %66.0, yüksek okul mezunu olanlarda ise %93.7 olmuş ve bu da anlamlı bulunmuştur (p=0.03). Ayrıca, annesi herhangi bir okul bitirememiş askerler arasında sigara içme oranının %67.5 olduğu, lise ve yüksek okul mezunu olanlarda ise bu oranın %89.2 olduğu görülmüş ve bu fark da yine anlamlı bulunmuştur (p=0.019). Öğrenim durumunun sigaraya başlama yaşı ile de ilişkili olduğu, 17-19 yaş arası grupta sigaraya başlayanlar arasında lise ve üzeri öğrenim görmüş kişilerin oranı %29.3 iken, ilk ve orta okul mezunlarının oranı %64.6 olarak gerçekleşmiş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.000).

Askerlerin sigara içme sıklığının, medeni durumu ve gelir durumu ile ilişkili olmadığı saptanmıştır (sırasıyla p=0.053 ve p=0.108). Bu arada, babası üst düzey yöneticilik yapan askerler arasında sigara içme oranının %94.1’lere vardığı, ancak bu oranın, babası esnaf olan askerlerde %75.6, işçi-memur olanlarda %71.7, çiftçi çocuğu askerlerde ise %61.6 gibi oranlarda olduğu görülmüş ve bunun istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır (p=0.000). Sigara içenler ile içmeyenler arasında herhangi bir yaş farkı bulunmadığı (p=0.646) ve aylık ortalama gelirin iki grup arasında belirgin bir farklılık göstermediği bulunmuştur (p=0.130).

Yerleşim yerlerine göre sigara içme miktarına bakıldığında herhangi bir farklılık olmadığı, köyde, ilçede veya il merkezinde yaşayanlarda sigara içme miktarlarının birbirine yakın olduğu bulunmuştur (F=0.145, p=0.933). Ancak, Jandarma Bölge Komutanlığı’nda bulunan askerlerde 1 paketten fazla içme oranı %74.2 iken Mamak Muhabere Okulu’ndakilerde bu oran %25.8 olmuş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur bulunmuştur (p=0.001). Bunun yanı sıra, sigara içme süresinin köy ile il merkezi arasında farklılık gösterdiği, köyde ortalama sigara içme süresi 2.08 yıl iken, il merkezinde 2.28 yıl olduğu görülmüştür (F=2.971, p=0.031). Ancak, birlikler bakımından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür (t=0.231, p=0.340).

Diğer taraftan, askerin öğrenim durumunun, babasının öğrenim durumunun, medeni durumunun, aylık gelirin ve aile tipinin, ne sigara içme süresi ne de sigara içme miktarı ile ilişkili olmadığı bulunmuştur (p>0.05).

TARTIŞMA

Çalışma sonucunda, sigara içme prevalansı %69.6 gibi yüksek bir oranda gerçekleşmiştir. Bu oran, Norveç ordusundaki %50.9 (10), İsrail ordusundaki %47.5 (11), ABD ordusundaki %35.0 (6) ve Suriye ordusundaki %46.1 (12) gibi oranlarla karşılaştırıldığında yüksek kalmaktadır. Bunun yanı sıra, sigaraya başlama nedenleri arasında “sıkıntı” ve stres %38.7 oranla gerçekleşmiştir. Ancak, sigara içmeye askerlik sürecinde başlamış olanların oranının sadece %2.5 oranında gerçekleşmiş olması, askerler tarafından belirtilmiş olan “sıkıntı”nın, askerlik süreci ile ilgili zorluklar değil de daha büyük ekonomik ve sosyal sorunlar olduğunu düşündürmektedir. Bu yönüyle düşünüldüğünde, çalışmanın bulguları, askerlik sürecinin stresine bağlı olarak, sigara başta olmak üzere, madde kullanımının yükseldiği yönündeki bulgularla (5,10) çok fazla uyum göstermemektedir. Ayrıca, askerlerin %50.9 gibi yüksek bir oranının henüz 18 yaşında iken sigaraya başladığı göz önünde bulundurulursa, sigara karşıtı çalışmaların lise ve dengi okullar değil çok daha erken dönemlerde verilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Sigara içme durumunu etkileyebilecek faktörler arasında öğrenim durumunun önemli yer tuttuğu görülmektedir. Hem askerin, hem de ebeveynlerinin ayrı ayrı öğrenim durumlarının sigara içme ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Öğrenim düzeyi

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

yükseldikçe sigara içme sıklığının da arttığı görülmüştür. Bu sonuç, eğitim düzeyi düştükçe sigara içme oranının arttığını gösteren çalışmalarla da uyusmamaktadır (6,11).

Ancak, babası üst düzey yöneticilik yapan askerler arasındaki anlamlı derecede yüksek sigara içme oranı ile birlikte değerlendirildiğinde, sosyo-ekonomik düzeyin artması ve askerin hem ekonomik hem de kültürel anlamda serbestlik düzeyinin artması ile sigara gibi maddelere daha ranat yönelmekte olduğu düşünülmüştür. Nitekim, Çokan ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir araştırma da, sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan kişilerde sigara içme sıklığının da yüksek olduğu yönünde bulgular sunmaktadır (13). Bir diğer faktörün de arkadaş çevresi olduğu görülmektedir. İlk sigarasını arkadaşından alan askerlerin oranı %78.9 oranında gerçekleşmiş ve diğer gruplardan anlamlı derecede farklı olduğu görülmüştür (p=0.000). Bu durum, hem Türkiye’de hem de dünyada daha önce yapılmış bazı çalışmalarla da gösterilmiştir (10,11,13). Ayrıca, son olarak yaşanan yerin büyüklüğünün de sigara içmede önemli bir faktör olduğu ve askerlerin yaşadığı yer büyüdükçe sigara içme prevalansının da arttığı görülmüştür. Bu durum, şehirlerin, hem ekonomik hem de sosyal bakımdan fırsatlar içerdiği kadar yıpratıcı öğeler de içerdiği şeklinde yorumlanmıştır.

Sonuç olarak; bu çalışmada, öğrenim düzeyinin, yaşanan yerin büyüklüğünün, sosyo-ekonomik düzeyin ve arkadaş çevresinin sigara içme açısından risk faktörleri olduğu görülmüştür. Ayrıca, sigaraya karşı verilecek sağlık eğitimi çalışmalarının daha erken dönemlerde verilmesinin uygun olacağı kanaatine varılmıştır. Ancak, bu çalışmanın, risk faktörlerinin daha net olarak ortaya konması ve böylece sigaraya karşı mücadelede daha uygun stratejiler geliştirilebilmesi için başka çalışmalarla desteklenmesi gerektiği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Wyngaarden J.B., Smith L.H., Bennett J.C. Cecil Textbook of Medicine 19. Baskı. Sayfa 295.
2. Ankarada’da çeşitli kurumlarda çalışanların sigara içme durumuna göre kan nikotin seviyeleri ve akciğer fonksiyon testleri. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Enstitüsü (İSGÜM) Yayınları. Ankara,1986 No:2
3. Miller M., Hemenway D., Bell N.S., Yore M.M., Amoroso P.J. Cigarette smoking and suicide: a prospective study of 300.000 male active-duty army soldiers. Am J Epidemiol. 2000 Jun 1; 151 (11): 1060-3.
4. Smith S.S., Fiore M.C. The epidemiology of tobacco use, dependence and cessation in the United States. Prim Care. 1991 Sep; 26(3): 433-61.
5. Bray R.M., Fairbank J.A., Marsden M.E. Stress and substance use among military women and men. Am J Drug Alcohol Abuse. 1999 May; 25(2): 239-56.
6. Kroutil L.A., Bray R.M., Marsden M.E. Cigarette smoking in the U.S. military: findings from the 1992 Worldwide Survey. Prev Med. 1994 Jul; 23(4): 521-8.
7. Blake G.H., Parker J.A.Jr. Success in basic combat training: the role of cigarette smoking. J Occup Med. 1991 Jun; 33(6): 688-90.
8. Hepburn M.J., Johnson J.M., Ward J.A., Longfield J.N. A survey of smoking cessation knowledge, training and practice among U.S. Army general medical officers. Am J Prev Med. 2000 May; 18(4): 300-4.
9. Sanchez R.P., Bray R.M. Cigar and pipe smoking in the U.S. military: prevalence, trends and correlates. Mil Med. 2001 Oct; 166(10): 903-8.
10. Schei E., Sogaard J. The impact of military service on young men’s smoking behaviour. Prev Med. 1994 Mar; 23(2): 242-8.
11. Karl J.D., Laor A. Cigarette smoking and educational level among young Israelis upon release from military service in 1998—a public health challenge. Isr J Med Sci. 1992 Jan; 28(1): 33-7.
12. Maziak W., Mzayek F., Devereaux A.V. The dynamics of cigarette smoking during military service in Syria. Int J Tuberc Lung Dis. 2001 Mar; 5(3): 292-6.
13. Spor Çokan Y., Günay Ö., Akayoğlu A., Saydam M.B., Hanyal Ü., Varol N. Düşük ve yüksek sosyo-ekonomik düzeylerde sigara ve alkol kullanımı. İstanbul Halk Sağlığı Bülteni. 1990; 4(11): 7-13.

Tablo 1: Araştırmaya Katılan Askerlerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Öğrenim durumu	Bağlı bulunulan birlik				Toplam	
	Jandarma Bölge Komutanlığı	Mamak Muhabere Okulu	n	%	n	%
Okur-yazar değil	32	97.0	1	3.0	33	100.0
Okur- yazar	39	81.3	9	18.7	48	100.0
İlkokul mezunu	259	59.3	178	40.7	437	100.0
Ortaokul mezunu	133	58.1	96	41.9	229	100.0
Lise mezunu	197	56.4	152	43.6	349	100.0
Yüksekokul mezunu	30	90.9	3	9.1	33	100.0
Toplam	690	61.1	439	38.9	1129	100.0
Medeni durum	n	%	n	%	n	%
Evli	80	61.6	56	38.4	136	100.0
Bekar	607	58.8	379	41.2	986	100.0
Diğer	3	42.8	4	57.2	7	100.0
Toplam	690	61.1	439	38.9	1129	100.0
Aile tipi	n	%	n	%	n	%
Çekirdek aile	625	61.2	396	38.8	1021	100.0
Büyük aile	65	60.2	43	39.8	108	100.0
Toplam	690	61.1	439	38.9	1129	100.0
Gelir durumu	n	%	n	%	n	%
120 milyon altı	206	59.9	138	40.1	344	100.0
12-424 milyon arası	405	60.5	264	39.5	669	100.0
425 milyon ve üzeri	79	68.1	37	31.9	116	100.0
Toplam	690	61.1	439	38.9	1129	100.0
Yaşanılan yerleşim birimi	n	%	n	%	n	%
Köy	262	61.1	167	38.9	429	100.0
Belde	24	57.1	18	42.9	42	100.0
İlçe	170	55.6	136	44.4	306	100.0
İl merkezi	234	66.5	118	33.5	352	100.0
Toplam	690	61.1	439	38.9	1129	100.0

Tablo 2: Araştırmaya Katılan Askerlerin Sigara ile İlgili Bazı Değişkenlerinin Dağılımı

Sigara içme durumu	Bağlı bulunulan birlik					
	Jandarma Bölge Komutanlığı		Mamak Muhabere Okulu		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
İçiyor	493	62.7	293	37.3	786	100.0
İçmiyor	197	57.4	146	42.6	343	100.0
Toplam	690	61.1	439	38.9	1129	100.0
Kaç yıldır sigara içtiği	n	%	n	%	n	%
1-2 yıl	113	62.1	69	37.9	182	100.0
3-5 yıl	164	59.9	110	40.1	274	100.0
5 yıldan çok	216	65.5	114	34.5	330	100.0
Toplam	493	62.7	293	37.3	786	100.0
Sigaraya başlama yaşı	n	%	n	%	n	%
17 yaş	49	34.8	92	65.2	141	100.0
18 yaş	153	59.1	106	40.9	259	100.0
19 yaş	136	56.3	69	33.7	205	100.0
20-24 yaş arası	152	85.4	26	14.6	178	100.0
25 yaş ve üzeri	3	100.0	0	0.0	3	100.0
Toplam	493	62.7	293	37.3	786	100.0
Günde kaç sigara içtiği	n	%	n	%	n	%
10 ve daha az	144	58.3	103	41.7	247	100.0
11-20 arası	211	59.8	142	40.2	353	100.0
20'den fazla	138	74.2	48	25.8	186	100.0
Toplam	493	62.7	293	37.3	786	100.0
Sigara içme nedeni	n	%	n	%	n	%
Alişkanlık	278	65.4	147	34.6	425	100.0
Sıkıttırdan dolayı	175	77.6	129	42.4	304	100.0
Arkadaşlarına uyum	13	72.2	5	27.8	18	100.0
Diğer	27	69.2	12	30.8	39	100.0
Toplam	493	62.7	293	37.3	786	100.0

ELAZIĞ POLİS OKULU'NDA DÜZENLENEN BIRAK KAZAN KAMPANYASINA KATILAN ÖĞRENCİLERİN BAŞARI DURUMLARI

Yasemin AÇIK, Canan GÜLBAYRAK, S. Erhan DEVECİ, A. Tevfik OZAN

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı -Elazığ

ÖZET

Elazığ Zülfi Açar Polis Okulunda eğitim gören ve sigara içen öğrencilerin ödüllü sigarayı bırakma kampanyasına katılma oranlarını artırmak ve kampanyaya katılan öğrencilerin 1 ay sonraki başarı oranlarını ölçmek amacıyla yapılan bu çalışmada, 343 öğrenciden, sigara içen 217'si araştırmanın evrenini, kampanyaya katılan 98 kişi ise örneklemini oluşturmuştur. Kampanyaya katılıp başarılı olduklarını söyleyen öğrencilerin, şahitlerine sorularak ve solunum havasındaki CO düzeyleri ölçülerek sigara içemedikleri doğrulanmıştır.

Okul öğrencilerinin sigara içme oranı %63.4, kampanyaya katılım oranı %45.1, başarı oranı %14.3'tür. Kampanyaya katılan öğrencilerin ortalama yaşı 25.9 (SD=1.31), günde içtikleri sigara sayısı 15.4 (SD=36.9), sigara içtikleri süre 7.6 (SD=2.65) ve bırakmayı deneme sayısı 2.6 (SD=3.11)'dir. Kampanyada başarılı olanların %14.3'ü kampanya öncesi dönemde günde 5-9 adet, %50.0'si 10-19 adet ve %35.7'si 20+ adet sigara içmekteydi (p=0.381). Kampanya öncesi dönemde sigara içme süresine göre kampanya dönemindeki başarı oranı: 1-4 yıl sigara içenlerde %26.3, 5-9 yıl içenlerde %6.7 ve 10+ yıl içenlerde %17.6'dır (p=0.09). Kampanya öncesi dönemde sigarayı bırakmayı hiç denemeyenlerin kampanyadaki başarı oranı %0 iken, 1-4 kez deneyenlerin %18.9, 5+ kez deneyenlerin %21.1'dir (p=0.05).

Sonuç olarak; Elazığ Polis Okulu öğrencilerinde kampanyaya katılım oranları yüksek, sigara bırakma oranları ise düşüktür. Bırak Kazan kampanyalarının, sigara ile mücadeledeki önemi göz önüne alınarak katılımcılara kampanya süresince verilecek desteğin artırılması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Polis Okulu, Sigara, Bırak Kazan kampanyası

GİRİŞ

Sigara alışkanlığı, günümüzde dünya nüfusunu tehdit eden en önemli "önlenebilir ölüm" nedenlerinden biridir. Dünyada her yıl sigara ve tütün alışkanlığı nedeniyle 3 milyon kişi yaşamını yitirmektedir. Ülkemizde ise, bir yılda sigara ve tütün alışkanlığı nedeniyle yaşamını yitirenlerin sayısı 350'dir. Bu sayının önmümüzdeki yıllarda 100 binin üzerine çıkması beklenmektedir (1,2).

Sigara başta akciğer kanseri olmak üzere, ağız, dudak, dil, soluk borusu, tükrük bezleri, ağız tabanı, nazofarinks, hipofarinks, yemek borusu, mesane, böbrek, pankreas, mide, serviks kanserleri ve lösemi ile ilişkilidir (3). Bunun yanı sıra sigara, solunum, kardiyovasküler ve gastrointestinal sistemler ile ilgili hastalıkların oluşmasından ve bu hastalıklara bağlı ölümlerden, gebelik döneminde ise bebeğin fiziksel ve mental gelişmesinin engellenmesinden de sorumludur (4). Ayrıca satış yerleri ile ilgili bir sınırlandırmanın olmaması ve içerdiği nikotin nedeniyle sigara, dünyadaki en yaygın ve en kolay ulaşılabilen bağımlılık yapıcı maddedir. Sigara bağımlılık yapıcı bir madde olarak, 1979 yılında "tütün yoksunluğu" adıyla ruhsal hastalıklar ile ilgili bir tasnife yer almıştır (5, 6).

Sigara ile mücadelede bırak-kazan kampanyalarının önemi büyüktür. Bırak-Kazan kampanyalarının ilki, 1969 yılında Amerika'nın Iowa eyaletinde düzenlenmiş ve katılımcıların %11'inin başarısıyla sonuçlanmıştır (7). 1988'de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 31 Mayıs'ı "Dünya Sigaraya Hayır Günü" olarak ilan etmiştir (8). İlk uluslararası Bırak-Kazan kampanyası, 1994 yılında 13 ülkenin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Bu kampanya DSÖ'nün Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarla Mücadele (CINDI) programı

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

çerçevesinde düzenlenmiştir (9). Uluslararası Bırak-Kazan kampanyaları 2 yılda bir yapılmaktadır. 1996-1998 ve 2002 yılı bırak kazan kampanyalarına ülkemizde katılmıştır.

Bırak-Kazan kampanyalarının doğrudan ve dolaylı olmak üzere iki hedefi vardır. Bir bırakma günü belirleyerek, bırakma düşüncesini harekete geçirmek kampanyanın doğrudan hedefidir. Ödül kazanma fikrinin, bırakma girişimini, bırakma teşebbüsüne dönüştürmesi, ödül beklentisinin bırakmanın zorluklarını aşma konusunda destek sağlaması, bir çok insanın aynı anda sigaradan uzak kalmasıyla sosyal desteğin en üst düzeye çıkması, kitlesel bir olay olduğu için kampanyanın medyada önemli bir yer işgal etmesiyle, konunun kitlelerin gündemine girmesi ve sigara-sağlık konusundaki genel bilinçlenmeye katkı sağlaması ise kampanyanın dolaylı hedefleri arasındadır (10).

Bu çalışma Elazığ Zülfü Ağar Polis Okulunda eğitim gören ve sigara içen öğrencilerin okul idaresi tarafından düzenlenen ödüllü bırakma kampanyasına katılma oranlarını artırmak ve kampanyaya katılan öğrencilerin 1 ay sonraki başarı oranlarını ölçmek amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM

Elazığ Zülfü Ağar Polis Okulunda eğitim gören ve sigara içen öğrencilerin okul idaresi tarafından düzenlenen ödüllü bırakma kampanyasına katılma oranlarını artırmak ve kampanyaya katılan öğrencilerin 1 ay sonraki başarı oranlarını ölçmek amacıyla yapılan bu çalışmada, okulda öğrenim gören 343 öğrenciye sigaranın zararları konusunda bir konferans verilmiş ve sigarayı bırakma kampanyası anlatılmıştır. Elazığ Zülfü Ağar Polis Okulu'nda öğrenim gören 343 öğrenciden sigara içen 217'si araştırma kapsamına alınmıştır. Bu öğrencilerden 98'i, okul idaresince düzenlenen ödüllü sigarayı bırakma kampanyasına katılmıştır. Sigara içen öğrencilerin kampanyaya katılım oranları %45.1 olmuştur. Kampanyada 2-29 Mayıs tarihleri arasında sigaranın bırakılması öngörülmüştür. Veriler anket yöntemiyle toplanmıştır. Çoktan seçmeli ve boşluk doldurma şeklindeki sorulardan oluşan anket formu, belirlenen günde araştırmacılar tarafından okula götürülmüştür. Formlar, öğrenciler tarafından doldurulduktan sonra toplanmıştır. Kampanyaya katılıp 30 Mayıs 2001 tarihinde, sigarayı bırakmakta başarılı olduğunu söyleyen öğrencilerin, katılım formuna yazmış oldukları şahitleri ile okulda birlikte oldukları personele sorularak ve solunum havasındaki CO düzeyleri ölçülerek sigara içmedikleri doğrulanmıştır. Sigarayı bırakmakta başarılı olanların hepsine okul idaresince ödül verilmiştir. Elde edilen veriler, bilgisayarda SPSS programına kaydedilmiştir, hata kontrolleri, tablolar ve istatistiksel analizler bu program aracılığı ile yapılmıştır. İstatistiksel analiz yöntemi olarak X^2 ve t testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Tümü erkek olan öğrencilerin, yaş ortalaması 25.9'dur. (Min 24, Max 29)(SD=1.31). Öğrencilerin %41.8'i (41 kişi) normal lise mezunu, %52.0 (51 kişi) meslek lisesi mezunudur.

Öğrencilerin %63.4'ü (217 kişi) halen sigara içmekte, %36.4'sı (126 kişi) ise içmemektedir. Okul idaresinin düzenlediği ödüllü sigarayı bırakma kampanyasına sigara içen öğrencilerin %45.1 (98 kişi) katılmıştır. Sigara içenler arasında kampanyaya katılanların %40.8'i 24-25 yaşında, %44.9'u 26-27 yaşında ve %14.2'si 28-29 yaşındadır.

Elazığ Zülfü Ağar Polis Okulu'nda sigara içen öğrencilerden bırakma kampanyasına katılanların kampanya öncesi dönemde içtikleri sigara sayısı, sigara içtikleri süre ve bırakma denemelerinin sayısı Tablo 1'de gösterilmiştir. Kampanyaya katılan öğrenciler arasında minimum sigara kullanımı günde 5 tane iken, maksimum sigara kullanımı 30 tanedir. Ortalama içilen sigara sayısı günde 15.4'tür (Sd=36.92). Sigara içilen en az süre 2 yıl iken en uzun süre 12 yıl tespit edilmiştir. Ortalama sigara içim süresi 7.56 (Sd=2,65)'dir.

Bırakma denemesinde bulunanlarda minimum deneme sayısı 0 iken, maksimum deneme sayısı 15'dir. 15 kez bırakma denemesinde bulunan 3 kişi tespit edilmiştir. Ortalama deneme sayısı 7.56 (Sd=3,1083) bulunmuştur. Kampanyaya katılanlar arasındaki başarı oranı %14.3'tür (Tablo 2).

Elazığ Zülfü Ağar Polis Okulu sigara içen öğrencilerden bırakma kampanyasına katılanların kampanya öncesi dönemde içtikleri sigara miktarı ve sigarayı bırakma denemelerinin sayısının dağılımı Tablo 3'te gösterilmiştir. En çok bırakma denemesi günde 10-19 sigara içen grupta, en az bırakma denemesi ise günde 5-9 sigara içen grupta olmuştur. İçilen sigara miktarı ile bırakma denemeleri arasında anlamlı fark bulunamamıştır (p=0.7).

Elazığ Zülfü Ağar Polis Okulu sigara içen öğrencilerden bırakma kampanyasına katılanların kampanya öncesi dönemde içtikleri sigara miktarına göre kampanyadaki başarı oranları kıyaslandığında; günde 5-9 sigara içenlerde % 14.3, 10-19 sigara içenlerde %50.0 ve 20+ sigara içenlerde %5.7 olmuştur ($X^2= 1.928$, Sd=2, p=0.381).

Elazığ Zülfü Ağar Polis Okulu sigara içen öğrencilerden bırakma kampanyasına katılanların kampanya öncesi dönemde sigara içtikleri süreye göre başarı oranlarının dağılımı Tablo 4'te gösterilmiştir. Sigara içme süresi ile kampanyadaki başarı oranı arasında anlamlı fark bulunamamıştır (p=0.09). Kampanyada başarılı olanların ortalama sigara içme yılları 7.5 (Sd=3.4), başarısız olanların ise ortalama sigara içme süreleri ise 7.57 (Sd=2.5) bulunmuştur (p=0.9).

Elazığ Zülfü Ağar Polis Okulu öğrencilerden kampanyaya katılanların kampanya öncesi dönemde sigarayı bırakma denemelerine göre kampanya sonundaki başarı durumları Tablo 5'te gösterilmiştir. En başarılı grup %21.1 ile daha önce 5 veya daha fazla denemesinde bulunanlar olmuştur. En başarısız grup ise daha önce sigara bırakmayı hiç denemeyenler olmuştur (%0). Daha önceki bırakma denemeleri sayısı yüksek olanların kampanyadaki başarı oranları da yüksek bulunmuştur (p=0.05).

TARTIŞMA

Polis Okulu öğrencileri arasında sigara içme oranı %63.4 olarak tespit edilmiştir. PIAR'ın 1988 yılında yaptığı araştırma, Türkiye'de 15 yaş üstü erkeklerin %62.8'inin sigara içtiğini göstermiştir (11). 1989'da Elazığ Fırat Üniversitesi erkek öğrencilerinde sigara içme oranı %44 (12), Sivas Cumhuriyet Üniversitesi erkek öğrencilerinde %42 (13), Eskişehir Anadolu Üniversitesi'nde ise %48 (14), Elazığ'da lise ve dengi okulların erkek öğrencilerinde % 47.6(15), Elazığ'da görev yapan erkek hekimlerinde %54.9, diş hekimlerinde ise %71.2 (16) bulunmuştur. Polis okulu öğrencilerinin sigara içme oranı, üniversite öğrencileri ile Elazığ'daki lise ve dengi okulların erkek öğrencilerinin sigara içme oranlarından daha yüksek ve Türkiye genelindeki erkeklerin sigara içme oranlarına benzer düzeyde bulunmuştur. Bu durumun, Polis Okulu öğrencilerinin yaş ortalamasının, diğer öğrenci gruplarının yaş ortalamasından yüksek olması ve sürekli stresli ortamda çalışmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bırak Kazan 1996 kampanyası katılımcılarının günde içtikleri ortalama sigara miktarı 21.2, ortalama sigara içilen süre 15.5 iken, bizim çalışmamızda günde içilen ortalama sigara miktarı 15.4 ve ortalama sigara içilen süre 7.4 bulunmuştur. Ortalamaların bizde düşük çıkmasının nedeni, bu çalışmanın Bırak Kazan 1996 kampanyasına göre daha genç bir grup için yapılmış olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Bırak Kazan 1996 kampanyasına katılanların kampanya öncesinde sigarayı bırakma denemelerinin oranı %64.4 iken bizim çalışmamızda bu oran %73.5 bulunmuştur.

DOKUZUNCU BÖLÜM:KAZALAR, SİGARA, RUH SAĞLIĞI

Bırak Kazan 1996 Uluslararası Ödüllü Sigarayı bırakma kampanyasına katılım oranı, Türkiye için %0.02. Elazığ için %1.37 olurken, bizim çalışmamızda katılım oranı %45.1 olmuştur. Oranlar arasındaki bu büyük farkın nedenleri; bizim ulaşmaya çalıştığımız grubun eğitim seviyesinin toplum genelinden yüksek olması, düzenlenen konferansla sigaranın zararlarıyla ilgili ayrıntılı bilgi verilmesi, ulaşılmaya çalışılan grubun daha küçük olması nedeniyle kişilere daha kolay ulaşılması,bireysel sorunlara yanıt verilmesi ile ilgili olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca okul idaresinin bu konuda duyarlı olması ve kampanyaya katılan ve başarılı olan herkese ödül verilecek olması da kampanya katılım oranlarının yüksek olmasına yardımcı olmuş olabilir.

Elazığ Zülfi Ağar Polis Okulu'nda okul idaresi tarafından düzenlenen ödüllü sigarayı bırakma kampanyasının 1 ay sonraki başarı oranı %14.3 (14 kişi) olmuştur. Bırak Kazan 1996 Uluslar arası Çekilişli Sigarayı Bırakma Kampanyası'nın Türkiye genelindeki 1 ay sonraki başarı oranı %45 olurken, pilot bölgelerden biri olan Elazığ'da 1 yıl sonraki başarı oranı %33.9 bulunmuştur(10). Bırak Kazan 1996 kampanyasında kampanyaya katılanların yaş ortalamasınının 35.7 olması, bizim çalışmamızdaki öğrencilerin yaş ortalamasınının 25.9 olması başarı oranları arasındaki farkın yaştan kaynaklanabileceğini ve kampanya süresince katılımcılara verilecek desteğin artırılması gerektiğini düşündürmüştür.

Sonuç olarak, Elazığ Zülfi Ağar Polis Okulu okul idaresince düzenlenen ödüllü sigarayı bırakma kampanyasına katılan öğrencilerin kampanyaya katılım oranı yüksek, başarı oranı düşük bulunmuştur. Sigara salgınının önlenmesinde; sigaranın zararları konusunda toplum bilincinin oluşturulmasında Bırak Kazan kampanyalarının önemli bir yeri vardır. Bırak Kazan Kampanyalarının etkili Sigara Mücadele Stratejileri arasında yer aldığı gösterilmiştir.Bırak Kazan ve benzeri kampanyaların düzenlenmesi ve düzenlenen kampanyalara destek sağlanması sağlık kuruluşlarının görevi olmalıdır. Ayrıca kampanyaya katılım oranlarını arttırmak için, ülkelerin kültürel özelliklerini ve yapısal değişikliklerini göz önüne alarak uygulanmasının daha başarılı sonuçlar vereceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- 1- Aşut, Ö., Hekim ve Sigara, TTB Yayını., Ankara,1993.
- 2- Sezer, R. E., "Sigara Alarmı Sürüyor" Sağlık İçin Sigara Alarmı, 1994; 1(2):1.
- 3- Peşken Y. Sigara İçiminin Nedenleri, Epidemiyolojisi, Pasif İçicilik, Tür A.(Ed.), Sigaranın Sağlığa Etkileri ve Bırakma Yöntemleri, Logos Yayıncılık, İstanbul,1995.
- 4- Ortak Basın Bildirisi, Sağlık İçin Sigara Alarmı,1994; 1 (1):19.
- 5- American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorder Ed.3, revised,Washington DC,1979.
- 6 American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorder, DSM -III-R, 3 ed.,rev., Washington DC,1987.
- 7- Terry F. , Pechacek, Harry A Lando, Farylle Nothwehr, Edward Lichtenstein. Quit and Win: a community-wideapproach to smoking cessation Tobacco Control, 1994; 3: 236-241.
- 8- Sağlık İçin Sigara Alarmı,1994 :1:6.
- 9- WHO Regional Office for Europe, Contrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention (CINDI) Programme Protocol and guidelines, Copenhagen: WHO,1996.
- 10- Polat A.(1998). Doktora Tezi.Bırak Kazan 1996 Uluslar arası Çekilişli Sigarayı Bırakma Kampanyası Elazığ İli Pilot Çalışmasının Değerlendirilmesi. F.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Elazığ, 1998.
- 11- PİAR, Sigara Aışkanlığı ve Sigarayla Mücadele Kampanyası Kamuoyu Araştırması, PİAR Araştırma Ltd. Şti., İstanbul,1998.
- 12- Bilgin N. Fırat Üniversitesi Öğrencilerinde Sigara İçme Prevalansı Araştırması.F.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Elazığ,1989.
- 13- Şanlı E. ve ark. Sigara Bırakma Kampanyasının Cumhuriyet Üniversitesi Öğrencileri Üzerine Etkisi, C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 1989;3:3-4.
- 14- Özdamar K. ve ark. Üniversite Öğrencilerinin Sigara Aışkanlığı Üzerine Bir Araştırma, Doğa Sağlık Bilimleri Dergisi,1990;14:669-679.
- 15-Sezer RE, Öztürk ŞZ, Bilgin N, Açık Y. Elazığ'da Lise ve Dengi Okullarda Üçüncü Sınıf Öğrencilerinde Sigara İçme Durumu1989. Fırat Üniversitesi Dergisi (Sağlık Bilimleri), 1990;5(2): 121-133.
- 16-Sezer RE, Öztürk ŞZ, Bilgin N ve ark. Elazığ'da Görev Yapan Hekimlerin ve Diş Hekimlerinin Sigara Konusundaki Davranışları, Tutumları, Doğa- Tr. J. Of Medical Sciences 1990;14: 381-390.

Tablo 1-Elazığ Zülfi Ağar Polis Okulu Sigara İçen Öğrencilerinden Bırakma Kampanyasına Katılanların Kampanya Öncesi Dönemde İttikleri Sigara Sayısı, Sigara İttikler Süre Ve Bırakma Denemelerinin Sayısı

	Sigara içen kişi sayısı	% Oran
Sigara İçme Durumu		
5 - 9 tane sigara içenler	6	6.1
10-19 tane sigara içenler	56	57.1
20 + tane sigara içenler	36	36.7
Toplam	98	100
Sigara İçme Süresi		
1 - 4 yıl arasında içenler	19	19.4
5 - 9 yıl arasında içenler	45	45.9
10 + yıl arasında içenler	34	34.7
Toplam	98	100
Sigara Bırakma Denemesi		
Bırakma denemesi olmayan	26	26.5
1 - 4 kez bırakma denemesi	53	63.2
5 + kez bırakma denemesi	19	10.3
Toplam	98	100

Tablo 2-Elazığ Zülfi Ağar Polis Okulu Sigara İçen Öğrencilerinden Bırakma Kampanyasına Katılanların 1 Ay Sonraki Başarı Durumları

Başarı Durumu	Kişi Sayısı	%
Başarılı	14	14.2
Başarısız	84	85.7
Toplam	98	100

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Tablo 3-Elazığ Zülfi Ağar Polis Okulu Sigara İçen Öğrencilerinden Bırakma Kampanyasına Katılanların Kampanya Öncesi Dönemde İçtikleri Sigara Miktarı Ve Sigarayı Bırakma Denemelerinin Dağılımları

İçilen Sigara Miktarı	Sigarayı Bırakma Denemesi Sayısı						Toplam	
	Hiç denememiş		1-4kez denemiş		5+ kez denemiş		Kişi	%
	Kişi	%	Kişi	%	Kişi	%		
5 - 9 tane içen	1	16.7	3	50.0	2	33.3	6	100
10-19tane içen	16	28.6	28	50.0	12	21.4	56	100
20 + tane içen	9	25.0	22	61.1	5	13.9	36	100
Toplam	26	26.5	53	54.1	19	19.4	98	100

$X^2=2.14$, $Sd=4$, $p=0,7$

Tablo 4- Elazığ Zülfi Ağar Polis Okulu Sigara İçen Öğrencilerinden Bırakma Kampanyasına Katılanların Kampanya Öncesi Dönemde Sigara İçtikleri Süreye Göre Başarı Oranlarının Dağılımı

Sigara İçilen Süre	Başarı Durumu				Toplam	
	Başarılı		Başarısız		Kişi	%
	Kişi	%	Kişi	%		
1 - 4 yıl	5	26.3	14	73.7	19	100
5 - 9 yıl	3	6.7	42	93.3	45	100
10 + yıl	6	17.6	28	82.4	34	100
Toplam	14	14.3	84	85.7	98	100

$X^2=4.69$, $Sd=2$, $p=0,09$

Tablo 5- Elazığ Zülfi Ağar Polis Okulu Sigara İçen Öğrencilerinden Bırakma Kampanyasına Katılanların Kampanyada Öncesi Dönemde Sigarayı Bırakma Denemelerine Göre Kampanyadaki Başarı Durumlarının Dağılımı

Deneme Sayısı	Başarı Durumu				Toplam	
	Başarılı		Başarısız		Kişi	%
	Kişi	%	Kişi	%		
Hiç denememiş	0	0	26	100	26	100
1-4 kez denemiş	10	18.9	43	81.1	53	100
5+ kez denemiş	4	21.1	15	78.9	19	100
Toplam	14	14.3	84	85.7	98	100

$X^2=5.9$, $Sd=2$, $p=0,05$

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE SİGARA İÇME SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Doç Dr Elçin YOLDAŞCAN*, Gülcan USAL**, İnt Dr Bülent Özdemir***, Prof Dr Şinasi Akdemir**

*ÇÜTF Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**ÇÜ Ziraat Fakültesi Tarım Ekonomisi Anabilim Dalı

*** ÇÜ Tıp Fakültesi 6.sınıf

ÖZET

Bu çalışma ile Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde sigara içme sıklığı ve buna etki eden faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Kesitsel bir araştırma olarak planlanan çalışma kapsamına fakültenin 1. ve 6. sınıflarında okuyan öğrenciler alındı. Toplam 301 öğrenci için demografik bilgilerini ve sigara alışkanlıklarını sorgulayan bir anket formu dolduruldu. Sigarayı deneme 1. ve 6. sınıflar için sırasıyla %54.5 ve %73.1 idi. Sigarayı ilk deneme yaşı ortancası 16 idi. Araştırmada 1. sınıftaki öğrencilerden % 7.6'sının , 6. sınıfta %42.9'unun sigara içtiği gözlemlendi. Erkek ve kızlarda sigara içme durumları incelendiğinde; erkeklerde %36.5, kızlarda %10 idi. Annesi sigara içen öğrencilerin %24.4'ü sigara içerken, babası sigara içen öğrencilerin %47.4'i sigara içmekteydi. İstatistiksel analizde anne ve babanın sigara içmeleri ile öğrencinin sigara içmesi arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Buna karşın kardeşlerin sigara içmesinin öğrencinin sigara içmelerinde etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Kardeşleri sigara içen grupta sigara içme % 39.1 olarak bulundu. Sigara içmeye etki eden faktörler değerlendirildiğinde sırasıyla cinsiyet, alkol alma, kardeşlerin sigara içmesi ve daha ileri sınıfta olmanın etkili olduğu saptandı.

GİRİŞ VE AMAÇ

Sigara, tüm dünyada ölüm nedenleri içinde önemli yer işgal etmektedir(1). Sigara içmenin yaşam kalitesine olumsuz etkileri ve bu nedenden kaynaklanan ölümlerin büyük bir kısmının gelişmekte olan ülkelerde olması dikkat çekicidir. Ülkemizde sigara içme alışkanlığının çok yaygın olduğu bilinmektedir. 1988 yılında yapılan ve tüm ülkeyi temsil eden araştırmaya göre toplumumuzda 15 yaş üstü erkeklerin %62.8'i, kadınların %24.3'ü, tüm nüfusun ise %43.6'sı sigara içmektedir (2). Sigara içme özellikle nedenleri açısından önemli bir psikososyal sorundur. Sigaraya başlama yaşı son kırk yıldır düşme eğilimindedir. 1950'li yıllarda çoğunlukla sigara içmeye 18 yaşından sonra başladığı düşünülürken, son yıllarda kabul gören görüş bu alışkanlığın %40 oranında, 15-19 yaşlarında başlamış olduğudur(3). Tüm dünyada ve ülkemizde 15 yaşın üzerindeki nüfusun yaklaşık %45'inin ciddi boyutlarda sigara bağımlısı olduğu varsayımı, sorunun özellikle gençlik açısından ne denli önemli olduğunu gösterir(4). Erişkinlerin çoğunluğunun sigaraya genç yaşlarda başladığı bilinmektedir. Bir çalışmada, 30-39 yaşları arasındaki sigara içicilerinin %71'inin sigaraya 18 yaş veya altında başladığı gösterilmiştir(5). Üniversiteye başlama farklı bir çevre ve yeni arkadaşlar tanıma gibi kişinin yaşamının değiştiği dönemdir. Yaklaşık 17-19 yaşlarında olan bu dönemdeki gençlerin sigaraya başlamasına etki eden faktörleri belirleme ve hangi yaşta olursa olsun bu davranışın kazanılmasını arttıran faktörleri belirleyip önleme çalışmalarının sigarasız bir toplum mücadelesine büyük katkısı olacaktır. Özellikle tıp fakültelerinde okuyan geleceğin hekimlerinin topluma örnek olması

gerekir. Bu nedenlerle, sağlık ordusuna katılacak ve hekim olarak toplum sağlığında etkili olacak tıp fakültesi öğrencileri araştırmaya alındı ve bu öğrencilerde sigara içme sıklığı ve sigara içme davranışına etki eden faktörlerin belirlenmesi amaçlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma ile Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde sigara içme sıklığı ve buna etki eden faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Kesitsel bir araştırma olarak planlanan çalışma kapsamına fakültenin 1. ve 6. sınıflarında okuyan öğrenciler alındı. Araştırmanın yapıldığı haftada okulda ulaşılabilen öğrencilere, araştırmacı tarafından demografik bilgilerini ve sigara alışkanlıklarını sorgulayan bir anket formu dolduruldu. 1. sınıflardan 145, 6. sınıflardan 156 öğrenciye ulaşıldı. Toplam 301 öğrenciye uygulanan bilgi formları SPSSWIN 10.0 istatistik programında analiz edildi. Günce bir tane sigarayı düzenli olarak içenler sigara içiyor kabul edildi. Verilerin değerlendirilmesinde ki-kare, min ve max değerleri, risk faktörlerinin değerlendirilmesinde ise logistik regresyon testleri uygulandı.

BULGULAR

Araştırma grubunun tanımlayıcı özellikleri Tablo 1 de görülmektedir. Buna göre grubun %60.1 (181 kişi)'i erkek, %39.9 (120 kişi)'u kız idi. 1. sınıflarda %55.2(80 kişi), 6. sınıflarda %64.7 (55 kişi) erkek idi. Öğrencilerin yaşları 16-30 arasında değişmektedir. Yaş ortalamaları 21.84 ± 3.09 olarak bulundu. Öğrencilerin babalarının eğitim durumları incelendiğinde en az ilkokul diplomasına sahip olan babalar % 97.0(292 kişi), anneler ise % 90.0(268 kişi) idi. Anne ve/veya babanın ölüm, boşanma gibi nedenlerle ailenin parçalandığı durumlar %9.6(29 kişi) sıklıkta bulundu. Daha önce de okulu bulunduğu şehir olan Adana ili ve ilçelerinde yaşayan %15.9 (48 kişi) öğrenci vardı(Tablo 1).

Babası en az ilkokul mezunu olan toplam 292 (% 96.7), annesi en az ilkokul mezunu olan toplam 268 (%90.0), ailesinde boşanma, ayrı yaşama ve anne ve/veya babanın ölümü gibi nedenlerle parçalanma olan toplam 29(%9.7) öğrenci, ailesi ile aynı evi paylaşan toplam 124(%41.2), ailesi ile problemler yaşadığını söyleyen 135(%44.9) öğrenci vardı. Öğrencilerin sigara içme oranları 1. ve 6. sınıflar için sırasıyla %7.6,%42.9 idi. Sigarayı bırakmış öğrenciler yine aynı sıra ile %6.2 ve %7.7 olarak bulundu. Sigarayı deneme 1. sınıflar için % 57.2 iken 6. sınıflarda %75.0 sıklıkta tespit edildi. Tüm grup için sigarayı deneme yaşı ortancası 16 (min10-max 25) yaş idi. 1. sınıflarda ortanca ilk deneme yaşı 14.0 (min10-max 20), 6 sınıflarda 16 (min10-max 25) olarak bulundu. Sigarayı deneme 1. ve 6. sınıflar için sırasıyla %54.5 ve %73.1 idi(Tablo.1).

Sigarayı ilk deneme yaşı ortancası 16 idi. Sigara içenlerin sınıflarına göre dağılımları incelendiğinde, Öğrencilerin 1. ve 6. sınıflarda sırası ile % 7.6, %42.9 'unun sigara içtiği gözlemlendi. Erkek ve kızlarda sigara içme durumları incelendiğinde; erkeklerde %36.5, kızlarda %10 idi. Anne ve babanın eğitimleri en az ilkokul mezunu olanlar ve olmayanlar olarak sınıflandırıldığında, babası en az ilkokul mezunu olan öğrencilerde sigara içenler % 26.0 iken babası eğitimsiz öğrencilerden sigara içenler % 22.2 olarak saptandı. Yapılan istatistiksel analizde baba eğitimi ile sigara içme arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamadı(p=0.06). Annesi en az ilkokul mezunu olan öğrencilerde sigara içenler %24.4 iken annesi eğitimsiz öğrencilerden sigara içenler % 34.9 olarak saptandı. Yapılan istatistiksel analizde anne eğitimi ile sigara içme arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamadı(p=0.14). Annesi sigara içen öğrencilerde sigara içenler %24.4 iken babası sigara içen öğrencilerde 47.4 olarak bulundu. İstatistiksel analizde gruplar arasında anlamlı fark saptanamadı(sırasıyla p:0.25, p: 0.17). Kardeşleri sigara içmeyen gruptaki öğrencilerde sigara içenler % 18.3 iken kardeşleri sigara içen grupta sigara içme % 39.1 olarak bulundu.İstatistiksel analizde kardeşlerin sigara içmesi ile öğrencilerde sigara içme durumu arasında anlamlı ilişki saptandı(p:0.00).

İlden gelen öğrencilerde sigara içme %25.6 iken ilçe veya köyden gelen öğrencilerde % 26.5 idi. Yapılan istatistiksel analizde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamadı(p=0.86). Anne ve babanın birlikte olduğu ailelere sahip öğrencilerde sigara içme %25.7 iken parçalanmış aileye sahip öğrencilerde sigara içme %27.5 dir. Yapılan istatistiksel analizde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamadı(p=0.82). Arkadaşları sigara içen öğrencilerden %23.5'i sigara içiyor iken, hiçbir arkadaşı sigara içmeyen öğrencilerden % 28.3'ü sigara içmiyordu. Yapılan istatistiksel analizde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamadı(p=0.34)(Tablo.2). Sigara içmeye etki eden faktörler değerlendirildiğinde sırasıyla cinsiyet, alkol alma, kardeşlerin sigara içmesi ve daha ileri sınıfta olmanın etkili olduğu saptandı(Tablo.3).

TARTIŞMA VE SONUÇ

Öğrencilerin babalarının eğitim durumları incelendiğinde en az ilkokul diplomasına sahip olan babalar % 97.0, anneler ise % 90.0 idi. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçları ile karşılaştırıldığında öğrencilerin anne ve babalarının daha eğitilmiş oldukları görülmektedir(6).

Sigarayı deneme 1. ve 6. sınıflar için sırasıyla %54.5 ve %73.1 idi. AMATEM'in 1997 yılında liseli gençler üzerinde yaptığı çalışmada sigarayı deneme oranı %30 olarak bulunmuştur(7). Yaşın artışı ile sigara ile tanışma paralellik gösterdiği herkesçe kabul edilen bir görüştür(8,9,10). Sigarayı ilk deneme yaşı ortancası 16 idi. Tıp fakültesinde okuyan öğrencilerimizin, sigarayı deneyenlerin yarısının 16 yaşından önce sigarayla tanışmış olması gençlerin ne boyutta bir tehdit altında olduğunu göstermektedir. Araştırmada 1. sınıflaki öğrencilerden % 7.6'sının, 6. sınıfta %42.9 'unun sigara içtiği gözlemlendi. Bu sayı daha önce tıp fakültelerinde yapılmış çalışmalarla kıyaslandığında 1. sınıflarda daha düşük, 6. sınıflarda daha yüksek sigara içme bulunmuştur(11). Erkek ve kızlarda sigara içme durumları incelendiğinde; erkeklerde %36.5, kızlarda %10 idi.Yapılan birçok çalışmada da erkeklerin sigara içme oranları, kızlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. (9,12,13,14,15,16).

Annesi sigara içen öğrencilerin %24.4'ü sigara içerken, babası sigara içen öğrencilerin %47.4'i sigara içmekteydi. İstatistiksel analizde anne ve babanın sigara içmeleri ile öğrencinin sigara içmesi arasında anlamlı ilişki saptanamadı. Buna karşın kardeşlerin sigara içmesinin öğrencinin sigara içmelerinde etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Kardeşleri sigara içen grupta sigara içme % 39.1 olarak bulundu.Bu sonuç yapılmış çalışmalarla oldukça benzerdir(11,17).

Alkol alma ile sigara arasında kuvvetli bir ilişki bulundu. Bazı yayınlarda da toplumda sigaradan daha kötü bir alışkanlık olarak kabul edilen alkol alma davranışına sahip bir kişinin sigara içme konusunda daha rahat olabileceği bildirilmektedir(17).

KAYNAKLAR

- 1-Aşut Ö.Hekim ve Sigara. TTB Yayınları,1.Basım Nisan 1993 .
- 2- Sigara alışkanlıkları ve sigara ile mücadele kampanyası kamuoyu araştırması raporu, PİAR, Ocak 1988.
- 3- Coogan FF, Adams M, Geller AC et al. Factors associated with smoking among children and adolescents in Connecticut. Am J Prev Med 1993; 15: 17-24.
- 4) Pekşen Y. Sigara içiminin nedenleri, epidemiyolojisi, pasif içicilik. Tür A (Ed). Sigaranın Sağlığa Etkileri ve Bırakma Yöntemlerinde. Samsun, Logos Yayıncılık; 1995: 1-28.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

- 5) Burt RD, Peterson AV. Smoking cessation among high school seniors. Preventive Medicine 1998; 27: 319-27.
 6- HÜNEE, Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması, Ankara, 1998.
 7- Gençlik Anketi, AMATEM, 1997.
 8- Doğan O. Liseli öğrencilerin sigara içme alışkanlığı ile bazı değişkenler arasında ilişkiler 23. Ulusal Psikiyatri Kongresi 1987
 9- Bilgin N: Üniversite öğrencilerine sigara içme prevalansı araştırması. Yüksek Lisans Tezi, Elazığ 1989.
 10- Sezer E: Ankara'nın ortaokul, lise ve dengi okullarında sigara içme durumu ve sigaraya başlama nedenleri. Doğa Bilim Dergisi Seri C. 8:3,375-384, 1984 Ankara.
 11- Kocabaş A., Burgut R., Bozdemir N., Smoking patern at different medical students in Turkey. Tobacc Control 1994;3(3):228-235.
 12- Okan N, Şyvka S. Resmi ş. ve ark. Lise öğrencilerinde içki ve sigara kullanımı. Uludağ Üniv. Tıp Fak. Dergisi 3:285-289, 1993.
 13- Özdemir T, Saka O, Artınlı M : Akdeniz üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin sigara içme alışkanlıkları ve sigaraya başlama nedenleri ve sigaraya başlama etkilere konusundaki düşünceleri. Akdeniz Ü. Tıp Fak. Dergisi, cilt IX, Say, 1-2, yıl 1992.
 14- Hearn MD, Prokhorov AV, Murraay DM et al : Comparison of smoking prevalence in school students sampled from the united stated of America and Union of soviet Socialist Republics Int. J. Epidemiol 20(2):413-415, 1991.
 15- Zhu BP, Liu M, Shelten D et al: Cigarette smoking and it's risk factor among elementary school students in Beijing. Am. J. Public Health 86:3. 368-75, 1996
 16- Banoşlu R, Kıvanç H.U. Erzurum il merkezinde orta ve yüksek öğrenim gençlerinin sigara alışkanlıkları üzerine bir araştırma. 23 Ulusal Psikiyatri Kongresi özet kitabı 1987
 17- Buğdaycı R., Aytaç N., Saatçi E., Canpolat D. Çukurova Bölgesinde üç beden eğitimi ve spor yüksek okulunda sigara içme sıklığı ve bunu etkileyen faktörler, Sağlık ve Toplum, yıl 11, sayı 4, syf: 81-85, Ekim-Aralık 2001.

Tablo.1. Öğrencilerin Kendisi ve Ailesinin Bazı Tanımlayıcı Özellikleri

ÖZELLİK	1. SINIF (n:145)		6. SINIF (n:156)		P
	Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet					
Kız	80	55.2	101	35.3	
Erkek	65	44.8	55	64.7	
Yaş Ortalaması	18.9 ± 1.04		24.5 ± 1.41		
Babası en az ilkokul mezunu	140	96.6	96.8		0.6
Anne en az ilkokul mezunu	128	88.3	89.7		0.3
Ailesi Yapısı Parçalanmış	13	9.0	10.3		0.2
Ailesi ile aynı evi paylaşan	64	44.1	60	38.5	0.6
Aile problemi olan	54	37.2	62	39.7	0.6
Sigara İçiyor	11	7.6	67	42.9	0.000
Sigarayı Bırakmış	9	6.2	12	7.7	0.6
Sigarayı Denemiş	79	54.5	114	73.1	0.001

Tablo.2. Sigara İçme Durumlarının Etkileyen Faktörlere Dağılımı

DEĞİŞKENLER	SİGARA				P
	İÇMİYOR		İÇİYOR		
	Sayı	%	Sayı	%	
Sınıf					
1. sınıf	134	92.4	11	7.6	0.000
6. sınıf	89	57.1	67	42.9	
Yaş					
20 yaş ve altı	126	92.0	11	8.0	0.000
21 yaş ve üstü	97	97.0	67	40.9	
Cinsiyet					
Erkek	115	63.5	66	36.5	0.000
Kız	108	90.0	12	10.0	
Anne en az ilkokul mezunu					
Evet	195	75.6	63	24.4	0.14
Hayır	28	65.1	15	34.9	
Baba en az ilkokul mezunu					
Evet	216	74.0	76	26.0	0.06
Hayır	7	77.8	15	22.2	
Anne sigara içiyor					
Evet	41	68.3	19	24.4	0.25
Hayır	182	75.5	59	24.5	
Baba sigara içiyor					
Evet	86	38.6	37	47.4	0.17
Hayır	137	61.4	41	52.6	
Kardeş(ler)de sigara içme					
Evet	156	81.7	35	18.3	0.00
Hayır	67	60.9	43	39.1	
Geldiği Yer					
İl	151	74.4	52	25.6	0.86
İlçe-Köy	72	73.5	26	26.5	
Aile Yapısı					
Anne Baba birlikte	202	74.3	70	25.7	0.82
Parçalanmış aile	21	72.4	8	27.6	
Arkadaşlarda Sigara içme					
Evet	114	76.5	35	23.5	0.34
Hayır	109	71.7	43	28.3	

Tablo.3. Sigara içmeyi Etkileyen Faktörler

DEĞİŞKENLER	Odds Ratio	OR için Güven Aralığı	P Değeri
Sınıfın daha ileri olması	1.47	4.59 - 18.31	0.000
Cinsiyetin erkek olması	4.69	2.062 - 6.442	0.000
Alkol alması	2.76	2.35 - 6.96	0.003
Kardeş(ler)inin sigara içmesi	3.11	2.53 - 7.71	0.000

BİR LİSEDE İKİNCİ SINIF ÖĞRENCİLERİNDE SİGARA İÇME SIKLIĞI (ANKARA, 2002)

Hilal ÖZCEBE*, Derya ÇAMUR**, Sezin AKANSOY***, İbrahim AKEL***, Ali Emre ŞİVİK***Murat KARAMAN***, Tolgay İŞKİYAKAR***

*HÜTF Halk Sağlığı AD Doç.Dr., ** HÜTF Halk Sağlığı AD Araştırma Görevlisi,

*** HÜTF İntern Dr.

ÖZET:

Giriş : Sigara epidemisi, özellikle gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere, tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur. Adolesan yaş dönemi de yeni şeylerin denendiği, merak duygusunun çok fazla olduğu bir dönem olması nedeniyle sigarayla tanışmak açısından oldukça risklidir. Ülkemizde adolesan yaş grubunda yapılan araştırmalarda sigara içme sıklığı erkek ve kadın adolesanlarda farklı olmak üzere % 9.5-% 52.4 arasında bulunmuştur. Bu çalışmada Ankara'da bir lisenin ikinci sınıfındaki öğrencilerin sigara içme sıklığının ve sigara içmeye ilişkin yaklaşımlarının öğrenilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem : Ankara'da, Mart-Nisan 2002 tarihlerinde, bir anadolu lisesinin ikinci sınıf öğrencilerine anket uygulanarak kesitsel bir araştırma yapılmıştır.

Bulgular : Öğrencilerin % 53.7'i sigara içmeyi hiç denememiştir. Halen sigara içme prevalansı % 16.3'tür. Halen sigara içenlerin % 44.8'i bırakmayı düşünmemektedir. Sigara ile tanışma yaş ortalaması 13.6 ± 2.9 'dur. Öğrencilerin ailelerinde sigara içme yüzdesi 66.7'dir. Sigara içme davranışı ile en yakın arkadaşın sigara içmesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmış, ancak bu ilişki ailede sigara içen birey olması durumuyla ilgili olarak saptanmamıştır. Öğrencilerin % 85.7'i sigarayı bakkaldan aldığını ve % 75.6'ı bu sırada hiçbir engelle karşılaşmadığını belirtmiştir.

Tartışma : 1996 yılında yürürlüğe giren Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun'a rağmen, halen sigara içme prevalansında belirgin bir değişiklik olmayışı, yasanın yeterince uygulanmadığı ve gençlerin sigara ve zararları konusunda bilinçlendirilmeye gereksinimleri olduğunun bir göstergesidir.

Anahtar Sözcükler : Adolesan; sigara içme prevalansı; lise

GİRİŞ:

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde gençler arasında sigara epidemisi önemli bir halk sağlığı sorunu olarak tanımlanmaktadır. Adolesan dönem yeni şeylerin denendiği bir dönem olup merak, kendini daha iyi ve önemli hissetme, stresi azaltma gibi nedenlerle sigara bağımlılık yapan ve en çok kullanılan maddedir. Adolesan dönemde sigara ile tanışma genellikle erken ve orta adolesan gelişim dönemlerinde olmaktadır. Adolesan dönemde sigara içmenin getireceği sağlık sorunları yeterince algılanamamakta ve önemsenmemektedir. Sigaranın neden olduğu ciddi sağlık sorunlarının adolesan dönemde değil de ileri yaş döneminde görülmesi adolesanların sigara içme davranışından vazgeçmelerinin önünde bir engeldir (1-3). Adolesan yaş grubunda sigara içme davranışını etkileyen faktörler arasında ailede sigara içen birey bulunması ve sigara içen arkadaşların varlığı sayılmaktadır (4).

Ülkemizde "Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun" 7 Kasım 1996 tarihinde kabul edilmiş, 26 Kasım 1996 tarihinde Resmî Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu kanunun ana amacı kişileri tütün ve tütün mamüllerinin zararlarına, reklam ve tanıtımlarına karşı korumak için önlemler almaktır. Kanun genel anlamında toplu yaşam yerlerinde sigara içmeyi, yazılı ve sözlü medyada tütün ve ürünlerinin reklam ve tanıtımını ve 18 yaşından küçüklere sigara satışı yasaklamıştır. Kanunun cezalarla ilgili ve sigaranın zararlarının topluma aktarılmasına ilişkin maddeleri de bulunmaktadır (5). Ülkemizde adolesan yaş grubunda yapılan çeşitli araştırmalarda sigara içme sıklığı erkek ve kadın adolesanlarda farklı olmak üzere % 9.5 ile % 52.4 arasında bulunmuştur (6). Ülkemizde sigara içilmesine karşı yapılan eğitim ve çeşitli yasaklama müdahalelerinin etkisini değerlendirmek amacıyla zaman zaman durum saptama araştırmalarına gereksinim olduğu düşünülmektedir.

AMAÇ:

Bu araştırmada Ankara'da bir anadolu lisesi ikinci sınıf öğrencilerinin sigara içme sıklığı ve sigara içmeye ilişkin yaklaşımlarının saptanması amaçlanmıştır. Araştırma sonuçlarının uzun vadede, yapılacak müdahalelere ışık tutması ve sigara karşıtı çalışmalara katkıda bulunması da amaçlanmıştır.

YÖNTEM :

Araştırmanın yapıldığı anadolu lisesi, Ankara'nın orta sosyoekonomik düzeye sahip olduğu kabul edilen bir semtinde bulunmaktadır. Okulun toplam öğrenci sayısı 791 olup öğrencilerin % 42.0'ı lise ikinci sınıf öğrencisidir. Lise ikinci sınıfların tercih edilme nedeni, lise üçüncü sınıf öğrencilerinin ÖSS nedeniyle yoğun bir çalışma programı içinde bulunmaları, hazırlık ve lise birinci sınıf öğrenci sayısının lise ikinci sınıf öğrenci sayısından daha az olmasıdır.

Araştırma kesitsel tipte bir araştırma olup, ailesinde ve arkadaşları arasında sigara içen bireylerin bulunduğu adolesanların daha fazla sigara ile tanıştığı hipotezinin test edilmesi amaçlanmıştır. Araştırma sırasında kullanılan anket formu dört bölüme ayrılmıştır. Sosyodemografik özellikler, sigara içme davranışları, sigaraya ilişkin yaklaşımlar ve bilgilendirme programına yönelik araçlar. Veri toplama aynı ders saati içinde, kontaminasyona izin vermeksizin gözlem altında anket uygulama tekniğiyle yapılmıştır. Araştırmaya başlamadan önce Ankara Valiliği ve İl Millî Eğitim Müdürlüğü'nden yazılı, anket uygulanması öncesinde de okul müdürü, öğretmenler ve öğrencilerden sözlü izin alınmıştır. Anket formunda öğrenci isimleri alınmamış ve anket sonrası ayrı ayrı her sınıfta öğrencilere sigara ve zararları konusunda interaktif tekniklerin kullanıldığı konferanslar verilmiştir.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

BULGULAR:

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 16.9 ± 0.39 olup öğrencilerin % 52.5'i erkektir. Öğrencilerin % 72.3'ünün annesi 35-44 yaş grubunda, % 69.2'sinin babası ise 40-49 yaş grubundadır. Öğrencilerin ailelerinin % 92.2'si çekirdek aile tipinde olup ailelerin sahip olduğu çocuk sayısı 2.3 ± 0.9 yıldır. Ailelerin % 70.3'ünün kendine ait arabası, % 63.0'ının kendine ait evi bulunmaktadır. Öğrencilerin % 76.7'sinin cep telefonu olup % 28.0'ı evde kendisine ait bir telefona sahiptir.

Ki-kare analizi halen sigara içen ve içmeyen gruplar arasında yapıldığında $7.38, p=0.006$ 'dır. Ki-kare analizi halen sigara içen, geçmişte deneyen-sigara içen ve halen içmeyenler ve hiç denemeyen gruplar arasında yapıldığında $8.94, p=0.01$ 'dir.

Öğrencilerin % 53.7'si sigara içmeyi hiç denememiştir. Halen sigara içme yüzdesi ise % 16.3'dür. Öğrencilerin % 30.0'ı ise sigara ile yaşamlarının bir döneminde tanışmış, ancak halen sigara içmemektedirler. Halen sigara içen öğrencilerin % 44.8 (erkek öğrencilerin % 54.5'i ve kız öğrencilerin % 25.0'ı) sigarayı bırakmak istemektedirler.

Sigara içmeyi deneyen, geçmişte sigara içip şu an içmeyen ve halen sigara içen öğrencilerin ilk sigara ile tanışma yaş ortalaması 13.6 ± 2.9 ; ortalama sigara içme süresi 2.5 ± 1.4 ve haftada içtikleri ortalama sigara sayısı 29.5 ± 38.1 olup, dağılımın çok yaygın olduğu görülmektedir.

Öğrencilerin % 65.3'ü sigarayı akşam saatlerinde, % 53.0'ı okul çıkışında, % 34.6'sı sabah kalkınca ve % 22.4'ü öğle saatlerinde içtiklerini ifade etmişlerdir. Öğrencilerin en çok sigara içtikleri yerler ise sokak (% 77.5), evde odası (% 38.7), kafe-kahvehane (% 30.6) ve okul tuvaletidir (% 22.4). Öğrencilerin % 85.7'si sigarayı bakkaldan aldığını ve % 34.6'sı arkadaşlarından sağladığını ifade etmişlerdir. Ülkemizde 18 yaş altındaki bireylere sigara satışı yasak olmasına rağmen, öğrencilerin % 75.6'sı sigara alırken hiç bir sorun yaşamadıklarını söylemişlerdir.

Adolesan yaş grubunda ailede sigara içen birey olması adolesanın sigara ile erken tanışmasına neden olabilmektedir. Tablo 3'de öğrencilerin ailelerinde sigara içen birey bulunma durumları irdelenmiştir.

Öğrencilerin ailelerinde sigara içme yüzdesinin 66.7 olduğu görülmektedir. Her grupta sigara içme prevalansı yüksek olduğu için, baba ve annenin sigara içmesinin öğrencinin sigara içme davranışını ne şekilde etkilediği saptanmak amacıyla bir analiz yapılmıştır.

Babası sigara içmeyen kadın adolesanların % 69'u sigara içmeyi hiç denememişken, babası sigara içen kadın adolesanların % 50'si sigarayı en az bir kez denemiştir. Babaları sigara içmeyen kadın adolesanların sadece % 7.8'i halen sigara içmektedir. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı olup, babaların sigara içmesinin kadın adolesanların sigara içmesine neden olabileceğini düşündürmektedir. Oysa erkek adolesanların sigara içme davranışları ile anne ve babalarının sigara içme davranışları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Sigara içme davranışı ve en yakın arkadaşın sigara içme durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ancak adolesanın sigara içme davranışı ile okulda sigara içen arkadaşın bulunması ile arasında benzer bir ilişki gösterilememiştir. Öğrencilerin yakın çevrelerinde sigara içmesine ilişkin yaklaşımlarının da öğrenilmesi amaçlanmıştır. Erkek ve kadın adolesanların sigara içme davranışına ilişkin yaklaşımlarının farklı olduğu görülmektedir. "Genç insanların sağlıklı oldukları için sigara içmelerinde sakınca yoktur." görüşüne erkeklerin % 8.4'ü ve kadınların % 4.2'si katıldıklarını ifade etmişlerdir. Sigaranın denemesi ile sigaraya başlama arasındaki ilişki hakkındaki görüşlerini öğrenmeyi amaçlayan "Sigarayı bir kez deneyenler sigara içmeye başlamak için ilk adımı atmış olurlar." cümlesine erkeklerin % 33.5'i ve kadınların % 32.2'si katılmadıklarını ifade etmişlerdir. Aile bireylerinin sigara içme durumunun adolesanın sigara içme davranışına etkileri hakkındaki cümlelere verilen yanıtların yarı yarıya "katılıyorum" ve "katılmıyorum" şeklinde dağıldığı görülmektedir. Arkadaş grubuna katılmı ile sigara içme arasındaki ilişkiyi yorumlamaları istendiğinde ise erkek ve kadın adolesanların sigara içilen arkadaş gruplarında sigara içilmesi gerektiğine önemli oranlarda (% 74.9-82.5) katılmadıkları görülmektedir; ancak %12.6-20.6 gencin sigara içilmesi gerektiğini ifade etmeleri dikkat çekicidir.

TARTIŞMA:

Bu araştırmada bir anadolu lisesinde ikinci sınıf öğrencilerinin sigara içme davranışlarının saptanması amaçlanmıştır. Halen sigara içme prevalansı % 16.3 olup; erkeklerde % 21.7 ve kadınlarda % 10.5 olarak bulunmuştur. Bilir ve arkadaşlarının ülke çapında yaptıkları araştırmada lise öğrencilerinde halen sigara içme yüzdesi 27.1 bulunmuş olup, erkeklerde % 31.5 ve kadınlarda % 19.9 olarak saptanmıştır. Ayrıca bu araştırmada lise tiplerine göre de sigara içme prevalansı bakılmış olup, anadolu liselerinde sigara içme prevalansı % 17.8 olarak bulunmuştur (6). Ankara'da aynı semtte bir düz lisede yapılan araştırmada ise halen sigara içme yüzdesi 18.6 olarak bulunmuştur (7). Bu araştırmaların sonuçları oldukça benzer olup, adolesanlar arasında sigara içme prevalansının çok fazla değişmediği kaantini uyandırmaktadır.

Araştırmada % 46.3 öğrencinin (erkeklerde % 51.6 ve kadınlarda % 40.6) sigarayı en az bir defa denediği ya da halen içtiği saptanmıştır. Avrupa ülkelerinde de 15 yaş grubunda yapılan bir araştırmada, erkeklerin % 39-81'inin ve kadınların % 34-84'ünün sigarayı en az bir defa denedikleri saptanmıştır (8). ABD'de ise 1999 yılı için sigarayı en az bir defa deneme yüzdesi 70.2 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada saptanan yüzdelerin bir çok Avrupa ülkesindeki sayılara benzer olduğu, ancak ABD sayılarına göre daha düşük olduğu görülmektedir. Ancak ABD'de halen sigara içme yüzdesi 34.8 olup, 1995-1997 yılları arasında % 16 artış olduğu bilinmektedir (4). Bu sayılar ülkemiz sayılarından oldukça yüksek olmakla beraber uluslararası toplantılarda sigara üreticilerinin geliştirmekte olan ülkelerde gençleri hedef grup olarak seçtikleri tartışılmaktadır (2). Ülkemizde sigara ile ilgili 1996 yılında çıkarılan kanuna rağmen adolesan yaş grubunda sigara içme prevalansında belirgin bir düşmenin saptanamaması, bu yaş grubunun sigara üreticilerinin halen etkin olarak çalıştıkları bir hedef grup olduğunu bize dolaylı olarak göstermektedir.

Bilir ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada lise öğrencilerinde sigaraya başlama yaş ortalaması 14.2 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise sigaraya başlama yaş ortalaması 13.6 olarak bulunmuştur; ayrıca 15 yaş ve üzerinde sigaraya başlamanın % 50.4 olduğu (erkeklerde % 44.3 ve kadınlarda % 59.6) saptanmıştır. Bu bulgular Ankara'da yapılan başka araştırmaların bulguları ile paralellik göstermektedir (9, 10). Gençler birbirlerinden etkilenerek sigara içtikleri bilinmektedir; bu araştırmada bu bulgu tekrar saptanmıştır. Adolesanların sigara içmesi ile en yakın arkadaşının sigara içmesi arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur ki; bu bulgu gençlerin hep beraber sigaraya başladıklarını düşündürmektedir. Her ne kadar adolesanlar sigara içen bir arkadaş grubunda sigara içilmesi gerektiği düşüncesine önemli oranda (% 74.9-82.5) katılmıyorlarsa da, bu iki değişken arasındaki anlamlı ilişki, bu konuda daha detaylı veri toplanması gerekliliğini göstermektedir.

Ailede sigara içilmesi ile adolesanın sigara içmesi arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Ancak ailelerde sigara içme prevalansının çok yüksek olduğu gözönüne alınırsa, sigara içmeyen aile yüzdesinin düşük olması bu ilişkinin ortaya çıkmasını engellemiş olabilir. Diğer taraftan ailede sigara içme davranışlarına (anne, baba ve kardeş) olan yaklaşımlarında ise adolesanların oldukça karışık bir düşünce tarzına sahip oldukları ve bir grupta toplanmadıkları gözlenmektedir. Annenin sigara içmesinden

etkilenmeyeceklerini söyleyen erkekler % 46.8 ve kadınlar % 55.5 iken; babanın sigara içmesinden etkilenmeyeceklerini söyleyen erkekler % 41.7 ve kadınlar % 37.3'dür. Diğer taraftan kendilerinin sigara içmesinin kardeşlerinin sigara içmesine neden olabileceği görüşüne katılmaktadırlar (% 85.5 - 92.2). Adolesanlar rol modeli olmayı anne ve babaları için kabul etmezken, bu kavramı kardeşleri için önemli ölçüde kabul ettiklerini ifade etmektedirler.

Adolesanların sigara içtikleri ortamlar, Bilir ve arkadaşlarının araştırma bulgularına benzer çıkmıştır (6). Haftalık içilen sigara sayısı ise geniş bir aralıkta dağılmaktadır. Adolesanların sigara sağladıkları yerlerin bakkal olması ve sigara satın almaları sırasında zorlukla karşılaşmamaları, 18 yaş altındaki gençlere sigara satışı yasağının yeterince uygulanmadığını göstermektedir. Bazı araştırmalardan bilinmektedir ki, gençler 18 yaş altındaki gençlere sigara satışının yasak olduğunu bilmemektedir (11). Bu araştırmada bu bilgi sorgulanmamıştır, ancak Bilir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sigara satışı yapan büfe, bakkal gibi satış noktalarının bu yasağa uymak konusunda isteksiz olduğu ve müşteri kaybetmemek için 18 yaş altında çocuklara sigara satışı yaptıkları gözlenmiştir (5).

SONUÇLAR ve ÖNERİLER:

Bu araştırmada bir anadolu lisesinde ikinci sınıf öğrencilerinin sigara içme davranışlarının saptanması amaçlanmıştır. Adolesanlarda halen sigara içme prevalansı daha önceki araştırma sonuçlarına benzer olarak bulunmuştur. Ülkemizde bu ve daha önce yapılmış araştırma sonuçlarına göre adolesanların halen sigara üreticilerinin hedef grubunu oluşturdukları düşünülebilir. Adolesanların sigara içme davranışlarının arkadaşlarının sigara içmesine neden olduğu bulgusu bu araştırmada da saptanmıştır. Adolesanların sigara satın almada zorlukla karşılaşmadıklarının saptanması da önemli bir bulgudur.

"Sağlığın Geliştirilmesi" felsefesinin gençlere bir yaşam tarzı olarak benimsenmesinin bu sorunun aşılması için bir çözüm önerisi olduğu düşünülmektedir. Ayrıca "Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun"un gerektiği gibi uygulanıyor olması da, sigara içmenin önünde caydırıcı ve etkili bir engel oluşturacaktır.

KAYNAKLAR:

- 1)WHO, The Health of Young People: A Challenge and A Promise, 1993 p.39-42
- 2)WHO, What in the World Works?, International Consultation on Tobacco and Youth - Singapore, 28-30 September 1999 Final Conference Report. WHO/NMH/TI/00.1
- 3)Yurdakök K, Adolesanlarda Madde Bağımlılığı ve Alkol Kullanımı, Adolesan Sağlığı ve Gelişimi Eğitici Eğitimi Rehber Kitabı (Ed:L. Akın, H. Özcebe, D. Haznedaroğlu, S. Özbas ve H. Serim), 2001.
- 4)Ammermon SD and Neizstein L, Tobacco in Adolescent Health Care A Practical Guide (Ed:L.S. Neizstein), Lippincott Williams & Wilkins, USA, 2002.
- 5)Bilir N, Doğan BG ve Yıldız AN, Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun'a Uyum Düzeyi, International Development Research Centre - Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayın No: 2000/16, Ankara, 2000.
- 6)Bilir N, Doğan BG ve Yıldız AN, Sigara İçme Konusundaki Davranışlar ve Tutumlar, International Development Research Centre - Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayın No: 7, Proje No: 94-0200/02882, Ankara.
- 7)Akdemir Ö, Davutoğlu B, Göktaş A, Göktürk S ve Phiri A, Batıkent Lisesi Son Sınıf Öğrencilerinde Anksiyete Prevalansının ve Sigara İçmeyle Olan İlişkisinin Saptanması, (Danışman H.Özcebe), HÜTF Halk Sağlığı AD Intern Araştırma Raporu, 1997.
- 8)WHO, The Health of Youth, A Cross-National Survey, WHO Regional Publications, European Series No.69, 1996 p.15-17
- 9)Kar H, Lortlar N, Tekin F, Böcü S, Çaylı M ve Aylamaç Z, Ankara Balgat Ömer Seyfettin Lisesi Öğrencilerinin Sigara Hakkındaki Tutum ve Davranışlarının Araştırılması, (Danışman SN Oral, S. Attila) HÜTF Halk Sağlığı AD Intern Araştırma Raporu, 1997.
- 10)Aralaşmak A, Ay S, Beden Ü ve Akgöl Ş, Gülveren Lisesi Öğrencilerinin Sigara ve Alkol Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışları Üzerine Bir Araştırma, (Danışman SN Oral, S. Attila) HÜTF Halk Sağlığı AD Intern Araştırma Raporu, 1995.
- 11)Arık D, Atay G, Aykanat Ö.D, Yıldız O ve Ürün Y, Gülveren Lisesi Son Sınıf Öğrencilerinin Sigara ve Alkolü İçecek Kullanma Konusundaki Bazı Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Saptanması Araştırma, (Danışman A Akın, S. Attila) HÜTF Halk Sağlığı AD Intern Araştırma Raporu, 2001.

Tablo 1. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre sigara içme durumlarının dağılımı (Ankara, 2002)

Sigara içme durumu	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hiç denememiş	76	48.4	85	59.4	161	53.7
Denemiş, halen içmiyor	36	22.9	33	23.1	69	23.0
İçmiş, halen içmiyor	11	7.0	10	7.0	21	7.0
Halen sigara içiyor	34	21.7	15	10.5	49	16.3
Toplam	157	52.3	143	47.7	300	100.0

Tablo 2. Sigara içen/deneyen öğrencilerin cinsiyetlerine göre ilk defa sigara deneme yaşı, sigara içme süresi ve haftalık toplam içilen sigara sayısının dağılımı (Ankara, 2002)

Sigara içme durumu	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İlk sigara içme yaşı						
9 ve altı	10	12.9	2	3.9	12	9.3
10-14	33	42.8	19	36.5	52	40.3
15 ve üzeri	34	44.3	31	59.6	65	50.4
Toplam	77	100.0	52	100.0	129	100.0
Sigara içme süresi						
1 yıldan az	29	48.3	19	59.3	48	52.2
1 yıl	6	10.0	4	12.5	10	10.8
2 yıl	12	20.0	4	12.5	16	17.4
3 yıl	6	10.0	3	9.4	9	9.8
4 yıl ve üzeri	7	11.7	2	6.3	9	9.8
Toplam	60	100.0	32	100.0	92	100.0
Haftada içilen sigara sayısı						
7 ve daha az	22	40.0	13	41.9	35	40.8
8-21	10	18.1	5	16.1	15	17.5
22-35	11	20.0	5	16.1	16	18.6
36-70	5	9.1	7	22.5	12	13.9
71 ve üzeri	7	12.8	1	3.4	8	9.2
Toplam	55	100.0	31	100.0	86	100.0

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Tablo 3. Öğrencilerin cinsiyetlerine ve ailede sigara içen birey bulunmasına göre sigara içme durumlarının dağılımı (Ankara, 2002)

Ailede sigara içen birey olma durumu	Öğrencinin sigara içme durumu						Toplam	
	Halen içiyor		İçmiş, bırakmış Denemiş, içmiyor		Hiç denememiş			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Erkek								
Var	23	67.6	29	61.7	49	64.4	101	63.9
Yok	11	32.4	18	38.3	27	35.6	56	36.1
Toplam	34	100.0	47	100.0	76	100.0	157	100.0
	Ki-kare=0.31 SD=2 p= 0.85							
Kadın								
Var	11	73.3	35	81.3	52	61.1	98	68.5
Yok	4	26.7	8	18.7	33	28.9	45	31.5
Toplam	15	100.0	43	100.0	85	100.0	143	100.0
	Ki-kare=5.54 SD=2 p=0.06							
Toplam								
Var	34	69.3	64	71.9	102	62.9	200	66.7
Yok	15	30.7	25	28.1	60	37.1	100	33.3
Toplam	49	100.0	89	100.0	162	100.0	300	100.0
	Ki-kare=2.26 SD=2 p=0.32							

Tablo 4. Öğrencilerin cinsiyet ve ailede anne ve babanın sigara içme durumuna göre öğrencilerin sigara içme davranışlarının analiz sonuçları (Ankara, 2002)

Cinsiyet/ Baba ve annenin sigara içme durumu	Öğrencinin sigara içme durumu					
	Halen içiyor		İçmiş, bırakmış Denemiş, içmiyor		Hiç denememiş	
	Ki-kare	p	Ki-kare	P	Ki-kare	P
Erkek						
Babası sigara içen	0.19	0.65	0.71	0.40	0.82	0.66
Annesi sigara içen	1.60	0.20	0.05	0.81	3.16	0.20
Kadın						
Babası sigara içen	2.91	0.08	6.77	0.009	6.84	0.03
Annesi sigara içen	0.76	0.38	0.70	0.40	0.91	0.63

Tablo 5. Öğrencilerin cinsiyet ve sigara içen arkadaşlarının olma durumuna göre sigara içme davranışlarının dağılımı (Ankara, 2002)

	Öğrencinin sigara içme durumu						Toplam	Ki-kare
	Halen içiyor		İçmiş- bırakmış Denemiş- içmiyor		Hiç denememiş			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Okulda sigara içen arkadaşı								
Var	49	17.1	85	29.6	153	53.3	287	95.6
Yok	-	-	5	38.4	8	61.5	13	4.4
Toplam	49	16.3	90	30.0	161	53.7	300	100.0
En yakın arkadaşı sigara								
İçiyor	40	39.6	31	30.6	30	29.7	101	33.6
İçmiyor	9	4.5	59	29.6	131	65.8	199	67.4
Toplam	49	16.3	90	30.0	161	53.7	300	100.0

Tablo 6. Öğrencilerin sigara içme davranışlarına ilişkin bazı yaklaşımları (Ankara, 2002)

Sigara içme davranışına yaklaşım	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum
Genç insanlar sağlıklı oldukları için sigara içmelerinde bir sakınca yoktur.			
Erkek (n=155)	87.8	3.8	8.4
Kadın (n=143)	95.1	0.7	4.2
Sigarayı bir kez deneyenler sigara içmeye başlamak için ilk adımı atmış olurlar.			
Erkek (n=155)	33.5	9.0	57.5
Kadın (n=143)	32.2	7.7	60.1
Gençler sigarayı erişkinlere göre daha kolay bırakırlar.			
Erkek (n=156)	38.3	18.6	43.1
Kadın (n=143)	39.2	18.2	42.6
Annenin sigara içmemesi gencin sigaraya başlamasını etkilemez.			
Erkek (n=156)	44.9	8.3	46.8
Kadın (n=142)	40.3	4.2	55.5
Babanın sigara içmesi gencin sigaraya başlamasına neden olur.			
Erkek (n=156)	41.7	7.0	51.3
Kadın (n=142)	37.3	13.4	49.3
Sigara içen bir arkadaş grubuna uyum sağlayabilmek için sigara içmek gerekmez.			
Erkek (n=156)	20.6	4.5	74.9
Kadın (n=143)	12.6	4.9	82.5
Gençlerin küçük kardeşlerinin yanında sigara içmeleri kardeşlerini sigara içmeye özenmesine neden olur.			
Erkek (n=156)	11.6	1.9	86.5
Kadın (n=142)	6.4	1.4	92.2

ŞANLIURFA İL MERKEZİNDEKİ HASTANELERDE HEKİMLERİN SİGARA İÇME DURUMLARINA GÖRE HASTALARINA SİGARA BIRAKTIRMA KONUSUNDA TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Mehmet Ali KURÇER*, Zeynep ŞİMŞEK*, Gülsen GÜNEŞ**, B. Suat KÜRKÇÜOĞLU*, Ahmet KAYMAZ*
*Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. ** İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.

ÖZET:

Giriş: Hekimler klinik uygulamaları sırasında sigara bırakırma girişimine önem vererek ve hastalarını cesaretlendirerek yüksek sigara içme prevalansını düşürme potansiyeline sahiptirler. Amaç: Bu çalışmanın amacı, hekimin sigara içiyor veya içmiyor olmasının sigara bırakırma konusunda tutum ve davranışlarını belirlemektir. Yöntem: Şanlıurfa ili merkezinde ki üç hastanede son bir ay içinde erişkinlere yönelik poliklinik hizmeti veren 141 hekime anket uygulanmış, tanımlayıcı tipte olan araştırmanın verileri, SPSS 10.0 paket programıyla analiz edilmiş, önemlilik testlerinden ki-kare kullanılmıştır. Bulgular: Sigara içen hekimlerle sigara içmeyen hekimler arasında, hastalarına sigara içip içmediğini sorma(p=0.25), sigarayı bırakmayı tavsiye etme(p=0.27), hastalarda davranış değişikliği oluşturabilme (p=0.44) yönünden fark yoktur. Aynı zamanda " "Sigarayı bırakırma için danışmanlık yapmak bence başarısızlıkla sonuçlanır"(p=0.32). "Sigara danışmanlığı vermek benim için zaman kaybıdır" (p=0.24) görüşlerine katılma oranları, sigara içen hekimlerle sigara içmeyen hekimler arasında farklı bulunmamıştır. Buna karşın Sigara içmeyen hekimler, "Sigara bırakırma konusunda danışmanlık hastaya iletişimi artırır"(p=0.004), görüşüne sigara içen hekimlerden anlamlı derecede yüksek oranda katılmalarına karşın, sigara içen hekimler, "Hastalar kendi kendilerine sigarayı bırakamıyorlarsa benim yapabileceğim fazla bir şey yoktur"(p=0.008) görüşüne sigara içmeyen hekimlere göre daha yüksek oranda katılmışlardır. Anahtar kelimeler: Sigara bırakırma, danışmanlık, hekim temelli yaklaşım

GİRİŞ:

Sigara önlenabilir erken ölümlerin ve korunabilir hastalıkların en önemli etyolojik faktördür. Sigara içen her iki kişiden biri sigarayla ilişkili hastalıklardan ölmektedir. ABD'de 1995 "Ulusal Sağlık İzlemi" araştırmasına göre erişkinlerde sigara içme sıklığı % 24.7'dir.¹ Ülkemizde çeşitli gruplarda yapılan çalışmalara göre ise, lise öğrencilerinde %28.3, öğretmenlerde %30.2, doktorlarda %43.9 olarak bulunmuştur.² Hekimler rutin tanı ve tedavi hizmetleri sırasında sigara içen kişilerin büyük bir kısmıyla karşılaşmaktadır. ABD'de sigara içenlerden % 70'inin hekimlerle karşılaştıkları gösterilmiş, bu nedenle hekimlerin yüksek sigara içme sıklığının düşürülmesinde büyük bir potansiyele sahip oldukları öne sürülmüştür.³ Hekimlerin, hastalarına sigara içme durumlarını sorması ve güçlü bir sigara bırakırma tavsiyesi yapması sigara bırakırma konusunda dikkate değer bir yoldur. Yapılan araştırmalar hekimin hastasına sadece basitçe "sigara içiyor musunuz?" sorusu ile 1 yıllık sigara bırakırma oranının %9'dan, %13'e çıktığı, hekimin sigarayı bırakırma tavsiyesi ile bu oranın % 20-25 arasında olduğu, 15 dakikalık uzun süren yoğun sigara bırakırma tavsiyesi ile bu oranın %51'e kadar çıktığı gösterilmiştir.^{4,5,6} Davranış değişikliği konusunda karamsarlık, etkili sigara bırakırma tedavisi programlarına ulaşamama ve bu konularda bilgisizlik hekimlerin sigara bırakırma tavsiyesinde bulunmasının karşısında büyük engeller olarak öne sürülmüştür.⁷

AMAÇ:

Bu çalışmanın amacı, hekimin sigara içiyor veya içmiyor olmasının sigara bırakırma konusunda tutum ve tavsiyelerini nasıl etkilediğini araştırmaktır.

YÖNTEM:

Şanlıurfa ili merkezindeki üç hastanede son bir ay içinde erişkinlere yönelik poliklinik hizmeti veren uzman ve pratisyen hekimler araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Harran Üniversitesinde Nisan-Mayıs 2002 tarihleri arasında, 77 hekimden 62'sine (% 80.5), Şanlıurfa Devlet Hastanesinde 63 hekimden 51'ine (%82.2), Şanlıurfa Sosyal Sigortalar Hastanesinde 35 hekimden 28'ine (80.0) ulaşılmıştır (katılım oranı %80.5). Hekimin demografik özellikleri, sigara içip içmediği, içiyorsa süresi, kendisinin sigara bırakırma düşüncesi ile hekimlerin hastalarına sigarayı bırakırma konusunda tutum ve davranışlarına yönelik sorular önceki formu yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Çalışma tanımlayıcı tipte olup, veriler SPSS 10.0 paket programıyla analiz edilmiş aritmetik ortalamalar standart sapmalarıyla verilmiş, önemlilik testlerinden ki-kare kullanılmıştır.

BULGULAR:

Araştırmaya katılan 141 hekimden 62'si Harran Üniversitesi Araştırma Hastanesinde, 51'i Devlet Hastanesinde, 28'i ise Sosyal Sigortalar Hastanesinde görev yapıyorlardı. Hekimlerin %83.6'sı erkek, 16.4'ü kadındı. Yaş ortalamaları ise 35.2±6.1 idi. Hekimlerden 116'si(%82.3) evli, 25'i(%17.7) ise bekarı. 40 hekim araştırma görevlisi(%28.4), 62 hekim uzman (%44.0), 25 hekim öğretim üyesi(%17.7), 14 hekim ise pratisyen (%9.9) olarak çalışıyordu. Tablo 1'de görüldüğü gibi, sigara içen toplam 58 (%41.1) hekimden %42.4'ü erkek, % 34.8'i kadındır(p=0.33). Yaş gruplarına bakıldığında, 30 yaş ve altındaki hekimlerin %16.7'si, 31-35 yaş arasındaki hekimlerin %47.1'i, 36-40 yaş arası hekimlerin % 39.3'ü, 41 yaş ve üzerindeki hekimlerin %52.4'ü sigara içtiklerini söylemişlerdir(p=0.04).

Tablo 2'de görüldüğü gibi Şanlıurfa Devlet Hastanesi(%49.0), Şanlıurfa SSK Hastanesi(%39.3) ve Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesinde(%35.5) görev yapan hekimler arasında sigara içme sıklıkları arasında anlamlı fark yoktur (p=0.33). Uzman(%46.7), pratisyen (%35.7), araştırma görevlisi(%45.0) ve öğretim üyesi (%24.0) kadrolarında görev yapan hekimler arasında sigara içme sıklıkları arasında anlamlı fark yoktur (p=0.24).

Araştırmaya katılan hekimlerin kendi sigara içme durumları ile hastalarına sigara içme durumlarını sorma, sigarayı bırakmayı tavsiye etme, sigara bırakırma tarihi belirleme ve sigara bırakırma durumlarını kontrol için çağırımları bakımından karşılaştırılması Tablo 3'de sunulmuştur. Hekimlerin %23.4'ü hastalarına sigara içip içmediklerini hiç sormadıklarını ya da nadiren sorduklarını, %34.0'ı yaklaşık yarısına, % 42.6'sı ise tüm hastalarına daima sigara içip içmediklerini sorduklarını belirtmişlerdir. Hekimlerin %22.7'si hastalarına sigarayı bırakmayı hiç tavsiye etmediklerini ya da nadiren tavsiye ettiklerini, %34.0'ı yaklaşık yarısına, % 43.3'ü ise sigara içen tüm hastalarına daima sigarayı bırakmayı tavsiye ettiklerini belirtmişlerdir. Ara sıra sigara içen hekimler(% 30.0), sigara içmeyen(%43.1), her gün içen(%44.7) ve sigarayı bırakan hekimlere(%50.0) göre daha fazla hastalarına sigara içip içmediğini sormalarına karşın aralarındaki fark anlamlı değildir(p=0.25). Sigarayı bırakan hekimler(%27.7)sigara içmeyen (%49.2), ara sıra içen (% 40.0) ve her gün içen hekimlere (%42.1) göre hastalarına daha az sigara bırakırma tavsiye etmesinin karşın aralarındaki fark anlamlı değildir (p=0.27). Hekimlere "hastalarınıza sigarayı bırakması için tarih belirliyor musunuz" sorusu

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

sorulduğunda; %11.3'ü daima, %13.5'ü ara sıra, %75.2'si hiç yanıtını vermişlerdir. Hiç sigara içmeyen hekimler (%15.4), her gün (%10.5), ara sıra (%10) ve sigarayı bırakmış olanlara (%0) göre daha sık sigara bırakma günü belirlediklerini belirtmişlerdir. Hekimlerden %4.3'ü hastalarını sigara bırakma durumlarını kontrol için daima çağırdıklarını, %7'si ara sıra, %88.7'si ise hiç çağırmadıklarını söylemişlerdir. Sigara içmeyen hekimlerin %6.2'si, sigara içenlerin %5.3'ü sigarayı bırakma durumunu kontrol amacıyla hastalarını çağırdıklarını söylerken, sigarayı bırakan ve ara sıra sigara içen hekimlerin hiç biri hastalarını kontrole çağırmamışlardır.

TARTIŞMA:

Toplam 58 hekim (%41.1) her gün sigara içmektedir. Bu bulgu Ertem ve arkadaşlarının Diyarbakır Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi hekimlerindeki (%46.4) oranına benzer olmasına karşın ilgili çalışmada erkek, kadın sigara içme farklılığı bu çalışmada anlamlı bulunmamıştır.⁸ Çalışmada 30 yaş altındaki yaşlardaki hekimlerin sigara içme sıklığı diğer hekimlere göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Şanlıurfa Devlet Hastanesi, Şanlıurfa SSK Hastanesinde, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesinde görev yapan hekimler arasında ve uzman, pratisyen, araştırma görevlisi, öğretim üyesi kadrolarında görev yapan hekimlerde sigara içme durumu farklı değildir.

Araştırmaya katılan hekimlerin %42.6'sı daima tüm hastalarına sigara içip içmediklerini sorduklarını belirtmişler. %43.3'ü ise sigara içen tüm hastalarına sigarayı bırakmayı tavsiye ettiklerini söylemişlerdir. Buna karşın Texas'da yapılan bir araştırmaya göre aile hekimlerinin %99'u tüm hastalarına daima sigara içip içmediklerini sormuşlar ve %97'si genellikle daima sigara bırakmayı tavsiye etmişlerdir.⁹ Hekimlerden %11.3'ü hastalarına sigarayı bırakması için her zaman tarih belirlerken, %4.2'si hastalarını sigara bırakma durumlarını kontrol için her zaman çağırdıklarını söylemişlerdir. Massachusetts'de hekiminiz sigarayı bırakmanız için tarih belirledi mi sorusuna hastalardan %22.4'ü evet derken, sigara bırakma durumlarını kontrol için çağırdıklarını söyleyen hastalar %12.1'dir.¹⁰ "Davranış değişikliği oluşturabilmede ne kadar etkilisiniz" sorusuna hekimlerin %26.8'i çok etkiliyim, "sigara bırakma konusunda bilgi ve becerinize ne kadar güveniyorsunuz" sorusuna ise %24.1'i kendime güveniyorum yanıtını vermişlerdir. Michigan'da davranış değişikliği oluşturabilmede hekimlerin %58'i kendilerini etkili görmekte, %3'ü ise sigara bırakma konusunda çok başarılı olduklarını düşünmektedirler.¹¹ Görüldüğü gibi Şanlıurfa'daki hekimler Amerikalı meslektaşlarına göre sigara bırakma danışmanlığı konusunda kendileri bilgili ve yeterli görmemektedirler. Hastalarına sigara içme durumlarını en az soran ve sigarayı bırakmayı en az tavsiye edenler ara sıra sigara içen hekimlerdir. Buna karşın hekimler arasında hastalarına sigara içme durumlarını sorma ve sigarayı bırakmayı tavsiye etme yönünden fark bulunmamıştır. Hekimlerde sigara bırakma günü belirleme ve kontrole çağırma sıklığı çok düşük olması dikkat çekicidir.

Sigara içmeyen hekimler, "Sigara bırakma konusunda danışmanlık hastayla iletişimi artırır" ve "Sigara bırakma konusunda danışmanlık yapmak hastalara karşı yararlı olduğumu hissettirir" görüşüne diğer hekimlere göre daha fazla katılmışlardır. Sigara içen hekimler, "hastalar kendi kendilerine sigarayı bırakamıyorlarsa benim yapabileceğim çok az şey vardır" görüşüne daha yüksek oranda katılmaları, sigara içmeyen hekimlerin sigara bırakma danışmanlığı yapma konusuna daha olumlu baktıklarını düşündürülebilir. "İnsanlara sigarayı bırakmamak zordur" görüşüne en çok katılanlar sigarayı bırakan hekimlerken, en az katılanlar her gün sigara içen hekimlerdir. "Sigarayı bırakmamak için danışmanlık yapmak bence başarısızlıkla sonuçlanır" ve "Sigara danışmanlığı vermek benim için zaman kaybıdır" görüşlerine katılma yönünden sigara içen hekimlerle sigara içmeyen hekimler arasında fark bulunmamıştır.

Çalışmadan elde edilen bulgular, sigara içmeyen hekimlerin sigara içen hekimlere göre sigara danışmanlığı yapmanın yararına inandıkları ve kendilerinin sigara bırakmadaki etkisine daha fazla güvendiklerini gösterebilir. Bu nedenle, sigara içen hekimler de göz önüne alınarak, özel sigara bırakma kitlerinin hazırlanması ve hizmet içi eğitimlerin yapılmasının sigara ile mücadelede önemli bir güç sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR:

1. Fielding JE, Husten CG, Eriksen MP, Tobacco: Health effects and control. Maxcy-Rosenau-Last public health and preventive medicine. Wallace RB (Ed.). 14th edition. Appleton&Lange. 1998:816-45
2. Bilir N, Doğan BG, Yıldız AN, Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanuna Uyum Düzeyi. Hacettepe Halk sağlığı Vakfı Yayını ISBN:975-94618-7-0. No:16 Ankara 2000
3. Glipin EA, Pierce JP, Johnson M. et al. Physician advice to quit smoking: Results from the 1990 California tobacco survey. J Gen Intern Med 1993; 8: 549-553
4. Kotke TE, Brekke ML, Solberg LJ et al. A randomized to increase smoking interventions by physicians: Doctors helping smokers. JAMA 1989;261:2101-06
5. Schwartz JL. Review and evaluation of smoking cessation methods: The United States and Canada, 1978-1985. National cancer Institute, 1978
6. Rose G, Hamilton PJS. A randomized controlled trial on the effect on middle aged men of advice to stop smoking. J Epidemiol Community Health 197; 32:275-81
7. Orleans CT, George Lki Houpt JL. et al. Health promotion in primary care: A survey of U.S. family practitioners. Prev. med. 1985; 14: 636-647
8. Ertem M, Ceylan A, Saka G, İlçin E. Dicle Üniversitesi Tütün Mamüllerinin zararlarının önlenmesine dair kanuna uyma durumları. Turkish Journal of Smoking and Health. 2000.
9. Franklin JL, Williams AF, Torges K. et al. Smoking cessation interventions by family physicians in Texas. J Texas medicine .1992;88: 60-63
10. Ockene JK, Adams A, Pbert L et al. The physician-delivered smoking intervention project: Factors that determine how much the physician intervenes with smokers. J Gen Intern Med 1994;9:379-84
11. Raymond YD, Neale AV, Adams R. et al. The impact of physicians' brief smoking cessation counseling: A MIRNET study. The Journal of Family Practice 1990 31; 625-39

Tablo 1. Araştırmaya katılan hekimlerin cinsiyet ve yaş gruplarına göre sigara içme durumları

	Hekimin sigara içme durumu				Toplam	X ²	P
	İçiyor	İçmiyor	Toplam				
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**	
Cinsiyet							
Erkek	50	42.4	68	57.6	118		0.45 0.33
Kadın	8	34.8	15	65.2	23		
Yaş Grupları							
30 ve altı yaş	4	16.7	20	83.3	24	17.0	
31-35 yaş	32	47.1	36	52.9	68	48.2	
36-40 yaş	11	39.3	17	60.7	28	19.9	8.05 0.04
41 ve üzeri yaş	11	52.4	10	47.6	21	14.9	
Toplam	58	41.1	83	58.9	141	100.0	

*sattır yüzdesi ** sütun yüzdesi

Tablo 2. Araştırmaya katılan hekimlerin çalıştıkları hastanelere ve ünvanlarına göre sigara içme durumları

	Hekimin sigara içme durumu				Toplam	X ²	P
	İçiyor	İçmiyor	Toplam				
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**	
Hastane							
Harran Üniversitesi	22	35.5	40	64.4	62	44.0	
Devlet	25	49.0	26	51.0	51	36.2	2.16 0.33
SSK	11	39.3	17	60.7	28	19.9	
Unvan							
Araştırma görevlisi	18	45.0	22	55.0	40	22.7	
Uzman	29	46.7	33	53.3	62	37.6	
Öğretim Üyesi	6	24.0	19	76.0	25	16.3	4.20 0.24
Pratisyen	5	35.7	9	64.3	14	9.2	
Toplam	58	41.1	83	58.9	141	100.0	

*Sattır yüzdesi, **Sütun yüzdesi

Tablo 3. Araştırmaya katılan hekimlerin kendi sigara içme durumları ile hastalarına sigara içme durumlarını sorma, sigarayı bırakmayı tavsiye etme, sigara bırakma tarihi belirleme ve sigara bırakma durumlarını kontrol için çağırımları bakımından karşılaştırılması

		Hekimin sigara içme durumu				Ara sıra içiyor	Bırakmış	Toplam	X ²	P			
		Her gün içiyor	Hiç içmiyor	Toplam									
		Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**				
Hastaya sigara içip içmediğini sorma	Hiç-nadiren	7	18.4	17	26.2	8	40.0	1	5.6	33	23.4	2.78	0.25
	Yarı-yarıya	14	36.8	20	30.7	6	30.0	8	44.4	48	34.0		
	Daima	17	44.7	28	43.1	6	30.0	9	50.0	60	42.6		
Sigara bırakmayı tavsiye etme	Hiç-nadiren	9	23.7	15	23.1	5	25.0	3	16.7	32	22.7	2.57	0.27
	Yarı-yarıya	13	34.2	18	27.7	7	35.0	10	55.6	48	34.0		
	Daima	16	42.1	32	49.2	8	40.0	5	27.8	61	43.3		
Sigara bırakma günü belirleme	Hiç-nadiren	11	81.6	43	66.2	16	80.0	16	88.9	106	75.2	NA	
	Yarı-yarıya	2	7.9	12	18.5	2	10.0	2	10.1	19	13.5		
	Daima	4	10.5	10	15.4	2	10.0	-	-	16	11.3		
Sigara için kontrole çağırma	Hiç-nadiren	15	92.1	55	84.6	18	90.0	17	94.4	125	88.7	NA	
	Yarı-yarıya	1	2.6	6	9.2	2	10.0	1	5.6	10	7.0		
	Daima	2	5.3	4	6.2	-	-	-	-	6	4.3		
Toplam		18	27.0	65	46.1	20	14.2	18	12.8	141	100.0		

*Sütun yüzdesi, NA: uygun değil

Tablo 4. Araştırmaya katılan hekimlerin, davranış değişikliği oluşturabilme ve sigara bırakma konusunda bilgi becerisine güvenme durumlarının kendi sigara içme davranışları ile karşılaştırılması

		Hekimin sigara içme durumu				Ara sıra içiyor	Bırakmış	Toplam	X ²	P			
		Her gün içiyor	Hiç içmiyor	Toplam									
		Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**				
Sigara Bıraktırma Konusunda	Hiç-çok az	26	68.4	49	75.4	13	65.0	15	83.3	103	73.0	0.124	0.44
	Epeyce-çok	12	26.8	16	24.6	7	35.0	3	16.7	38	27.0		
Bilgi ve beceriye güvenme	Çok az	16	42.1	19	29.2	12	60.0	9	50.0	56	39.7	NA	
	Orta	13	34.2	29	44.6	4	20.0	5	27.8	51	36.2		
	Epeyce-çok	9	23.7	17	26.2	4	20.0	4	22.2	34	24.1		
Toplam		38	27.0	65	46.1	20	14.2	18	12.8	141	100.0		

*Sütun yüzdesi, NA: uygun değil

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Tablo 5. Araştırmaya katılan hekimlerin sigara bırakırma danışmanlığı konusundaki tutumlarının kendi sigara içme sigara içme davranışları ile karşılaştırılması

		Hekimin sigara içme durumu				Toplam	X ²	P
		Her gün İçiyor Sayı %*	Hiç içmiyor Sayı %*	Ara sıra İçiyor Sayı %*	Bırakmış Sayı %*			
Danışmanlık hastayla iletişimini artırır	katılmıyor	8 21.1	6 9.2	4 20.0	7 38.9	25 17.7	11.13	0.004
	çekimser	14 36.8	13 20.0	5 25.0	4 22.2	36 25.5		
	katılıyor	16 42.1	46 70.8	11 55.0	7 38.9	80 56.7		
Danışmanlık Yararlı olduğumu hissettirir	katılmıyor	7 17.9	5 25.0	5 25.0	3 16.7	20 14.2	NA	
	çekimser	12 30.4	7 10.8	2 10.0	4 22.2	26 18.4		
Kendisi Bırakamıyorsa yapabileceğim çok az şey var	katılmıyor	29 51.8	53 70.3	13 65.0	11 61.1	95 67.4	9.76	0.008
	çekimser	10 29.2	31 55.4	3 15.0	4 22.2	48 37.6		
Sigarayı bırakırmak zordur	katılmıyor	6 19.6	16 24.6	8 40.0	5 27.8	35 24.8	NA	
	çekimser	22 46.2	18 25.0	9 45.0	9 50.0	58 37.6		
	katılıyor	11 28.9	22 33.8	6 30.0	3 16.7	42 29.8		
Danışmanlık başarısızlıkla sonuçlanır	çekimser	10 26.3	10 15.4	4 20.0	3 16.7	27 19.1	2.25	0.324
	katılmıyor	17 44.7	33 50.8	10 50.0	12 66.7	72 51.1		
	katılıyor	20 52.6	40 61.5	12 60.0	12 66.7	72 51.0		
Danışmanlık benim için zaman kaybıdır	çekimser	9 23.7	16 24.6	3 15.0	1 5.6	29 20.6	4.587	0.246
	katılmıyor	9 23.7	9 13.8	5 25.0	5 27.7	27 19.1		
	katılıyor	20 52.6	40 61.5	13 65.0	11 61.1	71 50.3		
Toplam	çekimser	8 21.1	11 17.0	0 0	2 11.1	21 14.9		
	katılıyor	10 26.3	14 21.5	7 35.0	5 27.8	36 25.5		
		38 27.0	65 46.1	20 14.2	18 12.8	141 100.0		

*Sütun yüzdesi, NA: uygun değil

FARKLI TÜTÜN KULLANIM ŞEKİLLERİNİN HUMORAL İMMÜN SİSTEM PARAMETRELERİNE ETKİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Hasan EKERBİÇER*, Murat ARAL**, Mustafa ÇELİK***, Pınar ÇIRAGIL*,
Mustafa GÜL*, İbrahim ARAL****

*KSÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı, **Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji, ***Aile Hekimliği Anabilim Dalları
****Fırat Üni. Tıp Fakültesi İmmünoloji A.D

ÖZET

Günümüze dek tütün kullanımının insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri ve ilişkili olduğu hastalıkların birçoğu aydınlatılabilmektedir. Yapılan çalışmalar sigaranın immunotoksik ve genotoksik etkilerinin sigaranın buhar fazından çok partikül fazından kaynaklandığını ortaya koymuştur. Ancak nikotinin immün sistem üzerindeki etkileri halen daha net bir şekilde ortaya konamamıştır. "Maraş otu" (Nicotina Rustica L.) yurdumuzun Güneydoğu Anadolu ve Doğu Akdeniz bölgelerinde yaygın olarak tüketilen, oldukça fazla sayıda tiryakisi bulunan, buccal yolla kullanılan bir tütün çeşididir. Bu çalışmada sigara ve maraş otu kullanımının humoral immün sistem parametrelerine etkisini incelemek amaçlandı. Çalışmaya daha önce hiç sigara veya maraş otu kullanmamış 70 sağlıklı gönüllü (kontrol grubu), en az 5 yıldır günde bir paket sigara kullanan 70 ve en az 5 yıldır günde bir paket (≅16gr.) "Maraş otu" kullanan 37 sağlıklı gönüllü dahil edildi. Her üç gruptan alınan kan örneklerinde, humoral immün sistem parametrelerinden; IgA, IgG, IgM, C3 ve C4 düzeylerine bakıldı. Çalışmamızda, her üç gruptaki bireylerin %96'sından fazlasında humoral immün sistem parametreleri normal sınırlar içindeydi. Bu sonuçlara göre her iki tütün kullanım şeklinin de humoral immün sistem parametrelerini olumsuz yönde etkilemediğini düşünmekteyiz.

Anahtar sözcükler: Tütün, Sigara, Maraş otu, Nikotin, Humoral immün sistem.

GİRİŞ

Tütün kullanımının bir çok zararlı etkisi artık tüm dünyaca bilinmektedir. Tütün kullanımı ile ilişkili hastalıkların bir çoğu bugüne kadar net bir şekilde aydınlatılmıştır. A.B.D'de halen sigaradan her yıl 400.000'in üzerinde insan ölmekte ve sigaraya bağlı hastalıklar nedeniyle ortaya çıkan direkt sağlık bakım maliyetleri 50 milyar \$'ı aşmaktadır (1).

"Maraş otu" veya "Ağız otu" (Nicotiana rustica L.), Kahramanmaraş ve çevresinde oldukça fazla sayıda tiryakisi bulunan bir tütün çeşididir. Alkaloid içeriği Nicotina tabacum L.'nin 6-10 katı olabilmektedir. Nicotina rustica L. kullanılmadan önce yaprakları toz haline getirildikten sonra meşe, ceviz veya asma çubuğundan elde edilen kül 1/2 veya 1/3 oranında katılarak birlikte ezilir ve hafif nemlendirilir. Tütünün hazırlanması esnasında karıştırılan külün, ortamı alkali yaparak ağız mukozasından emilimi kolaylaştırdığı bilinmektedir. Çoğunlukla sigarayı bırakmak için başvuru olan, ancak yüksek nikotin içeriği nedeniyle bağımlı kalınan ve buccal yolla kullanılan bir dumansız tütün tüketimidir (2-4). İnsan sağlığına olumsuz etkileri detaylı bir şekilde

aydınlatılmamıştır. Dumansız tütün kullanımı ve sigaranın immün sistem üzerine etkilerini, farklı olup olmadığı merak konusudur. Bu ilişkinin çözümü tedavi ve korunma stratejilerinin belirlenmesi açısından önemlidir.

AMAÇ

Bu çalışmada Maraş otunun ve sigaranın humoral immün sistem parametrelerine etkilerini araştırmak amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Kontrol grubu sigara kullanmayan 33 kadın (% 47.1) 37 erkek (%52.9), sigara kullanan grup 31 kadın (% 44.2) 39 erkek (% 55.8), maraş otu grubu 17 kadın (%45.7) 20 erkek (% 54.1) bireyden oluşmaktaydı. Kontrol grubunun yaş ortalaması 37.8±12.5 SS (min. 19-maks. 73), sigara kullanan grubun yaş ortalaması 37.6±12.0 SS (min. 20-maks. 71) ve Maraş otu kullanan grubun yaş ortalaması 41.9±10.2 SS (min. 22-maks. 69) şeklindeydi. Grupların yaş ortalamaları ve cinsiyet dağılımları benzerdi (P>0.05). Bireylerin sigara ve Maraş otu gruplarına seçilme kriteri olarak en az 5 yıl günde bir paket sigara veya Maraş otu (bir paketi ortalama 16 gr ± 3 gr SS) kullanmak alındı. Alınan kan örneklerinden humoral immün sistem parametreleri (IgA, IgG, IgM, C3 ve C4 düzeyleri) nefelometrik yöntemle DADE BEHRING (Dade Behring Marburg GmbH, Marburg, Germany) marka kitler kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizi SPSS 8.0 bilgisayar programı yardımıyla yapıldı.

BULGULAR

Her 3 gruptaki bireylerin humoral immün sistem parametreleriyle ilgili verileri Tablo 1'de verilmiştir. Bireylerin hemen hemen tümü (%96-%100) humoral immün sistem parametreleri açısından normal sınırlar içindeydi. Bu nedenle herhangi bir istatistiksel değerlendirmeye gerek duyulmadı.

TARTIŞMA

Yapılan çalışmalar, sigaranın immünotoksik ve genotoksik etkilerinin sigaranın buhar fazından çok partikül fazından kaynaklandığını ortaya koymuştur. Partikül fazı nikotin başta olmak üzere binlerce maddeden oluşmaktadır. Nikotinin sigaradaki major immünsupresif ajan olduğu yönünde bir çok bulgu vardır. Nikotin ACTH ve katekolaminlerin salgılanmasına neden olur. Bunların da immün sistemi baskılayıcı etkileri vardır (1).

Moszczyński ve ark. (5), sigara dumanının immün sistem üzerindeki baskılayıcı etkisine bağlı olarak İmmünglobulinlerin ve lizozimin serum konsantrasyonlarında düşme, özellikle 10 yıldan fazla sigara içenlerde, (CD16+) NK (Natural Killer) hücre sayısında düşme ve (CD8+) T sitotoksik lenfosit sayısında artma, buna bağlı olarak da CD4+/CD8 oranında düşme gözlemlenmiştir.

Sigara dumanının lenfositler üzerine etkisini araştıran birçok çalışmada, tüm lenfosit popülasyonlarında artmaya eşlik eden bir lökositozdan bahsedilmektedir. Sigara kullanımı ve in vitro lenfosit fonksiyonlarına etkileri arasındaki ilişki tartışmalıdır. Bazı yazarlar lenfositlerin T hücre mitojenleri ve proliferatif yanıtında önemli düşüşler bildirirken bazı yazarlar da sigara içenler ve içmeyenler arasında bu yanıt açısından önemli bir fark olmadığını bildirmişlerdir. Ayrıca bu değişikliklerin etnik yapıdan etkilendiği de bildirilmiştir. Ayrıca sigara kullanımının birçok immünglobulin düzeylerini serum düzeylerini düşürdüğü (IgE dışında) gösterilmiştir (IgE yükselir). İmmünglobulin düzeyleri etkisi olmadığını savunan yayınlar da vardır (1).

Özellikle T hücre alt kümelerinde farklılaşmalar birçok yazar tarafından belirtilmiştir. Birkaç çalışmada B lenfositlerinin değil, sadece T lenfositlerinin dolaşımdaki sayısında ve fonksiyonel alt kümelerinde farklılaşma olduğu gösterilmiştir (6).

Sigara kullanımının beyaz deneclerde, immünglobulin düzeylerinde azalmanın, NK hücrelerinin sayılarında ve fonksiyonlarında azalmanın ve T hücre alt kümelerinde azalmanın eşlik ettiği bir dizi immünolojik bozulmayla ilişkili olduğu gösterilmiştir (7-13).

Toole ve ark. (14) beyazlarda yaptıkları bir çalışmada, sigara içenlerde anlamlı olarak CD4+ hücrelerinin oranının yüksek, CD4/CD8 oranının biraz yüksek olduğunu ve CD16+ NK hücre oranının anlamlı olarak düşük olduğunu bulmuşlardır. Bir diğer çalışmalarında ise beyazlardan farklı olarak siyah tiryakilerde CD4+ hücre oranları içmeyenlerden anlamlı düzeyde düşüken ve CD4/CD8 oranı veya CD16+ NK hücre oranlarında içenler ve içmeyenler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Hem siyahlarda hem de beyazlarda doz-yanıt ilişkisini, günlük içilen sigara sayısına bağlı olarak CD4+ hücre düzeyinde belirgin olarak bulmuşlardır. Beyazlarda içilen her 10 sigaraya karşılık CD4+ hücre sayısı %1.2 artarken siyahlarda %2 azaldığını, her iki ırkta da sigaranın CD4+ hücreleri üzerindeki etkisinin, sigarayı bıraktıktan sonra 1-2 yıl içinde geçtiğini bildirmişlerdir.

Sigaranın/nikotininin Th1/Th2 oranına etki ettiği ve Th1 yanıtı inhibe ederek (hücre sel immün yanıtı baskılayarak) enfeksiyonlara duyarlılığı artırdığı birçok araştırmacı tarafından bildirilmiştir (1).

Dumansız tütün kullanımının kompleman aktivasyonuna neden olduğu, T hücre sitokin paternini düşürerek oral kanserlere neden olabileceği, sekretuar IgA sentezini anlamlı olarak artırdığı, DNA sentezini inhibe ederek Lenfokin-activated katil hücre aktivitesini baskıladığı çeşitli araştırmacılar tarafından bildirilmiştir (15-17).

Sistemik emilim ve nikotin düzeyleri sigara içenlerde ve dumansız tütün kullananlarda benzer bulunmuştur (18). Ancak Çok I. ve arkadaşlarının (19) üriner nikotin seviyelerine baktıkları çalışmalarında; maraş otu kullananlarda sigara içenlerden üç kat daha fazla üriner nikotin seviyeleri tespit etmişlerdir.

Görüldüğü üzere, sigara/nikotin kullanımının ve/veya dumansız tütün kullanımının hem hücre sel hemde humoral immüniteyi çeşitli düzeylerde olumsuz etkilediği birçok araştırmacı tarafından bildirilmiştir. Ancak bu etkilemenin ne düzeyde olduğu henüz net bir şekilde ortaya konamamıştır. Sigaranın ve/veya dumansız tütün kullanımının immün sistem parametrelerine ve mekanizmalarına etkisi merak konusudur. Literatür bilgileri birbiriyle uyum göstermemektedir. Bu farklılıkların doz, süre ve etnik durumdan etkilenebileceği birçok araştırmacı tarafından bildirilmiştir (1).

SONUÇ

Bizim çalışmamızda; her üç gruptaki bireylerin %96'sından fazlasında humoral immün sistem parametreleri normal sınırlar içindeydi. Bu nedenle grupların parametre değerlerinin farklılığını istatistiksel olarak test etmedik. Bu sonuçlara göre her iki tütün kullanım şeklinin de humoral immün sistem parametrelerini olumsuz yönde etkilemediğini düşünmekteyiz. Sigara kullanımının, hücre sel immüniteyi ve hücre sel immün sistem parametrelerini olumsuz yönde etkilediği, Th1 immün yanıtı inhibe ederek enfeksiyon ajanlarına duyarlılığı artırdığı birçok araştırmacı tarafından bildirilmiştir. Tüm bunların ışığında ileriki aşamalarda her iki grubun hücre sel immün sistem parametrelerinin de karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesinin; mekanizması hala daha tam

VİLLULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

anlamıyla bilinmeyen bu biyolojik sürecin anlaşılmasında ve nikotin ile ilişkili olduğu düşünülen hastalıklardan korunmada ve tedavilerinin geliştirilmesinde yol gösterici olacağına inanıyoruz

KAYNAKLAR

1. Soporı L. M., Kozak W., 1998. Immunomodulatory effects of cigarette smoke. Journal of Neuroimmunology. 83, 148-156.
2. Saitoh F., Noma M., Sawashima N., 1985. The Alkaloids Contents of Sixty Nicotiana species. Phytochem 24: 477-480.
3. Shmuk AA., 1953. The Chemistry and Technology of Tobacco. Pischepromizdat, Moscow.
4. Erenmemişoğlu A., Tekol Y., Kartal M., Kurucu S., 11-14 June 1991. The use of a Smokeless Tobacco In Our Country "Maraş Otu" Second International Symposium of Pharmaceutical Sciences, Ankara-Türkiye.
5. Moszczynski P, Zabinski Z, Moszczynski P Jr, et al. 2001 Jan. Immunological findings in cigarette smokers. Toxicol Lett 3:118 (3):121-127.
6. Larramendy L. M., Knuutila S., 1991. Increased frequency of micronuclei in B and T8 Lymphocytes from smokers. Mutation Research, 259, 189-195.
7. Holt PG. Immune and inflammatory function in cigarette smokers. 1987. Thorax. 42, 241-249.
8. Gulsvik A, Fagerhol MK. 1979. Smoking and immunoglobulin levels. Lancet. 1, 449.
9. Tollerud DJ. et al. 1989. Association of cigarette smoking with decreased numbers of circulating natural killer cells. Am Rev Respir Dis. 139, 194-8.
10. Tollerud DJ. et al. 1989. The effects of cigarette smoking on T-cell subsets: a population-based survey of healthy Caucasians. Am Rev Respir Dis. 139:1446-51.
11. Buckley CE, Darsey FC. 1971. Serum immunoglobulin levels throughout the life span of healthy man. Ann Intern Med. 75: 75:673-82.
12. Tollerud DJ. et al. 1989. The influence of age, race, and gender on peripheral blood mononuclear cell subsets in healthy nonsmokers. J Clin Immunol. 9:214-22.
13. Miller LG, Goldstein G, Murphy M, Ginns Lc. 1982. Reversible alterations in immunoregulatory T cells in smoking: analysis by monoclonal antibodies and flow cytometry. Chest, 82:526-9.
14. Tollerud J. D. et al. 1991. T Cell Subsets in Healthy Black Smokers and Nonsmokers. Am Rev Respir Dis 144, 612-616.
15. Chang T, Chowdhry S, Budhu P, Kew RR. 1998 Jun. Smokeless tobacco extracts activate complement in vitro a potential pathogenic mechanism for initiating inflammation of the oral mucosa. Clin Immunol Immunopathol. 87(3):223-229.
16. Zhang S, Petro TM. 1996 Aug-Sep. The effect of nicotine on murine CD4 T cell responses. Int J Immunopharmacol;18(8-9):467-78.
17. Gregory RL, Kindle JC, Hobbs LC, Malmstrom HS. 1991. Effect of smokeless tobacco use in humans on mucosal immune factors. Arch Oral Biol. 36(1):25-31.
18. Lindemann RA, Park NH. 1988. Inhibition of human lymphokine-activated killer activity by smokeless tobacco(snuff) extract. Arch Oral Biol. 33(5):317-321.
19. Cok I, Ozturk R. 2000 Nov. Urinary cotinine levels of smokeless tobacco (Maras powder). Human and Experimental Toxicology. 19(11), 650-655.

Tablo 1 : Gruplarla Humoral İmmün Sistem Parametrelerinin Tanımlayıcı İstatistikleri

Gruplar	IgA	IgM	IgG	C3	C4
Sigara Kullanmayan (n=70)					
Ortalama ± SS	2.2±0.9	1.3±0.5	11.7±2.7	1.3±0.3	0.3±0.0
Min.-Med.-Maks.	0.6-2.0-5.7	0.4-1.3-3.2	7.9-11.3-20.8	0.7-1.3-1.9	0.1-0.2-0.6
Sigara Kullanan (n=70)					
Ortalama ± SS	1.9±0.8	1.3±0.7	12.9±2.3	1.4±0.3	0.2±0.0
Min.-Med.-Maks.	0.5-1.8-4.8	0.3-1.2-3.3	8.2-12.9-17.8	0.8-1.4-2.0	0.1-0.2-0.5
Maraş Otu Kullanan (n=37)					
Ortalama ± SS	2.3±0.9	1.2±0.4	12.0±3.7	1.1±0.3	0.2±0.1
Min.-Med.-Maks	0.3-2.3-4.5	0.5-1.2-2.3	6.9-11.8-31.3	0.4-0.9-1.8	0.1-0.2-0.8

ANKARA İLİNDE BİR İLÇE MERKEZİNDE YAŞAYAN 15 YAŞ VE ÜZERİ KADINLARIN SİGARA İÇME DURUMLARI

Zeynep BAYKAN*, Seçil ÖZKAN**, M.Ali BUMİN***

* Uzman Dr.

** Öğr.Gör.Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.

***Prof.Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.

ÖZET

Sigara dünyadaki pek çok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkede önlenebilir bir morbidite ve mortalite nedeni olduğu için önemli bir halk sağlığı sorunudur ve kadınlar sigara içen popülasyonun en hızlı büyüyen grubu olduklarından ayrıca bir öneme sahiptirler. Bu çalışma, Ankara İli bir İlçe Merkezinde yaşayan 15 yaş ve üzeri kadınlarda sigara içme sıklığının belirlenmek amacıyla Aralık 2001 yılında uygulanmış kesitsel tipte bir araştırmadır. Çalışmada 3500 kadının incelenmesi gerektiği hesaplanmış, araştırma sonunda 3438 kadına (%98.2) ulaşılmıştır. Araştırmada kadınlara yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak anket uygulanmıştır.

Araştırmada incelenen 3438 kadının %23.5'i sigara içmekte, %73.1'i sigara içmemekte, %3.4'ü daha önce içmiş bırakmıştır. Sigara içmedeki risk faktörleri yaş, medeni durum ve öğrenim durumu olarak saptanmıştır. Sigara içimi evli olanlarda

evli olmayanlara göre 2.05 kez ve ortaöğrenim üzerinde eğitimi olanlarda olmayanlara göre 1.79 kez daha fazladır. Her bir yaş artışında sigara içme olasılığı 0.99 kez azalmaktadır.

Halen sigara içen ve içip bırakmış olan kadınların sigaraya bağlı şikayetlerinin olup olmaması yönünden aralarında anlamlı bir fark saptanmamış ($p>0.05$). İanı konulan hastalığı olma yönünden anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$).

İncelenen kadınlara evde sigara içen biri olup olmadığı sorulduğunda sadece %28.9'unda evde sigara içen kişi/kişilerin olmadığı öğrenilmiştir.

Bu araştırma yaklaşık her dört kadından birinin aktif içici olduğunu ve evlerin yaklaşık %70'inde sigara içen bir veya birden fazla kişinin olduğunu göstermiştir. Bu durum "Herkesin Sağlık 2001" için belirlenen hedeften çok uzakta olduğumuzu ve bir an önce etkin önlemler almamız gerektiğini bize hatırlatmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sigara içme, kadın, risk faktörleri

GİRİŞ

Tütünün keyif verici bir madde olarak 4000 yıldır Meksika, Orta ve Güney Amerika'da kullanıldığı bilinmektedir. Avrupa'ya taşınması 15. yüzyıl sonlarında Kristof Kolomb tarafından olmuştur. 16. ile 17. yüzyılda tütün alışkanlığı Avrupa'da hızla yayılmış ve 18. yüzyılın sonlarına doğru ise sigara şeklinde üretim başlamıştır (1).

Sigara içme alışkanlığı uzun yıllar zevk verici etkisinden dolayı toplumda kabul görmüş ancak 1950'li yıllardan sonra tütünün sağlık üzerine olumsuz etkilerinin farkına varılmaya başlanması ile birlikte ileri ülkelerde sigara aleyhtarı kampanyalar başlatılmıştır. Sigara, kullanan kişiye verdiği zararların yanı sıra pasif içicilere ve ülke ekonomisine de oldukça büyük zararlar vermektedir (1).

Sigara dünyadaki pek çok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkede önlenebilir bir morbidite ve mortalite nedeni olduğu için önemli bir halk sağlığı sorunudur (1, 2). Halen dünyada 1 milyarın üzerinde insanın sigara içtiği bildirilmektedir (1). Dünya Sağlık Örgütü'nün kabul ettiği hesaplara göre dünyada sigaraya bağlı yılda 4.5 milyon ölüm olmaktadır ve bunun 1.5 milyon kadarı gelişmekte olan ülkelerdedir (3). Sağlıkta bugünkü eğilimlerle sürmesi halinde 2030'lu yıllarda bu rakamın 10 milyona ulaşacağı ve %70'inin gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşeceği tahmin edilmektedir (3). Amerika Birleşik Devletlerinde sigara AIDS, alkol, kokain, eroim, intihar, motorlu taşıt kazaları ve yangınlardan daha çok ölüme neden olmaktadır (4). Türkiye'de 17 milyon kadar sigara içen insan vardır ve her yıl 70-100 bin kişinin sigaraya bağlı nedenlerle yaşamını yitirdiği tahmin edilmektedir. Bu sayı trafik kazalarına bağlı ölümlerden 10-15 kat fazladır (3). Tütün ve sigaranın güçlü bir bağımlılık yapıcı özelliği bulunmaktadır. Sigara içmeyi bir kez deneyen her dört kişiden üçü sigara tiryakisi olmaktadır (1).

Sigara içme oranları tüm dünyada erkeklerde %42, kadınlarda %12'dir. Gelişmekte olan ülkelerde bu oran erkeklerde %50, kadınlarda %2-10 iken gelişmiş ülkelerde erkeklerde %30-50 kadınlarda %20-40'dır (1, 5). ABD'de 1999 yılı verilerine göre aktif içicilik %24 oranındadır, bu oran erkeklerde %26, kadınlarda %22'dir. ABD'nin 2010 yılı için hedefi bunu %12'ye indirmektir (4, 6). Dünyada genel olarak kadınlarda sigara içme sıklığı daha düşüktür (5). Sanayileşmiş ülkelerde düzenli içicilerin üçte biri kadınlardan oluşmaktadır. Kadınlarda en yüksek sigara içme oranı %37 ile Danimarkalı kadınlar arasındadır (5). Türkiye'de de sigara alışkanlığı erkeklerde kadınlara göre daha fazladır. Ancak kentlerde yaşayan ve çalışan kadınlar arasında sigara içme alışkanlığı giderek artış göstermektedir (7).

Kadınlar sigara içen popülasyonun en hızlı büyüyen grubudur. Genç erkekler kadınlardan daha çok sigara tüketmelerine rağmen adölesan kızların bu farkı kapadıkları gözlenmektedir. ABD'de üreme çağındaki kadınların %29'u sigara içmekte ve bunların %19-30'u hamile kaldıkları dönemde de sigaraya devam etmektedir (8).

Sigara, kadınları, kadın sağlığı konusunda da risk altına sokmaktadır. Kadınları sigaraya bağlı olan ancak cinsiyetlerine özgü sağlık riskleri ve giderek artan sayıları nedeniyle ayrı bir grup olarak incelemek önemlidir. Bu araştırmada, Ankara İli Gölbaşı İlçe Merkezinde yaşayan 15 yaş ve üzeri kadınlarda sigara içme sıklığının belirlenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma Ankara İli Gölbaşı İlçe Merkezinde Aralık 2001 yılında uygulanmış kesitsel tipte bir araştırmadır. İlçe merkezinde yaşayan 15 yaş ve üzeri kadınlar (19893 kadın) araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Çalışmada Türkiye'de kadınların sigara içimi ile ilgili güvenilir veri bulunmadığından ve yapılan çalışmalardan elde edilen veriler değişiklik gösterdiğinden kadınların sigara kullanma sıklığı tüm dünyada kadınları için kabul edilen oran olan %10 olarak alınmış ve %5 yanılma payı ve 0.01 sapma ile 3500 kadının incelenmesi gerektiği hesaplanmıştır. Araştırma Bölgesinde bulunan toplam 17 mahalleden küme örnekleme yöntemi ile 6 mahalle örneğe seçilmiştir. Araştırma sonunda hedeflenen 3500 kadından 3438'ine (%98.2) ulaşılmıştır.

Araştırma iki bölüme ayrılmıştır. Birinci bölümde kadınların sigara içme durumları tespit edilmiş; ikinci bölümde ise kadınların sigara içiminin sağlığa ve üreme sağlığına etkileri konusundaki eğitim ihtiyaçlarının saptanması amaçlanmıştır. Araştırmada kadınlara yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak anket uygulanmıştır. Anket formunda kişilerin tanımlayıcı özellikleri, sigara içip içmedikleri, sigaraya bağlı şikayetlerinin olup olmadığı, evde başka sigara içen kişilerin olup olmadığı ve çocukları ile ilgili sorular sorulmuştur. Sigara içme "her gün düzenli biçimde en az 1 kez sigara içmek" olarak alınmıştır (1). Elde edilen veriler SPSS 7.51 istatistik paket programına yüklenmiş ve analizler yine aynı programda yapılmıştır. İstatistik değerlendirilmede ki-kare testi ve risk faktörlerinin değerlendirilmesinde lojistik regresyon analizi kullanılmıştır.

BULGULAR

Araştırmada toplam 3438 kadın incelenmiştir. İncelenen kadınların bazı demografik özelliklerine göre sigara içme durumlarının dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir. İncelenen kadınların %32.1'i 15-24 yaş grubundadır. %70.9'u evli, %46.5'i ilkököl mezunudur. Kadınların %79.9'u ev hanımıdır. İncelenen 15 yaş ve üzeri kadınların %23.5'i sigara içmektedir. %73.1'i sigara içmezken, %3.4'ü içip bırakmıştır. Sigara içimi en fazla %32.6 ile 25-34 yaş grubundadır. Bunu sırasıyla 35-44, 45-54 ve 15-24 yaş grupları izlemektedir. Bu gruplarda sigara içme yüzdeleri %27.0, %19.9 ve %18.6'dır. Sigara içiminin en az olduğu yaş grubu ise 65 yaş ve üzeridir. Bu gruba %10'u sigara içmektedir. Evli kadınların %26.2'si, bekarların %14.8'i sigara içmektedir.

Sigara içimi en yüksek %31.3 ve %28.5 ile lise mezunlarıyla yükseköğretim mezunları arasındadır. Sigara içiminin öğrenim düzeyi arttıkça arttığı gözlenmektedir. Çalışmada evhannın, işsiz ve emekli olanları çalışmıyor olarak, işçi-memur veya serbest meslek sahibi olanlarla öğrenci olanlar çalışıyor olarak alınmıştır. Çalışmayan kadınların %24.3'ü, çalışan kadınların %19.9'u sigara içmektedir. Sigara içmedeki risk faktörlerinin lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmesi Tablo 2'de gösterilmiştir. Yaş sürekli değişken, medeni durum, öğrenim durumu ve meslek kategorili değişken olarak alınmıştır.

VIII ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Lojistik regresyon ile yapılan analizde yaş, medeni durum ve öğrenim durumu risk faktörü olarak saptanmıştır. Sigara içimi evli olanlarda evli olmayanlara (bekar/dul/boşanmış) göre 2.05 kez ve ortaöğrenim üzerinde eğitimi olanlarda olmayanlara göre 1.79 kez daha fazladır. Her bir yaş artışıında sigara içme olasılığı 0.99 kez azalmaktadır.

Halen sigara içen ve içip bırakmış olan kadınların ortalama sigara içme yılları 10.9±8.7 yıldır. Bu kadınların sigara içtikleri yılların ve içtikleri sigara miktarlarının dağılımı Tablo 3'de gösterilmiştir. Halen sigara içen kadınların %31.9'u 5 yıldan az bir süre sigara içmektedirler. İçmiş bırakmış olanların %40.5'i de 5 yıldan az bir süre sigara içmişlerdir. Halen sigara içen ve içip bırakmış olan kadınların sigara içmeye bağlı şikayetlerinin ve tanı konulan hastalıklarının dağılımı Tablo 4 ve 5'de gösterilmiştir.

Halen sigara içen ve içip bırakmış olan kadınların sigaraya bağlı şikayetlerinin olup olmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Halen sigara içen kadınların %33.9'unun, içip bırakmış olan kadınların %42.2'sinin sigaraya bağlı şikayetleri bulunmaktadır. Bu şikayetler arasında solunum sistemine ait olanlar sırasıyla %89.3 ve %83.5 ile en yüksek düzeydedir. Bunu halen sigara içenlerde santral sinir sistemine, kardiyovasküler sisteme ve gastrointestinal sisteme ait şikayetler izlemektedir. Sigara içip bırakmış olanlarda ise gasitestinal ve kardiyovasküler sisteme ait şikayetler santral sinir sistemine ait olanlardan önce gelmektedir.

Halen sigara içen ve içip bırakmış olan kadınlar arasında sigaraya bağlı tanı konulan hastalığı olma yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Sigara içip bırakanların %13.0'ında hastalık tanısı varken, sigara içenlerin %5.8'inin tanı konulan hastalığı vardır.

Halen sigara içen ve sigaraya bağlı tanı konulan hastalığı olanların %69.8'inde solunum sistemine ait bir hastalık mevcuttur. Bunu sırasıyla gastrointestinal sistem, santral sinir sistemi ve kardiyovasküler sisteme ait olanlar izlemektedir.

Halen sigara içen kadınların sigarayı bırakmak için bir denemede bulunup bulunmadıkları sorulduğunda %64'ü bu soruya cevap vermiştir. Bu soruya cevap verenlerin %47.4'ü bir denemede bulduklarını söylemişlerdir. Bu kişiler ortalama 2.69±2.62 kez sigarayı bırakmak için denemede bulunmuşlardır. Halen sigara içen ve sigaraya bağlı tanı konulan hastalığı olanların %62.2'si sigarayı bırakmak için ortalama 2.44±1.48 kez denemede bulunmuşlardır.

Halen sigara içen kadınların, sigara içmeye bağlı doktor tarafından tanısı konulan hastalığı olma durumuna göre sigarayı kesme girişimleri arasında istatistiksel olarak fark saptanmıştır ($p<0.05$). Hastalığı olanların %63.6'sı sigarayı kesmek için bir girişimde bulunmuşken, hastalığı olmayanların %45.1'i girişimde bulunmuştur. Ancak hastalığı olanlarla olmayanlar arasında deneme ortalaması arasında fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

İncelenen kadınlarda evde sigara içen biri olup olmadığı sorulduğunda sadece %28.9'unda evde sigara içen kişi/kişilerin olmadığı öğrenilmiştir. Kadınların %25.2'si ev içinde hiçbir zaman sigara içilmesine izin vermezken, %53.4'ü her zaman, %21.3'ü bazen evde sigara içilmesine izin vermektedir.

İncelenen kadınların %50.9'unun 12 yaş altında çocuğu vardır. Bu evlerin sadece %38.8'inde aileler çocuklarının yanında sigara içmemektedirler. Çocukların yanında sigara içilmesine bile bu evlerin %48.4'ünde evde sigara içen kişi/kişiler bulunmaktadır. 12 yaş altında çocuğu olan ailelerin %66.2'si sigaranın zararlarını çocuklarına anlatmaktadırlar ve %96.3'ü çocuklarının ileride sigara içmesini istememektedir. Çocuklarının sigara içmesini istemeyen annelerin %27.6'sı sigara içmekte, %69.3'ü içmemekte ve %3.1'i içip bırakmıştır. Yine bu ailelerin %76.7'sinin evinde her zaman/bazen sigara içilmektedir.

TARTIŞMA

Tüm dünyada sigara içimi önemli bir halk sağlığı sorunudur (1, 3). DSÖ verilerine göre; dünyada sigara içime alışkanlığı ortalama %7.1'lik bir artış göstermekte olup, Türkiye'de bu artış %10 civarındadır (9). Kadınlar sigara içen popülasyonun en hızlı büyüyen grubudur (8).

Bu çalışmada Gölbaşı İlçe Merkezinde yaşayan toplam 3438 kadın incelenmiştir. İncelenenlerin %23.5'i sigara içmektedir. %73.1'i sigara içmemekte ve %3.4'ü daha önce içmiş bırakmışlardır. Türkiye'de 1988 yılında yapılmış ve ülkeyi temsil etme niteliği bulunan "Sigara Alışkanlığı ve Sigarayla Mücadele Kamuyu Araştırması" sonuçlarına göre sigara kullanma oranı 15 yaş üstü erkeklerde %62.8, kadınlarda %24.3, tüm nüfusta %43.6 olarak bulunmuştur (1). 1993 yılında yapılan ve Türkiye'yi temsil edici özelliği olan BİGTAŞ Araştırma Raporuna göre de erkeklerin %58.9'u, kadınların %13.5'i sigara içmektedir (10). Elazığ'da 1998 yılında Ergüder'in yaptığı çalışmada 18 yaş ve üzeri kadınlarda sigara içme sıklığı %13.4 olarak bulunmuştur (5). 1998 yılında Gölbaşı ilçesini üç köyünde yapılan bir çalışmada da kadınlar için sigara içme prevalansı %18.6 olarak bulunmuştur (11). Bizim çalışmamızın sonuçları 1988 yılında yapılan çalışmanın sonuçları ile benzerdir. Daha sonraki yıllarda yapılan toplumu temsil edici çalışmalarda ise oran daha düşük bulunmuştur. Gölbaşı bölgesinde yapılan diğer çalışmadan daha yüksek bulunmasının nedeni olarak ilçe merkezinde yaşayan kadınların sosyo-ekonomik düzeylerinin ve eğitim düzeylerinin daha iyi olabileceği düşünülmüştür. Avrupa Birliğine üye ülkelerde yaşayan kadınlarda 1994 yılında sigara içme prevalansı %28, ABD'de %23.1, İsveç'te %24'tür. Dünyadaki tüm gelişmiş ülkelerde kadınların sigara içme prevalansları %20 ve civarındadır. Ancak Müslüman ve Uzak Doğu Asya ülkelerinde sigara içme prevalansı kadınlarda oldukça düşüktür. Endonezya'da bu oran %4, Kuveyt'de %12, Malezya'da %4, Filipinler'de %8, Hindistan'da %3, Irak'ta %5, Mısır'da %1, Türkmenistan'da %0.5, Pakistan'da %4.4'dür (5). Gölbaşı ilçe merkezinde yaşayan kadınlarda sigara içme prevalansı gelişmiş ülkelerdeki kadar yüksektir.

Kadının eğitim ve sosyo-ekonomik düzeyine göre sigara içme prevalansı artmaktadır. Elazığ'da Sezer ve ark. hekim ve diş hekimleri üzerinde yaptığı bir çalışmada kadınlarda sigara içme prevalansını %39.5 olarak bulmuştur. Saltık ve ark. Edirne'de orta öğretim öğretmenlerinde yaptıkları bir çalışmada ise kadınlarda sigara içme sıklığı %33.8 olarak tespit edilmiştir. Antalya'da yapılan başka bir çalışmada ise kadın sağlığı personelinde sigara içme oranı %42.6 olarak tespit edilmiştir (5). 1997 yılında Bilir ve ark. Ankara ilinde görevli değişik meslek gruplarındaki kişilerle çalışmada kadın öğretmenlerin %53.8'i, kadın gazetecilerin %57.8'i, kadın sporcuların %27.9'u, kadın sanatçıların %40.0'i, kadın doktorların %33.9'u ve kadın milletvekillerinin %33.3'ünün sigara içtiğini bulmuşlardır (5). Yapılan bu çalışmada da öğrenim durumunun sigara içimine etkili bir faktör olduğu bulunmuştur. Ortaöğrenim üzerinde eğitimi olanların olmayanlara göre 1.79 kez daha fazla sigara içtikleri saptanmıştır. Ortaöğrenim ve altında eğitimi düzeyi olanların %21.4'ü sigara içerken, ortaöğrenim üstünde eğitim düzeyi olanların %30.7'si sigara içmektedir. Kadınların sigara içimindeki önemli bir risk faktörü de medeni durum olarak saptanmıştır. Sigara içimi evli olanlarda olmayanlara göre 2.05 kez daha fazla bulunmuştur.

Araştırmada yaş da sigara içiminde etkili bir faktör olarak saptanmıştır. 15-24 yaş grubunun %18.6'sı sigara içerken bu oran %32.6'le 25-34 yaş grubunda en yüksek değere ulaşmakta, sonra tekrar düşme eğilimi göstermektedir. Bu oran 55-64 yaş grubunda %12.1'e, 65 yaş ve üzerinde %10.0'a düşmektedir. Bunun nedeni kişilerin yaş ilerledikçe sigaraya bağlı sağlık sorunları nedeniyle ya da sağlık personelinin tavsiyesi ile sigarayı bırakmaları ve daha ileri yaşlarda da sigaraya bağlı bir hastalık nedeni ile ölmelerine bağlanabilir.

Araştırmada halen sigara içen kadınların %56,8'inin günde 5-20 adet sigara içtikleri saptanmıştır. 20'nin üzerinde sigara içen kadınların oranı %8,4'dür. Ergüder'i çalışmasında bu oran %23,5'dir. Ergüder'in çalışmasında sigara içme prevalansı çalışmamızdan düşük olmasına rağmen ağır içici olan kadınların sayısı daha fazladır. İzmir-Menderes'deki ilk ve orta dereceli okulların kadın öğretmenlerinde yapılan bir çalışmada günde 20'nin üzerinde sigara içme oranı %2,2 bulunurken, Sezer ve ark. Elazığ ilinde görev yapan ebe ve hemşirelerde yaptıkları çalışmada %14,5 olarak bulunmuştur (5). Bilir ve ark. yaptığı çalışmada milletvekili olan kadınların %40,0'min, gazetecilerin %13,5'inin, sanatçıların %13,7'sinin, doktorların %17,2'sinin ağır içici oldukları saptanmıştır.

Araştırmamızda sigara içen ve içip bırakmış olan kadınlar arasında sigaraya bağlı şikayetlerin olup olmaması yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamışken, sigaraya bağlı tanı konulan hastalık yönünden fark saptanmıştır. Sigara içip bırakanların %13,0'unda hastalık tanısı varken, sigara içenlerin %5,8'inin tanı konulan hastalığı vardır. Bu da kadınların hastalık tanısı aldıktan sonra sigarayı bırakmış olabileceklerini akla getirmektedir. Sigara içen kadınları yaklaşık yarısı sigarayı bırakmak için denemede bulduklarını söylemişlerdir. Türkiye'de yapılan çalışmalar toplumun yarısından fazlasının sigarayı bırakmayı düşünmediklerini göstermektedir (5). Bu sonuçta çalışmamızla uyumludur ki bu da sigara ile mücadelenin henüz istenilen düzeye ulaşmadığını göstermektedir. Sudi Arabistan'da yapılan bir çalışmada içicilerin %55'inin sigarayı bırakmak için denemede buldukları saptanmıştır (12).

Çocukların sigaraya başlamalarında evde aileden birinin sigara içmesi önemlidir. Yapılan çalışmalar evde ebeveynlerin sigara içmesinin sigara içme prevalansını etkilediğini göstermektedir.(13-16). Bu çocuklarda sigaraya başlama daha fazla olmaktadır. Göbbaşı İlçe Merkezinde yapılan bu çalışmada sadece evlerin %30'unda evde sigara içen kişi/kişilerin olmadığı saptanmıştır. Bu da çocukların %70'inin risk altında olduğunu göstermektedir.

Sigara kullanan kişiye verdiği zararların yanı sıra pasif içicilere de oldukça zarar vermektedir (1). Çocuklarda bu açıdan bir risk grubudur. Araştırma bölgesindeki evlerin sadece %25'inde evde sigara içilmesine hiçbir zaman izin verilmemektedir.

SONUÇ

İncelenen 15 yaş ve üzeri kadınların %23,5'i sigara içmektedir. %73,1'i sigara içmezken, %3,4'ü içip bırakmıştır. Sigara içimi en fazla %32,6 ile 25-34 yaş grubundadır. Yapılan analizde yaş, medeni durum ve öğrenim durumu sigara içimi için birer risk faktörü olarak saptanmıştır. Sigara içimi evli olanlarda evli olmayanlara (bekar/dul/boşanmış) göre 2,05 kez ve ortaöğrenim üzerinde eğitimi olmayanlara göre 1,79 kez daha fazladır. Her bir yaş artışında sigara içme olasılığı 0,99 kez azalmaktadır. İncelenen kadınların %50,9'unun 12 yaş altında çocuğu vardır. Bu evlerin sadece %38,8'inde aileler çocuklarının yanında sigara içmemektedirler.

Bu araştırma yaklaşık her dört kadından birinin aktif içici olduğunu ve evlerin yaklaşık %70'inde sigara içen bir veya birden fazla kişinin olduğunu göstermiştir. Evde sigara içiminin çocuklar için özendirici bir faktör olduğu da düşünüldürse sorunun ne kadar büyük olduğu görülmektedir. "Herkesin Sağlık 2001" Türkiye için belirlenen hedef 2010 yılına kadar, 15 yaş ve üzerinde sigara içmeyenlerin oranını %80'in üzerine çıkarmaktır ancak şu an için bu hedeften ne kadar uzak olduğu görülmektedir (11). Bunun için hem sağlık çalışanları hem de toplum bu bulaşıcı hastalığı azaltmak için gereken önlemleri bir an önce almalıdır.

KAYNAKLAR

1. Bilir N, Doğan B, Yıldız N. Sigara İçme Konusundaki Davranışlar ve Tutumlar, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı. Ankara, 1997
2. Sezer B. Sigarasız Bir Dünya İçin Elele. Turkish Journal of Smoking and Health 1996-1997; Cilt 3, Sayı: 1-2: 1-5.
3. Bilir N, Doğan B, Yıldız N. Tütün mamullerinin Zararlarını Önlenmesine Dair Katın'a Uyum Düzeyi, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Ankara, 2000.
4. Tobacco Use (http://www.health.gov/healthypeople/Document/HTML/ih/iih_bw/tin_4.htm)
5. Ergüder T (1998): Elazığ İli Merkezinde 18 ve Üzeri Yaş Nüfusta Sigara Bağımlılığı Prevalans Araştırması, Uzmanlık Tezi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü, Elazığ.
6. Healthy People 2010 (<http://www.health.gov/healthypeople/Document/HTML/volume2/27Tobacco.htm>)
7. Bilir N. Sigara ve Sağlık Konusunda En Sık Sorulan 50 Soru Ve Cevapları. Turkish Journal of Smoking and Health 1996-1997; Cilt 3, Sayı: 1-2: 11-14.
8. Roth L, Taylor H. Risks of smoking to reproductive health: Assessment of women's knowledge. Am J Obstet Gynecol 2001; 184(5): 934-39.
9. Sağlık 21 Herkesin Sağlık Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri, T.C Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2001.
10. Health Services Utilization Survey in Turkey. Ministry of Health, Ankara, 1996.
11. Maral I, İlhan M., Özkan S., Ankara Göbbaşı İlçesinde Yaşayan 15 Yaş ve Üzeri Kişilerin Sigara İçme Durumları, Türkiye'de Psikiyatri 2001, 3(1): 40-46.
12. Siddiqui S, Ogbeide DO, Al Khalife I. Smoking in a Saudi community: prevalence, influencing factors, and risk perception. Fam Med 2001 May; 33(5):367-70.
13. Hasim TJ. Smoking habits of students in Colledge of Applied Medical Science, Saudi Arabia. Saudi Med J 2000 Jan; 21(1):76-80.
14. Lewis PJ., Harrell JS., Bradley C., Deng S. Cigarette use in adolescents: the Cardiovascular Health in Children and Youth Study. Res Nurs Health 2001 Feb; 24(1): 27-37.
15. Shamsuddin k., Haris MA. Family influence on current smoking habits among secondary school children in Kato Bharu, Kelantaa. Singapore Med J 2000 Apr; 41(4):167-71.
16. Garrigue JL., Cetre JC, Khalatbari E., Ritter P., Sepetjan M. Smoking among students of the CM2 (2d-year intermediate course): evaluation of knowledge and behavior. Rev Epidemiol Sante Publique 1993; 41(2):169-78.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Tablo 1: İncelenen 15 yaş ve Üzeri Kadınların Bazı Demografik Özelliklerine Göre Sigara İçme Durumlarının Dağılımı

Yaş Grubu	İçmiyor		İçiyor		İçip Bırakmış		Toplam	
	Sayı	%x	Sayı	%x	Sayı	%x	Sayı	%xx
15-24	205	78.9	872	18.6	28	2.5	1105	32.1
25-34	295	64.2	582	32.6	29	3.2	906	26.4
35-44	198	68.8	505	27.0	31	4.2	734	21.3
45-54	74	75.5	280	19.9	17	4.6	731	10.8
55-64	22	84.6	154	12.1	6	3.3	182	5.3
65 ve üzeri	14	85.7	120	10.0	6	4.3	140	4.1
Medeni Durum								
Evli	1705	70.0	640	26.2	92	3.8	2437	70.9
Bekar	672	82.9	120	14.8	19	2.3	811	23.6
Dul/boşanmış	136	71.6	48	25.3	6	3.1	190	5.5
Öğrenim Durumu								
Okur yazar değil	287	85.4	40	11.9	9	2.7	336	9.8
Okur yazar	105	80.7	21	16.2	4	3.1	130	3.8
İlkokul mezunu	1168	73.1	378	23.7	51	3.2	1597	46.5
Ortaokul mezunu	455	74.2	135	22.0	23	3.8	613	17.8
Lise mezunu	393	65.1	189	31.3	22	3.6	604	17.5
Yüksekokul/üniversite mezunu	105	66.5	45	28.5	8	5.0	158	4.6
Meslek Durumu								
Çalışmıyor	2003	72.1	677	24.3	99	3.6	2779	80.8
Çalışıyor	510	77.4	131	19.9	18	2.7	659	19.2
Toplam	2513	73.1	808	23.5	117	3.4	3438	100.0

%x: Satır yüzdesi %xx: Kolon yüzdesi

Tablo 2: Sigara İçimindeki Risk Faktörlerinin Lojistik Regresyon Analizi İle İncelenmesi

Risk Faktörleri	Beta	Odds Ratio	%95 Güven aralığı	p
Yaş	-0.0059	0.99	0.98-0.99	0.04
Medeni durum	0.7190	2.05	1.63-2.59	0.0001
Evli/evli değil				
Öğrenim durumu	0.5843	1.79	1.48-2.17	0.0001
Ortaöğrenim üzeri/altı				
Çalışma durumu	-0.1268	0.88	0.68-1.15	0.3494
Çalışıyor/çalışmıyor				

Tablo 3: Halen Sigara İçen ve İçip Bırakmış Olan Kadınların Sigara İçme Yılları Ve İçilen Miktarların Dağılımı

İçme yılı (n=881)	İçiyor		İçmiş bırakmış	
	Sayı	%	Sayı	%
5 yıldan az	244	31.9	47	40.5
5-10 yıl	242	31.6	31	26.7
11-15 yıl	121	15.8	14	12.1
16-20 yıl	84	11.0	10	8.6
20 yıldan fazla	74	9.7	14	12.1
İçilen miktar				
<5 adet	274	34.8	50	40.3
5-20 adet	448	56.8	55	47.5
>20 adet	66	8.4	11	9.5

%: Kolon yüzdesi

Tablo 4: Halen Sigara İçen ve İçip Bırakmış Olan Kadınların Sigara İçmeye Bağlı Şikayetlerinin Dağılımı

Sigaraya Bağlı Şikayeti Olma Durumu	İçiyor			İçmiş bırakmış		
	Sayı	%x	%xx	Sayı	%x	%xx
Var	267	33.9	84.5	49	42.2	15.5
Solumun Sistemine ait	205	89.3	85.4	35	83.5	14.6
Gastrointestinal Sisteme ait	7	3.0	70.0	3	7.1	30.3
Santral Sinir Sistemine ait	10	4.3	90.9	1	2.3	9.1
Kardiyovasküler Sisteme ait	8	3.4	72.7	3	7.1	27.3
Yok	520	66.1	88.5	67	57.8	11.5
Toplam	787	100.0	87.2	116	100.0	12.8

Yates corrected Ki-kare=2.72 p>0.05

%x: Kolon yüzdesi %xx: Satır yüzdesi

Tablo 5: Halen Sigara İçen ve İçip Bırakmış Olan Kadınlarda Sigara İçimine Bağlı Tanı Konulan Hastalıkların Dağılımı

Sigaraya Bağlı Tanı Konulan Hastalığı Olma Durumu	İçiyor			İçmiş bırakmış		
	Sayı	%x	%xx	Sayı	%x	%xx
Var	45	5.8	75.0	15	13.0	25.0
Solumun Sistemine ait	30	69.8	85.7	5	33.5	14.3
Gastrointestinal Sisteme ait	7	16.3	63.6	4	26.6	36.4
Santral Sinir Sistemine ait	4	9.3	66.6	2	13.3	33.4
Kardiyovasküler Sisteme ait	2	4.6	33.3	4	26.6	66.7
Yok	732	94.2	87.9	100	87.0	12.1
Toplam	777	100.0	87.1	115	100.0	12.9

Yates corrected Ki-kare=7.28 p<0.05

%x: Kolon yüzdesi %xx: Satır yüzdesi

MALATYA'DA ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEKİMLERİN SİGARA KONUSUNDA HASTALARA KARŞI TUTUM VE UYGULAMALARI

Gülşen GÜNEŞ, Leyla KARAOĞLU, Murat SÜRÜCÜ, Metin GENÇ, Erkan PEHLİVAN

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.

ÖZET:

Giriş ve Amaç: Hekimler, başvuran tüm hastalara sigara konusunda danışmanlık yaparak topluma sigara alışkanlığı yönünden katkıda bulunabilirler. Bu araştırmada Malatya'da Üniversite hastanesinde çalışan hekimlerin hastalarına sigara bırakma konusundaki tutum ve davranışlarını incelemek amaçlanmıştır.

Materyal- Metod: Araştırma, tanımlayıcı tıpteki bir araştırmadır. Erişkin hastası olan 19 anabilim dalında çalışan 257 hekime bir anket uygulanarak yapılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hekimlerin % 37.5'i sigara içmektedir. Hekimlerin % 26.5'i hastalarına daima sigara içme durumlarını sorduklarını, % 10.9'u hiç bir zaman sormadıklarını, % 22.6'sı daima sigarayı bırakmalarını tavsiye ettiklerini belirtmişlerdir. % 12.5'i bunu hiç bir zaman yapmadıklarını belirtmişlerdir. Hastalarına sigara konusunda en sıklıkla danışmanlık yapan bölümler Göğüs Hastalıkları ve Kardiyoloji, en az danışmanlık yapan bölümler ise beyin cerrahisi ve ortopedidir. Dahili Tıp bölümlerinde cerrahi tıp bölümlerine göre daha fazla sigara konusunda tavsiye ve değerlendirme yapılmaktadır (p<0.05). Sigara içmeyen hekimler, sigara içen hekimlere göre sigara konusunda daha aktif davranmaktadırlar (p<0.05). Özellikle sigara içen erkek hekimler, sigara içmeyenlere göre daha az sıklıkla hastalarına müdahale etmektedirler (p<0.05).

Sonuç: Hekimlerin sigara konusundaki tutumları, davranışları da etkilemektedir. Hekimlerin tutumlarını değiştirmek için, özellikle hastane yönetimleri tarafından hastalara sigara danışmanlığı yapma konusunda özendirici, destekleyici standartlar getirilebilir.

Anahtar kelimeler: sigara, hekim, danışmanlık, tutum, uygulama

GİRİŞ VE AMAÇ:

Sigara, tüm dünyada insan sağlığını etkileyebilen, ölümlere sebep olabilen ve en önemlisi de en çok önlenebilen halk sağlığı sorunu olarak bilinmektedir. (1,2).

Toplumun sigara alışkanlığı yönünden önem taşıyan ve özellikle gençlere örnek olma işlevi olan bir meslek topluluğu hekimlerdir. Hekimler kendileri sigara içmeyerek topluma örnek olmaları yanında, kendilerine başvuran hastalara karşı sigara konusunda duyarlı olmalıdırlar (3-7)

Bir çalışmada sigara içenlerin % 70'inin her yıl en az bir kez bir hekim gördüğü, % 70'inin sigarayı bırakmak istediği ve % 70'inin de "Hekim bırakmam gerektiğini söylerse bırakırım" dedikleri, Buna rağmen sadece % 15'inin geçen yıl boyunca kendisine bir hekim tarafından sigarayı bırakmasını tavsiye edildiği ve % 3'ünün de bıraktıktan sonra hekimin randevu vererek çağırıldığı tespit edilmiştir. O halde hekimlerin branşı ne olursa olsun insanların sigarayı bırakmaları konusunda önemli bir etkileri olduğu sonucuna varılmıştır(5)

Hekimlerin hastalarına sigara konusunda yaptığı müdahaleleri inceleyen 6000 makale incelenerek bir meta-analiz uygulanmış, bu analizin sonucu olarak başvuran her hastaya yapılması önerilen müdahaleler minimal klinik müdahale olarak tanımlanmış, her hekimin bunları yapmasının toplumda sigara içme oranlarını çok düşüreceği belirtilmiştir(5) Bu stratejinin amacı, sigara kullananlara karşı hekimlerin genel tutumunun değiştirilmesidir. Minimal müdahale, hekimler için SA (Ask, Advice, Assess, Assist, Arrange) şeklinde, her hasta ziyaretinde tüm sigara içen hastalara en azından sağlanması gerekenler olarak önerilmiştir. Bu müdahalenin içeriği: Her hastaya her ziyarette sigara içme durumunu sorma, sigara içen hastaya açık ve etkili bir şekilde bırakmasını tavsiye etme, bırakmaya istekli olup olmadığını değerlendirme, bırakmaya istekli olan hasta için bir bırakma tarihi belirleme ve bıraktıktan sonrası için bir izlem randevusu vermedir(3,5,8)

Bu araştırmada Malatya İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nde çalışan hekimlerin hastalarına sigara bırakma konusundaki tutum ve davranışlarını belirlemek ve bu davranışları, hekimlerin sosyodemografik özellikleri, çalıştıkları anabilim dalları, çalışma süreleri, cinsiyetleri ve sigara içme durumlarına göre incelemek amaçlanmıştır.

MATERYAL METOD:

Araştırmaya Turgut Özal Tıp Merkezi'nde çalışan ve yetişkin hastalarla karşı karşıya gelen anabilim dallarının hekimleri dahil edilmiştir. Bu bölümler, Enfeksiyon Hastalıkları, dermatoloji, dahiliye, göğüs hastalıkları, ortopedi, plastik cerrahi, beyin cerrahisi, psikiyatri, radyoloji, Göğüs Kalp Damar cerrahisi, Genel Cerrahi, Göz, Anestezi, Kadın Doğum, KBB, Üroloji, FTR, Nöroloji, Kardiyoloji olmak üzere 19 anabilim dalını içermektedir.

Araştırma, deskriptif bir çalışmadır. Bu bölümlerde çalışan 304 hekimden 257'si araştırmaya dahil oldu (% 84.5). Anket formlarını hekimler kendi kendilerine cevaplandırdılar.

Anket formlarında hekimlerin sosyodemografik özellikleri, çalışma süreleri ve sigara içme durumları ile başvuran hastalara sigara konusunda yaptıkları müdahaleler ve sigara bırakma konusundaki tutumları sorgulandı. Sigara içme durumları Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği sorular kullanılarak belirlendi (9).

Hekimlere, sigarayla ilgili olarak hastalarına; sigara içme durumlarını: SORMA, sigarayı bırakmayı TAVSİYE etme, sigarayı bırakma isteğini DEĞERLENDİRME, sigarayı bırakması için bir tarih belirleme (YARDIM), sigara içme durumunu İZLEM için tekrar çağırma davranışlarını son bir ayda ne kadar sıklıkla yaptıkları sorulmuştur (1,5). Cevaplar: 1: Hiç (% 0), 2: Nadiren (% 1-20), 3: Zaman zaman (% 21-40), 4: Yarı yarıya (% 41-60), 5: Genellikle (% 61-80), 6: Çoğunlukla (% 81-99), 7: Daima (% 100) şeklinde 7'li likert skalası şeklinde değerlendirilmiştir. Sigarayla ilgili tutumları ise 1: kesinlikle katılmıyorum, 5: kesinlikle katılıyorum şeklinde 5'li likert skalası hazırlanarak değerlendirilmiştir.

Analizler, SPSS 10.0 istatistik paket programında yapılmıştır. İstatistiksel karşılaştırmalarda t testi ve ANOVA kullanılmıştır.

BULGULAR:

Araştırmaya dahil olan 257 hekimin yaş ortalamaları 31.28 ± 5.09 idi. Çoğunluğu (% 53.9) 30-39 yaş grubunda idiler. % 77.8'i erkek, % 22.2'si kadın, % 63'ü evli, % 37'si bekar, % 64.1'i araştırma görevlisi, % 8.6'sı öğretim görevlisi ya da uzman, % 27.3'ü öğretim üyesi, % 41.2'si 5 ya da daha az yıllık, % 58.8'i 5'ten daha fazla yıllık hekimdi. % 30.8'i her gün sigara içiyor, % 6.6'sı arasına içiyor, % 62.5'i sigara içmiyordu.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Hekimlerin % 26.5'i daima hastalarına sigara içip içmediklerini sorduklarını, % 10.9'u ise hiç sormadıklarını, % 22.6'sı daima sigarayı bırakmalarını tavsiye ettiklerini, % 12.5'i hiçbir zaman tavsiye etmediklerini, % 3.9'u daima sigara içen hastalarına sigarayı bırakmaya istekli olup olmadıklarını sorduğunu, % 17.9'u hiçbir zaman sormadığını, % 3.5'i sigarayı bırakmak için bir tarih belirlediğini, % 44.4'ü bunu hiç yapmadıklarını, % 1.9'u takip için daima çağırdıklarını, % 59.1'i hiçbir zaman takip etmediklerini belirtmişlerdir (Tablo 1).

Hekimlerin çalıştıkları Anabilim Dallarına göre sigarayı bıraktırmayla ilgili davranışlarına bakıldığında, hastalarına en fazla sigara konusunda danışmanlık yapan anabilim dalı Göğüs Hastalıkları, en az danışmanlık yapan anabilim dalları ise beyin cerrahisi ile ortopedi'dir. (Tablo 2)

Hekimlerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre sigarayı bıraktırma davranışları Tablo 3'de incelenmiştir. Hekimlerin yaş, cinsiyet ve medeni durumlarına göre, ünvanlarına ve çalışma yıllarına göre hastalarına sigara konusunda danışmanlık yapma davranışları bakımından istatistiksel olarak bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Dahili Tıp Bilimlerine bağlı olan bölümlerde, Cerrahi Tıp Bilimlerine bağlı bölümlere göre hekimlerin sigara bırakmayı tavsiye etmeleri ve sigara bırakma isteğini değerlendirmeleri anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Sigara içmeyen hekimlerin, hergün sigara içen hekimlere göre hastaya sigara içip içmediğini sorma, tavsiye etme, değerlendirme ve tarih belirleme gibi sigara danışmanlığıyla ilgili müdahaleleri daha sık uyguladıkları tesbit edilmiştir ($p<0.05$)

Hekimlerin cinsiyetlerine ve sigara içme durumlarına göre sigara bırakma davranışları incelendiğinde (Tablo 4), sigara içen ve içmeyen erkek hekimlerin sigara bırakırmayla ilgili davranışları anlamlı olarak farklı bulunmuştur ($p<0.05$). Sigara içmeyen erkek hekimler, sigara içen erkek hekimlere göre sigara bırakırmayla ilgili müdahaleleri daha sık uygulamaktadırlar. Sigara içen kadın hekimlerle sigara içmeyen kadın hekimler arasında sigara bıraktırma davranışları bakımından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$)

Hastalarına sigarayı bıraktırma yönünde davranış değişikliği oluşturmada hekimlerin % 28.2'si kendisinin "çok az", % 41.9'u "biraz", % 21.6'sı "epeyce", % 5.0'ü "çok" etkili olduklarını belirtmişlerdir. "Hastalara sigarayla ilgili danışmanlık yapma konusunda bilgi ve beceri düzeyinize ne kadar güveniyorsunuz?" sorusuna 1: Hiç güvenmiyorum 5: Çok güveniyorum olmak üzere sorulduğunda kendine güven puanı ortalaması 2.75 ± 0.99 bulunmuştur. Kendine güvenle, sigarayı bıraktırmayla ilgili tüm davranışlar arasında korelasyon yapılmış, korelasyon katsayıları tümünde anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$).

Tablo 5'de hekimlerin cinsiyetleri ve sigara içme durumlarına göre hastalarına sigara bıraktırmayla ilgili tutumları verilmiştir. Sigara içen erkek hekimler, sigara içmeyen erkek hekimlere göre sigara bıraktırmanın zor olduğuna daha fazla katılmakta ($p<0.05$), "sigara bıraktırmak için danışmanlık yapmak, hastalarımla iletişimi artırır ve yararlı olduğumu hissettirir" düşüncesine ise daha az katılmaktadırlar ($p<0.05$). Sigara içen ve içmeyen kadın hekimler arasında ise sigara bıraktırmayla ilgili tutumları bakımından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$)

Tablo 6'da hekimlerin cinsiyetleri ve sigara içme durumlarına göre sigara bıraktırmayla ilgili davranışları ve tutumları arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Tabloda anlamlı bulunan korelasyon katsayıları yer almıştır. En fazla, sigara içmeyen erkek hekimlerde tutumlarla davranışlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

TARTIŞMA:

Araştırmaya katılan hekimlerin % 37.5'i sigara içmektedir. Hekimler, hem sigara içenlere bırakmak için yardım etmek, hem de içmeyenleri başlamakta korunmak için her şeyden önce hastalarına rol model olmak zorundadırlar. Hekimlerin iyi bir imaj yaratma bakımından sorumlulukları vardır (1). Avrupa ülkelerinin bir çoğunda ve Amerika'da hekimlerdeki sigara içme hızı oldukça düşmüş veya düşmeye devam etmektedir. Örneğin çeşitli yıllarda yapılan çalışmalara göre A.B.D.'de hekimlerin % 3'ü, Avustralya'da % 8'i, İsviçre'de % 20'si, Hollanda'da % 25'i sigara içmektedir (4,10)

Türkiye'de yapılan çok sayıda yerel çalışmada hekimlerin yüksek oranında sigara içtikleri saptanmıştır. 1988'de Elazığ'da yapılan bir çalışmada hekimlerde sigara içme oranı % 49.3 bulunmuştur. 1996'da Ankara'da yapılan çalışmada ise hekimlerin % 43.9'unun, 1999'da Türk Tabipleri Birliği üyesi hekimler arasında yapılan bir çalışmada ise hekimlerin % 42.4'ünün sigara içtiği saptanmıştır (4,11,12). Araştırmanın yapıldığı aynı hastane'de 1996 yılında yapılan çalışmada ise sigara içme oranı hekimler arasında % 45.9 bulunmuştur (13). Altı yıl sonra hekimlerde sigara içme oranının biraz düşüş göstermiş olmasına rağmen toplumun örnek olması gereken bu kesiminde, hala sigara içme oranı oldukça yüksek bulunmuştur.

Hekimlerin % 26.5'i hastalarına sigara içme durumlarını daima sorduklarını, bunun yanında % 10.9'u hiçbir zaman sormadığını ifade etmişlerdir. Soru sorma puanı ortalaması 4.47'dir. Bu da, ortalama olarak, hastaların yarısından biraz fazlasına sigara içme durumlarını sorduklarını göstermektedir. Hekimlerin % 22.6'sı sigara içen hastalarına daima sigarayı bırakmayı tavsiye ettiklerini, % 12.5'i bunu hiçbir zaman yapmadıklarını ifade etmişlerdir. Tavsiye etme puanı ortalaması 4.31'dir. Bu da ortalama olarak, hastaların yarısından biraz fazlasına sigarayı bırakmayı tavsiye ettiklerini göstermektedir. Hekimlerin % 3.9'u daima sigara içen hastalarına sigarayı bırakmaya istekli olup olmadıklarını sorduğunu, % 17.9'u hiçbir zaman sormadıklarını ifade etmişlerdir. Değerlendirme puan ortalaması 3.05'dir. Yani bunu yapma sıklıkları "zaman zaman" ile "ya, yarıya" arasındadır. Hekimlerin çok azı sigarayı bırakmak için hastalarına bir tarih belirleyerek yardım etmiştir. Bu durum hastalarını takip eden hekim sayısının çok az olduğunu göstermektedir.

Bu konuda yapılan çalışmalarda hekimlerin daha yüksek oranlarda hastalarına sigara konusunda danışmanlık yaptığı görülmektedir. Özellikle her hastaya sigara içme durumlarını sorma yüksek oranlardadır. Wechsler ve ark.'nın yaptıkları bir çalışmada primer sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin % 90'ının her hastaya sigara içme durumunu sorduğu, Wells ve ark.'nın 1978 yılında pratiksen hekim, dahiliye hekim ve cerrahlarda yaptığı bir çalışmada % 66'sının bütün hastalara sigara içme durumlarını sordukları ve % 49'unun tüm hastalara sigarayı bırakmayı tavsiye ettikleri saptanmıştır. 1981'de aynı araştırmacının dahiliye asistanlarında yaptığı çalışmada ise % 97'sinin her hastaya sorduğu, % 52'sinin tavsiye ettiği bulunmuştur. Rosen ve ark. hekimlerin % 90'ının her hastaya sorduklarını, Valente ve ark. da yine primer sağlık hizmetinde çalışan hekimlerin % 92'sinin daima ya da çoğunlukla sigara içme durumunu sorduklarını göstermiştir. Ockene ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada ise üniversite hastanesinde çalışan dahiliye hekimlerinin % 98'inin, asistanların ise % 100'ünün hastalara sigara içme durumlarını sordukları, dahiliye hekimlerinin % 94'ünün, asistanların ise % 92'sinin sigarayı bırakmayı tavsiye ettikleri gösterilmiştir. Orleans ve arkadaşları ise aile hekimlerinin % 68'inin, hastalarının yarısından fazlasına bırakmayı tavsiye ettiklerini bildirmiştir (14). Texas'da 1292 aile hekimleriyle yapılan çalışmada, hekimlerin % 99'unun hastalarına sigara içip içmediğini sorduğu, sigara içenlere ise % 64'ünün tavsiyede bulunduğu ya da danışmanlık yaptığı belirlenmiştir (15). 2000 yılında yayımlanan Sigara Bağımlılığı Tedavi Rehberi'nde ise ABD'de yapılan bir değerlendirme sonucu olarak, 1995'de kliniklere başvuran hastaların % 67'sinin sigara içme durumlarının değerlendirildiği ifade edilmiştir (1).

Anabilim Dalları arasında sigarayla ilgili en fazla müdahale yapan bölüm göğüs hastalıkları, ikinci olarak da kardiyolojidir. En az müdahale yapan bölüm ise beyin cerrahisi ve ortopedidir. Dahili Tıp bölümlerinde, Cerrahi Tıp bölümlerine göre daha fazla müdahale yapılmaktadır. Tabii, sigaranın neden olduğu hastalıklar yönünden düşünüldüğünce Göğüs Hastalıkları ve Kardiyoloji'de yüksek olması doğal görülmekle birlikte, tüm hekimlerin sigara konusunda tüm başvuran hastalara kısa bir danışmanlık yapması, toplumdaki sigara içme oranlarının düşürülmesinde çok etkili olacaktır.

Hekimlerin, yaş, cinsiyet, medeni durum, ünvanları ve çalışma seneleri gibi özellikleri bakımından, hastalarına sigara konusunda davranışları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Hekimin sigara içme durumu, hastalarına sigara konusunda müdahale yapmalarını anlamlı olarak etkilememektedir. Özellikle her gün sigara içen hekimler, içmeyenler ya da arasıra içenlere göre, hastalarının sigara içme durumlarını daha az sıklıkta "soruyor", "tavsiye ediyor", "değerlendiriyor" ve "yardım ediyor" olarak belirlenmiştir(p<0.05). Cinsiyetlerine ve sigara içme durumlarına göre değerlendirildiğinde, sigara içmeyen erkek hekimler, sigara içen erkek hekimlere göre daha sık olarak hastalarına sigarayla ilgili müdahaleler yapmakta, kadın hekimlerin sigara içip içmemesi, onların sigara konusundaki davranışlarını etkilememektedir.

Hekimlerin sigara bırakırma konusunda kendilerine güvenleri çok fazla değildir. Sigarayla ilgili müdahalelerinde çok fazla etkili olduklarını da düşünmemektedirler. % 5'i bu konuda çok etkili olduğunu düşünmektedir. Başka çalışmalarda da hekimlere sigara bırakırma danışmanlığının etkili olup olmadığı sorulmuş, % 3'le % 12 arasında çok etkili olduklarını belirtmişlerdir(14).

Hekimlerin cinsiyetleri ve sigara içme durumlarına göre, sigarayla ilgili tutumlarına bakıldığında, sigara içen erkek hekimler, içmeyenlere göre sigarayı bırakırmanın daha fazla zor olduğuna inanmakta, sigara içmeyen erkek hekimler ise, içenlere göre daha fazla olarak sigarayla ilgili danışmanlığın, hastasıyla iletişimini artırabileceğini ve kendine yararlı olduğu hissini vereceğini ifade etmişlerdir. Sigara içen ve içmeyen kadın hekimlerin tutumları arasında ise anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Özellikle sigara içmeyen erkek hekimlerin tutumları ve davranışları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER:

Malatya'da üniversite hastanesinde yapılan bu çalışmada hekimlerin hala yüksek oranlarda sigara içtikleri, Göğüs Hastalıkları, Kardiyoloji gibi sorunlar üzerinde sigaranın etkin olduğu hastalara bakan bölümlerin sigara konusunda hastalarına daha sık müdahalede buldukları, özellikle cerrahi bölümler olmak üzere hekimlerin hastalara sigara konusunda bir danışmanlık yapmalarının yetersiz olduğu saptanmıştır.

Hekimlerin sigara içme durumları, hastalarına sigara bırakırma konusundaki davranışlarını etkilemektedir. Sigara içen hekimler, özellikle de sigara içen erkek hekimler, içmeyenlere göre hastalarına sigara bırakırma konusunda daha az yardımcı olmaktadır. Kadın hekimlerin sigara konusundaki davranışları, onların sigara içme durumundan anlamlı olarak etkilenmemektedir. Sigara bırakırma konusunda hekimlerin tutumları ile davranışları arasında ilişki bulunmuştur.

Her şeyden önce topluma rol model olması gereken bir meslek grubu olan hekimlerin, daha az oranda sigara içmeleri ve sigara mücadelesinde etkin rol almaları gerekir. Hekimlerin çabuk ve kolay bir şekilde sigara içenleri tanımlamaları konusunda eğitimleri gerekir. Bu konuda hastane yönetimleri de hem hekimleri eğitici, hem de hastalarına sigara konusunda danışmanlık vermeleri için destekleyici bir rol üstlenmelidirler. Örneğin hekimlerin, hastalarına sigara danışmanlığı yapmaları için sigarayla ilgili standart formlar geliştirip, her hastaya uygulanmasını isteyebilir. Bu müdahalelerin hastalar üzerindeki etkilerini görmek için daha ileri araştırmalar planlanabilir.

KAYNAKLAR:

1. Fiore MC. Cigarette Smoking: A Clinical Guide to Assessment and Treatment.. The Medical Clinics of North America. March 76(2) 1992.
2. <http://www.tobacco.who.int/>
3. Fiore MC, Pierce JP, Remington PL, Fiore BJ. Cigarette smoking: The clinician's role in cessation, prevention and public health. Dis. Mon.1990 April; 36(4):181-242
4. Aşut Ö. Türkiye'de Hekimlerin Sigara Alışkanlığı. Türk Tabipleri Birliği yayınları. Ankara1999.
5. Clinical Practice Guideline. Treating Tobacco Use And Dependence. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, June 2000.
6. Fiore MC, Baker TB.Smoking Cessation Treatment and The Good Doctor Club. American Journal of Public Health. 1995, 85(2): 161-163.
- 7.Rigotti NA, Torndike AN. Reducing the Health Burden of Tobacco Use: What's the Doctor's Role? Mayo Clinic Proceedings, 2001, 76 (2):121-123
- 8)Tobacco and the Clinician. Interventions for Medical and Dental Practise. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. National Institutes of Health.
9. Sigara Kullanımı Prevalans Araştırmalarında Temel Tanımlar ve İlgili Sorular. Sigara Alarını Dergisi.Sayı:2. Haziran 1992
- 10.Aşut Ö. Hekim ve Sigara. Türk Tabipleri Birliği yayınları. Ankara.1993.
11. Sezer, R. E: Sigara ve Doktorlar. XIX. Tüberküloz ve Göğüs Hastalıkları Kongresi, 12-14 Eylül, Sivas 1991.
12. Bilir N ve ark. Sigara İçme Konusundaki Davranışlar ve Tutumlar. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayın No: 7. Ankara.1997
13. Güneş G ve ark. Turgut Özal Tıp Merkezi Hekim, Hemşire ve Tıp Öğrencilerinde Sigara İçme Sıklığı. Journal of Turgut Özal Medical Center 4(4): 1997
14. Ockene JK. Clinical Perspectives. Physician-Delivered Interventions for Smoking Cessation: Strategies for Increasing Effectiveness. Preventive Medicine,1987, 16: 723-737
- 15.Franklin JL. et all. Smoking Cessation Interventions by Family Physicians in Texas. Texas Medicine, 1992. 88(11):60-63

Tablo 1: Hekimlerin Hastalarına Sigara Bırakırma İlgili Davranışları

	1	2	3	4	5	6	7	Ort (1-7)
Sorma	10.9	10.5	15.6	9.3	13.6	11.3	26.5	4.47
Tavsiye	12.5	9.3	17.1	9.3	14.4	10.5	22.6	4.31
Değerlendirme	17.9	26.5	17.9	12.5	11.7	5.4	3.9	3.05
Yardım	44.4	14.0	8.6	4.7	3.5	3.9	3.5	2.20
İzleme	59.1	12.5	4.7	0.8	1.9	1.2	1.9	1.60

* 1: Hiç 7: Daima

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Tablo 2: Hekimlerin Çalıştıkları Anabilmek Dallarına Göre Sigarayı Bıraktırmayla İlgili Davranışları (Ortalamalar) (1-7)[#]

	Sorma	Tavsiye	Değerlendirme	Yardım	İzlem
<u>Enfeksiyon</u>	4.20	4.40	2.40	1.60	1.20
Dermatoloji	5.10	4.10	3.00	2.00	1.11
Dahiliye	5.10	4.75	3.57	2.16	1.79
Göğüs ^{**}	6.87	6.75	4.75	5.25	4.12
<u>Ortopedi^{**}</u>	2.38	3.33	2.11	1.33	1.26
<u>Plastik</u>	5.57	4.42	2.71	3.28	1.28
Beyin cerrahisi ^{**}	3.09	2.54	1.72	1.20	1.00
Psikiyatri	4.25	3.75	2.62	2.12	1.50
Radyoloji	3.24	4.35	3.35	2.07	1.07
Göğüs Kalp Damar crh.	5.60	5.55	4.00	2.94	2.66
Genel cerrahi	4.25	4.05	2.85	2.30	1.42
Göz	2.65	3.00	2.08	2.00	1.44
<u>Anestezi</u>	5.30	4.73	3.11	2.22	1.18
<u>Kadın Doğum</u>	3.92	4.00	2.85	1.90	1.80
KBB	5.81	4.27	2.81	1.40	1.30
Üroloji	5.90	3.60	2.90	1.57	1.16
FTR	2.40	4.66	2.77	2.80	2.00
Nöroloji	3.33	3.55	2.55	1.25	1.12
<u>Kardiyoloji</u>	6.60	6.16	4.33	4.00	2.66

[#] 1: Hiç 7: Daima

*En yüksek ortalamalar **En düşük ortalamalar

Tablo 3: Hekimlerin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Hastalarına Sigara Bıraktırmayla İlgili Davranışları (Ortalamalar) (1-7)[#]

	Sorma	Tavsiye	Değerlendirme	Yardım	İzlem
<u>Yas</u>					
≤ 29	4.42	4.24	3.00	2.32	1.57
30-39	4.59	4.40	3.01	2.12	1.66
≥ 40	3.83	4.00	3.00	2.00	1.18
p**=	0.455	0.744	0.997	0.665	0.492
<u>Cinsiyet</u>					
Erkek	4.37	4.22	2.98	2.17	1.59
Kadın	4.84	4.66	3.11	2.31	1.65
p*=	0.139	0.171	0.606	0.637	0.757
<u>Medeni durum</u>					
Evli	4.53	4.34	2.99	2.16	1.59
Bekar	4.38	4.27	3.03	2.25	1.58
p*=	0.592	0.782	0.850	0.665	0.970
<u>Ünvan</u>					
Arş. Gör.	4.48	4.25	3.01	2.30	1.65
Öğr. Gör./uzman	3.57	4.14	2.57	1.84	1.47
Öğr. üyesi	4.75	4.50	3.14	2.07	1.52
p**=	0.081	0.651	0.354	0.450	0.759
<u>Çalıştığı Bölüm</u>					
Dahili	4.55	4.65	3.31	2.40	1.74
Cerrahi	4.42	4.08	2.81	2.07	1.50
p*=	0.643	0.036	0.017	0.203	0.243
<u>Çalışma yılı</u>					
≤ 5	4.32	4.05	2.93	2.21	1.54
> 5	4.58	4.50	3.04	3.04	1.65
p*=	0.342	0.103	0.956	0.504	0.549
<u>Sigara içme durumu</u>					
Hergün içiyor	3.84	3.59	2.50	1.81	1.37
Arasıra içiyor	4.33	4.81	3.56	1.75	1.38
İçmiyor	4.80	4.62	3.28	2.46	1.75
p**=	0.004	0.001	0.002	0.027	0.122

[#] 1: Hiç 7: Daima * t testi ** ANOVA

Tablo 4: Hekimlerin cinsiyetleri ve sigara içme durumlarına göre Hastalarına Sigara Bıraktırmayla İlgili Davranışları (Ortalamalar)

	Erkek		p*	Kadın		p*
	İçiyor [†]	İçmiyor		İçiyor [†]	İçmiyor	
Sorma	3.81	4.77	0.002	4.58	4.93	0.609
Tavsiye	3.65	4.65	0.001	4.72	4.65	0.916
Değerlendirme	2.48	3.35	0.000	3.45	3.02	0.464
Yardım	1.79	2.47	0.007	1.88	2.42	0.439
İzleme	1.36	1.76	0.027	1.44	1.71	0.663

[†] Hergün + arasıra içenler

* t testi

Tablo 5: Hekimlerin Cinsiyetleri ve Sigara İçme Durumlarına Göre Hastalarına Sigara Bıraktırmayla İlgili Tutumları (ortalamalar) (1-5)¹

	Erkek			Kadın		
	İçiyor ¹	İçmiyor	p*	İçiyor ¹	İçmiyor	p*
Yapabileceğim çok az şey vardır	3.36	3.13	0.191	2.50	2.88	0.961
Sigarayı bıraktırmak zordur	3.71	3.30	0.018	3.63	3.44	0.640
Sigara danışmanlığı zaman kaybıdır	2.32	2.15	0.318	2.36	2.11	0.541
Hastalarımın iletişimini artırır	3.42	3.90	0.001	4.09	3.54	0.140
Yararlı olduğumu hissettirir	3.57	3.99	0.004	4.09	3.93	0.663
Bence başarısızlıkla sonuçlanır	2.41	2.21	0.170	2.09	1.95	0.653

¹ Hergün + arasıra içenler

* t testi

1: Kesinlikle katılmıyorum

5: Kesinlikle katılıyorum

Tablo 6: Sigara İçen ve İçmeyen Hekimlerin Cinsiyetlerine ve Hekimlerin Sigarayı Bıraktırmayla İlgili Tutumlarına Göre Sigarayı Bıraktırma Davranışları (Korelasyon katsayıları)

	Erkek		Kadın	
	İçiyor ¹	İçmiyor	İçiyor ¹	İçmiyor
	r	r	r	r
Sorma x Yapabileceğim çok az şey vardır		-0.215*		
Tavsiye x Yapabileceğim çok az şey vardır	-0.271*	-0.257**		-0.422**
Tavsiye x Bıraktırmak zordur			-0.617*	
Tavsiye x Zaman kaybıdır		-0.197*	-0.750**	
Tavsiye x Yararlı olduğumu hissettirir		0.243*		
Değerlendirme x Yapabileceğim çok az şey vardır	-0.261*	-0.241*		-0.353*
Değerlendirme x Bıraktırmak zordur			-0.700*	
Değerlendirme x Zaman kaybıdır		-0.216*	-0.691*	
Yardım x Yapabileceğim çok az şey vardır	-0.408**	-0.290**		-0.379*
Yardım x Bıraktırmak zordur		-0.291**		
Yardım x Zaman kaybıdır	-0.240*			
İzlem x Yapabileceğim çok az şey vardır	-0.262*	-0.340**		

¹ Hergün + arasıra içenler

p<0.05

**p<0.01

EDİRNE MERKEZ İLÇEDE 15-64 YAŞ GRUBUNDA ALKOLİZM PREVALANSI ve İLİŞKİLİ ETMENLER

Dr.Galip EKUKLU*

Dr.Serol DEVECİ*

Dr.Muzaffer ESKİOCAK*

Dr.Ufuk BERBEROĞLU*

Hem. Kadriye DAĞLI* Dr.Ahmet SALTIK*

* Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Edirne

ÖZET

Amaçlar : Araştırmanın amacı, Edirne merkez ilçede tarama testi kullanarak alkolizm prevalansını ve etkili olası etmenleri ortaya koymaktır.

Gereç Ve Yöntemler : Bu çalışma, Edirne İl Merkezi'nde yürütülen, kesitsel bir alan çalışmasıdır. Edirne İl Sağlık Müdürlüğü verilerine göre merkez ilçede 15-64 yaş grubunda

toplam 93 347 kişi yaşamaktadır. Bu evre den, etnik köken (roman olan ve olmayan), yaş ve cinsiyete göre ağırlıklandırma işlemi yapılarak seçilen 200 erkek ve 500 kadın olmak üzere toplam 700 kişiyle yüzyüze görüşülmüş, görüşmelerde alkolizm sıklığını etkileyebilecek olası etmenleri irdeleme amaçlı bilgi toplama formu ve Michigan Alkolizm Tarama Testi (MATT) kullanılmıştır.

Bulgular : MATT'in klasik puanlamasında 5 puan ve üstü bireyler alkolik gruba girmektedir. Buna göre 53 kişi (% 8.2) alkolik tanımına uymaktadır. Alkolizm sıklığı erkeklerde, romanlarda, serbest meslek sahiplerinde, gelir getirici işi olanlarda ve sigara içme deneyimi olanlarda önemli bir biçimde yüksektir. Lojistik regresyon analizinde; alkolizm sıklığı erkeklerde kadınlara göre 12.4 kat, romanlarda ötekilere göre 3.2 kat, son hafta gelir getiren bir işte çalışanlarda çalışmayanlara göre 1.9 kat ve yaşamı boyunca 100'den fazla sigara içmiş veya haftada en az 1 adet olmak üzere üç ay ya da daha uzun süre sigara içmiş olanlarda içmeyenlere göre 3.7 kat daha fazla bulunmuştur.

Sonuç Ve Öneriler : Alkolizm sıklığı bakımından Edirne merkezi Avrupa'daki öteki ülkelerle benzer bir özellik göstermektedir. En önemli bulgu, işsizlikle alkol tüketiminin azalmasıdır. Dünya genelinde ise durum bunun tersidir. Gelenekleri, yaşam biçimleri, çalışmaları işleri toplumun öteki kesimlerine göre farklılık gösteren Romanlarda alkol tüketimi de oldukça yaygındır. Daha çok şarap tüketen bu grup, alkol alma için yer ayırma yapmamakta, genellikle içki alırken meze kullanmamaktadır. Ülkeniz için önemli bir halk sağlığı sorunu olan alkolizm, basit, kolay uygulanabilen, maliyet-etkili tarama yöntemleri kullanılarak mercek altına alınmalıdır. Alkol kullanımı sigara ve madde bağımlılığını da etkileyen bir sağlık sorunu olarak algılanmalıdır. Dolayısıyla alkolizmle savaşım aynı zamanda sözkonusu bu olumsuzlukların azaltılmasına da katkı sağlayabilir.

Anahtar Sözcükler : Alkolizm prevalansı, Romanlar, Michigan Alkolizm Tarama Testi, Sigara-Alkol, Alkolizm Taraması

GİRİŞ ve AMAÇLAR

Alkol eski çağlardan beri keyif verici, yatıştırıcı, uyuşturucu ve ilaç olarak kullanılmagelmıştır. Tarih boyunca toplumların alkole karşı tutumları çok farklı olmuştur. Bir yandan dinsel törenlerde kullanılırken, bir yandan dinler tarafından yasaklanmıştır. Alkol kullanımına bağlı sorunlar çağımızın en önemli konularından biri olmuştur. Alkolizm, sağlık, trafik kazaları, özkıyım, suça yönelme, aile parçalanması, ekonomik sorunlar, iş yaşamının bozulması gibi bir çok sorunu içeren büyük bir biyopsikososyal ve ekonomik konudur. Alkolizm bir hastalıktır. Ancak her içki içen hasta değildir. ¹ Alınan alkol miktarı ve sıklığına göre farklı tanımlamalar yapılmaktadır. Örneğin bir toplantı, eğlence veya davette alınan alkol veya kişinin evinde dinlenmek için aldığı az miktarda alkol sosyal içicilik olarak tanımlanır. Kişinin aile ilişkilerini ve iş yaşamını olumsuz etkileyecek biçimde alkol alma ise sorunlu içicilik (problem drinking) olarak tanımlanır. ² Bu kapsamda alkolizm, bireyin beden ve ruh sağlığını, aile, sosyal ve iş yaşamını bozacak derecede sık ve fazla alkol alma, alkol alma isteğini durduramama ile belirli bir bozukluktur. En sık 22-35 yaşlar arasında görülür ve daha sık erkeklerde rastlanan bir sorundur. ¹ Alkol kullanım sıklığı ya da miktarı, sosyoekonomik gelişmişlik, genetik özellikler, kültürel özellikler, ırk ve etnisite, dinsel inanç gibi bir çok özelliklerle ilişkilidir. ³

Günümüzde alkol kullanımı, başta Amerika olmak üzere dünyanın pek çok yerinde önemli bir sağlık sorunu olmaktadır ve ekonomik gelişmeye paralel bir biçimde sorun hızla büyümektedir. ⁴ Yapılan araştırmalar Amerika'da alkol kullanımının epidemik bir boyut aldığını, herhangi bir sağlık kuruluşuna ayaktan başvuranların en az %10'unun alkol kullanımı nedeniyle başvurduğunu ve her 10 ölümden birinin alkole ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. ^{5,6} Bu ülkede ulusal sağlık harcamalarının % 20'si alkole ilişkili hastalıklar için yapılmaktadır. Zaman içinde toplumun alkol kullanımı konusunda bilinçlenmesi, başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarını bu konuya daha dikkatli yaklaşmaya yöneltmiştir. Daha önceki çalışmalar, alkolik olguların % 90'ına tanı konmadığını göstermiştir. ⁶ Bu da erken tanı ve sağaltımın aksamasına, alkol kullanımına bağlı morbidite ve mortalitenin artmasına neden olmaktadır. Bu konuda en sık çalışmanın yapıldığı ülkelerden biri olan Amerika'da genel popülasyonun % 5-10'unun alkolizmden etkilendiği tahmin edilmektedir. Ancak kullanılan tarama yöntemi ve incelenen gruplara bağlı olarak sıklık değişebilmektedir. Bu konuda geliştirilen pek çok tarama yöntemi olmasına karşın (ör. MAST, CAGE, Trauma Scale, brief MAST), günümüzde hekimler çoğunlukla tıp eğitimi sırasında almış oldukları bilgilere dayanarak alkolizm tanısı koymaktadırlar. ⁷ Oysa bu tür sorularla alkolizm tanısı koymak oldukça güçtür. Söz konusu tarama testlerinin ortak noktası, çok miktarda ya da kontrolsüz alkol almaya bağlı fiziksel, psikolojik ve sosyal yıkım semptomlarını aydınlatmaya yönelik sorular içermeleridir ve bu da alkolizm tanısı koymayı kolaylaştırmaktadır. ⁶

Alkol sorunu olanları belirlemeye yönelik olarak I. Basamak hekimlerinin kullandığı yöntemler çoğunlukla biyokimyasal göstergelere ve kişisel beyana dayalı tarama testleridir ve bu testler çok daha ileri düzeyde organik ve psikiyatrik sorunların ortaya çıktığı olgularda işe yararmaktadır. Çok belirgin mental ve fiziksel sorunları olmayan kişilerin bu yöntemlerle belirlenmesi zordur. ⁷

Alkol kullanımıyla ilişkili önemli tanımlardan biri zararlı kullanımdır. Zararlı kullanım; kişinin şu anda belirgin tıbbi ve psikiyatrik belirtiler göstermemesine karşın, gelecekte fiziksel ve ruhsal bakımdan büyük risk taşımasıdır. Zararlı kullanımı belirlemede, yine sıklık ve miktar ölçütleri kullanılmaktadır. I. Basamağa başvuranlar arasında, alkol kullanımını gösteren bir başka gösterge, ailesel, mesleki ve hukuksal sorunlar ile alkol kullanımı sonucu oluşan yaralanmayı baz almaktadır ve bu tür içiciler risk grubu olarak kabul edilmektedir. ⁷

Ülkemizde alkolizm sıklığı ve etkili etmenlerle ilgili çalışma sayısı fazla değildir. Özellikle Michigan Alkolizm Tarama Testi (MATT) kullanılarak yapılan çalışma bulunamamıştır.

Ancak alkol kullanımının ülkemiz için de önemli bir sorun olduğu düşünülmektedir.

Araştırmanın amacı, Edirne merkez ilçede Michigan Alkolizm Tarama Testi'ni kullanarak alkolizm prevalansını ve olası etkili etmenleri ortaya koymaktır.

GEREÇ ve YÖNTEMLER

Bu çalışma, Edirne İl Merkezi'nde yürütülen, kesitsel bir alan çalışmasıdır. Edirne İl Sağlık Müdürlüğü 2001 yılı yıl ortası nüfus verilerine göre, merkez ilçede 15-64 yaş grubunda 47 326'sı erkek, 46 021'i kadın olmak üzere toplam 93 347 kişi yaşamaktadır. Benzer yöntemlerle ülkemizde yapılan çalışma olmadığı için örneklem hesabında kullanılmak üzere Dünyanın farklı bölgelerinde yapılan değişik çalışmalara ait prevalans değerleri kullanılmıştır. Bu çalışmalarda alkolizm prevalansı % 2 ile % 18 arasında değişmektedir. ⁸⁻¹⁵ Buna göre erkekler için prevalans % 13, ± sapma % 5 ve güven düzeyi % 95, kadınlar için prevalans % 5 ± sapma % 2 ve güven düzeyi % 95 alındığında 200 erkek ve 500 kadın olmak üzere toplam 700 kişilik örneklem büyüklüğü elde edilmiştir. Örneklem işlemleri etnik köken (roman olan ve olmayan), yaş ve cinsiyete göre ağırlıklandırma işlemi yapıldıktan sonra merkez ilçedeki 8 Sağlık Ocağı bölgesinde rasgele seçimle yapılmıştır. Buna göre kadın ve erkekte oluşan toplam 700 kişiyle evlerinde yüz yüze görüşülmüş, görüşmelerde araştırmaacılarca geliştirilen, demografik bilgileri ve alkolizm sıklığını etkileyebilecek olası etmenleri irdeleme amaçlı bilgi toplama formu ve Türkiye için güvenilirlik ve geçerlik çalışması yapılmış olan Michigan Alkolizm Tarama Testi (MATT) kullanılmıştır. ¹⁶ Görüşmeler araştırmacıların denetimi altında konuyla ilgili olarak eğitilen tıp fakültesi son sınıf öğrencilerince gerçekleştirilmiştir. Toplanan bilgiler bilgisayara girilmiş, MATT'a göre alkolik ve alkolik olmayanlara (MATT puanı ≥ 5 olanlar alkolik olarak değerlendirilmiştir) ait kesikli değişkenler ki-kare testiyle, sürekli değişkenler ise iki ortalama arasındaki farkın önemliliği testiyle karşılaştırılmıştır. Ayrıca MATT puanına göre 2 grup oluşturulduktan sonra alkolizme etkili olabilecek kimi etmenler stepwise lojistik regresyon modeliyle irdelenmiştir. Analizlerde SPSS for Windows ver 8.0 (lisans no : 105192) paket programı kullanılmıştır.

BULGULAR

Değerlendirmeler verileri tam olan toplam 645 kişi üzerinden yapılmıştır. Araştırmaya katılanların 193'ü (% 29.9) erkek, 452'si (% 70.1) kadındır. Tüm grubun yaş ortalaması 34.9 ± 12.7'dir. MATT'ın klasik puanlamasında 5 puan ve üstü bireyler alkolik grubuna sokulurken, 4 puan olası alkolizmi, 3 puan ve altı ise bireyin alkolik olmadığını göstermektedir. Buna göre 645 kişilik çalışma grubunda 53 kişi (% 8.2) alkolik tanımına, 7 kişi (% 1.1) olası alkolik tanımına uymaktadır. Alkolik grubunda yer alan 53 kişi demografik özelliklerine göre irdelendiğinde; 14'ü (% 26.4) roman, 45'i (% 84.9) erkeklerden oluşmaktadır. Alkolik grubuna girenler mesleklerine göre incelendiğinde en önemli yapılmış % 49.1 ile serbest meslek grubu ndadır. Alkolik kategorisine girenlerin % 56.6'sı evli, % 36'sı lise mezundur. Bu gruptaki 53 kişinin % 41.5'i son hafta içinde gelir getiren işte çalışmadıklarını belirtmişlerdir. Sigara kullanma durumları dikkate alındığında; alkolik grubuna girenlerin % 98.1'i yaşamlarında sigara denemiş, % 94.3'ü üç aydan fazla sigara kullanmış ya da yaşamları boyunca yüzden fazla sigara içmiş kişiler, % 89.6'sı ise halen sigara içmekte olan kişilerdir.

MATT'a göre alkolik olan ve olmayan grupların kimi değişkenler bakımından karşılaştırılması tablo 1, şekil 1'de sunulmuştur. Tablodaki veriler incelendiğinde, alkolizm sıklığının erkeklerde kadınlara göre, romanlarda ötekilere göre, serbest meslek sahiplerinde diğer mesleklerle göre, gelir getirici işi olanlarda işsizlere göre ve sigara içme deneyimi olan ya da sigara içenlerde içmeyenlere göre önemli bir biçimde yüksek olduğu görülmektedir. Araştırma bulgularına göre medeni durum ve eğitim düzeyi ile alkolik olma arasında önemli bir ilişki yoktur.

MATT'tan alınan puanlara göre çalışma grubu alkolik ve alkolik olmayanlar olarak ikiye ayrıldıktan sonra olası kimi risk etmenlerinin alkolizmle ilişkisi Stepwise Lojistik regresyon modeliyle değerlendirilmiştir. Regresyon modelinde; alkolik olma durumu bağımlı, yaş, cinsiyet, etnik köken, son hafta gelir getiren bir işte çalışma durumu, yaşamı boyunca 100'den fazla sigara içmiş olma veya haftada en az 1 adet olmak üzere üç ay ya da daha uzun süre sigara içmiş olma durumu bağımsız değişkenler olarak alınmıştır. Sonuçlar tablo 2'deki gibidir.

Buna göre; alkolizm sıklığı erkeklerce kadınlara göre 12.4 kat, romanlarda ötekilere göre 3.2 kat, son hafta gelir getiren bir işte çalışanlarda çalışmayanlara göre 1.9 kat ve yaşamı boyunca 100'den fazla sigara içmiş veya haftada en az 1 adet olmak üzere üç ay ya da daha uzun süre sigara içmiş olanlarda içmeyenlere göre 3.7 kat daha fazladır. Regresyon modelinde yaş alkolizm ile ilişkisiz bulunmuştur.

TARTIŞMA

Araştırma bulgularına göre, alkolizm sıklığı erkeklerde kadınlara göre yaklaşık 12.5 kat daha fazladır. Erkeklerdeki bu fazlalık Greenfield ve ark.nın Amerikan toplumunda yaptıkları toplum tabanlı çalışmada da ortaya konmuştur.¹⁷ Ülkemizde MATT kullanılarak yapılmış prevalans çalışması a rastlanmamıştır. Işık ve ark. farklı bir yöntemle Adana Park Sağlık Ocağı bölgesinde erkeklerde prevalansı % 2 dolayında bulmuşlardır.¹⁸ Ancak yöntem farkı bu değerleri rahat karşılaştırma şansı vermemektedir. Yapılan literatür taramasında Türkiye için elde edilmiş bir alkolizm prevalans değerine rastlanmamıştır. Bu alanda dünyanın farklı bölgelerinde yapılan çalışmalarda farklı prevalans değerleri bulunmuştur. Conigliaro ve ark. Pensilvanya ABD'de yaptıkları çalışmada alkolizm prevalansını % 7 dolayında bulmuşlardır.¹⁹ Ancak alkolizm sıklığı çalışmanın yapıldığı gruba, kişinin hastanede yatıp yatmamasına, kullanılan tarama yöntemine göre değişmektedir. Ör. Mansoor ve ark.nın Barbados'ta MATT kullanarak yaptıkları çalışmada alkolizm sıklığını erkeklerde % 31, kadınlarda % 5 gibi çok yüksek oranlarda bulmuşlardır.²⁰ Bu sıklıklar bizim değerlerimizden yüksektir. Fuentealba ve ark. İspanya'da erkeklerde % 40, kadınlarda % 3.3 gibi prevalans değerleri elde etmişlerdir.²¹ Bütün bu çalışmalarda alkolizm sıklığı çalışmayanlarda, sigara kullananlarda ve erkeklerde daha yüksek bulunmuştur. Erkekler ve sigara kullananlar bakımından bulgularımız literatürdeki öteki çalışmalara benzerdir. Ancak bu çalışmada işi olanlar, özellikle serbest meslek sahiplerinde alkolizm sıklığı daha yüksek bulunmuştur. Bunun olası nedeni ülkemizde içki bedellerinin fazla olması ve ancak parası olanların içki içebilmesidir. Araştırma bulgularımıza göre gelir düzeyi azaldıkça içilen içkinin niteliği düşmekte ve alkol alırken yanında meze tüketimi azalmaktadır. Bu bulgular da yukarıdaki yorumu destekler niteliktedir. Araştırmamızda Edirne'de yoğun olarak yerleşik yaşayan Romanlar da alkolizm prevalansı bakımından değerlendirilmiş ve Romanlar arasında sıklık yaklaşık % 19 dolayında bulunmuştur. Ötekilere göre yaklaşık 3.5 kat fazla alkolizm sıklığına sahip olan Romanlarda, tüketilen alkol miktarı ve içilen içki türü de bazı farklılıklar göstermektedir. Araştırma grubunda içilen içki türü genellikle rakı ve bira olmasına karşın, Romanlar daha çok şarap tüketmektedirler ve ml/gün bazında aldıkları alkol miktarı da ötekilere göre daha fazladır. Bu grup, alkol alırken yanında meze kullanmama eğilimindedir. Bütün bunların olası nedeni Romanların sürekli bir işe sahip olmamaları ve gelir düzeylerinin düşük olması olabilir. Etnisite, alkolizm sıklığıyla ilgili çalışmalarda sık incelenen değişkenlerdendir. Çoğunlukla da çalışmanın yapıldığı ülkelerde daha küçük çoğunluğa sahip etnik gruplarda alkolizm sıklığı yüksek bulunmuştur. Dawson ve ark. Amerika'da yaptıkları çalışmada, alkolizm sıklığının siyahılarda, hispaniklerde, kırsalda yaşayanlarda ve işsizlerde daha yüksek olduğunu ortaya koymuşlardır.²² Bizim çalışmamızda da Romanlardaki alkolizm sıklığı öteki gruba göre fazladır. Benzer biçimde yapılan çalışmalara işsizlikle alkol tüketimi arasında pozitif bir korelasyon bulunmuştur. Trakya bölgesinde ve bunun da etnik gruplarda alkol tüketimini artırdığını saptamıştır.²³ Edirne'ye komşu ülkelerde yapılan çalışmalar irdelendiğinde bu ülkelerde de benzer alkolizm sıklıklarıyla karşılaşılmıştır. Balabanova ve ark. Bulgaristan'da, Madianos ve ark. Yunanistan'da yaptıkları çalışmalarda, alkolizm sıklığını %10-15 dolayında bulmuş ve bu sıklığın coğrafyaya, ekonomik gelire, cinsiyete, çalışma durumuna göre değişiklik gösterebileceğini vurgulamışlardır.^{24,25} Bu çalışmalarda; erkeklerde, sigara kullananlarda ve işsizlerde alkolizm sıklığı daha yüksek bulunmuştur. İşsizler dışındaki bulgular bizim bulgularımızla benzerdir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Ülkemizde alkolizm prevalansı ile ilgili çalışma sayısı yok denecek kadar azdır. Özellikle alkol tüketiminin yaygın olduğu Trakya bölgesinde benzer çalışmaların yapılmasına gereksinim vardır. Alkolizm sıklığı bakımından Edirne Merkez İlçe, Avrupa'daki öteki ülkelerle benzer bir özellik göstermektedir. Bu çalışmada öne çıkan en önemli bulgu, işsizlikle alkol tüketiminin azalmasıdır. Oysa dünya genelinde yapılan çalışmalara işsizlikle alkol tüketimi arasında pozitif bir korelasyon bulunmuştur. Trakya bölgesinde yaygın bir biçimde yerleşik yaşayan Romanlarla ilgili bulgular bu çalışmanın önemli yanlarından. Gelenekleri, yaşam biçimleri, yaptıkları işleri toplumun öteki kesimlerine göre farklılık gösteren bu grupta alkol tüketimi de oldukça yaygındır. Daha çok şarap tüketen Romanlar, alkol alma için yer ayırımı yapmamakta, genellikle içki alırken meze kullanmamaktadır.

Gelişmiş ülkelerde önemli bir sağlık sorunu ve harcama kalemi olarak değerlendirilen alkolizm, ulusal düzeyde projelerle incelenmektedir. Ör. Amerika'da konuya özel ulusal bir veri tabanı oluşturulmuştur. Madde bağımlılığı ya da alkolizm, sağaltımı güç ve pahalı bir sorundur. Yüksek düzeyde yarıdan başlama gözlenmektedir. Bu yüzden asil ağırlık korunmaya verilmelidir. Başta gençler olmak üzere öğretmenler, aile ve çevre konuya ilişkin olarak eğitilmelidir (sosyal mobilizasyon). İkincil koruma bağlamında ise riskli kümeler başta olmak üzere taramalar yaparak erken dönemde olgu yakalanmalıdır.²⁶ Özellikle 1. Basamakta çalışan hekimler çalıştıkları bölgelerde bu konuya ilgili araştırmalar yapmaya özendirebilirler. Yaklaşık her on kişiden birinin alkolik olarak tanımlanabileceği Edirne'de, bu konuya daha da önem verilmelidir.

Alkol kullanımı sigara ve madde bağımlılığını da etkileyen bir sağlık sorunu olarak algılanmalıdır. Dolayısıyla alkolizmle savaşım aynı zamanda sözkonusu bu olumsuzlukların azaltılmasına da katkı sağlayabilir.

KAYNAKLAR

1. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 3. Baskı, Evrim Basım-Yayın-Dağıtım. İstanbul, 1990. s.343-50.
2. Ziyalar A. Sosyal Psikiyatri. İlaveli 2. Baskı, Yüce Yayın- Dağıtım AŞ. İstanbul, 1999. s. 212.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

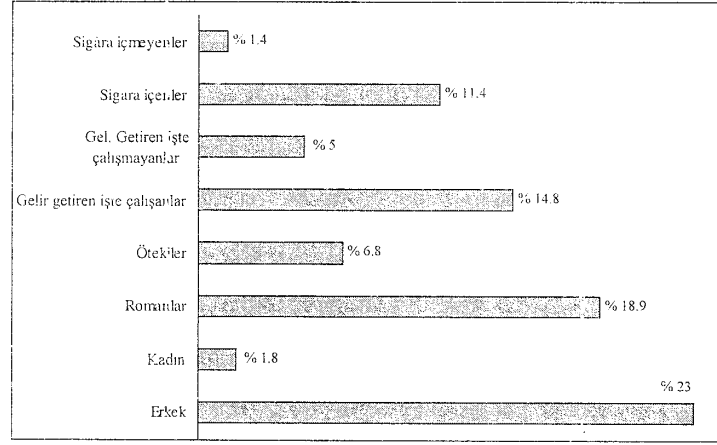
3. Rankin J, Ashley MJ. Alcohol Related Health Problems. In: Public Health and Preventive Medicine. Edited by Last J, Wallace R. Prentice Hall Int. Inc. 1992, p.741-6.
4. ---WHO. Alcohol Policies. Edited by Grant M. WHO Regional Publications, European Series No. 18, 1985, England. p. 25-27.
5. Michele G, Steven AW. The Effectiveness of Routine Screening Questions in the Detection of Alcoholism. JAMA, Jan 1, 1988-Vol 259, No.1
6. David G. B., Josie W, Robin G B, Ronald E. Screening for Drinking Problems by Patient Self-Report Even "Safe" Levels May Indicate a Problem. Arch. Intern. Medicine Vol 155 Jan 9, 1995.
7. Volk RJ, Steinbauer JR, Cantor SB, Holzer C. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screen for at-risk drinking in primary care patients of different racial/ethnic backgrounds. Addiction 1997, 92(2); 197-206.
8. Lowe LP, Long CR, Wallace RB, Welty TK. Epidemiology of Alcohol Use in A Group of Older American Indians. Annual Epidemiology. 1997 May; 7(4):241-8.
9. Thiebaut R, Martin C, Grabot D, Verdun-Esquer C, Gabinski P, Tignol J. Prevalence and Occupational Covariates of Mood, Anxiety Disorders, and Alcohol Dependence in A French Ancillary Staff Population. American Journal of Psychiatry, 1997 December; 134(12):1414-6.
10. Curtis JR, Geller G, Stokes EJ, Levine DM, Moore RD. Characteristics, Diagnosis and Treatment of Alcoholism in Elderly Patients. Journal of American Geriatric Society. 1989, Dec;37(12):1204.
11. Jacobson GR, Lindsay D. Screening for Alcohol Problems Among The Unemployed. Current Alcohol, 1979;7:357-71.
12. Chetwynd SJ, Pearson V. Alcohol Problems Among Women Working in The Home: Prevalence And Predictors. Australia Journal of Psychiatry 1983 September; 17(3):259-64.
13. Harburg E, Gunn R, Gleiberman L, Roeper P, DiFranco W, Caplan R. Using The Short Michigan Alcoholism Screening Test to Study Social drinkers: Tecumseh, Michigan. Journal of Study Alcohol 1988 November; 49(6):522-31.
14. Johnson FY. An Epidemiological Survey of Alcohol And Drug Abuse in The national Capital District of Papua New Guinea. Medical Law 1990; 9(2):797-830.
15. Seppa K, Pitkajarvi T, Sillanaukee P. Alcohol Consumption Profile By Time in Middle-Aged Men: A Longitudinal Study Based On Three Different Diagnostic Instruments. Alcohol Alcohol 1999 January-February; 34(1):65-70.
16. Coşkunol H, Bağdiken İ, Sorias S, Saygı R. Michigan Alkolizm Tarama Testinin (MATT) Geçerliliği. Ege Tıp Dergisi 34 (1-2): 1995, s.15-18.
17. Greenfield TK, Midanik LT, Rogers JD. A 10-Year National Trend Study of Alcohol Consumption, 1984-1995. Is The Period of Declining Drinking Over. Am Journal of Public Health, January 2000, Vol.90, No: 1, s. 47-52.
18. Işık A, Çöl M, Dalgıç N. Park Sağlık Ocağı Bölgesinde Alkolizm Prevalansı. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 1994; 47 (3): 505-518
19. Conigliaro J, Kraemer K, McNeil M. Screening and Identification of Older Adults With Alcohol Problems in Primary Care. Journal of Psychiatry Neurology. 2000 fall; 13(3):106-14.
20. Mansoor GA, Edwards CN. Questionnaire Detection of Problem Drinkers Among Acute Medical Admissions. West Indian Medical Journal. 1991 June; 40(2):65-8.
21. Fuentelba HR, Flores GM, Fernandez CA. Application of The Michigan Alcoholism Screening Test in Heads of The Family. Acta Psiquiatria Psicologia Am Lat. 1995, September;41(2):206-13.
22. Dawson DA, Grant BF, Chou SP, Pickering RP. Subgroup Variation in U.S. Drinking patterns: Result of The 1992 National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Study. Journal of Substant Abuse. 1995; 7(3):331-44.
23. Jones RJ, Hsiao CY, Hannan P. Relationships Between Socioeconomic Status and Drinking Problems Among Black and White Men. Alcohol Clin Exp Res. 1995, Jun;19(3): 623-7.
24. Balabanova D, McKee M. Patterns of Alcohol Consumption in Bulgaria. Alcohol Alcohol. 1999, July-Aug;34(4):622-28.
25. Madianos MG, Gefou MD, Stefanis C. Patterns of Alcohol Consumption and Related Problems in The General Population of Greece. Addiction 1995, January;90(1):73-85.
26. Saltık A. Psikoaktif Madde Kullanım Bozuklukları Ders Notları. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Edirne, 2000.

TAĞLO 1 : Risk Etmenleri ve Gruplarda Alkolizm Sıklığı

Değişken	Alkolizm sıklığı		p
	Sayı	%	
Cinsiyet			
Erkek	45/193	23.3	.000
Kadın	8/452	1.8	
Etnik köken			
Romanlar	14/74	18.9	.001
Ötekiler	39/517	6.8	
Meslek			
Ev hanımı	0/253	0.0	.000 ¹
Serbest meslek	26/111	23.4	
Memur	10/99	10.1	
İşçi	3/26	11.5	
İşsiz	3/29	10.3	
Öğrenci	5/83	6.0	
Emekli	6/38	13.6	
Son hafta gelir getiren bir işte çalışma durumu			
Evet	31/209	14.8	.000
Hayır	22/436	5.0	
Yaşamı boyunca sigara içme durumu			
Evet	52/471	11.0	.000
Hayır	1/173	0.6	
Yaşamı boyunca 100'den fazla sigara içmiş olma veya haftada en az 1 adet olmak üzere üç ay ya da daha uzun süre sigara içmiş olma			
Evet	50/438	11.4	.000
Hayır	3/207	1.4	

¹ Farkın kaynağı serbest meslek sahibi olanlardır.

ŞEKİL 1 : Risk Etmenleri ve Gruplarda Alkolizm Sıklığı



TABLO 2 : Alkolizm Sıklığıyla İlişkili Olabilecek Bazı Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizi.

Değişkenler	Odds oranı	% 95 Güven Aralığı	p
Yaş	1.02	0.999 – 1.052	.051
Cinsiyet Kadın	Referans 12.461	5.580 - 27.827	.000*
Erkek			
Etnik köken Ötekiler	Referans 3.201	1.459 - 7.021	.037*
Romanlar			
Son hafta gelir getiren bir işte çalışma durumu Çalışmamış	Referans 1.970	1.021 – 3.801	.043*
Çalışmış			
Yaşamı boyunca 100'den fazla sigara içmiş olma veya haftada en az 1 adet olmak üzere üç ay ya da daha uzun süre sigara içmiş olma durumu Hayır	Referans		
Evet	3.719	1.087 – 12.719	.043*
Sabit	-6.418	-	.000

* p < .05

TOPLUMDA ROL MODELİ OLAN KİŞİLERİN SİGARA İÇİLMESİ KONUSUNDAKİ BAZI TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Aslıhan COŞKUN*, Ali Naci YILDIZ**, Bahar Güçüz DOĞAN***, Nazmi BİLİR****

* Araştırma Görevlisi Dr. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

** Öğretim Görevlisi Dr. PhD, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

*** Doç. Dr Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**** Profesör Dr. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET:

Ülkemizde sigara içmek yaygın bir alışkanlık ve önemli bir halk sağlığı sorunudur. Öğretmenler ve doktorlar topluma, özellikle de gençlere örnek olma işlevi de göz önüne alındığında, sigara içme alışkanlığı yönünden önem taşıyan bir meslek grubudur. 1996 yılında Ankara'da, 1998 ve 1999 yıllarında ise İnsani Gelişim İndeksi' ne göre belirlenmiş 17 ilde yapılmış olan çalışmalarda önemli toplumsal üç rol modelini (doktor, öğretmen, anne) oluşturan kişiler arasındaki sigara içme davranışı ve bu konudaki tutumları araştırılmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre doktorlar ve öğretmenler arasında sigara içme alışkanlığı yaygındır. Erişkinlerin sigara içmeleri, olumsuz model oluşturmaktadır.

Anahtar kelimeler: sigara içme, tutum, davranış, rol model

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

GİRİŞ:

Sigaranın sağlık üzerindeki olumsuz etkileri uzun zamandan beri bilinmektedir. Bugün dünyada 1 milyardan fazla, Türkiye' de ise yaklaşık 17 milyon insan sigara içmekte ve bunların yarısı yine sigaraya bağlı nedenlerden dolayı hayatını kaybetmektedir. Günümüzde bütün dünyada her yıl yaklaşık 4.5 milyon kişi sigaraya bağlı bir nedenle ölmektedir. Buna rağmen sigara alışkanlığı ülkemizde yaygın bir halk sağlığı sorunu olma özelliğini hala korumaktadır. 1988 yılında ülke genelinde yapılan bir çalışmada, sigara içme sıklığı 15 yaş ve üzerindeki grupta % 44.5 (erkeklerde % 62.8, kadınlarda % 24.0) olarak bulunmuştur.

Dünyanın birçok ülkesinde olduğu gibi ülkemizde de sigaraya başlama alışkanlığı genellikle çocukluk döneminde edinilmektedir. Bu dönemde çocukların tutum ve davranışlarının oluşmasında çeşitli aşamalarda etkili erişkinler, başta anneler ve öğretmenlerdir. Bu kişilerin sigara içmeleri özdeşim kurulacak modeller olmaları açısından özellikle önemlidir.

Bir diğer grup da toplumda bu konuda model oluşturup sigara karşıtı hareketlere önderlik etmesi beklenen doktorlardır. Bu kişiler, öncelikle kendileri sigara içmemeli, toplum önünde sigara içerken görülmemeli, topluma bu konudaki davranışları ile örnek olmalıdırlar.

AMAÇ:

Araştırma kapsamına alınan gruplar, olumlu ya da olumsuz davranışların benimsenmesi konusunda toplumda özelliği olan gruplardır.

Bu çalışmanın amacı; toplumun çeşitli kesimlerinden alınan örneklerde, tutum ve davranış bakımından model oluşturan öğretmenlerin, doktorların ve annelerin;

- a) Sigara içme sıklığını belirlemek,
- b) Sigara içme davranışı ile ilgili bazı özelliklerini belirlemek,
- c) Bazı durumlarda veya ortamlarda sigara içilmesi konusundaki tutumlarını belirlemek.
- d) 26 Kasım 1996' da yasalaşan "Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun" hakkındaki bilgilerini belirlemek.

YÖNTEM:

Çalışmada;

- 1996 yılında Ankara' da, öğrenci, öğretmen, anne, doktor, sporcu, sanatçı, gazeteci ve milletvekilleri arasında yapılmış olan "Sigara İçme Konusundaki Davranış ve Tutumlar"

- 1998-99 yıllarında İnsani Gelişim İndeksi' ne göre belirlenmiş 17 ildeki öğrenci, öğretmen, doktor, polis / jandarma, şoför, imam / müezzinler arasında yapılmış olan "Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun" a Uyum Düzeyi" adlı araştırmaların verilerinden yararlanılmıştır.

Her üç araştırma da tanımlayıcı-kesitsel araştırmalardır.

Veri toplama araçları; ilk çalışmada anket, diğer çalışmalarda anket ve gözlem formlarıdır.

1996 Araştırması: 254 öğretmen, 499 anne, 237 doktor

1998 Araştırması: 908 öğretmen, 987 doktor

1999 Araştırması: 1046 öğretmen, 1129 doktor araştırma kapsamına alınmıştır.

BULGULAR:

Tablo 1'de da görüldüğü gibi tüm gruplar otuzlu yaşlardadır. Öğretmen grubunda kadınlar daha fazladır. En düşük eğitim seviyesi (7.6 yıl ile) anneler arasındadır.

Yukarıdaki tabloda da görüldüğü gibi; 1999 yılında yapılan araştırmada sigara içenlerin sıklıklarında bir artış söz konusudur. Sigarayı bırakan rol modeli gruplar arasında, doktorlar en yüksek yüzdeye sahip olan gruptur. Anneler hiç sigara içmeyenler arasında % 63.1 ile en yüksek oranı oluşturmaktadır. Sigarayı bırakma oranındaki artış en çok öğretmenler arasında bulunmuştur.

Yukarıdaki tabloda da görüldüğü gibi rol modeli gruplar arasında sigara içme yüzdesi en fazla olan grup öğretmenlerdedir. Günde en fazla içilen sigara sayısı (19.3 ± 8.4 ile) annelerde bulunmuştur.

Yukarıdaki tabloda da görüldüğü gibi Kanun' un en çok bilinen maddesi; "Kapalı ortamlarda sigara içilmesinin yasaklar" şeklindedir. 1998 yılındaki çalışmada, gruplar arasında yasadan en haberdar olan grup doktorlardır. Kanunu duyanların oranı 1999 yılındaki çalışmada fazla bir değişim göstermemiştir.

1: İçilebilir 2: Uygun koşullar sağ anırsa içilebilir. 3: Kesinlikle içilmemelidir

Yukarıdaki tabloda da görüldüğü gibi sigara içen doktorların % 79.8' i uygun koşullar sağlandığında restoranda, % 73.1' i ise işyerinde sigara içebileceğini belirtmişlerdir. Benzer şekilde sigara içen öğretmenlerin % 77.5' i restoranda, % 73.4' ü ise işyerinde sigara içebileceğini belirtmişlerdir.

Yukarıdaki tabloda da görüldüğü gibi öğretmenlerin % 94' ü evde, % 63.3' ü çocukların önünde sigara içtiğini belirtmiştir.

Doktorların yaklaşık yarısı (% 49.2) çocukların önünde, % 68.1' i işyerinde çalışırken sigara içerken annelerin hemen tümü (% 97.2) evde, % 85.2' si de çocukların önünde sigara içtiğini belirtmiştir.

TARTIŞMA:

Sigaranın sağlığa olan zararlı etkisinin içilen sigara miktarı ile orantılı olarak arttığı bilinmektedir. Araştırma kapsamındaki öğretmen, doktor ve annelerde zaman içinde bir günde tükettikleri sigara sayısında artış olmuştur.

1996 araştırmasında öğretmenlerin yarısının (% 50.8), annelerin üçte birinin (% 30.2) ve doktorların da yaklaşık yarısının (% 43.9) halen sigara içtikleri saptanmıştır (Tablo.2) Yine 1996 araştırması sonuçlarına göre: öğretmenlerin % 52.4' ünün, annelerin % 65.6' sının günde yarım paketten az içtikleri belirlenmiştir (Tablo.3). Bu sonuç, sigarayı bırakma yönündeki çabaların bu gruplarda olumlu sonuç verebileceği düşündürülebilir.

Araştırma amaçlarından birisi de; araştırma kapsamına alınan gruplarda, 7 Kasım 1996 tarihinde kabul edilen ve toplumda sigara kanunu olarak bilinen Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun' daki yasa maddelerinin bilinmesi konusundaki görüşlerin ortaya konmasıdır. Kanun' un en çok bilinen maddesi; "Kapalı ortamlarda sigara içilmesinin yasaklar" şeklindedir. 1998 yılındaki çalışmada, gruplar arasında yasadan en haberdar olan grup doktorlardır. Kanunu duyanların oranı 1999 yılındaki çalışmada fazla bir değişim göstermemiştir. (Tablo.4).

Araştırma gruplarına yöneltilen ik. grup soru ile sigara içme davranışlarına ilişkin bazı özellikler ortaya çıkartılmaya çalışılmıştır. İlk grup sorularında, kişilerin araştırma tarihinden önceki son hafta içinde çeşitli durumlarda sigara içip içmedikleri sorulmuştur (Tablo.6). İkinci grup sorularında ise sigara içmeye ilişkin bazı görüşlere katılıp katılmadıkları irdelenmiştir (Tablo.5). Toplumda rol modeli olması beklenen öğretmenlerin % 63.3' ü, doktorların yaklaşık yarısı (% 49.2), annelerin % 85.2'si çocukların önünde sigara içtiğini belirtmeleri düşündürücüdür (Tablo.6)

Lokanta ve işyerleri sigara içilmesinin en çok onaylandığı yerler olarak belirtilmiştir. Araştırma gruplarında sigara içmeyen kişiler bu mekanlarda içilmesini fazla onaylamasalar da; en esnek oldukları toplu bulunulan yerler olarak bu iki mekan ifade etmişlerdir. Sigara içen öğretmenlerin %73.4' ünün, doktorların ise % 73.1' inin özel koşullar sağlandığı takdirde işyerinde sigara içebileceğini belirtmeleri, toplumda model olan bu kişiler olmaları açısından dikkat çekicidir.

SONUÇLAR VE ÖNERİLER:

Türkiye' de sigara içme alışkanlığı halen oldukça yaygındır. Ancak öğretmenler, doktorlar ve anneler gibi toplumda rol model olan kişiler arasında da sigara içme alışkanlığı yüksektir.

Yasanın kabulünün ikinci yılında da sigara içenlerin yüzdesinde azalma olmaması, yetişkin bireylerin sigara içme alışkanlığının değiştirilebilmesi için daha uzun zaman gerektiğini düşündürmektedir. Bu konudaki öneriler şunlar olabilir:

- o İnsanlarda davranış değişikliği oluşturmak bir süreci gerektirir. Bu nedenle şimdiye kadar gerek resmi kuruluşlarca, gerekse sivil toplum örgütleri tarafından yürütülen sigara karşıtı çalışmalara devam edilmesi gerekmektedir.
- o Sigarayla savaşta asıl önemli olan sigara ile henüz tanışmamış olan grubun, özellikle de 18 yaş altı çocukların bu alışkanlığı kazanmalarına engel olmaktır. Buna yönelik olarak, çocuklara rol modeli olabilecek, toplumda lider konumunda bulunan öğretmen, doktor gibi meslek mensuplarının ve anne babaların, özellikle de annelerin bu konuda bilinçlendirilmelerinin sağlanması gerekmektedir.
- o 4207 Sayılı Kanun' un kabulünden sonra, etkisinin izlenmesi için, belli aralıklarla bu tür çalışmaların yapılarak Kanun' un ne derece benimsendiğinin ortaya çıkartılması gerekmektedir

KAYNAKLAR:

- 1-Bilir N, Doğan BG, Yıldız AN. Sigara İçme Konusundaki Davranışlar ve Tutumlar (Ankara, 1997). Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayını
- 2- Bilir N, Doğan BG, Yıldız AN. Tütün Memullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun' a Uyum Düzeyi (Ankara, 2000). Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayını
- 3- Curbing the Epidemic. Governments and the Economics of Tobacco Control. A World Bank Publication, 1999
- 4- Doç. Dr. Özen Asut. Hekim ve Sigara. TTB Yayını, 1993
- 5- Guidelines for Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic. WHO, Geneva, 1998
- 6- Smoke- Free For Life. A Smoking Prevention Curriculum Supplement. Nova Scotia Department of Health, 1996

Tablo 1. Araştırma kapsamına alınan grupların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (Ankara, 1996,1998, 1999).

Gruplar	Yıl	n	Yaş (ort ± SD)	Cinsiyet E / K	Eğitim (yıl/kışı)
Öğretmen	1996	254	35.4 ± 7.1	0.7	15.0
	1998	907	34.6 ± 8.1	1.3	15.0
	1999	1039	35.1 ± 7.9	1.2	13.8
Doktor	1996	237	36.3 ± 9.1	1.1	17.0
	1998	985	36.1 ± 7.8	2.5	17.0
	1999	1127	36.0 ± 7.8	1.9	17.0
Anne	1996	499	39.8 ± 6.1	-	7.6

Tablo 2. Araştırma kapsamına alınan grupların sigara içme durumuna göre yüzde dağılımı (Ankara, 1996, 1998, 1999).

Gruplar	Yıl	Sigara içme			
		Hiç içmemiş	İçmiş, bırakmış	Halen içiyor	Toplam
Öğretmenler	1996	38.5	10.7	50.8	252
	1998	38.2	14.5	47.3	905
	1999	37.0	14.4	48.6	1044
Doktorlar	1996	38.0	18.1	43.9	237
	1998	41.7	17.2	41.1	986
	1999	39.2	17.7	43.1	1128
Anneler	1996	63.1	6.7	30.2	494

Tablo 3. Araştırmaya katılan gruplarda sigara içenlerin sigara içmeye ilişkin bazı özellikleri (Ankara, 1996).

Gruplar	Yıl	Sigara içme		Ortalama sigara içme süresi (yıl)	Günde içilen sigara sayısı
		Yaşam boyu (%)	Halen (%)		
Öğretmenler	1996	61.8	50.8	14.1 ± 7.5	12.3 ± 9.8
	1998	61.8	47.3	13.2 ± 8.1	15.7 ± 8.9
	1999	63.0	48.6	13.3 ± 8.0	16.1 ± 9.6
	1998	58.3	41.1	13.1 ± 8.0	16.7 ± 10.3

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Tablo 4. Doktorlar ve öğretmenlerin sigara kanununu duymuş olanların en çok bildikleri 5 kanun hükümlerinin dağılımı (Türkiye, 1998,1999).

Hüküm		1998 (n= 833)		1999 (n= 962)	
		Sayı	%	Sayı	%
•Kapalı ortamlarda sigara içilmesini yasaklar	öğretmenler	311	37.3	387	40.2
	doktorlar	462	50.4	521	49.5
•Toplu bulunulan yerlerde sigara içilmesini yasaklar	öğretmenler	304	36.5	319	33.2
	doktorlar	278	30.3	290	27.5
•Otobüslerde, taşıma araçlarında sigara içilmesini yasaklar	öğretmenler	145	17.4	121	12.6
	doktorlar	187	20.4	224	21.3
•18 yaşından küçüklere sigara satışını yasaklar	öğretmenler	107	12.8	69	7.2
	doktorlar	104	11.3	93	8.8
•5' ten fazla kişinin bulunduğu yerde sigara içilmesini yasaklar	öğretmenler	101	12.1	86	8.9
	doktorlar	126	3.7	93	8.8

Tablo 5. Öğretmenlerin, doktorların ve annelerin toplu olarak bulunulan kapalı yerlerde sigara içilmesine ilişkin görüşleri (Ankara, 1996)

Gruplar	Sigara içme Durumu	Görüşler					
		Restoran			İşyeri		
		1	2	3	1	2	3
Öğretmenler	içmiyor	-	37.1	62.9	-	32.0	68.0
	bırakmış	3.6	53.6	42.9	-	35.7	64.3
	içiyor	11.6	77.5	10.9	3.9	73.4	22.7
Doktorlar	içmiyor	1.1	40.0	58.9	-	26.4	73.6
	bırakmış	-	39.5	60.5	-	18.6	81.4
	içiyor	3.8	79.8	16.5	3.8	73.1	23.1
Anneler	içmiyor	4.6	15.1	80.3	2.6	15.6	81.8
	bırakmış	18.2	21.2	60.6	9.1	18.2	72.7
	içiyor	21.8	50.3	27.9	18.4	46.2	35.4

Tablo 6. Sigara içen öğretmenlerin, doktorların ve annelerin son bir hafta içinde sigara içme ile ilgili bazı davranışlarına göre yüzde dağılımı (Ankara, 1996).

Davranış (sigara içme)	Evet	Hayır	Toplam	
			Sayı	%
Evde öğretmen	90.4	9.6	125	100.0
doktor	83.7	16.3	92	100.0
anne	97.2	2.8	145	100.0
Çocukların önünde öğretmen	63.3	36.7	98	100.0
doktor	49.2	50.8	59	100.0
anne	85.2	14.8	145	100.0
İşyerinde çalışırken öğretmen	36.6	63.4	98	100.0
doktor	68.1	31.9	91	100.0
anne	60.0	40.0	145	100.0

SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ İLK VE SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN SİGARAYA YÖNELİK BİLGİ TUTUM DAVRANIŞLARI VE SİGARAYA BAŞLAMA VE ALIŞMA DURUMLARI

A. Nesimi KIŞIOĞLU*, Mustafa ÖZTÜRK*, Malik DOĞAN**

* Yrd.Doç.Dr., SDÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD / ISPARTA

** Arş.Gör.Dr., SDÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD / ISPARTA

ÖZET

Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi öğrencilerinin sigaraya karşı bilgi tutum ve davranışlarını araştırmak ve ilk-son sınıflar arası sigaraya başlama ve alışma durumlarını saptamak amacıyla 531 öğrenciye bu amaçla hazırlanmış bir anket uygulandı. Araştırma grubunun 292'si erkek ve yaş ortalaması 20.7±2.4; 239'u kız ve yaş ortalaması 20.3±2.2 idi. Araştırmaya katılanların %41.8'i hâlen sigara içmekte olup, günde içtikleri sigara adeti ortalaması 15.9 ±7.9 idi ve ortalama 4.1 ±2.3 yıldır sigara içmekteydiler. Hayatı boyunca 100 adet (5 paket) sigara içme hızı erkek öğrencilerde (%57.2) kız öğrencilerden (%42.8) belirgin olarak yüksek saptandı (p<0.001). Sigaraya ilk başlama nedeni uygun arkadaş ortamıydı (%30.3). Hâlen sigara içen ve daha önce içmiş olan grubun (n=250) %48.8'i sigarayı bırakmayı denemişti ve bunların da %23 ü sigara içmeyi bırakmışlardı. Sigara içenlerden %83.3'ü ailesinde veya yaşadığı evde sigara içen birisinin var olduğunu belirtirken, sigara içmeyenlerden %58.6'sı ailesinde veya yaşadığı evde sigara içen birisinin var olduğunu belirtmiştir (p<0.001). Dördüncü sınıfta okuyan öğrencilerde sigara içme alışkanlığı (%49.8) 1.sınıf öğrenci erine göre (%34.0) istatistiksel olarak anlamlı derecede fazlaydı (p<0.001). Araştırmaya katılanların %98.7'si sigara içiminin sağlığa zararlı olduğunu düşündüklerini belirtti. Sonuç olarak öğrencilerin sigara içme yaygınlığında aralarındaki etkileşimin önemli bir faktör olduğu söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Sigara, Üniversite, Öğrenci

GİRİŞ

Sigara içme özellikle nedenleri açısından önemli bir psiko-sosyal sorundur. Sigara bağımlılığı üzerine yapılan tüm araştırmaların ortaya çıkardığı en önemli ve tartışmasız kabul gören gerçek bu alışkanlığın yaklaşık %40 oranında 15-19 yaşlarında başlamış olduğudur. Tüm dünyada ve ülkemizde 15 yaşın üzerindeki nüfusun yaklaşık %45'inin ciddi boyutlarda sigara bağımlısı olduğu varsayımı, sorunun özellikle gençlik açısından ne denli önemli olduğunu gösterir (1). Çevreye özenme ve uyma (sosyal pekiştirici) bağımsızlık ispatı, reklamlar ve arkadaş etkisi, yeni zevkler arama, keyiflenmek, dinlenmek, güncel sıkıntılardan ve stresten uzaklaşmak, sakinleşmek, konsantre olatılmak veya kilo almamak gibi nedenlerle sigaraya başlanmakta ve bu davranış daha sonra fiziksel, psikolojik ve sosyal bağımlılığa dönüşmektedir (2). Sigaranın belli sağlık sakıncası olan akciğer kanseri riskine ise ilk kez 1761 yılında Dr. John Hill adında bir İngiliz hekim işaret etmiştir. İlk kez 1964 yılında ABD'de "Surgeon General" sigaranın zararlı olduğunu ifade etmiştir. Daha sonra 1986 yılında pasif olarak sigara dumanına maruz kalmanın da tehlikeli olduğu ortaya konmuştur (3).

Pasif sigara içiciliği, aktif içme kollar tehlikeli sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Avrupa Komisyonu tarafından desteklenen French Comité National Centre de Tabagisme' ye bağlı bağımsız uzmanlar tarafından yapılan bir çalışmaya göre: 15 yaşın üzerindeki Avrupalıların yaklaşık %80'i çevredeki bütün dumanına maruz kalmaktadır ve günde 1 veya daha fazla aktif olarak sigara içen ile eş değerde duman inhale etmektedir. Bulgulara göre pasif içicilik akciğer kanseri riskini artırmakta ve bunun sonucunda her yıl yaklaşık 2000 sigara içmeyen kişinin ölümüne yol açmaktadır (4). Dünya Sağlık Örgütü sigara içen bir kişinin kendi sağlığı için yapabileceği en önemli girişimin sigarayı bırakmak olduğunu duyurmuştur. Sigaraya bağımlılık yaratan içindeki nikotindir (5).

Sigara alışkanlığı, kanser ölümlerinin en önemli tek nedeni olup, gelişmiş ülkelerdeki erkeklerde görülen kanserlerin %45'i, tüm nüfustaki kanserlerin %30'u sigaraya bağlıdır. Akciğer kanseri ölümlerinin %90'ı, kronik obstrüktif akciğer hastalığını ölümlerinin %90'ı koroner kalp hastalığı ölümlerinin %30'u sigarayla ilgilidir (6). Sigaranın olumsuz etkileri nedeniyle 25-69 yaş grubunda ölen insanlar, yaşamlarının 20-25 yılını bu alışkanlık nedeniyle yitirmektedir (7).

Sigara içimi, insanı uzun zaman içinde sinsi sinsi tüketen bir alışkanlıktır. Sigara nedeniyle ve hızlı ilerleyen bir hastalık oluştuğunda, tükenişin ciddiyeti de ortaya çıkmış olur (6). Ülkemizde 15 yaş üzerinde sigara içme oranı erkeklerde %60'lara, kadınlarda %25'lere ulaşmakta ortalama toplumun %43.6'sı sigara kullanmaktadır (8). Literatürde sigaraya başlama yaşı 16.5 olarak belirtilmektedir. Sigara içenler arasında günlük sigara tüketiminin 9-10 arasında olduğu bulunmuştur. Tütün adı verilen bitkisel bir maddeden yapılan sigaranın dumanında 2000'in üstünde gaz ve partikül fazında toksik, iritan ve kanser yapıcı maddeler bulunduğu saptanmıştır (9).

MATERYAL METOD:

Şubat-2002'de kesitsel olarak yapılan bu çalışmada Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi Merkez kampüs te bulunan Tıp Fakültesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Mühendislik Mimarlık Fakültesi ve İktisat Fakültesi araştırma kapsamına alındı. Tıp fakültesinin birinci, dördüncü, ve altıncı sınıflar da olmakta olan öğrencilerle diğer fakültelerin ise birinci ve dördüncü sınıflarında okumakta olan 531 öğrenciye ulaşıldı. Araştırmaya katılan öğrencilere, sosyodemografik özellikleri ve sigara alışkanlıklarını, değerlendirmek üzere hazırlanan anket uygulandı. Anket 10 öğrenci üzerinde ön uygulamadan geçirilerek sınılandı. Yüz yüze görüşme tekniği ile ve Dönem VI öğrencisi olan beş kişi tarafından uygulandı. Sonuçlar SPSS 9.0 programı ile değerlendirildi.

BULGULAR

Araştırma grubunun 292'si erkek ve yaş ortalaması 20.7±2.3; 239'u kız ve yaş ortalaması 20.3±2.2 idi. Araştırmaya katılanların %47.1'i Eğitim gördükleri fakültelerin 1. Sınıflarında, %49.5'i 4.sınıflarında ve geriye kalan %3.4'lük dilimi de, tıp fakültesinin 6.sınıfında eğitim görmekteydi. Öğrencilerin %7.9'luk bir bölümü de Tıp fakültesinin 4.sınıfında eğitim görmekteydi.

Araştırmaya katılanların %41.8'i hâlen sigara içmekte olup, günde içtikleri sigara adeti ortalaması 15.9 ±7.9 idi. Hâlen sigara içenler ortalama 4.1 ±2.3 yıldır sigara içmekteydiler. Araştırmaya katılanların %47.1'i, hayatı boyunca 100 adet (5 paket) sigara içtiğini belirtti ve bu grubun sigara içmeye başlama yaş ortalaması, 16.9±2.3 idi.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Araştırmaya katılan Kız öğrencilerin %42.8'i hayatı boyunca 100 adet (5 paket) sigara içtiğini belirtirken. Erkek öğrencilerin %57.2'si hayatı boyunca 100 adet (5 paket) sigara içtiğini belirtmiştir. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır ($X^2=26.61$, $p<0.001$)

Araştırmaya katılanların akrabalarının yanında kalanlardan %16.7'si halen sigara içtiğini belirtirken, yurttaki kalanların %31.7'si ailesinin yanında kalanların %39.0'u ve evde arkadaşlarıyla birlikte kalanların %52.5'i halen sigara içmekteydi. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır ($X^2=23.033$, $p<0.001$).

Araştırmaya katılanlardan halen sigara içen gruptan (n=222) %39.6'sı sigarayı bırakma konusunda yardım almak istediğini belirtmiştir.

Halen sigara içenlerden %83.3'ü ailesinde veya yaşadığı evde sigara içen birisinin var olduğunu belirtirken, halen sigara içmeyenlerden %58.6'si ailesinde veya yaşadığı evde sigara içen birisinin var olduğunu belirtmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($X^2=36.970$, $p<0.001$).

Halen sigara içenlerden %34.7'si çocukluğunda annesinin sigara içtiğini belirtirken, halen sigara içmeyenlerin %12.9'u çocukluğunda annesinin sigara içtiğini belirtmiştir. ($X^2=35.541$, $p<0.001$).

Halen sigara içenlerden %76.1'i çocukluğunda babasının sigara içtiğini belirtirken, halen sigara içmeyenlerin %56.3'ü çocukluğunda babasının sigara içtiğini belirtmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($X^2=22.180$, $p<0.001$).

Araştırmaya katılanlardan halen sigara içen ve daha önce içmiş olan grubun (n=250) %30.3'ü sigaraya ilk başlama nedeni olarak arkadaş ortamını göstermiştir. %23.2'si sigara içme nedeni olarak sigara içmenin kendisini rahatlatıldığını göstermiştir. En çok hangi durumlarda sigara içmekten hoşlanıyorsunuz sorusuna %23.9'u çay-kahve içerken olarak cevaplamıştır.

Araştırmaya katılanlardan halen sigara içen ve daha önce içmiş olan grubun (n=250) %21.7'si sigara içimi sırasında yakınmaları olduğunu belirtmiştir. Bunlardan, %16.4'ü öksürük, %11.9'u balgam çıkarma, %6.4'ü ses kısıklığı, %5.6'sı nefes darlığı, %5.1'i halsizlik, %4.3'ü hisli tılsı olunum, %1.9'u da diğer şikâyetleri olduğunu belirtmiştir.

Araştırmaya katılanların %68.9'u yaşadıkları ortamda veya ailesinde sigara içen birisinin bulunduğunu belirtmiştir. Araştırmaya katılanların %22'si çocukluğunda annesinin sigara içtiğini belirtirken, %64.6'ü de çocukluğunda babasının sigara içtiğini belirtmiştir.

Araştırmaya katılanlardan halen sigara içen grubun (n=222) %58.1'i, sigarayı bırakmaya niyeti olduğunu belirtmiştir. Halen sigara içen ve daha önce içmiş olan grubun (n=250) %48.8'i sigarayı bırakmayı denemiştir. Bunların da %23'ü sigara içmeyi bırakmışlardır. Sigara içmeyi bırakanların sigara içmedikleri yıl ortalaması 2.2 ± 1.4 yıldır.

Araştırmaya katılanların %98.7'si sigara içiminin sağlığa zararlı olduğunu düşündüklerini belirtirken, %1.3'ü sigara içiminin sağlığa zararlı olmadığını düşündüklerini belirtmişlerdir.

Araştırma grubunda sigara içimi sırasında yakınması olanların günlük içtikleri ortalama sigara miktarı 18.2 ± 7.4 idi ve yakınması olmayanlardan daha fazlaydı ($p<0.001$).

Halen sigara içenlerin %22.7'si ekonomik durumunun çok iyi olduğunu ifade ederken %64.7'si ise ekonomik durumunun kötü olduğunu ifade etmişlerdir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. ($X^2= 10.7$, $p<0.05$).

Araştırmanın sonucunda fakültelerin I. sınıflarında okuyan öğrencilerin %34.0'ı halen sigara içtiklerini belirtirken, 4. Sınıfta okuyan öğrencilerin ise %49.8'i halen sigara içtiklerini belirtmişlerdir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. ($X^2=13.7$, $p<0.001$).

TARTIŞMA:

Gelişmiş ülkelerdeki genel eğilimin tersine, Türkiye'de sigara içme hızı artmaktadır. Ülkemizde yapılan "Sigara Alışkanlıkları ve Sigarayla Mücadele kampanyası Kamuoyu Araştırması"na göre 15 yaş üstü nüfusta sigara içme hızı; %43.6 olarak tespit edilmiştir.(8) Kişilik gelişiminin erken yaşta başlaması ve bu dönemde kazanılan bir takım davranış kalıpları bireyin ilerdeki alışkanlıklarını doğrudan etkiler. Bu durum sigara kullanma davranışında ailenin önemini daha da arttırmaktadır. Gençlerde sigara içen ebeveyn ya da kardeşe karşı duyulan hayranlık sonucunda gelişen özdeşleştirme ile sigara davranışı görülebilir (10). Bu araştırmada Halen sigara içenlerden %83.3'ü ailesinde veya yaşadığı evde sigara içen birisinin var olduğunu belirtmiştir. Ayrıca çalışma grubunda halen sigara içtiklerini belirtenlerin %34.7'si çocukluğunda annesinin, %76.1'i çocukluğunda babasının sigara içtiğini belirtmiştir. Ülkemizde ve yurt dışında bu konuyla ilgili yapılan çalışmalarda sigara içme sıklığı üniversite öğrencileri arasında %20.1 ile %51.2 arasında değişmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda öğrenim gören öğrencilerde sınıf düzeyi arttıkça sigara içme sıklığının da artması dikkat çekicidir. Lise öğrenimlerini tamamlayarak üniversiteye gelen öğrencilerde aile ve çevrenin denetiminden uzaklaşmanın ve göreceli olarak özgür bir ortamda bulunmanın etkisiyle sigara içme alışkanlığı yaygınlaşmaktadır (11).

1985 yılında 45 ülkede başlatılan bir araştırmada tıp öğrencilerinin sigara içme alışkanlığı yönünden bilgi tutum ve davranışları incelenmiş ve genelde son sınıf öğrencilerinde, birinci sınıfa göre çok daha yüksek olarak saptanmıştır.

Ülkemizde yapılan benzer çalışmalarda üniversitede okuyan erkek öğrencilerde sigara içme hızı %41.9-%30.4, kız öğrencilerde %35.3-24.7 bulunmuştur (8,12).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sigaraya başlamayı önleme amacı taşıyan girişimlerin başlatılması ve yaygınlaştırılması gerekir. Bu amaçla Okullarda sigaranın sağlığa zararları, örnek vakalarla dramatik bir şekilde genç dimağlara aşılmalı ve sigara içen öğrenciler özel olarak ele alınmalı psikolojik danışmanlık yapılmalıdır (13). İkinci olarak halen sigara kullananların çokluğu göz önüne alınarak sigarayı bırakmayı sağlayacak önlemlere gereksinim vardır. Bu amaçla sigara bırakmayı kolaylaştıran yöntemlerin öğretilmesi, öğrencilerin bırakma yönünde özendirilmesi, doğrudan öğrencilerin aktif katılımının sağlandığı sigarayı bırakma kampanyaları ilk akla gelen önlemlerdir (14).

KAYNAKLAR

1. Yorgancıoğlu A, Esen A. Sigara bağımlılığı ve hekimler. Toraks Dergisi 2000; (1)1: 90-95
2. Kıyan E. Sigara ve sağlık. Hipokrat 1996; 56:52-53.
3. Bilir N. Sigara ile savaşın neresindeyiz. Hacettepe Tıp Dergisi 1997; 28 (1):14-17
4. Watson R. Pasif sigara içiciliği majör bir tehdittir. BMJ Türkiye1998; (3)4:15.
5. Ceyhan B. Sigara ve bırakma yöntemleri. İlaç ve Tedavi Dergisi 1994; (7)5:261-268
6. Aşut Ö. Hekim ve sigara Türk tabipleri birliği yayımları 1993,5.
7. Aşut Ö. Sigara alışkanlığı ve bırakma öneriler. STED 2001; (10) 6:213-215.
8. "Sigara Alışkanlıkları ve Sigarayla Mücadele kampanyası Kamuoyu Araştırması"PIAR, 1988
9. Karadağ M, Özyardımcı N. Gençlerin sigaraya bakışı. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi1992 (VI) 1:1-6
10. Herken H, Özkan İ. Sigara alışkanlığı ve anne baba tutumu, Genel tıp dergisi 1998;(8) 2:85-89
11. Çelik P ve arkadaşları,Manisa ilinde lise öğrencilerinin sigaraya karşı tutumları Toraks Dergisi 2000; (1)1: 61-66

12. Çivi S., Şahin T.K., Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi ve sağlık hizmetleri meslek yüksek okulu öğrencilerinin sigara konusundaki bilgi tutum ve davranışları, Aile ve toplum 1991; (1) 1: 49-52.
13. Öztürk Y., Aykut M., Ya Sigara Ya Sağlık, Erciyes Ün. Tıp Fakültesi Yayınları, Kayseri 1992:27
14. Aktekin M ve arkadaşları, Akdeniz Üniversitesi öğrencilerinin sosyal ve psikolojik özelliklerinde mevcut durum ve değişimin saptanması, Akdeniz Ün. yayın no:75 s:64

Tablo 1. Araştırma Grubunun Tanımlayıcı Özellikleri

Özellikler	n	%		
Cinsiyeti	Erkek	292	55	
	Kız	239	45	
İkamet ettiği yer	Ailesi ile	82	15.4	
	Evde arkadaşları ile	238	44.8	
	Akrabalarının yanında	12	2.3	
	Yurtta-Pansiyonda	199	37.5	
Fakülte	Tıp Fakültesi	102	19.2	
	Fen Edebiyat Fak.	166	31.3	
	Müh.-Mimarlık Fak.	44	8.3	
Annesinin eğitim durumu	Okur yazar değil	14	2.6	
	Okur yazar	4	0.8	
	İlkokul	196	36.9	
Ortaokul		61	11.5	
	Lise	128	24.1	
	Üniversite	128	24.1	
Babasının eğitim durumu	Okur yazar değil	6	1.1	
	Okur yazar	12	2.3	
	İlkokul	91	17.1	
Ortaokul		59	11.1	
	Lise	150	28.2	
	Üniversite	213	40.1	
Anne mesleği	Memur	46	8.7	
	İşçi	6	1.1	
	Serbest Meslek – Esnaf	13	2.4	
Emekli		45	8.5	
	Ev hanımı	310	58.4	
	Çalışmıyor	1	0.2	
Askeri Personel		1	0.2	
	Eğitmen	68	12.8	
	Sağlık Personeli	37	7.0	
Hukukçu		4	0.8	
	Baba mesleği	Memur	104	19.6
	İşçi	40	7.5	
Serbest Meslek – Esnaf		140	26.4	
	Emekli	73	13.7	
	Ev hanımı	6	1.1	
Çalışmıyor		9	1.7	
	Askeri Personel	7	1.3	
	Eğitmen	89	16.8	
Sağlık Personeli		36	6.8	
	Çiftçi	19	3.6	
	Hukukçu	8	1.5	
Ailenin ekonomik durumu	Düşük	34	6.4	
	Orta	268	50.5	
	İyi	207	39.0	
Çok iyi		22	4.1	
	Toplam	531	100.0	

Tablo 2. Araştırma Grubunun sigara ile ilgili özellikleri

Özellikler	n	%	
Hayatı boyunca 100 adet sigara içenler	Evet	250	47.1
	Hayır	281	52.9
Hâlen sigara içenler	Evet	222	41.8
	Hayır	309	58.2
Sigaraya hangi okulda başladığı*	İlkokul	4	0.8
	Ortaokul	39	7.3
	Lise	134	25.2
	Üniversite	73	13.7
Toplam	531	100	

*Hayatı boyunca 100 adet sigara içenler arasında

Tablo 3. Halen sigara içen ve daha önce içmiş olan gruptan sigarayı bırakmayı deneyenlerin kullandıkları yöntemler

Sigarayı bırakmayı denemiş olanların (n=122) Uyguladıkları yöntem	n	%
Kendi kendine	115	94.3
Aileden birisinin desteğiyle	5	4.1
Hekim desteğiyle	1	0.8
Bu konuda uzman Erimin yardımıyla	1	0.8
Broşür ve/veya bu konuda basılmış kitap	-	-
Toplam	122	100

Tablo 5. Araştırma grubunun sigara ile ilgili uygulamalar hakkındaki düşüncükleri.

	n	%		
Kapalı yerlerde sigara içme	122	23.0		
yasağı hakkında	Yetersiz buluyorum	161	30.3	
	Kurallara yeterince uyulmadığını düşünen	137	25.8	
	Toplumda olumlu gelişmeler var	22	4.1	
	Bu tür uygulamalar etkili olur	89	16.8	
Daha çok yaptırımı olan kurallar gerekli				
	18 yaşından küçüklere sigara	145	27.3	
	satışının yasak olması	Yetersiz buluyorum	182	35.2
		Kurallara yeterince uyulmadığını düşünen	23	4.1
hakkında	Toplumda olumlu gelişmeler var	55	10.4	
	Bu tür uygulamalar etkili olur	122	23.0	
	Daha çok yaptırımı olan kurallar gerekli			
	Sigara ile ilgili reklam	142	26.7	
yasağı hakkında	Yetersiz buluyorum	42	7.9	
	Kurallara yeterince uyulmadığını düşünen	79	14.9	
	Toplumda olumlu gelişmeler var	206	38.8	
	Bu tür uygulamalar etkili olur	62	11.7	
Daha çok yaptırımı olan kurallar gerekli				
	Sigara ile ilgili kampanyalar	234	44.1	
	hakkında	Yetersiz buluyorum	44	8.3
		Kurallara yeterince uyulmadığını düşünen	71	13.4
Toplumda olumlu gelişmeler var		147	27.7	
Bu tür uygulamalar etkili olur		35	6.6	
Daha çok yaptırımı olan kurallar gerekli				
	Sigaranın zararları konusunda	384	72.3	
	ki eğitimle ilgili	Yetersiz buluyorum	11	2.1
		Kurallara yeterince uyulmadığını düşünen	65	12.2
Toplumda olumlu gelişmeler var		40	7.5	
Bu tür uygulamalar etkili olur		31	5.8	
Daha çok yaptırımı olan kurallar gerekli				
	Toplam	531	100	

Tablo 4. Sigara içen ve daha önce içmiş olan grubun sigara alışkanlığı ile ilgili özellikleri

Sigara içen ve daha önce içmiş olan grubun sigara alışkanlığı ile ilgili özellikleri	n	%
Sigara ilk başlama	80	15.1
Psikolojik		
Arkadaş ortamı	161	30.3
Eğlence ortamı	33	6.2
Büyük gibi görünme	5	0.9
Özenti	41	7.7
Merak	57	10.7
Uyanık kalmak için	22	2.3
Sigara içme nedenleri		
Hoşuna gitmek	97	18.3
Hoş bir mola	31	5.8
Rahatlatma	123	23.2
Gevşetme	36	6.8
Öfke boşaltma	43	8.1
Uzun zamandır içme	22	4.1
Kendini ödüllendirme	5	0.9
Canlandırma	27	5.1
Elinde bir şey olması	27	5.1
İçmezse sinirli olacağı	35	6.6
İçmezse eksiklik duy.	67	12.6
Çevredekilerin hepsi	33	6.2

Sigarayı hangi durumlarda içmekten hoşlanıyor.	n	%
Yalnızken	43	8.1
Sigara içen ark.ile birli.	83	15.6
Ders çalışırken	65	12.2
Boş zamanlarında	19	3.6
Sevinçliken	12	2.3
Stresliken	111	20.9
Yemekten sonra	112	21.1
İşleri yoğun olduğu z.	16	3.0
Çay kahve içerken	127	23.9
Belirli bir zamanı yok	62	11.7
Diğer	5	0.9
Toplam	250	100

EDİRNE MERKEZ İLÇEDE DOĞUM SONU DEPRESYON SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ BAZI ETMENLER.Dr.Galip EKUKLU¹ Dr.Burcu TOKUÇ Dr.Muzaffer ESKİOCAK¹ Dr.Ufuk BERBEROĞLU¹ Dr.Ahmet SALTIK¹¹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı EDİRNE**ÖZET**

Amaçlar : Çalışmanın amacı, Edirne merkez ilçede doğum sonrası depresyon sıklığını ve bunu etkileyen olası risk etmenlerini ortaya koymaktır.

Yöntem ve Gereçler : Araştırmada, annelerin üreme sağlığı ve demografik özellikleriyle ilgili verilerini toplamak ve doğum sonrası depresyonla ilişkili olabilecek olası bazı risk etmenlerini saptamak amacıyla geliştirilen bilgi toplama formu ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) kullanılmıştır. Anket formu ve Ölçek birlikte, Edirne Merkez ilçeye hizmet sunan toplam 8 Sağlık Ocağı bölgesinde doğum yapmış tüm annelere doğum sonrası ilk 6 hafta içinde uygulanmış, görüşülen toplam 210 anneden çalışma kriterlerine uyan ve verileri tam olan 178'i değerlendirmeye alınmıştır. Doğum sonrası depresyon değerlendirilmesi EDSDÖ puanı ≥ 12 puana göre yapılmıştır.

Bulgular : Annelerin yaş ortalaması 27.8 ± 6.1 , ilk evlenme yaş ortalamaları 21.5 ± 4.4 , ilk doğum yaşı ortalamaları 22.6 ± 4.3 'tür. EDSDÖ kesim noktası 12 olarak alındığında depresyon sıklığı

% 40.4, kesim noktası 13 olarak alındığında ise % 36'dır. İlk doğum yaşı ve son gebelik yaşı küçük olan ve istemsiz gebelik yaşayan annelerde depresyon sıklığı daha fazladır. Annelerin % 30'u daha önceki gebeliklerinde gebelikle ilgili sorunlar yaşamış ve bu durum son gebeliklerinde DSD sıklığını artırmıştır.

Annelerin % 11.5'i önceki gebeliklerinde ya da önceki doğumlarından sonra ruhsal sorunlar yaşamıştır. Bu gruptaki DSD sıklığı da önemli bir biçimde yüksektir. Bunların dışında, daha önce ölü doğum yapmış anneler, son doğumda kız çocuğu doğuranlar, doğacak bebeğin cinsiyeti ile ilgili tercihi olanlar, gebelik sırasında bebeğin cinsiyetini öğren(e)meyen anneler ve eşi çalışmayan annelerde DSD sıklığı daha yüksektir. Eşinin eğitim düzeyinin düşmesi ve işsizliği annede DSD sıklığını yükseltmektedir.

Sonuçlar : Dünyanın diğer bölgelerinde yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında Edirne merkez ilçede DSD sıklığı oldukça yüksektir. Etkin tarama yöntemleriyle saptanabilme ve sağaltım şansı olan DSD özellikle 1.E aşamada başta olmak üzere sağlık kuruluşlarında önem verilmesi gereken bir halk sağlığı sorunudur. Risk etmenleri konuyla ilgili önceki çalışmalarla benzerlik göstermekle birlikte ülkemiz kültürünün bir yansıması olarak erkek çocuk sahibi olma istekliliği, bu konuyla ilgili tercihlerin aile bireylerince açığa vurulması annelerde depresyona neden olabilmektedir. Bu etmenler kısa eimde ortadan kaldırılamayabilir, ancak özellikle istenmeyen gebelikler başta olmak üzere, erken yaşta gebelik, doğumların sağlık kuruluşlarında gerçekleşmesi, doğuma profesyonel destekle yaşanabilecek sorunların azaltılması DSD sıklığına olumlu katkılar sağlayabilir. Bu konunun gündemde tutulması, öncelikli bir sağlık sorunu olarak değerlendirilmesi, farklı bölgelerde yapılacak çalışmalarla DSD ile ilgili risk etmenlerinin ortaya konulması başta kadın sağlığı olmak üzere, çocuk ve aile sağlığına da olumlu katkılar sağlayacaktır.

Anahtar Sözcükler : Doğum Sonrası Depresyon, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği, Erken Yaşta Gebelik, İstemsiz Gebelik, Cinsiyet Tercihi.

GİRİŞ

Doğum sonrası depresyon (DSD) ciddi, yaygın ve tedavi edilebilir bir sağlık sorunudur. Özellikle Birinci Basamakta gebe-loğusa izlemeleri sırasında akılda bulundurulması gereken bir durumdur. DSD anne dışında ailenin diğer bireylerinde de önemli olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir.¹⁻³ Doğum sonrası depresyon sorunu olan kadınlar yineleyen depresyon bakımından da yüksek risk taşımaktadırlar.^{4,5} Yapılan çalışmalar, depresif annelerin çocuklarında kognitif gelişimin olumsuz etkilendiğini ve çocuklarda davranış bozukluklarının ortaya çıktığını göstermektedir.^{6,7,8} İlaçlı ya da ilaçsız, oldukça etkin sağlık hizmetleri sağlanmasına karşın, DSD halen çoğunlukla tanınamamakta dolayısıyla da sağaltımı yapılamamaktadır.^{9-11,12,13} Güvenilir tanı araçları olmasına karşın DSD ile ilgili geniş toplum tabanlı çalışma sayısı oldukça kısıtlıdır.¹⁵⁻¹⁷ Ülkemizde konuyla ilgili çalışma sayısı yok denecek kadar azdır. Bu konuda en fazla çalışma ABD’de yapılmış olmasına karşın oradaki çalışmalar da daha çok üniversitelerin yüksek riskli gruplarda yaptığı çalışmalardır ve sonuçların alanda kullanımı oldukça sınırlıdır.^{18,19,20,21}

AMAÇLAR : Çalışmanın amacı, Edirne merkez ilçede doğum sonrası depresyon sıklığını ve bunu etkileyen olası risk etmenlerini ortaya koymaktır.

YÖNTEM ve GEREÇLER : Araştırmada, annelerin üreme sağlığı ve demografik özellikleriyle ilgili verilerini toplamak ve doğum sonrası depresyonla ilişkili olabilecek olası bazı risk etmenlerini saptamak amacıyla geliştirilen bilgi toplama formu ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) kullanılmıştır. Anket formu ön denemesi yapıldıktan sonra Ölçekle birlikte, Edirne Merkez ilçeye hizmet sunan toplam 8 Sağlık Ocağı bölgesinde Ocak-Nisan 2002 döneminde saptanabilen doğum yapmış tüm annelere doğum sonrası ilk 6 hafta içinde uygulanmıştır. Anket formu anketörlerce Ölçek ise anneler tarafından doldurulmuştur. Okur yazar olmayan annelerle karşılaşıldığında her ikisi de anketörce doldurulmuştur. Sağlık Müdürlüğü kayıtlarına göre Edirne merkez ilçede yılda yaklaşık 1000-1200 dolayında doğum gerçekleşmektedir.²² DSD sıklığı % 35 ± sapma 7, güven düzeyi % 95 olarak alındığında canlı doğum yapmış 156 annenin incelenmesi yeterli olacaktır. Bu hesaplardan hareketle 4 aylık dönem içinde (Ocak-Nisan 2002) Edirne merkez ilçede canlı doğum yapmış ve Sağlık Ocaklarında saptanabilmiş toplam 210 anne ile görüşülmüş bunlardan çalışma kriterlerine uyan ve verileri tam olan 178’i değerlendirmeye alınmıştır. Enginendeniz ve ark.ca Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği’nde 12 ve 13 olmak üzere iki farklı kesim noktası alınmış, değerlendirmeler EDSDÖ puanı ≥ 12 puana göre yapılmıştır.²³

İstatistiksel analiz : Verilerin analizleri bilgisayar ortamında SPSS for windows ver. 8.0 ile yapılmıştır.

EDSDÖ’nde iki farklı kesim noktasına göre gruplar depresif ve normal olarak gruplandırılmış ve depresyonda etkili olabileceği düşünülen kesikli değişkenler ki-kare ve Fisher’in kesin testiyle, sürekli değişkenler ise bağırsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemliliği testiyle irdelenmiştir. Ayrıca, EDSDÖ’den 12 ve üzerinde puan alma durumuna göre anneler, depresyonlu ve normal olarak ikiye ayrılmış, DSD bakımından risk etmeni olabilecek değişkenler Stepwise Lojistik Regresyon Analiziyle irdelenmiştir.

BULGULAR : Bilgi toplama formunu ve Ölçeği eksiksiz dolduran toplam 178 annenin yaş ortalaması 27.8 ± 6.1’dir (minimum 17 yaş, ortanca 27 yaş, maksimum 44 yaş). Kadınların ilk evlenme yaş ortalamaları 21.5 ± 4.4’dir (minimum 14 yaş, ortanca 21 yaş, maksimum 37 yaş).

Çocuk sayıları sorulan kadınların ortalama çocuk sayıları 1.7 ± 1.1’dir (minimum 1, ortanca 1, maksimum 7 çocuk). Kadınların % 56’sının 1, % 32’sinin 2, % 2.2’sinin 3, % 9.9’unun 4 veya daha fazla çocukları vardır. Annelerin ilk doğum yaşı ortalamaları 22.6 ± 4.3 yaşdır (minimum 15 yaş, ortanca 22 yaş, maksimum 37 yaş). Doğum öncesi bakım (DÖB) aldığını söyleyen annelerin ortanca DÖB sayıları 8’dir. Önceki çocuklarını ortalama emzirme süreleri 10.9 ± 5.4’aydır (min. 1-med. 12-maks. 18 ay).

Annelerin % 94’ü kentsel alanda, % 6’sı merkeze bağlı köylerde yaşamaktadır. Değerlendirmeye alınan 178 anne eğitim bakımından irdelendiğinde; 14’ü (% 7.9) okur yazar değil, 78’i (% 43.8) ilkököl, 86’sı (% 48.3) orta okul ve üzeri eğitim almıştır. Annelerin eşlerinin eğitim düzeyi ise: 2’si (% 1.1) okur yazar değil, 70’i (% 39.3) ilkököl, 106’sı (% 59.6) orta okul ve üzeri eğitim almıştır. DSD sıklığı, annenin eğitim düzeyiyle ilişkisizken eşin eğitim düzeyi düştükçe sıklığı artmaktadır.

Araştırma kapsamına alınan annelerin 144’ü (% 80.9) çalışmamaktadır. Çalışan 34 annenin yaklaşık % 70’i serbest meslekle uğraştıklarını bildirmişlerdir. Eşlerin işsizlik oranı ise % 9’dur. Çalışan eşlerin iş dağılımlarında ise belirli bir alanda yığılma gözlenmemiştir. Sağlık sigortası bakımından değerlendirildiğinde annelerin 136’sı (% 76.4) kendisi ya da eşi aracılığıyla herhangi bir sağlık sigortasına sahiptir. Anneler oturdukları ev ve birlikte oturdukları kişiler bakımından irdelendiğinde; yaklaşık yarısının kirada oturdukları, % 85’inin 3 ya da daha az odalı evlerde yaşadıkları ve % 75’inin çekidek aile biçiminde yaşadıkları anlaşılmaktadır. Evde çekirdek aile dışında yaşayanlar sorulduğunda % 84’ünün eşinin anne ve babasıyla birlikte yaşadıkları ortaya çıkmıştır.

Annelerin doğurganlıkla ilgili bazı sorulara verdikleri yanıtlar tablo 1’de sunulmuştur.

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği’nde (EDSDÖ) kesim noktası 12 olarak alındığında

depresyon sıklığı 72/178 (% 40.4), kesim noktası 13 olarak alındığında ise 64/178’dir (% 36).

Annelerin ilk doğum yaşı ortalamaları depresyonlu grupta 21.3 ± 2.8, depresyonlu olmayan grupta ise 23.5 ± 4.9’dur ve depresyonlu grubun ilk doğum yaşı ortalaması önemli bir biçimde küçüktür (p=.001). Benzer biçimde araştırmanın yapıldığı dönemdeki yaşlar dikkate alındığında (son gebelik yaşı) depresyonlu grubun yaş ortalaması 26.6 ± 6.2, depresyonlu olmayan grubun ise 28.6 ± 6.0’dur ve depresyonlu grubun yaş ortalaması önemli bir biçimde küçüktür (p=.037).

Araştırmaya alınan annelerin 134’ü (% 75.3) bu gebeliği istediklerini belirtmişlerdir. Gebeliği istemediğini belirten 44 anneden 24’ü (% 54.5) istememe gerekçesi olarak doğurganlıklarını sonlandırmak istediklerini geriye kalan 20’si ise daha sonra gebe kalmak istediklerini belirtmişlerdir. Gebeliğin istemli-istemli olmasına DSD ilişkisi irdelendiğinde: son gebeliği istenmeyen gebelik olan annelerde DSD sıklığı % 63.6 iken önceki grupta % 32.8’dir. İstenmeyen gebelik DSD sıklığını neredeyse iki kat artırmaktadır (p<.05).

Annelerin % 85’i gebelikleri sırasında doğuracakları bebeğin cinsiyetini öğrenmişlerdir. 22 anne (%12.4) bebeklerinin cinsiyetini öğrendikten sonra eşlerinin ve/veya ailelerinin kendilerine karşı olan tutumlarında değişiklik olduğunu belirtmiştir. Ancak bu tutum değişikliğinin çok önemli bir bölümü olumlu yönde olmuştur ve DSD sıklığını değiştirmemiştir.

Annelerin % 95’i gebelikleri süresince en az 1 kez doğum öncesi bakım almıştır. DÖB hizmetinin alındığı sağlık birimi ve sağlık çalışanı bakımından dikkat çekici bir yığılma yoktur. Sağlık Ocaklarından hizmet alan anne oranı % 80’ler dolayındadır. Edirne merkez ilçedeki anneler DÖB alma bakımından ülke geneline göre oldukça iyi durumdadırlar ve DÖB sıklığı ve/veya hizmeti sunan kişi ile DSD sıklığı ilişkisizdir.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Annelerin 34'ü (% 19.1) gebelik süresince gebelik ile ilgili herhangi bir sorun yaşamışlardır. Yaşanan başlıca sorunlar sıklık sırasına göre; ağrı, ödem, düşük tehdidi, bulantı, kanama, hipertansiyon ve gestasyonel diyabettir. Yaşanan gebelik 86 annenin (% 48.3) ilk gebeliğidir. Bunun dışında yaşanan son gebelik iki annenin 6., iki annenin 7., dört annenin 11. ve iki annenin 12. gebelikleridir (3.den fazla gebeliği olan anne oranı % 13.5). Bu bulgular DSD sıklığı bakımından değerlendirildiğinde; annelerin son gebeliklerinde sorun yaşamış olmaları ya da kaçınıcı gebelikler, olduğu DSD sıklığını etkilememiştir.

Annelerin % 30'u daha önceki gebeliklerinde gebelik ile ilgili sorunlar yaşadıklarını belirtmişlerdir. Yaşanan sorunlar sıklık sırasına göre; Bulantı, kusma % 42.9, düşük % 28.6, eklampsi % 21.4 ve erken doğumdur % 7.1. Annelerin önceki gebeliklerinin nasıl sonuçlandığı sorulduğunda; yarısı normal vajinal doğum, dörtte biri sezeryanla doğum, dörtte biri ise küretaj ya da düşükle sonuçlanmıştı. Önceki gebeliğin sonuçlarına biçimi etkilememekle birlikte, annenin önceki gebeliklerinde sorun yaşamış olması depresyona neden olmaktadır. Önceki gebeliklerinde sorun yaşamayan annelerde DSD sıklığı % 25 iken, bu sıklık sorun yaşamış olanlarda % 64.3'e yükselmektedir (p<.05).

Son doğumları irdelenen 178 annenin 172'si (% 96.6) doğumlarını hastanede gerçekleştirmişlerdir. Bu doğumların 108'i (% 60.7) normal vajinal doğum, 70'i (% 39.3) sezeryanla doğum biçimindedir. Doğumların % 98.9'u; herhangi bir sağlık çalışanı yardımı olmuştur. Sezeryanla doğum yaptıklarını belirten anneler bunun nedenlerini belirtirken; % 37'si tıbbi endikasyon vardı. % 26'sı doktorlarının önerdiğini, % 20'si korku vb nedenle kendilerinin istediklerini, % 15'i ise daha önceki doğumlarının da sezeryan olmasını ileri sürmüştür. Doğumların tamamı sorunsuz gerçekleşmiştir. Sezeryanla doğum, sıklığı fazla olmasına karşın doğumların gerçekleştiği yer ve gerçekleşme biçimi DSD sıklığıyla ilişkisizdir (p>.05).

Önceki gebeliklerinde ya da önceki doğumlarından sonra herhangi bir ruhsal rahatsızlıkları olup olmadığı sorulan annelerin 14'ü (% 11.5) bu soruya evet yanıtı vermişlerdir. Bu annelerin neredeyse tamamı yaşadıkları bu sorunlar nedeniyle hekime başvurmamışlardır. Yakın akrabaların-da ya da ailesin psikiyatrik rahatsızlığı olan anne sayısı 6'dır. Özellikle önceki gebelik ya da doğumlarından sonra ruhsal sorun yaşaya 1 annelerde DSD sıklığı oldukça yüksektir. Sorun yaşamamış olanlarda DSD sıklığı % 30'lar dolayında iken, sorun yaşamış olan 14 annenin 12'sinde DSD gelişmiştir (p<.05)

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'ne göre depresyon değerlendirilmesinde kesim noktası 12 olarak alındığında depresyon sıklığı 72/178 (% 40.4), kesim noktası 13 olarak alındığında ise 64/178 (% 36) olarak bulunmuştur (Şekil 1).

Doğum sonrası depresyon sıklığı; annenin eğitim durumu, annenin çalışma durumu, ailenin gelir düzeyi, ailenin kent ya da kırsal oturması, evde başkalarıyla birlikte yaşama, annenin daha önce çocuk ya da çocuklarının ölmüş olması, gebeliği boyunca sağlık personeline izlenmiş olması, önceki gebeliğinin sonuçlanma biçimi, son doğumun gerçekleştiği yer ve doğuma yardımcı olunması gibi değişkenlerden etkilenmemiş olarak görülmektedir.

DSD sıklığı, eşin eğitim düzeyinin düşmesiyle ve eşin işsizliğiyle yükselmektedir. Ayrıca oturduğu ev kendine ait olan annelerde DSD sıklığı öteki gruplara göre önemli bir biçimde daha düşüktür (p<.05).

EDSDÖ kesim noktası 12 puan olarak alındığında doğum sonrası depresyon sıklığı ile ilişkili olabilecek bazı etmenler ve DSD sıklıkları tablo 2'de özetlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 3'te lojistik regresyon analizinde DSD bağımlı değişken olarak alındığında DSD sıklığını etkileyebilecek bazı değişkenlerin etki düzeylerini gösteren odds oranları ve bunların % 95 güven aralıkları verilmiştir. Buna göre DSD oluşumunu en fazla etkileyen etmenler; son gebelikte ailenin bebeğin cinsiyeti ile ilgili bir tercihinin olması ve gebeliğin istemsiz olmasıdır. Bu iki değişkene ait odds oranları ve bu oranların % 95 güven aralıkları sırasıyla; OR = 3.1, % 95 GA: 1.572- 6.125; OR = 2.84, % 95 GA: 1.222 - 6.615 biçimindedir.

TARTIŞMA

DSD farklı nedenleri olabilen, sosyo kültürel özelliklerden etkilenebilen ve sıklığı geniş bir aralıkta değişebilen bir sağlık sorunudur. Klinik ya da toplum tabanlı farklı çalışmalarda EDSDÖ'nde kesim noktası 12 olarak alındığında DSD sıklığı % 11.4 ile % 36.7 arasında değişmektedir.²⁴⁻²⁵

EDSDÖ, DSD'nun alandaki sıklığını ortaya koyma amacıyla kullanılan bir tarama testidir. Ülkemizde de güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmış olan bu ölçüğe göre deorsyonlu olarak bulunan annelerin klinik olarak değerlendirilmesi ve gerekiyorsa müdahale edilmesi yerinde olacaktır. Bu yönüyle DSD kolay saptanabilen, sağaltımı olanaklı ve müdahale edildiğinde önemli ekonomik ve sosyal yarar sağlanabilecek bir sorundur. Bunun sağlanabilmesi için DSD sıklığının bu çalışmada olduğu gibi yüksek sıklıkta bulunduğu bölgelerde 1. Basamak sağlık kuruluşlarının ve başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarının bu konuda duyarlı kılınmaları gerekmektedir. Özellikle gebelikte ve doğumdan sonra annelerle yakın temasta olan ebe ve hemşirelerin DSD konusunda bilgilendirilmeleri gerekmektedir.

Bu çalışmadaki anneler temel özellikler bakımından ülke geneliyle karşılaştırıldığında, ortalama gebelik yaşı, doğumların gerçekleştiği yer ve doğuma profesyonel destek, annenin eğitim düzeyi doğum öncesi bakım alma gibi kimi değişkenler bakımından iyi durumdadırlar.²⁶

Ülkemizde özellikle EDSDÖ ile yapılmış çalışma sayısının yetersizliği başka bölgelerle sağlıklı karşılaştırma yapabilmek için ortadan kaldırmaktadır. Danacı ve ark. Menisa'da yaptıkları çalışmada DSD sıklığını % 14 olarak saptamışlardır.²⁷ Bu durumda bu çalışmadaki % 40'luk sıklık dikkat çekici bir biçimde yüksek görünmektedir.

Bu çalışmada DSD bakımından risk etmeni olarak ortaya çıkan bazı durumların 1. Basamakta sunulacak bazı hizmetlerle azaltılabilecektir. Örneğin önemli risk etmenlerinden birisi istenmeyen gebeliklerdir. Aile planlaması hizmetlerinin ücretsiz ve yaygın sunumu, etkili danışmanlık hizmetleriyle istenmeyen gebelik, küçük yaşta anne olma gibi bazı risk etmenleri azaltılabilir. Özellikle planlanmamış gebeliklerin DSD bakımından önemli bir risk etmeni olduğu konuyla ilgili pekçok çalışmada ortaya konmuştur. Anna ve ark. Minnesota'da, Varner ve ark. Manchester'de yaptıkları çalışmalarda istenmeyen gebeliklerin ve aile reisinin işsiz olmasının annede DSD riskini artırdığını ortaya koymuşlardır.²⁸⁻²⁹ Yine Lane ark.nın İrlanda'da yaptıkları çalışmada istenmeyen gebelik yaşayan annelerde DSD sıklığının arttığı ortaya çıkmıştır.³⁰ DSD bakımından önemli öteki risk etmenlerinden bazıları da önceki gebeliklerde sorun yaşamış olması ya da annenin geçmişte ruhsal sorunlarının olmasıdır. Sebastian Romero ve ark., Machado Ramirez ve ark. İspanya'da, Bryan ve ark. Minnesota'da, Righetti-Veltima ve ark. İsviçre'de yaptıkları çalışmada, önceki gebeliklerde sorun yaşayan ve geçmişte ruhsal sorunu olan annelerde DSD sıklığının daha fazla olduğunu ortaya koymuşlardır.³¹⁻³⁴ Bu çalışmada da, istenmeyen gebelik yaşamış olan, eşsiz olan, önceki gebeliklerinde sorun yaşayan, geçmişte ruhsal sorunları olan annelerde DSD sıklığı önemli bir biçimde yüksek bulunmuştur. Ancak, DSD sıklığıyla ilginç bir biçimde ilişkili bulunan; kız çocuğu doğurmuş olmak, doğacak bebeğin cinsiyetiyle ilgili tercihin olması ve gebelik sırasında bebeğin cinsiyetinin öğrenilmemiş olması durumları bu konuya ilgili farklı ülkelerde yapılan öteki çalışmalarda hiç değinilmemiş etmenlerdir. Sayılan etmenler, DSD sıklığını etkileyen ülkemize özgü kültürel etmenler gibi görülmektedir ve başka çalışmalarda da dikkatle irdelenmelidir.

Sonuç olarak, dünyanın diğer bölgelerinde yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında DSD sıklığının ülkemizin batısında yer alan ve demografik özellikler bakımından daha iyi durumda olan Edirne merkez ilçede oldukça yüksek olduğu ortaya çıkmaktadır. Etkin tarama yöntemleri ve erken dönemde saptanabilme şansı olan DSD'nun özellikle 1.Basamak başta olmak üzere sağlık kuruluşlarında önemi verilmeye gereken bir halk sağlığı sorunu olduğu görülmektedir. Risk etmenleri konuya ilgili öteki çalışmalarla benzerlik göstermekle birlikte ülkemiz kültürünün bir yansıması olarak erkek çocuk sahibi olma istekliliği, bu konuyla ilgili tercihlerin aile bireylerince açığa vurulması annelerde depresyona neden olabilmektedir. Bu etmenler kısa erimde ortadan kaldırılamayabilir, ancak özellikle istenmeyen gebelikler başta olmak üzere, erken yaşta gebelik, doğumların sağlık kuruluşlarında gerçekleşmesi, doğuma profesyonel destekle yaşanabilecek sorunların azaltılması DSD sıklığına olumlu katkılar sağlayabilir. Başta tıp eğitimi müfredatına DSD konusunun konması olmak üzere sağlık personelinin hizmet içi eğitimle bilgilendirilmesi ilk aklı gelen önerilerdir. Bu konunun gündemde tutulması, öncelikli bir sağlık sorunu olarak değerlendirilmesi, farklı bölgelerde yapılacak çalışmalarla DSD ile ilgili risk etmenlerinin ortaya konulması başta kadın sağlığı olmak üzere, çocuk ve aile sağlığına da olumlu katkılar sağlayacak öteki önerilerdir.

KAYNAKLAR

1. Stowe ZN, Nemeroff CB. Women at risk for postpartum-onset major depression. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173:639-45.
2. Cox JL, Murray D, Chapman G. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1993; 163:27-31.
3. Susman JL. Postpartum depressive disorders. *J Fam Pract* 1996; 6(suppl):S17-24.
4. Boyce P. Personality dysfunction, marital problems and postnatal depression. In: Cox J, Holden J, eds. *Perinatal psychiatry: use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. London, England: Gaskell; 1994:82-102.
5. Cooper J, Murray L. The course and recurrence of postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1995; 166:191-95.
6. Cogill SR, Caplan HL, Alexandra H, Rotson KM, Kumar R. Impact of maternal postnatal depression on cognitive development of young children. *BMJ* 1986; 292:1165-67.
7. Whiffen VE, Gotlib IH. Infants of postpartum depressed mothers: temperament and cognitive status. *J Abnorm Psychol* 1989; 98:274-97.
8. Weinberg MK, Tronick EZ. Maternal depression and infant maladjustment: a failure of mutual regulation. In: Nospitz JD, ed. *Handbook of child and adolescent psychiatry*. New York, NY: John Wiley & Sons, Inc. 1997:243-57.
9. Stowe ZN, Cohen LS, Hostetter A, Ritchie JC, Owens MJ, Nemeroff CB. Paroxetine in human breast milk and nursing infants. *Am J Psychiatry* 2000; 157:185-89.
10. Meager I, Milgrom J. Group treatment for postpartum depression: a pilot study. *Aust N Z J Psychiatry* 1996; 30:852-60.
11. Stuart S, O'Hara MW. Interpersonal psychotherapy for postpartum depression: a treatment program. *J Psychotherapy Pract Res* 1995; 4:18-29.
12. Whitton A, Warner R, Appleby L. The pathway to care in post-natal depression: women's attitudes to post-natal depression and its treatment. *Br J Gen Pract* 1996; 46:427-28.
13. Hirschfeld RMA, Keller MB, Panico S, et al. The national depressive and manic-depressive association consensus statement on the undertreatment of depression. *JAMA* 1997; 277:333-40.
14. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150:782-86.
15. Appleby L, Gregoire A, Platz C, Prunce M, Kumar R. Screening women for high risk of postnatal depression. *J Psychosom Res* 1994; 38:539-44.
16. O'Hara MW. Postpartum depression: identification and measurement in a cross-cultural context. In: Cox J, Holden J, eds. *Perinatal psychiatry: use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. London, England: Gaskell; 1994:145-68.
17. Fisch R, Tadmor P, Dankner R, Diamant YZ. Postnatal depression: a prospective study of its prevalence, incidence, and psychosocial determinants in an Israeli sample. *J Obstet Gynecol Res* 1997; 23:547-54.
18. Zelkowitz P, Milet TH. Screening for post-partum depression in a community sample. *Can J Psychiatry* 1995; 40:80-86.
19. Reighard FT, Evans ML. Use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in a southern, rural population in the United States: progress in neuro-psychopharmacology and biological psychiatry 1995; 19:1219-24.
20. Roy A, Gang P, Cole K, Rutsky M, Reese L, Weisbord J. Use of Edinburgh Postnatal Depression Scale in a North American population: progress in neuro-psychopharmacology and biological psychiatry. 1993; 17:501-04.
21. Schaper AM, Rooney BL, Kay NR, Silva PD. Use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale to identify postpartum depression in a clinical setting. *J Reprod Med* 1994; 39:620-24.
22. Edirne Sağlık Müdürlüğü Kayıtları 2001, Edirne Sağlık Müdürlüğü İstatistik Şubesi, 2002, Edirne.
23. Engindeniz AN, Kütey L, Kültür S. *Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe Formu Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması*. Bahar Sempozyumları 1 Kitabı, Psikiyatri Derneği yayınları, Ankara, s:51-52.
24. Georgiopoulos AM, Bryan TL, Yawn BF, Houston MS, Rummans TA, Theraueu TM. Population-based screening for postpartum depression. *Obstet Gynecol* 1999 May;93, (5 Pt 1):653-7.
25. Jadresic E, Araya R. Prevalence of postpartum depression and associated factors in Santiago, Chile. *Rev Med Chil* 1995 Jun;123(6):694-9.
26. 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.
27. Danacı AE, Dinc G, Deveci A, Sen FS, İkelli I. Postnatal depression in turkey: epidemiological and cultural aspects. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002 Mar;37(3):125-9.
28. Georgiopoulos AM, Bryan TL, Wollan p Yawn BP. Routine Screening for Postpartum Depression. *The Journal of Family Practice*, February 2001, Vol. 50, No. 2.
29. Warner R, Appleby L, Whitton A, Faragher B. Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *Br J Psychiatry* 1996 May;168(5):607-11.
30. Lane A, Keville R, Morris M, Kinsella A, Turner M, Barry S. Postnatal depression and elation among mothers and their partners: prevalence and predictors. *Br J Psychiatry* 1997 Dec 171:550-5.
31. Sebastian Romero E, Mas Lodo N, Martı Blazquez M, Raja Casillas MI, Izquierdo Zamariego MJ, Valles Fernandez N, Metola Gomez M. Postpartum depression in the health area of Toledo. *Aten Primaria* 1999 Sep 15;24(4):215-9.
32. Machado Ramirez F, Garcia Serrano T, Moya Ruegg N, Bernabeu Saez N, Cerda Diaz R. Puerperal depression. Related factors. *Aten Primaria* 1997 Sep 15;20(4):161-6.
33. Bryan TL, Georgiopoulos AM, Harms RW, Huxsahl JE, Larson DR, Yawn BP. Incidence of postpartum depression in Olmsted County, Minnesota. A population-based, retrospective study. *J Reprod Med* 1999 Apr;44(4):351-8.
34. Righetti-Veltima M, Conne-Perreard E, Bousquet A, Manzano J. Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *J Affect Disord* 1998 Jun;49(3):167-80.

TABLO 1 : Annelerin Son ve Önceki Gebelik Deneyimleriyle İlgili Bazı Özellikler.

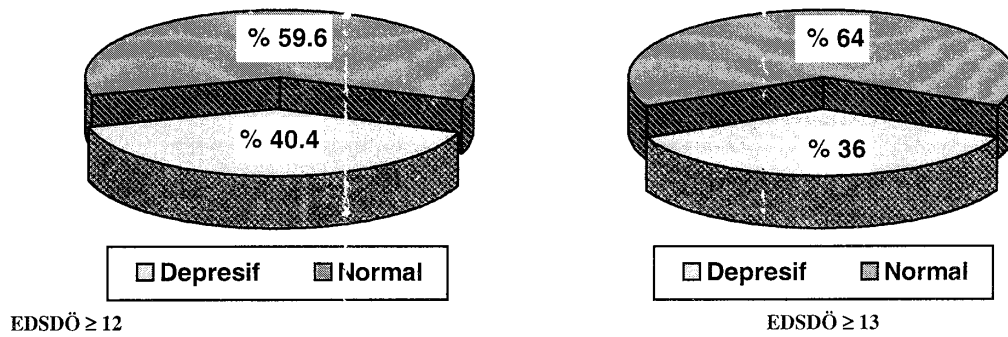
Değişken	Sayı	%
Çocuk sayısı		
1	100	56.2
2	58	32.6
3	4	2.2
> 3	16	8.9
Anneye göre ideal çocuk sayısı		
1	42	23.6
2	132	74.2
3	4	2.2
Eşe göre ideal çocuk sayısı		
0	2	1.2
1	40	22.5
2	122	68.5
3	10	5.6
4	4	2.2
Son doğumda bebeğin cinsiyeti		
Erkek	100	56.2
Kız	78	43.8
Son gebelikte cinsiyet tercihi		
Vardı	70	39.3
Yoktu	108	60.7
Son gebelikte cinsiyet tercihi		
Erkek	44	62.9
Kız	26	37.1
Doğumdan sonra bebeği ölen	10	5.6
Ölü doğum yapma	8	4.5

TABLO 2 : Doğum Sonrası Depresyona İlişkili Olabilecek Değişkenler ve Depresyon Sıklığı.

Değişkenler	Depresyon sıklığı		p
	Sayı	%	
Annenin çalışma durumu*			
Çalışıyor	12	35.3	.563
Çalışmıyor	60	41.7	
Sağlık sigortası			
Var	44	36.1	.100
Yok	28	50.0	
Eşin çalışma durumu*			
Çalışıyor	60	37.0	.006
Çalışmıyor	12	75.0	
Son doğumda bebeğin cinsiyeti*			
Kız	42	53.8	.002
Erkek	30	30.0	
Son gebelikte cinsiyet tercihi *			
Evet	38	54.3	.003
Hayır	34	31.5	
Daha önce ölü doğum*			
Yapanlar	8	100.0	.001
Yapmayanlar	64	37.6	
Son gebeliğin istemli olması*			
İstenmeyen gebelik	28	63.6	.000
İstenecek gebelik	44	32.8	
Gebelikte bebeğin cinsiyetini öğrenme			
Öğrenenler	58	38.2	.048
Öğrenmeyenler	14	53.8	
Önceki gebelikte sorun yaşama*			
Sorun yaşayanlar	18	64.3	.001
Sorun yaşamayanlar	16	25.0	
Önceki gebeliğinde ruhsal sorun*			
Yaşayanlar	12	85.7	.000
Yaşamayanlar	32	29.6	

* EDSÖ'de her iki kesim noktasına göre de önemli farklılıklar vardır.

ŞEKİL 1 : Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'nin Farklı Kesim Noktalarına Göre Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı.



TABLO 3 : Doğum Sonrası Depresyonla İlişkili Olabilecek Bazı Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizi.

Değişkenler	Odds oranı	% 95 Güven Aralığı	p
Annenin çalışma durumu Çalışıyor Çalışmıyor	Referans 1.023	0.414 – 2.472	.978*
Son gebelikte cinsiyet tercihi Yok Var	Referans 3.102	1.572- 6.125	.001*
Bebegin cinsiyeti Erkek Kız	Referans 2.187	1.096 - 4.367	.026*
Son gebeliğin istemli olma durumu İstemli İstemsiz	Referans 2.844	1.222 - 6.615	.015*
Sağlık sigortası Var Yok	Referans 0.760	0.333 – 1.736	.515
Sabit	-1.285	-	.033

* p < .05

ELAZIĞ YENİMAHALLE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE YAŞAYAN ORTA ve İLERİ YAŞLARDAKİ KADINLARDA DEPRESYON BELİRTİLERİ YAYGINLIĞI ve ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Yasemin AÇIK*, Leyla GÜNGÖR*, Murat KULOĞLU**, Murat ATMACA**.

M.Yükseİ GÜNGÖR***, A.Ferdane OĞUZÖNCÜL*

*Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Elazığ.

**Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Elazığ.

***İl Sağlık Müdürlüğü Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi-Elazığ

ÖZET

Depresyon, temel sağlık hizmetlerindeki yaygınlığı kadar, sonuçlarıyla da önemli bir halk sağlığı sorunudur. Yapılan klinik ve epidemiyolojik çalışmalara göre depresyon kadınlarda daha sık görülmektedir. Bu çalışmada, Elazığ Yenimahalle Eğitim, Araştırma Sağlık Ocağı (YMEASO) bölgesinde yaşayan orta ve ileri yaşlardaki kadınlarda depresyon belirtileri yaygınlığı ve etkileyen faktörleri tespit etmek amaçlanmıştır. Sağlık ocağı bölgesinde yaşayan orta ve ileri yaşta ki 6213 kadının 361 tanesi randomize sayılar cetvelinden yararlanılarak seçilmiş, tekrarlayan ziyaretlerle 346'sına (%95.8) ulaşılmıştır.

Katılan her kadına Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) uygulanarak 14 ve üzeri puan alanlar depresyon belirtileri olarak kabul edilmiştir. Araştırma sonucunda 113 (%32.6) kişi depresyon belirtileri olarak bulunmuştur. Çalışmamızda depresyon belirtileri boşanmış ya da eşi ölmüş kadınlarda daha fazla görülmekte (p=0.005) olup 35-39 yaş grubu kadınların %25.7'sinde, 70+ yaş grubundaki kadınların %57.1'inde depresif belirtiler mevcuttu. Kronik hastalığı olan kadınların %43.0'ında, ölen çocuk hikayesi olan kadınların %41.4'ünde, herhangi bir okul mezunu olmayan kadınların %36.4'ünde depresyon belirtileri mevcuttu.

Sonuç olarak: YMEASO bölgesinde yaşayan orta ve ileri yaşta ki kadınlarda depresyon belirtileri sık görülmektedir ve eğitim, medeni durum, aylık gelir, kronik hastalık ile ölen çocuk hikayesi varlığı gibi faktörlerden etkilenmektedir. Bu nedenle birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personeline depresyonun tanı ve tedavisine yönelik eğitim verilmesi önemli bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Kadın, depresyon, etkileyen faktörler

GİRİŞ

Günümüzde psikiyatrik sorunlar hem bireysel, hem de toplumsal boyutta önemli bir halk sağlığı problemi haline gelmiştir. Tıbbi yardım için başvuran hastaların önemli bir bölümünde ilaç kullanmayı gerektirecek düzeyde psikiyatrik sorun bulunmaktadır. Psikiyatrik bozukluklar içinde en sık görülenlerden biri de depresyondur (1).

Depresyon, derin üzüntülü bir duygulanım ile birlikte durgunluk, değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygusu ve düşüncelerini içeren; bunun yanı sıra konuşma ve hareketlerde yavaşlama gibi belirtilerle gelen bir duygusal durum bozukluğudur (2).

Cinsiyet, aile öyküsü, stresli yaşam olayları, hayal kırıklıkları, aile işlev bozuklukları, yetersiz anne-baba bakımı, erken olumsuz yaşantılar, bağımlı ve obsesif özellikler gibi kişilik özellikleri, güvenli olmayan bağlanma stili, kronik psikiyatrik ve bedensel hastalık, sosyal destek azlığı gibi çeşitli risk etkenleri majör depresyona öncülüdür ve hastalığın sonucunu etkilerler (3).

Erişkinlerin yaklaşık 1/5'inin yaşamları boyunca en az bir kez depresyon geçirme riski bulunduğu öne sürülmektedir (4). Depresyon insidansı sağlık ocaklarına başvuran hastalarda da fazladır (1). Depresyonun yaşam boyu prevalansının erkekler için %8-12, kadınlar için %20-26 dolaylarında olduğu öngörülmektedir (5). Depresyon yaşamı tehdit eden bir hastalık olarak görülmelidir. Çok sayıda çalışmanın, depresyondaki hastaların yaklaşık %15 kadının sonunda intihar ettiğini bildirmesi (5,6,7) bu hastalığın doğru bir biçimde tanımlanmasının ne denli önemli olduğunu göstermektedir.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Vakaların büyük çoğunluğunda başlangıç yaşı 20 ila 50 arasında olup, ortalama başlangıç yaşı 40'tır. Kadınlarda 35-45 yaşları arasında, erkeklerde 55 - 70 yaşları arasında pik yapmaktadır (1).

Bu çalışmada; Elazığ Yenimahalle Eğitim, Araştırma Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan orta ve ileri yaşlardaki kadınlarda depresyon belirtilerinin sıklığı ve bu belirtilerin ortaya çıkmasında etkili olan etkenlerin araştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Elazığ Yenimahalle Eğitim, Araştırma Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan orta ve ileri yaşlardaki kadınlarda depresyon belirtileri sıklığı ve bu belirtilerin ortaya çıkmasını etkileyen faktörleri tespit etmek amacıyla yapılan bu çalışmada; sağlık ocağı bölgesinde yaşayan orta ve ileri yaş grubundaki toplam 6213 kadının 361 tanesi randomize sayılar cetvelinden yararlanılarak seçilmiş, tekrarlayan ziyaretlerle 346'sına (%95.8) ulaşılmıştır. Her sağlık evi nüfus büyüklüğüne göre örnekleme temsil edilmiştir. Örneklem büyüklüğüne karar verilirken;

$$N = \frac{Nt^2 pq}{D^2 (N-1) + t^2 pq}$$

$$N = \frac{Nt^2 pq}{D^2 (N-1) + t^2 pq}$$

Formülünde yararlanılmıştır. (Clayton görülme olasılığı $p=0.20$ $t=1.96$ ve $d=0.04$ olarak alınmıştır.)

Bilgilere, sağlık ocağı bölgesinde yaşayan orta ve ileri yaşta kadınlarla yüz yüze görüşülerek, anket tekniği kullanılarak ulaşılmıştır. Depresyon belirtilerini değerlendirmede Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) kullanılmıştır. HDDÖ 17 maddeden oluşan ve görüşmeci tarafından değerlendirilen geçerli ve güvenilir bir ölçektir (8). HDDÖ'ne göre değerlendirme: 0-13 depresyon yok, 14-27 hafif düzeyde depresyon, 28-41 orta düzeyde depresyon, 42-53 şiddetli düzeyde depresyon şeklindedir (8).

Elde edilen veriler SPSS programına kaydedilmiş, hata kontrolleri, tablolar ve istatistiksel analizler bu program aracılığıyla yapılmıştır. İstatistiksel analiz yöntemi olarak X^2 ve t testleri kullanılmıştır.

BULGULAR

Kadınların yaş ortalaması 49.6 (SD=10.4) yılıdır. 277 (%80.1) kadının herhangi bir sağlık güvencesi vardır. 299 (%86.4)'ü çekirdek ailede, 47 (%13.6)'sı ise geniş ailede yaşıyordu.

İlk evlenme yaşı ortalaması 18.0 (SD=3.7) yılı idi. Evli kadınların yaşayan çocuk ortalaması 3.8 (SD=1.5), ölen çocuk ortalaması ise 0.78 (SD=1.10) dir. Evli kadınların 157 (%46.17)'sinin ölen çocuğu vardır. Ölen çocuğu olan kadınların: 91 (%26.3)'nin 1, 43 (%12.4) 'nün 2, 12 (%3.5)'sinin 3, 9 (%2.7) 'unun ise 4-6 arası ölen çocuğu vardı.

Kadınların 58 (%16.7)'i halen sigara içmekte, bir (%0.9) kişi ise alkol kullanmaktadır. Çalışmaya alınan kadınların 205 (%59.2)'inin anne ve babası ölmüştür. 26 (%7.5) kadının sadece babası, 7 (%2.0) kadının ise sadece annesi ölmüştür. Ebeveynlerini kaybeden kadınların; 158 (%77.1) 'i erşkin dönemde, 19 (%9.2) 'u erken çocukluk döneminde (ilk 5 yaşta), 31 (%15.1)'i ise çocukluk döneminde kaybetmişlerdir. Çalışmaya alınan kadınların bazı demografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Kadınların 114 (%32.9) 'ü kendilerinde bir veya daha fazla kronik hastalık olduğunu ifade etmiştir. Çalışmaya alınan kişilerin 70 (%20.2)'inde hipertansiyon, 24 (%6.9)'ünde diabet vardır.

HDDÖ'ne göre kadınların: 233 (%67.3)'ünde depresyon belirtileri mevcut değilken, 107 (%31.0)'sinde hafif düzeyde depresyon, 6 (%1.6)'sında orta düzeyde depresyon belirtileri mevcuttur.

Çalışmaya alınan 35-39 yaş grubu kadınlarında depresyon belirtileri sıklığı %25.7 iken, 40-44 yaş grubunda %30.9, 60-64 yaş grubunda %44.4 ve 70+ yaş grubunda ise %57.1'dir. Yaş arttıkça depresyon görülme yüzdesi artmakla beraber, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0.199$, Tablo 2).

Çalışmamızda depresyon boşanmış ya da eşi ölmüş kadınlarda daha fazla görülmektedir ($p=0.005$, Tablo 2).

Kronik hastalığı olan 114 kadının 49 (%43.0)'unda depresyon belirtileri varken, kronik hastalığı olmayan 226 kadının 64 (%28.3)'ünde depresyon belirtileri vardır ($p=0.007$, Tablo 2).

Ölen çocuk hikayesi olan 157 kadının 65 (%41.4)'inde depresyon belirtileri varken, ölen çocuğu olmayan 167 kadının 40 (%24.0)'ında depresyon belirtileri tespit edilmiştir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.001$, Tablo 2).

Eğitim durumuna, kronik hastalığa, ölen çocuk hikayesi olma durumuna göre ortalama depresyon puanları ve depresyon belirtileri varlığına göre ortalama aylık gelir ve ortalama yaşları Tablo 3'de verilmiştir.

Depresyon semptomları olan kadınların ortalama aylık gelirleri 74.120.400 (SD=79.46)TL iken, depresyon semptomları olmayan kadınların ortalama aylık gelirleri 101.132.400 (SD=79.46) TL dir ($p=0.001$, Tablo 3). Bu TL değerleri 1999 yılı değerleridir. Dolar bazında günümüz koşullarına uyarlandığında 74 120 400 TL= 201 \$, 101 132 400 ise =275 \$'dir.

TARTIŞMA

Çalışmamızdaki kadınların %32.6 (113 kişi)'sında hafif ya da orta düzeyde depresyon belirtileri vardır. 1995 yılında Gölbaşı Sağlık Ocağına başvuran yetişkinlerde yapılan bir çalışmada depresyon semptomları sıklığı %12.5, Karataş Beldesinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınlarda yapılmış olan bir başka çalışmada ise depresyon semptomu sıklığını yine %12.5 olarak tespit edilmiştir (9,10). Depresyonun yaşam boyu prevalansının kadınlar için %20-26 dolaylarında olduğu (5), temel sağlık hizmetlerindeki depresif semptom prevalansının ise %20-30 arasında değiştiği belirtilmektedir (11). Bizim çalışmamızda depresyon belirtileri sıklığı Rezaiki ve Apan'ın çalışmalarına göre yüksek çıkmıştır. Fakat Zung ve ark. yapmış olduğu çalışmayla uyumludur.

Çalışmamızda; yaş arttıkça depresyon belirtileri sıklığı artmakla beraber, aradaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.199$, Tablo 2). Apan ve ark. yapmış olduğu çalışmada yaş ile depresif semptomların sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (10). Yapılan çalışmalarda depresyonun kadınlarda 35-45 yaşları arasında, pik yaptığı belirtilmektedir (1,3). Çalışmamızda depresyon belirtilerinin sık görüldüğü orta ve ileri yaşta kadınları kapsaması nedeniyle istatistiksel olarak fark görülmemiş olabilir.

Herhangi bir okul mezunu olmayan kadınlarda depresyon belirtileri daha fazla görülmüyordu (Tablo 2, $p=0.05$). Apan ve ark. yapmış olduğu çalışmada eğitim durumu ile depresyon arasında ilişki bulunamamıştır (9). Zung ve ark (11) ile Crum ve ark. (12)'lerinin yapmış olduğu çalışmalarda; soyoekonomik ve eğitim seviyesi düşük olanlarda depresyon belirtilerinin daha fazla görüldüğü belirtilmiştir.

Araştırmamızda depresyon belirtileri; boşanmış ya da eşi ölmüş kadınlarda ($p=0.005$, Tablo 2), kronik hastalığı (%43.0) olan kadınlarda ($p=0.007$, Tablo2) ve ölmüş çocuk hikayesi olan (%41.4) kadınlarda ($p=0.001$, Tablo 2) daha sık görülmekteydi. Boşanmış, dul ya da eşinden ayrı olma, çocuklukta ana baba kaybı ya da onlardan ayrılmak zorunda kalma, kronik fiziksel

hasatlıklar depresyona hazırlayan psikososyal etkenlerdir (5). Yakın bir akrabanın ölümü depresyonun ortaya çıkmasına zemin hazırlayan yaşam olaylarından biridir (5). Çalışmamızda elde edilen bulgular literatür (5) ile uyumludur.

Sonuç olarak: YMEASO bölgesinde yaşayan orta ve ileri yaş kadınlarda depresyon belirtileri görülme sıklığı yüksekti ve kadınların eğitimi, medeni durumu, kronik hastalığının varlığı, ölen çocuğunun olması, ortalama aylık gelirin düşük olması gibi faktörlerle de ilişkilidir. Depresyon birinci basamak sağlık hizmetlerinde sık karşılaşılan hastalıklardan biridir. Bu nedenle birinci basamak sağlık hizmeti sunan sağlık personelinin hastayı değerlendirirken, ayrıntı tanıca depresyonuda düşünmeleri ve birinci basamak çalışanlarına yönelik, depresyonun daha iyi tanınip ve tedavi edilmesi doğrultusunda eğitim toplantılarının yapılması faydalı olacaktır. Ayrıca orta ve ileri yaşlardaki kadınlarda depresyon belirtileri sıklığını ve depresif belirtilerin ortaya çıkmasını etkileyen faktörlerin tespit edilmesine yönelik daha geniş örneklemlili çalışmalar yapılmasının gerçeği daha iyi yansıtacağı kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

- 1- Uğuz Ş, Turhan N, Aydın H, Yurdagül E, Levent BA. Farklı bir bakışla depresyon. Galenos. 2002; 61: 43-52.
- 2- Öztürk MD. Ruh Sağlığı Bozuklukları, Medikomat Matbaası, Ankara 1994; s: 223-260.
- 3- Ünal S, Küev L, Güleç C, Bekaroğlu M, Evlice YE, Kırılı S. Depresif bozukluklarda risk etkenleri. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2002;5(1):8-15.
- 4- Weissman MM, Klerman GL. Psychiatric norology and midtown manhattan study. Arch Gen Psychiatry . 1980; 37:229-240.
- 5- Köroğlu E. Birinci basamak sağlık hizmetleri uygulamasında depresyon, Depresyonun ABC'si, MedicoGrafiphics, 3 baskı. HYB 1997; (1): 3-7.
- 6- Guze SB, Robins E. Suicide and primary affective disorders. Br j Psychiatry, 1970; 117:437-438.
- 7- Reiger DA, Burge JD. Quantitative and experimental methods in psychiatry. epidemiology, Comprehensive Textbook of Psychiatry, 6. Baskı, HI Kaplan, BJ Sadock (eds) Baltimore. Williams & Wilkins. 1995:392-395.
- 8- Akdemir A, Dönbak S, Dağ İ ve ark. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nün Geçerliliği-Güvenirliliği ve Klinikte Kullanımı. 3P Dergisi 1996; 4:251-259.
- 9- Rezaki M. Bir sağlık ocağına başvuran hastalarda depresyon. Türk Psikiyatri Dergisi, 1995 6:13-20.
- 10- Apan E, Karaömerlioğlu Ö, Aytaç N, Özpoğraz N, Akbaba M. Karataş beldesinde yaşayan 15-49 yaşındaki kadınlarda depresyon semptomları ve etkileyen faktörler. Erciyes Tıp Dergisi, 1997; 19 (4): 200-203.
- 11- Zung WWK, Broadhead WE, Roth ME. Prevalance of depressive symtoms in primary care. J Fam Pract, 1993; 37 (4):337-344.
- 12- Crum RM, Cooper-Patrick L. Depressive symptoms among general medical patients: Prevalance and one-year outcome. Psychosom Med, 1994; 56:117-119.

Tablo 1: YMEASO Bölgesinde Yaşayan Orta ve İleri Yaşlardaki Kadınların Bazı Demografik Özellikleri

Demografik Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş grubu		
35-39	74	21.4
40-44	55	15.9
45-49	50	14.5
50-54	62	17.9
55-59	39	11.3
60-64	27	7.8
65-69	25	7.2
70 ve yukarı	14	4.0
Medeni durum		
Bekar	6	1.7
Evli	279	80.6
Boşanmış yada ayrı yaşıyor	5	1.4
Eşi ölmüş	56	16.2
Çalışma durumu		
Çalışıyor	6	1.7
Ev kadını	334	96.5
Emekli	6	1.7
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	191	55.2
Okur-yazar	26	7.5
İlkokul mezunu	107	30.9
Ortaokul mezunu	10	2.9
Lise mezunu	9	2.6
Üniversite mezunu	3	0.9

Tablo 2: YMEASO Bölgesindeki Yaşayan Orta ve İleri Yaşlardaki Kadınlarda Depresyon Sıklığını Etkileyen Faktörler

Etkileyen Faktörler	Depresyon Semptomları Sıklığı				p Değerleri
	Depresyon belirtileri var		Depresyon belirtileri yok		
	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*	
Yaş Grubu N=346					
35-39	19	25.7	55	74.3	
40-44	17	30.9	38	69.1	
45-49	13	26.0	37	74.0	X ² =9.814
50-54	21	33.9	41	66.1	Sd=7
55-59	12	30.8	27	69.2	P=0.199
60-64	12	44.4	15	55.6	
65-69	11	44.0	14	56.0	
70 +	8	57.1	6	42.9	
Eğitim durumu N=346					
Herhangi bir okul mezunu olan	79	36.4	138	63.6	X ² =7.15
Herhangi bir okul mezunu olmayan	34	26.4	95	73.6	Sd=1
					P=0.05
Medeni durum N=340**					
Evli	81	29.0	198	71.0	X ² =7.83
Eşi Ölmüş veya Boşanmış Kadınlar	29	47.5	32	52.5	Sd=1
					P=0.005
Kr. Hastalık Durumu N=340***					
Var	49	43.0	65	57.0	X ² =7.34
Yok	64	28.3	162	71.7	Sd=1
					P=0.007
Ölen Çocuk Varlığı N=324****					
Var	65	41.4	92	58.6	X ² =7.34
Yok	40	24.0	127	76.0	Sd=1
					P=0.001

* Satır yüzdelileridir. ** Bekar olan 6 kişi dahil edilmemiştir. *** Kronik hastalık durumu bilinmeyen 6 kişi dahil edilmemiştir
**** Bekar, canlı doğumu olmayan ve bi inmeyenler dahil edilmemiştir.

Tablo 3: YMEASO Bölgesindeki Yaşayan Orta ve İleri Yaşlardaki Kadınların Eğitim Durumuna, Kronik Hastalığa, Ölen Çocuk Hikayesi Olma Durumuna Göre Ortalama Depresyon Puanları ve Depresyon Belirtileri Varlığına Göre Ortalama Aylık Gelir ve Ortalama Yaşları

Etkileyen Faktörler	X	SD	T testine göre P değeri
Herhangi bir okul mezunu olanların ort. depresyon puanı	9.79	6.21	P=0.005
Herhangi bir okul mezunu olmayanların ort. depresyon puanı	11.67	6.81	
Kronik hastalığı olanların ortalama depresyon puanı	12.75	6.57	P=0.001
Kronik hastalığı olmayanların ortalama depresyon puanı	10.19	6.55	
Ölen çocuğu olanların ortalama depresyon puanı	12.44	6.53	P=0.000
Ölen çocuğu olmayanların ortalama depresyon puanı	9.56	6.28	
Depresyon belirtileri olanların ortalama aylık geliri	74.129.400	79.46	P=0.001
Depresyon belirtileri olmayanların ortalama aylık geliri	101.132.400	79.46	
Depresyon belirtileri olanların ortalama yaşı	48.42	9.84	P=0.003
Depresyon belirtileri olmayanların ortalama yaşı	51.98	11.14	

BİR FİZİKSEL İSTİSMAR OLGUSU

Yasemin AÇIK*, S.Erhan DEVECİ*, Alpağan Mustafa YILDIRIM**, M. İhsan OKUR**

* Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - Elazığ

** Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı - Elazığ

ÖZET

Çocuk istismarı yaygın olarak görülen, çocuğun ölümüne yol açabilecek kadar değişik boyutlarda ve ağırlıkta olan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Yanlış bildirimler, yetersiz kanıtlar, değişik kültürel ve geleneksel yapılar çoğu istismar vakasının saklı kalmasına neden olmaktadır.

Çalışmada babası tarafından kaynar su ile yakıldığı ifade edilen; sırtta, gluteal bölge, inguinal bölge, perine ve sağ el sırtında total %25, 2-3. derece yanığı olan, beş yaşında bir kız çocuğu olgusu sunulmuştur. Olgunun öyküsü, fizik muayene sonucu, lezyonların özelliği fiziksel istismarı göstermektedir.

İstismar özellikle tekrarlamaya yönelik olup, tekrarladığı durumlarda ölümle sonuçlanma oranı daha fazla olabilmektedir. Sunulan bu olgu çocuk istismarının boyutlarının bir kez daha gösterilmesi açısından önemlidir. Travma öyküsü ile gelen her çocuk istismar ihtimali de göz önüne alınarak incelenmelidir.

GİRİŞ

Çocuk istismarı çok geniş perspektifte ele alınması gereken, değişik disiplinler içerisinde değerlendirilen, multidisipliner tartışılan bir konudur (1).

Ebeveyn ya da bakıcı gibi bir kişi tarafından çocuğa yöneltilen, toplumsal değerler ve profesyonel kişiler tarafından uygunsuz ya da hasar verici olarak nitelendirilen ve çocuğun kalıtsal gelişim potansiyelini engelleyen ya da kısıtlayan eylem ve eylemsizliklerin tümü çocuk istismarıdır (2). Çocuk istismarı çeşitli şekillerde görülebilir. Bunlar fiziksel istismar ve ihmal, cinsel istismar, duygusal istismar ve ihmaldir (3).

Fiziksel istismar; kazara olmayan, çocuğun sağlığını olumsuz yönde etkileyen ve/veya veren, gelişiminde sürekli zarara yol açabilecek şiddet hareketlerinin yapılmasıdır (4-6). Genel anlamda ise "çocuğun kaza dışı ya 'alanması' olarak tanımlanabilir (7,8).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 15 yaş altında hastaneye başvuran çocuklar arasında çocuk istismarı sıklığı binde 2.7 olarak bildirilmektedir (9). İngiltere'de haftada dört çocuk çocuk istismarı ve ihmali nedeniyle ölmekte, dört yaş altında her bin çocukta biri fiziksel istismara uğramaktadır (10). Türkiye'de ise Bilir, 16 bin çocukta yapıldığı alan çalışmasında çocuğa uygulanan fiziksel şiddet oranını %33.5 olarak bulmuştur (3).

Çocuk istismarının ortaya çıkarılması için tüm olguların sistemik muayeneleri sonucu gözlenen ekimoz, özel kırıklar, yanık ve yaralanmalar çocuk istismarı ve ihmali'ni akla getirerek özenle değerlendirilmelidir. Sigara tütü, sıcak cisimler ile oluşturulan ve kaynar suya sokma ile oluşan yanıklar fiziksel istismar için tipiktir (11). Sıcak suyla olan kaza yanıkları genellikle vücudun ön tarafında meydana gelir. vücudun arka tarafındaki herhangi bir yanık şüphelidir. Kalça ve ekstremiteler üzerindeki sınırları belirli, muntazam 2. ve 3. derecedeki yanıklarda fiziksel istismar akla gelmelidir (12).

Çocuk istismarı 40-50 yıldan beri bir sorun olarak kabul edilip çeşitli önlemler geliştirilmiş olmasına karşın, bu konu ülkemizde son yıllarda tıp ve kamuoyu gündemine girmiştir. Bu konudaki duyarlılığın ülkemizde son yıllarda gelişmeye başlamasıyla konunun sorumluluğunu yetmişli yıllardan beri taşıyan eğitimci ve hukukçuların yanı sıra hekimlerde bu alanda çalışmalara başlamışlardır (2, 13-15).

Bu çalışmada bir fiziksel istismar olgusu sunularak çocuğa yönelik fiziksel istismarın tartışılması amaçlanmıştır.

OLGU SUNUMU

Beş yaşındaki kız çocuğu 09.05.2002 tarihinde saat 12.20'de ağabeyi tarafından Tıp Fakültesi Hastanesi acil polikliniğine vücutta yanık şikayeti ile getirilmiştir. Hastanın ağabeyinden alınan hikayesinde, olay sabahı babası tarafından sıcak su ve kızgın demirle yakıldığı ifade edilmiştir. Öz ve soy geçmişi hakkında bilgi alınamamıştır. Acil poliklinikte yapılan ilk muayenesinde genel durum orta, suur açık, kooperasyon sağlamıyor, TA: 120/70 mmHg, nabız: 124/dk, solunum sayısı: 28/dk olarak alınmıştır. Sağ el dorsal yüz, sırttan başlayıp perineye kadar, sol uyluk ön yüzde ve gluteal bölgede %20 vücut yüzeyini kapsayan 2. derecede yanık tespit edilmiştir.

Hasta saat 13.00'de yapılan plastik cerrahi konsültasyonu sonucu sırtta, gluteal bölge, inguinal bölge, perine ve sağ el sırtında total %25, 2-3. derece yanık teşhisiyle Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniğine yatırılmıştır (Resim 1, Resim 2). Klinikte yattığı süre içerisinde debridman ve iki kez greft operasyonları uygulanan hasta, greftli alanların iyileşmesiyle pansumanla takip edilip 30.04.2002 tarihinde şifa ile taburcu edilmiştir.

Resim 1

Resim 2

Olgu 5 çocuklu bir ailenin 4. çocuğudur. Baba 43 yaşında ve okur yazar değil, anne 39 yaşında ve ilköğretim mezundur. 1987 yılında evlenmişlerdir. Üç erkek, iki kız çocukları vardır. Çocukların en büyüğü 14, en küçüğü 2 yaşındadır. 12 yaşında olan erkek çocuk 1998 yılından beri İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne (SHM) bağlı Çocuk Yuvası'nda korunma ve bakım altındadır. Ailenin maddi durumu çok kötüdür, düzenli bir geliri bulunmamaktadır. Baba yaz aylarında inşaatlarda, kış aylarında ise kahvehane geçici işçi olarak çalışmaktadır. Aile üyelerinden anne-baba ve 1. çocuğun (erkek) İl Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nden ruhsal rahatsızlıkları olduğuna, 3. çocuğun (kız) ise İl Rehberlik Araştırma Merkezi'nde eğitilebilir düzeyde zekaya sahip olduğuna dair sağlık raporları vardır. Anne ve baba ruhsal rahatsızlıkları sebebi ile zaman zaman tedavi görmektedirler. Tüm aile üyelerinin yeşil kartları vardır. Ailenin oturduğu konut kira olup, yaşanabilir özelliklere sahip değildir. Babanın alkol ve kumar alışkanlığı olduğu, çocuklara ve kendisine bakmadığı, kirayı ödeyemediği gibi sebeplerle anne olaydan 2 ay önce evden ayrılmıştır.

Olaydan önce aile yakınlarının zaman zaman İl SHM'ye çocukların bakımı ile ilgili müracaatları olmuştur. Daha önceden de ailenin durumu bilindiğinden SHM'de gerekli işlemler hemen başlatılmıştır.

Olay günü olguyu hastaneye getiren ağabeyi çelişkili ifadeler vermiştir. Önce olaya eve sarhoş gelen babasının yol açtığını, sonra ise diğer kardeşinin sobanın üzerindeki suya çarpması sonucu kazara olduğu şeklinde ifadeleri olmuştur. Olgu serviste yattığı süre içerisinde olayın babası tarafından gerçekleştirildiğini söylemiştir. Olay ulusal ve yerel basına "cani baba kurbanı", "kızını başladı", "sarhoş baba, kızına kaynar su döktü" şeklinde başlıklar ile yansımıştır. Yine ailenin komşuları baba ve annenin psikolojik

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

olarak rahatsız olduklarını, babanın mesleği ve işinin olmadığını, çocuklarını ya başı boş bırakıp ya da eve kilitleyerek gittiğini söylemişlerdir. Yine babaanne tarafından olay günü oğlunun kendisine banyo yapmak için geldiği, olayla hiçbir ilgisi ve ihmalinin olmadığı belirtilmiştir. Görüldüğü gibi bir çok çelişkili ifade mevcuttur. Olayın hukuki yöndeki adli kurumlara intikal etmiş ve gerekli soruşturmalar sürmektedir.

Halen, olgunun anne ve babası ayrı yaşamaktadır. İl SHM'nin açtığı dava sonucu Asliye Hukuk Mahkemesi'nin şu anda İl Çocuk Yuvası'nda bulunan 2. çocuk yan sıra ailenin diğer çocuklarının da psikolojik, sosyal, ekonomik tehlikelere açık olduğu, bu nedenle bu tehlikelere karşı korunabilmesi için 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme kurumu (SHÇEK) yasasının 22. maddesi uyarınca Devlet Koruması altına alınmasına karar vermesiyle; ailenin 4. (kız) ve 5. (erkek) çocukları, (ilde 0-6 yaş grubu SHM'ye bağlı çocuk yuvası olmadığı için) komşu ilin 0-6 yaş grubu SHM Çocuk Yuvası'na yerleştirilmiştir. Birinci (erkek) ve 3. (kız) çocuklar ise zihinsel özürlerinden dolayı SHÇEK Rehabilitasyon Merkezleri için sıraya alınmış, şu anda babaanneleri ile birlikte kalmaktadırlar.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Çocuk istismarı yaygın olarak görülen ve çocuğun ölümüne yol açabilecek kadar değişik boyutlarda ve ağırlıkta olan bir halk sağlığı problemi (5,16). Batılı ülkelerde istismar oranlarının binde 1 olduğu dik'ate alınarak yapılan hesaplamalara göre ülkemizde yaşayan 25 milyon çocuğun 2. bini risk altındadır (17).

Ciddi ekonomik sıkıntı, üvey ebeveyn, parçalanmış aile, alkol-uyuşturucu bağımlısı ebeveyn, kendisi de istismar görmüş kişiler, çok genç anne, düşük eğitim düzeyi, işsizlik, aile içinde geçimsizlik, gerginlik, aile içi şiddet, ailede ruhsal hastalık, ailenin sosyal izolasyonu, prematüre doğmuş çocuk, huysuz, anomali çocuk, çocuk istismarı ve ihmal için risk faktörleridir (2,18-20).

Olguda bu risk faktörlerinin çoğunun mevcut olduğu görülmüştür. Aile ciddi ekonomik sıkıntı içerisinde, baba işsizdir. Olgu henüz 5 yaşındadır. Raiha ve Soma'ya göre, küçük ve ebeveynleri alt sosyoekonomik tabakadan olan çocuklar majör fiziksel istismar ve ihmal için büyük risk altındadırlar (21). Amerika'da çocuk koruma servisinin (Child Protective Service) 1986 raporlarına göre fiziksel istismarda yaş ortalaması 5.54'tür (22). Yine yapılan bir çalışmada fiziksel istismarın büyük oranda 9 yaş altındaki çocuklarda gerçekleştiği bildirilmiştir (23).

Olgunun öyküsüne göre aile içinde anne ve diğer aile fertleri şiddete maruz kalmaktadırlar. Yapılan çalışmalarda aile içinde eş istismarının çocuk istismarı için artmış ve bağımsız bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir (24).

Olgunun öyküsünde babanın alkol alışkanlığı, olay anında da alkollü olduğu mevcuttur. Vock ve ark. öldürücü çocuk istismarı faillerinin %37'sinin kronik alkolik olduğunu, %32'sinin ise olay anında alkollü olduğunu bildirmişlerdir (25). Babalar, daha çok büyük yaşta çocukları fiziksel olarak istismara maruz bırakırken, annelerin kurbanlarının daha çok bebekler olduğu görülmektedir. Çocuklarda ölüme kadar varabilen kalıcı defektler oluşturan fiziksel istismar uygulayanların ise daha çok babalar olduğu bildirilmiştir (26).

Olguda vücudun büyük bölümünü kaplayan (%25); sırtta, gluteal bölge, inguinal bölge, perine ve sağ el sırtında. kenarları düzenli 2-3. derece yanık tespit edilmiştir. Yanıklar fiziksel istismar olgularının %5'ini oluşturmaktadır. Kaza sonucu oluşan yanıklarda çocuk kendini korumak isteyecek, kızgın sıvı ile teması çabuk bitirecektir. Bu nedenle, yanık derecesi çok ağır olmayacak, yanık cidarları düzensiz olarak görülecektir (27). Olgunun fizik muayene ve teşhis sonuçları istismarı daha çok düşündürmektedir.

Öyküde çelişkili, değişik anlamların istismar için tipik olduğu ve fiziksel lezyonları açıklamada yetersiz kaldığı bildirilmiştir (5,6). Olgunun maruz kaldığı fiziksel istismar ile ilgili ortaya birçok çelişkili ifade atılmıştır.

Çocuk istismarında en önemli sorunlardan biri şiddetin hafif boyutlarının hoşgörülmesidir. Terbiye, eğitim vb. nedenlerle hafif boyutlardaki şiddete başvurulmakta ve sürekli bir nitelik kazanmaktadır. Kamuoyu çocuklara yönelik şiddete ancak ölüm ve ölüm sınırına gelmiş olgularda duyarlı davranmaktadır (5,28,29).

Türkiye'de çocuk istismarı ile ilgili çocuk koruma ajansları yok denecek kadar azdır. İstismar olayının görülmesi durumunda doktorlar kanunların uygulanması için olayı rapor etmekle yükümlüdür. Bölgeel hizmetler veren SHM'leri mevcuttur. Bunların ulaşacağı sosyal çevre dardır, konunun sadece tespit edilebilen yüzeysel parçaları ile ilgilenilebilmekte, böylece çok az sayıda olguya ulaşabilmektedir. Ülkede çocuk istismarını önleme sisteminin yokluğu nedeniyle, sadece hastanelerde tanı konan çok az sayıda çocuk istismarı olgusu değerlendirilebilmekte, ancak genel bir istatistikî takip yapılamamaktadır (30).

Türkiye'nin de imzasının olduğu, Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin 19(1)'inci Maddesi'nde; "Bu sözleşmeye taraf devletlerin, çocuğun ana-babasının ya da onlardan yalnızca birinin, yasal vasi veya vasilerinin ya da bakımını üstlenen herhangi bir kişinin yanında iken bedensel veya zihinsel saldırı, şiddet veya suistimale, ihmal ya da ihmalkar muameleye, ırza geçme dahil her türlü istismar ve kötü muameleye karşı korunması için; yasal, idari, toplumsal, eğitsel bütün önlemleri almaları gerekmektedir" denilmektedir (31).

Çocukların şiddet, suistimal ve ihmale karşı korunması ve mağdurların tedavisi ile ilgili mevzuat Türk Medeni Kanunu (TMK) ve Türk Ceza Kanunu (TCK) kapsamında yer almaktadır. TMK 272, 273, 274 ve 275'inci Maddeleri çocukların ana babalarından gelebilecek bedensel ve zihinsel tacizden, sömürü ve benzeri diğer tüm muamelelerden korunmasına ilişkin hükümler içermektedir. TCK 477'inci Maddeye göre, rehberlikleri altındaki kişileri eğitime, terbiye etme, yetiştirme, himaye etme ve koruma görevlerini kötüye kullanarak bu kişilere zarar veren onsekiz aya kadar hapis cezası ile cezalandırılırlar (31). Sonuç olarak travma öyküsü ile gelen her çocuk istismar ihtimali de göz önüne alınarak incelenmelidir. Özellikle istismar düşündürmesi gereken risk faktörleri irdelemelidir. Çocuk istismarı ve ihmalinin tespiti, bildirimi, tedavi ve rehabilitasyonu, ayrıca alınacak önlemler dizisi multidisipliner bir yaklaşımla ilgili profesyonellerce kurulacak bir ekip tarafından yürütülmelidir.

KAYNAKLAR

1. Polat O. Çocuk istismarında istismarcı ve kurban ilişkisi. Çocuk Forumu Dergisi 2000; 3 (4): 1-17.
2. Oral R. Çocuk istismarı. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 1993; 2 (12): 419-420.
3. Bilir Ş, Arı M, Dönmez NB, Güneş S. Dört oniki yaşlar arasında 16100 çocukta gözlenen durumlarıyla ilgili bir inceleme. Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Dergisi 1986; 1: 7-14.
4. Gözüm S. Çocukların fiziksel istismar ve ihmale karşı korunması ve sorumluluklarımız. Türk Hemşireler Dergisi 1995; 45 (1): 15-20.
5. Kaplan SJ. Physical abuse and neglect in child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook. (Levis M ed.) 2nd ed. Williams-Wilkins. Baltimore. 1996: 1033-1041.
6. Polat O, İnanıcı MA, Aksoy ME. Adli Tıp Ders Kitabı. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul 1997: 291-314.

7. Knight B. Fatal child abuse. In Forensic pathology. Arnold. London 1996: 457-473.
8. Eşiyok B, Günay Y. Fiziksel istismar: Sendrom 2000; 12 (9): 115-118.
9. Finkelhor D, Zellman GL. Flexible reporting options for skilled child abuse professionals. Child Abuse Negl 1991; 15 (4): 335-341.
10. Vandeven AM, Newberger EH. Child abuse. Annu Rev Public Health 1994; 15: 367-379.
11. Behrman RE, Kliegman RM, Nelson WE, Vaughan VC. Abuse and neglect of children. Nelson Textbook of Pediatrics. W.B Saunders Company 1992: 78-83.
12. Devlin BK, Reynolds E. Child abuse, How to recognize it. How to intervene. American Journal of Nursing 1994; 94 (3): 26-31.
13. Kesim NR. Çocukta fiziksel istismar ve bunun adli tıp açısından incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi 1993, İstanbul.
14. Oral R, Yavuz Ç, Can D, Kutlugün A, Genç İ. Bir çocuk psikiyatrisi polikliniğinde kötü muamele edilen çocuk sıklığı. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 1997; 22: 137-144.
15. Oral R, Can D, Vatasever K, Özermiş M, Orhon Y. Pediatri asistanları ve pratisyen hekimlerin çocuk istismarı konusundaki tutum, davranış ve bilgi düzeyleri. 2000'e Beş Kala Türkiye ve Dünyada Çocukların Durumu. XXXI. Türk Pediatri Kongresi Kitabı. 23-27 Ekim 1995, İstanbul. s. 187.
16. Barlow KM, Milne S, Aitken K, Minns RA. A retrospective epidemiological analysis of non-accidental head injury in children in Scotland over a 15 year period. Scott Med J 1998; 43 (4): 112-114.
17. Özhan K. Çocuk istismarı mercek altında. Sıcak Zincir 1999; 4: 34.
18. Cappelleri JC, Eckenrode J, Powers JL. The epidemiology of child abuse: findings from the second National Incidence and Prevalence study of child abuse and neglect. American Journal of Public Health 1993; 83: 1622-1625.
19. Jones ED, Mccurdy K. The links between the types of maltreatment and demographic characteristics of children. Child Abuse and Neglect 1992; 16: 201-215.
20. Guterman NB. Early prevention of physical abuse and neglect: Existing evidence and future directions. Child Maltreatment 1997; 2: 12-34.
21. Raiha NK, Soma DJ. Victims of child abuse and neglect in the U.S Army. Child Abuse and Neglect 1997; 2 (8): 759-768.
22. Finkelhor D, Lewis IA. An epidemicological approach to the study of child molestation. Ann NY Acad Sci 1988; 528: 64-78.
23. Morris I, Scott I, Mortimer M, Barker D. Physical and sexual abuse of children in the West Midlands. Child Abuse Negl 1997; 21 (3): 285-293.
24. Rumm PD, Cummings P, Kraus MR, Bell MA, Rivara FD. Identified spouse abuse as a risk factor for child abuse. Child Abuse Negl 2000; 24 (11): 1375-1381.
25. Vock R, Meniel U, Geserick G et al. Lethal child abuse (thorough the use of physical force) in German Democratic republic during the period 1 January 1985 to 31 October 1990. Results of a multicenter study. Arch Kriminal 1999; 204 (3-4): 75-87.
26. Benedict MI, White RB, Cornely DA. Maternal perinatal risk factors and child abuse. Child Abuse and Neglect 1983; 9: 217-224.
27. Yazgan Ş. Çocukta fiziksel istismarı tanıması. Çocuk Forumu Dergisi 1998; 1(1): 22-24.
28. Youssef RM, Attia MS, Kamel MI. Children experiencing violence. I: Parental use of corporal punishment. Child Abuse Negl 1998; 22(10): 959-973.
29. Biçer Ü, Çolak B, Gündoğmuş ÜN, Yıldız B. Bir çocuk istismarı olgusu. Çocuk Forumu 1999; 2(1): 18-22.
30. Oral R, Can D, Kaplan S, Polat S ve ark. Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases. Child Abuse and Neglect 2001; 25 (2): 279-290.
31. Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşme. Ulusal İlk Rapor, Ankara – 1999, Türkiye. s.32-33.

İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNİN AİLELERİNDE ANNELERİNE YÖNELİK FİZİKSEL ŞİDDET DURUMU – I

S. Erhan DEVECİ, Yasemin AÇIK
Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - Elazığ

ÖZET

Kadına yönelik aile içi şiddet; eşe kötü davranış ve dayak gibi fiziksel, cinsel ya da psikolojik kötü davranış şekillerinde ortaya çıkabilir; genellikle yinelenir ve ilişkii sürecinde artabilir.

Bu araştırma ilköğretim öğrencilerinin annelerine yönelik aile içi fiziksel şiddetin saptanması amacıyla, Elazığ il merkezinde bulunan 63 ilköğretim okulunun her birinin beşinci ve sekizinci sınıflarından birer şube olmak üzere seçilen iki şubeye anket uygulayarak 3725 öğrenci üzerinde yapılan tanımlayıcı bir çalışmadır.

Öğrencilerin %53.2'si erkek, %46.8'i kız, ortalama; kardeş sayısı 3.9, evde yaşayacağı kişi sayısı 5.7'dir. %76.2'si babalarının annelerini şimdiye kadar hiç dövmediğini, %23.3'ü ise en az bir kez dövdüğünü belirtmiştir. Çalışmayan babaların %33.6'sının herhangi bir işi olanların ise %22.0'nin eşlerini dövdüğü ifade edilmiştir (p=0.000). Alkol kullanan babaların %20.7'si eşini döverken, alkol kullananlarda bu oran %41.8'e yükselmektedir (p=0.000). Fiziksel şiddet gören annelerin %21.5'i bu nedenle yaralanmıştır. Öğrenciler hatalı bir davranışları karşısında; anne ve babalarının %66.1'inin hatalı yönlerini açıklayıp ikna ettiğini, %19.3'ünün sözlü uyarıp azarladığını, %4.3'ünün ise dövdüğünü belirtmişlerdir.

Öğrencilerin ifadelerine göre annelerinin yüksek oranda fiziksel şiddete maruz kaldığı görülmektedir. Kadına yönelik şiddetin engellenebilmesi için ilgili kişiler, özellikle anne ve babalar bu konuda eğitim programlarına alınmalıdır. Danışmanlık hizmetleri verilmeli, sığınma kurumları açılmalı, multidisipliner bir yaklaşımla müdahale stratejileri ile ilgili ekipler oluşturulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Fiziksel şiddet, aile içi, anne.

GİRİŞ

"Aile içi şiddet" genellikle aile içinde bir bireyin diğer bir aile bireyinin fiziksel saldırısına uğraması olarak tanımlanmaktadır (1). Bu da en yaygın şekliyle eşler arasında kocanın karısına şiddet uygulaması ve ebeveynlerin çocuklara karşı yönelttikleri şiddet olarak görülmektedir (2). Şiddet uygulayanların %95 kadarı erkek, şiddete maruz kalanların da %90'dan fazlası kadın ve çocuklardır (3). Kadına yönelik aile içi şiddet; eşe kötü davranış ve dayak gibi fiziksel, cinsel ya da psikolojik kötü davranış

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

şekillerinde ortaya çıkabilir; genellikle yinelenir ve ilişki sürecinde artabilir (4). Fiziksel şiddet kişinin güç uygulayarak karşısındakini denetim altına almasıdır. (5).

Aile gelirinin düşüklüğü, düşük yaşam standardı, geniş aile, erkeğin alkol kullanımı, kadının erken yaşta evlenmesi, erkek ya da kadının düşük eğitim düzeyi kadına yönelik şiddeti artıran risk faktörleridir (6).

Aile içi şiddet bireyleri, aileyi ve tüm toplumu önemli şekilde etkiler. Ülkemizde Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu'nun yaptığı araştırmada; yaşanan gerginlikler sonucunda eşlerine vurduklarını belirten erkeklerin oranı %34'tür (2). Yine Kadın Dayanışma Vakfı'nın araştırmasına göre; kadınların %21'i kocası tarafından tehdit edilmekte, %15'i hastanelik oluncaya kadar dövülmekte, %12'sine bazen çok kötü davranılmaktadır (7).

Pekin'de 1995 yılında toplanan 4. Dünya Kadın Konferansı'ndan sonra yayımlanan, Pekin Deklarasyonu ve Eylem Platformu'nda; kadının güçlendirilmesi ve toplumun bütün alanlarına eşit olarak katılımının, kalkınma ve barışın sağlanması için temel koşul olduğu belirtilmiştir. Kadına yönelik şiddeti önlemek ve ortadan kaldırmak için bütünsel önlemler almak Eylem Platformu'nun stratejik hedefleri arasında kabul edilmiştir (8). Türkiye'deki şiddete uğrayan kadınlara yönelik örgütlenmeler henüz çok yeni ve yetersiz düzeydedir (7).

Halk Sağlığı yaklaşımının aile içi şiddete yönelik olarak gözetim ve denetlemeye, risk faktörlerini tanımlamaya, gerekli girişimlerin yapılabilmesine, geliştirilmesine ve yaygınlaştırılmasına odaklanması gerekir (9).

Bu çalışma Elazığ il merkezi ilköğretim öğrencilerinin annelerine yönelik fiziksel şiddetin saptanması, çocukların bundan etkilenim ve gösterdikleri tepkileri belirleyebilmek, yaygın ve ciddi bir halk sağlığı sorunu olan aile içi şiddeti bir kez daha gündeme getirebilmek amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM

Elazığ il merkezinde bulunan ilköğretim okulları öğrencilerinin ailelerinde babaları tarafından annelerine yönelik fiziksel şiddetin saptanması amacıyla yapılan bu çalışmada; İl merkezinde bulunan 63 ilköğretim okulunun öğrencileri (50814 öğrenci) araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Her ilköğretim okulunun beşinci ve sekizinci sınıflarında birer şube olmak üzere toplam 125 şube (Bir ilköğretim okulunda sekizinci sınıf yoktur) örnekleme alınmıştır. Örnekleme alınan 125 şubede eğitim gören 3829 öğrencinin 3725'ine ulaşılmıştır. Cevaplılık oranı %97.2 olmuştur. Şubelerin seçiminde; her okulun tüm beşinci ve sekizinci sınıf şubeleri yazılarak oluşturulan bir listeden rastgele yöntemle (biri beşinci diğeri sekizinci sınıf olmak üzere) iki şube seçilmiştir. Seçilen şubelere araştırmacı tarafından gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra (beşinci sınıflara tüm sorular, sekizinci sınıflara gerekli ve sorulan sorular açıklanarak) direkt gözlem altında ve öğretmen ya da idarecinin bulunmadığı bir ortamda anket uygulanmıştır.

Araştırmanın ön testi ilköğretim okullarından birinde uygulanarak gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Anket formu; öğrencilerin anne ve babalarının demografik özelliklerini, baba ve anne ilişkilerini, babanın anneyi dövme durumunu ve sıklığını, kendilerinin buna karşı tutumunu içeren açık ve kapalı uçlu sorulardan oluşmuştur.

Veriler SPSS istatistik paket programı ile değerlendirilmiş, istatistiksel analizlerde X^2 testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya katılan 3725 öğrencinin, %53.2'si (1980 kişi) erkek, %46.8'i (1745 kişi) kız öğrencidir. Öğrencilerin ortalama; kardeş sayısı 3.9 (min: 1, max: 16), evlerinde yaşayan kişi sayısı 5.7 (min: 2, max: 20) dir. Ailelerin aylık gelir ortalaması, aylık gelirlerini bilmeyenler değerlendirme dışı bırakılarak hesaplandığında 396.2 milyondur (min. 50 milyon, max: 5 milyar).

Ankete katılan öğrencilerin %83.2'si çekirdek aile yapısına sahip olup, %29.5'inin ailesi kirada oturmaktadır. Annelerinin %6.0'ı, babalarının ise %88.0'ı herhangi bir işte çalışmaktadır. Babalarının %17.8'inin hiçbir sosyal güvencesi bulunmamaktadır.

Öğrencilerin %63.6'sı anne ve babalarının genellikle iyi anlaştığını, %6.3'ü arada bir tartışıp birbirlerini sözlü uyardıklarını, %0.4'ü sık sık kavga edip birbirlerini dövdüklerini belirtmişlerdir.

Anket uygulananların %76.2'si babalarının annelerini şimdiye kadar hiç dövmemiş, %23.3'ü en az bir kez dövdüğünü ifade etmiştir. Anneleri dövdüklerini %40.1'i dövme eyleminin seyrek, %24.9'u bazen, %2.7'si sık sık, %30.5'i eskiden gerçekleştiğini belirtmiştir.

Babaları çalışmayan çocukların %33.6'sı, herhangi bir işte çalışanların ise %22.0'ı babalarının annelerini dövdüğünü ifade etmiştir ($X^2=29.121$, $Sd=1$, $P=0.000$).

Aylık geliri 500 milyon altında olan ailelerde babaların %27.7'si eşlerini dövrerken, 1 milyar ve üzerinde olan ailelerde bu oran %10.4'tür ($X^2=19.746$, $Sd=2$, $P=0.000$).

Geniş aile yapısına sahip olan babaların %22.9'u eşlerini dövmekteyken, çekirdek aile yapısına sahip olan ailelerde ise bu oran %23.5'tir ($X^2=0.099$, $Sd=1$, $P=0.753$).

Anne ve baba eğitimlerine göre annelerin fiziksel şiddete maruziyeti Tablo 1'de verilmiştir.

Annesi herhangi bir işte çalışan çocukların %24.3'ü, annesi çalışmayan çocukların ise %23.3'ü annelerinin babaları tarafından dövüldüğünü ifade etmiştir ($X^2=0.133$, $Sd=1$, $P=0.715$).

Öğrencilere hoş gitmeyen ya da hatalı bir davranışları karşısında anne ve babalarının kendilerine karşı tutumu sorulduğunda; %66.1'i davranışın hatalı yönlerini açıklayıp ikna ettiğini, %5.8'i sert baktığını, %19.3'ü sözlü uyarıp azarladığını, %2.3'ü korkutup tehdit ettiğini, %2.3'ü cezaya verdiğini, %4.2'si ise dövdüğünü belirtmişlerdir.

Öğrencilerin annelerine babalar tarafından fiziksel şiddet uygulanma durumuna göre, çocuğun hataları karşısında ebeveynlerin tutumları Tablo 2'de gösterilmiştir. Anneye karşı şiddetin olduğu evlerde, hatalı bir davranış karşısında %16.8 ebeveyn çocuğunun hatalı yönünü açıklayıp ikna eden, %56.1'i çocuğunu dövmeyi tercih etmektedir. Alkol kullanan babaların %20.7'si eşini dövrerken, alkol kullananlarda bu oran %41.8'e yükselmektedir ($X^2=105.541$, $Sd=1$, $P=0.000$).

Annelerine babaları tarafından fiziksel şiddet uygulandığını söyleyen öğrenciler; annelerinin %21.5'inin morluk, yara, bere, kanama, şişlik gibi herhangi bir yaralanmaya maruz kaldığını, %76.8'inde ise böyle bir yaralanmanın olmadığını ifade etmişlerdir. %1.7'si bu soruyu cevapsız bırakmıştır.

Anne ve babaları arasındaki fiziksel şiddet içeren kavgalardan öğrencilerin etkilenme durumları Tablo 3'de gösterilmiştir.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Araştırmaya katılan öğrencilerin ifadelerine göre annelerinin %23.3'ü herhangi bir sıklıkla ve şekilde babaları tarafından dövülmektedir. Ülkemizde Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu'nun araştırmasında erkeklerin %34.04'ü yaşanan gerginlikler sonucunda eşlerine vurduklarını ifade ederken, kadınların ancak %29.59'u eşlerinden dayak yediklerini belirtmişlerdir (2). Güneş ve ark.'nın yaptıkları bir çalışmada; tıp fakültesi öğrencilerinin %13.7'si babaları tarafından annelerine fiziksel şiddet uygulandığını

ifade etmişlerdir (10). İçli ve ark.'nın üç büyük kentte yaptıkları bir başka çalışmada kadınların %21.2'si eşlerinin kendilerine karşı şiddet uyguladığını belirtmişlerdir (11). Yine Kurçer ve ark.'nın bir çalışmada, kadınların %18'inin eşleri tarafından tekmeleme, tokat veya aletle hırpalanmaya kadar değişen fiziksel şiddete maruz kaldıkları tespit edilmiştir (12). Subramaniam ve Sivayogan'ın Sri Lanka'da yaptıkları bir çalışmada eşleri tarafından dövülen kadınların prevalansı %30 olarak bulunmuştur (6). Araştırmamız sonuçları bu konudaki diğer çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur. Tarihsel süreç boyunca kadına yönelik şiddet hemen her toplumda görülmüştür. Bir çok toplumda şiddet doğal olarak algılandığı gibi, aynı zamanda da cesaretle indirilmiştir (7).

Araştırmaya katılan öğrenciler annelerinin fiziksel şiddete maruz kalma olayının %21.5'inin yaralanma ile sonuçlandığını belirtmişlerdir. T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu'nun yaptığı araştırmaya göre fiziksel şiddetin yaklaşık yarısında (%46.9) az ya da çok fiziksel zarar ortaya çıktığı görülmektedir (2). Araştırmamızdaki bu oranın düşüklüğü öğrencilerin bu olayı belirtmemelerinden ya da annelerin çocuklarından böyle bir olayı saklamalarından kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmamızda çalışmayan babaların eşlerine fiziksel şiddet uygulaması, herhangi bir işi olan babalar oranla anlamli derecede yüksek bulunmuştur (P=0.000). Fitch ve Papantio'nun yaptıkları bir araştırmada eşlerine fiziksel şiddet uygulayan erkeklerin dörtte birine yakınının işsiz olduğu görülmüştür (13). Yine Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu'nun araştırmasında, hem erkeğin hem de kadının düzenli bir işte çalışıyor olmasının şiddete karşı koruyucu bir rol oynadığı bildirilmiştir (2).

Ankete katılan öğrencilerin ifadelerine göre ailenin aylık geliri yükseldikçe anneye yönelik fiziksel şiddet azalmaktadır (P=0.000). Bu bulgu aile içi şiddete yönelik çalışmalarla uyumludur. Kadına yönelik şiddet bütün sosyoekonomik gruplarda görülmekle birlikte, yoksul kesimlerde yaşayan kadınlar daha yüksek oranda şiddet görmektedirler (10,11,14,15)

Öğrencilerin aile tipine göre annelerine yönelik fiziksel şiddet arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (P=0.753). Güneş ve ark.'nın çalışmasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmamasına rağmen geniş ailelerde şiddet oranı daha yüksek bulunmuştur (10).

Araştırma sonuçlarına göre hem anne hem de babanın eğitim düzeyleri yükseldikçe anneye yönelik şiddet azalmaktadır (Tablo 1, P=0.000). Hasanhanoglu'nun psikonevroz tanılı kadın hastalar üzerinde yaptığı bir çalışmada, şiddete uğrayan kadınların %41.8'inin ilköğretim düzeyinde, %38.1'inin lise mezunu olduğu saptanmıştır (16). Bulgularımız ile anne eğitimi açısından uyumlu, fakat baba eğitimi açısından uyumsuz bir sonuçtur. Yine konu ile ilgili yapılan çalışmaların sonuçları kadının öğrenim düzeyi arttıkça şiddete maruziyetinin azaldığını göstermektedir (2,10,11,17)

Ebeveynlerin %66.1'i çocuklarının hatalı davranışları karşısında, davranışının hatalı yönünü açıklama ve ikna etme yolunu seçmektedirler (Tablo 2). Ceza verilen çocukların %56.8'i sözlü uyarı ya da azar işitirken, %12.6'sı dövülmektedir. Demir ve Işık'ın çalışmasında böyle bir durumda öğrencilerin %89.2'sinin sözlü uyarı aldığı, %2.7'sinin dövüldüğü belirtilmiştir (18). Genel tutum olarak hatalı yönünü açıklama ve ikna etme oranının yüksek oluşu ne kadar sevindirici ise, genelde uygulanan cezalarda çocukların dövülme oranının yüksekliği de derecede üzündür.

Aile içi fiziksel şiddete şahit olan öğrencilerin %23.1'i bu olaydan çok kötü etkilendiklerini ve uzun süre etkisinden kurtulamadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 3). Aile Araştırma Kurumu'nun araştırmasında şiddeti gözlemleyen çocukların gösterdikleri tepkiler içinde en sık rastlanılan (%54) "korku" olmuştur (2). Campbell ve Schwarz'ın araştırmasına göre böyle bir olaya şahit olan öğrencilerin %43'ü üzüntü, %56'sı korku hissettiklerini belirtmişlerdir (19).

Kadına yönelik şiddet her toplumda ve kültürde karşılaşılan bir durumdur. Öğrencilerin ifadelerine dayanılarak yapılan bu çalışmada annelerinin yüksek oranda fiziksel şiddete maruz kaldığı görülmektedir. Yaygın ve ciddi bir halk sağlığı sorunu olan kadına yönelik şiddetin engellenebilmesi için toplum bu konuda bilinçlendirilmeli, ilgili kişiler, özellikle de anne ve babalar eğitim programlarına alınmalıdır. Şiddete maruz kalmış kadınların şimdileceği kurumlar açılmalı, böyle bir durumda yönelimlerin sağlanabilmesi için danışmanlık hizmetleri verilmelidir. Birinci basamak sağlık çalışanlarının hizmet verdikleri toplumla uzun süreli mesleki ilişkileri ve izlem yapabilmelerinin ton dolayı, bu konuda duyarlı ve bilgili olmaları, kılavuzluk edebilmeleri gerekir. Sağlık çalışanlarına yönelik hizmet içi eğitimlere ağırlık verilmeli, multidisipliner bir yaklaşımla içerisinde birinci basamak hekimleri, halk sağlığı hemşireleri, adli tıp, psikiyatri, halk sağlığı ve sosyal hizmetler uzmanlarıyla, hukukçular ve güvenlik kuvvetlerinden oluşan müdahale stratejileri ile ilgili ekipler oluşturulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Belkin GS, Goodman N. Marriage, Family and Intimate Relationship, Rand McNally College Publishing Company, Chicago, 1980.
2. Aile İçi Şiddetin Sebep ve Sonuçları. T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı, Bizim Büro Basımevi, Ankara, 2000.
3. Güneri FY. "Ailede kadına yöneltilen şiddet". Evdeki Terör Kadına Yönelik Şiddet. Mor Çatı Yayınları, İstanbul 1996, s: 87-92.
4. Langan PA, Innes CA. Preventing Domestic Violence Against Women. Washington, DC: US Dept of Justice, Bureau of Justice Statistics; 1986.
5. Saatçi E, Akpınar E, Ergün GÖ, Bozdemir N. Aile içi şiddet. Arşiv 2001; 10 (3): 203-229.
6. Subramaniam P, Sivayogan S. The prevalence and pattern of wife beating in the Trincomalee district in eastern Sri Lanka. Southeast Asian J Trop Med Public Health 2001; 32 (1): 183-195.
7. Özyayın N, Üner O, Akın A. Kadın ve şiddet. Sağlık ve Toplum 1998; 3-4: 73-78.
8. Evlem Platformu ve Pekin Deklarasyonu. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara, 1995.
9. Rosenberg ML, Fenley MA, Johnson D et al. Bridging prevention and practice: public health and family violence. Acad Med 1997; 72 (1): 13-18.
10. Güneş G, Kaya M, Pehlivan E. Tıp Fakültesi öğrencilerinin ailelerinde kadına yönelik aile içi şiddetle ilgili bir araştırma. Toplum ve Hekim 2000; 15 (5): 391-397.
11. İçli TG, Ögün A, Özcan N. Ailede Kadına Karşı Şiddet ve Kadının Suçluluğu. T.C. Devlet Bakanlığı Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara, 1995.
12. Kurçer MA, Güneş G, Genç M. Malatya'da sosyoekonomik düzeyleri farklı iki ayrı bölgede evli kadınlara yönelik aile içi şiddet ve etkileyen faktörler. Sağlık ve Toplum 1999; 3: 34-7.
13. Fitch FJ, Papantio A. Men who batter: so ne pertinent characteristics. J Nerv ment Dis 1983; 171 (3): 190-192.
14. Polat O. Şiddet "Kadına yönelik şiddet". <http://atk.gov.tr/şiddet.htm>. 29.05.2002.
15. Dubowitz H, King H. Family violence. A child-centered, family-focused approach. Pediatr Clin North Am 1995; 42 (1): 153-166.
16. Hasanhanoglu ND. Psikonevroz Tanılı Kadın Hastalarda Aile İçi Örselenme Öyküsünün Sorgulanması ve Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi. Sosyal Bilimler Master Tezi, Adana, 1996.
17. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for family violence, in Guide to Clinical Preventive Services 2nd edit. Baltimore: Williams and Wilkins, 1996.
18. Demir Ü, Işık N. Anne ve babalar tarafından çocuklara uygulanan fiziksel istismar ve ihmalin incelenmesi. Çocuk Forumu Dergisi 2000; 3 (4): 23-28.
19. Campbell C, Schwarz DF. Prevalence and impact of exposure to interpersonal violence among suburban and urban middle school students. Pediatrics 1996; 98 (3): 396-402.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Tablo 1. Elazığ ilköğretim okulları öğrencilerinin anne ve baba eğitimlerine göre annelerinin fiziksel şiddete maruziyeti***

Annenin eğitim durumu	Fiziksel şiddet yok		Fiziksel şiddet var		Toplam		P değeri
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**	
Okur yazar değil	326	72.3	316	27.7	1142	31.1	X ² =57.871 Sd=5 P=0.000
Sadece okur yazar	319	69.3	141	30.7	460	12.5	
İlkokul mezunu	1995	79.2	288	20.8	1383	37.6	
Ortaokul mezunu	301	79.4	52	20.6	253	6.9	
Lise mezunu	249	83.6	49	16.4	298	8.1	
Üniversite mezunu	127	92.0	11	8.0	138	3.8	
Babanın eğitim durumu							
Okur yazar değil	130	67.0	64	33.0	194	5.4	X ² =57.479 Sd=5 P=0.000
Sadece okur yazar	247	70.6	103	29.4	350	9.7	
İlkokul mezunu	901	73.6	323	26.4	1224	34.0	
Ortaokul mezunu	434	75.3	142	24.7	576	16.0	
Lise mezunu	570	80.4	163	19.6	833	23.1	
Üniversite mezunu	372	87.3	54	12.7	426	11.8	

* Satır yüzdesi ** Sütun yüzdesi

*** anne ya da babası ölmüş ve cevapsız olanları değerlendirme dışı bırakılmıştır.

Tablo 2. Elazığ ilköğretim okulları öğrencilerinin annelerine babaları tarafından fiziksel şiddet uygulanma durumuna göre, çocuğun hataları karşısında ebeveynlerin tutumları***

Ebeveynin çocuğa karşı tutumu	Fiziksel şiddet yok		Fiziksel şiddet var		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Davranışının hatalı yönünü açıklar ve ikna eder	2039	83.2	411	16.3	2450	66.1
Sert bakar	151	69.9	65	30.1	216	5.8
Sözlü uyarır, azarlar	475	66.5	239	33.5	714	19.3
Korkutur, tehdit eder	35	40.2	52	59.3	87	2.3
Ceza verir	71	84.5	13	15.5	84	2.3
Döver	69	43.9	88	56.1	157	4.2
	X ² =266.256	Sd=5	P=0.000			

* Satır yüzdesi ** Sütun yüzdesi *** Cevapsızlar değerlendirme dışı tutulmuştur.

Tablo 3. Elazığ ilköğretim okulları öğrencilerinin anne ve babaları arasındaki fiziksel şiddet içeren kavgalardan etkilenme durumları

Öğrencilerin etkilenme durumu	Sayı	%
Çok kötü etkileniyor, uzun süre etkisinden kurtulamıyorum	204	23.1
Etkileniyorum fakat çabuk unutuyorum	157	17.9
Beni fazla ilgilendirmiyor	35	4.0
Normal karşılıyorum, her ailede olabilir	192	21.8
Araya girip engellemeye çalışıyorum	182	20.2
Cevapsız	115	13.0
Toplam	885	100.0

İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNİN FİZİKSEL ŞİDDETE MARUZİYETLERİ VE YAKLAŞIMLARI – II

S. Erhan DEVECİ, Yasemin AÇIK
Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı - Elazığ

ÖZET

Çocuğa yönelik fiziksel istismar en geniş anlamda “çocuğun kaza dışı yaralanması” şeklinde tanımlanabilir. En sık rastlanılan şekli çocuğa dövme şeklindedir.

Bu araştırma Elazığ il merkezinde 3725 ilköğretim öğrencisi üzerinde öğrencilerin fiziksel şiddete maruziyetleri ve yaklaşımlarını saptamak amacıyla yapılarak anketeye dayalı tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

Öğrencilerin yaş ortalaması 12.8 olup, %53.2’si erkek, %46.8’i kız öğrencidir. %74.0’ı hayatlarının herhangi bir döneminde bir kez dahi olsa fiziksel şiddete maruz kalmışlardır. Bunların %19.8’i dayak sonucu yaralanmıştır. %43.4’ü halen ara sıra da olsa dayak yemektir. Erkeklerin %51.7’si, kızların ise %33.9’u halen fiziksel şiddete maruz kalmaktadır (P=0.000). Son bir yıl içerisinde %17.3’ü anneleri, %13.9’u babaları, %19.8’i öğretmenleri tarafından dövülmüştür. Dayak yiyen öğrencilerin %2.1’i her gün, %33.1’i haftada en az 1-2 kez dayak yediklerini belirtmişlerdir. Öğrencilerin %31.6’sı hiç fiziksel şiddet içeren kavga etmediğini belirtirken, %3.8’i ise halen sık sık bu şekilde kavga etmektedir. %31.8’i fiziksel şiddetin gerektiğinde çözüm olabileceğini, %26.3’ü kavganın güzel bir şey değil ama yaşamın bir parçası olduğunu belirtmişlerdir.

Sonuç olarak, ilköğretim yaşı öğrencileri halen yüksek oranda fiziksel şiddete maruz kalmakta ve önemli bir kısmı ise fiziksel şiddetin gerektiğinde çözüm olabileceğini belirtmektedir. Çocuğa yönelik şiddetin erken dönemde saptanabilmesi için çocuk istismarı tanı ve izlem ekipleri kurulmalı, şiddeti önleme programları hayata geçirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: İlköğretim öğrencileri, fiziksel şiddet.

GİRİŞ

Şiddet özellikle 2000'li yıllarda gündemde en sık yer alan konulardan biri olarak tüm dünyada dikkati çeken çok yönlü bir konudur. Güçlünün güçsüze yönelik saldırganlığının özellikle fiziksel olarak cezalandırılması şeklinde yaşanan şiddete maruziyette, çocukların kırılma ve savunmasız oldukları için en çok yaralanan ve iz taşıyan grup oldukları görülmektedir (1). Çocuklar kendilerine bakmakla yükümlü ebeveynleri yani anne, baba, büyükbaba, teyze, bakıcı gibi kişiler tarafından buna maruz kalabileceği gibi okulda ya da işyerinde de bu tip davranışlarla karşılaşabilirler. Dayak bu gün dünyanın neresinde olursa olsun artık fiziksel istismar olarak kabul edilmektedir (1). Çocuk istismarı çocuğa yönelik kötü davranışların genel bir ismidir. Çocuğa kötü davranış: fiziksel, cinsel, psikolojik kötü davranış ve genel, medikal ve eğitimsel ihmali içerir (2)

Pediyatri ve halk sağlığı literatürleri çocuklar ve şiddet üzerine artan bir dikkatle odaklanmışlardır. İnterpersonal şiddetin artması majör bir halk sağlığı problemi (3-5). Çeşitli araştırmacılar adolesan ve çocuklar üzerinde şiddete maruziyetin prevalansını

çalışmışlardır. Bu çalışmalar çocuklar arasında çeşitli türde şiddete maruziyetin yüksek olduğunu göstermiştir (6-10).

1985 ile 1993 yılları arasında çocuğa kötü davranış olgularının sayısı Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) %50 artmıştır. 1993'de ABD'de 3 milyon çocuğun kötü davranışa maruz kaldığı rapor edilmiştir. Bu olguların ancak %35'i saptanmıştır (11). Çocukların dövülerek terbiye edilmesinin özellikle geleneksel Türk toplumunda yaygın olduğu bilinmektedir. Dayak olaylarının çocuğun bedensel yara almasıyla sonuçlandığı görülmüştür (12)

Ciddi ekonomik sıkıntı, çok çocuklu aile, üvey ebeveyn, parçalanmış aile, alkol uyuşturucu bağımlısı ebeveyn, kendisinde istismar görmüş kişiler, çok genç anne, düşük eğitim düzeyi, işsizlik, aile içinde geçimsizlik ve şiddet, ailede ruhsal hastalık, ailenin sosyal izolasyonu, prematüre doğmuş, huşuz, anomali çocuk, çocuk istismarı ve ihmali için risk etkenleridir (1,13,14).

Bu çalışma ilköğretim yaşı öğrencilerinin fiziksel şiddete maruziyetlerini ve yaklaşımlarını tespit amacıyla yapılmıştır. Böylece toplumda yaygın bir halk sağlığı sorunu olan şiddetin bu yaş grubunda sıklığı ve önemi bir kez daha gündeme getirilmeye çalışılmıştır.

YÖNTEM

Bu araştırma Elazığ il merkezinde 3725 ilköğretim öğrencisi üzerinde öğrencilerin fiziksel şiddete maruziyetleri ve yaklaşımlarını saptamak amacıyla yapılan ankete dayalı tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. İl merkezinde bulunan 63 ilköğretim okulunun tamamı araştırma kapsamına alınmıştır. Her ilköğretim okulunun beşinci ve sekizinci sınıflarından birer şube olmak üzere toplam 125 şubeye anket uygulanmıştır (3'er ilköğretim okulunda sekizinci sınıf yoktur). Sınıfların seçiminde; her okulun tüm beşinci ve sekizinci sınıf şubeleri yazılarak oluşturulan bir listeden rastgele yöntemle (biri beşinci diğeri sekizinci sınıf olmak üzere) iki şube seçilmiştir. Örnekleme alınan sınıfların toplam mevcudu 3829'dur. Böylece cevaplama oranı %97.2 olmuştur.

Gerekli izinler alındıktan sonra araştırmanın ön testi ilköğretim okullarının birinde uygulanmış, saha çalışması Aralık 2001 ve Ocak 2002 tarihlerinde yapılmıştır. Örnekleme alınan sınıflara araştırmacı tarafından dahi önceden hazırlanmış ve genelde çoktan seçmeli sorulardan oluşan bir anket formu, sınıfta öğretmen ya da idarecilerin olmadığı bir ortamda gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra direkt gözlem altında uygulanmıştır.

Elde edilen veriler SPSS programına kaydedilerek hata kontrolleri, tabloları ve istatistiksel analizleri bu program aracılığıyla yapılmıştır. İstatistiksel analiz yöntemi olarak X^2 testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Öğrencilerin yaş ortalaması 12.3 (min: 10, max: 17) olup, %53.2'si erkek, %46.8'i kız öğrencidir. %48.2'si beşinci sınıf, %51.8'i sekizinci sınıf öğrencileridir.

Ankete katılan öğrencilerin %74.0'ı hayatlarının herhangi bir döneminde bir kez dahi olsa fiziksel şiddete maruz kalmıştır. Bu oran erkek öğrencilerde %79.7, kız öğrencilerde %67.4'tür ($X^2=72.883$, Sd=1, P=0.000).

Yaşamları boyunca herhangi bir dayak olayına maruz kalmış olanlar içerisinde, herhangi bir yerinde morluk, yara, bere, kanama, şişlik, kırık, bilincini kaybetme şeklinde bir durumun oluştuğunu ifade edenlerin oranı %19.3 (545 kişi) dir. Anket uygulanan tüm öğrenciler içerisinde bu oran %14.6'dır. Bunların ne tür bir yaralanmaya maruz kaldıklarının dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir. Bu nedenle %16.1'i (88 kişi) doktora gittiğin, ifade etmiştir. Çocuklar bu şekilde bir dayığa en fazla baba (%22.9), arkadaş (%20.0), anne (%16.3) ve de öğretmenleri (%14.1) tarafından maruz bırakıldıklarını belirtmişlerdir.

Bir kez dahi olsa fiziksel şiddete maruz kalan öğrencilerin %60.2'si elle, %10.1'i tokme, tokat ve yumrukla, %10.9'u ise kemer, sopa, cetvel, terlik, süpürge, sandalye gibi aletlerle dövüldüklerini belirtmişlerdir.

Öğrencilerin %43.4'ü (1615 kişi) halen ara sıra da olsa kendilerini döven bir kişiyi olduğunu söylemişlerdir. Son bir yıl içerisinde öğrencilerin: %17.3'ü anneleri, %13.9'u babaları, %10.1 ağabey, abla ya da kardeşleri, %4.9'u arkadaşları, %19.8'i öğretmenleri, %0.1'i ustaları, %4.7'si müdür ya da idarecileri, %0.3'ü akraba ya da sokak çocukları gibi diğer kişilerce çeşitli zamanlarda dövülmüştür.

Erkek öğrencilerin %51.7'si, kız öğrencilerin ise %33.9'u halen fiziksel şiddete maruz kalmaktadır ($X^2=120.326$, Sd=1, P=0.000). Beşinci sınıf öğrencilerinin %47.4'ü, sekizinci sınıf öğrencilerinin ise %39.6'sı son bir yıl içerisinde dayak yediklerini ifade etmişlerdir ($X^2=23.460$, Sd=1, P=0.000). Sınıf arttıkça dayak yeme sıklığı azalmaktadır.

Halen fiziksel şiddete maruz kalan öğrencilerin %2.1'i her gün, %33.1'i haftada en az 1-2 kez, %28.9'u ayda en az 1-2 kez, %35.7'si ise yılda en az 1-2 kez dayak yediklerini belirtmişlerdir.

Ailesinin aylık geliri 500 milyon altında olan çocukların %45.5'i, 1 milyar ve üzerinde olan çocukların ise %37.3'ü halen fiziksel şiddete maruz kalmaktadır ($X^2=4.029$, Sd=2, P=0.133).

Babaları ilköğretim mezunu olan öğrencilerin %38.0'ı, lise mezunu olanların %19.5'i, üniversite mezunu olanların ise %10.0'ı halen babaları tarafından dövüldüğünü ifade etmiştir ($X^2=15.208$, Sd=5, P=0.010). Anneleri ilköğretim mezunu olan öğrencilerin %37.6'sı, üniversite mezunu olanların ise %2.5'i halen anneleri tarafından dövüldüğünü belirtmiştir ($X^2=26.414$, Sd=5, P=0.000). Çalışmayan babaların %18.3'ü, herhangi bir işi olanların ise %13.3'ü ($X^2=7.962$, Sd=1, P=0.005); çalışan annelerin %16.0'ı, çalışmayanların ise %17.6'sı çocuklarına halen fiziksel şiddet uygulamaktadır ($X^2=0.366$, Sd=1, P=0.545).

Eşleri tarafından fiziksel şiddete maruz kalan annelerin %28.5'i çocuklarını halen dövmektedir, bu oran dayığa maruz kalmayan anneler için %13.8'dir ($X^2=101.196$, Sd=1 P=0.000).

Alkol kullanan babaların %14.1'i, kullanmayanların ise %14.0'ı çocuklarını halen dövmektedir ($X^2=0.003$, Sd=1, P=0.944). Ankete katılan öğrencilerin %31.6'sı hiç fiziksel şiddet içeren kavga etmediğini belirtirken, %25.0'i halen gerekirse bu

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

şekilde kavga edebileceğini, %3.8'i ise halen sık sık şiddet içeren kavgalar yaptığını belirtmiştir. Öğrencilerin %6.0'ı şiddet içeren kavgalarda herhangi bir alet kullandığını ifade etmiştir.

Çalışmaya alınan öğrencilerden fiziksel şiddet içeren kavga etmiş olanların kavga etme sebeplerinin dağılımı Tablo 2'de verilmiştir. Öğrencilerin %1.2'si okula gelirken kavga ederim düşüncesiyle herhangi bir alet getirdiklerini belirtmişlerdir. Öğrencilerin dayak-fiziksel şiddet ile ilgili görüşleri Tablo 3'de verilmiştir.

Herhangi bir kişi tarafından halen fiziksel şiddete maruz kalan çocukların %15.1'i hayatı boyunca hiç fiziksel şiddet içeren kavga etmediğini, %6.6'sı ise halen sık sık kavga ettiğini ifade etmiştir. Halen dayığa maruz kalmayanlarda ise bu oranlar %44.3 ile %1.6'dır ($X^2=481.394$, $Sd=4$, $P=0.000$).

Bazı olaylar karşısında dayak-fiziksel şiddet bir çözüm müdür? sorusuna halen şiddete maruz kalanların %3.0'ı evet derken, kalmayanların verdiği evet cevap oranı %1.2'dir ($X^2=119.230$, $Sd=2$, $P=0.000$). Yine halen şiddet görenlerin %12.1'i ileride herhangi bir hatası yüzünden çocuğunu döveceğini söylerken halen şiddete maruz kalmayanlarda bu oran %4.8'dir ($X^2=65.356$, $Sd=1$, $P=0.000$).

Halen fiziksel şiddete maruz kalanların %3.7'si kavga etmenin güzel bir şey olduğunu ifade ederken, %62.5'i güzel bir şey olmayıp kavga etmeden de yaşanabileceğini belirtmiştir. Halen dayığa maruz kalmayanlarda ise bu oranlar sırasıyla %2.4 ile %77.0'dir ($X^2=92.781$, $Sd=2$, $P=0.000$).

TARTIŞMA VE SONUÇ

Araştırmaya katılan öğrencilerin %74.0'ı hayatlarının herhangi bir döneminde fiziksel şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. %43.4'ü ise halen fiziksel şiddete maruz kalmaktadır. Quasem ve ark.'nın Kırgızyet'de yaptıkları bir araştırmada, katılan ailelerin %86'sının fiziksel cezalandırmanın çocuk disiplininde yeri olduğunu kabul ettiği bildirilmiştir (15). Bahar ve Bayık'ın çalışmasında çocuk ifadelerine göre annelerin %61, babaların %40 ceza verdiği, anne ve baba ifadelerine göre ise aynı oranların sırasıyla %69 ve %3 olduğu bildirilmiştir (7). Kaya ve ark.'nın yaptıkları çalışmada İstanbul Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi'ne başvuran annelerin %78'ir in arada bir, %13'ünün sık sık (toplam %691) fiziksel şiddet uyguladığı belirtilmiştir (8). Bilir ve ark.'nın 16 bin çocuk üzerinde yaptıkları çalışmada çocukların fiziksel istismara maruz kalma oranı, 4-6 yaş arası %40.7, 7-10 yaş arası %33.5, 11-12 yaşta %25.8, genelde %33.5 olarak tespit edilmiştir. Bu oran Batı Anadolu'da %14 iken, Doğu Anadolu'da %54'e kadar yükselmiştir (6). Thakkar ve ark.'nın bayan kolej öğrencileri üzerin de yaptıkları bir çalışmada, %14.7'sinin 15 yaşından önce fiziksel istismara maruz kaldıkları belirtilmiştir (16). Çocuğa uygulanan fiziksel şiddetin %14 ile %90 arasında değiştiği görülmektedir. Bulgularımız koruyula ilgili hem genel hem de bölgesel çalışmalarla uyumludur.

Araştırmaya katılan erkek öğrencilerin fiziksel şiddete maruziyetleri kız öğrencilerden yüksek bulunmuştur ($P=0.000$).

MacMillan ve ark.'ları fiziksel istismarın erkeklerde daha fazla rapor edildiğini belirtmişlerdir (17). Raiha ve Soma'nın araştırmasında 13-19 yaş arası kızlar, küçük yaşlarda ise erkeklerin minör fiziksel istismar için risk grubunu oluşturdukları belirtilmiştir (18). Genelde çalışmalar fiziksel istismar açısından kızlarla erkek çocuklar arasında farklılık olduğunu ortaya koymaktadır. Araştırmaya alınan öğrencilerden yaralanma derecesinde şiddete maruz kalanlar; kırık ve çıkıklar, yüzde iz bırakacak şekilde hasarlar gibi ciddi yaralanmalar bildirmişlerdir (Tablo 1). Yine bu şekilde fiziksel şiddete maruz kalanların %16.1'i bu nedenle doktora gittiğini ifade etmektedir. Demir ve Işık'ın çalışmasında fiziksel cezaya maruz kalan çocukların %6.76'sinin gereksiz olduğu düşünülerek doktora götürülmediği, buna karşı %4.05'inin bu nedenle doktora götürüldüğü belirlenmiştir (19). Ebeveynleri tarafından fiziksel şiddete maruz bırakıldıkları için yaralanan çocuklar; çevredeki kişiler tarafından duyulmaması endişesiyle ya da bu yaralanmanın önemsenmemesi nedeniyle hekime götürülmemektedirler. Bu da, dayığın açığa çıkmayan boyutunun ne denli büyük olduğunu göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan öğrenciler elle, tokatla, yumrukla dövülmeleri yanı sıra, kemer, sopa, cetvel, terlik, süpürge, delici kesici alet gibi aletli saldırılara da maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Kaya ve ark.'ları annelerin dayakta %75 el, %18 süpürge, terlik, oklava gibi aletleri kullandıklarını bildirmişlerdir (8). Yine Amerika'da Finkelhor ve Lewis'in yaptığı bir çalışmada annelerin istismarcı oldukları konumda en çok kullandıkları aletin saç fırçası olduğu görülmüştür (20). Çocukta fiziksel istismarın en sık rastlanılan şekli dayaktır. Genellikle disiplin ve cezalandırma amacıyla yapıldığı, bir tokatlar alet kullanmaya kadar geniş bir spektrumda gerçekleştiği gözlenmektedir (21).

Son bir yıl içerisinde öğrencilerin %17.3'i anneleri, %13.9'u babaları, %19.8'i öğretmenleri tarafından dövüldüğünü belirtmiştir. İzmirli ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada fiziksel ceza, yani dayığa başvurma yönünden anne ve babalar arasında önemli düzeyde bir fark bulunamamıştır (22). Zimbabve ilköğretim okullarında yapılan bir çalışmada 1995'de okullarda öğrencilere uygulanan fiziksel kötü davranış oranı %34.8 olarak rapor edilmiştir (23). Ülkemizde Çocuk Vakfı'nın yayınladığı 1999 özet çocuk raporunda, Türkiye çocuk haritasında çocukların %72'sinin anne-baba, %22'sinin ise öğretmen dayığı bildirilmektedir (24). Çalışmaların sonuçları çocukların değişik ortamlarda, değişik kişilerce fiziksel şiddete maruziyetinin yüksekliğini göstermekte olup araştırmamız ile de uyumludur.

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin anne ve babalarının eğitim düzeyi arttıkça fiziksel şiddete maruziyetlerinin azaldığı tespit edilmiştir ($P=0.000$, $P=0.000$). Yine İzmirli ve ark.'nın çalışmasında araştırmamız sonuçlarına paralel olarak ebeveynlerin ilkökul mezunu olanlarının, lise ve üniversite mezunlarından önemli düzeyde daha fazla olmak üzere dayığa başvurdukları bildirilmiştir (22). Demir ve Işık'ın çalışmasında ise arada istatistiksel olarak anlamlı fark olmasa da okur yazar olmayan ya da sadece okur yazar anne ve babaların, ortaokul ve yüksek okul mezunu anne ve babalara oranla çocuklarını daha az istismara uğrattıkları saptanmıştır (19).

Ankete katılan öğrencilerden ailelerin aylık gelirleri yüksek olanlarda daha az şiddete maruziyet olmasına rağmen, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($P=0.133$). Konuyla ilgili araştırma ve incelemelerde ailenin ekonomik durumu kötüleştiğçe şiddetin daha fazla görüldüğü yönünde tespitler bulunmaktadır (22,25,26). Araştırmamızda istatistiksel bir ilişki olmamasının nedeni aile gelirini bildirenlerin azlığından kaynaklanıyor olabilir. Anneleri babaları tarafından dövülen öğrenciler; annelerinin kendilerine daha fazla fiziksel şiddet uyguladığını ifade etmişlerdir ($P=0.000$). Okur'un bir araştırmada dayak yiyen kadınların %72'sinin çocuklarını dövdüğü, kısaca şiddetin aile boyu sürdüğü belirlenmiştir (27).

Araştırma kapsamındaki öğrencilerden halen fiziksel şiddete maruz kalanlarda; kendilerinin fiziksel şiddet içeren kavga etme oranları, fiziksel şiddeti çözüm olarak kabul etmeleri, ileride çocuklarını dövme durumları, kavga etmenin güzel bir şey olduğu şeklindeki ifadeleri, fiziksel şiddete maruz kalmayanlara oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır ($P=0.000$). Problem çözme yöntemi olarak şiddeti yaşayan çocuk daha sonraki yaşamında da karşısına problem çıktığında şiddeti çözüm yöntemi olarak kullanmaktadır (28,29).

Sonuç olarak; ilköğretim yaşı öğrencilerinin aile fertleri, öğretmenleri, arkadaşları ve diğer kişiler tarafından değişik sıklıkta hâlen yüksek oranda fiziksel şiddete maruz kaldıkları tespit edilmiştir. Öğrencilerin önemli bir kısmı ise fiziksel şiddetin gerektiğinde bir çözüm olabileceğini belirtmektedir. Önemli bir halk sağlığı sorunu olan çocuğa yönelik şiddetin erken dönemde saptanabilmesi, önleyici önlemlerin alınabilmesi için; multidisipliner bir yaklaşımla ilgili kurumlar ve uzmanların katılımıyla çocuk istismarı tanı ve izlem ekipleri kurulmalı, çocuğun şiddete yaklaşımını değiştirecek eğitim programları düzenlenmeli, şiddeti önleme sistemleri hayata geçirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Polat O. Çocuk ve Şiddet. DER Yayınlar, İstanbul, 2001.
2. Lewit EM. Reported child abuse and neglect. Future Child 1994; 4 (2): 233-242.
3. Growes BM, Zuckerman B, Marans S, Cohen DJ. Silent victims: children who witness violence. JAMA 1993; 269: 262-264.
4. Rosenberg ML, O'Carroll PW, Powell KE. Let's be clear: violence is a public health problem. JAMA 1992; 267: 3071-3072.
5. Lawrence LL, Brannen SJ. The impact of physician training on child maltreatment reporting: a multi-specialty study. Military Medicine 2000; 165 (8): 607-611.
6. Bilir Ş, Arı M, Dönmez NB, Güneysu S. 4-12 yaşları arasında 16100 çocukta örselenme durumu ile ilgili bir inceleme. Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Dergisi 1986; 1: 7-14.
7. Bahar Z, Bayık A. Çocuk eğitiminde annelerin ödül ve cezaya ilişkin tutumları. Ege Ü Hem Yük Oku Derg 1985; 1 (3): 1-13.
8. Kaya N, Ulusoy M, Aral F. Çocuk, anne ve dayak. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Günleri 25-28 Nisan 1992, İzmir Kongre Kitabı, 23-27.
9. Sheahan K, Dicara JA, Le Bailly S, Christoffel KK. Children's exposure to violence in an urban setting. Arc Pediatr Adolesc Med 1997; 151 (5): 502-504.
10. Fantuzzo JW, Mohr WK. Prevalence and effects of child exposure to domestic violence. Future Child 1999; 9 (3): 21-32.
11. Bathea L. Primary prevention of child abuse. Am Fam Physician 1999; 59 (6): 1577-1585.
12. Zeytinoglu S, Kozcu Ş. Fiziksel çocuk istismarı konusunda bir araştırma. Çocuk İstismarı ve İhmalı. EÜ Edebiyat Fakültesi Yayını. Psikoloji Seminer Dergisi 1988; 6 (7): 77-87.
13. Şahin F. Çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesinde hekimin rolü. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2001; 10 (7): 246-249.
14. Oral R. Çocuk istismarı. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 1993; 2 (12): 419-420.
15. Quasem FS, Mustafa AA, Kazem NA, Sarih NM. Attitudes of Kuwaiti parent toward physical punishment of children. Child Abuse Negl 1998; 22 (12): 1189-1202.
16. Thakkar RR, Gutierrez PM, Kuezen CL, McCanne TR. History of physical and/or sexual abuse and current suicidality in college women. Child Abuse Negl 2000; 24 (10): 1345-1354.
17. MacMillan HL, Fleming JE, Trocme N et al. Prevalence of child physical and sexual abuse in the community. Results from the Ontario Health Supplement. JAMA 1997; 278 (2): 131-135.
18. Raiha NK, Soma DJ. Victims of child abuse and neglect in the U.S Army. Child Abuse Negl 1997; 2 (8): 759-768.
19. Demir Ü, Işık N. Anne ve babalar tarafından çocuklara uygulanan fiziksel istismar ve ihmalin incelenmesi. Çocuk Forumu Dergisi 2000; 3 (4): 23-28.
20. Finkelhor D, Lewis JA. An epidemiological approach to the study of child. Ann NY Acad Sci 1984; 528: 64-78.
21. Polat O. Çocuk istismarı. İstanbul Barosu Dergisi 1995; 69 (4-6): 267-284.
22. İzmirli M, Sur H, Polat N. Çocuğa karşı çayak olgusu ve çocuk istismarı. Çocuk Forumu Dergisi 2000; 3 (1): 37-49.
23. Shumba A. Epidemiology and etiology of reported cases of child physical abuse in Zimbabwean primary schools. Child Abuse and Neglect 2001; 25 (2): 265-277.
24. 1999 Özet Çocuk Raporu. <http://psurg.m.d.deu.edu.tr/codrlis/msg00070.html>, 28.06.2000.
25. Steinberg LD, Catalano R, Dooley D. Economic antecedents of child abuse. Child Development 1981; 52:975-985.
26. Hay T, Jones L. Societal interventions to prevent child abuse and neglect. Child Welfare 1994; 73 (5): 379-403.
27. Okur F. Ailede çocuğa karşı şiddetin boyutları. İstanbul Barosu Çocuk Hakları Günleri Kitabı, 17-18 Kasım 1995, İstanbul Payel Yayınevi 1996, 141-148.
28. Widom CS. Child abuse, neglect and adult behavior. Am J Orthopsychiatry 1989; 59: 355-367.
29. Şahin N. TV'de şiddet ve çocuklarımızın etkilenmemeleri için neler yapabilirsiniz? (Çeviri). Türk Psikoloji Bülteni 1998; 4 (8): 76-82.

Tablo 1. Çalışmaya alınan öğrencilerden fiziksel şiddete maruz kalanlardan yaralanmış olanların yaralanma şekillerinin dağılımı

Ne tür bir yaralanmaya maruz kaldığı	Sayı	%
Yüzde, dudakta, burunda kanama-morluk-şişlik	155	28.4
Vücutta çeşitli morluk, şişlik ve kanamalar	168	30.9
Kafada şişlik, kesi	46	8.5
Kırık ve çıkıklar	11	1.9
Diğer (bayılma, işitme kaybı)	9	1.7
Yaralanma şeklini belirtmeyen	156	28.6
Toplam	545	100.0

Tablo 2. Çalışmaya alınan öğrencilerden fiziksel şiddet içeren kavga edenlerin kavga etme sebeplerinin dağılımı

Fiziksel şiddet içeren kavga sebebi	Sayı	%
Sataşma, tahrik ve küfür	1127	44.2
Uyumsuzluk ve fikir ayrılığı	562	22.1
Belirli bir sebebi yok	287	11.3
Kıskançlık	186	7.3
Kız arkadaş yüzünden	121	4.8
Arkadaşına gücünü ispat	52	2.0
Cevapsız	212	8.3
Toplam	2547	100.0

Tablo 3. Çalışmaya alınan öğrencilerin fiziksel şiddet ile ilgili görüşleri

Öğrencilerin fiziksel şiddet ile ilgili görüşler	Sayı	%
Fiziksel şiddet bir çözümdür mü?		
Evet	73	2.0
Hayır	2468	66.2
Gerektiğinde	1184	31.8
Toplam	3725	100.0
Herhangi bir hatasından dolayı çocuğunuzu dövdünüz mü?		
Evet	297	8.0
Hayır	3428	92.0
Toplam	3725	100.0
Kavga etmek hakkında ne düşünüyorsunuz?		
Kavga etmek güzel bir şeydir	110	3.0
Güzel bir şey değil ama yaşamın bir parçasıdır	980	26.3
Güzel bir şey değil ve istenirse kavga etmeden de yaşam	2635	70.7
Toplam	3725	100.0

TIP ÖĞRENCİLERİNDE KAYGI, DEPRESYON VE BAZI YAŞAM SORUNLARININ DÜZEYLERİ: UZUNLAMASINA BİR ÇALIŞMA

Mehmet AKTEKİN*, Yeşim ŞENOL**, Mehtap TÜRKAY***, Hakan ERENGİN****

*Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Prof. Dr.

**Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, Uzm. Dr.

***Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Araştırma görevlisi Dr.

****Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Öğretim görevlisi.

ÖZET

Giriş: Mezuniyet öncesi tıp eğitimi öğrencilerin psikolojik durumlarında bazı değişikliklere yol açmaktadır. Tıp öğrencilerinde ruhsal rahatsızlıkların yüksek oranlarda gözlemlendiği bilinmektedir.

Amaç: Tıp Fakültesi öğrencilerinin sosyal ve psikolojik özelliklerindeki değişimin ve eğitim süreci ile üniversite ortamının bu değişime etkisini saptayabilmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kayıt sırasında öğrencilere bilgi formu ve psikolojik testler uygulanarak araştırma grubu oluşturulmuştur. Aynı bilgi formu 2., 3., 4. ve 5. yıllarda tekrar uygulanmıştır. Psikolojik durumun saptanması ve değişimin izlenmesi için Genel Sağlık Soru Çizelgesi, Durumluluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ve Beck Depresyon Ölçeği kullanılmıştır.

Bulgular: Tıp öğrencilerinin psikolojik test sonuçlarının 1 ve 2. yıllarda artış gösterdiği, 3. yılda bu artışın sürdürüldüğü ancak 4. ve 5. yıllarda azalma eğiliminde olduğu görülmüştür.

Tartışma: Bu sonuçlar öğrencilerin üniversite eğitimine başladıkları ilk yıl boyunca sosyal yaşamları ve arkadaş ilişkilerinde yaşadıkları sorunlarla öne çıkan ve psikolojik iyiliklerinde bozulmaya yol açabilen “sosyal şok” olarak adlandırılabilir bir olumsuz süreç yaşadıklarını, ikinci yılla birlikte eğitimle ilgili sorunların giderek belirginleşerek ya da fark edilerek öğrencinin psikolojik durumu üzerinde etkili olduğunu düşündürmektedir.

GİRİŞ

Üniversiteler, sosyal ortamı, kişinin yaşadığı ortamdaki şartlarını zorlaması, arkadaş ilişkilerinde belli kalıpları kırması, bilgiye ulaşım olanakları ile çağdaş düzeyde eğitim ve öğretim veren kuruluşlardır. Bir grubun üyesi olma, bir meslek sahibi olma ve geleceğe yön verme idealleri ile yeni bir okula, yeni bir kente ve yabancı bir çevreye uyum sağlama çabaları pek çok öğrencide değişik sorunların ortaya çıkmasına yol açmaktadır (1). Mezuniyet öncesi tıp eğitimi de öğrencilerin psikolojik durumlarında bazı değişikliklere yol açmaktadır. Pek çok araştırmada tıp öğrencilerinde ruhsal rahatsızlıkların yüksek oranlarda gözlemlendiği saptanmıştır (2). Bazı çalışmalar bu rahatsızlıkların eğitimin ileri yıllarında ortaya çıktığını öne sürerken (3,4,5), diğerleri özellikle birinci sınıf öğrencilerinin nörotik belirtilere sahip olduklarını saptamıştır (6). Tıp öğrencileri aynı zamanda günlük yaşamlarında ruhsal durumlarını etkileyebilecek pek çok soru: a) maruz kalabilmektedir. Öğrencilerin ruhsal durumlarındaki değişiklikleri belirleyebilmek amacıyla değişik, standart ölçekler ya da soru çizelgeleri kullanılabilmektedir.

1996 yılında başlayan ve altı yıllık bir izleme araştırması olarak planlanan bu çalışmada Tıp Fakültesi öğrencilerinin ruhsal durumlarındaki değişiklikler bazı psikolojik ölçekler kullanılarak izlenmektedir. Bu araştırmada 5. yıl izleme sonuçları sunulmuştur.

GEREÇ VE YÖNTEM

Akdeniz Üniversitesi'nin 1996 yılı öğrenci kayıtları sırasında tıp fakültesi öğrencilerinin psikolojik ölçekler ve detaylı sorulardan oluşan bir bilgi formunu doldürmeleri sağlanmıştır (yıl 1, durum saptama). Aynı bilgi formu bir sonraki yıl (yıl 2), üçüncü yıl (yıl 3), dördüncü yıl (yıl 4) ve beşinci yıl (yıl 5) eğitimin başlamasından bir ay sonra yeniden uygulanmıştır. Bilgi formlarının sınavların iki hafta öncesi ve sonrası dönemde uygulanmamasına özen gösterilmiştir. Birinci yıl bilgi formunu doldürmeyen öğrenciler başlangıç verileri olmamasından ötürü çalışma dışı bırakılmıştır. Araştırmaya katılım ve izleme oranları Tablo 1'de sunulmuştur. Uygulanan bilgi formu öğrencilerin demografik özellikleriyle ilgili detaylı soruları, 12 maddelik Genel Sağlık Soru Çizelgesini (General Health Questionnaire-GHQ), Spielberger Durumluluk ve Sürekli Kaygı Envanterini (Spielberger State-Trait Anxiety Inventory-STAI), Beck Depresyon Ölçeğini (Beck Depression Inventory-BDI) ve öğrencinin olası yaşam sorunlarını ölçmeye yönelik 10 maddelik bir listeyi içermektedir.

Öğrencilerin genel ruhsal bozukluk halini saptamak için GHQ-12 seçilmiştir. Ortalama puanlar her maddenin 0 ile 3 arasında değer aldığı (en yüksek puan =36) Likert yöntemi kullanılarak hesaplanmıştır.

Depresyon durumu her biri 0 ile 3 puan arasında 21 maddeden oluşan bir ölçek olan BDI kullanılarak incelenmiştir. Yüksek puanlar depresyonun yüksek derecelerini göstermektedir.

STAI'den elde edilen puanlar kaygı durumunu saptamak için kullanılmıştır. STAI'nin durumluluk kaygısı ve sürekli kaygısı saptayan yirmişer maddelik iki ölçeği bulunmaktadır. Ölçek her bir madde 1 ile 4 arasında puan almaktadır (en düşük puan=20, en yüksek puan = 80). Öğrencide strese yol açması olası yaşam sorunları araştırmacılar tarafından oluşturulan 10 maddelik bir liste kullanılarak incelenmiş, öğrencilerden her bir maddeye konunun kendilerinde yarattığı sıkıntıyla orantılı olarak 0 (hiç sıkıntı hissetmeme) ile 10 (çok fazla sıkıntı hissetme) arasında puan vermeleri istenmiştir. İkinci yıl uygulanan bilgi formuna dört adet madde daha eklenmiştir. Sonuçlar SPSS (Statistical Package for the Social Science) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Birbirini izleyen yıllardaki değişimlerini incelemek için “iki eş arasıdaki farkın anlamlılık testi” ve “tekrarlayan ölçümlerde varyans analizi” kullanılmıştır. Tıp öğrencilerinin psikolojik test puanlarına etki eden yaşam sorunları ve güçlüklerini saptamak için “çok değişkenli regresyon analizi” uygulanmıştır.

BULGULAR

Tıp öğrencilerinin stres yaratan bazı yaşam sorunlarının şiddeti 1. ve 3. yıllar arasındaki dönemde belirgin olarak artmış, 4 ve 5. yıllarda üçüncü yıllardaki değerlere yakın seyretmiştir. Öğrenciler arasında “gelecek endişesi” puanı artış göstermiştir. Tablo 2'de öğrencilerin yaşam sorunlarının şiddetindeki değişim sunulmuştur.

Tablo 3 öğrencilerin; Genel Sağlık Soru Çizelgesi, Beck Depresyon Ölçeği ve Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği'nden yıllar boyunca aldıkları puanların değişimini göstermektedir. Genel olarak puanlar 1. ve 2. yıllar arasında belirgin olarak artmış, 3. yıldan sonra azalma göstermiştir.

İkinci, üçüncü, dördüncü ve beşinci yılda yaşam sorunlarının yarattığı sıkıntının şiddetiyle psikolojik test skorları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla “çok değişkenli regresyon analizi” uygulanmıştır. Modele sokulan yaşam sorunları; a) yarattıkları sıkıntı

düzeyi ilk yıl boyunca anlamlı şekilde artımlar (sosyal yaşamdan hoşnutsuzluk, gelecek endişesi, karşı cinsle iletişim sorunları, alınan eğitimin yetersiz olma riski, sınavlar ve başarı endişesi) ve oluşturdukları sıkıntı düzeyi 3 puan ve üzerinde olanlardır (ekonomik sorunlar, eğitimin niteliğinden hoşnutsuzluk, öğretim üyelerinden hoşnutsuzluk, tıpta uzmanlık sınavı). Çok değişkenli analiz her bir psikolojik test için ayrı ayrı yapılmıştır. Aynı değişkenlerden oluşan model yıl 5 verileri kullanılarak tekrar uygulanmıştır. Tablo 4 çok değişkenli analiz sonuçlarını yansıtmaktadır.

TARTIŞMA

Bulgular, tıp öğrencilerinde Genel Sağlık Soru Çizelgesi, Beck Depresyon Ölçeği ve Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanterinden elde edilen psikolojik test skorlarının birinci ve ikinci yıllar arasında belirgin şekilde arttığını, üçüncü yılda bu yüksek düzeyini koruduğunu ancak dördüncü sınıftan itibaren düşme eğilimine girdiğini göstermektedir. Ancak sonuçların hiçbir zaman kaygı sırasındaki değere düşmediği dikkat çekmektedir. Değerlerdeki bu artış üniversite sürecinde öğrencilerin psikolojik iyilik halinde bir bozulmayı düşündürmektedir. Uzun ve yorucu tıp eğitiminin öğrencilerin ruhsal durumu üzerindeki olumsuz etkileri çeşitli çalışmalarda da gösterilmiştir (7,8). Bu olumsuz etki Türk tıp öğrencilerinde daha da şiddetlidir. Değişim özellikle ilk yıl içinde belirgindir.

Çok değişkenli regresyon analizi beş yıl boyunca "sosyal yaşamdan hoşnutsuzluk" ve "karşı cinsle iletişim sorunları"nın hemen hemen tüm psikolojik test skorlarındaki artışla ilişkili olduğunu göstermektedir. Öte yandan 3. yıldan sonraki verilere kullanılarak yapılan analizde: eğitimle ilgili sorunların modelde kaldığı gözlenmektedir. Bu sonuçlar öğrencilerin üniversite eğitimine başladıkları ilk yıl boyunca sosyal yaşamları ve arkadaş ilişkilerinde yaşadıkları sorunlarla öne çıkan ve psikolojik iyiliklerinde bozulmaya yol açabilen "sosyal şok" olarak adlandırılacak bir olumsuz süreç yaşadıklarını, ikinci yılda birlikte eğitimle ilgili sorunların giderek belirginleşerek ya da fark edilerek öğrencinin psikolojik durumu üzerinde etkili olduğunu düşündürmektedir. Bu anlamda tıp öğrencileri eğitim sistemindeki iyileştirmelerden ve özellikle arkadaş ilişkilerinin gelişmesine yardımcı olacak sosyal olanakların yaratılmasında büyük yarar görebilirler. İlk yıl gözlenen bu "şok" un önlenmesi, ileri yıllarda öğrencilerin daha az stres ve daha olumlu bir ruh hali ile eğitim süreçlerini tamamlamalarını sağlayabilir. Dahası özellikle tıp eğitimi sırasında öğrencilerde hiç de az görülmeyen ruhsal rahatsızlıklardan korunma sağlayabilir. Bu nedenle tıp eğitimcileri ve yöneticileri tıp eğitimi sürecindeki stres faktörünü dikkate almalı ve tıp öğrencilerinin kısa ve uzun dönemde strese yol açan sorunlarına karşı koruyucu önlemler almalıdırlar.

KAYNAKLAR

1. Aktaş Y. Üniversite öğrencilerinin uyum düzeyinin incelenmesi: uzunlamasına bir çalışma. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 1997;13:107-110.
2. Firth J. Levels and sources of stress in medical students. Br Med J (Clin Res Ed) 1986;292(6529):1177-1180.
3. Dönmez L, Aktekin M, Erengin H, Dinç G, Karaman T. Antalya'daki hekimler ve tıp fakültesi öğrencilerinde durumluluk ve sürekli kaygı düzeyleri. 3P Dergisi 1996;4(4):26f-271.
4. Steward SM, Betson C, Marshall I, Wong CM, Lee PW, Lam TH. Stress in first year medical student: a longitudinal study. Med Educ 1997; 1(3):163-168.
5. Karaman T, Gücer MK, Birsöz S, Büyükbekker Ç, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde özel psikosomatik tepkilerin karşılaştırılması. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 1988;5(3):177-185.
6. Wolf TM, von Almen TK, Faucett JM, Randall HM, Franklin FA. Psychosocial changes during the first year of medical school. Med Educ 1991; 25(3):174-181.
7. Guthrie EA, Black D, Shaw CM, Familton J, Creed FH, Tomenson B. Embarking upon a medical career: psychological morbidity in first year medical student. Med Educ 1995;29(5):337-341.
8. Foltyn W, Nowakowska-Zajdel E, Knopik J, Brodziak A. The influence of early childhood experiences on depression among medical students. Preliminary study. Psychiatri Pol 1998;32(2):177-185.
9. Aktekin M, Karaman T, Yiğiter Şenol Y, Erdem Ş, Erengin H, Akaydin M. Anxiety, depression and stressful life events among medical students: a prospective study in Antalya, Turkey. Med Educ 2001;35:12-17.

Tablo 1: Araştırmaya katılım ve izleme oranları

	Kayıt olan öğrenci sayısı	Katılım oranı	2. yıl izleme oranı	3. yıl izleme oranı	4. yıl izleme oranı	5. yıl izleme oranı
Tıp F.	129	97,6	94,4	92,9	92,9	88,9

Tablo 2: Öğrenciler tarafından algılanan bazı yaşam sorunlarının şiddetinin 1., 2., 3., 4. ve 5. yıllarda gösterdiği değişimler.

Yaşam Sorunları	Öğrenci tarafından algılanan sorunun düzeyi (Ortalama puan: 0-10)									
	Yıl 1 (Ort. ± SD)	Yıl 2 (Ort. ± SD)	Yıl 3 (Ort. ± SD)	Yıl 4 (Ort. ± SD)	Yıl 5 (Ort. ± SD)	P1 değeri	P2 değeri	P3 değeri	P4 değeri	P değeri
Ekonomik sorunlar	5,4±3,1	4,5±3,3	4,4±3,4	4,1±3,2	4,6±3,4	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05
Aile ile ilgili sorunlar	2,1±2,8	2,3±3,0	2,0±2,6	2,4±2,6	2,1±2,6	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Sosyal yaşamdan hoşnutsuzluk	2,5±2,8	5,0±3,1	6,2±2,7	5,7±3,0	5,7±2,7	<0,001	<0,001	<0,05	>0,05	>0,05
Gelecek endişesi	4,5±3,6	5,8±3,3	5,4±3,3	6,3±2,9	6,4±3,0	<0,001	>0,05	<0,05	>0,05	<0,05
Karşı cinsle iletişim sorunları	2,4±2,8	3,0±2,9	3,0±3,1	2,8±3,0	2,6±2,8	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Ortama/kente yabancılık	3,8±3,7	2,1±2,8	1,7±2,4	1,4±2,3	1,5±2,4	<0,001	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05
Alınan eğitimin yetersiz olma riski	4,2±3,4	4,9±3,0	6,0±2,7	6,0±2,5	5,6±2,8	<0,05	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05
Sınavlar ve başarı endişesi	4,1±3,4	7,0±2,9	6,6±3,0	7,3±8,1	5,3±3,1	<0,001	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05
Barınma-konaklama sorunları	4,6±4,0	2,8±3,5	2,2±2,6	1,9±2,4	2,0±2,5	<0,001	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Meslek seçiminden hoşnutsuzluk	2,5±3,2	1,8±2,7	2,7±3,2	2,4±0,5	2,4±0,5	>0,05	<0,01	<0,05	>0,05	>0,05
Eğitimin niteliğinden hoşnutsuzluk		3,7±3,1	5,1±2,9	5,2±2,8	5,2±2,8		<0,001	>0,05	>0,05	>0,05
Öğretim üyelerinden hoşnutsuzluk		4,1±3,0	4,4±2,8	3,9±2,5	4,6±2,7		>0,05	>0,05	<0,05	<0,05
Siyasi-ahlaki baskı hissi		2,3±3,0	2,3±3,1	2,6±3,2	2,7±3,3		>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Tıpta Uzmanlık Sınavı		7,9±2,7	8,0±2,7	8,0±2,8	7,8±2,8		>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

P1: İki eş arasındaki farkın önemlilik testi (1. Yıl – 2. Yıl)

P2: İki eş arasındaki farkın önemlilik testi (2. Yıl – 3. Yıl)

P3: İki eş arasındaki farkın önemlilik testi (3. Yıl – 4. Yıl)

P4: İki eş arasındaki farkın önemlilik testi (4. Yıl – 5. Yıl)

P: Tekrarlayan ölçümlerde varyans analizi (1.-2.-3.-4.-5. Yıllar)

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Tablo 3: GHQ, BDI ve STAI'den alınan puanların yıllara göre dağılımı.

Ölçek	Yıl 1 (Ort± SD)	Yıl 2 (Ort± SD)	Yıl 3 (Ort± SD)	Yıl 4 (Ort± SD)	Yıl 5 (Ort± SD)	P**
GHQ (0-36)	9.4±5.3	14.3±7.0	14.0±6.5	12.7±6.4	12.2±6.3	<0.01
	<0.001*	>0.05*	<0.05*	>0.05*		
BDI (0-63)	6.9±6.8	11.1±8.1	11.2±8.7	9.4±8.6	8.0±8.6	>0.05
	<0.001*	>0.05*	<0.05*	<0.05*		
STAI (20-80) Durumluk	39.3±10.7	42.4±11.3	40.9±12.4	40.6±11.0	38.0±11.0	<0.01
	<0.01*	>0.05*	>0.05*	<0.05*		
STAI (20-80) Sürekli	43.5±9.4	46.3±8.8	45.0±9.6	43.8±9.0	42.9±9.1	<0.01
	<0.001*	<0.05*	>0.05*	>0.05*		

* iki eş arasındaki farkın önemlilik testi ** Tekrarlayan ölçümlerde varyans analizi (1.- 2.- 3 - 4. ve 5. yıllar)

Tablo 4: Tıp öğrencileri için oluşturulan çok değişkenli regresyon modeli.

Veri Seti	Psikolojik Test	Modelde kalın bağımsız değişkenler	R ²	B	SE	Beta	t	p
Yıl 2	GHQ-12	Sosyal yaşamdan hoşnutsuzluk	0.318	0.214	0.095	0.203	2.260	0.026
		Gelecek endişesi		0.348	0.080	0.347	4.326	0.000
		Karşı cinsle iletişim sorunları		0.238	0.101	0.211	2.365	0.020
Yıl 2	BDI	Sosyal yaşamdan hoşnutsuzluk	0.315	0.846	0.201	0.334	4.209	0.000
		Gelecek endişesi		0.905	0.192	0.375	4.720	0.000
		STAI Sürekli kaygı		0.311	0.714	0.247	0.261	2.894
Yıl 3	GHQ-12	Sosyal yaşamdan hoşnutsuzluk	0.398	0.773	0.199	0.328	3.887	0.001
		Karşı cinsle iletişim sorunları		0.448	0.170	0.214	2.633	0.010
		Alınan eğitimin yetersiz olma riski		-0.776	0.268	-0.327	-2.896	0.005
Yıl 3	BDI	Sosyal yaşamdan hoşnutsuzluk	0.258	0.553	0.175	0.254	3.168	0.002
		Gelecek endişesi		0.735	0.260	0.326	2.822	0.006
		Sinavlar ve başarı endişesi		0.619	0.246	0.213	2.514	0.013
Yıl 4	BDI	Sosyal yaşamdan hoşnutsuzluk	0.393	0.686	0.279	0.219	2.462	0.015
		Gelecek endişesi		0.766	0.243	0.276	3.152	0.002
		Karşı cinsle iletişim sorunları		0.619	0.246	0.213	2.514	0.013
Yıl 4	GHQ-12	Sosyal yaşamdan hoşnutsuzluk	0.263	0.685	0.304	0.198	2.249	0.026
		Gelecek endişesi		0.590	0.249	0.204	2.370	0.020
		Sinavlar ve başarı endişesi		1.157	0.248	0.377	4.668	0.000
Yıl 4	BDI	Sosyal yaşamdan hoşnutsuzluk	0.275	0.559	0.262	0.174	2.133	0.035
		Gelecek endişesi		0.757	0.228	0.351	3.319	0.001
		Sinavlar ve başarı endişesi		0.139	0.070	0.175	1.998	0.048
Yıl 5	GHQ-12	Sosyal yaşamdan hoşnutsuzluk	0.469	0.634	0.269	0.218	2.359	0.020
		Gelecek endişesi		0.253	0.093	0.236	2.721	0.008
		Sinavlar ve başarı endişesi		0.719	0.304	0.206	2.036	0.044
Yıl 5	BDI	Sosyal yaşamdan hoşnutsuzluk	0.329	0.719	0.269	0.238	2.675	0.009
		Gelecek endişesi		0.216	0.093	0.194	2.323	0.0
		Sinavlar ve başarı endişesi		0.666	0.225	0.289	2.961	0.006
Yıl 5	STAI Sürekli kaygı	Sosyal yaşamdan hoşnutsuzluk	0.446	0.649	0.202	0.315	3.212	0.002
		Gelecek endişesi		0.413	0.200	0.203	2.066	0.041
		Karşı cinsle iletişim sorunları		0.659	0.265	0.248	2.487	0.015
Yıl 5	STAI Sürekli kaygı	Sosyal yaşamdan hoşnutsuzluk	0.376	0.734	0.238	0.309	3.082	0.003
		Gelecek endişesi		0.524	0.213	0.209	2.453	0.016
		Karşı cinsle iletişim sorunları		0.668	0.236	0.285	2.837	0.006
Yıl 5	STAI Sürekli kaygı	Sosyal yaşamdan hoşnutsuzluk	0.376	0.939	0.315	0.317	2.980	0.004
		Gelecek endişesi		0.770	0.283	0.246	2.725	0.008
		Karşı cinsle iletişim sorunları						

SAMSUN İL MERKEZİNDE DOĞUM SONRASI DEPRESYONU PREVALANSI VE RİSK FAKTÖRLERİ

Yrd.Doç.Dr.A.Tevfik SÜNTER*, Yrd.Doç.Dr.Hatice GÜZ**, Arş.Gör.Dr.Fikriye ORDU U*, Dr. Hatice Öz***, Prof.Dr.Yıldız PEKŞEN*

*Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD

** Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD

*** Samsun İl Sağlık Müdürlüğü, Sağlık Ocakları Şube Müdürü

ÖZET

Samsun il merkezinde doğum sonrası depresyon(DSD) prevalansını ve doğum sonrası depresyonunun ortaya çıkmasında rolü olabilecek risk faktörlerini belirlemek amacıyla planlanan kesitsel tipteki araştırma 01 Mart – 30 Nisan 2002 tarihleri arasında Samsun il merkezinde bulunan 20 sağlık ocağı bölgesinde yürütülmüş, çalışmaya 01 Ocak – 28 Şubat tarihleri arasında doğum yapmış ve sağlık ocağı ebeleri tarafından izlenen 380 anne katılmıştır. Annelere doğum sonrası 8. haftada demografik bilgi formu ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) verilmiş ve kendilerinin doldurmaları istenmiştir. Bu ölçekten 12'nin üzerinde puan alanlar doğum sonrası depresyonu olan olarak kabul edilmiştir.

Katılımcıların yaş ortalaması 26.9±0.3 yıl olup, annelerin 88(%23.1)'inde doğum sonrası depresyonu saptanmıştır. Olası risk faktörlerinden sosyal güvenceye sahip olmama (OR=2.1), annede ve ailesinde geçirilmiş ruhsal rahatsızlık öyküsü(OR=4.8 ve OR=2.8), sorunlu evlilik ilişkisi(OR=2.9) ve normal doğum yapmış olma (OR=2.2) depresyonlu grupta depresyonu olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla bulunmuştur. Lojistik regresyon modelinde ise, düşük öyküsünün olması(OR=0.3), gebelik ve doğumla ilgili sorun yaşamış olma (OR=2.3), gebeliğin planlanmamış olması(OR=2.1) ve annede geçirilmiş ruhsal rahatsızlık öyküsünün olması(OR=4.0) DSD için risk faktörü olarak belirlenmiştir.

DSD'nun, anne, bebek ve aile üzerindeki olumsuz etkilerinin önlenmesi için DSD açısından risk taşıyan gebe ve loğusalarnı ebe, hemşire gibi sağlık çalışanları tarafından daha uzun süre izlenmeleri ve uygulaması kolay bir ölçek olan EDSDÖ ile değerlendirilmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, Doğum sonrası.

GİRİŞ

Gebelik ve doğum, önemli biyolojik değişikliklerin yaşandığı fizyolojik bir süreç olduğu kadar, erken gelişim dönemlerine ilişkin bastırılmış ve çözülmemiş çatışmaların yeniden gündeme geldiği karmaşık bir psikolojik süreçtir. Birçok kadın gebelik ve doğumla birlikte ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken, kadınların bir bölümünde tüm bu düzeyde psikiyatrik belirtiler, bir kısmında da hastaneye yatırılmayı gerektirecek derecede ağır psikiyatrik tablolar gelişebilmektedir. Doğum sonrası dönemde ortaya çıkan psikiyatrik sendromların sınırları çok net belirlenmemiş olmakla birlikte, konuyla ilgili yayınlar gözden geçirildiğinde, bu sendromların belirtilerine, fenomenolojik özelliklerine, sağaltımlarına, prognozlarna göre tanımlanarak annelik hızını, doğum sonrası depresyonu (DSD) ve doğum sonrası psikoz ol-nak üzere başlıca üç gruba toplandıkları görülmektedir.⁽¹⁾ Bu tablolardan DSD ağırlama, ruhsal durumda değişiklikler, karamsarlık, bebek bakımında yetersizlik, doğum ve annelik becerisi konusunda kendini suçlu hissetme ile karakterize olup, genel halsizlik, konsantrasyon bozukluğu, iritabilite, anksiyete, unutkanlık gibi semptomlar da görülebilmektedir.⁽²⁾

Doğumla ilgili diğer psikiyatrik tablolara göre belirtilerin daha geç dönemde ortaya çıkması ve birçok kadını mutlu olmaları gerektiğine inandıkları bir dönemde depresif duygular yaşadıklarından dolayı suçluluk duyguları nedeniyle belirtilerini saklamaları DSD tablosunun kolaylıkla gözden kaçabilmesine neden olmaktadır. Doğum sonrası dönemde annede ortaya çıkan depresyon annenin, çocuğun ve ailenin çeşitli güçlükler yaşamasına neden olmakta, anne ile çocuk arasındaki kurulan ilişkiyi, annenin bebek bakımı ve ebeveynlik rolünü öğrenmesini etkileyebilmektedir.⁽¹⁾ Anne, çocuk ve aileyi etkileyen bir tablo olan DSD'nun prevalansının belirlenmesi amacıyla, kendini değerlendirme ölçekleriyle yapılan değerlendirmelerde %20-30'a ulaşan oranlar elde edilirken, yapılandırılmış görüşme teknikleri ve tanısal ölçütler kullanıldığında bu oranın düştüğü, doğum sonrası dönemde depresyon yaygınlığının genel popülasyonda kadınlar için saptanan oranlardan daha yüksek olduğu bildirilmektedir.⁽³⁻⁶⁾ Cox ve ark. doğum sonu depresyonu ile ilgili çalışır alarda özgül bir ölçeğin kullanılmasının daha sağlıklı sonuçlara ulaşılmasını sağlayacağı düşüncesinden hareketle Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)'ni geliştirmişler ve geçerlilik çalışmalarını yapmışlardır.⁽⁷⁾ Ölçeğin, farklı kültürlerde kullanılarak, geçerlilik çalışmaları yapılmış olup, doğum yapan bütün kadınlarda rutin bir tarama aracı olarak kullanılabilirliği bildirilmektedir.⁽⁸⁻¹⁴⁾ Ölçeğin ülkemizde de geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır.⁽¹⁵⁾

AMAÇ

Bu çalışma Samsun il merkezinde doğum sonrası depresyon prevalansını ve doğum sonrası depresyonunun ortaya çıkmasında rolü olabilecek risk faktörlerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

YÖNTEM

Kesitsel tipteki bu araştırma 01 Mart – 30 Nisan 2002 tarihleri arasında Samsun il merkezinde bulunan 20 sağlık ocağı bölgesinde yürütülmüştür. Çalışmaya 01 Ocak – 28 Şubat tarihleri arasında doğum yapmış ve sağlık ocağı ebeleri tarafından izlenen 380 anne katılmıştır. Annelere doğum sonrası 8. haftada, araştırma konusunda bilgilendirilen ebeler tarafından demografik bilgi formu ve EDSDÖ verilmiş ve kendilerinin doldurmaları istenmiştir. Bilgi formu ile anne ve eşinin yaş, eğitimi, meslek ve sosyal güvenceleri hakkındaki bilgilerin yanı sıra toplam gebelik ve doğum sayısı, varsa düşük sayısı, gebelik sırasındaki bir sağlık sorunu yaşayıp yaşamadığı, gebeliğin planlı olup olmadığı, erken doğum olup olmadığı, doğurum ne şekilde olduğu, bebeği emzirip emzirmedeği, bebek bakımı konusunda kendisine destek olan kimsenin olup olmadığı, eşyle geçiminin nasıl olduğu, daha önce kendisinin ve ailesinden birisinin her hangi bir ruhsal rahatsızlık geçirip geçirmediği hakkında bilgi edinilmiştir. Bilgi formunu takiben doldurulan EDSDÖ, Türkçe formunun kesme puanı 12/43 olan ve toplam 10 soru içeren dörtlü likert tipte bir ölçektir. Bu ölçekten 12'nin üzerinde puan alanlar doğum sonrası depresyonu olan olarak kabul edilmiştir.

Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde Student t testi, ki-kare testi ve lojistik regresyon analizi uygulanmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya katılan 380 annenin, yaş ortalaması 26.9±0.3 yıl olup, annelerin 88(%23.1)'inde doğum sonrası depresyonu saptanmıştır. Depresyonu olan ve olmayan annelerin yaş ortalamaları sırasıyla 26.2±0.3 ve 27.1±0.7 yıl olarak hesaplanmış ve iki grup arasında yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır(t=1.2, p>0.05). Çalışma grubunun demografik ve doğurganlıkla ilgili özellikleriyle, olası risk faktörlerinin dağılımı Tablo-1'de sunulmuştur.

Bağımsız değişken olarak DSD'nun, bağımsız değişkenler olarak da sosyal güvence, düşük öyküsü, gebeliğin planlı olup olmaması, gebelik ve doğumla ilgili sorun, emzirme, kendisinde ve ailesinde geçirilmiş ruhsal rahatsızlık öyküsü, eşle geçim, kendisinin ve eşinin eğitim durumu, doğum şekli, doğumun ilk doğum olup olmanması ve erken doğum öyküsünün alınacağı lojistik regresyon modelinde, düşük [Odds oranı (OR)= 0.3, %95Güven Aralığı(%95GA) 0.1-0.7, p<0.01], sorunlu gebelik/doğum

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

(OR=2.3, %95GA 1.1-4.7, p<0.05), planlanmamış gebelik (OR= 2.1, %95GA 1.0-4.4, p<0.05) ve daha önce geçirilmiş ruhsal rahatsızlık (OR= 4.0, %95GA 1.7-9.7, p<0.01) DSD gelişiminde risk faktörleri olarak saptanmıştır.

TARTIŞMA

DSD'nun prevalansını belirlemek amacıyla yapılan araştırmaların bazılarının depresyonun tanınmasını değerlendirilmesine, bazılarının da depresyon belirtilerinin şiddetinin ölçümüne dayanması, değerlendirme erin doğum sonrası farklı zamanlarda yapılması birbirinden farklı prevalans değerlerinin (%5.5-%45.0) elde edilmesine neden olmuştur.⁽¹⁶⁻²⁵⁾ Çalışmada saptanan %23.1'lik DSD prevalansı literatürde bildirilen sınırlar içerisinde yer almaktadır.

DSD gelişimine yatkınlık yaratan risk faktörlerini bilmek, riskli kabul edilebilecek annelerin yakından izlenmesiyle erken tanı ve sağaltım girişimlerinde önem taşıdığı gibi hastalığın uzun dönemli olumsuz etkilerini en düşük düzeye indirmede yararlı olacaktır. Risk etmenlerine ilişkin olarak üzerinde en çok çalışılmış konulardan birisi sosyal destek kavramıdır. Özellikle eşlerden yeterli destek alamayan, evlilik ilişkilerinde sorunları olan kadınlarda doğum sonrası dönemde depresif belirtilerin ortaya çıkma riskinin daha yüksek olduğu, iyi bir sosyal desteğin bebeğin sağlığını da olumlu yönde etkilediği bildirilmektedir.^(17, 26-33) Çalışmada DSD olanlarla olmayanlar arasında eş ya da diğer yakınlarından destek alma açısından bir fark bulunamazken, depresif grupta evlilik ilişkisini orta/kötü olarak tarif edenler depresif olmayan gruba göre 2.9 kat daha fazla bulunmuştur. Yine depresyonu olanlarda sosyal güvenceye sahip olmama durumu depresyonu olmayanlara göre 2.1 kat daha fazla olarak saptanmıştır.

Geçirilmiş psikiyatrik hastalık öyküsü olanların DSD için daha fazla risk taşıdıkları ve daha önce depresyon geçirmiş olma ve birinci derece akrabalarında depresyon öyküsü önemli risk etmenleri olarak tanımlanırken^(16,34) aksi yönde bulgular da vardır.^(35,36) Çalışmada depresyonu olanlarda depresyonu olmayanlara göre ruhsal sorun öyküsü 4.8 kat, ailesinde ruhsal sorun bulunma öyküsü de 2.8 kat daha fazla bulunmuştur. Lojistik regresyon modelinde annenin kendisinde ruhsal sorun öyküsünün olması DSD için risk faktörü olarak saptanırken, aile öyküsünün risk faktörü olmadığı bulunmuştur.

Literatürde doğum biçiminin depresyonda etkili olmadığı bildirilmekle birlikte, aksi yönde veriler de vardır.⁽³⁷⁻³⁹⁾ Çalışmada DSD olanlarda normal vajinal yolla doğum yapmış olma depresyonu olmayanlara göre 2.2 kat daha fazla bulunmuştur.

Eğitim düzeyi daha iyi olan kadınların ebeveynliğe daha iyi uyum sağladıkları, eğitim düzeyi daha iyi olan eşlerin daha destekleyici oldukları, gebelik ve doğum komplikasyonlarının sıkıntı ve keder duygularının uzamasına katkıda bulunabileceği bildirilmektedir.⁽⁶⁾ Çalışmada anneler ve eşlerinin eğitim düzeyleri lise altı ve lise ve üstü olarak sınıflandırılıp değerlendirilmiş, annelerin eğitim düzeyleri arasında fark bulunmazken, depresyonlu annelerin eşlerinde lise altı eğitim düzeyine sahip olma depresyonsuz annelerin eşlerine göre 2 kat daha fazla bulunmuştur. DSD'lu annelerle depresyonsuz anneler arasında gebelik ve doğumla ilgili sorun yaşamış olma açısından fark saptanmazken lojistik regresyon modelinde gebelik ve doğumla ilgili sorun yaşamış olma DSD için risk faktörü olarak belirlenmiştir.

İnfertilite öyküsü, düşük, küretaj gibi jinekolojik sorunlar DSD'na yatkınlığı artırabilirken,⁽⁴⁰⁾ ilk doğumunu yapanlarda DSD riskinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir.⁽⁵⁸⁾ Prematür doğumlarda⁽³⁵⁾ ve doğumdan sonra bebeklerini emzirmeyenlerde^(39, 41,42) depresyon için riskin daha yüksek olduğuna ilişkin bulgular vardır. Çalışmada depresyonlu ve depresyonsuz anneler arasında düşük ve prematüre öyküsü, ilk doğumunu yapmış olma ve bebeklerini emzirme açısından fark bulunmamıştır.

DSD'da rol oynayan faktörlerden birisinin de istenmeyen ya da planlanmamış gebelik olduğu, istenmeyen bir gebelik sonucunda doğum yapan annelerde daha yüksek depresyon seviyelerinin saptandığı bildirilmektedir.⁽⁴¹⁻⁴³⁾ Çalışmada planlanmamış gebelik de DSD için bir risk faktörü olarak bulunmuştur.

SONUÇ

Gerek belirtilerinin geç ortaya çıkması gerekse anneler tarafından sorunlarının dile getirilmemesi nedeniyle genellikle tanı konulamayan, dolayısıyla da tedavi edilmeyen DSD'nun, anne, bebek ve aile üzerindeki olumsuz etkilerinin önlenmesi için gebelikte ve doğum sonrası dönemde gebe ve loğusaları izleyen sağlık çalışanlarının hastalığın risk faktörleri ve belirtileri konusunda bilgilendirilmelerinin, DSD açısından risk taşıyan gebe ve loğusalara ebe, hemşire gibi sağlık çalışanları tarafından yakından ve daha uzun süre ile izlenmelerinin ve uygulanması kolay bir ölçek olan EDSDÖ ile değerlendirilmelerinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR:

1. Gülsüren L. Doğum Sonrası Depresyon: Bir Gözden Geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi 1999; 10(1): 58-67.
2. Ugarriza DN. Screening for Postpartum Depression. Journal of Psychosocial Nursing, 2000; 38(12): 44-51.
3. Cooper PJ, Campbell EA, Day A ve ark. Non-psychotic Psychiatric Disorder After Childbirth: A Prospective Study of Prevalence, Incidence, Course and Nature. Br J Psychiatry, 1989; 152: 799-806.
4. Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH ve ark. Prevalence Rates and Demographic Characteristics Associated With Depression in Pregnancy and the Postpartum. J Consult Clin Psychol. 1989; 57: 69-74.
5. O'Hara MW, Zekoski EM, Philipps LH ve ark. Controlled Prospective Study of Postpartum Mood Disorders: Comparison of Childbearing and Nonchildbearing Women. J Abnorm Psychol. 1990; 99:3-15.
6. Campbell SB, Cohn JF. Prevalence and Correlates of Postpartum Depression in First-time Mothers. J Abnorm Psychol. 1991; 100:594-99.
7. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R ve ark. Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry, 1987; 150:782-86.
8. Murray L, Carothers AD. The Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale on a Community Sample. Br J Psychiatry. 1990; 157:288-90.
9. Boyce P, Hickie I, Parker G ve ark. Parents, Partners or Personality? Risk Factors for Postnatal Depression. J Affective Disord, 1991; 21:245-55.
10. Roy A, Gang P, Cole K ve ark. Use of Edinburgh Postnatal Depression Scale in a North American Population. Prog Neuro-psychopharmacol Biol Psychiatry, 1993; 17: 501-04.
11. Holden J. Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Clinical Practice. Perinatal Psychiatry, J Cox, J Holden (ed), Glasgow, Bell&Bain Ltd, 1994;125-44.
12. Ghubash R, Abou-Saleh MT, Daradkeh TK ve ark. The Validity of the Arabic Edinburgh Postnatal Depression Scale. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 1997; 32:474-76.
13. Carpiniello B, Pariante CM, Serri F ve ark. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Italy. J Psychosom Obstet Gynaecol, 1997;18:280-85.
14. Bergant AM, Nguyen T, Heim K ve ark. German Language Version and Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. Dtsch Med Wochenschr, 1998; 123:35-40.
15. Engindeniz N. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'nin Türkçe Formu için Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması, İzmir, 1996 (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi).
16. O'Hara MW, Neunaber DJ, Zekoski EM ve ark. Prospective Study of Postpartum Depression: Prevalence, Course and Predictive Factors. J Abnorm Psychol, 1984; 93:158-171.
17. Da-Silva VA, Moraes-Santos AR, Carvalho MS ve ark. Prenatal and Postnatal Depression Among Low Income Brazilian Women. 1998 Jun;31(6):799-804.

18. Stuart S, Couser G, Schilder K ve ark. Postpartum Anxiety and Depression: Onset and Comorbidity in a Community Sample. *J Nerv Ment Dis* 1998 Jul;186(7):420-4.
19. Righetti-Veltema M, Conne-Perreard E, Boissquet A ve ark. Risk Factors and Predictive Signs of Postpartum Depression. *J Affect Disord* 1998 Jun;49(3):167-80.
20. Mauthner NS. Postnatal Depression: How Can Midwives Help? *Midwifery* 1997 Dec; 13(4):163-71.
21. Glasser S, Barell V, Shoham A ve ark. Prospective Study of Postpartum Depression in an Israeli Cohort: Prevalence, Incidence and Demographic Risk Factors. *J Psychosom Obstet Gynaecol(England)* 1998 Sep;19(3):155-64.
22. Beck CT, Gable RK. Further Validation of the Postpartum Depression Screening Scale. *Nursing Research (United States)* 2001 May-Jun; 50(3):155-64.
23. Nielsen-Ferman D, Videbech P, Hedegaard M ve ark. Postpartum Depression: Identification of Women at Risk. *BJOG (England)* 2000 Oct; 107(10):1210-7.
24. Georgopoulos AM, Bryan TL, Yawn BP ve ark. Population-based screening for Postpartum Depression. *Obstet Gynecol(United States)* 1999 May;93(5Pt 1):653-7.
25. Ghubash R, Abou-Saleh MT. Postpartum Psychiatric Illness in Arab Culture: Prevalence and Psychosocial Correlates. *Br J Psychiatry, J Ment Sci(England)* 1997 Jul;171:65-8.
26. O'Hara MW. Social Support, Life Events and Depression During Pregnancy and the Puerperium. *Arch Gen Psychiatry*.1986;43:569-73.
27. Whiffen VE. Vulnerability to Postpartum Depression: A Prospective Multivariate Study. *J Abnorm Psychol*. 1988;97:467-74.
28. Gotlib IH, Whiffen VE, Wallace PM ve ark. Prospective Investigation of Postpartum Depression: Factors Involved in Onset and Recovery. *J Abnorm Psychol*.1991;100:122-32.
29. Collins NL, Dunkel-Schetter D, Lobel M ve ark. Social Support in Pregnancy: Psychosocial Correlates of Birth Outcomes and Postpartum Depression. *J Pers Soc Psychol*. 1993;65:1243-58.
30. Fisch RZ, Tadmor OP, Dankner R ve ark. Postnatal Depression: A Prospective of Its Prevalence, Incidence and Psychosocial Determinants in an Israeli Sample. *J Obstet Gynaecol Res*. 1997;23:547-54.
31. O'Hara MW, Swain AM. Rates and Risks of Postpartum Depression: A Meta-analysis. *Int Rev Psychiatry*. 1996;8:37-54.
32. Beck CT. A Meta-analysis of Predictors of Postpartum Depression. *Nursing Research (United States)* 1996 Sep-Oct;45(5):297-303.
33. Glasser S, Barell V, Boyko V ve ark. Postpartum Depression in an Israeli Cohort: Demographic, Psychosocial and Medical Risk Factors. *J Psychosom Obstet Gynaecol(England)* 2000 Jun;21(2):99-108.
34. O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA ve ark. Controlled Prospective Study of Postpartum Mood Disorders: Comparison of Childbearing and Nonchildbearing Women. *J Abnorm Psychol*. 1991;99:3-15.
35. Kumar R, Robson KM. A Prospective Study of Emotional Disorders in Childbearing Women. *Br J Psychiatry*. 1984;144:35-47.
36. Murray D, Cox JL, Chapman G ve ark. Childbirth: Life Events or Start of a Long-term Difficulty? Further Data From the Stoke-on-Trent Controlled Study of Postnatal Depression. *Br J Psychiatry*. 1995;166:595-600.
37. Culp RE, Osofsky HJ. Effects of Cesarean Delivery on Parental Depression, Marital Adjustment and Mother-infant Interaction. *Birth*. 1989;16:53-57.
38. Parry BL. Postpartum Psychiatric Syndromes. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 6. Baskı. Cilt 1. III Kaplan, BJ Sadock (Ed.), Baltimore, Williams&Wilkins, 1995: 1059-66.
39. Hannah P, Adams D, Lec A ve ark. Links Between Early Postpartum Mood and Post-natal Depression. *Br J Psychiatry*. 1992;160:777-80.
40. Gard PR, Handley L, Parsons AD ve ark. A Multivariate Investigation of Postpartum Mood Disturbance. *Br J Psychiatry*. 1986;148:567-75.
41. McLennan JD, Kotelchuck M, Cho H. Prevalence, Persistence and Correlates of Depressive Symptoms in a National Samples of Mothers of Toddlers. *J Am Acad Child&Adolescent Psychiatry*. 2001;40:1316-23.
42. Warner R, Appleby L, Whitton A ve ark. Demographic and Obstetric Risk Factors for Postnatal Psychiatric Morbidity. *Br J Psychiatry*. 1996 May;168(5):607-11.
43. Barber JS, Axinn WG, Thornton A. Unwanted Childbearing, Health, and Mother-child Relationships. *J Health Soc Behav*. 1999 Sep;40(3):231-57.

Tablo 1: Çalışma Grubunun Demografik ve Doğurganlıkla İlgili Özellikleriyle, Olası Risk Faktörlerinin Dağılımı

	Depresyon				p
	Sayı	%	Sayı	%	
Sosyal Güvençe (n=380)					
Var	52	19.1	220	80.9	X ² =8.0, sd=1, p<0.01 OR= 2.1, (1.3<OR<3.5)
Yok	36	33.1	72	66.7	
Sosyal Destek (n=380)					
Var	49	20.4	191	79.6	X ² =2.3, sd=1, p>0.05
Yok	39	27.8	101	72.2	
Düşük Öyküsü (n=380)					
Var	14	17.5	66	82.5	X ² =1.4, sd=1, p>0.05
Yok	74	24.7	226	75.3	
Planlı Gebelik (n=378)					
Evet	60	21.1	225	78.9	X ² =2.7, sd=1, p>0.05
Hayır	28	30.1	65	69.9	
Gebelik ve Doğumla İlgili Sorun					
Var	37	26.0	105	74.0	X ² =0.8, sd=1, p>0.05
Yok	51	21.4	187	78.6	
Emzirme Öyküsü (n=366)					
Var	72	21.0	270	79.0	X ² =2.6, sd=1, p>0.05
Yok	9	37.5	15	62.5	
Ruhsal Sorun (n=374)					
Var	19	52.8	17	47.2	X ² =19.7, sd=1, p<0.001 OR= 4.8, (2.3<OR<9.7)
Yok	64	18.9	274	81.1	
Ailede Ruhsal Sorun (n=376)					
Var	16	42.1	22	57.9	X ² =8.0, sd=1, p<0.01 OR= 2.8, (1.4<OR<5.7)
Yok	69	20.4	269	79.6	
Evlilik İlişkisi (n=380)					
İyi-Çok İyi-Mükemmel	72	21.0	271	79.0	X ² =8.1, sd=1, p<0.01 OR= 2.9, (1.4<OR<5.8)
Orta-Kötü	16	43.3	21	56.7	

Tablo 1 devam

	Depresyon				p
	Sayı	%	Sayı	%	
Eğitimi (n=380)					
Lise ve üstü	25	19.2	105	80.8	$X^2=1.3$, $sd=1$, $p>0.05$
Lise altı	63	25.2	187	74.8	
Eş Eğitimi (n=377)					
Lise ve üstü	37	17.9	170	82.1	$X^2=7.0$, $sd=1$, $p<0.01$ OR= 1.9. (1.2<OR<3.2)
Lise altı	51	30.0	119	70.0	
Doğum Sekli (n=376)					
Normal doğum	59	28.6	147	71.4	$X^2=8.7$, $sd=1$, $p<0.01$ OR= 2.2. (1.3<OR<6.1)
Sezaryen	26	15.3	144	84.7	
İlk Doğum (n=380)					
Evet	35	22.0	124	78.0	$X^2=0.1$, $sd=1$, $p>0.05$
Hayır	53	24.0	168	76.0	
Prematürite (n=373)					
Var	3	8.8	31	91.2	$X^2=3.2$, $sd=1$, $p>0.05$
Yok	81	23.9	258	76.1	

İZMİR İLİ BORNOVA İLÇESİNDE DOĞUM YAPMIŞ KADINLARIN DOĞUM SONRASI DEPRESYON DURUMLARI VE BU DURUMU ETKİLEYEN ETMENLERİN İNCELENMESİ

Esin ÇEBER TÜRKİSTANLI*, İlknur PEKTAŞ*, İpek DİKİCİ,

*Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksek Okulu

ÖZET

Tanımlayıcı türdeki bu çalışma, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği kullanılarak 6-8 hafta önce doğum yapmış kadınların ruhsal durumunu incelemek amacıyla 06-17 Mayıs 2002 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırma Bornova Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı Halk Sağlığı Hemşireliği uygulamasına çıkılan dokuz sağlık ocağında yürütülmüştür. Araştırma kapsamına bu sağlık ocaklarına kayıtlı belirtilen tarihlerle arasında 6-8 haftalık doğum yapmış kadınların tümü alınmıştır. Örneklemeye gidilmemiştir. Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan 36 sorudan oluşan soru formuyla yüz yüze görüşme yoluyla toplanmıştır, S.P.SS(10,0) paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

anahtar kelimeler:depresyon, Lohusalık

GİRİŞ

Lohusalık dönemi annenin yaşamında önemli bir fizyolojik değişim sürecidir. Bu süreç doğal bir olgu olmasına karşın annenin yaşamında birçok normalden sapma durumları da ortaya çıkabilir. Sorias'ın (1982) Türkiye'de stres verici yaşam olaylarının etkilerini araştırdığı çalışmasında 116 yaşama olayı arasında "Doğum yapma" olayının yedinci sırada yer alan stres verici bir yaşam olayı olduğu saptanmıştır. Bu dönemde fiziksel gereksinimlerin yanında ruhsal gereksinimlerinin de karşılanması ve desteklenmesi kadının lohusalık dönemini sağlıklı ve mutlu geçirmesini sağlayacaktır (1,2,3,4,5).

Doğum sonrasındaki ilk yıl için kadınlar, psikiyatrik hastalıklar (anksiyete bozuklukları, obsesif-kompulsif hastalıklar, depresyon ve nadiren psikoz) açısından atılamalı bir risk altındadır. Ancak depresyon bu hastalıklar içinde en baskın olanıdır. Doğum sonrası depresyon sıklığı %5-20 arasında bildirilmekle birlikte genel görülme sıklığı %10 olarak kabul edilmektedir (7).

Doğum sonrası depresyon bulguları doğum yapmayan kadınlardaki depresyondan farklı değildir, normal involüsyonel fenomenden ya da doğum sonrasındaki ilk günlerde %50-70 sıklıkla görülen annelik hüznünden ayırt edilmesi güç olabilir. Doğum sonrası depresyonda kadın ailesine karşı sevgisizlik ve bebeğine karşı zıt duygular gösterebilir. Ayrıca çökkün ruh hali, ilgi kaybı yada yaptıklarından zevk alamama, günlük işleri yapamama, günlük işlere karşı isteksizlik, iştah kaybı ya da aşırılığı, hemen her gün aşırı uyuma yada uykusuzluk, sıkıntı, huzursuzluk, yerinde duramama, kendini yorgun, bitkin, halsiz hissetme ("enerjisi çekilmiş" gibi hissetme), kendini değersiz, suçlu hissetme, dikkatini bir noktaya toplayamama gibi bulgulara da rastlanmaktadır (2,4,6,7,8).

Doğum sonrası depresyon genellikle doğumdan sonraki 2-8 haftalar içinde başlar ve en az iki hafta en çok bir yıl kadar sürer. Tedavi görmeyen kadınlarda 3 ay-1 yıl arasında kendiliğinden düzelebilir. Doğum sonrası depresyonun etiyolojisi kesin olarak bilinmemektedir. Hızlı fizyolojik değişikliklerin rolü olabileceği düşünülmekte, ancak hangi etmenlerin daha fazla neden olduğu açıkça bilinmemektedir. Bununla birlikte bazı risk etmenleri taşıyan kadınlarda doğum sonrası depresyonun daha sık görüldüğü bilinmektedir. Bu risk etmenleri arasında yer alan, kocasıyla yada ailesiyle ilgili birtakım sorunları olan, gebelik sırasında boşanma, ayrılma yada başka türlü bir kayıp yaşamış olan, istenmedik bir gebeliği olan, travmatik bir doğum yaşamış olan, toplumsal ve çevresel koşulları kötü olan annelerde risk artmaktadır. Bir yada daha fazla risk etkeni olan kadınların doğum sonrasında 1 yada 2. ayda doğum sonrası depresyon açısından taranması önerilmektedir. Tarama için en sık kullanılan ve en geçerli olan yöntem Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'dir (3,7,9,10,11,12).

Lohusalık fizyolojik bir olay olmasına rağmen kadın için bazen bir yük ve stres oluşturur. Lohusanın bu duruma uyumu dışardan göreceği destekle daha kolay olacaktır. Burada hemşireye büyük sorumluluklar düşmektedir. Çünkü, hemşireler ana-çocuk sağlığı merkezlerinde, sağlık ocaklarında ve her alanda lohusa ile yakın ilişkide olan sağlık ekibi üyeleridir. Doğru tanı kriterleri ile alanda depresyonu tanılamada ve sevk etmede de önemli rolleri olacaktır.

AMAÇ

Doğum sonrası depresyonun saptanmasının en önemli nedenlerinden biri, tedavi edilmemiş depresyonu olan annelerin, çocuğun gelişimini olumsuz yönde etkilemesini önlemektir. Bir diğeri ise, kişinin depresyonunun şiddetinin artarak kendisine ve çevresindekilere zarar verme olasılığını önlemektir. Bu çalışma, insanın biyo-psiko-sosyal yönleriyle bir bütün olduğu

ve ülkemizde özellikle doğum yapmış kadınların ruhsal durumuyla yeterince ilgilenilmediği görüşünden yola çıkılarak, depresif bozukluk riski taşıyan kadınların belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, 06 Mayıs-17 Mayıs 2002 tarihleri arasında Bornova Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı Halk Sağlığı Uygulamalarına çıkılan dokuz sağlık ocağında yapılmıştır. (Atatürk, Sağlık Ocağı, Ergene Sağlık Ocağı, Naldöken Sağlık Ocağı, Evka-3 Sağlık Ocağı, Evka-4 Sağlık Ocağı, Yeşilçam Sağlık Ocağı, Altındağ 1-2 No'lu Sağlık Ocağı, Altındağ Zübeyde Hanım Sağlık Ocağı, Çamkule Levent Kara Sağlık Ocağı). Araştırma kapsamına bu sağlık ocaklarına kayıtlı 6-8 hafta önce doğum yapmış kadınlar (100 kadın) alınmıştır. Örneklemeye gidilmiştir.

Araştırmada veriler, karşılıklı görüşme yoluyla uygulanan soru formuyla elde edilmiştir. Soru formunun ilk bölümünde doğum yapmış kadınların sosyo-demografik, fizyolojik ve ruhsal durumlarına ilişkin bilgiler yer almıştır. Soru formunun ikinci bölümünde ise geçerlik ve güvenilirlik çarışması ülkemizde de yapılan Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek toplam 10 maddeden oluşmuştur ve her maddenin puanlaması değişik biçimdedir. 3., 5., 6., 7., 8., 9. ve 10. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Diğer yandan, 1., 2. ve 4. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanırlar. Ölçeğin toplam puanı bu madde puanlarının toplanması ile elde edilmiştir. Elde edilen bu toplam puan 11 ve altı ise normal, 12 ve üstü ise depresif bozukluk açısından risk grubu olarak kabul edilmiştir (11, 12, 14). Verileri değerlendirmede S.P.S.S.(10.0) paket programı kullanılmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 25.9 ± 0.43 tür. Kadınların sosyo-demografik ve ekonomik özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo 1'de verilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların eğitim durumlarına bakıldığında %43'ünün ilkököl mezunu, olduğu görülmektedir, %83'ü herhangi bir işte çalışmamaktadır. Kadınlrın %53'nün gelirlerinin, gidere göre az olduğu belirtmiştir (Tablo 1).

Araştırma bulgularına göre kadınların %29'unun toplam puanının 12 ve üzeri olduğu saptanmıştır. Ortalama depresyon puanı ise 9.36 ± 0.48 olarak bulunmuştur (Tablo 2).

Kadınların gebelik sayılarına bakıldığında %41'inin 1, %31'inin 2, %16'sının 3, %5'inin 4 ve %6'sının ise 5 ve 5'in üzerinde gebe kaldığı, ortalama gebelik sayılarının 2.13 ± 0.14 olduğu saptanmıştır. Kadınların yaşayan çocuk sayılarına bakıldığında ise %50'sinin 1, %35'inin 2, %10'unun 3, %5'inin 4 ve daha fazla çocuğu olduğu bulgulanmıştır. Yaşayan çocuk sayısının ortalamasının 1.75 ± 0.10 olduğu belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan kadınların bebek bakımında destek alma durumlarına bakıldığında %43'ünün destek aldığı, %57'sinin ise almadığı saptanmıştır. Bakımda destek alan kadınların bu desteği büyük çoğunlukla annelerinden (%44.2) ya da yakınvalidelerinden (%32.6) aldıkları belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların sosyoekonomik durumlarına göre depresyon puan ortalamalarına bakıldığında, gelir gidere göre az olan grupta depresyon puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sonuç istatistiksel olarak da anlamlıdır ($X^2=6.18$, $sd=1$, $p<0.05$) (Tablo 3).

Kadınların en son doğan bebeklerinin cinsiyetine bakıldığında %54'ünün erkek, %46'sının kız olduğu saptanmıştır. Doğan bebeğin cinsiyeti ile depresyon riski arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($X^2=2.61$, $sd=1$, $p>0.05$).

Araştırmada, kadınların %95'i hastanede, %5'i evde doğum yapmıştır. Doğum şekli olarak ise %60'ının normal doğum, %40'ının sezeryan ile doğum yaptığı saptanmıştır. Doğum şekli ile depresyon riski arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($X^2=4.28$, $sd=1$, $p<0.05$) (Tablo 4).

Kadınların %18'i gebelik sırasında, %13'ü doğum sırasında, %22'si de doğum sonrasında "fiziksel ve ruhsal sorunlar" yaşadığını belirtmiştir. Tablo 5'te kadınların doğum sonrası yaşadığı sorunların dağılımı görülmektedir. Doğum sonrası sorun yaşayan kadınların %18,2'sinin bunalma, sinirlilik, iç sıkıntısı, gibi yüksek bir oranda ruhsal sorun yaşadığı, %13,7'sinin ise fiziksel olarak ağrı sorunu ile karşılaştığı saptanmıştır. Bunun yanı sıra %13,7'sinin bebeğin hasta olması ve hastaneye yatmasına bağlı üzüntü, dışarı çıkamama, kendisini yorgun ve bağımlı hissetme ve son olarak bebek bakımı konusunda yalnız kalma, zorlanma, büyük sorumluluk hissetme gibi sorunlar yaşadıkları saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların %72'sinin fiziksel, %51'inin ruhsal sağlığı iyi, %22'sinin fiziksel, %42'sinin ruhsal sağlığını normal, %6'sının fiziksel, %7'sinin ruhsal sağlığını kötü olarak belirttikleri saptanmıştır.

Kadınlar ruhsal yönden kendi erini kötü hissettiklerinde %28'i dışarı çıkıp dolaşğını, %25'i rahatlamak için ağladığını, %13'ü de müzik dinleyip Tv. izlediğini belirtmiştir.

TARTIŞMA

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 25.9 ± 0.43 tür, %43'ü ilkököl mezunu, %83'ü ev hanımıdır. Depresyonda sosyo ekonomik faktörlerin rol oynadığı bilinen bir gerçektir. Araştırma kapsamına alınan kadınların %53'nün gelirlerinin, gidere göre az olduğunun saptanması, bu grubun depresyon bakımından risk altında olduğunu düşündürmektedir. Sonuç istatistiksel olarak da anlamlıdır ($X^2=6.18$, $sd=1$, $p<0.05$). Doğum sonrası majör depresyonda sosyo-ekonomik statünün rolünü belirten çalışmalarda düşük sosyo-ekonomik statünün doğum sonrası majör depresyonun habercisi olduğunu göstermektedir (13).

Kadınların ortalama gebelik sayılarının 2.13 ± 0.14 olduğu saptanmıştır. Yaşayan çocuk sayısının ortalamasının 1.75 ± 0.10 olduğu belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda çocuk sayısının artmasıyla, kadınların kendilerine daha az zaman ayırmaları, uykusuz kalmaları, eş ile olan duygusal ilişkilerde kopukluk olması, korunmak amacıyla cinsel ilişkiden kaçınılması gibi nedenlerle kadınlarda kolaylıkla negatif duygu durumunun geliştiği gözlenmiştir (7).

Araştırma kapsamına alınan kadınların %29'unun toplam depresyon puanının 12 ve üzeri olduğu ve doğum sonrası depresyon yönünden risk taşıdıkları saptanmıştır. Ortalama depresyon puanı ise 9.36 ± 0.48 olarak bulunmuştur. Yapılan çeşitli çalışmalarda da, doğum sonrası dönemde, depresyon riski %37.2 ile %5.92 gibi değişik oranlar arasında bulunmuştur (7, 11, 12, 14). Bu çeşitliliğin ülkelerin sosyoekonomik ve kalkınmışlık düzeyleri ile ilgili olabileceği düşünülmüştür.

Doğum sonrası dönemde bebeğin bakımında ailenin desteklenmesi gereklidir. Ancak, yapılan analizde kadınların bebek bakımında destek almalarının depresyon durumunu etkilemediği saptanmıştır ($X^2=0.056$, $p>0.05$). Ayrıca doğum sonrası dönemde eşlerin bebek bakımı konusunda kadınlara daha fazla destek olmalarının kadınların ruhsal durumlarının daha iyiye yönelmesinde önemi büyüktür (13).

VIII.ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Araştırmada doğum şekli ile depresyon riski arasında anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($X^2 = 4.28, sd= 1, p<0.05$). Bu sonuç normal doğumda yaşanan ağrı deneyiminin doğum sonrası depresyonda etkili olabileceğini düşündürmekle birlikte, literatürde bunu destekleyen başka bir çalışma bulgusuna rastlanmamıştır.

Doğum sonrası sorun yaşayan kadınların en büyük oranlarla %18,2'sinin bunalım, sinirlilik, iç sıkıntısı, gibi yüksek bir oranda ruhsal sorun yaşadığı, %13,7'sinin ise fiziksel olarak ağrı sorunu ile karşılaştığı saptanmıştır. Doğum sonrası 3-7 günlük dönemde annelik hüznüne bağlı annenin, her duruma karşı ahnganlık gösterebileceği, duyarlı olabileceği, halinden şikayet edebileceği ve bu duygularla bebeğine karşı negatif davranışlar sergileyebileceği belirtilmiştir (2.10).

Araştırma kapsamına alınan kadınların % 6'sının fiziksel, %7'sinin ruhsal sağlığını kötü olarak belirttikleri saptanmıştır. Doğum sonrası dönemde annelerin vücudunda birçok biyolojik ve fizyolojik değişikliğin olması nedeniyle, depresyondan bu faktörlerin sorumlu olduğuna ilişkin birçok iddia ortaya atılmışsa da henüz net olarak ispatlanmamıştır (9).

Doğumdan sonra bir anne için bunalım çok doğaldır, kimi anneler bunalımı yaşamlarında sadece doğumdan sonra yaşayabilir. Stres verici bir yaşam olayı olan doğum yapma eylemi, doğum sonrası genellikle annelik sıkıntısı,annelik sonrası bunalım, doğum sonu psikoz şeklinde ortaya çıkabilir (2,5).

SONUÇ

Bu araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Araştırma sonucunda 100 kadından 29'unun postnatal depresyon geçirme riski taşıdığı saptanmış ve bu kadınlar Bornova Sağlık Grup Başkanlığına bildirilmiştir. Araştırma kapsamına alınan kadınların genel olarak depresyon puan ortalamasının düşük olduğu saptanmıştır ($X= 9,36 \pm 0.48$). Depresyon riski taşıma puanı ile sosyo ekonomik durum ve doğum şekli arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Sosyo ekonomik duruma bakıldığında gelirin gidere göre az olduğu saptanan kadınların depresyon taşıma riski puanı yüksektir ($X^2=6,18, sd=1 p<0.05$), aynı şekilde normal doğum yapan kadınların da depresyon taşıma riskinin yüksek ($X^2=4.28, sd= 1, p<0.05$) olduğu bulunmuştur.

ÖNERİLER

Bu çalışmadan elde edilen verilere göre; Yeni doğum yapmış anneler postnatal depresyon geçirme olasılığı yönünden uyarılabilirler ve gerektiğinde yardım amaçları konusunda yöreklendirilebilirler. Kadın hastahıkları ve doğum uzmanları, çocuk sağlığı ve hastahıkları uzmanları, birinc basamak sağlık hizmetleri veren kurumlar ve özellikle bu kurumlarda çalışan ebe ve hemşireler bebekleri bir yaşından küçük olan bütün anneleri postnatal depresyon olasılığı açısından da izlemelidirler. Annenin sağlık kuruluşlarına bebek izlemi ve bebeğin aşılari için geldiği zamanlarda, ayrıca kendisi ve bebeği için her başvurusu sırasında (özellikle postnatal 6-8 haftada) depresyon riski taşıma açısından değerlendirilmesi erken tanı için önemlidir. Çalışma sonucunda doğum sonrası depresyon geçirme olasılığı yüksek olan annelerin karşılaştıkları güçlüklerle daha etkin bir biçimde başedebilmelerini sağlamak için kadınlara, eşlerine ve aileye destek sağlayacak bireylere hemşireler tarafından eğitim verilmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

- 1-Erdoğan E. (1983). "İlk Doğumunu Yaşan Lohusaların Doğum Sonrası Bakıma İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Saptanması Planlı Eğitimin Bilgi Düzeylerine ve Doğum Sonrası Komplikasyonların Önlenmesine Etkisinin İncelenmesi" Doktora Tezi (E.Ü.T.F.), İzmir, 1-14
 - 2-Gillet R., Pietrani P.C (1990) Çağımızın Büyük Sağlık Sorunu: Depresyon. (The British Home Medical Association) Çeviren: Ziya Kütevin İnkilap Kitapevi, Ankara, 58-63
 - 3-Köroğlu E. (1997). I. Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulamalarında Depresyon: Depresyonun ABC'si. Hekimler Yayın Birliği, 3. Baskı, 25-29
 - 4-MD Conclut Book text. Postpartum Psychological Reactions. Gable Obstetrics. Normal and Problem Pregnancies, Third edition, Copyright, Churchill Livingstone, 1996
 - 5-Sorias S., (1982). "Hasta ve Normallerde Yaşam Olaylarının Stres Verici Etkilerinin Araştırılması", Doçentlik Tezi (E.Ü.T.F.), İzmir, 50-52
 - 6-"Doğum Sonrası Rastlanan Duygular", <http://www.psikiyatrist.net/haftalik/7.htm>
 - 7-Türel F., Kara B., Çakmaklı P. (2001) Doğum Sonrası Depresyon. Sted Dergisi (2001), cilt 10, sayı 9 Üsküdar AÇ-SAP Eğitim Merkezi, İstanbul, 333-334
 - 8-Öztürk M.O. "Ruh Sağlığı ve Bozuklukları", 6. Basım, Medikomat Basın-Yayın San. Tic. Ltd. Şirketi, Ankara, Ekim 1995, 223-231
 - 9-Güleç G. (1992) "Türkiye'de Depresyon", H.Ü.T.F. Psikiyatri A.B.D., Jama Şubat 1992, cilt 5, sayı 2 Depresyon Eki
 - 10-Psikiyatri Bülteni (1997) Postpartum dönemde Depresyon, Survector Bilimsel Derlemeler, sayı: 15
 - 11-Aydemir Ö., Köroğlu E., Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler Kitabı, Hekimler Yayın Birliği, 126-130
 - 12-Engindeniz AN., Küey L., Kültür S., Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği, Türkçe Formu Geçerlilik ve Güvenlilik Çalışması. Bahar Sempozyumları 1. Kitabı, Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, 51-52
 - 13-C. Neill Epperson, (1999), Post Partum Major Depression: Detection and Treatment American Family Physician, <http://www.findarticles.com>, 1-5
 - 14-Warner R., Appleby L & Faraghen B. (1996), Demographic and Obstetric Risk Factors For Postnatal Psychiatric Morbidity. British Journal of Psychiatry, 607-611.
- Halk Sağlığı 3. grup öğrencilerine çalışmadaki destekleri ve emekleri için teşekkür ederiz.
(Ayfer ULUSAN, Aysun ARICA, Ayşegül SAVAŞAN, Burcu TOTUR, Elvan ÖZKAN, Gülhan ŞİMŞEK, Gülten ŞAKAR, Seçil YILDIZ, Serpil GÜZEL, Sevil İNCEDAY.)

Tablo 1:Kadınların Sosyo-Demografik ve Ekonomik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo-Demografik ve Ekonomik Özelliklerinin Dağılımı	Sayı	Yüzde
YAŞ		
19-24 yaş	39	39,0
25-29 yaş	40	40,0
30 ve üzeri	21	21,0
X =25,9 ± 0,43		
EĞİTİM DURUMU		
Okur-Yazar değil	8	8,0
İlkokul mezunu	43	43,0
Ortaokul mezunu	8	8,0
Lise/Meslek Lisesi mezunu	26	26,0
Yüksekokul/Fakülte mezunu	15	15,0
ÇALIŞMA DURUMU		
Ev hanımı	83	83,0
Çalışıyor	17	17,0
EKONOMİK DURUM		
Gelir ve gider dengeli	47	47,0
Gelir gidere göre az	53	53,0
Toplam	100	100,0

Tablo 2:Kadınların depresyon puanlarının dağılımı

Depresyon Puanı	Sayı	Yüzde
11 ve altı	71	71
12. ve üzeri	29	29
Toplam	100	100,0
Depresyon puan ortalaması: 9.36±0.48		

Tablo 3:Kadınların Sosyoekonomik Durumlarına Göre Depresyon Puan Ortalamalarının Dağılımı

Sosyo-Ekonomik durum	Depresyon puanı 11 ve altı		Depresyon puanı 12 ve üzeri		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Gelir ve gider dengeli	39	83,0	8	17,0	47	100
Gelir gidere göre az	32	60,4	21	39,6	53	100
Toplam	71	71,0	29	29,0	100	100
X ² =6,18, sd= 1, p<0,05						

Tablo 4: Kadınların Doğum Şekillerine Göre Depresyon Puan Ortalamalarının Dağılımı

Doğum şekli	Depresyon puanı 11 ve altı		Depresyon puanı 12 ve üzeri		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Normal doğum	38	63,3	22	36,7	60	100
Sezeryan	33	82,5	7	17,5	40	100
Toplam	71	71,0	29	29,0	100	100
X ² =4,28, sd= 1, p<0,05						

Tablo 5:Kadınların Doğum Sonrası Yaşadığı Sorunlara Göre Dağılımı*

Doğum sonrası sorunlar	Sayı	Yüzde
Ağrı	3	13,7
Maddi olanaksızlık nedeniyle muayene olamama	1	4,5
Bebek bakımı konusunda yalnız kalma,zerlanma,büyük sorumluluk hissetme	3	13,7
Sokağa çıkamama,kendisini yorgun ve bağımlı hissetme	3	13,7
Bebegin hasta olması,hastaneye yatmasına bağlı üzüntü	3	13,7
Bebegin doğumdan 10 gün sonra ölmesi nedeniyle sıkıntı	1	4,5
Yalnız kalmaya,eşinden destek görmeme; e bağlı üzüntü	1	4,5
Bebegin anne memesi almamasına bağlı üzüntü	1	4,5
Duygusallaşma,sinirlenme,ağlama isteği	2	9,0
Bunalma,sinirlilik,iç sıkıntısı	4	18,2
Toplam	22	100

*n sayısı ve yüzdeler doğum sonrası sorun yaşadığını belirten 22 kadın üzerinden alınmıştır.

ÖZET

Postpartum depresyon sık görülen bir sağlık sorunudur.Manisa 5 No'lu Sağlık Ocağı bölgesinde 0-12 aylık bebeği olan kadınlarda postpartum depresyon prevalansı ve bunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan çalışmada Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPPDÖ) kullanılmıştır.Bölgede yaşayan 0-12 aylık bebeği olan tüm kadınların %80.8'ine (n=252) ulaşılmıştır.EPPDÖ'ne ek olarak sosyodemografik özellikleri içeren bir anket formu yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırma grubuna uygulanmıştır.Araştırma grubunda EPPDÖ'de kesme puanı 12 alındığında postpartum depresyon prevalansı %36.9'dur.Araştırmada sorgulanan bağımsız değişkenlerden yaş, öğrenim durumu,gelir düzeyi,yakın çevreden destek görmeme,menstrüasyon döneminde sinirlilik-gerginlik yakınmaları,bebeğe yeterli ilgi gösterememe,gebelikten önce veya sonra ruhsal rahatsızlık geçirme ile postpartum depresyon arasındaki ilişkiler anlamlı düzeyde bulunmuştur.Postpartum depresyon riskini getir durumunun kötü olması 3.76 ,gebelik öncesi ruhsal bozukluk geçirme 4.23,gebelik sonrası ruhsal bozukluk geçirme 3.07 kat artırmaktadır.
Postpartum depresyon %36.9 ile öncelikli bir ana ve çocuk sağlığı sorunudur.Birinci basamakta erken tanı ve tedavinin yapılabilmesi için öncelikle sorunun farkında olmak ve rutin doğum öncesi ve doğum sonrası bakımın bir arçası haline getirmek gerekir.
Anahtar Kelimeler: Postpartum depresyon,Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği,prevalans.

GİRİŞ VE AMAÇ

Postpartum depresyon yedi kadından birini etkileyen önemli bir toplum sağlığı sorunudur.Deprese annelerdeki sosyal ve fiziksel değişimler kadar,anne ve bebeği arasında oluşan negatif etkiler çocuğun emosyonel,davranışsal ve kognitif gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir.(1)

Doğum sonrası depresyon DSM-IV'de Diyadurum Bozuklukları içinde yer almaktadır(2).ICD-10'da ise 'lohusalıkla bağlantılı ve başka yerde sınıflandırılmamış ruhsal ve davranışsal bozukluklar' başlığı altında sınıflandırılmıştır(3).

Doğum sonrası dönemde kadınları yaklaşık %13'ünde postpartum depresyon görülmektedir.Konuyla ilgili 84 çalışmayı içeren metaanalize göre postpartum depresyonla ilgili olarak 13 risk faktörü belirlenmiştir.Bunlar;prenatal depresyon,kendine değer verme,çocuk bakım stresi,prenatal anksiyete,yaşam stresi,sosyal destek,evlilik ilişkileri,depresyon öyküsü,bebeğin huyu,annelik hüznü,medeni durum,sosyoekonomik durum ve istenmeyen gebelik olarak belirtilmektedir(4).Hindistan'da yapılan bir çalışmada postpartum 6-8. haftada depresif bozukluklar %23 olarak belirlenmiş,ekonomik yoksunluk,erkek ile ilişkilerin kötü olmasının prevalansı artıran ve olayın kronikleşmesini kolaylaştıran faktörler olarak tanımlanmıştır(5) Ülkemizde Manisa il merkezinde EPPDÖ ile yapılan çalışmada Postpartum depresyon prevalansı kesme noktası 12 puan alındığında %19.8 olarak belirlenmiştir.Yaşayan çocuk sayısının fazla olması,gecekonuda yaşama,göç etme,bebekte önemli bir sağlık sorunu olması,daha önceden psikiyatrik sorun yaşama,çete psikiyatrik sorun olması,çişle ve eşin ailesiyle ilişkilerin iyi olmaması,doğum sonu depresyon ile ilgili faktörler olarak belirtilmektedir (6).Doğum sonu depresyon ile ilgili yapılan pek çok çalışmada prevalans %10 ile %22.6 arasında değişmektedir(7-12).Postpartum depresyon ile ilgili önem taşıyan bir diğer konu da doğum sonu psikiyatrik hastalıkların ciddi fonksiyon bozukluğuna yol açması ve tedavi gerektirmesidir.Yapılan çalışmalarda bu grup hastaların psikiyatristlerden çok birinci basamak hekimlerini tercih ettiklerini göstermektedir.Ciddi postpartum depresyonu olan anneler erken dönemde tanılabılırken,orta ve hafif şiddetteki olgular gözden kaçmaktadır(13).Postpartum 3. ay psikiyatrik hastalıklar için yüksek risk taşıyan bir periyoddur.Ancak annelik hüznü,postpartum depresyon, postpartum psikoz gibi ruhsal sorunlarda annelerin bebeklerini anne sütüyle besleme istekleri nedeniyle tedavileri güçleşmektedir(14).

Manisa'da kent merkezinde bulunan 5 No'lu Sağlık Ocağı bölgesinde 0-12 aylık bebeği olan annelerde postpartum depresyon prevalansı ve bununla ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla bu çalışma yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Evren ve Örneklem:

Manisa il merkezinde bulunan ve 14522 kişiye hizmet veren 5 No'lu Sağlık Ocağı araştırma evrenini oluşturmaktadır.Nisan 2002 tarihinde izlenen 0-12 aylık bebeklerin kartlarından belirlenen 312 annenin hepsine ulaşılması planlanmıştır.Annelerin evlerine gidilerek yapılan görüşmeler sonunda araştırmanın katılım hızı %80.8'dir.

Kullanılan Araçlar:

Doğum sonu depresyonu belirlemek için Cox ve arkadaşları tarafından 1994 yılında geliştirilen ve Türkiye'de Engindeniz ve ark tarafından 1996'da geçerlilik ve güvenilirliği saptanan 'Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği' kullanılmıştır.Doğum sonu depresyon için tarama aracı olarak kabul edilen ölçekte önerilen kesme puanı 12 olup,bu çalışmada da 12 ve daha fazla puan alanlara postpartum depresyon tanısı konmuştur.Buna ek olarak sosyodemografik özellikler ve doğum sonu depresyon ile ilgili değişkenleri içeren bir anket formu yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

Veri Toplama ve Değerlendirme:

Sağlık ocağında 0-12 aylık bebeklerin kartlarında belirlenen annelerin evlerine gidilmiş,ulaşlamayan anneler için iki kez daha ev ziyareti yapılmıştır.Verilerin istatistiksel değerlendirilmesi SPSS paket programı ile (10.0 versiyon) ki kare testi ,univariate ve multivariate odds ratio ve güven aralıkları kullanılarak yapılmıştır.

BULGULAR

Araştırma grubunun %63.1 i 20-29 yaş grubunda,%43.7'si ilkököl ve daha fazla eğitime sahip,%70.2'si bölgeye göçle gelmiş,göçle gelenlerin %53.6'sı Doğu ve Güneydoğu Anadolu,%98.4'ü ev hanımı,%70.6 sının gecekondu bölgesinde yaşadığı belirlenmiştir.Kadınların eşlerinin %71.0'ını ilkököl ve üstü eğitim grubunda ve %42.5'i işçidir.Annelere ailenin gelir durumunu değerlendirmeleri istendiğinde %49.2'si orta düzeyde olduklarını belirtmiş,sosyal güvenceleeri sorgulandığında %34.5 inin yeşil kartlı,%31.0ının ise hiçbir güvencelerinin olmadığı belirlenmiştir.Kadınların %63.2 si 18 yaş ve daha küçük yaşlarda evlenmiştir .Aile yapılarına bakıldığında %54.8 inin çekirdek aile yapısında olduğu görülmüştür (tablo 1)

EPPDÖ 'nde kesme puanı 12 alındığında annelerin %36.9'unda postpartum depresyon tespit edilmiştir.Doğum sonu depresyon ile ilgili faktörlerden öğrenim durumu,gelir durumu,adet dönemlerinde sinirlilik gerginlik yakınmaları öyküsü,gebelik öncesi ruhsal rahatsızlık geçirme istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (tablo 2).

Postpartum depresyon ile yaş, göç, gebelik ve doğum sonu yakın çevreden destek görme, sosyal güvence, ilk ay bebeğin beslenme biçimi, canlı doğum sayısı, aile yapısı, eşin eğitimi, bebeğin cinsiyeti, doğum ağırlığı, doğum şekli, doğum öncesi bakım alma arasında istatistiksel ilişki bulunmamıştır. Postpartum depresyon riskini gelir durumunun kötü olması 3.76 kat, gebelik öncesi ruhsal bozukluk geçirme 4.23 kat arttırmaktadır. Bebeğine yeterli ilgi gösterebilme ile PPD arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.001$). PPD puanı 12'ni üzerinde olan annelerin %26.9'u bebeğine yeterli ilgi gösteremediğini ifade ederken, PPD puanı düşük olan kadınlarda bu oran %10.7'dir (tablo 3). Annelere uygulanan EPPDÖ'nin yanı sıra doğum sonrası dönemde herhangi bir ruhsal sorun yaşayıp yaşamadıkları sorulduğunda, kadının doğum sonu ruhsal rahatsızlık öyküsü ile PPD pozitif tutarlılığına bakıldığında gözlenen tutarlılığı %64.7 olduğu görülmektedir. Ancak kadınların %32.9'u doğum sonrası dönemde herhangi bir ruhsal sorun geçirmedeğini ifade etmiş olup, bu kadınlar ölçüğe göre PPD tanısı almaktadır (tablo 4).

TARTIŞMA

Gecekondu özellikleri taşıyan bölgede postpartum depresyon prevalansı %36.9 bulunmuştur. Bu sonuç Manisa kent merkezinde 1998 yılında yapılan çalışmada belirlenen prevalansla karşılaştırıldığında (%19.8) oldukça yüksektir. Bunun nedeni değişik ülkelerde yapılan çalışmalarda da belirtildiği gibi düşük gelir düzeyinde olma, doğum öncesi ve sonrası dönemde yakın çevreden destek görme, düşük sosyoekonomik düzey, multiparite, örselenmiş yaşam olayları, anne yaşının küçük olması gibi risk faktörlerinin bölgede daha yoğun olması ile açıklanabilir (15-17). Yaşılan pek çok çalışmada doğum sonrası depresyon sıklığı %10-15 arasında bulunmuştur (7,8,10,11). Dubai'de prevalans %18 iken İsrail'de %22.6, Santiago'da farklı sosyoekonomik düzeye sahip kadınlarda %36.7 gibi yüksek değerlerde saptanmıştır (18,19). Bu verilerle postpartum depresyon yaygınlığının İsrail, Suudi Arabistan, Güney Amerika gibi ülkelerde Avrupa ve Amerika gibi gelişmiş ülkelere göre daha yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Türkiye'de Batı Anadolu'da yer alan Manisa'da kent merkezindeki prevalans değeri (%19.8), bu ülkeler arasında orta düzeyde yer almaktadır. Ancak zor yaşam koşullarının yüksek doğurganlığın, eğitimsiz kadınların, evlenme ve ilk doğum yaşının küçük olduğu, büyük oranda Doğu ve Güneydoğu Anadolu'dan göçle gelen popülasyonun yaşadığı araştırma bölgesinde postpartum depresyonun %36.9 gibi bir değerde bulunması dikkat çekici bir bulgudur. Bu bulgu gecekondu bölgesinde yaşayan kadınların kent merkezinde yaşayanlara göre 3 kat daha fazla risk taşıdığını belirleyen çalışmada ile de uyumludur (6).

Bu çalışmada doğum sonu depresyon ile ilgili faktörlerden öğrenim durumu, gelir durumu, adet dönemlerinde sınırlılık, gerginlik yakınmaları öyküsü, gebelik öncesi dönemde ruhsal rahatsızlık geçirme istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Daha ileri yaşlarda olan annelerde PPD daha çok görülmekle birlikte bu bulguyu multiparite açısından da değerlendirmek gerekir. Canlı doğum sayısı 1-2 olan annelerde PPD prevalansı %30.5 iken 1-3-5 çocuğa sahip olan annelerde %46.5'tir. Ancak bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir. Literatürde yaşayan çocuk sayısının fazla olması depresyon puanının yükselmesinde önemli bir faktör olarak açıklanmaktadır. Sık doğum yapan annelerin yaşadığı biyolojik ve ruhsal değişimlerin bu durumdan sorumlu olabileceği belirtilmektedir (20).

Araştırmada annenin eğitim düzeyi yükseldikçe PPD prevalansı azalmakta iken kadının eşinin eğitimi ile PPD arasında ilişki bulunmamıştır. Kadının eğitimi sosyal statüyü artırarak zorluklarla başa çıkmada ya da kendini ifade etmede etkili bir faktör olabilir. Gelir durumu da önemli bir faktördür. Gelir durumunu iyi olarak belirten annelerin %26.9'unda PPD belirlenmişken kötü olarak nitelendiren annelerde %58.0 olarak bulunmuştur. Bu bulgu diğer çalışmalarda da uyumludur. Sosyal güvenceye sahip olma PPD açısından önemli bir faktör değildir. Araştırma grubunun %34.3'ü yeşil kartlı olduğunu bildirmiştir ki bu grubun da zaten düşük sosyoekonomik düzeyde olduğu söylenebilir.

Gebelik öncesi ve sonrası dönemde ruhsal rahatsızlık geçiren, menstürasyon dönemlerinde sınırlılık, gerginlik semptomlarını yaşayan, gelir düzeyi düşük, bebeğine yeterli bakım veremediğini ifade eden kadınlarda postpartum depresyon daha fazla görülmektedir. Bu bulgu Kanada'da yapılan çalışmada EPPDÖ'nde 12 ve daha fazla puan almanın en iyi göstergeleri olarak belirtilmektedir (21,22). Annenin bebeğine yeterince ilgi gösterememesi PPD açısından nedensel bir faktör olarak ele alınmamalı, daha çok PPD'nin olumsuz bir sonucu olarak değerlendirilmelidir. Bu çalışmada PPD puanı yüksek olan kadınların önemli bir bölümünün bebeklerine yeterli ilgi gösteremedikleri saptanmıştır. Bu açıdan PPD hem kadın sağlığı hem de çocuk sağlığı açısından önemli bir sağlık sorunudur.

Gebelik sonrası ruhsal rahatsızlık öyküsü ile PPD tanısı arasında tutarlılık saptanmamıştır. Bir başka ifade ile kadınların yaklaşık üçte biri PPD tanısı almış olup, herhangi bir tanıyı belirlememiştir. Hastalığın yaygınlığı ve kadınların farkında olmamaları dikkate alındığında postpartum dönemdeki tüm kadınlar birinci basamak çalışan hekimler ve ebeler tarafından değerlendirilmeli, kendi ya da bebeğinin sağlığı konusunda ilgisiz davranışları olan anneleri PPD açısından da gözden geçirmelidir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Manisa'da bir gecekondu bölgesinde 0-12 aylık bebeği olan annelerde PPD prevalansı %36.9 bulunmuştur. Bu değer 1998 yılında Manisa'da kent merkezinde yapılan çalışmada bulunan prevalansın (%19.8) dikkat çekecek düzeyde yüksektir. PPD anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinin bir parçası olarak değerlendirilmeli. Özellikle gelir düzeyi düşük riskli bölgelere ağırlık verilmelidir. PPD olan ya da yüksek risk taşıyan annelerin tümünün ruh sağlığı uzmanlarına ulaşabilmesi mümkün görünmemektedir. Bu nedenle ruh sağlığı hizmetleri birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmeli, başta hekimler ve ebeler olmak üzere anneye odaklanan nitelikli doğum öncesi ve doğum sonu hizmetinin kapsamına postpartum depresyon konusu da alınmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Lumley J., Austin MP. What interventions may reduce postpartum depression. *Curr. Opin. Obstet Gynecol* 2001 Dec; 13(6):605-11.2.
2. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*, dördüncü baskı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.
3. Dünya Sağlık Örgütü. ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması. Çev. Edit: F. Çuhadaoğlu. I. Kaplan, G. Özgen, M.O. Öztürk, M. Rezaki, B. Uluğ. Türkiye-Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Ankara, 1993.
4. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs. Res.* 2001 50(5):275-85.
5. Patel V., Rodrigues M., De Souza N. Gender, poverty and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *Am J Psychiatry* 2002 Jan; 159(1):43-7.
6. Danaçı AE, Dinç G, Deveci A, Şen FS., İçelli İ. Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002 Mar; 37(3):125-9.
7. Cox JL., Holden JM., Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. 1987 *Br J Psychiatry*, 150:782-6.
8. Kumar R., Robson KM., A perspective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry*, 1984, 144:35-47.
9. Harris B., Huckle P., Thomas R., The use of rating scales to identify post-natal depression. *Br J Psychiatry*, 1989 154:813-7.
10. Cooper JP, Murray L. Course and recurrence of postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1995; 166:191-5.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

11. Lawrie TA, Hofmeyr GJ, de Jager M. Validation of Edinburgh Postnatal Depression scale on a cohort of South African women. S Afr J 1998; 88(10):1340-44.
12. Glasser S, Barell V, Shoham A. Prospective study of postpartum depression in an Israeli cohort: prevalence, incidence and demographic risk factors. J Psychosom. Obstet Gynaecol 1998; 19(3):155-64.
13. Gold LH. Postpartum disorders in primary care: diagnosis and treatment.
14. Newport DJ, Hostetter A., Arnold A., Stowe ZN. The MT, The treatment of postpartum depression: minimizing infant exposures. J Clin Psychiatry 2002; 63 suppl 7:31-44.
15. Righetti-Vellema M, Conne-Perreard E, Bouquet A. Risk factors and predictive signs of PPD. 1998. J. Affect. Disord, 49(3):167-180.
16. Bergant AM, Nguyen T, Meser R. Prevalence of depressive disorders in early puerperium. 1998. Gynakol geburtshilfliche Rundsch. 38(4):232-7.
17. Bryan TL, Georgiopoulos AM, Horms RW. Incidence of postpartum depression in Olmsted County, Minnesota. 1999. A population-based retrospective study. J Reprod Med. 44:351-8.
18. Abu-Saleh Ghubash R. The prevalence of early postpartum psychiatric morbidity in Dubai: transcultural perspective. Acta Psychiatr Scand. 1997; 95(5):428-32.
19. Jadresic E, Araya R. Prevalence of postpartum depression and associated factors in Santiago, Chile. Rev. Med. Chil. 1995; 123(6):649-99.
20. Augusto A, Kumar R, Calheiros JM. Postnatal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. 1996. Psychol-Med, 26(1):135-41.
21. Watt S, Sword W, Krueger P, Sheehan D. A cross-sectional study of early identification of postpartum depression: Implications for primary care providers from the Ontario Mother and Infant Survey. BMC Fam Pract 2002; 11:3(1):5.
22. Burt VK, Stein K. Epidemiology of depression throughout the female lifecycle. J. Clin Psychiatry 2002; 63 suppl 7:9-15.

Tablo 1 Tanımlayıcı özellikler

N=252	%
Yaş	
16-19	11.0
20-29	63.1
30-39	22.3
40 ve üstü	3.6
Öğrenim durumu	
Okur-yazar değil	46.4
Okur-yazar	9.9
İlkokul ve üstü	43.7
Göç	
Evet	70.2
Hayır	29.8
Yaşanan yer	
Kent	29.4
Gecekondu	70.6
Bölgede yaşama süresi (yıl)	
10 yıl ve altı	70.0
11-20	21.3
21 ve üstü	8.7

N=252	%
Eşin öğrenim durumu	
Okur-yazar değil	15.1
Okur-yazar	13.9
İlkokul ve üstü	71.0
Eşin mesleği	
İşsiz	13.5
Esnaf	16.3
İşçi	42.5
Çiftçi	0.8
Tarım işçisi	0.4
Memur	4.8
Diğer	21.8
Gelir durumu	
İyi	67.9
Kötü	32.1

Tablo 2 Bazı değişkenler ile postpartum depresyon (PPD) arasındaki ilişki

	PPD yok (%)	PPD var (%)	p	OR	%95 GA
Yaş					
19 ve altı	80.0	20.5	a.d*		
20-30	63.3	36.7			
31 ve üstü	55.2	44.8			
Öğrenim					
Eğitimsiz	57.7	42.3	p<0.05	1.71.	1.01-2.89
Eğitilmiş	70.0	30.0			
Sosyal güvence					
Yok	62.8	37.2	a.d.		
Var	63.2	36.8			
Yaşanan yer					
Kent	62.2	37.8	a.d.		
Gecekondu	63.4	36.6			
Göç					
Evet	60.5	39.5	a.d.		
Hayır	68.9	31.1			
Eşin çalışma durumu					
Çalışıyor	66.3	33.7	a.d.		
Çalışmıyor	57.3	42.7			
Gelir durumu					
İyi	73.1	26.9	p<0.05	3.76	2.16-6.55
Kötü	42.0	58.0			
Destek görme					
Var	69.8	30.2	a.d.		
Yok	58.2	41.8			
Premenstrüel semptomlar					
Var					
Yok	56.6	43.4	p<0.05	1.72	1.03-2.89
	69.2	30.8			
Gebelik öncesi ruhsal bozukluk öyküsü					
Yok	64.5	35.5	p<0.05	4.23	1.07-16.79
Var	30.0	70.0			

* anlamlı değil

Tablo 3 PPD ile bebeğe ilgi gösterebilme arasındaki ilişki

		Bebeğe ilgi		toplam
		evet	hayır	
PPD	var	142 (89.3)	17 (10.7)	159
	yok	68 (73.1)	25 (26.9)	93
toplam		210	42	252

X² testi p=0.001

Tablo 4.PPD ile gebelik sonrası ruhsal sorun yaşama

		Gebelik sonrası ruhsal sorun		toplam
		evet	hayır	
PPD	var	10 (4.0)	83 (32.9)	93
	yok	6(2.4)	153 (60.7)	159
toplam		16	236	252

Kappa=0.08 gözlenen tutarlılık= %64.7

ANKARA İLİNDE BİR İLÇE MERKEZİNDE 15 YAŞ VE ÜZERİ KADINLARIN RUHSAL DURUMLARININ GENEL SAĞLIK ANKET 12 KULLANILARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Zeynep BAYKAN*, Seçil ÖZKAN**, Işıl MARAL***Selçuk CANDANSAYAR****

*Uzman Dr.

**Öğr.Gör.Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.

***Doç.Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.

**** Doç.Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara.

ÖZET

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı, "1. aştalık ve sakatlığın olmaması, bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hali" olarak tanımlamaktadır. Yapılan çalışmalarda ruhsal sorunların kadınlarda erkeklerden daha çok olduğu gösterilmiştir. Bu araştırmada, Ankara ilinde bir ilçe merkezinde yaşayan 15 yaş ve üzeri kadınların ruhsal durumlarının Genel Sağlık Anketi 12 kullanılarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Çalışma Ankara ilinde, bir ilçe merkezinde Aralık 2001 yılında 15 yaş ve üzeri kadınlara uygulanmış kesitsel tipte bir araştırmadır. Psikiyatrik bozukluk prevalansı %15 olarak alınmış ve %5 yanılma payı ve 0.05 sapma ile 3930 kadının incelenmesi gerektiği hesaplanmıştır. Araştırma sonucunda hedeflenen 3930 kadından 3438'ine (%87.5) ulaşılmıştır. Araştırmada kadınlara GSA 12 uygulanmıştır. GSA 12 puan ortancası 1 (min:0-max:12)'dir. GSA skoru 4 ve üzerinde olanlar "olası ruhsal hastalık" olarak değerlendirilmiştir. Kadınların %21.7'sinin GSA12 sonuçları 4 ve üzerinde, %78.3'ünün 4'ün altındadır. Olası ruhsal hastalık tanısı alanlar en fazla %26.9 ile 55-64 yaş grubundadır. Evli kadınların %19.0'ı, bekarların %26.8'i ve dul/boşanmış olanların %34.2'si olası ruhsal hastalık tanısı almıştır. Olası ruhsal hastalık sıklığı en az %15.2 ile yükseköğretim/üniversite mezunları arasındadır.

GSA 12 ≥4 olmasının etkileyebilecek risk faktörlerinin lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmesinde yaş, medeni durum ve öğrenim durumu risk faktörü olarak saptanmıştır. Bekar olanlarda (bekar/dul/boşanmış) evli olanlara göre 1.75 kez ve ortaokul ve altı öğrenim düzeyi olanlarda olmayanlara göre 1.42 kez daha fazla olası ruhsal rahatsızlık görülmektedir.

Yapılan bu çalışmada bölgede yaşayan her 5 kadından biri "olası ruhsal hastalık" tanısı almıştır. Bu araştırmanın ileri aşamasında GSA puanı 4 ve üzerinde olan kadınlar hastanede tetkik edilecektir.

Anahtar kelimeler: Ruhsal sağlık, kadın Genel Sağlık Anketi 12

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı, "hastalık ve sakatlığın olmaması, bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hali" olarak tanımlamaktadır (1, 2). Ancak sağlık hizmetlerinin sunumunda ruhsal ve sosyal iyilik haline gerekli önem verilmemektedir (1). Yetişkinlerde ruhsal sağlık problemlerini boyutunu ölçebilecek oldukça zordur (3). Birçok ülkede yapılan toplum taramaları ruhsal hastalıkların sanıldan çok daha yaygın olduğunu göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yapılan ruhsal hastalık epidemiyolojisi çalışması nüfusunun neredeyse yarısının hayatları boyunca en az bir ruhsal rahatsızlık geçirdiğini ortaya koymaktadır (4). İngiltere'de yapılan çalışmalarda, bir yıl boyunca nüfusunun %30'unun stress, anksiyete ve depresyondan etkilendiğini göstermektedir (3). Türkiye'de yapılan çeşitli çalışma sonuçlarına göre ülkemizde psikiyatrik bozukluklar genel nüfusta %15, birinci basamağa başvuran hastalar arasında %2(-50 arasında) görülmektedir (2, 4, 5). Ülkemizde 5(0 000'den fazla ağır derecede, en az 5-6 milyon da tedavi gerektiren orta derecede ruhsal hastalığı olan birey olduğu tahmin edilmektedir (2).

Son yıllarda yapılan çalışmalar ruhsal bozukluğu olan insanların arttığını göstermektedir. İşsizlik, yaşam pahalılığı, göçler, ait olunan toplumsal kökten kopma, çarpık kentleşme, sanayileşme gibi etmenler sonucu pek çok insan ruhsal sorunlar yaşamaktadır (5). Kadınlar bu grup içinde ayrıca öneme sahiptir. Kadınlara verilecek ruh sağlığı hizmetleri üzerinde özellikle durulması gereken ve iyileştirilmesi gereken bir konudur. Birçok toplumda kadının toplumdaki rolüne yönelik kültürel tavır nedeni ile tam bir sosyal veya eğitimle ilgili gelişme gerçekleştirilememiştir. Kız çocuklarının eğitimine daha az önem gösterilmekte, kadınlar daha alt kademelerde daha az para ile çalıştırılmaktadırlar. Buna bağlı olarak kadınların ruhsal ve duygusal sağlığı daha çok risk altında kalmaktadır (1). Yapılan çalışmalarda ruhsal sorunların kadınlarda erkeklerden daha çok olduğu gösterilmiştir (6)

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Toplumda yaygınlığı fazla, yarım arama ve tanıma oranları düşük olan, hem ciddi iş gücü kaybı hem de sosyal yarıma yol açan ruhsal hastalıkların yaygınlığının saptanması hizmetlerin planlanabilmesi için atılacak ilk adımdır. Toplumda yaygınlığın saptanabilmesi için tarama testi olarak kullanılabilen pek çok görüşme ölçeği vardır. Bu ölçekler, sonuçlarının farklı ülkelerdeki araştırmalarla karşılaştırılabilmesini sağlar. Bunlardan biri 1972 yılında Goldberg tarafından geliştirilen Genel Sağlık Anketi (GSA)'dir. GSA toplum taramalarında ve hasta gruplarında genel ruhsal belirtileri taramak amacıyla geliştirilen bir ölçektir. GSA, geniş toplumlarda genel psikopatoloji düzeyini saptamak için yada iki basamaklı epidemiyolojik çalışmalarda tarama amacıyla kullanılmaktadır. Daha çok kısa süreli hastalıklara ve anksiyete/depresyon spektrumundaki hastalıklara duyarlıdır. Geçerli ve güvenilir bir test olduğu yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. Bu araştırmada, Ankara ili Gölbaşı ilçe merkezinde yaşayan 15 yaş ve üzeri kadınların ruhsal durumlarının Genel Sağlık Anketi 12 kullanılarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma Ankara ili Gölbaşı ilçe merkezinde Aralık 2001 yılında uygulanmış kesitsel tipte bir araştırmadır. İlçe merkezinde yaşayan 15 yaş ve üzeri kadınlar (19893 kadın) araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Çalışmada, ülkemizde genel nüfusta kabul edilen psikiyatrik bozukluk oran olan %15 olarak alınmış, %5 yanılma payı ve 0.01 sapma ile 3930 kadının incelenmesi gerektiği hesaplanmıştır. Araştırma Bölgesinde bulunan toplam 17 mahalleden küme örnekleme yöntemi ile 6 mahalle örneğe seçilmiştir. Mahallelerdeki evler tek tek dolaşmış ve kadınlara anket uygulanmıştır. Araştırma sonunda hedeflenen 3930 kadından 3438'ine (%87.5) ulaşılmıştır.

Araştırmada kadınlara GSA uygulanmıştır. GSA'nin 12, 28, 30 ve 60 soruluk biçimleri vardır. Yapılan bu çalışmada 12 soruluk biçimi kullanılmıştır. GSA 12, geçen 4 hafta boyunca kişilerin genel mutluluk düzeylerini, depresyon, anksiyete ve uyku düzenini sorgulayan 12 sorudan oluşmaktadır. Her soru dörder şıklıdır ("hiç olmuyor, her zamanki kadar, her zamankinden sık, çok sık"). Puanlamada Likert tipi kodlama yapılabileceği gibi ilk iki sütünü 0, son iki sütünü 1 olarak kodlamak da mümkündür (3, 7). Bu çalışmada ikinci puanlama şekli kullanılmıştır. Araştırma sonunda GSA skoru 4 ve üzerinde olanlar "olası ruhsal hastalık" olarak değerlendirilmiştir (3, 7-10). Araştırmanın ikinci aşamasında ileri tetkiklerinin yapılması için hastaneye davet edilmişlerdir. Araştırmada okuma yazması olan kadınlara anket formu verilmiş ve kendilerinin doldurması istenmiştir. Okuma yazması olmayan kadınlara ise sorular ve cevaplar tek tek okunarak kendileri için en doğru olanı söylemeleri istenilmiştir. Kadınlardan bütün soruları eksiksiz olarak işaretlemeleri istenmiştir. Anket formları anketörler tarafından kontrol edilmiş ve işaretli olmayan soru/soruların bulunmamasına dikkat edilmiştir.

Elde edilen veriler SPSS 7.51 istatistik paket programına yüklenmiş ve analizler yine aynı programda yapılmıştır. İstatistik olarak risk faktörlerinin değerlendirilmesinde lojistik regresyon analizi kullanılmıştır.

BULGULAR

Araştırmada toplam 3438 kadın incelenmiştir. İncelenen kadınların bazı demografik özelliklerine göre GSA 12 puanlarının dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir.

İncelenen kadınların %21.7'sininin GSA 12 sonuçları 4 ve üzerinde, %78.3'ününün 4'ü altındadır. 4 ve üzeri puan alanlar "olası ruhsal hastalık" tanısı almışlardır.

Olası ruhsal hastalık tanısı alanlar en fazla %26.9 ile 55-64 yaş grubundadır. Bunu sırasıyla 65 yaş ve üzeri ile 15-24 yaş grupları izlemektedir. Bu gruplarda olası ruhsal hastalık yüzdeleri %26.4 ve %23.3'dür. Olası ruhsal hastalık sıklığının en az olduğu grup ise %19.2 ile 35-44 yaşlarıdır.

Evli kadınların %19.0'ı, bekarların %26.8'i ve dul/boşanmış olanların %34.2'si olası ruhsal hastalık tanısı almıştır. Olası ruhsal hastalık sıklığı en az %15.2 ile yükseköğretim/üniversite mezunları arasındadır.

Çalışmada evhanımı, işsiz ve emekli olanlar çalışmıyor olarak, işçi-memur veya serbest meslek sahibi olanlarla öğrenci olanlar çalışıyor olarak alınmıştır. Çalışmayan kadınların %20.6'sı, çalışan kadınların %26.3'ü olası ruhsal hastalık tanısı almışlardır. İncelenen kadınların GSA 12 puanlarının dağılımı Şekil 1'de gösterilmiştir.

Şekil 1: İncelenen Kadınların GSA 12 Puanlarının Dağılımı

Kadınların %46.9'u 0 puan, %31.4'ü 1-3 puan ve %21.7'si 4 ve üzerinde puan almışlardır. Ortalama GSA 12 puanları 1.97 ± 2.77 , ortanca değer 1 (min:0, max:12) 'dir.

GSA 12 ≥ 4 olmasının etkileyebilecek risk faktörlerinin lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmesi Tablo 2'de gösterilmiştir. Yaş sürekli değişken, medeni durum, öğrenim durumu ve meslek kategorili değişken olarak alınmıştır. Bekar-dul/boşanmış olmak, lisenin altında öğrenim durumunda olmak ve çalışmıyor olmak risk faktörü olarak alınmıştır.

Lojistik regresyon ile yapılan analizde yaş, medeni durum ve öğrenim durumu risk faktörü olarak saptanmıştır. Bekar olanlarda (bekar/dul/boşanmış) evli olanlara göre 1.75 kez ve ortaokul ve altı öğrenim düzeyi olanlarda olmayanlara göre 1.42 kez daha fazla olası ruhsal rahatsızlık görülmektedir.

TARTIŞMA

Psikiyatri de belirli bir hastalığı, belirli semptomların veya psikopatolojinin toplumdaki sıklığını belirlemek ve oluş nedenlerini ortaya çıkarabilmek için anketler oldukça sık kullanılmaktadır. Genel Sağlık Anketi de toplum taramalarında veya birinci basamak sağlık hizmeti başvurularında genel ruhsal içerikli semptom sıklığını araştırmak amacıyla geliştirilmiş geçerli ve güvenilir bir ölçektir.

Bu çalışmada 3438 kadının ruhsal durumları GSA 12 kullanılarak değerlendirilmiş ve ortalama puanı 1.94 ± 2.77 olarak saptanmıştır. Kadınların %46.9'u 0 puan, %31.4'ü 1-3 puan ve %21.7'si 4 ve üzerinde puan almışlardır. 1991 yılında Gölbaşı İlçesi Merkez Sağlık Ocağına genel polikliniğe, diş ünitesine, kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine gelen hastalar üzerinde yürütülmüş bir çalışmada kadınların GSA 12 puan ortalaması 1.06, kadın doğum polikliniğine başvuranların 0.82 olarak bulunmuştur (11). Bu sonuçlar bizim çalışmamızdan biraz daha düşüktür. 1991 yılında yapılan çalışma toplumu temsil edici özellikte değildir. Aynı zamanda toplumda ruh sağlığı sorunlarını için yardım arama oranlarının düşük olduğu düşündürürse bizim çalışmamızda daha yüksek çıkan GSA 12 puan ortalamasının kadınların bu tip şikayetleri için sağlık kurumuna başvuru haklarını göstermektedir.

Çalışmamızda GSA 12 skoru 4 ve üzerinde olanlar "olası ruhsal hastalık" olarak sınıflandırılmıştır (3, 7-10). 1994 yılında İngiltere'de bu ölçek kullanılarak yapılan Gateshead çalışmada erkeklerin %23'ünün, kadınların %27'sininin puanlarının 4 ve üzerinde olduğu bulunmuştur. Bu araştırmanın sonuçları ulusal oranlardan biraz daha fazladır. Ulusal çalışmada erkekler için "olası ruhsal hastalık oranı" %13 iken kadınlarda %18'dir. Her iki çalışmada da kadınlardaki oran erkeklerde daha yüksektir ve Gateshead araştırmada bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu gösterilmiştir (3, 7). İngiltere'de yapılan ulusal boyutlu çalışmada İngiltere'de yaşayan Çinli kadınlarda bu oran %7 bulurken, Bangladeşli kadınlarda %30 bulunmuştur (7).

GSA 12 kullanılarak özel gruplarda yapılan çalışmalarda mevcuttur (10, 12). Bunlardan biri Avrupa'da 7 dış hekimliği okulunda okuyan öğrencilerde yapılmıştır. Bu çalışmada tüm öğrencilerin %36'sında GSA 12 puanı 3'ün üzerinde bulunmuştur (13). Yapılan bu çalışmada yaş, medeni durumu ve öğrenim durumu olası ruhsal hastalığı etkileyebilecek birer risk faktörü olarak bulunmuştur.

Yaşla birlikte ruhsal sorun ve bozuklukların arttığı bilinmektedir. 40 yaşın üzerinde depresif belirtiler, depresyon ve uyku bozukluklarının daha yaygındır (6). Ankara'da 1980 ve 1981 yıllarında yapılan çeşitli çalışmalarda 40 yaşın üzerinde depresyonun daha fazla olduğu, 1981 yılında Erzurum'da yapılan bir çalışmada 45 yaş üzerinde uyku bozukluklarının daha yaygın olduğu gösterilmiştir (6). Çalışmamızda olası ruhsal hastalık en sık % 26.9'la 55-64 yaş grubunda saptanmıştır. Gatesway araştırmasında 45-54 yaş grubunun yaklaşık üçte birinin GSA 12 puanı 4 ve üzerinde saptanmıştır (3). 1977 yıl-ında İçel'de toplumda tüm ruhsal bozuklukları saptamak için yapılan bir çalışmada da yaş arttıkça prevalansın arttığı ve en yüksek prevalansın 50-59 yaş grubunda olduğu saptanmıştır (6).

Çalışmamızda bekar olanlara göre evli olanlara göre olası ruhsal hastalık görülme olasılığı 1.75 kat daha fazla bulunmuştur. Evli olanların %19.0'ında, bekar olanların %26.8'inde ve dul/boşanmış olanların %34.2'sinde GSA 12 puanı 4 ve üzerinde bulunmuştur. Bunun nedeni olarak bu toplumdaki kadının rolüne yönelik kültürel tavır düşülmüştür. İçel'de ki çalışmada da buna benzer bir sonuç bulunmuştur (6).

Bir çok çalışmada düşük eğitimi düzeyi olan kesimde ruhsal bozukluğun daha çok olduğu bildirilmiştir. ABD'de yapılan çalışmalarda bunu destekleyici yöndedir (14). Çalışmamızda öğrenim durumu da bir risk faktörü olarak saptanmıştır. Ortaokul ve altı öğrenim düzeyi olanlarda olası ruhsal hastalık sıklığı 1.42 kez daha fazla bulunmuştur. İçel'deki çalışmada okur-yazar olmayanlarda, öğrenim görmüşlere göre ruhsal bozukluk sıklığı 3 kat fazla bulunmuştur. Ankara'da 1979 yılında yapılan bir çalışmada psikoz, psikonevroz ve psikosomatik hastalıkları, 1981 yılında yapılan bir çalışmada da basit depresyon ve depresyonun somatik belirtilerinin öğrenim görmemişlerde daha yaygın olduğu gösterilmiştir (6).

SONUÇ

Bu çalışmada kadınların %21.7'sinin GSA12 sonuçları 4 ve üzerinde, %78.3'ünün 4'ün altında bulunmuştur. GSA puanının 4 ve üzerinde olmasını etkileyebilecek risk faktörleri olarak yaş, medeni durum ve öğrenim durumu saptanmıştır. Bekar olanlarda (bekar/dul/boşanmış) evli olanlara göre 1.75 kez ve ortaokul ve altı öğrenim düzeyi olanlarda olmayanlara göre 1.42 kez daha fazla olası ruhsal rahatsızlık görünmektedir.

Yapılan bu çalışmada, Göbbaşı bölgesinde yaşayan her 5 kadından biri "olası ruhsal hastalık" tanısı almıştır. Bu sonuç konunun önemli bir sorun olduğunu ortaya koymaktadır. Bu araştırmanın ileri aşamasında GSA puanı 4 ve üzerinde olan kadınlar hastanede tetkik edilecektir. Ruh sağlığı sorunları elbette ki, ülkenin toplumsal-ekonomik sorunlarından, eğitim ve öğrenim düzeyinden, toplumsal güvence koşullarından ve siyasi yapısından soyutlanamaz. Ancak sağlığın fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali olduğu unutulmamalı; bölgede çalışan sağlık personeli ruh sağlığı sorunlarına duyarlı hale getirilmeli ve bu sorunlarla başa çıkabilmeyi sağlayacak becerilerle donatılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruh Sağlığı, T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara-1995.
2. Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Bozuklukları Tanı Tedavi Rehabilitasyon, T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara-1997.
3. Mental Health (<http://www.gateshead.gov.uk/pdf/lifestyle/mentalhealth.pdf>)
4. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu, T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara-1998.
5. Özkürküçügil A (1996): Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Psikiyatrik Tanı Koşulurucu Bir Ölçeğin (Prime-Md) Türkçeye Uyarlanması, Uzmanlık Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Sivas.
6. Güleç C. Toplum Ruh Sağlığı Açısından Psikiyatrik Epidemiyoloji. In: Bertan M. Güler Ç: Halk Sağlığı Temel Bilgiler, 1997: 442-454.
7. Psychosocial well-being (<http://www.dphpc.ox.ac.uk/bhfbprg/stats/2000/2002/psychosocialwellbeing.html>)
8. The general health questionnaire: (GHQ12) (<http://www.officialdocuments.co.uk/document/depts/doh/survey00/pwop/pwop08.htm>)
9. Health Education Board for Scotland: statistics database- Mental Health: The 1998 Scottish Health Survey (<http://www.hebs.com/topics/statschart.cfm?topic=mental&serialno=148>)
10. Aydın İ, Uluşahin A: Depression, anxiety comorbidity, and disability in tuberculosis and chronic obstructive pulmonary disease patients: applicability of GHQ-12, General Hospital Psychiatry 23(2001), 7-83.
11. Kılıç C (1992): Genel Sağlık Arketi: Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması, Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara.
12. Parle M, Gallagher J, Gray C, Akers G, Liebert B. From Evidence to practice: Factors affecting the specialist breast nurse's detection of psychological morbidity in women with breast cancer. Psycho-Oncology, Volume 10, Issue 6, 2001, 503-10.
13. Humphris G, Blinkhorn A, Freeman R, Gorter R, Hoad-Reddick G, Murtomaa H, Sullivan R. Psychological stress in undergraduate dental student: baseline results from seven European dental schools. Eur J Dent Educ. 6(1), 2002, 22-9.
14. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Ankara-1994.

VIII. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

Tablo 1: İncelenen 15 yaş ve Üzeri Kadınların Bazı Demografik Özelliklerine Göre GSA 12 Puanlarının Dağılımı

Yaş Grupları	GSA12<4			GSA≥4			Toplam	
	Sayı	%x	%xx	Sayı	%x	%xx	Sayı	%xx
15-24	847	76.7	31.4	258	23.3	34.6	1105	32.1
25-34	729	80.5	27.1	177	19.5	23.7	906	26.4
35-44	593	80.8	22.0	141	19.2	18.9	734	21.3
45-54	288	77.6	10.7	83	22.4	11.1	731	10.8
55-64	133	73.1	4.9	49	26.9	6.6	182	5.3
65 ve üzeri	103	73.6	3.9	37	26.4	5.1	140	4.1
Medeni Durum								
Evli	1974	81.0	73.3	463	19.0	62.1	2437	70.9
Bekar	594	73.2	22.1	217	26.8	29.1	811	23.6
Dul/boşanmış	125	65.8	4.6	65	34.2	8.8	190	5.5
Öğrenim Durumu								
Okur yazar değil	257	76.5	9.5	79	23.5	10.6	336	9.8
Okur yazar	97	74.6	3.6	33	25.4	4.4	130	3.8
İlkokul mezunu	1275	79.8	47.3	322	20.2	43.2	1597	46.5
Ortaokul mezunu	443	72.3	16.4	170	27.7	22.8	613	17.8
Lise mezunu	487	80.6	18.1	117	19.4	15.7	604	17.5
Yüksekokul/üniversite mezunu	134	84.8	5.1	24	15.2	3.3	158	4.6
Çalışma durumu								
Çalışmıyor	2207	79.4	81.9	572	20.6	76.8	2779	80.8
Çalışıyor	486	73.7	18.1	173	26.3	23.2	659	19.2
Toplam	2693	78.3	100.0	745	21.7	100.0	3438	100.0

%x: Satır yüzdesi %xx: Kolon yüzdesi

Tablo 2: GSA 12≥4 Olmasında Etkili Olabilecek Risk Faktörlerinin Lojistik Regresyon Analizi İle İncelenmesi

Risk Faktörleri	Beta	Odds Ratio	%95 Güven aralığı	p
Yaş	0.0072	1.0072	1.0011-1.0134	0.02
Medeni durum	0.5610	1.7524	1.4241-2.1565	<0.001
Bekar/evli				
Öğrenim durumu	0.3530	1.4234	1.1468-1.7667	0.0014
Ortaöğrenim altı/üzeri				
Çalışma durumu	0.1648	1.1791	0.9136-1.5218	0.2055
Çalışıyor/çalışmıyor				

GAP BÖLGESİ'NDE AİLE PLANLAMASI KONUSUNDA BİLGİ DÜZEYİ

Saime ŞAHİNÖZ*, Servet ÖZGÜR*, Ali İhsan BOZKURT*, Birgül ÖZÇIRPICI*, Turgut ŞAHİNÖZ**, Ali CEYLAN***, Günay SAKA***, Ersen İLÇİN***, Hamit ACEMOĞLU***, Yılmaz PALANCI***,

* Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D

** Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürü

***Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D

ÖZET

GAP Bölge Kalkınma İdaresi Başkanlığı'nın desteğiyle, Türkiye Parazitoloji Derneği, Gaziantep, Dicle ve Harran üniversitelerinin yer aldığı bir grup tarafından 2001-2002 yıllarında yürütülen GAP Halk Sağlığı Projesi sırasında erkeklere ve kadınlara uygulanan soru kağıtları aracılığıyla üreme sağlığına ve bu kapsamda aile planlaması bilgi düzeylerine ilişkin veriler toplanmıştır.

Büyükölçüye orantılı olasılıklı örnekleme yöntemiyle kırsal kentsel ayrımlı olarak GAP Bölgesi'ndeki 9 ilden DIE tarafından örneğe seçilen 1150 konuttan 1126 sına ulaşılabilmiş ve bu konutlarda yaşayan 15 ve üzeri yaşta ve araştırma sırasında evde olan 1756 kadına ve 661 erkeğe aile planlaması ile ilgili sorular sorulmuştur.

Sonuçta GAP bölgesinde erkeklerin % 46,3'ünün (kırsalda % 55,9 unun, kentsele % 37,2 sinin), kadınların % 29,2 sinin (kırsalda %35,9 unun, kentsele %24,4 ünün) herhangi bir gebelikten korunma yöntemini bilmediği; bu oranların Türkiye genelinin çok üstünde olduğu; yöntem bilmede eğitim düzeyinin ve Türkçe bilmenin etkili olduğu; herhangi bir yöntemi duymuş tüm kadınlar arasında bilinen ilk 5 yöntem sıralamasının hap, RİA, iğne, kondom, tüp ligasyonu şeklinde olduğu; herhangi bir yöntemi duymuş tüm erkekler arasında bilinen ilk 5 yöntem sıralamasının hap, RİA, kondom, iğne, geri çekme şeklinde olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Aile planlaması konusunda bilgi düzeyi, Güneydoğu Anadolu bölgesi

GİRİŞ

Üreme sağlığı, yalnızca üreme sistemi ve işlevlerinde herhangi bir hastalık ya da zayıflık değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan bütünüyle iyi olma durumudur. Dolayısıyla bu tanım, insanların tatmin edici ve güvenilir bir yaşam sürdürebilmeleri ve üreme yeteneği ve bu konuda karar verme, sıklığı belirleme özgürlüğüne sahip olmaları anlamına gelir. Bu özgürlük erkeklerin ve kadınların doğurganlıklarını düzenlemek için gereken güvenli, etkili, bütçelerine uygun, ulaşılabilir yöntemler hakkında bilgi alma ve aynı zamanda gebelik bakımı ve doğum hizmetlerine ulaşma hakkını içerir. Üreme sağlığı hizmetlerinin de sadece üreme ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara ilişkin danışmanlık sunulması değil, aynı zamanda yaşamın ve bireysel ilişkilerin zenginleştirilmesi demek olan cinsel sağlığı da içermesi gerektiği vurgulanır (1, 2, 3, 4).

Aile planlaması konusundaki bilgi, tutum ve davranış üreme sağlığının önemli konuları arasındadır. Bu nedenle GAP Halk Sağlığı Projesi sırasında bu konularda da erkeklere ve kadınlara uygulanan soru kağıtları aracılığıyla bölge halkının aile planlaması bilgi düzeylerine ilişkin veriler toplanmıştır.

AMAC

GAP Halk Sağlığı Projesi, GAP Bölgesi'nde var olan veya barajlar, sulama altyapıları, tarımda sulamanın yaygınlaşması, ürün deseninin ve tarımsal pratiklerin değişmesi, sanayileşme ve kentleşme sonucunda oluşacak ekolojik ve çevresel değişimlere bağlı olarak ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarını, özellikle su ile bulaşabilen hastalıkları ve nedenlerini belirlemek; ortaya çıkabilecek sağlık sorunları ve bunların önlenmesine yönelik politika, strateji ve uygulama yöntem ve araçlarını geliştirmek; ve bu alanda bir izleme ve değerlendirme sistemi kurmak amacıyla uygulanmıştır. Proje çerçevesinde halk sağlığını tehdit eden mevcut sağlık riskleri ve gelecekte olası sağlık riskleri arasında üreme sağlığını etkileyen etkenler de vardır. Bu amaçla projede üreme sağlığı durumu incelenmiştir.

YÖNTEM

Projede örnek seçimi Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) tarafından yapılmıştır. GAP kapsamındaki 9 ilin toplam nüfusunun 6.128.973 olduğu bilindiğinden kırsal-kentsel ayrımlı olarak olabildiğince büyük bir örnek seçebilmek için $d=0,03$, $p=0,04$ (en az görülen hastalık sıklığı), $\infty=0,01$ alınarak ve 2 değişkenli, 3 ve 4'er düzeyli tablolar yapılabileceği düşünülerek GAP bölgesini temsil edecek örneklem büyüklüğü 6822 olarak tespit edilmiştir. Bu rakam 6900'e yuvarlanarak ve bölgede her konutta ortalama 6 kişi olduğu düşünülerek; örneğe çıkacak konut sayısı $6900/6=1150$ olarak belirlenmiştir. Daha sonra bölgenin kırsal ve kentsel kesimlerini ayrı ayrı temsil eden birer örnek büyükölçüye orantılı olasılıklı örnekleme yöntemi ile seçilmiştir.

Araştırmada kullanılacak soru kağıtları Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyeleri tarafından ayrı ayrı, eş zamanlı olarak hazırlanmıştır. Daha sonra bir araya gelinerek bunlar ortak soru kağıdı haline getirilmiş ve ön denemelerden sonra soru kağıtlarına son şekli verilmiştir.

Soru kağıtları; konut, 0-59 aylık çocuk, 5 yaş ve yukarısı kadın ve erkek grubuna yönelik bilgi edinme soru kağıtlarından (anket formları) oluşmuştur. Daha sonra her ilde soru kağıdı uygulama ekipleri kurulup eğitilmiş ve bunlar başlarında bir halk sağlığı uzmanı ile birlikte örnekte yer alan her evde yaşayan bireylerle soru kağıdı uygulamışlardır.

"Hane Halkı ve Haneler İçin Soru Kağıdı" ile o konutta yaşayanları ve nitelikleri ile ilgili bilgiler elde edilmiştir. "5 Yaş Üzeri Kız Çocuk ve Kadınlar İçin Soru Kağıdı" "5 Yaş Üzeri Erkek Çocuk ve Erkekler İçin Soru Kağıdı" ile bölgedeki kadın ve erkeklerin demografik, üreme sağlığı ve aile planlaması ile ilgili bazı özellikleri hakkında veri toplanmıştır. Gebeligi önlleyici yöntem bilgisi ile ilgili verilerin değerlendirilmesi evde bulunan 15 yaş ve üzeri kadın ve erkeklerde yapılmıştır.

Veriler bilgisayarda SPSS ve Excel programları ile değerlendirilmiştir ve istatistiksel analizlerde χ^2 testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Örneğe alınan 1150 konuttan 1126 sına ulaşılmıştır. Bu konutlarda 7609 kişi yaşamaktadır ve bunlardan 7240'ına soru kağıdı uygulanmıştır. Soru kağıdı uygulanan kişi sayısı önceden planlanan örneklem büyüklüğünden daha fazladır (6900). Soru kağıdı uygulanan kişilerin 3211'i 5 yaş ve üzeri kadın, 2971'i 5 yaş ve üzeri erkektir. Aile planlaması hakkındaki sorular 15 ve üzeri yaşta ve araştırma sırasında evde olan 1756 kadına ve 661 erkeğe sorulmuştur.

GAP bölgesindeki erkeklerin % 46,3'ünün herhangi bir gebeligi önlleyici yöntem bilmedikleri saptanmıştır. Herhangi bir gebeligi önlleyici yöntem bilmeyen erkeklerin oranı kırsal bölgelerde (%55,9), kentsel bölgelere göre (%37,2) daha yüksektir ($p=0,000$) (Tablo 1). Herhangi bir gebeligi önlleyici yöntem bilen erkeklerin oranı % 53,7 dir. Bu oranın en yüksek olduğu il Gaziantep (% 78,4), en düşük olduğu il Kilis'tir (%19,2).

GAP bölgesinde kadınların % 70,8'i herhangi bir gebeligi önlleyici yöntemi biliyor, buna karşın % 29,2'si herhangi bir gebelikten korunma yöntemi bilmiyordu. Herhangi bir gebeligi önlleyici yöntem bilmeyen kadınların oranı kırsal bölgelerde (% 35,9), kentsel bölgelere göre (% 24,4) daha yüksektir ($p=0,000$) (Tablo 1). Herhangi bir gebeligi önlleyici yöntem bilen kadınların oranının en yüksek olduğu il Adıyaman (% 87,0), en düşük olduğu il Şanlıurfa'dır (% 46,0).

Soru kağıdı uygulanan 15 yaş ve üzeri kadınların herhangi bir gebeligi önlleyici yöntemi duyma durumlarına, Türkçe bilme durumuna ve illere göre dağılımı Tablo 2'de verilmiştir. GAP genelinde Türkçe bilenlerde gebeligi önlleyici yöntemleri duyma oranı % 80,8, biraz bilenlerde % 57,6, bilmeyenlerde % 50,3'tür. Türkçe bilme oranı arttıkça gebeligi önlleyici yöntemleri bilme durumu da anlamlı derecede artmaktadır ($p=0,000$). Adıyaman ilinde Türkçe bilenlerin % 90,9'u gebeligi önlleyici yöntemleri duymuşlardır.

Soru kağıdı uygulanan 15 yaş ve üzeri gruptaki erkeklerin ve kadınların eğitim durumlarına göre gebeligi önlleyici yöntemleri duyma durumları Tablo 3 te verilmiştir. Bu tabloya göre hem kırsal hem kentsel kesimde her iki cinsiyette de eğitim düzeyi yükseldikçe gebeligi önlleyici yöntemleri duyma oranı yükselmektedir. Okuryazar olmayan kadınlarda herhangi bir gebeligi önlleyici yöntemi duyanların oranı diğer eğitim düzeylerine göre anlamlı düzeyde düşük (% 58,6), buna karşın lise ve üzeri eğitimlilerde ise anlamlı derecede yüksek (% 96,1) bulunmuştur

(p=0,000). Kırsal ve kentsel bölgelerde benzer sonuçlar elde edilmiştir. Erkeklerin gebeliği önleyici yöntemleri duyma durumları incelendiğinde herhangi bir gebeliği önleyici yöntemi duymayanların oranı okuryazar olmayan erkeklerde % 23,7 iken lise ve üzeri eğitimlilerde % 83,8 e yükselmektedir (p=0,000). Kırsal ve kentsel bölgelerde benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Bölgede herhangi bir yöntemi duymuş olan 15 yaş ve üzeri erkekler arasında en çok bilinen gebelikten korunma yöntemleri hem kırsal hem kentsel kesimde yaklaşık % 92 lik bir oranda oral kontraseptifler (hap), yaklaşık % 79 luk bir oranda da rahim içi araçlar (RIA) dır (Tablo 4). En az bilinenler ise diyafram/köpük/jel (kırsalda % 3,5, kentserde % 9,9), norplant (kırsalda % 7,1, kentserde % 14,1) ve takvim yöntemi (kırsalda % 16,9, kentserde % 19,2) dir. Aynı yaş grubundaki kadınlar arasında da hem kırsalda hem kentserde en çok bilinen iki yöntem de aynıdır (Tablo 4). Yalnız bunların bilinme oranları daha yüksektir (oral kontraseptifler kırsalda % 94,6, kentserde % 95,8; RIA kırsalda % 92,3, kentserde % 95,6). En az bilinen yöntemler de erkeklerdeki gibi sıralanmaktadır. Etkin olmayan bir yöntem olan geri çekme yöntemini bilmeyenlerin oranı erkekler arasında yaklaşık % 60, kadınlar arasında yaklaşık % 50 dir.

TARTIŞMA

Bölgedeki 15 yaş ve üzeri erkeklerin %53,7'sinin, kadınların ise %70,8'inin herhangi bir gebeliği önleyici yöntemi duymuş olmaları, TNSA 1998'deki Türkiye geneli için saptanan oranların çok altında kalmaktadır (5). Ancak, Özgür ve arkadaşlarının Gaziantep kırsalında yürüttüğü bir toplum deneyi çalışmasında 1996 yılında herhangi bir gebeliği önleyici yöntem duymuş olma oranının 15-49 yaşta evli kadınlar arasında % 44 lere, bu kadınların kocaları arasında ise % 50 lere kadar indiği belirlenmiştir (6). Kadınların % 70,8'inin buna karşılık erkeklerin % 53,7'sinin herhangi bir gebeliği önleyici yöntemi biliyor olması, aile planlaması hizmetlerinin ve bu yöndeki eğitim çalışmalarının daha çok kadınlara yönelik olmasından ileri gelebilir. Bu konuda daha başarılı olunması için erkeklerle yönelik aile planlaması çalışmalarına ağırlık verilmelidir.

Kadınların Türkçe bilmelerinin ve eğitim düzeylerinin gebeliği önleyici yöntem duyma durumlarını etkilediği belirlenmiştir.

Kadınlar arasında Türkçe biliyor olmanın herhangi bir yöntem duyma oranına büyük etkisi olduğu ve bazı illerde bu oranı % 90 nın üstüne çıkardığı görülmüştür. Bölge genelinde bu oran, Türkçe bilenlerde % 80,8, bilmeyenlerde % 50,3 tür. Ancak bunun eğitimli kadınların zaten Türkçe bilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Çünkü bölgenin hem kırsal hem kentsel kesimde hem erkeklerde hem de kadınlarda eğitim düzeyi yükseldikçe yöntem duyma oranının da yükseldiği saptanmıştır.

Hem kadınlarda hem de erkeklerde okuryazar olmayan kişilerde gebeliği önleyici yöntem duyma oranı oldukça düşük düzeylerde iken, eğitimin yükselmesi ile birlikte bu oranın önemli artışlar göstermesi ve lise ve üzeri eğitimlilerde erkeklerde %83,8'e, kadınlarda %96,1'e yükselmesi dikkat çekicidir ve eğitimin gebeliği önleyici yöntemlerden haberdar olmaya etkisini açık bir şekilde göstermektedir. Bu etki özellikle okuryazar olma ve lise mezunu olma ile daha çok artmaktadır.

Herhangi bir yöntemi duymuş olan erkekler ve kadınlarda en çok bilinen gebeliği önleyici yöntemler sırasıyla oral kontraseptifler ve rahim içi araçlardır. Herhangi bir yöntemi duymuş tüm kadınlar arasında bilinen ilk 5 yöntem yöntem sıralaması hap, RIA, iğne, kondom, tüp ligasyonu; erkekler arasında hap, RIA, kondom, iğne, geri çekme vardır. TNSA-1998 de ise tüm kadınlar arasında en çok bilinen yöntem sıralaması RIA, hap, kondom, tüp ligasyonu ve geri çekme; kocaları arasında hap, RIA, kondom, geri çekme ve tüp ligasyonu vardır (5).

Araştırmada dikkati çeken bir nokta da geri çekme yöntemini herhangi bir yöntem duymuş olan erkeklerin yaklaşık % 40 ının, kadınların ise yaklaşık % 45 inin duymuş olmasıdır. Tüm erkekler ve kadınlar bazında hesaplandığında geri çekme yöntemini duymuş olanların oranı kırsal bölgede erkeklerde % 18,3 , kadınlarda % 28,0, kentsel bölgede erkeklerde %25,9, kadınlarda %36,4 olarak bulunmuştur. Bu oranlar TNSA-1998 dekilerin yarısından da daha düşüktür (5). Bunun nedeni konusunda bir yorum yapılamamakla birlikte etkili gebelikten korunma yöntemlerinin yaygınlaştırılması açısından önemli bir engel. Türkiye geneline göre daha az olduğu söylenebilir. Nitekim bölgede kullanılan gebeliği önleyici yöntem sıralamasında geri çekme RIA'nın ardından ikinci sıraya düşmüştür.

SONUÇLAR

Bölgede hem erkekler arasında hem kadınlar arasında gebeliği önleyici yöntemlerin duyulma oranı Türkiye geneline göre oldukça düşüktür. Bu oran bireyin eğitim düzeyi yükseldikçe artmaktadır. En çok duyulan yöntemler oral kontraseptifler ve RIA dır.

Kaynaklar

1. WHO. Health, Population and Development, WHO Position Paper. International Conference on Population and Development 1994, Cairo. WHO/FHE/ 94.1, Geneva, 1994.
2. WHO. Health, Population and Development, WHO Position Paper. International Conference on Population and Development 1994, Cairo. Executive Summary. WHO/FHE/ 94.2, Geneva, 1994.
3. WHO. Womens Health: Improve Our Health, Improve The World, WHO Position Paper. Fourth World Conference on Women, Beijing, China, 4-15 September 1995. WHC/FHE/ 95.8, Geneva, 1995.
4. WHO. Womens Health: Improve Our Health, Improve The World, WHO Position Paper. Fourth World Conference on Women, Beijing, China, 4-15 September 1995. Executive Summary. WHO/FHE/ 95.9, Geneva, 1995.
5. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ve MEASURE DHS + Macro International Inc. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998, Ankara, Ekim 1999.
6. Özgür, S., Bozkurt, A.İ., Özçarpıcı, B. "The effects of family planning education provided to different gender groups", British Journal of Obstetrics and Gynaecology, Vol.: 107, Oct. 2000. pp.: 1226-1232.

Tablo 1. Araştırma Sırasında Evde Olan ve Soru Kağıdı Uygulanan 15 Yaş ve Üzeri Erkek ve Kadınların Herhangi Bir Gebeliği Önleyici Yöntemleri Duyma Durumlarına İllere ve Yerleşim Yeriine Göre Dağılımı

İller	Yerleşim Yeri Tipi	Gebeliği Önleyici Yöntemleri Duyma Durumu									
		Erkekler			Kadınlar			Toplam			
		Duymuş Sayı	%	Duymamış Sayı	%	Toplam Sayı	Duymuş Sayı	%	Duymamış Sayı	%	Toplam Sayı
Adıyaman	Kırsal	13	31,0	29	69,0	42	83	85,5	14	14,5	97
	Kentsel	16	61,5	10	38,5	26	64	88,9	8	11,1	72
	Toplam	29	42,6	39	57,4	68	147	87,0	22	13,0	169
Batman	Kırsal	5	56,3	7	43,8	16	34	64,2	19	35,8	53
	Kentsel	7	63,6	4	36,4	11	38	65,2	20	34,8	58
	Toplam	16	59,3	11	40,7	27	72	64,9	39	35,1	111
Diyarbakır	Kırsal	28	37,3	47	62,7	75	125	73,1	46	26,9	171
	Kentsel	44	60,3	29	39,7	73	192	82,8	40	17,2	232
	Toplam	72	48,6	76	51,4	148	317	78,7	86	21,3	403
Gaziantep	Kırsal	37	61,7	23	38,3	60	95	65,9	49	34,1	144
	Kentsel	68	91,9	6	8,1	74	270	84,1	51	15,9	321
	Toplam	105	78,4	29	21,6	134	365	78,5	100	21,5	465
Kilis	Kırsal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Kentsel	5	19,2	21	80,8	26	15	78,9	4	21,1	19
	Toplam	5	19,2	21	80,8	26	15	78,9	4	21,1	19
Mardin	Kırsal	20	62,5	12	37,5	32	48	62,3	29	37,7	77
	Kentsel	21	67,7	10	32,3	31	55	73,3	20	26,7	75
	Toplam	41	65,1	22	34,9	63	103	67,8	49	32,2	152

GÜNYEYDOĞU ANADOLU BÖLGESİ BİLDİRİLERİ

Siirt	Kırsal	11	40,7	16	59,3	27	30	60,0	20	40,0	50
	Kentsel	7	100,0	0	0,0	7	20	62,5	12	37,5	32
	Toplam	18	52,9	16	47,1	34	50	61,0	32	39,0	82
Şanlıurfa	Kırsal	19	30,6	43	69,4	62	35	30,7	79	69,3	114
	Kentsel	32	45,7	38	54,3	70	95	56,2	74	43,8	169
	Toplam	51	38,6	81	61,4	132	130	46,0	153	54,0	283
Şırnak	Kırsal	5	62,5	3	37,5	8	15	78,9	4	21,1	19
	Kentsel	15	61,9	8	38,1	21	30	56,6	23	43,4	53
	Toplam	18	62,1	11	37,9	29	45	62,5	27	37,5	72
GAP*	Kırsal	142	44,1	180	55,9	322	455	64,1	260	35,9	725
	Kentsel	213	62,8	126	37,2	339	779	75,6	252	24,4	1031
	Toplam	355	53,7	306	46,3	661	1244	70,8	512	29,2	1756
						* $\chi^2=22,5$		p=0,000			
						* $\chi^2=26,3$		p=0,000			

Tablo 2. Soru Kağıdı Uygulanan 15 Yaş ve Üzeri Kadınların Herhangi Bir Gebeliği Önleyici Yöntem Duyuma Durumlarının Türkçe Bilme Durumuna ve İllere Göre Dağılımı

İller	Türkçe'yi	Gebeliği Önleyici Yöntemleri Duyuma Durumu									
		Duymuş		Duyunmamış		Toplam					
		Sayı	%	Sayı	%						
Adıyaman	Biliyor	120	90,9	12	9,1	132					
	Biraz	20	87,0	3	13,0	23					
	Bilmiyor	7	50,0	7	50,0	14					
Batman	Biliyor	35	81,4	8	18,6	43					
	Biraz	9	52,9	8	47,1	17					
	Bilmiyor	28	54,9	23	45,1	51					
Diyarbakır	Biliyor	178	87,3	26	12,7	204					
	Biraz	47	72,3	18	27,7	65					
	Bilmiyor	92	68,7	42	31,3	134					
Gaziantep	Biliyor	365	79,2	96	20,8	461					
	Biraz	0	0,0	4	100,0	4					
	Bilmiyor	0	0,0	0	0,0	0					
Kilis	Biliyor	15	78,9	4	21,1	19					
	Biraz	0	0,0	0	0,0	0					
	Bilmiyor	0	0,0	0	0,0	0					
Mardin	Biliyor	53	86,9	8	13,1	61					
	Biraz	13	56,5	10	43,5	23					
	Bilmiyor	37	54,4	31	45,6	68					
Siirt	Biliyor	21	84,0	4	16,0	25					
	Biraz	17	85,0	3	15,0	20					
	Bilmiyor	12	32,4	25	67,6	37					
Şanlıurfa	Biliyor	104	65,0	56	35,0	160					
	Biraz	21	28,0	54	72,0	75					
	Bilmiyor	5	10,4	43	89,6	48					
Şırnak	Biliyor	17	89,5	2	10,5	19					
	Biraz	17	73,9	6	26,1	23					
	Bilmiyor	11	36,7	19	63,3	30					
GAP*	Biliyor	908	80,8	216	19,2	1124					
	Biraz	144	57,6	106	42,4	250					
	Bilmiyor	192	50,3	190	49,7	382					
						* $\chi^2=153,33$		p=0,000			

Tablo 3. Soru Kağıdı Uygulanan 15 Yaş ve Üzeri Erkeklerin ve Kadınların Gebeliği Önleyici Yöntemleri Duyuma Durumlarına, Yeterleşim Yeri ve Eğitim Durumuna Göre Dağılımı (Not: 5 erkek ve 4 kadının eğitim düzeyine ait veri olmadığından analiz dışı bırakılmıştır.)

Yeterleşim Yeri Tipi	Eğitim Düzeyi	Gebeliği Önleyici Yöntemleri Duyuma Durumu									
		Erkekler					Kadınlar				
		Duydum		Duymadım		Toplam	Duydum		Duymadım		Toplam
Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		Sayı	%			
Kırsal*	Okuryazar Değil	6	10,5	51	89,5	57	222	54,3	187	45,7	409
	Okuryazar	17	33,3	34	66,7	51	39	65,0	21	35,0	60
	İlkokul Mezunu	74	52,5	67	47,5	141	163	77,6	47	22,4	210
	Ortaokul Mezunu	21	56,7	16	43,3	37	22	84,6	4	15,4	26
	Lise Mezunu ve üzeri	24	77,4	7	22,6	31	18	90,0	2	10,0	20
						* $\chi^2=48,63$		p=0,000			
Kentsel**	Okuryazar Değil	21	36,8	36	63,2	57	291	62,3	176	37,7	467
	Okuryazar	13	50,0	13	50,0	26	78	77,2	23	22,8	101
	İlkokul Mezunu	81	64,8	44	35,2	125	262	36,2	42	13,8	304
	Ortaokul Mezunu	39	61,9	24	38,1	63	64	88,9	8	11,1	72
	Lise Mezunu ve üzeri	59	86,8	9	13,2	68	81	97,6	2	2,4	83
						** $\chi^2=35,23$		p=0,000			
GAP Toplam**	Okuryazar Değil	27	23,7	87	76,3	114	513	58,6	363	41,4	876
	Okuryazar	30	38,9	47	61,0	77	117	72,7	44	27,3	161
	İlkokul Mezunu	155	58,3	111	41,7	266	425	82,7	89	17,3	514
	Ortaokul Mezunu	60	60,0	40	40,0	100	86	87,8	12	12,2	98
	Lise Mezunu ve üzeri	83	83,8	16	16,2	99	99	96,1	4	3,9	103
						*** $\chi^2=88,0$		p=		*** $\chi^2=144,2$	
						p=		0,000			

Tablo 4. Soru Kağıdı Uygulanan 15 Yaş ve Üzeri Erkek ve Kadınların Bildikleri Gebeliği Önleyici Yöntemlerin İllere ve Yerleşim Yerine Göre Dağılımı

Gebeliği Önleyici Yöntem	Yerleşim Yerinin Tipi	Erkek						Kadın							
		Biliyor		İrdeleyerek Biliyor		Bilmiyor		Biliyor		İrdeleyerek Biliyor		Bilmiyor			
		N	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	N	Sayı	%	Sayı	%		
RIA	Kırsal	142	77	54,2	34	23,9	31	21,8	465	369	79,4	61	13,1	36	7,7
	Kentsel	213	117	54,9	51	23,9	45	21,1	779	632	81,1	121	15,5	34	4,4
	Toplam	355	194	54,6	85	23,9	76	21,4	1244	1001	80,5	182	14,6	70	5,6
Hap	Kırsal	142	111	78,2	19	13,4	12	8,5	465	366	78,7	75	16,1	25	5,4
	Kentsel	213	139	65,3	57	26,8	17	7,9	779	627	80,5	127	16,3	33	4,2
	Toplam	355	250	70,4	76	21,4	29	8,2	1244	993	79,8	202	16,2	58	4,7
Kondom	Kırsal	142	72	50,7	24	16,9	46	32,4	465	212	45,6	72	15,5	178	38,3
	Kentsel	213	114	53,5	35	16,4	64	30,0	779	446	57,3	135	17,3	202	25,9
	Toplam	355	186	52,4	59	16,6	110	31,0	1244	658	52,9	207	16,6	380	30,5
İğne	Kırsal	142	46	32,4	37	26,0	59	41,5	465	276	59,4	91	19,6	99	21,3
	Kentsel	213	60	28,2	65	30,5	87	40,8	779	418	53,7	236	30,3	130	16,7
	Toplam	355	106	29,9	102	28,7	146	41,1	1244	694	55,8	327	26,3	229	18,4
Tüp Ligasyonu	Kırsal	142	24	16,9	34	23,9	84	59,2	465	158	34,0	109	23,4	196	42,2
	Kentsel	213	38	17,8	54	25,4	121	56,8	779	208	26,7	285	36,6	290	37,2
	Toplam	355	62	17,5	88	24,8	205	57,7	1244	366	29,4	394	31,7	486	39,1
Vazektomi	Kırsal	142	16	11,3	29	20,4	97	68,3	465	102	21,9	24	5,2	337	72,5
	Kentsel	213	22	10,3	46	21,6	145	68,1	779	138	17,7	115	14,8	531	68,2
	Toplam	355	38	10,7	75	21,1	242	68,2	1244	240	19,3	139	11,2	868	69,8
Norplant	Kırsal	142	4	2,8	6	4,2	132	92,9	465	8	1,7	8	1,7	447	96,1
	Kentsel	213	12	5,6	18	8,5	183	85,9	779	22	2,8	33	4,2	726	93,2
	Toplam	355	16	4,5	24	6,8	315	88,7	1244	30	2,4	41	3,3	1173	94,3
Diyafram/köpük/jel	Kırsal	142	3	2,1	2	1,4	137	96,5	465	9	1,9	6	1,3	448	96,3
	Kentsel	213	7	3,3	14	6,6	192	90,1	779	46	5,9	20	2,6	718	92,2
	Toplam	355	10	2,8	16	4,5	329	92,7	1244	55	4,4	26	2,1	1166	93,7
Takvim	Kırsal	142	10	7,0	14	9,9	118	83,1	465	10	2,2	5	1,1	448	96,3
	Kentsel	213	18	8,5	22	10,3	172	80,8	779	36	4,6	73	9,4	674	86,5
	Toplam	355	28	7,9	36	10,1	290	81,7	1244	46	3,7	78	6,3	1122	90,2
Geri Çekme	Kırsal	142	36	25,4	23	16,2	83	58,5	465	158	34,0	45	9,7	259	55,7
	Kentsel	213	41	19,2	47	22,0	125	58,7	779	227	29,1	148	19,0	409	52,5
	Toplam	355	77	21,7	70	19,7	208	58,6	1244	385	30,9	193	15,5	668	53,7

GAP BÖLGESİ' NDE AİLE PLANLAMASI KONUSUNDA DAVRANIŞLAR

Servet ÖZGÜR*, Ali İhsan BOZKURT*, Sain-e ŞAHİNÖZ*, Birgül ÖZÇIRPICI*, Turgut ŞAHİNÖZ**, Günay SAKA***, Ali CEYLAN***, Ersen İLÇİN***, Hamit ACEMOĞLU***, Yılmaz PALANCI***, Feridun AKKAFI****

* Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D ** Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürü
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji A.D

ÖZET

GAP Bölge Kalkınma İdaresi Başkanlığı'nın desteğiyle, Türkiye Parazitoloji Derneği, Gaziantep, Dicle ve Harran üniversitelerinin yer aldığı bir grup tarafından 2001-2002 yıllarında yürütülen GAP Halk Sağlığı Projesi sırasında kadınlara uygulanan soru kağıtları aracılığıyla üreme sağlığı ve bu kapsamda aile planlaması konusundaki davranışlara ilişkin veriler toplanmıştır.

Büyükölçüde orantılı olasılıklı örnekleme yöntemiyle kırsal kentsel ayrımları olarak GAP Bölgesi' ndeki 9 ilden DİE tarafından örneğe seçilen 1150 konuttan 1126 sına ulaşılabilmiş ve bu konutlarda yaşayan ve araştırma sırasında evde olan 1275 evlenmiş kadına aile planlaması soruları sorulabilmıştır.

Sonuçta GAP bölgesinde doğurganlık çağında (15-49) olan evlenmiş kadınların % 48,2 sinin herhangi bir gebeliği önleyici yöntemi hiç kullanmadığı, % 37,4 ünün araştırma sırasında yöntem kullanmakta olduğu saptanmıştır. Halen yöntem kullanma oranı kentsel bölgelere (% 44,0) göre kırsal bölgelerde (% 26,2) anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Kadının eğitim düzeyi yükseldikçe yöntem kullanma oranı artmaktadır. Okuma yazması olmayan evli ve doğurganlık çağındaki kadınlarda halen yöntem kullanmakta olan kadın oranı % 27,7 iken eğitim düzeyinin yükselmesi ile anlamlı artış göstererek ortaokul ve üzeri eğitimlilerde % 65,8'e yükselmektedir (p=0.000).

Halen kullanılan aile planlaması yöntemlerinin yaklaşık % 75 i etkin, % 25 i etkin olmayan yöntemlerdir. Etkin yöntem kullanımı kırsal bölgelerde anlamlı düzeyde azalmaktadır (% 17,2).

Bölgede araştırma sırasında herhangi bir yöntem kullanmakta olanların en çok kullandıkları yöntemin Türkiye genelinin tersine geri çekme değil, RIA olduğu (%32,5), ikinci sırayı geri çekmenin aldığı (% 26,4) saptanmıştır. Ancak geri çekme Şırnak'ta tek, Adıyaman ve Batman'da ise başlıca kullanılan yöntemdir. Kadınlar halen kullandıkları gebeliği önleyici yöntem hakkındaki bilgiyi büyük oranda sağlık ocağı personeli ve aile ve arkadaş çevresinden öğrenmişlerdir. Halen kullanılan gebeliği önleyici yöntemin başlıca temin edildiği yer ise sağlık ocaklarıdır (% 54,1). Bölgede aile planlaması konusunda önemli eksiklikler göze çarpmaktadır. Kadının eğitim düzeyi gebeliği önleyici yöntem kullanımını etkileyen en önemli faktördür.

Anahtar Kelimeler: Üreme sağlığı, Aile planlaması, Gebeliği önleyici yöntem kullanımı, Güneydoğu Anadolu bölgesi

GİRİŞ

Üreme sağlığı, yalnızca üreme sistemi ve işlevlerinde herhangi bir hastalık ya da zayıflık değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan bütünlüyle iyi olma durumudur. Dolayısıyla bu tanım, insanların tatmin edici ve güvenilir bir yaşam sürdürebilmeleri ve üreme yeteneği ve bu konuda karar verme, sıklığını belirleme özgürlüğüne sahip olmaları anlamına gelir. Bu özgürlük erkeklerin ve kadınların doğurganlıklarını düzenlemek için gereken güvenli, etkili, bütçelerine uygun, ulaşılabilir yöntemler hakkında bilgi alma ve aynı zamanda gebelik bakımı ve doğum hizmetlerine ulaşma hakkını içerir. Üreme sağlığı hizmetlerinin de sadece üreme ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara ilişkin danışmanlık sunulması değil, aynı zamanda yaşamın ve bireysel ilişkilerin zenginleştirilmesi demek olan cinsel sağlığı da içermesi gerektiği vurgulanır (1, 2, 3, 4).

GÜNNEYDOĞU ANADOLU BÖLGESİ BİLDİRİLERİ

Aile planlaması konusundaki bilgi, tutum, davranış üreme sağlığının önemli konuları arasındadır. Bu nedenle GAP Halk Sağlığı Projesi sırasında gebeliği önleyici yöntem kullanımı konusunda bölge halkının davranışlarına ilişkin veriler toplanmıştır.

AMAÇ

GAP Halk Sağlığı Projesi, GAP Bölgesi'nde var olan veya barajlar, sulama altyapıları, tarımsal sulamanın yaygınlaşması, ürün deseninin ve tarımsal pratiklerin değişmesi, sanayileşme ve kentleşme sonucunda oluşacak ekolojik ve çevresel değişimlere bağlı olarak ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarını, özellikle kuş ile bulaşabilen hastalıkları ve nedenlerini belirlemek; ortaya çıkabilecek sağlık sorunları ve bunların önlenmesine yönelik politika, strateji ve uygulama yöntem ve araçlarını geliştirmek; ve bu alanda bir izleme ve değerlendirme sistemi kurmak amacıyla uygulanmıştır. Proje çerçevesinde halk sağlığını tehdit eden mevcut sağlık riskleri ve gelecekte olası sağlık riskleri arasında üreme sağlığını etkileyen etkenler de vardır. Bu amaçla projede üreme sağlığı durumu da incelenmiştir.

YÖNTEM

GAP kapsamındaki 9 ilin toplam nüfusunun 6.128.973 olduğu bilindiğinden kırsal-kentsel ayrımlı olarak olabildiğince büyük bir örnek seçebilmek için $n = d \cdot 0.03$, $p = 0.04$ (en az görülen hastalık sıklığı), $\alpha = 0.01$ alınarak ve 2 değişkenli, 3 ve 4'ür düzeyli tablolar yapılabileceği düşünülerek GAP bölgesini temsil yeteneğine sahip örneklem büyüklüğü 6822 olarak tespit edilmiştir. Bu rakam 6900'e yuvarlanarak ve bölgede her konutta ortalama 6 kişi olduğu düşünülerek; örneğe çıkacak konut sayısı $6900/6 = 1150$ olarak belirlenmiştir. Daha sonra bölgenin kırsal ve kentsel kesimlerini temsil edebilecek şekilde örnek seçimi büyüklüğe orantılı olasılıklı örnekleme yöntemi ile Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) tarafından seçilmiştir.

Araştırmada kullanılacak soru kağıtları Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Diçle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyeleri tarafından ayrı ayrı, eş zamanlı olarak hazırlanmıştır. Daha sonra bir araya gelinerek bunlar ortak soru kağıdı haline getirilmiş ve ön denemelerden sonra soru kağıtlarına son şekli verilmiştir.

Soru kağıtları; konut, 0-59 aylık çocuk, 5 yaş ve yukarı kadın ve erkek grubuna yönelik bilgi edinme soru kağıtlarından (anket formları) oluşmuştur. Daha sonra her ilde soru kağıdı uygulama ekipleri kurulup eğitilmiş ve bunlar başlarında bir halk sağlığı uzmanı ile birlikte örnekte yer alan her evde yaşayan bireylere soru kağıdı uygulanmıştır.

"Hane Halkı ve Haneler İçin Soru Kağıdı" ile o konutta yaşayanları ve nitelikleri ile ilgili bilgiler elde edilmiştir. "5 Yaş Üzeri Kız Çocuk ve Kadınlar İçin Soru Kağıdı" ile kadınların demografik, üreme sağlığı ve aile planlaması ile ilgili bazı özellikleri hakkında veri toplanmıştır. Gebeliği önleyici yöntem kullanımı ile ilgili verilerin değerlendirilmesi evli ve doğurganlık çağındaki (15-49 yaş) kadınlarda yapılmıştır.

Veriler bilgisayarda SPSS ve Excel programları ile değerlendirilmiştir ve istatistiksel analizlerde χ^2 testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya alınan 1126 hanede yaşayan 15 yaş ve üzeri kadın sayısı 2206, 15-49 yaş kadınların sayısı ise 1838 dir. 15-49 yaş kadınların 1127 si evlenmiştir. Bunların % 90,4 ü (1019) evde bulunarak kendisi ile görüşülmüş ve soru kağıdı uygulanmıştır. Soru kağıdı uygulanan 15-49 yaş grubundaki evlenmiş kadınların gebeliği önleyici yöntem kullanımlarına, illere ve yerleşim yerine göre dağılımı Tablo 1'de verilmiştir. Doğurganlık çağındaki evlenmiş kadınların % 48,2 sinin o ana kadar hiçbir zaman gebeliği önleyici yöntem kullanmadığı, %37,4 ünün halen kullandığı, % 14,4 ünün sadece geçmişte kullandığı belirlenmiştir. Kırsal bölgelerdeki kadınlarda gebeliği önleyici yöntem kullanma oranının (% 26,2), kentsel bölge kadınlarına göre (% 44,0) anlamlı düzeyde daha düşük olduğu dikkat çekmektedir ($p = 0,000$). Gebeliği önleyici yöntem kullanma oranı en yüksek olan iller Gaziantep (%50,6) ve Kilis (%50,0), en düşük olan iller ise Şırnak (%14,3) ve Siirt (%20,3).

Yöntemin etkinliği açısından değerlendirildiğinde; doğurganlık çağındaki evli kadınların % 28,1 ini etkin yöntemlerle korunduğu belirlenmiştir. Etkin yöntem kullanma oranı kırsal bölgede % 17,2 iken kentsel bölgede % 34,4 e yükselmektedir. Etkin yöntem kullanma en yüksek olan iller Kilis (% 35,7) ve Gaziantep (% 37,5) en düşük il ise (%0) Şırnak'tır (Tablo 1).

Araştırmaya alınan konutlarda yaşayan 15-49 yaşında evlenmiş kadınların eğitim düzeyi ve Türkçe bilme durumuna göre gebeliği önleyici yöntem kullanma durumları Tablo 2 de verilmiştir. GAP bölgesinde Türkçe bilen kadınlarda gebeliği önleyici yöntem kullanma oranı % 48,9 iken, biraz bilenlerde % 23,5 e, hiç bilmeyenlerde ise % 18,3 e düşmektedir ($p = 0,000$). Buna karşın hiç gebeliği önleyici yöntem kullanmayanların oranı Türkçe'yi biraz bilenlerde % 71,2, bilmeyenlerde % 72,4 iken Türkçe bilenlerde % 32,2 ye düşmektedir.

Kadının eğitim düzeyi yöntem kullanımını arttırmaktadır. Okuryazar olmayanlarda % 27,7 düzeyinde olan halen yöntem kullanmayanların oranı okuryazarlarda % 36,8 e, ilköğretim mezunlarında % 48,3 e, ortaokul ve üzeri eğitimlilerde % 65,8 e ulaşmaktadır. Buna karşın eğitim düzeyi arttıkça hiç yöntem kullanmamış olanların oranı azalmaktadır. Benzer değişim hem kırsal hem de kentsel bölgelerde görülmektedir (Tablo 2).

Halen gebeliği önleyici yöntem kullanan kadınların % 73 i etkin, % 27 si etkin olmayan yöntemler kullanmaktadır (Tablo 3). Halen herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanan kadınların kullandıkları yöntemler incelendiğinde; kullanılan yöntemler sıklık sırasına göre şöyle belirlenmiştir: RİA (% 32,5), geri çekme (% 26,4), kondom (% 19,3), tüp ligasyonu (% 9,6), hap (% 8,9), iğne (% 2,8), takvim, diyalram, köpük, jel yöntemi (% 0,4) (Tablo 3). Geri çekmenin RİA'nın ardından ikinci sıraya düşmesi bu bölgedeki aile planlaması çalışmalarının belirli bir yol aldığı göstermektedir. Ancak Şırnak, Adıyaman ve Batman'da geri çekme halen en fazla tercih edilen gebeliği önleyici yöntemdir. En sık kullanılan etkin yöntem olan RİA'nın en çok kullanıldığı il Gaziantep (% 44,3), geri çekmenin en çok kullanıldığı il Şırnak'tır (% 100,0). Etkin yöntemler arasında RİA ve kondom'dan sonra tüp ligasyonu'nun 3. sıraya alması dikkat çekicidir. Mardın tüp ligasyonu kullanım oranı yüksek olan ildir (% 17,9). Halen herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanan kadınların kullandıkları yöntemleri kimden öğrendikleri incelendiğinde; % 46,7 si sağlık personelinin, % 36 si akraba/arkadaşın, %16,8 i eşinden, % 0,8 i medyadan öğrenmişlerdir. Sağlık personelinin öğrenenlerin en yüksek olduğu il Siirttir (% 64,3) (Tablo 4).

Halen herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanan kadınların kullandıkları yöntemi en çok temin ettikleri yerin % 54,1 ile sağlık ocağı olduğu tespit edilmiştir (Tablo 5). Bunu sırasıyla % 13,6 ile AÇS ve % 8,6 ile eczaneler izlemektedir. Kırsal bölgelerde sağlık ocaklarından ve AÇS merkezlerinden, kentsel bölgelerde ise eczane ve özel hekimlerden temin daha fazladır.

Kadının eğitim düzeyinin halen kullanmakta olduğu yöntemi temin ettiği yeri etkilediği belirlenmiştir ($p = 0,01$) (Tablo 6). Okuryazar olmayan kadınlarda halen kullanılan yöntemi, AÇS kliniği veya doğumevinden temin edilme oranları diğer eğitim düzeylerine göre daha yüksek bulunmuştur.

Tartışma

Bölgede 15-49 yaş evlenmiş kadınlarda herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanmama oranı % 48,2 olarak tespit edilmiştir. TNSA-98 de bu oran Türkiye geneli için % 36,1, Doğu Anadolu bölgesinde ise % 58 dir (5). Doğu Anadolu bölgesindeki orana göre % 10 daha düşük çıkması muhtemelen Gaziantep ve Kilis illerinden kaynaklanmaktadır. TNSA'ya göre güney illeri arasında yer alan bu illerde gebeliği önleyici yöntem kullanımı çalışmamızda da diğer illerden daha yüksek oranlarda bulunmuştur. Ancak yine de doğurganlık çağındaki aile planlaması çalışmaları için Türkiye geneline göre oldukça düşük olması bölgenin aile planlaması hizmetleri yönünden problemi olanlığının göstergesidir.

Bölge kadınlarında halen etkin yöntem kullanımı % 28,1, halen etkin olmayan yöntem kullanımı ise % 9,3 olarak bulunmuştur. TNSA-98 çalışmasında Doğu illeri için bu oranlar sırasıyla % 26,7 ve % 22,5 olarak bildirilmiştir (5). TNSA verileri ile karşılaştırıldığında etkin yöntem kullanmayanların oranı benzer olmakla beraber toplam gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanmayanların oranının bölgede çok daha düşük olduğu görülmektedir. İl sağlık müdürlüklerinin 2000 yılı verilerine göre 15-49 yaş grubundaki evli kadınlar arasında etkin yöntem kullanma oranı % 20,7 dir ve çalışmamızda bulunan % 28 oranından düşüktür. Bunun nedeni müdürlüklerin sadece kendine doğrudan bağlı kuruluşlardaki uygulamalardan haberdar olmasından, diğer kuruluşların yaptıklarını düzenli olarak bildirilmemesinden kaynaklanabilir.

Elde ettiğimiz verilerin Türkiye geneline göre düşük olması, özellikle hiç yöntem kullanmayanların oranının yüksek bulunması bölgedeki sağlık örgütlerinin üreme sağlığı konusunda ilgisiz olmasından ve ayrıca bölgedeki toplumun sosyo-kültürel ve eğitim özelliklerine bağlanabilir. Bu görüşü, bölgenin doğusuna gidildikçe gebeliği önleyici yöntemleri hiç kullanmayanların oranının artması desteklemektedir. Şırnak'ta bu oran % 31 e çıkmaktadır. Verilerimiz gebeliği önleyici yöntem kullanımında kadının eğitim düzeyinin, Türkçe bilmesinin ve yerleşim yerinin tipinin etkili

olduğunu göstermektedir. Kırsal bölgelerde % 26,2 olan yöntem kullanma oranının kentsel bölgelerde % 44,0 a yükseldiği saptanmıştır. Özgür ve arkadaşları Gaziantep kırsalında halen evli kadınlar arasında halen herhangi bir yöntem kullanma hızını % 6,3 olarak belirlemiştir (6). TNSA-98 çalışmasında da kırsal bölgelerde yöntem kullanımı daha düşük seviyelerde bulunmuştur (5). Ancak, kırsal kentsel bölgeler arasındaki yöntem kullanma oranlarındaki farklılık aslında kadınların eğitim düzeylerinin kırsal ve kentsel bölgelerde farklı olmasından kaynaklanmaktadır. Kırsal kesimde okuryazar olan ve olmayanlar arasında yaklaşık % 10 oranında, ilkokul ile ortaokul mezunları arasında % 17 oranında gebeliği önleyici yöntem kullanımında artış görülmesi asıl etkinin eğitimden kaynaklandığını göstermektedir. Benzer artışlar kentsel bölgede de gözlenmektedir.

Kadının eğitim düzeyi yükseldikçe yöntem kullanmayanların oranının düşmesi buna karşın yöntem kullanma oranının anlamlı artışlar göstermesi bölgedeki aile planlaması çalışmalarının önündeki en büyük engel bölge kadınlarının eğitimsizliği olduğunu göstermektedir. Nitekim ev gezileri gibi sağlık ocağı hizmetlerinin çok düşük oranlarda olduğu saptanan Gaziantep ve Kilis illerinde gebeliği önleyici yöntem kullanım oranının çok yüksek bulunması bu iki ildeki kadınların eğitim düzeylerinin bölgedeki diğer illere göre daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. O halde kadınların eğitim düzeyinin yükseltilmesi; en azından okuryazar hale getirilmesi aile planlaması çalışmalarına en büyük katkıyı sağlayacaktır.

Hiç yöntem kullanmamış olanların oranı Türkçe bilen kadınlarda biraz bilen ya da Türkçe'yi hiç bilmeyenlerin yaklaşık yarısı kadardır. Bu farklılık dil sorununun bu hizmetten yararlanmayı doğrudan etkilediği izlenimini vermektedir. Ancak bu yüksek oranlar eğitim düzeyi yükseldikçe ve özellikle ortaokul (ya da ilköğretim) mezunu olmakla düşmektedir. Dolayısıyla, burada da asıl etken Türkçe bilmek değil kadının eğitim düzeyidir. Herhangi bir yöntem kullanma oranı eğitim düzeyi yükseldikçe artmakta ve okuryazar olma ve özellikle ortaokul (ya da ilköğretim) mezunu olma keskin biçimde artışa neden olmaktadır.

Araştırma sırasında herhangi bir yöntem kullanmakta olan kadınların ilk tercihlerinin % 32,5 ile RIA olması ve tüp ligasyonunun da 4. sırada yer alması dikkati çekmiştir. TNSA-98 de hem Türkiye genelinde hem de Doğu illeri arasında geri çekmenin ilk sırayı alması çalışmamızda ise RIA'nın ardından ikinci sıraya düşmesi önemli bir gelişmedir. Diğer önemli bir gelişme Türkiye genelinde ve Doğu Anadolu bölgesinde kondomun ardından 5. sırayı alan tüp ligasyonunun çalışmamızda kondomun önüne geçerek 4. sırayı almasıdır. Bölgede RIA kullanımının bu şekilde öne geçmesinde en büyük etken Gaziantep, Şanlıurfa ve Diyarbakır'da da bu yöntemin 1. sırayı almasıdır.

Öte yandan Şırnak'ta kullanılan tek yöntemin, Adıyaman ve Batman'da ise başlıca yöntemin geri çekme olması aile planlaması hizmetleri açısından yetersizlik olan illeri belirleyici bir bulgudur. Bu bulgu sağlık müdürlüklerinden alınan verilerde Şırnak için desteklenmektedir. Bu ilde 15-49 yaş grubundaki evli kadınlar arasında etkin yöntem kullanma hızı % 3,9 olarak verilmiştir.

Araştırma sırasında herhangi bir yöntem kullanmakta olan kadınlar arasında etkin yöntem kullanma oranı % 73 tür ve bu oran özellikle Siirt, Şanlıurfa, Diyarbakır ve Gaziantep'te yüksek, Şırnak, Adıyaman ve Batman'da düşüktür. Sağlık müdürlüklerinin verileri Gaziantep ve Diyarbakır'daki bu yüksekliği ve Şırnak'taki bu düşüklüğü desteklenmektedir. Özgür ve arkadaşlarının çalışmasında Gaziantep kırsalında 1996 da herhangi bir yöntem kullanan halen evli kadınlar arasında etkin yöntem kullanma oranı % 62,5 olarak belirlenmiştir (6).

İllere göre değerlendirildiğinde Şırnak'ın aile planlaması hizmetleri yönünden en kötü durumdaki ildir. Hem yöntem kullanan kadın oranı hem de etkin yöntem kullanma oranı en düşük il Şırnak'tır. Bu ildeki kadınların eğitim düzeyi çok düşüktür. 7 yaş üzeri kadınların % 57,7 si okuryazar değil, % 26 si sadece okuryazardır.

Ayrıca Şanlıurfa ve Adıyaman'da sağlık personelinin ev ziyaret oranları yüksek olmasına rağmen, halen herhangi bir yöntem kullanma oranları Gaziantep ve Kilis'ten daha düşüktür.

Halen aile planlaması yöntemi kullanan kadınların oranının Şırnak'ta (%14,3) ve Siirt'te (% 20,3) düşük olması aşiret yapısının egemen olmasına bağlanabilir. Kadın karar verme yetkisine sahip olmadığından sunulan hizmetten yararlanamıyor ya da eğitim düzeyi düşük olduğundan hizmetten nasıl yararlanabileceğini bilmiyor olabilir.

Araştırma sırasında herhangi bir yöntem kullanmakta olan kadınların bu yöntemi en çok sağlık personelinin öğrenmiş olmaları da (% 46,7), Şırnak ili dışında sağlık personelinin elinde bu konuda büyük bir olanak olduğuna işaret etmektedir. Özgür ve arkadaşlarının çalışmasında da Gaziantep kırsalında aile planlaması konusundaki bilginin öğrenildiği başlıca kaynak sağlık personeli (kadınlarda % 46-56 arasında, erkeklerde % 48-68 arasında değişen oranlarda) olarak belirlenmiştir (6). Araştırma sırasında herhangi bir yöntem kullanmakta olan kadınların bu yöntemi en çok sağlık ocaklarından temin etmiş olmaları (% 54) bize bu hizmeti daha yaygın ve etkin uygulama için gerekli kuruluşun neresi olduğunu göstermektedir. Özgür ve arkadaşlarının çalışmasında da Gaziantep kırsalında aile planlaması yönteminin sağlandığı başlıca kaynak (% 37,5-83 arasında değişen oranlarda) sağlık ocakları olarak belirtilmiştir (6). Okuryazar olmayan kadınların kullandıkları yöntemi daha çok AÇS kliniklerinden ya da doğumevlerinden temin ettikleri saptanmıştır.

TNSA-1998 e göre Türkiye genelinde etkin yöntemlerin elde edildiği başlıca kaynaklar % 24,5 ile eczaneler, % 23,2 ile sağlık ocakları, %12,0 ile özel doktor, %11,0 ile devlet hastanesidir (5). Çalışmamızda sağlık ocaklarının ilk sırayı alması dikkat çekicidir.

Sağlık müdürlüklerinin verilerinde hem personele hem de halka aile planlaması konusunda yoğun eğitim yapıldığı ifade edilmesine karşın bunun bölgemiz kadınlarının bu konudaki davranışlarına yeterince yansımada görülmemektedir.

SONUÇLAR

- I. Bölgede 15-49 yaş grubunda evlenmiş kadınların yaklaşık % 48 i herhangi bir gebeliği önleyici yöntemi hiç kullanmamış iken, % 37 si halen gebeliği önleyici yöntem kullanmaktadır. Hiç kullanmama oranı Türkiye genelinin çok üstünde ve halen kullanma oranı ise Türkiye genelinin yaklaşık yarısı kadardır. Bu hizmetlerin sunumunda bölgede önemli eksiklikler olduğunu göstermektedir.
- II. Kadının eğitim düzeyi yükseldikçe halen gebeliği önleyici yöntem kullananların oranı artmaktadır. Eğitim düzeyi arttıkça bir önceki eğitim düzeyine göre sızırma sayılabilecek artışlar (özellikle ortaokul ve üzeri eğitimlilerde) görülmektedir. Bu nedenle aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaşması isteniyorsa yapılacak en önemli iş kadınların eğitim düzeylerini arttırılmasıdır.
- III. Bölgede araştırma sırasında herhangi bir yöntem kullanmakta olanların en çok kullandıkları yöntem Türkiye genelinin tersine geri çekme değil, RIA'dır. Ancak geri çekme Şırnak'ta tek, Adıyaman ve Batman'da ise başlıca yöntemdir.
- IV. Bölgede kullanılan gebeliği önleyici yöntemlerin başlıca öğrenildiği kişiler sırasıyla sağlık ocağı personeli ve akraba/arkadaştır. Temin edildiği yerler arasında ise % 54,1 ile sağlık ocakları ilk sırayı almaktadır. Sağlık ocaklarının içinde bulunduğu olumsuz koşullara rağmen belirli bir düzeyde aile planlaması hizmetlerini verebildikleri anlaşılmaktadır. Bu Temel Sağlık Hizmetlerinin yürütülmesinden sorumlu sağlık ocaklarının konularının düzeltilmesi ve işlerliğinin arttırılması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. WHO. Health, Population and Development, WHO Position Paper. International Conference on Population and Development 1994, Cairo. WHO/FHE/94.1, Geneva, 1994.
2. WHO. Health, Population and Development, WHO Position Paper. International Conference on Population and Development 1994, Cairo. Executive Summary. WHO/FHE/94.2, Geneva, 1994.
3. WHO. Womens Health: Improve Our Health, Improve The World, WHO Position Paper. Fourth World Conference on Women, Beijing, China, 4-15 September 1995. WHO/FHE/95.8, Geneva, 1995.
4. WHO. Womens Health: Improve Our Health, Improve The World, WHO Position Paper. Fourth World Conference on Women, Beijing, China, 4-15 September 1995. Executive Summary. WHO/FHE/95.9, Geneva, 1995.
5. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ve MEASURE DHS + Macro International Inc. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998, Ankara, Ekim 1999.
6. Özgür, S., Bozkurt, A.İ., Özcirpıcı, B. "The effects of family planning education provided to different gender groups", British Journal of Obstetrics and Gynaecology, Vol.: 107, Oct. 2000. pp.: 1226-1232.

GÜNYEYDOĞU ANADOLU BÖLGESİ BİLDİRİLERİ

Tablo 1. Soru kağıdı Uygulanan 15-49 Yaş Grubundaki Evlenmiş Kadınların Herhangi Bir Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanma Durumlarına, İllere ve Yerleşim Yeriine Göre Dağılımı

İller	Yerleşim Yeri Tipi	Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı					
		Hiç Kullanmamış	Halen Kullanıyor			Sadece Geçmişte Kullanmış	Toplam Sayı
			Etkin Yöntem	Etkin Olmayan Yöntem	Toplamı		
		%	%	%	%	%	
Adıyaman	Kırsal	56,5	17,4	15,2	32,6	10,9	46
	Kentsel	25,0	38,6	13,6	52,3	22,7	44
	Toplam	41,1	27,8	14,4	42,2	16,7	90
Batman	Kırsal	62,5	20,9	1,0	21,9	15,6	32
	Kentsel	55,0	18,9	16,1	35,0	10,0	40
	Toplam	58,3	20,3	8,9	29,2	12,5	72
Diyarbakır	Kırsal	56,8	17,3	11,1	28,4	14,8	88
	Kentsel	44,9	35,1	2,6	37,7	17,4	138
	Toplam	49,6	28,3	5,8	34,1	16,4	226
Gaziantep	Kırsal	42,4	23,7	8,5	32,2	25,4	59
	Kentsel	22,1	41,3	14,4	55,8	22,1	208
	Toplam	26,6	37,5	13,1	50,6	22,8	267
Kilis	Kırsal	-	-	-	-	-	-
	Kentsel	28,6	35,7	14,3	50,0	21,4	14
	Toplam	28,6	35,7	14,3	50,0	21,4	14
Mardin	Kırsal	58,7	23,8	13,2	37,0	4,3	46
	Kentsel	48,0	37,8	6,2	44,0	8,0	50
	Toplam	53,1	31,0	9,6	40,6	6,3	96
Siirt	Kırsal	81,1	13,5	0,0	13,5	5,4	37
	Kentsel	59,1	27,3	4,5	31,8	9,1	22
	Toplam	72,9	19,0	1,3	20,3	6,8	59
Şanlıurfa	Kırsal	84,2	8,8	3,5	12,3	3,5	57
	Kentsel	51,0	32,3	8,3	40,6	8,3	96
	Toplam	63,4	23,5	6,5	30,1	6,5	153
Şırnak	Kırsal	61,5	0,0	30,8	30,8	7,7	13
	Kentsel	89,7	0,0	6,9	6,9	3,4	29
	Toplam	81,0	0,0	14,3	14,3	4,8	42
GAP*	Kırsal	61,9	17,2	9,0	26,2	11,9	378
	Kentsel	40,1	34,4	9,6	44,0	15,9	641
	Toplam	48,2	28,1	9,3	37,4	14,4	1019

* $\chi^2=46,28$ p=0,000

Tablo 2. 15-49 Yaş Grubunda Olan Evlenmiş Kadınların Bazı Özelliklere Göre Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanma Durumları.

Yerleşim Yeri Tipi	Eğitim Düzeyi	GÖY Kullanma Durumu							İstatistiksel analiz*
		Hiç kullanmamış		Halen kullanıyor		Sadece geçmişte kullanmış		Toplam Sayı	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Kırsal	Okuryazar Değil	171	68,1	56	22,3	24	9,6	251	$\chi^2= 16,7$ p= 0,01
	Okuryazar	15	60,0	8	32,0	2	8,0	25	
	İlkokul Mezunu	46	48,9	31	33,0	17	18,1	94	
	Ortaokul Mezunu	1	25,0	2	50,0	1	25,0	4	
	Lise Mezunu ve üzeri	1	25,0	2	50,0	1	25,0	4	
Kentsel	Okuryazar Değil	168	55,3	98	32,2	38	12,5	304	$\chi^2= 71,7$ p= 0,000
	Okuryazar	31	44,3	27	38,6	12	17,1	70	
	İlkokul Mezunu	49	25,0	109	55,6	38	19,4	196	
	Ortaokul Mezunu	1	4,0	18	72,0	6	24,0	25	
	Lise Mezunu ve üzeri	8	17,4	30	65,2	8	17,4	46	
Toplam	Okuryazar Değil	339	61,1	154	27,7	62	11,2	555	$\chi^2= 102,9$ p= 0,000
	Okuryazar	46	48,4	35	36,8	14	14,7	95	
	İlkokul Mezunu	95	32,3	140	48,3	55	19,0	290	
	Ortaokul Mezunu	2	6,9	20	69,0	7	24,1	29	
	Lise Mezunu ve üzeri	9	18,0	32	64,0	9	18,0	50	

*İstatistiksel analizde ortaokul ve üzeri eğitimliler birleştirilmiştir.

Yerleşim Yeri Tipi	Türkçe Bilme Durumu	GÖY Kullanma Durumu							İstatistiksel analiz*
		Hiç kullanmamış		Halen kullanıyor		Sadece geçmişte kullanmış		Toplam Sayı	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Kırsal	Biliyor	71	45,8	59	38,1	25	16,1	155	$\chi^2= 31,7$ p= 0,000
	Biraz Biliyor	57	78,1	13	17,8	3	4,1	73	
	Bilmiyor	106	70,7	27	18,0	17	11,3	150	
Kentsel	Biliyor	125	27,5	239	52,6	90	19,8	454	$\chi^2= 104,8$ p= 0,000
	Biraz Biliyor	52	65,0	23	28,8	5	6,3	80	
	Bilmiyor	80	74,8	20	18,7	7	6,5	107	
Toplam	Biliyor	196	32,2	298	48,9	115	18,9	609	$\chi^2= 157,1$ p= 0,000
	Biraz Biliyor	109	71,2	36	23,5	8	5,2	153	
	Bilmiyor	186	72,4	47	18,3	24	9,3	257	

Tablo 3. Halen Herhangi Bir Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanan Kadınların Kullandıkları Yöntemin Çeşidine, Etkinlik Durumlarına, İllere ve Yerleşim Yerine Göre Dağılımı

İller	Yerleşim Tipi	RIA		Hap	Kondom	İğne	Tüp	Toplam Etkin		Geri	Takvim,	Toplam Etkin	
		N	%	%	%	%	%	Sayı	%	%	%	Sayı	%
Adyama n	Kırsal	14	26,7	0,0	13,4	6,7	6,7	8	57,2	46,7	0,0	6	42,8
	Kentsel	23	26,1	4,3	34,8	0,0	8,7	17	74,0	26,1	0,0	6	26,0
	Toplam	37	26,3	2,6	26,3	2,6	7,9	25	67,5	34,2	0,0	12	32,5
Batma n	Kırsal	6	16,7	33,3	33,3	0,0	16,7	6	100,0	0,0	0,0	0	0,0
	Kentsel	15	13,3	6,7	20,0	0,0	13,3	8	53,3	46,7	0,0	7	46,7
	Toplam	21	14,3	14,3	23,8	0,0	14,3	14	66,7	33,3	0,0	7	33,3
Diyarba kır	Kırsal	27	18,5	11,1	7,4	0,0	14,8	14	51,9	48,1	0,0	13	48,1
	Kentsel	57	29,8	17,5	28,1	1,8	8,8	49	86,0	14,0	0,0	8	14,0
	Toplam	84	26,2	15,5	21,4	1,2	10,7	63	75,0	25,0	0,0	21	25,0
Gaziantep	Kırsal	19	52,6	5,3	5,3	5,3	5,3	14	73,7	26,3	0,0	5	26,3
	Kentsel	119	42,9	6,7	16,9	1,7	6,7	89	74,8	23,5	1,6	30	25,2
	Toplam	138	44,3	7,2	15,2	2,2	6,5	103	74,6	23,2	1,4	35	25,4
Kilis	Kırsal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Kentsel	7	42,8	28,6	0,0	0,0	0,0	5	71,4	28,6	0,0	2	28,6
	Toplam	7	42,8	28,6	0,0	0,0	0,0	5	71,4	28,6	0,0	2	28,6
Mardin	Kırsal	15	20,0	0,0	6,7	13,3	20,0	9	60,0	40,0	0,0	6	40,0
	Kentsel	24	37,5	8,3	12,5	0,0	16,7	18	75,0	25,0	0,0	6	25,0
	Toplam	39	30,8	5,1	10,3	5,1	17,9	27	69,2	30,8	0,0	12	30,8
Siirt	Kırsal	7	14,3	42,9	14,3	0,0	28,6	7	100,0	0,0	0,0	0	0,0
	Kentsel	7	14,3	14,3	42,9	14,3	0,0	6	85,7	14,3	0,0	1	14,3
	Toplam	14	14,3	28,6	28,6	7,1	14,3	13	92,9	7,1	0,0	1	7,1
Şanlıurfa	Kırsal	7	42,9	0,0	14,3	14,3	0,0	5	71,5	28,6	0,0	2	28,5
	Kentsel	41	29,3	2,4	31,7	4,9	12,2	33	80,5	19,5	0,0	8	19,5
	Toplam	48	31,3	2,1	29,2	6,3	10,3	38	79,2	20,8	0,0	10	20,8
Şırnak	Kırsal	4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	100,0	0,0	4	100,0
	Kentsel	2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	100,0	0,0	2	100,0
	Toplam	6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	100,0	0,0	6	100,0
GAP*	Kırsal	99	27,3	9,1	10,1	5,0	12,1	63	63,6	36,4	0,0	36	36,4
	Kentsel	295	34,2	8,8	22,4	2,0	8,8	225	76,3	23,0	0,6	70	23,7
	Toplam	394	32,5	8,9	19,3	2,8	9,6	288	73,1	26,4	0,4	106	26,9

*İstatistiksel analiz (toplam etkin ve toplam etkin $\chi^2=5,39$ $p=0,020$)

Tablo 4. Halen Herhangi Bir Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanan Kadınların Kullandıkları Yöntemi Kimden Öğrendiklerine, İllere ve Yerleşim Yerine Göre Dağılımı

İller	Yerleşim Yerinin Tipi	Gebeliği Önleyici Yöntemin Öğrenildiği Kişi								
		Sağlık Personeli		Akraba/Arkadaş		Eş		Medya		
		N	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Adıyaman	Kırsal	14	6	42,8	8	57,1	1	7,1	0	0,0
	Kentsel	23	13	56,5	11	47,8	0	0,0	0	0,0
	Toplam	37	19	51,4	19	51,4	1	2,7	0	0,0
Batman	Kırsal	6	6	100,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0
	Kentsel	15	3	20,0	4	26,7	8	53,3	0	0,0
	Toplam	21	9	42,9	5	23,8	8	38,1	0	0,0
Diyarbakır	Kırsal	27	7	25,9	16	59,3	4	14,8	0	0,0
	Kentsel	57	29	50,9	27	47,4	1	1,8	0	0,0
	Toplam	84	36	42,9	43	51,2	5	6,0	0	0,0
Gaziantep	Kırsal	19	12	63,2	7	36,8	1	5,3	0	0,0
	Kentsel	119	53	44,5	42	35,3	22	18,5	2	1,7
	Toplam	138	65	47,1	49	35,5	23	16,6	2	1,4
Kilis	Kırsal	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Kentsel	7	4	57,2	3	42,8	0	0,0	0	0,0
	Toplam	7	4	57,2	3	42,8	0	0,0	0	0,0
Mardin	Kırsal	15	4	26,7	4	26,7	6	40,0	0	0,0
	Kentsel	24	11	45,8	4	16,7	7	29,2	0	0,0
	Toplam	39	15	38,5	8	20,5	13	33,3	0	0,0
Siirt	Kırsal	7	4	57,1	1	14,3	2	28,6	0	0,0
	Kentsel	7	5	71,4	0	0,0	2	28,6	0	0,0
	Toplam	14	9	64,3	1	7,1	4	28,6	0	0,0
Şanlıurfa	Kırsal	7	5	71,5	0	0,0	2	28,5	0	0,0
	Kentsel	41	22	53,6	11	26,8	7	17,0	1	2,4
	Toplam	48	27	56,2	11	22,9	9	18,7	1	2,0
Şırnak	Kırsal	4	0	0,0	2	50,0	2	50,0	0	0,0
	Kentsel	2	0	0,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0
	Toplam	6	0	0,0	3	50,0	3	50,0	0	0,0
GAP*	Kırsal	99	44	44,4	39	39,4	18	18,2	0	0,0
	Kentsel	295	140	47,5	103	34,9	48	16,3	3	1,0
	Toplam	394	184	46,7	142	36,0	66	16,8	3	0,8

*İstatistiksel analiz $\chi^2=0,67$ $p=0,87$

GÜNEYDOĞU ANADOLU BÖLGESİ BİLDİRİLERİ

Tablo 5. Halen Herhangi Bir Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanan Kadınların Kullandıkları Yöntemi Neredenden Temin Ettiklerine, İllere ve Yerleşim Yerine Göre Dağılımı*

İller	Yerleşim Yerinin Tipi	Kullanılan Yöntemin Temin Edildiği Yer										Toplam Sayı
		Sağlık Ocağı	AÇS	Eczane	Devlet Hastanesi	Özel Hekim	Doğum Evi	SSK	Özel Hastane	Özel Poliklinik		
		%	%	%	%	%	%	%	%	%		
Adıyaman	Kırsal	62,5	0,0	25,0	12,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8
	Kentsel	47,0	5,8	23,5	11,7	11,7	0,0	0,0	0,0	0,0	17	
	Toplam	52,0	4,0	24,0	12,0	8,0	0,0	0,0	0,0	0,0	25	
Batman	Kırsal	80,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5	
	Kentsel	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6	
	Toplam	90,9	9,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	11	
Diyarbakır	Kırsal	75,0	8,3	0,0	16,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12	
	Kentsel	49,1	21,6	0,0	11,7	0,0	17,6	0,0	0,0	0,0	51	
	Toplam	54,0	19,0	0,0	11,7	0,0	14,3	0,0	0,0	0,0	63	
Gaziantep	Kırsal	85,7	0,0	0,0	7,1	0,0	0,0	0,0	0,0	7,1	14	
	Kentsel	45,3	3,5	17,5	2,3	10,5	0,0	10,5	5,8	4,6	86	
	Toplam	51,0	3,0	15,0	3,0	9,0	0,0	9,0	5,0	5,0	100	
Kilis	Kırsal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Kentsel	60,0	0,0	0,0	20,0	20,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5	
	Toplam	60,0	0,0	0,0	20,0	20,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5	
Mardin	Kırsal	25,0	75,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8	
	Kentsel	41,7	41,2	0,0	17,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	17	
	Toplam	36,0	52,0	0,0	12,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	25	
Siirt	Kırsal	57,2	28,6	0,0	14,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7	
	Kentsel	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6	
	Toplam	77,0	15,4	0,0	7,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	13	
Şanlıurfa	Kırsal	60,0	40,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5	
	Kentsel	56,2	12,5	9,3	3,1	0,0	6,2	3,1	6,2	3,1	32	
	Toplam	56,7	16,2	8,1	2,7	0,0	5,4	2,7	5,4	2,7	37	
Şırnak	Kırsal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	
	Kentsel	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	
	Toplam	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	
GAP	Kırsal	66,1	20,3	3,4	8,5	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	59	
	Kentsel	50,9	11,8	10,0	6,8	5,4	5,0	4,5	3,1	2,3	220	
	Toplam	54,1	13,6	8,6	7,1	4,3	3,9	3,6	2,5	2,1	279	

*Geri çekme,takvim yöntemi gibi yöntemler hariç

Tablo 6. Araştırmaya Katılan 15 Yaş ve Üzeri Kadınların Halen Kullandıkları Gebeliği Önleyici Yöntemi Temin Ettikleri Yere, Yerleşim Yerlerine ve Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

Yerleşim Yeri	Eğitim Düzeyi	Gebeliği Önleyici Yöntemin Temin Edildiği Yer										Toplam Sayı
		Sağlık Ocağı	AÇS Kliniği/ Doğumevi	Sağlık Evi	Eczane	Devlet Hastanesi	Özel Doktor Muayenesi	SSK Hastanesi/ Dispanseri	Özel Hastane	Özel Poliklinik	Doktor	
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
Kırsal	Okuryazar Değil	48,5	24,2	12,1	3,0	12,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	33
	Okuryazar İlkokul Mezunu	37,5	12,5	12,5	12,5	12,5	0,0	0,0	0,0	12,5	0,0	8
	Ortaokul Mezunu	68,8	12,5	18,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16
	Lise/Mez.ve üzeri	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1
		0,0	50,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2
Kentsel	Okuryazar Değil	32,5	26,2	17,5	6,2	6,3	1,2	3,8	6,2	0,0	0,0	80
	Okuryazar İlkokul Mezunu	42,8	23,8	4,8	9,5	4,8	0,0	4,8	0,0	9,5	0,0	21
	Ortaokul Mezunu	52,0	10,7	2,7	10,7	4,0	6,7	8,0	2,7	1,3	1,3	75
	Lise/Mez. ve üzeri	64,3	0,0	0,0	28,6	0,0	0,0	0,0	0,0	7,1	0,0	14
		35,7	10,7	7,1	10,7	14,3	14,3	0,0	0,0	3,6	3,6	28

	Okuryazar Değil	37,2	25,7	15,9	5,3	8,0	0,9	2,7	4,4	0,0	0,0	113
	Okuryazar	41,4	20,7	6,9	10,3	6,9	0,0	3,4	0,0	10,3	0,0	29
Toplam*	İlkokul Mezunu	54,9	11,0	5,5	8,8	3,3	5,5	6,6	2,2	1,1	1,1	91
	Ortaokul Mezunu	60,0	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0	6,7	0,0	15
	Lise Mez. ve üzeri	33,3	13,3	10,0	10,0	13,3	13,3	0,0	0,0	3,3	3,3	30
	Toplam	54,1	17,3	8,6	7,1	4,3	3,6	2,5	2,1			279
*İstatistiksel analiz (ortaokul ve üzeri eğitimliler birleştirilmiştir, özel doktor, özel hastane ve özel poliklinikler birleştirilmiştir.)								$\chi^2=63,78$		p= 0,0029		

GAP BÖLGESİ' NDE AİLE PLANLAMASI KONUSUNDA TUTUMLAR

Birgül ÖZÇİRCİ*, Servet ÖZGÜR*, Saime ŞAHİNÖZ*, Ali İhsan BOZKURT*, Turgut ŞAHİNÖZ**, Ersen İLÇİN***, Günay SAKA***, Ali CEYLAN***, Hamit ACEMOĞLU***, Yılmaz PALANCI***, Feridun AKKAFI****, Bayram BEKTAŞ*****.

* Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D
 ** Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürü
 ***Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D
 ****Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji A.D
 *****Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Parazitoloji A.D

ÖZET

GAP Bölge Kalkınma İdaresi Başkanlığı'nın desteğiyle, Türkiye Parazitoloji Derneği, Gaziantep, Dicle ve Harran üniversitelerinin yer aldığı bir grup tarafından 2001-2002 yıllarında yürütülen GAP Halk Sağlığı Projesi sırasında erkeklerle ve kadınlara uygulanan soru kağıtları aracılığıyla üreme sağlığına ve bu kapsamda aile planlamasına ilişkin veriler toplanmıştır.

Büyükölçüde orantılı olasılıklı örneklem yöntemiyle kırsal kentsel ayrımlı olarak GAP Bölgesi' ndeki 9 ilden DİE tarafından örneğe seçilen 1150 konuttan 1126 sına ulaşılabilmiş ve bu konutlarda yaşayan 15 ve üzeri yaşta ve araştırma sırasında evde olan kadınlara ve erkeklerle aile planlaması ile ilgili tutumlarını belirleyecek sorular sorulmuştur.

Sonuçta 15 yaş ve üzeri kadınlarda ve erkeklerde ideal çocuk sayısı ortanca 3 olarak bulunmuştur. Kırsalda her iki cinstede bu sayı 4 e yükselmektedir. Evlenmiş kadınların istenmeyen bir gebelik olması durumunda % 69,3 ü doğururum, % 19,9 u ise kürtaj yaptırımını vermiştir. Doğururum diyenlerin oranı kırsalda, kürtaj yaptırım diyenlerin oranı kentelde daha yüksektir. Gebelik geçirmiş kadınlarda son gebeliğin istenme durumu araştırıldığında son gebeliklerin % 30,1 inin her iki eş tarafından da istenmediği saptanmıştır. İki ya da daha az çocuklu kadınların % 34,2 si başka çocuk istemediklerini ifade etmişken, başka çocuk istemeyen kadın oranı 3 çocuklularda % 70 e, 4 ve üzeri çocuğu olan kadınlarda % 92,4 e yükselmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aile planlaması konusundaki tutum, Güneydoğu Anadolu bölgesi

GİRİŞ

Üreme sağlığı, yalnızca üreme sistemi ve işlevlerinde herhangi bir hastalık ya da zayıflık değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan bütünüyle iyi olma durumudur. Dolayısıyla bu tanım, insanların tatmin edici ve güvenilir bir yaşam sürdürebilmeleri ve üreme yeteneği ve bu konuda karar verme, sıklığını belirleme özgürlüğüne sahip olmaları anlamına gelir. Bu özgürlük erkeklerin ve kadınların doğurganlıklarını düzenlemek için gereken güveni, etki, bütçelerine uygun, ulaşılabilir yöntemler hakkında bilgi alma ve aynı zamanda gebelik bakımı ve doğum hizmetlerine ulaşma hakkını içerir. Üreme sağlığı hizmetlerinin de sadece üreme ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara ilişkin danışmanlık sunulması değil, aynı zamanda yaşamın ve bireysel ilişkilerin zenginleştirilmesi demek olan cinsel sağlığı da içermesi gerektiği vurgulanır (1, 2, 3, 4).

Aile planlaması konusundaki bilgi, tutum ve davranış üreme sağlığının önemli konuları arasındadır. Bu nedenle GAP Halk Sağlığı Projesi sırasında erkeklerle ve kadınlara uygulanan soru kağıtları aracılığıyla bölge halkının aile planlaması konusundaki tutumuna ilişkin veriler toplanmıştır.

AMAÇ

GAP Halk Sağlığı Projesi, GAP Bölgesi'nde var olan veya barajlar, sulama altyapıları, tarımda sulamanın yaygınlaşması, ürün deseninin ve tarımsal pratiklerin değişmesi, sanayileşme ve kentleşme sonucunda oluşacak ekolojik ve çevresel değişimlere bağlı olarak ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarını, özellikle su ile bulaşabilen hastalıkları ve nedenlerini belirlemek; ortaya çıkabilecek sağlık sorunları ve bunların önlenmesine yönelik politika, strateji ve uygulama yöntem ve araçlarını geliştirmek; ve bu alanda bir izleme ve değerlendirme sistemi kurmak amacıyla uygulanmıştır. Proje çerçevesinde halk sağlığını tehdit eden mevcut sağlık riskleri ve gelecekte olası sağlık riskleri arasında üreme sağlığını etkileyen etkenler de vardır. Bu amaçla projede üreme sağlığı ile ilgili konular incelenmiştir.

YÖNTEM

Projede örnek seçimi Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) tarafından yapılmıştır. GAP kapsamındaki 9 ilin toplam nüfusunun 6.128.973 olduğu bilindiğinden kırsal-kentsel ayrımlı olarak olabildiğince büyük bir örnek seçebilmek için ve $d=0,03$, $p=0,04$ (en az görülen hastalık sıklığı), $\infty=0,01$ alınarak ve 2 değişkenli, 3 ve 4'er düzeyli tablolar yapılabileceği düşünülerek GAP bölgesini temsil yeteneğine sahip örneklem büyüklüğü 6822 olarak tespit edilmiştir. Bu rakam 6900'e yuvarlanarak ve bölgede her konutta ortalama 6 kişi olduğu düşünülerek; örneğe çıkacak konut sayısı $6900/6=1150$ olarak belirlenmiştir. Daha sonra bölgenin kırsal ve kentsel kesimlerini ayrı ayrı temsil eden birer örnek büyüklüğe orantılı olasılıklı örneklem yöntemi ile seçilmiştir.

Araştırmada kullanılacak soru kağıtları Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyeleri tarafından ayrı ayrı, eş zamanlı olarak hazırlanmıştır. Daha sonra bir araya gelinerek bunlar ortak soru kağıdı haline getirilmiş ve ön denemelerden sonra soru kağıtlarına son şekli verilmiştir.

Soru kağıtları; konut, 0-59 aylık çocuk, 5 yaş ve yukarısı kadın ve erkek grubuna yönelik bilgi edinme soru kağıtlarından (anket formları) oluşmuştur. Daha sonra her ilde soru kağıdı uygulama ekipleri kurulup eğitilmiş ve bunlar başlarında bir halk sağlığı uzmanı ile birlikte örnekte yer alan her evde yaşayan bireylere soru kağıdı uygulamışlardır.

"5 Yaş Üzeri Kız Çocuk ve Kadınlar İçin Soru Kağıdı" ve "5 Yaş Üzeri Erkek Çocuk ve Erkekler İçin Soru Kağıdı" ile bölgedeki kadın ve erkeklerin demografik, üreme sağlığı ve aile planlaması ile ilgili bazı özellikleri hakkında veri toplanmıştır. Aile planlaması konusundaki tutum ile ilgili verilerin değerlendirilmesi evde bulunan 15 yaş ve üzeri kadın ve erkeklerde yapılmıştır.

Veriler bilgisayarda SPSS ve Excel programları ile değerlendirilmiştir ve istatistiksel analizlerde χ^2 testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Örneğe alınan 1150 konuttan 1126 sına ulaşılmıştır. Bu konutlarda 7609 kişi yaşamaktadır ve bunlardan 7240'ına soru kağıdı uygulanmıştır. Soru kağıdı uygulanan kişi sayısı önceden planlanan örneklem büyüklüğünden daha fazladır (6900). Aile planlaması hakkındaki sorular 15 ve üzeri yaşta ve araştırma sırasında evde olan 1756 kadına ve 661 erkeğe sorulmuştur. Soru kağıdı uygulanan 15 yaş ve üzeri kadın ve erkeklerin ideal çocuk sayısı ortanca 3 olarak bulunmuştur (Tablo 1). İdeal çocuk sayısı hem kadınlarda hem erkeklerde kırsal bölgelerde 4, kentsel bölgelerde 3 olarak bulunmuştur. İdeal çocuk sayısı kadınlarda 0 ile 15, erkeklerde 0 ile 20 arasında değişmektedir.

Evlenmiş kadınlara istenmeyen bir gebelik olması durumunda ne yapacakları sorulduğunda % 69,3 ü doğururum, % 19,9 u kürtaj

GÜNEYDOĞU ANADOLU BÖLGESİ BİLDİRİLERİ

yaptırımı yanıtını vermiştir (Tablo 2). Doğurum diyenlerin oranı kırsalda, kürtaj yaptırımı diyenlerin oranı kentselde daha yüksektir (p=0.000).

Gebelik geçirmiş kadınlarda son gebeliğin istenme durumu araştırıldığında son gebeliklerin % 30,1'inin her iki eş tarafından da istenmediği saptanmıştır (Tablo 3). Son gebelikler içerisinde istenmeyenlerin oranı Siirt ve Diyarbakır'da % 39'a, Batman'da % 54'e yükselmektedir. Her iki eş tarafından da istenmeyen son gebelik oranı kentsel bölgede % 32,1, kırsal bölgede ise % 25,9 olarak saptanmıştır. Tablo incelendiğinde kadın tarafından istenmeyen son gebelik oranının % 41'e ulaştığı anlaşılmaktadır.

Son gebeliğin istenme durumu kadının yaş grubuna göre değişiklik göstermektedir (Tablo 4). Genelde genç yaşlarda çocuk istemleri daha fazladır. Kadınların sahip oldukları çocuk sayısının "başka çocuk isteme" durumunu etkilediği saptanmıştır (Tablo 5). İki ya da daha az çocuklu kadınların % 34,2 si başka çocuk istemedikleri ni ifade etmişken, başka çocuk istemeyen kadın oranı 3 çocuklularda % 70'e, 4 ve üzeri çocuğu olanlarda % 92,4'e yükselmektedir (p=0,000). Gebelik geçirmiş kadınların % 73,2 si başka çocuk istememektedir. Bu oran kırsal (%74,4) ve kentsel (% 72,4) bölgelerde birbirine oldukça yakın oranlardadır.

TARTIŞMA

Bölgede 15 ve üzeri yaştaki kadınların ve erkeklerin ideal çocuk sayısı ortanca 3 olarak bulunmuştur. Bu sayı TNSA-1998'deki Doğu Anadolu'ya ilişkin değerlerle (kadınlarda ortalama 3,1, erkeklerde 4,0) uyumlu olmakla beraber Türkiye genelinden yüksektir (5). Özgür ve arkadaşlarının Gaziantep kırsal bölgesinde yaptıkları bir çalışmada kadınların ideal çocuk sayısı 4, erkeklerin 3 olarak bildirilmiştir (6).

Bölgemizde ideal çocuk sayısının 3 olarak belirlenmesine karşın, gebelik geçirmiş kadınlarda gebelik sayısı ortalamasının 6,4'e canlı doğum sayısı ortalamasının 5,5'e, yaşayan çocuk sayısı ortalamalarının ise 4,7'ye ulaştığı, bu oranların 45-49 yaş grubu gebelik geçirmiş kadınlarda ise sırasıyla 9,2, 8,1 ve 6,6 ya yükseldiği görülmektedir. Bu rakamlar göz önüne alınırsa araştırmamızda saptanan % 43 lük istenmeyen son gebelik oranının oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Kadının istemediği son gebelik oranının yaklaşık olarak Batman'da % 61'e, Diyarbakır'da % 58'e, Siirt ve Şırnak'ta % 50'ye ulaşması bu illerde aile planlaması ve istenmeyen gebeliğin sonlandırılması konusunda açığın büyüklüğünü vurgulamaktadır. Özellikle Batman'da her iki eş tarafından da istenmeyen son gebelik oranının % 54 olması bu ildeki aile planlaması konusundaki problemin büyüklüğünü göstermektedir.

Bölgede, 2 yaşayan çocuğu bulunan kadınların % 49,7'sinin, 3 yaşayan çocuğu bulunanların % 70'inin, 4 ve daha fazla sayıda yaşayan çocuğu bulunanların % 92,4 ünün başka çocuk istememeleri, çocuk sayısını sınırlama isteğinin yaygınlığını ortaya çıkarmaktadır. Bu değerler, 2 ve 3 çocuklu kadınlar arasında, TNSA-1998'deki Doğu Anadolu'ya ve Güney Anadolu'ya ilişkin oranlardan düşük olmakla birlikte, 4+ çocuklu kadınlarda saptanan oranlardan yüksektir (5). Özgür ve arkadaşlarıyla Gaziantep kırsalında yapılan bir çalışmada başka çocuk istemeyen kadınların oranı % 50-60 (6). Gaziantep il genelinde yapılan bir başka çalışmada ise bu oran % 47 olarak bulunmuştur (7). GAP genelinde kadınların %73,2 nin başka çocuk istemediği saptanmıştır ve bahsedilen çalışmalardaki oranların da üstündedir.

SONUÇLAR

- Bölgede kadın tarafından istenmeyen son gebeliklerin oranı Türkiye genelinden yüksektir. En yüksek olduğu iller Batman, Diyarbakır, Siirt ve Şırnak'tır.
- Kadınlar arasında yaşayan çocuk sayısı arttıkça başka çocuk isteme oranı artmaktadır. 3 çocuklularda bu oran % 70'e yükselmektedir.
- Bölgede hem erkeklerin hem kadınların ideal çocuk sayısı ortanca 3'tür. Buna karşın yaşayan çocuk sayısı ortalaması gebelik geçirmiş 45-49 yaş grubundaki kadınlar arasında 6,6'dır. Kadınların istediklerinden iki kat fazla çocuk sahibi oldukları görülmektedir. Dolayısıyla, bölgede aile planlaması hizmetleri konusunda büyük bir açık olduğu söylenebilir.

KAYNAKLAR

- WHO. Health, Population and Development, WHO Position Paper. International Conference on Population and Development 1994, Cairo, WIC/FHE/ 94.1, Geneva, 1994.
- WHO. Health, Population and Development, WHO Position Paper. International Conference on Population and Development 1994, Cairo, Executive Summary, WHO/FHE/ 94.2, Geneva, 1994.
- WHO. Womens Health: Improve Our Health, Improve The World, WHO Position Paper. Fourth World Conference on Women, Beijing, China, 4-15 September 1995. WIC/FHE/ 95.8, Geneva, 1995.
- WHO. Womens Health: Improve Our Health, Improve The World, WHO Position Paper. Fourth World Conference on Women, Beijing, China, 4-15 September 1995. Executive Summary, WHO/FHE/ 95.9, Geneva, 1995.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ve MEASURE DHS + Macro International Inc. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998, Ankara, Ekim 1999.
- Özgür, S., Bozkurt, A.İ., Özcırpıcı, B. "The effects of family planning education provided to different gender groups". British Journal of Obstetrics and Gynaecology, Vol.: 107, Oct. 2000, pp.: 1226-1232.
- Bozkurt Ali İhsan, Özcırpıcı Birgül, Şahinöz Saime, Özgür Servet. Gaziantep İlinde Sağlık Çeaklarına Herhangi Bir Nedenle Başvuran 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Açısından Risk Durumları, Yönetim Kullanımları ve Etkileyen Faktörler. Gaziantep Tıp Dergisi. Cilt : 12, Sayı : 2, 2001.

Tablo 1. Soru kağıdı Uygulanan 15 ve Üzeri Yaştaki Kadınların ve Erkeklerin İllere ve Yerleşim Yeriine Göre İdeal Çocuk Sayısı Ortancaları

İller	Yerleşim Yeri	İdeal Çocuk Sayısı	
		KADIN	ERKEK
		Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)
Adıyaman	Kırsal	4 (1-10)	3 (2-20)
	Kentsel	3 (1-10)	3 (1-5)
	Toplam	4 (1-10)	3 (1-20)
Batman	Kırsal	4 (1-12)	4 (2-8)
	Kentsel	3,5 (1-6)	4 (1-6)
	Toplam	4 (1-12)	4 (1-8)
Diyarbakır	Kırsal	4 (1-12)	4 (1-12)
	Kentsel	3 (0-12)	3 (1-12)
	Toplam	3 (0-12)	3 (1-12)
Gaziantep	Kırsal	3 (1-12)	3 (1-15)
	Kentsel	3 (1-10)	3 (0-15)
	Toplam	3 (1-12)	3 (0-15)
Kilis	Kırsal	-	-
	Kentsel	2 (0-4)	3 (2-4)
	Toplam	2 (0-4)	3 (2-4)
Mardin	Kırsal	4 (0-10)	4 (2-10)
	Kentsel	4 (0-8)	3 (1-7)
	Toplam	4 (0-10)	3 (1-10)

Siirt	Kırsal	4 (0-15)	4 (2-10)
	Kentsel	3 (1-5)	2 (2-4)
	Toplam	3 (0-15)	4 (2-10)
Şanlıurfa	Kırsal	4 (1-9)	4 (1-10)
	Kentsel	3 (1-10)	3 (2-20)
	Toplam	4 (1-10)	4 (1-20)
Şırnak	Kırsal	3,5 (2-4)	4 (3-6)
	Kentsel	4 (0-10)	4 (1-10)
	Toplam	4 (0-10)	4 (1-10)
GAP	Kırsal	4 (0-15)	4 (0-20)
	Kentsel	3 (0-12)	3 (0-20)
	Toplam	3 (0-15)	3 (0-20)

Tablo 2. Soru kağıdı Uygulanan Evlenmiş Kadınların İstenmeyen Gebelik Olması Durumunda Takinacakları Tutuma ve Yerleşim Yerine Göre Dağılımı

Yerleşim Yeri	İstenmeyen Gebelikteki Tutum								Toplam Sayı
	Doğururum		Düşürürüm (Kürtaj)		Eşim Karar Verir		Bilmiyorum		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Kırsal	374	78,7	38	8,0	5	1,1	58	12,2	475
Kentsel	480	63,3	207	27,3	10	1,3	61	8,0	758
GAP Toplam	854	69,3	245	19,9	15	1,2	119	9,7	1233
		$\chi^2=70,2$		$P=0,000$					

Tablo 3. Soru Kağıdı Uygulanan ve Gebelik Geçirmiş Kadınların Son Gebeliklerinin İstenme Durumlarına, İllere Ve Yerleşim Yerine Göre Dağılımı

İller	Yerleşim Yeri	Son Gebeliği İsteme Durumu								Toplam Sayı
		Her İkisi İstiyordu		Erkek İstiyordu		Kadın İstiyordu		Her İkisi İstemiyordu		
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Adıyaman	Kırsal	32	58,2	7	12,7	5	9,1	11	20,0	55
	Kentsel	25	53,2	12	25,5	1	2,1	9	19,1	47
	Toplam	57	55,9	19	18,6	6	5,9	20	19,6	102
Batman	Kırsal	6	20,7	3	10,3	0	0,0	20	69,0	29
	Kentsel	22	48,9	2	4,4	1	2,2	20	44,4	45
	Toplam	28	37,8	5	6,8	1	1,4	40	54,1	74
Diyarbakır	Kırsal	31	31,0	25	25,0	2	2,0	42	42,0	100
	Kentsel	67	45,1	22	15,1	3	2,1	54	37,0	146
	Toplam	98	39,3	47	19,1	5	2,0	96	39,0	246
Gaziantep	Kırsal	68	76,4	8	9,0	0	0,0	13	14,6	89
	Kentsel	119	46,7	21	8,2	9	3,5	106	41,6	255
	Toplam	187	54,4	29	8,4	9	2,6	119	34,6	344
Kilis	Kırsal	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Kentsel	14	87,5	1	6,3	1	6,3	0	0,0	16
	Toplam	14	87,5	1	6,3	1	6,3	0	0,0	16
Mardin	Kırsal	25	54,3	7	15,2	0	0,0	14	30,4	46
	Kentsel	36	66,7	3	5,6	1	1,9	14	25,9	54
	Toplam	61	61,0	10	10,0	1	1,0	28	28,0	100
Siirt	Kırsal	18	50,0	4	11,1	0	0,0	14	38,9	36
	Kentsel	10	50,0	2	10,0	0	0,0	8	40,0	20
	Toplam	28	50,0	6	10,7	0	0,0	22	39,3	56
Şanlıurfa	Kırsal	73	97,3	0	0,0	0	0,0	2	2,7	75
	Kentsel	97	85,3	3	2,7	0	0,0	13	11,5	113
	Toplam	170	90,5	3	1,6	0	0,0	15	8,0	188
Şırnak	Kırsal	7	53,3	3	23,1	0	0,0	3	23,1	13
	Kentsel	16	50,0	6	18,8	0	0,0	10	31,3	32
	Toplam	23	51,1	9	20,0	0	0,0	13	28,9	45
GAP*	Kırsal	260	58,7	57	12,9	7	1,6	119	26,9	443
	Kentsel	406	55,8	72	9,9	16	2,2	234	32,1	728
	Toplam	666	56,0	129	11,0	23	2,0	353	30,1	1171
		$\chi^2=6,52$		$p=0,088$						

Tablo 4. Soru Kağıdı Uygulanan ve Araştırma Sırasında Evde Bulunan 15 ve Üzeri Yaşta Kadınların Son Gebeliklerinin İstenme Durumlarına, Yerleşim Yerine ve Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yerleşim Yeri	Kadının Yaş Grubu	Son gebeliği İsteme Durumu								Toplam Sayı
		Her İkisi İstiyordu		Erkek İstiyordu		Kadın İstiyordu		Her İkisi İstemiyordu		
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Kırsal	15-19	10	83,3	1	8,3	0	0,0	1	8,3	12
	20-24	48	77,4	6	9,7	1	1,6	7	11,3	62
	25-29	42	61,8	9	13,2	0	0,0	17	25,0	68
	30-34	22	52,4	5	11,9	2	4,8	13	31,0	42
	35-39	28	41,8	10	14,9	1	1,5	28	41,8	67
	40-44	25	58,1	3	7,0	0	0,0	15	34,9	43
	45-49	21	43,8	9	18,8	1	2,1	17	35,4	48
	50+	64	63,4	14	13,9	2	1,9	21	20,8	101
	Toplam	260	58,7	57	12,9	7	1,6	119	26,8	443

GÜNEYDOĞU ANADOLU BÖLGESİ BİLDİRİLERİ

Kentse	15-19	16	72,7	3	13,6	0	0,0	3	13,6	22
	20-24	55	64,0	10	11,6	3	3,5	18	20,9	86
	25-29	89	63,1	10	7,1	4	2,8	38	27,0	141
	30-34	52	49,1	12	11,3	3	2,8	39	36,8	106
	35-39	59	46,1	12	9,4	4	3,1	53	41,4	128
	40-44	38	57,6	6	9,1	2	3,0	20	30,3	66
	45-49	23	42,6	7	13,0	0	0,0	24	44,4	54
	50+	74	59,2	12	9,6	0	0,0	39	31,2	125
	Toplam	406	55,8	72	9,9	16	2,2	234	32,1	728
GAP Toplam	15-19	26	76,5	4	11,8	0	0,0	4	11,8	34
	20-24	103	69,6	16	10,8	4	2,7	25	16,9	148
	25-29	131	62,7	19	9,1	4	1,5	55	26,3	209
	30-34	74	50,0	17	11,5	5	3,4	52	35,1	148
	35-39	87	44,6	22	11,3	5	2,6	81	41,5	193
	40-44	63	57,8	9	8,3	2	1,8	35	32,1	109
	45-49	44	43,1	16	15,7	1	1,0	41	40,2	102
	50+	138	61,1	26	11,5	2	0,5	60	26,5	226
	Toplam	666	56,9	129	11,0	23	2,0	353	30,1	1171

Tablo 5. Soru Kağıdı Uygulanmış 15-49 Yaş Grubundaki Gebelik Geçirmiş Kadımların Başka Çocuk İsteme Durumlarına, Yaşayan Çocuk Sayılarına ve Yerleşim Yeri Göre Dağılımı

Yerleşim Yeri	Başka Çocuk İsteme Durumu	Çocuk Sayısı								Toplam	
		0-1		2		3		4 ve +		Sayı	%
Kırsal	Başka Çocuk İstemiyor	6	11,8	16	40,0	31	66,0	52	92,6	305	74,4
	İlerde İstiyor	38	74,5	19	47,5	13	27,7	14	5,1	84	20,5
	Hemen İstiyor	6	11,8	2	5,0	1	2,1	0	0,0	9	2,2
	Kararsız	1	2,0	3	7,5	2	4,3	6	2,2	12	2,9
	TOPLAM	51	100,0	40	100,0	47	100,0	72	100,0	410	100,0
Kentse	Başka Çocuk İstemiyor	18	20,5	60	53,1	95	71,4	321	92,2	494	72,4
	İlerde İstiyor	62	70,5	45	39,8	30	22,6	20	5,7	157	23,0
	Hemen İstiyor	5	5,7	3	2,7	2	1,5	3	0,9	13	1,9
	Kararsız	3	3,4	5	4,4	6	4,5	4	1,1	18	2,6
	TOPLAM	88	100,0	113	100,0	133	100,0	348	100,0	682	100,0
GAP Toplam*	Başka Çocuk İstemiyor	24	17,3	76	49,7	126	70,0	573	92,4	799	73,2
	İlerde İstiyor	100	71,9	64	41,8	43	23,9	34	5,5	241	22,1
	Hemen İstiyor	11	7,9	5	3,3	3	1,7	3	0,5	22	2,0
	Kararsız	4	2,9	8	5,2	8	4,4	10	1,6	30	2,7
	TOPLAM	139	100,0	153	100,0	180	100,0	620	100,0	1092	100,0

*İstatistiksel analiz başka çocuk istemiyor ve ilerde istiyor arasında yapılmıştır. $\chi^2=375,0$ p=0,000

GAP BÖLGESİNDE DÜŞÜKLER

Ali İhsan BOZKURT*, Birgül ÖZÇİRPİCİ*, Servet ÖZGÜR*, Saim ŞAHİNÖZ*, Turgut ŞAHİNÖZ**, Günay SAKA***, Ali CEYLAN***, Ersen İLÇİN***, Hamit ACEMOĞLU***, Yılmaz P. LANCİ***, Feridun AKKAFİ****, Mucide AK*****

* Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. ** Gaziantep İli Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürü
 Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji A.D.
 *****Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Parazitoloji A.D.

ÖZET

GAP Bölge Kalkınma İdaresi Başkanlığı'nın desteğiyle, Türkiye Parazitoloji Derneği, Gaziantep, Dicle ve Harran üniversitelerinin yer aldığı bir grup tarafından 2001-2002 yıllarında yürütülen GAP Halk Sağlığı Projesi sırasında önemli bir kadın sağlığı sorunu olan düşük konusunda bazı veriler kadın lara uygulanan soru kağıtları aracılığıyla toplanmıştır.

Büyükölçüde orantılı olasılıklı örnekleme yöntemiyle kırsal kentse ayrımı olarak GAP Bölgesi'ndeki 9 ilden DİE tarafından örneğe seçilen 1150 konuttan 1126 sına ulaşılabilmiş ve bu konutlarda yaşayan 15 yaş üzeri 1491 evli kadından düşük ile ilgili veriler toplanmıştır.

Sonuç olarak evli kadınların % 8,6 sı isteyerek düşük, % 32,5 i kendiliğinden düşük yapmışlardır. 100 gebelik başına isteyerek düşük oranı 2,45, kendiliğinden düşük oranı ise 9,58 bulunmuştur. İsteyerek düşükler Kilis ve Adıyaman illerinde, kendiliğinden düşükler ise Mardin, Şanlıurfa ve Gaziantep illerinde ve GAP genelinde ise kentse bölgelerde daha yüksek oranlarda bulunmuştur. Düşük sonrası kadınların % 43,8 i etkin, %24,0 i etkin olmayan yöntem kullanırken, % 32,3 ünün yöntem kullanmadığı saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Düşük, Güneydoğu Anadolu Bölgesi

GİRİŞ

Gebeliğin 28. haftadan önce sonlanmasına düşük adı verilmektedir. Düşükler isteyerek ve kendiliğinden olarak iki ana başlıkta gruplandırılmaktadır. Eşlerin isteği dışında gebeliğin spontan olarak sonlanmasını ifade eden kendiliğinden düşükler ana sağlığı ve gebelik bakımının yetersiz olduğu durumlarda yükselmektedir. İsteyerek düşükler eşlerin isteği doğrultusunda gebeliğin sonlandırılmasıdır ve isteyerek düşük oranının yüksek olması aile planlaması hizmetlerinin yeterli olmadığına önemli bir göstergesidir.

Bu önemli sorun GAP bölgesi illerini kapsayan bu çalışmada ele alınmış ve ayrıntılı olarak incelenmiştir.

AMAÇ

GAP Halk Sağlığı Projesi, GAP Bölgesi'nde var olan veya barajlar, sulama altyapıları, tarımda sulamanın yaygınlaşması, ürün desenimin ve tarımsal pratiklerin değişmesi, sanayileşme ve kentleşme sonucunda oluşacak ekolojik ve çevresel değişimlere bağlı olarak ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarını, özellikle su ile bulaşabilen hastalıkları ve nedenlerini belirlemek; ortaya çıkabilecek sağlık sorunları ve bunların önlenmesine yönelik politika, strateji ve uygulama yöntem ve araçlarını geliştirmek; ve bu alanda bir izleme ve değerlendirme sistemi kurmak amacıyla uygulanmıştır. Proje çerçevesinde kadın sağlığını tehdit eden mevcut sağlık riskleri ve gelecekte olası sağlık riskleri arasında düşükler de vardır. Bu amaçla projede düşükler incelenmiştir.

YÖNTEM

GAP kapsamındaki 9 ilin toplam nüfusunun 6.128.973 olduğu bilindiğinden kırsal-kentsel ayrımlı olarak olabildiğince büyük bir örnek seçilebilir için ve $d=0,03$, $p=0,04$ (en az görülen hastalık sıklığı), $\alpha=0,01$ alınarak ve 2 değişkenli, 3 ve 4' er düzeyli tablolar yapılabileceği düşünülerek GAP bölgesini temsil yeteneğine sahip örneklem büyüklüğü 6822 olarak tespit edilmiştir. Bu rakam 6900'e yuvarlanarak ve bölgede her konutta ortalama 6 kişi olduğu düşünülerek; örneğe çıkacak konut sayısı $6900/6=1150$ olarak belirlenmiştir. Daha sonra bölgenin kırsal ve kentsel kesimlerini temsil edebilecek şekilde örnek seçimi büyüklüğe orantılı olasılıklı örnekleme yöntemi ile Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) tarafından seçilmiştir.

Araştırmada kullanılacak soru kağıtları Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyeleri tarafından ayrı ayrı, eş zamanlı olarak hazırlanmıştır. Daha sonra bir araya gelinerek bunlar ortak soru kağıdı haline getirilmiş ve ön denen elerden sonra soru kağıtlarına son şekli verilmiştir.

Soru kağıtları; konut, 0-59 aylık çocuk, 5 yaş ve yukarısı kadın ve erkek grubuna yönelik bilgi edinme soru kağıtlarından (anket formları) oluşmuştur.

Daha sonra her ilde soru kağıdı uygulama ekipleri kurulup eğitilmiş ve bunlar başlarında bir halk sağlığı uzmanı ile birlikte örnekte yer alan her hane için konut anketi ve o evde yaşayan her kişi için ayrı ayrı soru kağıdı uygulanmıştır.

"Hane Halkı ve Haneler İçin Soru Kağıdı" ile o konutta yaşayanlar ve nitelikleri ile ilgili bilgiler elde edilmiştir. "5 Yaş Üzeri Kız Çocuk ve Kadınlar İçin Soru Kağıdı" ile kadınların demografik, doğurganlık ve düşükle ilgili bazı özellikleri hakkında veri toplanmıştır.

Veriler bilgisayarda SPSS ve Excel programları ile değerlendirilmiş ve istatistiksel analizlerde χ^2 ve Student's t testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya alınan hanelerde toplam 1491 evli kadın bulunmaktadır. Bu kadınların 1260' ı (%84,5) en az bir kez gebe kalmıştır. Gebelik geçirmiş olan evli kadınlarda düşük sayısı ortalaması 0,76 olarak bulunmuştur. Bu oran kırsal bölgelerde 0,73 iken, kentsel bölgelerde 0,78' e yükselmektedir. İllere ve yerleşim yerinin tipine göre gebelik geçirmiş evli kadınların düşük sayısı ortalamaları Tablo 1'de verilmiştir. Düşük sayısı ortalaması en yüksek bulunan il Gaziantep'tir(2,9).

GAP bölgesinde evli kadınlarda isteyerek ve kendiliğinden düşük yapma durumları Tablo 2'de verilmiştir. Evli kadınların %5,15'inin 1 kez, %3,41'inin iki veya daha fazla isteyerek düşük yaptığı, %18,20'sinin 1 kez, %14,26'sının iki veya daha fazla kendiliğinden düşük yaptığı belirlenmiştir. Evli kadınların %8,58' i en az bir kez isteyerek düşük, %32,49' si en az bir kez kendiliğinden düşük yaptıklarını belirtmişlerdir. İsteyerek düşüklerin kentsel bölgelerde, kendiliğinden düşüklerin ise kırsal bölgelerde biraz daha fazla olduğu görülmektedir.

Bazı özelliklere göre evli kadınlarda kendiliğinden ve isteyerek düşük oranlarının dağılımı Tablo 3' de verilmiştir.

Araştırmaya katılan gebelik geçirmiş kadınların isteyerek ve kendiliğinden düşük sayılarının illere ve yerleşim yerine göre dağılımı Tablo 4' de verilmiştir. İsteyerek düşük yapan kadın oranları kentsel bölgelerde, kendiliğinden düşükler ise kırsal bölgelerde biraz daha yüksek bulunmuştur.

İsteyerek düşük oranının en yüksek olduğu iller Kilis (%25,0), Adıyaman (%18,4) ve Gaziantep (%15,4) illeridir. İki veya daha fazla isteyerek düşük yapan kadın oranı Adıyaman ilinde en yüksektir(%8,5).

Kendiliğinden düşük oranının en yüksek olduğu iller Mardin (%40,0), Şanlıurfa (%39,9) ve Gaziantep'tir(%37,5). İki veya daha fazla kendiliğinden düşük yapan kadın oranı Mardin ilinde en yüksek olarak bulunmuştur(%20,0).

Araştırmada düşük ölçütlerinden en yaygın kullanılanlarından birisi olan 100 gebelik başına düşük hızları hesaplanmıştır ve Tablo 5' de verilmiştir. Yüz gebelik başına isteyerek düşük hızı 2,45, kendiliğinden düşük hızı 9,58 olarak bulunmuştur.

Çalışmada isteyerek düşük yapmış 113 kadın mevcuttur. Buna karşın "geçmişte kendi kendine düşük yapmaya çalıştığını" belirten kadın sayısı 64'dür. Bu kadınların 24'ü kırsal bölgede 40' ı kentsel bölgededir. Kendi kendine düşük yapmaya çalışan kadınların kendi kendine düşük yapmakta tercih ettiği ilk yöntem ilaç kullanmaktır(%43,8). Ağır kaldırma (%35,4) ikinci sırayı almaktadır. Kırsal bölge kadınları ilk olarak "ağır kaldırma" yöntemini (%64,3) tercih ederken, kentsel bölge kadınları ise ilk olarak "ilaç kullanma"yı (%50) tercih etmektedirler.

Kadınların en son yapmış oldukları isteyerek düşük ile ilgili bazı bilgiler Tablo 6' de verilmiştir. Başka çocuk istememe isteyerek düşük nedenleri arasında ilk sırayı almaktadır(%64,58). İsteyerek yapılan son düşüklerin %63,54' ünde isteyerek düşük yapmaya eşler birlikte karar vermişlerdir. Kadının tek başına karar verdiği isteyerek düşük oranı %20,83' dür. Özel muayenehaneler %46,88 ile isteyerek düşüklerin en fazla yapıldığı yerler olarak dikkati çekmektedir.

Tablo 6. Kadınların en son yapmış oldukları isteyerek düşüklerin bazı özelliklere göre dağılımı

		Kırsal		Kentsel		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Son isteyerek düşüğü yapma nedeni	Başka çocuk istememe	19	65,52	43	64,18	62	64,58
	Önceki gebelik ile arasının kısa süre olması	0	0,00	12	17,91	12	12,50
	Anne sağlığı	7	24,14	4	5,97	11	11,46
	Çocuk sağlığı	3	10,34	3	4,48	6	6,25
	Anne ve çocuk sağlığı	0	0,00	3	4,48	3	3,13
	Diğer	0	0,00	2	2,99	2	2,08
Son yapılan düşüğe kim karar verdi	Eşyle beraber	19	65,52	42	62,69	61	63,54
	Kadın	2	6,90	18	26,87	20	20,83
	Doktor	7	24,14	5	7,46	12	12,50
	Erkek	1	3,45	2	2,99	3	3,13
Son yapılan düşüğün yapıldığı yer	Özel Muayenehane	15	51,72	30	44,78	45	46,88
	Devlet hastanesi	9	31,03	17	25,37	26	27,08
	Doğumevi	3	10,34	4	5,97	7	7,29
	Ev	1	3,45	6	8,96	7	7,29
	Özel hast./özel poliklinik	1	3,45	5	7,46	6	6,25
	SSK	0	0,0	4	5,97	4	4,16
	AÇS	0	0,0	1	1,49	1	1,04
	Toplam	29	100,0	67	100,0	96*	100,0

Not: 96 kadından yanıt alınabilmiştir

Son yapılan isteyerek düşük sonrası kadınların herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanıp kullanmadıkları sorgulanmıştır. En son yapılan isteyerek düşük sonrası kadınların %32,29'u yöntem kullanmamış olduğu tespit edilmiştir. İsteyerek düşük sonrası kadınların %43,75'i etkin APY, %23,96'sı ise etkin olmayan aile planlaması yöntemleri kullanmaya başlamışlardır(Tablo 7).

Kentsel bölgede isteyerek yapılan düşükler sonrasında etkin aile planlaması yöntemi kullanma oranı %53,97 iken kırsal bölgedeki yapılan isteyerek düşükler sonrası kadınların sadece %24,24'ü etkin yöntem kullanmaya başlamaktadır. Son yapılan isteyerek düşük sonrası kentsel bölgede kadınların %14,29'u etkin olmayan gebeliği önleyici yöntem kullanmaya devam etmektedirler. Bu oran GAP bölgesi kırsalında %42,42'ye yükselmektedir.

Kadının en son yaptığı isteyerek düşüğü sonrası kullandığı gebeliği önleyici yöntemler incelendiğinde etkin yöntemlerden RİA (%52,38) ilk sırayı almaktadır. Bunu kondom (%26,19) izlemektedir (Tablo 7). Düşük sonrası etkin gebeliği önleyici yöntem kullanımı kırsalda %24,24 , kentselde %53,97'dir.

GÜNNEYDOĞU ANADOLU BÖLGESİ BİLDİRİLERİ

Tablo 7.İsteyerek Son Düşük Sonrası Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanma Durumu

Yerleşim yerinin tipi	Yöntem kullanmayan		Etkin yöntem kullanan						Etkin olmayan yöntem kullanan				Toplam Sayı
			RIA Sayı	Kondom Sayı	Hap Sayı	Tüp Lig. Sayı	Toplam etkin yöntem		Geri çekme Sayı	Diğer etkin olmayan yöntemler Sayı	Toplam etkin olmayan yöntem		
	Sayı	%					Sayı	%			Sayı	%	
Kırsal	11	33.33	5	1	2	-	8	24.24	14	-	14	42.42	33
Kentsel	20	31.75	17	10	5	2	34	53.97	6	3	9	14.29	63
Toplam	31	32.29	22	11	7	2	42	43.75	20	3	23	23.96	96

TARTIŞMA

GAP bölgesinde evlenmiş ve en az bir kez gebe kalmış kadınların yaptığı düşük sayısı ortalaması 0.76 olarak bulunmuştur. Bu kadınların toplam gebelik sayısı ortalamasının 7.41 olduğu dikkate alınırsa yaklaşık her 10 gebelikten birinin düşükle sonuçlandığı görülmektedir. Nitekim 100 gebelik başına 2.45 isteyerek düşük, 9.58 kenciliğinden düşük, 11.93 toplam düşük saptanmıştır. TNSA 98'de Türkiye genelinde bu oranlar sırasıyla 14.5, 8.7, ve 23.2 olarak belirtilmiştir (1). Araştırmamızda bulunan 100 gebelikte 2.45 olan isteyerek düşük oranı, TNSA 98 de GAP illerinin çoğunu içine alan doğu illeri için bildirilen isteyerek düşük oranından (%7.6) oldukça düşüktür. Manisa'da istemli düşük oranını 100 gebelikte 12.1, Ankara Polatlı'da istemli düşük oranının %31.9 bulunduğu dikkate alındığında GAP bölgesinde istemli düşüklerin hayli düşük düzeyde olduğu açıktır(2,3).

GAP bölgesinde evlenmiş kadınların şu ana kadar %8.6 sinin en az bir kez isteyerek düşük, %32.5'inin ise kendiliğinden düşük yapmış olduğu saptanmıştır. En az bir kez düşük yapmış olan kadın oranı %33.8'dir.

TNSA 98'de doğu illeri grubunda en az bir isteyerek düşüğü olan 15-49 yaş evli kadın oranı %18.2' olarak bildirilmiştir (1). Bizim çalışmamızda aynı yaş grubu kadınlarda en az bir isteyerek düşüğü olanların oranı %9.09'dur ve TNSA 98 verilerinin yaklaşık yarısıdır. Doğurganlığın ve doğumla sonuçlanan istenmeyen gebeliklerin oranının yüksek olması isteyerek düşüğülerin az olmasının nedeni olabilir. Sonuçta TNSA çalışmasının 1998 yılı verileri ile karşılaştırıldığında geçen süre içerisinde isteyerek düşüğülerde bir azalma olduğu göstermektedir. Nitekim TNSA 93 ve TNSA 98 verileri kendi aralarında karşılaştırıldığında da aynı bölgede isteyerek düşüğülerde bir azalma olduğu gözle çarpılmaktadır(%8.7→%7.6).

Çalışmada isteyerek düşük yapanların oranının kırsal bölgelere göre kullanımında artış görülmesi nispeten olumlu bir bulgudur. Çalışmada TNSA 98 verilerine benzerlik oluşturmaktadır. Buna karşın GAP bölgesinde kendiliğinden düşüğülerde ise kırsal ve kentsel dağılımda önemli bir farklılık saptanmamıştır.

İsteyerek düşüğü sonrası yöntem kullanma durumu incelendiğinde GAP bölgesinde son yapılan isteyerek düşük sonrası yöntem kullanmayanların oranı %32.29 bulunmuştur ve TNSA 98'de saptanan %32.1 oranına çok yakındır (1). Çalışmamızda son yapılan isteyerek düşük sonrası etkin yöntem kullanma %43.7, etkin olmayan yöntem kullanma ise %23.9 olarak bulunmuştur. TNSA 98'de ise bu oranlar sırasıyla %34.2 ve %32.3'dür. TNSA 98 ile karşılaştırıldığında düşük sonrası etkin yöntem kullanımında artış görülmesi nispeten olumlu bir bulgudur.

Son isteyerek düşüğü karar verme nedeni olarak "başka çocuk istememe" (%62) ilk sıradadır ve TNSA 98 verisi ile aynı orandadır (1). Bu da istenmeyen gebelikleri ve bölgede aile planlaması hizmetlerinin yeterli düzeyde olmadığına bir göstergesidir.

Son isteyerek düşüğü yapıldığı yer sıralamasında özel muayeneciler (%46.88) ve devlet hastaneleri (%27.08) ilk iki sırayı almaktadır. TNSA 98'de doğu illeri grubunda aynı sıralama tespit edilmiştir (%68.4, ve %19.7) (1). Şenol ve arkadaşlarının Antalya'da yapılan bir çalışmada isteyerek düşüğülerin %50 sinin özel muayenelerde yapıldığı bildirilmiştir ve genelde kürtaj yaptırmada ilk tercihin özel muayeneciler olduğu anlaşılmaktadır(4).

Her 3 evli kadından birisinin kendiliğinden düşük yapmış olduğunun saptanması GAP illerinde ana sağlığı sorunlarının önemli ve kırsal ve kentsel bölgelerde benzer boyutlarda bir sorun olduğunu göstermektedir. Kadınlarda bir ya da daha çok kendiliğinden düşük yapma oranı (%33.8) TNSA-98 (%21.4) verilerinden daha yüksektir. Gaziantep kent merkezinde yapılan bir doktora tezinde de bu oranın %35.3 olduğu bildirilmiştir ve araştırmamızda bu il için saptanmış %37.2 oranına oldukça yakındır (4). Bu veriler GAP bölgesinde ana sağlığı durumunun Türkiye geneline göre daha kötü durumda olduğunu göstermektedir.

SONUÇLAR

Evli kadınlarda %8.6 isteyerek düşük, %32.5 kendiliğinden düşük oranı GAP illerinde özellikle kendiliğinden düşüğüne oldukça önemli bir problem olduğunu göstermektedir. İsteyerek yapılan düşüğü sonrası kadınların %23.9 unun etkin olmayan yöntem kullanması, %32.3 ünün düşük sonrası yöntem kullanmaması aile planlaması hizmetlerinde de sorun olduğunu göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ve MEASURE DHS + Macro International Inc. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998, Ankara, Ekim 1999.
2. Gönül D, Atman CÜ, Oral A, Eser E, Özvürmez S, Baydur H. Induced Abortions in Manisa, Turkey. International Public Health Congress. Abstract book p: 22, İstanbul 2000.
3. Kuş D, Maral İ, İlhan MN. Ankara ili Polatlı ilçesindeki 15-49 yaş evli kadınların kürtaj oldukları andaki bazı demografik verileri. II. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Özet Kitabı s:146, Antalya 2001.
4. Şenol Y, Dönmez L, Yıldız M, Mehrican E. Antalya Kütükcü 6 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 15-49 yaş evli kadınlarda düşük sıklığı ve etkileyen faktörler. II. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Özet Kitabı s:162, Antalya 2001.
5. Bozkurt, Ali İhsan. "Gaziantep İl Merkezinde Sağlık Düzeyi, Doktora Tezi, Gaziantep 1994.

Tablo 1. İllere ve yerleşim yerinin tipine göre gebelik geçirmiş evli kadınların düşük sayısı ortalamaları

İller	Kırsal		Kentsel		Toplam	
	Ortalama	Std.Sapma	Ortalama	Std.Sapma	Ortalama	Std.Sapma
Adıyaman	0.85	1.11	0.80	1.91	0.83	1.50
Batman	0.58	0.94	0.46	0.85	0.51	0.88
Diyarbakır	0.60	0.98	0.71	1.33	0.67	1.20
Gaziantep	0.85	1.18	0.92	1.35	0.90	1.31
Kilis	-	-	0.88	1.31	0.88	1.31
Mardin	0.82	1.37	0.90	1.54	0.96	1.45
Siirt	0.43	0.78	0.45	1.05	0.44	0.88
Şanlıurfa	0.80	1.33	0.77	1.11	0.78	1.20
Şırnak	0.62	0.96	0.41	0.71	0.47	0.79
GAP*	0.75	1.14	0.78	1.32	0.76	1.25

*İstatistiksel analiz p=0.47

Tablo 2. Evli kadınlarda isteyerek ve kendiliğinden düşük yapma durumu

		Kırsal	Kentsel	Toplam		Analiz*	
İsteyerek düşük	Yok	485	93,44	720	90,11	1205 91,42	P=0,04
	1	21	4,04	47	5,88	68 5,15	
	2 ve üzeri	13	2,50	32	4,00	45 3,41	
Kendiliğinden düşük	Yok	344	66,28	546	68,33	890 67,52	P=0,96
	1	97	18,68	143	17,89	240 18,20	
	2 ve üzeri	78	15,02	110	13,76	188 14,26	
n		519	100,0	799	100,0	1318	100,0

*analiz yapılmışken bir ve üzeri düşüklükler birleştirilmiştir.

Tablo 3. Bazı özelliklere göre evlenmiş kadınlarda kendiliğinden ve isteyerek düşük oranları

	N	En az bir isteyerek düşüğü olan		En az bir kendiliğinden düşüğü olan		En az bir düşük yapan		
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş	15-19	50	0	0,00	2	4,00	2	4,00
	20-24	169	7	4,14	25	14,79	30	17,75
	25-29	215	13	6,05	44	20,47	56	26,05
	30-34	162	13	8,02	57	35,19	68	41,98
	35-39	208	24	11,54	81	38,94	100	48,08
	40-44	119	18	15,13	53	44,54	63	52,94
	45-49	111	19	17,12	40	36,04	52	46,85
	50+	283	19	6,71	126	44,52	134	47,35
Yaşayan çocuk sayısı	0	92	0	0,00	7	7,61	7	7,61
	1	116	0	0,00	21	18,10	21	18,10
	2	163	16	9,82	35	21,47	48	29,45
	3	186	15	8,06	64	34,41	72	38,71
	4	168	29	17,26	53	31,55	75	44,64
Kadının eğitimi	5 ve üzeri	592	53	8,95	248	41,89	282	47,64
	Okuryazar Değil	839	58	6,91	302	36,00	342	40,76
	Okuryazar	98	9	9,18	23	23,47	30	30,61
	İlkokul Mezunu	299	38	12,71	86	28,76	110	36,79
	Ortaokul Mezunu	32	3	9,38	8	25,00	10	31,25
Kadının işi	Liçe Mezunu ve Üzeri	49	5	10,20	9	18,37	13	26,53
	Ev hanımı	1268	112	8,83	409	32,26	485	38,25
	Çalışıyor	49	1	2,04	19	38,78	20	40,82
TOPLAM		1317	113	8,58	428	32,49	505	38,34

Tablo 4. İllere ve Yerleşim Yerine Göre Gebelik Geçirmiş Kadınlarda İsteyerek ve Kendiliğinden Düşük Yapmış Olanlar

İller	Yeri Tipi	N	İsteyerek düşük		Kendiliğinden	
			Sayı	%	Sayı	%
Adıyaman	Kırsal	75	16	21,33	25	33,33
	Kentsel	55	8	14,54	12	21,82
	Toplam	130	24	18,46	37	28,46
Batman	Kırsal	36	0	0,0	13	36,11
	Kentsel	52	1	1,92	13	25,00
	Toplam	88	1	1,13	26	29,54
Diyarbakır	Kırsal	106	4	3,77	35	33,02
	Kentsel	153	12	7,84	44	28,76
	Toplam	259	16	6,18	79	30,50
Gaziantep	Kırsal	89	9	10,11	34	38,20
	Kentsel	255	44	17,25	95	37,25
	Toplam	344	53	15,41	129	37,50
Kilis	Kırsal	-	-	-	-	-
	Kentsel	16	4	25,00	3	18,75
	Toplam	16	4	25,00	3	18,75
Mardin	Kırsal	60	1	1,66	24	40,00
	Kentsel	60	1	1,66	24	40,00
	Toplam	120	2	1,66	48	40,00
Siirt	Kırsal	35	1	2,85	9	25,71
	Kentsel	20	0	0,0	4	20,00
	Toplam	55	1	1,82	13	23,64
Şanlıurfa	Kırsal	82	2	2,44	32	39,02
	Kentsel	121	8	6,61	49	40,49
	Toplam	203	10	4,92	81	39,90
Şırnak	Kırsal	13	1	7,69	4	30,77
	Kentsel	32	1	3,12	8	25,00
	Toplam	45	2	4,44	12	26,67
GAP	Kırsal	496	34	6,85	176	35,48
	Kentsel	764	79	10,34	252	32,98
	Toplam	1260	113	8,96	428	33,97
İstatistiksel analiz			P=0,034		P=0,36	

GÜNEYDOĞU ANADOLU BÖLGESİ BİLDİRİLERİ

Tablo 5. Gebelik Geçirmiş Evli kadınlarda 100 gebelik başına isteyerek ve kendiliğinden düşük hızları

	Kırsal	Kentsel	Toplam
İsteyerek düşük hızı	1,38	3,33	2,45 (196)*
Kendiliğinden düşük hızı	8,69	10,31	9,58 (767)
Toplam düşük hızı	9,96	13,55	11,93 (955)

*Parantez içindeki rakamlar düşük sayılarını vermektedir. Toplam gebelik sayısı halen gebe olanlar hariç 8005 dir.

GAP BÖLGESİ'NDE BAĞIŞIKLAMA DURUMU

Birgül ÖZCIRPICI*, Saim ŞAHİNÖZ*, Servet ÖZGÜR*, Ali İhsan BOZKURT*, Turgut ŞAHİNÇİZ**, Ali CEYLAN***, Ersen İLÇİN***, Günay SAKA***, Hamit ACEMOĞLU***, Yılmaz PALANCI***, Mucide AK****, Feridun AKKAYA****.

* Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D ** Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürü

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji A.D

*****Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Parazitoloji A.D

ÖZET

GAP Bölge Kalkınma İdaresi Başkanlığı'nın desteğiyle, Türkiye Parazitoloji Derneği, Gaziantep, Dicle ve Harran Üniversitelerinin yer aldığı bir grup tarafından 2001-2002 yıllarında yürütülen GAP Halk Sağlığı Projesi sırasında uygulanan soru kağıtları aracılığıyla aşılama durumuna ilişkin veriler toplanmıştır.

Büyükölçüde orantılı olasılıklı örneklem yöntemiyle kırsal kentsel ayrımlı olarak GAP Bölgesi'ndeki 9 ilden DIE tarafından örneğe seçilen 1150 konuttan 1126 sına ulaşılabilmiş ve bu konutlarda yaşayan 0-59 aylık 1058 çocuğa ilişkin soru kağıdı annelerine ya da anne onunda evde değilse çocuğu en iyi tanıyana uygulanmıştır. Ayrıca kadınlara uygulanan soru kağıtları aracılığı ile gebelik döneminde aşılama ile ilgili veriler toplanmıştır.

Sonuçta GAP bölgesinde 0-59 aylık çocukların % 18 ine hiç aşı yapılmamıştır. % 17 sine aşı yapıp yapılmadığı aile tarafından bilinmemektedir. % 34,7 si ise eksik aşıdır. Tam aşı çocuk oranı % 30 da kalmaktadır. Bu oranın düşük olduğu iller Şırnak ve Mardin'dir. Hiç aşı yapılmamış çocuk oranının en yüksek olduğu il ise Şanlıurfa'dır. 12-23 aylık çocuklar arasında kız amik aşılama oranı % 50,6 dir, BCG aşılama oranı % 76,7, DBT III+Polio III aşılama oranı % 62,0, Hepatit III aşılama oranı % 44 olarak bulunmuştur. Bölgede gebe tetanozu aşılama oranı ise (TT II) % 13,3 düzeyindedir. Bu aşılama oranları bölgedeki kapalı sağlık ocağı ve sağlık evi oranlarının yüksekliği ve personel yetersizliği ile bütünüyle açıklanamayacak derecede düşüktür. Ailelerine göre 0-59 yaş grubundaki çocukların yaklaşık % 13 ünün kızamık geçirdiği saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Aşılama oranları, Güneydoğu Anadolu bölgesi

GİRİŞ

Sağlık, yalnızca herhangi bir hastalık ya da zayıflık değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan bütünüyle iyi olma durumudur. Sağlıkın korunmasında özellikle çocuklarda ve diğer risk gruplarında aşı ile korunulabilen hastalıklara karşı bağışıklanmanın sağlanması önemlidir. Bu nedenle DSÖ ve UNICEF bağışıklamaya ilişkin bir dizi kararlar almış ve temel programlar içinde yer vermiştir. Alma-Ata Bildirgesi'nde: 2000 Yılına Kadar Herkese Sağlık ve 21. Yüzyılda Herkese Sağlık Politika ve Programları'nda; Çocuk Hakları Konusunda Antlaşma (1989)'da; Çocuklar İçin Dünya Zirvesi'nde; Genişletilmiş ve Yaygınlaştırılmış Bağışıklama Programları'nda; Innocenti Bildirgesi (1990)'nda bağışıklamadan bahsedilmektedir.

Bağışıklamanın önemi nedeniyle GAP Bölge Kalkınma İdaresi Başkanlığı'nın desteğiyle gerçekleştirilen ve 2001-2002 yıllarında yürütülen GAP Halk Sağlığı Projesi sırasında bu konularda da veriler toplanmıştır

AMAÇ

GAP Halk Sağlığı Projesi, GAP Bölgesi'nde var olan veya barajlar, sulama altyapıları, tarımda sulamanın yaygınlaşması, ürün deseninin ve tarımsal pratiklerin değişikliği, sanayileşme ve kentleşme sonucunda oluşacak ekolojik ve çevresel değişimlere bağlı olarak ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarını, özellikle su ile bulaşabilen hastalıkları ve nedenlerini belirlemek; ortaya çıkabilecek sağlık sorunları ve bunların önlenmesine yönelik politika, strateji ve uygulama yöntem ve araçlarını geliştirmek; ve bu alanda bir izleme ve değerlendirme sistemi kurmak amacıyla uygulanmıştır. Proje çerçevesinde halk sağlığını tehdit eden mevcut sağlık riskleri ve gelecekte olası sağlık riskleri arasında aşı ile önlenebilen hastalıklar da vardır. Bu amaçla projede GAP bölgesinde aşılama durumu incelenmiştir.

YÖNTEM

GAP kapsamındaki 9 ilin toplam nüfusunun 6.128.973 olduğu bilindiğinden kırsal-kentsel ayrımlı olarak olabildiğince büyük bir örnek seçebilmek için $d=0,03$, $p=0,04$ (en az görülen hastalık sıklığı), $\alpha=0,01$ alınarak ve 2 değişkenli, 3 ve 4'er düzeyli tablolar yapılabileceği düşünüldükten GAP bölgesini temsil yeteneğine sahip örneklem büyüklüğü 6822 olarak tespit edilmiştir. Bu rakam 6900'e yuvarlanarak ve bölgede her konutta ortalama 6 kişi olduğu düşünülerek; örneğe çıkacak konut sayısı $6900/6=1150$ olarak belirlenmiştir. Daha sonra bölgenin kırsal ve kentsel kesimlerini temsil edebilecek şekilde örnek seçimi büyüklüğe orantılı olasılıklı örnekleme yöntemi ile Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) tarafından seçilmiştir.

Araştırmada kullanılacak soru kağıtları Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyeleri tarafından ayrı ayrı, eş zamanlı olarak hazırlanmıştır. Daha sonra bir araya gelinerek bunlar ortak soru kağıdı haline getirilmiş ve ön denerilerden sonra soru kağıtlarına son şekli verilmiştir. Soru kağıtları; konut, 0-59 aylık çocuk, 5 yaş ve yukarı kadın ve erkek grubuna yönelik bilgi (dinme soru kağıtlarından (anket formları) oluşmuştur.

Daha sonra her ilde soru kağıdı uygulama ekipleri kurulup eğitilmiş ve bunlar başlarında bir halk sağlığı uzmanı ile birlikte örnekte yer alan her hane için konut anketi ve o evde yaşayan her kişi için ayrı ayrı soru kağıdı uygulanmıştır.

Beş yaş altı çocuk bulunan evlerde bu çocukların her birisi için "0-59 Aylık Çocuklar İçin Soru Kağıdı" uygulanarak bu çocukların kendileri ve aşılama durumları ile ilgili bazı özellikler (çocuğun yaşı, aşı kartı bulunma durumu, aşılar ve oranları vb.) anneden (yoksa çocuğu en iyi tanıyan aile ferdinden) elde edilmiştir. 5 yaş ve üzeri kadınlara uygulanan soru kağıtları ile gebe tetanozu aşılama durumlarına ilişkin bilgi edinilmiştir. Veriler bilgisayarda SPSS ve Excel programları ile değerlendirilmiş ve istatistiksel analizlerde χ^2 testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Araştırma sırasında 0-59 aylık 1058 çocuğa soru kağıdı uygulanmış ve aşılama ile ilgili durumları incelenmiştir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın uyguladığı aşılama takvimine göre çocuk aşılama zamanları 2 ayıktan sonra başlanmaktadır. Bu nedenle aşılama ile ilgili değerlendirmelere 2 ayın (60 gün) üzerindeki çocuklar alınmıştır.

Ülkemizde aşılama çalışmaları Sağlık Bakanlığının "Ulusal aşı takvimi"ne göre yapılmaktadır. Buna göre çocuğun içinde bulunduğu aya kadar yapılması gereken tüm aşıları yapılmış olan çocuğa *yaşına göre tam aşı*, bir kısmı yapılmış olan çocuğa *yaşına göre eksik aşı* denir. Bu çalışmada da aşılamanın değerlendirilmesi bu ölçüye göre yapılmıştır.

Soru kağıdı uygulanan 2-59 aylık çocukların aşı durumları incelendiğinde, % 30,0 min yaşına göre tam aşı, % 34,7 sinin yaşına göre eksik aşı olduğu görülmektedir (Tablo 1). Çocukların % 18,1 ine hiç aşı yapılmadığı belirlenmiş, % 17,2 sinin aşı durumları hakkında bilgi alınamamıştır. Kırsal bölgelerde kentsel bölgelere kıyasla, tam aşı çocukların oranı düşük, buna karşın eksik aşı ve hiç aşı yapılmamışların oranı yüksektir. Yaşına göre tam aşı çocuk oranının en yüksek olduğu il Kilis (% 60,0), en düşük olduğu il ise Şırnak'tır (% 6,7). Hiç aşı yapılmamış çocuk oranının en yüksek olduğu il Şanlıurfa (% 28,1), bu oranın en düşük olduğu il ise Kilis'tir (% 0,0)

Bölgedeki 12-23 aylık çocukların aşılama durumu değerlendirildiğinde; aşılama oranları BCG aşısında % 76,7, DBT ve polio III de % 62,0, kızamıkta % 62,7, hepatit B III de ise % 44 olarak saptanmıştır (Tablo 2). Kentsel bölgede çocukların aşılama oranları, tüm aşılarla kırsal bölgedeki çocuklara göre daha yüksek bulunmuştur. Kilis ve Gaziantep illerinde aşılama oranları diğer illere göre daha yüksektir. Buna karşın Batman, Diyarbakır ve Şanlıurfa illerinde 12-23 aylık çocukların aşılama oranlarının oldukça düşük olduğu göze çarpmaktadır.

Gebe tetanozu aşılama durumu incelendiğinde TT II oranları % 13,3 olarak bulunmuştur (Tablo 2). Bu oran kentsele % 16,9 iken kırsalda % 7,5 e düşmektedir. TT II aşılama oranı en yüksek olan iller Kilis ve Adıyaman'dır. En düşük olan iller ise Şırnak (% 3,0) ve Mardin'dir (% 5,4).

Aşılama çalışmalarının etkinliğini gözden geçirmek amacıyla 0-59 aylık çocuklarda aşıyla korunabilir hastalıklardan olan kızamık geçirme durumu incelenmiştir (Tablo 3). Anne ifadelerine göre çocukların % 12,8'inin kızamık geçirdiği bildirilmiştir. 12-23 aylık çocuklarda kızamık aşılama oranının % 62,7 olması % 12,8'lik kızamık geçirme oranını açıklamaktadır. Kızamık geçiren çocuk oranının en yüksek olduğu iller Adıyaman (% 24,4) ve Şırnak (% 18,3) tir.

Soru kağıdı uygulanan 2-59 aylık 1011 çocuğun aşı kartı bulunma durumu Tablo 4 de verilmiştir. Bu çocukların % 34,8'inin aşı kartı olduğu, % 20,8'ine aşı kartı verildiği halde kaybetmiş, % 36,4'üne ise hiç aşı kartı verilmediği tespit edilmiştir. Aşı kartı olan çocukların oranı kırsalda % 20,4 iken kentsele % 44,5 e yükselmektedir (p= 0,000). Buna karşın aşı kartı verilmeyenlerin oranı kırsal bölgede kentsele bölgenin iki katından fazladır. Aşı kartı olan 2-59 aylık çocuk oranı sırasıyla Kilis ilinde % 80,0, Gaziantep ilinde % 63,0 iken Şanlıurfa ilinde % 17,8, Siirt ilinde % 1,9 düzeyinde bulunmuştur.

TARTIŞMA

0-59 aylık çocuklarda aşı ile önlenilebilir hastalıklar (kızamık, çocuk felci, difteri, boğmaca, tetanoz, hepatit B, verem) önemli yer tutar. Bu nedenle 0-59 aylık çocuklarda bu hastalıklara karşı aşılama oranının % 80'inin (kızamık için % 90) üzerine çıkması hedeflenmiştir. Bölgedeki 5 yaş altı çocukların sadece % 30'unun tam aşı olması, buna karşın % 34,7'sinin eksik aşı % 18'inin hiç aşı yapılmamış olması, % 17'sinin ailesinin çocuğa aşı yapıp yapılmadığını bilmemesi bölgede bağışıklama çalışmalarının yetersizliğini göstermektedir. Hiç aşı yapılmamış çocuk oranının en yüksek olduğu il Şanlıurfa, tam aşı oranının en düşük olduğu iller ise Şırnak (% 6,7) ve Mardin (% 9,4) dir. Bütün illerde tam aşı çocuk oranlarında Sağlık Bakanlığı'nin hedefi olan % 80'e ulaşamadığı açıktır. 0 yaş grubunda aşılama oranlarının en az % 80'i bulması hedeflenirken 12-23 aylık çocuklarda bile bu hedeflerin altında kalınması GAP bölgesinde aşılama çalışmalarının istenilen düzeyde olmadığını göstermektedir. İllere göre değerlendirildiğinde Kilis ve Gaziantep illerinde aşılama oranları nispeten daha yüksek iken Şanlıurfa, Diyarbakır ve Batman illerinde birçok aşıda aşılama oranlarının % 50'nin altında olduğu görülmektedir. Kilis ili hariç Sağlık Bakanlığı'nin aşılama hedeflerinin altında olduğu görülmektedir. TNSA-1998'e göre Doğu Anadolu'da 12-23 aylık çocuklardan % 10,3'üne hiç aşı yapılmamıştı, tam aşı yüzdesi ise % 22,9 olarak belirlenmiştir. (1). Türkiye genelinde aynı oranlar sırasıyla % 3,6 ve % 45,7 dir. Bölgede aynı yaş grubunda tam aşı oranı % 34,8 olarak bulunmuştur ve bu oran TNSA-1998'de verilen Türkiye genelinin oldukça altındadır. Bölgede yalnızca çocuk aşıları değil aynı zamanda gebe aşılarının da çok düşük oranlarda olduğu görülmektedir. Gebelerde TT II oranı % 13,3 tir. TNSA-1998'de aynı oranın % 29,3 olduğu dikkate alınırsa durumun ne kadar kötü olduğu görülmektedir. İl sağlık müdürlüklerinin verilerine göre bölgede sağlık evlerinin % 71,7'sinin, sağlık ocaklarının % 13,4'ünün kapalı olması; sağlık evi ebesi başına 5093, sağlık ocağı hekimi başına 6279, sağlık ocağı hemşiresi başına 7554 kişi düşüyor olması bu yetersizliği de tek başına açıklayamaz (2-10). Asıl sorun sağlık ocaklarının çalıştırılma şeklidir.

İl sağlık müdürlüklerinin verilerine göre aşılama oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bunun nedeni sağlık ocaklarının ev halkı tespit fişlerinin sağlıklı doldurulmamış olması ve tüm nüfusu kapsayacak düzeyde olmaması ya da ailelerin çocukların aşılama durumunu tam bilmemesi olabilir. Buna karşın, sağlık müdürlüğü verilerinde dahi, Gaziantep ili dışında, hedef nüfusun kızamık aşısında % 90'ına, diğer aşılar da % 80'ine ulaşamadığı açıktır (2-10).

Aşıyla korunabilir hastalıklardan korunmada bir gösterge niteliğinde olan kızamık hastalığını geçiren 0-59 aylık çocuk oranının %12,8 olması yapılan aşılamaları yeterli düzeye ulaşmadığının diğer bir göstergesidir (12-23 aylık çocuklarda kızamık aşılama oranı % 62,7). TNSA-1998'de 12-23 aylık çocuklardan Doğu Anadolu'da kızamık aşısı yapılmış olanların % 61,7, Türkiye genelinde ise % 78,5 olduğu belirtilmiştir (1). Bulgularımız Doğu Anadolu bölgesi düzeyindedir. Bu araştırmada kızamık aşılama oranının % 62,7 olduğu göz önüne alınırsa çocukların %12,8'inin kızamık geçirmiş olması şartı değil.

Kızamık aşılama oranları nispeten yüksek bulunan Şırnak ve Adıyaman illerinde kızamık geçirmiş çocuk oranlarının yüksek çıkması dikkati çekmektedir. Bu durum ya soğuk zincire yeterince uyulmamasından ya da kızamıkla karıştırılan diğer hastalıklar nedeni ile annenin yanlış bilgi vermesinden kaynaklanmış olabilir. İl sağlık müdürlüklerinin verilerine göre 1999 yılında özellikle Gaziantep'te olmak üzere bölgede kızamık olgu sayısında çevrimsel bir artış olması da bunu desteklemektedir (2-10). O yıl tüm Türkiye'deki kızamık olgularının 1/3'ünden fazlası GAP bölgesinden bildirilmiştir. Bu durum aşılama çalışmalarının etkin denetimini de gündeme getirmektedir. Aşıyla önlenilebilir hastalıkların ortadan kaldırılması için aşılama hizmetlerinin etkin ve düzenli bir şekilde yürütülmesi gerekmektedir.

Aşılamaya verilen önemin bir diğer göstergesi de çocukların aşı kartı olma durumudur. Çocukların yaklaşık yarısına aşı kartı verilmiştir. Ailelerin yaklaşık 1/3 ü çocukları için verilen aşı kartlarını kaybetmişlerdir. Bölgenin doğusundaki illerde çocuklar için ailelerine aşı kartı verilmesine özen gösterilmediği de görülmektedir. Aşı kartı olan çocuk oranı % 34,8 dir. TNSA-1998'e göre Doğu Anadolu'da 12-23 aylık çocuklarda aşı kartı olanların oranı % 27,5 olarak belirlenmiştir (1). Türkiye genelinde aynı oran % 38,5 tir. Bu verilere göre bölgemizde aşı kartı olan çocuk oranı Doğu Anadolu verilerinden yüksektir. Bu yüksekliğe Gaziantep ve Kilis illerinin nispeten yüksek bulunan aşı kartı oranları neden olmaktadır. Bölgede çocuklara aşı kartı verilmesi bakımından en başarılı iller Gaziantep (% 80,5) ve Kilis (% 80,0) tir. En başarısız il ise % 1,8 ile Siirt'tir.

SONUÇLAR

- I. Bölgedeki 2-59 aylık çocukların % 18'ine hiç aşı yapılmamıştır, % 17'sine aşı yapıp yapılmadığı aile tarafından bilinmemektedir, % 34,7'si ise eksik aşıdır. Tam aşı çocuk oranı % 30 da kalmaktadır. 12-23 aylık çocuklarda aşılama oranları % 44 ile % 78 arasında değişmektedir. Bu oranlar kapalı sağlık ocağı ve sağlık evi oranlarının yüksekliği ve personel yetersizliği ile bütünüyle açıklanamayacak derecede düşüktür. Temel sağlık hizmetlerinin yürütülmesi için alt yapı (sağlık ocağı) bulunduğu göre, sağlık ocaklarının aşı, ekipman, taşıt aracı, akaryakıt yönünden destekleme ve denetleme, sorunu çözmeye yeterli olacaktır.
- II. Aşılama oranlarının en düşük olduğu iller Batman, Diyarbakır ve Şanlıurfa'dır. Hiç aşı yapılmamış çocuk oranının en yüksek olduğu il Şanlıurfa'dır.
- III. Ailelerine göre 0-59 aylık çocukların yaklaşık % 13 ü kızamık geçirmiştir. 12-23 aylık çocuklar arasında kızamığa karşı aşı çocuk oranı % 62,7 dir ve Türkiye genelinden oldukça düşüktür. GAP Bölgesi'nde görülen kızamık olgu sayılarının Türkiye genelindekinin 1/3'ünden fazla olduğu dikkate alınırsa aşılama düzeyini % 90'ın üzerine çıkaracak önlemler alınmalıdır.
- IV. Gebelere uygulanan tetanoz aşısı TT II ile aşılama oranı bölgemizde % 13,3 olarak bulunmuştur. Bu konudaki eksiklik çocuk aşılarından daha büyük boyuttadır.

KAYNAKLAR

1. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ve MEASURE DHS + Macro International Inc. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998, Ankara, Ekim 1999.
2. Adıyaman İl Sağlık Müdürlüğü 2000 yılı çalışmalarına ait veriler.
3. Batman İl Sağlık Müdürlüğü 2000 yılı çalışmalarına ait veriler.
4. Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü 2000 yılı çalışmalarına ait veriler.
5. Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü 2000 yılı çalışmalarına ait veriler.
6. Kilis İl Sağlık Müdürlüğü 2000 yılı çalışmalarına ait veriler.
7. Mardin İl Sağlık Müdürlüğü 2000 yılı çalışmalarına ait veriler.
8. Siirt İl Sağlık Müdürlüğü 2000 yılı çalışmalarına ait veriler.
9. Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğü 2000 yılı çalışmalarına ait veriler.
10. Şırnak İl Sağlık Müdürlüğü 2000 yılı çalışmalarına ait veriler.

GÜNYEYDOĞU ANADOLU BÖLGESİ BİLDİRİLERİ

Tablo 1. Soru Kağıdı Uygulanan Çocukların Aşı Durumlarına, İllere ve Yerleşim Yerine Göre Dağılımı*

İller	Yerleşim Yerinin Tipi	Aşı Durumu								Toplam** Sayı
		Yaşına Göre Tam Aşılı		Yaşına Göre		Hiç Aşı		Bilmiyor		
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Adıyaman	Kırsal	7	14,9	34	72,3	4	8,5	2	4,3	47
	Kentsel	15	46,9	16	50,0	0	0,0	1	3,1	32
	Toplam	22	27,8	50	63,3	4	5,1	3	3,8	79
Batman	Kırsal	3	30,0	7	70,0	0	0,0	0	0,0	10
	Kentsel	7	41,2	8	47,1	2	11,8	0	0,0	17
	Toplam	10	37,0	15	55,6	2	7,4	0	0,0	27
Diyarbakır	Kırsal	5	12,2	16	39,0	10	24,4	10	24,4	41
	Kentsel	12	23,1	27	51,9	9	17,3	4	7,7	52
	Toplam	17	18,3	43	46,2	19	20,4	14	15,1	93
Gaziantep	Kırsal	22	43,1	7	13,7	8	15,7	14	27,5	51
	Kentsel	92	56,1	28	17,0	25	15,2	19	11,7	164
	Toplam	114	53,0	35	16,4	33	15,3	33	15,3	215
Kilis	Kırsal	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Kentsel	6	60,0	3	30,0	0	0,0	1	10,0	10
	Toplam	6	60,0	3	30,0	0	0,0	1	10,0	10
Mardin	Kırsal	3	9,7	9	29,0	4	12,9	15	48,4	31
	Kentsel	3	9,1	11	33,3	7	21,2	12	36,4	33
	Toplam	6	9,4	20	31,3	11	17,2	27	42,2	64
Siirt	Kırsal	1	6,7	10	66,7	2	13,3	2	13,3	15
	Kentsel	2	22,2	4	44,4	2	22,2	1	11,1	9
	Toplam	3	12,5	14	58,3	4	16,7	3	12,5	24
Şanlıurfa	Kırsal	5	6,2	26	32,1	28	34,6	22	27,2	81
	Kentsel	35	31,5	40	36,0	26	23,4	10	9,0	111
	Toplam	40	20,8	66	34,4	54	28,1	32	16,7	192
Şırnak	Kırsal	1	14,3	2	28,6	2	28,6	2	28,6	7
	Kentsel	1	4,3	7	30,4	4	17,4	11	47,8	23
	Toplam	2	6,7	9	30,0	6	20,0	13	43,3	30
GAP***	Kırsal	47	16,6	111	39,2	58	20,5	67	23,7	283
	Kentsel	173	38,3	144	32,0	75	16,6	59	13,1	451
	Toplam	220	30,0	255	34,7	133	18,1	126	17,2	734

*** $\chi^2=42,91$

$p=0,000$

* Batman, Diyarbakır, Mardin, Siirt ve Şırnak illerinde 2-23 aylık çocukların aşı durumu değerlendirilmeye alınmıştır. Diğer illerde ise 2-59 aylık çocukların aşı durumu değerlendirilmeye alınmıştır.

** 0-2 aylık 51 çocuk henüz aşı çağında olmadığı için tabloya dahil edilmemiştir.

Tablo 2. Araştırma Grubundaki 12-23 Aylık Çocukların ve Son 5 Yıl İçinde Doğum Yapmış Olan Kadınların Aşılama Yüzdelerinin İllere ve Yerleşim Yerinin Tipine Göre Dağılımı

İller	Yerleşim	Aşılama Yüzdeleri										
		N	BCG		DBT+ PolioIII		DBT+ PolioRapel		Hepatit B III		TT II	
			%	%	%	%	%	%	N	%		
Adıyaman	Kırsal	7	71,4	57,1	57,1	42,9	71,4	0,0	32	21,9		
	Kentsel	3	100,0	66,7	100,0	66,7	100,0	100,0	25	60,0		
	Toplam	10	80,0	60,0	70,0	50,0	80,0	30,0	57	38,5		
Batman	Kırsal	2	100,0	100,0	50,0	0,0	50,0	50,0	21	4,8		
	Kentsel	5	60,0	60,0	20,0	20,0	40,0	20,0	32	9,4		
	Toplam	7	71,4	71,4	28,6	14,3	42,9	28,6	53	7,5		
Diyarbakır	Kırsal	11	63,6	63,6	27,3	18,2	27,3	27,3	57	1,8		
	Kentsel	23	65,2	52,2	52,2	21,3	47,8	26,1	92	12,0		
	Toplam	34	64,7	55,9	44,1	20,6	41,2	26,5	149	8,1		
Gaziantep	Kırsal	9	100,0	100,0	88,9	66,7	88,9	77,8	34	11,8		
	Kentsel	36	97,2	91,7	83,3	30,6	80,6	72,2	121	22,3		
	Toplam	45	97,8	93,3	84,4	37,8	82,2	73,3	155	20,0		
Kilis	Kırsal	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
	Kentsel	3	100,0	100,0	100,0	33,3	100,0	100,0	8	50,0		
	Toplam	3	100,0	100,0	100,0	33,3	100,0	100,0	8	50,0		
Mardin	Kırsal	4	75,0	75,0	75,0	50,0	75,0	25,0	34	8,8		
	Kentsel	5	60,0	60,0	60,0	40,0	60,0	20,0	40	2,5		
	Toplam	9	66,7	66,7	66,7	44,4	66,7	22,2	74	5,4		
Siirt	Kırsal	7	57,1	57,1	57,1	14,3	71,4	28,6	24	0,0		
	Kentsel	3	66,7	66,7	66,7	33,3	66,7	66,7	11	27,3		
	Toplam	10	60,0	60,0	60,0	20,0	70,0	40,0	35	8,6		
Şanlıurfa	Kırsal	8	37,5	37,5	25,0	0,0	12,5	12,5	43	4,7		
	Kentsel	16	75,0	62,5	56,3	12,5	50,0	37,5	68	10,3		
	Toplam	24	62,5	54,2	45,8	8,3	37,5	29,2	111	8,1		
Şırnak	Kırsal	2	100,0	100,0	100,0	50,0	100,0	50,0	10	10,0		
	Kentsel	6	66,7	66,7	50,0	16,7	83,3	16,7	23	0,0		
	Toplam	8	75,0	75,0	62,5	25,0	87,5	25,0	33	3,0		
GAP	Kırsal	50	70,0	68,0	54,0	30,0	56,0	32,0	253	7,5		
	Kentsel	100	80,0	72,0	66,0	26,0	66,0	49,0	420	16,9		
	Toplam	150	76,7	70,7	62,0	34,0	62,7	44,0	673	13,3		

Tablo 3. Anne Bildirimine Göre 0-59 Aylık Çocuklarda Kızamık Geçirme Durumunun İllere ve Yerleşim Yerlerine Göre Dağılımı

İller	Yerleşim Yerinin Tipi	Kızamık				Toplam*	
		Geçirmiş		Geçirmemiş		Sayı	%
		Sayı	%	Sayı	%		
Adıyaman	Kırsal	17	32,7	35	67,3	52	100,0
	Kentsel	4	11,7	30	88,3	34	100,0
	Toplam	21	24,4	65	75,6	86	100,0
Batman	Kırsal	1	3,4	28	96,6	29	100,0
	Kentsel	9	17,0	44	83,0	53	100,0
	Toplam	10	12,2	72	87,8	82	100,0
Diyarbakır	Kırsal	5	5,6	84	94,4	89	100,0
	Kentsel	7	5,7	116	94,3	123	100,0
	Toplam	12	5,7	200	94,3	212	100,0
Gaziantep	Kırsal	11	21,6	40	78,4	51	100,0
	Kentsel	25	15,2	139	84,8	164	100,0
	Toplam	36	16,7	179	83,3	215	100,0
Kilis	Kırsal	-	-	-	-	-	-
	Kentsel	0	0,0	10	100,0	10	100,0
	Toplam	0	0,0	10	100,0	10	100,0
Mardin	Kırsal	2	3,4	57	96,6	59	100,0
	Kentsel	11	16,9	54	83,1	65	100,0
	Toplam	13	10,5	111	89,5	124	100,0
Siirt	Kırsal	2	4,7	41	95,3	43	100,0
	Kentsel	1	6,7	14	93,3	15	100,0
	Toplam	3	5,2	55	94,8	58	100,0
Şanlıurfa	Kırsal	6	7,0	79	93,0	85	100,0
	Kentsel	22	18,8	95	81,2	117	100,0
	Toplam	28	13,8	174	86,2	202	100,0
Şırnak	Kırsal	3	16,7	15	83,3	18	100,0
	Kentsel	8	19,0	34	81,0	42	100,0
	Toplam	11	18,3	49	81,7	60	100,0
GAP**	Kırsal	47	11,0	379	89,0	426	100,0
	Kentsel	87	14,0	536	86,0	623	100,0
	Toplam	134	12,8	915	87,2	1049	100,0

** $\chi^2=1,69$ p=0,192

* 9 çocuğa ait veri (annesi evde olmadığı ve yanıtlayıcı bilmediği için) sunulmamıştır.

Tablo 4. Araştırma Grubundaki 2-59 Aylık Çocukların Aşı Kartı Bulunma Durumunun İllere ve Yerleşim Yerinin Tipine Göre Dağılımı

Aşı Kartı Bulunma Durumu										
İller	Yerleşim Yeri	Var		Kayboldu		Hiç Verilmedi		Bilmiyor		Toplam Sayı
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Adıyaman	Kırsal	5	9,8	10	19,6	36	70,6	0	0,0	51
	Kentsel	15	46,9	14	43,8	2	6,3	1	3,1	32
	Toplam	20	24,1	24	28,9	38	45,8	1	1,2	83
Batman	Kırsal	6	35,3	0	0,0	11	64,7	0	0,0	17
	Kentsel	8	19,0	5	11,9	29	69,0	0	0,0	42
	Toplam	14	23,7	5	8,5	40	67,8	0	0,0	59
Diyarbakır	Kırsal	13	15,3	7	8,2	41	48,2	24	28,2	85
	Kentsel	49	40,5	21	17,4	29	24,0	22	18,2	121
	Toplam	62	30,1	28	13,6	70	34,0	46	22,3	206
Gaziantep	Kırsal	29	60,4	13	27,1	6	12,5	0	0,0	48
	Kentsel	102	63,8	35	21,9	23	14,4	0	0,0	160
	Toplam	131	63,0	48	23,1	29	13,9	0	0,0	208
Kilis	Kırsal	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Kentsel	8	80,0	2	20,0	0	0,0	0	0,0	10
	Toplam	8	80,0	2	20,0	0	0,0	0	0,0	10
Mardin	Kırsal	16	27,6	5	8,6	30	51,7	7	12,1	58
	Kentsel	28	43,8	9	14,1	22	34,4	5	7,8	64
	Toplam	44	36,1	14	11,5	52	42,6	12	9,8	122
Siirt	Kırsal	0	0,0	2	5,0	32	80,0	6	15,0	40
	Kentsel	1	7,1	1	7,1	11	78,6	1	7,1	14
	Toplam	1	1,9	3	5,6	43	79,6	7	13,0	54
Şanlıurfa	Kırsal	3	3,7	8	9,9	61	75,3	9	11,1	81
	Kentsel	31	28,2	51	46,4	23	20,9	5	4,5	110
	Toplam	34	17,8	59	30,9	84	44,0	14	7,3	191
Şırnak	Kırsal	11	40,7	9	33,3	7	25,9	0	0,0	27
	Kentsel	27	52,9	18	35,3	5	9,8	1	2,0	51
	Toplam	38	48,7	27	34,6	12	15,4	1	1,3	78
GAP*	Kırsal	83	20,4	54	13,3	224	55,0	46	11,3	407
	Kentsel	269	44,5	156	25,8	144	23,8	35	5,9	604
	Toplam	352	34,8	210	20,8	368	36,4	81	8,0	1011

* $\chi^2=133,39$

p= 0,000

GAP BÖLGESİ'NDE ÇOCUK BESLENMESİNE İLİŞKİN UYGULAMALARIN DURUMU

Saime ŞAHİNÖZ*, Birgül ÖZÇİRPİCİ*, Ali İhsan BOZKURT*, Servet ÖZGÜR*, Turgut ŞAHİNÖZ**, Hamit ACEMOĞLU***, Yılmaz PALANCI****, Ersen İLÇİN***, Günay SAKA***, Ali CEYLAN***, Feridun AKKAFA****, Bayram BEKTAŞ*****.

* Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D ** Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürü
 Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji A.D
 *****Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Parazitoloji A.D

ÖZET

GAP Bölge Kalkınma İdaresi Başkanlığı'nın desteğiyle, Türkiye Parazitoloji Derneği, Gaziantep, Dicle ve Harran Üniversitelerinin yer aldığı bir grup tarafından 2001-2002 yıllarında yürütülen GAP Halk Sağlığı Projesi sırasında 0-59 aylık çocuklar için uygulanan soru kağıtları aracılığıyla çocuk sağlığına ilişkin veriler toplanmıştır.

Büyükölçüde orantılı olasılıklı örnekleme yöntemiyle kırsal kentsel ayrımlı olarak GAP Bölgesi'ndeki 9 ilden DİE tarafından örneğe seçilen 1150 konuttan 1126 sını ulaşılabilmiş ve bu konutlarda yaşayan 0-59 aylık 1058 çocuğa ilişkin soru kağıdı annelerine ya da anne o anda evde değilse çocuğu en iyi tanıyana uygulanmıştır.

Sonuçta GAP bölgesinde 0-59 aylık çocukların tüm nüfusun % 14,6 sını oluşturduğu, bu oranın Türkiye genelindekinin yaklaşık 1,5 katı olduğu; ve bölgedeki 0-59 aylık çocukların % 95'inin sağlık evi ebeleri tarafından hiç izlenmemiş olduğu ve bu oranın Türkiye geneline göre çok düşük olduğu belirlenmiştir.

Bölge çocuklarının % 56,4 ü doğumdan sonra ilk gıda olarak anne sütü almış olduğu, % 35'ine ilk verilen gıdanın şekerli su olduğu, şekerli su verilme oranının Şırnak'ta % 73,3'e, Mardin'de % 64,2'ye yükseldiği saptanmıştır. Anne sütünü doğumdan sonra ilk bir saat içinde alanların oranı sadece %35'dir ve bu oran Türkiye genelinin yaklaşık yarısı kadardır. Bölgede bebeklere ek gıdaya başlanmasında da geç kalmaktadır (özellikle kırsal bölgelerde). Ek gıdaya en geç başlanılan il Şanlıurfa'dır. Bölgede bebeklere ilk verilen ek gıdalar arasında çay-bisküvi ve hazır mamalar önemli bir yer tutmaktadır.

Anahtar kelimeler: Çocuk beslenmesi, Anne sütü alma

GİRİŞ

Sağlık, yalnızca herhangi bir hastalık ya da zayıflık değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan bütünüyle iyi olma durumudur. Dolayısıyla bu tanım, çocuklar için de aynen geçerlidir. Bunun ötesinde çocuklar yetişkinlere göre daha çok sağlık riskleri ile karşılaşan bir grup olduğu için özel korunmayı gerektirir. Bu nedenle DSÖ ve UNICEF çocukların özellikle sağlıklarının korunmasına ilişkin bir dizi kararlar almış ve programlar kabul etmiştir. Bu kararlar ve programlar dizisi Alın-Ata Bildirgesi'nde; 2000 Yılına Kadar Herkese Sağlık ve 21. Yüzyılda Herkese Sağlık Politika ve Programları'nda; Çocuk Hakları Konusunda Zıtlama (1989)'da; Çocuklar İçin Dünya Zirvesi'nde; ASYE ile Savaş ve İshalli Hastalıklarla Savaş, Genişletilmiş ve Yaygınlaştırılmış Bağışıklama Programları'nda; Innocenti Bildirgesi (1990)'nda ve daha pek çok dokümanda anlatılmıştır.

Çocukların özellikle de bebeklerin beslenmesine ilişkin uygulamalar çocuğun gelişimi ve sağlığı üzerine çok önemli etkiler yapmaktadır. Bu nedenle GAP Bölge Kalkınma İdaresi Başkanlığı'nın desteğiyle gerçekleştirilen ve 2001-2002 yıllarında yürütülen GAP Halk Sağlığı Projesi sırasında bu konularda da veriler toplanmıştır.

Burada bu çalışmanın sonuçlarındaki olan GAP Bölgesi'nde çocuk beslenmesi ile ilgili uygulamalara ilişkin veriler sunulmuştur.

AMAÇ

GAP Halk Sağlığı Projesi, GAP Bölgesi'nde var olan veya barajlar, sulama altyapıları, tarımda sulamanın yaygınlaşması, ürün deseninin ve tarımsal pratiklerin değişmesi, sanayileşme ve kentleşme sonucunda oluşacak ekolojik ve çevresel değişimlere bağlı olarak ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarını, özellikle su ile bulaşabilen hastalıkları ve nedenlerini belirlemek; ortaya çıkabilecek sağlık sorunları ve bunların önlenmesine yönelik politika, strateji ve uygulama yöntem ve araçlarını geliştirmek; ve bu alanda bir izleme ve değerlendirme sistemi kurmak amacıyla uygulanmıştır. Proje çerçevesinde halk sağlığını tehdit eden mevcut sağlık riskleri ve gelecekte olası sağlık riskleri arasında çocuk sağlığını etkileyen etkenler de vardır. Bu amaçla projede çocuk sağlığı durumu da incelenmiştir. Bu bildiriye bu konuda önemli bir etken olan çocuk beslenmesi ile ilgili uygulamalara ilişkin veriler sunulmuştur.

YÖNTEM

GAP kapsamındaki 9 ilin toplam nüfusunun 6.128.973 olduğu bilindiğinden kırsal-kentsel ayrımlı olarak olabildiğince büyük bir örnek seçebilmek için ve $d=0.03$, $p=0.04$ (en az görülen hastalık sıklığı), $\infty=0.01$ alınarak ve 2 değişkenli, 3 ve 4'er düzeyli tablolarla yapılabileceği düşünüldükten GAP bölgesini temsil yeteneğine sahip örneklem büyüklüğü 6822 olarak tespit edilmiştir. Bu rakam 6900'e yuvarlanarak ve bölgede her konutta ortalama 6 kişi olduğu düşünülerek; örneğe çıkacak konut sayısı $6900/6=1150$ olarak belirlenmiştir. Daha sonra bölgenin kırsal ve kentsel kesimlerini temsil edebilecek şekilde örnek seçimi büyüklüğe orantılı olasılıklı örnekleme yöntemi ile Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) tarafından seçilmiştir.

Araştırmada kullanılacak soru kağıtları Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyeleri tarafından ayrı ayrı, eş zamanlı olarak hazırlanmıştır. Daha sonra bir araya gelecek bunlar ortak soru kağıdı haline getirilmiş ve ön denemelerden sonra soru kağıtlarına son şekli verilmiştir.

Soru kağıtları; konut, 0-59 aylık çocuk, 5 yaş ve yukarısı kadın ve erkek grubuna yönelik bilgi edinme soru kağıtlarından (anket formları) oluşmuştur.

Daha sonra her ilde soru kağıdı uygulama ekipleri kurulup eğitilmiş ve bunlar başlarında bir halk sağlığı uzmanı ile birlikte örnekte yer alan her hane için konut anketi ve o evde yaşayan her kişi için ayrı ayrı soru kağıdı uygulanmıştır.

"Hane Halkı ve Haneler İçin Soru Kağıdı" ile o konutta yaşayanlar ve nitelikleri ile ilgili bilgiler elde edilmiştir. Evde beş yaş altı çocuk varsa bu çocukların her birisi için "0-59 Aylık Çocuklar İçin Soru Kağıdı" uygulanarak bu çocuklara ve beslenme durumuna ait bazı bilgiler (çocuğun annesinin kaçınıcı çocuğu olduğu, bu çocukla ilgili annenin gebelik öyküsü, çocuğun beslenme öyküsünü, anne sütü alma durumu, çocuğun bağışıklanma durumu, ishalleri hastalık öyküsü vb) anneden (yoksa çocuğu en iyi tanıyan aile feridinden) elde edilmiştir.

Veriler bilgisayarda SPSS ve Excel programları ile değerlendirilmiş ve istatistiksel analizlere χ^2 ve Student's t testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Araştırma sırasında soru kağıdı dolandırılan 0-59 aylık çocuk sayısı 1058'dir. Araştırma kapsamındaki konutlardaki 0-59 aylık çocukların yaş gruplarının cinsiyete ve yerleşim yerine göre dağılımı Tablo 1'de verilmiştir. 0-59 aylık çocukların % 22,9'u 0-11 aylık, % 16,9'u 12-23 aylık, % 18,0'u 24-35 aylık, % 20,7'si 36-47 aylık, % 21,6'sı 48-59 aylıktır. Yaş gruplarındaki cinsiyet göre dağılımı farklılık göstermemektedir ($p=0.67$).

Araştırma sırasında bir yandan 0-59 aylık çocuklarda beslenme ile ilgili bilgiler toplanırken diğer yandan bu duruma etki edebilecek en önemli faktörlerden olan ebe ziyaretleri incelenmiştir.

Araştırma kapsamındaki konutlarda yaşayan 0-59 aylık çocukların % 95'inin o ana kadar herhangi bir zamanda sağlık ocağı ebelerince hiç izlenmediği tespit edilmiştir (Tablo 2). İzlenmiş olanların oranı kırsal bölgelerde anlamlı bir artış ile % 97,2'ye yükselmektedir ($p=0.016$). Bir veya daha fazla izlenen çocuk oranı GAP bölgesi genelinde % 4,8 olarak bulunmuştur. Ebe tarafından izlenen çocuk oranının en yüksek olduğu il Siirt'tir (% 8,5). Kentsel yerleşim yerleri arasında bu oranın en yüksek olduğu bölge Diyarbakır ili kentsel bölgesidir (% 12,1). Buna karşın Şanlıurfa

kentselinde yaşayan çocukların sadece % 2,6'sı ve Gaziantep kentsel bölgesinde yaşayan çocukların sadece % 3,7 si ebe tarafından izlenmişlerdir. Adıyaman, Şırnak, Batman kırsal bölgelerinde; çocukların tamamının hiç izlenmediği görülmektedir (Tablo 2).

Araştırma kapsamındaki konularda yaşayan 0-59 aylık çocukların anne sütü emzirmeye başlama zamanı Tablo 3 de verilmiştir. 0-59 aylık çocukların % 1,9 unun doğumdan sonra hiç emzirimediği, % 35,0 inin ilk bir saat içinde, % 31,9 unun 2-24 saat içinde, % 31,2 sinin 24 saatten sonra emzirmeye başlandığı belirlenmiştir. Emzirmeye başlama zamanları kırsal ve kentsel bölgelerde önemli farklılık göstermemektedir (p=0,82). Çocuk sağlığı açısından oldukça önemli olan ilk bir saat içinde emzirme oranının en yüksek olduğu il Adıyaman'dır (% 68,6). Siirt, Mardin ve Batman illerinde ilk bir saat içinde emzirme oranları %10 unun altındadır. Hiç emzirilmeyen çocuk oranı Kilis ve Batman illerinde yüksek bulunmuştur (sırasıyla % 10,0 ve % 8,8).

Araştırma kapsamındaki konularda yaşayan 0-59 aylık çocuklara doğumdan sonra ilk verilen gıda incelendiğinde; çocukların % 56,4 üne ilk olarak anne sütü, % 34,7 sine şekerli su, % 9,0 ma diğer gıdaların verildiği görülmektedir (Tablo 4). İlk gıda olarak anne sütü vermenin en yüksek oranda olduğu il Şanlıurfa'dır (% 78,2). İlk besin olarak anne sütü vermenin en düşük olduğu iller ise Şırnak ve Mardin'dir. Şırnak'ta doğan çocukların % 23,3 üne, Mardin'de ise % 26,7 sine ilk besin olarak anne sütü verildiği belirlenmiştir. Buna karşın doğumdan sonra ilk gıda olarak bebeğe şekerli su verilme Şırnak'ta % 73,3, Mardin'de % 64,2 gibi oldukça yüksek oranlarda saptanmıştır.

Araştırma kapsamındaki konularca yaşayan 0-59 aylık çocukların ek gıdaya başlama zamanı ortalaması 6,44 ± 4,14 ay olarak bulunmuştur. Ek gıdaya en erken Kilis'te (5,07 ± 2,43 ay), en geç Şanlıurfa'da (8,22 ± 5,67 ay) başlanmaktadır (Tablo 5).

Araştırma kapsamındaki konularda yaşayan 0-59 aylık çocuklara ilk verilen ek gıda çeşidi incelendiğinde; en sık verilen ek gıdanın inek sütü olduğu görülmektedir (% 28,4) (Tablo 6). Daha sonra sırasıyla hazır mama (% 17,7), çay- bisküvi (% 14,5) ve sebze çorbaları (% 13,5) gelmektedir. Tablodan anlaşılacağı gibi süt ve yoğurt ek gıda listesi içinde birinci sırayı almaktadır (% 41,6). Süt ve süt ürünlerinin, anneler tarafından tercih edilen bir ek gıda olduğu anlaşılmaktadır. Çocuklara verilen ilk ek gıda olarak kırsal bölgelerde inek sütü ve yoğurt verilmesi, buna karşın kentsel bölgelerde ise hazır mama verilmesi artmaktadır.

TARTIŞMA

0-59 aylık çocukların araştırma kapsamındaki grubun % 14,6 sını oluşturduğu ve bunun da GAP Bölgesindeki 0-59 aylık çocuk nüfusunun yansıttığı anlaşılmaktadır. DIE nin 1990 verileri GAP Bölgesi'nde bunun yaklaşık % 16 olduğunu göstermektedir. TNSA-1998 e göre bu yaş grubu Türkiye genelinde nüfusun % 10,1 ini içermektedir (1). Bu durumda çalışmada saptanan oranın gerçekçi olduğu söylenebilir. 0-59 aylık çocukların yaş gruplarına dağılımında karşılaşılan ufak değişikliklerin ise yaşların yuvarlanmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çocuk beslenmesine ilişkin verilerin incelendiği bu çalışmada öncelikle ana ve çocuk sağlığı açısından büyük önem taşıyan sağlık ocağı ebesince yapılan bebek ve çocuk ziyaretleri incelenmiştir. Bu izlemlerin annenin bebek bakımı ve beslenmesi üzerine önemli etkisi vardır. Bölgedeki 0-59 aylık çocukların % 95 inin ebe tarafından herhangi bir zamanda hiç izlenmemiş olması temel sağlık hizmetlerinde tam bir boşluğa işaret etmektedir. Aynı saptama, son 5 yıl içinde doğum yapan kadınların, son gebelikleri sırasında, % 5,2 sinin hiç izlenmemiş olması ve yine bu kadınların % 78 ine hiç tetanoz aşısı yapılmamış olması ile desteklenmektedir. Sağlık Bakanlığının bir yayınına göre bebek başına ortalama izlem sayısı Türkiye geneli için 3,24 iken Güneydoğu Anadolu'da bunun 1,05 e düşmesi de bu görüşü desteklemektedir (2).

Sağlık müdürlüklerinin verilerine göre bölgede sağlık evlerinin % 71,7 sinin, sağlık ocaklarının % 13,4 ünün kapalı olması; sağlık evi ebesi başına 5093, sağlık ocağı hekimi başına 5279 ve sağlık ocağı hemşiresi başına 7654 kişi düşüyor olması bu yetersizliği bütünü ile açıklayamaz. Ancak bir ölçüde etkilidir. Asıl sorun sağlık ocaklarının çalıştırılma şeklindedir. 1994 yılında Gaziantep il merkezinde yapılan bir çalışmada ebe tarafından izlemleri yapılan çocuk oranının % 33 olarak bulunduğu dikkate alınırsa (bu çalışmada % 3,7) bu konuda problemin giderek büyüdüğü anlaşılmaktadır (3).

Bebek ve çocuk izlemlerinin yok denecek kadar düşük olması beraberinde bu yolla annelerin sağlık eğitiminin verilememesi beslenme ile ilgili yanlış uygulamaların toplumdaki artmasına neden olabilmektedir.

Bu yanlış davranışlardan birisi "anne sütüne başlama zamanı" ile ilgilidir. Normalde doğum sonrası hemen (ilk bir saat içerisinde) bebeğe anne sütü verilmelidir (4). Bölgedeki 5 yaş altı çocukların sadece % 35 inin ilk 1 saat içinde, % 31,9 unun ise 2-24 saat içinde emzirmeye başlamaması bölgede bebek beslenmesi konusunda geleneksel uygulamaların sürdürüğüne işaret etmektedir. TNSA-1998'de bu oranlar Doğu Anadolu'da % 45,2 ve % 33,7, Türkiye genelinde % 51,8 ve % 84,8 olarak belirlenmiştir (1). Araştırmanın bulguları Doğu Anadolu'nunkilerle uyumlu görülmesi birlikte Türkiye genelinin nerede ise yarısı düzeyindedir. Öte yandan araştırma sırasında 24 saatten sonra emzirmeye başlayan çocuk oranı % 31,2 dir. Oysa DSÖ ve UNICEF'e göre bebeklere hemen emzirmelidir (5, 6, 7, 8). Ancak bölgenin doğusundaki illerde ilk 1. saatte emzirme oranı % 5 lere kadar düşmekte ve 2-24 saat içinde emzirme oranı % 60 lara, 24 saatten sonra emzirme oranı % 35 lere kadar çıkmaktadır.

Çocuk beslenmesi ile ilgili diğer bir problem bölgedeki 5 yaş altı çocukların % 34,7 sine ilk verilen gıdanın şekerli su olmasıdır. Buna diğer gıdaların verildiği % 9 luk çocuk oranını da eklersek bu bölgede bebek beslenmesi konusunda yanlış geleneksel uygulamaların yoğun bir biçimde sürmekte ve sağlık eğitimi çalışmalarının yetersiz ve etkisiz olduğu sonucuna varılır. Bu yanlış uygulama Şırnak ve Mardin'de çok yüksek oranlardadır. Bu iki ilde ilk gıda olarak anne sütü verme çok düşük oranlarda kalmakta, buna karşın yeni doğana ilk gıda olarak şekerli su verilmesi oldukça yaygın bulunmuştur (sırasıyla % 73,3 ve % 64,2).

Bölgedeki 5 yaş altı çocukların ek gıdaya başlama yaş ortalamasının 6,5 ay dolayında olması yine geleneksel uygulamaların sürmekte oluşu nedeniyle ek gıdaya başlamada biraz geç kalındığına işaret etmektedir. DSÖ ve UNICEF'e göre anne sütü ilk 4-6 ay boyunca yeterlidir (5, 6, 7, 8). Bu dönemden sonra yalnız anne sütü alınması bebeğin gelişimi için yetersiz kalmakta ve ek gıdalara başlanması gerekmektedir. Ek gıdaya başlamada geç başlanması çocuğun büyüme ve gelişimi açısından olumsuz etki yapmaktadır (7). Ek gıdaya başlama süresi illere göre değişiklik göstermektedir (Tablo 5). Özellikle kırsal kesimde geleneksel uygulamaların sürmekte oluşu ve bu bölgede ebelerce bebek ziyaretlerinin daha düşük oluşu nedeniyle ek gıdaya geçişte biraz daha geç kalındığı görülmektedir (6,82 ay). En geç başlanılan yer Şanlıurfa kırsalidir (8,22 ay). TNSA-1998 de Türkiye genelinde 0-1 aylık çocukları % 49,3 üne, 2-3 aylık çocukların % 54,8 ine, 4-5 aylık çocukları % 69,2, 6-7 aylık çocukların % 63,0 ana anne sütü yanında ek gıdalar verildiği düşünülürse (aynı oranlar aynı kaynaktan 0-3 aylıklarda % 52,5, 4-6 aylıklarda % 65,8 olarak verilmiştir), bölgede Türkiye geneline göre ek gıdaya başlama yaşında önemli bir gecikme olduğu söylenebilir (1).

Bebeğe verilen ilk ek gıdanın seçiminde de bölgede yanlış davranış örnekleri saptanmıştır. UNICEF ve DSÖ'nün bu konudaki karşı kampanyalarının rağmen, bölgedeki 5 yaş altı çocuklara verilen ilk ek gıdanın %14,5 ile çay- bisküvi olması sağlıksız bir ek gıda seçimini, %17,7 sinin hazır mama olması ise reklamların ve hazır mama üreticisi firmaların bu konuda etkin olmasını göstermektedir.

SONUÇLAR

- I. Bölgede 0-59 aylık çocuklar tüm nüfusun % 14,6 sını oluşturmaktadır ki bu oran Türkiye genelindeki yaklaşık 1,5 katıdır.
- II. Bölgedeki 0-59 aylık çocukların % 95 i sağlık evi ebeleri tarafından hiç izlenmemiştir ki bu oran Türkiye geneline göre çok düşüktür.
- III. Çocukları erken emzirme uygulamasının oranı Türkiye genelinin yarısı kadardır. Bu çocukların % 34,7 sine ilk verilen gıda şekerli sudur. Şırnak ve Mardin'de bu oran sırasıyla % 73,3 ve % 64,2'ye yükselmektedir.
- IV. Bölgede bebeklere ek gıdaya başlanmasında da geç kalınmaktadır. Kırsal bölgelerde daha geç başlanmaktadır. Ek gıdaya en geç başlanılan il Şanlıurfa'dır.
- V. Bölgede bebeklere ilk verilen ek gıdalar arasında çay-bisküvi ve hazır mamalar önemli bir yer tutmaktadır (% 32,2).

KAYNAKLAR

1. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ve MEASURE DHS + Macro International Inc. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998, Ankara, Ekim 1999.
2. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yılı 2000, Ankara, 2001.
3. Bozkurt, Ali İhsan, Koçoğlu F. "Gaziantep İl Merkezinde 0-36 aylık çocuklarda protein enerji malnutrisyon prevalansı. Beslenme ve Diyet Dergisi 28(1): 52-56,1999.

GÜNEYDOĞU ANADOLU BÖLGESİ BİLDİRİLERİ

4. Prof. Dr. Ayşe Baysal. Beslenme, Hacettepe Üniversitesi yayınları: A/13, 4. baskı, s: 417, 1933, Ankara.
5. Protecting, promoting and supporting breast feeding: The special role of maternity services. A joint WHO/UNICEF statement. World Health Organization, Geneva, 1989
6. Breast-feeding: The technical basis and recommendations for action, World Health Organization, Geneva, 1993.
7. Ebe ve hemşireler için beslenme eğitimi rehberi, çeviren Doç. Dr. Gülay Koçoğlu, Dünya Sağlık Örgütü, Cenevre, Cumhuriyet üniversitesi yayınları no:45, Sivas, 1992.
8. WHO/UNICEF. The Declaration of Innocenti: Protecting, Promoting and Supporting Breast Feeding, Spedale Degli Innocenti, Florence Italy, 1 August 1990.

Tablo 1. Araştırmaya Katılan 0-59 Aylık Çocukların Yaş Gruplarına, Cinsiyete, İllere ve Yerleşim Yerine Göre Dağılımı

Yerleşim Yeri	Cinsiyet	Yaş Grubu (ay)										
		0-11 ay		12-23 ay		24-35 ay		36-47 ay		48-59 ay		Toplam
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı
Kırsal	Erkek	67	27,9	35	14,6	43	17,9	49	20,4	46	19,2	240
	Kız	35	18,4	32	16,8	35	18,4	43	22,6	45	23,7	190
		$\chi^2 = 5,66$		$p = 0,22$								
Kentsel	Erkek	69	21,7	55	17,3	60	18,9	51	19,2	73	23,0	318
	Kız	71	22,9	57	18,4	52	16,8	56	21,3	64	20,6	310
		$\chi^2 = 1,32$		$p = 0,85$								
GAP	Erkek	136	24,4	90	16,1	103	18,5	110	19,7	119	21,3	558
Toplam*	Kız	106	21,2	89	17,8	87	17,4	109	21,8	109	21,8	500
		242	22,9	179	16,9	190	18,0	219	20,7	228	21,6	1058
*İstatistiksel analiz		$\chi^2 = 2,34$		$p = 0,67$								

Tablo 2. Soru Kağıdı uygulanan 0-59 Aylık Çocukların Herhangi Bir Zamanda Ebe Tarafından İzlenme Durumlarının İllere ve Yerleşim Yeri ne Göre Dağılımı

İller	Yerleşim Yeri	Ebe İzlem Durumu				Toplam	
		Hiç İzlenmemiş		1+ izlem		Sayı	%
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Adıyaman	Kırsal	52	100,0	0	0,0	52	100,0
	Kentsel	31	91,2	3	8,8	34	100,0
	Toplam	83	96,5	3	3,5	86	100,0
Batman	Kırsal	29	100,0	0	0,0	29	100,0
	Kentsel	51	92,7	4	7,3	55	100,0
	Toplam	80	95,2	4	4,8	84	100,0
Diyarbakır	Kırsal	91	97,8	2	2,2	93	100,0
	Kentsel	109	87,9	15	12,1	124	100,0
	Toplam	200	92,2	17	7,8	217	100,0
Gaziantep	Kırsal	49	96,1	2	3,9	51	100,0
	Kentsel	158	96,3	6	3,7	164	100,0
	Toplam	207	96,3	8	3,7	215	100,0
Kilis	Kırsal	-	-	-	-	-	-
	Kentsel	9	90,0	1	10,0	10	100,0
	Toplam	9	90,0	1	10,0	10	100,0
Mardin	Kırsal	56	94,9	3	5,1	59	100,0
	Kentsel	61	93,8	4	6,2	65	100,0
	Toplam	117	94,4	7	5,6	124	100,0
Siirt	Kırsal	39	90,7	4	9,3	43	100,0
	Kentsel	15	93,8	1	6,3	16	100,0
	Toplam	54	91,5	5	8,5	59	100,0
Şanlıurfa	Kırsal	84	98,8	1	1,2	85	100,0
	Kentsel	114	97,4	3	2,6	117	100,0
	Toplam	198	98,0	4	2,0	202	100,0
Şırnak	Kırsal	18	100,0	0	0,0	18	100,0
	Kentsel	41	95,3	2	4,7	43	100,0
	Toplam	59	96,7	2	3,3	61	100,0
GAP*	Kırsal	418	97,2	12	2,8	430	100,0
	Kentsel	589	93,8	39	6,2	628	100,0
	Toplam	1007	95,2	51	4,8	1058	100,0
		$\chi^2=5,78$		$p=0,016$			

Tablo 3. Soru Kağıdı Uygulanan 0-59 Aylık Çocukların Doğumdan Sonra İlk Emzirilme Zamanlarına, İllere ve Yerleşim Yeri ne Göre Dağılımı

İller	Yerleşim Yeri	Doğumdan Sonra İlk Olarak Emzirilme Zamanı								
		Hiç Emzirmemiş		Bir Saat İçinde		2-24 Saat İçinde		25+ Saat İçinde		Toplam*
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı
Adıyaman	Kırsal	0	0,0	35	67,3	11	21,1	6	11,5	52
	Kentsel	0	0,0	24	70,6	1	2,9	9	26,4	34
	Toplam	0	0,0	59	68,6	12	13,9	15	17,4	86
Batman	Kırsal	2	7,1	3	10,7	10	33,7	13	46,4	28
	Kentsel	5	9,6	2	3,8	30	51,7	15	28,8	52
	Toplam	7	8,8	5	6,3	40	50,0	28	35,0	80

İller	Yerleşim Yeri	Doğumdan Sonra İlk Verilen Gıda Çeşidine, İllere ve Yerleşim Yerine Göre Dağılımı								
		Anne Sütü			Şekerli Su		Diğer*		Toplam**	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Diyarbakır	Kırsal	1	1,1	7	7,9	43	43,3	38	42,7	89
	Kentsel	0	0,0	24	19,8	68	56,2	29	24,0	121
	Toplam	1	0,5	31	14,8	111	52,9	67	31,9	210
Gaziantep	Kırsal	1	2,0	33	64,7	10	20,0	7	13,7	51
	Kentsel	0	0,0	94	58,0	24	14,8	44	27,2	162
	Toplam	1	0,5	127	59,6	34	16,0	51	23,9	213
Kilis	Kırsal	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Kentsel	1	10,0	6	60,0	2	20,0	1	10,0	10
	Toplam	1	10,0	6	60,0	2	20,0	1	10,0	10
Mardin	Kırsal	1	1,9	4	7,4	16	29,6	33	61,1	54
	Kentsel	0	0,0	3	4,7	14	21,9	47	73,4	64
	Toplam	1	0,8	7	5,9	30	25,4	80	67,8	118
Siirt	Kırsal	1	2,4	3	7,1	20	47,6	18	42,9	42
	Kentsel	0	0,0	0	0,0	4	26,7	11	73,3	15
	Toplam	1	1,8	3	5,3	24	42,1	29	50,9	57
Şanlıurfa	Kırsal	4	4,6	53	61,6	16	18,6	13	15,1	86
	Kentsel	1	0,9	50	43,4	25	21,6	39	33,9	115
	Toplam	5	2,5	103	51,2	41	23,4	52	25,8	201
Şırnak	Kırsal	0	0,0	8	44,4	10	55,6	0	0,0	18
	Kentsel	3	7,1	13	31,0	26	61,9	0	0,0	42
	Toplam	3	5,0	21	35,0	36	60,0	0	0,0	60
GAP**	Kırsal	10	2,4	146	34,8	136	32,4	128	30,5	420
	Kentsel	10	1,6	216	35,1	194	31,5	195	31,7	615
	Toplam	20	1,9	362	35,0	330	31,9	323	31,2	1035

** :²=0,92 p=0,82

*23 çocuğa ilişkin (yanıtlayıcı bilmediği için) yanıt alınmamıştır.

Tablo 4. Soru kağıdı Uygulanan 0-59 Aylık Çocukların Doğumdan Sonra İlk Verilen Gıda Çeşidine, İllere ve Yerleşim Yerine Göre Dağılımı

İller	Yerleşim Yeri	Doğumdan Sonra İlk Verilen Gıda								
		Anne Sütü		Şekerli Su		Diğer*		Toplam**		
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Adıyaman	Kırsal	35	67,3	15	28,8	2	3,8	52	100,0	
	Kentsel	30	88,2	2	5,9	2	5,9	34	100,0	
	Toplam	65	75,6	17	19,8	4	4,7	86	100,0	
Batman	Kırsal	13	44,8	7	24,1	9	31,0	29	100,0	
	Kentsel	38	70,4	12	22,2	4	7,4	54	100,0	
	Toplam	51	61,4	19	22,9	13	15,7	83	100,0	
Diyarbakır	Kırsal	40	44,9	42	47,2	7	7,9	89	100,0	
	Kentsel	53	45,7	57	49,1	5	5,2	116	100,0	
	Toplam	93	45,4	99	48,3	13	6,3	205	100,0	
Gaziantep	Kırsal	38	74,5	10	19,6	3	5,9	51	100,0	
	Kentsel	100	61,0	49	29,8	15	9,2	164	100,0	
	Toplam	138	64,2	59	27,4	18	8,4	215	100,0	
Kilis	Kırsal	-	-	-	-	-	-	-	-	
	Kentsel	7	70,0	2	20,0	1	10,0	10	100,0	
	Toplam	7	70,0	2	20,0	1	10,0	10	100,0	
Mardin	Kırsal	18	32,1	31	55,4	7	12,5	56	100,0	
	Kentsel	14	21,9	46	71,9	4	6,3	64	100,0	
	Toplam	32	26,7	77	64,2	11	9,2	120	100,0	
Siirt	Kırsal	25	59,5	7	16,7	10	23,8	42	100,0	
	Kentsel	2	13,3	12	80,0	1	6,7	15	100,0	
	Toplam	27	47,4	19	33,3	11	19,3	57	100,0	
Şanlıurfa	Kırsal	61	71,8	12	14,1	12	14,1	85	100,0	
	Kentsel	97	82,9	12	10,3	8	6,8	117	100,0	
	Toplam	158	78,2	24	11,9	20	9,9	202	100,0	
Şırnak	Kırsal	3	16,7	14	77,8	1	5,6	18	100,0	
	Kentsel	11	26,2	30	71,4	1	2,4	42	100,0	
	Toplam	14	23,3	44	73,3	2	3,3	60	100,0	
GAP***	Kırsal	133	55,2	138	32,7	51	12,1	422	100,0	
	Kentsel	152	57,1	222	36,0	42	6,8	616	100,0	
	Toplam	285	56,4	360	34,7	93	9,0	1038	100,0	

* su, pekmez, yağ

** 20 çocuğa ilişkin (yanıtlayıcı bilmediği için) yanıt alınmamıştır.

Tablo 5. Soru Kağıdı Uygulanan 0-59 Aylık Çocukların İllere ve Yerleşim Yerine Göre Ek Gıdaya Başlama Zamanı Ortalamaları

İller	Yerleşim Yeri	Ek Gıdaya Başlama Zamanı	
		Aritmetik Ortalama ± Sapma	Standart Sapma
Adıyaman	Kırsal	5,61 ± 3,32	
	Kentsel	5,27 ± 3,98	
	Toplam	5,47 ± 3,58	
Batman	Kırsal	4,96 ± 5,37	
	Kentsel	5,32 ± 3,80	
	Toplam	5,13 ± 4,38	
Diyarbakır	Kırsal	6,15 ± 3,05	
	Kentsel	5,39 ± 3,22	
	Toplam	6,02 ± 3,09	

GÜNYEYDOĞU ANADOLU BÖLGESİ BİLDİRİLERİ

Gaziantep	Kırsal	4,67 ± 2,87
	Kentsel	5,34 ± 3,63
	Toplam	5,18 ± 3,49
Kilis	Kırsal	-
	Kentsel	5,07 ± 2,43
	Toplam	5,07 ± 2,43
Mardin	Kırsal	5,25 ± 4,49
	Kentsel	5,81 ± 4,43
	Toplam	5,55 ± 4,49
Siirt	Kırsal	6,71 ± 3,93
	Kentsel	5,73 ± 2,46
	Toplam	6,46 ± 3,61
Şanlıurfa	Kırsal	8,7 ± 5,55
	Kentsel	7,81 ± 5,76
	Toplam	8,22 ± 5,67
Şırnak	Kırsal	4,94 ± 2,90
	Kentsel	6,39 ± 4,53
	Toplam	5,95 ± 4,13
GAP*	Kırsal	6,82 ± 4,12
	Kentsel	6,10 ± 4,14
	Toplam	6,44 ± 4,14

* t=2,27 p=0,023

Tablo 6. Soru Kağıdı Uygulanan 0-59 Aylık Çocukların İlk Verilen Ek Gıda Çeşidine, İllere ve Yerleşim Yeri Göre Dağılımı

İller	Yerleşim Yeri	İlk Verilen Ek Gıda Çeşidi							Toplam Sayı
		İnek Sütü	Hazır Mama	Çay, bisküvi	Sebze Çorbaları	Yoğur.	Meyve suyu	Diğer*	
		%	%	%	%	%	%	%	
Adıyaman	Kırsal	42,5	19,1	12,7	10,6	6,3	2,1	6,3	47
	Kentsel	16,1	29,0	22,5	16,1	6,4	3,2	6,4	31
	Toplam	32,1	23,1	16,6	12,8	6,4	2,6	6,4	78
Batman	Kırsal	22,7	27,3	4,5	18,2	18,2	4,5	4,5	22
	Kentsel	6,1	24,5	16,3	22,4	20,4	2,0	8,2	49
	Toplam	11,3	25,4	12,7	21,1	19,7	2,8	7,0	71
Diyarbakır	Kırsal	28,4	7,4	25,9	14,8	16,0	3,7	3,7	81
	Kentsel	23,5	23,5	14,8	19,1	6,1	5,2	7,8	115
	Toplam	25,5	16,8	19,4	17,3	10,2	4,6	6,1	196
Gaziantep	Kırsal	53,4	6,9	11,6	9,3	6,9	9,3	2,3	43
	Kentsel	22,5	16,5	17,9	11,3	6,0	9,3	16,5	151
	Toplam	29,4	14,4	16,5	10,8	6,2	9,3	13,4	194
Kilis	Kırsal	-	-	-	-	-	-	-	-
	Kentsel	0,0	20,0	20,0	0,0	20,0	30,0	10,0	10
	Toplam	0,0	20,0	20,0	0,0	20,0	30,0	10,0	10
Mardin	Kırsal	26,7	8,9	8,9	17,8	28,9	2,2	6,7	45
	Kentsel	18,5	33,3	20,4	11,1	5,6	5,6	5,6	54
	Toplam	22,2	22,2	15,2	14,1	16,2	4,0	6,1	99
Siirt	Kırsal	28,9	10,5	21,1	23,7	10,5	2,6	2,6	38
	Kentsel	7,1	21,4	14,3	28,6	21,4	7,1	0,0	14
	Toplam	23,1	13,5	19,2	25,0	13,5	3,8	1,9	52
Şanlıurfa	Kırsal	48,0	9,3	8,0	5,3	22,6	0,0	6,6	75
	Kentsel	34,6	22,1	5,7	7,6	15,3	2,8	11,5	104
	Toplam	40,2	16,7	6,7	6,7	18,4	1,6	9,4	179
Şırnak	Kırsal	62,5	0,0	6,3	6,3	25,0	0,0	0,0	16
	Kentsel	23,7	18,4	7,9	15,8	26,3	0,0	7,9	38
	Toplam	35,2	13,0	7,4	13,0	25,9	0,0	5,6	54
GAP	Kırsal	38,1	10,6	14,2	12,8	16,7	3,0	4,6	367
	Kentsel	22,1	22,3	14,7	13,9	10,1	5,7	10,4	566
	Toplam	28,4	17,7	14,5	13,5	13,2	4,6	8,1	933

*Yumurta, pirinç, pirinç unu + süt+su ile evde hazırlanan mama, kavrulmuş un + süt+su ile evde hazırlanan mama, inek sütü + bisküvi

GAP BÖLGESİ'NDE ÇOCUKLARDA MALNÜTRİYON DURUMU

Servet ÖZĞÜR*, Ali İhsan BOZKURT*, Birge İl ÖZCİRPİCİ*, Saim ŞAHİNÖZ*, Turgut ŞAHİNÖZ**, Yılmaz PALANCI***, Hamit ACEMOĞLU***, Ersen İLÇİN***, Günay SAKA***, Ali CEYLAN***, Feridun AKKAFI****, Mucide AK*****.

* Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D ** Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürü
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji A.D
*****Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Parazitoloji A.D

ÖZET

GAP Bölgesi Kalkınma İdaresi Başkanlığı'nın desteğiyle, Türkiye Parazitoloji Derneği, Gaziantep, Dicle ve Harran Üniversitelerinin yer aldığı bir grup tarafından 2001-2002 yıllarında yürütülen GAP Halk Sağlığı Projesi sırasında 0-59 aylık çocuklar için uygulanan soru kağıtları aracılığıyla çocuk sağlığına ilişkin veriler toplanmıştır.

Büyükölçüye orantılı olasılıklı örnekleme yöntemiyle kırsal-kentsel ayrımlı olarak GAP Bölgesi'ndeki 9 ilden DİE tarafından örneğe seçilen 1150 konuttan 1126 sına ulaşılabilmiş ve bu konutlarda yaşayan 1058 0-59 aylık çocuğa ilişkin soru kağıdı annelerine ya da anne o anda evde değilse çocuğu en iyi tanıyana uygulanmıştır. Evde bulunan 801 çocuğun boy ve kilo ölçümleri yapılmıştır.

Sonuçta GAP bölgesinde 0-59 aylık çocukların yaklaşık % 37 si (bunların yaklaşık yarısı çok bodur olmak üzere) bodur (kısa boylu), % 15 i kavruk (ağırlıkça malnütrisyonlu) ve % 4,5 i zayıf (boya göre ağırlığı az) olarak saptanmıştır. Bu oranlar Türkiye genelinin yaklaşık 2 katıdır. Bodurluk oranı Diyarbakır' da % 46 ya, Şanlıurfa' da % 45 e, Mardin' de % 43 e; kavrukluğun oranı Şırnak ve Şanlıurfa' da % 21 e; zayıflık oranı Kilis ve Şırnak' ta % 12 ye ulaşmaktadır.

Anahtar kelimeler: Malnütrisyon, 0-59 aylık çocuklar, Güneydoğu Anadolu Bölgesi

GİRİŞ

Sağlık, yalnızca herhangi bir hastalık ya da zayıflık değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan üstünüyle iyi olma durumudur. Dolayısıyla bu tanım, çocuklar için de aynen geçerlidir. Bunu n ötesinde çocuklar yetişkinlere göre daha çok sağlık riskleri ile karşılaşan bir grup olduğu için özel korunmayı gerektirir. Bu nedenle DŞÖ ve UNICEF çocukların özellikle sağlıklarının korunmasına ilişkin bir dizi kararlar almış ve programlar kabul etmiştir. Bu kararlar ve programlar dizisi Alın a-Ata Bildirgesi'nde; 2000 Yılına Kadar Herkese Sağlık ve 21. Yüzyılda Herkese Sağlık Politika ve Programları'nda; Çocuk Hakları Konusunda Atılım (1989)'da, Çocuklar İçin Dünya Zirvesi'nde; ASYE ile Savaş ve İshalli Hastalıklarla Savaş, Genişletilmiş ve Yaygınlaştırılmış Bağışıklama Programları'nda; Innocenti Bildirgesi (1990)'nda ve daha pek çok dokümanda anlatılmıştır.

Çocukların beslenmesine ilişkin hatalı uygulamalar ve malnütrisyon çocuk sağlığının en önemli sorunları arasındadır. Bu nedenle GAP Bölge Kalkınma İdaresi Başkanlığı'nın desteğiyle gerçekleştirilen ve 2001-2002 yıllarında yürütülen GAP Halk Sağlığı Projesi sırasında bu konularda da veriler toplanmıştır.

Burada bu çalışmanın sonuçlarından olan GAP Bölgesi'nde çocuklarda malnütrisyon durumuna ilişkin veriler sunulmuştur.

AMAÇ

GAP Halk Sağlığı Projesi, GAP Bölgesi'nde var olan veya barajlar, sulama altyapıları, tarımda sulamanın yaygınlaşması, ürün deseninin ve tarımsal pratiklerin değişmesi, sanayileşme ve kentleşme sonucunda oluşacak ekolojik ve çevresel değişimlere bağlı olarak ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarını, özellikle su ile bulaşabilen hastalıkları ve nedenlerini belirlemek; ortaya çıkabilecek sağlık sorunları ve bunların önlenmesine yönelik politika, strateji ve uygulama yöntem ve araçlarını geliştirmek; ve bu alanda bir izleme ve değerlendirme sistemi kurmak amacıyla uygulanmıştır. Proje çerçevesinde halk sağlığını tehdit eden mevcut sağlık riskleri ve gelecekte olası sağlık riskleri arasında çocuk sağlığını etkileyen etkenler de vardır. Bu amaçla projede bölgedeki çocuk sağlığı durumu da incelenmiştir. Bu bildiride çocuklarda varolan sağlık sorunları arasında önemli bir yer tutan malnütrisyon durumuna ilişkin veriler sunulmuştur.

YÖNTEM

GAP kapsamındaki 9 ilin toplam nüfusunun 6.128.973 olduğu bilindiğinden kırsal-kentsel ayrımlı olarak olabildiğince büyük bir örnek seçebilmek için ve $d=0,03$, $p=0,04$ (en az erişülen parazit sıklığı), $\alpha=0,01$ alınarak ve 2 değişkenli, 3 ve 4'er düzeyli tablolar yapılabileceği düşünülerek GAP bölgesini temsil yeteneğine sahip örneklem büyüklüğü 6822 olarak tespit edilmiştir. Bu rakam 6900'e yuvarlanarak ve bölgede her konutta ortalama 6 kişi olduğu düşünülerek; örneğe çıkacak konut sayısı 6900/6=1150 olarak belirlenmiştir. Daha sonra bölgenin kırsal ve kentsel kesimlerini temsil edebilecek şekilde örnek seçimi büyükölçüye orantılı olasılıklı örnekleme yöntemi ile Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) tarafından seçilmiştir.

Araştırmada kullanılacak soru kağıtları Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyeleri tarafından ayrı ayrı, eş zamanlı olarak hazırlanmıştır. Daha sonra bir araya gelinerek bunlar ortak soru kağıdı haline getirilmiş ve ön denen elerden sonra soru kağıtlarına son şekli verilmiştir.

Soru kağıtları; konut, 0-59 aylık çocuk, 5 yaş ve yukarısı kadın ve erkek grubuna yönelik bilgi edinme soru kağıtlarından (anket formları) oluşmuştur.

Daha sonra her ilde soru kağıdı uygulama ekipleri kurulup eğitilmiş ve bunlar başlarında bir halk sağlığı uzmanı ile birlikte örnekte yer alan her hane için konut anketi ve o evde yaşayan her kişi için ayrı ayrı soru kağıdı uygulanmıştır.

"Hane Halkı ve Haneler İçin Soru Kağıdı" ile o konutta yaşayanlar ve nitelikleri ile ilgili bilgiler elde edilmiştir. Evde beş yaş altı çocuk varsa bu çocukların her birisi için "0-59 Aylık Çocuklar İçin Soru Kağıdı" uygulanarak bu çocuklara ait bazı bilgiler (çocuğun annesinin kaçınıcı çocuğu olduğu, bu çocukla ilgili annenin gebelik öyküsü, çocuğun beslenme öyküsünü, çocuğun bağışıklanma durumu, ishalleri hastalık öyküsü vb) anneden (yoksa çocuğu en iyi tanıyan aile ferdinden) elde edilmiştir. Evde bulunan çocukların boy, ağırlık ölçümleri yapılmıştır (boy ölçümleri iki yaşından küçük çocuklarda sırt üstü yatırılarak ayakları düz olarak sabitlendikten sonra, büyük çocuklarda ise ayakta duvara yaslatılarak; ağırlık ölçümü iki yaşından küçük çocuklarda bebek terazisinde, büyük çocuklarda ise normal yetişkin tartımında yapılmıştır).

Veriler bilgisayarda SPSS ve Excel programları ile değerlendirilmiştir. Malnütrisyonun durumunun tespitinde z-skorları kullanılmıştır. İstatistiksel analizlerde χ^2 testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Araştırma sırasında soru kağıdı uygulanan 0-59 aylık çocuk sayısı 1058'dir. Evde bulunup boy ve kilo ölçümleri yapılan çocuk sayısı ise 801 dir (%75,7).

Bu çocukların malnütrisyon durumu Tablo 1-2 de ve Şekil 1-3 de verilmiştir. Kronik malnütrisyonun göstergesi olan yaşa göre boy değerlendirmesine bakıldığında 0-59 aylık çocukların % 35,6 sının yaşlarına göre kısa (bodur-stunt'd), % 16,9 unun ise ciddi olarak kısa boylu olduğu saptanmıştır. Kırsal ve kentsel bölgelerdeki bodur çocuk oranları anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,60$). Bodurluğun en yaygın olduğu iller sırasıyla Diyarbakır (% 46,0), Şanlıurfa (%45,0) ve Mardin (% 42,7) illeridir (Tablo 1). Ciddi olarak kısa boyluluğun en yaygın olduğu il % 24,5 ile Diyarbakır'dır.

Yaşa göre ağırlık değerlendirmesine bakıldığında 0-59 aylık çocukların % 15,1'inin düşük kilolu (kavruk-underweight) olduğu saptanmıştır. Kırsal ve kentsel bölgelerdeki düşük kilolu çocuk oranları anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,54$). Çocuklarda düşük kiloluluğun en yaygın olduğu iller Şırnak (% 21,2) ve Şanlıurfa (%21,1)'dir.

Boya göre ağırlık değerlendirmesine bakıldığında 0-59 aylık çocukların % 4,4 ünün zayıf (wasted) olduğu saptanmıştır. Zayıflığın en yaygın olduğu iller Kilis (% 12,5), Şırnak (%12,1) ve Siirt'dir (% 7,9). Çocuklarda zayıflığın kırsal ve kentsel dağılımı farklı bulunmamıştır ($p=0,70$). Tablolardan görüldüğü gibi çocuklarda beslenme yetersizliği bazı illerde % 50 ye yaklaşmaktadır.

GÜNEYDOĞU ANADOLU BÖLGESİ BİLDİRİLERİ

TARTISMA

Bölgede 0-59 çocukların yaklaşık % 40 a yakınının malnütrisyonlu (% 35,6 sınıfı bodur, % 15,1 inin kavruk, % 4,4 ünün zayıf) olduğu, yaklaşık %17'sinin ağır malnütrisyonlu (% 16,9 unun çok bodur, % 3,9 unun çok kavruk, % 1,1 inin çok zayıf) olduğu belirlenmiştir. Bu da bölgede çocuk sağlığı ve beslenmesinde önemli sorunlar olduğunun göstergesidir. TNSA-1998 e göre aynı yaş grubunda Doğu Anadolu'da çocukların % 30,0 i bodur, % 12,9 u çok bodur; % 17,1 i kavruk, % 3,0 i çok kavruk; % 2,9 u zayıf, % 0,9 u çok zayıftır (1). Bu oranlar araştırma sırasında sapıyanlara yakındır. Aynı kaynağa göre Türkiye genelinde çocukların % 16 sı bodur, % 6 sı çok bodur; % 8,3 ü kavruk, % 1,4 ü çok kavruk; % 1,9 u zayıf, % 0,4 ü çok zayıftır. Bu durum bölgede çocuklar arasında beslenme yetersizliğinin Türkiye geneline göre yaklaşık iki kat fazla olduğunu göstermektedir. Bölge illerinden Gaziantep kent merkezinde 1994 yılında yapılan bir çalışmada çocuklarda % 25,7 oranında malnütrisyon, (% 11,0 oranında ağır malnütrisyon), bir başka çalışmada Diyarbakır'da çocuklarda % 54 oranında malnütrisyon saptanması bölgede malnütrisyonun daha önce de yaygın olduğunu göstermektedir (2, 3). Ankara Göbeği'nde yapılan bir çalışmada çocuklarda boyca malnütrisyon oranı % 14,5, ağırlıkça malnütrisyon oranı % 7,6, Antalya'da yapılan diğer bir çalışmada ise 0-59 aylık çocuklarda bu oranlar % 7,6 ve % 3,8 olarak bulunduğu göz önüne alınırsa malnütrisyonun Güneydoğu Anadolu bölgesinde halen ciddi bir sorun olduğu açıktır (4, 5).

Bazı illerde bu oranlar bölge genelinden çok üzerindedir. Örneğin, bodurluk oranı Diyarbakır'da % 46, Şanlıurfa'da % 45, Mardin'de % 42,7 dir. Kavruklu oranı ise Şırnak'ta % 21,2, Şanlıurfa'da % 21,1 dir. Zayıflık oranı ise Kilis'te % 12,5, Şırnak'ta % 12,1 dir. Bu da bazı illerde çocukların yeterli ve dengeli beslenmesinde belki de geleneksel tutumlar nedeni ile daha büyük sorunlar olduğunu göstermektedir.

SONUÇLAR

Bölgedeki 0-59 aylık çocukların yaklaşık % 37 si (bunların yaklaşık ½ si çok bodur olmak üzere) bodur (kısa boylu), % 15 i kavruk (ağırlıkça malnütrisyonlu) ve % 4,5 i zayıf (boya göre ağırlığı az) tir. Bu oranlar Türkiye genelinden yaklaşık 2 katıdır. Bodurluk oranı Diyarbakır'da % 46 ya, Şanlıurfa'da % 45 e, Mardin'de % 43 e; kavruklu oranı Şırnak ve Şanlıurfa'da % 21 e; zayıflık oranı Kilis ve Şırnak'ta % 12 ye ulaşmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ve MEASURE DHS + Macro International Inc. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998. Ankara, Ekim 1999.
2. Bozkurt, Ali İhsan, Koçoğlu F. "Gaziantep İl Merkezinde 0-36 aylık çocuklarda protein enerji malnütrisyon prevalansı, Beslenme ve Diyet Dergisi 28(1): 52-56,1999.
3. Toksöz P, İlçin E. 0-36 ay arası ishelli çocukların emzirme durumu ve malnütrisyon, gelişmesi üzerindeki etkisinin incelenmesi. Beslenme ve Diyet Dergisi 18: 11-20,1989.
4. Aycan S, Özaltın S, Arıtoğru B.O, B.amin M.A. 0-6 yaş grubu çocuk izleme kartlarından elde edilen antropometrik ölçümlerle beslenme durumu. I. Halk Sağlığı Günleri Bildiri Özetleri, Sivas, 1989.
5. Dönmez L, Dedeoğlu N, Aktekin N. Antalya il merkezinde malnütrisyon sıklığı ve bazı değişkenlerle ilgili. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongre kitabı, İzmir, 1994.

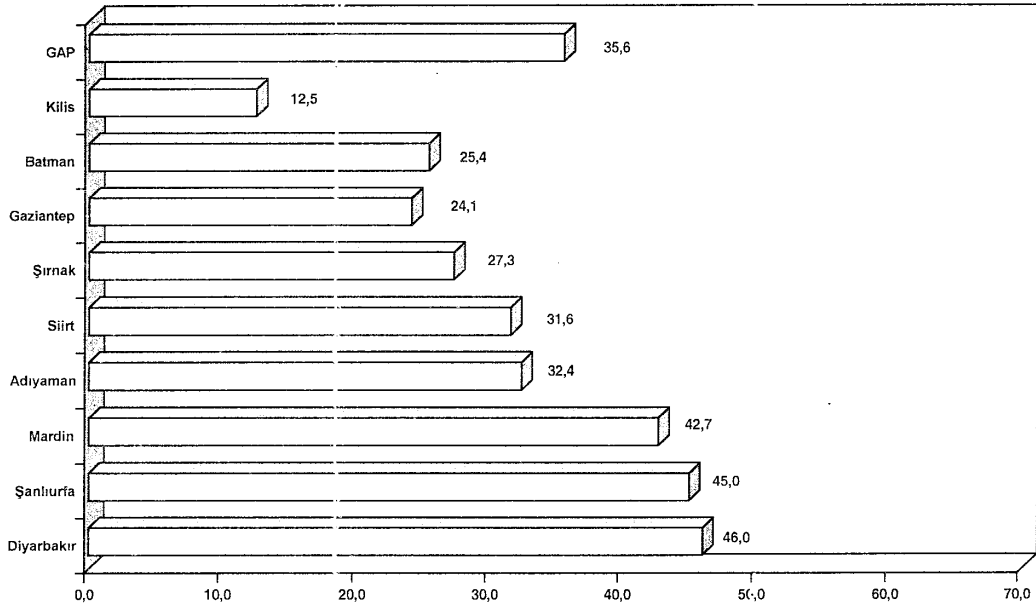
Tablo 1. Araştırmaya Sırasında Muayene Edilen 0-59 Aylık Çocukların Yaşa Göre Boy ve Yaşa Göre Ağırlık Açısından Malnütrisyon Durumuna, İllere ve Yerleşim Yerine Göre Dağılımı*

İller	yeri	n***	Yaşa Göre Boy				Yaşa Göre Ağırlık			
			-3 SD'nin altındaki		-2 SD'nin altındaki**		-3 SD'nin altındaki		-2 SD'nin	
			Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Adıyaman	Kırsal	42	7	16,7	18	42,9	2	4,8	4	9,5
	Kentsel	32	1	3,1	6	18,8	0	0,0	2	6,3
	Toplam	74	8	10,8	24	32,4	2	2,7	6	8,1
Batman	Kırsal	19	6	31,6	9	47,4	1	5,3	3	15,8
	Kentsel	44	3	6,8	7	15,9	0	0,0	0	0,0
	Toplam	63	9	14,3	16	25,4	1	1,6	3	4,8
Diyarbakır	Kırsal	72	18	25,0	29	40,3	3	4,2	12	16,7
	Kentsel	67	16	23,9	35	52,2	4	6,0	8	11,9
	Toplam	139	34	24,5	64	46,6	7	5,0	20	14,4
Gaziantep	Kırsal	45	4	9,5	9	20,9	2	4,7	12	27,9
	Kentsel	148	19	12,8	37	25,0	3	2,0	23	15,5
	Toplam	191	23	12,0	46	24,1	5	2,6	35	18,3
Kilis	Kırsal	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Kentsel	8	0	0,0	1	12,5	0	0,0	1	12,5
	Toplam	8	0	0,0	1	12,5	0	0,0	1	12,5
Mardin	Kırsal	32	9	28,1	17	53,1	0	0,0	4	12,5
	Kentsel	43	7	16,3	15	34,9	2	4,7	4	9,3
	Toplam	75	16	21,3	32	42,7	2	2,7	8	10,7
Siirt	Kırsal	32	3	9,4	11	34,4	2	6,3	6	18,8
	Kentsel	6	0	0,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0
	Toplam	38	3	7,9	12	31,6	2	5,3	6	15,8
Şanlıurfa	Kırsal	70	17	24,3	33	47,1	6	8,6	13	18,6
	Kentsel	110	21	19,1	48	43,6	4	3,6	25	22,7
	Toplam	180	38	21,1	81	45,0	10	5,6	38	21,1
Şırnak	Kırsal	5	1	20,0	2	40,0	0	0,0	0	0,0
	Kentsel	28	3	10,7	7	25,0	2	7,1	7	25,0
	Toplam	33	4	12,1	9	27,3	2	6,1	7	21,2
GAP*	Kırsal	315	65	20,6	128	40,6	16	5,1	54	17,1
	Kentsel	486	70	14,4	157	32,3	15	3,1	70	14,4
	Toplam	801	135	16,9	285	35,6	31	3,9	124	15,1

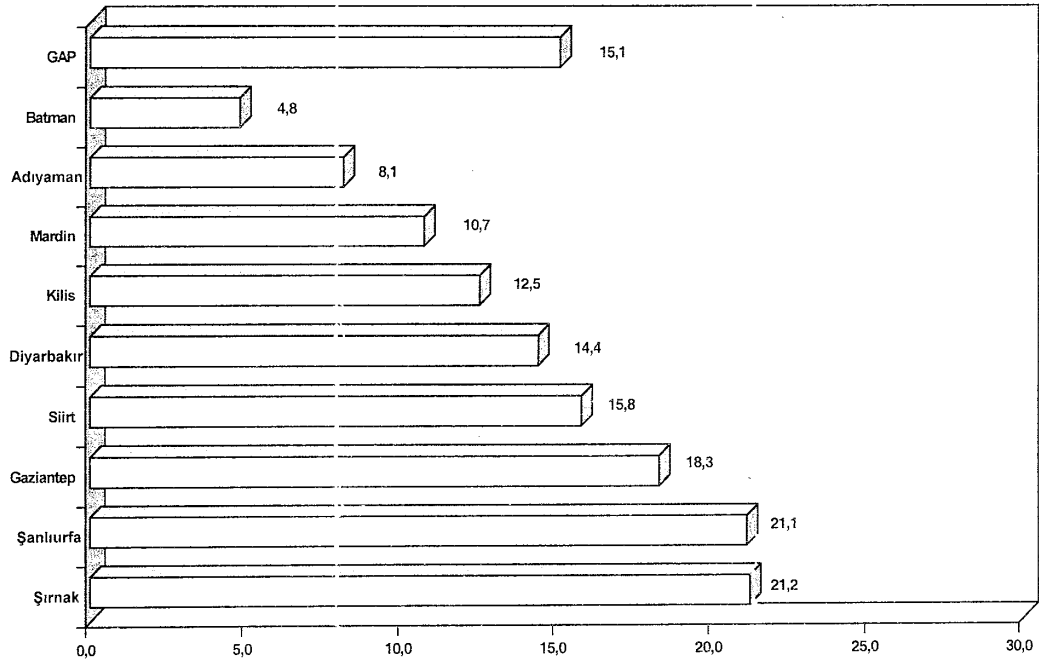
*Bu rakamlar araştırma tarihinden önceki 0-59 aylık dönem içinde doğanlar içindir. Her endeks, NCI /CDC/WHO uluslar arası referans grubunun ortanca değerinden standart sapma (SD) birimi olarak ifade edilmiştir. Referans grubunun ortanca değerinden standart sapma z-skorları eksi iki veya eksi üç (-2SD veya -3SD) olan çocuklar yetersiz beslenmiş olarak sınıflandırılmıştır.

** -3SD'nin altında olan çocukları da içermektedir.

***Evd e olmadığı için boyu ve kilosu ölçülemeyen çocuklar değerlendirilme dışı bırakılmıştır.



Şekil 1. İllere Göre GAP Bölgesindeki Çocuklarda Yaşa Göre Boy Değeri -2SD'nin Altında Olanların Yüzdesi



Şekil 2. İllere Göre GAP Bölgesindeki Çocuklarda Yaşa Göre Ağırlık Değeri -2SD'nin Altında Olanların Yüzdesi

GÜNYEYDOĞU ANADOLU BÖLGESİ BİLDİRİLERİ

Tablo 2. Çalışma Sırasında Muayene Edilen 0-59 Aylık Çocukların Yetersiz Beslenme Durumunun Boya Göre Ağırlık Açısından Malnütrisyon Durumuna, İllere ve Yerleşim Yerine Göre Dağılımı*

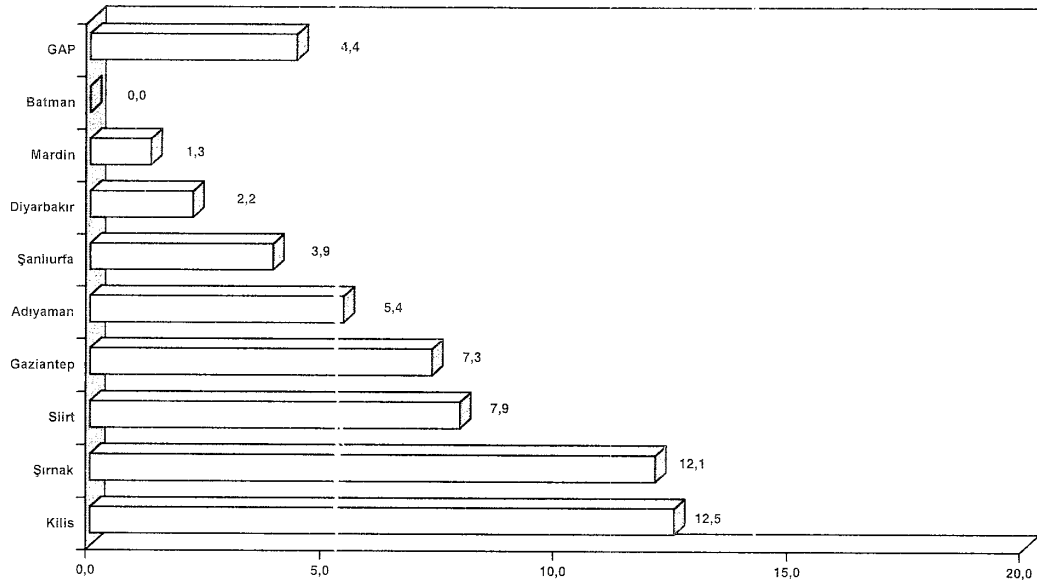
İller	Yerleşim Yeri	Boya Göre Ağırlık				Toplam*** Sayı
		-3 SD'nin altındaki		-2 SD'nin altındaki**		
		Sayı	%	Sayı	%	
Adıyaman	Kırsal	0	0,0	1	2,4	42
	Kentsel	0	0,0	1	3,1	32
	Toplam	0	0,0	4	5,4	74
Batman	Kırsal	0	(0,0)	0	(0,0)	19
	Kentsel	0	0,0	0	0,0	44
	Toplam	0	0,0	0	0,0	63
Diyarbakır	Kırsal	1	1,4	2	2,8	72
	Kentsel	0	0,0	1	1,5	67
	Toplam	1	0,7	3	2,2	139
Gaziantep	Kırsal	1	2,3	4	9,3	43
	Kentsel	4	2,7	10	6,8	148
	Toplam	5	2,6	14	7,3	191
Kilis	Kırsal	-	-	-	-	-
	Kentsel	0	(0,0)	1	(12,5)	8
	Toplam	0	(0,0)	1	(12,5)	8
Mardin	Kırsal	0	0,0	0	0,0	32
	Kentsel	0	0,0	1	2,3	43
	Toplam	0	0,0	1	1,3	75
Siirt	Kırsal	2	6,3	3	9,4	32
	Kentsel	0	(0,0)	0	(0,0)	6
	Toplam	2	5,3	3	7,9	38
Şanlıurfa	Kırsal	0	0,0	2	2,9	70
	Kentsel	1	0,9	5	4,5	110
	Toplam	1	0,6	7	3,9	180
Şırnak	Kırsal	0	(0,0)	0	(0,0)	5
	Kentsel	0	0,0	4	14,3	28
	Toplam	0	0,0	4	12,1	33
GAP*	Kırsal	4	1,3	12	3,8	315
	Kentsel	5	1,0	23	4,7	486
	Toplam	9	1,1	35	4,4	801

*İstatistiksel analiz P=0,70

*Bu rakamlar araştırma tarihinden önceki 0-59 aylık dönem içinde doğanlar içindir. Her endeks, NCHS/CDC/WHO uluslar arası referans grubunun ortanca değerinden standart sapma (SD) birimi olarak ifade edilmiştir. Referans grubunun ortanca değerinden standart sapma z-skortları eksi iki veya eksi üç (-2SD veya -3SD) olan çocuk ar yetersiz beslenmiş olarak sınıflandırılmıştır.

** -3SD'nin altında olan çocukları da içermektedir.

***Evide olmadığı için boyu ve kilosu ölçülemeyen çocuklar değerlendirme dışı bırakılmıştır.



Şekil 3. İllere Göre GAP Bölgesindeki Çocuklarda Boya Göre Ağırlık Değeri -2SD'nin Altında Olanların Yüzdesi

AKÜ ÜRETİMİNDE ÇALIŞANLARIN KAN KURŞUN DÜZEYLERİ VE SOLUNUM FONKSİYONLARINA ETKİSİ

Cahit BAĞCI*, Beyhan CENGİZ*, Ali İhsan BOZKURT**, Serpil CAN*

*Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı **Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Solunum yolu ile kurşuna maruz kalan bireylerin solunum fonksiyonlarının nasıl etkilendiğinin belirlenmesini amaçlayan bu çalışmada akü üretiminde çalışan işçilerin kan kurşun düzeyleri ve solunum fonksiyon testleri ölçülmüştür. Kontrol grubu olarak hastane personeli alınmıştır. Kan kurşun düzeylerinin ölçümü atomik absorpsiyon spektrofotometresi, solunum fonksiyonları ise taşınabilir bir spirometre ile ölçülmüştür. Akü çalışanlarının kan kurşun düzeyi (36,83 µg/dl) kontrol grubunun kan kurşun düzeyine (14,81 µg/dl) göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p<0.001). Akü çalışanlarının solunum fonksiyonları kontrol grubu ile karşılaştırıldığında akü üretiminde çalışanların MVV, FEF değerleri, FEV1, FEV1/VC, PEF ve VC değerleri kontrol grubun değerlerine göre anlamlı derecede daha düşüktür ve küçük hava yollarında daha fazla olmak üzere hem küçük hem de büyük hava yollarında obstrüksiyon belirtileri göstermektedir.

Anahtar kelimeler: kan kurşun düzeyi, solunum fonksiyon testleri

GİRİŞ

İnsan vücuduna beslenme, solunum, cilt yolu ile alınabilen kurşun, hiçbir biyolojik fonksiyonda yer almadığı gibi vücut için zehirlidir (1). Kurşun kaynakları inorganik ve organik olmak üzere ikiye ayrılır. Bunlardan en yaygın karşılaştığımız inorganik kurşun ve bileşikleridir ve çoğunlukla solunum yolu ile vücuda alınır. Bu şekilde toz halindeki kurşun inhale edilir ve %30-50'i solunum sisteminde solunum sisteminde depo edilir. Ancak alınan dozun %90-98'i 48 saat içinde absorbe edilir ve kana karışan kurşun başta hemopoetik sistem olmak üzere pek çok organ ve sistemi etkiler(2). Memelilerde başta hemopoetik sistem olmak üzere gastrointestinal sistem, sinir sistemi ve böbrek, kalp gibi organlarının fonksiyonlarını olumsuz yönde etkilemekte olduğu bilinmektedir (2-5). Bu konuda yapılmış çok sayıda araştırma vardır. Ancak kurşunun en önemli giriş yolu olan akciğerler üzerine etkileri nispeten daha sınırlı araştırılmıştır(6-9). Solunum yolu ile kurşuna maruz kalan bireylerin solunum fonksiyonlarının olumsuz olarak etkilendiğine dair çalışmalar vardır (6).

AMAÇ

Bu çalışmada kurşuna maruziyetin fazla olduğu akü sanayi çalışanlarında kan kurşun düzeyi ile solunum fonksiyon testleri arasında ilişki olup olmadığı araştırılmıştır.

MATERYAL VE METOD

Kan kurşun düzeyi ile solunum parametreleri arasında ilişkinin araştırıldığı bu çalışmada Gaziantep ve Kahramanmaraş illeri sanayi sitelerinde çalışan 22 akü işçisi ile kontrol grubu olarak hastane personelimizden seçilen 24 kişi olmak üzere toplam 46 erkek birey araştırmaya alınmıştır. Kontrol grubu seçiminde sigara vb etkenler yönünden akü işçileri grubuna benzer olmasına dikkat edilmiştir. Araştırmaya alınan kişilere öncelikle kişisel özellikler ile ilgili sorular içeren oluşan bir anket birebir görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Ardından Spirometre marka taşınabilir bir spirometre ile kişilerin solunum fonksiyon testleri (SFT) ölçülmüştür.

Ölçümlerin tamamı oturur pozisyonda ve burnu bir kasa ile kapalı olan denegin, ağızlık yardımı ile spirometreye bağlı olarak birkaç deneme solunum yaptırılarak bu tip solunuma alışması sağlandıktan sonra solunum hacmi ölçülmüştür.

FVC akım ve hızlarının tayini için: ahıstan rahat ve derin bir soluk alma yapması ve toplam akciğer kapasitesine ulaşınca mümkün olduğu kadar hızlı ve sonuna kadar nefes vermesi istenerek gerçekleştirilmiştir.

Çalışmaya katılanlara çeşitli manevralar yaptırılarak MVV, FEV₁, FEV₁/FVC, FEV₁/VC, PEF, FEF₂₅₋₇₅, FEF₂₅, FEF₅₀, FEF₇₅ üç kez ölçüldü. Her bir parametre için cihazın belirlediği en iyi test sonuçları alındı (2, 6). Akü çalışanları ve kontrol grubunun SFT değerlerinin istatistiksel karşılaştırılmasında "% prediktifi" değerler kullanılmıştır.

Kan Kurşun Ölçümü:

SFT ölçümleri sonrasında çalışanlardan ve kontrol grubundan kan kurşun düzeyi ölçümleri için 10 ml. venöz kan örnekleri heparinli tüplere alındı. Kan örneği alma sabah iş başlangıcında gerçekleştirildi ve plazmasına ayrılarak topluca çalışılmak üzere -20°C de saklandı.

Okutma işlemi UNICAM 939 atomik absorpsiyon spektrofotometrede yapıldı. Bu işlemlerde örnekleri yakmak için grafit fırını kullanıldı.

Örneklerin her biri üç defa atomik absorpsiyon spektrofotometrede okutuldu ve üç değer ortalama alındı.

İstatistiksel değerlendirme:

Elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirilmesi bilgisayarda SPSS istatistik programında yapıldı. Çalışma ve kontrol grubunda saptanan ortalama değerlerin karşılaştırılmasında "bağımsız gruplarda t testi" kullanıldı.

BULGULAR

Akü çalışanları ve kontrol grubunun kan kurşun düzeyleri Tablo 1'de verilmiştir. Akü üretiminde çalışanlarının kan kurşun düzeyi 36,83 µg/dl olarak bulunmuştur ve kontrol grubunun kan kurşun düzeyine (14,81 µg/dl) göre anlamlı düzeyde yüksektir (p<0.001).

Akü işçilerinin çalışma sürelerine göre ve sigara içme durumlarına göre kan kurşun düzeyleri Tablo 2'de verilmiştir. Çalışma süresi ve sigara içme durumu ile kan kurşun düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (p>0.05).

Akü çalışanları ve kontrol grubuna ait SFT ölçüm sonuçları Tablo 3'de verilmiştir. Yapılan analizde FVC ve FEV₁/VC dışındaki bütün solunum parametrelerinde akü çalışanları ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır (Tablo 3). Akü çalışanlarının MVV, FEF değerleri, FEV₁, FEV₁/VC, PEF ve VC değerleri kontrol grubun değerlerine göre anlamlı derecede daha düşüktür.

TARTIŞMA

Akü sanayi kurşunun yaygın kullanıldığı ve bu nedenle gerekli önlemler alınmadığında kurşuna maruziyetin olabileceği riskli iş kollarındandır. Önlemlerin yetersiz olması durumunda çalışanlarda kan kurşun düzeyinde yükselmeler ve bunun sonucunda kurşun zehirlenmeleri ve çok çeşitli klinik tablolar ortaya çıkabilmektedir (2,5). Bunlar çoğunlukla hematolojik ve nörolojik değişikliklerdir.

Akü sanayinde çalışanların esas aldığımız bu çalışmada çalışanlarda kan kurşun düzeyleri ve solunum fonksiyon testleri ölçülmüş ve aralarında bir ilişki olup olmadığı araştırılmıştır.

Kan kurşun düzeyleri akü sanayinde çalışanlarında 36,83 ± 8,13 µg/dl, kontrol grubunda 14,81 ± 3,01 µg/dl olarak tespit edilmiştir. Akü çalışanlarında kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek kan kurşun düzeyi saptanmıştır (p<0.05).

Akü çalışanlarının hepsinde kan kurşun düzeyi önlem alınması gereken sınır olan 30 µg/dl'nin üzerindedir (10). Üç işçide (%13,6) 40 µg/dl'nin üzerinde çıkmıştır. Çalışanların kan kurşun düzeyleri akü üretiminde çalışanların çalışma ortamındaki kurşundan etkilendiğini göstermektedir. İşçilerin çalışma süresinin kan kurşun düzeyini etkilemediği görülmüştür. Zaten toplam çalışma süresinin daha çok kemiklerde biriken Pb düzeyini etkilemesi beklenmektedir. Buna karşın kan kurşun düzeyi daha çok son zamanlardaki maruziyet düzeyi ile ilişkilidir (2).

Akü işinde çalışanlar zaten yüksek risk taşıdıklarından kesinlikle sigara içmemeleri gerekmektedir. Çünkü sigaranın başta solunum sistemi olmak üzere sağlık üzerine bir çok olumsuz etkileri olmasının yanı sıra aynı zamanda kurşun içermektedir. Çeşitli kaynaklara göre sigaralar 2,4 µg/ gr kurşun içermektedir ve bu kurşunun %5'i inhale edilmektedir (2). Ancak akü işinde çalışanların yarıya yakınının (%45,45) sigara içtiğinin belirlenmesi bu konuda önemli bir yanlış davranış örneği göstermektedir. İşçilerin bu konuda eğitilmesi gerekmektedir. Sigara içmeyen işçilerde kan kurşun

GÜNEYDOĞU ANADOLU BÖLGESİ BİLDİRİLERİ

düzei ortalaması 34,34 µg/dl' (±2,77) iken sigara içen işçilerde kan kurşun düzeyi ortalaması 35 81(±11,25)µg/dl' olarak bulunmuştur ve bu işçilerden ikisinin kan kurşun düzeyi 40µg/dl' in üzerindedir.

Solumun yoluyla alınan kurşunun başta eritrositler ve hemopoetik sistem üzerine olmak üzere sinir sistemi, işitme ve görme, böbrekler, dolaşım, üreme, kemikler vb üzerine etkileri; araştıran pek çok çalışma yapılmıştır. Kurşunun en fazla alınma yeri olan akciğerler ve solumun sistemi üzerine etkilerini gösteren çalışmalar d.ha az sayıdadır(6-9). Onarlıoğlu ve arkadaşları ratlara kurşun asetat vermişler ve alveoller arası septumlar kalınlaşmış, alveolar yüzeyler daralmış, intraalveolar alanlarda makrofajların yığılmasını gözlemişlerdir. Ayrıca kollojen lif birikimi fibrozis gözlemişlerdir (6).

Adamson ve arkadaşları fare akciğine şehir havasından yani 1 mg toksik çözünen veya çözünmeyen metal iyonları içeren hava verilmiş, çözünmeyen tozların akciğerlerde infeksiyonlara sebep olduğu ve ayrıca oluşturduğu tespit edilmiştir (8).

Englyst ve arkadaşları kurşun eritrosit atölyesinde çalışan kişilerde akciğer kanseri olma riskinin oldukça fazla olduğu tespit etmiştir (9).

Kurşun döküm işçilerinde yapılan bir çalışmada solumun fonksiyon testlerinde önemli azalmalar tespit edilmiştir(7)

Bu çalışmada kurşuna maruziyetin akciğerler üzerine etkisi olup olmadığının belirlenmesi hedeflenmiştir. Akciğerlerin fonksiyonel durumu hakkında en iyi bilgi veren tanı metotlarının başında SFT gelmektedir. Çalışmamızda bu nedenle hem kontrol hem de vaka grubunda SFT ölçümleri yapılmıştır. Akü işçilerinin solumun fonksiyonları değerlendirildiğinde kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde azalmı SFT değerleri elde edilmiştir. Bu da kurşunun solumun sistemi üzerine obstrüktif eğilim yarattığını göstermektedir. Akü işçilerinin SFT sonuçları küçük hava yollarında daha fazla olmak üzere hem küçük hem de büyük hava yollarında obstrüksiyon belirtileri göstermektedir. Kurşun inhalasyonunun akciğerlerde önemli kısıtlılıklar yaptığının bir göstergesidir. Periferik akım hızlarında istatistiksel azalmalar metal tozların küçük hava yollarında oluşturduğu pulmoner reaksiyondan ileri gelebilir. Bu azalmalar (özellikle FEF 25-75 deki azalmalar) küçük hava yollarındaki kronik obstrüktif pulmoner hastalıkların başlangıç safhalarını belirtmektedir.

Araştırma sırasında ortaya çıkan diğer bir önemli bulgu kontrol grubunda saptanan 14,69 µg/dl kan kurşun düzeyinin Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) yetişkinlerde meslek dışı etkilenim için kabul ettiği 10 µg/dl limitin üzerinde olmasıdır(2). Bilindiği üzere kurşun içeren kap ve boruların kullanımı ile su ve yiyeceklerden, eşyoz gazı nedeniyle havadan ve sigara kullanımı nedeniyle kurşun alınabilmektedir. Bu şekilde vücuda kurşun alınması ya sindirim yolu ya da solumun yoluyla olmaktadır. Onarlıoğlu ve arkadaşlarının yapmış bir çalışmada kontrol grubunda kan kurşun düzeyi 20 µg/dl bulunmuştur(11). Yine Kayse'de gebe kadınların yarısında da kan kurşun düzeyi 10 µg/dl nin üzerinde bulunmuştur(12). Adana'da yapılan bir çalışmada kontrol grubunda 29,5 µg/dl olarak saptanmıştır(13). Çalışmamızda hastane çalışanlarından oluşan kontrol grubunda saptanan kan kurşun düzeyi 10,67 µg/dl ile 19,93µg/dl arasında değişmektedir. Bu dört çalışmada da kontrol gruplarında ölçülen kurşun düzeyinin sınır olarak bildirilen 10 µg/dl nin üzerinde olması ülkemizde normal yaşamda meslekten olmayan kurşuna maruziyetin önemli boyutta olduğunu göstermektedir. Ancak çeşitli ülkelerde toplum genelinde yapılan çeşitli çalışmaların yer aldığı bir raporda çoğunlukla bu sınırın üzerinde kan kurşun düzeyi ölçümleri bildirilmektedir(2). Bu da sorunun diğer ülkelerde de benzer boyutlarda olduğunu göstermektedir. Araçların egzoz kirliliği vb dışında sigara içmenin yaygın olması da bu yüksekliğin nedenlerinden birisi olabileceği düşünülmektedir.

Sonuç olarak akü çalışanlarında kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek ve DSÖ'nün izin verdiği sınırların üzerinde kan kurşun düzeyleri saptanmıştır.

Akü sanayi işçilerinde sınırı aşan kan kurşun düzeyleri kronik kurşun maruziyetini ve işyerlerinde kurşuna karşı önlemlerin yeterince alınmadığının bir göstergesidir. Bu işçilerde kontrol grubuna göre azalmış bulunan SFT değerleri ise solumun yoluyla alınan kurşunun akciğerler üzerine olumsuz etkisi için bir göstergedir.

Kontrol grubu olarak alınan hastane çalışanlarında da kan kurşun düzeyinin DSÖ'nün sınır değerlerinin bir miktar üzerinde çıkması dikkat çekicidir. Ülkemizde yapılmış olan diğer çalışmalarda kullanılan kontrol gruplarında da kan kurşun düzeylerinin bu sınırın üstünde olması meslekten olmayan nedenlerle kurşun alınmasının toplumumuzda önemli boyutlarda olduğunu göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Trachtenberg DE. Getting the Lead Out. Postgraduate Medicine, 99:70-80, 1996.
2. IPCS Environmental Health Criteria 165 Inorganic Lead. WHO Geneva, 1995.
3. Lanrigan PJ. Current Issues in the Epidemiology and Toxicology of Occupational Exposure to Lead. Environmental Health Perspectives 89:61-66,1990.
4. Bağcı, C.,Tavli, T.The Relationship between Blood Lead Levels and Electrocardiographic Actions and Blood Pressure of Workers in a Battery Plant.International Medical Journal, 7:101-104 2000.
5. Vogiatzis, Ak., Loumbourdis.N.S.:Exposure of Rana Ridibunda to Lead I. Study of Lead Accumulation in Various Tissues and Hepatic α-Aminolevulinik Acid Dehydratase Activity. J Appl Toxicology, 19:25-29, 1999.
6. Onarlıoğlu, B., Onarlıoğlu, T., Erdal, S.:The Effect of Lead Inhalation on Rat Lung Morphology. Tr J of Medical Sciences, 29:617-622, 1998.
7. Onarlıoğlu, T., Erdal, S., Turaçlar, U.:Kurşun Döküm İşçilerinde Kurşun Inhalasyonunun Solumun Fonksiyon Testleri Üzerine Etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 21:189-192 1999.
8. Adamson, Yr., Prieditish, Vincent, R.:Pulmonary Toxicity of an Atmospheric Particulate Sample is Due to the Soluble Fraction. Toxicology and Applied Pharmacology, 157:43-50, 1999.
9. Englyst, V., Lundström, Ng., Gerhardsson L., Rylander, L., Nordberg, G.:Lung Cancer Risk Among Lead Smelter Workers also Exposed to Arsenic. The Science of Total Environment, 273:77-82, 2001.
10. Robert WK, ES and H Manuel. Safe Handling of Lead Compounds in General Industry and Construction Operations 28-30, 2001
11. Onarlıoğlu, T., Erdal, S., Arslan A.:Kurşun Döküm İşçilerinde Kan kurşun konsantrasyonları ile hematolojik bulgular arasında ilişki. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 8(3):317,325, 1986.
12. Üzüm K, Saraymen R, Kurtuluş S, Çetüşli Ö. Kayseri il merkezinde anne ve kord kanı kurşun düzeyleri. Erciyes tıp dergisi (17): 266-270,1995.
13. Kara E, Demirhindi H, Karaömerlioğlu Ö, Akbaba M. Adana'da Trafikğin yoğun olduğu kavşaklarda çalışan trafik polislerinin egzoz kurşununa maruziyeti. Sağlık ve Toplum 9(3): 47-51,1997

Tablo 1. Akü üretiminde çalışanların ve kontrol grubunun kan kurşun düzeyleri

	Kan Kurşun Düzeyi (µg/dl)	
	Ortalama	Standart Sapma
Akü Çalışanları (n: 22)	36,83	8,5
Kontrol Grubu (n: 24)	14,81	2,61
İstatistiksel Analiz	P=0,001	

Tablo 2. Çalışma süresi ve sigara içme durumuna göre akü işçilerinin kan kurşun düzeyi

		Kan-kurşun düzeyi (µg/dl)	
		Mean	Std. Deviation
Çalışma süresi (yıl)	< 10	36,32	4,13
	10-15	35,75	3,18
	>15	38,57	14,0
	Istatistiksel analiz		p>0,05
Sigara içme durumu	İçiyor	39,81	11,25
	İçmiyor	34,34	2,77
	Istatistiksel analiz		p>0,05

Tablo 3. Akü işçileri ve kontrol grubunun solunum fonksiyon test sonuçları

	KONTROL GRUBU N=24		AKÜ ÇALIŞANLARI N=24		analiz
	Ortalama	Standart	Ortalama	Standart	
VC (L)	4,42	0,9	3,86	1,5	p: 0,025
FVC (L)	4,51	0,66	4,24	0,92	p: 0,055
FEV1(L)	4,17	0,6	3,54	0,82	p: 0,003
FEV1/FVC	92,71	5,7	82,92	10,9	p: 0,001
FEV1/VC %	95,86	10,7	111,73	54,8	p: 0,191
PEF (L/sn)	8,11	1,25	6,88	2,25	p: 0,003
FEF50 (L/sn)	5,59	1,03	4,26	1,55	p: 0,002
FEF75 (L/sn)	7,38	1,08	2,05	0,99	p: 0,000
FEF25-	5,28	1,02	3,95	1,47	p: 0,002
MVV (L/dk)	177,4	28,01	124,31	32,79	p: 0,000

GAP BÖLGESİNDE HALKIN SAĞLIK KURULUŞLARINDAN YARARLANIMI

Servet ÖZGÜR*, Ali İhsan BOZKURT*, Sa me ŞAHİNÖZ*, Birgül ÖZÇIRPICI*, Turgut ŞAHİNÖZ**, Ersen İLÇİN***, Günay SAKA***, Ali CEYLAN***, Yılmaz PALANCI***, Hamit ACEMOĞLU***, Feridun AKKAYA****, Bayram BEKTAŞ*****

* Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D ** Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürü

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji A.D

*****Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Parazitoloji A.D

ÖZET

GAP Bölge Kalkınma İdaresi Başkanlığı'nın desteğiyle, Türkiye Parazitoloji Derneği, Gaziantep, Dicle ve Harran üniversitelerinin yer aldığı bir grup tarafından 2001-2002 yıllarında yürütülen GAP Halk Sağlığı Projesi sırasında bölge halkının sağlık kuruluşlarından yararlanımı ile ilgili bazı veriler toplanmıştır.

Büyükölçe orantılı olasılıklı örneklem yöntemiyle kırsal kentsel ayrımlı olarak GAP Bölgesi'ndeki 9 ilden DİE tarafından örneğe seçilen 1150 konuttan 1126 sına ulaşılablmış ve ailelerin sağlık kuruluşundan yararlanma durumu ve bölgedeki sağlık ocağı hizmetleri araştırılmıştır.

Sonuç olarak ailelerin sağlık ile ilgili problemlerinde daha çok kamuya ait hastanelere başvurduğu, özel hekim/özel hastanelerin 2. sırayı aldığı (% 21,6) saptanmıştır. Sağlık ocağına başvuru % 16 düzeyindedir. Sosyal güvencesi olanlarda sağlık ocağı kullanımı düşmekte buna karşın hastane tercihi artmaktadır. Bölgedeki ailelerin % 17,9 unun sağlık ocağına hiç gitmediği, gidenlerin ise 1/3 ünün sağlık ocağı hizmetlerinden memnun olmadığı saptanmıştır. İlgili yetersiz ilgi en büyük memnun olmama nedenidir (% 64,7). Sağlık ocağı personeli tarafından hiç ziyaret edilmiş konut oranı % 43,1 dir ve yapılan ziyaretlerin hemen tamamına yakını sadece aşı nedeniyle dir. 0-59 aylık çocuklarda şu ana kadar sağlık ocağı personeline ziyaret edilmiş olanların oranı % 4,8, son 5 yıl içerisinde doğum yapan kadınların gebeliği sırasında sağlık ocağı personeline izlenenlerin oranı % 7,8 olarak bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sosyal güvence, Sağlık ocağı, Güneydoğu Anadolu, Sağlık kuruluşlarından yararlanma

GİRİŞ

Bir bölgedeki sağlık kuruluşlarının sayısı, tipi ve verilen hizmetin niteliği o bölgenin sağlık düzeyi açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle GAP Bölge Kalkınma İdaresi Başkanlığı'nın desteğiyle gerçekleştirilen ve 2001-2002 yıllarında yürütülen GAP Halk Sağlığı Projesi sırasında halkın sağlık hizmetlerinden yararlanımı ve bazı koruyucu sağlık hizmetlerinin durumu ile ilgili veri toplanmıştır

AMAÇ

GAP Halk Sağlığı Projesi, GAP Bölgesi'nde var olan veya barajlar, sulama altyapıları, tarımda sulamanın yaygınlaşması, ürün deseninin ve tarımsal pratiklerin değişmesi, sanayileşme ve kentleşme sonucunda oluşacak ekolojik ve çevresel değişimlere bağlı olarak ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarını, özellikle su ile bulaşabilir, hastalıkları ve nedenlerini belirlemek; ortaya çıkabilecek sağlık sorunları ve bunların önlenmesine yönelik politika, strateji ve uygulama yöntem ve araçlarını geliştirmek; ve bu alanda bir izleme ve değerlendirme sistemi kurmak amacıyla uygulanmıştır. Proje çerçevesinde bölge halkının sağlık kuruluşu tercihi, 224 sayılı yasa ile temel sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumlu olan sağlık ocaklarının kullanımı ve bu kuruluşun verdiği bazı hizmetler incelenmiştir.

YÖNTEM

GAP kapsamındaki 9 ilin toplam nüfusunun 6.128.973 olduğu bilindiğinden kırsal-kentsel ayrımlı olarak olabildiğince büyük bir örnek seçebilmek için ve $d=0.03$, $p=0.04$ (en az görülen hastalık sıklığı), $\alpha=0.01$ alınarak ve 2 değişkenli, 3 ve 4'er düzeyli tablolar yapılabileceği düşünülerek GAP bölgesini temsil yeteneğine sahip örneklem büyüklüğü 6822 olarak tespit edilmiştir. Bu rakam 6900'e yuvarlanarak ve bölgede her konutta ortalama 6 kişi olduğu düşünülerek; örneğe çıkacak konut sayısı $6900/6=1150$ olarak belirlenmiştir. Daha sonra bölgenin kırsal ve kentsel kesimlerini temsil edebilecek şekilde örnek seçimi büyüklüğe orantılı olasılıklı örnekleme yöntemi ile Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) tarafından seçilmiştir.

Araştırmada kullanılacak soru kağıtları Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Diçle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyeleri tarafından ayrı ayrı, eş zamanlı olarak hazırlanmıştır. Daha sonra bir araya gelinerek bunlar ortak soru kağıdı haline getirilmiş ve ön denen. elerden sonra soru kağıtlarına son şekli verilmiştir.

Soru kağıtları; konut, 0-59 aylık çocuk, 5 yaş ve yukarı kadın ve erkek grubuna yönelik bölge edinme soru kağıtlarından (anket formları) oluşmuştur.

Daha sonra her ilde soru kağıdı uygulama ekipleri kurulu ve eğitilmiş ve bunlar başlarında bir halk sağlığı uzmanı ile birlikte örnekte yer alan her evde yaşayan bireylere soru kağıdı uygulamışlardır.

"Hane Halkı ve Haneler İçin Soru Kağıdı" ile o konutta yaşayanlar, nitelikleri ve sağlık hizmetlerinin kullanımı ile ilgili bilgiler elde edilmiştir. Veriler bilgisayarda SPSS ve Excel programları ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizlerde χ^2 testi kullanılmıştır.

BULGULAR

GAP bölgesini kırsal ve kentsel olarak temsil edebilecek bir örnekleme 1126 konutta gerçekleştirilen bu araştırmada ailelerin sağlık hizmetlerinden ve sağlık kuruluşlarından yararlanma düzeyi araştırılmıştır. Sağlık hizmeti alımını çok vakından ilgilendirdiğinden araştırmaya alınan hanelerin aile reislerinin sosyal güvence durumu incelenmiştir (Tablo 1). Aile reislerinin %57,9'unun sosyal güvencesi olduğu, % 42,1'inin ise herhangi bir sosyal güvencesi olmadığı belirlenmiştir. Sosyal güvencesi olmayan ailelerin oranı kentsel bölgelerde %36,1 iken, kırsal bölgelerde % 51,5'e yükselmektedir ($p=0.000$). GAP bölgesi illeri arasında sosyal güvenceye sahip aile oranı en düşük bulunan il Mardin (%48,6), en yüksek olan il ise Adıyaman'dır (%75,0).

SSK (%18,7), Yeşil Kart (%17,4), Emekli Sandığı (%12,6) ve Bağ-Kur (%8,8) bölgedeki aile reislerinin sahip oldukları en yaygın sosyal güvence kuruluşlarıdır. Sosyal güvence kuruluşlarının sıralaması illere göre önemli farklılıklar göstermektedir. Şanlıurfa, Gaziantep ve Batman'da SSK, Kilis ve Şırnak'ta Emekli Sandığı, Adıyaman, Diyarbakır, Mardin ve Siirt'te ise Yeşil Kart birinci sırada yer almaktadır.

Bölge halkının sağlık ile ilgili bir problemde neredeyi tercih ettiğini belirleyebilmek için "aile bireylerinden en son rahatsızlanan kişi için nereye başvurulduğunu" sorulmuştur. Başvuru yerlerinin dağılımı Tablo 2'de görülmektedir. Devlet hastaneleri (%62,5) ilk sırayı alırken, özel hekim-özel hastaneler (%21,6) ikinci sırayı almaktadır. İlk başvuru yeri olması gereken sağlık ocakları ise (%16,0) üçüncü sırayı almıştır. Kırsal bölgede benzer bir sıralama bulunmuşken, kentsel bölgelerde sıralamanın devlet hastanesi, özel hekim-özel hastane, SSK, sağlık ocağı olarak değiştiği saptanmıştır.

Kırsal bölgede SSK ve üniversite hastanelerine başvuru oranları kentsel kesime göre önemli ölçüde düşük olmasına karşın, sağlık ocaklarına başvuru önemli ölçüde yüksektir. Devlet hastanesine ve özel hekim ya da özel hastanelere başvuru oranları kırsal ve kentsel bölgelerde birbirine oldukça yakın düzeyde bulunmuştur.

İllere göre değerlendirildiğinde Adıyaman'da sağlık ocakları, Şanlıurfa'da özel hekim-özel hastaneye başvuru ilk sırada iken diğer yedi ilde devlet hastaneleri en fazla başvuru alan sağlık kuruluşudur. Dikkati çeken bir nokta da evde en son hastalanan bireylerin % 5'ine hiçbir şey yapılmamış olmasıdır.

Sosyal güvence durumuna göre başvuru yerleri incelendiğinde Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve Yeşil Kart sahibi ailelerin hastalandıklarında en fazla devlet hastanelerine gittikleri görülmektedir (Tablo 3). Emekli Sandığına bağlı ailelerin %44 oranında, Bağ-Kur ve Yeşil Kart sahibi aileler yaklaşık %39 oranında aile bireylerinden en son rahatsızlanan kişi için devlet hastanelerine başvurmuşlardır. Bağ-Kur'luların ikinci sırada başvurduğu kuruluş özel hastane ve özel hekimler (%27,7) olmuştur. Sağlık ocakları ise %12,8 ile üçüncü sıradadır. Yeşil Kartlı ailelerin ikinci ve üçüncü sırada başvurduğu kuruluşlar sağlık ocakları (%24,6) ve özel hastane ve özel hekimlerdir (%22,9). Emekli Sandığına bağlı ailelerin ikinci ve üçüncü sırada başvurduğu kuruluşlar sağlık ocakları (%19,5) ve Üniversite hastaneleridir (%15,0). SSK li ailelerin tercihi %64,6 oranında SSK hastaneleri olmuştur. Devlet hastanesi tercihi %13,6, özel hekim, özel hastane tercihi %10,2 sağlık ocağı tercihi %2,4 oranındadır.

Aile reislerine bölgelerindeki sağlık ocağı hizmetlerinden memnun olup olmadıkları da sorulmuştur. GAP bölgesinde tüm ailelerin % 17,9'u sağlık ocaklarına hiç gitmediklerini bildirmişlerdir (Tablo 4). Kırsal bölgede bu oran %15,0 iken, kentsel bölgelerde %19,8'e yükselmektedir. Sağlık ocağına hiç gitmediklerini söyleyen ailelerin oranı Gaziantep ve Şanlıurfa illerinde oldukça yüksekti (sırasıyla % 24,5, %24,3). Sağlık ocağını kullanan 924 aileden 320'si (% 34,6) (tüm ailelerin % 28,4 ü) sağlık ocağında verilen hizmetlerden memnun olmadıklarını ifade etmişlerdir. Batman ve Şırnak illerinde sağlık ocağını kullanan ailelerde verilen hizmetten memnun olmayanların oranı %50'nin üzerindedir. Buna karşın sağlık ocağında verilen hizmetten memnun olanların oranı Gaziantep'te %83,1'e yükselmektedir.

Sağlık ocağında verilen hizmetten memnun olmama nedenleri Tablo 5'de verilmiştir. Sağlık ocağı hizmetlerinden memnun olmama nedenleri arasında gösterilen ilgiyi yetersiz bulma (% 64,7) en fazla şikayet edilen konudur.

Sağlık ocaklarının en önemli görevleri temel sağlık hizmetleri alanındadır. Sağlık ocaklarında yürütülen temel sağlık hizmetlerinin sunulmasında önemli yer tutan uygulamalardan birisi sağlık ocağı personelinin ev gezileridir. Ev gezilerini sağlık ocağında veya sağlık evinde görevli ebeler yapar. Ebeler ev gezileri sırasında 15-49 yaş grubu kadınları izler, gebe olanları saptar ve izler. 0-6 yaş grubu çocukları izler; bu izlemeler sırasında öykü alır, muayeneler yapar, erken tanı yapar, aşı yapar, öğütler verir ve gerekirse doktora sevk yapar; aile planlaması konusunda eğitim ve uygulamalar yaparlar. Bu hizmetleri yapabilmek için ebeler her 15-49 yaş grubu kadın yılda 2 kez, her gebeyi en az 6 kez, her 0 yaş grubu çocuğu en az 8 kez, her 1-3 yaş grubu çocuğu 6 ayda bir, her 4-6 yaş grubu çocuğu yılda bir izlemesi gerekir. Bunun için ebelerin neredeyse her ay özellikle çocuk bulunan her eve ziyarete gelmesi gerekir. Ebelerin dışında diğer sağlık ocağı personelinin de çeşitli nedenlerle evlere ziyarete gitmesi gerekmektedir. Bu bağlamda GAP bölgesinde sağlık ocaklarının vermesi gereken koruyucu sağlık hizmetlerinin durumunu sorgulamak üzere "Evinize hiç sağlık ocağı personeli geldi mi?" sorusu sorulmuştur. Bu soruya aile reislerinin % 43,1'i "hayır" yanıtı vermiştir (Tablo 6). Aile reisinin beyanına göre sağlık ocağı personeli tarafından ziyaret edilmiş konut oranı kırsal bölgelerde % 64,7 iken, kentsel bölgelerde % 82,0'ye düşmüştür ($p=0.000$). Sağlık ocağı personeline ziyaret edilmiş konut oranı dokuz il içerisinde en düşük olarak Gaziantep (% 16,8) ilinde gözlenmiştir. Bu oran Siirt ve Şırnak illerinde %80'e yükselmektedir.

Sağlık ocağı personelinin yapması gereken ev ziyaretleri çok değişik nedenlerle yapılabilmektedir. Sağlık ocağı personeli tarafından ziyaret edilen toplam 641 konutta sağlık personeline yapılan ev ziyaretlerinin nedenleri sorgulanmıştır. Tablo 7'de görüldüğü gibi, hizmeti alan kişilerin algılamasına göre, sağlık ocağı personelinin büyük oranda sadece "aşı hizmetleri" amacıyla evlere ziyarete ettiği saptanmıştır (% 97,8). Bunlar da polio eradikasyonu dolayısı ile gerçekleştirilen aşı uygulamalarıdır.

Aşılama hizmeti dışındaki ev ziyaretlerinin, Şanlıurfa ili dışındaki illerde, çok düşük düzeylerde olduğu belirlenmiştir. Kilis ve Siirt illerinde aşılama dışında ev ziyareti yapılmadığı görülmektedir. GAP bölgesinde aşılama hizmeti dışındaki ev ziyaretleri (aile planlaması % 10,9 ve gebe takibi % 7,6) oldukça düşük oranlarda bulunmuştur.

Uygulanmadaki durumu daha iyi görebilmek için 0-59 aylık çocukları olan ailelere bu çocuğu sağlık ocağı personelinin izleyip izlemediği sorulmuştur. İzlenen çocuk oranı % 4,8 dir (Tablo 8). Kırsal bölgede çocuk izlenimleri % 2,8 e düşmektedir (p=0,016). Ayrıca son 5 yıl içerisinde doğum yapan kadınlara sağlık ocağı personeli tarafından izlenip izlenmediği sorulmuştur. Bu kadınların % 7,8 i gebelikleri sırasında sağlık ocağı personeli tarafından izlenmiştir.

TARTIŞMA

Araştırmamızda sağlıkla ilgili en son sorunlarında ailelerin %16 sinin başvuru yeri olarak sağlık ocaklarını, %52 sinin ise kamuya ait hastaneleri tercih ettikleri belirlenmiştir. İlk başvuru yeri olması gereken sağlık ocaklarının sadece %16 oranında tercih edilmesi GAP illerinde sağlık ocaklarından yeterince yararlanılmadığının önemli bir göstergesidir. Gaziantep il merkezinde 1994 yılında yapılan bir çalışmada sağlık ocağı tercihi %39 ve hastane tercihi %40 olarak saptandığı ve çalışmamızda aynı ilde bu oranların %12 ve %56 olduğu dikkate alınması geçen süre içerisinde sağlık ocağı kullanımının giderek azaldığı görülmektedir (1). Sağlık ocakları kullanımı Antalya il merkezinde %24,3, Kayseri'de %42,9, Sivas il merkezinde %35,1 olarak bulunmuştur(2, 3, 4). Çalışmamızda elde edilen %16 oranı halkın sağlık ocağı tarafından verilen hizmetlerden yararlanmadığını, bölgede sağlık ocağı tarafından verilen hizmetlerin kalitesinde problem olduğunu göstermektedir. Sağlık Bakanlığınca gerçekleştirilen bir çalışmada kentsel kesimde halkın % 48,7 sinin sağlıkla ilgili problemlerinde hastaneleri tercih ettiği saptanmıştır (5). Aynı araştırmaya göre kentsel bölgelerde sağlık ocağını tercih edenlerin oranı ise %14,1'dir ve her iki oran bulgularımıza oldukça benzerlik göstermektedir.

Ailenin sosyal güvence durumunun başvuru olan sağlık kuruluşunun seçimine etkili olduğu saptanmıştır. Sosyal güvencesi olan ve olmayan ailelerin en çok devlet hastanelerini (SSK lı da SSK hastaneleri) tercih ettikleri görülmektedir. Ancak Emekli Sandığına bağlı ailelerin üniversite hastanelerini, Yeşil Kartlıların ise sağlık ocaklarına başvuruları gruplara göre daha yüksektir.

Diğer bir dikkati çeken bulgu ise sosyal güvencesi olan ailelerin %15,9 oranında özel hekim-özel hastaneye gitmiş olmalarıdır. Bağ-Kur'luların ise özel hekim-özel hastane tercihleri diğer gruplara göre daha yüksek oranlardadır (%27,7). Halbuki sosyal güvenceye sahip olanların sağlık sorunlarını özel yerlerde çözüm aramaları beklenmektedir. Bu oranlar sosyal güvencesi olan kişilerin bile sağlık sorunlarına çözüm aramada prim ya da para ödedikleri sistemin dışına çıkarak zorunda kaldıklarını göstermektedir. Özel hekim-özel hastane tercihi en az bulunan grup Emekli Sandığı'na bağlı olanlardır (%6,8).

Yeşil kartın oldukça yaygınlaştığı (%17,2) ve ikinci sırayı aldığı görülmektedir. Daha çok ekonomik gücü olmayanlara verilen Yeşil Kartlı ailelerin %22,9 oranında özel hastane ve özel hekimlere gitmeleri de dikkat çekici bir bulgudur.

SSK güvencesinde olanların % 65 i SSK hastanelerine başvururken %35 i başvuru yeri olarak SSK dışı kuruluşları tercih etmektedir. SSK'lı ailelerde sağlık ocaklarından yararlanma sadece % 2,4 oranındadır. Bunun ana nedeni sağlık ocağında verilen ilaçların SSK tarafından karşılanamamasıdır. Yapılacak düzenlemelerle SSK lıların sağlık ocaklarından yararlanmasını sağlamak hastanelerde yükümlüyü önlenecek ve hasta başına tedavi maliyetini azaltacak akılcı bir çözümdür. Ancak son zamanlarda uygulamaya sokulan SSK lılara devlet hastanelerinden yararlanma getirilmesi sadece hastanelerin yükünü dengeleyecek fakat tedavi hizmetleri ağırlıklı zihniyetten kurtuları ramış uygulamalara bir örnektir.

Sosyal güvence sağlayan kurumlardan yararlananların sağlık kuruluşu tercihleri değişiklik göstermektedir. Ancak sosyal güvencesi olanların birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlarda daha düşük oranlarda yararlanıyor olması (yaklaşık %14) dikkati çekmektedir. Bu düşük kullanım oranı ve daha maliyetli olan hastane hizmetlerinin tercihi sağlık hizmeti sunan sosyal güvenlik sistemlerinin maliyetini oldukça arttırdığı tahmin edilmektedir.

Kırsal ve kentsel bölgelerde halkın sağlık kuruluşu tercihinde farklılıklar göze çarpmaktadır. Hem kırsal hem de kentsel bölgelerde en fazla başvuru hastanelere olmaktadır. Kırsal bölgede % 20,9 olan sağlık ocağı tercihi kentsel bölgede % 12,9 a düşmektedir. Kırsal bölgede SSK ve üniversite hastanelerine başvuru oranları kentsel kesime göre önemli ölçüde düşük olmasına karşın, sağlık ocaklarına başvurular önemli ölçüde yüksektir. Bu bize sağlık ocaklarından yararlanmanın özellikle kentsel bölgelerde daha az olduğunu göstermektedir. Kentsel bölgelerde faydalanılabilecek diğer sağlık kuruluşlarının olmasının yanı sıra sosyal güvencesi olanların oranının daha yüksek olmasının sağlık ocağı tercihinin azalttığını düşündürmektedir (Kentsel bölgede SSK'lı sayısı kırsal bölgeye göre yaklaşık 2,5 kat daha fazladır).

Tüm bu veriler Türkiye genelinde olduğu gibi bölge halkının büyük bir kesiminin sağlık ile ilgili sorunlarında hastaneleri tercih ettiğini göstermektedir(5). Ülkemizde uygulanmakta olan 224 sayılı yasaya göre birinci basamak sağlık hizmetlerinin vermesi gereken kuruluşlar olan sağlık ocaklarının GAP bölgesinde yeterince etkin hizmet veremediğini anlaşılmaktadır. Bölge halkının %17,9 unun bugüne kadar hiç sağlık ocağına gitmemiş olduğu saptanmıştır.

Bölgedeki sağlık ocaklarında sunulan hizmetin halk tarafından nasıl değerlendirildiği daha ayrıntılı olarak araştırıldığında sağlık ocağını kullanmış her üç aileden birisi (% 34,6) sağlık ocağı tarafından verilen hizmetlerden memnun olmadıklarını ifade etmişlerdir. Memnuniyetsizlik nedenleri arasında ilgi yetersizliği ve iyi davranılmama (%70) ilk sırayı almaktadır. Teşhise güvenmemenin %3 gibi oldukça düşük oranlarda olması halkın tercih etmemesinde asıl sorunun sağlık ocaklarının işletiminden kaynaklandığını düşündürmektedir. Sağlık ocaklarının işletiminde toplumun gereksinimlerine cevap verilebilir ve kullanıcı tarafından benimsenecek bir yapılanmaya gidilmelidir.

Sağlık ocaklarının önemli görevlerinden olan ev ziyaretleri özellikle riskli gruplarda sağlık durumunun takibi, erken tanı, ve eğitim vb amaçlarla sağlık ocağı personeline yapılması gereken görevlerdir. Sağlık ocağı personeline geçmişte herhangi bir nedenle ziyaret edilmiş konutların oranı % 56,9 dur. Kırsal bölgelerde % 64,7 ye yükselmektedir. Her eve en azından her sene ETF için, 15-49 yaş kadın takibi için gidilmesi gerektiği, bebek ve gebe olan evlere birçok defa gidilmesi gerektiği düşünülürse bu oranların oldukça düşük olduğu açıktır. Üstelik bu izlemin tamamına yakınının aşırı nedeniyle yapılmış olması sağlık ocaklarının aşı dışında evlere yönelik hizmet veremediğini göstermektedir. Nitekim Şırnak'ta evlerin % 80 inin sağlık ocağı personeline ziyaret edildiği saptanmış ancak bu ilin aile planlaması düzeyinin 9 il içerisinde en düşük olması bu ziyaretlerde aşılama dışında başka bir hizmet vermediğini göstermektedir. Araştırmada sağlık ocağı personeli tarafından izlenmiş 0-59 aylık çocuk oranının % 4,8, son 5 yıl içerisinde doğum yapan kadınlarda gebelikleri sırasında sağlık ocağı personeli tarafından izlenenlerin oranının % 7,8 olması da bu görüşü desteklemektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Sağlık ocaklarının başvuru yeri olarak %16 oranında tercihi GAP bölgesinde sağlık ocaklarından yeterince yararlanılmadığının göstergesidir. Halkın kullanmama nedenlerine yönelik önlemler alınarak sağlık ocağı kullanımının artırılması gerekmektedir. Toplumun gereksinimlerine cevap verebilen ve kullanıcı tarafından benimsenecek bir yapılanmaya gidilmelidir. Kaliteli ve yeterli düzeyde hizmet sunumu ve etkili bir sevk zincirinin kurulması ile hastanelerde oluşan yığılmalar da engellenebilecektir.
2. Toplumun sağlığının korunması ve erken tanı için büyük yarar sağlayan Sağlık ocağı personellerinin ev ziyaretleri ve risk gruplarının izlenimleri yeniden uygulamaya sokulmalıdır.
3. Sosyal güvencesi olanların sağlık ocaklarından daha düşük oranlarda yararlanıyor olması dikkati çekmektedir. Bu düşük kullanım oranı ve daha maliyetli olan hastane hizmetlerinin tercihi sosyal güvenlik sistemlerinin maliyetini oldukça arttırması kaçınılmazdır. Zarar ettiği ifade edilen sosyal güvenlik kuruluşlarının birinci basamak sağlık kuruluşlarının kullanımının artırılması yönünde önlemler alınmalı ve iyi çalışan bir sevk sistemi getirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Bozkurt Ali İhsan , Koçoğlu Ferit.; Gaziantep Kent Merkezinde Halkın Sağlık Kuruluşlarından Yararlanım Düzeyi , Gaziantep Üniversitesi Tıp Fak. Dergisi. 11(1-2): 36-40, 200.
2. Akdeniz Üniv.Tıp Fak. Halk Sağlığı AED: Araştırma Özetleri,Cilt 1. Antalya Merkez Sağlık Ocaklarında Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı. Antalya: 1994.p. 34.
3. Öztürk Y: Kayseri Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi Kuruluş Çalışmalarının Değerlendirilmesi. Kayseri: 1989. p. 51.

GÜNEYDOĞU ANADOLU BÖLGESİ BİLDİRİLERİ

4. Erdem M: Kızılırmak Sağlık Ocağı Bölgesiindeki Halkın Kullanım Durumunun Belirlenmesi. III. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Kongre Özet Kitabı. Ankara: 1992. p. 67.
 5. Sağlık Bakanlığı. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Araştırması. Sağlıkta Strateji. 4:3,1994.

Tablo 1. Aile Reislerinin Sosyal Güvence Durumunun, İllere ve Yerleşim Yerine Göre Dağılımı

	Yerleşim	N	Sosyal Güvence Durumu						
			Sosyal Güv. %	SSK %	Yeşil Kart %	Emekli %	Bağ-Kur %	Diğer %	Sosyal %
Adıyaman	Kırsal	60	18,3	5,0	50,0	13,4	3,3	0,0	71,7
	Kentsel	52	21,2	30,8	25,0	15,3	7,7	0,0	78,8
	Toplam	112	15,0	17,0	38,4	14,3	5,4	0,0	75,0
Batman	Kırsal	35	57,1	11,4	22,9	2,9	5,7	0,0	42,9
	Kentsel	40	22,5	35,0	17,5	15,0	10,0	0,0	77,5
	Toplam	75	38,7	24,0	20,0	9,3	8,0	0,0	61,3
Diyarbakır	Kırsal	100	33,0	5,0	19,0	14,0	9,0	0,0	47,0
	Kentsel	155	21,6	23,2	16,1	18,7	9,7	0,0	38,4
	Toplam	255	20,0	16,1	17,3	16,9	9,4	0,0	60,0
Gaziantep	Kırsal	75	16,0	17,3	8,0	5,3	13,3	0,0	44,0
	Kentsel	223	18,1	25,6	7,6	14,8	13,0	0,9	61,9
	Toplam	298	12,6	23,5	7,7	12,4	13,1	0,7	53,4
Kilis	Kırsal	-	-	-	-	-	-	-	-
	Kentsel	15	26,7	6,7	13,3	26,7	26,7	0,0	73,3
	Toplam	15	26,7	6,7	13,3	26,7	26,7	0,0	73,3
Mardin	Kırsal	55	16,4	5,5	25,5	7,3	5,5	0,0	43,6
	Kentsel	50	16,0	14,0	20,0	12,0	8,0	0,0	54,0
	Toplam	105	14,4	9,5	22,9	9,6	6,7	0,0	48,6
Siirt	Kırsal	35	15,7	2,9	34,3	5,8	11,4	0,0	54,3
	Kentsel	20	10,0	10,0	15,0	30,0	5,0	0,0	60,0
	Toplam	55	13,6	5,5	27,3	14,5	9,1	0,0	56,4
Şanlıurfa	Kırsal	69	22,3	17,4	8,7	4,3	5,8	1,4	37,7
	Kentsel	107	13,0	29,9	16,8	6,5	2,8	0,9	57,0
	Toplam	176	18,6	25,0	13,6	5,7	4,0	1,2	49,4
Şırnak	Kırsal	10	10,0	20,0	20,0	10,0	0,0	10,0	60,0
	Kentsel	25	18,0	8,0	16,0	24,0	4,0	0,0	52,0
	Toplam	35	15,7	11,4	17,1	20,0	2,9	2,9	54,3
GAP*	Kırsal	439	11,5	9,8	22,0	8,4	7,7	0,5	48,5
	Kentsel	687	16,1	24,3	14,4	15,3	9,5	0,4	63,9
	Toplam	1126	12,1	18,7	17,4	12,6	8,8	0,5	57,9

*İstatistiksel Analiz (Sosyal güvence olan ve olmayan arasında yapılmıştır)

X²= 26 p=0,000

Tablo 2. Ailelerin Konutta En Son Rahatsızlanın Kişinin Tedavisi İçin Başvurulan Yerin, İllere ve Yerleşim Yerine Göre Dağılımı

İller	Yerleşim Yerinin	Başvuru Yeri										Toplam* Sayı
		Devlet Hastanesi	Özel hekim	Sağlık Ocağı	SSK	Üniversite	Eczane	Ev ilaçları	Kırkkçı. seyr vs	Diğer	Hiçbirşey yapılmayan	
		%	Özel hasta.	%	%	%	%	%	%	%	%	
Adıyaman	Kırsal	20,0	25,0	36,7	1,7	3,3	0,0	0,0	0,0	0,0	13,3	60
	Kentsel	21,2	23,1	25,0	17,3	3,8	0,0	0,0	0,0	0,0	9,6	52
	Toplam	20,5	24,1	31,3	8,9	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0	11,6	112
Batman	Kırsal	20,0	13,3	33,3	13,3	10,0	0,0	0,0	0,0	10,0	0,0	30
	Kentsel	40,0	12,5	5,0	25,0	17,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	40
	Toplam	31,4	12,9	17,1	20,0	14,3	0,0	0,0	0,0	4,3	0,0	70
Diyarbakır	Kırsal	47,9	17,7	22,9	3,1	4,2	0,0	0,0	0,0	4,2	0,0	96
	Kentsel	41,7	11,8	11,1	20,1	9,7	0,0	0,0	0,7	4,9	0,0	144
	Toplam	44,2	14,2	15,8	13,3	7,5	0,0	0,0	0,4	4,6	0,0	240
Gaziantep	Kırsal	24,3	29,7	18,9	6,8	5,4	1,4	2,7	0,0	0,0	10,8	74
	Kentsel	25,9	21,3	12,0	24,5	6,0	2,3	1,4	0,0	4,6	1,9	216
	Toplam	25,5	23,4	13,8	20,0	5,9	2,1	1,7	0,0	3,4	4,1	290
Kilis	Kırsal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Kentsel	33,3	20,0	20,0	6,7	0,0	6,7	0,0	0,0	0,0	13,3	15
	Toplam	33,3	20,0	20,0	6,7	0,0	6,7	0,0	0,0	0,0	13,3	15
Mardin	Kırsal	59,2	14,3	6,3	4,1	0,0	0,0	2,0	0,0	2,0	0,0	49
	Kentsel	43,5	17,4	15,2	13,0	10,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	46
	Toplam	51,6	15,8	16,8	8,4	5,3	0,0	1,1	0,0	1,1	0,0	95
Siirt	Kırsal	42,3	26,9	15,4	0,0	3,8	0,0	0,0	3,8	3,8	3,8	26
	Kentsel	31,3	25,0	25,0	12,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,3	16
	Toplam	38,1	26,2	19,0	4,8	2,4	0,0	0,0	2,4	2,4	4,8	42
Şanlıurfa	Kırsal	24,6	33,3	5,8	8,7	1,4	0,0	1,1	1,1	0,0	23,2	69
	Kentsel	19,8	30,2	7,5	20,8	2,8	0,0	1,9	1,1	7,5	7,5	106
	Toplam	21,7	31,4	6,9	16,0	2,3	0,0	1,7	1,7	4,6	13,7	175

Şırnak	Kırsal	42,9	42,9	14,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7
	Kentsel	50,0	25,0	25,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	24
	Toplam	48,4	29,0	22,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	31
GAP	Kırsal	34,5	23,8	20,9	5,1	3,6	0,2	1,0	0,5	2,2	8,0	411
	Kentsel	31,3	20,2	12,9	20,0	6,7	0,9	0,8	0,5	3,8	3,0	659
	Toplam	32,5	21,6	16,0	14,3	5,5	0,7	0,8	0,5	3,2	5,0	1070

*56 haneden bu konuda veri toplanamamıştır.

Tablo 3. Ailelerin Konutta En Son Rahatsızlanan Kişinin Tedavisi İçin Başvurulan Yerin, Sosyal Güvençe Durumuna Göre Dağılımı
En Son Rahatsızlanan Kişi için Başvuru Yeri

Sosyal Güvence	Devlet Hastanesi	Özelhekim Özel hasta.	Sağlık Ocağı	SSK	Üniversite	Eczane	Ev ilaçları	Kırıcı, şeyh vs	Diğer	Bir şey yapılmayan	Toplam
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	N
SSK	13,6	10,2	2,4	64,6	3,9	1,0	0,0	1,0	0,5	2,9	206
Yeşil Kart	38,8	22,9	24,5	0,5	4,9	0,0	0,0	0,0	3,8	4,9	183
Bağ-Kur	39,4	27,7	12,3	2,1	9,6	2,1	1,1	0,0	0,0	5,3	94
Emekli Sandığı	43,6	6,8	19,5	5,3	15,0	0,0	0,0	0,8	4,5	4,5	133
Diğer	50,0	25,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	25,0	0,0	4
Var	31,6	15,9	14,2	23,0	7,4	0,6	0,2	0,5	2,4	4,2	621
Yok	34,0	29,5	18,5	2,2	2,9	0,7	1,8	0,4	4,3	6,0	447
Toplam	32,5	21,6	16,0	14,3	5,5	0,7	0,8	0,5	3,2	5,0	1070*

* 56 aileden bu konuda veri alınamamıştır.

Tablo 4. Ailelerin Sağlık Ocağı Hizmetlerinden Memnuniyet Durumuna, İllere ve Yerleşim Yerine Göre Dağılımı

İller	Yeri	Sağlık Ocağı Hizmetlerinden Memnuniyet Durumu						Toplam
		Memnun		Memnun Değil		Hiç Gitmemiş		
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Adıyaman	Kırsal	30	50,0	20	33,3	10	16,7	60
	Kentsel	29	55,8	16	30,8	7	13,5	52
	Toplam	59	52,7	36	32,1	17	15,2	112
Batman	Kırsal	12	34,3	18	51,4	5	14,3	35
	Kentsel	15	37,5	16	40,0	9	22,5	40
	Toplam	27	36,0	34	45,3	14	18,7	75
Diyarbakır	Kırsal	53	63,0	35	35,0	2	2,0	100
	Kentsel	56	42,6	63	40,6	26	16,8	155
	Toplam	129	50,6	98	38,4	28	11,0	255
Gaziantep	Kırsal	83	44,0	17	22,7	25	33,3	75
	Kentsel	154	69,1	21	9,4	48	21,5	223
	Toplam	187	62,8	38	12,7	73	24,5	298
Kilis	Kırsal	-	-	-	-	-	-	-
	Kentsel	9	60,0	3	20,0	3	20,0	15
	Toplam	9	60,0	3	20,0	3	20,0	15
Mardin	Kırsal	27	49,1	23	41,8	5	9,1	55
	Kentsel	27	54,0	14	28,0	9	18,0	50
	Toplam	54	51,4	37	35,2	14	13,3	105
Siirt	Kırsal	21	60,0	8	22,9	6	17,1	35
	Kentsel	9	45,0	8	40,0	3	15,0	20
	Toplam	30	54,5	16	29,1	9	16,4	55
Şanlıurfa	Kırsal	39	56,5	18	26,1	12	17,4	69
	Kentsel	39	55,1	17	15,9	31	29,0	107
	Toplam	98	55,7	35	20,0	43	24,3	176
Şırnak	Kırsal	3	30,0	6	60,0	1	10,0	10
	Kentsel	8	32,0	17	68,0	0	0,0	25
	Toplam	11	31,4	23	65,7	1	2,9	35
GAP*	Kırsal	228	51,9	145	33,0	66	15,0	439
	Kentsel	376	54,7	175	25,5	136	19,8	687
	Toplam	604	53,6	320	28,4	202	17,9	1126

*İstatistiksel analiz

$\chi^2=9,16$

$p=0,01$

GÜNEYDOĞU ANADOLU BÖLGESİ BİLDİRİLERİ

Tablo 5. Sağlık Ocağı Hizmetlerinden Memnun Olmayan Ailelerin Memnun Kalmama Nedenlerine, İllere ve Yerleşim Yerine Göre Dağılımı

İller	Yerleşim Yerin Tipi	Sağlık Ocağı Hizmetlerinden Memnun Kalmama Nedeni									
		İlgi Yeter sizliği	İyi Davra nılmıyor	İyi Bakıl mıyor	Personel eksik	Hiç birsey yapılmıyor	Yanlış Teşhis	Meski ye uyulmuyor	Bekleti liyoruz	Uzak	Toplam Sayı
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	
Adıyaman	Kırsal	70.0	10.0	0.0	0.0	0.0	0.0	20.0	0.0	0.0	20
	Kentsel	68.8	6.3	12.5	0.0	0.0	0.0	6.2	6.2	0.0	16
	Toplam	69.4	8.3	5.6	0.0	0.0	0.0	13.9	2.8	0.0	36
Batman	Kırsal	66.7	0.0	0.0	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	18
	Kentsel	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	16
	Toplam	82.4	0.0	0.0	17.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	34
Diyarbakır	Kırsal	48.6	0.0	20.0	22.9	0.0	0.0	0.0	5.7	2.9	35
	Kentsel	60.3	3.2	9.5	14.3	0.0	11.1	0.0	0.0	1.6	63
	Toplam	56.1	2.0	13.3	17.3	0.0	7.1	0.0	2.0	2.0	98
Gaziantep	Kırsal	11.8	5.9	17.6	52.9	5.9	5.9	0.0	0.0	0.0	17
	Kentsel	71.4	28.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	21
	Toplam	44.7	18.4	7.9	23.7	2.6	2.6	0.0	0.0	0.0	38
Kilis	Kırsal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Kentsel	33.3	0.0	0.0	66.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3
	Toplam	33.3	0.0	0.0	66.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3
Mardin	Kırsal	82.6	4.3	0.0	8.7	0.0	0.0	0.0	0.0	4.3	23
	Kentsel	64.3	0.0	7.1	21.4	0.0	7.1	0.0	0.0	0.0	14
	Toplam	75.7	2.7	2.7	13.5	0.0	2.7	0.0	0.0	2.7	37
Siirt	Kırsal	50.0	0.0	12.5	0.0	0.0	12.5	0.0	0.0	25.0	8
	Kentsel	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	8
	Toplam	75.0	0.0	6.3	0.0	0.0	6.2	0.0	0.0	12.5	16
Şanlıurfa	Kırsal	55.6	11.1	0.0	27.8	5.5	0.0	0.0	0.0	0.0	18
	Kentsel	88.2	11.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	17
	Toplam	71.4	11.4	0.0	14.3	2.9	0.0	0.0	0.0	0.0	35
Şırnak	Kırsal	66.7	0.0	0.0	16.7	0.0	0.0	0.0	0.0	16.7	6
	Kentsel	70.6	0.0	0.0	26.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	17
	Toplam	69.6	0.0	0.0	26.1	0.0	0.0	0.0	0.0	4.3	23
GAP	Kırsal	56.6	4.1	7.6	21.4	1.4	1.4	2.8	1.4	3.4	145
	Kentsel	71.4	6.3	5.1	10.9	0.0	4.6	0.6	0.6	0.6	175
	Toplam	64.7	5.3	6.3	15.6	0.6	3.1	1.6	0.9	1.9	320

Tablo 6. Konutun Sağlık Ocağı Personeli Tarafından Ziyaret Edilme Durumunu İllere ve Yerleşim Yerine Göre Dağılımı

İller	Yerleşim Yeri	Sağlık Ocağı Personeli Konusu				
		Ziyaret Etti		Ziyaret Etmed		Toplam Sayı
		Sayı	%	Sayı	%	
Adıyaman	Kırsal	50	83.3	10	16.7	60
	Kentsel	31	59.6	21	40.4	52
	Toplam	81	72.3	31	27.7	112
Batman	Kırsal	19	54.3	16	45.7	35
	Kentsel	33	82.5	7	17.5	40
	Toplam	52	69.3	23	30.7	75
Diyarbakır	Kırsal	77	77.0	23	23.0	100
	Kentsel	95	61.3	60	38.7	155
	Toplam	172	67.5	83	32.5	255
Gaziantep	Kırsal	9	12.0	66	88.0	75
	Kentsel	41	18.4	182	81.6	223
	Toplam	50	16.8	248	83.2	298
Kilis	Kırsal	-	-	-	-	-
	Kentsel	5	33.3	10	66.7	15
	Toplam	5	33.3	10	66.7	15
Mardin	Kırsal	41	74.5	14	25.5	55
	Kentsel	39	78.0	11	22.0	50
	Toplam	80	76.2	25	23.8	105
Siirt	Kırsal	28	80.0	7	20.0	35
	Kentsel	16	80.0	4	20.0	20
	Toplam	44	80.0	11	18.2	55
Şanlıurfa	Kırsal	51	73.9	18	26.1	69
	Kentsel	78	72.9	29	27.1	107
	Toplam	129	73.3	47	26.7	176
Şırnak	Kırsal	9	90.0	1	10.0	10
	Kentsel	19	76.0	6	24.0	25
	Toplam	28	80.0	7	20.0	35
GAP*	Kırsal	284	64.7	155	35.3	439
	Kentsel	357	52.0	330	48.0	687
	Toplam	641	56.9	485	43.1	1126

*İstatistiksel Analiz $\chi^2=17,18$ $p=0,000$

Tablo 7. Sağlık Ocağı Personeli Tarafından Konutta Edilen Ziyaret Ailelerin Ziyaret Edilme Nedenleri ve İllere ve Yerleşim Yerine Göre Dağılımı * (Hizmeti Alanların Algılaması)

İller	Yerleşim Yerinin Tipi	N	Sağlık Ocağı Personelinin Ziyaret Nedeni						
			Aşı İçirir %	Gebe Takibi %	Aile Planlaması %	Sağlık Eğitimi %	Nüfus Tespiti (ETF) %	Doğum %	Çevre Sağlığı Hizmetleri %
Adıyaman	Kırsal	50	100,0	6,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Kentsel	31	100,0	19,3	0,0	0,0	9,7	0,0	0,0
	Toplam	81	100,0	11,1	0,0	0,0	3,7	0,0	0,0
Batman	Kırsal	19	100,0	0,0	15,8	0,0	0,0	0,0	0,0
	Kentsel	33	100,0	3,0	18,2	0,0	3,0	0,0	0,0
	Toplam	52	100,0	1,9	17,3	0,0	1,9	0,0	0,0
Diyarbakır	Kırsal	77	96,1	1,3	0,0	0,0	1,3	0,0	0,0
	Kentsel	95	97,9	4,2	24,2	1,1	1,1	1,1	1,1
	Toplam	172	97,1	2,9	13,4	0,6	1,2	0,6	0,6
Gaziantep	Kırsal	9	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Kentsel	41	82,9	4,9	2,4	7,3	7,3	0,0	0,0
	Toplam	50	86,0	4,0	2,0	6,0	6,0	0,0	0,0
Kilis	Kırsal	-	-	-	-	-	-	-	-
	Kentsel	5	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Toplam	5	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Mardin	Kırsal	41	100,0	0,0	9,8	0,0	0,0	0,0	0,0
	Kentsel	39	100,0	0,0	10,2	0,0	0,0	0,0	0,0
	Toplam	80	100,0	0,0	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Siirt	Kırsal	28	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Kentsel	16	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Toplam	44	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Şanlıurfa	Kırsal	51	100,0	31,4	29,4	31,4	29,4	25,5	1,9
	Kentsel	78	98,7	20,5	16,7	16,7	29,5	11,5	3,8
	Toplam	129	99,2	24,8	21,7	22,5	29,5	17,1	3,1
Sırtak	Kırsal	9	77,8	0,0	0,0	0,0	22,2	0,0	0,0
	Kentsel	19	100,0	0,0	5,3	5,3	0,0	0,0	0,0
	Toplam	28	92,9	0,0	3,6	3,6	7,1	0,0	0,0
GAP	Kırsal	284	98,2	7,0	7,7	5,6	6,3	4,6	0,4
	Kentsel	357	97,5	8,1	13,4	5,0	8,7	2,8	1,1
	Toplam	641	97,8	7,6	10,9	5,3	7,6	3,6	0,8

* Aşı için yapılan ziyaretler polio eradikasyonu kampanyası içindir

Tablo 8. Soru Kağıdı Uygulanan 0-59 Aylık Çocukların Herhangi Bir Zamanda ve Son 5 Yıl İçinde Doğum Yapmış Olan Kadınların Gebelikleri Sırasında Sağlık Ocağı Personeli Tarafından İzlenme Durumlarının İllere ve Yerleşim Yerine Göre Dağılımı

Yeri	Sağlık Ocağı Personeli Tarafından İzlenen					
	0-59 Aylık Çocuklar			Son 5 Yıl İçinde Doğum Yapmış Olan Kadınlar		
	n	Sayı	%	n	Sayı	%
Kırsal	430	12	2,8	257	18	7,0
GAP Kentsel	628	39	6,2	432	36	8,3
Toplam	1058	51	4,8	689	54	7,8
İstatistiksel Analiz		$\chi^2=5,78$	$p=0,016$	$\chi^2=11,3$	$p=0,000$	

GAP BÖLGESİNDE 15 YAŞ VE ÜZERİ NÜFUSTA SİGARA İÇME PREVALANSI VE BUNU ETKİLEYEN ÇEŞİTLİ FAKTÖRLER

Ali İhsan BOZKURT*, Saime SAHİNÖZ*, Bi-gül ÖZÇIRPICI*, Servet ÖZGÜR*, Turgut ŞAHİNÖZ**, Hamit ACEMOĞLU***, Günay SAKA***, Ali CEYLAN***, Yılmaz FALANCI***, Ersen İLÇİN***, Feridun AKKAFI****

* Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. ** Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürü
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi B. Yoloji A.D.

ÖZET

GAP Bölge Kalkınma İdaresi Başkanlığı'nın desteğiyle, Türkiye Parazitoloji Derneği, Gaziantep, Dicle ve Harran üniversitelerinin yer aldığı bir grup tarafından 2001-2002 yıllarında yürütülen GAP Halk Sağlığı Projesi sırasında önemli bir toplum sağlığı sorunu olan sigara kullanımı ile ilgili bazı veriler erkekler, kadınlar ve haneler için uygulanan soru kağıtları aracılığıyla toplanmıştır.

Büyükölçüde orantılı olasılıklı örneklem yöntemiyle kırsal kentsel ayrımlı olarak GAP Bölgesi'ndeki 9 ilden DİE tarafından örneğe seçilen 1150 konuttan 1126 sına ulaşılabilmiş ve bu konutlarda yaşayan 15 yaş üzeri ve araştırma sırasında evde olan kadın ve erkekler (2173 kadına ve 1903 erkeğe) sigara kullanımı ile ilgili sorular sorulmuştur.

Sonuç olarak araştırmaya alınan 1126 konutun %70,1'inde sigara içen en az bir kişinin bulunduğu, sigara içme oranının kadınlarda % 11,8; erkeklerde % 49,7 olduğu saptanmıştır. Kentsel bölgelerde sigara içenlerin oranı her iki cinstede kırsal bölgedekilere göre daha yüksektir. Sigara içme oranının yanı sıra içilen sigara miktarı da erkeklerde kadınlardan daha fazladır. Her iki cinstede toplum sistemi ile ilgili bazı semptomlara (15

GÜNEYDOĞU ANADOLU BÖLGESİ BİLDİRİLERİ

günden uzun süren öksürük ve balgam veya kanlı balgam bulunması) sigara kullananlarda daha fazla oranlarda rastlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Güneydoğu anadolu , sigara içme prevalansı

GİRİŞ

Günümüzde sigara içme alışkanlığı insan sağlığını tehdit eden önemli sorunlardan biridir. Dünyada 1.1 milyar insan sigara içmektedir ve her yıl 4.5 milyon dolayında insan sigaranın yol açtığı sağlık sorunları nedeni ile ölmektedir. Sigara içenlerin içmeyenlere göre ortalama 23 yıl daha erken öldükleri hesaplanmaktadır. Ülkemizde ise 17 milyon kişi sigara içmektedir ve her yıl yaklaşık 100 bin kişi sigaraya bağlı bir nedenle ölmektedir. Sigaraya bağlı sağlık sorunlarının tedavisi için yapılan harcamalar ve erken ölümler nedeniyle olan ekonomik kayıpları bir yana, sigara içen kişilerin yalnızca sigara satın almak için yaptıkları harcamalar bile çok önemli bir ekonomik boyut oluşturmaktadır (1).

Sigaranın sağlık sakıncaları yalnızca sigara içenlerle sınırlı değildir. Gebelikte sigara içildiği takdirde gebeliğin düşükle sonlanması olasılığı artar. Ayrıca erken doğum ve düşük doğum ağırlıklı doğum olasılığı da yüksektir. Sigara içilen evde büyüyen çocuklarda daha sık solunum sistemi enfeksiyonu olur, bebeğin büyüme ve gelişmesi geri kalır. Pasif etkilenme yetişkinler yönünden de risk yaratmaktadır; bu kişilerde de hem akciğer kanseri hem de kalp- damar sistemi hastalığı riski artmaktadır (1). Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 21. yüzyılda herkes için sağlık hedefleri arasında sigara da bulunmaktadır. WHO özellikle bütün ülkelerde, sigara içmeyenlerin oranınının 15 yaşın üzerindekiilerde en azından % 80 ve 15 yaşın altındakilerde % 100 e yakın olmasını hedeflemektedir (2).

Sigaranın halk sağlığı açısından önemi ortadadır. Bu nedenle GAP Bölge Kalkınma İdaresi Başkanlığı'nın desteğiyle gerçekleştirilen ve 2001-2002 yıllarında yürütülen GAP Halk Sağlığı Projesi sırasında bu konuda da veri toplanmıştır.

AMAÇ

GAP Halk Sağlığı Projesi, GAP Bölgesi'nde var olan veya barajlar, sulama altyapıları, tarımda sulamanın yaygınlaşması, ürün deseninin ve tarımsal pratiklerin değişmesi, sanayileşme ve kentleşme sonucunda oluşacak ekolojik ve çevresel değişimlere bağlı olarak ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarını, özellikle su ile bulaşabilir hastalıkları ve nedenlerini belirlemek; ortaya çıkabilecek sağlık sorunları ve bunların önlenmesine yönelik politika, strateji ve uygulama yöntem ve araçlarını geliştirmek; ve bu alanda bir izleme ve değerlendirme sistemi kurmak amacıyla uygulanmıştır. Proje çerçevesinde halk sağlığını tehdit eden mevcut sağlık riskleri ve gelecekte oluşabilecek sağlık riskleri arasında sigara kullanımını da vardır. Bu amaçla projede sigara içme durumu ve etkileyen bazı faktörler de incelenmiştir.

YÖNTEM

GAP kapsamındaki 9 ilin toplam nüfusunun 6.128.973 olduğu bilindiğinden kırsal-kentsel ayrımlı olarak olabildiğince büyük bir örnek seçebilmek için $d=0.03$, $p=0.04$ (en az görülen hastalık sıklığı), $\alpha=0.01$ alınarak ve 2 değişkenli, 3 ve 4'er düzeyli tablolar yapılabileceği düşünülerek GAP bölgesini temsil yeteneğine sahip örneklem büyüklüğü 6822 olarak tespit edilmiştir. Bu rakam 6900'e yuvarlanarak ve bölgede her konutta ortalama 6 kişi olduğu düşünülerek; örneğe çıkacak konut sayısı $6900/6=1150$ olarak belirlenmiştir. Daha sonra bölgenin kırsal ve kentsel kesimlerini temsil edebilecek şekilde örnek seçimi büyüklüğe orantılı olasılıklı örnekleme yöntemi ile Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) tarafından seçilmiştir.

Araştırmada kullanılacak soru kağıtları Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyeleri tarafından ayrı ayrı, eş zamanlı olarak hazırlanmıştır. Daha sonra bir araya gelinerek bunlar ortak soru kağıdı haline getirilmiş ve ön denenlerden sonra soru kağıtlarına son şekli verilmiştir.

Soru kağıtları; konut, 0-59 aylık çocuk, 5 yaş ve yukarısı kadın ve erkek grubuna yönelik bilgi edinme soru kağıtlarından (anket formları) oluşmuştur. Daha sonra her ilde soru kağıdı uygulama ekipleri kurulup eğitilmiş ve bunlar başlarında bir halk sağlığı uzmanı ile birlikte örnekte yer alan her evde yaşayan bireylere soru kağıdı uygulamışlardır.

"Hane Halkı ve Haneler İçin Soru Kağıdı" ile o konutta yaşayanları ve nitelikleri ile ilgili bilgiler elde edilmiştir. 5 yaş üzeri erkeklerle ve kadınlara ayrı ayrı soru kağıtları ("5 Yaş Üzeri Kız Çocuk ve Kadınlar İçin Soru Kağıdı" "5 Yaş Üzeri Kız Çocuk ve Kadınlar İçin Soru Kağıdı") uygulanarak bu bireylerin eğitim, meslek, Türkçe bilme, sigara kullanma durumunu, içiyorsa süresi, bazı semptomların varlığı gibi çeşitli özellikleri hakkında bilgiler toplanmıştır.

Veriler bilgisayarda SPSS ve Excel programları ile değerlendirilmiştir. Veriler bilgisayarda SPSS ve Excel programları ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizlerde χ^2 testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Örneğe alınan 1150 konutta 1126 sına ulaşılabilmmiştir (%97,9). Bu konutlarda 7609 kişi yaşamaktadır ve 7240'ına soru kağıdı uygulanmıştır. Bu sayı planlanan örneklem büyüklüğünden (6900) daha yüksektir. 7240 kişinin 3211'i 5 yaş üzeri kadın, 2971'i 5 yaş üzeri erkektir.

Araştırmaya alınan 1126 konutun %70,1'inde sigara içen en az bir kişi bulunmaktadır (Tablo 1). İçerisinde her gün sigara içen birisi bulunan konut oranı kırsal bölgelerde % 67,7, kentsel bölgelerde % 71,6 dır ($p=0,19$). Bu oran illere göre değişim göstermektedir ($p=0,035$). Siirt'te % 61,8 iken, Diyarbakır'da %78,4'e yükselmektedir.

Sigara kullanımı ile ilgili sorular 15 yaş ve üzeri yaşta ve araştırma sırasında evde olan 2173 kadına ve 1903 erkeğe sorulmuştur. Çalışmamızda sigara içme oranı GAP bölgesinde 15 yaş ve üzeri kişilerde % 29,5 olarak bulunmuştur (kırsal bölgelerde % 22,8, kentsel bölgelerde % 34,5). 15 yaş ve üzeri kadınlarda halen sigara içenlerin oranı % 11,9, erkeklerde %49,8'dir. Sigarayı bırakmış olanların oranı kadınlarda % 2,1, erkeklerde % 9,0 olarak bulunmuştur. 15 Yaş ve Üzeri Kadın ve Erkeklerde Halen Sigara İçme Oran ve Miktarının İllere Göre Yerleşim Yerin e Dağılımı Tablo 2 de verilmiştir. Sigara içenlerin oranı hem kadınlarda hem de erkeklerde kentsel bölgede kırsal bölgeye göre daha yüksek bulunmuştur. 15 yaş ve üzeri kadınlarda sigara içme oranı kırsal bölgede % 5,8 iken kentsel bölgede % 16,6 ya yükselmektedir ($p=0,000$). Bu oranlar erkeklerde kırsal bölgede % 43,8 iken kentsel bölgede % 53,8 e yükselmektedir ($p=0,000$).

Halen sigara içen 15 yaş ve üzeri kadınların ve erkeklerin ortalama içtikleri sigara miktarı paket/yıl olarak hesaplanmış ve içilen ortalama sigara miktarı kadınlarda 6,5 paket/yıl, erkeklerde 17,9 paket/yıl olarak bulunmuştur (Tablo 2). Erkeklerin içtikleri sigara miktarı kadınlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p=0,000$).

Sigara içen kişilerin çeşitli özellikleri Tablo 3'te verilmiştir. Sigara içme oranının en yüksek olduğu yaş grupları kadınlarda 30-34 (%17,7), erkeklerde ise 35-39 (%67,3) yaş grubudur. Sigara içme oranı kadınlarda 30-34 ve 20-24 yaş gruplarında anlamlı düzeyde yüksek, 15-19 ve 50+ yaş grubunda ise düşüktür. Erkeklerde ise diğer yaş gruplarına göre 15-19 yaş grubunda (%28,9) daha düşük olarak bulunmuştur ($p=0,000$).

15 yaş ve üzeri kadınlarda öğrenim seviyesi yükseldikçe sigara kullanımını artmaktadır; en fazla sigara kullanımı lise mezunu ve üzeri eğitilmiş gruptadır (%23,1). İlkokul mezunu ve üzeri eğitimlilerde sigara içme oranı daha alt eğitimlilere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

15 yaş ve üzeri erkeklerde de en fazla sigara kullanımı lise mezunu ve üzeri eğitilmiş gruptadır (% 54,6). Sigara içme oranı ortaokul mezunu erkeklerde (%38,0) diğer eğitim gruplarına göre daha düşük bulunmuştur ($p=0,000$).

15 yaş ve üzeri kadınlarda medeni durumu sigara kullanımını etkilemezken, aynı yaş grubu erkeklerde evli olanlarda sigara kullanımı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,000$). Bekar ve eş ölmüş/boşanmışlarda sigara kullananlar sırasıyla % 38,3 ve % 23,1 iken evlilerde bu oran % 55,9 dur.

Kadınların çalışma durumu sigara kullanımını etkilemezken ($p=0,62$), çalışan erkeklerde sigara kullanımını anlamlı düzeyde yüksek oranlarda bulunmuştur ($p=0,001$).

Kadınlarda evde ağırlıklı olarak konuştuğu dil ile sigara içme oranı arasında bir ilişki saptanamamıştır ($p=0,80$). Buna karşın evde ağırlıklı olarak Arapça ve Zazaca konuşan erkekler arasında sigara içimi daha düşük oranda bulunmuştur (sırasıyla % 3,7 ve %35,1). Evde ağırlıklı olarak Kürtçe ve Türkçe konuşanlarda sigara içme oranları daha yüksektir (% 50,8).

Her iki cinsiyette de "15 günden uzun süren öksürük" ve "balgam veya kanlı balgam çıkarma" şikayeti sigara kullananlarda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu şikayetler sigara için eyenlerde sırasıyla % 9,5 ve % 8,3 oranında iken sigara içen kadınlarda sırasıyla % 18 ve % 17, erkeklerde sırasıyla % 67 ve % 65 e yükselmektedir ($p=0,000$) (Tablo 3).

TARTIŞMA

Sigara kullanımı günümüzde özellikle gelişmekte olan ülkelerde sağlığı etkileyen önemli bir yarlı alışkanlıktır. Sigara sadece içenleri değil, sigara içilen ortamda bulunan herkesin sağlığını olumsuz etkilemektedir. Sigara dumanı içindeki çok çeşitli etkenler akciğer kanserinin doğrudan nedeni olduğu gibi, kronik obstrüktif akciğer hastalıklarının ve astımın oluşumunda ve seyrinde olumsuz etkilere sahiptir. Öte yandan evde sigara içilmesi çocuklarda ASYE'ye sık yakalanma nedenlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle araştırma sırasında evde sürekli sigara içilip içilmediği de sorgulanmıştır.

GAP bölgesinde evlerin yaklaşık 2/3'ünde evde sürekli sigara içen bir birey bulunmaktadır. Bu oran illere göre önemli değişiklikler göstermektedir. Bu oranın en yüksek olduğu il Diyarbakır (% 78,4), en düşük olduğu il ise Siirt'tir (% 61,8). Araştırmada 15 yaş üzeri kişilerde sigara içme oranı % 29,5 olarak bulunmuştur. Bölgedeki konutların %70'inde sigara içiliyor olması, sigara içme oranının 15 yaş üzeri grupta kadınlarda %11,8, erkeklerde % 49,7 oranında saptanması (genelde %29,5) GAP bölgesinde sigara kullanımının ne kadar ciddi boyutlarda bir sorun olduğunun göstergesidir. Ülkemizde sigara içme oranı yaklaşık olarak % 40 düzeyindedir (1). İzmir'in kırsal kesiminde yapılan bir çalışmada da halen sigara içenlerin oranı 20 ve üzeri yaş kadınlarda % 13,2; aynı yaş erkeklerde % 64,3 olarak bulunmuştur ki bu oranlar verilerimizden (özellikle de kadınlarda) daha yüksektir (3). Kocaeli'nde adolesanlarda yapılan başka bir çalışmada 20-24 yaş grubunda sigara içme oranı % 50,3 olarak bulunmuştur (4). Araştırmamızda aynı yaş grubunda bu oran % 32,1 dir. Aydın bölgesinde yapılan başka bir çalışmada sigara içme oranı % 48,3 olarak bulunmuştur (5). Tüm bu veriler sigara sorununun boyutlarının Türkiye genelinde çok daha önemli boyutlara ulaştığını göstermektedir. Bu da bölgemizde sigara içme oranının ülke genelinde nispeten düşük olduğunu göstermektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 15 yaş üzerinde sigara içenlerin oranının % 20 nin altına çekilmesini hedeflediği göz önüne alındığında bu hedeften ne kadar uzak olduğumuz görülmektedir.

Erkeklerde sigara içme oranının kadınlara göre yüksek olmasının yanı sıra, içilen miktarında kadınlardan yaklaşık 3 kat fazla çıkması (erkeklerde 18,0, kadınlarda 6,5 paket/yıl) sigara sorununun erkek ağırlıklı olduğunu göstermektedir. 1997 yılında İzmir'in kırsal kesiminde yapılan bir çalışmada ise bu ortalamalar kadınlarda 0,6±4,5 ve erkeklerde 16,4±24,3 olarak bulunmuştur (3). Bu sonuçlardan da görüldüğü gibi bölgemizde kişi başına içilen sigara ortalaması hem erkeklerde hem kadınlarda daha yüksektir.

Çalışmamızda sigara içenlerin oranı her iki cinsiyette de kentsel bölgelerde kırsal bölgelerden daha yüksektir (kadınlarda % 16,6, erkeklerde % 53,8) ($p=0,000$).

15-19 yaş grubunda kadınlar arasında %7,8, erkeklerde % 28,8 oranında sigara içiciliği saptanmış olması sigaraya başlamanın özellikle erkeklerde erken yaşlara kaydığını göstermektedir.

Araştırmamızda gerek erkeklerde gerekse de kadınlarda yaşla beraber sigara içme oranlarında önemli artışlar gözlenmiştir. Ancak 45 yaşından itibaren sigara içen oranlarında azalmalar görülmektedir. Bunun nedeni sigara içimine ve oluşturduğu hastalıklara bağlı ölümler nedeniyle bu grupta içmeyenlerin oranının nispeten artması ve oluşan sağlık sorunları nedeniyle bırakanların artmasıdır. Nitekim sigarayı bırakanların oranı bu yaş grubunda (%10,1) daha alt yaşlara göre yaklaşık 2,5 kat daha fazladır (%4,3).

15 yaş ve üzeri kadınlarda öğrenim seviyesi yükseldikçe sigara kullanımını artmaktadır. Sigara kullanımı lise mezunu ve üzeri eğitimli kadınlarda en yüksek düzeydedir. Bu durum kadınların eğitim seviyeleri arttıkça ekonomik özgürlüklerinin de artmasına bağlı olabilir.

15 yaş ve üzeri kadınlarda medeni durum sigara kullanımını etkilemezken, 15 yaş ve üzeri erkeklerde evli olanlarda sigara kullanımının artması (% 55,9) dikkat çekicidir. Bu durum ailede erkeğin üstlendiği sorumluluktan (ailenin geçimini sağlamanın erkeğin sorumluluğu olarak kabul edilmesinden) ve bunun yarattığı stresten kaynaklanıyor olabileceği gibi evli olan erkeklerin büyük çoğunluğunun belirli bir gelire sahip olmasından da kaynaklanıyor olabilir.

Yine 15 yaş ve üzeri kadınlarda çalışma durumu sigara kullanımını etkilemezken, 15 yaş ve üzeri erkeklerde çalışanlarda sigara içenlerin oranı çalışmayanlara göre daha yüksektir. Bu durum kadınlarda çalışanların sayısının azlığına bağlı olabilir. Erkeklerde çalışma ile sigara kullanımının artması ise iş stresi ve işyerindeki çalışma arkadaşlarının etkisi ile açıklanabilir.

Çalışmada sigara içen kişilerde "15 günden uzun süren öksürük" ve "balgam veya kanlı balgam" şikayetleri sorgulanmış ve bu şikayetler sigara kullananlarda anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Bu şikayetler sigara içmeyenlerde sırasıyla % 9,5 ve % 8,3 oranında iken bu oranlar sigara içen kadınlarda sırasıyla % 18 ve % 17, erkeklerde sırasıyla % 67 ve % 65 e yükselmektedir ($p=0,000$). Bu da sigaranın içenlerin solunum sistemi üzerine olan olumsuz etkilerinin bir göstergesi olarak değerlendirilmektedir. Bu oranların erkeklerde kadınlara göre çok daha yüksek bulunması içilen sigara miktarının kadınlara göre erkeklerde 3 kat daha fazla olmasına bağlanabilir.

SONUÇLAR

15 yaş üzeri kişilerde sigara içme prevalansının % 29,5 bulunması, erkeklerde bu oranın % 49,5'e ulaşması Türkiye genelinde olduğu gibi bölgemizde de sigara kullanımının önemli bir sorun olduğunu göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Bilir N. "Sigara salgınının kontrolü stratejileri", Sağlık İçin Sigara Alarmı, cilt:3, sayı: 1-4, 1998-2001. s: 1-2
2. "WHO Regional Office for Europe. Health 21- Health for All in the 21st Century: The Health for All Policy Framework for the WHO European Region. European Health for All Series No.6, Copenhagen, 1999. ISBN 92 890 1349 4 (NLM Classifications: WA 540 GA1 "Annex 2: 21 targets for 21st century and suggested areas for formulating indicators")
3. Eser S.Y., Eser E. "Smoking prevalence in the two rural population of İzmir, Turkey", International Public Health Congress "Health 21 in Action", October 8-12, 2000, İstanbul, Turkey, Abstracts, p: 139.
4. Güner Ç., Beşer E., Yavuz C.İ., Tek N., Bilgin R. "The health problems of the adolescents in Kocaeli I- Tobacco, alcohol and drug use", International public Health Congress "Health 21 in Action", October 8-12, 2000, İstanbul, Turkey, Abstracts, p: 152.
5. Polatlı M., Karadağ F., Pirim S., Polatlı D.Y., Çildağ O. "Aydın bölgesinde sigara içme alışkanlığı", Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği (TÜSAD) XXV. Ulusal Kongresi, 5-9 Haziran 1999, İstanbul, Özet kitabı, s: P 037.

GÜNEYDOĞU ANADOLU BÖLGESİ BİLDİRİLERİ

Tablo 1. Konutta Sürekli Sigara İçilme Durumunun İllere ve Yerleşim Yerine Göre Dağılımı

İller	Yerleşim Yeri	Evde Sürekli Sigara İçilme Durumu					
		İçiliyor		İçilmiyor		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Adıyaman	Kırsal	37	61,7	22	36,7	60	100,0
	Kentsel	34	65,4	18	34,6	52	100,0
	Toplam	71	63,4	40	35,7	112	100,0
Batman	Kırsal	20	57,1	15	42,9	35	100,0
	Kentsel	35	87,5	5	12,5	40	100,0
	Toplam	55	73,3	20	26,7	75	100,0
Diyarbakır	Kırsal	70	70,0	30	30,0	100	100,0
	Kentsel	130	83,9	25	16,1	155	100,0
	Toplam	200	78,4	55	21,6	255	100,0
Gaziantep	Kırsal	55	73,3	20	26,7	75	100,0
	Kentsel	140	62,8	83	37,2	223	100,0
	Toplam	195	65,4	103	34,6	298	100,0
Kilis	Kırsal	-	-	-	-	-	-
	Kentsel	11	73,3	4	26,7	15	100,0
	Toplam	11	73,3	4	26,7	15	100,0
Mardin	Kırsal	37	67,3	18	32,7	55	100,0
	Kentsel	34	68,0	16	32,0	50	100,0
	Toplam	71	67,6	34	32,4	105	100,0
Siirt	Kırsal	20	57,1	15	42,9	35	100,0
	Kentsel	14	70,0	6	30,0	20	100,0
	Toplam	34	61,8	21	38,2	55	100,0
Şanlıurfa	Kırsal	50	72,5	19	27,5	69	100,0
	Kentsel	77	72,0	30	28,0	107	100,0
	Toplam	127	72,2	49	27,8	176	100,0
Şırnak	Kırsal	8	80,0	2	20,0	10	100,0
	Kentsel	17	68,0	8	32,0	25	100,0
	Toplam	25	71,4	10	28,6	35	100,0
GAP*	Kırsal	297	67,7	141	32,1	439	100,0
	Kentsel	492	71,6	195	28,4	687	100,0
	Toplam	789	70,1	336	29,8	1126	100,0

* $\chi^2=1,67$ p=0,195

Tablo 2. 15 Yaş ve Üzeri Kadın ve Erkeklerde Halen Sigara İçme Oran ve Miktarının İllere ve Yerleşim Yerine Göre Dağılımı

İller	Yerleşim Yeri	Halen Sigara İçen Kişi ve İçme Miktarı (paket/yıl)									
		Kadın				Erkek					
		n	Sayı	%	X±	SD	n	Sayı	%	X±	SD
Adıyaman	Kırsal	128	7	5,5	1,50±	1,84	80	38	47,5	21,99±	22,19
	Kentsel	87	13	14,9	4,12±	5,90	77	33	42,9	21,26±	22,78
	Toplam	215	20	9,3	3,20±	4,97	157	71	45,2	21,65±	22,30
Batman	Kırsal	84	6	7,1	1,17±	1,10	64	22	34,4	18,74±	19,13
	Kentsel	91	20	22,0	2,52±	2,76	77	49	63,6	12,98±	11,68
	Toplam	175	26	14,9	2,33±	2,61	141	71	50,3	14,71±	14,42
Diyarbakır	Kırsal	222	15	6,8	3,84±	7,64	176	89	50,6	15,27±	18,19
	Kentsel	275	61	22,2	3,42±	5,23	269	151	56,2	15,02±	15,85
	Toplam	497	76	15,3	3,50±	5,74	445	240	53,9	15,11±	16,71
Gaziantep	Kırsal	170	2	1,2	1,73±	1,80	146	65	44,5	20,18±	17,60
	Kentsel	348	49	14,1	4,77±	5,75	345	193	55,9	15,25±	14,15
	Toplam	518	51	9,9	4,64±	5,67	491	258	52,6	16,50±	15,22
Kilis	Kırsal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Kentsel	21	1	4,8	6,00±	0,00	18	13	72,2	21,82±	12,87
	Toplam	21	1	4,8	6,00±	0,00	18	13	72,2	21,82±	12,87
Mardin	Kırsal	110	9	8,2	4,02±	4,71	96	36	37,5	20,24±	20,22
	Kentsel	105	23	21,9	6,71±	9,25	87	40	46,0	21,25±	15,73
	Toplam	215	32	14,9	5,91±	8,17	183	76	41,5	20,75±	17,91
Siirt	Kırsal	66	6	9,1	7,10±	6,93	60	25	41,7	20,19±	17,84
	Kentsel	39	1	2,6	2,00±	0,00	40	14	35,0	13,84±	14,82
	Toplam	105	7	6,7	6,25±	6,54	100	39	39,0	17,97±	16,93
Şanlıurfa	Kırsal	147	7	4,8	11,00±	21,77	124	51	41,1	28,82±	41,11
	Kentsel	196	30	15,3	10,72±	15,08	169	91	53,9	21,90±	21,97
	Toplam	343	37	10,8	10,78±	16,22	293	142	48,5	24,42±	30,41
Şırnak	Kırsal	22	3	13,6	0,45±	0,33	21	10	47,6	13,08±	15,19
	Kentsel	62	5	8,1	13,91±	20,13	54	27	50,0	14,89±	14,16
	Toplam	84	8	9,5	8,86±	16,74	75	37	49,3	14,40±	14,26
GAP*	Kırsal	949	55	5,8	5,90±	10,58	767	336	43,8	20,10±	23,10
	Kentsel	1224	203	16,6	6,67±	9,72	1136	611	53,8	17,06±	16,80
	Toplam	2173	258	11,9	6,52±	9,90	1903	947	49,8	17,98±	19,28

* İstatistiksel Analiz $\chi^2=58,4$ p=0,000 $\chi^2=17,83$ p=0,000

Tablo 3. Araştırma Kapsamındaki Konutlarda Yaşayan ve Halen Sigara İçen 15 Yaş ve Üzeri Kadınların ve Erkeklerin Çeşitli Özelliklere Göre Dağılımı

		Halen Sigara İçen					
		Kadın			Erkek		
		n	Sayı	%	n	Sayı	%
<u>Yaş Grupları</u>	15-19	500	39	7,80	398	115	28,89
	20-24	368	62	16,85	267	142	53,18
	25-29	277	39	14,08	228	132	57,89
	30-34	175	31	17,71	176	107	60,80
	35-39	219	28	12,79	199	134	67,34
	40-44	137	20	14,60	142	82	57,75
	45-49	135	11	8,15	118	70	59,32
	50+	358	27	7,54	375	164	43,73
İstatistiksel Analiz		$\chi^2=37,06$	$p=0,000$		$\chi^2=124,32$	$p=0,000$	
<u>Öğrenim Durumu</u>	Okuryazar Değil	1130	106	9,38	264	119	45,08
	Okuyazar	194	23	11,86	189	99	52,38
	İlkokul Mezunu	599	79	13,19	819	439	53,60
	Ortaokul Mezunu	125	21	16,80	321	122	38,01
	Lise Mezunu ve Üzeri	121	28	23,14	306	167	54,58
İstatistiksel Analiz		$\chi^2=25,33$	$p=0,000$		$\chi^2=28,25$	$p=0,000$	
<u>Medeni Hali</u>	Evlü	1309	170	12,99	1245	696	55,90
	Bekar	703	70	9,96	645	247	38,29
	Eşi Ölmüş/Boşanmış	160	17	10,63	13	3	23,08
İstatistiksel Analiz		$\chi^2=4,26$	$p=0,118$		$\chi^2=56,41$	$p=0,000$	
<u>Çalışma Durumu</u>	Çalışıyor	93	9	9,68	1606	824	51,31
	Çalışmıyor	2079	248	11,93	296	121	40,88
İstatistiksel Analiz		$\chi^2=0,24$	$p=0,62$		$\chi^2=10,46$	$p=0,0012$	
Olarak Konuşulan Dil	Türkçe	731	91	12,45	691	351	50,80
	Kürtçe	1223	144	11,77	1034	526	50,87
	Arapça	150	16	10,67	141	56	39,72
	Zazaca	67	6	8,96	37	13	35,14
İstatistiksel Analiz		$\chi^2=0,99$	$p=0,802$		$\chi^2=9,66$	$p=0,022$	
<u>Bazı Semptomlar</u>	15 Günden Uzun Süren	244	44	18,03	222	149	67,12
	15 Günden Uzun Süren	1925	212	11,01	1681	797	47,41
İstatistiksel Analiz		$\chi^2=9,58$	$p=0,002$		$\chi^2=29,67$	$p=0,000$	
	Balgam veya Kanlı Balgam	200	34	17,00	208	136	65,38
	Balgam veya Kanlı Balgam	1967	221	11,24	1694	810	47,82
İstatistiksel Analiz		$\chi^2=5,26$	$p=0,022$		$\chi^2=22,17$	$p=0,000$	

8. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ BİLDİRİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**GİRİŞ**

Bilimsel kongreler önemli eğitim olanağı sağlayan ortamlardır. Kongreler sırasında, konferanslarda, konusunda deneyimli uzmanların görüşlerini dinleme olanağı bulunurken, panellerde yeni görüşler tartışılmaya açılmakta, bazen yeni araştırma konuları, bazen de sorunlara yeni çözüm önerileri getirilmektedir. Tüm bunların yanında kongrelerde araştırmacılar yaptıkları çalışmalarını meslektaşlarıyla paylaşma olanağı bulmaktadırlar. Bu paylaşımın her iki tarafa yararları vardır. Araştırmacı sunanlar yaptıkları çalışma hakkında, başka araştırmacıların görüşlerini alma fırsatı bulurken; dinleyenler yeni araştırma konuları bulma fırsatı yakalarlar. Kongreler, gönderilen bildirilerin bilimsel yeterliliklerinin tartışıldığı yerlerdir. Bu bağlamda 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresine gönderilen bildirilerin, konusuna göre gruplandırılmış, poster tartışma oturumlarında iki eş başkan yönetiminde tartışılması planlanmıştır. Bu tartışmaya ek olarak kongre kitabında, bildirilerin toplu halde değerlendirilmesi, çalışmalarda yapılan olumlu ve olumsuzlukların sunulmasının eğitici olacağı düşünülmüştür. Bu nedenle poster bildirilerini olarak sunulan makalelerin tam metin olarak kongre kitabına basılma yoluna gidilmiştir. Toplu olarak yapılan değerlendirme ile makalenin yazarlarının eksikliklerini de görebileceklerini umduğumuz gibi, bunun halk sağlığı araştırmacılarının araştırma makalesi yazımında en çok neye dikkat etmesi gerektiğini öğrenmesi için yararlı olacağını ümit etmekteyiz. Bu amaçla poster sunumu olarak yazılan makalelerin, iki kişilik hakem kurulu değerlendirme sonuçları aşağıda genel olarak sunulmuştur.

8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresine gönderilen her bildiri bir değerlendirme formu ile birlikte iki ayrı öğretim üyesine gönderilmiştir. Gönderilen bildiri değerlendirme formunda makalenin 18 alt başlık halinde değerlendirilmesi istenmiştir. Bu durumda 32 hakem öğretim üyesine makaleler değerlendirilmek üzere gönderilmiştir. Kongre kitabının basımına kısa süre kalmıyca kadar jüri raporları beklenmiştir. 154 bildiri hakkında en az bir hakem öğretim üyesi görüşlerini göndermiştir. 10 bildiri hakkında her iki öğretim üyesinden yanıt alınırken 54 bildiri hakkında tek öğretim üyesinden görüş alınabilmiştir.

BULGULAR

8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresine gönderilen bildirilerin konularına göre dağılımına bakıldığında (tablo 1) en fazla sayıda Kadın, Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (38, % 8,8), bundan sonra Sağlık Hizmet Sunumu (28, % 3,9) ve Bulaşıcı Hastalıklar (26, %12,9) olmak üzere, 16 değişik konuda bildiri hazırlandığı görülmektedir.

Tablo 1 : 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresine Gönderilen Bildirilerin Konularına Göre Dağılımı

	Bildiri sayısı	Yüzde
Kadın, çocuk sağlığı ve aile planlaması	38	18,8
Bulaşıcı hastalıklar	26	12,9
Çevre Sağlığı	15	7,4
Sağlık Hizmet Sunumu	28	13,9
Beslenme	9	4,5
Ruh Sağlığı	11	5,4
Sigara	11	5,4
Kronik Hastalıklar	15	7,4
Okul Sağlığı	6	3,0
Sağlık Eğitimi	7	3,5
Sosyal Bilimler	9	4,5
Tip eğitimi	4	2,0
Yaşlılık	6	3,0
İşçi Sağlığı	6	3,0
Olağan Dışı Durumlar	3	1,5
Kazalar ve ilk yardım	8	3,9
Toplam	202	100,0

Hakem kurulu üyeleri, bildiri değerlendiri ne formundaki bazı maddeler konusunda yorum yapmamışlardır. Bunda 6 makalenin derleme tarzında yazılması, bazı makalelerde örneklem kullanılmaması, bazı makalelerde çalışmanın evrende yürütülmesi gibi nedenlerin yanında üyenin neden göstermeden boş bıraktığı maddeler de olmuştur.

Tablo 2’de gözlendiği gibi hakem kurulu üyelerinin makalelerde en sıklıkla yetersiz buldukları konu “tartışmanın yeterli düzeyde yapılmaması” (%36.4) olmuştur. Jüri üyesi, bildirilerin %36.4’ü için bilime katkı vermediği yolunda görüş bildirilmiştir.

En az bir jüri üyesi, bildirilerin %17.3’ü için başlığın konuyu yansıtmadığını belirtmiştir. Çalışmaların %33.3’ünde araştırmanın tipi yazılmadığı, %35.9’u için örneklemin evreni temsil etmediği, %32.6’sında örneğin uygun yöntemle alınmadığı şeklinde görüş bildirilmişlerdir.

Hakem kurulunun diğer görüşleri tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2: : 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresine Gönderilen Bildiriler Hakkında Hakem Öğretirici Üyelerinin Görüşleri.

	En az bir olumlu	En az bir olumsuz
Başlık konuyu yansıtıyor mu ? (149)	32,0	17,3
Uygun yazım tekniği kullanılmış mı ? (149)	34,6	13,5
Özet çalışmanın içeriğini yansıtıyor mu ? (145)	36,6	11,7
Konu halk sağlığı açısından orijinal mi ? (146)	32,5	14,4
Çalışmanın amacı belirgin mi ? (146)	31,8	11,0
Çalışmanın tipi belirtilmiş mi ? (144)	32,2	33,3
Örneklem kendi evrenini temsil ediyor mu ? (131)	36,3	35,9
Örnek uygun yöntemle alınmış mı ? (129)	39,1	32,6
Gereç yöntem yeterli açıklanmış mı ? (141)	37,3	33,3
Bulgular yeterince açıklanmış mı ? (137)	39,1	25,5
Uygun analiz yöntemi kullanılmış mı ? (135)	37,4	23,7
Şekil ve tablo açıklamaları yeterli mi ? (136)	35,3	26,5
Tartışma yeterli mi ? (140)	35,0	36,4
Bulgulara dayalı sonuç ve önerilere ulaşılmış mı ? (141)	38,7	33,3
Bilime katkısı var mı ? (140)	31,4	36,4
Yeterli ve uygun kaynak gösterilmiş mi ? (144)	34,7	25,7

8.Ulusal Halk Sağlığı Kongresine gönderilen bildirilerin tümü emek yoğun çalışmalarla ortaya konmuştur. Çalışmalar halk sağlığı alanında yapılacak önemli araştırmalara yol gösterecek, önemli projelerin başlamasına ışık tutacaktır. Bildirileriyle kongremize katkıda bulunan tüm halk sağlığı çalışanlarına teşekkür ederiz.

Kongre Düzenleme Kurulu

DESTEKLEYEN KURUM ve KURULUŞLAR

OHAL VALİLİĞİ

DİYARBAKIR İL VALİLİĞİ

BAŞBAKANLIK GAP BÖLGE KALKINMA İDARESİ BAŞKANLIĞI

DİCLE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

NUTRİCİYA

SIHHAT ECZANESİ

DİYAR MED Ltd. Şti

GİRİŞİM SAĞLIK ÜRÜNLERİ Ltd. Şti

NESTLE GIDA SANAYİ A.Ő.

PFIZER

MARSA

TETRAPAK

CEKA İNŞAAT ve SANAYİ A.Ő.

DEVA HOLDİNG A.Ő. GDA BÖLGE MÜD.

SARTORIUS - SARTONET SEPERASYON TEK. Ltd.Şti.

DİYARBAKIR SANAYİ VE TİCARET ODASI

Destek veren tüm kurum ve kuruluşlara teşekkürlerimizi sunarız.