



TURKISH JOURNAL OF PUBLIC HEALTH TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI DERGİSİ

Published three
times a year
April 2012
Nisan 2012

Yılda üç kez
yayınlanır

Volume
10
Cilt 10

Number 1
Sayı 1

From the Editor/ Editörden, i-vi
Osman Gunay

ORIGINAL RESEARCH ARTICLE/ ORJİNAL ÇALIŞMA

Risky Behaviors of University Students: A Cross-Sectional Study / Bir Üniversitede Öğrencilerin Riskli Davranışları: Kesitsel Bir Çalışma, 1-12
Hilal Özcebe, Sarp Uner, Sabahat Tezcan, Nuket Paksoy Erbaydar, Gokhan Teletar

Burdur'da Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlı Hastaların Profili ve Evde Verilen Sağlık Hizmetleri / Profile of Elderly Patients Who Use Health Services in their Homes and in-Home Care, 13-21
Binali Çatak, Ahmet Selçuk Kılınç, Okan Badıllıoğlu, Sevinç Sütü, Afife Erkan Sofuoğlu, Dilek Aslan

Kahvehane, Restoran ve Kafe Çalışan ve Müşterilerinin İkram Sektöründe Sigara İçilmesinin Yasaklanması Konusundaki Görüşleri / Opinions of the Customers and Employees of Cafes and Restaurants on Smoke Free Implementations, 22-36
Hilal Özcebe, Nazmi Bilir

65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Depresyon ve Malnutrisyon Durumları Arasındaki İlişki / The Relationship between Malnutrition and Depression in People Aged Over 65 Years, 37-43
Elçin Balcı, Vesile Şenol, Ertuğrul Eşel, Osman Günay, Ferhan Elmalı

Denizli Ağız Diş Sağlığını Geliştirme Projesi: 3. Yıl Sonuçları / An Oral and Dental Health Improvement Project in Denizli: Results over 3 Years, 44-52
Belkıs Yurdasal, Ali İhsan Bozkurt, İlkay Öz, Seher Tanrıverdi, Erdoğan Taş, Mustafa Nalbant

SHORT REPORT/ KISA RAPOR

Tıpta Uzmanlık Sınavında Türkiye'de Halk Sağlığının Son Beş Yıldaki Durumu / State of Public Health in the past 5 years Central Medical Speciality Exams in Turkey, 53-58
Erhan Eser, Selçuk Hatipoğlu

T
J
P
H
/
T
H

S

D



ISSN: 1304-1096, Electronic ISSN: 1304-1088
A Journal of Peer-Reviewed Research Published by The Turkish Society of Public Health Specialist

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

From the editor

Dear Readers

With this issue we have the honour to be celebrating the 10th year of the publication of the Turkish Journal of Public Health. The Turkish Journal of Public Health has arrived at this stage thanks to your support as authors, referees and readers. We hope that this journal will continue to improve its position with the efforts of all of us.

There are five original research articles and one short report in this issue of the journal. We hope that you will read and enjoy these articles, which are related to various aspects public health.

The first article of this issue is entitled “Risky behaviours of university students: a cross-sectional study”. Ozcebe and colleagues have investigated risky behaviours of 3501 university students who were students in the first and third years of a university and they have shown that 25.6 percent of the students have used tobacco, 9.6 percent have drunk alcohol and 19.6 have had unsafe sex and that risky behaviours were more frequent among male students. The authors propose that universities need to assume more responsibility to guide students’ lives and to provide the facilities and opportunities that encourage and facilitate their adoption of a healthy lifestyle.

In the study by Catak and colleagues entitled “Profile of elderly patients who use health services in their homes and in-home care”, some characteristics of 140 elderly patients who were registered at a Health Service Coordination Centre for Home Care in the provincial centre of Burdur were investigated. The authors propose that “home care service” units including home health care services should be formed instead of “home health service” units.

The study of Ozcebe and Bilir “Opinions of the customers and employees of cafes and restaurants on smoke free implementations” was based on interviews with the customers and employees of 160 workplaces in eight provinces. The study was performed in two stages. A total of 316 customers and 315 employees in the first stage before the antismoking regulations come into force and 320 customers and 319 employees in the second stage were interviewed later. It was concluded that tobacco control legislation has been supported by workers and clients of the hospitality sector.

Balcı and colleagues have used “The Geriatric Depression Scale” and “Mini Nutritional Assessment Scale” to study 101 elderly peoples in Kayseri for the study entitled “The relationship between malnutrition and depression in people aged

over 65 years". They have found out that depression scores were higher among the elderly having a poorer nutritional status and they have proposed that depression and nutritional problems must be handled as multifaceted issues that may affect each other.

In the article entitled "An oral and dental health improvement project in Denizli: Results over 3 years", Yurdasal and colleagues have reported the results of first three years of oral health project which has been carried out on the primary school students in Denizli province for the period of 2008–2015 years. The authors expect that oral health level of the general population of Denizli will rise at the end of the project.

Eser and Hatipoğlu have analysed in a short report the preference for the specialty in Public Health (PH) among physicians in Turkey by investigating the results of Central Medical Specialty Exams (TUS) performed between the years of 2005 and 2011. The authors concluded that popularity of public health specialty is not at the desirable level.

We hope that you will enjoy these articles and utilize them in your subsequent studies. We expect that you will submit more articles to Turkish Journal of Public Health, site more frequently to the articles published in this journal and serve as referee. I wish to all of us a successful publication period.

On behalf of the Editorial Board

Prof.Osman Gunay

Editor

Editörden

Değerli Okurlar,

Bu sayı ile Türkiye Halk Sağlığı Dergisi'nin 10. yayın yılını kutlamanın mutluluğunu ve gururunu yaşıyoruz. Yazar, hakem ve okuyucu olarak sizlerin desteği ile dergimiz bugünlere ulaşmıştır. Hepimizin çabası ile Dergi'nin daha da iyi yerlere geleceğini umuyoruz.

Dergimizin bu sayısında beş orijinal makale ve bir kısa bildiri yer almaktadır. Halk sağlığının çeşitli alanlarıyla ilgili sorunların incelendiği bu makaleleri ilgi ile okuyacağınızı umuyoruz.

Bu sayının ilk makalesi "Risky behaviors of university students: a cross-sectional study" başlığını taşımaktadır. Özcebe ve arkadaşları, bu çalışmada bir üniversitede birinci ve üçüncü sınıfta öğrenim gören 3501 öğrencinin sağlık açısından riskli davranışlarını incelemişler ve öğrencilerin %25.6'sının tütün, %9.6'sının alkol kullandığını; %19.6'sının güvensiz cinsel davranışları olduğunu ve riskli davranışların erkek öğrencilerde daha sık olduğu saptanmışlardır. Yazarlar, gençlerin yaşamlarına rehberlik etmek ve sağlıklı yaşam tarzını geliştirici ve benimsenmesini kolaylaştırıcı olanakların ve fırsatların sağlanması için üniversitelerin daha fazla sorumluluk üstlenmesini önermektedirler.

Çatak ve arkadaşlarının "Burdur'da evde sağlık hizmeti alan yaşlı hastaların profili ve

evde verilen sağlık hizmetleri" başlıklı çalışmasında; Burdur'da "Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi"ne kayıtlı 140 hastanın özellikleri incelenmiştir. Yazarlar, "evde sağlık hizmeti" birimleri yerine evde sağlık hizmetlerini de kapsamak üzere, "evde bakım hizmeti" birimlerinin kurulmasını önermektedirler.

Özcebe ve Bilir'in "Kahvehane, restoran ve kafe çalışan ve müşterilerinin ikram sektöründe sigara içilmesinin yasaklanması konusundaki görüşleri" başlıklı çalışması, Türkiye'nin değişik bölgelerindeki sekiz ilde 160 işletmenin müşteri ve çalışanları üzerinde yürütülmüştür. İki aşamada gerçekleştirilen çalışmanın birinci aşamasında 316 müşteri ve 315 çalışan, ikinci aşamasında 320 müşteri ve 319 çalışan ile görüşülmüştür. Çalışma sonucunda, tütün kontrolü ile ilgili yasanın ikram sektöründe çalışanlar ve müşteriler tarafından desteklendiği sonucuna varılmıştır.

Balcı ve arkadaşlarının "65 yaş ve üzeri bireylerin depresyon ve malnutrisyon durumları arasındaki ilişki" başlıklı çalışmasında; Kayseri'de 101 yaşlı ile görüşülerek, Yaşlı Depresyon Ölçeği ve Mini Nutrisyon Anketi uygulanmıştır. Çalışmada, beslenmesi kötü olan yaşlılarda depresyon puanlarının daha yüksek olduğu saptanmış

ve yaşı sağığının ve beslenmesinin bir bütün olarak ele alınması önerilmiştir.

Yurdasal ve arkadaşlarının “Denizli ağız diş sağığını geliştirme projesi; 3. yıl sonuçları” başlıklı makalesinde; Denizli ilinde yürütölmekte olan ve 2008–2015 yıllarını kapsayan ilköğretim öğrencilerine yönelik ağız–diş sağığı projesinin ilk üç yıllık sonuçları özetlenmiştir. Yazarlar, proje sonunda tüm Denizli ilinde ağız diş sağığı düzeyinin yükseleceğini beklemektedirler.

“Tıpta uzmanlık sınavında Türkiye’de halk sağığının son beş yıldaki durumu” başlıklı kısa bildiride; Eser ve Hatipoğılu, 2006–2011 yılları arasındaki Tıpta Uzmanlık Sınavlarını inceleyerek, Halk Sağığının durumunu değerdendirilmişlerdir. Yazarlar, Halk sağığı uzmanlığı tercihlerinin istenen düzeyde olmadığı sonucuna varmışlardır.

Türkiye Halk Sağığı dergisindeki bu makaleleri beğenerek okuyacağınızı ve bundan sonraki çalışmalarınızda yararlanacağınızı umuyoruz. Dergimizin ulusal ve uluslararası indekslerde daha fazla görünür hale gelmesi için, dergiye daha çok yazı göndermenizi, makalelerinizde Türkiye Halk Sağığı Dergisi’nde yayınlanmış makalelere daha fazla atıfta bulunmanızı ve hakem olarak görev almanızı bekliyoruz. Hepimize başarılı bir yayın dönemi diliyorum.

Editörler kurulu adına

Prof.Dr. Osman Günay

Editör

Journal Manager

Assoc. Prof. C. Tayyar Sasmaz

Journal Manager Assistant

Assoc. Prof. N. Ercument Beyhun

Editorial Board

Prof. Sibel Kalaca (Editor in Chief)

Prof. Muzafer Eskiocak

Prof. Osman Gunay

Prof. Murat Topbas

Assoc. Prof. Nilay Etiler

Assoc. Prof. Nur Aksakal

Assoc. Prof. Yucel Demiral

Assist. Prof. Ebru Turhan

Assist. Prof. A. Oner Kurt

Contributors to this issue

Prof. Cihad Dundar, Samsun

Prof. Erhan Eser, Manisa

Prof. Aliye Mandiracioglu, Izmir

Prof. Isil Maral, Istanbul

Prof. Reyhan Ucku, Izmir

Assoc. Prof. Ozen Asut, Ankara

Assoc. Prof. Serap Ciftcili, Istanbul

Assoc. Prof. Iskender Gun, Kayseri

Assoc. Prof. Burcu Tokuc, Edirne

Dr. Cem Turaman, Ankara

English Edition

Prof R. W Guillery

Dergi Yöneticisi

Doç.Dr. C. Tayyar Şaşmaz

Dergi Yönetici Yardımcısı

Doç. Dr. N. Ercüment Beyhun

Editörler Kurulu

Prof.Dr Sibel Kalaça (Baş editör)

Prof.Dr. Muzaffer Eskiocak

Prof.Dr. Osman Günay

Prof.Dr. Murat Topbaş

Doç.Dr. Nilay Etiler

Doç.Dr. Nur Aksakal

Doç.Dr. Yücel Demiral

Yrd.Doç. Dr. Ebru Turhan

Yrd.Doç. Dr. A. Öner Kurt

Bu sayıya katkıda bulunanlar

Prof. Dr. Cihad Dünder, Samsun

Prof. Dr. Erhan Eser, Manisa

Prof. Dr. Aliye Mandıracıoğlu, İzmir

Prof. Dr. Işıl Maral, İstanbul

Prof. Dr. Reyhan Uçku, İzmir

Doç. Dr. Özen Aşut, Ankara

Doç. Dr. Serap Çiftçili, İstanbul

Doç. Dr. İskender Gün, Kayseri

Doç. Dr. Burcu Tokuç, Edirne

Dr. Cem Turaman, Ankara

İngilizce Düzeltme

Prof R. W Guillery

Risky Behaviors of University Students: A Cross-Sectional Study

Hilal Ozcebe^a, Sarp Uner^b, Sabahat Tezcan^a, Nuket Paksoy Erbaydar^c, Gokhan Teletar^d

Abstract

Objective: This study aimed to identify certain risky behavior patterns (unsafe sex, tobacco and drug use, and binge drinking) and the factors affecting these behaviors among first- and third-year students in a university. **Method:** The study included a total of 8407 students enrolled as first- (4392) and third- (4015) year students. A self-administered questionnaire was used for data collection. In data analysis, respecting sampling weights, models were formed by logistic regression method to determine factors that affect the risky behaviors. **Results:** 731 male–1114 female students from the first year and 560 male–1096 female students from the third year were interviewed. Male students were found to be engaged in risky behaviors more frequently than females. Logistic models of the study indicated that gender, place of residence, relationship with parents, and socialization with friends have profound effects on risky behaviors. **Conclusion:** After leaving home, young people develop their own lifestyles, and this study demonstrates that lifestyle is the main effective factor for risky behaviors in this group. Universities need to assume more responsibility to guide students' lives and to provide the facilities and opportunities that encourage and facilitate their adoption of a healthy lifestyle.

Key Words: University students, risky behaviours

Bir Üniversitede Öğrencilerin Riskli Davranışları: Kesitsel Bir Çalışma

Özet

Amaç: Bu çalışmanın amacı, bir üniversitenin birinci ve üçüncü sınıf öğrencileri arasında bazı riskli davranış modellerini (güvensiz seks, tütün ve uyuşturucu kullanımı ve aşırı alkol) ve bu davranışları etkileyen faktörleri saptamaktır. **Yöntem:** Araştırmanın evrenini birinci (4392) ve üçüncü (4015) sınıflarda kayıtlı 8407 öğrenci oluşturmaktadır. Veri öğrencilerin gözlem altında doldurdıkları anket aracılığı ile toplanmıştır. Riskli davranışları etkileyen faktörleri belirlemek için lojistik regresyon yöntemi modellenmesi kullanılmıştır. Bütün istatistiksel analizlerde ağırlıklı yüzdelere dikkate alınmış ve kullanılmıştır. **Bulgular:** Çalışmada birinci sınıflardan 731 erkek–1114 kadın ve

^aMD, Prof., Hacettepe University Faculty of Medicine, Department of Public Health, Ankara, Turkey.

^bMD, PhD, Assoc. Prof., Hacettepe University Faculty of Medicine, Department of Public Health, Ankara, Turkey.

^cMD, Asst. Prof., Hacettepe University Faculty of Medicine, Department of Public Health, Ankara, Turkey.

^dMD, Province Health Directory, Sinop, Turkey.

Corresponding Author: Sarp Uner, Hacettepe University Faculty of Medicine, Department of Public Health, Ankara, Turkey. Tel: +90 312 3051590, E-posta: sarpuner@hacettepe.edu.tr

Received: 06 July 2011, Accepted: 03 January 2012

üçüncü sınıflardan 560 erkek-1096 kadın öğrenci yer almıştır. Araştırmada erkek öğrencilerin kadınlara göre daha fazla riskli davranışlarda bulunduğu saptanmıştır. Çalışma verilerinin lojistik regresyon modellemesinde cinsiyet, aile ile ilişkiler, arkadaşlar ile sosyalleşme ve yaşam koşulları ile öğrencilerin riskli davranışları ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır. **Sonuç:** Evden ayrıldıktan sonra, genç insanlar kendi yaşam tarzlarını geliştirmektedir. Bu çalışma bu grupta yaşam tarzının riskli davranışları etkileyen temel bir faktör olduğunu göstermektedir. Gençlerin yaşamlarına rehberlik etmek ve sağlıklı yaşam tarzını geliştirici ve benimsenmesini kolaylaştırıcı olanakların ve fırsatların sağlanması için üniversitelerin daha fazla sorumluluk üstlenmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Üniversite öğrencileri, riskli davranışlar

Introduction

Adolescence is defined as the transition from childhood to adulthood, during which period young people become physically, psychologically, and socially mature individuals. During this period of their accelerated physical growth, they face both sexual and psychosocial changes, which may give rise to problems in the future. The physical, psychological, and social maturational forces of development combine to determine behavior at any moment. The adolescents confront the overwhelming responsibility of deciding on their future career and lifestyle.¹⁻⁴

After graduation from high school, young people enter a new period in their lives. In Turkey, approximately 1.5 million students apply for the university entrance examination, but only 200.000 of them enter a college or faculty. A majority of these young people leave home to pursue their higher education around the age of 17, and they begin their new life outside their protective home environment.

Young people are generally considered as healthy by health care providers and the community. However, they are vulnerable to health problems that differ from those faced by children and adults. Risky behaviors among young people are usually the major cause of mortality during this period. The primary health problems resulting from risky behaviors may also continue to affect the health of young people in the future.⁵⁻⁸ Most of the risky and

unhealthy behaviors affect a young person's future life and health. The probability of the presence of more than one risk factor is high, and this increases mortality rates.^{6,9,10} As observed in most countries, a decreased influence of family and culture, an earlier occurrence of puberty and late marriages also extend the risk of unprotected sexual activity among young people in Turkey.^{11,12} Likewise, the prevalence of smoking and alcohol and substance use has also increased in this country.¹³⁻¹⁵

It is widely known that risky behaviors tend to co-occur^{16,17}, and the prevalence of multiple risky behaviors increases with age.¹⁸ In an effort to identify and address these health behaviors, there has been increased attention paid to the provision of youth-friendly environments and health services.^{19,20}

Universities are institutions in which many young people receive training, socialize and access a wide range of services such as accommodation, transport and catering. A university should provide an environment in which students positively develop both personally and socially during this significant time in their lives. This development has profound effects not only during the period of higher education, but throughout their lives.

In this study, we aimed to identify the risky behavior patterns (unsafe sex, tobacco and drug use, and binge drinking) among first- and third-year students in our university and the factors affecting these behaviors.

Methods

Study design and universe

This study was designed to determine the risky behaviors of students who graduated from high school and entered Hacettepe University at the beginning of the 2004–2005 academic year immediately after University entrance. Third-year students were selected to observe the frequency of risky behaviors during the course of university education. We preferred third- versus fourth-year students for this purpose, since the latter's possible anxiety about finding employment or their future status in society may have affected their actions.

Our study included of a total of 8.407 students enrolled as first- (4392) and third- (4015) year students of the faculties and colleges of Hacettepe University during the 2004–2005 academic year. The university at which our research took place is one of the largest universities in Turkey and the enrolled students represent a wide range of socioeconomic levels from among the general population. The first- and third-year classes were taken as the strata, instead of particular faculties or colleges. In the study, a stratified sampling method was used, and a representative number of students were chosen from each stratum. The study sample was formed by using the “sampling size where the population in universe is known” formula. While calculating the sample size, the prevalence of mental problems among the general population was taken as approximately 20% (originally reported as 17.2% in the Mental Health Study of Turkey). The minimum required sample size was calculated as 1310 for first-year students and 1278 for third-year students. Thereafter, the numbers of students from each faculty and college to be included in the study were calculated so as to represent the enrollment numbers of each faculty and college. For practical reasons, individual students were not selected but a college or a department was taken as a “sampling unit” and all of the students in the unit were included in the study until the required minimum sample size

was reached. All students enrolled in the selected department, who were present in class on the day for collecting data, were included in the study. The total study population included 1845 first-year students and 1656 third-year students.

A self-administered questionnaire was used by the project team to collect data. The questionnaire was designed to include questions covering certain sociodemographic characteristics and risky behaviors of the students.

All analyses were conducted respecting sampling weights (1/sampling fractions), and data were analyzed by the SPSS versions 15.0 statistical software package (Chicago, IL. Serial: 9907290). Models were formed by a logistic regression method, which was used to model various risk behaviors (given below) and to determine significant predictors of each behavior of interest based on odds ratios (OR) and related 95% confidence intervals (CI). In reaching final models, all potential risk factors for a given risky behavior were included in the model if that factor was: 1) found to be a significant predictor of risky behavior in a bi-variate analyses; 2) found to be a potential confounder and/or effect modifier in a stratified analysis; or 3) known to be a risk factor and/or confounder in previous studies (in the literature).

Descriptions of measures

Risky behaviors

In this study, risky behaviors of young people were classified into four groups as: unsafe sex, tobacco use, binge drinking and drug use.

— Under the heading of “unsafe sex experience”, students were classified as follows:

- Students without any history of sexual contact or unsafe sex behavior;
- Students who had been engaged in unsafe sexual behavior at least once in their lifetime.

Unsafe sex was defined as having experienced one or more of the following: unprotected sexual activities (vaginal, anal or oral sexual

activity without any protection against pregnancy or sexually transmitted infections); sexual activity with an unknown person; sexual activity without using a condom; or exchange of sexual activity for money.

- Under the heading of “tobacco use”, students were classified as:
 - Students who never smoked or who had quit smoking;
 - Students who currently smoke.
- Under the heading of “binge drinking”, students were classified as:
 - Students reporting no alcohol use or infrequent use of alcohol in small amounts;
 - Students reporting binge drinking (consumption of alcohol in excessive amounts).

If a person consumes excessive amounts of alcoholic beverages on one occasion, it is referred to as “binge drinking” in Turkey; however, we used no limitation regarding the time period or number of drinks consumed in that time period in our definition in the study.

- Under the heading of “drug use”, students were classified as:
 - Students with no history of drug use;
 - Students who used drugs at least once in their lifetime (because of the minimum level of drug use in Turkey, students who used any drug at least once in their lifetime were accepted as the at risk group).

Negative event

The questionnaire asked about a “negative

event” as relating to the presence of any experience during the past year that depressed the individual’s psychological well-being. Only 1277 of the 1515 students who experienced such an event provided an explanation. Among these, death of a relative or a well-known person ranked first (22.1%), followed by an important problem with a romantic interest during the dating period (19.1%) and failure in school (14.4%).

Positive event

The questionnaire asked about a “positive event” as relating to the presence of any experience during the past year that had positively affected the individual’s psychological well-being. Only 1217 of 1687 students who had experienced such an event provided an explanation. Among these, success in school ranked first (36.1%). Of the students ranking success in school as their positive event, 78.0% reported admission to university as their happiest life event. Success in school was followed by a new romantic relationship, significant development in a relationship such as engagement or resolution of a problem during the dating period (21.4%).

Relationship with mother and father

We used a Likert type question to ask about the students’ relationship with their mother and father by using a likert type designed question. The study was conducted after obtaining the written consent of the administrators of the university and the administration of its faculties, colleges and departments as well as the oral consent of the students. Students received no incentives to participate in the study.

69.2% stated that they hang out with their friends at least once a week. It was found that the educational level of mothers was much lower than that of fathers. While 8.9% of mothers were non-educated, this ratio was 1.7% for fathers. Half of the study participants described their family’s income as adequate, whereas 7.4% perceived their family’s income as inadequate (Table 1).

Results

Sociodemographic characteristics

In this study, 1291 male and 2210 female students from the first and third year were interviewed. The mean age of the students was 21.0 ± 2.0 (16-46) years. In our study, more than six of ten interviewed students were female. The percentage of married students was 1.1%. Almost four of ten students in the first and third years were living with their families. Among the students,

Table 1. Some descriptive characteristics of students

Descriptive Characteristics		n	%
Gender	Male	1291	36.9
	Female	2210	63.1
Age*	≤18	140	4.0
	19	633	18.1
	20	679	19.4
	21	852	24.3
	22	607	17.3
	23	267	7.6
	≥24	300	8.6
Grade	First year	1845	52.8
	Third year	1656	47.2
Marital status	Single	3325	95.0
	Engaged	136	3.9
	Married	40	1.1
Place of residency in Ankara ^a	With family	1426	40.7
	Alone	99	2.8
	With friends	771	22.0
	In dormitory	1184	33.8
Frequency of hanging out with friends ^a	Every night	980	28.0
	1-2 times a week	1441	41.2
	1-2 times a month	862	24.6
	Almost none	204	5.8
Mother's educational level ^a	Non-educated	310	8.9
	Primary school graduate	1429	40.8
	Secondary (high) school graduate	916	26.2
	University graduate	775	22.1
Father's educational level ^a	Non-educated	58	1.7
	Primary school graduate	1042	29.8
	High school graduate	894	25.5
	University graduate	1317	37.6
Student's perception of family income	Sufficient	1731	49.4
	Fairly sufficient	1512	43.2
	Insufficient	200	5.7
	Extremely insufficient	58	1.7
Total		3501	100.0

*Indicates some students did not respond

In the questionnaire, students were asked to evaluate their relations with their parents. Most of the students (91.1%) reported positive relationships with their mothers. On the other hand, 26.7% of the students expressed some difficulties in their relationship with their fathers.

Risky behaviours and affecting factors

Frequency of having unsafe sex among students was 19.6%. Unsafe sexual behavior was found to be more common among male students than females. Smoking was found to be a more common behavior than both binge drinking and drug use, and was more common among males. Among the students, 9.6% declared binge drinking. The percentage of drug use at least once in a lifetime was found to be 4.3% among male and 3.0% among female students (Table 2).

Table 2. Risky behaviors of students according to gender

Risky Behaviors	Male* (n=1291)	Female* (n=2210)	Total* (n=3501)
Unsafe Sex	37.5	9.2	19.6
Tobacco Use	32.5	21.5	25.6
Binge Drinking	14.5	6.7	9.6
Drug Use	4.3	3.0	3.5

*Indicates percentage of students for each risky behavior

Factors affecting the risky behaviors studied were assessed by logistic model analysis and the relevant results are presented in Table 3. The variables that were included in the logistic regression analysis for risk behaviors but excluded by the model, are shown as gray areas in the Table. In addition to these variables, two other variables - class and economic status- were also examined, but not included in the model. Unsafe sexual behavior was higher among males [OR=5.52 (95.0%CI=4.46-6.83)] than females. On the

other hand, unsafe sexual behavior was reported less among students living in dormitories [OR=0.42 (95.0%CI=0.32-0.56)] when compared to those living with their family. With regards to the mother's educational level, students with non-educated mothers [OR=0.60 (95.0%CI=0.39-0.93)] and students whose mothers had not been educated beyond primary school [OR=0.71 (95.0%CI=0.54-0.94)] reported significantly less unsafe sexual experiences than students whose mothers had a higher education.

Students who revealed their relationship with their mother and father as "bad" reported more unsafe sexual behaviors than others [OR=1.62 (95.0%CI=1.10-2.36)] and OR=1.44 (95.0%CI=1.13-1.82), respectively]. Students who socialized with their friends once or twice a week [OR=2.22 (95.0%CI=1.24-3.99)] or everyday [OR=2.28 (95.0%CI=1.23-4.23)] were found to be more at risk with respect to unsafe sex than students who never met socially with their friends. In addition to the factors described above, the presence of a negative event in the last year was also found to increase unsafe sex [OR=1.39 (95.0%CI=1.13-1.71)].

Tobacco use was reported more often by male students [OR=1.53 (95.0%CI=1.28-1.83)] than females. The correlation between having a bad relationship with the mother or father and increased tobacco use was statistically significant [OR=1.65 (95.0%CI=1.22-2.50)] and OR=1.54 (95.0%CI=1.26-1.89), respectively]. Students who lived alone reported more tobacco use [OR=1.91 (95.0%CI=1.18-3.09)], whereas students living in the dormitory reported less [OR=0.59 (95.0%CI=0.47-0.74)] than students living with their families. Students who met with their friends once or twice a week [OR=2.75 (95.0%CI=1.68-4.49)] or everyday [OR=3.25 (95.0%CI=1.95-5.45)] were found to be more at risk with respect to tobacco use than students who never met socially with their friends. Moreover, the presence of a negative event in the last year was also found to increase tobacco use [OR=1.50 (95.0%CI=1.26-1.79)].

Binge drinking was reported more by male students [OR=2.13 (95.0%CI=1.63-2.77)] than females. Hanging out with friends was found to be correlated with an increased frequency of binge drinking. Students who went out a few nights in a week [OR=17.86 (95.0%CI=2.46-129.53)] or every day [OR=22.84 (95.0%CI=3.13-166.44)] reported more binge drinking than others. Binge drinking was found to decrease in conjunction with a decrease in the educational level of the student's mother. On the other hand, binge drinking was more frequent among students who described their relationship with their mother [OR=2.07 (95.0%CI=1.40-3.08)] or father [OR=1.41 (95.0%CI=1.05-1.88)] as "bad". While living alone was found to increase the frequency of binge drinking

Discussion

University students, emerging from the end of adolescence and entering young adulthood, constitute an important risk group for a variety of risky behaviors. A majority of the young people begin living away from their families to continue their higher education, during which period they decide on certain aspects of their lifestyle. In the course of choosing this lifestyle, sociodemographic features, family structure, relationship with family members and living environment may affect their predisposition to risky behaviors.

Young people learn more about sexuality during their sexual maturation period; therefore, the reproductive and sexual lives of university students become more active when compared to those of high school students. It was found that almost 4 of 5 university students have knowledge about sexually transmitted infections (STIs).²¹ According to our results; male students reported more unsafe sexual behaviors than female students (or use boys and girls!!) (37.5% versus 9.2%). Representative researches on the reproductive and sexual behaviors of youth have not yet been conducted in Turkey; therefore, it is not possible to compare these results with the

[OR=2.03 (95.0%CI=1.15-3.61)], living in a dormitory had a negative correlation [OR=0.58 (95.0%CI=0.41-0.82)].

According to our results, drug use was positively correlated with the experience of a positive event in the last year. Drug use was reported more among students who defined their relationship with their father as "bad" [OR=2.15 (95.0%CI=1.42-5.25)]. While living in a dormitory was found to decrease the frequency of drug use [OR=0.50 (95.0%CI=0.29-0.87)], living alone had the opposite effect [OR=2.21 (95.0%CI=1.03-5.25)]. Students who met with their friends every day [OR=5.14 (95.0%CI=1.18-22.43)] reported more drug use than students who never met socially with their friends.

larger picture for youth in this country. According to the results of a study conducted in eight universities in Turkey, almost half of the students reported not using any contraceptive method during their first sexual intercourse.¹² In another study among university students in Turkey, the ratio of condom use during the most recent sexual intercourse was 30.0% among those who reported having sexual experiences.²² These results indicate that risky sexual behaviors are frequent among young people. Although these studies do not reflect the ratio of risky behaviors of university students in Turkey, they clearly show that sexual activities occupy much of young people's daily lives and thus there is an observed increase in problems such as lack of condom use and unsafe sex.

According to our study, 32.5% of the male and 21.5% of the female students use tobacco. Between 1990 and 2000, the overall prevalence of smoking rose from 30% to 35% among male students, and from 28% to 33% among female students in 13 European countries. In Turkey, the prevalence of smoking among young people rapidly increased during the period of their higher education, as also observed in other countries around the world.²³

Table 3. Factors affecting risky behaviors*

	Unsafe Sex			Tobacco Use			Binge Drinking			Drug Use		
	Exp(B) ^a	C.I. ^b	p	Exp(B) ^a	C.I. ^b	p	Exp(B) ^a	C.I. ^b	p	Exp(B) ^a	C.I. ^b	p
Constant	0.04		<0.001	0.07		<0.001	0.03		<0.001	0.002		<0.001
Gender												
Male	5.52	4.46-6.83	<0.001	1.53	1.28-1.83	<0.001	2.13	1.63-2.77	<0.001			
Female	1.00			1.00			1.00					
Frequency of hanging out with friends												
Never ^c	1.00			1.00			1.00			1.00		
Every night	2.28	1.23-4.23	0.01	3.25	1.95-5.45	<0.001	22.84	3.13-166.44	<0.001	5.14	1.18-22.43	0.03
1-2 times a week	2.22	1.24-3.99	0.01	2.75	1.68-4.49	<0.001	17.86	2.46-129.53	<0.001	3.54	0.85-14.68	0.08
1-2 times a month	1.15	0.63-2.12	0.65	1.48	0.89-2.45	0.13	4.35	0.58-32.78	0.15	1.71	0.39-7.51	0.48
Place of residency												
With family member(s) ^c	1.00			1.00			1.00			1.00		
With friend(s)	1.07	0.82-1.40	0.61	1.20	0.95-1.50	0.06	1.04	0.74-1.46	0.06	0.76	0.44-1.34	0.72
In dormitory	0.42	0.32-0.56	<0.001	0.59	0.47-0.74	0.01	0.58	0.41-0.82	0.03	0.50	0.29-0.87	<0.001
Alone	1.62	0.97-2.72	0.07	1.91	1.18-3.09	<0.001	2.03	1.15-3.61	<0.001	2.21	1.03-5.25	0.02
Relationship with father												
Good ^c	1.00			1.00			1.00			1.00		
Bad	1.44	1.13-1.82	<0.001	1.54	1.26-1.89	<0.001	1.41	1.05-1.88	0.02	2.15	1.42-3.25	<0.001
Relationship with mother												
Good ^c	1.00			1.00			1.00					
Bad	1.62	1.10-2.36	0.01	1.65	1.22-2.50	<0.001	2.07	1.40-3.08	<0.001			
Mother's educational level												
Non-educated	0.60	0.39-0.93	0.02				0.19	0.10-0.38	<0.001			
Primary school graduate	0.71	0.54-0.94	0.02				0.26	0.18-0.37	<0.001			
Secondary school graduate	1.02	0.78-1.32	0.90				0.64	0.48-0.86	<0.001			
Higher education graduate ^c	1.00						1.00					
Negative event in the last year												
Absent ^c	1.00			1.00								
Present	1.39	1.13-1.71	<0.001	1.50	1.26-1.79	<0.001						
Positive event in the last year												
Absent										0.48	0.32-0.73	<0.001
Present ^c										1.00		

^a indicates Odds Ratio; ^b indicates 95.0% CI for Exp (B); ^c indicates reference category

There is no clear definition or cut-off point for binge drinking in Turkey. Therefore, the results of our research should be evaluated carefully. According to our results, binge drinking was reported by 10% of the students. But, a study conducted in the sport academy by Buğdaycı et al. showed that 45.4% of all students consumed alcoholic drinks.²⁴ The results of our study showed that drinking alcoholic beverage is much higher than binge drinking. On the other hand, studies conducted in Western countries showed that binge drinking is much more common than in our results. Thus, D'Alessio et al. found that the estimated percentage of binge drinking among university students in Italy was 32.9%.¹⁷ Barber and Fairclough showed that binge drinking was reported by 71% of dental students and 75% of law students in Great Britain.¹⁸ The rate of binge drinking among young people in the United States is also much higher than for Turkish youth.¹¹ This difference may be attributed in part to the influence of cultural belief systems in eastern and western societies. Traditional family life, and Islamic beliefs and values are probably important factors that affect alcohol consumption in young people in Turkey.²⁵

The prevalence of drug use in Turkey is also lower than in other European countries and the United States.^{8,10} On the other hand, the studies showed that drug use has been recently increasing among youth in Turkey. In our study, the term "drug" encompassed any kind of drug, and this classification might have made it hard to compare our results with other studies. Prevalence studies on drug use show that social inequalities affect drug use and different epidemiologic patterns exist for different types of drugs in Turkey. Socioeconomically disadvantaged youth prefer marijuana, whereas economically advantaged youth prefer ecstasy.¹⁴ Because of the limited rate of drug use among our responders, it is difficult to analyze these data in terms of each type of drug used in this study.

Factors affecting some of the risky behaviors investigated in the study were assessed by logistic model analysis. In

accordance with previous findings in the literature, variables such as gender were found to be among those affecting the dependent variables in some of the four logistic models in the study. Nevertheless, models that were developed during the study indicated "Relationship with Mother", "Relationship with Father", "Frequency of Hanging out with Friends" and "Place of Residency" as variables having profound effects on risky behaviors.

In our study, students who defined their relationship with their mothers as "bad" reported more unsafe sex, tobacco use and binge drinking than their counterparts. Similarly, students who defined their relationship with their fathers as "bad" reported more unsafe sex, tobacco use, binge drinking and drug use than their counterparts. Young people who feel distant from or who cannot get along with their family are more at risk, and this finding is in accordance with other previous studies.²⁶⁻²⁸ Huebner and Howell found that interaction between parental monitoring and parent-adolescent communication are more a function of adolescent disclosure than of actual parental knowledge.²⁹ Communication problems and inappropriate parental guidance could have resulted in this finding. When the relationship with the mother is considered according to gender, it appears that female students have more problems with their mothers when compared to male students. Although students have more troubles in their relations with their fathers when compared to their mothers, a difference between genders was not shown.

The frequency of hanging out with friends is quite high among youth who live alone or with their friends, whereas the frequency is lower for those living with their family. Young people enjoy being together; however, as the frequency of hanging out with friends increases, risky behaviors also tend to increase. Although the students' joint activities were not assessed, it is apparent that the students are deeply influenced by each other. Numerous studies have shown that peer pressure has a significant effect on risky behaviors during adolescence. Some aspects of adolescent

leisure, such as family or conventional activities, act as protective factors against problematic behaviors, while peer-oriented activities or commercial types of leisure contribute to greater risk for risky behaviors.^{30,31}

One's living environment is another influential factor on risky behaviors. In our research population, 40% of the students were living with their families. After leaving their families and their hometown, freshmen prefer to live in the dormitories. During their first year, they make new friends at the university, and thereafter decide on their living arrangements during the remaining period of their higher education. Residence in a dormitory may be considered an indicator of low economical status. Unsafe sex behavior was found to be less common among boarding students than students who live with their family. Likewise, prevalences of tobacco, alcohol and drug use were all reported as lower by boarding students than students living with their families. This difference may reflect the more strict regulations in dormitories, or it may be that students with a lower socioeconomical status or having a conservative and modest lifestyle are more likely to live in dormitories than other students. The findings indicate that young people who live alone have different lifestyles than those living in dormitories.

Our study also shows that all risky behaviors are more common among males. According to the results, unsafe sex, tobacco use and binge drinking were more common among male than female students. Other studies have also revealed that gender is one of the main determinants of risky behaviors.^{32,33} It is thought that this difference occurs because of the established social gender roles in our society.

Despite the fact that risky behaviors, which may have short- and long-term effects on the health of young people usually begin in the early years of university education and their prevalence tends to increase in later years. In other words, prevalence of smoking and unsafe sex increases in conjunction with the academic year (e.g. third or fourth year of education). Even though no significant difference in the

prevalence of alcohol or drug use was found between the academic years studied here, importance should be attached to both of the behaviors for the students in both years.

Sociodemographic status of the young people is one of the most important factor affecting their life style and behaviors. In this study, sociodemographic status of the students was examined in three categories: place of residency, educational level of mother and of father. These variables are also the determinants of economic indicators. Educational level of father is not found significant in all analyses, but educational level of the mother is found significant for binge drinking and unsafe sex. On the other hand, place of residency is found a risk factor in all models. In this study, lifestyle is found as the most important determinant factor among all sociodemographic status for risky behaviors.

This study indicates that young people need comfortable living environments. Young people are expected to be engaged in health-promoting activities rather than risky behaviors during their university years, during which they usually live away from home and spend more time with, and are influenced more by, their friends. Therefore, universities are one of the most important educational institutions with an opportunity to guide the lives of young people.

There are some limitations to our study, the most important being the disproportion in the ratio of male to female students in our sample versus that in the university. Male students were found to be engaged in risky behaviors more than females. The higher participation of male students in the study contributed to a clearer demonstration of the factors that affect risky behaviors. Secondly, the study questionnaires were applied under observation during class. This may have compelled some students to respond non-truthfully, especially to the questions on drug use and unsafe sex behavior. Thirdly, the researchers avoided giving detailed answer selections for certain questions in order to elicit the most accurate responses possible on a variety of topics. As a result,

the information obtained was limited on some topics, whereas some variables could not be used for certain sections of the analysis. The numbers of participants are different for the evaluation of risky behaviors because students who failed to respond to every question were excluded from the analysis. This could be assessed as another limiting factor in evaluation of the results of this study. Fourthly, this study has the limitation of the methodology of descriptive studies.

References

1. Neinstein LS, Kaufman FR Normal Physical Growth and Development. In: Neinstein LS, eds. Adolescent Health Care a Practical Guide. USA: Lippincott Williams & Wilkins. 2002. 3-51.
2. Radzik M, Sherer S, Neinstein LS. Psychosocial Development in Normal Adolescents. In: Neinstein LS, eds. Adolescent Health Care a Practical Guide. USA: Lippincott Williams & Wilkins, 2002. 52-8.
3. World Health Organization. Adolescent Friendly Health Services, an Agenda for Change, WHO/FCH/CAH/02.14. Geneva 2002. 5-6.
4. Archibald AB, Graber JA, Gunn JB. Pubertal Process and Physiological Growth in Adolescence. In: Adams GR, Berzonsky MD, eds. Blackwell Handbook of Adolescence. UK: Blackwell Publication, 2006. 24-48.
5. Steptoe A, Wardle J. Health behaviour, risk awareness and emotional well-being in students from Eastern Europe and Western Europe. Soc Sci Med 2001;53:1621-30.
6. Neinstein LS, MacKenzie RG, Morris RE. High-Risk and Out of Control Behavior. In: Neinstein LS, eds. Adolescent Health Care a Practical Guide. USA: Lippincott Williams & Wilkins. 2002. 1402-6.
7. Von Ah D, Ebert S, Ngamvitroj A, et al. Predictors of health behaviours in college students. J Adv Nurs 2004; 48(5):463-74.
8. Grunbaum JA, Kann L, Kinchen S, et al. Youth Risk Behavior Surveillance-United States, 2003. Surveillance Summaries, MMWR 2004;53 (No SS-2):1-29.
9. Ozer EM, Adams SH, Gardner LR, et al. Provider self-efficacy and the screening of adolescents for risky health behaviors. J Adolescent Health 2004;35:101-7.
10. Kelly E, Darke S, Ross J. A review of drug use and driving: epidemiology, impairment, risk factors and risk perceptions. Drug Alcohol Rev 2004;23:319-44.
11. Ozan S, Aras S, Semin S, et al. Sexual attitudes and behaviors among medical students in Dokuz Eylul University, Turkey. Eur J Contracept Reprod Health Care 2005;10(3):171-8.
12. Bertan M, Özcebe H, Doğan BG, Haznedaroğlu D, Kırçaloğlu N ve Bülbül SH. Üniversite Birinci Sınıf Öğrencilerinin Adolesan Dönem Konusundaki Bilgi ve Yaşam Tarzlarının Belirlenmesi Araştırması. Uluslararası Çocuk Merkezi (ICC). Meteksan Matbaacılık, Ankara 2007.
13. Özcebe H. Being Youth and Risks, Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008;4(6):88-94.
14. Ministry of External Affairs, Ministry of Health, Ministry of Internal Affairs, Ministry of Justice, Ministry of National Education & UNODC. Drug Abuse in Turkey -Results from the Year 2003 National Assessment. Ankara.
15. Erguder T, Soydal T, Ugurlu M, et al. Tobacco use among youth and related characteristics, Turkey. Soz Praventiv Med 2006;51:91-8.

Conclusion

Our aim should be to raise young people in such a way that they adopt healthy life styles after graduation from universities and join the pool of human resources as productive adults Universities are expected to do more than just provide occupational training. Bringing adults with established healthy life styles into the community and improving the health status of the community are also among the important responsibilities of these institutions.

16. Murphy-Hoefer R, Griffith R, Pederson LL, et al. A review of interventions to reduce tobacco use in colleges and universities. *Am J Prev Med* 2005;28(2):188-200.
17. D'Alessio, M, Baiocco R, Laghi F. The problem of binge drinking among Italian university students: a preliminary investigation. *Addict Behav* 2006;31(12):2328-33.
18. Barber MW, Fairclough A. A comparison of alcohol and drug use among dental undergraduates and a group of non-medical, professional undergraduates. *Br Dent J* 2006;201(9):581-4.
19. World Health Organization. Adolescent Friendly Health Services, an Agenda for Change, WHO/FCH/CAH/02.14, Geneva, 2002 25-8.
20. Cranford JA, McCabe SE, Boyd CJ. A new measure of binge drinking: prevalence and correlates in a probability sample of undergraduates. *Alcohol Clin Exp Res* 2006;30(11):1896-1905.
21. Kaymak Y, Açikel C, Göçgeldi E, Güleç M, Simsek I. The Determination of the Knowledge Level of University Students about Sexually Transmitted Diseases. *Türk. Klinikleri J Dermatol* 2006;16:153-9.
22. Urgan M, Yaman H. AIDS knowledge and educational needs of Technical University Students in Turkey. *Patient Educ Couns* 2003;51:163-7.
23. Steptoe A, Phil D, Wardle J, et al. Trends in smoking, diet, physical exercise, and attitudes toward health in European university students from 13 countries, 1990-2000. *Prev Med* 2002;35:97-104.
24. Buğdaycı R, Şaşmaz T, Aytaç N, Çamdeviren H. The Factors Affecting Alcohol Consumption Prevalence in Three Sports Academies in Adana, Mersin and Hatay. *Türk Klinikleri J Med Sci* 2003;23:208-12.
25. Bayar N, Sayil M. Risk-taking behaviors in a non-western urban adolescent sample: Brief Report. *J Adolesc* 2005;28:671-6.
26. Haemmerlie FM, Steen SC, Benedicto JA. Undergraduates' conflictual independence, adjustment, and alcohol use: the importance of the mother-student relationship. *J Clin Psychol* 1994;50(4):644-50.
27. Glavak R, Jagodiae GK, Sakoman S. Perceived parental acceptance-rejection, family-related factors, and socio-economic status of families of adolescent heroin addicts. *CMJ* 2003;44(2):199-206.
28. Bronte-Tinkew J, Moore KA, Carrano J. The father-child relationship, parenting styles and adolescent risk behaviors in intact families. *J Fam Issues* 2006;27(6):850-81.
29. Huebner AJ, Howell LW. Examining the relationship between adolescent sexual risk-taking and perceptions of monitoring, communication, and parenting styles. *J Adolescent Health* 2003;33:71-8.
30. Cerwonka ER, Isbell TR, Hansen CE. Psychosocial factors as predictors of unsafe sexual practices among young adults. *AIDS Educ Prev* 2000;12(2):141-53.
31. Piko BF, Vazsonyi AT. Leisure activities and problem behaviours among Hungarian youth. *J Adolesc Health* 2004;27:717-30.
32. Refaal A. Practice and awareness of health risk behaviour among Egyptian university students. *East Mediterr Health J* 2004;10(1-2):72-81.
33. Cashell-Smith ML, Connor JL, Kypri K. Harmful effects of alcohol on sexual behaviour in a New Zealand university community. *Drug Alcohol Rev* 2007;26(6):645-51.
34. Tsouros A, Dowding G, Thompson J, Dooris M. Health Promoting Universities. EUR/ICP/CHVD 03 09 01, World Health Organization. 1998, Copenhagen.

Burdur’da Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlı Hastaların Profili ve Evde Verilen Sağlık Hizmetleri

Binali Çatak^a, Ahmet Selçuk Kılınç^b, Okan Badıllıoğlu^c, Sevinç Sütü^b, Afife Erkan Sofuoğlu^d, Dilek Aslan^e

Özet

Amaç: 2011 yılında ülkemizde kamusal düzeyde evde sağlık hizmeti verilmesi fiili olarak başlatılmıştır. Çalışmada; Burdur’da evde sağlık hizmeti kullanan 65 yaş ve üzeri yaşlı hastaların profilini ve evde verilen sağlık hizmetlerini tanımlamak amaçlanmıştır. **Yöntem:** Tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın evrenini, Nisan 2011 tarihinde Burdur İl Sağlık Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmeti Koordinasyon Merkezi’ne kayıtlı 65 yaş ve üzeri 140 kişi oluşturmaktadır. Çalışmada örneklem seçilmemiş olup, evrenin tümüne ulaşılması hedeflenmiştir. Veriler anket yöntemiyle, yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmış ve SPSS paket programı kullanılarak analizler tamamlanmıştır. **Bulgular:** Yaş ortalaması 79.6 olan yaşlıların %67.6’sı kadın, %53.7’sinin eşi ölmüş, %52.8’i okuryazar değil, %47.2’sinin sosyal güvencesi bulunmamakta ve %25.9’unun sağlık güvencesi yeşil karttır. Yaşlılarda en çok bulunan hastalıklar hipertansiyon (%48.1) ve inmedir (%39.8). Yaşlıların kolaylıkla yapabildikleri eylemlerin başında yemek yeme gelirken (%30.6); fatura yatırma, hastaneye gitme vb. gibi aktivitelerde hemen hemen tamamen bağımlıdırlar (%99.1). Yaşlılara evde verilen tıbbi hizmetler %46.3 muayene ve ilaçla tedavi, %26.9 muayene, tetkik ve ilaçla tedavi, %14.8 enjeksiyon, sonda takma ve yara bakımındır. Yaşlılara evde verilen sağlık hizmetlerinin %87.0’sini sadece devlet hastanesi, %3.7’sini ise aile hekimi vermiştir. Evde sağlık hizmeti verenlerin büyük kısmını (%92.6) hekimler oluşturmuştur. **Sonuç:** Evde sağlık hizmeti sunulan yaşlıların sosyodemografik özellikleri, hastalık örüntüleri ve bağımlılık durumu toplumdaki yaşlı popülasyonundan farklıdır. Sağlık hizmeti sunumuna birden fazla sağlık kurumu dâhil olmaktadır, sunulan sağlık hizmeti kapsamlı değildir ve multidisipliner ekip anlayışından yoksundur. Yaşlı nüfusun gittikçe artacağı göz önünde bulundurulduğunda, kamusal düzeyde “evde sağlık hizmeti” birimleri değil, evde sağlık hizmetlerini de içerecek biçimde “evde bakım hizmeti” birimlerinin oluşturulması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmeti, evde bakım, yaşlılık

^aUzm.Dr, Merkez Toplum Sağlığı Merkezi, Karabük.

^bDoktor, İl Sağlık Müdürlüğü, Burdur.

^cUzm.Dr, Bucak Toplum Sağlığı Merkezi, Burdur.

^dUzm.SHU, İl Sağlık Müdürlüğü, Burdur.

^eProf.Dr, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.

Sorumlu Yazar: Ahmet Selçuk Kılınç, Burdur İl Sağlık Müdürlüğü, Yeni Mahalle Eski Antalya Caddesi, No:1 15100 Burdur. Tel: 0248 2331333, E-posta: selcuk.kilinc@hotmail.com

Çalışmamız 4-7 Ekim 2011 tarihinde Trabzon’da yapılan 14.Ulusal Halk Sağlığı Kongresinde poster bildirisi olarak sunulmuştur.

Geliş tarihi: 20 Temmuz 2011, Kabul tarihi: 21 Mart 2012

Profile of Elderly Patients Who Use Health Services in their Homes and in-Home Care

Abstract

Objective: The actual delivery of public healthcare in the home was initiated in our country in 2011. This study defines the profile of elderly patients over 65 years who use home health services and home care provided in Burdur. **Method:** 140 people aged 65 and over, who registered in the Burdur Province Directorate of Health Service Coordination Center for Home Care in April 2011 constitute the population of this descriptive study. The sample for the study was not selected; it was targeted to include the total relevant population. A survey method was used to collect data by face-to-face interviews and the analysis was completed by using SPSS packaged software. **Results:** Of the elderly studied, whose mean age was 79.6, 67.6% were women, 53.7% of them were widowed, 52.8% of them were illiterate, 47.2% did not have social security and 25.9% of them had a green card as health insurance. The most common diseases in the elderly are hypertension (48.1%), and stroke (39.8%). While main action which elderly can carry out easily is eating (30.6%) . they are almost totally dependent on help for certain activities such as bill payments, going to the hospital and so on (99.1%). Home care services provided to the elderly include medical examination and treatment (46.3%), examination, investigation and treatment (26.9%), injection, catheter insertion and wound care (14.8%). Of the home care services given to the elderly, 87.0% t was provided by the/a state hospital and 3.7% of it was provided by a family doctor. **Conclusion:** The sociodemographic qualities, disease patterns and addiction case of elderly to whom homecare service provided are different from the elderly population in the society. More than one health institute involve into the presentation of health service, the provided health service is not extensive and lacks multi – disciplinary team approach. Considering that the elderly population will gradually increase, it is required that not home health service units at public level but home care service which will include home health service units are to be formed.

Key Words: Health services, home care, elderly

Giriş

Yaşlanma geri dönüşümsüz, tüm sistemleri etkileyen ve kaçınılmaz fizyolojik bir süreçtir. Yaşlı nüfusun genel nüfus içindeki oranı dünyada hızla artış göstermektedir. Buna bağlı olarak yaşlılıkla ilgili sorunlar ve nasıl yönetileceği önemli bir tartışma konusu olmaktadır. Bunların başında bakım sorunları gelmektedir. Yapılan çalışmalarda yaşlılar kendi ev ortamlarında kalmayı ve burada bakım almaya tercih ettiklerini belirtmektedirler. Bu ve benzeri nedenlerle yaşlılıkta evde bakım giderek önem kazanmaktadır. Evde bakım hizmetleri, sosyal ve sağlık hizmetlerinin geniş bir bölümünü kapsamaktadır. Bu hizmetler temel günlük yaşam aktivitelerine yardım; mevcut hastalıkların tedavisi veya tıbbi, hemşirelik ve sosyal bakım gereksinimi olan, kronik veya terminal hastalığı olan, iyileşme

sürecinde veya yetersizliği olan kişilere ev ortamında sunulan hizmetlerdir.¹ Türkiye’de 2010 yılında 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki payı %7’dir (erkek %6, kadın %8).²

Ülkemizde henüz kamusal düzeyde multidisipliner ekip anlayışı ile “evde bakım hizmeti” verilmemekle birlikte, Sağlık Bakanlığı tarafından, hastanelerdeki evde sağlık birimleri ve aile hekimleri vasıtasıyla “evde sağlık hizmetleri” sunulmaya başlanmıştır. Bakanlıkça yayınlanan 8751 sayılı “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” ile evde sağlık hizmeti sunan kurumların çeşitliliği artırılmış, hizmet veren birimin organizasyon, araç, gereç ve personel durumunu ile verilecek hizmetin kapsamı tanımlanmıştır. İlgili yönergede evde sağlık

hizmeti; "çeşitli hastalıklara bağlı olarak evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmeti" olarak tanımlamakta ve bu hizmetler "bakanlığa bağlı faaliyet gösteren eğitim ve araştırma hastaneleri ile genel veya dal hastaneleri ve

Ağız Diş Sağlığı Merkezi bünyesinde kurulan evde sağlık hizmet birimleri ile toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi ve aile hekimlerince sunulur" denilmektedir.³

Çalışmada; Burdur'da kamusal düzeyde evde sağlık hizmeti verilen 65 yaş ve üzeri kişilerin profilini belirlemek ve bu kişilere verilen evde sağlık hizmetlerini tanımlamak amaçlanmıştır.

Yöntem

Tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın evrenini, Nisan 2011 tarihinde Burdur İl Sağlık Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmeti Koordinasyon Merkezi'ne kayıtlı evde sağlık hizmeti alan 65 yaş ve üzeri 140 kişi oluşturmuştur. Araştırma kapsamında yaşlıların 108'ine (%77.1) ulaşılmıştır. Yaşlılara ulaşılamamanın nedenleri; ölüm (n=21), il dışında yaşayan çocuklarının yanına gitmiş olma (n=8) ve hastane yoğun bakımında yatıyor olması (n=3).

Çalışmanın verileri; Valilik ve İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinler alındıktan sonra, 11 Nisan - 21 Mayıs 2011 tarihleri arasında, sözlü onam alındıktan sonra, Toplum Sağlığı Merkezinde görev yapan ebe/hemşireler tarafından, yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak, toplanmıştır. Anket, evde sağlık hizmeti alan kişinin

sosyodemografik özellikleri, bağımlılık durumu, mevcut hastalıkları, sağlık hizmet kullanımı ile ilgili soruları kapsamaktadır. Veri toplamada standardizasyonu sağlamak için, veri toplayacak ebe ve hemşirelere çalışmanın amacı, anket soruları ve veri toplarken dikkat edilmesi gerekenler konusunda kısa bir eğitim verilmiştir.

Araştırmada anket soruları yaşlı iletişim kurulabilecek durumda ise yaşlının kendisine, iletişim kurulamayacak durumda ise yaşlıya bakım veren kişiye ve/veya yakınına sorulmuştur. Yaşlıların hastalığı; varsa hasta raporlarından, raporu yoksa hastaya, hasta yakınına sorularak ve kullandığı reçeteler üzerinden tanımlanmıştır.

Veriler SPSS 10.5 istatistik paket programında analiz edilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya katılan 108 yaşlı bireyin %67.6'sı kadın, %11.1'i 90 yaş üzerinde, %53.7'sinin eşi yaşamıyor, %52.8'i okuryazar değil, %47.2'sinin sosyal güvencesi yok ve %25.9'unun sağlık güvencesi yeşil karttır. Yaşlılara evde bakım veren kişilerin %88.0'ını kadınlar oluşturmaktadır (Tablo 1).

Yaşlıların %18.5'i (n=20) günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmek için herhangi bir cihaz kullanmıyor iken, %32.4'ü (n=35) baston, yürüteç, koltuk değneği; %21.3'ü (n=23) tekerlekli sandalye kullanmaktadır; %27.8'i (n=30) yatağa tam bağımlıdır (Tabloda verilmemiştir). Tablo 2'de evde sağlık hizmeti alan yaşlıların çeşitli aktiviteleri yapabilirlik durumları

özetlenmiştir. Yaşlıların kolaylıkla yapabildiği günlük yaşam aktiviteleri son derece sınırlıdır; günlük ev içi aktivitelerin çoğunu ve ev dışı aktivitelerin tamamını kendi başlarına yapamadıkları görülmektedir.

Tablo 3'de yaşlılarda bulunan hastalıklar görülmektedir. Hastalıkların bir kısmı hasta veya yakının bildirimine dayalı olup, bir kısmı ise kullanılan ilaç ve/veya hastalık raporuna göre belirlenmiştir. Buna göre yaşlıların %48.1'inde hipertansiyon, %22.2'sinde kalp hastalıkları ve %15.7'sinde diabetes mellitus, %39.8'inde tam ya da kısmi inme bulunmaktadır.

Tablo 1. Evde sağlık hizmeti verilen yaşlıların sosyodemografik özellikleri (Burdur, 2011)

Sosyodemografik özellikler	n	%
Cinsiyet		
Erkek	35	32.4
Kadın	73	67.6
Yaş grubu		
65-69	8	7.4
70-79	48	44.4
80-89	40	37.0
≥90	12	11.1
Ortalama yaş (standart sapma)	79.6±8.1	
Ortanca yaş (en büyük, en küçük değer)	78.5 (65-105)	
Eş durumu		
Eşi yaşıyor	50	46.3
Eşi ölmüş	58	53.7
Öğrenim durumu		
Okuryazar değil	57	52.8
Okuryazar	17	15.7
İlkokul mezunu	31	28.7
Ortaokul ve üzeri	3	2.8
Sosyal güvence		
Yok	51	47.2
BAĞ-KUR	23	21.3
SSK	22	20.4
Emekli sandığı	12	11.1
Sağlık güvencesi		
Yeşil Kart	28	25.9
BAĞ-KUR	35	32.4
SSK	26	24.1
Emekli Sandığı	19	17.6
Evde bakım veren kişinin yakınlık derecesi		
Eşi	29	26.9
Kızı	44	40.7
Oğlu	6	5.6
Torunu	4	3.7
Gelini	9	8.3
Ücretli bakıcı	16	14.8
Evde bakım verenin cinsiyeti		
Erkek	13	12.0
Kadın	95	88.0
Toplam	108	100.0

Tablo 2. Evde sağlık hizmeti verilen yaşlılarda bağımlılık durumu (Burdur, 2011)

Aktiviteler (n=108)	Kolay	Zor	Yardımla	Yapması mümkün değil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Yemek yemek	33 (30.6)	25 (23.1)	40 (37.0)	10 (9.3)
Yatağa yatmak-kalkmak	15 (13.9)	25 (23.1)	46 (42.6)	22 (20.4)
Giyinip-soyunmak	5 (4.6)	13 (12.0)	71 (65.7)	19 (17.6)
Tuvalete gitmek-kullanmak	9 (8.3)	15 (13.9)	39 (36.1)	45 (41.7)
Banyo yapmak	2 (1.9)	3 (2.8)	70 (64.8)	33 (30.6)
Yemek yapmak	2 (1.9)	1 (0.9)	2 (1.9)	103 (95.4)
Günlük ev işleri yapmak	-	-	3 (2.8)	105 (97.2)
Alışveriş yapmak	-	2 (1.9)	3 (2.8)	103 (95.4)
Ev dışı işler (fatura yatırma, hastaneye gitme, vb.)	-	-	1 (0.9)	107 (99.1)
Şehir dışına yolculuk	-	-	7 (6.5)	101 (93.5)

Tablo 3. Evde sağlık hizmeti verilen yaşlı hastaların sahip olduğu hastalıkların dağılımı (Burdur, 2011)

Hastalıklar	n (%)*
Nörolojik hastalıklar	
Tam ya da kısmi inme	43 (39.8)
Alzheimer hastalığı	13 (12.0)
Parkinson hastalığı	5 (4.6)
Diğer nörolojik hastalıklar	13 (12.0)
Kalp-damar hastalıkları	
Hipertansiyon	52 (48.1)
Kalp hastalıkları	24 (22.2)
Endokrin hastalıklar	
Diabetes mellitus	17 (15.7)
Tiroid hastalıkları	4 (3.7)
Ortopedik hastalıklar	
Femur kırığı ve diğer ortopedik hastalıklar	15 (13.9)
Solunum sistemi hastalıkları	
KOAH/Astım	8 (7.4)
Böbrek hastalıkları	
Kronik böbrek yetmezliği	5 (4.6)
Göz hastalıkları	7 (6.5)
Diğer**	6 (5.6)

*Yüzde birerden fazla yanıt üzerinden alınmıştır

**Diğer hastalıklar: prostat kanseri, serviks kanseri, mesane disfonksiyonu, prolapsus, kemik tüberkülozu ve umbilikal herni

Hizmet, hasta veya yakınının hastanedeki birime, aile hekimine veya İl Sağlık Müdürlüğündeki Koordinasyon Merkezine başvurusu ile başlayabildiği gibi, hastaneden taburculuk sonrası ilgili klinik

hekiminin veya aile hekiminin talebi ile de başlayabilmektedir. Koordinasyon Merkezi, uygun olan en yakın birimden ya da aile hekiminden ilk değerlendirmeyi yapmasını istemekte, değerlendirme sonucuna göre de hizmetin kimin tarafından verileceğine karar verilmektedir. Çalışmanın yapıldığı tarihte, uygulama yeni başladığından ve organizasyon tamamlanamadığından hizmetin nasıl başlatıldığı bilgisi elde edilememiştir.

Yaşlılara evde verilen sağlık hizmetlerinin %87.0'sini sadece devlet hastanesi, %3.7'sini ise aile hekimi vermiştir. Evde sağlık hizmeti verenlerin büyük kısmını (%92.6) hekimler oluşturmuştur. Yaşlıların yarıya yakını (%46.3) evde sağlık bakım hizmeti sırasında muayene edilmiş ve ilaçla tedavisi başlanmıştır; %12.0'si muayene sonucu bir sağlık kurumuna sevk edilmiştir. Yaşlı hastalara evde sağlık hizmetlerinden faydalanma süresi sorulmuştur. Dört ay ve üzeri sağlık hizmeti kullanım süresi %22.2'dir. Evde sağlık hizmeti aldıkları süre içinde yaşlıların %61.1'i bir kez, %9.3'ü dört kez ve daha fazla hizmet almıştır. Son bir ayda hastaneye başvuran ve yatarak tedavi görenlerin oranı %6.5'dir (Tablo 4). Yaşlılar veya yakınlarının verdiği bilgiye göre, evde verilen sağlık hizmetleri yaşlıların %28.7'inin hastaneye gitme sıklığını azaltmıştır.

Tartışma

Günümüzde nüfus artış hızındaki azalma eğilimi, doğuştan beklenen yaşam süresinin uzaması ve toplumsal baskının da etkisi ile hükümetler yaşlılarla ilgili sosyal politikaları daha önceler hale gelmiştir. Yaşlılara yönelik temel sosyal politikaların başında ise evde bakım hizmetleri gelmektedir. Bu çalışma, ülkemizde Sağlık Bakanlığınca verilen evde sağlık hizmetlerini ve bu hizmeti kullanan yaşlıların özelliklerini tanımlayan ilk çalışmalarından birisidir. Çalışmada evde sağlık hizmeti alan 65 yaş üzerindeki kişilerin %67.6'sını kadınlar oluşturmaktadır. 2010 Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) verilerine göre Burdur'da 65 yaş ve üzeri nüfusun %56.1'ini, Çatak'ın Burdur'da bir aile

hekimine kayıtlı yaşlılarla ilgili yaptığı çalışmada %54.5'ini, Bilir'in Ankara Altındağ Sağlık Ocağı Bölgesi'nde yaptığı saha çalışmasında ise %55.1'ini kadınlar oluşturmaktadır.^{2,4,5} Evde sağlık hizmeti alan yaşlılar arasında kadınların oranı, genel toplumdaki 65 yaş üzerindeki kadın oranından fazladır. Yaş ortalaması açısından değerlendirildiğinde, bu çalışmada evde sağlık hizmeti alan yaşlıların yaş ortalaması 79.6'dır. Çatak, Bilir, Ulusel, Ünsal ve Keskinoglu'nun çeşitli illerde yaptığı çalışmalarda 65 yaş ve üzeri nüfusun yaş ortalaması 70.8-74.1 arasında değişmektedir.⁴⁻⁸ Evde sağlık hizmeti alanların daha büyük kısmı kadındır ve yaş ortalaması daha büyüktür.

Tablo 4. Yaşlılarda evde tıbbi hizmet kullanımı (Burdur, 2011)

	Sağlık hizmet kullanımı	n	%
Sağlık hizmeti veren kurum	Devlet hastanesi	94	87.0
	Aile hekimi	4	3.7
	Devlet hastanesi ve aile hekimi	10	9.3
Sağlık hizmeti veren personel	Hekim	86	79.6
	Hekim dışı sağlık personeli	8	7.4
	Hekim ve hekim dışı sağlık personeli	14	13.0
Evde verilen tıbbi hizmetin niteliği	Muayene ve ilaçla tedavi	50	46.3
	Muayene, tetkik isteme ve ilaçla tedavi	29	26.9
	Muayene ve bir sağlık kuruluşuna sevk	13	12.0
	Enjeksiyon yapma, sonda takma, yara bakımı	16	14.8
Evde verilen tıbbi hizmet sayısı	1 kez	66	61.1
	2 kez	21	19.4
	3 kez	11	10.2
	4 kez ve daha fazla	10	9.3
Ortalaması (standart sapma)		1.7 (± 1.2)	
Ortancası (minimum-maksimum)		1 (1-8)	
Evde sağlık bakım hizmeti kullanım süresi (ay olarak)	1 ay	7	6.5
	2 ay	52	48.1
	3 ay	25	23.1
	4 ay ve üzeri	24	22.2
Ortalama (standart sapma)		2.8 (± 1.3)	
Ortanca (en büyük, en küçük değer)		2 (1-6)	
Evde verilen tıbbi hizmetin hastaneye başvurulara etkisi	Hastaneye başvuruları değiştirmede	77	71.3
	Hastaneye başvuruları azalttı	31	28.7
Son bir ayda hastaneye başvuru	Hastaneye başvurmamış	78	72.2
	Başvurmuş, ayaktan tedavi almış	23	21.3
	Başvurmuş, yatarak tedavi almış	7	6.5
Toplam		108	100.0

Diğer yandan çalışmamızda yaşlıların %53.7'sinin eşi ölmüş iken, Bilir'in çalışmasında eşi ölmüş yaşlı %23.1, Keskinoglu'nun çalışmasında ise %34.3 olarak bildirilmiştir.^{5,8} Özetle; Burdur'da yapılan bu çalışmanın sonuçlarına göre, evde sağlık hizmeti alan yaşlılar, toplumdaki 65 yaş üzeri nüfusla karşılaştırıldığında, kadınların ve eşini kaybetmiş olanların oranı daha fazladır; yaş ortalaması da daha yüksektir. Araştırmada evde sağlık hizmeti alan yaşlılarda okuryazar olmayanların oranı %53'tür. 2010 ADNKS verilerine göre Burdur'da 65 üzeri nüfusta okur yazar olmayanların oranı bu oranın yaklaşık yarısıdır (%27.0).² Karatay'ın Kars, Keskinoglu'nun İzmir'de yaptığı çalışmalarda okuryazar olmayan yaşlı düzeyleri (%63.4 ve %55.9) çalışmamızla benzerlik gösterirken, Çatak'ın Burdur, Bilir'in Ankara, Ulusel'in İzmir, Ünsal'ın Kırşehir'de genel yaşlı popülasyonla yaptığı çalışmalardan okuryazar olmayanlar %14.7-

%31.6 arasında değişmektedir.⁴⁻⁹ TNSA 2008'de 65 yaş ve üzeri kadınlarda eğitimi olmayan veya ilkokulu bitirmemiş olanların oranı %76.4 olarak bildirilmiştir.¹⁰ Araştırmada ortalama yaşın yaklaşık olarak 80.0 olduğu düşünülürse, yaşlıların doğum tarihleri 1920 - 1930'lu yıllara tekabül etmektedir. 1920 - 1930'lu yıllarda eğitim kurumlarının yetersizlikleri düşünüldüğünde, okuryazar olmayan yaşlı oranının yüksek olması da beklenen bir bulgudur.

Burdur'da evde sağlık hizmeti alan yaşlıların %47.2'sinin sosyal güvencesi bulunmamaktadır. Keskinoglu'nun İzmir'de sosyoekonomik düzeyi düşük bir mahallede yaptığı çalışmada yaşlıların %36.6'sının sosyal güvencesinin bulunmadığı bildirilmiştir.⁸ Sağlık güvencesi açısından bakıldığında ise çalışmamızda yaşlıların tamamının sağlık güvencesi bulunmaktadır. Her dört yaşlıdan birinin sağlık güvencesi ise yeşil karttır. Çatak ve Keskinoglu'nun

çalışmalarında sağlık güvencesi olmayan yaşlılar sırasıyla %1.2 ve %17.6 olarak bildirilmiştir.^{4,8} Aynı çalışmalarda yaşlıların %5.9 ve %5.3'ünün sağlık güvencesi yeşil kart olarak bildirilmiştir. Sosyal güvence açısından çalışmalar arasındaki farklılığın ilin, hatta il içi yerleşim alanlarının sosyoekonomik özelliklerinden kaynaklanabilir. Ancak araştırmamızda yaşlıların tamamının sağlık güvencesinin bulunması, yaşlının öznel durumundan, bir diğer deyişle hastalık durumunun getireceği maddi giderleri en aza indirme amacından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada en sık bildirilen iki kronik hastalık hipertansiyon ve inmedir. Bu hastalık örüntülerine sahip olan yaşlılar gerek günlük yaşam aktiviteleri ve gerekse ev dışı işleri yapmada hemen tamamen bağımlı durumdadır. Toplumda yapılan çalışmalarda da benzer biçimde 65 yaş üzerinde en sık görülen hastalık hipertansiyon iken,^{4,5,9,11-13} inme sıklığı ve bağımlılık düzeyi daha düşüktür.^{4,5} Nitekim Ankara'da bir sağlık ocağı bölgesinde yapılan çalışmada 80 yaş ve üzeri kişilerde inme düzeyinin daha yüksek olduğu ve buna bağlı olarak da bağımlılık düzeyinin arttığı bildirilmiştir.⁵

Araştırmanın önemli sonuçlarından birisi, "evde bakım" hizmetlerinin büyük oranda yaşlıların yakınları tarafından verildiği, bunların yaklaşık onda dokuzunu kadınların oluşturduğudur. Dramalı ve Altun'un yaptığı çalışmalarda da çalışmamızla benzer sonuçlar bildirilmiştir.^{14,15} Dünya Sağlık Örgütü'nün 2009 Dünya Sağlık Raporunda da, kadınların evde ve sağlık kuruluşlarında, hizmet sunucusu rollerine vurgu yapılmaktadır.¹⁶

Burdur'da yaşlı hastalara evde sağlık hizmetleri büyük oranda hastanelerde kurulan evde sağlık hizmeti birimleri ve bu birimde görev yapan hekim, sağlık memuru ve hemşire tarafından verilmiştir. En fazla verilen tıbbi hizmetler ise muayene, tetkik ve ilaçla tedavidir. Yaşlılarda mevcut hastalık örüntüleri açısından bakıldığında verilen sağlık hizmetlerinin sadece hekim, sağlık memuru ve hemşireler tarafından verilmesi, örneğin inmeli hastalar için

fizyoterapist ya da diyabetli hastalar için diyetisyenin ya da psikologun davet edilmemesi, mevcut tıbbi sorunun hafifletilmesine ve tedaviye odaklı, dar kapsamlı ve multidisipliner olmayan bir anlayışın hakim olduğunu göstermektedir. Halbuki hasta ve/veya hasta yakınları bu gerekliliğin farkında olmayabilir, gerekli sağlık personelinin davet etmeyebilir. Mevcut mevzuatta, bu gereksinim dikkate alınmış; yayınlanan yönergede "ihtiyaç halinde evde sağlık hizmeti sunan ekibe diyetisyen, fizyoterapist, sosyal çalışmacı, psikolog dahil edilir" denilmiştir.³

Yaşlılar ortalama 2.8 ay içerisinde, ortalama 1.7 kez evde sağlık hizmeti kullanmıştır. Ülkemizde benzer bir çalışmaya ulaşamadığından, hizmet süresi başına düşen sağlık hizmeti kullanım sıklığı ile ilgili bir kıyaslama yapılamamaktadır. Ancak gerek bağımlılık düzeyi ve gerekse hastalık örüntülerinin çeşitliliği ve ağırlığı açısından bakıldığında, evde sağlık hizmet kullanım sıklığının daha fazla olması beklenebilir. Bu durumun olası nedeni gerek hizmet sunucuların ve gerekse hizmet kullanıcıların evde sağlık hizmeti konusunda yeterli bilgiye sahip olmamasıdır. Her ne kadar ilgili mevzuatta sağlık personelinin bir plan ve program doğrultusunda hizmet sunmasından bahsedilmekte ise de, sahadaki gözlemlerimiz sağlık personelinin hastayı sistematik bir şekilde değerlendirip ve bir plan doğrultusunda sağlık hizmeti sunmadığıdır. Buna rağmen, evde verilen sağlık hizmetinin her 100 yaşlıdan 30'unun hastaneye başvuru sıklığını azalttığından bildirilmiş olması önemli bir bulgu olup, önümüzdeki süreçte bu oranın daha da artacağı düşünülmektedir.

Sonuç olarak; evde sağlık hizmeti sunulan yaşlıların sosyodemografik özellikleri, hastalık örüntüleri ve bağımlılık durumu toplumdaki yaşlı popülasyonundan farklıdır. Evde bakım hizmetleri büyük ölçüde kadınlar ve akrabaları tarafından verilmektedir. Sağlık hizmet sunumuna birden fazla sağlık kurumu dâhil olmaktadır, sunulan sağlık hizmeti kapsamlı değildir ve multidisipliner ekip anlayışından yoksundur.

Bu bağlamda; şu anki durumuyla evde sağlık hizmetleri deyim yerinde ise "sempomatik" biçimde verilmektedir. Bu nedenle gerek sağlık yöneticileri ve gerekse evde sağlık hizmeti veren birimde görev yapacak personel hizmet içi sertifikasyon programına tabi tutulmalı ve profesyonel bir nitelik kazandırılmalıdır. Ayrıca hizmet sunan kurumun birden fazla olması (hastane, aile hekimi, toplum sağlığı merkezi, dal hastanesi, vb.), hizmette kaosu birlikte getirebileceğinden hizmet sunumu tek bir kurum tarafından planlanmalı ve yürütülmeli, ayrıca ekibi tamamlayacak diyetisyen, fizyoterapist, sosyal çalışmacı ve psikolog'un da istihdamı sağlanmalıdır.

Diğer yandan; evde sağlık hizmeti sunumunun kamusal düzeyde verilmesi önemli bir adım olmakla birlikte, hizmet kapsamının diğer "sosyal bileşenler" den

yoksun olması ve sadece tıbbi hizmetler düzeyinde tanımlanması³ evde sağlık hizmetlerinin hangi düzeyde etkili olacağını da tartışılır hale getirmektedir. Ayrıca evde bakım hizmeti veren kişilerin, evde bakım konusunda eğitimsiz ve profesyonel destekten yoksun olması hastanın yaşam süresini kısaltabileceği gibi, aynı zamanda bakım verenlerde iş ve aile yaşamına ilişkin sosyal, psikolojik ve ekonomik sorunlar ortaya çıkarabileceği gösterilmiştir.^{17,18} Önümüzdeki süreçte yaşlı nüfusun gittikçe artacağı da göz önünde bulundurularak, kamusal düzeyde "evde sağlık hizmeti" birimleri değil, evde sağlık hizmetlerini de içerecek biçimde "evde bakım hizmeti" birimlerinin oluşturulması özelde yaşlı ve yaşlı yakınları için, genelde ülke için bir kazanım olacaktır.

Teşekkür

Çalışmaya katkılarından dolayı başta Ebe Dudu Bağ olmak üzere Burdur Toplum

Sağlığı Merkezinde görev yapan ebe/hemşirelere teşekkür ediyoruz.

Kaynaklar

1. Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta Evde Bakım. Turkish Journal of Geriatrics 2002;5(4):155-9.
2. Türkiye İstatistik Kurumu. <http://tuikapp.tuik.gov.tr/adnksdagitapp/adnks.zul>. Erişim Tarihi: 06.06.2011.
3. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-72726/h/son-yonerge.doc> Erişim Tarihi: 06.06.2011.
4. Çatak B, Sütü S, Kılınç AS, Sarıoğlu O. Bir Aile Hekimine Kayıtlı 65 Yaş ve Üzeri Nüfusta Sağlık Hizmet Kullanımı, Kronik Hastalık Sıklığı ve Bağımlılık Durumu. Akad Geriatri 2011;3:88-94.
5. Bilir N, Aslan D, Güngör N, ve ark. Ankara Altındağ Sağlık Ocağı Bölgesi Sakarya Mahallesi'nde Yaşayan 65 Yaş Üzeri Kişilerin Bazı Sağlık ve Sosyal Durumlarının Saptanması. Turkish Journal of Geriatrics 2002;5(3):97-102.
6. Ulusel B, Soyer A, Uçku R. Toplum İçinde Yaşayan Yaşlılarda Günlük Yaşam Etkinliklerinde Bağımlılık Düzeyi ve Etkileyen Risk Etmenleri. Turkish Journal of Geriatrics 2004;6(4):199-205.
7. Ünsal A, Demir G. The Prevalence of Chronic Disease and Drug Use in Elderly in Central Kırşehir. Turkish Journal of Geriatrics 2010;13(4):244-51.
8. Keskinoglu P, Pıçakçıfe M, Giray H, Bilgiç N, Uçku R, Tunca Z. Yaşlılarda Depresif Belirtiler ve Risk Etmenleri. Genel Tıp Dergisi 2006;16(1):21-6.
9. Karatay G, Aktaş B, Erdağı S. Kars'ta 60 Yaş ve Üstü Popülasyonda Bilişsel İşlevlerin Taranması: Alan Çalışması. Turkish Journal of Geriatrics 2010;13(4):261-9.
10. TNSA (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması) (2009), *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdları Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK. Ankara. Türkiye.
11. Özdemir L, Koçoğlu G, Sümer H, ve ark. Sivas İl Merkezinde Yaşlı Nüfusta Bazı Kronik Hastalıkların Prevalansı ve Risk

- Faktörleri. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2005;27(3):89-94.
12. Özkan H, Yalvarmış F, Güler M, Çalışkan T, Türker S, Sunay FB. Yaşlı Nüfusun Sosyodemografik Özellikleri: Pamukçu Kasabası, Balıkesir. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2006;15(11):199-201.
13. Dudak A.H, Çakıl E, Aykut M, Çetinkaya F, Günay O, Öztür Y. Kayseri İl Merkezindeki Yaşlıların Mediko-Sosyal Sorunları ve Yaşam Memnuniyetlerini Etkileyen Faktörler. Turkish Journal of Geriatrics 2006;9(4):202-12.
14. Dramalı A, Demir F, Yavuz M. Evde Kronik Bakım Veren Hasta Yakınlarının Karşılaştıkları Sorunlar. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Özet Kitabı. İstanbul: 24-26 Eylül 1988.
15. Altun İ. Evde Kronik Bakım Veren Hasta Yakınlarının Karşılaştıkları Sorunlar. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Özet Kitabı. İstanbul: 24-26 Eylül 1988.
16. World Health Organisation. Women and Health: today’s evidence tomorrow’s agenda. <http://www.who.int/gender/documents/9789241563857/en/index.html> Erişim Tarihi:08.03.2012.
17. Subaşı N, Öztekin Z. Türkiye’de Karşılanmayan Bir Gereksinim: Evde Bakım Hizmetleri. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2006;5(1):19-31.
18. Akça K.N, Taşçı S. 65 Yaş Üstü Bireylere Bakım Verenlerin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi 2005;14:30-6. (Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı).

Orijinal Çalışma

Kahvehane, Restoran ve Kafe Çalışan ve Müşterilerinin İkram Sektöründe Sigara İçilmesinin Yasaklanması Konusundaki Görüşleri

Hilal Özcebe^a, Nazmi Bilir^a

Özet

Amaç: Tanımlayıcı tipteki bu çalışmada ikram endüstrisi müşterileri ile bu işyerlerinde çalışanların sigara yasakları konusundaki görüşleri incelenmiştir. **Yöntem:** Çalışma Türkiye'nin değişik bölgelerindeki 8 ilde yürütülmüş, her ilde ikram sektörü işyerlerinden (kahvehane, restoran, kafe) 20 tane olmak üzere toplam olarak 160 işletme çalışma kapsamına alınmıştır. Araştırma verileri iki aşamada toplanmıştır; ilk dönem veri toplama, yasanın ikram endüstrisi işletmelerini kapsayan bölümünün uygulamaya girmesinden 2-3 ay önce, ikinci dönem veri toplama ise yasanın uygulamaya girmesinden 4 ay sonra yapılmıştır. Her işletmede iki müşteri ile ve o işletmede çalışanlarla görüşülmüştür. Sonuç olarak birinci aşamada 316 müşteri ve 315 çalışan/işletme sahibi ile, ikinci aşamada da 320 müşteri ve 319 çalışan/işletme sahibi ile görüşülmüştür. **Bulgular:** Müşterilerin birinci aşamada %66.2'si ve ikinci aşamada %31.9'unun sigara içtiği saptanmıştır. Benzer olarak çalışanların birinci aşamada %55.4'ü ve ikinci aşamada %32'si sigara içmektedir. Bu bulgu sigara içmeyen müşterilerin kahvehane, restoran ve kafelere kapsamlı yasanın uygulanmaya başlamasından sonra daha fazla gitmeye başladıklarına işaret ediyor olabilir. Sigara içmeyen müşterilerin hemen hepsi sigara ile ilgili yasaklardan memnun olduklarını ve sigara dumanı olmayan yerlerin daha keyifli olduğunu belirtmişlerdir. Sigara içen müşteriler de genel olarak sigara içilmesinin yasaklanmasını desteklemişlerdir. Çalışanlar ve işletme sahipleri arasında da sigara dumanı olmayan yerlerin daha keyifli olduğu ve dumansız yerlerde çalışmanın çalışan sağlığı bakımından koruyucu olduğu görüşü daha yüksek yüzdelerde bulunmuştur. Yasanın uygulanmasının güç olacağı düşüncesi de yasa uygulamaya girdikten sonra müşterilerde %60'tan %18'e, çalışan ve işletme sahipleri arasında ise %73'ten %22'ye azalmıştır. **Sonuç:** Tütün kontrolü yasası ikram sektöründe hem çalışan hem de müşterilerin desteklediği bir yasa haline gelmiştir. Yasanın sigara kullanımını azaltmaya katkısı olmaya başlamıştır.

Anahtar Kelimeler: Sigara içme yasağı, görüşler

Opinions of the Customers and Employees of Cafes and Restaurants on Smoke Free Implementations

Abstract

Objective: This descriptive study investigates the opinions of the customers and employees of café and restaurant on the implementation of smoke-free rules/ laws.

^aProf.Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği

Sorumlu Yazar: Hilal Özcebe, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara. Tlf: 0312 3051590, E-posta: hilalozcebe@gmail.com

Bu araştırma Halk Sağlığı Uzmanları Derneği tarafından "Türkiye'de Sigara İçilmeyen Kamusal Alanların ve İşyerlerinin Genişletilmesi, Sigara Karşıtı Politika ve Uygulamaların Değerlendirilmesi" çalışması kapsamında gerçekleştirilmiştir.

Geliş tarihi: 23 Ağustos 2011, Kabul tarihi: 17 Mart 2012

Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2012;10(1)

Methods: The study was conducted in 8 provinces in various geographical parts of the country. A total of 160 workplaces (restaurants, cafes, tea-houses) were included in the study, with 20 workplaces in each of the provinces. The first set of data was collected 2-3 months prior to the implementation of the comprehensive smoke-free policy and the second set of data 4 months after the implementation. Two customers at each of the venues were interviewed. Therefore the total number of customers participating was 316 and 320 at the first and second surveys. Similarly 315 and 319 persons (workers and owners) were interviewed during the first and second surveys. **Results:** The percentage of daily smokers were 66.2 and 31.9 among the workers and 55.4 and 32.0 among the customers before and after the implementation respectively. This finding may indicate that more non-smokers were attending the tea-coffee houses and restaurants. Almost all of the non-smoking customers were in favor of the smoke-free implementation, saying that smoke-free venues are more pleasant and smoke free implementation protects the health of the workers. Smoking customers supported the smoke free implementation as well. Among the workers and the owners, the percentages on both the pleasant venue and protection of worker's health were much higher. The opinion that implementation of the smoke free policy would be difficult, decreased after the implementation, from 60 percent to 18 percent among the customers and from 73 percent to 22 percent among the workers and the owners. This finding indicates high compliance with the law. **Conclusion:** Tobacco control legislation has been supported by workers and clients of the hospitality sector. It has been observed that the law has made a contribution to decreasing the rate of smoking.

Key Words: Smoke free implementation, opinions

Giriş

Tütün kullanımının sağlık üzerine olan etkileri 1900'lü yılların başlarından beri bilinmekle birlikte Doll'un 1964 yılındaki makalesi ile bu konudaki kesin kanıtlar ortaya koyulmuştur.¹ Bu ilk bilimsel kanıttan sonra Amerika Birleşik Devletleri (ABD) - Halk Sağlığı Kurumu'nun 1964 yılı raporunda sigaranın sağlığa zararlı olduğu belirtilmiştir.² Bugünkü bilgilerimize göre tütün kullanan kişilerin en fazla ölümüne neden olan üç hastalık akciğer kanseri, koroner kalp hastalığı ve kronik bronşittir. Bunun yanı sıra, tütün farklı yerlerde 12 kanserin temel etkeni olarak tanımlanmaktadır. Tütün kullanımı, kanserlerin yanı sıra kalp ve damar hastalıkları, çeşitli akciğer hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları gibi pek çok hastalığın oluşumunda da rol oynamaktadır.³⁻⁵ Halen dünyada her yıl beş milyon insanın tütünün neden olduğu sağlık sorunları nedeniyle öldüğü bilinmektedir. Bir başka bakış açısıyla her iki tütün kullanıcısından biri tütünün neden olduğu hastalıklar nedeniyle yaşamını kaybetmektedir. Tütün kullanımının yarattığı bu salgın ile yeterince mücadele edilemediği takdirde dünyada 2030

yılında sekiz milyon insanın tütün kullanımının neden olduğu hastalıklar nedeniyle öleceği tahmin edilmektedir. Tütün kullanımı, ölümlere neden olmasının yanı sıra yaşam kalitesini düşüren hastalıklara neden olarak sosyal ve ekonomik olarak toplumsal yük oluşturmaktadır.⁶

Tütün kullanımının sağlık etkilerine, tütün dumanından pasif etkilenimin zararlı etkileri de eklenmiştir. Tütünün kişi tarafından içildikten sonra ortama verilmesi (ana akım aslında, sigara içen kişinin kendisinin inhale ettiği havadır) ve tütünün içilmediği dönemde yanmaya devam ederek ortama kimyasal madde salması (yan akım) tütün dumanında bulunan toksik maddelerin ortama yayılmasına neden olmaktadır. Bu durum tütün mamülü kullanmayan kişinin de tütün ile ilgili hastalıklara yakalanmasına neden olmaktadır. Tütün dumanından pasif etkilenim akciğer kanseri, kalp ve damar hastalıkları, kronik akciğer hastalıkları, inmenin yanı sıra astım, solunum yolu enfeksiyonları gibi hastalıkların nedenleri arasında yer almaktadır.⁷⁻⁸

Tütün kontrolüne ilişkin mücadelede başlamama, bırakma ve pasif etkilenimi önleme olmak üzere üç farklı amaca yönelik çalışmak gerekmektedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2003 yılında Genel Kurulda imzaya açılan Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS) de bu üçlü yaklaşımı desteklemektedir. Tütün ürünlerinin üretim ve satışına yönelik maddeler, başlamama için alınması gereken önlemler, içenlerin bırakmasına yönelik öneriler ile pasif etkilenimden korunma için yapılması gerekenlere yönelik müdahalelerin bulunduğu sözleşme halen Ağustos 2011 tarihi itibarıyla 174 ülke tarafından imzalanmıştır; Türkiye’de dâhil olmak üzere 120 ülke tarafından da uygulanmaya başlanmıştır.⁹

Türkiye’de tütün kontrolündeki adımlar ise şu şekilde özetlenebilir. Türkiye’de 1996 yılında 4207 Sayılı "Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun" ile bazı kamusal yerlerde ve toplu taşıma araçlarında tütün mamüllerinin kullanımı yasaklanarak sigara dumanından pasif etkilenime ilişkin ilk yasal müdahale uygulanmaya konmuştur. Türkiye tarafından 2004 yılında imzalanan ve 2005 yılında uygulamaya giren TKÇS nin arkasından Ulusal Tütün Kontrolü Eylem Planını hazırlanmış ve uygulanmaya başlamıştır. Tütün dumanından pasif etkilenimin toplu yaşam yerlerinde kaldırılması ile ilgili ikinci büyük müdahale ise 4207 sayılı yasanın 2008 yılında kapsamının geliştirilmesi ile olmuştur. "Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun" şeklinde adı değiştirilen yasa tüm ikram sektöründe kapalı alanlarda tütün kullanımını yasaklamaktadır.^{10,11}

Türkiye’de tütün kullanım sıklığı oldukça yüksek olup dünyadaki ilk 10 ülke arasındadır. Türkiye 2008 Küresel Yetişkin Tütün Araştırmasına göre Türkiye genelinde 15 ve daha yukarı yaştaki bireylerin %31.3’ü her gün veya ara sıra tütün mamulü kullanmaktadır. Bu yüzde, erkeklerde kadınlara göre daha yüksektir (%47.9 ve %15.2). Kentsel yerlerde, her gün veya ara

sıra tütün ve tütün mamulü kullananların yüzdesi kırsal kesimde yaşayanlara göre daha yüksektir (%33 ve %27.2). Yasa öncesi yapılan 2008 Küresel Yetişkin Tütün Araştırmasında özellikle lokantalarda (%55.9), toplu taşımacılıkta (%16.5) sigara dumanına maruz kaldığı belirtilmiştir. Erkeklerin (%57.7) ve kadınların (%52.3) yarısından fazlası restoranlarda sigara dumanına maruz kaldıklarını belirtmiştir.¹² Tüm bu veriler Türkiye’de sigara kullanımının sıklığının yüksek olduğunu, dolayısıyla da sigara dumanından pasif etkilenimin de fazla olduğunu göstermektedir.

Toplumlarda sigara kullanımı konusunda norm ve değerlerin oluşmasında kullanım sıklığının önemi büyüktür. Tütün kullanımı ne kadar yüksek ise toplumda daha fazla kabul edilebilen bir davranış olma olasılığı artar. Ayrıca, toplumun farklı kesimlerinde tütün kullanım sıklığının yüksek olması özellikle o gruba ait kişilerin tütün kullanımının artmasına neden olmaktadır. Toplumda örnek alınan kişilerin tütün kullanma davranışlarının olması da onları örnek alan kişilerde benzer davranış değişikliği yapmaktadır. Sigara kullanılan bir arkadaş grubunda bir gencin bu gruba dâhil olmak için benzer davranışlar göstermesi gerektiği düşüncesi etmenlerden biridir. Toplumun tütün kullanımına ilişkin normlarının ve değerlerinin tütün kullanımını desteklememesi yönünde geliştirilmesi gerekmektedir. Tütün dumanından pasif etkilenim konusundaki yasanın uygulanabilmesi için öncelikle işletme sahip ve çalışanları ile bu işletmelerde hizmet alan müşterilerin görüşlerinin öğrenilmesi ve sorun alanlarına göre müdahalenin planlanması başarıyı artıracaktır.

Bu çalışmada "Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun" un uygulanmaya başlamasından önce ve sonra olmak üzere, sektör müşterilerinin ve çalışanlarının yasa hakkındaki görüşleri değerlendirilmiştir.

Yöntem

Türkiye’de sekiz ilde (Ankara, Bursa, Eskişehir, Gaziantep, İzmir, Mersin, Samsun ve Van) lokanta, bar, kafe ve kahvehanelerde çalışanlar ve bu işletmelerin müşterilerinin 4207 sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında yasa hakkındaki görüşlerinin ve davranışlarının öğrenilmesi amaçlanmıştır. Diğer taraftan bu illerde sokakta rastgele olarak seçilen bazı kişilerin de görüşleri ve davranışları öğrenilmiştir. Araştırma sırasında her ilde 20 işletmenin ziyaret edilmesi ve her işletmede en az iki müşteri ile görüşülmesi hedeflenmiştir. Bu çalışma sırasında her ilde toplam 80 müşteriye (birinci araştırmada 40 müşteri ve ikinci araştırmada 40 müşteriye) ulaşılması hedeflenmiştir. Birinci araştırmada görüşme yapılan 160 işletmeden 11’ine kapandıkları için ulaşılamamış ve aynı türde en yakın işletme araştırmaya dahil edilmiştir.

Bu çalışmanın birinci aşamasına ilişkin veri Nisan-Mayıs 2009’da; ikinci aşama verisi ise Kasım-Aralık 2009 döneminde toplanmıştır. Böylece hem yasa uygulamasından 2-3 ay önce hem de uygulamalardan 4 ay sonra işletmelerde müşteri olarak hizmet alan ve hizmet sunan kişilerin yasa hakkındaki görüşleri ve beklentileri öğrenilmiştir.

Araştırmanın tipi tanımlayıcı olup herhangi kesimi ve bölgeyi temsil etmemektedir. Araştırma sırasında uygunluk örnekleme kullanıldığı için bulgular sadece görüşülen kişilere ilişkin durumu temsil etmektedir.

Bulgular

Araştırma sırasında birinci aşamada 316 ve ikinci aşamada 320 olmak üzere toplam 636 müşteri ile görüşülmüştür. Birinci aşamada görüşülen kişilerin yaş ortalaması 32.3, en küçük yaştaki kişinin yaşı 18 olup en büyük kişi 79 yaşındadır. İkinci aşamada görüşülen kişilerin yaş ortalaması 32.3, en küçük yaştaki kişinin yaşı 18 olup en büyük kişi 76 yaşındadır. Birinci aşamada görüşülen 316 kişiden 239’u erkek (%75.9) ve 76’sı

kadın (%24.1) iken ikinci aşamada 194’ü erkek (%60.6) ve 126’sı kadındır (%39.4).

Araştırma sırasında sekiz ilde 160 işletmede birinci aşamada 315 çalışan/işletme sahibi ile görüşürken ikinci aşamada 319 kişi ile görüşme yapılmıştır. Birinci aşamada görüşülen kişilerden %86.0’ı ve ikinci aşamada %88.7’si erkektir.

İşyerlerinde yasa öncesi görüşülenlerin %70.8’i çalışan (%44.1 çalışan ve %26.7’si sorumlu kişi) %24.9’u işletme sahibidir. Yasa sonrası ise bu yüzdeler sırasıyla %79.0 (%50.8 ve %28.2) ve %21.0’dır.

İkram sektöründe yasa uygulaması öncesinde ve sonrasında görüşülen kişilerin sosyodemografik özellikleri bakımından bazı farklılıklar bulunmaktadır. Yasa uygulaması sonrasında görüşülen çalışan grubu, uygulama öncesi gruba göre daha genç yaş grubunda, daha yüksek öğrenim düzeyine sahip, evlilik yüzdesi daha yüksek ve daha az sigara kullanan bir grubu oluşturmaktadır. Müşteri yapısının da daha değişik olduğu görülmektedir: Yasa uygulaması sonrasında görüşülen grup daha genç yaş grubunda, öğrenim düzeyi daha yüksek, bekârların yüzdesi daha yüksek ve sigara kullanma yüzdesi daha düşüktür (Tablo 1).

Görüşme yapılan müşterilerin sigara kullanma davranışları da farklıdır. Yasa uygulaması öncesinde görüşülen müşterilerin %60.8’i ara sıra ya da hergün sigara kullanırken yasa uygulaması sonrasında bu yüzde %39.3’dür. Yasa uygulaması öncesi ve sonrasında ikram sektöründe görüşülen çalışanların ve müşterilerin sigara kullanma davranışları farklıdır. Çalışanlar arasında sigara kullanma (ara sıra ve her gün) yasa uygulaması öncesinde %67.9 iken yasa uygulaması sonrasında %36.6’dır (Tablo 1).

Kanunun sigara kullanma sıklığını etkileme durumu sorulduğunda çalışanların %19.4’ü azaldığını belirtirken, müşterilerde bu oran %27.0’dır. Kanunun sigara kullanma sıklığını etkilemediğini belirtme ise çalışanlarda %74.5 iken müşterilerde %45.1’dır.

Tablo 1. İkram Sektöründe Yasa Uygulaması Öncesi ve Sonrası Görüşülen Müşteri ve Çalışanların Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri (%) (Sekiz il, 2009-2010)

	Çalışan		Müşteri	
	Önce	Sonra	Önce	Sonra
Yaş Grubu	(n=315)	(n=319)	(n=315)	(n=320)
19 ve altı	2.5	0.9	1.3	7.2
20-29	31.4	30.4	36.8	50.0
30-39	27.3	34.5	22.2	17.2
40-49	25.4	19.7	15.9	11.9
50 ve üzeri	13.3	14.4	23.9	13.7
Öğrenim Durumu	(n=315)	(n=319)	(n=315)	(n=320)
Okur-yazar	-	0.3	0.6	0.3
İlkokul mezunu	18.7	6.6	11.4	3.1
İlköğretim mezunu	20.7	24.8	8.5	13.8
Lise mezunu	46.0	55.2	44.0	59.7
Üniversite mezunu ve üstü	14.6	13.2	35.1	23.1
Medeni Durum	(n=315)	(n=319)	(n=315)	(n=320)
Evli	57.8	65.5	47.5	32.8
Bekâr	40.3	33.9	43.9	62.8
Dul	1.9	0.6	8.6	4.4
Sigara Kullanma Durumu	(n=313)	(n=319)	(n=316)	(n=320)
Hiç kullanmamış	27.0	49.2	19.3	48.3
Eskiden kullanmış, halen kullanmıyor	5.1	14.2	19.9	13.5
Ara sıra kullanıyor	1.7	4.7	5.4	6.3
Her gün kullanıyor	66.2	31.9	55.4	32.0

Yasa uygulaması öncesi ve sonrasında sigara kullanmayan müşterilerin %90'dan fazlası "sigara içilmeyen lokanta ve kafelerde oturma'nın müşteri açısından keyifli olduğu", "sigara içme yasağının lokanta ve kafelerde çalışanların sağlığını korunmasını sağlayacağı", ve "yeni yasanın sigara kullanmayan vatandaşların temiz hava hakkını koruyacağı" görüşündedirler. Sigara kullanmayan müşteriler arasında "lokanta ve kafelerde sigara kullanımını yasaklayan yasanın işe yaradığı", "sigara içme yasağının müşterilerin sigara içmesini kısıtlaması demek olmadığı", "kapalı alanlarda sigara

içilmesini engelleyen yasanın genel olarak destek gördüğü" ve "kapalı ortamlarda sigara içilmeyeceği" konusunda olumlu görüşlerin yüzdesinde artış vardır. (Tablo 2).

Sigara kullanan müşterilerin yanıtlarında da değişim söz konusudur. Sigara kullanan müşterilerin en fazla destek verdikleri görüş "yeni yasanın sigara kullanmayan vatandaşların temiz hava hakkını koruyacağı"dır. Destek verilen ikinci görüş ise "sigara içme yasağının lokanta ve kafelerde çalışanların sağlığını korunmasını sağlayacağı"dır.

Tablo 2. Yasa öncesi ve sonrasında görüşülen müşterilerin sigara dumanından pasif etkilenim konusundaki bazı ifadeler konusundaki görüşlerinin dağılımı (%) (Sekiz il, 2009-2010)

	Katılıyorum		Katılmıyorum		Bu konuda fikrim yok	
	Önce	Sonra	Önce	Sonra	Önce	Sonra
Sigara Kullanmayan Müşteriler*						
İçerisinde sigara içilmeyen lokanta ve kafelerde oturmak müşteri açısından keyiflidir.	90.4	97.9	8.7	2.1	0.9	-
Kapalı yerlerde sigara içilebilir.	8.7	2.1	88.7	94.8	2.6	3.1
Yeni yasa sigara kullanmayan vatandaşların temiz hava haklarını korumaktadır.	93.9	97.4	5.2	1.6	0.9	1.0
Sigara içme yasağı lokanta ve kafelerde çalışanların sağlığının korunmasını sağlar.	97.4	99.5	2.6	0.5	-	-
Sigara içme yasağı lokanta ve kafelere gelen müşteri sayısını azaltır.	67.8	31.4	27.0	54.4	5.2	14.5
Sigara içme yasağı, sigara içenlerin sigarayı bırakmalarına yardımcı olur.	72.2	62.7	22.6	19.7	5.2	17.6
Sigara içme yasağı müşterinin sigara içmesinin haksız yere kısıtlanması demektir.	31.3	8.3	62.6	89.6	6.1	2.1
Sigara içme yasağı, insanların sigara içerken diğer kişilerden çekinmelerine neden olur.	67.0	60.6	30.4	15.5	2.6	23.8
Sigara içme yasağına uymayanlara verilen cezalar yeterince caydırıcıdır.	44.3	78.2	40.9	13.5	14.8	8.3
Lokanta ve kafelerde sigara kullanımını yasaklayan yasa işe yaramaz.	43.5	4.7	50.4	87.6	6.1	7.8
Kapalı alanlarda sigara içilmesini engelleyen yasa bazı kişilerin yakınması olsa bile genel olarak destek görmektedir.	79.1	81.3	9.6	9.3	11.3	9.3
Sigara Kullanan Müşteriler**						
İçerisinde sigara içilmeyen lokanta ve kafelerde oturmak müşteri açısından keyiflidir.	55.5	38.8	38.7	58.7	5.8	2.5
Kapalı yerlerde sigara içilebilir.	25.1	58.7	70.2	31.4	4.7	9.9
Yeni yasa sigara kullanmayan vatandaşların temiz hava haklarını korumaktadır.	79.6	90.9	17.3	7.4	3.1	1.7
Sigara içme yasağı lokanta ve kafelerde çalışanların sağlığının korunmasını sağlar.	82.2	73.6	16.8	24.8	1.0	1.7
Sigara içme yasağı lokanta ve kafelere gelen müşteri sayısını azaltır.	87.4	77.7	8.9	14.9	3.7	7.4
Sigara içme yasağı, sigara içenlerin sigarayı bırakmalarına yardımcı olur.	41.4	43.0	53.9	52.1	4.7	5.0
Sigara içme yasağı müşterinin sigara içmesinin haksız yere kısıtlanması demektir.	62.8	81.0	33.5	16.5	3.7	2.5
Sigara içme yasağı, insanların sigara içerken diğer kişilerden çekinmelerine neden olur.	60.2	64.5	34.6	33.1	5.2	2.5
Sigara içme yasağına uymayanlara verilen cezalar yeterince caydırıcıdır.	53.7	62.5	32.6	30.8	13.7	6.7
Lokanta ve kafelerde sigara kullanımını yasaklayan yasa işe yaramaz.	57.1	19.0	34.6	60.3	8.4	20.7
Kapalı alanlarda sigara içilmesini engelleyen yasa bazı kişilerin yakınması olsa bile genel olarak destek görmektedir.	57.1	50.4	23.6	36.4	19.4	13.2

* Sigara kullanan müşterilerden yasa uygulaması öncesi 192 kişi ve yasa uygulaması sonrası 22 kişi bu sorulara yanıt vermiştir.

** Sigara kullanmayan müşterilerden yasa uygulaması öncesi 124 kişi ve yasa uygulaması sonrası 197 kişi bu sorulara yanıt vermiştir.

Yasanın etkisinin arttığını gösteren olumlu yönde değişen görüşler ise “sigara içme yasağının müşteri sayısını azaltmayacağı”, “sigara içme yasağına uymayanlara verilen cezalar yeterince

caydırıcı olduğu”, “lokanta ve kafelerde sigara kullanımını yasaklayan yasanın işe yaramadığı”dır. Olumsuz görüşlerin arttığı yanıtlar ise “içerisinde sigara içilmeyen lokanta ve kafelerde oturmak müşteri

açısından keyiflidir”, “sigara içme yasağı müşterinin sigara içmesinin haksız yere kısıtlanması demektir”, “kapalı yerlerde sigara içilebilir” ve “kapalı alanlarda sigara

içilmesini engelleyen yasa bazı kişilerin yakınması olsa bile genel olarak destek görmektedir” (Tablo 2).

Tablo 3. Yasa öncesi ve sonrasında görüşülen çalışanların sigara dumanından pasif etkilenim konusundaki bazı ifadeler konusundaki görüşlerinin dağılımı (%) (Sekiz il, 2009-2010)

	Katılıyorum		Katılmıyorum		Bu konuda fikrim yok	
	Önce	Sonra	Önce	Sonra	Önce	Sonra
Sigara Kullanmayan Çalışanlar*						
İçerisinde sigara içilmeyen lokanta ve kafelerde oturmak müşteri açısından keyiflidir.	82.0	80.2	16.0	18.2	2.0	1.6
Kapalı yerlerde sigara içilebilir.	18.0	5.9	80.0	86.1	2.0	8.0
Yeni yasa sigara kullanmayan vatandaşların temiz hava haklarını korumaktadır.	88.0	87.7	11.0	4.8	1.0	7.5
Sigara içme yasağı lokanta ve kafelerde çalışanların sağlığının korunmasını sağlar.	88.0	96.8	10.0	3.2	2.0	-
Sigara içme yasağı lokanta ve kafelere gelen müşteri sayısını azaltır.	85.0	57.2	15.0	38.0	-	4.8
Sigara içme yasağı, sigara içenlerin sigarayı bırakmalarına yardımcı olur.	53.0	69.0	41.0	27.3	6.0	3.7
Sigara içme yasağı müşterinin sigara içmesinin haksız yere kısıtlanması demektir.	45.0	15.0	51.0	79.7	4.0	5.3
Sigara içme yasağı, insanların sigara içerken diğer kişilerden çekinmelerine neden olur.	73.0	49.7	25.0	34.8	2.0	15.5
Sigara içme yasağına uymayanlara verilen cezalar yeterince caydırıcıdır.	58.0	50.3	32.0	43.9	10.0	5.9
Lokanta ve kafelerde sigara kullanımını yasaklayan yasa işe yaramaz.	55.0	10.2	38.0	74.9	7.0	15.0
Kapalı alanlarda sigara içilmesini engelleyen yasa bazı kişilerin yakınması olsa bile genel olarak destek görmektedir.	65.0	65.8	21.0	10.2	14.0	24.1
Sigara Kullanan Çalışanlar**						
İçerisinde sigara içilmeyen lokanta ve kafelerde oturmak müşteri açısından keyiflidir.	64.8	75.7	31.4	22.6	3.8	1.7
Kapalı yerlerde sigara içilebilir.	28.6	16.5	65.7	76.5	5.7	7.0
Yeni yasa sigara kullanmayan vatandaşların temiz hava haklarını korumaktadır.	81.4	84.3	15.7	8.7	2.9	7.0
Sigara içme yasağı lokanta ve kafelerde çalışanların sağlığının korunmasını sağlar.	85.2	93.9	13.8	5.2	1.0	0.9
Sigara içme yasağı lokanta ve kafelere gelen müşteri sayısını azaltır.	89.5	65.2	9.0	33.0	1.4	1.7
Sigara içme yasağı, sigara içenlerin sigarayı bırakmalarına yardımcı olur.	43.3	47.8	50.0	50.4	6.7	1.7
Sigara içme yasağı müşterinin sigara içmesinin haksız yere kısıtlanması demektir.	60.0	21.7	32.9	72.2	7.1	6.1
Sigara içme yasağı, insanların sigara içerken diğer kişilerden çekinmelerine neden olur.	56.9	39.1	39.7	49.6	3.3	11.3
Sigara içme yasağına uymayanlara verilen cezalar yeterince caydırıcıdır.	62.9	51.3	30.0	42.6	7.1	6.1
Lokanta ve kafelerde sigara kullanımını yasaklayan yasa işe yaramaz.	65.2	33.0	28.1	57.4	6.7	9.6
Kapalı alanlarda sigara içilmesini engelleyen yasa bazı kişilerin yakınması olsa bile genel olarak destek görmektedir.	51.0	53.9	33.3	16.5	15.7	29.6

* Sigara kullanmayan çalışanlardan yasa uygulaması öncesi 100 kişi ve yasa uygulaması sonrası 187 kişi bu sorulara yanıt vermiştir.

** Sigara kullanan çalışanlardan yasa uygulaması öncesi 210 kişi ve yasa uygulaması sonrası 115 kişi bu sorulara yanıt vermiştir.

Sigara kullanmayan çalışan/işletme sahipleri arasında hem yasa uygulaması öncesi hem de sonrasında %80'den fazla onay alan dört görüş bulunmaktadır: "Sigara içme yasağının lokanta ve kafelerde çalışanların sağlığını korunmasını sağlayacağı", "sigara içilmeyen lokanta ve kafelerde oturma müşteri açısından keyifli olduğu", "kapalı ortamlarda sigara içilmeyeceği" ve "yeni yasanın sigara kullanmayan vatandaşların temiz hava hakkını koruyacağı". Yasa uygulaması sonrasında "sigara içme yasağının müşteri sayısını azaltmayacağı", "sigara içme yasağının müşterilerin sigara içmesini kısıtlaması demek olmadığı", "sigara içme yasağı, sigara içenlerin sigarayı bırakmalarına yardımcı olacağı" ve "lokanta ve kafelerde sigara kullanımının yasanın işe yarayacağı" konularında görüşleri olumlu yönde değişmiştir. Ancak, "sigara içme yasağı, insanların sigara içerken diğer kişilerden çekinmelerine neden olacağı" ve "yasanın genel olarak destek göreceği" konularında kararsız olan bir grubun olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Sigara kullanan çalışan/işletme sahipleri arasında yasa uygulaması öncesi ve sonrasında en fazla kabul gören görüşlerin başında "Sigara içme yasağının lokanta ve kafelerde çalışanların sağlığını korunmasını sağlayacağı" ve yeni yasanın sigara kullanmayan vatandaşların temiz hava hakkını koruyacağı" gelmektedir. Çalışanlar arasında yasa uygulaması sonrasında bazı görüşlerde olumlu yöne doğru kayma görülmüştür. Bu yanıtlar arasında "sigara içilmeyen lokanta ve kafelerde oturma müşteri açısından keyifli olduğu", "sigara içme yasağının müşterilerin sigara içmesini kısıtlaması demek olmadığı", "sigara içme yasağının müşterilerin sigara içmesini

kısıtlaması demek olmadığı", "sigara içme yasağının müşterilerin sigara içmesini kısıtlaması demek olmadığı" ve "kapalı yerlerde sigara içilemeyeceği" yer almaktadır. Diğer taraftan "yasanın destek gördüğü" görüşünde kararsız yanıtlarında artış vardır (Tablo 3).

Yasa uygulaması öncesinde müşterilerin %60.0'ı ve çalışan/sahiplerin %73.0'ı bu yasanın uygulanmasının zor olduğunu düşünmekteyken bu görüş yaklaşık altı ay sonra değişmiştir. Yasa uygulaması sonrasında müşterilerin "zor" olarak yaptıkları değerlendirmenin "kolay" ve "toplumun kabul görmesine bağlı" bir geçiş olmuştur. Hem müşterilerde hem de çalışanlarda yasanın uygulamasının "kolay" olduğu görüşü genel olarak artar iken "zor" olduğu görüşü azalmaktadır (Tablo 4).

Tablo 4. Yasa öncesi ve sonrasında illerde görüşülen müşteri ve çalışanların yasanın uygulanması konusundaki görüşlerinin dağılımı (%) (Sekiz il, 2009-2010)

	Müşteri	Çalışan
Yasa öncesi		
Kolay	13.3	11.7
Zor	60.0	73.0
Toplumsal kabul görmesine bağlı	26.7	15.2
Yasa sonrası		
Kolay	17.5	13.5
Zor	18.4	21.9
Toplumsal kabul görmesine bağlı	64.1	64.6

Tartışma

İkram sektöründe tütün kullanımının yasaklandığı yasa ile ilgili görüşlerin öğrenilmesi amacıyla sekiz ilde yapılan bu çalışmada ziyaret edilen işletmelerde çalışanlar, işletme sahipleri ve müşteriler ile görüşülmüştür. Birinci aşaması yasanın

uygulamaya girmesinden 3 ay önce Nisan-Mayıs 2009 tarihlerinde yapılan çalışmada ziyaret edilen işletmelerden 160 işletmede çalışan ve müşterilerle görüşülürken, ikinci araştırmada ulaşılan 149 işletme birinci araştırmada da yer almaktadır. Birinci

aşamada işletmelerde görüşülen kişilerin %70.8 ücretli çalışan iken ikinci aşamada %79.0'ıdır. Çalışanların sosyodemografik özelliklerinin farklı olması bu sektörde çalışanların işletmede kısa süre çalışmasından kaynaklanabilir. Diğer taraftan araştırmanın yaz ve kış dönemlerinde olması işletmenin insangücü politikasını etkileyen önemli bir etken olabilir.

Çalışmada görüşülen müşterilerin sosyodemografik özellikleri oldukça farklıdır. Bu farklılığın nedenleri arasında mevsimsel farklılığın nüfus yapısını etkilemesi ya da yasa uygulaması sonrasında müşteri profilinin değişmesi olabilir. Özellikle yasa uygulaması sonrasında sigara kullanmayan müşteriler ile görüşülmüş olması "müşteri profilinin değişmiş" olma olasılığını düşündürmektedir. Yani sigara kullanmayan kişiler ikram sektörüne daha rahat gelmeye başlarken, kullanan kişilerin daha az gelmeye başlamaları söz konusu olabilir. Ancak, bu çalışmanın verileri ile müşteri profilinin değişmesine ilişkin kesin bir yorum yapabilmek olası değildir; bu konuya ilişkin daha farklı çalışmalara gereksinim vardır.

İşletmelerde görüşülen çalışan ve müşterilerinin sosyodemografik özelliklerinin farklı olmasının yanı sıra sigara kullanma durumları da birbirlerinden farklıdır. Sigara kullanma davranışı yasa hakkındaki görüşleri etkileyebilir; bu nedenle sigara kullanma durumuna göre görüşlerin öğrenilmesi önemlidir. Kapalı ortamda sigara kullanma ve yasanın etkileri hakkında görüşleri öğrenmeyi amaçlayan sorular "temiz hava hakkı", "çalışan sağlığı/ticari kaygı", "sigara içenlerin davranış değişikliği" ve "yasayı destekleme" durumu olarak dört başlık halinde tartışılmıştır.

Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun'un amaçlarının başında "kişileri ve gelecek nesilleri tütün ürünlerinin zararlarından korumak ve herkesin temiz hava solumasını sağlamak" gelmektedir. Yasanın uygulamasının başlamasıyla beraber Sağlık Bakanlığı tarafından ilk olarak "temiz hava

hakkı" mesajı verilmeye başlanmıştır ve yürütülen medya kampanyası sırasında en fazla "temiz hava" ve "dumansız hava sahası" mesajları kullanılmıştır. Temiz hava hakkı, "sigara içilmeyen lokanta ve kafelerde oturmanın müşteri açısından keyifli olduğu", "kapalı ortamlarda sigara içilmeyeceği" ve "yeni yasanın sigara kullanmayan vatandaşların temiz hava hakkını koruyacağı" önermeleri ile değerlendirilmiştir. Bu görüşler içinde en net olarak temiz hava hakkını ifade eden yeni yasanın sigara kullanmayan vatandaşların temiz hava hakkını koruyacağı görüşünün hem çalışanlar hem de müşteriler tarafından onaylanması en önemli bulgu olarak kabul edilebilir. Kapalı ortamlarda tütün kullanımının yasaklayan başka ülkelerde de "temiz hava" hakkında olumlu görüşlerin olduğu bulunmuştur. Bu konu ile ilgili çalışmaların yasanın uygulanmasını sağlayacak olan ikram sektörü çalışanları ile yapılmıştır. Hilton ve arkadaşlarının bar çalışanları ile yaptığı çalışmada temiz havaya sahip olan barların daha konforlu olacağı görüşü yasa uygulaması sonrasında daha da güçlenmiştir ¹³. Yine İskoçya'da bar sahipleri ile derinlemesine yapılan bir görüşmede "barlarda temiz hava ortamının bulunmasından memnun olduklarını" belirtmişlerdir. Bu çalışma yasanın kabul edildiği ve uyum sağlandığını belirtmektedir.¹⁴ İrlanda'da Pursell ve arkadaşlarının bar çalışanları ile yasa uygulaması sonrasında yaptıkları çalışmada uygulama öncesine göre tütün dumansız barların çok daha konforlu olacağı görüşü artmıştır.¹⁵ Daha önceki ülke deneyimleri benzer şekilde "temiz hava" hakkı ile ilgili görüşlerin genel olarak kabul edildiğini göstermektedir. Ülkemizde de "temiz hava hakkı" savunusu hem ikram sektörü çalışanları hem de müşteriler tarafından kabul görmektedir.

Yapılan bu çalışmada sigara kullanmanın temiz hava hakkı önermelerini kabul etmelerini etkilediği görülmektedir. Sigara kullanmayan müşteriler arasında "temiz hava hakkı" ile ilgili önermeler yasa uygulaması sonrasında artarak kabul

görmüştür. Sigara kullanan müşteriler ise sadece “yeni yasanın sigara kullanan vatandaşların temiz hava hakkını koruyacağı” görüşüne katılmışlar, diğer iki görüşe genel olarak katılmamışlardır. Sigara kullanan müşterilerin, kendi davranışlarını etkileyecek olan görüşlere katılmadıkları düşünülebilir. Oysa sigara kullanan ve kullanan çalışanlar “temiz hava” hakkı ile ilgili görüşlere katılmışlardır. Bu da çalışanların tütün kontrolü yasasını değerlendirirken sigara kullanma davranışlarından bağımsız olarak yasayı irdeleyebildiklerini göstermektedir. Bu durum, çalışanların kendileri açısından temiz hava hakkını önemsediklerini de düşündürmektedir. İkram sektöründe yasa sonrası çalışanlarla yapılan çalışmalarda sigara kullanmanın etkisi üzerine farklı bulgular bulunmaktadır. Hilton ve arkadaşlarının çalışmasında sigara kullanan ve kullanan çalışanlarda temiz hava hakkını savunma benzer şekilde artarken.¹³ Tzelepis ve arkadaşlarının çalışmasında ise, sigara kullanan kişilerin %91.3’ü publarda sigara dumanının rahatsız ettiğini düşünürken bu yüzde sigara kullananlar için %56.0 bulunmuştur.¹⁶ Bizim yaptığımız çalışmada hem sigara kullanan hem de kullanan kişiler tarafından yasanın desteklenmesinin, ikram sektöründeki uygulamayı güçlendireceği düşünülebilir.

İkinci önerme grubu ise iş sağlığı kapsamı altında alınması gereken “çalışan sağlığı” ve işletmecinin ekonomik kaygısını gösteren “işletmenin müşteri kaybedeceği” görüşleridir. İşletmedeki sigara dumanından özellikle çalışanlar etkilenmekte olup, sigara dumanından dolayı pek çok sağlık sorunu yaşamaktadırlar. Yapılan çalışmalar sigara kullanan çalışanların bile sigara kullanımının yasaklanması sonrasında tütün etkilenimlerinin azaldığı şeklindedir.^{17,18} Yeni Zelanda’da kapalı ortamda tütün kullanımının yasaklayan yasanın uygulamasından bir yıl sonra bar çalışanları ve sahipleri arasında temiz hava hakkını destekleme oranı %80.6’dan %90.8’e çıkarken, kafe çalışanları

için bu yüzdeler %85.8 ve %93.7’dir. Bu çalışmada aynı zamanda bar çalışanları arasında da sigarasız barlara olan destek yasanın uygulanmasının ilk yılında artmıştır (%44’den %60’a). Bar yöneticileri bar çalışanlarının sigarasız bir ortamda çalışmalarını da daha fazla desteklemeye başlamışlardır (%55 ve %62); diğer taraftan bar sahipleri kendilerinin de sigarasız bir ortamda çalışmalarına da destek artmıştır (%53 ve %65).¹⁹ İskoçya ve İrlanda’da yapılan çalışmalarda da yasanın çalışan sağlığı açısından önemli olduğuna ilişkin görüşler yasa uygulaması sonrasında ön planda yer almıştır.^{13,15} Bu çalışmada çalışan sağlığı açısından duyarlılığının özellikle sigara kullananlarda yüksek olduğu görülmektedir. Sigara kullanan müşteriler ve çalışanlar arasında, ikram sektöründe sigara kullanılmamasının çalışan sağlığını iyileştireceği görüşüne katılım, yasa öncesi çalışmada önemli iken yasa uygulaması sonrasında daha da yükselmiştir. Yani sigara kullanan kişiler “çalışan sağlığı” konusunda daha fazla duyarlılık göstermektedirler. Sigara kullanan çalışanların ise “çalışan sağlığı” konusundaki duyarlılıklarının azaldığı söylenebilir. Sigara kullanan çalışanların “çalışan sağlığı” konusundaki katılımlarının düşük olma nedeni sigara kullanma davranışını benimsemiş olmalarından ve tütün dumanından pasif etkilenimi önemsememelerinden olabilir. Bununla birlikte “kapalı yerlerde sigara kullanma yasağı çalışanların sağlığını korur” görüşüne yasa öncesinde sigara içen çalışanların %85’i katılırken, bu oran yasa sonrasında %93.9’a çıkmıştır. Yani sigara içen çalışanların tamamına yakın bölümü yasanın çalışan sağlığını koruduğu görüşüne katılmışlardır. Müşteriler de benzeri görüş ifade etmişlerdir. Sigara içmeyen müşterileri tamamı (%99.5) sigara içen müşterilerin de dörtte üçü (%73.5) yasanın çalışanların sağlığını koruduğu görüşüne katıldıklarını belirtmişlerdir. Diğer taraftan sigara kullanan müşterilerin “çalışan sağlığı” konusundaki duyarlılığı en düşük grubu oluşturması

oldukça dikkat çekici bir bulgudur. Hem sigara kullanan çalışanlarda hem de müşterilerde duyarlılığın düşük olması ikram sektöründe çalışanların sigara dumanından etkilenimleri hakkında yeterince bilgi sahibi olmadıklarını ya da kendi davranışlarına ilişkin savunı mekanizmalarını harekete geçirdiklerini düşündürmektedir. Benzeri sonuçlar başka çalışmalarda da saptanmıştır. Örneğin Tzelepis ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, publarda ve barlarda sigara kullanımının yasaklanmasının çalışan sağlığı açısından önemli olduğu görüşü sigara kullanmayanlar tarafından, sigara kullananlara göre daha fazla onaylanmıştır (sigara kullanmayanlarda %86.6 ve kullananlarda %67.9).¹⁶

Yasanın “ikram sektörünün müşteri sayısını azaltacağına” ilişkin görüşler ülkemizde ve pek çok ülkede tartışma konusu olarak gündeme gelmektedir. Yeni Zelanda, İrlanda ve İskoçya’da yapılan çalışmalar, toplumda yasa öncesinde benzer kaygılar olduğunu, ancak yasa uygulaması sonrasında böyle bir kaybın söz konusu olmayacağı yönündeki görüşlerin arttığını ortaya koymaktadır.¹⁴⁻¹⁶ Tzelepis ve arkadaşlarının çalışmasında yasanın, ikram sektöründe finansal sorunlara yol açacağı düşüncesi, sigara kullanan kişiler tarafından daha fazla dile getirilmiştir (%71.6 ve %53.5).¹⁶ Bu çalışmada sigara kullanan müşteriler yasa uygulaması sonrasında müşteri sayısının azalacağı görüşünde iken, sigara kullanmayan müşterilerin bu konuda oldukça kararsız oldukları görülmüştür. Müşterilerin kısa sürelerle ikram sektöründe bulunup medyadan duydukları ile kendi gözlemlerini birleştirerek yorum yaptıkları düşünülebilir. İkram sektöründeki müşteri sayısını bilen ve karşılaştırma yapma şansına sahip olan sigara kullanan ve kullanmayan çalışanlar ise sigara kullanan müşterilere göre daha olumlu yanıtlar vermişlerdir. Ancak, burada da, yine, sigara kullanma önemli bir etken olup, sigara kullanmayan çalışanların bu konudaki görüşleri sigara kullanan çalışanlara göre daha olumludur. Baran ve ark tarafından Kars ilinde yasanın uygulamasının hemen

ardından yapılan bir çalışmada ise ikram sektörü çalışanlarının %72.5’inin ikram sektörünün ekonomik kaybı olacağını düşüncesinde olduğu gösterilmiştir.²⁰ Bu yüzde bu çalışmanın ön çalışma değerlerinden daha düşüktür; bu da yerleşim yerlerinin özelliklerine göre farklılıklar olabileceğini göstermektedir. Oysa bu dönem esnasında Maliye Bakanlığı verilerine göre 2008 yılı Temmuz ayında 931 531 olan ikram sektöründe yer alan işletmelerin sayısı, 2009 yılı Aralık ayında yüzde 3 dolayında artarak 958 960’a çıkmıştır. Aralık 2009 ayı araştırmanın veri toplamasının gerçekleştiği ay olup, işletme sayılarındaki artış, işletmelerin zarar etmediğinin bir göstergesi olarak değerlendirilmelidir. Bu işletmelerin sayısı Ağustos 2009’da 572 944 iken Aralık 2009’da 710 633’e çıkmıştır. Öte yandan ikram sektörü işletmelerinin KDV matrahları, 2008 yılı Ağustos – Kasım dönemine göre 2009 yılının aynı döneminde %8, 2010 yılının aynı döneminde ise %41 oranında artmıştır.²¹ İşletme ve çalışan sayısında azalma olmamasının yanı sıra verginin artması müşteri sayısının azalması şeklinde bir bulgu olmadığını göstermektedir. Ancak, sigara kullanan kişilerin medyadaki haberleri ya da gözlemlerini yeterince irdelemedikleri, önyargılı davrandıklarını düşündürmektedir.

Tütün kontrolü yasının önemli etkilerinden biri de sigara kullanılan alanları sınırlandırması, sigara bırakmaya ilişkin desteğin artması, sigara kullanılmasının bırakılması şeklindedir. Yasanın ilk uygulandığı ülkelerden biri olan İrlanda’da Fong ve ark.²² tarafından yapılan çalışmaya göre sigara içen kişilerin %46’sı yasanın sigarayı bırakmalarını sağladığını belirtmiştir. İrlanda’da yasa sonrası sigarayı bırakanlar arasında %80’ni yasadan etkilendiğini ve %88’i sigarayı bırakmış olarak devam edebilmekte yasanın desteğini belirtmişlerdir. Sekiz ilde tamamlanmış olan bu çalışmada alınan görüşler bu konuda desteğin olduğuna işaret etmektedir. Örneğin; bu çalışma sırasında sigara kullanan kişinin sigara kullanma sıklığı ya da davranışı

konusundaki görüşler “sigara içme yasağının müşterilerin sigara içmesini kısıtlaması demek olmadığı”, “sigara içme yasağı, sigara içenlerin sigarayı bırakmalarına yardımcı olacağı” ve “sigara içme yasağı, insanların sigara içerken diğer kişilerden çekinmelerine neden olacağı” şeklinde olmuştur.

Bu tartışmanın bir başka boyutu ise yasanın sigara kullanımını azalttığı şeklindedir; yasa uygulayan ülkelerde bu etki gözlenmiştir.^{13,23} Tzelepis ve arkadaşlarının¹⁶ Yeni Zelanda çalışmasında sigara kullanmayanların %63.7’si sigara yasağının kişilerin sigara içme sıklığının azalması üzerine etkisi olduğunu belirtirken, sigara kullanmayanların %47.8’i bu etkiyi onaylamıştır. Bu çalışmada da sigara kullanan müşteriler yasanın sigara kullanımını azalttığına dair bir etkisi olmayacağını belirtmekle beraber müşterilerin üçte biri ise sigarayı azalttığını belirtmektedir. Sigara kullanan çalışanlar yasanın kullanmayı bırakma konusunda etkisiz olduğunu düşünmekte olup, her dört kullanıcıdan üçü sigara kullanma miktarının değişmediğini belirtmiştir. Ankara’da bazı restoranlarda çalışanlar üzerinde yapılan bir başka çalışmada ise, sigara kullanan çalışanlar yasanın uygulamaya girmesinden sonra günde içtikleri sigara sayısının azaldığını belirtmişlerdir.²⁴ Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan bir çalışmada ise işletme sahiplerinin %33.2’si, müşterilerin %25’i yasa uygulaması sonrasında içme sıklığını azalttığını ifade etmektedirler.²¹ Araştırma sonuçları diğer çalışma bulgularını desteklemekte ve yasanın sigara kullanımını azaltacağına ilişkin ipuçlarını ortaya koymaktadır.

Tütün kontrolü yasası kapalı ortamda sigara kullanımını sınırlandırmakta olup işletme önünde açık havada yasak söz konusu değildir.¹¹ Yasa uygulaması öncesinde sigara kullanmayan müşteriler “sigara kullanan kişilerin sigara içme haklarının kısıtlanmadığı” görüşüne katılmakta olup, yasa sonrasında bu görüşleri daha da güçlenmiştir. Sigara kullanan ve kullanmayan çalışanlar da sigara içenlerin sigara içme

haklarını kısıtlamadığını belirtmişlerdir. Oysa sigara kullanan müşteriler yasa ile sigara içme haklarının kısıtlandığını düşünmektedirler. Hilton ve arkadaşlarının¹⁴ İskoçya’da barlarda sigara yasağının başlamasından sonra bar sahipleri ile yaptığı derinlemesine görüşmelerden birinde “müşterilerin sigara kullanmak için dışarı çıkmalarından rahatsız olmadıklarını ve sigara içerken başka tür arkadaşlıklar kurduklarını” belirtmiştir. Sigara kullanmak için işletme önünde açık havaya çıkmak pek çok kişi tarafından kabul edilen bir uygulama olmaya başlamıştır.

Bir başka bulgu ise sigara kullanan müşterilerin, sigara kullandıkları için daha fazla çekinmeye başladıklarını belirtmeleri olmuştur. Bu da sigara kullanan müşterilerin davranışlarını değiştirme sırasında zorlanmalarının yanı sıra sigara kullanma davranışlarından dolayı kendilerini farklı hissetmeye başladıklarının bir göstergesi olarak kabul edilebilir. Sigara kullanan müşterilerde çekinmenin başlamasına karşılık çalışanların, kişilerin çekinmediklerini ifade etmeleri yasa uygulaması sırasında karşılaşılan sorunların (sigara içme yasağı ihlallerinin) bir göstergesi de olabilir.

Bu çalışmada alınan son görüş grubu ise “yasanın uygulanması hakkındaki görüşleri”dir. Sigara kullanmayan müşteriler yasa uygulaması sonrasında yasayı daha fazla desteklediklerini belirtmektedirler. Sigara kullanmayan çalışanlar “yasanın işe yarayacağını” düşünmekle beraber “cezaların caydırıcılığı” konusuna daha az katıldıklarını ve “yasanın destek görmediği” şeklinde görüş beyan etmişlerdir. Çalışanların bu görüşleri yasanın uygulaması sırasında sorunlar ile karşılaştıkları olasılığını düşündürmektedir. Ancak, bu tür yasaları uygulayan ülkelerde benzer araştırma sonuçları bulunmaktadır. Lam ve arkadaşlarının Hong Kong’da toplum tabanlı yaptıkları çalışmada sigara kullanan ve kullanmayanların yasayı destekleme yüzdeleri birbirlerinden farklı bulunmuştur.²⁵ Tzelepis ve arkadaşlarının¹⁶ yaptığı çalışmada

da sigara kullananların tam dumansız alanları sigara kullananlara göre daha az destekledikleri (%14.9 ve %43.6) gösterilmiştir; ayrıca, sigara kullananlar için ayrı bölüm olmasını daha fazla destekledikleri (%51.1 ve %65.7) ve yasaklamayı hiç istemeyenlerin oranının da daha yüksek olduğunu bulunmuştur (%3.4 ve %16.4). Hilton ve arkadaşları¹³ İskoçya'da bar çalışanlarının yasa uygulaması sonrasında yasaya olan desteklerinin daha da güçlendiğini bulmuşlardır; özellikle sigara kullanan çalışanların olumlu görüşlerinde artma olmuştur. Ancak, ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda yasanın desteklenme yüzdeleri bu çalışmadan daha fazla bulunmuştur. Erciyes Üniversitesi öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada yasanın, hem sigara içen (%45.0) hem de içmeyen (%93.1) gençler tarafından yasanın desteklediği belirtilmiştir (%81.8).²⁶ Yozgat Üniversitesinde öğrenciler arasında yasayı destekleme oranı %82.5, akademik personel arasında %88.5'tir. Bu çalışmada da sigara kullanmayan kişilerin yasayı destekleme oranları daha yüksektir (%94.3 ve %63.9).²⁷ Ankara'da yasanın uygulanmaya başlamasından bir ay sonra kahvehanelerde yapılan bir çalışmada katılımcıların %43'ünün uygulamayı desteklediği²⁸ aynı bölgede yasanın uygulamasından yaklaşık iki yıl sonra yapılan çalışmada bu oranın %83'e çıktığı bulunmuştur.²⁹

Yasanın uygulanması öncesinde müşteriler ve çalışanlar arasında yasanın uygulanmasının "zor" olduğu görüşünde olan grup büyük iken yasa uygulaması sonrasında "kolay" görüşü bir miktar artarken esas yoğunlaşmanın "toplumun kabul görmesine bağlı" yanıtında toplandığı görülmektedir. Tütün bağımlılığı konusu bireysel bir özellik olmasının ötesinde toplumsal bir sorundur. Bu nedenle tütün bağımlılığının çözümünde de bireysel yaklaşımların yanı sıra yasanın toplumsal düzeyde kabul edilmesi ve uygulamaların benimsenmesi gerekmektedir. Tütün kullanımını etkileyen pek çok etmen bulunmaktadır. Bu etmenlerin başında

toplumda sigara kullanımına ilişkin norm ve tutumlar, sigara kullanma davranışının yaygınlığı, medyada sigara kullanımına ilişkin mesajlar, tütüne ulaşılabilirlik durumu, ülkenin tütün politikası gelmektedir. Bu etmenlerin olması toplumda tütünün kullanım sıklığını etkilemektedir. Tütün kullanımına ilişkin normları etkileyen en önemli etmenlerin başında medya gelmektedir. Dünyada farklı ülke deneyimleri toplumlar tarafından yasanın desteklenmesinin giderek arttığını göstermektedir. Yasanın tanınması ve uygulanması sırasında "tütün dumansız ortamların kabul edilmesi ve kapalı ortamda sigara kullanmamanın bir norm haline getirilmesi" sağlanabilmektedir^{19,22}.

Tütün kullanımının başlamaması için tütünün zararları konusunda farkındalığın artması, tütün ürünlerinin reklâm, tanıtım ve sponsorluğunun önlenmesi, ulaşılabilirliğin güçleştirilmesi gibi çok farklı ve etkili yöntemlerin bir arada kullanılması önerilmektedir. Tütün dumanından sigara kullanmayanların etkilenmesinin önlenmesi için tütünün ortak kullanım alanlarında kullanılmasını önleyen yaklaşımların güçlendirilmesine gereksinim vardır²³; bunlar bilinçlendirme, yasaklar olması gibi hem kullanıcının başkalarının sağlığını etkilememeye ilişkin farkındalığını artıran önlemlerdir; hem de kuralların ihlali durumunda cezalandırma ile caydırıcı yöntemlerin beraber kullanılmasını gerektirmektedir. Diğer taraftan tütün kullanmayan kişinin da tütün dumanından pasif etkileniminin zararları konusunda farkında olması, tütün dumansız ortamlarda yaşama normu geliştirme ve yasal haklarını kullanma becerisi geliştirmesi gerekir.

Maddi Destek

Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen Bloomberg kaynaklı projenin alt çalışması olarak Halk Sağlığı Uzmanları Derneği tarafından yapılmıştır. Araştırmacılar HASUDER adına bu çalışmayı yürütmüşlerdir.

Kaynaklar

1. Doll R and Hill SAB. Mortality in Relation to Smoking: Ten Years' Observations of British Doctors. Brit Med J. 1964;1:1460-7.
2. The Reports of the Surgeon General The 1964 Report on Smoking and Health, <http://profiles.nlm.nih.gov/ps/retrieve/Narrative/NN/p-nid/60>, Erişim Tarihi: 10 Ağustos 2011.
3. P. Tønnesen, L. Carrozzi, K. O. Fagerström, C. Gratziou, C. Jimenez-Ruiz, S. Nardini, G. Viegi, C. Lazzaro, I. A. Campell, E. Dagli and R. West. ERS Task Force - Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. Eur Respir J 2007;29:390-417.
4. U.S. Department of Health and Human Services. (2010). How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta, U.S. Government Printing Office. 2010.
5. Egleston BL, Meireles SI, Flieder DB, Clapper ML. Population-based trends in lung cancer incidence in women. Semin Oncol 2009;36(6):506-15.
6. WHO. Report on the Global Tobacco Epidemic 2008- MPOWER. http://www.who.int/tobacco/mpower/gtcr_download/en/index.html. Date of Access: 16 June, 2010.
7. Perez-Padilla R, Schilman A, Riojas-Rodriguez H. Respiratory health effects of indoor air pollution. Int J Tuberc Lung Dis. 2010;14(9):1079-86.
8. Prasad DS, Kabir Z, Dash AK, Das BC. Smoking and cardiovascular health: a review of the epidemiology, pathogenesis, prevention and control of tobacco. Indian J Med Sci. 2009;63(11):520-33.
9. WHO, Framework Convention on Tobacco Control, <http://www.who.int/fctc/en/index.html>, Erişim Tarihi 19 Ağustos 2011.
10. 4207 sayılı Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun, 26/11/1996 tarihli ve 22829 sayılı Resmi Gazete.
11. 4207 sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun, 19/01/2008 tarihli ve 26761 sayılı Resmi Gazete.
12. The Ministry of Health of Turkey. Global Adult Tobacco Survey Turkey Report 2010. Anil Print House.
13. Hilton S, Semple S, Miller BG, MacCalman L, Petticrew M, Dempsey S, Naji A and Ayres JG. Expectations and changing attitudes of bar workers before and after the implementation of smoke-free legislation in Scotland. BMC Public Health 2007;7:206.
14. Hilton S, Cameron J, MacLean A and Petticrew M. Observations from behind the bar: changing patrons' behaviours in response to smoke-free legislation in Scotland. BMC Public Health 2008;8:238.
15. Pursell L, Allwright S, O'Donovan D, Paul G, Kelly A, Mullally BJ and D'Eath M. Before and after study of bar workers' perceptions of the impact of smoke-free workplace legislation in the Republic of Ireland. BMC Public Health 2007;7:131.
16. Tzelepis F, Walsh RA and Paul CL. Community attitudes towards environmental tobacco smoke in licensed premises: follow-up study after the Sharp case. Aust N Z J Public Health 2003;27: 539-42.
17. Viswanathan B, Plumettaz C, Gedeon J, Bovet P. Impact of a smoking ban in public places: a rapid assessment in the Seychelles. Tob Control. 2011 Mar 28. [Epub ahead of print].
18. Farrelly MC, Nonnemaker JM, Chou R, Hyland A, Peterson KK, Bauer UE. Changes in hospitality workers' exposure to secondhand smoke following the implementation of New York's smoke-free law. Tob Control. 2005;14(4):236-41.
19. Thomson G and Nick Wilson. One year of smokefree bars and restaurants in New Zealand: Impacts and responses. BMC Public Health 2006;6:64.
20. Baran E, Palancı Y ve Karakurt N. Kars İli merkezinde bulunan bazı lokanta, kafeterya, kahvehane ve birahane sahiplerinin sigara içme durumu ve 4207 sayılı yasaya bakışı. 13.

- Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 18-22 Ekim 2010, İzmir.
21. Sağlık Bakanlığı, yayınlanmamış veri, kişisel görüşme, Haziran 2011.
22. Fong GT, Hyland A, Borland R, et. all. Reductions in tobacco smoke pollution and increases in support for smoke-free public places following the implementation of comprehensive smoke-free workplace legislation in the Republic of Ireland: findings from the ITC Ireland/UK Survey. *Tob Control* 2006;15(SupplIII):iii51-8.
23. Hargreaves K, Amos A, Highet G, et. all. The social context of change in tobacco consumption following the introduction of 'smokefree' England legislation: A qualitative, longitudinal study. *Soc Sci Med.* 2010;71:459-6.
24. Özcebe H, Bilir N ve Aslan D. Türkiye'de Sigara İçilmeyen Kamusal Alanların ve İşyerlerinin Genişletilmesi, Sigara Karşıtı Politika ve Uygulamaların Değerlendirilmesi, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Proje Raporu, Mart 2011, Ankara.
25. Lam TH, Janghorbani M, Hedley AJ, Ho SY, McGhee SM, Chan B. Public opinion on smoke-free policies in restaurants and predicted effect on patronage in Hong Kong. *Tob Control* 2002;11:195-200.
26. Doğan M, Günay O. Erciyes Üniversitesi öğrencilerinin sigara ile ilgili yasal düzenlemeler konusundaki tutumları. 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 18-22 Ekim 2010, İzmir.
27. Kılıç M. Yozgat'taki yükseköğretim personeli ve öğrencilerinin sigara içme yasağı kanunu uygulaması ile ilgili tutum ve davranışları. 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 18-22 Ekim 2010, İzmir.
28. Özcebe H, Bilir N, Aslan D, Yıldız AN, Karadağ Ö ve Küçük Biçer B. Kahvehane Müşterilerinin Tütün Yasası Görüşleri (Ankara, 2009). *Toplum Hekimliği Bülteni* 2009;28(2):20-7.
29. Özcebe H, Küçük Biçer B, Gökşen Kaplan Y, Matola BW, Evran AÇ ve Kiraz S. Keçiören İlçesinde Bulunan Kahvehane İşveren, Çalışan ve Müşterilerinin 4207 Sayılı "Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkındaki Kanun" ve Uygulamaları Hakkındaki Görüşleri. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Yayınlanmamış araştırma, Haziran 2011.

65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Depresyon ve Malnutrisyon Durumları Arasındaki İlişki

Elçin Balcı^a, Vesile Şenol^b, Ertuğrul Eşel^c, Osman Günay^d, Ferhan Elmalı^e

Özet

Amaç: Ülkemizde yaşlı nüfus artmakta ve yaşlılık dönemi sorunları da giderek önem kazanmaktadır. Yaşlı bireylerin zihinsel sağlıkları ve beslenme durumları birbiriyle ilişkilidir ve özenle ele alınmalıdır. Bu çalışmada 65 yaş üstü bireylerde depresyon ve malnutrisyon oranları, depresyonu etkileyen faktörler ve malnutrisyon-depresyon ilişkisi araştırılmıştır. **Yöntem:** Çalışma; Kayseri ili Hacılar ilçesinde 65 yaş ve üzerinde olan 101 kişide yapılmıştır. Olası depresyon tanımlaması için Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ), beslenme durumu tespiti için Mini Nutrisyon Anketi (MNA), yüz yüze görüşme yöntemiyle sorgulanmıştır. **Bulgular:** Araştırmaya alınan 101 kişinin yaş ortalaması 73.63 ± 5.74 (min:65-max:94) yıldır. Grubun %83.2'si halen kendi evinde yaşamakta olup, %74.3'ünde en az bir kronik hastalık mevcuttur. Depresyon puanlarına göre %7.9'unun depresif yakınmaları mevcuttur. Depresyon puanı ortalaması: 10,26 ± 5,48 (min:1-max:23) dir. Kadınlarda, aylık ortalama eğitim ve geliri düşük olanlarda, kronik hastalığı olanlarda, diyet uygulayanlarda depresyon puanları daha yüksektir. Beslenme puanlarına göre %4.0'ünde malnutrisyon, %66.3'ünde malnutrisyon riski mevcuttur. Depresyon puanı ile yeme puanı arasında ilişki vardır. Beslenme puanı düştükçe (malnutrisyon), depresyon puanı (depresyona doğru) artmaktadır. **Sonuç:** Depresyon puanları kadınlarda, düşük eğitim ve gelir düzeyi olanlarda, kronik hastalık varlığında ve beslenmesi kötü olan yaşlı bireylerde yüksekti. Yaşlılık döneminde depresyon ve beslenme bozukluklarının birbirine yol açabilen durumlar olarak çok yönlü ele alınması gerektiği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlılık, depresyon, malnutrisyon

The Relationship between Malnutrition and Depression in People Aged Over 65 Years

Abstract

Objective: The nutritional status and mental health of elderly people are related to each other and must be handled carefully. In this study we evaluated the rates of depression and malnutrition, factors affecting depression and the relationship between malnutrition and depression. **Method:** A hundred and one people aged over 65 and living in Hacılar town of Kayseri city were included in this study. The Geriatric Depression Scale (GDS) and Mini Nutritional Assessment (MNA) scale were used for evaluating depression and nutritional status, respectively.

^a Yrd.Doç., Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri

^b Yrd.Doç., Erciyes Üniversitesi Halil Bayraktar Meslek Yüksek Okulu, Kayseri

^c Prof., Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Kayseri

^d Prof., Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri

^e Yrd.Doç., Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı, Kayseri

Sorumlu Yazar: Elçin Balcı, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri. Tlf: 0532 7419133, E-posta: ebalci@erciyes.edu.tr

Geliş tarihi: 05 Eylül 2011, Kabul tarihi: 06 Şubat 2012

Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2012;10(1)

Results: According to the elderly person's depression scores, 7.9% were depressive. The average depression score was 10.27 ± 5.48 (min:1-max:23). Depression scores were high for women, low income and presence of chronic disease. Based on the malnutrition score, 4.0% had malnutrition and 66.3% had risk of malnutrition. There was a correlation between depression and nutrition scores; as the depression score increases (depression) the nutrition score decreases (malnutrition). **Conclusion:** Depression scores were higher for women and in relation to low income, low educational status, presence of chronic disease and bad nutritional status of the elderly person. Thus, it may be concluded that depression and nutritional disorders must be handled as multifaceted issues that may affect each other.

Key Words: Aged (elderly), depression, malnutrition

Giriş

Dünyada yaşlı nüfusun artmasına paralel olarak yaşlılık dönemi sorunları da giderek önem kazanmaktadır.¹ Yaşlılarda sendromik düzeyde olmasa bile depresif semptomlar sık görülür. Bu depresif bozukluklar; yaşam kalitesini, üretkenliği bozar, kognitif bozulmalara yol açar ve nöroendokrin kaynaklı birçok kronik hastalığın semptomlarını baskılayarak da bu hastalıkların geç tanı almasına, kliniğinin kötüleşmesine neden olur ve bu gibi nedenlerle büyük ekonomik kayıplara yol açan bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkar.²

Yaşlı bireylerin kaliteli yaşam sürebilmeleri için iyi beslenmeleri gerekir. Yaşlılık dönemindeki beslenme durumu hastalıkların gelişimi ve seyri açısından çok önemli bir role sahiptir.³ Oluşacak "malnutrisyon" ve "malnutrisyon riski" durumu, yaşlılık döneminde var olan hastalıkları ağırlaştıracak, tedavi başarısını azaltacak ve maliyet yükselmesine neden olacaktır.

Depresyonun etiyojisi tam olarak anlaşılamamıştır. Depresyon etiyojisinde beslenmenin etkileri ise daha az araştırılmış bir konudur. Beslenmenin zihinsel sağlık üzerindeki etkilerinin anlaşılması, ağır beslenme yetersizliklerinin nörolojik ve psikolojik etkilerinin gözlenmesinden kaynaklanmıştır. Yetersiz beslenme, bir ya da daha çok besin öğesinin eksikliğine yol açarak normal beyin işlevlerini (örneğin enzimatik aktivite, hücrel ve oksidatif süreçler, reseptör işlevleri, sinyal geçişi, nöronal dokunun tamiri vs.) etkilemek suretiyle psikolojik ve psikiyatrik rahatsızlıklara yol açabilmektedir.⁴ Bunun

yanı sıra yaşlılarda depresyonun varlığı da malnutrisyon riskini artırmakta ve bu şekilde bir kısır döngü oluşmaktadır.⁵

Bu saha çalışmasında 65 yaş üstü bireylerde depresyon hızları malnutrisyon durumu, depresyonu etkileyen faktörler ve malnutrisyon - depresyon ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem

Kayseri ili Hacılar ilçesi, il merkezine 10 km kadar uzaklıkta, yaz mevsiminde ilçeye göçle nüfusu artan, kışın yaşlı nüfusun ağırlıklı olarak kaldığı bir merkezdir. İlçede yaz kış sürekli yaşamakta olan, bölge sağlık ocağında kayıtlı 65 yaş ve üstü 231 kişiden, %50 örnekleme 116 tanesine evlerinde ziyaret edilerek ulaşılması hedeflenmiştir.

Bu kişilerden ikisi çalışma başladıktan kısa süre sonra vefat ettiği için ziyaret edilemeden listeden çıkarılmış, aynı yaş ve cinsiyetten yeni iki örnek seçilmiştir. Bir kişi konuşamayacak derecede ağır hasta olduğu için görüşme yapılamamış, bir kişi yatağa ve tekerlekli sandalyeye bağımlı olduğu için ölçümleri sağlıklı gerçekleştirilemediğinden, altı kişiye de çalışma süresi içinde iki kez ev ziyaretine rağmen ulaşamadığından çalışmaya alınmamışlardır. Ön görüşmeyi kabul eden 108 kişiye çalışmayla ilgili bilgi verilmiş, yapılacak ölçümler anlatılmıştır. Yedi kişi ölçümleri reddettiği için çalışma dışında bırakılmıştır. Onamı alınan, katılmayı kabul ettiğini sözel ifade eden 101 kişi ile çalışma yürütülmüştür (ulaşma yüzdesi 87%).

Veri toplama aşamasında görevli olan kişiler anket uygulaması ve ölçümler için eğitim almışlardır. Çalışmanın ön

uygulaması Kayseri merkezinde bir sağlık ocağı bölgesinde rastgele seçilen 65 yaş üzeri 10 yaşlıda yapılmıştır. İki araştırmacı arası ve araştırmacıların kendi ölçümleri arasındaki farklılıklar da gözden geçirilerek ankete son şekli verilmiştir. Ön uygulamada yapılan anketler ve ölçümler çalışmaya dâhil edilmemiştir.

Kişilere sosyodemografik özellikleri belirleyen sorular, standart Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) ve Mini Nutrisyon Anketi (MNA) soruları yöneltilmiştir.

GDÖ; Yesavage ve arkadaşları tarafından (1983) yaşlı popülasyonu için oluşturulmuş 30 soruluk bir ölçektir. Ülkemiz için geçerlik güvenirliği Ertan ve arkadaşları (1997) tarafından yapılmıştır.⁶ Bazı sorulara verilen evet yanıtları 0, hayır yanıtları 1 olarak kodlanırken, bazı sorularda kodlama ters yöndedir. Elde edilen toplam puan “depresyon puanı”nı ifade eder. Bu puanın yükselmesi (olası) depresyon varlığına işaret eder. Toplam puan 0-30 arasında olabilir. Çalışmamızda GDÖ’den 0-10,9 puan alanlar “normal”, 11-13,9 puan alanlar “orta depresif yakınmaları olanlar”, 14 puan ve üzeri alanlar “depresif yakınmaları olanlar” olarak sınıflandırılmışlardır. Lojistik regresyon analizi yapılacağı zaman “orta depresif yakınmaları olanlar”, ve “depresif yakınmaları olanlar” grupları birleştirilmiş ve “depresif yakınmaları olanlar” olarak sınıflandırılmışlardır.

MNA; beslenme ile ilgili sorulan sorulardan elde edilen puanlar yardımıyla kişinin beslenme durumunu, en yüksek toplam puan 30 olacak şekilde, 0-16 puan arası “malnutrisyon”, 17-23 puan arası “malnutrisyon riski”, 24 puan ve üzeri “beslenme durumu iyi” olarak tanımlayan bir ankettir.⁷

MNA soruları içinde yer alan ve beslenme puanı hesaplanmasında kullanılan Beden Kitle İndeksi (BKİ) hesaplaması için gereken boy ölçümleri ayakta durarak, mümkün olan en dik pozisyonda ileriye bakarken duvara yapıştırılan mezura ile yapılmıştır. Vücut ağırlığı, ayakta durarak dik pozisyonda ileriye bakarken, 100 grama hassas dijital baskül ile tespit edilmiştir. BKİ, vücut ağırlığının (kilogram

cinsinden) boyun (metre cinsinden) karesine bölünmesiyle hesaplanmıştır.

Anket uygulaması sonrasında anketlerin standart değerlendirmeleri gereği kişilerin boy, vücut ağırlığı, orta kol çevresi ve baldır çevresi gibi ölçüm sonuçları kişilerin ifadeleri olmayıp, bizzat araştırmacılar tarafından yapılmıştır. Ölçümler katılımcıların mahremiyetleri korunarak, üzerlerinde iç çamaşırları olacak şekilde ve ikişer kez gerçekleştirilmiş, bulunan iki değer ortalaması veri olarak kaydedilmiştir. Deneklerde antropometrik ölçümler önerilere uygun olarak yapılmıştır.⁶

Orta kol çevresi ölçümü için; kol dirsekten 90° bükülüp, omuzda akromial çıkıntı ile dirsekte olekranon çıkıntı arası nokta işaretlenmiş, kolun bu noktadan çevresi mezura ile ölçülmüş, santimetre (cm) cinsinden kaydedilmiştir.

Baldır çevresi ölçümü için; kişi sırt üstü yatarken bacak dizden 90° bükülmüş, en geniş baldır çevresinden ölçüm yapılmış ve elde edilen değer santimetre (cm) cinsinden kaydedilmiştir.

Ölçüm ve anket uygulaması bittikten sonra her bireye beslenmeleri ile ilgili eğitim yapılmış, olduysa soruları yanıtlanmış, depresyon şüphesi ve beslenme sorunu tespit edilenler için yakından takip edilebilmeleri için bağlı oldukları sağlık birimine bilgi verilmiştir.

Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, ki-kare testi ve depresyon durumunu etkileyen faktörlerin belirlenmesinde lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Analizde tümel model uygulanmış ve modele alınan ve depresyonu etkilediği düşünülen tüm bağımsız değişkenler (yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir durumu, eğitim durumu, yaşadığı yer, kronik hastalık varlığı, beslenme puanı) tek tabloda gösterilmiştir. $p < 0.05$ değerleri anlamlı kabul edilmiştir.

Bu çalışma için; Helsinki Deklarasyonu prensiplerine uygun olarak Etik Kurul Onayı Belgesi Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi’nden, idari çalışma izni Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü ve Hacılar Kaymakamlığı’ndan alınarak yapılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden kişilerin sözlü onamları alınmıştır.

Bulgular

Araştırmaya katılmayı kabul eden 101 kişinin yaş ortalaması 73.63 ± 5.74 (min=65-max=94) yıldır. Katılımcıların %51.5'i kadındır. Evli olanlar %58.4 olup, grubun %65.3'ünün okuma yazması dahi yoktur. Aylık geliri 500 TL ve altı olanlar %64.4'lük grubu oluşturmaktadır. Grubun %83.2'i halen kendi evinde, %16.8'i çocuklarının yanında yaşamaktadır (Tablo 1a).

Tablo 1a. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Çalışma Grubunun Dağılımı

Tanımlayıcı özellikler	Sayı	%
Yaş grupları		
65-69	28	27.7
70-74	39	38.6
75-79	24	23.8
80 +	10	9.9
Cinsiyet		
Erkek	49	48.5
Kadın	52	51.5
Medeni durum		
Evli	59	58.4
Esi ölmüş	42	41.6
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	66	65.3
Okur yazar	22	21.8
İlkokul mezunu	11	10.9
Ortaokul mezunu	2	2.0
Aylık ortalama gelir düzeyi (TL)		
500 ve altı	65	64.4
501 ve üstü	36	35.6
Yaşadığı yer		
Kendi evinde	84	83.2
Çocuğunun yanında	17	16.8
Tanısı konulmuş kronik hastalığı		
Var	75	74.3
Yok	26	25.7
Diyet önerilme durumu		
Hayır	18	17.8
Evet	57	56.4
Yanıtlamadı	26	25.7
Diyet uygulama durumu		
Hayır	12	11.9
Evet	48	47.5
Yanıtlamadı	41	40.6
Düzenli ilaç kullanma durumu		
Hayır	15	14.9
Evet	60	59.4
Yanıtlamadı	26	25.7
Toplam	101	100.0

Katılımcıların %59.4'ü düzenli ve sürekli ilaç kullanmaktadır. Yüzde 56.4'üne hastalıkları nedeniyle doktorları tarafından özel diyet uygulaması önerilmiştir. Önerilen diyeti uyguladığını söyleyenlerin sıklığı %47.5'tir (Tablo 1a).

Evli olanların yaklaşık %90'ı kendi evinde yaşarken, eşi ölenlerin %26.2'si çocuğunun yanında yaşamaktadır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=4.499$, $p<0.05$).

Kadınların %94.2'si, erkeklerin %53.1'i kendilerinde en az bir kronik hastalık olduğunu ifade etmişlerdir ve cinsiyetler arasındaki fark anlamlıdır ($\chi^2=22.369$, $p<0.01$).

Depresyon puanı ortalaması: 10.27 ± 5.48 (min=1-max=23) dir. Depresyon puanlarına göre %7.9'u depresif yakınması olanlar, %45.5'i orta derecede depresif yakınması olanlar, %46.5'i normal olarak bulunmuştur (Tablo 1b).

Tablo 1b. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Çalışma Grubunun Dağılımı

Tanımlayıcı özellikler	Sayı	%
Beslenme puanına göre gruplama		
Malnutrisyon	4	4.0
Malnutrisyon riski	67	66.3
Beslenmesi iyi	30	29.7
Depresyon durumu		
Normal	47	46.5
Orta derecede depresif yakınmalar	46	45.5
Depresif yakınmalar	8	7.9
Toplam	101	100.0

Kadınlarda ($\chi^2=6.121$, $p<0.05$), aylık ortalama geliri düşük olanlarda ($\chi^2=7.320$, $p<0.05$), kronik hastalığı olanlarda ($\chi^2=7.759$, $p<0.05$) depresyon puanları daha yüksektir.

Beslenme puanı ve depresyon puanı arasında negatif yönde orta düzeyde ($r=-0.464$, $p<0.001$) korelasyon mevcuttur (Şekil 1). Beslenme puanı düştükçe yani malnutrisyona doğru kaydıkça; depresyon

puanı artmaktadır. Aradaki ilişki istatistiksel olarak da anlamlıdır.

Depresyon puanı; yaş gruplarına ($\chi^2=4.714$, $p>0.05$), medeni duruma ($\chi^2=1.651$, $p>0.05$), eğitim durumuna ($\chi^2=11.613$, $p>0.05$), yaşadıkları yere ($\chi^2=2.368$, $p>0.05$), ilaç kullanma durumlarına göre ($\chi^2=3.116$, $p>0.05$) gruplar arasında anlamlı farklılık göstermemiştir. Depresif yakınması olanlardan hiçbiri kendi sağlık durumunu “çok iyi” diye tanımlamamıştır, %50’si “iyi”, %50’si ise “iyi değil” yanıtını vermişlerdir ($\chi^2=31.949$, $p<0.001$).

Tüm grubun yaklaşık %20’sinin bilinçli bir kilo takibi yoktur ve kilo

kayıplarını bilmediklerini ifade etmişlerdir. Depresif yakınması olanlarda 3 kg.dan fazla kilo kaybı anlamlı olarak fazladır ($\chi^2=18.412$, $p<0.01$).

Beslenme puanı ortalaması 21.68 ± 3.28 (min=13.50 - max=29) dir. Beslenme puanlarına göre %4.0’ünde malnutrisyon, %66.3’ünde malnutrisyon riski mevcut olup %29.7’nin beslenmesi iyidir (Tablo 1b).

Lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre depresyon puanı; gelir düzeyi düşük olanlarda 3.49 kat daha yüksektir (Tablo 2).

Tablo 2. Depresyon Durumunu Etkileyen Bağımsız Değişkenler

Bağımsız değişkenler	Gruplar	n	(Olası) Depresyon		χ^2	p	OR 95.0% C.I.
			Sayı	%			
- Yaş (sayısal)							1.057 (0.967–1.154)
- Cinsiyet	Erkek	49	20	40.8	6.120	<0.05	1.000
	Kadın	52	34	65.4			1.176 (0.342–4.044)
- Medeni durum	Evli	59	30	50.8	0.391	>0.05	1.000
	Evli değil	42	24	57.1			0.439 (0.131–1.464)
- Gelir durumu	501 TL ve üzeri	65	41	63.1	6.771	<0.05	1.000
	500 TL ve altı	36	13	36.1			3.494 (1.084–11.268)*
- Eğitim durumu	İlkokulu bitirmemiş	66	43	65.1	10.458	<0.05	1.000
	İlk ve ortaöğretim	22	7	31.8			0.391 (0.112–1.374)
	Lise ve üzeri	13	4	30.8			0.495 (0.099–2.473)
- Yaşanılan yer	Kendi evinde	84	47	56.0	1.241	>0.05	1.000
	Çocuğunun yanında	17	7	41.2			0.406 (0.115–1.437)
- Kronik hastalık varlığı	Hastalık var	75	46	61.3	7.249	<0.05	1.000
	Hastalık yok	26	8	30.8			1.578 (0.442–5.637)
- Beslenme puanına göre	Normal beslenenler	30	9	30.0	9.445	<0.05	1.000
	Malnutrisyon ve riski	71	45	63.4			2.528 (0.818–7.817)

* $p<0.05$

Tartışma

Çalışmada incelenen kadınların %94.2’si, erkeklerin %53.1’i kendilerinde en az bir kronik hastalık olduğunu ifade etmişlerdir. Ülkemizde daha önce yapılan bazı araştırmalarda da benzer oranlar bulunmuştur.^{9,10}

Çalışmada depresyon puanı ortalaması: 10.27 ± 5.48 (min: 1 - max: 23) olarak bulunmuştur. Ülkemizde yapılan pek çok çalışmada bu yaş grubunda benzer depresyon puan ortalamaları elde edilmiştir.¹¹ Şahin ve arkadaşlarının Edirne’de GDÖ kullanarak yaptığı çalışmada ortalama depresyon puanı 5.34 ± 3.74 olarak bizim bulduğumuz değerden oldukça düşük bulunmuştur. Bunun farklılığın nedeni o

çalışmada ölçeğin 30 soru ile değil 15 soru ile uygulanmış olması olabilir.¹²

Çalışmamızda GDÖ puanlarına göre katılımcıların %7.9’unun, depresif yakınmalara sahip oldukları bulunmuştur. Ülkemizde daha önce yapılan bazı çalışmalarda, 65 yaş üzeri kişilerde depresyon sıklıkları huzurevinde yaşayanlarda %10.2–68.9, kendi evlerinde yaşayanlarda %29 olarak bildirilmiştir.¹³⁻¹⁵ Ülkemiz dışında yapılan çalışmalarda da, huzurevlerinde yaşayan yaşlı insanlardaki depresyon prevalansları %12.1 – 81.8 gibi çok değişen düzeylerde bildirilmiştir.¹⁶⁻²⁰ Kadınlarda depresyon puanlarının daha yüksek olduğu benzer çalışmalarda da

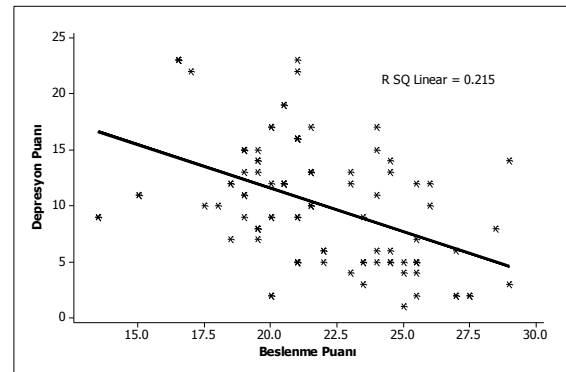
mevcuttur ve neredeyse klasik bir bilgi gibi kabul edilebilir.^{15,21}

Yaşlılıkta görülen depresyonun risk faktörleri olarak kadın cinsiyet, düşük sosyoekonomik ve öğrenim durumu, dul olmak, yalnız yaşıyor olmak, sosyal destek azlığı, bilişsel bozukluğun ya da kronik bir rahatsızlığın bulunması gibi etkenlerin olduğunu bildiren pek çok çalışma mevcuttur.^{2,11,12,15} Bu çalışmalara benzer olarak cinsiyet, eğitim seviyesi düşüklüğü ve gelir azlığı, kronik hastalık varlığı gibi etkenler görülmüş olsa da bu araştırmada farklı olarak depresyon puanları yaş grupları için ve yaşadığı yer açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir. Yaşlılık depresyon gelişmesi için özel bir risk durumu olarak kabul edilmemektedir ve yaş artışıyla depresyon sıklıklarında bir artış olmadığı kanaatini çalışmamızın bulguları da doğrulamaktadır. 65 yaş ve üzerinde yapılan bir diğer çalışmada bizim sonuçlarımızı doğrulayan sonuçlar mevcuttur. Yine aynı çalışmada bizim sonuçlarımıza benzer olarak; yalnız yaşıyor olmak depresyonla ilişkili bulunmamıştır.²¹

Çalışmada depresif yakınmaları olan gruptan kendi sağlık durumunu “çok iyi” diye tanımlayan olmamıştır. Depresif yakınmaları olanların %50’si sağlık durumlarını iyi, %50’si iyi değil diye ifade etmişlerdir. Bu bulgu bazı çalışmaların bulgularıyla benzerdir.^{9,14} Burada depresyonun kişinin kendi sağlık algılamasını olumsuz yönde bozmuş olabileceği düşünülebileceği gibi, sağlığın hakikaten bozuk olmasının ikincil depresif bulgulara yol açmış olabileceği de varsayılabilir. Zira kronik hastalık varlığında depresyonun daha fazla olması da bu yorumu destekleyen bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Çalışmada beslenme puanı ile depresyon puanı arasında ilişki bulunmuştur. Beslenme puanı düştükçe (malnutrisyona doğru kaydıkça) depresyon puanı (depresyona doğru) artmaktadır. Önceki bazı çalışmalarda da benzer bulgular bildirilmiştir.^{5,22} Depresyon etiolojisinde beslenmenin etkileri, çok iyi anlaşılamamış olan bir konudur. Depresyon varlığında azalan iştah ve yeterli ve dengeli

beslenmenin bozulması, ağır beslenme yetersizliklerinin nörolojik ve psikolojik rahatsızlıklara yol açtığı bilinmektedir. Beslenme yetersizliği, bir ya da daha çok besin öğesinin eksikliğine yol açarak normal beyin işlevlerini etkilemek suretiyle psikolojik ve psikiyatrik rahatsızlıklara yol açabilmektedir.⁴ Ayrıca yaşlılarda depresyonun varlığı da malnutrisyon riskini artırmakta ve bu şekilde bir kısır döngü oluşmaktadır.⁵



Şekil 1. Depresyon Puanı ile Beslenme Puanı Arasındaki İlişki
 $r = -0.464, p < 0.001$

Sonuç

Bu çalışmada yaşlılardaki depresif yakınmaların cinsiyet, gelir durumu, öğrenim durumu, malnutrisyon ve kronik bir hastalığın varlığı ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Kadınlarda, gelir ve öğrenim düzeyi düşük olanlarda, kronik hastalık varlığında ve malnutrisyonu olanlarda depresif yakınmalar fazladır. Yaşlıların gelirlerini artırıcı düzenlemelerin yapılmasının, kronik hastalıklarla baş edebilecekleri desteğin verilmesinin depresyon sorununu azaltacağı ve kadın cinsiyetin ayrıca hassasiyetle ele alınmasının gerekli olduğu düşünülmüştür.

Yaşlılık dönemindeki beslenme bozukluklarının da depresif yakınmaları artırması ve birbirine yol açabilen durumlar olarak da çok yönlü ele alınması gerektiği sonucuna varılmıştır.

Çalışmanın kısıtlılıkları

Bu araştırmayla her ne kadar bir ilçedeki 65 yaş ve üzeri tüm yaşlıların yarısı ele alındıysa da, bölgesel bir çalışma olduğundan ülkedeki tüm yaşlılar için genelleme yapılamaz.

Kaynaklar

1. Health For All For The Twenty First Century, The Health Policy for Europe. World Health Organisation, Regional Office For Europe, Copenhagen, 1997:33.
2. Chapman DP, Perry GS. Depression as a major component of public health for older adults. *Prev Chronic Dis* 2008;5(1):1-9.
3. Berner YN. Nutrition and aging. *Turkish Journal of Geriatrics* 2006;9(2):97-107.
4. Bodnar LM, Wisner KL. Nutrition and depression: Implications for improving mental health among childbearing-aged women. *Biol Psychiatry* 2005;58:679-85.
5. Saka B, Özkulluk H. İç hastalıkları polikliniğine başvuran yaşlı hastalarda nutrisyonel durumun değerlendirilmesi ve malnutrisyonun diğer geriatrik sendromlarla ilişkisi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2008;50:151-7.
6. Ertan T, Eker E, Şar V. Geriatrik depresyon ölçeğinin Türk yaşlı nüfusunda geçerlik ve güvenirliği. *Nöropsikiyatri arşivi* 1997;34(1):67-71.
7. Ersoy G. Sağlıklı Beslen Sağlıklı Besle. *STED* 2006;15(11):11-2.
8. Bağcı Bosi AT. Yaşlılarda antropometri. *Turkish Journal of Geriatrics* 2003;6(4):147-51.
9. Altay B, Avcı İA. Samsun Alanlı köyünde yaşayan yaşlılarda aileden algılanan sosyal destek ile depresif belirti yaşama sıklığı arasındaki ilişki. *TAF Prev Med Bull* 2009;8(2):139-46.
10. Keskinoglu P, Pıçakçefe M, Giray H, Bilgiç N, Uçku R, Tunca Z. Yaşlılarda depresif belirtiler ve risk etmenleri. *Genel Tıp Dergisi* 2006;16(1):21-6.
11. Çifçili S, Yazgan Ç, Ünal P. Bir huzurevinde depresyon taraması sonuçları. *Turkish Journal of Geriatrics* 2006;9(3):122-5.
12. Şahin EM. Huzurevinde ve ya kendi evlerinde yaşayan yaşlılarda depresyon sıklıklarının karşılaştırması. *Turkish Journal of Geriatrics* 2003;6(1):10-3.
13. Uçku R, Küey L. Yaşlılarda depresyon epidemiyolojisi-yarı kentsel bir bölgede 65 yaş üzeri yaşlılarda kesitsel bir alan çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi* 1992;29:15-20.
14. Altay B, Aydın Avcı İ. Samsun huzurevinde yaşayan yaşlıların bazı özellikleri ile depresyon riski arasındaki ilişki. *Turkish Journal of Geriatrics* 2009;12(3):147-55.
15. Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A. Erzurum huzurevinde yaşayan yaşlılarda depresyon ve etkileyen faktörler. *Turkish Journal of Geriatrics* 2009;12(1):25-30.
16. Wada T, Ishine M, Sakagami T, et. all. Depression in Japanese community-dwelling elderly prevalence and association with ADL and QOL. *Arch. Gerontol. Geriatr* 2004;39:15-23.
17. Wada T, Ishine M, Kita T, Fujisawa M, Matsubayashi K. Depression screening of elderly community-dwelling Japanese. *J Am Geriatr Soc* 2003;51(1):1328-9.
18. Onder G, Liperoti R, Soldato M, Cipriani MC, Bernabei R, Landi F. Depression and risk of nursing home admission among older adults in home care in Europe: results from the Aged in Home Care (AdHOC) study. *J Clinical Psychiat* 2007;68(9):1392-8.
19. Lin PC, Wang HH, Huang HT. Depressive symptoms among older residents at nursing homes in Taiwan. *J Clin Nurs* 2007;16(9):1719-5.
20. Jones RN, Marcantonio ER, Rabinowitz T. Prevalence and correlates of recognized depression in U.S. nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 2003;51(10):140-9.
21. Dişçigil G, Gemalmaz A, Başak O, Gürel FS, Tekin N. Birinci basamakta geriatrik yaş grubunda depresyon. *Turkish Journal of Geriatrics* 2005;8(3):129-33.
22. Gündoğdu RH. Yaşlılıkta Beslenme Durumu Ve Nutrisyon Desteği. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2006;2(44):10-9.

Denizli Ağız Diş Sağlığını Geliştirme Projesi; 3. Yıl Sonuçları

Belkıs Yurdasal^a, Ali İhsan Bozkurt^b, İlkay Öz^c, Seher Tanrıverdi^c, Erdoğan Taş^d,
Mustafa Nalbant^e

Özet

Amaç: Denizli’de ilköğretim öğrencilerinde ağız ve diş sağlığını (ADS) geliştirmeyi hedefleyen bu projede, öğrencilerin ADS profilinin çıkarılması, öğrencilere ADS konusunda doğru tutum ve alışkanlıkların kazandırılması, çene gelişimi açısından önemli olan kalıcı 1. azı dişlerinin koruma altına alınması ve 12 yaş grubunda DMF-t indeksinin 2’nin altına çekilmesi hedeflenmiştir. Bu yazıda projenin ilk üç yılında yapılan taramaların sonuçları ve gerçekleştirilen etkinlikler sunulmuştur. **Yöntem:** Çalışma 2008-2015 yıllarını kapsayan bir müdahale çalışmasıdır. Çalışmanın ana hedef grubunu ilköğretim 2. sınıf öğrencileri oluşturmaktadır. Her yıl ildeki tüm 2. sınıf öğrencilerine ulaşılarak sekiz yılın sonunda yaklaşık 120.000 öğrenciye ulaşılması hedeflenmektedir. Projenin eğitim, tarama, koruma ve kısmi tedavi boyutu bulunmaktadır. **Bulgular:** Başlangıç (ilk yıl) verilerimize göre öğrencilerin ağız-diş sağlığı oldukça kötü durumdadır. Tüm dişleri sağlam olan öğrencilerin oranı sadece %10.2’dir. Öğrencilerin %20’sinin ağız hijyeni kötüdür, %25,9’unun ortodontik tedavi gereksinimi bulunmaktadır. Öğrencilerin %41.4’ünde en az bir kalıcı diş çürüğü, %83.8’inde en az bir sütteşi çürüğü saptanmıştır. Öğrenci başına diş çürüğü ortalaması 4.8±3.5’dir. Süt dişleri için hesaplanan dmf-t indeksi 4.3, kalıcı dişler için hesaplanan DMF-t indeksi ise 1.0’dir. İlk üç yılda “ADS eğitimlerine” toplam 38.938 ikinci sınıf öğrencisi, 16.021 öğrenci velisi ve 3189 öğretmen katılmıştır. Taramalarda ise toplam 38.856 öğrenciye ulaşılmıştır. Gereken durumlarda öğrencilerin 1. büyük azı dişlerine fissur sealant uygulanmıştır. Toplamda üç yılda 4320 öğrencide 10725 diş fissur sealant uygulanmış, ayrıca 1586 öğrencide 1898 diş çekimi yapılmıştır. Üçüncü yılda florvern timer uygulaması ek koruyucu uygulama olarak projeye eklenmiştir. Üçüncü yılda öğrencilerin %40.4’üne (5097) florvern timer uygulaması yapılmıştır. **Sonuç:** Öğrencilerin ADS düzeyi konunun önemini ve önceliğini açıkça ortaya koymaktadır. Aslında her yıl taranan öğrenciler yeni bir gruptur; bu nedenle projenin her yıl taramaya ve eğitimlere alınan 2. sınıf öğrencilerinin ADS üzerine doğrudan etkisi beklenmemektedir. Ancak taramalar okullarda yapıldığı ve eğitimlere hem ebeveyn hem de öğretmenler katıldığı için projenin toplamda olumlu bir etki oluşturduğu görülmektedir. Bu müdahale çalışmasının etkisinin değerlendirilmesi ilk grubun (1. yıl grubu) 12 yaşına (5. sınıfa) ulaştığında yapılacak değerlendirme ile ortaya çıkarılacaktır. Üçüncü yılı tamamlanan projede 8 yılın sonunda sadece öğrencilerde değil çarpan etki ile tüm Denizli halkında ağız ve diş sağlığının gelişmesi beklenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tarama, öğrenci, ağız-diş sağlığı, Denizli

^aDiş hekimi, Ağız Diş Sağlığı Şube Müdürü, Sağlık Müdürlüğü Denizli.

^bProf. Dr., Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Denizli.

^cHemş., Ağız Diş Sağlığı Şubesi, Sağlık Müdürlüğü Denizli.

^dDr., Sağlık Müdürü, Sağlık Müdürlüğü Denizli.

^eDr., Sağlık Müdür Yardımcısı, Sağlık Müdürlüğü Denizli.

Sorumlu Yazar: A. İhsan Bozkurt, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Denizli. Tlf: 0544 4176232, E-posta: abozkurt@pau.edu.tr

Geliş tarihi: 17 Eylül 2011, Kabul tarihi: 11 Mart 2012

An Oral and Dental Health Improvement Project in Denizli: Results over 3 Years

Abstract

Objective: In this project aimed at improving the oral and dental health (OADH) of primary school students we determined the OADH profile of the students, their attitude and behavior on OADH, their ability to protect the 1st molar teeth (which are important for chin development and to decrease the number of decayed, missing and filled teeth (DMF-t index) under 2 in group of age 12. We present the activities and the results of screenings for the first three years of a more extended project. **Method:** This is a study of interventions during the years 2008-2015. The main target group of the study consisted of 2nd grade primary school students. It is planned to reach 120.000 students by the end of eight years, reaching all 2nd grade students in the city each year. There are training, screening and partial treatment dimensions to the study. **Results:** According to the initial (first year) data, the OADH status of the students is in a very bad condition. The percent of the students with completely healthy teeth is 10.2%. Oral hygiene of 20% of the students was bad and 25.9% of them require orthodontic treatment. At least one permanent tooth decay was present in 41.4% of the students and at least one decay in primary teeth was present in 83.8% of the students. The mean number of tooth decays per student was found to be 4.8 ± 3.5 . The DMF-t index was 4.3 for primary teeth and 1.0 for permanent teeth. In the first three years, a total of 38.938 second grade students, 16,021 parents and 3189 teachers participated in the study. A total of 38,856 students were reached in the screenings. Fissure sealant was applied on the 1st molar of the students when needed. In total, 10725 fissure sealant applications were made on 4320 students, also 1898 tooth cleaning were made on 1586 students. In the third year, application of flour varnish was included in the study as an additional protective practice. Flour varnish was used for 40.4% (5097) of the students in the third year. **Conclusion:** The OADH levels of the students clearly demonstrate the importance and priority of the subject. In fact the students screened each year are a new group, and for this reason, it is not anticipated that the project will have a direct influence on the OADH of the 2nd grade students included each year in the screenings and training. However the screenings made in the school and the training sessions attended by both parents and teachers has created a positive impact overall. The evaluation of the influence of this intervention study will be revealed with the assessment to be made when the first group (1st year group) will reach the age of 12 (5th grade). The third year of the project is finished and it is anticipated that, at the end of 8 years, the dental health of not only the students but the whole Denizli community will improve due to a multiplier effect.

Key Words: Screening, student, oral health, Denizli

Giriş

Ağız-diş sağlığı (ADS) sorunları ülkemiz için önemli bir halk sağlığı problemidir. Ülkemizde diş çürükleri ve dişeti hastalıkları 14-15 yaş grubundan sonra hızla artmaktadır. İlköğretime yeni başlayan bir öğrencide yaklaşık 4-5 civarında diş çürüğü ve her iki çocuktan birinde daimi diş çürüğü bulunmaktadır. Daimi dişlerdeki çürükler çocuklar 2.sınıfa geçerken %88 oranında artmaktadır. Çocuk 15 yaşına geldiğinde ise daimi diş çürüklerindeki artış %900'ü bulmaktadır.¹

Ağız diş sağlığının iyileştirilmesi, hastalıkların kontrol edilebilir düzeyde olduğu çocuk yaş gruplarında, topluma yönelik koruyucu programların uygulanması ile mümkündür. Konu ile ilgili raporlarda çözüm olarak "ağız-diş sağlığının sağlık programının en önemli parçalarından birisi olarak ele alınması ve okul çağındaki çocukların yararlanacağı önleyici ve tedavi edici programların artırılması" önerilmektedir.^{1,2}

Bu kapsamda 2007 Nisan ayında Denizli il merkezinde 8 ilköğretim okulunda öğrencilerin ADS profilini belirleme ve ağız ve diş sağlığını geliştirmeye yönelik pilot bir çalışma yapılmıştır.³ Proje kapsamında seçilen ilköğretim okullarında ADS taraması yapılmış, öğrencilerin ADS düzeyi belirlenmiş, eğitimler yapılmıştır. Öğrencilere diş fırçası, diş macunu, eğitici broşür ve fırçalama takvimi dağıtılmıştır. Eğitimlerden yaklaşık bir yıl sonra (2-9 Mayıs 2008) aynı öğrencilerde, eğitimin etkisini ölçmek amacıyla tekrar anket uygulanmış ve ağız diş sağlığı taraması yapılmıştır. Verilerin analizi yapıldığında diş fırçalama sıklığı artmış, beslenme düzenlerinde olumlu değişimler ve diş hekimine gitme oranında artış gözlenmiştir.

Yöntem

Bu proje, 2008-2015 yıllarını kapsayan bir topluma yönelik müdahale çalışmasıdır. Projede her yıl ildeki tüm ilköğretim 2. sınıf öğrencilerine ulaşılması hedeflenmektedir. Sekiz yıl olarak planlanan proje sonunda yaklaşık 120.000 öğrenciye ulaşılması hedeflenmektedir.

Projede kullanmak üzere, Denizli Belediyesi tarafından Sağlık Müdürlüğüne verilen iki otobüs gerekli donanımları sağlanarak mobil muayene aracı haline dönüştürülmüştür. Öğrencilerin ağız muayeneleri Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde (ADSM) görevli diş hekimleri ve kısmen de serbest çalışan gönüllü diş hekimleri tarafından bu araçlarda yapılmış ve öğrencilerin ADS profili çıkarılmıştır. Muayene bulguları standart bir forma aktarılmıştır. DMF indeksi hesaplamasında gerekli olan çürük, dolgulu ve kayıp dişlerin yanı sıra ağız hijyeninin durumu, ortodontik tedavi gereksinimi de değerlendirilmiştir. Gerekli durumlarda 1'nci büyük azı dişlerine fissur sealant uygulaması ve diş

Bulgular

Çalışma 13 Ekim 2008'de başlatılmıştır. Çalışmaya Denizli'de il genelindeki tüm ilköğretim okulları (322) alınmıştır. 2008-2009 eğitim öğretim yılında 13554 öğrenci, 2009-2010 eğitim öğretim yılında 12696 öğrenci, 2010-2011

Gözlenen bu olumlu değişimler üzerine proje geliştirilip il genelindeki tüm ilköğretim okullarına yaygınlaştırılmasına karar verilmiştir.

Bu çalışmada, Denizli'de il genelinde uygulanan 8 yıllık projenin ilk üç yıllık verileri rapor edilmiştir. Proje kapsamında, her yıl, ilköğretim 2. sınıf öğrencilerini ağız ve diş sağlığı konusunda bilgilendirmek; öğrencilerin doğru tutum ve alışkanlıklar kazanmasını sağlamak hedeflenmiştir. Projenin sonunda ilköğretim 2. sınıf öğrencilerinde ağız-diş sağlığı profili ortaya çıkarılacak, çene gelişimi için önemli olan kalıcı 1. azı dişleri koruma altına alınacak ve gerekiyorsa tedavisi sağlanacak; 12 yaş grubunda DMF-t indeksi 2'nin altına çekilecektir.

Çekimleri bu araçlarda yapılmıştır. Diş tedavisi gereken öğrenciler Ağız ve Diş Sağlığı Merkezine yönlendirilmiştir.

Okullarda öğrencilere ve velilerine Toplum Sağlığı Merkezlerinde görevli ve önceden eğitici eğitimi almış eğitimciler tarafından uygulamalı olarak ağız ve diş sağlığı eğitimleri verilmiştir. Eğitimler öncesi uygulanan anket ile öğrencilerin ADS ile ilgili bazı tutum ve davranışları değerlendirilmiştir. Eğitimlerde; diş çürüğünün ve dental plağın ne olduğu, nasıl çürük oluştuğu, doğru diş fırçalama ve diş ipi kullanımı, sağlıklı ve düzenli beslenme konusunda bilgiler verilmiş, eğitimler sonunda öğrencilere diş fırçası ve macunu, aylık diş fırçalama takvimi ile ailelere yönelik ağız ve diş sağlığı broşürü dağıtılmıştır.

İlköğretim okullarında görevli sınıf öğretmenlerine ayrıca ağız ve diş sağlığı konusunda eğitim verilmiştir. Eğitimlerden sonra öğretmenlere ağız-diş sağlığı bilgileri içeren "öğretmen el kitabı" dağıtılmıştır.

Eğitim öğretim yılında 12606 öğrenci çalışmaya alınmıştır. İlk üç yılda çalışmaya alınan öğrencilerin bazı özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Öğrencilerin büyük çoğunluğu sekiz yaşındadır.

Uygulanan anket ile öğrencilerin ADS ile ilgili bazı tutum ve davranışları değerlendirilmiştir. “O ana kadar diş hekimince hiç muayene olmamış öğrenci” yüzdesi ilk yılda %45.6 iken, ikinci yıl

%41.4, üçüncü yılda %39.5 olarak bulunmuştur. “Düzenli olarak günde iki kez dişlerini fırçalayan öğrenci” yüzdesi ilk yılda %21.5 iken, ikinci yıl %22.5, üçüncü yılda %24.8 olarak bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 1. Araştırmaya katılan öğrencilerin bazı özelliklerinin yıllara göre dağılımı

		1. Yıl		2. Yıl		3. Yıl	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Cinsiyet	Erkek	6828	50.4	6536	51.5	6541	51.9
	Kadın	6726	49.6	6160	48.5	6065	48.1
	Toplam	13554	100.0	12696	100.0	12606	100.0
Yerleşim yerinin tipi	İl merkezi	6833	50.4	7433	58.5	7373	58.5
	İlçe merkezi	2525	18.6	1979	15.6	2186	17.3
	Köy	4196	31.0	3284	25.9	3047	24.2
Yaşadığı ilçe	Merkez	7617	56.2	7573	59.6	7447	59.1
	Acıpayam	874	6.4	728	5.7	682	5.4
	Akköy	67	0.5	83	0.7	169	1.3
	Babadağ	115	0.8	100	0.8	119	0.9
	Baklan	78	0.6	81	0.6	74	0.6
	Bekilli	103	0.8	61	0.5	60	0.5
	Beyagaç	94	0.7	84	0.7	109	0.9
	Bozkurt	133	1.0	112	0.9	117	0.9
	Buldan	405	3.0	355	2.8	348	2.8
	Çal	258	1.9	235	1.9	210	1.7
	Çameli	313	2.3	247	1.9	236	1.9
	Çivril	869	6.4	747	5.9	778	6.2
	Çardak	136	1.0	120	0.9	122	1.0
	Güney	180	1.3	120	0.9	120	1.0
	Honaz	524	3.9	476	3.7	490	3.9
	Kale	324	2.4	280	2.2	332	2.6
	Sarayköy	460	3.4	406	3.2	412	3.3
	Serinhisar	265	2.0	235	1.9	228	1.8
	Tavas	739	5.5	653	5.1	553	4.4
Yaşı	7 ve altı	212	1.6	68	0.5	32	0.2
	8	10049	78.0	9312	76.8	9442	79.1
	9	2448	19.0	2588	21.3	2343	18.6
	10 ve üstü	167	1.2	157	1.3	125	1.0
Sosyal güvence durumu	Yok	1993	16.9	1724	13.6	1066	8.5
	SSK	5687	48.3	5543	43.7	5754	45.6
	Bağ kur	2102	17.9	2123	16.7	2141	17.0
	Emekli Sandığı	1302	11.1	1176	9.3	1233	9.8
	Yeşil kart	672	5.7	630	5.0	675	5.4
	Diğer	18	0.2	28	0.2	13	0.1

Tablo 2. Yıllara göre öğrencilerin ADS ile ilgili bazı davranışlarının dağılımı

		1. Yıl		2. Yıl		3. Yıl	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
O ana kadar diş hekimine muayene olmayan		5705	45.6	5251	41.4	4978	39.5
Günde en az iki kez dişlerini fırçalayan		2914	21.5	2735	22.5	2949	24.8
Dişini hiç fırçalamayan		895	7.0	796	6.3	735	6.2
Kendisine ait diş fırçası olan		11823	91.9	11271	88.8	11187	88.7
Hiç diş ipi kullanmayan		11963	95.2	10859	85.5	11136	95.1
Hiç flor tableti-jel kullanmayan		11406	92.1	10526	82.9	10679	92.5

Öğrencilerin ağız ve diş muayeneleri diş hekimlerince yapılmıştır. Muayenelerde ağız hijyeninin durumu, ortodontik tedavi gereksinimi değerlendirilmiştir. Muayene

bulguları Tablo 3’de verilmiştir. “Ağız hijyeni kötü” olan öğrenci yüzdesi ilk yılda %20.0 iken, ikinci yıl %16.3, üçüncü yılda %14.5’tir.

Tablo 3. Yıllara göre öğrencilerin ADS muayene sonuçları-I

	1. Yıl		2. Yıl		3. Yıl	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ağız hijyeni kötü olan	2687	20.0	2068	16.3	1833	14.5
Ortodontik tedavi gereksinimi olan	3473	25.9	2928	23.1	3305	26.2
Tüm dişleri sağlam olan	1384	10.2	1299	10.2	1466	11.6

Muayenede saptanan çürük, dolgulu ve kayıp diş sayıları Tablo 4 ve 5’de, buna bağlı hesaplanan DMF indeksleri Tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 4. Yıllara göre öğrencilerin ağız-diş sağlığı muayene sonuçları-kalıcı dişler

		Kalıcı dişler					
		1. Yıl		2. Yıl		3. Yıl	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Çürük diş sayısı	0	7943	58,6	7260	57.2	7709	61.2
	1	1469	10.8	1313	10.3	1467	11.6
	2	1665	12.3	1596	12.6	1459	11.6
	3	943	7.0	926	7.3	793	6.3
	4+	1534	11.4	1601	12.6	1178	9.3
Dolgulu diş	0	13333	89.9	12476	98.3	12345	97.9
	1	119	0.9	111	0.9	154	1.2
	2	68	0.5	77	0.6	74	0.6
	3+	35	0.3	32	0.2	33	0.3
Çekilmiş diş sayısı	1	2	0.0	-	-	11	0.1
	2	-	0.0	1	0.0	2	0.0

Tablo 5. Yıllara göre öğrencilerin ağız-diş sağlığı muayene sonuçları-süt dişleri

		Süt dişleri					
		1. Yıl		2. Yıl		3. Yıl	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Çürük diş sayısı	0	2189	16.2	2072	16.3	2122	16.8
	1	1286	9.5	1156	9.1	1128	8.9
	2	1661	12.3	1469	11.6	1451	11.5
	3	1410	10.4	1355	10.7	1296	10.3
	4	1685	12.4	1590	12.5	1567	12.4
	5	1329	9.8	1191	9.4	1215	9.6
Dolgulu diş	6+	3994	29.5	3863	30.3	3827	30.4
	0	12181	98.4	11114	87.5	10760	85.4
	1	465	3.4	537	4.2	667	5.3
	2	349	2.6	444	3.5	523	4.1
	3	197	1.5	253	2.0	258	2.0
Çekilmiş diş sayısı	4+	362	2.7	348	2.7	398	3.2
	1	914	6.7	1003	7.9	1000	7.9
	2	590	4.4	623	4.9	486	3.9
	3	144	1.1	192	1.5	135	1.1
	4	157	1.1	140	1.1	111	0.8

İlk yılda yapılan muayenelerde öğrencilerin % 41.4'ünde, üçüncü yıldaki taramada ise %38.8'inde en az bir kalıcı diş çürüğü saptanmıştır (Tablo 4). Kalıcı diş çürüğü ortalaması öğrenci başına ilk yılda 1.0 ± 1.4 iken, üçüncü yılda 0.9 ± 1.4 olarak saptanmıştır.

Her üç yılda yapılan muayenelerde öğrencilerin yaklaşık %83'ünde en az bir kalıcı diş çürüğü saptanmıştır (Tablo 5). Süt

dişi çürüğü ortalaması öğrenci başına ilk yılda 3.8 ± 2.9 , iken üçüncü yılda 3.9 ± 2.9 olarak saptanmıştır.

ADS'da önemli bir gösterge olan süt dişleri ve kalıcı dişler için DMF-t indeksleri hesaplanmıştır (Tablo 6). Üçüncü yıl verileri esas alındığında süt dişleri için hesaplanan dmft indeksi 4.42 ± 2.98 , kalıcı dişler için hesaplanan DMF-t indeksi ise 0.94 ± 1.37 olarak bulunmuştur (Tablo 6).

Tablo 6. Yıllara ve cinsiyete göre öğrencilerin DMF-t indeksleri

		1. Yıl		2. Yıl		3. Yıl	
		ort $\pm$ std.sapma		ort $\pm$ std.sapma		ort $\pm$ std.sapma	
DMF-t (Kalıcı dişler)	Erkek	0.90	1.36	0.97	1.41	0.82	1.31
	Kız	1.18	1.49	1.25	1.52	1.08	1.42
	Toplam	1.04	1.43	1.11	1.46	0.94	1.37
dmf-t (Süt dişleri)	Erkek	4.52	3.04	4.59	3.05	4.60	3.02
	Kız	4.16	2.92	4.32	2.96	4.26	2.94
	Toplam	4.34	2.99	4.45	3.00	4.42	2.98

ADS'da önemli bir gösterge olan DMF-t indekslerinin bazı değişkenlerden etkilendiği saptanmıştır. Üçüncü yıl verileri dikkate alındığında kız öğrencilerde kalıcı dişlerde, erkek öğrencilerde ise süt dişlerinde indeksin daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 7). Yerleşim yeri açısından bakıldığında DMF-t açısından anlamlı bir farklılık gözlenmez iken, köy okullarındaki öğrencilerde DMF-t indeksi, il ve ilçe merkezlerindeki öğrencilerden daha

yüksektir ($p < 0.001$). Düzenli diş fırçalayan öğrencilerde süt dişleri dmft indeksi diğer iki gruba göre anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur. Ancak kalıcı dişler için DMF-t indeksinde diş fırçalama sıklığına göre istatistiksel anlamlılık yoktur. Benzer bir durum sağlık güvence varlığında da görülmektedir. Sağlık güvencesi olanlarda her iki indeks olmayanlara göre daha düşüktür (Tablo 7).

Tablo 7. Bazı özelliklere göre öğrencilerin DMF-t ve dmft indekslerinin karşılaştırılması

	DMF-t (Kalıcı dişler)		dmf-t (Süt dişleri)	
	ort $\pm$ std.sapma		ort $\pm$ std.sapma	
Erkek	0.82	1.31	4.60	3.02
Kız	1.08	1.42	4.26	2.94
	$p < 0.001$		$p < 0.001$	
İl merkezi	0.93	1.37	4.25	2.91
İlçe merkezi	0.95	1.39	4.50	2.96
Köy	0.98	1.36	4.85	3.13
	$p > 0.05$		$p < 0.001$	
Dişlerini hiç fırçalamaz	0.99	1.39	4.71	3.07
Düzenli fırçalamaz	0.95	1.37	4.67	2.96
Günde en az bir kere	0.93	1.36	4.23*	2.97
	$p > 0.05$		$p < 0.001$	
Sağlık güvencesi yok	1.05	1.42	4.68	2.86
Sağlık güvencesi var	0.92	1.35	4.37	2.99
	$p < 0.005$		$p < 0.001$	
Toplam	0.94	1.37	4.42	2.98

*farklılığın olduğu grup

Proje kapsamında her yıl ilköğretim 2. sınıf öğrencilerine, öğrenci velilerine ve öğretmenlerine ağız ve diş sağlığı eğitimi verilmiştir. Eğitimlerde; diş çürüğünün ve dental plağın ne olduğu, nasıl çürük olduğu, doğru diş fırçalama ve ipi kullanımı, sağlıklı ve düzenli beslenme konusunda bilgiler verilmiş, eğitimler

sonunda öğrencilere diş fırçası ve macunu, aylık diş fırçalama takvimi ile ailelere yönelik ağız ve diş sağlığı broşürü dağıtılmıştır. Okullarda verilen eğitimlere katılanların sayısı Tablo 8’de verilmiştir. Üç yıl boyunca 38.938 öğrenci, 16021 ebeveyn ve 3189 öğretmen ADS konusunda eğitime alınmıştır.

Tablo 8. Yıllara göre proje kapsamında eğitim verilenlerin dağılımı

	1. Yıl	2. Yıl	3. Yıl	Toplam
Katılımcı	Sayı	Sayı	Sayı	Sayı
Ebeveyn	5009	5418	5594	16021
Öğretmen	534	1069	1586	3189
Öğrenci	13554	12790	12594	38938
Toplam	19097	19277	19774	56545

ADS muayenelerinde ilk yılda 13 öğrencide ikinci yılda 51 öğrencide üçüncü yılda ise 99 öğrencide önceden yapılmış fissür sealant uygulaması saptanmıştır. Eğitimler ve taramanın yanı sıra öğrencilere koruyucu uygulama ve tedavi de

uygulanmıştır. Üç yılda toplam 4320 öğrenciye fissür sealant uygulaması, 1586 öğrenciye diş çekimi uygulanmıştır. Ayrıca son yılda 5097 öğrenciye flor vernik uygulaması yapılmıştır (Tablo 9).

Tablo 9. Yıllara göre öğrencilere uygulanan tedaviler

Uygulanan tedavi	Diş sayısı	1. Yıl		2. Yıl		3. Yıl	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Fissür sealant uygulaması	1	352	2.6	329	2.6	119	0.9
	2	881	6.5	858	6.8	219	1.7
	3	142	1.0	115	0.9	43	0.3
	4 ve +	526	3.9	546	4.2	190	1.6
	Toplam	1901	14.0	1848	14.6	571	4.4
Diş çekimi	1	514	3.8	473	3.7	345	2.7
	2	99	0.7	95	0.7	43	0.3
	3	9	0.1	7	0.0	1	0.0
	Toplam	622	4.6	575	4.5	389	3.0
Flor vernik	1	-	-	-	-	297	2.4
	2	-	-	-	-	312	2.5
	3	-	-	-	-	135	1.1
	4	-	-	-	-	4353	34.5
	Toplam	-	-	-	-	5097	40.4

Tartışma

Ağız ve diş hastalıkları ve sorunları insanların yaşam kalitesini düşürmekte, pahalı ve sıkıntılı tedavilere yol açmakta, buna karşın önlemenin kolay ve ucuz olmasıyla halk sağlığı açısından önemli ve öncelikli hedeflerdendir.

Her üç yıla ait sonuçlar değerlendirildiğinde, Denizli ili ilköğretim öğrencilerinin ADS düzeyinin oldukça kötü durumda olduğu gözükmektedir. Çalışmadan elde edilen bulgular kısaca değerlendirildiğinde 2. sınıf öğrencilerinin

ADS düzeyi oldukça kötü durumdadır. Öğrencilerin yaklaşık %87'inde en az bir çürük diş bulunmaktadır ve çürük sayısı ortalama 4.8'dir. DMF-t indeksi 1, dmft indeksi 4 civarındadır. Öğrencilerin yaklaşık ¼'ünün ortodontik tedavi gereksinimi vardır. Bu veriler projenin önemini ve gerekliliğini göstermektedir.

Ülkemizde öğrencilerde yapılan çalışmalar incelendiğinde benzer sonuçların rapor edildiği görülmektedir. 2002 yılı Sağlık Bakanlığı verilerine göre; ülkemizdeki 6-12 yaş okul çağı çocuklarında en sık rastlanan üç sağlık sorunu arasında diş çürüğü ilk sırayı almaktadır.⁴ Bu alandaki en geniş kapsamlı çalışmalardan olan Türkiye ADS Profili-2004 çalışmasına göre 12 yaş grubunda çürük diş prevalansı %61, dolgulu diş %6.5, kayıp diş %7.9 oranındadır. Aynı çalışmanın sonuçlarına göre önemli bir ADS göstergesi olan DMF-T indeksi 12 yaş grubunda 1.9 olarak hesaplanmıştır.⁴ Bu durum çocuklarda hem çok sayıda diş çürüğü olduğunu, hem de çürüğün şiddetinin çok yüksek olduğunu göstermektedir. Ülkemizde yapılan bir diğer araştırmada; 5 yaşındaki her 100 çocukta 70'inde; 12 yaşındaki her yüz çocukta 61'inde en az bir diş çürüğü olduğu tespit edilmiştir.⁵

Denizli'de il merkezinde sekiz ilköğretim okulunda 2007 yılında yapılan bir çalışmada birinci sınıflarda %87, üçüncü sınıflarda %91.5 oranında çürük saptanmıştır.³ Kalıcı diş çürüğü ortalaması birinci sınıflarda 0.95 üçüncü sınıfta 1.16'dır. Toplam DMF-T indeksi birinci sınıflarda 5.1 üçüncü sınıf öğrencilerinde 4.4 olarak bulunmuştur. Bulgular çalışmamızın kent merkezi verilerine oldukça benzerdir.

Gelişmiş ülkeler ağız ve diş sağlığını koruma ve geliştirmeyi önemli sağlık hedefleri içine almışlardır. Bu hedeflere ulaşmalarında ilköğretim okullarına yönelik koruyucu halk sağlığı programları önemli yer tutmaktadır. DSÖ ağız-diş sağlığını, sağlık programının en önemli parçalarından biri olarak ele alınması ve okul çağındaki çocukların yararlanacağı önleyici ve tedavi edici programlar artırılması önerilerinde bulunmaktadır. DSÖ 2015 yılında ilköğretim eğitimi veren okulların %95'inde ağız ve diş

sağlığı programları uygulanmasını, anaokullarında ise, bu yüzdenin en az % 50'ye ulaştırılmasını önermektedir.⁶

Bu müdahale çalışmasında da yukarıda sayılan temel ilkeler dikkate alınmıştır. Öğrenci merkezli olması, henüz önlenebilir yaş grubu olan 8 yaş grubunun hedef alınması, eğitimlerin öğrencinin kendisi dışında anne baba ve öğretmenlerini de kapsaması, eğitim ve tarama dışında öğrencilere her yıl diş fırçası ve macunu temini ve gerekenlere fissur sealant ve flor vernik uygulamalarının yapılması, tarama, koruyucu uygulama ve eğitimlerinin okullarda uygun koşullarda yapılması projenin önemli uygulamalardır. İlk üç yılda yaklaşık 56 bin kişiye eğitim verilmiş, yaklaşık 39 bin öğrencinin ADS muayenesinin yapılmış ve dört binden fazla öğrenciye fissur sealant ve flor vernik uygulanmıştır.

Projede referans yaş grubu olan 12 yaş grubunda DMF-T indeksinin 2'nin altına, çürük diş sayısının ise 1'in altına çekilmesi hedeflenmektedir. Bu hedefler ulusal hedeflerimize de uygunluk göstermektedir. 2020 yılı Türkiye hedeflerinde; 5-6 yaş grubunda % 60 çürüksüzlüğü, 12 yaş grubunda DMF' de D'yi yani çürük dişi 0.85 düzeyine indirilmesi hedeflenmektedir.⁴

Projenin her üç yıla ait sonuçları konunun önemini ve önceliğini açıkça ortaya koymaktadır. Aslında her yıl taranan öğrenciler yeni bir grup olduğundan bu proje kapsamında geçmişte müdahale edilmemiş gruplardır. Bu nedenle her yıl taramaya ve eğitimlere alınan 2. sınıf öğrencileri üzerine projenin etkisi beklenmemektedir. Ancak taramalar okullarda yapıldığından ve eğitimlere ebeveyn ve öğretmenler de dahil edildiğinden, projenin olumlu bir çarpan bir etki oluşturduğu görülmektedir.

Bu müdahale çalışmasının etkisinin değerlendirilmesi ilk grubun (1. yıl grubu) 12 yaşına (5. sınıfa) ulaştığında yapılacak değerlendirme ile ortaya çıkarılacaktır. Üçüncü yılı tamamlanan projede 8 yılın sonunda sadece öğrencilerde değil çarpan etki ile tüm Denizli halkında ağız ve diş sağlığının gelişmesi beklenmektedir.

Kaynaklar

1. Oktay İ., Bermek S.G., Doğan F. Okul Ağız Diş Sağlığı Projesi (Bilecik Projesi) Özet Sonuçları. TDB Dergisi 2004;79:43-6.
2. Gökalp S., Dogan BG, Tekçiçek M., Berberoğlu A., Ünlüer Ş. Beş, on iki ve on beş yaş çocukların ağız diş sağlığı profili, Türkiye-2004, Hacettepe Diş hekimliği Fakültesi Dergisi 2007;31(4):3-10.
3. Yurdasal B., Tapalı A., Bozkurt A.İ., Ergin A., Öz İ. Denizli’de İlköğretim Okullarında Yapılan Ağız Ve Diş Sağlığı Eğitiminin Etkisi XI.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri kitabı 2007;172.
4. <http://www.fircalarcantadadisleryolunda.com/prog.html> (Erişim tarihi: 15.09.2011).
5. Doğan B.G., Gökalp S. Türkiye’de diş çürüğü durumu ve tedavi gereksinimi 2004. Hacettepe Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi, 2008;32(2):45-7.
6. http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/basin_icerik.php?yer_id=5&id=64C. Yıldırım Korkut. Ağız ve Diş Sağlığı Konusunda Yeni Yaklaşımlar.

Tıpta Uzmanlık Sınavında Türkiye’de Halk Sağlığının Son Beş Yıldaki Durumu

Erhan Eser^a, Selçuk Hatipoğlu^b

Özet

Amaç: Bu çalışma Halk Sağlığı mesleğinin hekimler arasında ne düzeyde tercih edildiği konusunda bir değerlendirme yapmak amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** TUS tercih puanları Web tabanlı (ÖSYM ve diğer kuruluşların web sayfalarından) verilerden, 33 Halk Sağlığı Anabilim dalı için, 2006-2011 dönemleri için elde edilmiştir. **Bulgular:** Nisan 2010 dönemi dışında kadro ilan edilen veya tercih edilen anabilim dalı sayıları son TUS dönemi olan Eylül 2011 dönemine dek önemli bir değişiklik göstermemiştir. Son TUS döneminde ise bu sayı önemli bir artış göstermiştir. Özellikle son iki-üç TUS döneminde gözlenen genel kadrolarındaki azalmanın Halk Sağlığı’na yansıtılmadığını görüyoruz. 2006-2011 TUS dönemlerinde Halk Sağlığını tercih eden hekimlerin aldıkları ortalama puan aralığı 53.8-60.5 ‘dir. Ortalama puan dağılımında büyük bir değişim gözlenmemekle birlikte puan ortalama ve dağılım aralıklarında son iki yıldaki TUS döneminde diğer dönemlere göre önemli bir artış izliyoruz ($p<0.05$). Son dört dönemde anabilim dalını kazanıp göreve başlamayanların oranı %16-56 arasında değişmektedir. Genel olarak Halk Sağlığı Anabilim dalları için ortanca tercih sırası 7’dir. Herhangi bir TUS döneminde en az bir araştırma görevlisinin 1’nci Sırada tercihte bulundukları anabilim dalı sayısı 13; 2’nci Sırada tercihte bulundukları anabilim dalı sayısı ise 12’dir. Genel olarak değerlendirmeye alınan toplam 33 AD içinde 25 AD’nın herhangi bir dönemde ilk üç sırada tercih edildikleri anlaşılmaktadır. Karşılaştırmak amacıyla incelenen Genel Cerrahi anabilim dalları için ortanca tercih sıralaması 8’dir. Değerlendirmeye alınan toplam 33 üniversiteden 20’sinde Halk Sağlığı anabilim dalları tercih sırası Genel Cerrahi AD tercih sırasından daha üst sıradadır. Tercih sıralamasında Genel Cerrahi’nin altında kalan 13 anabilim dalının yaklaşık yarısı beş büyük ildeki anabilim dallarıdır. En az üç ve daha fazla dönem araştırma görevlisi almış olan anabilim dallarına göre 57 ve daha üstü puanla araştırma görevlisi kabul etmiş olan 14 Anabilim dalının altısı üç büyük kentte yer alan tıp fakültelerinin anabilim dallarıdır. TUS Halk Sağlığı giriş puanları son dört dönemde anlamlı artış göstermektedir. Ancak, yıllar içinde doğrusal olarak hızla düşse de Halk Sağlığı anabilim dalında eğitim almaya hak kazanıp da uzmanlık eğitimine başlamayanların oranı henüz daha kabul edilemez boyutlardadır. **Sonuç:** Bütün bu değerlendirmeler ışığında, Halk Sağlığı uzmanlığı bir gelişim gösterse de uzmanlık eğitimi ilk başladığı yıllardaki durumun henüz daha çok uzağında olduğumuz da bir gerçektir.

Anahtar Kelimeler: TUS, halk sağlığı uzmanlık eğitimi

^aProf.Dr., Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Manisa.

^bDr., Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Manisa.

Sorumlu Yazar: Erhan Eser, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Manisa. Tlf: 0236 2318373, E-posta: erhanese@gmail.com

Geliş tarihi: 01 Şubat 2012, Kabul tarihi: 10 Mart 2012

State of Public Health in the past 5 years Central Medical Speciality Exams in Turkey

Abstract

Objective: The aim of this descriptive study was to assess the preference for the specialty in Public Health (PH) among physicians in Turkey. **Method:** This was done by a survey of the "Central Medical Specialty Exam" (TUS) scores of 33 University Public Health departments for the years 2006-2011, obtained from a number of websites, including National Student Selection and Placement Centre (ÖSYM) and some other private bodies. **Results:** The number of departments seeking a candidate did not change until the September 2011 exam apart from that of April 2010. The Public Health profession was not affected by the observed decrease in National medical specialty staff openings in recent years. In the period from 2006-2011 the range of the mean exam points was 53.8-60.5 for Public Health. This range significantly increased for the exams of the past 2 years ($p<0.05$). The percentage of drop-outs varied between 16 and 56% in public health departments. The median preference rank was 7 for Public Health in the TUS. Regarding any exam period, among 33 PH departments, 13 PH departments were preferred as being in the first rank; 12 in the second rank and 25 in the third rank at least once during the 2006-2011 period. As a simple comparison the mean rank for general surgery was 8 during this period and PH was preferred in higher ranks than general surgery in 20 of 33 universities. Half of the remaining 13 departments with a higher rank than General Surgery are located in the 5 big Metropolitan cities of Turkey. Of the 14 PH departments accepted residents with 57 points and over 6 were located in 3 big Metropolitan cities. TUS PH acceptance point limits have increased during the 4 most recent exams but the drop-out rates of the PH residents are still at non-acceptable levels. **Conclusion:** In the light of these results, despite a visible development for the preference of PH among practitioners, there is still a long distance to catch the level of popularity of PH at the beginning of the PH specialty training in Turkey in 70s.

Key Words: General medical specialty exam, public health specialty exam

Giriş

Bu analiz Halk Sağlığı mesleğinin hekimler arasında ne düzeyde tercih edildiği konusunda bir değerlendirme yapmak amacıyla yapılmıştır.

TUS tercih puanları Web tabanlı verilerden, 2006 - 2011 dönemleri için elde edilmiştir. TUS puan dağılımları, yıllara ve sınav dönemlerine göre bir bütün olarak

tüm anabilim dalları için ortak olarak ve ayrıca her bir anabilim dalı için yine yıllara göre verilmiştir. Tablolarda izlenen kadrolar, tercihler sonunda oluşan en küçük puanlardır. Bu puanları alan adayların ilgili anabilim dallarında göreve başlayıp başlamadıkları belli değildir.

Bulgular ve Tartışma

Genel olarak halk sağlığının durumu

TUS dönemlerine göre kadro ilan edilen veya tercih edilen anabilim dalı sayıları ve her bir TUS döneminde Halk Sağlığını tercih etmiş olan hekimlerin aldıkları ortalama, en küçük ve en büyük puanlar Tablo 1'de sunulmuştur. Nisan 2010 dönemi dışında kadro ilan edilen veya tercih edilen anabilim dalı sayıları son TUS dönemi olan Eylül 2011 dönemine dek önemli bir değişiklik göstermemiştir. Bu dönemlerde ilan edilen kadro sayıları 14-24 aralığında olmuştur. Son TUS döneminde ise

bu sayı 29'a çıkmıştır. Halk Sağlığı anabilim dalları için ilan edilen kadro sayılarında anabilim dallarının talepleri yanında fakülte dekanlıklarının da inisiyatifi rol oynamaktadır. Özellikle son 2-3 TUS döneminde gözlenen genel kadrolarındaki azalmanın Halk Sağlığı'na yansıtılmadığını görüyoruz. Halk Sağlığı uzmanı açığı olan ülkemizde bu durum anlaşılabilir bir durumdur. Ancak yöntem bölümünde de belirtildiği gibi bu puanları alan adayların ilgili anabilim dallarında göreve başlayıp başlamadıkları belli değildir. Örneğın son

TUS döneminde tabloda izlenen 29 sayısına bakarak bu sayıda araştırma görevlisinin anabilim dalında göreve başladığını söyleyemeyiz. Anabilim dallarında göreve başlamış olup da uzmanlık derecesi almadan istifa eden -son yıllarda artan sayıda olduğunu bildiğimiz- halk sağlığı araştırma görevlilerini de unutmamak gerekir. Halk sağlığı uzmanlık eğitimini tamamlamayan araştırma görevlisi sayılarını da ortaya koyan ek bir çalışmaya gereksinim vardır.

Tablo 1'de 2006-2011 TUS dönemlerinde Halk Sağlığını tercih eden hekimlerin aldıkları ortalama puanların dağılımında büyük bir değişim gözlenmemekle birlikte puan ortalama ve dağılım aralıklarında son iki yıldaki TUS döneminde diğer dönemlere göre önemli bir

artış izliyoruz. Toplam 12 TUS Dönemi içinde ilk sekiz döneme göre son dört dönemdeki puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Farklı dönemlerde TUS puan hesaplama yöntemi ve standardında bir değişiklik olmadığını dikkate alırsak bunun nedenini açıklamak gerekir. Her ne kadar Sağlık Bakanlığı birimlerinde görev tanımına uygun olmayan konumlarda çalıştırılırsalar da Halk Sağlığı uzmanlarının istihdamındaki -göreceli- iyileşmelerin bu puan artışında etkisi olduğu düşünülebilir. Eğitim ve akademik ortamda Halk Sağlığı Anabilim Dallarının kendi iç disiplinlerini koruyarak çalışmalarını sürdürmeleri de Halk Sağlığının tercihindeki artışta rol oynamış olabilir.

Tablo 1. TUS halk sağlığı giriş puanı dağılımları

TUS Dönemi	Bu dönemde kadro ilan edilen / tercih edilen halk sağlığı AD sayısı*	Ortanca Puan	Ortalama Puan (min-maks)
Nisan 2006	19	53.48	54.18 (50.10 – 60.10)
Eylül 2006	21	55.88	56.13 (52.65 – 64.10)
Nisan 2007	16	57.40	56.10 (52.00 – 62.30)
Eylül 2007	19	55.71	55.46 (51.70 – 58.80)
Nisan 2008	19	59.18	59.28 (53.80 – 65.20)
Eylül 2008	24	54.10	54.00 (51.60 – 57.80)
Nisan 2009	23	53.32	53.79 (50.60 – 58.90)
Eylül 2009	14	56.75	56.93 (53.60 – 62.70)
Nisan 2010	7	60.05	60.07 (58.31 – 61.40)
Aralık 2010	11	58.23	58.12 (55.20 – 60.60)
Mayıs 2011	19	60.62	60.52 (57.90 – 63.90)
Eylül 2011	29	57.89	56.14 (53.90 – 62.68)

*Toplam 39 üniversite üzerinden

Tablo 2'de ÖSYM verilerine göre adayların son dört TUS döneminde Halk Sağlığı tercihleri ve göreve başlama durumları izlenmektedir. Önceki dönemler için ÖSYM web sitesinde bir bilgiye

ulaşılamadığından yıllar içindeki eğilim konusunda kesin bir şey söylemek güçtür. Ancak ilk iki döneme göre son iki dönemde göreve başlama oranlarında belirgin bir artış göze çarpmaktadır.

Tablo 2. Son 4 TUS döneminde halk sağlığı anabilim dallarını kazanan adayların anabilim dalında göreve başlama (yerleşme) durumları

TUS Dönemi	Anabilim dalında göreve başlayanların sayısı (n, %)	Bir HS Anabilim dalını kazansa da göreve başlamayanların sayısı (n,%)	Halk Sağlığı anabilim dallarına yerleştirilen toplam araştırma görevlisi sayısı
Nisan 2010	9 (60.0)	6 (40.0)	15
Aralık 2010	16 (44.4)	20 (55.6)	36
Mayıs 2011	32 (74.4)	11 (25.6)	43
Eylül 2011	52 (83.8)	10 (16.2)	62

Halk sağığı anabilim dallarındaki farklılaşmalar

Tablo 3'de Halk Sağığı Anabilim Dallarının adayların yaptığı tercih sırasına göre dağılımı sunulmuştur. Genel olarak Halk Sağığı Anabilim dalları için ortanca tercih sırası 7'dir. Halk Sağığı Anabilim dallarına göre değerlendirildiğinde:

Herhangi bir TUS döneminde en bir araştırma görevlisinin 1'nci sırada tercihte bulundukları anabilim dalı sayısı 13; 2'nci

sırada tercihte bulundukları anabilim dalı sayısı ise 12'dir. Genel olarak değerlendirilmeye alınan toplam 33 AD içinde 25 AD'nın herhangi bir dönemde ilk üç sırada tercih edildikleri anlaşılmaktadır. En az üç dönem araştırma görevlisi kabul etmiş olan anabilim dallarına göre ortanca tercih sıralaması en yüksek (4-5) olan ilk beş anabilim dalı Ankara, Atatürk, Ege, İstanbul (Çapa) ve Karadeniz Teknik Üniversitesi Halk Sağığı AD 'dır.

Tablo 3. Halk sağığı anabilim dallarının adayların yaptığı tercih sırasına göre dağılımı

Üniversite	HSAD'nın ortalama tercih sırası	HSAD'nın ortanca tercih sırası	HSAD'nın tercih sırası dağılım aralığı (min-maks)	Aynı dönemde Genel Cerrahi AD ortanca tercih sırası
Abant İzzet Baysal	---	---	---	---
Adnan Menderes	7.6	8.0	7 – 8	8.0
Akdeniz	6.3	5.5	1 – 12	6.5
Ankara	6.2	4.0	1 – 13	6.0
Atatürk	5.0	4.0	1 – 13	8.0
Başkent	7.5	7.0	5 – 11	8.0
Celal Bayar	7.8	8.0	2 – 14	9.0
Cumhuriyet	7.7	6.5	3 – 14	8.0
Çukurova	7.0	8.0	1 – 12	7.0
Dicle	7.5	6.5	1 – 14	10.0
Dokuz Eylül	9.0	10.0	3 – 14	8.0
Düzce	7.5	6.5	3 – 14	9.0
Ege	5.7	4.0	1 – 13	5.0
Erciyes	8.4	8.0	1 – 14	5.5
Osmangazi	7.2	7.0	3 – 13	10.0
Fırat	7.2	8.0	1 – 14	7.0
Gazi	9.4	12.0	2 – 14	6.0
Gaziantep	5.0	4.0	3 – 8	8.5
Hacettepe	9.1	8.0	1 – 14	7.0
Harran	---	---	---	---
İnönü	---	---	---	---
Cerrahpaşa	8.9	9.5	1 – 14	8.0
İstanbul	4.6	5.0	2 – 9	8.0
Karadeniz	7.1	5.0	3 – 14	6.0
Kırıkkale	6.6	6.0	1 – 14	6.5
Kocaeli	6.8	5.5	4 – 13	8.5
Marmara	8.2	7.5	3 – 14	7.0
Mersin	9.4	9.0	4 – 14	8.5
Mustafa Kemal	11.1	13.0	6 – 14	9.0
Ondokuz Mayıs	7.9	9.0	1 – 14	6.5
Pamukkale	7.2	7.0	4 – 10	8.0
Meram	---	---	---	---
Süleyman Demirel	7.7	7.0	4 – 12	11.0
Trakya	6.7	6.5	1 – 14	7.0
Uludağ	7.9	8.0	3 – 14	5.0
Yüzüncü yıl	11.5	12.5	8 – 13	5.0
Zonguldak	7.0	5.0	3 – 13	8.0
TOPLAM*	7.5	7.0	1 – 14	8.0

* Ortalamaların ortalaması; Ortancaların ortancası

En az üç dönem araştırma görevlisi kabul etmiş olan anabilim dallarına göre ortalama tercih sıralaması en yüksek (4.6-6.3) olan ilk beş anabilim dalı sırasıyla İstanbul Tıp (Çapa), Ege, Atatürk, Ankara Tıp ve Akdeniz Üniversitesi Halk Sağlığı AD'dır.

Karşılaştırmak amacıyla incelenen Genel Cerrahi anabilim dalları için ortanca tercih sıralaması 8'dir. Tercih ortalama ve ortancaları ilgili ağ sayfalarında hazır tablo

olarak verilmemiş olduğundan diğer anabilim dalları ile ilgili tercih sıralamaları ayrıca incelenememiştir. Değerlendirmeye alınan toplam 33 üniversiteden 20'sinde Halk Sağlığı anabilim dalları tercih sırası Genel Cerrahi AD tercih sırasından daha üst sıradadır. Tercih sıralamasında Genel Cerrahi'nin altında kalan 13 anabilim dalının yaklaşık yarısı beş büyük ildeki anabilim dallarıdır.

Tablo 4. Halk sağlığı anabilim dallarına göre TUS giriş puanı dağılımları

Üniversite	HSAD'nın arş. gör. aldığı dönem sayısı	HSAD'nın ortalama TUS puanı	Anabilim dalının ortanca TUS Puanı	Anabilim dalının TUS puan dağılım aralığı (min-maks)
Abant İzzet Baysal	1	54.19	---	54.19
Adnan Menderes	2	55.59	55,65	53.00 – 58.30
Akdeniz	8	56.40	57,34	52.70 – 60.21
Ankara	7	56.77	56,44	50.64 – 60.51
Atatürk	3	54.43	55,44	51.59 – 56.30
Başkent	1	51.58	---	51.58
Celal Bayar	7	56.59	55,82	52.21 – 62.06
Cumhuriyet	7	54.76	55,50	51.50 – 57.02
Çukurova	7	56.44	56,93	52.86 – 61.01
Dicle	8	55.28	54,98	53.09 – 61.10
Dokuz Eylül	10	56.53	57,62	51.58 – 61.99
Düzce	2	57.11	57,12	53.14 – 61.09
Ege	5	56.81	57,32	52.20 – 61.70
Erciyes	8	55.85	56,48	52.21 – 60.62
Osmangazi	8	57.06	*57,09	51.37 – 63.97
Fırat	10	56.90	55,76	51.59 – 63.37
Gazi	12	57.89	57,68	52.28 – 62.36
Gaziantep	2	59.97	59,98	58.23 – 61.72
Hacettepe	11	56.36	57,26	51.11 – 59.21
Harran	3	55.56	54,73	54.44 – 57.51
İnönü	2	54.45	54,45	53.48 – 55.43
Cerrahpaşa	7	58.95	58,58	56.50 – 64.80
İstanbul	6	57.06	56,72	51.72 – 62.73
Karadeniz	7	55.25	54,10	51.77 – 58.23
Kırıkkale	7	57.17	*58,78	52.74 – 62.68
Kocaeli	7	56.87	*57,19	52.02 – 60.42
Marmara	10	57.58	57,79	52.22 – 62.34
Mersin	4	56.54	56,96	52.28 – 59.97
Mustafa Kemal	8	57.45	*57,20	53.49 – 58.85
Ondokuz Mayıs	9	58.11	*57,36	54.21 – 62.98
Pamukkale	7	56.57	*57,44	52.35 – 59.28
Meram	3	56.62	*57,50	53.43 – 58.95
Süleyman Demirel	7	57.90	*57,58	53.45 – 59.80
Trakya	3	55.05	55,99	50.40 – 58.75
Uludağ	8	55.39	56,18	50.08 – 58.98
Yüzüncü yıl	5	55.15	52,91	52.40 – 61.35
Zonguldak	2	57.29	57,29	54.91 – 59.67

* TUS'da en az iki dönem öğrenci kabul etmiş olan ve 57.0 ve üstünde ortanca puan alan üç büyük kent dışında yer alan anabilim dalları

Tablo 4'de Anabilim Dallarına göre ilan edilen veya tercih edilen araştırma görevlisi sayıları ve TUS giriş puanı dağılımları sunulmuştur. İncelme kapsamındaki 12 TUS döneminin tümünde Halk Sağlığı AD kadrosu ilan edilmiş olan tek anabilim dalı Gazi ÜTF Halk Sağlığı AD'dır. Bunu 11 dönem ile Hacettepe; 10'ar dönem ile Dokuz Eylül, Marmara ve Fırat; 9 dönem ile Ondokuz Mayıs; 8'er dönem ile Mustafa Kemal, Uludağ, Akdeniz, Dicle, Erciyes ve Osmangazi Halk Sağlığı AD'ları izlemektedir. Yukarıda da değinildiği gibi bu sayıların belirlenmesinde fakültenin kuruluş tarihi, büyüklüğü, kentsel yaşam tercihleri, anabilim dalı öğretim üyesi sayıları ve fakülte dekanlıklarının görüşleri etkili olmaktadır. Ancak bazı Halk Sağlığı anabilim dallarında öğretim üyesi sayıları ile orantılandırılmayacak ölçüde az sayıda dönemde araştırma görevlisi alınması da dikkat çekicidir. Bunun nedenleri üzerinde durulmalıdır. Son dönemlerde tıp

fakültelerindeki performans uygulamasının da döner sermayeye katkıda bulunmayan anabilim dallarına yeni araştırma görevlisi alımını kısıtladığı bilinmektedir.

Ortanca puanlar açısından yaptığımız değerlendirmede en az üç ve daha fazla dönem araştırma görevlisi almış olan anabilim dallarına göre 57 ve daha üstü puanla araştırma görevlisi kabul etmiş olan 14 Anabilim dalının altı tanesi üç büyük kentte yer alan tıp fakültelerinin anabilim dallarıdır. Geri kalan sekiz anabilim dalı ise üç büyük kent dışında konumlanan anabilim dallarıdır. Üç büyük kentin TUS puanlarında yukarıda değinilen kentsel avantajı dikkate alınarak bu kentlerde yer alan anabilim dalları ayrıca değerlendirmelidir. Bu altı anabilim dalı içinde sadece Cerrahpaşa diğerlerinden farklılık göstermektedir. üç büyük kent dışındaki sekiz anabilim dalı içinde de Kırıkkale ve Ondokuz Mayıs diğerlerinden ayrılmaktadır.

Sonuç

TUS'da Halk Sağlığı yıllar içinde giderek daha çok tercih edilmekte, TUS giriş puanları son dört dönemde anlamlı artış göstermektedir. Ancak, yıllar içinde doğrusal olarak hızla düşse de Halk Sağlığı anabilim dalında eğitim almaya hak kazanıp da uzmanlık eğitimine başlamayanların oranı henüz daha kabul edilemez boyutlardadır. Son sınavda bu oran %14'dür. Bundan daha önemli bir gösterge olan göreve başlayıp da eğitimini tamamlamayanların sayısı için elimizde veri yoktur.

Halk Sağlığı anabilim dallarının tercihinde üç büyük kent dışındaki anabilim dallarının da tercih edilmesi dikkate

alındığında giderek homojenleşen bir tercih eğilim gözlenmektedir. Ülke çapında yaygınlaşan anabilim dallarının öğretim üyesi profilinin nicelik ve nitelik açısından gelişmesi bunun olası bir nedeni olarak değerlendirilebilir. Öte yandan Halk Sağlığı uzmanlarının istihdamı ve özlük haklarındaki kazanım ve iyileşmeler de son yıllarda Halk Sağlığının tercihindeki olumlu gelişmenin altta yatan nedeni olabilir.

Bütün bu değerlendirmeler ışığında, Halk Sağlığı uzmanlığı bir gelişim gösterse de uzmanlık eğitiminin ilk başladığı yıllardaki durumun henüz daha çok uzağında olduğumuz da bir gerçektir.

Kaynaklar

1. www.osym.gov.tr.
2. http://www.tusrehberi.com/yerlestirme_istatistikleri.asp?F=110&B=28.