

TJPH/THSD

TURKISH JOURNAL OF PUBLIC HEALTH TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI DERGİSİ

April 2011
Nisan 2011

Published three times a year
Yılda üç kez yayınlanır

Volume 9 Number 1
Cilt 9 Sayı 1

CONTENTS

From the Editor/Editörden i-iii
Sibel Kalaca

ORIGINAL RESEARCH ARTICLES/ORIJİNAL ÇALIŞMA

- İzmir’de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuran gebelerin aile hekimi tarafından izlenme sıklıkları ve etkileyen etmenler/ Prenatal care utilization from family physicians: a study among pregnant women applying to secondary and tertiary care hospitals in Izmir 1-15

Raika Durusoy, Aslı Davas, Işıl Ergin, Hür Hassoy, Feride Aksu Tanık

- Bazı aile hekimliği pilot uygulama birimlerinde birinci basamak değerlendirme ölçeği (BDÖ) (Primary Care Assessment Survey) ile sağıkhizmet özelliklerinin değerlendirilmesi/ Assessing the structural and functional properties of family physician services by using the PCAS (Primary Care Assessment Survey: Primary Care Evaluation Scale) scale 16-32

Tülay Lağarlı, Erhan Eser, Mustafa Akdeniz, Bahar Aydoğdu, Ümit Baklaya, Canan Fıra, Adnan Saatçioğlu, Burak Sönmez, Eylül Taner, Seval Tıglı, Koray Topçu, Başak Yıldız, Nurcan Yılmaz, Hülya Yorgun

- Üniversite öğrencilerinde madde kullanımı, şiddet ve bazı psikolojik Özellikler/ Substance use, violence among university students and their some psychological characteristics 33-44

Ebru Turhan, Tacettin İnandı, Cahit Özer, Sabahat Akoğlu

REVIEW/DERLEME

- Küresel, çok ülkeli çocukluk dönemi kasıtsız yaralanmaları surveyans çalışması/ A global survey of unintentional childhood jury 45-57

M. Soner Yılmaz, Birgül Piyal

NOTES FROM THE FIELD/ALANDAN NOTLAR

- Kamu hastane birlikleri hakkında kanun tasarısı ve hakkaniyet/ The draft law of public hospital associations and equity 58-66

Alpaslan Türkkan

LETTER TO THE EDITOR/ EDITÖRE MEKTUP

- Yeni sorular sormak 67-69
Tuğrul Erbaydar

TURKISH JOURNAL OF PUBLIC HEALTH TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI DERGİSİ

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

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

Printed by/Baskı: Palme Yayıncılık

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

From the editor

Dear Readers,

We are happy to greet you with the first issue of 2011. In this issue you will find three original research articles, one review, one notes from the field and one letter to the editor.

In this issue there are both research and review articles dealing with the recent changes in the organization at all level of the health services in Turkey, as part of the Health Transformation Program. Two research articles in this issue were submitted from two close cities in the west region of our country aiming to evaluate the Family Physician System from different points of view. In the Manisa study, Lagarlı et al. aimed to evaluate structural and functional properties of family physician services by using the scale of the PCAS (Primary Care Assessment Survey: Primary Care Evaluation Scale). The validity of the scale had also been assessed by the same authors in a previous study. According to the study results, it was found that, in general, structural dimension scores were low; whereas patient-physician relationship domain scores were in a normal range. In addition to these findings, the elements of the recently modified primary health care system were found to be poor in general except for the continuity element.

Durusoy et al., in their study, evaluated the registration and follow-up rates of pregnant women by family physicians (FP). According

to the study results, they suggest, the participation of FPs in antenatal care should be increased and interventions should be undertaken to ensure a more effective role of primary care in prenatal care.

The draft law of Public Hospital Associations is discussed by Türkkan in the notes from the fields section of the Journal. He argues that the principles of equity, representation and participation are not properly taken into consideration in the process of selection of the highest decision making organ of the associations, namely the board of directors. The financially oriented services that the associations are going to deliver will affect all of society but especially the poor.

Evaluation of the short and long term effects of the recently introduced services as part of the Health Transition Program on the health of society is one of the important responsibilities of public health workers. We would like to provide space for both research and review articles on this topic in the next issues of the Journal.

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

Sibel Kalaca
Editor

Editörden

Sevgili okurlar,

2011 yılının ilk sayısı ile karşınızdayız. Dergimizin bu sayısında üç araştırma makalesinden başka, bir derleme, bir sahadan notlar ve bir de editöre mektup bulacaksınız.

Dergimizin bu sayısında, sağlıkta dönüşüm programı kapsamında sağlık hizmetlerinin bütün basamaklarında yapılan düzenlemelere ilişkin araştırma ve tartışma yazıları yer almaktadır. Bu konudaki araştırmaların her ikisi de ülkemizin batı bölgesinde, birbirine çok yakın iki ilde yapılmış olup; aile hekimliği sistemini çeşitli açılardan değerlendirmektedir. Lağarlı ve arkadaşlarının Manisa’da yaptıkları çalışmada, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yapısal ve işleyiş özellikleri, Türkçe geçerlik-güvenirliliği yine aynı araştırmacılar tarafından yapılmış olan PCAS ölçeği (Primary Care Assessment Survey: Primary Care Evaluation Scale) ile değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre, hizmetin yapısal boyutu ile ilgili puanları düşüktür. Buna karşın hasta-hekim ilişkileri boyutuna ilişkin skorlar normal sınırlardadır. Genel olarak, hizmetin süreklilik boyutu hariç, bu sistemin PCAS ile değerlendirilen özelliklerinin birinci basamak sağlık hizmetlerinin başarısı açısından zayıf olduğu bulunmuştur.

Gebelerin aile hekimi (AH) tarafından tespit ve izlem sıklıklarının ve bunları etkileyen etmenlerin değerlendirildiği diğer

çalışmada Durusoy ve arkadaşları, aile hekimlerinin gebe izlemlerine katılımının arttırılması gerektiğini belirtmiş ve gebe izleminde birinci basamağın daha etkin rol almasını sağlayacak müdahalelere ihtiyaç bulunduğunu göstermiştir.

Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı ise Türkkkan tarafından sahadan notlar bölümünde tartışılmaktadır. Yazarın değerlendirmesine göre, birliğin en üst karar organı olan yönetim kurulu üyelerinin belirlenmesinde hakkaniyet, temsiliyet ve katılımcılık göz ardı edilmektedir. İşleyişe yönelik hakkaniyet ile örtüşmeyen uygulamalar dikkat çekicidir. Birliklerin para odaklı olarak sunacakları hizmetler başta yoksullar olmak üzere tüm toplumu etkileyecektir. Bu nedenle yazar, tasarının yasalaşmadan önce tüm yönleri ile tartışılması ve katılımın sağlanarak toplumsal uzlaşının gerçekleştirilmesi gerektiğini önemle belirtmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında uygulamaya konulan hizmetlerin ve yapılan düzenlemelerin kısa ve uzun vadede toplum sağlığı açısından sonuçlarını değerlendirmek halk sağlığı çalışanlarının en önemli görevlerinden birisidir. Dergimizin gelecek sayılarında bu konuda yapılmış çalışma ve yazılara yer vermek istiyoruz. Bu sayıya katkıda bulunan bütün hakemlere ve yazarlara teşekkür ederiz.

Sibel Kalaca
Editor

Editorial Board

Sibel Kalaca
Nilay Etiler
Nur Aksakal
Osman Gunay
Yucel Demiral
Murat Topbas
Muzaffer Eskiocak
Ebru Turhan
Tayyar Sasmaz

Contributors to this issue

Gonul Dinc- Manisa
Mehmet Akman- Istanbul
Nalan Sahin Hodoglugil- Berkeley,CA
Selma Karabey- Istanbul
Tugrul Erbaydar- Ankara
Hilal Ozcebe- Ankara
Burcu Tokuc- Edirne
Ahmet Topuzoglu- Istanbul
Kayihan Pala- Bursa

English edition

Prof R W Guillery

İzmir’de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuran gebelerin aile hekimi tarafından izlenme sıklıkları ve etkileyen etmenler

Raika Durusoy^a, Aslı Davas^a, Işıl Ergin^a, Hür Hassoy^a, Feride Aksu Tanık^a

Özet

Amaç: İzmir’de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuran gebelerin aile hekimi (AH) tarafından tespit ve izlem sıklıklarını ve bunları etkileyen etmenleri değerlendirmek. **Yöntem:** Tanımlayıcı olan bu araştırma için, Aralık 2008 - Şubat 2009 tarihleri arasında İzmir’de bir ikinci, bir üçüncü basamak hastaneye izlem ya da doğum için başvuran 580 kadınla görüşülmüştür. Sosyodemografik özellikler, gebelikteki ilk izlem zamanları, AH’ne kayıt ve izlem durumu, 27 sorudan oluşan bir anketle sorgulanmıştır. Analizlerde ki-kare, McNemar ve t-testi kullanılmıştır. **Bulgular:** Araştırmaya katılan 580 gebenin 397’siyle (%64) ikinci basamak, 183’üyle (%32) üçüncü basamak hastanede görüşüldü. Kadınların %55’i ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahipti, %28’ini yeşil kartı olanlar veya sağlık güvencesi olmayanlar oluşturmaktaydı. Kadınların 307’si (%53) ilk çocuğuna hamileydi ve yaş ortalamaları 27.1±5.5 idi. Gebelerin %26’sı gebelik testini aile sağlığı merkezinde yaptırmıştı ve ilk kontrolleri için en sık başvurdıkları yerler sırasıyla devlet hastanesi (%33) ve aile hekimidir (%27). Gebelerin %14’ünün AH’lerini bilmediği, %10’unun AH’de gebe kaydının bulunmadığı ve %15’inin AH tarafından izlenmediği saptanmıştır. Gebeler ortalama 11.3±6.3 kez izlenmişlerdir, bunun 4.3±3.3’ü aile sağlığı biriminde gerçekleşmiştir. AH tarafından izlenen gebelerin %95’i AH’ne kendisi başvurmuştu. Gebelerin ancak %69’u zamanında tespit edilmişti, %49’unu sadece ebeler izlemekteydi ve sadece %3’üne ev ziyareti yapılmış, %77’si telefonla kuruma çağırılmıştır. Son iki yılda İzmir’e göçle gelen, okuryazar olmayan, yükseköğrenim mezunu olan, çalışan, emekli sandığı mensubu olan, yüksek gelir düzeyine sahip olan gebelerin aile hekimleri tarafından izlenme oranları daha düşüktür. **Sonuç:** Gebelerin %10’unun kayıtlı olmaması ve %15’inin izlenmemesi düşündürücüdür. Gebe izlemelerine aile hekimlerinin katılımı artırılmalıdır. Birinci basamağın daha etkin rol almasını sağlayacak müdahalelere ihtiyaç bulunmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Gebe izlemi, gebe tespiti, doğum öncesi bakım, aile hekimliği, birinci basamak sağlık hizmeti

Prenatal care utilization from family physicians: a study among pregnant women applying to secondary and tertiary care hospitals in İzmir

Abstract

Aim: To evaluate the registration and follow-up rates of pregnant women by family physicians (FP) and factors influencing these rates.

^a Uzm. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, İzmir

^a Öğr. Gör., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, İzmir

^a Öğr. Gör., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, İzmir

^a Uzm. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, İzmir

^a Prof. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, İzmir

Sorumlu Yazar: Raika Durusoy, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. İzmir, E-posta: raikadurusoy@ege.edu.tr

Method: For this descriptive survey, pregnant women applying to one secondary and one tertiary care hospital in İzmir for antenatal care or delivery between December 2008-February 2009 were interviewed. Socio-demographic characteristics, the timing of their first antenatal visit, their registration with and follow-up status of their FP were surveyed with a questionnaire including 27 questions. Chi-square, Mc Nemar's and t-tests were used for analyses. **Results:** Among the 580 participants, 397 (64%) were interviewed in secondary and 183 (32%) in tertiary care hospitals. Among the women, 55% had primary school or a lower educational level, 28% were green card holders or did not have any social security. Among participants, 307 (53%) were going to have their first child and their mean age was 27.1±5.5. 26% had their pregnancy test in a family practice centre. Women mostly made their first antenatal visit to state hospitals (33%) or their FPs (27%). 14% of the women did not know their FP, 10% were not registered with their FP and 15% did not receive antenatal care from their FP. The pregnant women had a mean of 11.3±6.3 antenatal visits, 4.3±3.3 of them with their FPs. 95% of the women who were followed-up by their FP had applied to their FP themselves. Only 69% were recorded on time. 49% were being followed-up only by their midwife. Only 3% were visited at home by their midwives and 77% were called by the phone and invited to the FP's centre. Women who have migrated to İzmir in the past two years, illiterate women, women with university-degrees, working women, women having the social security of state employees, and with a high income had lower rates of follow-up by FPs. **Conclusion:** The 10% lack of registration and 15% lack of follow-up among pregnant women is challenging. The participation of FPs in antenatal care should be increased. Interventions are required to ensure a more effective role of primary care in prenatal care.

Key Words: Antenatal care, pregnancy follow-up, family medicine, primary health service

Giriş

Dünyada her gün yaklaşık 1000 kadın gebelik ve doğuma bağlı sorunlar nedeniyle kaybedilmektedir. Bu ölümlerin %99'u gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşmektedir ve büyük çoğunluğunu önlenebilir ölümler oluşturmaktadır. Doğum öncesi bakım (DÖB) bu ölümlerin önlenmesindeki en önemli araçlardan biridir.¹

DÖB'nin temel amacı, annelerin sağlıklı bir gebelik geçirmelerini, sağlıklı bebeklerin doğmasını sağlamaktır. Gebelerin ilk üç ayda en az bir kez görülmeleri, gebelik süresince eğitimli sağlık personeli tarafından izlenmeleri, sağlıklı ve güvenli bir gebelik geçirilmesi ve olası risk etmenlerinin erken belirlenmesi - özellikle az gelişmiş ülkelerde gebe kadınlarda görülen aneminin tanınması ve sağaltımı- açısından önemlidir.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 (TNSA 2008) verilerine göre Türkiye'de dört ve üzerinde doğum öncesi bakım alan kadın oranı kentte %80 ve kırd

%55'dir. Gebelerin %25'i beşinci ve ay ve sonrasında tespit edilmektedir.²

Doğum öncesi bakım hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleri açısından öncelikli ve özel bir yere sahiptir. Gebeliğin birinci basamakta izlenmesi; gebe ve bebeğin, bağışıklama, uygun eğitimlerin verilmesi, riskin erken dönemde saptanması gibi tüm koruyucu hizmetlere erişimini arttırır ve istenmeyen sonuçların sıklığını azaltır. Birinci basamakta izlem, erişimin hem ulaşım, hem ekonomik nedenlerle daha kolay olması nedeniyle hizmette sürekliliği arttırır. İskoçya'da gebelikte birinci basamakta genel pratisyen ve ebe izlemiyle kadın doğum uzmanlarının izlemlerinin etkinliğinin araştırıldığı bir çalışmada, düşük riskli gebelerin uzmana başvurusunun ne klinik ne de kullanıcı memnuniyeti açısından bir fark yaratmadığı ortaya konmuştur.³

Doğum öncesi bakımın sayı ve niteliğini, bu dönemde sağlık personeli tarafından yapılan ev ziyaretlerinin

arttırdığı literatürde gösterilmiştir. Erken doğum ve düşük doğum ağırlığına olumlu etkileri de tartışılmaktadır.⁴ Ev ziyaretleri anne sütünün daha uzun süre verilmesini sağlamakta, bebek ve annenin ruh sağlığını geliştirmektedir.⁵ Özellikle gelişmekte olan ülkelerde kimi anneler için ev ziyaretleri doğum öncesi bakımın verildiği tek nokta olabilmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın yürüttüğü "sağlık dönüşüm" programının ana unsurlarından biri aile hekimliğidir. Aile hekimliği uygulaması İzmir'de 14.05.2007 tarihinde fiilen başlatılmıştır.⁶ Ardından uygulama ülkeye giderek yaygınlaştırılmıştır ve 2011 itibarıyla tüm illerde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinin nasıl örgütlenip sunulacağına dair ilke ve kuralları içeren ve 1961 yılında kabul edilmiş bulunan 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun" da, tüm ülkede aile hekimliğine geçişle birlikte yürürlükten tamamen kaldırılmıştır. Aile hekimliği sisteminde, doğum öncesi izlem açısından aile hekimine yasa ile verilmiş yetki ve görevler; doğum öncesi izlem yapmak, kişiye yönelik rehberlik, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana-çocuk sağlığı hizmetlerini vermek, sunduğu hizmetlere ilişkin sağlık kayıtlarını tutmak, gerekli bildirimleri yapmak ve kendisine kayıtlı kişilerin sağlık durumlarını ev ziyareti ile tespit etmektir. Aile sağlığı elemanı için ise doğum öncesi bakım başlığı altında değerlendirilebilecek yasal yükümlülükleri gezici hizmetler, sağlığı geliştirici sağlık eğitimi, koruyucu hizmetler ile ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri olarak bildirilmektedir.⁷

Aile hekimlerinin yürütmekle yükümlü olduğu aşı takibi, gebe takibi ve çocuk-bebek takibi hizmetleri aile hekimliği sisteminde performans değerlendirmesi kapsamında ele alınmış ve tüm bu uygulamaların gereği gibi yerine getirilmemesi durumlarında yapılacak kesintiler pilot kanunda belirtilmiştir. Sözleşme veya görevlendirmeye çalıştırılan aile sağlığı elemanları için de geçerli olan bu oranlar, hesaplanan brüt ücretin; aylık başarı oranı %90-95 ise %1'i, %80-90 ise

%2'si, %80'den daha düşük ise %5'inin kesilmesi şeklinde belirlenmiştir. Zorunlu gebe izlem sayıları bu modelde azaltılarak dörde indirilmekle birlikte, %80'in altına düşmesi, aile hekiminin sözleşme fesih nedenlerinden biri olarak kabul edilmiştir.⁸

Türkiye'de 1988-2008 yılları karşılaştırıldığında kadınların son beş yıl içinde gerçekleşen son doğumlarında sağlık personelinin (doktor ve hemşire/ebe) en az bir kez DÖB almış olma oranı % 43'den % 92'ye yükselmiştir. Ancak hizmet kullanımında ve sunumunda bölgeler ve yerleşim yerleri arasında farklılıklar devam etmektedir.^{2,9} DÖB hizmetine erişimin kolaylaştırılması, tespitin ve izlem yeterliliğinin nicel ve nitel olarak iyileştirilmesi anne ve çocuk sağlığı hizmetleri açısından hayati önem taşımaktadır.¹⁰ Oysa aile hekimliğine geçişle birlikte izlem sayıları azaltılmıştır ve gebe tespitleri için önemli bir araç olan ev ziyaretlerinin günlük pratikte pek uygulanmamaktadır. Ayrıca aile hekimliği, liste temelli olduğu için özellikle yeni göç edenlerin hiçbir aile hekiminin listesine kayıtlı olmama olasılığı bulunmaktadır.

Aile hekimliğinde gebe tespitlerinin ne düzeyde yapılabilirdiği, izlemlerin yeterliliğiyle ilgili yapılmış saha çalışması henüz bulunmamaktadır. Bu konuda araştırma izni de verilmemektedir. Bu araştırmanın amacı, İzmir'de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuran gebelerin ve doğum yapmış olan kadınların; aile hekimine kayıtlılık oranlarını, aile hekimi tarafından izlenme oranlarını, aile hekimi ile ilk temas zamanlarını ve nedenlerini, aile hekimi izlemi kapsamında olmayı etkileyen etmenleri belirlemektir.

Yöntem

Tanımlayıcı olan bu araştırma, İzmir'de aile hekimliğine geçildikten 1.5 yıl sonra gerçekleştirildi. İkinci basamağı temsilen İzmir Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi (Konak Doğumevi) ve üçüncü basamağı temsilen Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı seçildi ve iki kurumun yönetiminden araştırma için

izin alındı. Aralık 2008 - Şubat 2009 tarihleri arasında bu kurumlara izlem ya da doğum için başvuran 617 kadın araştırmaya katıldı. İkinci basamak hastaneye Aralık 2008'de 7 ardışık iş günü ziyaret gerçekleştirildi. Üçüncü basamak hastane de Şubat 2009'da 15 iş günü ziyaret edildi. Her iki hastanede de bu tarihlerde gebe izlem polikliniğine başvuran bütün gebelerle ve yine aynı tarihte serviste yatmakta olan yeni doğum yapmış tüm kadınlarla görüşülerek bu tarihlerde kurumda bulunan ve hedef grubunda yer alan tüm kadınlarla görüşüldü. İzmir ili dışında yaşayanlar çalışma kapsamı dışında tutularak analize 580 kişi dahil edildi.

Sosyodemografik özellikler, gebelikteki izlem kaynakları, aile hekimine kayıt ve izlem durumuyla ilgili değişkenler, 27 sorudan oluşan bir anketle ölçüldü. Tetanoz bağışıklama durumları, beyana dayalı olarak, gereğinde de aşı kartı incelenerek değerlendirildi. Sağlık ocağı dönemiyle karşılaştırmak açısından, başka çocuğu olanlara bir önceki gebeliklerinde sağlık ocağı tarafından izlenip izlenmedikleri, ebeinin eve ziyarete gelip gelmediği ve o dönemde İzmir'de oturup oturmadıkları soruldu. Anketler kurumların gebe izlem polikliniklerinin bekleme salonlarında ve doğum servislerinde kadınlarla yüzyüze görüşerek uygulandı.

Gebelik nedeniyle aile hekimine kendiliğinden başvuranların oranı çok yüksek olduğu için, bunun nedenlerini daha ayrıntılı sorgulayan bir soru anket uygulamasının üçüncü gününden itibaren eklendi. Benzer şekilde tetanoz bağışıklama durumu sorgulanırken gebelik öncesi yapılmış aşılardan da dikkate alınabilmesi için bir soru daha eklendi. Sonradan eklenen ve çalışmanın temel bağımlı veya bağımsız değişkenlerini oluşturmayan bu sorularda veri eksikliği görece fazla olmuştur.

Kadınlara hanelerinin toplam aylık geliri ve hanede yaşayan toplam kişi sayısı soruldu. Bu iki değer birbirine bölünmesiyle kişi başına düşen aylık gelir hesaplandı.

Gebelerin gestasyon haftalarına göre aile hekimliğinde izlenme durumları değerlendirilirken aile sağlığı merkezi tarafından yapılan toplam izlem sayıları, gebelik haftaları itibarıyla toplam izlenmeleri gereken sayı ile karşılaştırıldı. Analizlerde ki-kare, McNemar, t-testi ve Kruskal-Wallis varyans analizi kullanıldı.

Bulgular

Araştırmaya katılan kadınların genel demografik özellikleri Tablo 1'de ayrıntılı olarak sunulmaktadır.

Araştırmaya katılan 580 gebenin 397'siyle (%68.4) ikinci basamak, 183'üyle (%31.6) üçüncü basamak hastanede görüşüldü. Görüşmelerin 438'i (%76.4) gebe izlem polikliniğinde, 135'i (%23.6) doğum sonrası yataklı serviste gerçekleştirildi. Gebelerin 514'ü (%88.8) İzmir'in metropol ilçelerinde yaşamaktaydı. Kadınların 307'si (%53.0) ilk çocuğuna hamileydi veya doğurmuştu. Bu üç değişken dışındaki sosyodemografik ve gebelikleriyle ilgili özellikleri, görüşmenin yapıldığı kuruma göre fark göstermekteydi (Tablo 1).

Kadınların aile hekimini sağlık ocağından ne kadar farklı algıladığının dolaylı bir göstergesi olarak birinci basamağı tanımlarken kullandıkları terim işaretlendi. Bu işaretleme yapıldığı 334 kadının 281'i (%84.1) hala "sağlık ocağı" terimini kullanırken 46'sı (%13.8) "aile hekimi" terimini kullanıyordu. Kadınların gebelik testi, ilk izlem yeri, aile hekimi tarafından gebeliğin tespiti ve izlenme oranlarıyla ilgili özellikleri, Tablo 2'de özetlenmektedir.

Tablo 1. Araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik özellikleri ve gebelikleriyle ilgili özellikleri

	İkinci basamak (n=397)		Üçüncü basamak (n=183)		Toplam (n=580)		p
	n	%	n	%	n	%	
Yaş ortalaması	26.1±5.1		29.3±5.8		27.1±5.5		<0.001
Eğitim durumu							<0.001
Okuryazar değil	35	8.8	3	1.6	38.	6.6	
Okuryazar	20	5.0	6	3.3	26.	4.5	
İlkokul	197	49.6	60	32.8	257.	44.3	
Ortaokul	68	17.1	29	15.8	97.	16.7	
Lise	60	15.1	47	25.7	107.	18.4	
Yüksek	17	4.3	38	20.8	55.	9.5	
Çalışmakta olanlar	33	8.3	48	26.2	81.	14.0	<0.001
Sosyal güvence							<0.001
SSK	221	55.7	127	69.4	348.	60.0	
Emekli Sandığı	5	1.3	42	23.0	47.	8.1	
Bağ-Kur	16	4.0	9	4.9	25.	4.3	
Yeşil Kart	89	22.4	1	0.5	90.	15.5	
Yok	66	16.6	4	2.2	70.	12.1	
Kişi başı aylık gelir ortancası ve aralığı (TL)	250	(20 – 1500)	400	(0 – 4000)	275	(0 – 4000)	<0.001
İzmir'de yaşadığı süre						19.4	0.047
Son iki yılda göçle gelen	83	21.0	29	16.0	112.	53.7	
Göç eden, >2 yıldır İzmir'de	199	50.2	111	61.3	310.	26.9	
Doğduğundan beri	114	28.8	41	22.7	155.		
İlk kontrol zamanı (hafta)	7.7±4.2		6.1±2.2*		7.2±3.8		<0.001
Görüşme anında gebelik haftası							0.001
<14 hafta	19	4.8	-		19	3.3	
14-29 hafta	135	34.1	78	42.6	213	36.8	
30-35 hafta	60	15.2	40	21.9	100	17.3	
36 hafta ve üzeri	182	46.0	65	35.5	247	42.7	
Gebelikte ilgili özel izlem gerektiren sağlık sorunu olanlar	85	22.0	68	37.6	153.	26.9	<0.001

* Üniversitede görüşülen gebelerden en az 15'i tüp bebektir ve ilk kontrol zamanlarının ortalaması 4.7±2.0 haftayken diğerlerinin ilk izlemleri ortalama 6.2±2.2 haftalıkken yapılmıştır (p=0.005).

Tablo 2. Gebelik testi, ilk izlem yeri, aile hekimi tarafından gebeliğin tespiti ve izlenme oranları (n=580)

	İkinci basamak		Üçüncü basamak		Toplam	
Değişken	n	%	n	%	n	%
Gebelik testinin yapıldığı yer						
Evde kendisi tarafından	156	39.6	78	42.6	234	40.6
Aile hekimi	119	30.2	28	15.3	147	25.5
Hastane	81	20.6	53	29.0	134	23.2
Diğer	38	9.6	24	13.1	62	10.7
Gebe olduğunu öğrenince ilk kontrol için başvurduğu yer						
Devlet hastanesi	156	39.5	34	18.7	192	33.2
Aile hekimi	130	32.9	23	12.6	153	26.5
Özel hastane	41	10.4	26	14.3	67	11.6
Özel doktor	32	8.1	22	12.1	54	9.4
Üniversite	3	0.8	47	25.8	50	8.7
Diğer	33	8.3	30	16.5	61	10.6
Kendi aile hekimini bilme						
Bilen	341	87.0	151	83.0	492	85.7
Bilmeyen	51	13.0	31	17.0	82	14.3
Aile hekiminde gebe kaydı varlığı						
Gebe kaydı yapılan	361	92.8	156	85.7	517	90.5
Kayı yapılmayan	28	7.2	26	14.3	54	9.5
Aile hekimi tarafından izlem						
Aile hekimliğinde izlem yapılan	344	88.0	144	78.7	488	85.0
Aile hekimliğinde izlem yapılmayan	47	12.0	39	21.3	86	15.0
Aile hekiminde izlem sayısı						
0	47	12.0	39	21.3	86	15.0
1-3	119	30.4	54	29.5	173	30.1
4-5	80	20.5	36	19.7	116	20.2
6 ve üzeri	145	37.1	54	29.5	199	34.7
Aile hekiminde izlem sayısı ortalaması	4.5±3.3		3.9±3.2		4.3±3.3	
Toplam izlem sayısı ortalaması	10.5±5.9		12.9±6.9		11.3±6.3	

Aile hekimliğinde kaydı olmayanların yaş ortalaması 29.3±6.1, olanlarınsa 26.9±5.4'tür (t=-3.029, p=0.003). Eğitim düzeyi ve sosyal güvenceye göre aile hekiminde gebe olarak kayıtlı olma oranı anlamlı farklılık göstermektedir (p=0.014 ve 0.001). Okuryazar değil, okuryazar ve yükseköğrenim olanların aile hekimine kayıtlı olma oranı (sırasıyla %89.2, %84.6, %77.8), ilkökul, ortaokul ve lise mezunlarından daha düşüktür (sırasıyla %93.6, %90.6, %91.6). Sosyal güvencesi SSK

ve Yeşilkart olanların ve güvencesi olmayanların sırasıyla %93.0, %91.0, %91.4'ünün gebeliği aile hekiminde kayıtlıyken Emekli Sandığı ve Bağ-Kur'luların sırasıyla %74.5 ve %83.3'ü kayıtlıdır. Aile hekimi tarafından kaydı yapılan gebelerin ilk kaydolma zamanı, aile hekiminin gebelikten haberdar olma şekli, izlemin kimin tarafından yapıldığı, evde izlem, izleme çağrılma özelliklerine göre dağılımı Tablo 3'te sunulmaktadır.

Tablo 3. Aile hekimi tarafından kaydı yapılan gebelerin ilk kaydolma zamanı, aile hekiminin gebelikten haberdar olma yolu, izlemin özellikleri

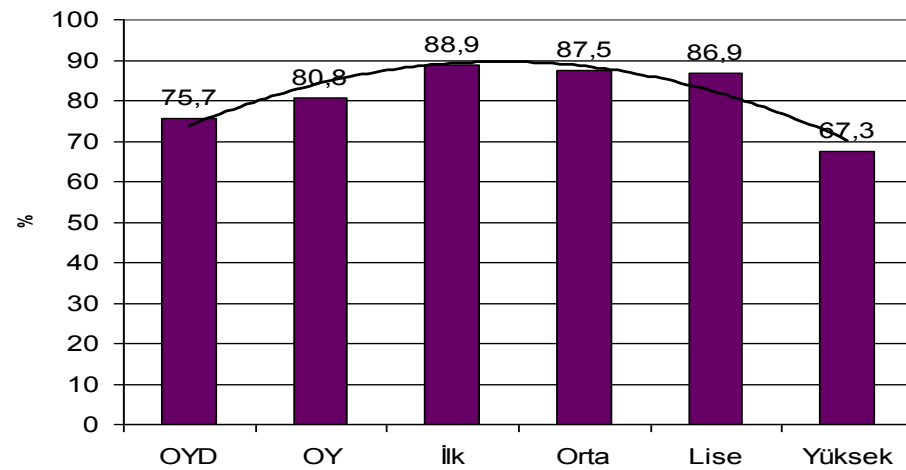
	İkinci basamak		Üçüncü basamak		Toplam	
Değişken	n	%	n	%	%	n
Aile hekimi tarafından tespiti yapılan gebelerin (n=516);						
İlk tespit zamanı ortalaması (ay)	2.8±1.7		2.7±1.7		2.8±1.7	
İlk tespit zamanının dağılımı						
Zamanında (14 hafta ve altı)	236	68.2	106	71.1	342	69.1
Geç tespit	110	31.8	43	28.8	153	30.9
15-17 hafta	38	11.0	16	10.7	54	10.9
18 hafta ve üzeri (İkinci izlem zamanı ve daha sonrası)	72	20.8	27	18.1	99	20.0
Aile hekiminin gebelikten haberdar olma yolu						
Gebelik nedeniyle kendisi başvurdu*	340	95.8	144	92.9	484	94.9
Gebeliğini öğrenince kendisi kaydolmaya gitti (izlemler, aşı vb. için)	198	64.9	88	61.1	286	63.7
Gebelik testi nedeniyle gittiğinde	58	19.4	22	16.0	82	18.3
Tetanoz aşısı olmak için gittiğinde	41	13.5	23	16.0	64	14.3
Gebelik ilacı yazdırmaya gittiğinde	5	1.6	6	4.1	11	2.3
Gebelikle ilgili sağlık sorunu/ tetkik için gittiğinde	1	0.3	2	1.4	3	0.7
Hekiminin yönlendirmesi	1	0.3	2	1.4	3	0.7
Başka nedenle başvurduğunda	9	2.5	3	1.9	12	2.4
Ebenin ev ziyareti/ telefonla çağırması	3	0.8	3	1.9	6	1.2
Taşınma sonrası kaydını getirdiğinde	3	0.8	3	1.9	6	1.2
Diğer	-		2	1.3	2	0.4
Ebe ev ziyaretine geldi mi?						
Evet	9	2.6	6	3.8	15	2.9
Hayır	343	97.4	154	96.3	497	97.1
Ebe tarafından düzenli olarak izleme çağrılıyor mu?						
Evet	276	78.9	115	71.9	391	76.7
Hayır	74	21.1	45	28.1	119	23.3
Aile hekimi tarafından izlemi yapılan gebelerin (n=488);						
İzlemi yapan kişi						
Ebe	118	44.4	83	56.8	201	48.8
Aile hekimi	88	33.1	22	15.1	110	26.7
Hem ebe hem aile hekimi	60	22.5	41	28.1	101	24.5

* Gebeliği nedeniyle kendisi başvuran 484 kişiden 449'unun alt başlıklara dağılımının verilebilmesinin nedeni, kendisinin hangi nedenle başvurduğunun araştırmanın ilk iki gününde sorgulanmamasıdır. Herhangi bir cevaplanmama yanlılığı bulunmamaktadır; formda yapılan değişikliklerle üçüncü günden itibaren görüşülen tüm gebelere sorulmuştur.

Başka çocuğu olan ve bir önceki gebenin 207'sinin (%91.6) önceki gebeliklerinde de İzmir'de yaşayan 226 gebeliklerinde sağlık ocağı tarafından

izlendiği saptandı. Önceki gebeliğinde ebasi tarafından evde ziyaret edilenlerin oranı ise %43.7'ydı (n=83). Bu iki değişken, şimdiki gebelikleriyle karşılaştırıldığında aile hekimi tarafından izlenme oranının, geçmişte sağlık ocağı tarafından izlenme oranından anlamlı olarak farklı olmadığı, ancak ebenin ev ziyareti oranları arasında anlamlı fark olduğu saptandı (McNemar p sırasıyla 0.200 ve <0.001). Önceki gebeliğinde sağlık ocağı ebasi tarafından ev ziyareti yapılma oranı, sosyal güvenceye göre anlamlı fark göstermekteydi (p<0.001): Emekli sandığı mensubu olanların %62.5'u, SSK'lıların %89.4'ü, Yeşil-Kartlı olanların ve güvencesi olmayanların %90.7'si ve Bağ-Kurluların %100'ü önceki gebeliklerinde sağlık ocağı tarafından evde izlenmişti. Gebelik nedeniyle aile hekimine kendisi başvuranlar arasında yapılan karşılaştırmalara göre gebelik testi nedeniyle gidenlerin ortalama tespit zamanı 1.7±1.1 ay, gebeliğini öğrenince kendisi kaydolmaya gidenlerin 2.6±1.6 ay, tetanoz aşısı için gidenlerin ise ortalama tespit zamanı 4.8±0.7 ay bulunmuştur. Her üç ortalama arasında anlamlı fark bulunmaktadır (p<0.001). Gebelerin 421'i (%74.3) bu gebeliklerinde tetanoza karşı aşılanmış, 33'ü (%5.8) aşılanmamış, 113'ünün (%19.9) aşılanma zamanı gelmemişti. Aşılananların 402'si (%95.5) aile hekiminde aşılanmıştı. Geçmişte yapılan

aşuları da göz önünde bulundurulduğunda, bağışıklama durumu değerlendirilebilen 419 gebenin 380'i (%90.7) tam aşı, 20'si (%4.8) eksik aşı, 18'i (%4.3) zamanı gelmemiş ve sadece biri (%0.2) hiç aşısızdı. Tek değişkenli analizlere göre ikinci basamakta izlenen gebelerin %88.0'i aile hekimi tarafından izlenirken üçüncü basamaktakilerin %78.7'si izlenmekteydi (p=0.004). Gebelik haftasına göre düzeltme yapınca aslında kuruma göre aile hekimi tarafından izlenme oranının değişmediği, iki kurum arasında gözlenen farkın, üçüncü basamakta izlenenlerin gebelik haftası ortalamasının daha düşük (p=0.004) olmasına bağlı olduğu anlaşıldı. Hem tek değişkenli, hem de gebelik haftasına göre düzeltilmiş analizlerde, aile hekimi tarafından izlenme oranının gebenin yaş, İzmir'de yaşadığı yer (metropol ilçeler/ metropol dışı), Mayıs 2007'den sonra farklı ilçeye taşınma, çocuğun sırası (ilk/ diğer), ilk kontrol haftası, anketin yapıldığı mekan (gebe izlem polikliniği/ doğum sonrası servis) özelliklerine göre değişmediği saptandı (p>0.05). Aile hekimi tarafından izlenme oranını etkileyen değişkenler, Tablo 4'te analiz sonuçlarıyla sunulmaktadır. En düşük ve en yüksek eğitim düzeyine sahip olan gebelerde aile hekimi tarafından izlenme oranı en düşük, orta eğitim düzeylerinde ise izlem oranları daha yüksektir (Şekil 1).



Şekil 1. Gebenin eğitim durumuna göre aile hekimliğinde izlenme oranı

Tablo 4. Gebeliği en az 14 haftalık olan kadınların aile hekimi tarafından en az bir kez izlenme durumunu etkileyen etmenler

	Aile hekimi tarafından				p
	İzlenen (n=466)		izlenmeyen (n=62)		
	n	%	n	%	
Eğitim durumu					0.041
Okuryazar değil	25	80.6	6	19.4	
Okuryazar	21	87.5	3	12.5	
İlkokul	211	90.2	23	9.8	
Ortaokul	81	89.0	10	11.0	
Lise	91	91.9	8	8.1	
Yüksek	37	75.5	12	24.5	
Çalışma durumu					0.014
Çalışıyor	59	79.7	15	20.3	
Çalışmıyor	407	89.6	47	10.4	
Sosyal güvence					0.006
SSK	288	91.1	28	8.9	
Emekli Sandığı	30	71.4	12	28.6	
Bağ-Kur	16	84.2	3	15.8	
Yeşil Kart	75	87.2	11	12.8	
Yok	57	87.7	8	12.3	
Hanede kişi başına düşen aylık gelir (TL)					<0.001
<200 TL	145	93.5	10	6.5	
200-399 TL	175	89.7	20	10.3	
400-599 TL	76	89.4	9	10.6	
600 TL ve üzeri	53	72.6	20	27.4	
İzmir’de yaşadığı süre					0.037
Son iki yılda göçle gelen	83	82.2	18	17.8	
>2 yıldır İzmir’de	380	89.6	44	10.4	
Görüşme anında gebelik haftası**					<0.001
<18 hafta	35	79.5	9	20.5	
18-29 hafta	112	80.0	28	20.0	
30-35 hafta	94	94.0	6	6.0	
36 hafta ve üzeri	225	92.2	19	7.8	
Gebelikle ilgili özel izlem gerektiren sağlık sorunu					0.172
Var	123	26.6	21	35.0	
Yok	339	73.4	39	65.0	

** Düzeltme yapılan değişken olduğu için tek değişkenli lojistik regresyon sonuçları sunulmaktadır.

Aile hekimi tarafından izlem sayılarının yeterliliği, gebelik haftasına göre

değerlendirilmiştir ve Tablo 5'te sunulmaktadır.

Tablo 5. Gebelerin gestasyon haftalarına göre aile hekimliğinde izlenme durumları

Gebelik haftası	Tam izlenenler		Eksik izlenenler		Hiç izlenmeyen		Toplam
	n	%	n	%	n	%	
<18 hafta	56	62.9	-		33	37.1	89
18-29 hafta	98	70.0	14	10.0	28	20.0	140
30-35 hafta	77	77.0	17	17.0	6	6.0	100
36 hafta ve üzeri	182	74.6	43	17.6	19	7.8	244
Toplam	413	72.1	74	12.9	86	15.0	573

$\chi^2=64.658$, $p<0.001$

Tartışma

İzmir'de aile hekimliği modeline geçildikten yaklaşık bir buçuk yıl sonra iki hastanede yürütülen bu araştırmada, gebelerin %14'ünün aile hekimlerini bilmediği, %10'unun aile hekimlerinde kaydının bulunmadığı ve %15'inin bu hekimlerce izlenmediği ortaya konmuştur. Kadınların gebe olduğunu öğrenince ilk kontrol için başvurduğu yer aile hekimi değil, devlet hastaneleridir.

İzmir'de aile hekimliğine geçilmeden önce 224 sayılı yasanın gereği olarak nüfus tabanlı bir birinci basamak sistemi yürütülmekteydi. Sağlık ocaklarının temel kurum olduğu bu sistemde her yıl ebeler tarafından bölgedeki evler dolaşarak nüfus tespiti yapılmaktaydı. Bu nüfus tabanlı model değiştirilmeden önce, aile hekimlerine dağıtılacak nüfusun iyi belirlenebilmesi için ebeler rutin işlerini aksatacak kadar yoğun biçimde ev halkı tespit fişlerini güncellemek için dolaşmışlar ve TC kimlik numaraları toplamışlardır. Bunun yanı sıra, yeni düzenlenmiş olan Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi verileri sağlık müdürlüğü aracılığıyla ebelere gönderilmiş, tespit çift kontrollü olarak tamamlanmıştır.⁶ 2000-2007 Yılları arasında Nesanır ve Erkan'ın Sağlık Bakanlığı'ndan aldıkları verileri değerlendirdikleri araştırmalarında İzmir'de gebe başına ortalama izlem sayısının 2004, 2005 ve 2006 yıllarında sırasıyla 5, 5.4 ve 5.4 olduğu bildirilmiştir.¹¹ Sağlık Ocağı döneminde İzmir Sağlık Müdürlüğü'nün verilerine ulaşamamakla birlikte, Kılıç ve arkadaşlarının Narlıdere Sağlık Grup Başkanlığı'nda hizmet

değerlendirilmesi yaptıkları yöneylem araştırmasında; 1999 yılında sağlık ocaklarının %70,6'sında nüfusun tamamının gezici ebe hizmeti alırken 2002'de nüfusun tamamının bu hizmeti aldığı ve gebe başına ortalama izlem sayısının aynı yıllar içinde 5.0'dan 5.8'e çıktığı bildirilmektedir.¹²

Nüfus tespitinin bu kadar iyi yapıldığı bir dönemden sadece bir buçuk yıl sonra tespitin %10 azalması, dikkatle değerlendirilmesi gereken bir sonuçtur. Aynı zamanda sağlık hizmetlerinde basamaklar arasında eşgüdümün olmadığını da göstermektedir. Çünkü sağlık kurumlarına başvuran gebelerin %10'unun kaydı yoktur. Ülkenin tamamında aile hekimliğine geçilmesiyle birlikte aile hekimine kayıtlı kişi sayısının 68 milyon olup 4 milyon kişinin henüz kaydedilememiş olması, yeni geçen illerde daha uygulamanın başında tespitin yetersiz olması nedeniyle sorunun daha büyük boyutta olacağını göstermektedir.¹³

Tespit edilmeyen gebelerin çoğunluğunu iyi eğitilmişler ve sosyal güvencesi olanlar oluşturmakla birlikte %15 kadarını hiçbir formal eğitimi olmayanlar oluşturmaktadır. Aile hekimliğinin nüfus tabanlı değil, liste tabanlı bir model olması, kayıtların iyi olduğu bir dönemde bile kayıtsızların oranının bu kadar yüksek olması, hiçbir formal eğitimi ve sigortası olmayan bir kesimin birinci basamak sağlık sisteminin dışında kalabileceğini göstermektedir. TNSA 2008 raporunda, düşük gelir ve eğitim seviyeleri Türkiye'de doğum öncesi bakımın önündeki önemli

engeller olarak bildirilmiştir.² Türkiye'de bebek ve anne ölüm hızlarının kendi gelir seviyesindeki Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı (OECD) ülkelerinden yüksek olduğu da göz önünde bulundurulursa, kayıt dışında kalma olasılığı olan bu gebelerin tespiti için ek önlemlerin alınması gerektiği açıktır.¹⁴ Gebe izlemlerinin anne ve bebek ölümlülüğünü önlemede yeri önemlidir ve özellikle sosyoekonomik düzeyi düşük gruplarda gebelerin ilk tespit zamanının ve izlem sayısının bebeğin sağlığına etkileri gösterilmiştir.^{10,15}

Gebeliğin sağlık kurumları tarafından ilk tespit zamanı sağlık sistemlerinin etkinliğinin değerlendirilmesinde en önemli kriterlerden kabul edilmektedir.^{2,16,17} Türkiye'de ilk ziyarette ortanca gebelik süresi 2.2 aydır.⁶ Bu çalışmada gebelik tespit zamanının Türkiye ortalamasından daha iyi olduğu ve çoğunun birinci trimesterde izlem yaptırmaya başladığı görülmektedir. Özellikle üniversiteden hizmet alan gebelerin ilk izlem tarihi oldukça erken dönemdedir. Üniversite hastanesinden hizmet alan gebelerin eğitim ve gelir seviyelerinin anlamlı olarak daha yüksek olması ve tüp bebek tedavisi görenlerin izlemlerinin de aynı kurumda ve çok erken evrede başlaması bu sonuca katkıda bulunmuş olabilir. Başka bir araştırmada da üniversite hastanesinden hizmet alan gebelerin eğitim seviyeleri yüksek saptanmıştır.¹⁸ Bu çalışmada gebelik tespit zamanının görece iyi olmasının nedeni, ikinci ve üçüncü basamakta yapılan tespitlerin de hesaba katılmasıdır. Birinci basamak özelinde incelendiğinde, gebelerin sadece %69'u birinci trimesterde aile hekimine kaydolmaktadır. Gebelerin çoğu ilk izlem için aile hekimlerine değil öncelikle devlet hastanelerine başvurmuşlardır. Aile hekimine kaydın nasıl gerçekleştiği incelendiğinde gebelerin çoğunun (%95) aile hekimlerine kendileri başvurarak kayıt yaptırdıkları, aile hekimi tarafından bir saptamanın yapılmadığı görülmektedir. Kayıt yaptıranların %14'ünün ilk kaydının tetanoz aşısı olmak için gittiğinde, dolayısıyla 18. haftadan sonra, geç bir tarihte kaydolması düşündürücüdür.

Gebenin en iyi birinci basamaktan alabileceği sağlığını geliştirici, koruyucu önlemler hakkında bilgi alması gecikmekte ve ilk tespitte doldurulması gereken Risk Değerlendirme Formu için geç kalınmış olmaktadır. Tespitlerin gecikmesinin bir nedeni, aile hekimliğine geçilen illerde 15-49 yaş kadın izlemlerinin azalması olabilir.¹¹ Tespitler geciktiği için de aile hekimlerinde izlem düzeyi ancak 30. haftadan sonraki gebeliklerde düzelmektedir.

Gebelerin %97.1'ine ev ziyareti yapılmamıştır ve %23.3'ü telefonla da izleme çağrılmamıştır. Bu durum izlenen gebelerin çoğunun izlemler konusunda farkındalığının olduğunu, kendi ve bebeklerinin sağlığı için sorumluluk almaya niyetli ve eğitilmiş olduklarını göstermektedir. Önceki gebeliğinde evde ziyaret edilen gebe sayısının yüksek olması, sağlık ocağı sisteminde bu kadınların gebe izlemlerini birinci basamakta yaptırmaya alışkanlığını edindiğini düşündürmektedir. Araştırma grubunun büyük çoğunluğunun aile hekimlerini hala sağlık ocağı olarak adlandırması bunu desteklemektedir. Emekli sandığı mensubu olanların %62.5'u, SSK'lıların %89.4'ü, Yeşil-Kartı olanların ve güvencesi olmayanların %90.7'si ve Bağ-Kurluların %100'ünün önceki gebeliklerinde sağlık ocağı tarafından evde izlenmiş olması, sağlık ocaklarının özellikle gereksinimi olanlara ev ziyaretlerini gerçekleştirdiğine işaret etmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin verilebilmesi için bölgede yaşayan nüfusun düzenli olarak tespiti önemlidir. Sağlık Ocakları ve Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Merkezleri tarafından yapılması gereken "gezici hizmetler" 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun kapsamında hazırlanmış olan Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge'de detaylı olarak anlatılmıştır.¹⁹ Aile hekimliği yönetmeliğinde de ev ziyaretleri tanımlanmıştır. Buna rağmen uygulanmadığı görülmektedir. Kadınların eğitim seviyesinin ve statüsünün istenen düzeyde olmadığı, geleneksel uygulamaların yaygın olduğu Türkiye'de, ev ziyaretleri hem birinci basamak sağlık hizmetlerinin kadına tanıtılmasında, hem de gebe ve bebek izlemlerinin nitelik ve niceliğinin

arttırılmasında önem taşımaktadır.^{2,20} Evde gebe ve bebek izlemi sadece gelişmekte olan ülkelerde değil, anne ve bebek ölümlülüğünü azaltmada, anne ve bebeğin ruh ve beden sağlığına olan önemli katkıları nedeniyle birçok gelişmiş ülkede de rutin olarak sürdürülmektedir. Literatürde evde ziyaretin izlem alma oranını arttırdığının yanı sıra, anne ve bebekle ilgili koruyucu davranışları da olumlu etkilediği bildirilmektedir.^{4,5,21} Sağlıkta Dönüşüm öncesi dönemde sağlık ocağı hizmet kullanımının değerlendirildiği bir araştırmada ev ziyaretlerinin reform süreciyle birlikte azalmakta olduğu, sağlık kuruluşları tarafından evlerinde ziyaret edilme oranının %33.7'den %25.1'e düştüğü ve birinci basamaktan koruyucu sağlık hizmeti alma oranının benzer şekilde düştüğü bildirilmiştir.²²

Aile hekimleri tarafından izlenmeyen gebeler ya formal eğitimi olmayan (%44) ya da yükseköğrenim mezunu gebelerdir (%32). Farklı ülkelerde yapılan araştırmalarda sosyoekonomik seviyesi daha düşük olan grupların ikinci, üçüncü basamak sağlık hizmetlerine erişiminin sorunlu olduğu ve birinci basamaktan daha fazla hizmet aldıkları ortaya konmuştur.²³⁻²⁵ Ayrıca son iki yılda İzmir'e göçle gelenlerin aile hekimi tarafından izlenme oranı anlamlı düzeyde daha düşüktür. Göç anne ve bebek sağlığı açısından önemli bir risk faktörüdür. Oysa 2004 yılında İzmir'de bir sağlık ocağı bölgesinde yürütülen bir araştırmada Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesinden gelmiş göçmenlerin sağlık ocağını çok yoğun olarak kullandığı saptanmıştır.²⁶ Artık gerçekleştirilmeyen ev ziyaretleri, kurumun tanınmasını geciktirmiş ve hizmetin alınmasının önünde engel oluşturarak önemli rol oynamış olabilir. Ev ziyaretlerinin yok denecek kadar az olması, göç etmiş, kentteki sağlık hizmetlerinden haberi olmayan, eğitim ve gelir seviyesi iyi olmayan kadınların DÖB hizmetlerinden yararlanma durumunu olumsuz etkilemiştir.

Gebeler aile sağlığı birimi tarafından ortalama dört kez izlenirken, toplam izlem ortalamaları 11'dir. Edirne'de 2005 yılında ortalama 11 olan gebe izlem sayısı 2007

yılında 4.6'ya düşmüştür. Benzer durum Denizli ve Isparta için de saptanmıştır. 2007 yılında Düzce'de gebe başına düşen izlem sayısı 3.7 Adıyaman'da 3.8 olarak saptanmıştır.¹¹ Bu araştırmada da gebeler aile hekimleri tarafından performans kriteri olan dört kez izlenmişlerdir. Fakat gebelerin çoğunluğu tek izlem kaynağı olarak aile hekimlerini kullanmamakta, farklı kaynaklardan da izlem yaptırmaktadır. Bu araştırmada sorgulanmamakla birlikte, gebelerin ultrason yaptırma isteği ve aile hekimlerinde bu hizmetin olmaması, birinci basamakta ultrason hizmeti sunan AÇSAP sayısının azaltılmış olması bu durumu etkilemiş olabilir.^{6,27}

Aile hekimliği pilot kanununda gebe izlemleri hekimin asli işlerinden olarak belirtilmiş, aile sağlığı elemanına ise sadece yardımcı bir rol tanımlanmıştır. Oysa çalışma grubumuzda izlem için aile hekimlerine başvuran gebelerin %49'u sadece ebelerden hizmet almaktadır. Bu durum da gebelerin farklı izlem kaynaklarına yönelmesini açıklayabilir. Sağlık Emekçileri Sendikası'nın (SES) 2006'da yayınladığı Düzce ve Eskişehir aile hekimliği uygulamalarıyla ilgili raporunda da gebe tespitlerinin yapılmadığı ve izlemlerin sadece aile sağlığı elemanı tarafından yapıldığı belirtilmektedir.²⁸ Onbir pilot il içinde aile sağlığı elemanı kadrolarındaki sözleşmeli personel oranı %49 ile en düşük İzmir'de saptanmıştır. Birinci basamakta çalışan ebe-hemşire sayısında artış olmazken hekim sayısı önemli bir oranda artmıştır.¹⁴ Hekim sayısında artış olduğu halde hekimlerin gebe izlemlerine katılımında artış olmaması ve pilot kanunda temel rolü ev ziyaretleri ve sağlık eğitimiyle sınırlandırılan ebelerin, hala sağlık ocağı sisteminde olduğu gibi gebe ve bebek izlemlerini yalnız yapıyor olması, çelişkili bir durumdur.

Tüm Türkiye 2011'de aile hekimliği modeline geçecektir. Doğum öncesi bakımda TNSA 2008'de de vurgulanan bölgesel eşitsizlikler mevcuttur. Aile hekimliği sisteminde kırsalda tüm sağlık hizmeti ilköğretimde olduğu gibi taşınabilir sisteme devredilmiştir. Haftada bir köye uğrayan aile hekimleri tarafından yürütülmesi

beklenmektedir. Bu da 2008 TNSA sonuçlarında 2003'e göre görece daha iyileşmiş olan kırsaldaki DÖB hizmetlerini olumsuz yönde etkileyebilir.

Doğumların nerdeyse tamamının hastanede gerçekleştiği İzmir'de her ne kadar sosyoekonomik açıdan tüm gebelere erişebilmek amacıyla hem Konak Doğumevi'nde (%39 Yeşil kart ya da yok) ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde (%23 Emekli Sandığı) yürütülse de alan araştırması olmaması nedeniyle hiçbir sağlık kurumuna başvuramayan gebeler araştırma dışında kalmıştır. Ayrıca İzmir'deki tüm sağlık kurumlarını da temsil etmemektedir. Anketin yapıldığı dönemdeki tüm gebelere ulaşılamamıştır. Araştırmanın bir diğer sınırlılığı da gebe izlem polikliniğinde görüşülenlerin henüz gebelikleri devam ettiği için görüşme sonrasında aile hekimi tarafından tespitleri ya da izlemlerinin mümkün olmasıdır. Bunun getirebileceği yanlılığı ortadan kaldırmak için izlemler gebelik haftasına göre de değerlendirilmiştir. Bu çalışma izin alma sorunu nedeniyle alanda yürütülememiş ve bahsi geçen sınırlılıkları içermiştir. Gerçek durumun yansız olarak ortaya konabilmesi için alan araştırmaları yapılması gerekmektedir.

Sonuç

Bu araştırma, eğitim ve gelir seviyesi daha düşük olanların, göç edenlerin yani dezavantajlıların birinci basamakta DÖB hizmetlerinden yararlandığını ortaya koymuştur. Bununla birlikte sağlık hizmeti almakta olan gebelerin %10'unun birinci basamakta kaydının olmaması, olan gebelerin de çoğunlukla sadece ebelerden hizmet alıyor olması ek önlemlere gereksinim olduğunu göstermektedir. Ev ziyaretleri arttırılmalıdır. Tetanoz aşısı, aile hekimi ile temas açısından kritik bir andır, ancak gebe tespiti böyle geç bir zamana kalmamalıdır. Herhangi bir şekilde ikinci ya da üçüncü basamaktan hizmet alan gebelerin aile hekimlerine bildirimini sağlanmalıdır. Aile hekimleri sadece başvuranlara hizmet vermektedir. Toplum Sağlığı Merkezleri belirli aralıklarla saha

çalışmaları yapmalı ve gebe ve bebek tespitini daha iyi değerlendirmelidir. Görüşülen gebelerin yaklaşık beşte birinin son iki yılda İzmir'e göç edip yerleştiği göz önünde bulundurulduğunda, liste üzerinden hizmet sunan aile hekimliği modelinde göçle gelen ve birinci basamak sağlık hizmetini nasıl kullanacağını bilmeyen kesime nasıl ulaşılacağı konusunda bir yöntem belirlenmesi gerekmektedir. Gebe izlemi yapılan tüm hastanelerden aile sağlığı ve toplum sağlığı merkezlerine bilgi akışı sağlanmalıdır.

Teşekkür

Araştırmaya katılmayı kabul eden gebelere ve yeni doğum yapmış kadınlara duyarlılıklarından dolayı teşekkürlerimizi sunarız.

Kaynaklar

- 1-DSÖ. Maternal mortality. Fact sheet N°348 November 2010. Erişim yeri: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/index.html> Erişim tarihi: 30/03/2011
- 2- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK. Ankara, 2009
- 3-Tucker JS, Hall MH, Howie PW, Reid ME, Barbour RS, Florey C Du V, McIlwaine GM. Should obstetricians see women with normal pregnancies? A multicentre randomised controlled trial of routine antenatal care by general practitioners and midwives compared with shared care led by obstetricians. BMJ 1996; 312 : 554
- 4- Issel LM, Forrestal SG, Slaughter J, Wiencrot A, Handler AJ A Review of Prenatal Home-Visiting Effectiveness for Improving Birth Outcomes Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2011 Mar;40(2):157-165.

- 5-Kemp L, Harris E, McMahon C, Matthey S, Vimpani G, Anderson T, Schmied V, Aslam H, Zapart S. Child and family outcomes of a long-term nurse home visitation programme: a randomised controlled trial. Arch Dis Child. 2011 Mar 23. doi:10.1136/adc.2010.196279
- 6-TTB Halk Sağlığı Kolu. 19. Gezici eğitim Semineri 2007-Aile hekimliği. Toplum ve Hekim 2010; 25: 56-71.
- 7- 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun. Resmi Gazete 9.12.2004: Sayı: 25665. Erişim yeri: http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=category§ionid=1&id=4&Itemid=31. Erişim tarihi 15 Aralık 2010.
- 8- Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler Ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik Resmi Gazete 12.08.2005: 25904. Erişim yeri: <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-7286/aile-hekimligi-pilot-uygulamasi-kapsaminda-saglik-bakan-.html>. Erişim tarihi 15 Aralık 2010.
- 9-Sağlık Bakanlığı. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Doğum Öncesi Bakım İzlem Protokolü Genelgesi 19.02.2008. Erişim yeri: <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-6077/dogum-oncesi-bakim-izlem-protokolu-genelgesi-2008--13.html>. Erişim tarihi 15 Aralık 2010.
- 10-Alexander GR, Kotelchuck M. Assessing the role and effectiveness of prenatal care: history, challenges, and directions for future research. Public Health Rep 2001;116: 306-16.
- 11-Nesanır N, Erkman N. Aile hekimliği uygulamasına geçen ilk 11 ilin sağlık göstergeleri üzerinden bu sürece bir bakış. TAF Prev Med Bull 2010; 9: 493-504.
- 12- Kılıç B, Günay T, Demiral Y, Ünal B, Keskinoglu P, Konakçı S, Şahin A, Koç S, Kıran S, Civaner M. Narlıdere Eğitim Araştırma Bölgesi Sağlık Ocaklarında Yöneylem Araştırması (1999-2002) TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007: 6 (1) 77-90
- 13-Sağlık Bakanlığı. Sayın Bakanımız Prof. Dr. Recep Akdağ Kanal D "Doktorum" Programının Konuğuydu 16.12.2010. Erişim yeri: <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-11503/doktorum-programi> 16122010.html Erişim tarihi: 21.12.2010.
- 14-OECD: OECD Reviews of Health Systems – Turkey, 2008. Erişim yeri: http://www.oecd.org/document/60/0,3746,en_2649_34629_42235452_1_1_1_00.html, Erişim tarihi 25 Kasım 2009
- 15-Dubay L, Joyce T, Kaestner R, Kenney GM. Changes in prenatal care timing and low birth weight by race and socioeconomic status: implications for the Medicaid expansions for pregnant women. Health Serv Res. 2001;36(2):373-98.
- 16-Deb P, Sosa-Rubi SG. Does onset or quality of prenatal care matter more for infant care? HEDG Working Paper 05/11, October 2005, Erişim yeri: http://www.york.ac.uk/res/herc/documents/wp/05_11.pdf Erişim tarihi 14 Aralık 2010.
- 17-Liu GG. Birth outcomes and the effectiveness of prenatal care. Health Services Research 1998; 32: 805-23.
- 18-Pirinççi E, Polat A, Kumru S, Köroğlu A. Bir üniversite hastanesinde doğum yapan kadınların doğum öncesi bakım alma durumu ve etkileyen faktörler. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2010;11:1-7.
- 19-224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. Resmi Gazete Tarihi 12.01.1961: 10705. Erişim yeri: <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-463/sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hiz-.html> Erişim tarihi 24 Aralık 2010.
- 20-Kartal SB, Birler AG, Özkul D, Ünlüer S, Gürleyük S, Yamak A, Öztürk Y, Topuzoğlu AB. İstanbul'da gebe, lohusa, bebek ve çocuk izlemlerinin

- iyileştirilmesi: GEBLİZ. TAF Preventive Medicine Bulletin 2010; 9: 289-96.
- 21-Carrolli G, Villar J, Piaggio G, Khan-Neelofur D, Gülmezoglu M, Mugford M et al. WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. The Lancet 2001; Volume 357(9268): 1565-1570.
- 22-İlhan M, Tüzün H, Aycan S, Aksakal FN, Özkan S. Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların sağlık hizmeti kullanma özellikleri ve bazı sosyoekonomik belirteçlerle değişimi: sağlık reformu öncesi son saptamalar. Toplum Hekimliği Bülteni 2006; 25: 33-41.
- 23-Balabanova D, Mc Kee M, Pomerlau J, Rose R, Haerfer C. Health service utilization in the Former Soviet Union: Evidence from eight countries. Health Serv Res 2004; 39: 1927-50.
- 24-Van Doorslaer E, Wargstaff A, Van Der Burg H, Christiansen T, De Graeve D, Duchesne I, et al. Equity in the delivery of health care in Europe and the US. J Health Econ 2000; 19: 553-83.
- 25-Droomers M, Westert GP. Do lower socioeconomic groups use more health services, because they suffer from more illnesses? Eur J Public Health 2004; 14: 311 -3.
- 26-Hassoy H, Çiçeklioğlu M. İzmir ili Gülyaka Sağlık Ocağı bölgesinde 0-6 yaş çocukların sağlık hizmeti kullanımları ve etkileyen faktörler. Toplum ve Hekim 2005; 20: 361-71.
- 27-Gülhan İ, Altunyurt S, Hacıali G, Gülhan S. İzmir Konak 17 No.lu AÇSAP Merkezi bölgesindeki kadınların, gebelik takibi sırasında ultrasonografi ile değerlendirilme sıklığı. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2007; 17: 356-360.
- 28-SES (Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası) 2006. Düzce-Eskişehir Aile Hekimliği Gözlem- İnceleme Raporu. Erişim yeri: http://www.ses.org.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=144%3Adce-eskeh-ae-heklglem-celeme-raporu&catid=45%3Araporlar&Itemid=135 Erişim tarihi 15 Aralık 2010

Orijinal Çalışma

Bazı aile hekimliği pilot uygulama birimlerinde birinci basamak değerlendirme ölçeği (BDÖ) (Primary Care Assessment Survey) ile sağlık hizmet özelliklerinin değerlendirilmesi

Tülay Lağarlı^a, Erhan Eser^a, Mustafa Akdeniz^b, Bahar Aydoğdu^b, Ümit Baklaya^b, Canan Fıra^b, Adnan Saatçioğlu^b, Burak Sönmez^b, Eylül Taner^b, Seval Tıgılı^b, Koray Topçu^b, Başak Yıldız^b, Nurcan Yılmaz^b, Hülya Yorgun^b

Özet

Amaç: 1 Ocak 2008’de başlayan Aile Hekimliği Manisa İli pilot uygulamasının yapısal ve işleyiş özelliklerini PCAS (Primary Care Assessment Survey) Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği ile değerlendirmektir. **Yöntem:** Çalışma 20.8.2009 - 27.8.2009 tarihleri arasında Manisa merkez ilçede 6 aile sağlığı birimine bağlı bölgede yürütülmüştür. Araştırma bölgesindeki toplam hane sayısı 6900 dür. Küme örnekleme yöntemi ile 360 haneden birer kişiye ulaşılarak, 18 yaş üstü 381 bireye PCAS anketi yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Araştırmaya katılım oranı (327/360) %90’dır. **Bulgular:** Örneğin yaş ortalaması 41.2±13.9 dur. Araştırma kapsamındaki kişilerin %86.4’ü kadındır. Araştırma grubunun %16.5’i eğitimsiz, %17.0’ı ise sağlık güvencesi olmayanlar ve yeşil kart sahipleridir. Ölçek puanları, boyutlara göre: Ulaşılabilirlik:53.56±17.41; Süreklilik: 74.01±11.95; Kapsayıcılık: 49.04±20.51; Eşgüdüm: 43.13±43.3; Hizmet memnuniyeti :70.01±13.57; Hekimin kişisel yakınlığı :71.94±17.41 ve Güven :71.95±11.96 ‘dır. En başarılı özellik sürekliliktir. Ulaşılabilirlik: Hanede 5 yaş çocuk ve 0-12 aylık bebek varlığında, sağlık güvencesi ve yeşil kart sahibi olanlarda, hanede kronik hastalığı olan birey varlığında ve ailenin tüm bireyleri aynı aile hekimine kayıt olanlarda daha yüksektir. Süreklilik: Yaşlı ve kadınlarda ve eğitimsizlerde, beş yaş altı çocuk ve kronik hasta bulunmayan hanelerde daha yüksek bulunmuştur. Kapsayıcılık: Yaş ilerledikçe ve sağlık güvencesi olanlarda, hanede kronik hastalıklı ve engelli birey varlığında daha yüksektir. Çok değişkenli analizler sonucunda sağlık güvencesi, yaş, eğitim, aynı aile hekimine kayıtlı olma etkili bulunmuştur. Yapısal özet boyut, ilişki özet boyutuna göre daha düşük puan almıştır. **Sonuç:** Manisa Merkez İlçede Aile Hekimliği uygulamasında, kadın ve beş yaş altı çocuk risk gruplarına öncelikli yaklaşımın sürdüğü, yaşlılık sağlık sorunları ile ilgili yeni bir yaklaşımın oluşmakta olduğu görülmüştür.

Anahtar kelimeler: Birinci basamak sağlık hizmeti özellikleri, aile hekimliği, PCAS

Assessing the structural and functional properties of family physician services by using the PCAS (Primary Care Assessment Survey: Primary Care Evaluation Scale) scale

Abstract

Aim: The objective of this cross-sectional study is to assess the structural and functional properties of the recently (in 2008) promoted Family Physician Services by using the PCAS (Primary Care Assessment Survey: Primary Care Evaluation Scale) scale.

^aCelal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D, ^bCelal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi İntern Hek.

Sorumlu Yazar: Tülay Lağarlı, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağ.AD Manisa Cep Tlf: 0505 313 91 81, E-posta:tulay.as@gmail.com

Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2011;9(1)

Methods: The study was conducted between 20.08.2009 and 27.8.2009 in 6 Family Physician Units (FPUs) of Manisa city. The household universe was 6900 and 381 persons living in 360 Households (sample size) were interviewed by a face to face approach. **Results:** The mean age of the study sample was 41.2 ± 13.9 (min-max 18-77) and 86.4% of the sample was female. 16.5% of respondents were illiterate; 17.0% were green card holders; 85.6% were married and 72.7% were living in core families. 98.4% of the households had safe and clean tap water and 89.8% of the households had an inside toilet, the rest had outdoor toilets. The dimensional scores of the PCAS were as follows: Accessibility 53.56 ± 17.41; Continuity 74.01 ± 11; Comprehensiveness 49.04 ± 20.51; Coordination 43.13 ± 43.3; Service satisfaction 70.01 ± 13.57; Trust 71.94 ± 17.41 and Interpersonal treatment 71.95 ± 11, 96. Among the four structural dimensions of the PCAS, the highest score was obtained for the Continuity dimension whereas the Accessibility, Comprehensiveness and Coordination dimension scores were rather low. The results of the univariate analyses indicated that the Accessibility score was significantly higher when: neonate or children under five were in the household; health insurance and/or green card was available; a person with a chronic disease was present in the household, and when all of the household members were registered with the same family physician. The Continuity score was significantly higher for persons who were older, female, or had a low educational level and in those households with any children under five or presence of any person with a chronic disease in the household. The Comprehensiveness score was also significantly higher for older persons, those who had health insurance, those with a person with a chronic disease or a disabled person in the household. The Service satisfaction dimension was better for those with a low educational level and those aged over 65. The Personal relationships dimension score was only affected by an older age and the Trust score was found higher in older persons and those who are chronically ill or disabled. Service satisfaction, personal relationships and trust scores were higher if all of the household members were registered with the same family physician. As for the results of multivariate analysis, being covered by health insurance, age, level of education, and having the family registered with the same family physician, were the variables that affected the dimension scores mentioned above. **Conclusion:** In general, structural (four) dimension scores were found to be low whereas patient-physician relationship (three) domain scores were found in a normal range. In addition to these findings, the elements of the recently modified PHC system were found to be poor in general except for the continuity element.

Key words: Primary health care assessment, family physician services, PCAS

Giriş

Ülkemizde kamu sağlık hizmetlerinin sunumu, birinci basamak sağlık kuruluşları; sağlık ocakları ve ana-çocuk sağlığı merkezleri; ikinci basamak sağlık kuruluşları; devlet hastaneleri, üçüncü basamak sağlık kuruluşları; Sağlık Bakanlığı’na ve üniversitelere bağlı hastanelerce yapılmaktadır. Özel sektöre ait sağlık kuruluşları da vardır. Türkiye’de son yıllarda ekip uygulamasına dayalı, coğrafi bölge temelli sosyalleştirilmiş birinci basamak sağlık örgütlenmesi yerine, nüfus tabanlı tek hekim uygulamasına (solo uygulama) dayalı aile hekimliği örgütlenme uygulaması denenmektedir. Ancak bu uygulama ve yeni örgütlenme sistemi, Sağlık Bakanlığı ve Halk Sağlığı bilim çevrelerinde yeterince değerlendirilememiştir.

Toplumun gelecekteki sağlığını belirleyecek olan koruyucu, tedavi edici ve esenlendirici hizmetlerin sağlığı geliştirmeye olan katkılarının açıklanması ve ortaya konması gerekir. Bu nedenle sağlık sistemlerinin yapısal ve sürece ilişkin özelliklerinin ölçülebilmesi önemlidir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilebilme durumunu çok boyutlu ölçmek ve değerlendirmek daha akılcı sağlık sistemleri geliştirmede gittikçe önem kazanmıştır.¹ Birinci basamağı değerlendirme ve ölçmede en büyük zorluk, ölçülebilir ve genellenebilir kavramlar üretmekte ortaya çıkmışsa da, zamanla temel sağlık hizmetleri ve bu hizmetlerin başlıca sunum yeri olarak kabul gören birinci basamak tanımı farklı kaynaklarca yapılmış, diğer basamaklardan ayırt edici

özellikleri ortaya çıkarılmıştır.² Çeşitli kaynaklardaki terminoloji farklılıklarına rağmen süreklilik özelliğiyle birlikte kişi merkezlilik, kapsayıcılık, eşgüdüm, hizmet sürekliliği, hasta, aile ve toplum katılımı birinci basamağın temel özellikleri olarak kabul görmüştür.³

Ölçme ve değerlendirme için birinci basamak hizmet özelliklerinin iyi tanımlanmasına ihtiyaç vardır. Birinci basamak sağlık hizmeti sorun değil kişi odaklıdır ve sürekli. Hizmet verilen nüfusu oluşturan aileler, topluluklar ve kültür yapılarına uygun biçimde planlanır ve sunulur. Birinci basamak sağlık hizmeti bu temel özellikleri etkileşim içinde ve bir arada içermelidir.

Donebedian 1988’de sağlık hizmeti niteliği ölçümünün üç başlık altında sınıflandırılabilceğini ortaya koymuştur.^{4,5} Bunlar yapı, faaliyet ve sonuç bileşenleridir. Starfield, Donabedian Model’den yola çıkarak bir sağlık sisteminin üç temel bileşeninin olduğunu, bunların da yapı, faaliyet ve sonuç bileşenleri olduğunu belirtmiştir.⁶

Birinci basamak sağlık hizmetinin başarısını “faaliyet” bileşeninin içerdiği 4 (dört) ana özelliği ölçerek değerlendirmek mümkündür. Bu özellikler: 1-İlk Başvuru Hizmeti (First contact care), 2-Kişi Odaklı Süreklilik (Continuity) 3-Kapsayıcılık (Comprehensiveness) ve 4-Eşgüdüm (Coordination) dır. Bu özelliklerin her birinin bir yapısal ve bir işleyiş bileşeni vardır. Bu özelliklerin kısa tanımları aşağıdaki gibidir:

İlk başvuru: Her yeni sağlık sorunu veya sağlık hizmeti gereksiniminde ilk olarak birinci basamak sağlık hizmetleri (BSH) sunan kişi ya da kuruma başvurulmasıdır. Çok acil sağlık sorunları dışında, sağlık hizmetlerine erişim için ilk giriş noktası olma özelliğidir. Kişilerin, danışmanlık ve destek hizmetleri dahil olmak üzere, gereksinim duyduğu sağlık hizmetlerine, sorunun aciliyetine uygun bir sürede, önceden belirlenmiş bir birinci basamak kurumunda erişebilmeleridir.⁷

Süreklilik: Hastalık veya tıbbi sorun varlığından bağımsız olarak düzenli ve

bütüncül bir sağlık hizmet kaynağının zaman içinde boylamsal (Longitudinal) kullanımı anlamına gelir.⁸ Süreklilik, hizmet alan bireyin sağlık hizmeti sunan belirli bir hekim ya da ekip tarafından kesintisiz bir zaman boyunca izlenmesidir(Hekim veya ekip sürekliliği). Hastaya sağlığıyla ilgili tercihlerini belirlemede yol gösterebilecek önerilerin ve kapsamlı bir sağlık bilgisine erişiminin etkili biçimde ve zamanında sağlanmasıdır. Aynı zamanda hizmet sunan kaynakla diğer basamaklar arasındaki iletişimin sürekliliğidir (Kayıt sürekliliği).⁹

Kapsayıcılık: Birinci basamakta toplumun gereksinim duyduğu geniş bir sağlık hizmet yelpazesinin varlığıdır. Belirli bir birinci basamak hizmet sunucu tarafından, toplumun tüm sağlık gereksinimlerinin geniş dağılımına yanıt verebilen hizmet sunumu olarak tanımlanır. Hizmet yelpazesi, koruyucu hizmetler ve sağlığın geliştirilmesi, hastalık, sakatlık ve diğer sağlık sorunlarının bakımı ve tedavisi, yaralanma ve işlevsel kayıpların önlenmesini kapsamalıdır. Kapsayıcılık, temel sağlık hizmetleri yaklaşımı olan ülkeleri, diğerlerinden ayıran en belirgin özelliktir.¹⁰

Birinci basamak sağlık hizmetinin, bireylerle birlikte ailelerine ve yaşadıkları topluma yönelik sunulması aile hekimliği disiplinin 2005 ‘de yaptığı “aile hekimliği” tanımlarında öne çıkmaktadır.¹¹ Aynı yayında ilk başvuru noktası olma, bütüncül bir sağlık hizmeti yaklaşımı, diğer birinci basamak hizmet sunucuları ve uzmanlarla koordinasyonun sağlandığı sağlık hizmeti yönetimi, aile hekimliği uygulamalarının temel yaklaşımı olarak belirtilmiştir.

1990’lı yıllardan itibaren birinci basamak sağlık hizmet özelliklerinin süreç(faaliyet) özelliklerinin değerlendirildiği ölçekler geliştirilmiş ve saha uygulamalarında kullanılmaya başlanmıştır. Starfield ve arkadaşları tarafından geliştirilen, dört temel, iki türetilmiş özelliği ölçen PCAT (Primary Care Assessment Tool) ve bu çalışmada ölçüm aracı olarak kullanılan PCAS’ı (Primary Care Assessment Survey) bunlar arasında sayabiliriz.^{12,13}

Hagerty ve arkadaşları⁷ tarafından ilk başvuru, kapsayıcılık, süreklilik, kültürel yaklaşım, hasta hekim ilişkisinin sürekliliği, karşılıklı saygı ve teknik yeterlilik gibi çeşitli özellikleri değerlendiren bir ölçüm aracı geliştirilmiştir.

Bu çalışmada ölçüm gereci olan PCAS, (BDÖ; Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği) çeşitli klinik ve saha çalışmalarında kullanılmakta olan bir ölçektir.¹⁴⁻²³

Bizim bu çalışmada amacımız 1 Ocak 2008 tarihinde başlayan Aile Hekimliği Manisa pilot uygulaması birinci basamak sağlık hizmetlerini, 11 (onbir) alt boyut ve 7 (yedi) ana boyuta göre ölçen PCAS(BDÖ) kullanarak ölçmek ve değerlendirmektir.

Yöntem

Çalışma 20.8.2009 -27.8.2009 tarihleri arasında yapılan bir kesitsel araştırmadır.

Örnek seçimi ve araştırmanın kapsayıcılığı

Araştırma örneği, intörn hekimlerin Kırsal Hekimlik Stajı döneminde eğitim aldığı altı Aile Sağlığı Birimi (ASB) bölgesinde (toplam 20 933 kayıtlı kişi) yer alan hanelerden seçildi. Bu iki bölgede ortalama hanede yaşayan kişi sayısı üçtür (Gecekondu: 4; Kentsel: 2).²⁴ Buna göre evrenin 6900 haneden oluştuğu hesaplandı. Epi Info 2000 programında %40 prevalans %95 güven ve %5 sapma ile hesaplanarak ulaşılması gereken en küçük örnek büyüklüğü 350 hane olarak bulundu.²⁵

Görüşmeyi kabul eden hanelerde en az bir kişiyle görüşme yapılacağı öngörülerek 360 haneye ulaşılması hedeflendi. İl Sağlık Müdürlüğü kayıtlarından, altı ASB’ye bağlı adres listelerinden rastgele seçimle 36 küme başı hane belirlendi. Her bir kümenin büyüklüğü 10 hanedir.

Her biri iki intern hekimden oluşan altı veri toplama takımı oluşturuldu ve her takımın altı kümeye anket uygulaması planlandı. Küme başı haneden başlanarak ve üç ev atlanarak bir küme on haneye tamamlandı. Anket o anda evde bulunan

yetişkin (18-65 yaş) bireylerden yanıt vermeyi kabul edenlere uygulandı. Bölgede araştırmayı reddeden hane sayısı 33’tür. Araştırmaya katılım oranı (327/360) %90’dır. Görüşmeyi reddeden hanelerde yandaki haneye geçilerek anket uygulanmaya devam edilmiş, toplam 381 kişiye ulaşılmıştır (n=381).

Araştırmada kullanılan ölçüm gereçleri

Araştırmada kullanılan ölçüm gereçleri, bağımsız değişkenlerden oluşan sosyodemografik anket ve PCAS anketidir.

PCAS, ABD’nin Boston eyaleti Massachusetts bölgesinde ikamet eden çalışanlarda, 6094 kişilik bir örnekte uygulanarak geliştirilmiş ve uluslararası geçerliliği yapılmış, birinci basamak ölçme ve değerlendirme ölçeğidir.¹³ Ölçeğin Türkçe sürümünün geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Manisa kent merkezinde yapılmıştır.²⁶Hiçbir boyuta ait olmayan tarama amaçlı iki soru ile birlikte toplam 51 sorudan ve 11 alt boyuttan oluşan ölçek, uluslararası geçerlilik çalışmasında yedi boyuta indirgenmiştir. Ölçekle yapılmış olan bazı çalışmalarda ve bu çalışmada yapısal ve süreç özellikleri iki özet boyutta toplanmıştır.^{14,27} Ulaşılabilirlik, süreklilik, kapsayıcılık ve eşgüdüm “yapısal özet boyut”; kişisel yaklaşım, hizmet memnuniyeti ve güven ise “hekim-hasta ilişkisi özet boyutunu” oluşturmaktadır. PCAS alt boyut, boyut ve özet boyutları aşağıda gösterilmiştir (Tablo 1).

Bu boyutları oluşturan soruların özellikleri şöyledir:

1. Ulaşılabilirlik: Muayene ve tedavi ücretinin değerlendirilmesi, bir sağlık sorunu olduğunda; telefonla hekime ulaşarak bilgi ve randevu alma durumu, birinci basamak sağlık kurumunun yerleşim yerine yakınlığı ve kurumun hizmet verdiği saat /günlerin değerlendirilmesi.

2. Süreklilik: Hastanın hekime kayıtlı olduğu süre, birinci basamak sağlık kurumunda yapılan olağan sağlık kontrolleri ve sağlık sorunu için alınmış randevularda, düzenli hekimini hangi sıklıkta gördüğünün değerlendirilmesi.

Tablo 1. PCAS (BDÖ) Ölçek boyutları

	Alt Boyutlar (11)	Boyutlar (7)	Özet boyutlar (2)
1	Finansal Ulaşılabilirlik	1.Ulaşılabilirlik	1.Yapısal özet boyut
2	Örgütsel Ulaşılabilirlik		
3	Boylamsal süreklilik	2.Süreklilik	
4	Hekim temelli süreklilik		
5	Hastanın bütüncül bilgisi	3.Kapsayıcılık	
6	Koruyucu hizmetler ve danışmanlık		
7	Eşgüdüm (Entegrasyon)	4.Eşgüdüm	2.Hekim-hasta ilişkisi özet boyutu
8	İletişim	5.Hizmet memnuniyeti	
9	Fiziksel bakı		
10	Kişisel yaklaşım	6.Kişisel yaklaşım	
11	Güven	7.Güven	

3. Kapsayıcılık: Hekimin hastanın tıbbi özgeçmişi, iş, ev ve okuldaki sorumlulukları, başlıca sağlık sorunları, bireysel inanç ve değerlerine olan yaklaşım tarzı ve sunduğu koruyucu sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi.

4. Eşgüdüm: Birinci basamak sağlık kurumundan sevk edilen hastanın ayaktan ya da yatarak tedavilerinde; uzman hekim/hekimlerce yapılan muayene ve laboratuvar sonuçlarının, birinci basamak kurumda kayıtlara işlenmesi ve bu bilginin koordinasyonunda birinci basamak hekiminin rolünün değerlendirilmesi.

5. Hizmet memnuniyeti: Hekimin hastanın sorularına gösterdiği dikkat, yaptığı açıklama ve önerilerin yeterince anlaşılır olması, hastanın sağlığı ile ilgili verilen kararlarda desteği ve fizik bakımın yeterliliğinin değerlendirilmesi.

6. Hekimin kişisel yaklaşımı: Hekimin sabrı, dostluğu, nazıklığı, ilgisi, bakımı ve hastaya ayırdığı zamanın değerlendirilmesi,

7. Güven: Birinci basamak hekiminin dürüstlüğünün, yeterliliğinin ve tıbbi bakım sürecinde hasta adına karar verebilme yetkisinin değerlendirilmesi.

Ölçekte bazı sorularda (Soru no: 11b, 12b, s14a, s15a, s26, s23a, s23c, s23e, s23f, s24) geri çevrim yapıldıktan sonra boyut puanları hesaplanmıştır. Sorular altılı Likert tipindedir (En küçük=1, En yüksek=6). Puan arttıkça, özellik daha “iyi” olmaktadır. Yedi boyut puanı; bu boyutları oluşturan soruların ortalamalarının toplanmasıyla hesaplanmıştır. Boyut puanları 0-100 puan sistemine dönüştürülebilmektedir. Bu çalışmada analizler 0-100 ölçek puanına dönüştürülerek yapılmıştır. Puanlar yüzölçümüne çevrilmeden önce olası en düşük ve en yüksek değerler şöyledir:

Tablo 2. Araştırmaya katılan kişilerin bazı temel özelliklerinin dağılımları (Manisa 2009)

Özellikler	n	%
Cinsiyet : Kadın	329	86.4
Erkek	52	13.6
Yaş grupları:		
24 ve altı	45	11.8
25-49	232	60.9
50-64	77	20.2
65 ve üstü	27	7.1
Hane reisinin sosyal sınıfı:		
Üst *	9	2.4
Orta**	262	68.8
Alt***	110	28.9
Eğitim:		
Lise/üniversite	74	19.4
İlköğretim	244	64.0
Eğitimsiz	63	16.5
Sağlık güvencesi:		
Yeşil kart	49	12.9
Sağlık güvencesi yok	12	3.1
Sağlık güvencesi var	320	84.0
Ailede beş yaş altı çocuk varlığı:		
Var	123	32.3
Yok	258	67.7
Ailede 0-12 ay bebek varlığı:		
Var	36	9.4
Yok	345	90.6
Göç yılı†:		
10 yılın altı	111	64
10 yıl ve üstü	270	36
Hanede kronik hastalık varlığı:		
Var	152	39.9
Yok	229	60.1
Hanede engelli varlığı:		
Var	16	4.2
Yok	365	95.8
Aynı aile hekimine kayıt:		
Hayır	36	9.4
Evet	345	90.6

*İşveren/yüksek eğitilmiş, **Beyaz yakalı/mavi yakalı/küçük esnaf,

***İş buldukça/niteliksiz işlerde çalışan, işsiz

†Göçle gelmiş olan 308 kişi analize alınmıştır

Ekonomik ulaşılabilirlik: (2-12); örgütsel ulaşılabilirlik: (6-36); boylamsal süreklilik: (1-5); muayene bazlı süreklilik: (2-12); hasta hakkında bütüncül bilgi: (5-30); danışmanlık hizmetleri (uluslararası geçerlilik çalışmasında yüzlük sisteme dönüştürülmemiştir), eşgüdüm: (6-36); fizik muayenenin yeterliliği: (1-6); iletişim: (6-36); kişisel yaklaşım: (5-30); güven: 8-40'tır.

Sosyodemografik anket

Cinsiyet, yaş, toplam çocuk sayısı, ailedeki toplam kişi sayısı, eğitim durumu, sosyal sınıf, sağlık algısı, geçen seneye göre sağlık algısı değişimi, ailenin sosyoekonomik durum algısı, hanede kronik hastalıklı birey bulunması, hanede toplam çocuk sayısı, hanede beş yaş altı çocuk sayısı, hanede sıfır yaş bebek sayısı, hane reisinin sağlık güvencesi, sınıf, hanede şebeke suyu durumu, hanede tuvaletin evin içinde/dışında olma durumu, yerleşim yerine göçle gelme durumu ve süresi, aile tipi, ailenin bütün bireylerinin aynı Aile

Sağlığı Birimine kayıtlı oluşudur. Hanenin işe dayalı sosyal sınıfı, Boratav kentsel sosyal sınıf şemasına göre düzenlenmiştir¹.

İstatistik çözümlemeler

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi için SPSS 15.0 paket programı kullanılmıştır. Parametrik dağılımlarda student's t-testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA), nonparametrik dağılımlarda Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Post Hoc karşılaştırmalarda Tukey's B, nonparametrik dağılımlarda Kruskal Wallis testi sonrası anlamlı fark görülen gruplar için ikili karşılaştırmalarda Student's t ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Oranlar arası farklılıklar ise Ki kare testi ile ölçülmüştür.

Çok değişkenli analizlerde, bağımlı değişken olan boyut puanları medyandan kesilerek kategorize edilmiş ve basamaklı lojistik regresyon analizi yapılmıştır.

Tablo 3. PCAS(BDÖ) ölçeği puanlarının tanımlayıcı özellikleri (Manisa 2009)

Boyutlar (n=381)	Soru sayısı	Min.	Maks.	Ort.	Ss.	Tabanda %*	Tavanda%
Ulaşılabilirlik	8	15.0	92.5	53.6	17.4	0.0	0.0
Süreklilik	3	42.8	100.0	74.0	11.9	0.0	0.8
Kapsayıcılık	12	5.0	100.0	49.0	20.5	0.0	0.3
Eşgüdüm **	6	0.0	100.0	43.1	19.0	0.5	0.8
Hizmet memnuniyeti	7	8.5	100.0	70.0	13.5	0.0	1.0
Kişisel yaklaşım	5	12.0	100.0	71.9	17.4	0.0	11.0
Güven	8	28.1	96.8	71.9	11.9	0.0	0.0
Yapısal özet boyut	29	27.6	87.9	57.7	11.6	0.0	0.0
İlişki özet boyut	20	21.9	96.6	71.3	12.3	0.0	0.0

* Tabanda %, Tavanda %: Olası en düşük ve en yüksek puanı verenlerin yüzdesi

**Uzman hekime sevk edilen 120 kişinin verisi değerlendirilmiştir

Bulgular

Yaş ortalaması 41.2±13.9'dur. Araştırmaya katılan 381 kişinin bazı tanımlayıcı özellikleri Tablo 2'de görülmektedir. Katılımcıların %85.6'sı evlidir ve kişilerin %72.7'si çekirdek tip ailede yaşamaktadır. Araştırma kapsamındaki bireylerin yaşadıkları hanelerin %98.4'ünde kent şebeke suyu kullanılmaktadır ve %89.8'inde tuvalet evin içindedir.

Tablo 3'de PCAS(BDÖ) boyut puanları verilmektedir. Süreklilik boyutu en yüksek puan, eşgüdüm boyutu ise en düşük puana sahiptir. Taban ve tavan etkileri tüm boyutlarda % 20'nin altındadır. Yalnızca kişisel yaklaşım puanında dikkate değer bir tavan yüzdesi bulunmuştur.

Tablo 4'de görüldüğü gibi yaş gruplarına göre süreklilik ve kapsayıcılık boyutu için anlamlı fark varken, cinsiyet ve eğitim düzeyi farklılığından yalnızca süreklilik boyutu etkilenmektedir. Sağlık güvencesi varlığı ise ulaşılabilirlik ve kapsayıcılık boyutunu anlamlı düzeyde (p<0,05) etkilemektedir. Hanede beş yaş altı çocuk varlığından yalnızca ulaşılabilirlik boyutu olumlu yönde etkilenirken, 0-12 yaş bebek varlığından; süreklilik boyutu olumlu, kapsayıcılık boyutu ise olumsuz yönde etkilenmektedir.

PCAS (BDÖ) "Hekim hasta ilişkisi" özet boyutunu oluşturan kişisel yakınlık ve güven boyutu, yaş ilerledikçe olumlu yönde (p=0,05) etkilenirken, sosyal sınıfın etkisi görülmemektedir. Hanede beş yaş altı çocuk varlığı ise güven puanını olumsuz yönde etkilemektedir (Tablo 5).

Tartışma

Ölçeğin genel değerlendirilmesi

PCAS (BDÖ) puanları ölçeğin uluslararası geçerlilik çalışmasında gösterilen puanlardan genel olarak daha düşüktür.¹³ Bu sonuç iki çalışmanın örnek grubunun cinsiyet oranı farklılığından kaynaklanabilir; uluslararası geçerlilik çalışmasında yanıt verenlerin %55.8'i kadın iken bu çalışmada yanıt verenlerin % 86.4'ü kadındır. Çalışmada süreklilik boyutu

dışında kadınlar bütün özelliklere daha düşük puan vermişlerdir.1996 ve1999 yılları arasında yapılmış olan bir çalışmada katılımcıların %45'i erkektir. Yaş ortalaması 50.2'dir.¹⁴ Bizim çalışmamızda yaşla birlikte tüm puanlarda bir artış görülmektedir. Yaş ortalaması yüksek, erkek ve kadın oranları topluma benzer bir örnekte çalışılmış olsaydı, puan ortalamalarının daha yüksek çıkabilme olasılığı vardır.

ABD'nin bir eyaletinde yapılan, yaş ortalaması bu çalışmayla benzer (47.2)ve %40 'ı erkeklerden oluşan bir grupta, hekimin çalışma saatlerine göre BSH özelliklerinin değerlendirildiği bir çalışmada, tam gün çalışan hekimlere verilen puanların bu çalışmadan yüksek bulunduğu görülmüştür.²² Bu çalışmada ulaşılabilirlik özelliğinin, sürekliliğe göre düşük puan alması aile hekimliği uygulamasında, çalışma saatleri ve günlerinin hizmeti alanlar tarafından yetersiz bulunduğunu düşündürebilir. Çalışmada en düşük puan kapsayıcılık boyutunda elde edilmiştir, bu bulgu yukarda sözü edilen çalışmanın sonuçlarına benzerdir. Kapsayıcılık özelliğinin düşük puan alması aile hekimliği uygulamalarının toplumda yaygın görülen sağlık sorunlarına yönelik tanı ve tedavileri kapsayan bir sağlık hizmeti yelpazesinin henüz oluşmadığının ilk bulgularından biri olabilir.

Çalışmanın yapıldığı ilde hastaların istediği basamağa doğrudan başvurusunu yapabilmesi ve henüz basamaklar arasında zorunlu sevk uygulaması olmadığı için, bu boyutun puanı dikkatle yorumlanmalıdır.

Sağlık hizmet özellikleri

Ulaşılabilirlik: Tek değişkenli çözümlemelerde hanede 0-12 aylık bebek, beş yaş altı çocuk ve kronik hastalıklı birey varsa "Ulaşılabilirlik" puanları anlamlı olarak yükselmektedir. Süreklilik boyutunda ise bu iki grup daha düşük puan vermiştir. İki bulgu, bazı kaynaklarda ulaşılabilirlik arttıkça sürekliliğin azaldığı bulgusunu desteklemektedir.²⁹ Yani toplumdaki risk grupları (çocuk ve yaşlılar) hizmete daha kolay ulaşabilirken, aynı kurumun boylamsal kullanımında özellikle bu gruplar açısından bir sorun olduğu görülmektedir.

Tablo 4. PCAS (BDÖ) “Yapısal” sağlık hizmet özelliklerinin bazı sosyodemografik değişkenlere göre dağılımı (Manisa 2009)

Özellikler(n=381)	Kategori	Ulaşılabilirlik		Süreklilik		Kapsayıcılık		Yapısal özet boyut	
		ort±ss	p	ort±ss	p	ort±ss	p	ort±ss	p
Cinsiyet	Erkek	54.95±17.49	0.53	70.87±12.71	0.04	52.96±21.22	0.155	59.02±11.07	0.37
	Kadın	53.34±17.41		74.51±11.77		48.42±20.36		57.50±11.67	
Yaş	24 ve altı	54.44±18.87	0.86	74.29±11.33	0.04	45.11±18.23	0.068	56.80±9.92	0.16
	25-49	53.70±16.68		72.84±12.46*		48.07±20.28		57.04±11.55	
	50-64	52.47±18.58		75.70±10.57		51.31±21.37		58.70±12.30	
	65 +	54.07±18.55		78.84±10.94*		57.52±18.23		62.12±11.86	
Eğitim	Lise+	56.96±16.07	0.16	72.88±11.82	0.00	49.68±20.15	0.735	58.92±10.48	0.25
	İlköğretim	52.93±17.08		73.24±12.25		48.46±20.88		56.97±11.64	
	Eğitimsiz	52.02±19.84		78.34±10.02*		50.57±19.74		59.15±12.51	
Sağlık güvencesi	Var	53.12±16.64*	0.00	73.61±11.83	0.16	49.47±20.27	0.027	57.55±11.53*	0.00
	Yeşil kart	60.81±19.72*		76.5±12.87		49.90±22.11		61.35±10.63*	
	Yok	35.62±12.48*		74.40±10.75		34.17±15.47*		46.95±10.28*	

24

Tablo 4 ‘ün devamı

Özellikler (n=381)	Kategori	Ulaşılabilirlik		Süreklilik		Kapsayıcılık		Yapısal özet boyut	
		ort±ss	p	ort±ss	p	ort±ss	p	ort±ss	p
Hanede beş yaş altı çocuk	Yok	51.65±16.97	0.00	74.10±11.53	0.03	49,15±20,60	0.896	57,29±11,86	0.33
	Var	57.00±17.74		72.27±12.54		48,90±20,45		58,46±11,09	
0-12 ay bebek	Yok	52.92±16.98	0.02	74.03±11.83	0.91	49.85±20.33	0.017	57,71±11,52	0.97
	Var	59.72±20.31		73,81±13,23		41.30±20.98		57,65±12,39	
Hanede kronik hasta	Yok	55,03±17,10	0.03	73,05±12,59	0.04	46,63±19,82,1	0.005	57,42±11,48	0.55
	Var	51,35±16,30		75,47±10,80		52,68±21,08		58,14±11,78	
Hanede engelli	Yok	53,74±17,41	0.39	74,05±11,77	0.91	48,47±20,37	0.010	57,56±11,56	0.22
	Var	49,53±17,66		73,21±15,97		62,25±20,13		61,02±12,06	
Ailenin aynı aile hekimine kayıtlı	Evet	54,48±17,36	0.00	74,31±11,96	0.14	49,00±20,10	0.876	58,02±11,80	0.04
	Hayır	44,79±15,55		71,23±11,64		49,44±15,40		54,75±8,88	

†Yalnızca anlamlı farklılık görülen değişkenler sunulmuştur.

* One way ANOVA testi posthoc analizde anlamlı fark görülen grup/gruplar.

25

Çocuk ve bebek olan hanelerde, birinci basamak kurumun ilk başvuru yer olduğunu söyleyebiliriz. 2009 yılında yayımlanan Türkiye’de Aile Hekimliği uygulamalarının başlatıldığı iki pilot ilin değerlendirildiği WHO (DSÖ Dünya Sağlık Örgütü) raporunda, aile planlaması ve gebelikle ilgili başvurular en sık görülürken; en düşük başvuru sayısı diyabet ve hipertansiyon hasta grubundadır.³⁰ Üreme çağı kadınlarda ulaşılabilirlik bulgusu bu çalışmayla benzerdir. Bu bulguya göre çocuk ve bebek olan hanelerde, birinci basamağın sıklıkla ilk başvuru yer olduğu görülmektedir. Bunun nedeni sağlık ocağı uygulamasında bu yaklaşımın etkin hizmet anlayışı olması ve halen bu anlayışın sürmesi olabilir. Hanede kronik hasta varlığında, ulaşılabilirlik puanının anlamlı artışı kronik hastalık izleminin aynı hekim tarafından yapılmasının ulaşılabilirliği artırdığını göstermektedir. Bu sonucun kalıcı olduğunu görebilmek için belirli bir süre sonra yapılacak yeni ölçümlere gereksinim vardır. Yeşil kart güvencesi sahibi olmak diğer gruplara göre ulaşılabilirliği anlamlı olarak artırmaktadır. Yeşil kart sahibi olanların, sağlık güvencesi olmayan gruba göre daha iyi puan vermesi beklenen bir sonuçtur, ancak yeşil kart sahiplerinin ulaşılabilirlik puanının sağlık güvencesi olan gruptan yüksek çıkması bulgusu dikkatle yorumlanarak, daha ileri çalışmalarla desteklenmelidir. Aile bireylerinin aynı aile hekimine kayıt olması ulaşılabilirlik puanlarını artırmaktadır. Bu beklenen bir bulgudur. Aile bireylerinin aynı aile hekimine kayıtlı olması sonucunda, aile bir bütün olarak değerlendirilebilir, aile bazında risk faktörleri belirlenmesiyle, koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinliği artabilir, tanı ve tedavi maliyetleri düşebilir. Kültürel, coğrafi ve finansal ulaşılabilirlik olumlu yönde etkilenebilir. Çok değişkenli çözümlemelerde, sağlık güvencesi olmayanlar ve aile bireyleri aynı aile hekimine kayıt olmayanlarda ulaşılabilirlik açısından risk olduğu ve diğer değişkenlerin etkisinin kaybolduğu gözlenmektedir. Sağlık güvencesi olmayanların, güvencesi olanlara göre daha az ulaşabildikleri gösterilmiştir.¹⁵**Hata! Yer işareti tanımlanmamış.** Sosyal güvence varlığı hizmeti kullanımını olumlu yönde etkilediği

bulunmuştur.^{31,32} Süreklilik: Bizim örneğimizde kadınlar çoğunlukta olduğundan, süreklilik puanının 25-49 yaş grubunda ve beş yaş altı çocuk bulunan hanelerde düşük olması, genç ve çocuk sahibi annelerin her bir yeni sağlık sorununda aynı hekime başvurduğunu fakat izlemin devamı için farklı hekim ya da basamaklara yöneldiğini gösterebilir. 65 yaş üstü kesimin en yüksek puanı alması daha çok yaşlı kadınların hizmet sürekliliğinden yararlandıklarını düşündürmektedir. Bu sonucu yorumlayabilmek için niteliksel araştırma tasarımına ihtiyaç olabilir. Süreklilik özelliği ayrıca cinsiyet ve eğitim düzeyinden de etkilenmektedir. Kadınlarda ve örgün eğitim almayanlarda daha yüksek bulunması bu risk gruplarına hizmet sunmada birinci basamaktaki uygulamaların doğru yönde etkili olduğunu düşündürmektedir. Benzer bulgu Türkiye’de yapılan bazı araştırmalarda da görülebilir. Bir araştırmada sağlık ocağına başvuranların %67.5’ini kadınların oluşturduğu saptanmıştır.³³ Çok değişkenli son modelde sadece düşük eğitim düzeyinin süreklilik açısından koruyucu olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, sosyalleştirme döneminde olduğu gibi birinci basamağı eğitimsiz kesimlerin daha düzenli ve sürekli kullandığını göstermektedir.

Kapsayıcılık: Bu çalışmada kapsayıcılık, yalnızca hekimin hastası hakkında “kapsamlı bilgi sahibi olması” alt boyutu ile değerlendirilmiştir. Yaşlılarla yapılan çalışmalarda en düşük puanlar kapsayıcılık özelliğinde görülmektedir.^{16,19} Diyabetli hastaların takibinde hasta ile hekim arasındaki ilişkinin değerlendirildiği bir çalışmada, hastanın kapsamlı bilgisine sahip olma puanı hizmet memnuniyeti, kişisel yaklaşım ve güven puanlarından düşük bulunmuştur.²⁰ Yaşlılarla yapılan bir başka çalışmada bu çalışmaya benzer sonuçlar elde edilmiştir.¹⁸ Bu sonuç, hekimlerin hastaları ile iyi iletişim kurdukları, hastalarına ilgi ve nezaket gösterdikleri, güvenlerini kazandıkları, ancak, hastanın tıbbi özgeçmişi, iş, ev ve okuldaki sorumlulukları, temel sağlık sorunları, inanç ve değerleri ile ilgili yeterince bilgi sahibi olmadıkları bir hizmet modeli oluşturduğunu gösterebilir.

Tablo 5. Birinci basamak “hekim-hasta ilişkisi”özelliklerinin bazı sosyodemografik değişkenlere göre dağılımı† (Manisa 2009)

Özellikler (n=381)	Kategori	Hizmet memnuniyeti		Kişisel yaklaşım		Güven		Hekim-hasta ilişkisi özet boyut	
		ort±ss	p	ort±ss	p	ort±ss	p	ort±ss	p
Yaş	24 ve altı	66.48±15.94	0.00	70.13±19.42	0.00	70.90±13.29	0.01	69.17±14.61	0.00
	25-49	69.56±12.97		70.50±17.08		71.2150±11.08		70.42±11.58	
	50-64	70.76±13.77		73.92±17.88		72.61±13.16		72.42±12.93	
	65 ve üstü	77.67±11.26*		81.78±11.49*		78.24±12.06*		79.23±8.98*	
Sosyal sınıf	Üst	64.76±14.71	0.12	62.22±15.63*	0.03	65.62±15.31	0.35	64.20±13.72	0.08
	Orta	70.99±12.48		73.36±16.68		72.34±11.27		72.23±11.24	
	Alt	68.10±15.66		69.38±18.83*		71.56±13.19		69.68±14.18	
Eğitim	Lise+	66.99±11.61	0.00	69.95±16.40	0.10	72.12±10.19	0.44	69.69±10.44	0.03
	İlköğretim	69.63±13.74		71.51±17.92		71.48±12.23		70.87±12.64	
	Eğitimsiz	75.06±13.90*		76.00±16.19		73.61±12.86		74.89±12.41*	
Sağlık güvencesi	Var	69.79±12.94	0.30	71.36±17.05	0.11	71.62±11.71	0.08	70.93±11.83	0.05
	Yeşil kart	72.18±16.90		76.65±18.11		74.80±13.09		74.55±14.30*	
	Yok	66.90±14.89		68.33±22.26		69.27±13.04		68.17±14.30	

Tablo 5’in devamı

Özellikler(n=381)	Kategori	Hizmet memnuniyeti		Kişisel yaklaşım		Güven		Hekim-hasta ilişkisi özet boyut	
		ort±ss	p	ort±ss	p	ort±ss	p	ort±ss	p
Hanede beş yaş altı çocuk	Yok	70.57±13.20	0.28	73.18±17.74	0.06	73.19±11.94	0.00	72.31±12.29	0.03
	Var	69.01±14.22		69.74±16.67		69.74±11.73		69.50±12.12	
Hanede 0-12 ay bebek	Yok	70.18±13.19	0.43	72.16±17.05	0.45	72.30±11.56	0.16	71.55±11.84	0.35
	Var	68.33±16.91		69.88±20.76		68.66±15.04		68.96±15.97	
Hanede kronik hasta	Yok	69.46±13.99	0.32	70.91±18.50	0.14	70.43±11.62	0.00	70.27±12.77	0.04
	Var	70.85±12.93		73.50±15.59		74.26±12.15		72.87±11.38	
Hanede engelli	Yok	70.16±13.79	0.20	72.03±17.59	0.48	71.71±12.01	0.05	71.30±12.45	0.93
	Var	66.61±6.49		70.00±13.15		77.54±9.29		71.38±7.93	
Ailenin aynı aile hekimine kaydı	Evet	71.01±13.00	0.00	73.17±16.97	0.00	72.63±11.75	0.00	72.27±11.88	0.00
	Hayır	60.40±15.23		60.22±17.58		65.54±12.22		62.05±12.46	
Göç yılı	10 yıl+	70.27±13.30	0.29	72.53±18.13	0.13	72.75±11.60	0.00	71.85±12.28	0.03
	10 yıldan az	68.52±15.53		69.33±17.78		68.16±12.11		68.67±13.24	

+Yalnızca anlamlı fark görülen değişkenler sunulmuştur.

* One way ANOVA testi posthoc analizde anlamlı fark gösteren grup/gruplar.

Tablo 6. Birinci basamak sağlık hizmet özelliklerini etkileyen değişkenlerin Lojistik Regresyon indirgenmiş son model gösterimleri (OR (% 95GA)†

Yaş	Ulaşılabilirlik	Süreklilik	Kapsayıcılık	Hizmet memnuniyeti	Kişisel yaklaşım	Güven	Özet yapısal boyut	Özet ilişki boyut
24 ve altı(referans)	AD	AD	Referans	Referans	Referans	AD	AD	Referans
25-49	-	-	0.98 (0.51-1.87)	0.76 (0.40-1.46)	1.21(0.62-2.35)	-	-	1.10 (0.57-2.13)
50-64	-	-	0.11(0.44-1.90)	0.52 (0.25-1.130)	0.83 (0.39-1.79)	-	-	0.63 (0.29-1.36)
65 +	-	-	0.34 (0.12-0.93)	0.10 (0.03-0.39)	0.19 (0.06-0.58)	-	-	0.13 (0.03-0.46)
Eğitim	AD		AD	AD	AD	AD	AD	AD
Lise+(referans)	-	Referans	-	-	-	-	-	-
İlköğretim	-	0.9(0.58-1.58)	-	-	-	-	-	-
Eğitimsiz	-	0.43(0.21-0.85)	-	-	-	-	-	-
Sağlık güvencesi		AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD
Var (referans)	Referans	-	-	-	-	-	Referans	-
Yeşil kart	0.56(0.30-1.04)	-	-	-	-	-	0.52 (0.28-0.98)	-
Yok	9.08(1.16-70.87)	-	-	-	-	-	4.66 (0.99-21.78)	-
Aynı hekime kaydı	AD	AD	AD					
Evet (referans)	-	-	-	Referans	Referans	Referans	Referans	Referans
Hayır	-	-	-	3.50 (1.61-7.56)	5.22 (2.03-13.45)	6.40 (2.57-15.94)	2.38 (1.12-5.02)	4.00 (1.67-9.60)

† Tek değişkenli analizlerde anlamlı fark olmadığndan Esgüdüm boyutu çok değişkenli modellere alınmamıştır. AD: Modele alınan değişken regresyon modelinde anlamlı bulunmamıştır

Bu çalışmanın yürütüldüğü Aile Sağlığı Birim'lerinde kapsayıcılık puanları yaşla, sağlık güvencesi varlığı ile artmaktadır. Ayrıca hanede bebek olmaması, hanede kronik hastalık ve engelli varlığında kapsayıcılık puanı artmaktadır. DSÖ 2010 Türkiye Aile Hekimliği Pilot Uygulaması çalışmasında kent merkezinde bulunan ASB'lerinde, bekleme odasında eğitim materyali bulunan sağlık sorunlarında ilk üç sırayı kardiyovasküler hastalıklar, aşılar, sağlıklı diyet almaktadır.³⁰ Bu çalışmada dolaylı olarak benzer bulgu elde edilmiştir; yaşlılar ve sosyal güvencesi olanlarda (yeşil kart dahil) iyi, çocuk ve kadın risk gruplarında ise yetersiz kapsayıcılıktan söz edilebilir. Ancak koruyucu sağlık hizmetleri alt boyutu puanları elde edilmediğinden, kapsayıcılığın bu alt boyutunun değerlendirildiği çalışmalarla bulguların karşılaştırılması daha net sonuçlar verecektir. Çok değişkenli analizlerde benzer şekilde 65 yaş üstü olmak kapsayıcılık açısından koruyucu çıkmıştır.

Eşgüdüm: Eşgüdüm özelliğinin bu çalışmada bağımsız değişkenlerden etkilenmediği görülmektedir. Ancak sevk uygulaması yapılmadığından, diğer basamaklardaki tanı, tedavi işlemlerinin bilgisine erişilebilen bir hasta takip ve kayıt sisteminin yokluğu nedeniyle bulguyu dikkatle yorumlamak gerekmektedir.

Araştırmaya katılanlardan yalnızca 120 kişi sağlık sorunu nedeniyle bir uzmana sevk edildiğini bildirmiş ve sevk işlemleri ile ilgili bilgi vermiştir, fakat resmi belge düzenlenmeden yapılan sevklerle ilgili değerlendirmeler aile hekimliği uygulamasından çok, hekimin bireysel tarzını yansıtıyor olacaktır, ayrıca Eşgüdüm özelliğini değerlendirebilmek için kurumsal verilerin de değerlendirilmesi gerekmektedir.

Özet yapısal boyut: Sağlık güvencesi olanlar ve yeşil kartlılarda, aile bireylerinin tümü aynı aile hekimine kayıt olanlarda puan artmaktadır. Aile bireylerinin tümünün sağlık sorunlarına yanıt verebilen bir aile hekimliği birinci basamak uygulamasının daha sürekli ve düzenli, ulaşılabilir, kapsayıcı olduğunu

söyleyebiliriz. Ülkemizde uygulanmakta olan Aile hekimliği pilot uygulamasında, aile bireylerinin aynı aile hekimine kayıt olma zorunluluğu yoktur.

Hizmet memnuniyeti, kişisel yaklaşım, güven: Hizmet memnuniyetinin eğitimsiz grupta daha yüksek olduğu görülmektedir. Eğitimsizliğin hizmet almada daha az beklenti yarattığını ve eğitimsiz bireylerin sağlık hizmetini teknik yönden değerlendirmede yetersiz kalabileceği söylenebilir.

Kişisel yaklaşım puanları 65 yaş üstü kişilerde yüksek bulunmuştur. Bu bulgu orta yaş ve üstü bireylere hizmet sunmada toplumsal kültürün bir yansımasının sağlık hizmetinde de sürdüğünü düşündürmektedir. Bu bulguyu destekleyecek niteliksel araştırmalara gereksinim olabilir.

Güven boyutu puanları 65 yaş ve üstü grupta en yüksektir. Beş yaş altı çocuğu olmayanlarda da yüksek puanlar alınmıştır. Orta yaş ve üstü bireylerin doktora daha fazla güven duyuyor olması yukarda sözünü ettiğimiz kültürel nedenlerden dolayı olabilir. Kronik hastalık ve engelli varlığında güvenin yüksek bulunması olumlu bir sonuçtur.

Hekim-hasta ilişkisi özet boyutu: Hekim-hasta ilişkisi özet boyutu, beş yaş altı çocuk bulunmayan hanelerde kronik hastalığı olanlarda, 65 yaş üstünde ve eğitimsizlerde yüksek olduğunu görüyoruz. Aile bireylerinin tümünün aynı aile hekimine kayıt olması puanları artırmaktadır. Yaşlı ve eğitimsizlerin birinci basamak hekimlerine daha çok güvendiklerini, daha iyi iletişim kurduklarını ve aldıkları hizmetten daha memnun olduklarını göstermektedir. Bu özet boyut için yapılan çoklu analizlerde indirgenmiş son modelde 65 yaş üstü olmak ve aile bireylerinin aynı aile hekimine kayıt olması kötü puan açısından koruyucu çıkmıştır.

Kısıtlılıklar: Bu araştırmanın en önemli kısıtlılığı erkek ve kadın oranlarının araştırmanın yapıldığı evrene benzememesidir. Erkek oranının topluma göre daha düşük olması gidilen hanelerde

erkeklerin çalışma saatleri nedeniyle evde bulunmayışından kaynaklanmaktadır.

Sonuç ve öneriler

Ülkemizde sağlıkta sosyalizasyon uygulamasında, sağlık hizmetleri sunumunda giriş noktası olan sağlık ocaklarının yerine aile hekimliği uygulamalarının getirilmesi, daha ivedi değerlendirmelere gereksinim oluşturmıştır. Yeni uygulamalarda yapısal ve süreç değerlendirmesi yapmaya olanak sağlayacak ölçüm gereçlerine ihtiyaç vardır. PCAS (BDÖ) bunlardan birisi olabilir ve farklı uygulamalar için birinci basamak hizmet başarısının karşılaştırılmasında kullanılabilir. Sonuçların genellenebilmesi için bu tür araçların kullanıldığı daha kapsamlı ve ileri araştırmalara gereksinim vardır.

Kaynaklar

1. Institute of Medicine. A Manpower Policy for Primary Health Care. IOM Publication 78-02. Washington, DC:National Academy of Sciences, 1978.
2. Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. New York: Oxford University Press 1998
3. The World Health Report 2008.
4. Donabedian A. The Quality of Care: How can it be assessed? Journal of the American Medical Association 1988;260:743-1748.
5. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? Archives of Pathology & Laboratory Medicine 1997; 121(11):1145-50.
6. Starfield B. Primary Care Concept, Evaluation and Policy. Oxford University Press, 1992, New York, US.
7. Haggerty J, Martin CM. Evaluating Primary Health Care in Canada: The Right Questions to Ask! The National Evaluation Strategy for Primary Health Care. Ottawa, Ontario, Canada: Health Canada; 2005.

Araştırmanın sonuçlarından birisi de, Manisa merkez ilçe aile hekimliği uygulamasında, kadın ve beş yaş altı çocuk sahibi risk gruplarına öncelikli yaklaşımın olduğu, araştırmanın yapıldığı tarihlerde yaşlılık sağlık sorunlarına yeni bir yaklaşımın oluşmakta olduğu söylenebilir.

Kapsayıcılık ve eşgüdüm özellikleri araştırmanın yapıldığı bölgede aile hekimliği uygulamalarında şu an eksikleri olan iki boyuttur. Bulgular ve tartışma bölümünün ışığında bu çalışmadan pratik uygulamaya yönelik iki önemli ve güçlü öneri ortaya çıkmaktadır: 1) Bir an önce sevk zincirinin hayata geçirilmesi, 2) Tüm aile bireylerinin aynı hekimde yer almasını sağlayan/destekleyen bir yapılanmanın oluşturulmasına ihtiyaç vardır.

8. Institute of Medicine. Defining primary care: an interim report. Washington, DC; 1994.
9. Primary Care America's Health in a New Era Committee on the Future of Primary Care Division of Health Care Services Institute Of Medicine National Academy Press Washington, D.C.1996.
10. Starfield B. Comprehensiveness of Care: Concept and Importance, Presented at: RNZCGP Annual Quality Symposium Wellington, NZ February 14, 2009 Erişim tarihi Ocak 2010.
11. The European Definition Of General Practice / Family Medicine Wonca Europe 2005 Edition.
12. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. J Fam Pract 2001;50(2).
13. Safran D G, Kosinski M, Tarlov AR. The Primary Care Assessment Survey Tests of Data Quality and Measurement Performance Medical Care, 1998;36(5):728-739.
14. Murphy J, Chang H, Montgomery JE, Rogers WH, Safran DG. The quality of physician-patient relationships. Patients' experiences 1996-1999. J Fam Pract. 2001;50(2):123-9.

15. Hartley LA . Examination of Primary Care Characteristics in a Community-based Clinic.Journal of Nursing Scholarship, 2002; 34(4);377-382.
16. Hsiao CJ, Roche KB, Marsteller JA, Leff BA. The effect of disability on personal quality of primary care received by older adults. Disability and Rehabilitation, 2009 31;22: 835–1842.
17. Shadmi E, Boyd C M, , Hsiao CJ, Sylvia M, Schuster A, Boulton C. Morbidity and Older Persons' Perceptions of the Quality of Their Primary Care.The American Geriatrics Society 2006;54:330–34.
18. Boyd CM., Shadmi E, Conwell LJ, Griswold M, Leff B, Brager R, Sylvia M, and Boulton C. J. A Pilot Test of the Effect of Guided Care on the Quality of Primary Care Experiences for Multimorbid Older Adults.Gen Intern Med;23(5):536–42.
19. Fleming D A, Sheppard V B, Mangan P A, Taylor KL, Tallarico M, Adams I. Caregiving at the End of Life: Perceptions of Health Care Quality and Quality of Life Among Patients and Caregivers. Journal of Pain and Symptom Management 2006;31(5):407-20.
20. Saitz R, Horton NJ, Cheng DM, Samet JH. Alcohol Counseling Reflects Higher Quality of Primary Care J Gen Intern Med 2008;23(9):1482–6.
21. Weia X, Barnsleyb J, Zakusc D, Cockerill R, Glazierg R,Sunh X. Assessing continuity of care in a community diabetes program: Initial questionnaire development and validation.Journal of Clinical Epidemiology 2008;61:925-31.
22. Murray A, Safran D G., Rogers W H, Inui T, Montgomery J E. Part-time Physicians :Physician Workload and Patient-Based Assessments of Primary Care Performance.Arch Fam Med. 2000;9:327-332.
23. Duberstein P, Meldrum S , Fiscella K, Shields CG , Epstein RM . Influences on patients' ratings of physicians: Physicians' demographics and personality. Patient Education and Counseling 2007;65(2):270–4.
24. Dinç G ve arkadaşları. Manisa Nüfus Sağlık Araştırması. Celal Bayar Ün. Yayınları 2005.
25. Bambal Ö, Lağarlı T, Eser E. Manisa Kent Merkezinde Bir Aile Sağlığı Biriminde Birinci Basamak Sağlık Hizmet Özelliklerinin Değerlendirilmesi. TJPB, 2010;3:176-190.
26. Eser E, Lağarlı T ve arkadaşları. Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeğinin (Pcas; Primary Care Assessment Survey) Bazı Aile Hekimliği Pilot Uygulama Birimlerine Ayaktan Tanı Tedavi İçin Başvuranlardaki Psikometrik Özellikleri. Yayınlanmamış makale, 6. Saykad Kongresi 2007.
27. Safran DA, Jana F , Montgomery At .All Predictors Of Voluntary Disenrollment .The Journal of Family Practice 2001;50:130-136.
28. Boratav K. Sınıfların ve grupların sosyoekonomik nitelikleri. 2.Baskı. Ankara. İmge Kitapevi Yayınları, 2004, s. 33-60.
29. Jeannie L, Haggerty, Pineault R, at all. Practice Features Associated With Patient-Reported Accessibility, Continuity, and Coordination of Primary Health Care Ann Fam Med 2008;6:116-123.
30. Evaluation of the organizational model of primary care in Turkey. World Health Organization, 2. Edition. 2009;38-39.
31. Crampton P, Dowell A, Woodward A, Salmond C. Utilization rates in capitated primary car centres serving low income populations. N Z Med J 2000;113(1120):436-8.
32. Brown CJ, Pagan JA, Rodriguez-Oreggia E. The decisionmaking process of health care utilization in Mexico. HealthPolicy 2005;72(1):81-91.
33. İlhan M, Tüzün H ,Aycan S, Aksakal FN , Özkan S, Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranların Sağlık Hizmeti Kullanma Özellikleri ve Bazı Sosyoekonomik Belirteçlerle Değişimi: Sağlık Reformu Öncesi Son Saptamalar Toplum Hekimliği Bülteni 2006;25(3);33-41.

Üniversite öğrencilerinde madde kullanımı, şiddet ve bazı psikolojik özellikler

Ebru Turhan^a, Tacettin İnandı^a, Cahit Özer^b, Sabahat Akoğlu^c

Özet

Amaç: Madde bağımlılığı günümüzde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu çalışma, üniversite öğrencilerinde sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımının yaygınlığını ve bunu etkileyen faktörleri araştırmak amacı ile yapıldı. **Yöntem:** Kesitsel tipteki bu araştırmada veriler, Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Eğitim Fakültesi, Ziraat Fakültesi ve Reyhanlı Sağlık Meslek Yüksek Okulu öğrencilerinden elde edildi. Her fakülte ya da yüksek okuldan bir, iki, üç ve dördüncü sınıflardan birer şube seçildi ve sınıflarda ½ sistematik örneklem ile de öğrenciler seçildi. Çalışmaya toplam 396 öğrenci katıldı. Araştırmaya katılmayı kabul edenlere gözlem altında soru kağıdı uygulandı. **Bulgular:** Katılan öğrencilerin yaş ortalaması 20.9±2.3 ve %55.1'i erkektir. Yaşam boyu sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı sırasıyla %73.2, %56.6 ve %9.6 idi. Erkeklerde sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı daha yüksek bulundu. Babasında ve kardeşinde sigara ve alkol kullanımı öyküsü olanlarda sigara ve alkol kullanımı daha yüksek saptandı. Yakın akrabalarında uyuşturucu madde kullanımı bildirenlerde, uyuşturucu madde kullanımı daha fazla bulundu. Sigara kullananlarda şiddete uğrama ve şiddet uygulama, sigara içmeyenlere göre daha yüksek idi (p<0.001). Hayat boyu şiddete uğrayanların özgüven ve sosyal destek skorları düşük, sürekli kaygı puanları yüksek bulundu (p<0.01). Uçucu madde kullananlarda sürekli kaygı puanı yüksek (p<0.05), sosyal destek puanı düşük idi (p<0.05). **Sonuç:** Sigara içme, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı Hatay'da üniversite öğrencilerinde yaygındır. Bulgularımız uçucu madde kullanımı ile yüksek sürekli kaygı ve düşük sosyal destek arasında ilişki olduğunu desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Madde kullanımı, üniversite öğrencileri, özsaygı, özgüven, kaygı, şiddet

Substance use, violence among university students and their some psychological characteristics

Abstract

Aim: Substance abuse is an important public health problem. This study examined the prevalence of cigarette smoking, alcohol and substance use among the university students, as well as factors associated with the use of addictive substances.

^aYrd.Doç.Dr., Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Sökmen Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Hatay

^aDoç.Dr., Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Sökmen Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Hatay

^bDoç.Dr., Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Sökmen Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, Hatay

^cDoç.Dr., Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Sökmen Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD, Hatay

Sorumlu Yazar: Ebru Turhan, Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD , Hatay. GSM: 0 505 560 27 68, E-posta: turhanebru1@gmail.com

Methods: In this cross-sectional study, the data were obtained from the students of the Faculty of Education, Faculty of Agriculture and Health Professions High School. One class per educational year and per branch were selected from all of the schools. The participants were selected by a ½ systematic sampling methods. A total of 396 students participated and self-completed the survey. **Results:** The mean age of the students was 20.9 ± 2.3, and 55.1% of all participants were males. Lifetime tobacco, alcohol, and illicit drug use were identified as 73.2%, 56.6% and 9.6% respectively. Among the male students, cigarette, alcohol and substance abuse were higher than among the female students. Among the students who reported their father's and siblings' smoking and drinking, cigarette and alcohol use were higher. Among the students who reported having relatives using substances, the perceived possibility/desire/risk to use addictive substances in the future was more common for any period of life. Exposure to violence (either as a perpetrator or as a victim) was more frequent among the smokers (p <0.001). Self-esteem and social support scores were lower, and trait anxiety scores were higher among those who had been exposed to violence (p <0.01). Among the students who reported volatile substance use, trait anxiety scores were significantly higher (p <0.05) and social support scores were lower (p <0.05). **Conclusion:** Smoking, alcohol use and illicit drug use were common among the university students in the province of Hatay. Our finding supported the view that volatile substance abuse was associated with high trait anxiety and low social support

Key words: Substance use, university students, self esteem, self efficacy, anxiety, violence

Giriş

Bağımlılık yapıcı madde kullanımı, tüm dünyada ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Madde kullanımı özellikle gelişmekte olan ülkelerde çeşitli önlemlerin alınmasına rağmen gittikçe artmaktadır.^{1,2} Dünyada ve Türkiye'de gençlerin madde kullanmasıyla ilgili araştırmalar daha çok ilköğretim ve lise dönemini kapsamaktadır.² Bununla birlikte üniversite döneminde de madde kullanımı halk sağlığı ve öğrenim yaşamı açısından önemli bir sorundur.³ Önemli bir sağlık sorunu olan sigara içme alışkanlığının öğrenciler arasındaki sıklığını belirlemek amacıyla Türkiye'de yapılan çeşitli araştırmalarda lise öğrencilerinde %13.1-23.2, üniversite öğrencilerinde %27.9-%81.8 arasında değişen farklı oranlar bildirilmiştir.⁴ Altındağ ve ark.'nın⁵ Şanlıurfa'da üniversite öğrencilerinde yaptıkları çalışmada yaşam boyu sigara, alkol ve madde kullanımı sırasıyla % 64.4, 30.4 ve 2.3 olarak saptamıştır. Türkiye'de sekiz üniversitenin birinci sınıf öğrencilerinde yapılan araştırmada öğrencilerin %22.9'u alkol içtiğini söylemiştir. Bu çalışmada uyuşturucu madde kullanım sıklığı ise %3'tür.⁶

Şimşek ve ark.'nın⁷ çalışmasında öğrencilerin %25.4'ü halen sigara, %10.6'sı alkol ve %2.5'i uyuşturucu madde kullandıklarını bildirmişlerdir. Akfert ve ark.⁸ üniversite öğrencilerinin hayat boyu alkol deneme oranının %70.8 olduğunu rapor etmiştir. Çamur ve ark.⁹ öğrencilerin %65.6'sı en az bir defa sigara, %65.4'ü alkol, %6.6'sı bağımlılık yapıcı madde denediğini bildirmiştir.

Çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olan gençlik dönemi, bireyin hayatındaki en önemli süreçlerden biridir. Fiziksel ve psikolojik değişimlerin, erişkinliğe özgü rollerin ve sorumlulukların kazanıldığı dinamik bir dönemdir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 10-19 yaşlar arasını "adolesan", 15-24 yaşlar arasını "genç" ve 10-24 yaşlar arasını "gençlik" olarak tanımlamaktadır ve bu dönem üreme sağlığı sorunları başta olmak üzere, madde kullanımı, beslenme bozuklukları, ruhsal sorunlar ve riskli davranışların sıklıkla görüldüğü önemli gelişimsel dönemlerden biridir.¹⁰ Ülkemizde üniversite okuyan gençlerin büyük çoğunluğu 18-25 yaş arasındadır bu dönem gençlik tanımına uymaktadır.

Üniversite yılları, ergenliğin karmaşasına ek olarak evden ve aileden ayrılma, yeni bir çevreye uyum, bir mesleğe aday olma ve iş bulmaya ilişkin belirsizlikler gibi birçok sorunların olduğu yıllardır. Bu sorunlara bağlı gelişen aşırı kaygı ve stresin, üniversite öğrencilerinde tütün, alkol ve madde kullanımını artırdığı ileri sürülmektedir.¹¹ Madde kullanımını etkileyen faktörlerle ilgili Türkiye'de yapılan çalışma çok azdır. Madde kullanımı, genellikle ergenlik döneminde başlanmakta ve psikolojik, sosyal ve kültürel etkiler önemli rol oynamaktadır.¹² Gençler eğlenmek, sosyal ve duygusal gereksinimlerini gidermek, sorunlarından uzaklaşmak, heyecan aramak gibi çok değişik nedenlerle madde kullanmayı deneyebilirler. Gençlerin sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımına zemin hazırlayan çok sayıda risk etkeni tanımlanmaktadır. Bu risk etkenleri ailesel, arkadaş ortamı, okul, bireyin kişisel özellikleri, diğer riskli davranışların görülmesi, toplumsal ve çevresel etkenler olarak sıralanmaktadır.¹³

Ailede bireylerin olumsuz tutum ve davranışlar göstermesi ergenlik döneminde madde kullanımı için risk oluşturabilir. Olumsuz tutum ve davranışlara örnek olarak aile içerisinde madde kullanımının olması ve madde kullanımı ile ilgili ailenin toleransının fazla olması sayılabilir.¹⁴

Özgüven, özsaygı, ve sosyal destek gibi psikolojik özellikler ile sigara, alkol ve madde kullanımı arasında ilişkinin olduğu öne sürülmektedir. Düşük benlik saygısı madde kullananlar arasında sık gözlenmektedir.¹⁵ Sosyal destek, kendine güven ve benlik saygısının geliştirilmesinin madde kullanımı açısından 'koruyucu faktörler' olduğu belirtilmektedir. Madde kullanımı çeşitli psikiyatrik sorunlarda belirtileri giderme amaçlı da olabilmektedir.¹⁶ Bu sorunlar arasında benlik saygısı düşüklüğü, depresyon, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, anksiyete bozuklukları, fiziksel-cinsel ve duygusal istismar önde gelmektedir.^{13,16}

Bu çalışma, üniversite öğrencilerinde sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımının yaygınlığını ve bunu etkileyen faktörleri araştırmak amacı ile yapıldı. Ayrıca özgüven, özsaygı, sosyal destek, kaygı gibi psikolojik özelliklerle ve şiddete uğrama ve şiddet uygulama ile sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı arasındaki ilişki incelendi.

Yöntem

Kesitsel tipteki bu araştırmada veriler, Ocak 2006 tarihinde Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Eğitim Fakültesi, Ziraat Fakültesi ve Reyhanlı Sağlık Meslek Yüksek Okulu öğrencilerinden elde edildi. Söz konusu fakültelerin toplam öğrenci sayısı 3684 idi. Her fakülte ya da yüksek okuldan bir, iki, üç ve dördüncü sınıflardan birer şube seçildi ve sınıflarda ½ sistematik örneklem ile de öğrenciler araştırmaya katıldı. Ziraat Fakültesi'nden 170, Eğitim Fakültesi'nden 109 ve Sağlık Meslek Yüksekokulu'ndan 117 olmak üzere çalışmaya toplam 396 öğrenci alındı. Araştırmaya katılmayı kabul edenlere gözlem altında soru kağıdı uygulandı. Çalışmada kullanılan form ve özsaygı, özgüven, sürekli kaygı ve sosyal desteği değerlendirmeyi amaçlayan ölçekler şunlardır:

1.Kişisel Bilgi Formu: Öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini, sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanma durumlarını belirlemeyi amaçlayan 26 sorudan oluşan bir formdur. Öğrencilerin yaşam boyu (yaşamının herhangi bir döneminde bir kez deneme) son bir yıl ve son 30 gün içinde sigara, alkol, uyuşturucu madde (uhu, tiner, bali gibi uçucu maddeler, esrar, eroin, kokain ve hap) kullanım sıklığı, miktarı, anne, baba ve kardeşin sigara, alkol kullanma durumları, yakın akrabalar arasında uyuşturucu maddelerden herhangi birisini (uhu, tiner, bali gibi uçucu maddeler, esrar, eroin, kokain ve hap gibi diğer maddeler) kullanma durumları ile ilgili sorulardan oluşmaktadır.

Soru formunda, öğrencilerin;

Sigara içme durumu; 1-Yaşamınızın herhangi bir döneminde bir kez bile olsun sigara içmeyi denediniz mi? 2- “Halen şu anda sigara içiyor musunuz? 3- Son bir ay içerisinde kaç gün, günde kaç tane sigara içtiniz? soruları ile sorgulandı. Yaşamınızın herhangi bir döneminde bir kez bile olsun sigara içmeyi denediniz mi? sorusu ile hiç içmeyen ve en az bir kez deneyenler saptandı. Son bir ayda en az bir kez sigara içmiş olanlar araştırma sırasında sigara içicisi olarak kabul edildi.

Alkol kullanma durumu; 1-Yaşamınızın herhangi bir döneminde bir kez bile olsun alkol içmeyi denediniz mi? 2- Son bir ay ve son bir yıl içerisinde alkol kullanma sıklığınız nedir? soruları ile değerlendirildi. Yaşamınızın herhangi bir döneminde bir kez bile olsun alkol içmeyi denediniz mi? sorusu ile hiç içmeyen ve en az bir kez deneyenler saptandı. Son bir ayda en az bir kez alkol içmiş olanlar araştırma sırasında alkol kullanıcısı olarak kabul edildi.

Uyuşturucu madde kullanma durumu; 1- Yaşamınızın herhangi bir döneminde bir kez bile olsun ucu maddelerden (uhu , tiner, bali vb) herhangi birisini kullanmayı denediniz mi? 2- Yaşamınızın herhangi bir döneminde bir kez bile olsun diğer uyuşturucu maddelerden (esrar,eroin,kokain ve hap) kullanmayı denediniz mi? 3- Son bir ay ve son bir yılda uyuşturucu madde kullanma sıklığınız nedir? soruları ile belirlendi. Yaşamınızın herhangi bir döneminde bir kez bile olsun uyuşturucu madde kullanmayı denediniz mi? sorusu ile hiç kullanmayan ve en az bir kez deneyenler saptandı. Son bir ayda en az bir kez uyuşturucu madde kullanmış olanlar araştırma sırasında uyuşturucu madde kullanıcısı olarak kabul edildi.

Aile ve yakın akrabaların;

Sigara içme durumu; 1-Anne, baba ve kardeşleriniz sigara içer mi ?

Alkol kullanma durumu; 1- Anne, baba ve kardeşleriniz alkol kullanır mı?

Uyuşturucu madde kullanma durumu; 1- Yakın akrabalarınız arasında uyuşturucu maddelerden herhangi birisini (uhu,tiner,bali gibi ucu maddeler, esrar,eroin,kokain ve hap) kullanan var mı? soruları ile belirlenmiştir.

2. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (Rosenberg Self-Esteem Scale): Ölçek Rosenberg tarafından 1965 yılında geliştirilmiştir. Ölçek çoktan seçmeli sorulardan yapılanmış 12 alt kategoride toplam 63 sorudan oluşmaktadır. Araştırmada kullanılan RBSÖ Benlik Saygısı Alt Ölçeği, 4-noktalı Likert tipi bir alt ölçek olup, envanterin ilk 10 maddesini oluşturmaktadır. Yanıtlar, cevap anahtarının öngördüğü şekilde, tekli, ikili ya da üçlü gruplara ayrılarak puanlandığından, alt ölçek toplam puan yayılım genişliği 0-6 arasındadır. Toplamda, 0-1 puan alanlar “yüksek”, 2-4 puan alanlar “orta” ve 5-6 puan alanlar “düşük” benlik saygısına sahip kişiler olarak nitelendirilir. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlik-güvenirlik çalışmaları Çuhadaroglu¹⁷tarafındangerçekleştirilmiştir Bu çalışmalar kapsamında öncelikle dil geçerliği sağlanan ölçeğin güvenirlik ve geçerlik işlemleri, test-tekrar test güvenirliğinde alt testler için elde edilen güvenirlik katsayılarının 0.46-0.89; Belirti Tarama Listesi’nin (SCL-90R) alt testleri ile yapılan ölçüt bağımlı geçerlik korelasyonlarının ise 0.45-0.70 arasında değiştiğini göstermiştir.

3. Genel Öz yeterlik Ölçeği (General Perceived Self-Efficacy Scale): Ölçek, Jarusselam ve Schwarzer tarafından(1981) geliştirilmiş, Türkçeye Yeşilay tarafından ¹⁸ çevrilmiştir. Ölçek önce, 20 madde iken daha sonra 10 maddeye indirilmiştir. Ölçekten alınan puan aralığı 10-40 arasında değişmektedir. Ölçeğin 23 ülkede yapılan çalışmalarında Cronbach alpha katsayısı 0.76 ile 0.90 arasında bulunmuştur.

4. Spielberger Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği: (State-Trait Anxiety Inventory -STAI): Ölçek, bireylerin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini

belirlemek amacıyla Spielberger ve arkadaşları tarafından 1964 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin, Türkçe güvenirlik ve geçerlik çalışmaları Öner ve Le Compte¹⁹ tarafından yapılmıştır. Ölçeklerin test-tekrar test değişmezlik katsayıları Sürekli Kaygı Ölçeği için .73 ile .86, Durumluk Kaygı Ölçeği için .16 ile .54 arasında; alfa korelasyonları ile hesaplanan iç tutarlılık ve test homojenliğini yansıtan katsayılar Durumluk Kaygı için 0.83 ile 0.92, Sürekli Kaygı için 0.86 ile 0.92 bulunmuştur. Bir tür kendini değerlendirme türü olan ölçek, kısa ifadelerden oluşan 40 maddeyi içermektedir. 20 maddelik durumluk kaygı ölçeği ile 20 maddelik sürekli kaygı ölçekleri birbirinden bağımsızdır. Ölçeğin içerdiği ters maddelerde puanlar tersine çevrilmek kaydıyla, bütün maddeler 1-4 arası puanlanmakta, artan puan yüksek kaygı düzeyini göstermektedir. Ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişebilir. Puanın büyük olması kaygı seviyesinin yüksek olduğunu, küçük puan kaygı seviyesinin düşük olduğunu işaret eder.

5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support): Ölçek, 1988 yılında Zimet ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, 1995’de Eker ve ark. ²⁰ tarafından Türkçe’ye uyarlanmıştır. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği 12 maddeden oluşan bir ölçektir. Her biri dört maddeden oluşan, desteğin kaynağına ilişkin 3 grubu içerir. Bunlar; aile (3, 4,8 ve 11.maddeler), arkadaşlar (6,7,9 ve 12.maddeler) ve özel bir insandır (1,2,5 ve 10.maddeler). Her bir madde 1–7 arasında puanlanmıştır. Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı elde edilmiş ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmiştir. Ölçeğin tamamından alınabilecek en düşük puan 12 ve en yüksek puan 84’dür. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir, düşük puanlar ise desteğin algılanmadığını

ya da destekten yoksun olduğunu belirtmektedir. Eker ve arkadaşları ölçeğin toplam Cronbach alfa katsayısını 0.89, alt boyut Cronbach alfa katsayısını aile için 0.85, arkadaş için 0.88, özel insan için 0.92 olarak bulmuştur.

6. Şiddet: Şiddetin “Bir kişi ya da gruba karşı güç kullanılmasıdır. Bedensel, cinsel ya da ruhsal yaralanmaya yol açabilir. Dövmek, vurmak, tokat atmak, bıçaklamak, ateş etmek, itmek, ısırarak, ve/veya sıkıştırmak gibi davranışlar şiddet içerisinde yer alır” şeklinde bir tanımı yapılmış ve bu tanımda belirtilen şekillerde yaşam boyu ve son 12 ay içerisinde şiddete uğradınız mı? Son bir yıl içinde siz şiddet uyguladınız mı ? soruları ile şiddet öyküsü sorgulanmıştır.

Anketler isim verilmeden doldurulmuş ve karışık olarak toplanmıştır. Anket formunun doldurulması yaklaşık olarak bir ders saatini almıştır. Çalışmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde Epi Info™ 3.5.1 sürümü ve istatistiksel analizde yüzde dağılımları, lojistik regresyon, bağımsız gruplarda t testi ve Chi-square testi kullanılmıştır. Ortalamalar standart sapmalarla birlikte gösterilmiştir. Farklılıklar, p<0.05 düzeyinde önemli olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 20.9 ±2.3’dir. Çalışmada erkekler % 55.1 ile daha fazladır. Yaşam boyu sigara kullanımı %73.2, alkol kullanımı %56.6 uyuşturucu madde kullanımı %9.6 (uhu,tiner,bali gibi ucu maddeler kullanımı % 4.0 esrar,eroin,kokain ve hap gibi diğer madde kullanımı % 5.6) olarak saptanmıştır (Tablo 1). Öğrencilerin %30.7’si sigarayı ilk

olarak 18 yaş ve üzerinde denemiştir. Alkolü 18 yaş ve üstünde ilk kez deneme oranı ise %26.7’dir. Erkek öğrencilerde kız öğrencilerine göre sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanım sıklığı daha yüksektir (p<0.01).

Tablo 1. Katılımcılarda yaşam boyu ve araştırma yapıldığı andaki madde kullanımı sıklığı

Madde kullanımı	En az bir kez			
	Yaşam boyu		Son bir ay içinde	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Sigara	290	73.2	153	38.6
Alkol	224	56.6	116	29.3
Uçucu madde	16	4.0	4	1.0
Diğer madde	22	5.6	3	0.8

Babasinda ve kardeşinde sigara ve alkol kullanım öyküsü bulunanlarda sigara ve alkol kullanımı olasılığı daha yüksek saptanmıştır (p<0.01). Yakın akrabalarında

uyuşturucu madde kullanımı bildirenler arasında uyuşturucu madde kullanımı daha sıktır (p<0.01)(Tablo 2).

Tablo 2. Madde tipine göre kullanımda etkili faktörler

Bağımsız Değişkenler	Sigara Kullanımı OR (%95 GA) P	Alkol Kullanımı OR (%95 GA) P	Uyuşturucu Madde Kullanımı OR (%95GA) P
Cinsiyet			
Kadın	1.00 (ref)	1.00 (ref)	1.00 (ref)
Erkek	2.86 (1.79-4.58) 0.00	3.37 (1.91-5.96) 0.00	5.04 (1.65-15.34) 0.00
Baba sigara kullanıyor			
Hayır	1.00 (ref)	1.00 (ref)	1.00 (ref)
Evet	1.73 (1.06-2.80) 0.02	1.00 (0.58-1.74) 0.99	0.72 (0.30-1.72) 0.46
Baba alkol kullanıyor			
Hayır	1.00 (ref)	1.00 (ref)	1.00 (ref)
Evet	0.98 (0.61-1.61) 0.96	3.82 (2.11-6.91) 0.00	1.28 (0.55-2.99) 0.57
Kardeş alkol kullanıyor			
Hayır	1.00 (ref)	1.00 (ref)	1.00 (ref)
Evet	2.17 (1.31-3.60) 0.00	6.97 (3.21-1.16) 0.00	1.95 (0.85-4.49) 0.12
Y. akrabada uyuşturucu madde kullanımı			
Hayır	1.00 (ref.)	1.00 (ref.)	1.00 (ref.)
Evet	1.53 (0.51-4.64) 0.45	3.00 (0.35-25.96) 0.32	3.99 (1.34-11.91) 0.01

*Logistik regresyon analizi

Uçucu madde kullananlarda sürekli kaygı puanı yüksek (p < 0.05), sosyal destek puanı düşük bulunmuştur (p < 0.05) (Tablo 3). Sigara kullananlarda hem şiddete uğrama

hem de şiddet uygulama daha yüksektir (p<0.001). Alkol ve uyuşturucu madde kullananlarda ise şiddete uğrama daha yüksektir (p<0.05, p<0.001) (Tablo 4).

Tablo 3. Madde kullanım türüne göre psikometrik ölçeklerin puanları

Madde türü	Özgüven Ort-SS	Özsaygı Ort - SS	Sosyal Destek Ort - SS	Sürekli Kaygı Ort - SS
Sigara				
Evet	30.8 ± 5.7	15.7 ± 2.0	67.5 ± 12.8	43.1 ± 7.7
Hayır	30.0 ± 5.6	15.3 ± 2.0	66.5 ± 11.7	43.8 ± 6.1
İstatistik	t=1.2 p=0.20	t=-0.3 p=0.76	t=-0.8 p=0.42	t=0.7 p=0.44
Alkol				
Evet	30.7 ± 5.3	15.4± 1.8	66.0 ± 12.0	44.6 ± 7.3
Hayır	30.5 ± 6.1	15.7 ± 2.0	67.3 ± 12.4	43.1 ± 8.3
İstatistik	t=-0.3 p=0.8	t=-0.9 p=0.33	t=-0.8 p=0.38	t=1.6 p=0.10
Uçucu Maddeler				
Evet	29.5 ± 5.1	15.7 ± 2.3	59.9 ± 12.1	47.7 ± 8.0
Hayır	30.8 ± 5.6	15.8 ± 1.8	66.9 ± 12.4	43.3 ± 7.8
İstatistik	t=0.9 p=0.3	t=-0.1 p=0.8	t=2.2 p=0.03	t=-2.1 p=0.04
Diğer maddeler				
Evet	29.3 ± 5.5	15.5 ± 1.9	63.3 ± 10.7	42.5 ± 9.5
Hayır	30.8 ± 6.9	15.8 ± 1.8	66.9 ± 12.4	43.7 ± 7.7
İstatistik	t=1.1 p=0.2	t=0.7 p=0.6	t=1.2 p=0.2	t=0.6 p=0.5

Hayat boyu en az bir kez şiddete uğrayanların özgüven ve sosyal destek

skorları düşük, sürekli kaygı puanları yüksek bulunmuştur (p < 0.01) (Tablo 5).

Tablo 4. Madde kullanım türüne göre şiddete uğrama ve şiddet uygulama sıklığı

Madde türü	Şiddete uğrama	Şiddet uygulama
	Evet (%)	Evet (%)
Sigara		
Evet	53.7	26.8
Hayır	34.3	11.3
İstatistik	X ² =11.0, p<0.001	X ² =11.0, p<0.001
Alkol		
Evet	58.8	26.2
Hayır	45.5	18.0
İstatistik	X ² =5.5, p<0.05	X ² =2.7, p>0.05
Uyuşturucu Madde		
Evet	73.5	53.3
Hayır	46.2	46.8
İstatistik	X ² =9.3, p<0.001	X ² =1.0, p>0.05

Tablo 5.Katılımcılarda şiddet sıklığı ve şiddete göre psikometrik ölçeklerin puanları

Şiddet	Sayı	Yüzde	Özgüven Ort-SS	Özsaygı Ort - SS	Sosyal Destek Ort - SS	Sürekli Kaygı Ort - SS
Yaşam boyu şiddete uğrama						
Evet	188	47.5	29.4±5.6	15.4±1.9	64.4±12.9	44.5±7.9
Hayır	199	50.3	31.3±5.7	15.6±2.1	69.2±11.1	42.7±7.8
İstatistik			t=3.3 p=0.001	t=1.1 p=0.2	t=3.9 p=0.000	t=2.2 p=0.025
Son bir yıl içerisinde şiddete uğrama						
Evet	28	7.1	30.4±5.8	15.0±2.2	60.5±17.1	45.5±7.1
Hayır	354	89.4	30.3±5.7	15.5±2.1	67.4±11.6	43.4±7.8
İstatistik			t=-0.1 p=0.9	t=0.7 p=0.2	t=2.1 p=0.046	t=-1.5 p=0.1
Son bir yıl içerisinde şiddet uygulama						
Evet	86	21.7	30.6±5.4	15.6±1.9	64.6±14.1	44.5±7.7
Hayır	294	74.2	30.4±5.7	15.4±2.0	66.9±11.7	43.3±7.9
İstatistik			t=-0.3 p=0.7	t=-0.7 p=0.4	t=0.2 p=0.8	t=-1.2 p=0.2

Tartışma

Çalışmamızda öğrenciler arasında yaşam boyu sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanma oranlarının yüksek olması dikkat çekicidir.

Çalışmamızda en yaygın kullanılan maddenin sigara olduğu saptanmıştır. Bu sonuç ülkemizde yapılmış olan diğer çalışmaların sonuçlarını destekler niteliktedir.^{4,5} Öğrenciler arasında yaşam boyu sigara deneme oranı % 73.2 iken, son bir ay içerisinde sigara kullandığını belirtenlerin oranı % 38.6 olarak gözlenmiştir. Türkiye’de sekiz üniversitenin birinci sınıf öğrencileri arasında yapılan çalışmada halen sigara içme oranı %22.5’dir.⁶ Şimşek ve ark.’nın⁷ Harran Üniversitesi birinci sınıf öğrencileri arasında yapmış oldukları çalışmada öğrencilerin %25.4’ü halen sigara içtiklerini bildirmişlerdir. Akfert ve ark.’nın⁸ çalışmasında üniversite öğrencileri arasında yaşam boyu en az bir kez sigara deneme oranı %61.5’dir. Çamur ve ark.’nın⁽⁹⁾ çalışmasında araştırmaya katılan öğrencilerin %65.6’sı en az bir defa sigara

denemişlerdir. Türkiye’de değişik bölgelerde yapılmış çalışmalarda bulgularla kıyaslandığında , çalışmamızda sigarayı en az bir kez deneme ve halen sigara kullanım sıklığının bir miktar daha yüksek olduğu görülmektedir. Bulgularımız yaklaşık her üç üniversite öğrencisinden birinin halen sigara içtiğini göstermektedir. Bu bulgular sigara konusunda daha çok çaba harcanması gerektiğini, gösterilen çabaların önemli ancak halen yetersiz olduğunu düşündürmektedir. Sigara içimi halen Türkiye için en önemli halk sağlığı sorunlarından birisidir.

Çalışmamızda öğrenciler arasında alkol kullanımı sigaradan sonra ikinci sıradadır. Öğrencilerin %56.6’sı yaşam boyunca en az bir kez alkollü içki içtiklerini ifade etmişlerdir. Çalışmada son bir ay içerisinde alkol kullandığını belirtenlerin oranı % 38.6 idi ve bu sonuçlar Türkiye’de üniversite öğrencileriyle yapılan diğer çalışmalarda bulgularla benzerdir.⁴⁻⁶ Buna karşılık gelişmiş ülkelere göre Türkiye’de

kullanma oranlarının daha düşük olduğu görülmektedir.^{21,22}

Çalışmamızda öğrencilerde en az bir kez uyuşturucu madde kullanmayı deneme %9.6, halen kullanan %1.8 olarak saptanmıştır. Gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında çalışmamızda elde ettiğimiz uyuşturucu madde kullanım yaygınlığı düşüktür.^{23,24} Türkiye’de değişik bölgelerde yapılan çalışmalarda üniversite öğrencilerinde ve ergenlerde bildirilen uyuşturucu madde kullanım oranlarından ise bir miktar daha yüksek olduğu gözlenmektedir.^{15,25,26}

Çalışmamızda öğrencilerin yaklaşık üçte biri sigarayı ve alkölü 18 yaş ve üzerinde denemiştir. Bu bulgu sigara ve alkol deneyenlerin sayısına, üniversite döneminde de ciddi eklenmeler olduğunu göstermesi bakımından önemlidir. Üniversite öğrencilerinin aile kontrolünden uzak olmaları ve alkol ve sigara kullanımının kendilerini yetişkin gibi hissettirerek özgürleştirdiğini düşünmeleri, yaşanan sıkıntı ya da kaygı karşısında alkol ve sigara kullanmayı daha çekici ve kolay bir yol haline getirebilir. Bu bulgular bize sigara ve alkol içmeyi önleme çalışmalarının sadece ilköğretim ve liselerde değil, üniversite öğrencilerine yönelik olarak da sürdürülmesi gerektiğini göstermektedir.⁸

Çalışmamızda yaşam boyu sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımının erkeklerde kızlardan fazla olduğu saptanmıştır Bu sonuç, Türkiye’de ve dünyada üniversite öğrencileriyle yapılan diğer çalışmalarda bulgularla benzerdir.^{4,5,26-28} Madde kullanımının kadınlar arasında daha az görüldüğü bilinmektedir. Cinsiyete göre bu farklılıklar sosyokültürel bağlamda değerlendirilebilir. Doğu toplumu değerlerini paylaşan ülkelerde kadının sosyal ve ekonomik hayata katılımının düşük düzeydedir. Literatürde her ne kadar Türk toplumu değişmekte ve batılılaşmakta olsa da muhafazakar yapının halen etkinliğini koruduğu ve bu yüzden, Türkiye’deki sosyal yapının kadınların sigara ve alkol kullanmasına karşı olduğu, erkeklerin sigara

içmesine ve alkol kullanmasına ise daha fazla tolerans gösterdiği öne sürülmektedir.⁵ Yine bir toplumda kadınlar ne kadar sosyal ve ekonomik hayatta etkin ve ne kadar çok söz sahibi olursa sigara kullanma oranlarının da o kadar arttığı bildirilmektedir.²⁹

Benlik saygısı ile madde kullanımı arasında bir ilişki olduğu daha önce yapılan bazı çalışmalarda vurgulanmıştır.^{30,31} Buna karşın bizim çalışmamızda olduğu gibi ilişki bulunamayan çalışmalar da vardır.^{32,33} Bizim çalışmamızda her üç madde kullanımı ile benlik saygısı ve özgüven puanları arasında herhangi bir ilişki bulunmadı. Çalışmaların sonuçları bu açıdan benzer değildir.

Ergenlerde madde kullanımı ile en sık bir arada görülen rahatsızlık olarak depresyon üzerinde durulmaktadır. Depresyonu, anksiyete bozuklukları ve diğer psikiyatrik rahatsızlıklar izlemektedir.¹³ Madde kullanımı ile yüksek kaygı düzeyi ve anksiyete bozukluğu birlikteliği sıktır. Aralarında iki yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Madde kullanımı kaygı düzeyini yükseltebilir ve anksiyete bozukluğunu tetikleyebilir.³⁴ Ya da yüksek kaygı düzeyi ve anksiyete bozuklukları madde kullanımına başlama riskini arttırabilir.^{32,35} Ergenlerde madde bağımlılığı aile yapısıyla da yakından ilişkilidir. Aile içi çatışmalar, sorunlar, aile bağlarının zayıf oluşu, aile içinde sosyal desteğin az oluşu madde kullanımı için önemli risk faktörleridir.¹³ Bizim çalışmamızda da yüksek kaygı düzeyi ve düşük sosyal desteğin özellikle uçucu madde kullanım riskini arttırdığı gözlenmiştir.

Fiziksel ve/veya cinsel istismar madde kullanımı için önemli risk faktörleridir.¹³Yapılan çalışmalarda, istismar yaşantısı bulunan kişilerin, bu yaşantının getirdiği birtakım psikolojik sorunların etkisiyle veya bu sorunlarla bir baş etme yolu olarak madde kullanımına yönelebildiği ifade edilmektedir.³⁶ Bizim çalışmamızda da şiddete maruz kalma ile sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımının birlikte görülme olasılığı

önemli bulundu. Burada da madde kullanımı şiddet için bir neden olabilecek iken tersi de geçerlidir.

Şiddete maruz kalan kişilerde özgüvenin ve algılanan sosyal desteğin daha düşük, sürekli kaygı düzeylerinin ise daha yüksek olması beklenen bir sonuçtur.^{37,38} Bu çalışmada da hayat boyu şiddete uğrayanların özgüven ve sosyal destek skorları düşük, sürekli kaygı puanları yüksek bulunmuştur. Öte yandan şiddete maruz kalma ile özsaygı arasında herhangi bir ilişki gözlenmemiştir. Şiddet kullanımı ile öz güven, öz saygı, sosyal destek ve anksiyete arasında da bir ilişki bulunamamıştır.

Çalışmamızda babanın veya kardeşlerden birinin sigara ve alkol içmesi gençlerde sigara ve alkol içimini arttıran bir faktör olarak saptandı. Yine yakın akrabalarında uyuşturucu madde kullanan birisinin bulunmasının uyuşturucu madde kullanma riskini artırdığı belirlendi. Gençlik çağı, gençlerin yaşadıkları toplum ve ortamdan, özdeşim örneklerinden, sosyokültürel değer yargılarından en çok etkilendiği, öğrenmede model almanın önemli rol oynadığı bir dönemdir.

Bu süreçte genç olumlu-olumsuz tüm tutum ve davranışlardan etkilenir.³⁹ Bu dönemde madde kullanımına başlanmasında, aile bireyleri ve yakın arkadaş çevresi etkisinin önemli olduğunu bildiren birçok yayın bulunmaktadır.^{4,8,40,41} Aile içinde bu tür maddelerin kullanılması kendilerini örnek alan gençlerin bu maddelere yönelimlerini arttırdığı bilinmektedir.

Yapılan çoğu araştırmalarda da gençlerin içinde bulunduğu sosyal çevrenin, evdeki ve yakın çevredeki içicilerin madde kullanımına teşvik ettiği saptanmıştır.^{4,8}

Sonuç olarak, çalışmamızda üniversite öğrencilerinde sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı yaygındır ve üniversitede sigaraya başlayanlar da önemli sayıdadır. Bulgularımız madde kullanımı ile şiddete uğrama, yüksek sürekli kaygı ve düşük algılanan sosyal destek arasında bir

ilişki olduğunu göstermektedir. Ailedeki bireylerin ve yakın çevredeki kişilerin madde kullanıyor olmalarının madde kullanma açısından risk oluşturduğu görülmektedir.

Madde kullanımı açısından üniversite öğrencileri riskli grup olarak görülmeli ve bunları önlemeye dönük çalışmalar yapılmalıdır. Öncelikle üniversitelerde madde kullanımını önlemeye dönük politikalar geliştirilmelidir. Üniversite öğrencilerinde stresin ve şiddetin azaltılmasına ve yaşam becerilerinin geliştirilmesine dönük programlar sunulabilir. Üniversitelerin mediko-sosyal merkezleri sadece tedavi edici sağlık hizmetleri değil aynı zamanda koruyucu ve önleyici hizmetleri de sunan bir yapıya dönüştürülebilir.

Kaynaklar

- 1- İnandı T, Özer C, Akdemir A, Akoğlu S, Babayigit C, Turhan E, Sangün Ö. Violence, Psychological Features, and Substance Use in High School Students in Hatay: a Cross-sectional Study. *Trakya Univ Tıp Fak Derg* 2009;26(3):189-196.
- 2- Yalçın M, Eşsizoglu A, Akkoç H, Yaşan A, Gürgeç F. Dicle Üniversitesi Öğrencilerinde Madde Kullanımını Belirleyen Risk Faktörleri. *Klinik Psikiyatri* 2009;12:125-133.
- 3- Ögel K. Madde kullanım bozuklukları epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri* 2005; 1:61-64.
- 4- Tanrıku AÇ, Çarman KB, Palancı Y, Çetin D, Karaca M. Kars İl Merkezinde Çeşitli Üniversite Öğrencileri Arasında Sigara Kullanım Sıklığı ve Risk Faktörleri. *Tur Toraks Der* 2009;11:101-106.
- 5- Altındağ A, Yanık M, Yengil E, Karazeybek AH. Şanlıurfa'da üniversite öğrencilerinde madde kullanımı. *Bağımlılık Dergisi* 2005; 6: 60-64.

- 6- Bertan M, Özcebe H, Haznedaroğlu D, Kırçalıoğlu N, Bülbül SH. The knowledge of adolescent period and the lifestyle of the first year students in universities. 29th UMEMPS Congress Union of Middle Eastern and Mediterranean Pediatric Societies, Hilton Convention Center, September 14-17, 2005. 55-56.
- 7- Şimşek Z, Koruk İ, Altındağ A. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Fen-Edebiyat Fakültesi Birinci Sınıf Öğrencilerinin Riskli Sağlık Davranışları. *Toplum Hekimliği Bülteni*. 2007;26(3): 19-24.
- 8- Akfert SK, Çakıcı E, Çakıcı M. Üniversite öğrencilerinde sigara-alkol kullanımı ve aile sorunları ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009; 10:40-47.
- 9- Çamur D, Üner S, Çilingiroğlu N, Özcebe H. Bir Üniversitenin Bazı Fakülte ve Yüksek Okullarında Okuyan Gençlerde Bazı Risk Alma Davranışları. *Toplum Hekimliği Bülteni*. 2007;26(3): 32-38.
- 10- <http://www.euro.who.int/document/e81703.pdf> Promoting the health of young people in Custody Pg. 7. Erişim tarihi: 23.12.2010.
- 11- Lanier C.A., Nicholson T., Duncan D.; "Drug use and mental well being among a sample of undergraduate and graduate college students", *J Drug Educ* 2001; 31(3):239-248.
- 12- Herken H, Bodur S, Kara F. Üniversite Öğrencisi Kızlarda Madde Kullanımı İle Kişilik ve Ruhsal Belirti İlişkisi. *Klinik Psikiyatri*; 2000;3:40-45
- 13- Ercan O, Alikasıfoğlu M. Ergenlerde madde kullanımı. *Türk Pediatri Arşivi*. 2002; 37: 66-73
- 14- Alikasıfoğlu M. Madde kullanımı risk faktörleri ve koruyucu faktörler. *Adolesan Sağlığı Sempozyum Dizisi* 2005; 43:73-83.
- 15- Richter SS, Brown SA, Mott MA. The impact of social support and self-esteem on adolescent substance abuse treatment outcome. *J Subst Abuse* 1991;3:371-85.

- 25- Akvardar Y, Aslan B, Ekici BZ, Ögün E, Simsek T. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem II öğrencilerinde sigara, alkol, madde kullanımı. Bağımlılık Dergisi 2001;2:49-52.
- 26- Görgün S, Tiryaki A, Topbaş M. Üniversite öğrencilerinde madde kullanma ve anne babaya bağlanma biçimleri. Anadolu Psikiyatri Derg 2010; 11:305-312
- 27- Ahmadi J, Yazfandar F. Substance use among Iranian university students. Int J Drug Policy 2002; 13: 507-508.
- 28- Martinez JM, Del Rio MDC, Lopez N, Alvarez J. Illegal drug-using trends among students in a Spanish University in the last decade 1984-1994. Subst Use Misuse 1999, 34:1281-1297.
- 29- Herken H, Özkan İ, Kaya N, Turan M, Aşkın R. Gençlerdeki sigara kullanma davranışında anne baba tutumunun ve sosyo-kültürel düzeyin etkisi. <http://www.aile.selcuk.edu.tr/text/makale2.pdf>
- 30- Commerci GD, Schwebel R. Substance abuse: An overview. Adolesc Med State Art Rev 2000; 11:79-101.
- 31- Kawabata T, Cross D, Nishioka N, et al. Relationship between self-esteem and smoking behavior among Japanese early adolescents: initial results from a threeyear study. J Sch Health 1999; 69:280- 284.
- 32- Özbay H, Şahin N, Hıncal G, Öztürk E, Güngör S, Aktaş A, Aybaş M, Göka E. Ergenlerde sigara, alkol ve madde kullanımının benlik imajı, depresyon ve anksiyete ölçümleri ile ilişkileri. Düşünen Adam 1991;4:53-58.
- 33- Glendinning A, Inglis D. Smoking behaviour in youth: the problem of low self-esteem? J Adolesc 1999; 22:673-682.
- 34- Yazıcı H, Ak İ. Üniversite öğrencilerinde depresif belirtiler, kişisel sağlık davranışları ve sigara içme. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008; 9:224-231.
- 35- Saltık A, Yılmaz T, Yorulmaz F, Spor Y. Edirne merkezinde 5100 orta-lise öğrencisinde sigara içme davranışı ve Spielberger Testi ile ölçülen kaygı düzeyinin incelenmesi. Ege Tıp Dergisi 1992;31:53-9.
- 36- Brems C, Namyniuk L. The relationship of childhood abuse history and substance use in Alaska sample. Substance Use and Misuse 2002;7(1): 34- 37.
- 37- Graves KN, Fernandez ME, Shelton TL, Frabutt JM, Williford AP. Risk and protective factors associated with alcohol, cigarette, and marijuana use during adolescence. Journal of Youth and Adolescence 2005;34:379-387.
- 38- Wills TA, Yaeger AM. Family factors and adolescent substance use: models and mechanisms. Curr Dir Psychol Sci 2003;12:222-226.
- 39- Herken H, Özkan İ, Çilli AS, Telcioğlu M, Kucur R. Sigara kullanma davranışında sosyal öğrenmenin etkisi. Bağımlılık Dergisi, 2000; 1(1): 38-42.
- 40- Buller DB, Borland R, Woodal WG et al. Understanding factors that influence smoking uptake. Tob Control 2003;12(Suppl 4):16-25.
- 41- Piko BF, Luszczynska A, Gibbons FX, Tekozel M. A culture-based study of personal and social influences of adolescent smoking. Eur J Public Health 2005;15:393-398.

Derleme

Küresel, Çok Ülkelili Çocukluk dönemi kasıtsız yaralanmaları surveyans çalışması

M. Soner Yılmaz ^a, Birgül Piyal ^b

Özet

Dünya Sağlık Örgütü ve Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu’nun bir raporuna (2008) göre, her gün 2000’den fazla çocuk, kasıtsız ya da kaza ile yaralanmalar sonucu ölmekte ve dünya genelinde her yıl milyonlarca çocuk genellikle kendilerini yaşam boyu engelli bırakacak kaza ve yaralanmalar dolayısıyla hastaneye kaldırılmaktadır. Çocuk Yaralanmalarının Önlenmesi Dünya Raporu; Çocukluk döneminde meydana gelen kazalarla ilgili kapsamlı, ilk küresel değerlendirme niteliğindeki rapor olup, bu tür yaralanmaların önlenmesinin yollarına da atıfta bulunmaktadır. Raporda ulaşılan sonuca göre, her yerde etkisi kanıtlanmış önlemlere başvurulması halinde, her gün en az 1000 çocuğun yaşamı kurtarılabilir. Bu derleme ile özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde önemli bir yük oluşturan çocukluk dönemi kasıtsız yaralanmalarına yönelik öncül çalışmaların özetlenmesi amaçlanmaktadır.

Anahtar kelimeler: Çocuk yaralanmaları, çocukluk dönemi kasıtsız yaralanmalar, çocukluk dönemi kazaları

A global survey of unintentional childhood jury

Abstract

More than 2000 children die every day as a result of unintentional or accidental injuries. Worldwide every year tens of millions more are taken to hospitals with injuries that often leave them with lifelong disabilities, according to a report by World Health Organization (WHO) and the United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). The World report on child injury prevention provides the first comprehensive global assessment of unintentional childhood injuries and prescribes measures to prevent them. It concludes that if proven prevention measures were adopted everywhere at least 1000 children’s lives could be saved every day. The purpose of the gathering reported here is to summarize leading studies related to unintentional injuries of childhood that cause a great burden especially in middle and low income countries.

Keywords: Child injuries, unintentional injuries of childhood, accidents of childhood

^a Araş. Gör. Dr. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

^b Doç. Dr. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Sorumlu Yazar: M. Soner Yılmaz, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Münzeviler Sokak No:1, 06690 Akdere Ankara/Türkiye. İş Tlf: 0 312 363 8990 / 146, Cep Tlf: 0505 944 76 21, E-posta: m.soneryilmaz@hotmail.com

Giriş

Yaralanma nedir?

Yaralanma; “insan bedeni aniden fizyolojik tolerans eşik değerini aşan düzeyde bir enerjiyle karşılaştığında ya da oksijen gibi bir ya da daha çok yaşamsal öğenin yokluğu sonucunda oluşan fiziksel bir hasar” olarak tanımlanmıştır.¹

Çocuk kimdir?

Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi çocuğu; “18 yaşın altındaki bütün insanlar çocuktur”.² şeklinde tanımlamıştır. Oysa çocukluğa ilişkin daha farklı kavramlar da vardır. “Çocukluk” sınırları zamana ve mekana göre değişen ve yaralanmalara karşı korunmasız olunan bir toplumsal yapılanmadır.^{3,4} Bir ülkede 10 yaşındaki birisi ekonomik ve ev içi sorumluluklara karşı korunabilir, başka bir ülkede bu görevler norm olabilir ve hem aile hem de çocuk için yararlı kabul edilebilir.⁵ Dolayısıyla, çocukluk ve gelişimsel dönemler yaş, cinsiyet, aile ve toplumsal durum, okul, iş ve kültürle sarmalanmıştır.^{5,6} Katı bir şekilde ölçüleceği yerde, kapsam, kültür ve yeterliliklerle ele alınmalıdır.⁷

Çocukluk Dönemi Yaralanmaları neden önemlidir?

Yaralanmalar, küresel ölçekte 60 yaş ve üzeri bireyler dışında tüm yaş grupları için temel sakatlık ve ölüm nedenidir. Trafik kazası yaralanmaları, kendi kendini yaralama, kişiler arası şiddet, savaş yaralanmaları, boğulmalar, zehirlenmeler ve yangınlar sonucu yaralanmalar 15-29 yaş grubunda 10 temel ölüm nedeni içindedir.⁸

Önemli bir halk sağlığı ve gelişme sorunu olan çocuk yaralanmaları, çocuklar ve genç erişkinler arasında önde gelen ölüm nedenlerindendir.^{9,10} Dünya’da her yıl, 18 yaş ve altı 875.000’inden fazla çocuk ve genç erişkin yaralanmalar sonucu ölmekte, 15 yaş ve altı çocukluk sakatlıklarının %13’ü

yaralanmalar sonucu meydana gelmektedir. Kasıtsız yaralanmalar 9 yaştan sonraki çocuk ölümlerinin başlıca nedenini oluşturmakta ve bunun büyük yükünü, düşük ve orta gelirli ülkeler (DOGÜ) üstlenmektedir. Bu ülkelerdeki nüfus yapısı çocukluk dönemi yaralanmalarını sorunlu hale getirmektedir.^{9,11,12} Dünya’daki 5 yaş altı çocuk nüfusunun 2005 yılında %23’ü (141 milyon çocuk) Afrika’da yaşarken yalnızca %10’u Yüksek Gelirli Ülkelerde (YGÜ) yaşamaktadır.¹³ Daha yoksul ailelerdeki ve topluluklardaki çocuklar söz konusu olduğunda, yaralanma riski daha yüksektir; çünkü bu çocukların önleyici programlardan ve nitelikli sağlık hizmetlerinden yararlanabilme olanakları da sınırlıdır.^{9,11-13}

Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu’nun (UNICEF) bir raporuna göre; çocukluk dönemi yaralanmaları, 1970 ve 1995 yılları arasında YGÜ’de %50 oranında azalma göstermiştir. Ne yazık ki, düşük gelir düzeyli ülkelerden (DGÜ) gelen farklı raporlar tam tersi bir eğilime işaret etmektedir.¹⁴⁻¹⁷

Çocuk Yaralanmalarının Önlenmesi Dünya Raporu, yaralanma sonucu ölümlerin en başta gelen beş nedenini şöyle sıralamaktadır:⁹

1. Trafik kazaları: Bu kazalar nedeniyle her yıl 260 bin çocuk ölmekte, 10 milyon kadar çocuk da yaralanmaktadır. Trafik kazaları 10-19 yaş grubundaki çocuklar arasında başlıca ölüm ve sakat kalma nedenidir.
2. Suda Boğulmalar: Her yıl 175.000’den fazla çocuk ölmekte, 3 milyon kadar çocuk suda boğulma tehlikesi atlatmaktadır.
3. Yanıklar: Yanıklar nedeniyle her yıl yaklaşık 96.000 çocuk ölmektedir. Yanıklar sonucu ölüm oranı düşük ve orta gelirli ülkelerde (DOGÜ), YGÜ’e göre 11 kat daha fazladır.

4. Düşmeler: Her yıl düşmeler sonucunda 47.000 çocuk ölmekte, yüz binlercesi de aynı nedenden dolayı farklı ağırlık düzeylerinde yaralanmaktadır.
5. Zehirlenme: Her yıl kaza ile zehirlenmeler nedeniyle, 45.000’den fazla çocuk ölmektedir.

Sürveyans nedir?

Sürveyans; sağlıkla ilgili olayların izlenmesi amacıyla, “sürekli ve sistematik olarak veri toplanması, analizi, yorumlanması ve konuyla ilgili kişilerin kullanımı için dağıtılması” olarak tanımlanır.¹⁸

Günümüzde ülkeler genelinde uygulanan sürveyans çalışmalarının değişik amaçları şunlar olabilir:¹⁸

1. Hastalık(lar)ın toplumdaki insidans ve prevelansını takip etmek, topluma olan yükünü belirlemek ve yüksek risk taşıyan kişi(ler) ve özelliklerini tanımlamak,
2. Hastalıkların etyolojisi tam tanımlanmasa dahi, ulaşılan bilgiler ışığında, sağlıklı bireylerin korunması için etyoloji, bulaşma yolları hakkında önlemler almak,
3. Hastalıkların toplumdaki sıklık ve dağılımını sürekli izleyerek ve zaman içindeki değişimleri inceleyerek, salgınları zamanında saptamak,
4. Çalışılan hastalığın özelliklerini (süresi, şiddeti, tanı yöntemi, tedavisi, sonucu vb.) belirlemek,
5. Hastalıkların toplumdaki sıklık ve dağılımını saptamak,
6. Yapılan müdahalelerin etkinlik, işlerlik, kısıtlılıklarını sürveyans sistemi yoluyla izlemek.

İyi bir sürveyans sisteminde, öncelikle hedef toplum ve ilgilenilen hastalık ya da durumun objektif, açık, standart bir tanımı yapılmalı, verilerin toplanmasına gösterilen özen, analiz ve bilginin dağıtılmasında da gösterilmelidir. Bilgilerin kullanımında kişi mahremiyeti

korunmalı ve bilgiler amaçları dışında kullanılmamalıdır.¹⁸

Toplumlarda sık görülen ve/veya önem taşıyan sorunlar için etkin çalışan, nitelikli sürveyans sistemlerinin kurulması halk sağlığı çalışmaları açısından büyük önem taşır. Bu şekilde risk grupları belirlenebilecek, erken dönemde korunma ve eğitim etkinlikleri uygulanabilecek, erken tedavi ile sekonder (ikincil) korunma yapılabilecektir. Halk sağlığı çalışmaları, sürveyans sistemlerinin özelliklerini bilmeli, sistem içinde aktif rol oynayabilmeli ve sürveyans tabanlı verilerin halk sağlığı politikaları oluşturmada kaynak olarak kullanabilmelidir.¹⁸

Bir sürveyans sisteminin değerlendirilmesinde kullanılan ölçütler aşağıdaki nitelikleri taşımalıdır;¹⁹

- *Basit olması:* Sistemi kullanan herkes tarafından kolay olarak uygulanabilmeli,
- *Esnek olabilmesi:* Yeni veri gerektiğinde çok az değişiklik yapılarak geliştirilebilmeli/ sistem içinde hata verdiğinde değişikliğe izin verebilmeli,
- *Veri kalitesi:* Sistemden elde edilen veri, programın amaç ve hedeflerine uygun olmalı, doğru, tam ve eksiksiz olmalı,
- *Kabul edilebilirliği:* Toplum ve sistemde çalışanların kültür ve değerlerine uygun bir şekilde düzenlenmeli,
- *Hassasiyeti:* Toplum içinde olguları yakalama gücü yüksek olmalı,
- *Pozitif prediktif değeri:* Sistemin olgu olarak tanımladıkları gerçek olgu olmalı,
- *Temsil edebilirliği:* Sistemde toplanan veri toplumdaki olguları temsil etmeli,
- *Zamana uyumu:* Verinin toplanması, analiz ve yorumlanması güncel olmalı,
- *Sürdürülebilirliği:* Sürveyans sistemi veri toplama, analiz ve raporlama aşamaları hizmet içinde sürdürülebilmeli, yönetici ve çalışanlar tarafından gerçekleştirilebilmelidir.

Bu derlemede, konunun ülkemizin halk sağlığı gündemine girmesi açısından katkı yaratacağı amacıyla, özellikle DOGÜ’de

önemli bir halk sağlığı sorunu olan, çocukluk dönemi kasıtsız yaralanmalarına ilişkin, öncül çalışmalardan bir özet sunulmaktadır.

Yöntem

Düşük ve orta gelirli ülkelere (DOGÜ) ait standardize edilmiş veri eksikliği ve çoklu ülke çalışma yetersizliği nedeniyle Ocak 2007’de, küresel çok ülkeli çocukluk dönemi kasıtsız yaralanma sürveyans projesi (KÇDKYS) olarak başlatılan çalışma, standardize edilmiş protokol üzerinde birçok ülkedeki hastane verilerinin irdelenmesi ile yaşama geçirilmiştir. Çalışmanın amacı; bir pilot sürveyans sistemi aracılığıyla DOGÜ’deki kentsel yerleşimlerde çocukluk dönemi yaralanmalarının sıklık ve doğasını belirlemektir. Yapılan bu pilot çalışma ile 4 bölgeyi içeren izlem çalışmasının ilk aşaması süresince, bu bölgelerden toplanan verilerle, çocuk yaralanmalarına müdahalelerin planlaması için kanıta dayalı bilgi birikimi sağlanmıştır. Çalışmanın özelliği; DOGÜ’deki, çok bölgeli, acil servis çocuk yaralanması verilerinin standart bir şekilde bir araya getirildiği ilk çalışma olmasıdır.¹³

Küresel çok ülkeli çocukluk dönemi kasıtsız yaralanma sürveyans çalışması; Kolombiya’da Bogota; Bangladeş’te Dhaka; Mısır’da Ismailia; ve Pakistan’da Karachi kentlerinin acil servislerindeki, her iki cinsten 12 yaş altı çocuklardaki uygulamalara odaklanmaktadır. Veri toplama çalışmaları 2007 yılında her hastanede 3-4 ay sürdürülmüştür. Çalışmaya katılabilmek için Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) 6 bölgesinden birinde olmak, Baltimore’daki John Hopkins Bloomberg Halk Sağlığı Okulu (JHBSPH) ile yürütülmekte olan ortak çalışmalara katılmak ve bu çalışma için istekli olmak gerekmektedir. Çalışma kapsamına; başkalarının yol açtığı kasıtlı yaralanmalar (bıçakla ya da ateşli silahla yaralanmalar, diğer fiziksel şiddet ya da cinsel istismar), kendine yönelik şiddet, ilaç ya da alkolle ilişkili yaralanmalar, 12 yaş üstü çocuklar ile

ailesi ve yasal bakıcısı olmayan çocuklar ve hastanelere yaralanmamış olarak getirilen çocuklar alınmamıştır. Bu sürveyans sistemindeki formun doldurulmasına yardım edenler, çocuk ile acil servise birlikte gelen refakatçisi iken, çözümleme birimi ise yaralanan çocuktur.

Çalışma bölgelerinin tümünde, pilot izlem sistemi kurulmuş ve hastanelerden olguları John Hopkins Bloomberg Halk Sağlığı Okulu (JHBSPH) çalışma eşgüdüm merkezine bildirmeleri istenmiştir. JHBSPH çalışma takımının bir üyesi, her bir ülkeyi ziyaret ederek, yerel çalışma ortaklarına, sürveyans sistemi konusunda eğitim vermiştir. Ek olarak her çalışma bölgesinden ilk 50 olgu’nun nitel değerlendirmesi yapılmış, her ülkenin verileri Epi Info 3.3.2 çevriminde kaydedilmiş, sonradan bir veri havuzuna aktarılmıştır. Ayıklanan, hataları gözden geçirilen veriler, STATA 7 ile çözümlenmiştir. Kasıtsız yaralanmaların belirleyicilerine ilişkin daha geniş bir bakış sağlayabilmek açısından; yaralanma şekli, yaş, cinsiyet ve yaralanma zamanına ilişkin çaprazlamalar yapılmıştır.

Dört ülkenin verilerinden, yaralanma yükünü görülme sıklıkları ile tanımlamak için veri havuzu oluşturulmuştur. Çocuk yaralanmalarıyla, yaralanmaya neden olan değişik etmenler arasındaki ilişki incelenmiş ve her çocuğa acil serviste yapılan ilk müdahalenin sonucuna ilişkin bilgiler verilmiştir.

Bulgular

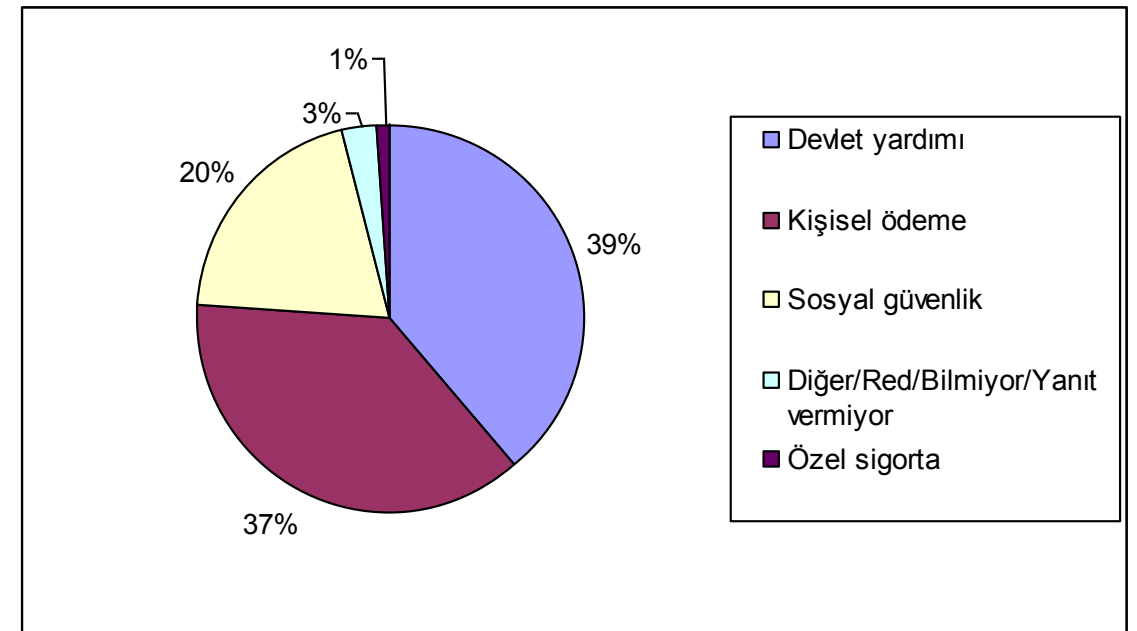
KÇDKYS çalışmasındaki örnekler, gelişmekte olan dört ülkenin kent merkezindeki hastanelerin acil servisinde karşılaşılan 12 yaş ve altı 1559 çocuğu kapsamaktadır. Bu olguların, %32’si Mısır, %28’i Pakistan, %25’i Bangladeş ve %15’i Kolombiya’dan bildirilmiştir.¹³ KÇDKYS çalışmasındaki dört bölgede de, yaralanma tipleri oldukça benzerlik göstermekte, ağırlıklı olarak düşmeler (%56), ardından karayolu trafik kazaları (%22) ve yanıklar (%13) gelmektedir. Bütün yaralanma tiplerinde, katılımcılar (1382) tedavi masraflarını devlet güvencesi ile ya da kendi

olanakları ile karşılamıştır. Çok küçük bir kısmı (%1) acil servis masraflarını özel sigortalar ile karşıladıklarını belirtmiştir (Şekil. 1).

KÇDKYS çalışmasındaki yaralı çocukların büyük çoğunluğu tedavi edilip taburcu edilmiş; yalnız üçte birlik bir kısmının hastaneye yatışı yapılmıştır. Toplam 71 çocuk; acil ameliyata alınmış, acil serviste ölmüş veya başka bir merkeze sevkine gerek duyulmuştur. Taburcu edilen çocuklardan 552’sinin (%36) kısa süreli engelliliği (6 haftadan az), 163’ünün (%11)

uzun dönem engelliliği ve 31’nin (%2) kalıcı engelliliği olacağı öngörülmüştür. Bütün çalışma bölgelerinde ve yaralanma tiplerinde yaralanma ağırlık skoru (Injury Severity Score=ISSs) düşük bulunmuştur (ortanca, 4; ortalama, 7).

KÇDKYS çalışmasındaki yaralı çocuklar, acil servislere, taksi (%33) veya özel araçlar ile (%28) ulaştırılmıştır; yaralı çocukların acil servislere getiren refakatçileri, babaları (%46) veya anneleri (%39) olmuştur (Tablo.1).



Şekil 1. Yaralanan çocukların tedavi masraflarının öncelikli karşılanma şekli (n=1382): Bangladeş, Kolombiya, Mısır ve Pakistan’daki 4 kent’te KÇDKYS verileri, 2007.¹³

Trafik kazaları

KÇDKYS çalışmasında, karayolu trafik kazasına karışan 350 çocuğun %39’unun yaya, %19’unun araç yolcusu ve %13’ünün ise motosiklet ya da moped sürücüsü olduğu bildirilmiştir. Karayolu trafik kazasında yaralanan çocukların yalnızca %5’lik diliminin kaza anında kemer takmakta olduğu ya da kask kullandığı rapor edilmiştir. En yüksek uzun süreli engellilik boyutu, karayolu trafik kazası olguları için öngörülmüş (%17) ve 20 çocuk acil

ameliyata alınmıştır. Bütün olgular içinde, en yüksek sayıda acil ameliyata alınma gereksinimi gösteren yaralanma nedenini, karayolu trafik kazaları oluşturmaktadır.

Düşmeler

Düşmeler, trafik kazası kaynaklı yaralanmalara göre, iki kat daha fazla görülmektedir ve acil servise getirilen çocuklar arasında en yaygın yaralanma nedenini oluşturmaktadır (913 vaka, %56). Bu yaralanmalar, genelde merdiven ve basamak (%23) ya da yatak ile diğer ev

eşyalarından (%19) düşmeler şeklinde gerçekleşmiştir. Düşmelerin büyük çoğunluğu, 5 yaş üstü erkeklerde gözlenmiş; ev içinde (%38) ya da oyun sırasında (%75) gerçekleşmiştir. Düşmelere bağlı yaralanmaların en şiddetlileri, açık yaralanmalar ya da kırıklar şeklinde görülmüş ve trafik kazalarına bağlı yaralanmaların tersine düşmelere bağlı yaralanmalar genellikle tedavi edilip taburcu edilmiştir.

Yanık

Yanık nedeniyle getirilen 210 çocuktan, 112'si sıcak sıvılarla, 41'i alevle ve 30'u da elektrikle yaralanmıştır. Her iki cinsten çocuklar benzer şekilde etkilenmiş olup, %52'sinin 5 yaş altında olduğu rapor edilmiştir. Yanıkların çoğu, gündüz çocuklar evde oynarken gerçekleşmişken, yanıklı çocukların hastaneye yatış oranları, diğer tüm yaralanma tiplerinden daha yüksek olmuştur.

Tablo 1. Çocukluk çağı yaralanmaları hakkındaki tanımlayıcı veriler ($n = 1559$). Bangladeş, Kolombiya, Mısır ve Pakistan'daki 4 kentte KÇDKYS verileri, 2007.¹³

	KTK*		Düşme		Yanık		Zehirlenme		Suda Boğulma		Toplam	
	n	%**	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Çocuğun hastaneye ulaştırılma şekli												
Özel araç	86	24.6	263	28.9	44	20.9	27	40.9	11	55.0	431	27.6
Ambulans	107	30.6	110	12.0	33	15.7	9	13.6	1	5.0	260	16.7
Motosiklet	17	4.9	26	2.8	1	0.5	4	6.1	1	5.0	49	3.1
Bisiklet	3	0.8	3	0.3	1	0.5	(-)	(-)	(-)	(-)	7	0.4
Yaya	31	8.8	123	13.5	18	8.6	7	10.6	2	10.0	181	11.6
Taksi	80	22.9	303	33.2	109	51.9	10	15.2	5	25.0	507	32.6
Diğer	26	7.4	85	9.3	4	1.9	9	13.6	(-)	(-)	124	8.0
Çocuğu hastaneye getiren kişi												
Anne	111	31.7	376	41.2	78	37.1	35	53.0	6	30.0	606	38.9
Baba	159	45.4	412	45.1	108	51.4	25	37.9	9	45.0	713	45.7
Diğer aile bireyleri	51	14.6	92	10.1	22	10.5	6	9.1	5	25.0	176	11.3
Arkadaş/Öğretmen	7	2.0	21	2.3	2	1.0	(-)	(-)	(-)	(-)	30	1.9
Diğer	22	6.3	12	1.3	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	34	2.2

*KTK: Karayolu Trafik Kazası, **Sütun yüzdesi

Zehirlenme

Kaza ile zehirlenme olgularının en büyük grubunu, 1-4 yaş arası çocuklar (%56) ve bunların çoğunu da erkekler (%65) oluşturmaktadır. Bu çocukların çoğunun ilaç kaynaklı zehirlendiği (%32), bunu temizlik malzemesi kaynaklı zehirlenmelerin (%21) izlediği bildirilmiştir. Zehirlenmeler tipik olarak gündüz vakti, çocuk evde oynarken gerçekleşmiş ve zehirlenmelerin en ciddi ve yaygın sonucu, sistemik organ hasarı (%57) şeklinde görülmüştür. Olgular genel olarak kısmi engelli ya da engelliliği olmadan (%79) evlerine gönderilmişken, ölüm gerçekleşmemiştir. Zehirli maddelerin saklanması ilişkin soruları yanıtlayan 1515 çocuk ana-babasından yalnızca 459'u (%30), evde zehirli maddeleri uygun şekilde sakladığını belirtmiştir.

Suda boğulma

Suda boğulan ya da boğulma tehlikesi geçiren 20 çocuğun, yarısının erkek olduğu ve %55'inin 5 yaş üstünde olduğu saptanmıştır. Yaralanma zamanında, bu çocukların büyük bir kısmının (%85) evlerinin dışında ya da başka bir binada oyun oynamakta olduğu belirlenmiştir. Ana-babaların yarısından azı, çocuklarına yüzerken göz-kulak olduğunu bildirmiş ve suda boğulan ya da boğulma tehlikesi geçiren 20 çocuktan, 2'si acil serviste yaşamını yitirmiş ve bu tüm yaralanma tiplerinden daha yüksek bir orantılı mortalite oranına yol açmıştır (%10).

Tartışma

Küresel çok ülkeli çocukluk dönemi kasıtsız yaralanmaları sürveyans çalışması (KÇDKYS), standardize edilmiş yöntemlere dayalı, çocuklara ilişkin, acil servis (AS) bilgileri temelli, ilk çok uluslu yaralanma sürveyans sistemini tanımlamakta ve sonuçlar, çocukluk dönemi yaralanma yüküne ilişkin öngörü sağlayabilmektedir.¹³

KÇDKYS geliştirilirken ve uygulanırken aşağıdaki dersler çıkarılmıştır:

- Farklı düşük ve orta gelirli ülkelerde (DOGÜ) çocuk yaralanmalarına ait verileri karşılaştırmak için standart veri toplamak temel gereksinimdir;
- DOGÜ'de var olan acil servislerde sağlık kurumu tabanlı yeni veri toplama sistemleri geliştirilebilir ve uygulanabilir;
- Özellik içermedikçe, çocukluk dönemi yaralanmaları, hastanelerin rutin bilgi sistemleri tarafından göz ardı edilmektedir;
- Bazı DOGÜ'de saha araştırmacıları, yaralanma araştırmalarını başarılı olarak geliştirebilecek düzeydedir.

Trafik kazalarında, araç yolcularından çok, yayaların yaralanması, yayaların motorlu taşıtlar ile aynı trafik yolunu kullanmaları nedeniyle savunmasız olduğunu düşündürmektedir. Pakistan'daki bir çalışmada; yayalar ve motosiklet sürücülerinin, yolda yaralanan ve ölenlerin büyük kısmını oluşturduğu ve çocukluk dönemindeki kasıtsız yaralanmaların %80'i ile ölümlerin %67'sinin karayolu trafik kazaları sonucu meydana geldiği gösterilmiştir.^{20,21} Kolombiya'daki bir çalışmada, karayolu trafik kazalarının yarısından fazlasında yaya yaralanması söz konusudur.²² Mısır'daki Port-Said Çalışması'na göre ise, karayolu trafik kazalarının %81'ine yayalar karışmaktadır.²³ KÇDKYS çalışması verileri, aynı zamanda DOGÜ'de karayolu trafik kazalarında ticari araçların sıklıkla rol oynamasına da dikkat çekmektedir ki, çalışmada çocukluk dönemi yaralanmalarının büyük bir kısmında otobüsler, kazalara neden olan başlıca araçlardır.¹³ Başka çalışmalarda da otobüslerin, karayolundaki araçların küçük bir kısmını oluşturdukları halde en çok kaza yapan araç olduğu görülmüştür.^{20,21}

Dünya'nın birçok bölgesinde hastanelerde tedavi edilen çocukluk dönemi

yaralanmaları, esas olarak evde meydana gelen düşmeler sonucu gerçekleşmektedir.²⁴ Ismailia'daki okul çocukları arasında yapılan bir çalışmaya göre düşmeler, yaralanmaların en yaygın nedeni iken, Uganda'daki bir çalışmaya göre düşmeler, 10 yaş altı çocuklarda oluşan ağır yaralanmaların en yaygın nedenidir.^{25,26} İran İslam Cumhuriyeti'ndeki bir çalışmada düşmeler, 1 yaş altı çocuklarda önde gelen ölüm sebeplerindendir.²⁷ Suudi Arabistan'daki çalışmada, çocukların ağız ve yüz yaralanmalarının %60'ından fazlasının nedeni düşmelerdir.²⁸ Trinidad ve Tobago'daki bir acil servis araştırmasına göre, tüm çocuk yaralanmalarının %42'si düşme nedeniyle oluşmaktadır.²⁹ KÇDKYS çalışması gibi diğer çalışmaların ortak bulguları, çocuklarda meydana gelen basamak ve merdiven kaynaklı düşmeler ile yatak ve diğer mobilyalardan düşmelerin önlenmesinde, uyumak ve oyun için daha güvenli mobilya ihtiyacı ve çocukların gözetim gereksinimine işaret etmektedir.^{13,30-32}

Diğer çalışmalar gibi KÇDKYS çalışması da göstermektedir ki; zehirlenmeler erkeklerde kızlardan daha sık görülmekte ve genel anlamda ilaç ve koroziv maddelerden kaynaklanmaktadır.^{13,33} Gelişen dünyada, evlerde sıklıkla saklanan hidrokarbon, alkali, asit maddeler ve yemeklerde kullanılan tıbbi bileşenler, temizlik, haşere kontrolü için ve tarımsal alanda kullanılan malzemeler, uygunsuz koşullarda saklandığında, çocukların bu maddeler ile kaza ile zehirlenmelerine neden olmaktadır.³⁴⁻³⁶ Kasıtsız zehirlenmeler, hızlı tedavi edilmediklerinde ölümcül olabilirler. Yönetim; destekleyici bakımı, uygun antitod temini ve mümkünse maddenin vücuttan uzaklaştırılmasını gerektirmektedir. Tüm bunlar sağlık bakım sistemi ile ilgili önemli gereksinimleri doğurmaktadır.^{36,37}

KÇDKYS çalışmasında, suda boğulma ya da boğulma tehlikesi geçirme erkek ve kız çocuklar arasında eşit boyutta dağılmaktadır. DOĞÜ'de acil servislere düşük oranda suda boğulan ya da boğulma tehlikesi geçiren çocuk getirilmesinin

nedeni, bu çocukların çoğunun sağlık merkezlerine ulaştırılmadan hayatını kaybetmesi olabilir. Yüzme sırasında çocuklara göz-kulak olan ana-baba sayısının azlığı nedeniyle, büyüklerin gözetiminde yüzmelerin artırılması olası bir önlem olabilir.^{13,38}

KÇDKYS çalışmasında yanıklar, 1-4 yaş çocuklar arasında, orantısız bir şekilde dağılmış ve genellikle bu durum hastane yatışını gerektirmiştir. Birçok çalışma, daha büyük yaşlardaki çocukların yemek pişirilirken yanmalar açısından risk altında olduğunu ortaya koyarken, KÇDKYS çalışması, küçük çocukların evde sıcak sıvılar yanında oynarken daha fazla risk altında kaldığını göstermektedir.^{13,39,40} Bangladeş'ten prospektif bir çalışma, annelerin okur-yazar olmaması, çocuklarda önceden var olan sağlık sorunları ve düşük ekonomik düzey ile yanıklar arasında önemli bir ilişki olduğunu göstermektedir.⁴¹ Yanıkların epidemiyolojik incelemesi DOĞÜ'de, düşük anne eğitim düzeyi ve gözetim eksikliği gibi bazı risk etmenlerine dikkat çekmektedir. Bu risk etmenleri de ülkeler arasında farklılıklar gösterebilir.^{13,42}

KÇDKYS çalışmasında, hastaneye yatışı gerektiren ağır yaralanma yükü (%27) daha önceki çalışmalardan (%2-10) daha yüksek bulunmuştur.^{13,43-46} Belki de hafif yaralanması olan çocukların, acil servislere tedavi gereksinimi olmamış olabilir. Ancak KÇDKYS çalışmasında bu olasılığa ilişkin toplum-düzeyi verileri toplanamamıştır.

Ana-babaların, yaralı çocuklarını acil servise götürürken, işten ayrılmaları ya da kendileri yerine bir başkasının çocuklarını acil servise götürmesini sağlamaları durumunda, sosyo-ekonomik bedel çok yüksek olabilmektedir.^{47,48} Evin gelirine katkı sağlayan, daha büyük yaştaki çocukların yaralanması, ekonomik yük bağlamında yıkıcı olabilmektedir. KÇDKYS çalışmasında ailelerin üçte birinden fazlası (%37), sigortalı olmadıkları için, yaralı çocuklarının sağaltım giderlerini kendileri karşılamak zorunda kalmışlar.¹³ Bu tür sağlık harcamaları zor karşılanabilir olup, hane halkını yoksulluğa itebilmektedir.⁴⁹ Diğer %39'luk dilim, sağlık harcamaları için

hükümet ya da diğer sağlık sosyal yardımlaşma programlarını kullanmışlar. Bu da çocukluk çağı yaralanmaları ile baş edebilmenin toplumsal bedelini artırmaktadır.¹³

KÇDKYS gibi sağlık kurumu tabanlı süveyans sistemleri, bütçe ve zaman sınırlanması durumlarında avantajlıdır ancak; sonuçlar tüm nüfusa genellenemez. Çünkü, çocukluk dönemi kasıtsız yaralanmalarında sağlık kurumuna başvuru, bireylerin yaralı çocuklar için tedavi isteme sıklığını ve tedavi kararını etkileyen finansal, sosyal ve kültürel etmenlerle ilişkilidir.^{13,50-52} Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, düşük kullanım hızları nedeniyle, hastane tabanlı veriler, hastalık yükünü olduğundan az yansıtmaktadır. Bu bakımdan KÇDKYS çalışmasının sonuçlarının, yaralanmalar ile meydana gelen toplumsal morbiditeyi göstermesi olanaklı değildir. KÇDKYS çalışması, yalnızca 12 yaş altı çocuklardaki kasıtsız yaralanmalara odaklanmış olup, kasıtlı yaralanmalar ve 12 yaş üstü çocukların yaralanmalarını kapsamamaktadır.¹³

KÇDKYS çalışmasında, kapasitenin geliştirilmesi temel hedefi oluşturmaktadır. Çalışmaya katılan birçok bölge, daha önce hiçbir ortak çalışmaya katılmamış, bazıları daha önce hiç istatistiksel yazılım kullanmamıştır. Bölgelere yapılan ziyaretler, o bölgede çalışanların eğitimi ve veri tabanı yönetimi önemli bulunmuş ve gelecekte de beraber çalışmak isteyen merkezler arası bağlantının ve iyi ilişkilerin kurulmasını sağlamaya yardımcıdır.¹³

Sonuç ve Öneriler

Düşük ve orta gelirli ülkelerde (DOĞÜ) sürdürülmekte olan çocukluk dönemi yaralanmaları süveyans çalışmaları, standart yöntemlerin kullanıldığı, yaralanmaların ve risk etmenlerinin tespiti ile yaralanmaları önleyici girişimlerin sonuçlarını izlemek için gerek duyulan, sınanmış bir stratejidir.^{13,53,54}

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

(UNICEF) tarafından yayınlanan, "Çocuk Yaralanmalarının Önlenmesi Dünya Raporu", etkisi kanıtlanmış önlemlerin verebileceği sonuçları özetlemektedir. Bu önlemler arasında şunlar yer almaktadır;¹

1. Çocuklar için emniyet kemerlerinin ve kaskların yasal olarak zorunlu tutulması,
2. Banyo suyu ısısıyla ilgili düzenlemeler,
3. İlaç şişelerinde ve çakmaklarda çocukların açamayacakları kapaklar bulundurulması,
4. Bisiklet ve motosiklet sürücülerine ayrı güzergâh ayrılması,
5. Küvet ve kovalarda kullanılmayan su bulundurulmaması,
6. Kreşlerde ve çocuk bakım evlerinde mobilyaların, oyuncakların ve oyun yerlerinin güvenli şekilde düzenlenmesi,
7. Acil durum tıbbi bakım ve esenlendirme hizmetlerinin güçlendirilmesi.

Türkiye'de ulusal düzeyde kaba ölüm hızı binde 6,3'tür. Toplamda ölüm hızının binde 0.4'lük bölümünü III.Grup Hastalıklar (kasıtlı ve kasıtsız yaralanmalar) oluşturmaktadır. Ulusal düzeyde yaş gruplarına bakıldığında, kasıtlı ve kasıtsız yaralanmalardan ölümler, en fazla 15-29 yaş grubunda görülmektedir. Ulusal düzeyde ölüm sayılarının temel hastalık grupları ve cinsiyete göre dağılımında yaralanmalar, toplam ölüm nedenlerinde %5.8 oranı ile altıncı sırada yer almaktadır. Kırsal alanda ve doğu bölgesinde kasıtlı ve kasıtsız yaralanmalar altıncı, kentsel ve doğu bölgesi haricindeki bölgelerde beşinci ölüm nedeni olarak görülmektedir.⁵⁵ "Okul Çağı Çocuklarının Sağlık Davranışları Araştırması Türkiye 2006 Raporu" verilerine göre, gençlerin %40'ının son 12 ay içerisinde bir doktor ya da hemşire tarafından tedavi edilmelerini gerektirecek şekilde, en az bir kez yaralandığını belirtmesi sorunun büyüklüğünü göstermesi açısından önemlidir.⁵⁶

Yine kasıtlı ve kasıtsız yaralanmalar, tüm yaş grupları içerisinde en fazla 15-29 yaş grubunda (509,469 DALY) yük

oluşturmaktadır.⁵⁵ Ülkemizde de, diğer DOĞÜ’de olduğu gibi çocukluk dönemi kasıtsız yaralanmalarına ilişkin veriler yetersizdir. Yukarıda paylaşılan kanıtlar ışığında, halk sağlığı bakış açısıyla, ulusal ölçekte kasıtsız çocukluk dönemi yaralanmalarının risk etmenleri olarak;

- Toplumsal düzeyde sağlık-güvenlik eğitiminin yetersiz olması,
- Sağlık-güvenlik bilincinin düşük olması,
- Sorun incelen(e)mediği için gerçek boyutunun, sıklığının bilinmemesi,
- Sorun tanımlan(a)madığı için koruma (temel, birincil, ikincil ve üçüncül) önlemlerinin oluşturulamaması,
- Sorunun gerçek boyutunu saptamaya yönelik, topluma dayalı araştırmaların olmaması, tasarlanmaması,
- Sorunun gerçek boyutunu saptamada yol gösterici olabilecek, standart veri toplama araçlarının olmayışı,
- Gerçek boyutları bilinmemekle birlikte, düşük ve orta gelirli

ülkelerde kasıtsız çocukluk dönemi yaralanmalarının yaygın olması sayılabilir.

DOĞÜ hastanelerinin çocukluk çağı yaralanmaları yükü fazladır ve bu yaralanmaların epidemiyolojik dağılımının belirlenmesi ve risk etmenlerinin anlaşılabilmesi için sistematik bir sürveyansa gerek vardır. Ülkeler arası sürveyans için standardizasyon; ortak sorunların tanımlanmasına ve uluslararası karşılaştırmaların yapılabilmesine olanak verecektir.¹³

Çocukluk dönemi kasıtsız yaralanmaları, risk etmenleri doğru irdelendiğinde, standart bir sürveyans sistemi oluşturulduğunda, temel ve birincil koruma önlemleri alındığında büyük ölçüde önlenabilir ve kontrol edilebilir. Çocukluk dönemi kasıtsız yaralanmalarının izlenmesi ve uygun müdahalelerin belirlenip uygulanabilmesi için sürveyans sistemi, ulusal kayıt sistemi oluşturulması gereklidir. Böylece ciddi ama ilgi çekmeyen bir halk sağlığı sorunu olan kasıtsız çocukluk dönemi yaralanmalarının önlenmesi, prevalanslarının azaltılması yolunda ilerleme sağlanabilecektir.

Kaynaklar

1. Baker SP et al., eds. The injury fact book, 2nd ed. Lexington, MA, Lexington Books, 1992.
2. Convention on the Rights of the Child. New York, NY, United Nations, 1989 (A/RES/44/25) Erişim adresi: <http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/k2crc.htm> Erişim tarihi: 21. 01. 2008.
3. James A, Prout A. Constructing and reconstructing childhood: contemporary issues in the sociological study of childhood. London, Falmer, 1990.
4. Kabeer N, Nambissan GB, Subrahmanian R. Child labour and the right to education in South Asia. New Delhi, Sage, 2003.

5. Lansdown G. The evolving capacities of the child. Florence, UNICEF Innocenti Research Centre, 2005 Erişim adresi: <http://www.unicef.org/publications/pdf/evolving-eng.pdf> Erişim tarihi: 21. 01. 2008.
6. Tamburlini G. Children’s special vulnerability to environmental health hazards: an overview. In: Tamburlini G, von Ehrenstein O, Bertollini R, eds. Children’s health and environment: a review of evidence. Rome, European Environment Agency, World Health Organization Regional Office for Europe, 2002 [Environmental Issue Report 29].
7. Alderson P. Young children’s rights: exploring beliefs, principles and practice. London, Kingsley, 2000.

8. Peden M, McGee K, Krug E. Injury: a leading cause of the global burden of disease 2000. Erişim adresi: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241562323.pdf> World Health Organization, Geneva; 2002. Erişim tarihi: 28.04.2011.
9. World Health Organization, News release, 10 December 2008 | Geneva/Hanoi/New York Preventable injuries kill 2000 children every day Erişim adresi: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr46/en/print.html> Erişim tarihi: 20.06.2010.
10. Krug EG, Sharma GK, Lozano R. The global burden of injuries. Am J Public Health 2000;90: 523-6.
11. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause, 1990-2020: global burden of disease study. Lancet 1997; 349:1498-504.
12. Deen JL, Vos T, Huttly SR, Tulloch J. Injuries and noncommunicable diseases: emerging health problems of children in developing countries. Bull World Health Organ 1999;77:518-24.
13. Global childhood unintentional injury surveillance in four cities in developing countries: a pilot study. Bull World Health Organ 87:5 Geneva May 2009
14. A league table of child deaths by injuries in rich nations (Innocenti Report Card Series, issue no. 2). New York, NY: UNICEF; 2001.
15. Guastello SJ. Injury analysis and prevention in the developing countries. Accid Anal Prev 1999;31:295-6.
16. Hyder AA, Wali S, Fishman S, Schenk E. The burden of unintentional injuries among the under-five population in South Asia. Acta Paediatr 2008; 97:267-75.
17. The world health report 2004: changing history. Geneva: World Health Organization; 2004.
18. Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006 içinde: Çakır

B. :Epidemiyolojide Özelleşmiş Konular 122-124.

19. Pinheiro PS. World Report on Violence Against Children. UN, Geneva, 2006, akt. Özcebe, H. “Çocuk İstismarını ve İhmalini Önleme Kongresi”, 27-30 Eylül 2009, Ankara.
20. Luby S, Hassan I, Jahangir N, Rizvi N, Farooqi M, Ubaid S, et al. Road traffic injuries in Karachi: the disproportionate role of buses and trucks. Southeast Asian J Trop Med Public Health 1997;28:395-8.
21. Razzak JA, Luby SP, Laflamme L, Chotani H. Injuries among children in Karachi, Pakistan-what, where and how. Public Health 2004;118:114-20.
22. Posada J, Ben-Michael E, Herman A, Kahan E, Richter E. Death and injury from motor vehicle crashes in Colombia. Rev Panam Salud Publica 2000;7:88-91.
23. Hassan F, El-Sheikh E. Hospital-based surveillance of trauma in Port-Said. Alexandria Med J 1998;40:629-40.
24. Bangdiwala SI, Anzola-Perez E, Romer CC, Schmidt B, Valdez-Lazo F, Toro J, et al. The incidence of injuries in young people: I. Methodology and results of a collaborative study in Brazil, Chile, Cuba and Venezuela. Int J Epidemiol 1990;19:115-24.
25. El-Sayed H, Hassan F, Gad S, Abdel-Rahman A. Pattern and burden of injuries among school children in Ismailia city, Egypt. Egyptian J Pediatr 2003;20:201-10.
26. Kobusingye O, Guwatudde D, Lett R. Injury patterns in rural and urban Uganda. Inj Prev 2001;7:46-50.
27. Soori H, Naghavi M. Childhood deaths from unintentional injuries in rural areas of Iran. Inj Prev 1998;4:222-4.
28. Lawoyin TO, Lawoyin DO, Lawoyin JO. Factors associated with oro-facial injuries among children in Al-Baha, Saudi Arabia. Afr J Med Med Sci 2002;31:37-40.
29. Kirsch TD, Beaudreau RW, Holder YA, Smith GS. Pediatric injuries presenting to

- an emergency department in a developing country. *Pediatr Emerg Care* 1996;12:411-5.
30. Butchart A, Kruger J, Lekoba R. Perceptions of injury causes and solutions in a Johannesburg township: implications for prevention. *Soc Sci Med* 2000;50:331-44.
31. Tandon JN, Kalra A, Kalra K, Sahu SC, Nigam CB, Qureshi GU. Profile of accidents in children. *Indian Pediatr* 1993;30:765-9.
32. Reichenheim ME, Harpham T. Child accidents and associated risk factors in a Brazilian squatter settlement. *Health Policy Plan* 1989;4:162-7.
33. Fernando R, Fernando DN. Childhood poisoning in Sri Lanka. *Indian J Pediatr* 1997;64:457-60.
34. Lang T, Thuo N, Akech S. Accidental paraffin poisoning in Kenyan children. *Trop Med Int Health* 2008;13:845-7.
35. Konradsen F, Pieris R, Weerasinghe M, van der Hoek W, Eddleston M, Dawson AH. Community uptake of safe storage boxes to reduce selfpoisoning from pesticides in rural Sri Lanka. *BMC Public Health* 2007;7:13.
36. Meyer S, Eddleston M, Bailey B, Desel H, Gottschling S, Gortner L. Unintentional household poisoning in children. *Klin Padiatr* 2007;219:254-70.
37. Eddleston M, Senarathna L, Mohamed F, Buckley N, Juszczak E, Sheriff MH, et al. Deaths due to absence of an affordable antitoxin for plant poisoning. *Lancet* 2003;362:1041-4.
38. Brenner RA. Childhood drowning is a global concern. *BMJ* 2002; 324:1049-50.
39. Poudel-Tandukar K, Nakahara S, Ichikawa M, Poudel KC, Joshi AB, Wakai S. Unintentional injuries among school adolescents in Kathmandu, Nepal: a descriptive study. *Public Health* 2006;120:641-9.
40. Cuenca-Pardo J, de Jesus Alvarez-Diaz C, Compres-Pichardo TA. Related factors in burn children. Epidemiological study of the burn unit at the "Magdalena de las Salinas" Traumatology Hospital. *J Burn Care Res* 2008;29:468-74.
41. Daisy S, Mostaque AK, Bari TS, Khan AR, Karim S, Quamruzzaman Q. Socioeconomic and cultural influence in the causation of burns in the urban children of Bangladesh. *J Burn Care Rehabil* 2001;22:269-73.
42. Forjuoh SN. Burns in low- and middle-income countries: a review of available literature on descriptive epidemiology, risk factors, treatment, and prevention. *Burns* 2006;32:529-37.
43. Yamamoto LG, Wiebe RA, Matthews WJ Jr. A one-year prospective ED cohort of pediatric trauma. *Pediatr Emerg Care* 1991;7:267-74.
44. Bienefeld M, Pickett W, Carr PA. A descriptive study of childhood injuries in Kingston, Ontario, using data from a computerized injury surveillance system. *Chronic Dis Can* 1996;17:21-7.
45. Bener A, Al-Salman KM, Pugh RN. Injury mortality and morbidity among children in the United Arab Emirates. *Eur J Epidemiol* 1998;14:175-8.
46. Sturms LM, van der Sluis CK, Groothoff JW, Duis HJt, Eisma WH. Characteristics of injured children attending the emergency department: patients potentially in need of rehabilitation. *Clin Rehabil* 2002;16:46-54.
47. Spiegel DA, Gosselin RA, Coughlin RR, Joshipura M, Browner BD, Dormans JP. The burden of musculoskeletal injury in low and middle-income countries: challenges and opportunities. *J Bone Joint Surg Am* 2008;90:915-23.
48. Gurses D, Sarioglu-Buke A, Baskan M, Kilic I. Cost factors in pediatric trauma. *Can J Surg* 2003;46:441-5.
49. Aeron-Thomas A, Jacobs G, Sexton B, Gururaj G, Rahman F. The involvement and impact of road crashes on the poor: Bangladesh and India case studies. *Transport Research Laboratory (TRL);*

Crowthorne: 2004. TRL Published Project Report 010.

50. D'Souza RM. Care-seeking behavior. *Clin Infect Dis* 1999;28:234.
51. Thind A, Andersen R. Respiratory illness in the Dominican Republic: what are the predictors for health services utilization of young children? *Soc Sci Med* 2003;56:1173-82.
52. Waterston T. Children's rights and child health: what role for paediatricians? *J Trop Pediatr* 2003;49:260-2.
53. Child and adolescent injury prevention: a global call to action. Geneva: World Health Organization, UNICEF; 2005. Erişim adresi: http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593415_eng.pdf
54. Sethi D, Habibula S, McGee K, Peden M, Bennett S, Hyder AA, Kleven J, Odero W, Suriyawongpaisal P. Guidelines for conducting community surveys on injuries and violence. World Health Organization, Geneva; 2004.
55. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi. Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi Hastalık Yüğü. Final Rapor. Aralık 2004.
56. Ercan O, Alikasıfoğlu M, Erginöz E, Uysal Ö, Kaymak DA. Okul Çağı Çocuklarının Sağlık Davranışları Araştırması Türkiye 2006 Raporu. İstanbul; Galenos yayınevi, 2009.

Kamu hastane birlikleri hakkında kanun tasarısı ve hakkaniyet

Alpaslan Türkkan^a

Özet

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında Sağlık Bakanlığı'nı yeniden yapılandırarak 2. ve 3. basamak sağlık hizmetlerini düzenlemeye yönelik Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı, TBMM Genel Kurulu'nda görüşülmeyi beklemektedir. Tasarı ilk hazırlandığı 2007 yılından itibaren sağlık ortamının önemli gündem maddesidir. Makale, yasa tasarısının iç çelişkilerini tasarıda belirtilen hakkaniyet ilkesi üzerinden tartışmayı amaçlamaktadır. Birliğin en üst karar organı olan yönetim kurulu üyelerinin belirlenmesinde hakkaniyet, temsiliyet ve katılımcılık göz ardı edilmiştir. İşleyişe yönelik hakkaniyet ile örtüşmeyen uygulamalar dikkat çekicidir. Birliklerin para odaklı olarak sunacakları hizmetler başta yoksullar olmak üzere tüm toplumu etkileyecektir. Tasarının yasalaşmadan önce tüm yönleri ile tartışılması, katılımın sağlanarak toplumsal uzlaşının gerçekleştirilmesi zorunludur.

Anahtar Kelimeler: Sağlıkta dönüşüm programı, kamu hastane birlikleri, hakkaniyet

The draft law of public hospital associations and equity

Abstract

The draft law of Public Hospital Associations, which is a part of Health Transformation Program and which aims at reorganization of Ministry of Health by organizing the second and third level health services, is expected to be discussed in the general assembly of the Turkish Parliament. The draft has been an important discussion point in the health care environment since it first got prepared in 2007. The objective of this article is to discuss the conflicts in the draft in the context of "equity principal" which is stated in the draft itself. The principals of equity, representation and participation are not properly taken into consideration in the process of selection of the highest decision making organ of the associations, namely the board of directors. The financially oriented services that the associations are going to deliver will affect the whole society but especially the poor.

Key Words: Health transformation program, public hospital associations, equity

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) adı altında 2003 yılında uygulamaya koyulan "reform paketi" üçayak üzerinde durmaktadır. Birinci ayağı, sağlık hizmet sunumu ile finansmanın ayrılarak üç sosyal güvenlik kurumunun (Emekli Sandığı, Bağ-Kur, SSK) Genel Sağlık Sigortası (GSS) çatısı altında birleştirilmesidir. İkinci ayağı birinci

basamak sağlık hizmetlerinin düzenlendiği Aile Hekimliği oluşturur. Programın üçüncü ayağı; Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılarak, sağlık hizmeti üreten kurumdan, sağlık politikalarının belirlenmesi, koordinasyonu ve denetimden sorumlu hale dönüştürecek olan, ikinci ve üçüncü basamağa yönelik düzenlemedir.

^a Yrd. Doç. Dr., Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Bursa

Sorumlu Yazar: Alpaslan Türkkan, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. 16059 Görükle-Bursa, E-posta: aturkkan@uludag.edu.tr

SDP'nin üçüncü ayağını düzenlemek üzere hazırlanan, ilk adı ile Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı 06 Mart 2007 tarihinde TBMM Başkanlığına sunulmuştur. Henüz yasalaşmamış olmasına karşın 2007 yılından günümüze konu ile ilgili tartışmalar sağlık gündemine oturmuştur. Makalenin amacı ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini düzenlemeye yönelik hazırlanan yasa tasarısını, tasarıda da belirtilen hakkaniyet ilkesi üzerinden tartışmaktır. Hakkaniyet, somut tanımlamalar üzerinden, fırsatların dağılımında gereksinimin gözetilerek adaletsiz ve gereksiz sosyal farklılıkların azaltılması boyutuyla tartışılmıştır.

Tasarının Genel Özellikleri

Tasarının ilk hali olan Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı 9 maddeden oluşmaktadır. Tasarı TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu ve TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu tarafından Kamu Hastane Birlikleri Kanunu Tasarısı adı ile ve madde sayısı 16'ya çıkarılarak kabul edilmiştir. Tasarının ilk halinde 40 birlik oluşturularak pilot uygulama öngörülmüş, ancak komisyonlarda tasarıdaki "pilot uygulama" çıkarılmış, aynı anlamda "Bakanlar Kurulunun belirleyeceği illerde" uygulanacak şekilde 90 birlik oluşturulması kararlaştırılmıştır. Son halini alan tasarı önümüzdeki günlerde Genel Kurulda görüşülmek üzere TBMM'ne gönderilmiştir. Tasarı Sağlık Bakanlığı'na bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan hastaneleri; sınıflandırarak birlik bünyesinde toplamakta, yönetimlerini meslekleri ve kimi özellikleri tanımlanmış kişilerden oluşan Yönetim Kurulu'na devretmekte, yasal statülerini değiştirerek kamu tüzel kişiliğine dönüştürmekte, tüm çalışanları sözleşmeli statüde olan, kendi gelirleri ile yaşamak durumunda kalan işletmelere çevirmektedir. Tasarıda geçmeyen "işletme" tanımı, Sağlık Bakanlığı'nın 2008 yılında yayınladığı Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu'nda "idari ve mali özerkliğe sahip işletmeler" şeklinde belirtilmektedir.¹

Tasarı sağlıkta özelleştirmeye hazırlık olduğu, sağlıktaki eşitsizlikleri artıracığı ve içeriği açısından sendika ve örgütler tarafından eleştirilmektedir.

Yasa Tasarısı genel gerekçesinde; dünyadaki yönetim anlayışı ve yapısındaki değişim vurgulanmakta, halkın artan ve çeşitlenen taleplerinin de sağlık yönetiminde yeni beklentileri doğurduğu belirtilmektedir. Türkiye'de kamu yönetiminin temel sorunları olarak; uygun görev dağılımı yapılmaması, merkezi hükümete aşırı bağımlılık, katılımın sağlanamaması ve temel fonksiyonlara zaman ayıramama gösterilmiştir. Hastane hizmetlerinin kar amaçlı olmayan, verimli ve etkin şekilde sunulmasının hedeflendiği bildirilmiştir. Yönetim anlayışı ise sorun çözme değil hedef belirleme yönelimli, katılımcı, sonuç ve hedef odaklı, vatandaş merkezli olarak tanımlanmıştır.

Tasarının 1. maddesinde kanunun amacı; kaynakların etkin ve verimli kullanılması suretiyle, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin katılımcı, hakkaniyete, halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun, kaliteli, kolay erişilebilir şekilde sunulmasını sağlamak üzere kamu hastane birlikleri kurulması ve çalıştırılması ile ilgili esasları belirlemek olarak tanımlanmaktadır.

Eşitlik-Hakkaniyet

Dünyada toplumsal sistemlerin bölüşüm süreçlerinde kullanılan temel ilke eşitlikten, hakkaniyete doğru kaymaktadır.² Bu anlayış değişimi Türkiye sağlık alanında da gözlenmektedir. Resmi Gazete'de 12 Ocak 1961 günü yayınlanan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'da sağlık hizmetinden herkesin eşit şekilde yararlanmasının gerekliliği bildirilerek, eşitlik ilkesine vurgu yapılmıştır. Kamu Hastane Birlikleri Kanun Tasarısı'nda ise dünyadaki değişime uygun şekilde hakkaniyet ilkesi öngörülmüş, eşitlikten söz edilmemiştir.

Sağlıkta eşitlik, sağlıktaki eşit fırsatlar yaratmak ve sağlık farklılıklarını mümkün olan en düşük seviyeye indirmektir. Bir

durumun sağlık eşitsizliği olarak kabul edilebilmesi için de toplumun geri kalanındaki koşullar göz önüne alınarak nedenin incelenmesi ve haksızlığın ortaya konulması gerekir.³ Türk Dil Kurumu hakkaniyeti hak ve adalete uygunluk, doğruluk, nasfet olarak tanımlamaktadır⁴. Haksızlık yer ve zamana göre değişmekle birlikte kişilerin hastalığa götüren nedenleri kendilerinin seçmesi ya da bunların kendi kontrolleri dışında olmasına bağlı olarak değerlendirilir. Eşitlik ve sağlık politikalarının amacı, önlenebilir ve haksız nedenlerden kaynaklanan eşitsizlikleri azaltmak ve ortadan kaldırmaktır.³ Ancak insan; piyasa koşullarına uydurulmuş sağlık sistemi içindeki müşteri olduğunda hakkaniyet kavramı özenle kullanılmalıdır. Bu sistemde hakkaniyet “hak edene hak ettiği kadar” şekline dönüşecek bu da primini yatırıma, cepten ödeme yapabilene bunları yapabildiği kadar sağlık hizmeti sunumuna dönüşebilecektir. Sağlık hizmetlerinden toplumsal beklenti, bireylerin finansal durumundan bağımsız olarak, çeşitli nedenlerle hizmeti kullanmaktan sakınmadığı sürece sağlık hizmetine ulaşabilmesidir. Sağlık hizmet sunumunda tek başına hakkaniyet, toplumsal ayrıcalıkları başta kabul eden ve onaylayan bir kavram olması ile aslında eşitsizlikçidir. Hakkaniyet somut ve belirli bir olayda gerçekleşen alt ve üst sınırlarını adaletin belirlediği alanda kalmak koşulu ile tanımındaki insaf ögesi ile farklı biçimlerde uygulanabilir.

Örgüt Yapısı

Yasa tasarısında; hastane veya hastane gruplarından oluşan birliğin örgütsel yapısı tanımlanmıştır. Bu yapının en üst karar organı, yönetim kurulu olup yedi üyeden oluşmaktadır. Üyelerin ikisi il genel meclisi, biri vali, üçü Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenecek ve biri Ticaret ve Sanayi Odası veya bunların ayrı kurulmuş olması halinde Ticaret Odası üyeleri arasından seçilecektir. Mesleki dağılım açısından yönetim kurulu üyeleri; bir avukat, bir mali müşavir veya finans ve bankacılık ve Bakanlığın belirleyeceği bir tıp doktorundan oluşmaktadır. Bakanlık il

sağlık müdürünü belirlerse doktor sayısı iki olacaktır. Ancak bakanlığın il sağlık müdür yardımcısını belirleme ve onun doktor olmama olasılığı göz önüne alındığında, yönetim kurulunda bir hekim olacaktır. Diğer üyelerin meslekleri belirsiz olmakla birlikte, biri il sağlık müdürü ya da yardımcısı, birinin sektörü sağlık, birinin deneyimi yatırım ve işletme olarak belirtilirken, Vali tarafından atanacak kişinin mesleği, deneyimi ve çalıştığı sektör belirsizdir. Açık olan, yönetim kurulu üyelerinin hepsinin en az lisans mezunu olacağıdır. Yönetim kurulundaki yedi kişiden en fazla ikisi doktor ve yalnız biri devlet memuru (Bakanlığın belirleyeceği il sağlık müdürü veya yardımcısı) olacaktır. Bir devlet memuru dışında kalan altı üye özel sektör çalışanı olabilecektir. Yönetim kurulu üyeleri içinde yalnız Ticaret ve Sanayi Odası üyesi için nasıl olacağı belli olmayan bir seçimden söz edilmekte, diğer üyeler atanmaktadır. Yönetim Kurulu üyelerinin bu şekilde belirlenmesi il sağlık müdürlüğü tebliğinden sonraki iki ay içinde yetkili makamların üye bildirmeleri durumunda geçerlidir. Bu süre içinde üye bildirimi yapılmadığında tüm atamalar aynı alandan olmak üzere Bakanlıkça yapılacaktır. Atamalarında siyasi iktidar etkisinde yapılacağı açıktır. Yerelleştirilmiş yapılarda sağlık hizmet sunumu ve denetiminin, başta yoksullar olmak üzere halkın sağlık hizmeti gereksinimi konusunda daha az bilgili, deneyimli ve sorumlu elitlerin eline geçebileceği uyarısı yapılmaktadır⁵. Dışsallığı nedeniyle yarı kamusal mal kabul edilen sağlık hizmetleri⁶, yalnız bir devlet memurunun bulunduğu, meslek dağılımı ve özellikleri açısından da ticari işletme yapısına uygun yönetim kurulu tarafından sunulacaktır. Yönetim kurulundan en fazla iki doktor üyesi ile, görevleri arasında tanımlandığı şekilde, sağlık hizmet sunumuna yönelik hedef belirlemesini, bölgesel planlama yapmasını beklemek haksızlıktır. Yoğun olarak doktor, hemşire ve diğer sağlık personelinin hizmet ürettiği birliklerin yönetim kurulunda en fazla iki doktorun olması yönetimde temsiliyetin göz ardı edildiğini göstermektedir. Hizmet sunumunda hakkaniyet ilkesini benimseyen tasarımın en

üst karar organında yönetime katılma açısından hakkaniyet gözetilmemiştir. Kamu malı olan ve kamu hizmeti sunan hastanelerin sadece bir kamu görevlisinin yer aldığı yönetim kurulu yapısıyla yönetilmesi de adil değildir. Yerelleştirilmiş sağlık yönetiminde sistemin idari beceri ve uzmanlık konusundaki yetersizlik sorunları ile uğraşmak zorunda kalabileceğinin altı çizilmektedir.⁵ Sağlık Bakanlığı yönetim deneyimi; sağlık yönetiminde yöneticilerin niteliğinin önemini belirtmekte, yıllardır sağlık sektörü ile hiç ilgisi olmayan hatta yönetim ile ilgisiz kişilerin idari yerlere gelmesini sorun olarak bildirmektedir. “Çok özel bir alan olan sağlık alanında yönetim kademelerinde görev almak keyfiyete teslim edilmemelidir” demektedir⁷. Oysa tasarı bu deneyimi de göz ardı ederek yönetim kurulunda sağlık sektöründen üç ve yönetim deneyimi olan (sağlık müdürü ya da yardımcısı) bir kişi ile sağlık hizmet sunumunu hedeflemektedir.

Birlik İflasına Örnek

Amerika Birleşik Devletlerinde 1998 yılında ülkenin en büyük kar amacı gütmeyen şirket iflası açıklandı. İflası açıklayan 31000 çalışanı ve 2.2 milyar dolar varlığı ile (AHERF: Allegheny Health, Education and Research Foundation) Allegheny Sağlık, Eğitim ve Araştırma Vakfıydı. Bünyesinde 14 hastane bulunan bu birliğin büyük çöküşünde yönetim kurulu üyelerinin kontrolörlere, yönetime güvenmeleri, tüm dokümanları okuyacak zamanlarının olmaması ve yönetsel eksiklikleri görememeleri vurgulanıyordu⁸. Benzer şekilde; Kamu Hastane Birlikleri Hakkında Kanun Tasarısı’nda da güvene dayalı ve yönetim kurulu üyelerinin doküman okumak için yeterince zamanının olmayacağı yönetsel yapı işaret edilmektedir. Tasarı “yönetim kurulu üyeliği, üyelerin asli görevlerini sürdürmelerine engel teşkil etmez.” demektedir. Buna göre yönetim kurulu üyeliği asli görevin yanında ek iştir. Bu durum AHERF’ün çöküşünde önemli bir etken olarak gösterilen yönetim kurulu üyelerinin işin içine girememesi⁸ saptamasını akla getirmektedir. Tasarıdaki

hali ile hastane birlik yönetimi gibi emek yoğun bir işe ek iş gözü ile bakılması işin hak ettiği emeğin göz ardı edilmesi tehlikelidir.

Tasarıda katılım

Yasa tasarısının amaçlarından biri de katılımı sağlamak olarak bildirilmiştir. Hizmet sunumuna yönelik öngörülen bu ilke yönetim kurulu yapısında dikkate alınmamıştır. Yönetim Kuruluna; İl Genel Meclisi, Valilik, Sağlık Bakanlığı ile Ticaret ve Sanayi Odası dışında katılım söz konusu değildir. Yönetimde katılımı sağlayamayan tasarımın hizmet sunumunda katılımı sağlamasını beklemek gerçekçi değildir. Tasarıda Tabip Odaları, Diş Hekimliği Odaları, Veteriner Hekim Odaları, Türk Eczacıları Birliği gibi akademik odalar, hizmet kullanıcı ve sunucuların sendikaları, sivil toplum kuruluşları, mesleki dernekler, yerel yönetimler ve üniversitelerin katılımı söz konusu değildir. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’da olduğu gibi katılımı sağlayacak şekilde, yönetime önerilerde bulunma, yol gösterme, hedef belirleme, halk ve çeşitli kuruluşlar arasında işbirliği sağlama amacıyla oluşturulan bir genel kurul da öngörülmemiştir. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’da genel kurula Bakanlığın belirleyeceği uzmanlar, üniversite, bakanlıklar, Devlet Planlama Teşkilatı, İşçi Sigortaları Kurumu, Türk Tabipleri Birliği, Türk Eczacılar Birliği, Türk Veteriner Hekimleri Odaları Birliği temsilcileri ile il sağlık kurullarının göndereceği birer temsilcinin katılacağı bildirilmiş, katılım için zemin oluşturulmuştu. Oysa Kamu Hastane Birlikleri Yasası’nda katılım için zemin oluşturulmasının aksine sınırlama getirilmiştir. Üniversiteler, meslek kuruluşları, sendikalar, sivil toplum kuruluşları, hemşirelik ve ebelik gibi mesleki dernek temsilcilerinin katılımı yalnız, oy hakkı olmaksızın ve yönetim kurulu kararı ile davet edilmeleri durumunda söz konusu olacaktır. Kısaca hizmet sunan, hizmeti kullanan ve bu alanda bilimsel çalışma yürütenler sadece fikirleri sorulursa oy hakkı olmadan yönetime

katılabilecektir. Tarafların katılımı keyfiyete bırakılmış, yalnız yönetim kurulunun kararı ile katılımın yolu açılmıştır. Sağlık hizmet sunumunda toplumun söz hakkının bulunmaması adil değildir. Yönetim kurulu kararına bağlı olarak, birlikler arasında yönetime katılım açısından önemli farklılıklar olacağı, bunun da hizmet sunumunda farklılıklara yol açarak var olan eşitsizlikleri derinleştireceği beklenebilir. Yine Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'da olduğu şekilde halkın sağlık teşkilatından istediği hususları ilgililere duyurmak, hizmetlerin başarı ile yürütülmesi için halkın eğitilmesine ve teşkilat ile maddi ve manevi işbirliği yapmalarına yardım etmek üzere kurulan yerel sağlık kurulları öngörülmediğinden halkın katılımı da engellenmektedir. Vergisi ve yapacağı cepten ödeme ile finansa katılan ve hizmeti kullanacak olan halkın söz hakkı yoktur. Toplumun temsil edilmediği, söz hakkının engellendiği tasarıda hakkaniyet ve yönetime katılım açısından iç tutarsızlık bulunmaktadır.

İşleyiş

Tasarının ilk halinde Yönetim Kurulu gündemini başkanın belirleyeceği, başkanın onaylamadığı önerilerin görüşülemeyeceği belirtilmişti. Bu önemli yanlış komisyonda değiştirildi ve başkan uygun görmezse üye tam sayısının salt çoğunluğu ile gündem maddesi teklif edilebilmesinin yolu açıldı. Bu durumda mesleği nedeniyle sağlığa en doğru bakması beklenen en fazla iki doktor üyenin gündem önerisinin gündem dışı kalabileceğini, finansal gündem maddelerinin ise üyelerin meslekleri nedeniyle daha fazla ilgi çekeceği ve görüşüleceğini öngörmek yanlış olmayacaktır.

Birliğin temsilcisi ve en üst yöneticisi Genel Sekreterdir. Genel sekreter en az 4 yıllık eğitim veren yüksek öğrenim kurumundan mezun olmak zorundadır. Tasarının ilk halinde açıkça belirtilmeyen tıp, diş hekimliği, eczacılık komisyonda tasarıya eklenmiş, genel sekreterin tıp doktoru, diş hekimi ve eczacı olabileceği belirtilmiştir. Bunlara ek olarak Genel

Sekreter, sağlık yönetimi, hukuk, kamu yönetimi, iktisat, işletme, maliye veya muhasebe, endüstri mühendisliği, sosyoloji ve psikoloji mezunu olabilecektir. Sağlık bilimleri dışındaki bir mesleğe sahip olma olasılığı olan genel sekreterin görevleri arasında, eğitim faaliyetleri ile bilimsel çalışmaları planlaması, işbirliği halinde yürütmesi ve denetlemesi tanımlanmaktadır. Eğitim hastanelerini de içeren tasarıdaki bu maddenin, tıbbi araştırmaları da kapsadığı algısı bilimsel çalışmalarda sorun yaratacaktır. Hekimlik uygulamalarının vazgeçilmezi; mesleki bağımsızlığı olan akademik personelin düzenleyeceği bilimsel araştırmalar, mesleği ekonomi bilimi ile ilgili olan genel sekreterin denetimine verilmektedir. İşletmede en üst düzey yönetici olan genel sekreter, gelir-gider dengesini sağlama ve kar etme hedefinde hiçbir ekonomik getirisi olmayan bilimsel çalışmalara gider kalemi olarak bakabilir. Bu durum bilimde de keyfi uygulamaları gündeme getirecektir. Yine genel sekreterin görevlerinden biri tıp ve kamu görevlileri etik ilkelerinin uygulanmasını sağlamaktır. Tıp ile ilişkisi olmayan bir genel sekreterden tıp etiği uygulamalarını, kamu görevlisi olmamış bir genel sekreterden kamu görevlileri etiği uygulamalarını sağlamasını beklemek hem çalışanlar hem de genel sekretere yapılan haksızlıktır. AHERF örneğinde olduğu gibi gereğinden fazla yetkilendirilen ve tek adam olan CEO'nun her şeye hakim olduğu, birliğe hükmettiği, kişisel büyüme stratejisi ile etik olmayan uygulamalarının iflası açıklamada kullanıldığı gözden kaçırılmamalıdır.⁸

Hizmet sunumunda hakkaniyet iddiasındaki tasarı birlik bünyesindeki çalışanlarına adil davranmayacağını bildirmektedir. Tasarıya göre, yeni yönetim kurulu veya genel sekreterin göreve başlamasından itibaren iki ay sonunda sözleşmeli tüm personelin sözleşmeleri kendiliğinden sona ermektedir. Bu durumda liyakat ve kariyer göz ardı edilmekte, üst yönetimin görev süresine bağlı olarak çalışanların sözleşmeleri sona ermektedir. Bu durum yönetimin kendi ekibini kurmasının önünü açmakla birlikte Bakanlığın personel politikasındaki

değişiminin göstergesi olarak da kabul edilmelidir. Tasarının liyakat ve kariyeri önemsemeyerek, muayene edilen hasta, yapılan operasyon ve ciro gibi nitelik dışında nicel verilerle belirleyeceği performansa göre ek ödeme yapması devlet geleneği ile de çelişmektedir. Birliklerde görev süreleri üst yönetimin görev süresine bağlı ve iş güvencesiz çalışanlar ile hakkaniyet ilkesi arasında iç tutarsızlık bulunmaktadır.

Tasarının çalışanlara yaklaşımını saptamak açısından; ilk taslakta yer alan, sonradan komisyonda düzeltilen “belirli sürede bitirilmesi gereken işler söz konusu olduğunda, sözleşmeli personelin normal çalışma saatleri dışında veya hafta tatili ve resmi tatillerde de çalışmak zorunda olduğu ve bu çalışmaları karşılığı personele herhangi bir ek ücret ödenmeyeceği” hususunun yer aldığını belirtmekte yarar vardır. Fazla mesai öngören ancak bunun karşılığını ödemeyi reddeden bir tasarının çalışanlarına hakkaniyetli davranmayı hedeflediği düşünülemez. Sağlık hizmeti sunumunda “belirli bir sürede bitirilmesi gereken işler” tanımlamasını, sağlık hizmetinin kendine özgü dinamikleri nedeniyle ortaya koymak güçtür. Sağlık hizmetinin nerede, ne zaman, nasıl, ne kadar gerekeceği tam olarak bilinemez. Gereksinim duyulan hizmet de beklemez, ertelenemez ve yerine başka bir şey konulamaz özelliğindedir. Bir günlük mesai süresinden fazla süreceğini kestirmenin zor olmadığı tıbbi operasyonlarda, çalışanına mesaisi dışında çalışacağı süre için ek ücret ödemeyen sistem, hakkaniyeti özverisi ile sağlık çalışanının sağlamasını beklemektedir. Sağlık çalışanının özverisine dayalı sağlık hizmet sunumu kullanıcılara yapılan haksızlıktır.

Tasarı sağlık hizmeti sunumuna odaklanmıştır. Oysa tasarı kapsamında hekim ve diğer sağlık personelinin yetiştiren ve bilimsel araştırma yapan ileri teknolojinin kullanıldığı ve ikinci basamağın sevk ettiği hastaları tedavi eden 3. basamak hastaneler de bulunmaktadır. Farklı görevleri de olan bu iki basamağın aynı kapsamda değerlendirilmesi üçüncü

basamak sağlık kurumlarına yapılan haksızlıktır. Üçüncü basamakta maliyet yüksektir. Usta-çırak ilişkisi içinde yürütülmesi gereken tıp eğitiminde eğiticiye ek olarak eğitilen de aynı işlemi tekrarlayarak daha fazla tıbbi malzeme kullanır. Ek olarak üçüncü basamağa gereksinim duyulan durumlarda, daha fazla tıbbi malzeme-ilaç kullanılmakta, daha uzun süre tedavi gerekebilmektedir. Tasarı, eğitimcilerin eğitimden çok yaptığı tıbbi işlem sayısını artırarak performansını yükseltmeye ve daha fazla kazanç elde etmeye yönelmesine neden olacaktır. Bu yönelim eğitimi ikinci plana atarak, yetersiz tıp eğitime yol açarak gelecek nesillerin sağlığını tehdit edecektir. Tasarıda üçüncü basamağın üzerindeki eğitim yükümlülüğünün göz ardı edilerek 2. basamak ile birlikte değerlendirilmesi, eğitime yönelik düzenleme yapılmamış olması adil değildir.

Finans

Birliğin sermayesi, gelir ve giderleri tasarıda belirtilmekte, gerektiğinde bakanlık bütçesinden yardım yapılabileceği bildirilmektedir. Kâr amacı gütmeyen (!) birlikleri düzenleyen tasarının ilk halinde birlik sermayesi olarak birlik kârları gösterilmişken, komisyonda düzeltilmiş son halinde kâr kaldırılmış, yerine “hesap dönemi sonunda oluşan gelir fazlası” şeklinde yine kâr tanımlanmıştır. Birlikler gelir fazlasını hedeflemek, gerektiğinde bakanlıktan yapılacak yardımlarla gelir-gider dengesini kurmak zorundadır. Gelir olarak kâr gösterilen birliklerde, sosyal devletin görevi olan sağlık hizmetinden kâr edilmeye çalışılacaktır. Kendi yağı ile kavrulmak zorunda bırakılan işletmelerin kârı hedeflemesi anlaşılabilir, ancak hedefi kar olan bir işletme ile hakkaniyetin sağlanması, sosyal devletin kâr amacındaki birlikler aracılığıyla halkına sağlık hizmeti sunması anlaşılabilir bir durumdur.

Hastaneler; hizmet altyapısı, organizasyonu, kalite, verimlilik ve hasta memnuniyeti gibi konularda Bakanlığın belirleyeceği usul ve esaslara göre yüz üzerinden puanlanacak ve A, B, C, D ve E

olmak üzere 5 sınıfa ayrılacaktır. Bu sınıflama ile hizmet altyapısı, organizasyonu, kalitesi ve verimliliği daha fazla olan ve halkın daha fazla memnun olduğu hastaneler üst sınıfta yer alacaktır. Hastanelerin sınıflanması doğal olarak çalışanların ve halkın da sınıflanmasıdır. A sınıfı hastane doktoru, B sınıfı hastane hemşiresi gibi, kişilerin eğitimleri ile kazandıkları meslekleri, sosyo-kültürel yapıları dışında belirlenmiş şekilde dünyada bir örneği olmayan sınıflama ile karşılaşılacaktır. Uygulama ile üst sınıftaki karlı birlik çalışanlarının kazancı da daha fazla olacak, aynı işi yapan aynı meslek sahipleri arasında ekonomik farklılıklar derinleşecektir. Yerel yapıların sağlık çalışanlarının sözleşmeleri ve koşulları açısından eşitsizlikleri önleme konusunda daha az fırsat sunduğu bildirilmektedir.⁵ Sınıflanmış birlikler ile “eşit işe eşit ücret” ilkesinin de sağlaması olası değildir. Sınıfı yüksek olan hastanelerde daha fazla katılım payı alınacak olması toplumdaki ekonomik farklılıkları ayırtıracak, sınıfsal farklılığı belirginleştirecektir. Birliklerin sınıfsal farklılığı tasarının kolay erişim hedefi açısından da tutarsızlık göstermektedir. Daha fazla katılım payı verebilecekler üst sınıf birlik hastanelerine, yeterli ekonomik gücü olmayanlar ise alt sınıf birlik hastanelerine gitmek zorunda kalacaktır. Daha da belirgin olmak üzere ödeme gücü ancak C sınıfı hastaneye yeten, ancak gereksinim duyduğu hizmet açısından A sınıfı hastaneden hizmet almak zorunda kalanlar şartlarını zorlayarak daha fazla cepten ödeme yapmak zorunda kalacaktır. Gücünü aşan zorunlu ödemeleri nedeniyle oluşan ekonomik kaybı sağlığını daha da fazla yitirmesine neden olacaktır. Bu kısır döngüyü kıracak bir sistem oluşturulmamıştır. Gerçek ve tüzel kişilere sunulan hizmetlerden elde edilen gelirler birlik geliri olarak tanımlanmaktadır. Oysa sağlık hizmetleri finansmanında adaletsizliğin en belirgin nedeni cepten ödemeler olarak gösterilmektedir⁹. Kullanıcı ödentilerinin gelişmiş ülkeler için bile adaletsiz, yoksul ülkeler için ise sağlık hizmet finansmanını hastanın üzerine yıkan bir strateji olduğu da bildirilmektedir.¹⁰ Yoksulun sırtına binen finansal yük de

sağlık eşitsizliklerini artıracaktır¹¹. Farklı gelir seviyesindeki kişilerden aynı miktarda kullanıcı ödentisi alınacak olması, gelirlerine oranlandığında yoksullar açısından hakkaniyet ile çelişen durum yaratacaktır.

Büyük oranda Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ödemeleri ile ayakta kalacak hastanelerde, SGK geri ödemeleri ile performansla dayalı ek ödeme sisteminin daha fazla tıbbi işlem yapılmasına yol açması beklenir. Gelir-gider dengesini kurmak hedefinde olan birliğin, bünyesindeki doktorları yaptığı ciro üzerinden değerlendirmesi, ve doktorların iş güvencesiz olmalarının oluşturacağı baskı onları gereğinden fazla tetkik yaptırmaya yöneltecektir. Sağlık hizmetinin özelliği olarak kişinin talebini hekimin belirlemesi ve tıbbın yaygın kabul gören “hastalık yoktur hasta vardır” görüşü nedeniyle standart uygulama hazırlamanın adeta olanaksız olmasından dolayı bu eğilimin önüne geçmek de güçtür. Hizmet sunumunda maliyeti düşük, kârı yüksek, performansı açısından çalışana, geliri açısından birliğe fayda sağlayacak hizmetler tercih edilecektir. SGK tarafından karşılanan ve bedeli yüksek olan, kârlı hizmetlere eğilim artarak diğer hizmetlerden sakınılacaktır. SGK ödemeleri doğrultusunda şekillenen hizmet paketlerinin günümüzde sağlık hizmet sunumundaki sorunlardan olduğu bildirilmektedir.¹² Ödemeye yönelik hizmet sunumuna ek olarak müşteri olarak gördüğü hastasını kaybetmek istemeyen işletme yöneticilerinin çalışanlarına baskı yaptığı bilinmektedir.⁹ Ekonomik ölçütlere dayalı şekilde belirlenen hizmet sunumu, sağlık hizmet sunumundaki bilgi asimetrisi ve talebi hekimin belirlemesi özellikleri nedeniyle hasta açısından adil değildir.

Toplumsal eşitsizliklerin belirgin olduğu bizim gibi ülkelerde yerel hastanelerin fonlarını artırmak için girişimlerini zengin bölgelerde yoğunlaştırarak, kentin yoksul mahalleleri ile kırsal alanlara hizmet sunumunu ikinci plana atabileceği unutulmamalıdır. Özerk yapı, gelir-gider dengesini sağlamak için

ödeme yapabilen hastalara öncelik veren uygulamaları tercih ederek, bölgesel adaletsizliğe ek olarak bireysel adaletsizliğe de yol açarak hakkaniyet ile çelişecektir.

Birlik yönetim kurulu alacaklarından vazgeçme konusunda yetkilendirilmiştir. Oysa alacaktan vazgeçme hukuki bir durumdur. Yönetim kurulunun, borcu tahsil etme ya da etmeme konusunda hakkaniyeti sağlaması olası değildir. Yönetim kuruluna sınırları belirlenmemiş bir adalet dağıtıcılığı görevi verilmektedir. Alacaklardan vazgeçme koşulları keyfe bağlı olacak ve keyfi uygulamaların olduğu yerde de hakkaniyetten söz edilemeyecektir.

Sonuç Yerine

Tasarıda kamu yönetiminin sorunları olarak tanımlanan ve kamu hastane birlikleri kurulmasına gerekçe gösterilen sorunların ortak noktası kötü yönetimin göstergesi olmalarıdır. IV. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi sonuç bildirgesinde de Türkiye’de sağlık sistemi sorunlarının profesyonel yönetici eksikliğinden kaynaklandığının altı çizilmektedir.¹³ Tasarıda yönetim kurulu için sağlık sektöründen üç ve yine bunların içinden bir yönetim deneyimi olan üye belirlenmiştir. Bu yapıda profesyonel sağlık yönetimi göz ardı edilmekte, finans ve muhasebe ağırlıklı üyeler ile ekonomik boyut ön plana çıkarılmaktadır. Tasarı ile merkezi yönetimin yapamadığının birlikler tarafından yapılması beklenmekte, daha baştan birliklere haksızlık yapılmaktadır. Merkezi ve profesyonel olmayan yönetim biçiminden yerel ancak yine profesyonel olmayan bir yönetim biçimine dönüş olacaktır. Yönetimsel temel sorunlar çözülmeden yapılacak düzenlemeler sorunların yer değiştirmesi, birlik bünyesinde yerelleşmesi anlamına gelecektir.

Yönetim kurulu, hizmetin gereklerini karşılayacak şekilde sağlık ve yönetim biliminden destek alarak, profesyonel sağlık yöneticiliğini önceleyecek şekilde yapılandırılmalıdır. Birlik yönetiminde tek adamlığı önleyecek

adil bir görev dağılımı sağlanmalı, yönetim kurulu üyelerinin yönetime yeterince zaman ayırabileceği düzenleme yapılmalıdır. Önemli bir eksikliği gidermek için birlik düzeyinde katılımcı yönetimi destekleyen kurullara yer verilmeli ve işlerlik kazandırılmalıdır. Birlikler hesap verme mekanizmaları oluşturularak finansal baskıdan kurtarılmalı, alacaklardan vazgeçmede olduğu gibi sınırları belirsiz bir hakkaniyet uygulayıcısı olmaktan kurtarılmalıdır. Tasarı, sağlık sektörünün önemli bileşeni olan sağlık çalışanlarını görmezden gelmekte ve iş güvencesiz çalıştırmanın yolunu açmakta, performans baskısı ile etik olmayan uygulamalara yöneltmektedir.

Sağlık hizmetlerini ve toplumu derinden etkileyecek tasarının, tüm tarafların katılımı ile bilimsel, hukuki, eşit ve hakça işleyiş için değerlendirilmeye gereksinimi vardır.

Kaynaklar

1. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı-İlerleme Raporu. Ankara: Sağlık Bakanlığı, 2008.
2. Turner, B. Eşitlik. Ankara: Dost Kitabevi, 1997. s.44.
3. Whitehead M. Eşitlik ve Sağlık: Kavram ve İlkeler. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi, 1992. s.5.
4. Türk Dil Kurumu (online). http://tdkterim.gov.tr/bts/?kategori=ve_rilst&kelime=hakkaniyet&ayn=tam. Erişim Tarihi: 20/7/2010.
5. Rannan ER, Van Zanten TV, Yazbeck A. First Year Literature Review for Applied Research Agenda - Applied Research Paper. Bethesda: Partnerships for Health Reform Abt Associates Inc., 1996.
6. Altay A. Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. Sayıştay Dergisi 2007; 64: 33-56.

7. Aycan S. Türkiye’de Sağlık Yönetimi Alanında Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Sağlık Reformlarının Sağlık Yönetimine Etkileri Sempozyum Kitabı. 1. baskı. Bursa: Köseleciler Magic Digital Center; 2009. s.184-200.
8. Analysis of the Bankruptcy of Allegheny Health, Education, and Research Foundation (AHERF) (online). Available at: <http://www.contrib.andrew.cmu.edu/~gsmailag/portfolio/healthcare%20paper.pdf>. Accessed July 22,2010.
9. Lister J. Sağlık Politikası Reformu: Yanlış Yolda mı Gidiyoruz?. İstanbul: İnsev Yayınları, 2008. s.118, 300-304.
10. Newbrander W, Collins D, Gilson L. Ensuring equal Access to health service. Boston: Management Sciences for Health, 2000.
11. Creese A. User fees: They don’t reduce costs, and they increase inequity. BMJ 1997; 315: 202–3.
12. Öztürk O. Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı ne Getiriyor? Ne Götürüyor? (online). <http://www.bto.org.tr/yayinlar/raporlar/kitapkamuhastanebirlikleri.pdf> f. Erişim Tarihi: 22/7/2010.
13. Kongre sonuç bildirgesi (online). <http://www.sid.hacettepe.edu.tr/Belgeler/KongreSonucBildirgesi.pdf>. Erişim Tarihi: 22/7/2010.

Editöre Mektup

Yeni sorular sormak

Tuğrul Erbaydar^a

Bu yazıyı / mektubu HASUDER bünyesinde kurduğumuz bir dizi iletişimin sonucu olarak, halk sağlığı etiği konusuna dikkati çekmek, bu konuya kongrelerimizde, ders programlarımızda ve uzmanlık eğitimimizde yer vermek üzere çağrıda bulunmak üzere kaleme aldım. Ancak bunu yaparken, halk sağlığı etiğini halk sağlığının bir dizi çalışma alanından biri değil, halk sağlığı alanının bütününe ve halk sağlıkçıları olarak kendimize bakmamızın bir aracı olarak ele almaya çalıştım.

Halk Sağlığı disiplini bütün ulusal ve uluslararası değişim süreçlerinin, krizlerin ve toplumsal sorunların etki alanında yer alıyor. Yoksulluk, sınıf çatışmaları, çıkar grupları arasındaki çatışmalar, demokrasi tartışmaları, savaşlar, şiddetin toplumsallaşması ve insanlığın bütün acıları bizi insan olmamızın ötesinde birer halk sağlıkçı olarak ilgilendiriyor. Teknolojinin gelişimi, çevresel sorunlar, eşitsizlikler, adaletsizlikler ve politik baskılar insanların yaşamları ve davranışları üzerinde bir dizi etkide bulunuyor. Sağlık reformları toplumun sağlığını olduğu kadar tıp fakültelerini, tıp eğitimini, halk sağlığı eğitimini ve halk sağlıkçıları da etkiliyor.

Halk sağlıkçıları olarak hem çalışma konularımız hem de mesleki konularımız itibarıyla bütün olup bitenlerden etkileniyor olmamıza karşın, bu sorunlara müdahil olmak için gerekli araçlardan ve kanallardan çoğu kez yoksun kalıyor, giderek sistem içinde marjinalize edilmekte olduğumuzu görüyoruz. Mevcut iktidarın halk sağlığına yaklaşımındaki güncel sorunlardan öte,

küreselleşme ve ulusötesi yaptırımların yönlendirdiği daha geniş ölçekli bir süreçte sosyal devlet yaklaşımı terkediliyor. Sosyal devlet ya da refah devleti kapitalizmin halklara verdiği bir taviz miydi? Bize soğuk savaş döneminde sosyal devletin layık görülmesinin tek sebebi Sovyetler Birliğiyle komşu bir NATO ülkesi olmamız mıydı? Yoksa gerçekten bu ülke için uygun, uygulanabilir, sürdürülebilir bir doktrin olduğu mu düşünülmüştü? Belki bunların tümü kısmen doğrudur. Bugün görülen ise sosyal devlet ilkesinin Türkiye’de hiçbir dönem tam bir devlet politikası haline gelemediği, son on yıllarda ise giderek bu tavizin gereksiz, ya da bu doktrinin geçersiz algılandığıdır.

Sosyal devlet ilkesinin halk sağlığı yaklaşımı açısından çok elverişli bir zemin sağladığı açıktır. 1961’de askeri yönetim döneminde yapılan yeni anayasa sosyal devlet yaklaşımı temelinde bir sağlık sistemi öngörüyordu. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi yasası bu temelde hazırlanmıştı. İyi düşünülmüş, Türkiye’nin toplum yapısına uygun, halk sağlığının ilke ve değerleri temelinde hazırlanmış bu yasa o günün koşullarında Türkiye’ye belki ancak böyle bir konjonktürde gelebilmişti. Yasanın çıkarılmasını izleyen on yıllar içinde sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri sisteminin hayata geçirilmesi çabası, çeşitli zorluklarla karşılaştı ve bu süreç aynı zamanda Toplum Hekimliği / Halk Sağlığı disiplininin gelişimini de belirleyen en önemli süreç oldu. Elbette, halk sağlığı disiplininin sosyalizasyona koşut olarak gelişmesi çeşitli avantajları olduğu kadar dezavantajları da beraberinde getirdi.

^a Doç. Dr. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Sorumlu Yazar: Tuğrul Erbaydar, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Münzeviler Sokak No:1, 06690 Akdere Ankara/Türkiye, İş Tlf: 0 312 363 8990 E-posta: tugrul.erbaydar@ankara.edu.tr

Aslında, bir bilim olarak halk sağlığının ne başlangıcı sosyal devlete dayalıdır, ne de sosyal devlet doktrininin kapitalist sistem içindeki hakimiyetinin sona ermesi halk sağlığı disiplininin değerini azaltabilir. Daha önce de belirttiğim gibi, sosyal devlet ilkesi halk sağlığı yaklaşımı için uygun bir zemin sağlamıştır. Ancak, sosyal devletin Türkiye’de hiçbir zaman tutarlı bir devlet politikası haline gelmediğini ve ne olursa olsun sosyal devlet yaklaşımının aslında kapitalist sistemin dönemsel olarak başvurduğu bir araç olduğunu, dolayısıyla kapitalist sistemin çelişkilerini ve ikircikli doğasını da yapısında taşıdığını unutmamak gerekiyor. Bu noktada bizler için, halk sağlığı disiplininin ilke ve değerlerinin, bu ilke ve değerleri hayata geçirmeyi kolaylaştıracak konjonktürel zeminlerden çok daha önemli olduğunu, ülke konjonktürünün değişmesine bağlı olarak yaşanan sorunlar karşısında temel değerlerimize daha iyi sahip çıkmamızın bizler için yol gösterici olacağını düşünüyorum. Bu değerlerin alanı halk sağlığı etiğidir.

Tıp bilimi etik değerlerden bağımsız olarak var olamaz. Etik değerler tıp uygulamalarında insana yararlı olmayı, insana zararlı olabilecek uygulamalardan uzak durmayı, adil olmayı ve insanların haklarına saygıyı öğütlüyor. Bu değerlerin gözardı edildiği durumlar da az değil; tıbbi bilginin ve tıp kurumunun devletin veya çıkar gruplarının hizmetinde güç dengelerinin ve üretim ilişkilerinin devamını sağlamak için kullanıldığı sayısız durumla karşılaşırız tıp tarihi boyunca. Herşeye rağmen tıbbın insanlık yararına bir kurum olduğu varsayımı tıbbın varoluşunun ve meşruiyetinin temelinde yer almaya devam ediyor.

Tıbbi etik, tıp biliminin insan yararına kullanımını, tıp uygulamalarının insan yararına sürdürülmesini sağlamak üzere tıbbın kendini sorgulamasını, bu sorgulama uyarınca kendini denetlemesini ve düzenlemesini amaçlayan, neyin doğru neyin yanlış olduğunu değerlendirmek için bize rehberlik edecek ilkeleri ve değerlendirme yöntemlerini araştıran bir disiplindir ve kökleri tıp tarihinin

derinlerine uzanmaktadır. Bir disiplin olarak şekillenmesi ise modern tıbbın gelişimini takiben 20.nci yüzyılda gerçekleşmiştir. Bugün tıp etiğinin çok farklı şekillerde ele alınabildiğini, ilkelerin çok farklı açılardan yorumlanabildiğini, hatta etiğin kendisinin bazen bir tartışma argümanı veya çatışma aracı olarak kötüye kullanılabildiğini de görüyoruz. Bunlara karşın tıbbi etik, tıbbın her türlü kötüye kullanımı ve zararlı olma potansiyeli karşısında değerlere dayalı bir farkındalığı, sorgulamayı ve mesleki öz-değerlendirme geleneğini ayakta tutmaktadır.

Halk sağlığı disiplininin de tıbbın temel değerler sisteminin dışında tanımlanması olanaksız elbet. Bir değerler sistemi olmaksızın halk sağlığı disiplininin varlık nedenini açıklamak mümkün değil. İşçi sağlığı, epidemiyoloji, bulaşıcı hastalıklar vb tüm uygulama alanları ancak temelde bu değerler sisteminden yola çıkarak kurgulanabilirler. Tıp etiğinin temel değerleri olan “zarar vermeme”, “yararlı olma”, “adalet”, “insan haklarına saygı” gibi değer ve ilkeler halk sağlığının da temel değer ve ilkeleridir. Ancak, diğer tıp disiplinlerinin çalıştıkları alan çoğu kez birey iken, halk sağlığı için bu alan toplumdur. Gastroenteroloji için sindirim sistemi ya da kardiyoloji için dolaşım sistemi neyse bizler için kentin kanalizasyon sistemi ya da ülkenin sağlık sistemi odur; enfeksiyon hastalıkları için antibiyotik neyse bizim için salgın kontrolü odur. Bir başka ifadeyle bizler tıp biliminin amaç, ilke ve yöntemini toplum düzleminde yeniden tanımlayarak uygulamaya çalışıyoruz. Bu düzlem farkı bizim önümüzde geniş bir çalışma alanının, bütüncül bir perspektifin ve disiplinötesi bir yöntem yaklaşımının kapılarını açıyor. Ancak diğer tıp disiplinleri ile arasındaki bu düzlem farkı halk sağlığını etik sorunlara karşı bağışık hale getirmiyor.

Halk sağlığı disiplininin etik sorunlara karşı bağışık olmaması bir yana, aslında daha yukarıdan bir bakışa ve iktidarla daha yoğun ilişkilere sahip olabilme olanağı halk sağlığını etik sorunlara çok da açık bir alan haline getiriyor. Halk sağlığı kararları ve uygulamaları da insanların yaşamını diğer tıbbi uygulamalar kadar -hatta kitlesel

uygulamalar olması nedeniyle onlardan daha fazla- olumlu ya da olumsuz yönde etkileme olasılığı taşıyor. Bu noktada tıp etiğinin yarar sağlama, zarar vermeme, özerklik ve adalet gibi ilkelerinin ve bu ilkeler temelinde geliştirilen yaklaşımların halk sağlığı çalışmalarında özenle gözetilmesi gerekiyor. Bizim toplum yararına olduğuna karar verdiğimiz uygulamalar bireylerin tercihleriyle ya da otonomileriyle çeliştiğinde tıp etiğinin temel ilkesi olan toplum yararına bireyin haklarının feda edilemeyeceği ilkesinin dikkatle ele alınması gerekiyor. Halk sağlığı açısından uygun olduğunu iddia ettiğimiz politik önermelerin bizim kişisel politik kanaatlerimizden ve kurumlarla olan ilişkilerimizden nasıl etkilendiğini yani dolaylı olarak bir çıkar ilişkimiz (conflict of interest) olup olmadığını, bu ilişkinin yaklaşımlarımızı etkileyip etkilemediğini dikkatle değerlendirilmesi gerekiyor.

Halk sağlığı etiği ile ilgili uluslararası literatür daha çok son on yıllara dayanıyor ancak hızla çok geniş bir konu çeşitliliğini kapsamaya başlıyor. Halk sağlığı etiği konusu artık “Public Health Ethics” isimli bir dergide ele alınmaya başlamasının yanında halk sağlığının temel başvuru kaynaklarında da ayrı bir başlık olarak ele alınıyor ve bu kaynaklar konuların çeşitliliğini ortaya koyuyor: Calman ve Downie Oxford Textbook of Public Health içinde yer alan “Halk Sağlığında Etik İlkeler ve Etik Konular” başlıklı bölümde eşitsizlik, eşitlik, hakkaniyet, yoksulluk, sağlık hizmetlerinin sunumu, tarama, sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme programları gibi bir dizi konuyu halk sağlığı etiği açısından değerlendiriyorlar.¹ Public Health & Preventive Medicine’in ilgili konu ile ilgili bölümünde ise Soskolne ve Last çeşitli halk sağlığı politikalarını kişi hakları ve toplumun gereksinimleri ekseninde irdeliyorlar, çevre, iş sağlığı, aile planlaması ve halk sağlığı eğitimi konularını tartışıyorlar ve epidemiyolojik çalışmalar ve halk sağlığı uygulamaları için rehberlik edecek ilkeler üzerinde duruyorlar.² Dilek Aslan’ın Hacettepe Tıp Dergisi Etik Özel Sayısında yer alan “Halk Sağlığı Etiği” başlıklı makalesinde de halk sağlığı etiğinin genel tıp etiğinden ayrıışan yönleri, tartışılan

sorunlar ve bazı temel ilkeleri özetleniyor ve teknolojinin gelişiminin halk sağlığına olumlu / olumsuz etkileri, hastalık bildirim sistemlerinin kişilerin özel yaşamlarının gizliliği ile çeliştiği noktalar, aşı programları gibi sağlığı koruyucu kitlesel uygulamalar veya zorunlu tarama ya da tedavi uygulamaları ile bireyin otonomisi arasındaki çelişkiler tartışılıyor.³

Halk sağlığı alanında etik tartışmaları daha fazla yapmak, uygulamalarımızı, proje çalışmalarımızı, araştırmalarımızı, önermelerimizi etik değerlendirmelere dayalı olarak yapmak üzere bilgi ve becerilerimizi geliştirmek, mesleki duruşumuzu, kişisel tercihlerimizle mesleki rollerimiz arasındaki ilişkiyi nasıl kurduğumuzu etik yaklaşımlar çerçevesinde gözden geçirmek durumundayız. Bu süreç halk sağlıkçılar arasında iletişimi ve işbirliğini geliştirici olabilir ve yaşadığımız sorunlara yönelik yeni yaklaşımlara zemin hazırlayabilir. Çalışmalarımızı ve tartışmalarımızı bu yapıcı çerçevede yürütmek için temel değerlerimiz ışığında yeni sorular sormaya, yeni soru sorma yaklaşımları geliştirmeye ihtiyacımız olduğuna inanıyorum.

Kaynaklar

1. Calman KC, Downie RS. Ethical Principles and Ethical Issues in Public Health. İçinde yer aldığı eser: Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H, eds. Oxford Textbook of Public Health – The Scope of Public Health, Fourth Edition. Oxford: Oxford University Press; 2002: 387-400.
2. Soskolne CL, Last JM. Ethics and Public Health Policy. İçinde yer aldığı eser: Wallace RB, ed. Wallace/ Maxcy-Rosenau-Last Public Health & Preventive Medicine, 15th edition, New York: McGraw-Hill Medical; 2007: 27-38.
3. Aslan D. Halk Sağlığı Etiği.Hacettepe Tıp Dergisi Etik Özel Sayısı 2009; 40 (2):108-112

