

ÖNSÖZ

Bütün diğer kongreler gibi V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'ni de "katılmaya değer" bir kongre olması amacıyla tasarladık. Hazırlıkların ilk gününden başlayarak düşümüzdeki kongreyi gerçekleştirmeyi ve halk sağlığı alanında çalışan veya halk sağlığına ilgi duyan kişileri olumlu bir eğitim ortamında buluşturmayı istedik.

Bir araya gelişimizin bildiri sunumları ve sorunların tartışılması dışında, bütün katılımcıların sürekli eğitimi için önemli bir fırsat yaratabileceğinden yola çıkarak Kongre'de pratisyen hekimler, halk sağlığı uzmanları ve asistanları, klinik ve laboratuvar araştırmacıları için eğitim seminerleri ve panellerin ağırlıklı olmasına özen gösterdik.

Beşinci Ulusal Halk Sağlığı Kongre programını hazırlarken en önemli hedeflerimizden birisi de olabildiğince fazla sayıda kişinin katılımını sağlamaktı. Bu nedenle ilgilenen herkese elimizden geldiğince ulaşmaya çalıştık; ancak istenen düzeyde katılımın sağlanabilmesi için kongreyi düzenleyenler kadar kongreye katılanların da emek harcaması ve kongreye sahip çıkması gerektiğini yaşayarak anladık.

Bütün çabalarımıza karşın düşlediğimiz kongreye ancak yaklaşabildiğimizi biliyor, eksiklerimizin bağışlanacağını umuyoruz.

Kongreye katılan ve katkıda bulunan herkese içtenlikle teşekkür eder, bir sonraki kongreye başarılar dileriz.

Prof.Dr.Şanda Çalı
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı

ONUR KURULU

HONORARY COMMITTEE

Rektör (Rector) Prof.Dr.Ömer Faruk BATIREL

Dekan (Dean) Prof.Dr.Nurdan TÖZÜN

DÜZENLEME KURULU

ORGANIZATION COMMITTEE

Prof.Dr.Şanda ÇALI

Prof.Dr.Osman HAYRAN

Doç.Dr.Melda KAYHAN KARAVUŞ

Y.Doç.Dr.Hande GENÇEL HARMANCI

Öğr.Gör.Dr.Sibel KALAÇA

SOSYAL KOMİTE

SOCIAL COMMITTEE

Y.Doç.Dr.Dilşad CEBECİ

Öğr.Gör. Seyhan HIDIROĞLU

Dr.Semra AKGÖZ

Dr.Meltem BAKIRCI

Dr.Mustafa TAŞDEMİR

Dr.Alp AKER

Dr. Aynur A. ÖZİŞİK

Dr.Seval ALKOY

Dr. Özlem ÖZLEM

Dr.Nazmi TÜMERDEM

BİLİMSEL DANIŞMA KURULU

ADVISORY BOARD

Prof.Dr. Gülseren AĞRIDAĞ

Prof.Dr. Muhsin AKBABA

Prof.Dr. Recep AKDUR

Prof.Dr. Ayşe AKIN

Prof.Dr. Gazanfer AKSAKOĞLU

Prof.Dr. Zühal AMATO

Prof.Dr. Remzi AYGÜN

Prof.Dr. Bediha AYHAN

Prof.Dr. Hamdi AYTEKİN

Prof.Dr. Nazan BİLGEL

Prof. Dr. Nazmi BİLİR

Prof.Dr. Ayşen BULUT

Prof.Dr. Mehmet Ali BUMİN

Prof.Dr. Necati DEDEOĞLU

Prof.Dr. Rian DİŞÇİ

Prof.Dr. Nevzat EREN

Prof.Dr. Hilmi ERGİNÖZ

Prof.Dr. Çağatay GÜLER

Prof.Dr. Özdemir GÜLESEN

Prof.Dr. Yakut IRMAK ÖZDEN

Prof.Dr. Aysel IŞIK

Prof.Dr. Servet ÖZGÜR

Prof.Dr. Zafer ÖZTEK

Prof.Dr. Yusuf ÖZTÜRK

Prof.Dr. Ferda ÖZYURDA

Prof.Dr. Hikmet PEKCAN

Prof.Dr. Yıldız PEKŞEN

Prof.Dr. Hilmi SABUNCU

Prof.Dr. Feride SAÇAKLIOĞLU

Prof.Dr. Ahmet SALTİK

Prof.Dr. Sabahat TEZCAN

Prof.Dr. Ahmet TUNCER

Prof.Dr. Yıldız TÜMERDEM

Prof.Dr. Bihter YAZICIOĞLU

A- KONFERANS VE PANELLER

CONFERENCES AND PANELS

- Panel “*Uluslararası Nüfus ve Kalkınma ve IV. Dünya Kadın Konferansı'nın Sonuçları ve Türkiye’de Uygulanması*” - *Outcomes of International Population and Development and IVth World Women Conferences* (Ayşe Akın, Samira Yener, Sühendan Ekni, Semra Koral, Nuray Fincancıoğlu, Yaşar Yaşer) *Panel Discussion*
- Panel “*Bağışıklama Hizmetlerindeki Yenilikler ve Türkiye’deki Uygulama*” - *Advances in Vaccination Services and the National Program* (Münevver Bertan, Müjdat Başaran, Levent Akın, Levent Eker) *Panel Discussion*
- Panel “*Kalitatif Araştırma Yöntemleri: Uygulamalardan Örnekler*” - *Qualitative Research Techniques: Examples from the Health Field* (Belgin Tekçe, Janet Molzan Turan, Hacer Nalbant, Hande Gençel Harmancı) *Panel Discussion*
- Konferans “*Üreme Sağlığı*” - *Reproductive Health* (Wendy J. Graham) *Conference*
- Konferans “*Araştırmalarda En Sık Yapılan Hatalar*” - *Most Common Mistakes in Research Projects* (Kadir Sümbüloğlu, Vildan Sümbüloğlu) *Conference*
- Konferans “*Sağlık Bilimlerinde Biyoistatistik Eğitimi*” - *Biostatistics Education in Health Sciences* (Kadir Sümbüloğlu) *Conference*
- Konferans “*Beslenme ve Kronik Hastalıklar; Akdeniz Diyetinin Önemi*” - *Nutrition and Chronic Diseases: Importance of the Mediterranean Diet* (Ayşe Baysal) *Conference*
- Konferans “*Kentlerde Sağlık Hizmetleri*” - *Urbanisation and Health Services* (Jeffrey Levett) *Conference*
- Panel “*İş Hekimliği ve Halk Sağlığı*” - *Occupational Medicine and Public Health* (İsmail Topuzoğlu, Mahmut Yaman, Murat Fırat, Murat Demircioğlu, Mustafa Taşyürek) *Panel Discussion*
- Video Gösterimi “*Bir Toplum Örgütü Düşü ve Çalışan Çocuklara Yönelik Bir Model Önerisi*” - *Video Presentation The “NGO Dream” and a Model for Child Labour* (Gürhan Fişek)
- Konferans “*Türkiye’nin Demografik Yapısı ve Değişimi*” - *Changes in the Demographic Structure of Turkey* (Attila Hancıoğlu, Meryem Demirci) *Conference*
- Atölye Çalışması “*Halk Sağlığının Mezuniyet Öncesi ve Sonrası Eğitimi, Bölgeler ve Halk Sağlığının Geleceği*” - *Undergraduate and Postgraduate Education in Public Health, Research and Training Areas and the Future of Public Health. Workshop*
- Konferans “*Yeterliye Dayalı Eğitim ve İnteraktif Eğitim Yöntemleri*” - *Competency Based Training and Interactive Training Methods* (Elaine Lowry) *Conference*
- Sunum “*Yeterliye Dayalı Eğitim ve İnteraktif Eğitim Yöntemleri: Uygulamalardan Örnekler*” - *Competency Based Training and Interactive Training Methods: Examples from the Practices* (Şanda Çalı, Necla Aytekin, Sibel Kalaça, Melda Karavuş, Hande Gençel Harmancı, Nalan Şahin, Dilşad Cebeci) *Presentation*
- Konferans “*Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı*” - *The Concept of Quality in Health Services* (Ayşen Bulut) *Conference*

B- SEMİNERLER

SEMİNARS

- “**Kanser Epidemiyolojisi**” - *Cancer Epidemiology* (Nazmi Bilir)
- “**Kadınların Üreme Sağlığı Hizmetlerinden Memnuniyetinin Ölçülmesi**” - *Measuring Women's Satisfaction With Reproductive Health Services* (Wendy J. Graham)
- “**Klinik Eğitim Becerileri**” - *Clinical Training Skills* (Elaine Lowry, Berna Musal, Süha Yalçın/ Şanda Çalı, Sibel Kalaça, Necla Aytekin, Nalan Şahin, Hande Gençel Harmancı, Dilek Özcan)
- “**Stratejik Planlama**” - *Strategic Planning* (Sue Hicks)
- “**Antenatal Bakımda Yenilikler**” - *Advances in Antenatal Care* (Ayşen Bulut, Bülent Urman, Alp Nuhoğlu, Senai Aksoy)
- “**Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Hizmet Sistemi (KAPS) nin Tanıtımı**” - *Women's Health and Family Planning Service System* (SOMARC, The Futures Group International-Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı)
- “**Sağlık Kuruluşlarında Enfeksiyonun Önlenmesi**” - *Infection Prevention in Health Facilities* (Meltem Bakırcı Çakır, Özlem Özmen, Seyhan Ergin Hıdıroğlu)
- “**Genital Yol Enfeksiyonları**” - *Genitary Tract Infections* (Behire Özek Öncüler)
- “**Lojistik Regresyon**” - *Logistic Regression* (Sabahat Tezcan, Gül Ergör, Dilşad Cebeci)
- “**Biyoistatistiğin Bilinçli Kullanımı**” - *Conscientious Use of Biostatistics* (Kadir Sümbüloğlu, Vildan Sümbüloğlu)
- “**Kalitatif Araştırma Yöntemleri**” - *Qualitative Research Techniques* (Janet Molzan Turan, Hacer Nalbant)
- “**Klinik ve Laboratuvar Araştırmalarının Planlanması, Uygulanması ve Değerlendirilmesi**” - *Planning, Conducting and Evaluating Clinical and Laboratory Research Projects* (Gazanfer Aksakoğlu, Melda Kayhan Karavuş)
- “**İletişim Becerileri**” - *Communication Skills* (Fusun Kayatürk)
- “**Yaşayan Mevzuat: Sağlık Mevzuatı ve Özlük Hakları**” - *Legislation in Everyday Practice: Health Legislation, Rights and Responsibilities* (Doğan Benli, Nevzat Eren, Aydı Kurtkaya)
- “**Aile Planlaması Danışmanlığı ve Aile Planlaması Yöntemleri**” - *Counselling in Family Planning and Contraceptive Methods* (Özlem Özmen, Seyhan Ergin Hıdıroğlu, Behire Özek Öncüler, Nuriye Ortaylı)
- “**Sağlık Antropolojisine Giriş**” - *Introduction to Medical Anthropology* (Akile Gürsoy)
- “**Birinci Basamakta Antibiyotik Kullanımı**” - *Antibiotic Use in Primary Care* (Paşa Göktaş)
- “**Birinci Basamakta Yenidoğan ve Bebek İzlemleri**” - *Neonatal and Infant Follow-ups in Primary Care* (Hülya Bilgen)
- “**Birinci Basamakta Hipertansiyonun Tanı ve Tedavisi**” - *Diagnosis and Treatment of Hypertension in Primary Care* (Yaprak Biren)

*C- SUNUMLAR
PRESENTATIONS*

İÇİNDEKİLER

I. TIP EĞİTİMİ, HİZMET İÇİ EĞİTİM, SAĞLIK EĞİTİMİ

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ'NCE DÜZENLENEN İŞYERİ HEKİMLİĞİ SERTİFİKA PROGRAMI'NA KATILAN HEKİMLERİN PROFİLİ Prof.Dr.Ahmet Saltık, Dr.Nihal Coşkun	1
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ HALİL BAYRAKTAR SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEK OKULU ÖĞRENCİLERİNİN CİNSEL YOLLA BULAŞAN HASTALIKLAR KONUSUNDAKİ BİLGİLERİ Öğr.Gör.Meral Bayat, Öğr.Gör.Mürüvvet Başer, Dr.Mücahit Eğri, Prof.Dr.Mualla Aykut, Prof.Dr.Yusuf Öztürk	7
SAĞLIK İDARESİ YÜKSEK OKULU MEZUNU SAĞLIK YÖNETİCİLERİNİN BAZI ÖZELLİKLERİ ve UYGULAMADA KARŞILAŞTIKLARI SORUNLAR Emin Gemici, Dr.Faruk Yorulmaz, Dr.Ahmet Saltık, Dr.Hasan Çetin Ekerbiçer, Dr.Galip Ekuclu, Dr.Ufuk Berberoğlu	11
SAĞLIK İDARESİ YÜKSEK OKULU MEZUNU SAĞLIK YÖNETİCİLERİNİN ALDIKLARI EĞİTİM İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİ ve EĞİTİMİLE İLGİLİ SORUNLARI Emin Gemici, Dr.Faruk Yorulmaz, Dr.Ahmet Saltık, Dr.Galip Ekuclu, Dr.Hasan Çetin Ekerbiçer, Dr.M. Sarper Erdoğan, Dr.Nezihe Üzümlü	16
INTERNET VE TIP Nazan Bilgel, Erkan Özkan	23
DIYARBAKIR İLİ SAĞLIK OCAKLARI EBE HEMŞİRELERİ VE SAĞLIK EĞİTİMİ Öğr.Gör.Nermin Saçar, Prof.Dr.Nuran Elmacı, Prof.Dr.Ersen İlçin	26

II. AİLE PLANLAMASI

İSTANBUL'DA DOĞUM SONRASI DÖNEMDE AİLE PLANLAMASI VE AİLE SAĞLIĞI: BABALARIN KATILIMI Janet Molzan Turan, Prof. Dr. Ayşen Bulut, Doç. Dr. Gülbin Gökçay, Hacer Nalbant	34
KAYSERİ DOĞUMEVİ AİLE PLANLAMASI POLİKLİNİNİNDE SUNULAN MODERN AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİNİN (RIA ve KOMBİNE ORAL KONTRASEPTİFLER) DEĞERLENDİRİLMESİ Uzm. Vesile Şenol, Uzm. Salime Mucuk, Prof. Dr. Yusuf Öztürk	37
KAYSERİ İL MERKEZİNDEKİ ECZANELERDE ECZACI VE KALFALARIN AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ KONUSUNDAKİ BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI Dr.Dilek Özcan, Doç. Dr.Fevziye Çetinkaya, Dr. Saime Malyalı, Prof. Dr.Yusuf Öztürk	45
YEŞİLYURT (MALATYA) MERKEZİNDEKİ 15-49 YAŞ GRUBU EVLİ KADINLARIN AİLE PLANLAMASINA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİNİN VE UYGULAMALARININ İNCELENMESİ Uz.Dr.Metin Genç, Ar.Gör.Dr.Gülşen Güneş, Ar. Gör.Dr.Mustafa Şahin, Uz.Dr.Leyla Karaoğlu, Doç.Dr.Erkan Pehlivan	49
TÜRKİYE'DE ERKEKLERİN AİLE PLANLAMASINA KATILIMLARI Şevkat B.Özvarış, Bahar G.Doğan, Ayşe Akın	55
AİLE PLANLAMASI HİZMETLERİNİN YAYGINLAŞTIRILMASI KONUSUNDA YENİ BİR ADIM Dr.Şevkat Bahar Özvarış, Dr.Behire Özek Öncüler, Dr.Münevver Bertan	60

III. KAZALAR, DİĞER ÇALIŞMALAR

SAĞLIK AÇISINDAN TÜRKİYE'DE DEPREMLER Prof.Dr.Necati Dedeoğlu	66
ANKARA ÇİĞİLTEPE LOJMAN BÖLGESİNDE OTURANLARIN EV KAZA SIKLIĞI VE KAZA NEDENLERİNİN SAPTANMASI Yrd.Doç.Dr.Onur Hamzaoglu, Yük.Hem.Özlem Özkan	72
GATA HEMATOLOJİ-ONKOLOJİ BİLİM DALLARI'NDA YATAN HASTALARIN HALK HEKİMLİĞİ UYGULAMALARINA BAŞVURMA DURUMLARININ SAPTANMASI Dr. Süleyman Ceylan, Yrd. Doç. Dr.Onur Hamzaoglu, Yrd. Doç. Dr.Cengiz Beyan, Dr. Şeref Kömürcü, Prof. Dr.Atilla Yalçın	82
TÜRKİYE'DE ÖNDE GELEN BİR HALK SAĞLIĞI SORUNU OLARAK TRAFİK KAZALARI VE SONUÇLARI: İSTATİSTİKSEL BİR DEĞERLENDİRME Prof.Dr.Yakut İrmak Özden	88
TÜRKİYE'DE TRAFİK KAZALARININ VE BU KAZALARDAKİ ÖLÜM VE YARALANMALARIN GÜNÜN SAATLERİNE GÖRE DAĞILIMI: ZAMAN SERİSİ TEKNİĞİYLE İSTATİSTİK BİR İNCELEME Prof. Dr.Yakut İrmak Özden, Nurten Turan, Hayriye Ertem Vehid	93
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ACİL SERVİSİNE BAŞVURAN ADLİ VAKALARIN ANALİZİ Dr. Ferruh Ayoğlu, Uzm.Dr. Ali Fuat Işık, Prof.Dr. Mehmet Ali Bumin	96
SAMSUN İLİNDE TRAFİK KAZALARININ GENEL DEĞERLENDİRİLMESİ Arş.Gör.Dr.A.Tevfik Sünter, Yrd.Doç.Dr.Şennur Dabak, Arş.Gör.Dr.Murat Topbaş, Prof.Dr.Yıldız Pekşen	101
O.Ü. TIP FAKÜLTESİ ACİL SERVİSİNE MÜRACAAT EDEN ZEHİRLENME VAKALARI (1995 YILI) Dr.Burhanettin Işıklı, Dr.İlhami Ünlüoğlu, Dr.Cemalettin Kalyoncu, Dr.Selma Metintaş, Dr.Didem Arslantaş	105

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ ACİL SERVİSİNE BAŞVURAN KAZA OLGULARININ İNCELENMESİ Ramis Güner, Yaşar Erkenci, Emel İrgil	109
ÖTANAZİ ÜZERİNE BİR ÇALIŞMA Dr.A. Alp Aker, Dr.Mustafa Taşdemir, Yrd.Doç.Dr.Dilşad Cebeci	114

IV. SAĞLIK SOSYOLOJİSİ VE DEMOGRAFİ

118 - 200

YATAN HASTALARIN DOKTORA BAŞVURMADA GECİKME NEDENLERİ Yrd. Doç. Dr. Sıdıka Kaya, Doç. Dr. Korkut Ersoy	118
SAĞLIK DAVRANIŞI KONUSUNDA BİR ÖN ÇALIŞMA: İNGİLTERE'DE YAŞAYAN TÜRK TOPLUMUNUN SAĞLIK DAVRANIŞ KALİPLERİ Zuhal Baltaş	123
BİR HALK SAĞLIĞI SORUNU OLARAK SİDDETİN TÜRK TELEVİZYONLARINDAKİ DURUMU Zuhal Baltaş, Yasemin Duman, Sezgin Kartal	136
TELEVİZYONUN ÇOCUKLAR ÜZERİNDEKİ ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ Tüley Aydın, Necla Ayaricioğlu, Mürvet Başar	145
SULTANÇİFTLİĞİNDE ÇOCUKLARDAKİ KARIN AĞRISI VE ATEŞLE İLGİLİ DÜŞÜNCE VE İNANISLAR Hande Gençel Harmancı, Sibel Kalaça, Çağrı Kalaça, Abdullah Demirkol	150
BİR İLKÖĞRETİM OKULU SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN GENEL SAĞLIK YAKLAŞIMLARININ BELİRLENMESİNDE YENİ BİR YÖNTEM DENEMESİ Çağatay Güler, Sibel Kalaça, Nuray Yeşildal	161
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN SİGARA İÇME DURUMLARI VE SİGARANIN ZARARLARI KONUSUNDA VERİLEN EĞİTİMİN ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ Uzm. Vesile Şenol, Uzm. Aysel Özdemir, Prof. Dr.Yusuf Öztürk	163
ADANA HUZUREVİ VE YENİBARAJ SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDEKİ 65 YAŞ VE ÜZERİ YAŞLILARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ Dr.Birgül Bilginer, Prof.Dr.Ahmet Tunçer, Yrd.Doç.Dr.Elçin Apan	168
SİVAS İL MERKEZİ VE KÖYLERİNDE AKRABA EVLİLİĞİ SIKLIĞI VE ANA ÇOCUK SAĞLIĞINA ETKİLERİ Yrd. Doç. Dr. Haldun Sümer, Doç. Dr. Gülay Koçoğlu, Doç. Dr. H.Hüseyin Polat, Prof. Dr.Ferit Koçoğlu	172
TÜRKİYE'DEKİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE SİGARA İÇİCİLİĞİ PREVALANSINA İLİŞKİN META - ANALİZ Uz. Dr. Emel Yardımcı, Dr. Aysu Kıyan, Dr. Turhan Özbilen, Dr. Yusuf Sahip, Prof. Dr.Rian Dişçi	175
MALATYA İL MERKEZİNDEKİ LİSE SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIKLA İLGİLİ BİLGİ VE DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ Uz. Dr. Leyla Karaoğlu, Doç.Dr. Erkan Pehlivan	180
ANKARA'DA ÜÇ ÇOCUK HASTANESİNDE POLİKLİNİKLERE BAŞVURAN HASTA YAKINLARININ MEMNUNİYET DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ Dr.Dilek Öztaş	187
SİVAS İL MERKEZİ VE KÖYLERİNDE KADINLARIN SAĞLIK KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER Doç.Dr.Gülay Koçoğlu, Yrd.Doç.Dr.Haldun Sümer, Doç.Dr.H.Hüseyin Polat, Prof.Dr.Ferit Koçoğlu	195
ABİDİNPAŞA SAĞLIK GRUP BAŞKANLIĞI BÖLGESİNDEKİ DÖRT LİSEDE (Kız Meslek, İmam-Hatip, Endüstri Meslek ve Klasik) GENÇLERİN ERGENLİK DÖNEMİ İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYLERİ VE ETKİLİ FAKTÖRLER Dr.Deniz Çalışkan, Prof.Dr.Arslan Tunçbilek	200

V. SAĞLIK HİZMET ARAŞTIRMALARI

206 - 309

I. BASAMAKTA ÇALIŞAN SAĞLIK BAKANLIĞINA BAĞLI HEKİMLERİN II. ULUSAL AŞI GÜNLERİYLE (UAG) İLGİLİ BİLGİ ve TUTUMLARI, EDİRNE -1996 Dr. Galip Ekuklu, Dr. Muzafer Eskiocak, Dr. Metin Küçük, Dr.Ufuk Berberoğlu, Dr.Ahmet Saltık	206
SAĞLIK OCAĞI ÇALIŞANLARININ İLK YARDIM VE CPR KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYİ Dr.Hülya Ünalan, Dr.Hülya Ellidokuz	213
KAYSERİ DOĞUM VE ÇOCUK BAKİMEVİNDE ÇALIŞAN EBE VE HEMŞİRELERİN İŞYERİ SORUNLARI VE BUNLARI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ Uzm. Vesile Şenol, Uzm. Salime Mucuk, Prof. Dr.Yusuf Öztürk	218
HALKIN SAĞLIK HİZMETLERİNE KATILIMI KONUSUNDA SAĞLIK PERSONELİNİN BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞ ÖZELLİKLERİ: SİVAS ARAŞTIRMASI Ua.Psk.Çetin Bozkaya, Uz.Dr.Kemal Hoşgeçin, Dr.Nurperi Teker, Hem.Dilek Özdemir	224
GÖLBAŞI BÖLGESİNDE YAŞAYAN BİREYLERİN SAĞLIK HİZMETİ BAŞVURULARI VE BUNU ETKİLEYEN ETMENLER Dr.Bülent Kılıç	228
ÇEŞİTLİ SAĞLIK KURULUŞLARINDA AŞI BUZDOLAPLARI İÇİN ÖNERİLEN ÖZELLİKLER VE AŞILARIN ETKİLİ SAKLANMASI Doç.Dr.Gülay Görak, Yrd.Doç.Dr.Nefise Bahçecik	235

KAYSERİ İL MERKEZİNDEKİ ECZANELERDEN REÇETESİZ İLAÇ ALMA NEDENLERİ Dr.Saime Malyalı, Dr.Dilek Özcan, Dr.Turgut Şahinöz, Dr.H Hüseyin Fiker, Doç.Dr.Fevziye Çetinkaya, Prof.Dr.Yusuf Öztürk	240
KOCAELİ İL MERKEZİNDE BULUNAN KAMU HASTANELERİNİN YATAK VERİMLERİ YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ Yrd.Doç.Dr.Besim Şeref	245
HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ PROJESİ BAHÇEKÖY BÖLGE ÇALIŞMAI ARI TANITIMI Doç.Dr.Semra Erdoğan, Yard.Doç.Dr.Nursen Nahcivan, Msc.Nihal Fsin	249
TOPLUM SAĞLIK GÖNÜLLÜLERİNİN GENÇLERİN İNSAN VÜCUDU VE ÜREMEYLE İLGİLİ BİLGİLERİ ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ Dr.Şibel Kalaça, Dr.Zafer Öztekin	253
BİR KÖY TOPLUMUNDA GELİNEKSEL EBELERİN İŞİ EVLERİ, AĞRI 1995 Nuriye Nalan Şahin	264
HEKİM VE HEMŞİRELERİ HASTANEYE BAĞLI AYAN-UZAKI AŞTIRAN FAKTÖRİLER A.Ruhi Toraman, Cesium Demir, A.Kadir Güçlü, H.İbrahim Cankul, Hazım Öztürk	269
POLİKLİNİK TEDAVİ ŞÜRESİNİN VARYANSINI ETKİLEYEN FAKTÖRİLER A. Ruhi Toraman, Turan Fedai, H.Tansu Aktan, Hazım Öztürk	274
SOSYAL GÜVENCE KAPSAMINDA OLAN BİR NÜFUSTA HEKİME GİTME SIKLIĞI A. Çetin Yigit, Sıdika Kaya, A. Ruhi Toraman	279
ELAZIĞ İL MERKEZİ VE MERKEZ İLÇEYE BAĞLI BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURUMI ARINDA ÇALIŞAN HEMŞİRE VE EBELERİN ANA ÇOCUK SAĞLIĞI AİLE PLANLAMASI KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ Edibe Dinç, Mehmet Bostancı	283
İL VEREM SAVAŞ DİSPANSİRLERİNDE TEKNİK VERİMLİLİK ÖLÇÜMÜ Yrd.Doç.Dr.Şahin Kavuncubaş, Doç.Dr.korkut Ersoy, Dr.Ümit A. Giray	287
SAĞLIK YÖNETİCİLERİNDE İŞ DOYUMU Doç.Dr.Said Bodur, Dr.Sami Güler, Dr. Semin Güler	293
ULUSAL AŞI GÜNLERİNDE (UAG) ÇOCUĞUNU AŞILATMAYAN SAĞLIK PERSONELİNİN BAĞIŞIKLAMA İLE İLGİLİ DENEYİMLERİ VE AŞIYI REDDETME NEDENLERİ, Edirne-1996 Dr.Muzaffer Eskiocak, Psk. Dr.Yaşar Spor, Dr. Devrim Öztürk, Dr. Ahmet Saltık	296
I. BASAMAKTA ÇALIŞAN HEKİM DIŞI SAĞLIK PERSONELİNİN ULUSAL AŞI GÜNLERİYLE İLGİLİ BİLGİ DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ, EDİRNE-1996 Dr. Hasan Çetin Ekerbiçer, Dr.Muzaffer Eskiocak, Dr. Faruk Yorulmaz, Dr.Nezih Üzümlü, Dr. Nurgül Bayat, Dr.Ahmet Saltık	301
DIYARBAKIR İL MERKEZİNDE İL KOKUL ÇOCUKLARINDA PPD TARAMASI SONUÇLARI Dr. Ali Ceylan, Dr.Melikşah Ertem, Prof.Dr.Ersen İlçin, Dr.Günay Saka, Adil Alp	309
VI. SAĞLIK EKONOMİSİ, SAĞLIK YÖNETİMİ	312 - 335
ALMAN SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİ Dr.M.Sarper Erdoğan, Prof.Dr.Ahmet Saltık	312
GÖLBAŞI BÖLGESİNDE YAŞAYAN BİREYLERİN DOĞRUDAN YAPTIKLARI SAĞLIK HARCAMALARI VE BUNU ETKİLEYEN ETMENLER Dr.Bülent Kılıç	317
İSTANBUL ÜMRANIYE BÖLGESİ SAĞLIK OCAKLARINDAKİ YÖNETİM SİSTEMİNİN LİKERT ÖLÇEĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ Aslıhan Güven, Şanda Çalı	324
İSTANBUL İLİNDE KAMUYA VE ÖZEL SEKTÖRE AİT SAĞLIK KURULUŞLARININ İLÇELERE GÖRE DAĞILIMI Kadir Dadan, Gülçin Yapıcı, Çetin Demircan, Ümit Şahin, Suphi Vehid, Günay Can, Sadık Toprak, Ahmet Ayhan Yüceokur, Ayşe Kaypmaz	331
HEKİMLERİN YASAL VE YÖNETSEL YÜKÜMLÜLÜKLERİ İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYLERİ Dr.Berna Musal, Dr.Hamit Hancı, Dr.Hülya Ellidokuz	335
VII. KADIN SAĞLIĞI	340 - 388
GENÇ KIZLARDA AĞRILI ADET SIKLIĞI VE ADET DÖNEMİ UYGULAMALARI Dr.Semin Güler, Doç.Dr.Said Bodur, Prof.Dr.Selma Çivi	340
TALAS SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE SON TRİMESTRDE OLAN GEBELERİN DOĞUM ÖNCESİ BAKIM HİZMETLERİNDEN YARARLANMA DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ Mecdet Balkanlı, Nermin Öztürk, Vesile Şenol, Prof. Dr. Yusuf Öztürk	344
ADANA DOĞUMEVİ HASTANESİNDE MR UYGULANAN KADINLARIN YÖNTEM TERCİHLERİNDE EĞİTİMİN ETKİSİ Sibel Öner, Doç.Dr.Z.Nazan Alparslan	349
MALATYA'DA GÖNÜLLÜ BİR GRUP KADINDA ŞİŞMANLIK KONUSUNDA EĞİTİMİN ETKİSİ Dr.Gülşen Güneş, Doç.Dr.Erkan Pehlivan, Dyt. Gülten Şare, Dyt. Sevil Kumaz	353
HASTANEDE VE EVDE DOĞUM YAPAN KADINLARIN SOSYO EKONOMİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ Dr.Saime Malyalı, Prof.Dr.Mualla Aykut, Doç. Dr.Fevziye Çetinkaya, Dr. Dilek Özcan, Prof. Dr. Yusuf Öztürk	357

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ GİVHER NESİBE HASTANESİ KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANA BİLİM DALI MENOPOZ KLİNİĞİNE BAŞVURAN KADINLARIN MENOPOZA GİRME YAŞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER BAKIMINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ Şenol, V. Özdemir, A. Çetinkaya, A. Öztürk, Y.	362
DOĞANKENT SEA BÖLGESİNDE 1995 YILINDA YAPILAN DOĞUMLARIN ÖZELLİKLERİNİ GÖR- İNCELEMESİ Dr.M.Akbaba, Dr.F.Apan, Dr.Ö.Karaömerlioğlu, Dr.N.Aytaç, Dr.F.Tanır	367
TOKAT İLİ MERKEZ İLÇEDE EVLİ KADINLARDA BAZI SAĞLIK ÖLÇÜTLERİ Dr.Mete Bayburtlu, Doç.Dr.Gülşay Koçoğlu, Yrd.Doç.Dr.Haldun Sümer, Prof.Dr.Ferit Koçoğlu	370
ADANA İLİ YENİBARAJ SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDEKİ GEBELERDE ANİMİ PRE-VALANSI Oya Oruç, Ahmet Tunçer, Elçin Apan	374
MALATYA YEŞİL YURT SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDEKİ ERİŞKİN KADINLARDA ÜRİNER İNCONTINANS PRE-VALANSI VE ETKİLİ FAKTÖRLER Dr.Gülşen Güneş, Dr.Ali Güneş, Doç.Dr.Erkan Pehlivan	379
20 YAŞ ÜZERİ KADINLARIN MEME KANSERİNE YÖNELİK BİLGİ VE DAVRANIŞ BİÇİMLERİ Doç.Dr.Nazan Günel, Dr.Dilek Öztepe, Yrd.Doç.Dr.Aytuğ Üner, Uzm.Dr.Deniz Yamaç, Dr.Emine Elvan Çiflik	382
GÖRDES'TE EVDE DOĞUM YAPAN KADINLARIN DOĞUMA İLİŞKİN UYGULAMALARI Prof.Dr.Ayla Bayık	388

VIII. ÇOCUK SAĞLIĞI

396 - 446

ADANA DOĞANKENT SOLAKLI VE YÜZBAŞI SAĞLIK OCAK LARI BÖLGESİNE GİTEN MEVSİMİİK TARIM İŞÇİLERİNİN 1-6 YAŞ ÇOCUKLARINDA MALNÜTRİSYON PRE-VALANSI* Uz.Dr.Tacettin İnandı, Prof.Dr. Musin Akbaba	396
İKİ SAĞLIK EĞİTİM ARAŞTIRMA BÖLGESİNDE KISA HESAPLAMA YÖNTEMLERİ İLE ÇOCUKLUK ÇAĞI ÖLÜMLÜLÜĞÜNÜN DEĞERLENDİRİLMESİ PhD Bahar Güçöz Doğan, Prof.Dr.Münevver Bertan	400
BİR TOPLUM ÖRGÜTÜ DÜŞÜ: ÇOCUK ÇALIŞTIRAN KÜÇÜK İŞYERLERİNE YÖNELİK FİŞEK ENSTİTÜSÜ MODELİ Gürhan A. Fişek, Bülent Kılıç	403
1987-1993 YILI ARINA ALI İSTANBUL ÇOCUK MAHKEMELERİNDE KARARA BAĞLANMIŞ ÇOCUK SUÇU DOSYALARININ RETROSPEKTİF İNCELENMESİ: ÇOCUK SUÇLARININ GÖÇ, YAŞ VE CİNSİYET DEĞİŞKENLERİ İLE İLİŞKİSİ R.Dişçi, B. Hapçıoğlu, Y. Özden, N. Turan	406
BİR TOPLUM ÖRGÜTÜ DÜŞÜ ve ÇALIŞAN ÇOCUKLARA YÖNELİK BİR MODEL ÖNERİSİ Doç.Dr.A.Gürhan Fişek	411
EBELERİN VE 0-6 YAŞ ÇOCUĞU OLAN KADINLARIN ÇOCUK İZLEMLERİ KONUSUNDAKİ DÜŞÜNCELERİ Prof. Dr. Osman Günay, Doç. Dr.Fevziye Çetinkaya, Dr.H. Hüseyin Eker, Prof. Dr.Yusuf Öztürk	415
"0" YAŞ GRUBU BEBEĞİ OLAN ANNELERİN BU DÖNEME İLİŞKİN BÜYÜME GELİŞME BİLGİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ Öğr.Gör.Meral Bayat, Öğr.Gör.Sultan Taşcı, Öğr.Gör.Mürüvvet Başer, Prof.Dr.Yusuf Öztürk	419
ALİELERİN 3-6 YAŞ ÇOCUKLARIN EĞİTİMİNDE DAYAK UYGULAMALARINI ETKİLEYEBİLECEK ETMENLER Fatma Çaydere Erat, Doç.Dr.Z.Nazan Alparslan	423
GAZİANTEP'TE FARKLI SOSYO EKONOMİK BÖLGELERDE YAŞAYAN EVLİ KADINLARIN İŞHAL KONUSUNDA BİLGİ DÜZEYLERİ Yrd.Doç.Dr.Ali İhsan Bozkurt, Prof.Dr.Servet Özgür, Araş.Gör.Dr.Birgül Özçirpici	428
GAZİANTEP'TE FARKLI SOSYO EKONOMİK DÜZEYE SAHİP BÖLGELERDE 5 YAŞ ALTI ÇOCUKLARDA İŞHAL GÖRÜME SIKLIĞI Yrd.Doç.Dr.Ali İhsan Bozkurt, Prof.Dr.Servet Özgür, Araş.Gör.Dr.Birgül Özçirpici	433
DOĞANKENT SAĞLIK EĞİTİM ARAŞTIRMA BÖLGESİ 1995 YILI BEBEK ÖLÜMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ Doç.Dr.Necdet Aytaç, Yrd.Doç.Dr.Elçin Apan, Yrd.Doç.Dr.Önder Karaömerlioğlu, Prof.Dr.Muhsin Akbaba, Prof.Dr.Ahmet Tunçer	438
5 YAŞ ALTI ÇOCUKLARDA BCG AŞILAMA ORANLARI Yrd.Doç.Dr.Ali İhsan Bozkurt, Araş.Gör.Dr.Nurgül Bozkurt	443
ELAZIĞ İL MERKEZİNDE BULUNAN HASTANELERDE DOĞUM YAPAN ANNELERE ANNE SÜTÜ VE EMZİRME KONUSUNDA HASTANE SAĞLIK PERSONELİNİN YAKLAŞIMI Dr.Ferdane Oğuzöncül, Dr. Mehmet Bostancı	446

IX. ÇEVRE SAĞLIĞI

452 - 481

OKUL ÇAĞINDAKİ ÇOCUKLARIN ÇEVRE SAĞLIĞI BİLGİLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER Araş Gör.Aysen Tozlu, Doç.Dr.Gülümser Kubilay	452
---	-----

İSTANBUL'DA SU İSTASYONLARI'NDA SATIŞA SUNULAN İÇME SULARININ MİKROBİYOLOJİK YÖNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ Yrd.Doç.Dr.Vecdet Öz, Yrd.Doç.Dr.Selçuk Köksal, Mik.Uzm.Şükran Çelik, Vet. Dr.Necati Toprak, Dr.Ethem Erginöz, Prof.Dr.Salih Cengiz, Prof.Dr.Hilmi Erginöz	457
İSTANBUL'DA TÜKETİME SUNULAN PASTA ve TATLILARIN MİKROBİYOLOJİK KALİTESİ ÜZERİNE ARAŞTIRMALAR Dr.Harun Aksu	461
ADANA DOĞANKENT BEİDESİ SU KUYULARINDA BAZI KİMYASAL PARAMETRELERİN ÖLÇÜM DEĞERLERİ Dr.Muhsin Akbaba, Dr.Ferdi Tanır, Dr.Önder Karaömerlioğlu	465
SAMSUN İLİ İÇME SULARININ FİZİKSEL VE KİMYASAL DEĞERLENDİRİLMESİ Yrd.Doç.Dr.Cihad Dündar, Uz.Dr.Hasan Hamzaçebi, Prof.Dr.Yıldız Pekşen	469
SİVAS İLİNDE HAVA KİRLİLİĞİNİN ÖLÇÜMLER ÜZERİNE ETKİSİ Dr.Naim Karagöz, Dr.Haldun Sümer, Dr.İlhan Çetin, Dr. Mücahit Eğri, Dr.Ferit Koçoğlu	473
İSTANBUL'DA TÜKETİME SUNULAN BAZI HAZIR YEMEKLERİN MİKROBİYOLOJİK KALİTESİ ÜZERİNE ARAŞTIRMALAR Dr.Harun Aksu	476
SİVAS İLİ MERKEZİNDEKİ SİHİ İŞYERLERİNİN ETKİN DENETİM USULLERİ İLE DENETLENMESİ Dr.İlhan Çetin, Doç. Dr.H.Hüseyin Polat, Doç. Dr.G. Koçoğlu	481
X. İŞÇİ SAĞLIĞI	486 - 529
MEVSİMLİK TARIM İŞÇİSİ EVLİ ERKEKLERİN SAĞLIKLA İLGİLİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI Yrd.Doç.Dr.Önder Karaömerlioğlu, Dr. Tacettin İnandı, Prof.Dr. Muhsin Akbaba	486
BİR DEMİR ÇELİK FABRİKASINDAKİ İŞ KAZALARININ SIKLIK, AĞIRLIK, ORGAN DAĞILIMI, OLUŞ BİÇİMİ VE EKONOMİK YÖNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ Yrd.Doç.Dr.Besim Şeref	490
ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇALIŞANLARINDA BAZI MESLEKİ RİSK ETMENLERİ Birgül Piyal, Recep Akdur, Y. Bülent Piyal	494
GIESSEN JUSTUS LIEBIG ÜNİVERSİTESİ, İŞ SAĞLIĞI VE SOSYAL TIP ENSTİTÜSÜ VE POLİKLİNİĞİ-IPAS DENEYİMİ İLE ALMANYA'DA İŞ SAĞLIĞI UYGULAMALARI Dr.M.Sarper Erdoğan	500
11. KOCAELİ'NDE GIDA SANAYİ İŞ KOLUNDA İŞ SAĞLIĞI DURUM ANALİZİ Yrd.Doç.Dr.Besim Şeref, Prof.Dr.Erdal Beşer, Dr.Sevim Erbek, Ayşe Beşer, Nilüfer Tek	505
İŞ SAĞLIĞI POLİTİKASI VE EYLEM PROGRAMI İÇİN YÖNTEM ÖNERİSİ Dr. Bülent Piyal	509
AHI EVRAN ÇIRAKLIK EĞİTİM MERKEZİ SON SINIFTA EĞİTİM GÖREN, OTO YAN SANAYİNDE ÇALIŞAN İŞÇİLERİN PSİKOLOJİK SEMPTOM DAĞILIMI Berna Çamkuşu, Gülcem Sala, Ali Naci Yıldız	513
TTB HALK SAĞLIĞI KOLU, 1995 YILI GEZİCİ EĞİTİMİ "İŞYERİ SAĞLIK KOŞULLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ" Dr. Galip Ekuklu, Dr. Ufuk Berberoğlu, Dr. Ahmet Saltık	518
1976-1995 YILLARI ARASINDA GIESSEN, JLU İŞ SAĞLIĞI ENSTİTÜSÜNDE MESLEK HASTALIĞI ARAŞTIRILMAK ÜZERE RAPORLANDIRILMIŞ (BEGUTACHTET) TÜRK İŞÇİLERİNİN DÖKÜMÜ Dr.M. Sarper Erdoğan, Dr.Galip Ekuklu, Dr.Eckhard Blum, Dr.Joachim Rösler, Dr.Hans-Joachim Weitowitz	523
MESLEK HASTALIKLARINA TANI KOYMA SÜRECİ (BERUFSSKRANKHEITENVERFAHREN = BKV) ALMANYA'DA NASIL İŞLEYOR? Dr. M.Sarper Erdoğan, Prof.Dr.Ahmet Saltık	529
XI. BULAŞICI HASTALIKLAR	533 - 579
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ 6. DÖNEM ÖĞRENCİLERİ ARASINDA AIDS, HEPATİT B,C,D VE KORUNMA KONUSUNDA BİLGİ ,TUTUM VE DAVRANIŞ ARAŞTIRMASI Dr.Filiz Uluhan..Dr.Nilay Baharlı, Doç.Dr.Latife Mamikoğlu	533
SİLİVRİ SAĞLIK GRUPOBAŞKANLIĞI BÖLGESİNDEKİ LİSE ÖĞRENCİLERİNİN AIDS BİLGİ DÜZEYLERİ Yrd.Doç.Dr.Selçuk Köksal, Hem.Figen Uğurlu, Uz.Dr.Suphi Vehid, Dr.Ethem Erginöz, Uzm.Öğr.Dr.Gülçin Yapıcı, Prof.Dr.Turhan Akıncı, Prof.Dr.Hilmi Erginöz	536
DEHİDRATASYONLA SEYREDEN BİR AKUT İSHAL OLGUSUNA ECZANE YAKLAŞIMI, ANTALYA, TÜRKİYE Dr.Mehmet Aktekin, Dr.Çağlar Erözgen, Dr.Levent Dönmez, Dr.Gönül Dinç, Dr.Hakan Erengin	540
DIYARBAKIR ŞEHİTLİK SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE GÖRÜLEN KIZAMIK OLGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ Dr.Melikşah Ertem, Dr.Günay Saka, Dr.Ali Ceylan, Dr.Macit Bilici, Prof.Dr.Ersen İlçin	544
TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN KAN VE İNFEKTE SIVILAR İLE TEMAS DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ Arş.Gör.Dr.Murat Topbaş, Arş.Gör.Dr.A.Tevfik Sünter, Arş.Gör.Dr.Melek Coşkun, Yrd.Doç.Dr.Cihad Dündar, Prof.Dr.Yıldız Pekşen, Doç.Dr.Hakan Leblebicioğlu	548
SAMSUN'DA ÇALIŞAN KUAFÖRLERİN AIDS KONUSUNDAKİ BİLGİ VE DAVRANIŞLARI Arş.Gör.Dr.Melek Coşkun, Yrd.Doç.Dr.Şennur Dabak, Prof. Dr.Yıldız Pekşen, Prof.Dr.Rengin Erdal, Arş.Gör.Dr.Murat Topbaş	551
BURSA 1 NO'LU ANA-ÇOCUK SAĞLIĞI VE AİLE PLANLAMASI (AÇSAP) MERKEZİNE BAŞVURAN GEBELERDE HBV SEROPOZİTİVİTESİNİN ARAŞTIRILMASI Dr.Neşe Akın, Dr.Saniye Dilek, Dr.Nazan	554

Bilgel	
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN AIDS KONUSUNDAKİ BİLGİ-TUTUM VE DAVRANIŞLARI, EDİRNE 1996. Dr.Galip Ekuklu, Dr.Hasan Ekerbiçer, Dr.Sarper Erdoğan, Dr.Nezihe Üzümlü, Dr.Ufuk Berberoğlu, Dr.Ahmet Saltık	557
DÜNYADA KUDUZUN DURUMU VE TÜRKİYE'DE KUDUZ EPİDEMİYOLOJİSİ Dr.R.Cenap Yıldırım, Uz.Dr.Oya Zeren Afşar, Uz.Dr.Muzaffer Keçeci	564
BRUSELLOZUN DÜNYADAKİ DURUMU VE TÜRKİYE'DE BRUSELLOZ EPİDEMİYOLOJİSİ Dr.Cenap Yıldırım, Uz.Dr.Oya Zeren Afşar, Uz.Dr.Levent Eker	568
BİR TIP FAKÜLTESİ HASTANESİNDE GÖREVLİ HEMŞİRELERİN HEPATİT-B VİRÜS İNFEKSİYONUYLA İLGİLİ RİSK ALGILAMALARI İLE BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ SAPTANMASI Yrd.Doç.Dr. O.Hamzaoglu, Dr. M.Uçar, Dr. S.Ceylan, Yük.Hem. Ö. Özkan, Yük.Hem. T.Biçer	571
CAMPYLOBACTER JEJUNİ'NİN GIDA HİJYENİ VE HALK SAĞLIĞI AÇISINDAN ÖNEMİ Dr.Harun Aksu, Doç.Dr.Kamil Bostan, Araş.Gör.Özge Özgen	579

584 - 637

XII. KRONİK HASTALIKLAR

DOĞANKENT BELDESİ 35-54 YAŞ GRUBUNDA HİPERTANSİYON VE KARDİYOYASKÜLER RİSK FAKTÖRLERİ Dr.Elçin Apan, Dr.Ferdi Tanır, Dr.Mustafa Demirtaş, Dr.Necdet Aytaç, Dr.Mustafa Şan, Dr.Muhsin Akbaba	584
ADANA DOĞANKENT BELDESİNDEKİ 35-54 YAŞ GRUBUNDA HİPERTANSİYON VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER Dr.Ferdi Tanır, Dr.Önder Karaömerlioğlu, Dr.Elçin Apan, Dr.Necdet Aytaç, Dr.Tacettin İnandı, Dr.Muhsin Akbaba	588
HİPERTANSİYON VAKALARININ EPİDEMİYOLOJİK YÖNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ Yrd.Doç.Dr.Selçuk Köksal, Yrd.Doç.Dr.Yesari Karter, Uzm.Dr.Aydın Tunçkale, Uzm.Dr.Suphi Vehid, Prof.Dr.Adnan Yaldiran, Prof.Dr.Esin Öztürk, Prof.Dr. Hilmi Erginöz	591
HİPERTANSİYON OLGULARINDA TEDAVİ ÖNCESİ VE SONRASINDA KORONER ARTER HASTALIĞI GELİŞME RİSKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ Yrd.Doç.Dr.Yesari Karter, Yrd.Doç.Dr.Selçuk Köksal, Uzm.Dr.Aydın Tunçkale, Dr.Ethem Erginöz, Prof.Dr. Adnan Yaldiran, Prof.Dr.Fikret Sipahioğlu, Prof.Dr.Esin Öztürk, Prof.Dr.Hilmi Erginöz	597
KAYSERİ KIRSAL KESİMİNDE ASTMA PREVALANSI Doç.Dr.İ. Gülmez, Doç.Dr.F. Çetinkaya, Prof.Dr.Y. Öztürk, Prof. Dr.M. Özemi, Prof. Dr.R. Demir, Uzm. T. Aydın	601
KAYSERİ KIRSAL KESİMİNDE KRONİK BRONŞİT PREVALANSI Doç. Dr. F. Çetinkaya, Doç. Dr.İ. Gülmez, Prof. Dr. Y. Öztürk, Prof. Dr. M. Özemi, Uzm. T. Aydın	605
HİPERTANSİYONLU KİŞİLERİN HİPERTANSİYON KONUSUNDAKİ BİLGİ VE DAVRANIŞLARI Doç. Dr. Fevziye. Çetinkaya, Prof. Dr. Mualla Aykut, Dr. H. Hüseyin Eker, Prof. Dr.Yusuf Öztürk	609
KÜÇÜKÇEKMECE SAĞLIK GRUP BAŞKANLIĞI BÖLGESİNDE 40 YAŞ VE ÜZERİ KADINLARDA HİPERTANSİYON Emel Yardımcı, Yıldız Tümerdem, Oktay Yardımcı, Bedia Ayhan	614
GÜMÜŞHANE İLİ TORUL MERKEZ SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE 30 YAŞ VE ÜZERİ NÜFUSTA HİPERTANSİYON PREVALANSI VE İLGİLİ ETMENLER Dr.Nazlı Hacıoğlu, Doç.Dr.Asuman Güraksın, Yrd.Doç.Dr.Tacettin İnandı, Yrd.Doç.Dr.Talat Ezmeci	617
ELAZIĞ BASKİL İLÇE MERKEZİNDE YAŞAYAN 35 YAŞ VE ÜZERİ NÜFUSTA HİPERTANSİYON SIKLIĞI Yrd.Doç.Dr. Yasemin Açık, Prof.Dr. R. Erol Sezer	624
TRABZON İL MERKEZİNDE 0-6 YAŞ GRUBU EPİLEPSİ PREVALANSI VE RİSK FAKTÖRLERİ Uz.Dr.Gamze Çan, Uz.Dr.Okan Bölükbaşı, Dr. Perihan Torun, Prof. Dr. Mehmet Özmenoğlu, Prof. Dr. Erdal Beşer	630
MALATYA YEŞİLYURT SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE 40 YAŞ VE ÜZERİ NÜFUSTA HİPERTANSİYON PREVALANSI VE BAZI RİSK FAKTÖRLERİNİN SAPTANMASI Dr.Gülşen Güneş, Doç.Dr.Erkan Pehlivan	633
TİP II DİABETES MELLİTUSTA DİABETİK RETİNOPATİ PREVALANSI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER Aysun İdil, Nazlı Dalgıç, Aysel Işık	637

XIII. YAŞLILIK, RUH SAĞLIĞI, ALIŞKANLIKLAR, BESLENME

645 - 686

ANTALYA KENT MERKEZİNDEKİ YAŞLILARIN SAĞLIK SORUNLARI VE GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ Dr.Levent Dönmez, Dr.Mehmet Aktekin, Dr.Hakan Erengin	645
ORTAOKUL ÖĞRENCİLERİNDE DEPRESYON SIKLIĞI Doç.Dr.Said Bodur, Dr.Sıtkı Karaca, Dr.Hasan Küçükkendirci, Dr.Semin Güler	652
ETİMESGUT BÖLGESİNDEKİ 65 YAŞ ÜZERİ KADINLARDA GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ Dr.Gül Ergör, Dr.Yüksel Köybaşı, Dr.Behçet Akbelen, Dr.Mesut Ali Çiftçi, Dr.Moody H. Kılıvıa	655

ASKERİİK GÖREVİNE YENİ BAŞLAYAN GENÇ ERİŞKİN ERKEKLERDE DEPRESYON SEMPTOMLARININ SIKLIĞININ ARAŞTIRILMASI Yrd.Doç.Dr.O.Hamzaoglu, Dr.S.Ceylan, Dr.Ö.F.Tekbaş, Dr.M.Güleç, Dr.M.Uçar, Dr.M.N.Günçikan, Dr.T.Kır, Dr.F.Göçgeldi, Dr.F.Hoşgönül, Uz.Dr.S.Sayer, Yrd.Doç.Dr.M.Hasde.	659
SİVAS İİ MERKEZİNDE SOYA UNU KATILARAK BESİN DEĞERİ YÜKSELTİLMİŞ EKMEK KULLANIMI Dr. İlhan Çetin, Doç.Dr.G. Koçoğlu, Prof. Dr.F. Koçoğlu	664
I. BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN YERİ VE ÖNEMİ Dr.E. Didem Fıci, Dr.Dilek Örtas	667
ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇALIŞANLARINDA BAZI MESLEKİ RİSK ETMENLERİ Birgöl Piyal, Recep Akdur, Y. Bülent Piyal	672
ANTALYA'DAKİ HEKİMLER VE TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI DÜZEYLERİ Dr.Levent Dönmez, Dr.Mehmet Aktekin, Dr.Hakan Erengin, Dr.Gönül Dinç, Dr.Taha Karaman	679
ÜÇ FARKLI KLİNİKTE GÖREV YAPAN HEKİMLERİN ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİ KONUSUNDA (KARŞILAŞTIRMALI) BİR ARAŞTIRMA Psk.Zeliha İyidoğan Babayigit, Prof.Dr.Yakut İrmak Özden, Psk.Dr.Vickan Yücel Aslan	686

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ'NCE DÜZENLENEN İŞYERİ HEKİMLİĞİ SERTİFİKA PROGRAMI'NA KATILAN HEKİMLERİN PROFİLİ

Prof. Dr. Ahmet SALTİK¹ Dr. Nihal COŞKUN²

ÖZET

İşyeri Hekimlerinin Görev ve Yetkileri Hakkında Yönetmelik sürekli olarak 50 ve daha fazla işçi çalıştıran işyerlerinin sertifikalandırılmış bir işyeri hekimi ataması zorunluluğunu getirir. Bunun yanında 6023 sayılı yasa ise yerel Tabip Odası onayı olmaksızın işyeri hekimi atanmasını olanaksız kılar. Dolayısıyla *Sertifika Programı*nın hekimlerin çatı örgütü *TTB*'nce yürütülmesi-nin en sağlıklı çözüm olacağından hareketle *TTB* 1987 yılında bu Programı başlatmıştır. Bu Program çerçevesinde bugüne dek 13 bin hekimimiz sertifikalandırılmıştır. *Sertifika Programı*nın kritiğini yapabilmek, varsa aksayan yönlerini belirleyebilmek amacıyla bir test uygulanmasına karar verilmiştir. Mart 1995 - Nisan 1996 tarihleri arasında on bir kentte, İzmir ve İstanbul'da iki kez olmak üzere toplam on üç kez yapılan değerlendirmede 1 939 hekimimize test uygulanmıştır. Ön ve son test olarak uygulanan bu testlerle hem hekimlerin kurs öncesi ve sonrası bilgi düzeyleri hem de katılımcı profili ortaya konmaya çalışılmıştır. Bu amaçla yazımızda katılımcı hekimlerin ad-soyad, cinsiyet, doğum yılı, bitirilen tıp fakültesi ve bitirme yılı, kayıtlı olunan Tabip Odası, uzman ya da pra-tisyen olma, varsa uzmanlık dalı, varsa akademik kariyer, yabancı dil bilgisi, halen işyeri hekimliği yapıp-yapmadığı yönündeki bilgileri biraraya getirilerek geçmişin irdelenmesi yanında geleceğe dönük çıkarımlar yapılmaya çalışılmıştır.

SUMMARY

The Regulation Pertaining to Duties and Authorities of Workplace Physicians orders to the plants which continuously employ 50 or more workers to allocate a certified workplace physician. Beside this, The Code no. 6023 makes impossible employing workplace physician without ratification of Local Medical Chamber. For this ratification procedure, starting from the assumption of the healthiest resolution would be organising *Certification Programmes* by the *Turkish Medical Association* as the nationwide covering body. Turkish Medical Association started *Certification Programmes* in 1987. Within the framework of this certification programmes, some 13 000 colleagues were certified till now. In order to criticise the Certification Programmes and to determine ill-executed sides if existing, it was decided to apply a questionnaire. Between March 1995-April 1996, 1939 colleagues were questioned in 11 different cities in which courses were conducted for 13 sessions as 2 times for each İzmir and İstanbul. *Pre* and *post tests* served for both delineating the knowledge level of the participating physicians before and following the course and the profile of the participants. In this essay, we tried to present some profile information about the physicians' personal profile attaining Certification Programmes, for instance general practitioner or specialist, workplace physician or not at the course time, sex, age, academic career and spent effort for some associations towards planning of the future courses..

GİRİŞ VE AMAÇ

Bilindiği gibi Türk Tabipleri Birliği'nin (TTB) işyeri hekimliği yapacak meslektaşlarımıza dönük *Sertifika Programı* 1987'de başlatılmıştır. Dönemin TTB Merkez Konseyi Başkanı rahmetli Prof.Dr.Nusret H. Fişek konuyu çok önemsiyordu. Bu tutumunun başlıca 2 nedeni vardı : İlki, ülkemizde iş ve işçi sağlığı hizmetlerinin hiç de iç açıcı olmayan tablo-suydu. Türkiye hızla kentleşirken sanayi çalışanlarının sayısı ve oranı giderek artıyordu. Buna karşın iş kazaları, meslek hastalıkları gibi temel göstergeler çok olumsuzdu. Bu alanda 1. Basamak sağlık hizmeti hemen hemen hiç verilmiyordu. Dolayısıyla sektör, ku-rumlaşmanın da çok gerisindeydi. İkinci gerekçe ise hekimlerin giderek zorlaşan geçim ve çalışma koşulları idi. Ölümsüz biçimde ar-tan tıp fakülteleri ve mezunlarını yakın bir gelecekte açık hekim işsizliği ve statü yitimi tehlikesi bekliyordu. Ne yazık ki zaman Fi-şek'i haklı çıkardı. Öngörülerі günümüzde acı acı yaşanıyor. Ekibinde yer alan Doç.Dr.İsmail Topuzoğlu, Prof.Dr.Nazmi Bilir, Doç. Dr.Gürhan Fişek, Dr.Engin Tonguç ve diğerleri.. hizmeti özveri ile omuzladılar.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na 4 Temmuz 1980 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlük kazanan bir Yönet-melik vardı : *İşyeri Hekimlerinin Görev ve Yetkileri ile Çalışma Koşulları Hakkında Yönetmelik*.. Bu Yönetmelik, 1930 tarih ve 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Yasası'nın 180. maddesinde sözü edilen, sürekli olarak elli ve daha fazla işçi çalıştıran işyerlerinin bir işyeri hekimi ataması zorunluluğu ilkesini ayrıntılandırıyordu. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın ileri görüşlü bürokratları bir ILO (International Labour Organization, Uluslararası Çalışma Örgütü) Sözleşmesi'ni dilimize çevirerek Yönetmelik ola-rak yayınlamışlardı.³ Bu yönetmelik, kural olarak işyeri hekimliği yapacakların *yetkili makam*'ca sertifikaya edilmelerini zorunlu kılı-yordu.

Ayrıca 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Yasası'nın 5. maddesi de, Tabip Odası'nın onayı olmaksızın işyeri hekimi atamasını olanaksız kılıyordu. Doğal bir yorumla, hekimleri bu alanda sertifikaya edecek Kurumun, yasal meslek örgütü Türk Tabipleri Birliği olduğu anlaşıyordu. Buradan hareketle İşyeri Hekimliği Sertifika Programı başlatıldı.

Program, günümüze dek geliştirilerek sürdürülmüş, yaklaşık 13 bin meslektaşımız sertifika sahibi olmuştur. Doç.Dr.İsmail To-puzoğlu ekibinden sonra, Prof.Dr.Turhan Akbulut başkanlığında Dr.Haldun Sırer, Prof.Dr.Feyza Erkan, Prof.Dr.Zeki Kılıçaslan, Prof. Dr.Hilmi Sabuncu, Dr.Nazif Yeşilloten, Dr.Handan Uysal-Sabır, Dr.Murat Fırat, Dr. Necmettin Erkan, Prof.Dr.Sudi Bülbül, Dr.Şükrü Güner, Dr.Sedat Abbasoğlu, Prof. Dr.Güzin Özarmağan, Prof.Dr.Alpaslan Işık, Doç.Dr.Canan Ergin, Doç.Dr.Kadir Arıcı, İsmail Hakkı Kurt, Kim. Müh. Mustafa Taşyürek, Arş.Gör. Aydın Başbuğ, Dr. Nihal Coşkun ve Prof.Dr.Ahmet Saltık eğitimci kadroda görev aldılar.

1995 başından itibaren kurslar 9 gün ve 62 saat süreli olarak düzenlenmektedir.Yaz ayları bir yana bırakılacak olursa, hemen her ay bir kentimizde kurs düzenlenmektedir. İstanbul ve İzmir gibi büyük kentlerde 4 ayrı sınıfa (yaklaşık 300 kursiyer), diğerlerinde ise 2 ayrı sınıfa (yaklaşık 150 kursiyer) aynı dönemde *paralel* eğitim verilmektedir. Meslek örgütü, üyelerinin ve sanayi çalışanlarının çıkarlarını birlikte dengeleyerek temel görevlerinden biri olan *sürekli tıp eğitimi*ni omuzlamış durumdadır. Bu alandaki boşluk *de facto* ve *de jure* olarak doldurulmuş durumdadır. *Bugünkü çerçevesi ile ülkemizdeki en kapsamlı hizmetiçi eğitim organizasyo-nudur*. Optimal maliyet ilkelere bağlı kalınarak, meslektaşlarımıza en az parasal yük getirilmesine çaba harcanmıştır.

¹ Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim üyesi ve Türk Tabipleri Birliği İş ve İşçi Sağlığı Kolu Akademik Kurul Üyesi, Edime

² Türk Tabipleri Birliği İş ve İşçi Sağlığı Kolu Koordinatörü, Ankara

³ Bilindiği gibi 1982 Anayasası'nın 90. maddesi uyarınca, TBMM'ce usulüne uygun olarak uygun bulunan uluslararası anlaşma ve sözleşmeler yasa gücündedir ve Anayasa'ya aykırılıkları ileri sürülemez. Bu yüzden ilgili ILO Sözleşmesi pratik olarak bir Bakanlık Yönetmeliği biçiminde iç hukukumuzda kazandırılmıştır.

Bu çalışma, Mart 1995-Nisan 1996 dönemindeki kursiyerlere ilişkin bir kısım temel bilgileri derlemektedir. Daha önceki dönemlerde bir öntest düzenlenmesi yapılmadığından, bu test ile birlikte toplanan *kursiyer profili* bilgileri de derlenmemiştir. Bu tür profil çalışmalarının geleceğe dönük çıkarsamalarda ve geçmişe dönük hizmet irdelenmesinde yararlı bilgiler sağladığı açıktır.

YÖNTEM GEREÇLER

Kurs eğitimcilerinin hazırladığı çoktan seçmeli 25 soru içeren bir *öntest*, kurs öncesi katılımcıların genel bilgi düzeylerini ölçme amacıyla uygulanmıştır. Veriler ilgili Tabip Odası'nda aynı gün bilgisayara girilerek NCSS paket programı ile analiz edilmiş ve ertesi gün sonuçlar ilgili salonlarda ilan edilmiştir. Ayrıca doğru yanıt sayıları değerlendirilmiş ve en başarılı 5 kişi her salon bazında adı verilerek kutlanmıştır. Minimum, maksimum, ortalama $\pm$ st. sapma gibi doğru yanıt sayısı istatistikleri hesaplanmış ve ilan edilmiştir. Yanıtların yığıldığı sorularda gerekli uyarı mesajları ile kursiyerlerin dikkati çekilmiştir. *Kritik* öntest formu olan az sayıdaki meslektaşımızla uygun yöntemlerle görüşülmüştür.

Öntest sonuçları ilgili eğitimcilerin de dikkatine sunularak, konularını işlerken gerekli yerlere özen göstermeleri için çaba harcanmıştır. Öntest formuları biçim ve soru içeriği olarak geliştirilmiştir. Bu bakımdan, baştan beri süren standart bir form kullanılmış değildir.

Eldeki *1939 formda* yer alan profil bilgileri şu başlıkları içermektedir : Ad-soyad, cinsiyet, doğum yılı, bitirilen tıp fakültesi ve bitirme yılı, kayıtlı olunan Tabip Odası, uzman ya da pratisyen olma, varsa uzmanlık dalı, varsa akademik kariyer, yabancı dil bilgisi, halen işyeri hekimliği yapıp-yapmadığı..

Formlardaki bu bilgiler kodlanarak bilgisayara yüklenmiş ve SPSS paket istatistik programı kullanılarak gerekli analizler Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda yapılmıştır.

Eğitimciler, anlattıkları konuları kitap olarak basılmak üzere TTB'ye sunmuşlardır. Bu kitabın Editörlüğünü, *-TTB İş ve İşçi Sağlığı Akademik Kurulu* Başkanı sıfatıyla- Prof. Dr.Turhan AKBU'UT yapmaktadır. Kitabın dizgisi yapılmış olup, düzeltmeler için yazarlara sunulmuştur. Baskının, 18-26 Mayıs 1996 Konya kursuna yetiştirilmesi hedeflenmektedir.

K a p s a m : Belirtilen dönemde, kurs alan hekimlerden öntest formu dolduran toplam 1939 meslektaşımıza ilişkin bazı temel bilgiler özetlenmektedir.

BULGULAR

Doğru yanıt sayılarının 2'ye dek düştüğü formlar olmuşken, 22'ye çıktığı formlar da vardır. Ortalama doğru sayısı 12 dolayındadır. Genel olarak kolay sayılabilecek 25 soruluk bir öntestte⁴, 12 doğru yanıt düzeyindeki bir ortalama skoru yeterli saymak olanağı yoktur. Bu bakımdan, bu kursların mantığı sağlam bir gerekçeye oturtulmuş olmaktadır :

İşyeri hekimliği bir disiplindir; dolayısıyla eğitiminin alınması gereklidir

Öntest sonuçlarını gören kursiyerler, bu sertifika programına karşı -yer yer- taşıdıkları potansiyel direnci de önemli ölçüde kaldırmaktadırlar. Öntestin bu yararı başlıbaşına kayda değer bulunmaktadır.

Toplam 11 ayrı kente⁴ 13 kez (İzmir ve İstanbul'da 2'şer kez) düzenlenen Sertifika Programında (bkz. Tablo 1) 1939 öntest formu doldurulmuştur. Gerçek kursiyer sayısı bu rakamın % 10 kadar fazlası ile 2200 dolayındadır. Böylece her kursta ortalama 200 kursiyer eğitilmiştir. İstanbul ve İzmir'deki kurslarda 300 dolayında olan katılımcı sayısı ortalama 150'lerden 200'lere çekmektedir. Aslında her sınıfta 50 hekimden fazlasının bulunmaması ilke kararı varsa da, pratik güçlükler, yüksek istem (talep) nedeniyle bu sayı 75'ler dolayında gerçekleşmektedir.

Son biçimiyle kurs, bir Cumartesi sabahı başlamak ve izleyen Pazar akşamı bitmek üzere 9 tam gün sürmektedir. Toplam 62 ders saati kapsamaktadır. Programda bir de işyeri gezisi yer almaktadır. Açılış, öntest, sontest ve sertifika dağıtım töreni ile sosyal et-kinlikler 62 saatlik eğitim süresinin dışındadır. Dr.Saltık'ın yaptığı açık uçlu anket değerlendirmelerinden çıkan sonuçlar bir örnek olmayıp; kimi hekimler süreyi *kısa*, kimileri de *uzun* bulmaktadırlar..

Kurs sonunda çoktan seçmeli 50 sorudan oluşan bir *sontest* uygulanmaktadır. Eğitimciler, programdaki ders saati ağırlıkları ile orantılı olarak soru hazırlamaktadırlar. Bu soruların 25'i baraj nitelikli olup, en az % 70'inin doğru yanıtlanması istenmektedir. Kalan yirmi beş sorunun da en az yarısının doğru yanıtlanması birliktedir istenen bir koşuldur. Başarı notu 60 puan olarak belirlenmiştir. TTB *İş ve İşçi Sağlığı Akademik Kurulu* en geç 3 ayda bir toplanarak durum değerlendirmesi yapmaktadır. Eğitimciler, kurs içeriği, süresi, biçimi ve yöntemler ile sonuç değerlendirmesi, deneyimler ve gereksinimler ışığında güncelleştirilmektedir.

Kursiyerlerin yetişkin olmalarına karşın, İşyeri Hekimliği Sertifikası'nın bir sonteste (bir anlamda smava) bağlı olması son derece doğal ve olması gereken bir durumdur. Çünkü bu eğitim sonunda, hukuksal dayanağı olan bir yetkilendirme yapılmaktadır (Bkz. İşyeri Hekimlerinin Görev ve Yetkileri Hakkındaki Yönetmelik).

Kursiyerlere ilişkin temel profil bilgileri aşağıda sunulmaktadır :

Kursiyerlerin % 70.2'si (n=1358) *erkek*, % 29.8'i (n=576) *kadındır* (N=1934). Yaş ortalaması 32.9 $\pm$ 8.3 olup, en genç kursiyer 22, en yaşlı ise 75 yaşındadır (N=1918). Yaş ortalaması kadınlarda 30.5 $\pm$ 6.1 (22-61 arasında, ortalama yaş 29, n=573), erkeklerde 33.9 $\pm$ 8.8'dir (23-75 arasında, ortalama yaş 31, n=1345).

Meslek kıdemi bakımından irdelendiğinde, sıfır yıl ile 48 yıl arasında bir dağılım söz konusudur. Ortalama hekimlik kıdemi 8.2 $\pm$ 7.9 yıldır (n=1915, ortalama 6, tepe değeri 3 yıl). Bu bilgiler bize, kursiyerlerin genel olarak 10 yıldan daha az meslek kıdemi bulunan genç meslektaşlarımız olduğunu göstermektedir. Nitekim katılımcıların % 25'i üç yıl ya da daha az, % 50'si 6 yıl ya da daha az, % 75'i 11 yıl ya da daha az kıdemlidir.

Kursiyerlerin *akademik unvanlarına* göre değerlendirmeleri şöyledir : 2 profesör, 3 doçent, 2 yardımcı doçent, 2 şef, 4 şef yardımcı, 476 uzman (% 24.5), 35 asistan.. (Pratisyen hekimler 1409 kişi ile % 72.7 oranındadır.)

Kursiyerlerin okuma bağlamında *yabancı dil* bilgi düzeylerine göre durumları şöyledir :

Yeterli % 32.2 (624/1939), orta % 45.2 (877/1939) ve yetersiz % 18.4 (356/1939), belirtmeyen % 4.2 (82/1939).

"*Halen işyeri hekimliği yapıyor musunuz ?*" sorusunu 1 819 hekim yanıtlamıştır. Buna göre 78 kişi işyeri hekimliği yapmaktadır (% 4.02). Halen bir işyerinin hekimliğini yapma oranı çok düşüktür. Öte yandan kurs alan 2 200 kadar hekimin 1 740'ı bu soruyu yanıtlamıştır. En iyimser hesaplama bu oran % 20-25 arasındadır. Bu durumla da, sertifikaya edilen hekimlerin dörtte üçüne yakın bir oranının -en azından şimdilik- bir işyeri hekimliği yapamayacağı anlaşılmaktadır.

⁴ Son biçimiyle bir öntest formu örneği ekte sunulmaktadır.

Halen işyeri hekimliği yapanların 51'i pratisyen hekimdir (51/78=% 65.3). Ancak grubun % 72.7'si pratisyendir. Buna göre pratisyen hekimlerin % 3.8'i halen işyeri hekimliği yaparken, uzmanların % 5.6'sı (27/478) işyeri hekimliği yapmaktadır.

Bitirilen Tıp Fakülteleri bakımından incelendiğinde durum şöyledir (bkz. Tablo II) :

Kursiyerlerin uzmanlık durumları Tablo III'te *sıralı* olarak sunulmaktadır. Kursiyerlerin 1 409'u (% 73.4) pratisyen hekimdir. Bu-nun dışında hemen her daldan uzman hekime değişen sayılarda raslanmaktadır.

Kursiyerlerin kayıtlı oldukları Tabip Odası'na göre dağılımları Tablo IV'te sunulmaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLERİ

Gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de bir Endüstri Sağlığı Uzmanlık Dalı'nın konması yerinde olacaktır. Avrupa Birliği ile uyum çerçevesinde Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde değişiklikler gündemdedir. Böylesi bir Dal bugün konsa bile, ülkemizin gereksinimi ancak 10-15 yılda doyurulabilecektir. Öte yandan, tüm işyerlerinde bu alanda 3-4 yıl uzmanlık eğitimi almış hekimlerin istihdamı da söz konusu değildir. Değişik düzeylerde kurslar almış işyeri hekimi gereksinimi sürmektedir. Bu alanda Endüstri Sağlığı Uzmanlığı ile İşyeri Hekimliği'ni ayrı ayrı ele alıyoruz. TTB, İşyeri Hekimliği eğitimi sürekli eğitim programı çerçevesinde değerlendirmekte ve temel eğitimi (A Tipi İşyeri Hekimliği Sertifikası) almış kursiyerleri. B Tipi (İş-kolu Özelinde) Sertifika Programlarına çağurmaktadır. İleride, C Tipi (işyeri özelinde) Sertifika Programları da düzenlenecektir.

İşyeri hekimliği yapacak meslektaşlarımızın çalışma ortamı ve mevzuat yapısının düzenlenmesi arzu edilen bir durumdur. Devletin tarafsız hakem rolünden sıyrılarak kural koyan, denetleyip izleyen ve yaptırın bir konuma gelmesi gerekmektedir.

Öte yandan sözü edilen bu A kursları yanında, 1996 Mart ayından itibaren B Kursları programı başlatılmıştır. 1997 yılında C Kursları da başlatılmalıdır. İstem sürdükçe, gereksinimin karşılanabilmesi için yılda 8 dolayında A Kursu, fırsat eşitliğini sağlamak ve üyelerimizle iletişimi zenginleştirmek bakımından sürdürülmelidir.

Bu arada eğitimi kadroya yeni insanların eklenmesinde yarar vardır. Ayrıca eğitimcilerin alanlarında uzmanlıklarının yanısıra, yetişkin eğitimine ilişkin olarak temel düzeyde androgojik bilgi ve becerilerinin de olması için çaba harcanmalıdır. Bu bağlamda, 1-2 Haziran 1996 tarihlerinde 12 saat süreli bir eğitim programı düzenlenmiştir.

Yapılacak mevzuat düzenlemelerinde işyeri hekiminin iş güvenliği, statüsü ve özlük hakları büyük önem taşımaktadır. Meslek Odası'nın denetimi sürerken, ücretlendirmenin işverenle bire-bir ilişkisinin kaldırılması hedeflenmelidir. İşverenlerden alınacak ücretlerin bir havuzda toplanması ile yapılandırılacak özerk bir organ, işyeri hekimi ücretlerini ödeyebilir.

TBMM'ce sınırlamalarla (rezervasyon) onanan 158 sayılı ILO Sözleşmesi'nin etkin biçimde yürürlük kazanması da son derece gereklidir.

ÖNERİLEN KAYNAKLAR

1. Saltık A. Çağdaş Sağlık Anlayışı. TTB İşyeri Hekimliği Sertifika Progr. Ders Notları. Nisan 1996, Edime.
2. Fişek HN. Halk Sağlığı'na Giriş. Çağ Mtb. Ankara, 1983.
3. WHO. Early Detection of Occupational Diseases. Geneva, 1986.
4. LaDou J. Occupational Medicine, Appleton and Lange, 1990.
5. Last JM, Wallace RB. Public Health and Preventive Medicine. Sec 1 ve 3. Appleton and Lange, 1992.
6. Akbulut T. İşçi Sağlığı Prensip ve Uygulamaları, Sistem Yayıncılık, İstanbul, 1994.
7. Akbulut T. Uygulamalı İşçi Sağlığı, Eser Matbaası, Samsun, 1986.
8. TTB (Türk Tabipleri Birliği). İş Hekimliği Ders Notları 3. Bs., Maya Matb. Yayıncılık, Ankara, 1993.
9. Topuzoğlu İ. Çevre Sağlığı ve İş Sağlığı, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 1979.
10. TTB (Türk Tabipleri Birliği). İşçi Sağlığı Sürekli Eğitimi. Doğruluk Mtb., İzmir, 1990.
11. Fişek G, Piyal B. İşçi Sağlığı Kılavuzu, Yorum Basın Yayıncılık, Ankara, 1991.
12. Çalışma ve Sosyal Güv. Bakanlığı İşçi Sağlığı Daire Başkanlığı, İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği İle İlgili Genel Bilgiler, Ankara, 1990/30.
13. TTB (Türk Tabipleri Birliği). İş Hekimliği Kılavuzu. Ankara, 1994.
14. Çalışma Bakanlığı. "İşyeri Hekimlerinin Çalışma Koşulları ile Görev ve Yetkileri Hakkında Yönetmelik." RG Yayın tarihi : 4 Temmuz 1980.
15. ILO. Encyclopedia of Occupational Health and Safety. 3rd ed. (rev.) Geneva, 1991.
16. Saltık A. Mesleki Bulaşıcı Hastalıklar. İşyeri Hekimliği Sertifika Progr. Ders Notl. Nisan 1996, Edime.
17. Erdoğan MS. GIESSEN Justus Liebig Üniversitesi, İş Sağlığı ve Sosyal Tıp Enstitüsü ve Polikliniği-IPAS Deneyimi ile Almanya'da İş Sağlığı Uygulamaları. TTB Toplum ve Hekim Dergisi'ne sunulan makale, 1996.
18. The World Bank. World Development Report, Investing in Health. Oxford Univ. Press, New-York, 1993.
19. Kutbay E, Eskioçak M, Yarış E. İşyeri Hekimliği Birinci Basamak Hekimliğidir. Toplum ve Hekim, Mayıs-Haziran 1995, Cilt 10, sayı 67, s. 48-51.
20. Tuncay AC. Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri. 2. Bs., Beta Basım-Yayım. İstanbul, 1984.
21. Karvonen M, Mikheev MI. Epidemiology of Occupational Health, WHO Reg. Publications, European Ser No 20, Örebro, Sweden, 1986.
22. Dirican R. Toplum Hekimliği Dersleri. Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, 1990.
23. Topuzoğlu İ. Çevre Sağlığı ve İş Sağlığı, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 1979.
24. Erkan C. İş Sağlığı ve Meslek Hastalıkları, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 1984.
25. Velicangil S, Velicangil Ö. Endüstri Sağlığı ve Meslek Hastalıkları, İSGÜM Basımevi, Ankara, 1987/3.
26. Tonguç E. Meslek Hastalıkları Kılavuzu, Maya Yayıncılık, Ankara, 1992.
27. WHO. Training and Education in Occupational Health. Tech Rep Ser 762, Geneva, 1988.

TABLO I : 1995 Başından Mart 1996'ya Dek Düzenlenen Kurslar.

Kurs Yeri	Kurs Tarihi	Öntest Sayısı
Zonguldak	27 Mart - 2 Nisan 1995	132
Bursa	27 Nisan - 03 Mayıs 1995	146
Diyarbakır	29 Mayıs - 4 Haziran 1995	114
İstanbul	05 -11 Haziran 1995	173
Giresun	26 Haziran - 02 Temmuz 1995	123
İzmit	23-30 Eylül 1995	118
Gaziantep	28 Ekim - 05 Kasım 1995	110
Muğla	25 Kasım - 03 Aralık 1995	127
İzmir*	06-14 Ocak 1996	301
Manisa	03-11 Şubat 1996	145
İstanbul	02-10 Mart 1996	300
Antalya	30 Mart - 06 Nisan	149
Toplam	Mart 1995 - Mart 1996, 11 kurs	1 939

* 20-26 Şubat 1995'te İzmir'de düzenlenen kursa 151 kişi katılmış, bu öntestte ad-soyad dışında bilgi toplanmamıştır.

TABLO II : Kursiyer Hekimlerin Bitirdikleri Tıp Fakültelerine Göre Dağılımı.

Bitirilen Tıp Fakültesinin Adı	Sayı	%
Ege Tıp Fakültesi	275	14.2
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	214	11.0
İstanbul Tıp Fakültesi	212	10.9
9 Eylül Tıp Fakültesi	100	5.2
Diyarbakır Tıp Fakültesi	91	4.7
Bursa Tıp Fakültesi	72	3.7
Antalya Tıp Fakültesi	80	4.1
Ankara Tıp Fakültesi	68	3.5
Edirne Tıp Fakültesi	66	3.4
Eskişehir Tıp Fakültesi	55	2.8
Erzurum Tıp Fakültesi	51	2.6
Çukurova Tıp Fakültesi	51	2.6
Samsun Tıp Fakültesi	49	2.5
Hacettepe Tıp Fakültesi	37	1.9
Trabzon Tıp Fakültesi	36	1.8
Sivas Tıp Fakültesi	35	1.8
Gazi Tıp Fakültesi	23	1.2
Konya Tıp Fakültesi	23	1.2
Kayseri Tıp Fakültesi	22	1.1
Marmara Tıp Fakültesi	9	0.5
GATA Tıp Fakültesi	9	0.5
Malatya ve Gaziantep Tıp Fak.	2	0.1
Yurtdışı	24	1.2
Belirtmeyen	300	15.5
Toplam	1939	100.0

TABLO III : Kursiyer Hekimlerin Uzmanlık Dallarına Göre Dağılımı*.

Uzmanlık Dalı	Sayı
Genel Pratisyen	1 409
İç hastalıkları (6'sı yan dal uzmanı)	91
Genel Cerrahi	79
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	33
Göğüs Cerrahisi	29
Ortopedi ve Travmatoloji	27
Enfeksiyon Hastalıkları	27
Üroloji	21
Dermatoloji ve Veneral Hastalıklar	21
Kulak-Burun-Böğaz Hastalıkları	20
Kadın Hastalıkları ve Doğum	19
Aile Hekimliği	19
Göğüs Hastalıkları	17
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	14
Nöroloji	14
FTR	13
Göz Hastalıkları	11
Biyokimya	11
Halk Sağlığı	8
Psikiyatri	6
Beyin Cerrahisi	5
Radyoloji	5
Patoloji	5
Kalp-Damar Cerrahisi	4
Nükleer Tıp	3
Adli Tıp	3
Anatomi	3
Histoloji-Embriyoloji	1
Onkoloji	1
Diğer..	20
T o p l a m	1 939

* Kursiyer hekimlerin % 72.7'si Genel Pratisyen, % 27.3'ü ise değişik uzmanlık dallarından katılımcılardır.

TABLO IV: Kursiyerlerin Kayıtlı Oldukları Tabip Odaları.

Kayıtlı Olunan Tabip Odası	Sayı	%
İstanbul	469	24.2
İzmir	285	14.6
Bursa	119	6.3
Zonguldak	104	5.5
Manisa	99	5.2
Diyarbakır	86	4.5
Giresun	85	4.4
Muğla	73	3.9
Kocaeli	59	3.2
Gaziantep	53	2.8
Tekirdağ	29	1.7
Denizli	29	1.7
Antalya	124	6.4
Uşak	24	1.3
Maraş	23	1.2
Adana, Adıyaman, Afyon, Amasya, Ankara, Aydın, Balıkesir, Bingöl, Bolu, Burdur, Çanakkale, Çorum, Edime, Erzurum, Eskişehir, Hatay, Isparta, Kastamonu, Kırklareli, Konya, Kütahya, Malatya, Nevşehir, Ordu, Rize, Sakarya, Samsun, Sivas, Tokat, Trabzon, Urfa, Van ve Kırıkkale	255	13.1
Toplam	1939	100.0

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ HALİL BAYRAKTAR SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEK OKULU ÖĞRENCİLERİNİN CİNSEL YOLLA BULAŞAN HASTALIKLAR KONUSUNDAKİ BİLGİLERİ

* Öğr.Gör.Meral Bayat * Öğr.Gör.Mürüvvet Başer ** Dr.Mücahit Eğri ** Prof.Dr.Mualla Aykut ** Prof.Dr.Yusuf Öztürk

* Erciyes Üniversitesi Halil Bayraktar Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu

** Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı

ÖZET

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) toplumda yarattığı önyargılar ve Mediko-sosyal sorunlar, yayılımı ve komplikasyonları yönünden önemlidir. Bu hastalıklar özellikle cinsel yönden aktif dönemde bulunan gençleri tehdit etmektedir (gençlerin bu hastalıklardan korunabilmeleri için yeterli bilgiye sahip olmaları oldukça önemlidir. Bu nedenle CYBH konusundaki bilgilerini ölçmek üzere 32 erkek, 143 kız toplam 175 Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu (SHMYO) öğrencisine anket formu uygulanmıştır. SHMYO öğrencilerinin bu konuda yapılan diğer çalışmalara göre daha yeterli bilgiye sahip oldukları görülmüştür.

SUMMARY

Knowledge of University Students about Sexually Transmitted Diseases

Sexually transmitted diseases are important public health problem from point of view presudire medicosocial problems, extention and complications. These diseases have threatened the youngs who are sexually active period. It is important that the youngs have sufficient information about these diseases in order to prevent from these problems. Therefore, we take a poll 175 medical students (32 boys and 143 girls) for evaluation the information about sexually transmitted diseases. As a results, medical related university students have sufficient information than those of other university students.

GİRİŞ VE AMAÇ

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) cinsel ilişki ile bulaşan ve günümüzde bir çok ülkede en sık raslanan bulaşıcı hastalıklardandır (1). Bu hastalıkların Dünya'daki ve Türkiye'deki durumu hakkında kesin istatistiksel bilgilerden söz edebilmek zordur. Çünkü bu hastalıklarla ilgili düzenli istatistiksel veriler yoktur (3, 7).

Tüm dünyada en fazla CYBH riski altında olanlar 25 yaşından küçükler, şehirlerde yaşayanlar, yeterli tıbbi bakım alamayanlar, ekonomik durumları iyi olmayanlar ve homoseksüel erkeklerdir. Gelişmekte olan ülkelerde nüfusun yarısı 25 yaşın altındadır ve sorun yaratan ilk beş hastalıktan biri cinsel yolla bulaşan hastalıklardır. Tüm Dünya'da cinsel yolla bulaşan hastalıklar en çok 20-24 yaş grubunda daha sonra 15-19 ve 25-29 yaş gruplarında görülmektedir. Gençlerde sıklıkla korunmasız cinsel aktiviteye bağlı görülen bu hastalıklar, tedavi edilmezse fertilitiyi etkileyerek önemli sorunlara yol açabilmektedir (1,2,4).

Yapılan araştırmalarda gençlerin cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında yetersiz bilgilere sahip oldukları saptanmıştır (2-3-5). Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan gençlerin korunabilmesi için bu hastalıklar hakkında yeterli bilgiye sahip olmaları gerekmektedir. Ayrıca cinsel yollarla bulaşan hastalıklardan korunma, tanı ve tedavi aşamalarında ebelerin önemli role sahip olduğu dikkate alındığında, ebelik öğrencilerinin bu konuya ilişkin bilgilerinin belirlenmesi oldukça önemlidir (6). Bu nedenle, bu araştırma cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda Ebelik ve Tıbbi Dökümantasyon-Sekreterlik öğrencilerin bilgilerini değerlendirmek ve karşılaştırmak amacıyla planlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM:

Bu araştırma, Erciyes Üniversitesi Halil Bayraktar Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Ebelik ve Tıbbi Dökümantasyon -Sekreterlik (TDS) Programı 1 ve 2 sınıflarda toplam 175 öğrenci üzerinde yapılmış tanımlayıcı bir çalışmadır. Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerini ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusundaki bilgilerini belirlemeye yönelik 23 soru içeren anket formu öğrencilere aynı anda verilerek araştırmacılar tarafından uygulanmıştır. Veriler elde değerlendirilmiş olup, istatistik analizinde χ^2 testi uygulanmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Çalışma kapsamına alınan öğrencilerin özellikleri Tablo 1'de görülmektedir. Öğrencilerin % 47,4'ü ebelik, %52,6'sı Tıbbi Dökümantasyon ve Sekreterlik bölümlerinde eğitim görmektedirler. %61,2'si 20-23 yaş grubunda yer alırken, %81,7'si kız, %18,3'ü erkek, %74,3'ünün kırsal kesimden geldiği %49,7'sinin babasının, %56'sının annesinin ilkökul mezunu olduğu belirlenmiştir. Annelerin %94,3'ü ev hanımı olup öğrencilerin %50,3'ü yurtta kalmaktadır.

Öğrencilerin %92 gibi büyük bir çoğunluğu AIDS'in, %68'i sifilizin, %67,4'ü gonoreenin, %53,7'si genital herpes enfeksiyonunun cinsel yolla bulaşan hastalık olduğunu bilirken Hepatit B, yumuşak sankir ve klamidyal üretriti daha az oranda bilmektedirler (Tablo 2).

Üniversite öğrencileri ile yapılan benzer bir çalışmada da cinsel yolla bulaşan hastalıklardan AIDS'in araştırmaya katılan bütün öğrenciler tarafından bilinirken, sifiliz ve gonoreenin de daha az kişi tarafından bilindiği, diğer hastalıkların ise fazla bilinmediği saptanmıştır (2). Bulgular araştırmamızı desteklemektedir.

Ebelik bölümü öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıkları bilme durumları Tablo 3'de görülmektedir. Ebelik 2. sınıf öğrencilerin %93,3'ü sifilizin, %95,6'sı gonoreenin, %55,6'sı genital herpes enfeksiyonunun, %37,8'i klamidyal üretrit cinsel yolla bulaşan hastalık olduğunu bilmişlerdir. Bu oranlar ebelik 1. sınıf öğrencilerine göre daha yüksektir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur.

Ebelik 2. sınıf öğrencilerinin bilgi düzeylerinin daha iyi olması aldıkları eğitimden kaynaklanabilir.

Tıbbi Dökümantasyon ve Sekreterlik bölümü öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıkları bilme durumları Tablo 4'de verilmiştir. TDS 1. sınıf öğrencilerinin bilgileri 2. sınıf öğrencilerinden genelde yüksek olduğu görülmektedir. TDS 1. sınıf öğrencileri sifilizi %65,3 oranında bilirken, 2. sınıflarda bu oran %48,8 dir. Hepatit B'yi ise 1. sınıflar %24,5 oranında bilirken, 2. sınıflarda bu oran %7 dir. Sifiliz ve Hepatit B'yi bilme oranlarındaki fark istatistik olarak önemli bulunmuştur. TDS 1. sınıf öğrencilerinin bilgilerinin daha iyi olmasının nedeni hastalık bilgisi dersinde bu konuları yeni almış olmaları olabilir.

Öğrencilerin cinsel yolla bulaşan hastalıkların bulaşma yollarını bilme durumları incelendiğinde heteroseksüel ilişkiyle bulaşma; ebelik öğrencilerinin %96,4'ü TDS öğrencilerinin %91,3'ü homoseksüel ilişkiyle bulaşma ise Ebelik öğrencilerinin %81,9'u TDS öğrencilerinin %87'si tarafından bildirildiği görülmektedir. Bulaşma yolları öğrencilerin çoğunluğu tarafından bilinmekte olup bölümler arasındaki fark istatistik olarak önemli bulunmamıştır (Tablo 5).

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada da bulaşma yollarına ilişkin bilgilerinin yetersiz olduğu saptanmıştır. Ebeler ve hemşireler üzerinde yapılan benzer bir çalışmada da bu sonuca varılmıştır. Öğrenciler üzerinde yapılan diğer bir çalışmada da AIDS'in bulaşma yollarının ancak %45,5'i tarafından kısmen bildirildiği saptanmıştır (2,3,5,6.). Araştırmamızda öğrencilerin bilgi düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Sağlıkla ilgili bir okulda eğitim görmeleri bunda etkili olmuş olabilir.

Öğrencilerin cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma önlemlerini bölümlerine göre bilme durumları Tablo 6'da verilmiştir. Korunma önemi olarak prezervatif kullanılması gerektiği ebelik bölümü öğrencilerinin %90,4'ü TDS öğrencilerinin %83,7'si tarafından bilinmektedir. Tek eşliliği bilme durumu Ebelik öğrencilerinde %95,2, TDS de ise %85,9 olarak bulunmuştur. Korunma önlemleri öğrencilerin çoğunluğu tarafından bilinmekte olup yapılan istatistik analizde fark önemsiz bulunmuştur.

Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmayı %72,8 oranında bilmedikleri belirlenmiştir (3). Araştırmamızda korunma önlemlerinin daha yüksek oranda bilinmesi öğrencilerin sağlıkla ilgili bir bölümde eğitim almalarından kaynaklanabilir.

Ebelik 2. sınıf ve TDS 2. sınıf öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma önlemlerini bilme durumları Tablo 7'de görülmektedir. Ebelik 2. sınıf öğrencileri prezervatif kullanımı ve tek eşliliği %100 oranında, kanların kullanılmadan önce kontrol edilmesi gerektiğini ise %91,1 oranında bilmektedirler. TDS 2. sınıf öğrencilerinde bu oranlar daha düşük bulunmaktadır. 2. sınıf arasındaki fark istatistik olarak önemli bulunmuştur.

Öğrencilerin cinsel yolla bulaşan hastalıkların risk grubu içinde genelev kadınlarını %89,7, homoseksüelleri %79,4, çok eşliliği %76,6, IV yoluyla uyuşturucu kullanmayı %45,1 oranında bildikleri saptanmıştır.

Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada cinsel yolla bulaşan hastalıkların risk gruplarının %70,3 oranında bilinmediği belirlenmiştir. Çalışmamızda öğrencilerin risk gruplarını daha yüksek oranda bildiği görülmektedir. Bu fark çalışmamıza katılan öğrencilerin sağlıkla ilgili bir bölümde eğitim almalarından kaynaklanabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

CYBH'lardan AIDS öğrencilerin tamamına yakını tarafından bilinirken gonore, sifiliz ve genital herpes enfeksiyonu daha az oranda bilinmektedir. Yumuşak şankır, klamidyal üretrit grubun çoğunluğu tarafından bilinmemektedir.

Ebelik ve TDS öğrencileri karşılaştırıldığında CYBH'lar, bulaşma yolları ve korunma önlemleri hakkında ebelik öğrencilerinin bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur.

Ebelerin CYBH'lardan korunma, tanı ve tedavi aşamalarında önemli role sahip oldukları gözönüne alındığında bütün cinsel yolla bulaşan hastalıkları çok iyi bilmeleri gerekmektedir. Bu açıdan bilgi düzeyleri daha da artırılmalıdır.

SHMYO öğrencilerinin bu konuda üniversite öğrencileri ile yapılan diğer çalışmalara göre daha fazla bilgiye sahip oldukları belirlenmiş olup bunun okulda aldıkları eğitimle ilişkili olduğu söylenebilir.

Özellikle gençlik çağında yaygın olarak görülen bu hastalıkların önlenmesi için gençlerin bu konularda eğitilmeleri oldukça önemlidir.

KAYNAKLAR

- 1.Hacher, R.A., and all., *Kontraseptif Yöntemler: Uluslararası Basım*, çev : Ayşe Akın Dervişoğlu, Pınar Sanlet, Demirciolu Matbaacılık, Ankara, 1990.
- 2.Aksu, T., ve Arkadaşları "Gençlerin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusunda Bilgileri", Ankara ve İstanbul'daki Bazı Üniversitelerde Yapılan Çalışma" *IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı*, Mega Basım Yayıncılık A.Ş., Didim, 1994.
- 3.Erdoğan, E., "Üniversite Öğrencilerinin Cinsel İlişki İle Bulaşan Hastalıklar Konusundaki Bilgilerinin İncelenmesi" *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, Cilt 9, Sayı 3, 1993, ss.13-20.
- 4.Scott, J.R. and all. *Danforth's Obstetrics and Gynecology*, Çev: Selçuk Erez, Reyhan Erez, Yüce Yayınları A.Ş., İstanbul, 1992.
- 5.Özhan, N., "Üniversite Öğrencilerinin AIDS Konusundaki Bilgi ve Tutumları" *III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı*, Esnaf Ofset Matbaacılık, Sivas, 1992, ss. 678-705.
- 6.Orçun, N., Çetinkaya, Ö., "Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklara İlişkin Hemşire ve Ebelerin Bilgi ve Tutumlarının İncelenmesi", *III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı*, Esnaf Ofset Matbaacılık, Sivas, 1992., ss.191-199.
- 7.Dağoğlu, T. ve Arkadaşları "Cinsel Temasla Bulaşan Hastalıkların Dünyada ve Türkiye'deki Epidemiyolojik Durumu" *Sağlık Dergisi*, Cilt 61, sayı 1, 1989, ss. 35-43.

Tablo 1 : Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Bölüm	Sayı	%
Ebelik	83	47.4
TDS	92	52.6
Yaş		
16-19	44	25.1
20-23	107	61.2
24 ve Üstü	24	13.7
Cinsiyeti		
Erkek	32	18.3
Kadın	143	81.7
Oturulan Yer		
Kırsal	45	25.7
Kentsel	130	74.3
Baba Eğitimi		
İlkokulu Bitirmemiş	23	13.1
İlkokul	87	49.7
Orta ve Üstü	65	37.1
Baba Mesleği		
İşçi	30	17.1
Memur	29	16.6
Esnaf	19	10.9
Serbest	28	16.0
Çiftçi	31	17.7
Diğer	38	21.7
Anne Eğitimi		
İlkokulu Bitirmemiş	60	34.3
İlkokul	98	56.0
Orta ve Üzeri	17	9.7
Anne Mesleği		
Ev Hanımı	165	94.3
Diğer	10	5.7
Kaldığı Yer		
Ailesiyle Birlikte	48	27.4
Arkadaşlarıyla Evde	19	10.9
Yurtta	88	50.3
Diğer	20	11.4

Tablo 2 . Erciyes Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkları Bilme Durumlarına Göre Dağılımı

Hastalıklar	Biliyor		Bilmiyor		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sifiliz	119	68.0	56	32.0	175	100.0
Gonore	118	67.4	57	32.6	175	100.0
Hepatit B	37	21.1	138	78.9	175	100.0
AIDS	161	92.0	14	8.0	175	100.0
Genital Herpes Enfeksiyonu	94	53.7	81	46.3	175	100.0
Yumuşak Sankr	34	19.4	141	80.6	175	100.0
Klamidyal Üretrit	32	18.3	143	81.7	175	100.0

Tablo 3- Erciyes Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Ebelik Programı Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkları Bilme Durumlarına Göre Dağılımı

Hastalıklar	<u>Ebelik</u>				X ²	P
	1. Sınıf (n = 38)		2. Sınıf (n = 45)			
	Sayı	%	Sayı	%		
Sifiliz	24	63.2	42	93.3	9.74	< 0.05
Gonore	22	57.9	43	95.6	15.06	< 0.05
Hepatit B	11	29.0	11	24.4	1.41	> 0.05
AIDS	37	97.4	42	93.3	0.12	> 0.05
Genital Herpes Enfeksiyonu	8	21.1	25	55.6	8.85	< 0.05
Yumuşak Sankr	29	76.3	32	71.1	0.08	> 0.05
Klamidyal Üretrit	6	15.8	17	37.8	3.94	< 0.05

Tablo 4- Erciyes Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Tıbbi Dökümantasyon ve Sekreterlik Bölümü Öğrencilerinin Cinsel yolla Bulaşan Hastalıkları Bilme Durumlarına Göre Dağılımları

Bulaşma Yolları	<u>Tıbbi Dökümantasyon ve Sekreterlik</u>				X ²	P
	1. Sınıf (n = 49)		2. Sınıf (n = 43)			
	Sayı	%	Sayı	%		
Sifiliz	32	65.3	21	48.8	9.65	< 0.05
Gonore	30	61.2	23	53.5	0.29	> 0.05
Hepatit B	12	24.5	3	7.0	3.94	< 0.05
AIDS	44	89.8	38	88.4	0.01	> 0.05
Yumuşak Sankr	0	0.0	1	2.3	0.00	> 0.05
Genital Herpes Enfeksiyonu	21	42.9	12	27.9	1.62	> 0.05
Klamidyal Üretrit	6	12.3	3	7.0	0.25	> 0.05

Tablo 5- Erciyes Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Bölümlerine Göre Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların Bulaşma Yollarına İlişkin Bilgilerinin Dağılımı

Bulaşma Yolları	<u>Bölümler</u>				X ²	P
	Ebelik (n = 83)		TDS (n = 92)			
	Sayı	%	Sayı	%		
Heteroseksüel ilişkiyle	80	96.4	84	91.3	1.15	> 0.05
Homoseksüel ilişkiyle	68	81.9	80	87.0	0.50	> 0.05
Kan nakli ve kontamine iğne ile	66	79.5	81	88.0	1.77	> 0.05
Meni, Tükürük ve salgılarla	58	69.9	55	59.8	1.53	> 0.05
Transplasanental Bulaşmayla	56	67.5	61	66.3	0.00	> 0.05

Tablo 6- Erciyes Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan Korunma Önlemlerini Bölümlerine Göre Bilme Durumlarının Dağılımı

Korunma Yolları	<u>Bölümler</u>				X ²	P
	Ebelik (n = 83)		TDS (n = 92)			
	Sayı	%	Sayı	%		
Prezervatif kullanımı	75	90.4	77	83.7	1.16	> 0.05
Tek Eşlilik	79	95.2	79	85.9	3.32	> 0.05
Kanların kullanılmadan önce kontrol edilmesi	68	82.0	69	75.0	0.86	> 0.05

Tablo 7- Erciyes Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Ebelik 2. Sınıf ve TDS 2. sınıf öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan Korunma Önlemlerini Bilme Durumları

Korunma Yolları	<u>Bölümler</u>				X ²	P
	Ebelik (n = 45)		TDS (n = 49)			
	Sayı	%	Sayı	%		
Prezervatif kullanımı	45	100.0	31	72.1	18.14	< 0.05
Tek Eşlilik	45	100.0	32	74.4	16.79	< 0.05
Kanların kullanılmadan önce kontrol edilmesi	41	91.1	26	60.5	14.78	< 0.05

MPH. Emin GEMİCİ¹, Dr. Faruk YORULMAZ², Dr. Ahmet SALTİK³, Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER⁴, Dr. Galip EKÜKLÜ⁴, Dr. Ufuk BERBEROĞLU⁴

ÖZET

Sağlık hizmeti sunumunda hastaneler en önemli kuruluşlardır. Hastanelerin sahip olduğu sınırlı kaynakları verimli kullanarak nitelikli sağlık hizmeti üretebilmek için nitelikli sağlık yöneticilerine gereksinim vardır. Bu çalışmanın amacı; anket yöntemi ile ülkemizdeki SB'na ve üniversitelere bağlı hastanelerdeki sağlık yöneticilerinin (Hastane Başmüdür, Müdür, Müdür Yardımcıları) yönetimle ilgili genel niteliklerini, sahip oldukları yönetim anlayışlarını, uygulamada karşılaştıkları sorunları belirlemek, varsa eksikliklerini ortaya koymak ve çözüm önerilerini öğrenmektir. Evren 516 hastanedeki Sağlık İdaresi Yüksek Okulu (SİYO) mezunu sağlık yöneticileridir. Hastanelerin 489'u (% 94.8) SB'na, 27'si (% 5.2) üniversitelere bağlıdır. SB'na bağlı hastanelerde çalışan hastane yöneticilerinin SB'dan alınan listeye göre katılım oranı % 35.1 olmuştur. Yöneticilerin 143'ü (% 81.2) Devlet Hastanelerinde çalışmaktadır. Bunların 75'i (% 52.4) il devlet hastanelerinde görevlidir. Katılımcıların 33'ü (% 18.7) Üniversite Hastanelerinde görev yapmaktadır. Katılımcılara hastane işletmeciliğindeki en önemli sorunlara ilişkin olarak yöneltilen soruya verilen yanıtlarda; mevzuattan kaynaklanan sorunlar 1. (% 90.3), parasal kaynak yetersizliğinden kaynaklanan sorunlar 2. (% 87.6), ulusal sağlık politikasından kaynaklanan sorunlar 3. (% 78.3), yönetsel sorunlar 4. (% 76.8) ve hastane işletmeciliğinin yapısından kaynaklanan sorunlar 5. (% 68.9) sırada yer almıştır. Katılımcılar yöneticiliklerine ilişkin eksikliklerinden en çok (% 43.6): "iş yoğunluğu nedeniyle kendimi geliştiremiyorum" seçeneğini belirlemiştir. Ülkemiz hastanelerinde görevlendirilen yöneticilerin seçimi öncelikle hastane yönetimi konusundaki yöneticilik eğitimi ve deneyimine göre yapılmalıdır. Eşgüdümlü bir yönetim gerçekleştirmek için hastanelerin yönetim kadrolarındaki yöneticilerin, sınırları kesin olarak çizilmiş tam bir görev ve yetki tanımlamaları yapılmalıdır.

SUMMARY

Hospitals are important institutions in health care providing. There have to be well-qualified administrators who can use the limited sources of the hospitals efficiently for getting better health service. The purpose of this study is to identify the general qualifications of health administrators about management who work in university hospitals and state hospitals, and to clarify their way of managing, perception level about scientific management theories, and possible deficiencies. The population of the study is managers of 516 hospitals who were graduated from School of Health Administration (SİYA) 489 of hospitals (94.8 %) were state hospitals and 27 (5.2 %) of hospitals were university hospitals. The respondents ratio of the state hospitals managers is 35.1 % according to the list which was given by The Health Ministry. 143 of the administrators (81.2 %) were working in state hospitals and 75 of them (25.4 %) were in province state hospitals. 33 of the administrators were working in university hospitals. According to the answers to the question which respondents were to make an order of importance about the most important problems in hospital management was as follows: 1) problems arising from legislation, 2) financial problems, 3) problems arising from national health policy, 4) administrative problems, 5) problems arising from the structure of hospital management. "I can't improve myself because of being too busy." was the mostly chosen answer (43.6 %) to the related question rather than personal deficiencies. In our country, the selection of hospital managers must be made according to training and experience on hospital administration. To realise a co-operatively management, certain limits of duty and authorisation of all hospital managers in the administration team must be well defined.

GİRİŞ ve AMAÇLAR

Sağlık hizmeti sunumunda hastaneler en önemli kuruluşlardır; birey ve toplum sağlığı açısından ağırlıklı bir yere sahiptirler. Hastanelerin bu işlevlerini yerine getirebilmeleri; girdilerini yönlendiren, çekip çeviren hastane yöneticilerine bağlıdır. Elde varolan sınırlı kaynakları verimli kullanarak nitelikli sağlık hizmeti üretebilmek için nitelikli sağlık yöneticilerine gereksinim vardır.

Hastane yöneticisi hastanede yönetim hizmetlerinin bir bütün olarak yürütülmesini sağlayan eşgüdümçüdür. Hastane yöneticisi, genel bir işletme yöneticisinin görevleri yanında, hastane işletmeciliğinin özelliklerinden kaynaklanan bazı görevleri de yerine getirmek durumundadır. Bu bağlamda hastane yöneticisinin görevleri şunlardır:

1. Mevzuatta belirlenen ilkeler kapsamında hastane yönetimini, sağlık hizmetlerini en verimli olarak sunabilecek biçimde kurmak ve sürekliliğini sağlamak.
2. Hastane yönetiminde işbölümü ve işbirliğini kurmak.
3. Verilen hizmetin iyileştirilmesi için projeler geliştirmek ve uygulamaya koymak.
4. Her türlü bakım ve onarımı yaptırarak, hizmetin sürekliliğini sağlamak.
5. Bütçe hazırlamak, yönetsel ve parasal işleri yönetmek ve bu konularda raporlar hazırlayıp gerekli yerlere sunmaktır.

Hastane yöneticisinin yukarıda sıralanan başlıca görevleri daha da çoğaltılabilir. Örn. hastane dışı kurumlarla iyi ilişkiler geliştirmek, genel bir güvenlik sistemi kurmak, satınalma analizleri yapmak, kurum içi ve dışı haberleşmeyi sağlamak, finansal tabloları, analizler yapmak, birim maliyetleri düşürmek, araştırma ve geliştirme etkinliklerini yürütmek, işe göre personel almak, hastanedeki gruplararası çatışmayı ortadan kaldırmak veya yararlı hale getirmek, istem kestirim yöntemleri uygulamak, donetim ile hastaların rahat ve etkin bir ortamda sağlık hizmeti almalarını sağlamaktır.

Tüm hastaneler için prototip bir hastane yöneticisi rolü olmamakla birlikte, hastane yöneticisinin kurumdaki rolü; toplumların sağlık hizmetleri gereksiniminin karşılanması, hastanelerin etkin ve verimli yönetilmesi şeklinde tanımlanır. Hastane yöneticisinin rolü; hastanelerin bulunduğu yer, büyüklük, amaçlar gibi nedenlerle, değişken özellikler gösterir. Tüm yöneticilerin, mutlak olarak bu rollerden birine uyması gerekmeyenle birlikte hastane yöneticilerinin değişen rolleri *İşyöneticisi, Koordinatör, Başkan ve Yönetim Ekibi Önderi*

¹ Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim-Uygulama ve Araştırma Hastanesi Müdür yard., I. d.ime.

² Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğr. Üyesi, Yrd.Doç., I. d.ime.

³ Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğr. Üyesi, Prof., I. d.ime.

⁴ Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Araş. Gör., I. d.ime.

şeklinde dört grupta ele alınmaktadır¹. Günümlüz hastaneleri için en uygun yönetici rolü, yönetim ekibi önderliği olarak gözükmektedir. Ancak bu rolün gelişmesi ve tam anlamıyla işlevsel olabilmesinin zaman alabilecektir.

Ülkemizde tüm hastaneleri kapsayacak, bir hastane örgütlenme yapısı söz olmamakla birlikte hastanelerin yaklaşık % 64'ü Sağlık Bakanlığı'na bağlı olduğu için ve Bakanlık, SSK, Belediye Hastanelerinde de önceki ismiyle Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının çıkardığı *Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği* esas alındığından, genel bir hastane örgütlenme yapısını temsil ettiği söylenebilir.

Hastanelerin iç örgütlenmesine temel oluşturan "Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği"nde, hastane içindeki faaliyetler farklı şekillerde ve sistematik olmayan bir biçimde gruplandırılmıştır. Bu gruplamalarda, hangi ölçüler kullanıldığı açık değildir. Buna karşın, hastane örgütlerinde, yönetim konularının gerektirdiği eğitim düzeyi dikkate alınarak, işlevsel ilkelere göre gruplandırma yapıldığı söylenebilir. Örnek olarak, büyük hastanelerde teknik hizmetler bir mühendis sorumluluğunda, başhekimliğe bağlı olarak örgütlenmektedir. Mühendisin bulunmadığı durumlarda ise teknik hizmetler, şeflik düzeyinde hastane müdürlüğüne bağlı olarak organize edilmektedir².

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde hastane müdürünün; Sağlık İdaresi Yüksek Okulu veya eğitimi idare ve işletmecilik olan yüksek okul ve fakültelerden mezun olup hastane işletmeciliği konusunda master veya doktora yapmış, ayrıca hastane müdür yardımcılığı veya benzer yönetsel hizmetlerde 10 yıl başarıyla hizmet vermiş olması gerektiği belirtilmiş, görev ve yetkileri de şöyle sıralanmıştır³:

- 1) Baştahipliğe bağlı olarak kurumun yönetsel, parasal ve teknik hizmetlerini yasa, tüzük, yönetmelik ve emirler uyarınca yürütmekle yükümlü ve görevlidir.
- 2) Kurumun en verimli şekilde çalışmasını sağlamak üzere, her türlü gereksinimleri zamanında saptar ve sağlanması için gerekli önlemleri alır. Baştabi-bin vereceği talimatlara göre sonuçlandırır.
- 3) Satınalma, depolama, ambar ve depodan çıkış hizmetlerini yakından izler ve gereği gibi yapılmasını sağlar.
- 4) Günlük yiyecek tabelalarını denetler, buna göre ambardan çıkacak veya dışarıdan gelecek gıda maddelerinin zamanında mutfağa teslimini sağlar.
- 5) Aygıt, makina, eşya ve bina onarımı gibi işlerin ilgililerce zamanında yapılmasını sağlar.
- 6) Yönetim birimlerinin, görevlerini düzenli ve verimli bir şekilde yapmalarını sağlamakla, genel yönetim hizmetlerinde çalışan kendisine bağlı personelin: mevcut yasa, tüzük ve yönetmelikler uyarınca görev, yetki ve sorumluluklarını belirlemekle yükümlü ve doğrudan baştabibe karşı sorumludur.
- 7) Kurumunda gerekli güvenlik önlemlerini alır. Sivil savunma uzmanı yoksa sivil savunma, deprem, yangın ve su baskınları gibi olağanüstü haller için genel olarak. Devlet Kuruluşları yönetim amirlerine yüklenmiş görevleri titizlikle yürütür.
- 8) Kurumun periyodik istatistik, poliklinik ve laboratuvar çalışma cetvellerini zamanında, doğru ve eksiksiz olarak düzenleterek ilgili makamlara gönderir. Sağlık, yönetim, parasal her çeşit evrak ve cetvellerin de, kurumca zamanında düzenlenip ait olduğu makama gönderilmesini sağlar. Bulaşıcı hastalık tanısı konulan olguları ve bunlardan ölenleri, kurumun bulunduğu yerin, en üst sağlık yetkilisine hemen ve ayrıntılı bir şekilde bildirir.
- 9) Ambarda bulunan ve ambardan çıkarılan her çeşit maddenin ambar kayıtlarındaki miktarlara ve günlük yiyecek ve içeceklerin tabeladaki miktarları ile şartnamelerindeki niteliklere uygunluğunu denetler. Eksiklik ve kusurlar görürse, baştabibe bilgi vererek düzeltilmesini sağlar. Uygun nitelikte olmadığı ilgililerce bildirilen besin maddelerini baştabibin izniyle geri çevirir.

Bu araştırmanın temel amacı: ülkemizde Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler (Devlet Hastaneleri, Göğüs Hastalıkları Hastaneleri, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri v.b.) ile Üniversite Hastanelerindeki hastane müdür ve müdür yardımcılarının, yani bu meslekle ilgili okul mezunu sağlık yöneticilerinin; yönetimle ilgili genel niteliklerini, sahip oldukları yönetim anlayışlarını, uygulamada karşılaştıkları sorunları belirlemek, varsa eksikliklerini ortaya koymak ve çözüm önerilerini öğrenmektir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın evrenini, Sağlık Bakanlığı ve Üniversite Hastanelerindeki Sağlık İdaresi Yüksek Okulu mezunu sağlık yöneticileri (hastane başmüdür, müdür ve müdür yardımcılarını) oluşturmaktadır.

Araştırma kapsamına alınan hastane sayısı 489'u (% 94.8) Sağlık Bakanlığı'na ve 27'si (% 5.2) Üniversitelere bağlı olmak üzere toplam 516'dır. Evren bu hastanelerde görevli SİYO mezunu yöneticilerdir.

Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerdeki SİYO mezunu yönetici sayısı Sağlık Bakanlığı İstatistik Şubesinden 16/02/1994 tarihinde faksila alınan listeye göre 413'tür. Buna göre Bakanlık'taki SİYO mezunu yöneticilere ulaşma oranımız [(145/413)x100] % 35.1 olmuştur. Üniversite hastanelerindeki SİYO mezunu sağlık yöneticisi sayısı elde edilememiştir.

SİYO mezunu sağlık yöneticilerinin çoğunlukla, Sağlık Bakanlığı'na ve üniversitelere bağlı hastanelerde çalışıyor olmaları nedeniyle, araştırma kapsamına Sosyal Sigortalar Kurumu'na, diğer kamu kurum ve kuruluşlarına bağlı olanlar ile özel hastaneler alınmamıştır.

Araştırmacılarca geliştirilen anket formları evrenin tamamına, olası yönetici sayıları dikkate alınarak posta ile gönderilmiştir. Geri dönmeyen formlar için ikinci bir ricada bulunulmuş ve sonuçta değerlendirilmeye alınan anket formu sayısı 178'e ulaşmıştır. Veriler TÜTF Halk Sağlığı Anabilim Dalında NCSS paket programıyla analiz edilmiştir.

BULGULAR ve TARTIŞMA

Erkeklerde yaş ortalaması 38 7.2 SD (25-53); kadınlarda 30.2 SD (25-38)'dir. Tüm grubun % 86.0'sını erkekler (153 kişi), % 14.0'unu kadınlar (25 kişi) oluşturmaktadır (Tablo 1). Erkek ve kadın yöneticiler arasındaki bu oranlar ülke genelinde yapılan birçok araştırmada da benzer bulunmuştur^{4,5}.

Yöneticilerin 143'ü (% 81.2) Devlet Hastanelerinde çalışmaktadır. Bunların 75'i (% 52.4) il devlet hastanelerinde görevlidir. Katılımcıların 33'ü (% 18.7) Üniversite Hastanelerinde görev yapmaktadır. Yöneticilerin % 60.1'i (107 kişi) HÜSİYO, % 39.9'u (71 kişi) SİYO mezunudur. Tüm grupta, 5-9 yıldır çalışanlar en yüksek sayıdadır (51 kişi, % 29.3). Araştırma kapsamındaki katılımcıların içinde başmüdürlerin tamamı, müdür ve müdür yardımcılarının sırasıyla % 95.2 ve % 95.6'sı kendi kadrolarında görev yapmaktadır. Yöneticilerin büyük çoğunluğu yalnızca lisans eğitimi almıştır. Bir yabancı dili çok iyi düzeyde bilen yönetici yoktur (Tablo 2).

Araştırmaya katılan sağlık yöneticilerinin 36'sına (% 28.8) 51 ve daha fazla personel bağlıdır. 125 sağlık yöneticisinin 100'üne (% 77.2) 1-10 arasında, bağlı birim vardır.

Araştırma kapsamına alınan sağlık yöneticilerinden 91'inin (% 51.4) ilk amiri başhekim, 16'sının (% 9) başmüdür ve 68'inin (% 38.4) müdürlerdir. Başhekimlerin tamamı tıp fakültesi, başmüdürlerin % 93'ü ve müdürlerin % 73'ü SİYO mezunudur. Genel olarak katılımcıların amirlerinin 65'i (% 36.7) SİYO, 93'ü (% 52.5) Tıp Fakültesi ve 19'u (% 10.8) diğer Fakülte ve Yükseköğretim mezunlarıdır.

Sağlık yöneticilerinin kişisel bildirimine dayalı yeterlik durumları Tablo 3'te verilmiştir.

Katılımcıların, yönetim alanlarını önem sıralamasına ilişkin soruya verdikleri yanıtlarda; planlama 1. (% 90.8), yürütme 2. (% 76.5), karar verme 3. (% 76.2), örgütlenme 4. (% 57.3) ve eşgüdüm 5. sırada (% 56.1) yer almıştır.

Katılımcıların, profesyonel hastane yöneticilerinin etkinlik alanlarına ilişkin soruya verdikleri yanıtlarda; hastane politikalarını ve yönetim stratejilerini belirlemek 1. (% 87.3), planlama ve kontrol sistemleri geliştirmek 2. (% 74.5), çalışanların performansını artırma yöntemleri uygulamak 3. (% 70.1), bütçe hazırlamak ve denetimini sağlamak 4. (% 57.8), iş yükü ve iş gücü analizleri ve planlaması yapmak 5. sırada (% 41.1) yer almıştır.

Yıldırım tarafından ülke genelinde yapılan bir araştırmada profesyonel hastane yöneticilerinin etkinlik alanlarına ilişkin bulguları, araştırmamız ile sıralama bakımından farklıdır. Etkinlik alanları sıralaması, Yıldırım'ın araştırmasında aşağıdaki gibidir⁴:

1. Hastane politikalarını ve yönetim stratejilerini belirlemek.
2. Çalışanların verimliliklerini artırma yöntemleri uygulamak.
3. Sağlık hizmetlerinin planlama ve denetim, standart ve sistemlerini geliştirmek.
4. Yönetimde karar alma ve risk yönetimi.
5. Bütçe hazırlamak ve denetimini sağlamak.

Katılımcıların, profesyonel hastane yöneticilerinin amaçlarına ilişkin soruya verdikleri yanıtlarda; verilen hizmetin iyileştirilmesi için projeler geliştirmek ve hizmette nitelik güvencesini sağlamak 1. (% 97.1), maliyetleri düşürmek-2. (% 86.0), kaynak yaratmak ve kullanmak 3. (% 70.9), yönetim birimlerinin etkinliğini artırmak 4. (% 68.5), hastanenin kapasite kullanım oranını artırmak 5. sırada (% 60.2) yer almıştır.

Katılımcıların, "Belirlenen seçeneklerin yöneticilik görevinizi yerine getirmede ne kadar önemlidir?" sorusuna verdikleri yanıtlarda; yöneticilik kuram ve teknikleri hakkında bilgi 1. (% 99.4), kendine güven 2. (% 91.1), insanlarla ilişkide beceri 3. (% 90.5), kuruluşun hizmet verdiği çevre hakkında bilgi 4. (% 71.0) ve yönetime bilgisi 5. sırada (% 56.3) yer almıştır.

Katılımcıların, Hastane yöneticisi seçiminde önem verilmesi gereken faktörler için; yöneticilik eğitimi 1. (% 100.0), deneyim 2. (% 92.2), genel kültür 3. (% 77.6), kıdem 4. (% 76.9) ve lisansüstü eğitim 5. sırada (% 75.5) yer vermişlerdir.

Katılımcıların, "Ülkemizdeki hastanelerin etkin biçimde yönetilmesi için nelere önem verirsiniz?" sorusuna ilişkin verdikleri yanıtlarda; yönetim kuram ve teknikleri hakkında bilgi 1. (% 95.7), bilimsel ve teknolojik gelişmeler hakkında bilgi 2. (% 83.8), teknik bilgi 3. (% 72.4), insan davranışlarına ilişkin bilgiler ve iletişim becerileri 4. (% 64.7) ve kuruluşa etkisi olan toplumsal etkenler hakkında bilgi 5. sırada (% 56.2) yer almıştır.

Katılımcıların, "hastanelerin performanslarının değerlendirilmesinde önemli olan etmenlerden hangilerine önem verirsiniz?" sorusuna ilişkin verdikleri yanıtlarda; verilen hizmetin niteliği 1. (% 94.7), hizmetin maliyeti 2. (% 89.3), üretilen hizmetin miktarı 3. (% 79.3), tüketici tatmini 4. (% 68.5) ve ku-rumun ekonomik gücü 5. sırada (% 66.6) yer almıştır.

Katılımcıların, "Yönetimsel etkinlikleri başarıyla yürütmek açısından önemli olan etmenleri sıralar mısınız?" sorusuna ilişkin verdikleri yanıtlarda; hastane politikaları ve yönetim stratejileri 1. (% 89.4), yönetimde verimlilik ve denetim 2. (% 87.0), planlama 3. (% 82.2), örgütlenme 4. (% 79.8), sorun çözme ve önderlik tipi 5. (% 72.8) yer almıştır.

Katılımcılara hastane işletmeciliğindeki en önemli sorunlara ilişkin olarak yöneltilen soruya verilen yanıtlarda; mevzuattan (yasa, tüzük, yönetmelik vb.) kaynaklanan sorunlar 1. (% 90.3), parasal kaynak yetersizliğinden kaynaklanan sorunlar 2. (% 87.6), ulusal sağlık politikasından kaynaklanan sorunlar 3. (% 78.3), yönetsel sorunlar 4. (% 76.8) ve hastane işletmeciliğinin yapısından kaynaklanan sorunlar 5. (% 68.9) sırada yer almıştır.

Katılımcıların en çok uğraştıran ve en sık karşılarına çıkan sorunlardan; yetki belirsizliği, yetki gaspı ve çatışması 1. (% 97.5), aranan nitelik ve nicelikte personel bulamama 2. (% 88.1), işe göre adam yerine, adama göre iş anlayışı 3. (% 85.2), parasal kaynak yetersizliği 4. (% 84.2) ve üst makamların aşırı karışmacılığı ve siyasal baskılar 5. (% 83.7) sırada yer almıştır.

Katılımcıların hastane yönetiminde karşılaştıkları sorunların çözümüne ilişkin görüşleri olarak; yönetime profesyonel hastane yöneticilerini getirmek 1. (% 94.7), tüm hastaneleri yeniden yapılandırmak 2. (% 84.5), hastaneleri sağlık işletmeleri haline dönüştürerek uygun görülenleri özelleştirmek 3. (% 82.3), varolan kaynakları artırarak, yeni kaynaklara yönelmek 4. (% 79.1) ve yönetsel yetkileri merkezden tabana doğru yaymak 5. (% 75.2) sırada yer almıştır.

Katılımcılara, en çok yakınma gelen yerler; kurum çalışanları 1. (% 97.5), hastalar 2. (% 96.8), bölge halkı 3. (% 90.1), üst yöneticiler 4. (% 84.0) ve işyerleri (firmalar) 5. (% 68.0) olarak sıralanmıştır.

Yakınma konuları ise; hasta bakım ve tedavi hizmetleri 1. (% 90.5), hasta personel ilişkisi 2. (% 89.5), parasal konular 3. (% 88.3), bürokrasi ve ilgisizlik 4. (% 80.5) ve iletişim ve danışmanlık hizmetleri 5. (% 62.8) şeklinde sıralanmıştır.

Katılımcılar halen yöneticiliğe ilişkin eksikliklerini; tüm gruptan 72 kişi (% 43.6) iş yoğunluğu nedeniyle kendini geliştirememek, 28 kişi (% 17.0) meslekte yeni olduğu için deneyim eksikliği; 26 kişi (% 15.7) yetki eksikliğini halen yöneticiliğe ilişkin eksikleri olarak belirtmişlerdir (Tablo 4).

SONUÇ ve ÖNERİLER

Çağın gereklerine ayak uydurabilmek için yöneticiler kendilerini yenilemeli ve geliştirmelidir. Oldukça önemli bir kurum olan hastanelerin yönetimine gereken önem verilmeli, çağdaş bir yönetim anlayışına kavuşturulmalıdır. Ülkemizdeki kamu hastanelerinin çoğunda bu nitelikleri görmek olanaksızdır.

Profesyonel hastane yöneticileri öncelikle yöneticilik kuram ve teknikleri hakkında bilgi, beceri sahibi olmalıdır. Kaliteli hizmet üretimi ile ilgili yeni pro-jeler geliştirmeli ve yönetim politikası oluşturmalıdır. Ülkemizde hastane yöneticisi seçiminde bu alandaki eğitim ve deneyim dikkate alınmalıdır.

Hastane yöneticilerinin işletmecilikte en önemli sorunu mevzuattan kaynaklanmaktadır. Yöneticilerin en çok karşılaştıkları sorunlar yetki belirsizliği, gaspı ve çatışmasıdır. Hastane yöneticisine en sık gelen yakınma kendi kurumlarındaki çalışanlardan gelmektedir. Yakınma konuları da en çok hasta bakım ve tedavisi ile hasta personel ilişkisi hakkında olmaktadır.

Üzülerek söylemek gerekir ki, ülkemizdeki kamu hastanelerinin çoğunda çağdaş yönetim anlayışının uygulamaya geçtiğini görmek olanaklı değildir.

Hastane yöneticiliğinin bir meslek olduğu artık tartışılmaz bir gerçek olmakla birlikte, maalesef yöneticilerin yaklaşık % 63' ü kendini kısmen yeterli ya da yetersiz görmektedir. Hastane yöneticilerinin yaklaşık yarısı, iş yoğunluğu nedeniyle kendini geliştirememektedir.

Araştırmamızın sonuçlarına göre önerilerimiz şunlardır :

1. Sağlık hizmeti üreten hastanelerin en aktif üretim ögelerinden birini oluşturan yöneticilerin, çağdaş anlamda profesyonel niteliklere sahip olarak, yönetim kadrolarında görev almalarının sağlanması gerekir.
2. Ülkemiz hastanelerine ayrılan sınırlı kaynakların en etkin kullanımının sağlanması için; hastanelerin mali yönetiminin işletmecilik kurallarına göre bu konuda eğitim görmüş, profesyonel yöneticilerce yapılması gereklidir. Bu yolla yapılacak tasarruf Koruyucu Sağlık Hizmetlerine aktarılabilir.
3. Hastanelerdeki hasta bakım hizmetleri ile bir işletme gibi (teknik hizmetler, destek hizmetleri yönetimi vb) yönetilme birbirinden ayrılmamalı ve böylece yönetim ekibindeki yöneticiler arasında sürtüşme, en az düzeye çekilip, eşgüdümlü bir yönetim sağlanmalıdır.
4. Eşgüdümlü bir yönetimi gerçekleştirmek için hastanelerin yönetim kadrolarındaki yöneticilerin, sınırları kesin olarak çizilmiş tam bir görev ve yetki tanımlamaları yapılmalıdır.
5. Hastane yöneticilerinin, çağdaş hastane yönetimi konusunda yurtiçi ve yurtdışında inceleme ve araştırma yapma olanağı sağlanarak, profesyonel hastane yöneticiliği mesleğinin gelişmesine katkıda bulunulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Ak B. *Hastane Yöneticiliği*, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Programı, Doktora Tezi, Ankara, 1982, s. 43, 95-110.
2. Seçim H. *Hastane Yönetim ve Organizasyonu*, Anadolu Üniversitesi Basımevi, Eskişehir, 1985, s. 5-47, 127-158.
3. *Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği*, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Basımevi, Ankara, 1983.
4. Yıldırım S. *Profesyonel Hastane Yöneticilerinin Nitelikleri Konusunda Sağlık Meslekleri Mensuplarının Önkabulleri, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Programı, Bilim Uzmanlığı Tezi*, Ankara, 1993, s. 5-50.
5. Kabataş F. *İstanbul Kent Merkezinde Yataklı Tedavi Kurumları, Başhekim ve Hastane Yöneticilerinin Hastane Yönetimi Konusundaki Eğitim ve Bilgi Tutumları*, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, İstanbul, 1991, s. 80.

TABLO 1 : Sağlık Yöneticilerinin Yaş ve Cinsiyet Dağılımı

Yaş Grupları	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
25 - 29	14	51.9	13	48.1	27	100.0
30 - 34	32	78.0	9	22.0	41	100.0
35 - 39	46	93.9	3	6.1	49	100.0
40 - 44	21	100.0	-	-	21	100.0
45 - 49	27	100.0	-	-	27	100.0
50 -	13	100.0	-	-	13	100.0
Toplam	153	86.0	25	14.0	178	100.0

TABLO 2 : Sağlık Yöneticilerinin Bireysel ve Örgütsel Nitelikleri ile İlgili Bazı Bulgular.

Nitelikler	Sayı	%
<i>Çalıştıkları Hastanelerin Türü</i>		
Devlet Hastanesi	145	81,5
Üniversite Hastanesi	33	18,5
Toplam	178	100,0
<i>En Son Bitirilen Okul</i>		
SfYO	71	40,0
HÜSfYO	107	60,0
Toplam	178	100,0
<i>Çalışma Süresi</i>		
1 - 4	23	13,2
5 - 9	51	29,3
10 - 14	38	21,8
15 - 19	19	10,9
20 - 24	32	18,4
25 +	11	6,3
Toplam	174	100,0
<i>Görev ve Kadro Ünvanları Uyumu</i>		
Uyumlu	84	70,0
Uyumsuz	36	30,0
Toplam	120	100,0
<i>Eğitim Düzeyi</i>		
Lisans	162	91,5
Lisansüstü*	15	8,5
Toplam	177	100,0
<i>Yabancı Dil Yeterliliği</i>		
Yeterli	84	69,2
Yetersiz	47	30,8
Toplam	121	100,0

* 3 tanesi doktora sahiptir.

TABLO 3 : Kişisel Bildirime Dayalı Yeterlik Durumu.

Yeterlik Durumu	Sayı	%
Tam Yeterli	58	32,6
Kısmen Yeterli	73	41,0
Yeterli Değil	42	26,4
Toplam	178	100,0

TABLO 4 : "Halen Yöneticiliğe İlişkin Eksikliklerinizi Varsa Uygun Olanı İşaretleyiniz" Sorusuna Verilen Yanıtlar.

Seçenekler	Tüm Grup	
	n	%
Yaptığım işten farklı bir alanda eğitim gördüm	4	2,4
Meslekte yeniyim, deneyimim az	28	17,0
İş yoğunluğu nedeniyle kendimi geliştiremiyorum	72	43,6
Yetki eksikliği	26	15,7
Eğitimim yeterli değildi	18	10,9
Yabancı dil eksikliği	4	2,4
Bilgisayar eksikliği	4	2,4
Mevzuat eksikliği	4	2,4
Hizmetiçi eğitim eksikliği	4	2,4
Asıl mesleğim başka, bu ikinci mesleğim	1	,6
T o p l a m	165	100,0

SAĞLIK İDARESİ YÜKSEK OKULU MEZUNU SAĞLIK YÖNETİCİLERİNİN ALDIKLARI EĞİTİM İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİ ve EĞİTİMİLE İLGİLİ SORUNLARI

MPH. Emin GEMİCİ¹, Dr.Faruk YORULMAZ², Dr.Ahmet SALTİK³, Dr.Galip EKUKLU⁴, Dr.Hasan Çetin EKERBİÇER⁴, Dr M. Sarper ERDOĞAN⁴ Dr. Nezihe ÜZÜM⁴

ÖZET

Sınırlı kaynakları etkin ve verimli biçimde kullanarak sağlık kurumlarının amaçlarını gerçekleştirebilecek, yatırımları daha iyi sağlık hizmeti çıktısına dönüştürebilecek nitelikli sağlık yöneticilerine ulaşmanın yolu uygun bir **formal eğitim** verilmesidir. Bu çalışmanın **amacı**; anket yöntemi ile ülkemizdeki SB'na (Sağlık Bakanlığı) ve üniversitelere bağlı hastanelerdeki SİYO (Sağlık İdaresi Yüksek Okulu) mezunu sağlık yöneticilerinin (Hastane Başmüdür, Müdür, Müdür Yardımcıları) aldıkları mesleki eğitimin yeterliliği ile bu konudaki düşünceleri ve önerilerini araştırmaktır. **Yöntem** : **Araştırma evreni** tüm ülkede bu özelliğe sahip 516 hastanedeki SİYO mezunu sağlık yöneticileridir. Hastanelerin 489'u (% 94.8) SB'na, 27'si (% 5.2) üniversitelere bağlıdır. SB'dan alınan listeye göre, SB'na bağlı hastanelerde çalışan yöneticilerin anketi yanıtı oranı % 35.1 (145 kişi) olmuştur. Üniversitelerde çalışan SİYO mezunu yönetici sayısı tam olarak saptanamadığından Kadro Kistas Yönetmeliğine göre olası sayıya göre anket formu gönderilmiştir. Bu kurumlardan 33 anket geriye dönmüştür. **Bulgular** : Tüm grubun % 86.0'sını erkekler (153 kişi), % 14.0'unu kadınlar (25 kişi) oluşturmaktadır. Erkekler 38 (25-38), kadınlar 30.2 (25-38) 3.1 yaşındadır. Yöneticilerin % 60.1'i (107 kişi) HÜSİYO (Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksek Okulu), % 39.9'u (71 kişi) SİYO mezunudur. Katılımcılar "Yönetici olarak kendinizi yeterli görüyor musunuz?" sorusunun yanıtlarına göre, "Tam Yeterli" (TY), "Kısmen Yeterli" (KY) ve "Yeterli Değil" (YD) biçiminde alt gruplara ayrılmıştır. Bu şekilde gruplara ayırmanın temel nedeni; SİYO mezunu sağlık yöneticilerinin, aldıkları eğitimden ne ölçüde yararlanabildiklerini, eğitimlerinin yeterliliğini, kuramsal olarak aldıkları bilgileri, uygulamaya koyup koyamadıklarını, yönetim sorunlarını deneyimle mi eğitimle mi çözdüklerini ve ne ölçüde başarılı olduklarını ortaya koymaktır. **Katılımcıların** verdikleri yanıtlardan; yönetsel etkinlikleri başarı ile yürütmede önemli olan etmenlerden "yönetimde verimlilik ve denetim" seçeneğinde alt gruplar arasında önemlilik sıralamaları bakımından fark bulunmuştur. Bu fark, TY alt grubunun önem derecesi tercihinden kaynaklanmaktadır. TY alt grubu belirtilen seçeneği ilk 3 tercihte gösterirken diğer alt gruplar 4. ve daha aşağı tercihlere koymuşlardır. Araştırmaya alınan yöneticilerin 171'i (% 98.3) hastane yöneticiliğini meslek olarak onaylamış, 67 katılımcı (% 38.5) genel olarak yöneticileri yeterli bulmuştur. Katılımcıların 109'u (% 62.6) yönetimdeki başarıda, okul eğitimi ve deneyimin eşit derecede etkili olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların en yararlı buldukları ders, Hastane İdaresi ve Organizasyonu'dur (%94.2). Yöneticilerin hiç yararlanmadıklarını düşündükleri ders Matematik'tir (% 18.7). Süresinin artırılması istenen ders Hastane İdaresi ve Organizasyonu (%46.1), kaldırılması istenen ders Matematik'tir (%12.9). Yeni eklenmesi uygun görülen dersler içinde en çok yığılım Sağlık Mevzuatı'ndadır (% 16.3). Süresinin azaltılması istenen ders Makro Ekonomi, (%7.8), pratik yapılmasını istedikleri ders ise Hastane İdaresi ve Organizasyonu'dur (%30.3). Yeni pratik konulardan en çok istenen Satınalma ve İhale'dir (% 8.9).

SUMMARY

The way of having well-qualified health administrators who can realize health institutions' aims by using the limited sources efficiently and transform the investments to better health service outcome is providing them appropriate formal education. The **purpose** of this study is evaluating the adequacy of the education in The School of Health Administration (SHA). A standard questionnaire was used to collect the data. **Method** : The population of the study is managers of 516 hospitals who were graduated from SHA 489 of hospitals (94.8 %) were state hospitals and 27 (5.2 %) of them were university hospitals. The response rate of the state hospitals managers is 35.1 % according to the list which was given by The Health Ministry. **Results** : Hospital management was approved as a profession by 171 (98.3 %) of the respondents and 109 (62.8 %) respondents stated that successful management depends on formal education and experience equally. The most useful course by respondents was "Hospital Management and Organization" (94.2 %) and the least useful course was Mathematics (18.7 %). The course, Hospital Management and Organization was most favourite one (46.1 %) to take more place in the curriculum by respondents, where Macro Economics was mostly disapproved (7.8 %) to take less place. Mathematics was the most demanded (12.9 %) lesson to be removed from the program. 16 % of the respondents choosed "Health Legislation" as a new course that must be added to course curriculum. The 30.3 % of respondents declared the course "Hospital Management and Organization" to be conducted practically and the lecture "Purchasing and Tender" to be new practical topics.

GİRİŞ ve AMAÇLAR

Sağlık hizmetlerinin sevk ve idaresi; felsefe ve yöntem bakımından, hasta sağaltımından çok farklı bir konudur. Bu nedenle; sağlık hizmetlerini bilimsel olarak geliştirebilmek için, halk sağlığı konusunda eğitim ve araştırma yapan merkezler kurmak, bilim adamı ve teknik yönetici yetiştirmek zorunludur.¹

Sağlık kurumlarının amaçlarını gerçekleştirebilecek, elde varolan sınırlı kaynakları etkin ve verimli biçimde kullanıp, yatırımları iyi birer sağlık hizmeti çıktısına dönüştürebilecek, **nitelikli sağlık yöneticilerine** gereksinim vardır. Bu da ancak, yeterli bir formal eğitim ile karşılanabilir. Formal eğitim sonunda gerekli nitelikleri kazanan yöneticilerin, sağlık kurumlarında çalıştırılarak, deneyimlerini artırmalarının sağlanması, sağlık sisteminizin en önemli sorunlarından biri olan yönetici eksikliğini giderecek ve çağdaş yönetim ilkelerinden yoksun yapıyı değiştirip, çağa uygun hale getirecektir.²

Yönetim; bir örgütün veya kurumun önceden kararlaştırılmış amaçlarını gerçekleştirebilmek için, maddi kaynakların sağlanması, insan enerjisinin yaratılması, saklanması ve birleştirilmesi sürecidir.³

Bir kısım önemli yönetim öğeleri aşağıdadır ⁴ :

Amaç belirleme	Deneyimden yararlanma	İşbölümü
Kaynak bulmak	İşlerin birleştirilmesi	İşe uygun yapılaşma
Yetki devri	Seçicilik	Hızlı karar

¹ Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim-Uygulama ve Araştırma Hastanesi Müdür yard., Edime.

² Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğr. Üyesi, Yrd.Doç., Edime.

³ Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğr. Üyesi, Prof., Edime.

⁴ Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Araş.Gör., Edime.

Yönetici, "başkaları aracılığıyla iş gören kişidir" denilebilir.⁵ Yönetimde, temel hammadde olan insanları verimli yönetmek esastır. Yönetim işini meslek haline getirip, bu göze değerdendiren kişi profesyonel yöneticidir.

Yöneticilerin eğitimi planlanırken, eğitim türlerinin hangisine öncelik verileceği, eğitimin hangi yönetim düzeyinde başlayacağı ve yöneticilere öncelikle kazandırılması gereken bilgi ve becerilerin neler olacağı konularının, kısaca kimlerin, ne zaman, nerede ve nasıl eğitileceğinin belirlenmesi, büyük önem taşımaktadır.⁶

Günümüz işletmelerinde profesyonel yöneticilere olan gereksinimin artması, eğitim konusunu ön plana çıkarmıştır. Zamanla, değişen işletme gereksinimlerini giderebilmek için, yöneticilerin *sürekli* eğitilmesi gerekmektedir. Yönetilenleri etkileyebilmek ve onlara iş yaptırabilmek, yetenekli, formal bir eğitim ve öğretimden geçen yöneticilerle olanaklı olabilir. Ülkemizde, genellikle yüksek öğrenimi tamamlamış insanlara yöneticilik görevi verilmekte, bazı büyük kurum ve kuruluşlarda, yüksek lisans ve doktora dereceleri de üst düzey yöneticiliği için önkoşul olabilmektedir.

Sağlık yönetimi; sağlık, tıbbi bakım ve sağlıklı bir çevre istemlerinin, bireylere, örgütlere ve toplumlara belli hizmetleri sağlayarak karşılanmasını olanaklı kılan kaynak ve süreçlerin planlanması, organize edilmesi, yönetilmesi ve eşgüdümüdür. Sağlık yönetimi; *üst kademe sağlık yönetimi, sağlık hizmetleri yönetimi ve sağlık kurumları yönetimi* olmak üzere üçe ayrılabilir.⁷

Sağlık yönetiminin zorluğu, örgütsel yapının büyüklüğü, hizmetlerin çeşitliliği ve organizasyonda her birey için kişisel olarak düzenlenmiş hizmetler sağlamanın güçlüğünden kaynaklanmaktadır. Ayrıca bireysel sağlık hizmeti, hizmetin toplu halde üretilip satılamaması ve sağlık hizmetlerinin topluma en çok profesyonelleşme gerektiren alanlardan birisi olması da sağlık yönetiminin güçlüğüne oluşturmaktadır.⁸

Hastane yönetimi; insansal ve maddi kaynakları planlamak, örgütlenmek, eşgüdümlemek ve denetlemek yoluyla önceden belirlenen hedeflere yönelmek ve ulaştırmaktır.

Hastane yönetiminin özellikleri

1. Hastanedeki yönetsel mekanizmanın karmaşıklığı,
2. Hastane hizmetlerinin çeşitliliği,
3. Departman ve birimlerarası eşgüdümü sağlama güçlüğü,
4. Çeşitli bilimsel ve teknik grupların çokluğu,
5. Yönetime karışan çeşitli grupların bulunuşu,
6. Hastanenin sosyal amaçlarla ilgili oluşu,
7. Sürekli halkın eleştirisini alması,
8. Emir kumanda hattının fazlalığı,
9. Hastane örgüt yapısının diğer örgütlere göre farklı oluşu,
10. Eğitim, araştırma ve sağaltım hizmetlerinin ortak oluşu⁹

Hastane yöneticisi; hastanelerde yönetim hizmetlerinin, bir bütün olarak yürütülmesini sağlayan koordinatördür. Daha açık bir anlatımla, hastane hizmetlerinden doğrudan sorumlu yönetim yetkesidir.

Bu bağlamda hastane yöneticisinin görevleri şunlardır :

1. Mevzuat tarafından belirlenen ilkeler kapsamında hastane yönetimini, sağlık hizmetlerini en verimli olarak verebilecek biçimde kurmak ve sürekliliğini sağlamak.
2. Hastane yönetiminde işbölümü ve işbirliğini kurmak.
3. Verilen hizmetin iyileştirilmesi için projeler geliştirmek ve uygulamaya koymak.
4. Her türlü bakım ve onarımı yaptırarak, hizmetin sürekliliğini sağlamak.
5. Bütçe hazırlamak, yönetsel ve parasal işleri yönetmek ve bu konularda raporlar hazırlayıp gerekli yerlere sunmaktır.

Ülkemizde tüm hastaneleri kapsayacak, bir hastane organizasyonu yapısından söz etmek olanaklı değildir. Bununla birlikte, ülkemizdeki hastanelerinin yaklaşık % 64'ü Sağlık Bakanlığı'na bağlı olduğu için ve Bakanlık, SSK, Belediye Hastanelerinde *Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği* esas alındığından, genel bir hastane organizasyon yapısını temsil ettiği de söylenebilir.

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde hastane müdürünün; Sağlık İdaresi Yüksek Okulu veya eğitimi idare ve işletmecilik olan yüksek okul ve fakültelerden mezun olup hastane işletmeciliği konusunda master veya doktora yapmış, ayrıca hastane müdür yardımcılığı veya benzer yönetsel hizmetlerde 10 yıl başarıyla hizmet vermiş olması gerektiği belirtilmiştir.¹⁰

Ülkemizde sağlık hizmeti veren kurum ya da kuruluşların, yönetici gereksinimlerini karşılamak için kurulan ilk yüksek öğretim kurumu *Sağlık İdaresi Yüksek Okulu*'dur. Eğitim süresi başlangıçta 3 yıl olup daha sonra 4 yıla çıkarılan bu Okul 1982 yılına dek yaklaşık 500 sağlık yöneticisi mezun etmiştir.

1970 yılında Hacettepe Üniversitesince kurulan Hastane İdaresi Yüksek Okulu 1982-1983 öğretim yılı başından itibaren "*Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksek Okulu*" adı ile etkinliklerini sürdürmüştür.¹¹

Bu araştırmanın temel amacı; ülkemizde Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler ile Üniversite Hastanelerindeki SİYO mezunu hastane müdür ve müdür yardımcılarının, yani bu meslekle ilgili okul mezunu sağlık yöneticilerinin; aldıkları eğitim sonucu geliştirdikleri bilimsel yöneticilik kuramlarını algılama düzeylerini ortaya koymak, bu kapsamda sahip oldukları yönetim anlayışını belirlemek ve varsa eğitim eksikliklerini ortaya koyarak, SİYO'da verilen eğitimin yeterliliğini araştırmaktır. Bu amaçlar doğrultusunda, eksiklikleri ve/veya farklılıkları ortaya koyarak, eğitimin daha yeterli duruma gelebilmesi için öneriler geliştirmektir.

YÖNTEM ve GEREÇLER

Araştırmanın evrenini, Sağlık Bakanlığı ve Üniversite Hastanelerindeki (SİYO) mezunu sağlık yöneticileri (hastane başmüdür, müdür ve müdür yardımcıları) oluşturmaktadır.

Araştırmada; Sağlık Bakanlığı 1993 Yılı İstatistik Yıllığı'nda yer alan Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler ile üniversite hastanelerinin tamamına ulaşılması planlanmış, Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kadro Kistas Yönetmeliği'nde yatak sayılarına göre bulunması öngörülen hastane yöneticileri sayısı temel alınarak anket formu gönderilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastane sayısı 516'dır. Bu hastanelerin 489'u (% 94.8) Sağlık Bakanlığı'na, kalan 27'si ise (% 5.2) üniversitelere bağlıdır. SB'na bağlı hastanelerde görevli 413 SİYO mezunu ve Üniversitede görevli SİYO yöneticilerine anket postalanmıştır. Bu sayı içinde, Üniversite Hastanelerinde çalışan SİYO mezunu hastane yöneticileri yoktur. SB'na bağlı hastanelerde görevli 413 SİYO mezunu yöneticinin 133'ünden yanıt alınmıştır. Üniversite'de çalışan yöneticilerin 33'ü anketi yanıtlamıştır.

Araştırmada kullanılacak verilerin toplanması için araştırmacılarca geliştirilen "Sağlık İdaresi Yüksek Okulu Mezunları Sağlık Yöneticilerinin, Aldıkları Eğitim ile Uygulamada Ortaya Çıkan Sorunların Karşılaştırılması" başlıklı anket formu kullanılmıştır.

Bulgular ve tartışma bölümünde katılımcılar "Yönetici olarak kendinizi yeterli görüyor musunuz?" sorusunun yanıtlarına göre, gruplanmış, değerlendirme tüm grup ve altgruplar biçiminde yapılmıştır. Seçeneklere göre, kendilerini tam olarak veya oldukça yeterli görenler bir gruba ayrılmış ve kısaca bu grup "Tam Yeterli" (TY), yeterli, ancak bazı konularda eksikleri olduğunu düşünenler "Kısmen Yeterli" (KY) ve

kendilerini yeterli görmeyen veya eğitim ile yeterli olmayıp, deneyim ile yeterlik kazandığını belirtenler "Yeterli Değil" (YD) kabul edilmiştir.

Bu şekilde gruplara ayırarak değerlendirmenin temel nedeni: SİYO mezunu sağlık yöneticilerinin, aldıkları eğitimden ne ölçüde yararlanabildiklerini, eğitimlerinin yeterliliğini, kuramsal olarak aldıkları bilgileri uygulamaya koyup koymadıklarını, yönetim sorunlarını deneyimle mi, eğitimle mi çözdüklerini ve ne ölçüde başarılı olduklarını test etmek istememizdir.

BULGULAR ve TARTIŞMA

Tablo 1'de sağlık yöneticilerinin yaş ve cinsiyet dağılımları ile ilgili bulgular sunulmaktadır. Tüm grubun % 86.0'sını erkekler (153 kişi), % 14.0'unu kadınlar (25 kişi) oluşturmaktadır. Erkeklerde yaş ortalaması 38.72 (25-38), kadınlarda 30.23 (25-38)'dir. Yöneticilerin % 60.1'i (107 kişi) HÜSİYO, % 39.9'u (71 kişi) SİYO mezunudur. Erkek ve kadın yöneticiler arasındaki bu oranlar ülke genelinde yapılan birçok araştırmada da benzer olarak bulunmuştur.^{7,11} Sağlık Yöneticilerinin en son mezun oldukları okullar Tablo 2'de verilmiştir.

Yöneticilerin % 60.1'i (107 kişi) HÜSİYO, % 39.9'u (71 kişi) SİYO mezunudur. Tablo 3'deki oranlara göre altgruplar arasında istatistiksel fark vardır ($X^2=13.24$, $SD=2$, $p=0.00$). Bu fark YD alt grubundan kaynaklanmaktadır. Yani TY ve KY alt grupları benzer, YD alt grubunda HÜSİYO mezunları diğerlerine göre daha fazladır (YD alt grubu çıkarıldığında $X^2=2.09$, $SD=1$, $p=.148$). YD alt grubunda olan 34 (% 81) kişinin HÜSİYO mezunu olması, HÜSİYO'nun eğitiminin yeterli olmadığı, ya da TY ve KY alt gruplarının yeterliliklerini deneyim ile kazandıkları düşünüldü ($T=6.18$, $SD=2$, $p=.04$). KY alt grubu dışarıda bırakılarak yapılan MW (Mann Whitney) testinde, SİYO mezunlarının yeterliliklerinde kademin bir katkısı olmadığı ortaya çıkarıldı ($t=108$, $p=.49$). HÜSİYO mezunlarının yeterliliklerinde kademin katkısını araştırmak için yapılan ANOVA testinde, deneyimin yeterliğe katkısı olmadığı ortaya çıktı ($F=1.76$, $p=.178$).^{13,14} X^2 testi ile elde edilen yorumdaki yanlışlığı ileri analizler sonucu, katılımcıların kendi bildirimlerine dayalı yeterliliklerinin kademele bir ilgisi olmadığı biçiminde düzeltilerek ortaya konmuştur.

Tüm grup ve altgruplardaki yöneticilerin eğitim düzeyleri Tablo 3'te verilmiştir. Tüm grup ve altgruplarda en fazla görülen eğitim düzeyi, Lisans eğitimidir. YD alt grubunu değerlendirme dışı bıraktığımızda altgruplar arasında eğitim düzeyi bakımından fark yoktur ($X^2=1.33$, $SD=1$, $p=.71$). Ancak YD grubunun tamamının lisans düzeyinde eğitim görmüş olması, hastane yöneticilerine salt lisans eğitiminin yetmediği biçiminde yorumlanabilir.

Yöneticilerin, sağlık yöneticiliği ile ilgili (yurt içinde kurs, seminer, panel, hizmet içi eğitim, vb.), ek eğitim alma durumları Tablo 4'te verilmiştir. Buna göre tüm grupta 54 kişi (% 30.3) ek eğitim almış, 124 kişi (% 69.7) almamıştır. Katılımcı altgruplarında en fazla ek eğitim alma oranı % 39.7 ile TY, en az ek eğitim alma oranı ise % 26 ile KY alt grubundadır. Ek eğitim alma bakımından, gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($X^2=3.3$, $SD=3$, $p=.38$). Meslek kademi de daha fazla olan TY grubunda göreceli olarak en fazla ek eğitim alma söz konusudur. Yöneticilerin aldıkları ek eğitim konuları Tablo 5'te verilmiştir.

Katılımcıların 33'ü (% 73.3) "Hastane Yönetimi ve İdareciliği" konusunda ek eğitim almışlardır. Diğer ek eğitim konuları sırasıyla; Hizmet İçi Eğitim (% 15.6) ve Tek Düzen Muhasebe Sistemi ve Maliyet (% 11.1) biçimindedir.

Yöneticilerin hiçbirisi bir yabancı dili çok iyi düzeyde bilmemektedir. Katılımcıların 16'sı (% 11.8) iyi, 71'i (% 52.2) orta, 49'u (% 36) yetersiz düzeyde yabancı dil bildiklerini belirtmişlerdir. 7 (% 3.9) yönetici eğitim amacıyla yurt dışında bulunmuştur. Bunlardan 1'i seminer vb., 2'si programlı eğitim, 4'ü de görgü ve bilgi artırmak amacıyla kısa süre yurt dışında bulunmuşlardır.

Yöneticilerin 143'ü (% 81.2) Devlet Hastanelerinde çalışmaktadır. Bunların 75'i (% 52.4) il devlet hastanelerinde görevlidir. Katılımcıların 33'ü (% 18.7) Üniversite Hastanelerinde görev yapmaktadır. TY alt grubundaki bütün katılımcılar illerdeki hastanelerde, KY alt grubundaki katılımcıların 50'si (% 68.5) illerde, 23'ü (% 31.5) ilçelerde görev yapmaktadır. YD alt grubunda ise katılımcıların 26'sı (% 61.9) illerde, 16'sı (% 38.1) ilçelerde çalışmaktadır.

Seçimlerin önem derecelerine göre sıralamasıyla oluşturulan tüm tablolarda; ilk 5 önemlilik sırasında belirtilenler en önemli seçenekler olarak kabul edilmiş ve 5. önem derecesinden sonrakiler dikkate alınmamıştır.

Katılımcılara, yönetim alanlarını önem sıralamasına koymalarına ilişkin olarak yöneltilen soruya verilen yanıtlarda; planlama 1. (% 90.8), yürütme 2. (% 76.5), karar verme 3. (% 76.2), örgütlenme 4. (% 57.3) ve koordinasyon 5. sırada (% 56.1) yer almıştır.

Analitik aşamada; altgruplarda en fazla yığılma görülen beş yönetim alanının, kendi içinde önem sıralamaları karşılaştırılmış KW (Kruskal-Wallis Varyans Analizi) ve farksız bulunmuştur. Benzer analitik irdelemeler diğer dört yönetim alanı için de yapılmış ve yönetim alanları arasında fark bulunamamıştır.

"Profesyonel hastane yöneticilerinin eğitiminde en yararlı eğitim biçimleri nelerdir?" sorusuna verilen yanıtlarda; formal yönetim eğitimi 1. (% 65.1), çalıştığı kurumda üst yönetici tarafından iş başında eğitim 2. (% 17.6), hizmetiçi eğitim kursları 3. (% 16.7), diğer kurum yöneticilerinin de katılacağı panel gibi tartışmalı eğitim 4. (% 5.9), özel uzmanlık kuruluşları tarafından sunulan paket eğitim programları 5. sırada (% 3.9) yer almıştır.

Analitik aşamada; altgruplarda en fazla yığılma görülen beş seçeneğin kendi içinde önem sıralaması karşılaştırılmış (KW) ve altgruplararası fark önemli bulunmamıştır. Benzer analitik irdelemeler diğer dört seçenek için de yapılmış istatistiksel olarak farksız bulunmuştur.

"Ülkemizdeki hastanelerin etkin biçimde yönetilmesi için nelere önem verirsiniz?" sorusuna verdikleri yanıtlarda; yönetim kuram ve teknikleri hakkında bilgi 1. (% 95.7), bilimsel ve teknolojik gelişmeler hakkında bilgi 2. (% 83.8), teknik bilgi 3. (% 72.4), insan davranışlarına ilişkin bilgiler ve iletişim becerileri 4. (% 64.7) ve kuruluş etkisi olan toplumsal etkenler hakkında bilgi 5. sırada (% 56.2) yer almıştır.

Analitik aşamada; altgruplarda en fazla yığılma görülen beş seçeneğin, kendi içinde önem sıralamaları karşılaştırılmış (KW) ve altgruplararası fark bulunmamıştır. Benzer analitik irdelemeler diğer dört seçenek için de yapılmış ve fark önemli bulunmamıştır.

"Hastane yöneticiliği meslek midir ve yöneticiler genel olarak yeterli midir?" sorusuna verilen yanıtlarda; katılımcıların 171'i (% 98.3) hastane yöneticiliğinin bir meslek olduğunu belirtmiş; 107'si (% 61.5) hastane yöneticilerini yetersiz, 67'si (% 38.5) yeterli bulmuştur.

"Yönetimdeki başarıda okul eğitimi mi deneyim mi daha etkilidir?" sorusuna verilen yanıtlarda; "genel olarak bir değerlendirme yapıldığında her ikisi eşit derecede etkilidir" 1. (% 62.6), iş deneyimi daha etkilidir 2. (% 22.4) ve okul eğitimi daha etkilidir 3. seçenek (% 15.0) olmuştur.

"SİYO mezunu mevcut hastane yöneticilerini, yönetici olarak yeterli buluyor musunuz?" sorusuna verilen yanıtlar Tablo 9'da görülmektedir.

Katılımcıların 86'sı (% 49.5) SİYO mezunu hastane yöneticilerini kişiye bağlı olarak başarılı, 75'i (% 43.1) başarılı, 11'i (% 6.3) kısmen başarılı ve yalnızca 2'si (% 1.1) başarısız bulmuştur. SİYO mezunu hastane yöneticilerini "başarılı bulanlar" ile "kişiye bağlı olarak başarılı bulanlar" arasında altgruplarda istatistiksel olarak fark yoktur ($X^2=1.29$, $SD=2$, $p=.52$).

"Halen yöneticiliğe ilişkin eksiklikleriniz varsa uygun olanı işaretleyiniz" biçimindeki soruya verilen yanıtlar Tablo 10'da görülmektedir. Katılımcıların birden fazla seçenek işaretleyebildiği bu soruda; tüm gruptan 72 kişi (% 43.6) iş yoğunluğu nedeniyle kendini geliştiremediğini, 28 kişi (% 17.0) meslekte yeni olduğu için deneyim eksikliği çektiğini vurgularken; 26 kişi (% 15.7) yetki eksikliğini yöneticiliğe ilişkin eksikleri olarak belirtmişlerdir. TY alt grubunda 18 kişi (% 48.7), KY alt grubunda 40 kişi (% 46.5) ve YD alt grubunda 14 kişi (% 33.3) iş yoğunluğu nedeniyle kendini geliştirememektedir. Ayrıca KY alt grubunda 12 kişi (% 13.9) ve YD alt grubunda 14 kişi (% 33.3) meslekte yeni olduğundan deneyiminin az olduğunu belirtmiştir.

Katılımcıların *sürekli faydalandıkları derslerden, en çok faydalı buldukları ilk beşi* sırasıyla; Hastane İdaresi ve Organizasyonu (% 94.2), Personel Yönetimi (% 82.6), Yönetim Bilimi (% 72.1), Hastane Mali Yönetimi (% 64.8) ve Davranış Bilimleri'dir (% 68.4). Yöneticilerin hiç faydalanmadıkları ilk beş ders sırasıyla; Matematik (% 18.7), Kantitatif Yöntemler (% 14.9), Makro Ekonomi (% 11.2), Mikro Ekonomi (% 10.9) ve Sağlık Bilimlerinde Araştırma Teknikleri'dir (% 10.1).

Katılımcıların *süresinin artırılmasını istediği ilk beş ders* sırasıyla; Hastane İdaresi ve Organizasyonu (% 46.1), Personel Yönetimi (% 25.3), Staj (% 20.2), Mali Yönetim (% 19.1) ve Yönetim Bilimi'dir (% 16.3). Süresinin artırılması önerilen ilk beş ders açısından katılımcı alt grupları benzerdir ($X^2=3.5$, $SD=8$ $p=.89$).

"Hangi dersler kaldırılmalıdır?" sorusuna verilen yanıtlarda ilk beş ders sırasıyla; Matematik (% 12.9), Sosyal Güvenlik (% 7.8), Epidemiyoloji (% 7.8), Makro Ekonomi (% 6.7) ve Kantitatif Yöntemler'dir (% 4.5). Kaldırılması önerilen ilk beş ders açısından katılımcı alt grupları benzerdir ($X^2=3.11$, $SD=8$ $p=.92$).

Katılımcıların *SIYO müfredatına yeni eklenmesini istediği dersler*; Sağlık Mevzuatı (% 16.3), Bilgisayar (% 14), Biomedikal Mühendislik ve Satınalma Sistemleri (% 11.2)'dir.

Sürelerinin azaltılması istenen ilk üç ders sırasıyla; Makro Ekonomi (% 7.8), Epidemiyoloji (% 5.1) ve Mikro Ekonomi'dir (% 4.5). Katılımcıların SIYO müfredatındaki derslerin kaldırılmasına ilişkin olarak belirtilen derslerdeki yüzdelerinin düşük olması, bu konuda önemli bir istemin olmadığı anlamındadır. Çünkü katılımcıların en çok kaldırılmasını istediği Makro Ekonomi dersi bile tüm grubun yalnızca % 7.8' i (14 kişi) tarafından işaretlenmiştir. Alt gruplar da kaldırılması istenen dersler çok küçük oranlarda olduğundan istatistiksel analiz yapılamamıştır.

"Pratik yapılmasını gerekli gördüğünüz dersler nelerdir?" sorusuna verilen yanıtlar önem sırasıyla; Hastane İdaresi ve Organizasyonu % 30.3, Bilgisayar % 21, Personel Yönetimi ve Mali Yönetim % 11.2, Mali Analiz % 10.1 ve Maliyet Muhasebesi % 9.5'dir. Pratik yapılması önerilen ilk beş ders açısından alt gruplar benzerdir ($X^2=7.96$, $SD=8$, $p=.43$).

"Hangi yeni pratik konuların olması gerektiği" sorusuna verilen yanıtlar sırasıyla; Satınalma ve İhale % 8.9, Bilgisayar % 8.4 ve Tıbbi Cihazlarla İlgili Dersler % 5.6 biçimindedir. Yeni pratik konuların konmasıyla ilgili olarak önerilen ilk üç tercihleri bakımından alt gruplar benzerdir ($X^2=2.89$, $SD=4$, $p=.57$).

SONUÇ ve ÖNERİLER

Yönetimin her gün, hatta her saat gözden geçirildiği, hiç kimsenin aynı üretimle veya hizmetle bir yaşam boyu kalamadığı, sürekli bir devrimin olduğu dünyada kendini en sık yenileyen meslek sahipleri "profesyonel yöneticiler" olmak zorundadır. Profesyonel yönetimi ön plana çıkaran örgütlerin az olduğu ülkemizde, hastane yönetimine de gereken önem verilmemektedir. Üzülerek söylemek gerekir ki, ülkemizdeki kamu hastanelerinin çoğunda çağdaş yönetim anlayışının uygulamaya geçtiğini görmek olanaklı değildir.

Araştırmadan çıkan sonuçlar aşağıdaki gibi özetlenebilir :

1. Profesyonel hastane yöneticilerinin en yararlı eğitim biçimi, hizmetçi eğitim kursları ve çalıştığı kurumda üst yönetici tarafından iş başında eğitimle desteklenen formal yönetim eğitimidir.
2. Profesyonel hastane yöneticilerinin yöneticilik görevini yerine getirmede en önemli etmen; yöneticinin, yöneticilik kuram ve teknikleri hakkında bilgi ve beceri sahibi olmasıdır.
3. Hastane yöneticiliğinin bir meslek olduğu artık tartışılmaz bir gerçek olmakla birlikte, maalesef yöneticilerin yaklaşık % 63' ü kendini kısmen yeterli ya da yetersiz görmektedir.
4. Hastane yönetimindeki başarıda, lisans eğitimi ve iş deneyimi aynı derecede etkilidir.
5. SIYO mezunu hastane yöneticilerinin % 43.1'i genelde başarılı, % 49.5'i yöneticiye bağlı olarak başarılıdır.
6. Hastane yöneticileri, lisans eğitimindeki derslerden yeterince yararlanamamaktadırlar. SIYO müfredatındaki dersler yeniden gözden geçirilmeli, gerekli görülen derslerin süreleri artırılmalı, bazı derslerin süreleri azaltılmalı, bazı yeni dersler eklenmeli ve bazı derslerde uygulama yapılmalıdır.
7. Hastane yöneticileri gerekli ve yeterli hizmetçi eğitim alamamaktadırlar. Parasal sorunlar nedeniyle, dış ülkelerdeki hastane yönetimi konusundaki bilimsel ve teknolojik gelişmeler izlenememektedir.

Araştırma sonuçlarına göre önerilerimiz şunlardır :

1. Ülkemiz hastanelerine ayrılan sınırlı kaynakların en etkin kullanımının sağlanması için; hastanelerin mali yönetiminin işletmecilik kurallarına göre bu konuda eğitim görmüş, profesyonel yöneticilerce yapılması gereklidir. Bu yolla yapılacak tasarruf Korumucu Sağlık Hizmetlerine aktarılabilir.
2. Hastane yöneticilerinin, çağdaş hastane yönetimi konusunda yurtiçi ve yurtdışında inceleme ve araştırma yapma olanağı sağlanarak, profesyonel hastane yöneticiliği mesleğinin gelişmesine katkıda bulunulmalıdır.
3. Hastane yönetimi konusunda kuram ve uygulama arasında başarılı bir uyum sağlanabilmesi için, profesyonel hastane yöneticilerinin değerlendirilmeleri bilimsel olarak incelenmeli ve araştırma yapılmalıdır. Bu sonuçlara göre; formal eğitim, mezuniyet sonrası eğitim, hizmetçi eğitim konularının ve içeriklerinin belirlenmesinde öneriler geliştirilmelidir.
4. Hastanelerin yönetim ekibinde yer alan her kademe yönetici için sürekli eğitim yapılmalıdır. Sürekli eğitim, uygulamaya yönelik kurslarla desteklenmeli ve bu konuda Sağlık Bakanlığı'ndan ve Yüksek Öğretim Kurumlarından yardım istenmelidir.
5. Hastane yöneticilerinin yeterlilikleri ve geliştirilmeleri konusunda çağdaş performans değerlendirme yöntemleri kullanarak gerekli saptamalar yapılmalı ve yöneticilerin lisansüstü programlarına devam etmeleri teşvik edilmelidir.
6. SIYO'da verilen eğitim yöneticilerce yeterince kullanılamamaktadır. Bazı derslerin kazandırdığı bilgi ve beceriyi hiç kullanmadıklarını belirten katılımcılar, eksik oldukları bazı alanlarda ise yeterince eğitim almadıklarını dile getirmiştir.

7. Profesyonel hastane yöneticisi yetiştirme konusunda ülkemizde tek olan SİYO'nun ders programlarının, araştırmamızın bulguları da dikkate alınarak geliştirilmesinin, daha nitelikli yönetici yetiştirme ve geliştirme açısından uygun olacağı söylenebilir.
8. Sonderece önemli bir yönetim birimi olan hastane yöneticiliği alanında ülkede yeni lisanüstü eğitim kurumları açılmalı ve gereksinimlere uygun eğitim verilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Fişek NH. Halk Sağlığına Giriş. Çağ Matbaası, s. 5, 159-166, 1983, Ankara.
2. Saltık A. Halk Sağlığı Ders Notları. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.B.D., 1995, Edime.
3. Tortop N. Yönetim Bilimi. S Yayınları, s. 16-20, 117, 1983, Ankara.
4. Bertan M., Güler Ç. Halk Sağlığı. Güneş Kitabevi, s. 373, 1995, Ankara.
5. Koçel T. İşletme Yöneticiliği. Beta AŞ., s. 9-13, 1993, İstanbul.
6. Kaya YK. Eğitim Yönetimi. Sevinç Matbaası, s. 207, 232, 233, 1984, Ankara.
7. Yıldırım S. Profesyonel Hastane Yöneticilerinin Nitelikleri Konusunda Sağlık Meslekleri Mensuplarının Önkabulleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Programı, Bilim Uzmanlığı Tezi, s. 5-50, 1993, Ankara.
8. Yorulmaz F. Sağlık Yönetimi Ders Notları. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.B.D., 1993, Edime.
9. Kırıl H. Hastane İşletmeleri Yönetiminde Temel Bilgiler. Başbakanlık Basımevi, s. 8-9, 1976, Ankara.
10. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Basımevi, 1983, Ankara.
11. Kabataş F. İstanbul Kent Merkezinde Yataklı Tedavi Kurumları, Başhekim ve Hastane Yöneticilerinin Hastane Yönetimi Konusundaki Eğitim ve Bilgi Tutumları. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, s. 80, 1991, İstanbul.
12. Hayran M, Özdemir O. Bilgisayar İstatistik ve Tıp. Hekimler Yayın Birliği, s. 152, 355, 1995, Ankara.
13. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Biyoistatistik. Özdemir Yayıncılık, s. 156, 1993, Ankara.

TABLO 1 : Tüm Grupta Yaş ve Cinsiyete Göre Dağılım.

Yaş Grupları	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
25 - 29	14	51.9	13	48.1	27	100.0
30 - 34	32	78.0	9	22.0	41	100.0
35 - 39	46	93.9	3	6.1	49	100.0
40 - 44	21	100.0	-	-	21	100.0
45 - 49	27	100.0	-	-	27	100.0
50 +	13	100.0	-	-	13	100.0
Toplam	153	86.0	25	14.0	178	100.0

TABLO 2 : Kişisel Bildirime Dayalı Yeterlik Durumuna Göre Katılımcıların En Son Bütirdiği Lisans Eğitimi.

Bütirilen Okul	TY		KY		YD		Tüm Grup	
	n	%	n	%	n	%	n	%
SİYO	32	55.2	31	42.5	8	19.0	71	40.0
HÜSİYO	26	44.8	42	57.5	34	81.0	107	60.0
Toplam	58	100.0	73	100.0	42	100.0	178	100.0

TABLO 3 : Sağlık Yöneticilerinin Eğitim Düzeyi Dağılımları.

Eğitim Düzeyi	TY		KY		YD		Tüm Grup	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Lisans	52	91.2	64	87.7	42	100.0	162	91.5
Lisansüstü*	5	8.8	9	12.3	-	-	15	8.5
Toplam	57	100.0	73	100.0	42	100.0	177	100.0

* 3 tanesi doktora'dır.

TABLO 4 : Sağlık Yöneticiliği ile İlgili Ek Eğitim Alma Durumu.

Ek Eğitim Aldınız mı?	TY		KY		YD		Tüm Grup	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Evet	23	39.7	19	26.0	12	28.6	54	30.3
Hayır	35	60.3	54	74.0	30	71.4	124	69.7
Toplam	58	100.0	73	100.0	42	100.0	178	100.0

TABLO 5 : Sağlık Yöneticiliği ile İlgili Ek Eğitim Konularının Dağılımları.

Ek Eğitim Konuları	TY		KY		YD		Tüm Grup	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hastane Yönetimi ve İdareciliği	12	63.2	14	87.5	7	70.0	33	73.3
Hizmet İçi Eğitim	5	26.3	-	-	2	20.0	7	15.6
Tek Düzen Muhasebe Sistemi ve Maliyet	2	10.5	2	12.5	1	10.0	5	11.1
Toplam	19	100.0	16	100.0	10	100.0	45	100.0

TABLO 6 : Tüm Grupta Profesyonel Hastane Yöneticilerinin Etkinlik Alanları Önemlilik Sıralamaları.

Etkinlik Alanları	Önemlilik Sıralaması										Toplam	
	1.		2.		3.		4.		5.			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hastane politikaları ve yönetim stratejilerini belirlemek	123	74.1	12	7.2	4	2.4	3	1.8	3	1.8	145	87.3
Planlama ve denetim sistemleri geliştirmek	22	13.4	58	35.4	29	17.7	16	9.8	8	4.9	133	81.1
Çalışanların verimlerini artırma yöntemleri uygulamak	14	8.9	36	22.8	24	15.2	15	9.5	16	10.1	105	66.5
Bütçe hazırlamak ve denetimini sağlamak	7	4.5	11	7.1	19	12.3	25	16.2	28	18.2	90	58.4
İş yükü ve iş gücü analizleri ve planlamasını yapmak	4	2.7	8	5.4	17	11.4	19	12.8	12	8.1	60	40.3
Satınalma analizleri yapmak	5	3.4	14	9.4	11	7.4	17	11.4	18	12.1	59	39.6
Nitelik denetim standartları ve sistemleri geliştirmek	1	.7	10	6.7	16	10.7	18	12.1	13	8.7	58	38.9
Karar almada sayısal yöntemlerin uygulanmasını sağlamak	3	2.0	8	5.3	15	10.0	13	8.7	14	9.3	53	35.3
Parasal planlama sistemleri geliştirmek	3	2.1	5	3.5	8	5.6	13	9.2	18	12.7	47	33.1
Talep tahmini ve analizi yapmak	6	4.3	10	7.1	6	4.3	4	2.8	17	12.1	43	30.5
Maliyet-yarar analizleri yapmak	3	1.9	5	3.2	10	6.4	13	8.3	13	8.3	44	28.0
Yatırım analizleri yapıp uygulamasını sağlamak	2	1.5	3	2.2	8	5.9	6	4.4	14	10.3	33	24.3
Doğrusal programlama yöntemini uygulamak	1	.8	2	1.6	7	5.6	5	4.0	1	.8	16	12.8

TABLO 7 : TY, KY ve YD Altgruplarında Hastane Yöneticilerinin Yeterlik Değerlendirmesi.

Altgruplar	Hastane Yöneticilerinin Yeterliği					
	Evet		Hayır		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
TY	29	50.0	29	50.0	58	100.0
KY	20	27.4	53	72.6	73	100.0
YD	18	42.9	24	57.1	42	100.0
Toplam	67	38.7	106	61.3	173	100.0

TABLO 8 : "Yönetimdeki Başarıda Okul Eğitimi mi Tecrübe mi Daha Etkilidir?" Sorusuna Verilen Yanıtlar.

Seçenekler	TY		KY		YD		Tüm Grup	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Okul eğitimi daha etkilidir	10	17.2	12	16.4	4	9.5	26	15.0
İş deneyimi daha etkilidir	10	17.2	14	19.2	15	35.7	39	22.4
Her ikisi eşit derecede etkilidir	38	65.5	47	64.4	23	54.8	109	62.6
Toplam	58	100.0	73	100.0	42	100.0	174	100.0

TABLO 9 : "SİYO Mezunları Hastane Yöneticilerini Genelde Başarılı Buluyor musunuz?" Sorusunun Yanıtları.

Seçenekler	TY		KY		YD		Tüm Grup	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Evet, başarılı buluyorum	30	51.7	28	38.4	17	40.5	75	43.1
Kısmen başarılılar	1	1.7	6	8.2	4	9.5	11	6.3
Kişiyi bağı olarak, başarılılar	27	46.6	38	52.1	20	47.6	86	49.5
Hayır, başarılı bulmuyorum	-	-	1	1.3	1	2.4	2	1.1
Toplam	58	100.0	71	100.0	42	100.0	174	100.0

TABLO 10 : "Halen Yöneticiliğe İlişkin Eksiklikleriniz Varsa Uygun Olarak İşaretleyiniz" Sorusuna Verilen Yanıtlar.

Seçenekler	TY		KY		YD		Tüm Grup	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Yaptığım işten farklı bir alanda eğitim gördüm	-	-	2	2.3	2	4.8	4	2.4
Meslekte yeniyim, deneyimim az	2	5.4	12	13.9	14	33.3	28	17.0
Asıl mesleğim başka, bu ikinci mesleğim	-	-	-	-	1	2.4	1	.6
İş yoğunluğu nedeniyle kendimi geliştiremiyorum	18	48.7	40	46.5	14	33.3	72	43.6
Eğitimim yeterli değildi	1	2.7	14	16.3	3	7.2	18	10.9
Yabancı dil eksikliği	2	5.4	2	2.3	-	-	4	2.4
Yetki eksikliği	9	24.3	10	11.6	7	16.6	26	15.7
Bilgisayar eksikliği	3	8.1	-	-	1	2.4	4	2.4
Mevzuat eksikliği	-	-	4	4.6	-	-	4	2.4
Hizmetiçi eğitim eksikliği	2	5.4	2	2.3	-	-	4	2.4
T o p l a m	37	100.0	86	100.0	42	100.0	165	100.0

INTERNET VE TIP

Nazan BİLGEL (Uludağ Üniversitesi Tıp Fak.Halk Sağlığı A.D. Prof.Dr.)
Erkan ÖZKAN (Uludağ Üniversitesi Bilgişlem Merkezi Sistem sorumlusu)

“ BİR KİŞİNİN YÜZÜNÜN GELECEĞE DÖNÜK OLMASI ; GEÇMİŞE DÖNÜK OLMASINDAN HERZAMAN DAHA İYİDİR ”

GOETHE

ÖZET

Bu sunumun amacı başta hekimler olmak üzere tüm sağlık çalışanlarına içinde bulunduğumuz bilgi çağıının son harikası olan İnternet hakkında bazı temel bilgileri vermek, İnternet'ten tıp alanında nasıl yararlanılabileceğini açıklamak , konu ile ilgili olarak Türkiye'deki son gelişmeleri aktarmaktır.

INTERNET AND MEDICINE

SUMMARY: Objectives of this presentation are ; informing health professional about basic use of İnternet , how they can get its medical resources and the latest achievements of the İnternet services in Turkey.

GİRİŞ :

Dünya hızla değişiyor.Tıp bilimi de öyle. İnsanlar bilgi çağıının bu başdöndürücü hızla değişen bilgilerini yakalamaya çalışıyorlar.Bu amaçla çok çeşitli ve değişik araçları kullanıyorlar. İnternet de bu araçlardan biri ve belki de en hızla yayılan... İnternet bilgi çağıında , insanoğlunun yaratmış olduğu devrimlerin en görkemlisi... Bu satırların yazıldığı sırada 70 ülkede , 5 milyon bilgisayarda ve 50.000 networkde , 25 milyon insan fiber optik kabloların geçen sonsuz sayıdaki bilgiye , sadece birkaç tuşa basmak suretiyle ulaşabiliyor. Peki , bu teknolojik gelişme , biz sağlık çalışanları için ne ifade ediyor ? Eğer şimdiye kadar bu İnternet denilen aracın ne olduğunu görmemişseniz , bilgisayarın tuşlarına basmaktan korkmuşsanız , “ İnternet mi ? O sadece bir hoşça vakit geçirme aracı , gereksiz “ diye düşünmüşseniz ; tabii ki fazla birşey ifade etmeyecektir. Ama çok yanlışsınız.Çünkü yakın bir gelecekte İnternet , tıpkı stetoskop gibi , tıpkı NMR gibi vazgeçemeyeceğiniz bir tıbbi araç olacak.Henüz geç değil , bilgi çağıının insanı olmak , görüş ufuklarınızı genişletmek istiyorsanız , İnterneti yakalamak için şimdi tam sırası...Düşünün ki odanızda oturuyorsunuz ve hastanenin bilgisayar ağına bağlı kendi bilgisayarınızda hastalarınızın dosyalarını inceliyorsunuz, laboratuvar analizlerinin sonuçlarına bakıyorsunuz , CT filmlerini değerlendiriyorsunuz , dergilerdeki ilgilendığınız makaleleri okuyorsunuz , araştırmalarınızın sonuçlarını Avustralya'daki bir meslektaşınızla tartışıyorsunuz , mesleğinizin uzmanı olan dünyaca ünlü kişilerle fikir alış veriş yapıyorsunuz .Dünya Sağlık Örgütü'nün “deli dana hastalığı”ndan korunma yollarıyla ilgili önerilerini birkaç saniyede öğreniyor ABD deki Centers for Disease Control and Prevention (hastalıkların kontrolü ve önlenmesi merkezi)a bağlanarak AIDS tedavisi ile ilgili en son gelişmeleri izleyebiliyorsunuz. Artık literatür taramak için saatlerce “ İndex Medicus “ taraması yapmanıza veya “ Medline “ CD-Romlarına bakmanıza gerek yok.Çünkü İnternetteki Medline servisine ulaşarak ve anahtar sözcüklerinizi yazarak birkaç saniyede istediğiniz literatürleri elde etmeniz mümkün. Yok , hayır bütün bunlar bir rüya değil. Bilgisayar ve network teknolojisindeki hızlı gelişmeler sayesinde artık mümkün olan şeyler...

INTERNET'E GENEL BİR BAKIŞ:

İnternet , dünya çapındaki bir network ile , birbirine çeşitli şekillerde bağlanmış çok sayıda bilgisayardan oluşmuş olan bir yumak.Diğer networklerin aksine İnternet'in tek bir sahibi yok. İnternet ilk defa 1960 ı yıllarda ABD de Savunma Bakanlığı'nın İleri Araştırmalar Projesi Bölümü'nün ARPA (Advanced Research Projects Agency) çalışmalarıyla oluşturulmuş.Bu projenin amacı da savunma kaynaklı ve nükleer savaş durumunda iletişimin sürdürülmesi amacını güdüyor.Massachusetts Cambridge li Bolt , Beranek ve Newman isimli üç araştırmacıdan oluşan bir ekip “ packet switching “ (paket değiş tokuşu) denilen yeni bir iletişim yöntemini kullanan bir network geliştiriyorlar.Günümüzde de İnternet'in kalbini bu yöntem oluşturuyor.İlk İnternet , 4 üniversitenin bilgişlem merkezinin iletişim hızı saniyede 56 kilobit olan özel bir telefon hattıyla birbirine bağlanmasıyla oluşturuluyor.Bu üniversiteler : Kaliforniya Üniversitesi Santa Barbara kampüsü , Kaliforniya Üniversitesi Los Angeles kampüsü , Utah Üniversitesi ve Stanford Üniversitesi idi. 1974 yılında Vinton Cerf Transmission Control Protocol / İnternet Protocol (TCP/IP)denilen yeni bir network protokolü geliştiriyor. Bugün farklı yapılarıdaki bilgisayarların birbirlerinin dillerinden anlamasını ve bilgilerin istenilen adreslere ulaşmasını sağlayan bu protokoldür. O nedenle de Vinton Cerf İnternet'in babası olarak anılmaktadır. TCP/IP İnternet'in esperantosudur ve bilgisayardan diğerine gönderilecek bilgilerin paketlenmesi ve yollanmasıyla ilgili bir dizi kuralı içerir.Alıcı bilgisayar ise yine TCP/IP sayesinde kendisine yollanan bu bilgi paketini açar ve okur. IP yani İnternet Protokolü verileri

1-1500 karakter uzunluğundaki paketler haline sokar ve her pakete kimden , kime yollandığını belirten bir adres etiketi yapıştırır.IP adresleri herbiri 256 dan küçük , birbirlerinden nokta ile ayrılmış 4 sayıdan oluşur. 193.140.245.222 gibi . İnternetteki her bilgisayarın ayrı bir IP adresi vardır ve bu tektir. Bu nedenle şu anda dünyada en az 5 milyon IP adresi mevcuttur. Zamanımızdaki İnternet teknolojisi 4.294.967.296 bilgisayara yetecek kadar , yani dünyada yaşayan insanların yaklaşık 2/3 üne yetecek kadar IP adresi verebilir.Ancak insanlar bu karışık sayıları akılda tutmakta zorlanacaklarından , adresleri sayılarla ifade etmek yerine kısaltılmış isimlerle öğrenirler. Bunu sağlayan da DNS (Domain Name System) dir. Yani İnternet'te DNS kelimeleri sayı haline çeviren bir tercümandır. Yukarıdaki IP adresininin tercüme edilmiş şekli ise uu20.bim.uludag.edu.tr dir. Türkiye 'deki bir bilgisayar Avustralya 'daki bir bilgisayar ile iletişim kurmak istediğinde ; Türkiye'deki bilgisayar kendi yerel DNS hizmet vericisine bu isteğini bildirir ; yerel DNS hizmet vericisi Avustralya'daki DNS hizmet vericisi ile temasa geçer ve iletişim kurulur.Bütün bu işlemler birkaç saniyede gerçekleşir.DNS hizmet vericileri aynı zamanda yol gösterici işlevini de yapmaktadır.İnternet'te bilgiler paketler halinde gönderildiğinden , bilgi bütünlüğünü sağlamak için bu paketlerin aynı zamanda ulaşması gerekir. Ayrıca yollarda paketlerin kaybolmaması da gerekir. İşte bütün bunları sağlayan da TCP (Transmission Control Protocol) dir. TCP bir trafik polisi gibi hareket ederek İnternet'teki bilgi akışının bir hizaya ve intizama sokar. Bilgi paketleri değişik yollar izleyerek hedefe ulaşabilir ama hepsinin de belirlenen hedef noktaya varmasını ve bunun bir bütünlük içinde gerçekleşmesini TCP sağlar. O nedenle İnternet'te bilgi kaybı veya hedef şaşıma olamayacağı gibi aynı anda , çok sayıdaki kullanıcı aynı adrese bağlanabilir. Ve bütün bunlar saniyelerle ifade edilen çok kısa bir sürede gerçekleşir.

1980 yılında Vinton Cerf TCP/IP protokolünü kullanarak ARPAnet ile Ulusal Bilim Vakfı tarafından kurulmuş olan Csnat isimli networklerin bağlanmasını önerdi ve böylece İnternet doğmuş oldu.Birkaç yıl sonra ABD de 200 bilgisayar birbirine bağlı hale gelmişti.1980 lerin sonu ve 1990 ı yılların başında ABD dışındaki ülkelerin de bu omurgaya bağlanmaları kabul edildi. Başlangıçta İnternet büyük ölçüde akademik ve askeri amaçlarla kullanıldı. Kullanım kısıtlamaları getirildi.Örneğin kar amacıyla kullanım kesinlikle yasaklandı. Bu kısıtlamalar , kamu tarafından kullanımını ve kabul görmesini yavaşlatan etmenlerdi. 1995 Ocak-Ağustos aylarında Amerikan hükümeti tarafından İnternet omurgasının ticari amaçlarla kullanımına izin verildi. Kısıtlamalar azaltıldı ve insanların İnternet'e ulaşmaları kolaylaştırıldı. Bütün bunların olumsuz etkileri olmakla beraber , yararları zararlarından daha çoktur. Bugün , bir bilgisayarı , modemi ve telefon hattı olan herkes İnternet'e ulaşabilir. 1998 yılında 100 milyondan

fazla kişinin İnternet'i kullanacağı tahmin edilmektedir. Bu aşırı büyüme nedeniyle var olan yüksek iletişim hatları yetersiz kalacaktır. Günümlüzde daha hızlı iletişim sağlayacak olan ve saniyede 622.080.000 bit hızı olan fiber optik bir network denenmektedir. Bu hız şimdiki hızın 10 kat daha fazlasıdır. Fiber optik iletişimin teorik hızının üst limiti ise 2.4 gigabit(milyar bit) saniyedir. Bu hızla 200 Kb lık yani 150-160 sayfalık bir kitabı 0.001 saniyede transfer etmek mümkündür.

İnternet'teki bilgilere ulaşmanın pek çok yolu vardır. Bugün en çok tercih edilen ve kullanımı en kolay olan yöntem World Wide Web (WWW) dir. Mouse hareket ettirmesini ve tıklamasını bilen herkes WWW yi kullanabilir. WWW ayrı bir network sistemi olmayıp İnternet 'in bir parçasıdır. WWW deki belgeler Hypertext Transfer Protocol (http) denilen ; grafik ,şekil , resim gibi görüntüleri de transfer etmeye yarayan bir sistem sayesinde nakledilmektedir. Web hypertext inde yer alan bir dokümandan başka bir web hypertextine geçiş mümkündür. Bir bilgisayar veya dokümandan bir başkasına atlayabilmek için yapacağınız tek şey altı çizili kelimelerin veya seçtiğiniz grafik görüntüsünün üzerine tıklamaktır. Her üç tipteki bilgisayarlar için (IBM uyumlu PC , Unix veya Machintosh) kullanılabilir Web tarayıcıları (Web Browser) vardır. WWW de kullanılan hypertext ile metin , şekil , görüntü , grafik , animasyon , ses hepsine ulaşmak ve bunları bir bütün halinde elde etmek mümkündür. Hypertext fikri 1940 lardan beri vardı.Ancak ilk defa 1987 de Apple firması hypercard' ı geliştirmiştir. 1989 da Avrupa Parça Fiziği Laboratuvarında çalışan Tim Berners Lee WWW nin standart dili olan HTML (Hypertext Markup Language) yi geliştirdi. Bu her tipteki bilgisayarda kullanılabilen bir dildir. WWW nin her türlü bilgiye ulaşmasını sağlayan URL (Uniform Resource Locators) dir. URL ler bilgiye ulaşım yöntemini , ulaşılacak bilgisayarın adresini , bağlanılacak port numarasını , dizin ve nesne adını belirler. Dünyada web üzerinde bulunan her dokümanın ayrı bir web adresi vardır ve bu adres de tiktir. Tipik bir web adresi şöyledir :

<http://www.cdc.gov/epo.htm>

İlk kısım , " http " , bunun standart bir hypertext sayfası olduğunu gösterir.Eğer bağlantı başka şekillerde yapılmışsa , örneğin ftp(file transfer protocol) , gopher veya newsgroups gibi o zaman ilk kısımda " ftp:// , gopher:// , news://" olması gerekir.Bu işaretler , dokümanın farklı bir yazılımının olduğunu gösterir. İkinci kısım yani " www.cdc.gov / " dokümanın olduğu bilgisayarın adresidir. Bu örnekte Centers for Disease Control bilgisayarıdır. Bir devlet kuruluşu olduğu için sonundaki ek government kelimesinin kısaltılmışı olan gov. dur. Eğer akademik bir kuruluş olsaydı bu kısaltma edu (education) , ticari bir kuruluş olsaydı com.(commercial) olacaktı. Örneğimizdeki son kısım ise dokümanın kendisinin ismidir ve hypertext dili kullanılarak hazırlandığı için genellikle html veya htm ile bitmektedir. Başka bir örnek ise şöyle verilebilir :

<http://www.pasteur.fr/Bio/parasito/Parasites.html>

İlk kısım dosyanın standart hypertext sayfası olduğunu , ikinci kısım Fransa'daki Pastör Enstitüsünün bilgisayarı olduğunu ,üçüncü ve dördüncü kısımları yani / / / arasında kalan kısaltmalar , alt dosya gruplarını ve son kısım da dokümanın kendisini gösterir. ABD dışındaki ülkelerin www adresleri yazılırken ülke adının kısaltılmış şeklinin de belirtilmesi gerekmektedir.

TIP ALANINDA İNTERNET'İN KULLANIMI

İnternet , klinik araştırmalarda , eğitimde ve hastaların tedavisinde bir devrim yaratacaktır. Bugün İnternet' e bağlı bir kişi ilaçlarla ilgili veri tabanına ; bilimsel literatür verilerine klinik uygulamalarla ilgili önerilere ; tıbbi makalelere ve tıp eğitimi ile ilgili materyale İnternet sayesinde rahatlıkla ulaşabilmektedir. Ancak bütün bunlar sadece bir başlangıçtır.

Hastaların bakımı ve tedavisi ile ilgilenen sağlık çalışanları için en önemli noktalardan biri tıbbi makalelere ulaşmaktır. Son 100 yıldan beri tıp ile ilgilenenler , hızla gelişen ve değişen tıbbi bilgilere ulaşabilmenin yolunu aramışlardır.1879 da Dr.John Shaw Billings bu amaçla " Index Medicus'u " geliştirmiştir. 1966 da

" Medlars " denilen elektronik şekle sokulmuştur. Daha sonra National Library of Medicine in Medline adı verilen verilerine ulaşım sağlanmıştır. Yıllardan beri tıbbi makalelerin tüm metinlerine elektronik olarak ulaşma imkanı aranmış durmuştur. İnternet bu olanağı sağlamıştır. BMJ ; JAMA ; ARCHIVES gibi ciddi tıbbi dergilerin artık İnternet bağlantısı vardır. İnternet , tıp eğitimine de katkıda bulunmaya başlamıştır. Iowa Üniversitesi tarafından geliştirilen " Görsel Hastane " hem hastalara hem de tıp biliminde çalışanlara bilgiler vermektedir (<http://www.vh.radiology.uiowa.edu>). National Library of Medicine bir çok kuruluş ile işbirliği yaparak " Görsel İnsan'ı " yaratmıştır. Burada kadvranın 1 mm lik kesitsel görüntüleri , CT ve NMR

görüntüleri verilmektedir (http://www.nlm.nih.gov/extramural_research_dir/visible_human.html).

Teletip da İnternet'in sağladığı olanaklardan biridir. Tıbbi kayıtlar , laboratuvar sonuçları , klinik görüntüler , hızlı bir biçimde tüm dünyaya ulaştırılabilmektedir. Bu sayede uzaktan konsültasyon rutin bir hale gelecektir. İnternet ve elektronik network sistemlerindeki gelişmeler çok uzun değil , çok kısa bir süre sonra 21. Yüzyılda , boynunda stetoskobu , elinde refleksi çekici olan hekim imajını tümüyle değiştirecektir. Hastalarla ilgili tüm veriler bilgisayarda olacak , hekimler hastanın durumu hakkında bilgisayarlarını kullanarak tartışabilecekler , örneğin antibiyotik seçimi hakkında görüş birliğine varabileceklerdir. Böyle bir sistem ABD de Utah da LSD Hastanesinde vardır ve burada her olguda kullanılacak antibiyotiklerin seçimiyle ilgili tıbbi modüller geliştirilmiştir. Bu uygulama morbiditeyi ,hastanede kalış süresini azaltmış , ilç harcamalarından tasarruf sağlamıştır.

Klinik uygulamaların mihenk taşı klinik araştırmalardır. Ancak bunları yapabilmek için bir asistan ordusuna ve en az 6 aylık bir süreye ihtiyaç vardır. Oysa elektronik kayıt ile sonuçlar birkaç dakika içinde alınabilir. Kredi kartı büyüklüğündeki küçük manyetik kartlara 1000 sayfalık bilgi depo edilebilir. Kişilerin tıbbi özgeçmişleri böyle kartlara kayıt edildiğinde , acil durumlarda derhal müdahale yapılabilir ve saatlerce o kişinin yakınlarından öykü almaya çalışmaya gerek kalmayacaktır. Tıp alanında tüm dünya ile kısa sürede iletişim kurmak bilgi alışverişinden öte , çaresiz hastaların derdine de deva olacaktır. Örneğin transplantasyon konusunda. Bir böbrek , bir karaciğer , bir kalp için bekleyenlerin tümünün İnternet'te kayıtlı olduğu bir dünyada bu hastalar için gerekli organlar daha kısa sürede sağlanabilecektir. Böyle bir uygulama kemik iliği vericileri için bugün olasıdır. 2.300.000 kemik iliği vericisinin kayıtlı olduğu bir web sayfası mevcuttur. 21. yüzyıl tıbbında digital radyoloji de artık olağan ve standart bir duruma gelecektir. Sanal gerçeklik başlıkları kullanılarak insan vücudu tıp öğrencileri tarafından rahatça incelenebilecek oturduğunuz yerden hiç kalkmadan dünyanın öteki ucundaki tıbbi bir konferans izlenebilecek ve tartışmalara katılınabilecektir. Digital tıbbi bilgilendirme ciddi bir olgu haline gelecek ve önümüzdeki yıllarda modem , tıp camiasının stetoskop gibi vazgeçilmez bir parçası olacaktır.

TÜRKİYE'DE İNTERNET

Türkiye , ODTÜ ve TUBİTAK sayesinde Ekim 1992 de İnternet ile tanıştı. Ancak altyapı yetersizlikleri ve İnternet erişiminden yararlanmak isteyenlerin sayısındaki artış , mevcut hatların yavaşlığına , doluluğuna ve bağlantı kopukluğuna neden olmaktadır. Halen üniversitelerin hemen hemen tamamının TUBİTAK in ve çoğu kamu kuruluşunun , başta IBM olmak üzere bazı ticari kuruluşların İnternet'e erişim olanağı vardır. Ancak bunların hiçbirinin resmi lisansı yoktur. Mart 1996 da ODTÜ ile birlikte Sprint ve Satko firmalarının oluşturduğu Turnet isimli konsorsiyum altyapıyı kurmak için Türk Telekom ile anlaşma imzalamıştır. İlk olarak Ankara , İstanbul ve İzmir arasında 2 Mb lık bir hat ve yurtdışı bağlantısı için de Ankara ve İstanbul da birer 512 Kb lık geçit kurulacaktır. Turnet anlaşma uyarınca gelirinin % 72 sini Türk Telekom' a vereceğinden ,kendi omurgasından yararlanarak hizmet vermek isteyen servis sağlayıcılarının bu hizmetten yararlanma ücretlerini de yüksek tutmak zorunda kalacaktır. Kullanıcılar ise İnternet'e erişim sağlayan servis sağlayıcılara aylık dolar bazında belli bir ücret ödedikten başka , servis sağlayıcının uzaklığına göre değişen miktarlarda telefon parası da ödemek durumunda kalacaklardır. Buna göre , ayda 8-10 saat süre ile İnternet kullanan bir kişi ayda 3.000.000

TL , 25-50 saat İnternet kullanan bir kişi ayda 4.500.000 TL , ayda 80 saat İnternet kullanan bir kişi ise ayda 10.000.000 TL civarındaki harcamayı göze almak zorunda kalacaktır. Akademik kurumlar ise Turnet omurgasına %20-50 lik bir indirimden yararlanarak bağlanabileceklerinden , kullanıcılarına daha ucuza hizmet sunabileceklerdir. Ancak bütün bunlar , şimdilik kağıt üzerinde olan şeyler. Gerçekler uygulama tam olarak başladığında ortaya çıkacak ve belirlilik kazanacaktır. Kesin olan ise şu şimdiki kadar İnternet bağlantısı için zor şartlar altında çalışanlar , artık daha rahat , daha hızlı ve kesintisiz bir bağlantıyı umut edebilecekler.

KAYNAKLAR:

- 1- ODTÜ : How to use network services.Doc.No:CC-USG-94-002,1994,Ankara
- 2-Hogarth M , Hutchinson D. An internet guide for the health professional. 2 nd ed , 1996.California.
- 3-Çağıltay K.Herkes için internet.Türkiye internet proje grubu yayını no:IPG-95-02, 1995 , Ankara.
- 4-La Porte R et al. Global public health and the information superhighway.BMJ,1994,308:1651-52.
- 5-Coiera E.The internet's challenge to health care provision .BMJ,1996,312:3-4
- 6-IGD/UFT A.Ş. Dünyanın 8. Harikası internet.PC World,1995,47:57-68
- 7-IGD/UFT A.Ş. Kaça ve nasıl. PC World,1996,62:33-37.

DIYARBAKIR İLİ SAĞLIK OCAKLARI EBE-HEMŞİRELERİ VE SAĞLIK EĞİTİMİ

Öğr. Gör. Nermin SAÇAR* Prof. Dr. Nuran ELMACI** Prof. Dr. Ersen ELÇİN**

* Dicle Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu - Diyarbakır.

** Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı -Diyarbakır.

ÖZET

Bu araştırma, Sağlık Ocaklarında (halk Sağlığı alanında) çalışan ebe, hemşireler ve ebe-hemşirelerin sağlık eğitimi konusundaki bilgi, tutum ve uygulamalarının belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.

Araştırma, tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Araştırma kapsamına Diyarbakır il merkezindeki Dağkapı, Bağlar I nolu ve Bağlar II nolu ve, Şehitlik, Mardinkapı ve Yenikapı Sağlık Ocaklarında çalışan yüz hemşire, ebe ve ebehemşire katılmıştır.

Veriler anket formu uygulanarak toplanmış, elde kodlanmış ve elde edilen verilerin değerlendirilmesinde ki-kare ve yüzde hesabı kullanılmıştır.

Araştırmaya katılanların sağlık eğitiminin eğitim gereksinimlerinin saptanması, eğitimin planlanması, eğitimin programlanması, eğitimin uygulanması ve eğitimin değerlendirilmesi aşaması ile ilgili olarak sorulan sorulara verdikleri istendik yanıt oranında, ünvanlarına, mezun oldukları eğitim kurumlarına ve halk sağlığı alanında çalışma yıllarına göre farklılık saptanmıştır. Farklılaşmalar, yapılacak sağlık eğitimindeki konu tesbitinden, sağlık eğitiminin nerede, ne zaman, ne sıklıkla yapılacağına kadar uzanmaktadır. Buna karşın, sağlık eğitimi ile ilgili bir kursa katılıp katılamama durumlarının bu konudaki sorulara verdikleri istendik yanıt oranında belirgin bir rol oynamadığı belirlenmiştir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda önerilerde bulunulmuştur.

SUMMARY

This research has been done in order to determine the knowledge, attitude and the application on the health education of the midwives, nurses and midwife-nurses who have been working in the primary health care center.

The research has been applied to a hundred nurses, midwives and midwife-nurses who have been working in Bağlar I, Bağlar II, Şehitlik, Mardinkapı and Yenikapı primary health care center of Diyarbakır.

Data have been gathered by applying the inquiry form, coded in hand and; chi-square test and percent calculation have been used in the evaluation of the data obtained.

Of the people joining the research in proportion to their desirable answering the questions asked about determining the educational needs of the health, programming, application and evaluation of education, there have been fixed some differences according to their title, the schools they graduated from and their working period in the field of Public Health. The differences which has been found lies from pointing out the subject in health education up to where, when and whom often it will be done.

In contrast with that, it has been fixed that whether they attended a course related to health education hasn't played an important role in the proportion of their desirable answer to the questions on this issue.

Some suggestions have been made in accordance with the results obtained from the research.

GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde Sağlık Eğitimi hastalık ve sağlıkla ilgili birçok sorunun çözümünde kullanılan etkili bir yöntemdir. Buna karşın, ülkemizde bu konularda yapılmış araştırmaların sayısı, oldukça azdır.

1978'de yapılan uluslararası Alma Ata toplantı bildirgelerinde sağlık eğitimi Temel Sağlık Hizmetleri içerisinde görülmekte ve sıralamada ilk başlarda yer almaktadır (1). Sağlık hizmetlerinin çekirdeğini oluşturan Temel Sağlık Hizmetleri ülkemizde Sağlık Ocaklarında sunulmaktadır. Bu hizmetler arasında önemli bir yeri olan Sağlık Eğitimi hizmetlerinin uygulayıcıları ebe ve hemşirelerdir. Bağlı olarak Sağlık Eğitimi uygulamalarının yeterli ve bilinçli olarak yürütülmesi onların bilgi düzeyleri ve becerileri ile yakından ilgilidir.

Bu araştırma bir tez çalışması olarak Diyarbakır il merkezi sağlık ocaklarında çalışan ebe ve hemşirelerin bilgilerini ölçmek amacıyla düzenlenmiştir. Ebe ve hemşireler Sağlık Eğitimi sürecini içine alan çeşitli aşamalarda neler biliyorlar? Ne kadar biliyorlar? Araştırmanın temel amacını hem teorik bilgi açısından hem de uygulama olarak (ne zaman, nerede, kullanılan dil, yaklaşık yöntemleri) bu sorulara verilen yanıtlar oluşturmaktadır.

YÖNTEM

Araştırma örneğine Diyarbakır il merkezinde beş sağlık ocağında çalışan tüm ebe ve hemşireler alınmıştır. Bu toplam sayı 153 kişi olmasına karşın bazıları çeşitli nedenlerle (izin, rapor, görüşmeyi kabul etmeme) örneğe sokulamamıştır. Sonuçta 100 kişi ile çalışılmıştır. Veriler yüz yüze görüşülen anket formları aracılığı ile 1993 Nisan- Temmuz ayları arasında toplanmıştır. Değerlendirmede aritmetik ortalama ve ki-kare testi kullanılmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Sağlık ocaklarında çalışan Sağlık Eğitiminden sorumlu sağlık elemanları arasında ünvanları (mezun oldukları okullardaki) eğitim süresi açısından üç farklı grup ayırdedilmektedir. Birincisi, ilkokuldan sonra kurslardan geçerek veya üç yıllık sağlık okullarından mezun ebe ünvanlı sağlık personelleri. Bu okullar, 1976' da kapatılmıştır. İkincisi, Sağlık Meslek Liseleri'nde eğitim gören hemşireler ve aynı okulların ebe-hemşire bölümünü bitiren ebe-hemşireler (2) (Tablo 1).

Tablo 1'de görüldüğü gibi bu elemanların Halk Sağlığı alanında çalışma süreleri de farklıdır. İçlerinde 1 yıl gibi kısa bir süre çalışanlar olduğu gibi, 24 yıl uzunlukta görev yapanlar da vardır. Yine bazıları kurslara katılmıştır, bazıları da hiç katılmamıştır. Sayılan bu faktörlerin (bitirdikleri okul, meslekte geçirdikleri süre, kurslara katılma) bilgi ve beceri düzeylerini etkilemede çok önemli rolleri vardır. Bu yüzden sağlık eğitimi ile ilgili sorular bu ölçütlere göre analiz edilmiştir.

Tablo 1'de ebe ve hemşirelerin ele alınan ölçütler temelinde dağılımı verilmektedir. 4 yıllık lise düzeyi okullardan mezun olanların oranı %66 olduğu halde, ilkokul sonrası eğitim

görenler örneğimizin % 34'ünü oluşturmaktadır. Sağlık eğitimcilerimizin büyük bir bölümü (%68'i) meslekte gençtir. Kurslara katılanlarla katılmayanlar arasında fazla bir farklılaşma görülmemektedir.

Tez araştırmasında sağlık eğitimi ile ilgili 13 sorunun değerlendirilmesi yapılmıştır. Bu makalenin sınırlılığı içerisinde 6 sorudan alınan yanıtlar örnek olarak verilecektir.

Bağlı olarak sağlık eğitiminde bilgi ve beceriyi yansıtan çeşitli sorular sözü edilen ölçütlerde kontrol edilmiştir. Sorulara verilen istendik yanıtların meslek ünvanlarına ve meslekte geçirdikleri sürelerle göre dağılımı Tablo 2 ve 3'te gösterilmiştir (Tablo 2-3).

Soru 1-Sağlık eğitiminde temel amaç nedir?

Bu sorunun istendik yanıtı"toplumdaki tüm bireylerin kendi çaba ve eylemleri ile sağlıklı bir yaşam sürmeleri için yardım etmektir" ifadesi olarak belirlenmiştir (Tablo2).Bu soruya en yüksek oranda ebe- hemşireler grubu doğru yanıt vermişlerdir. Ebe - hemşirelerin doğru yanıt vermeleri, sağlık eğitimi ile ders okumaları, daha kapsamlı eğitimden geçmeleri ile açıklanabilir. Ebelerin düşük düzeyde yanıt vermeleri ise, bu konuda teorik bilgiden yoksun olmaları- bilgi eksikliği ile ilgilidir.

Konu halk sağlığı çalışma yayınları açısından incelendiğinde 1-10 yıl arasında görev yapanların doğru yanıt verme oranları yüksektir (Tablo3). Mezuniyeti yakın geçmişte olanlar (bilgileri yeni olanlar) arasında da doğru yanıt verme oranı yüksektir. Yirmibir yıl ve daha fazla çalışma süresi olanların hiç biri istendik yanıt vermemiştir. Bu grubun büyük çoğunluğunu sağlık okulu mezunları oluşturmaktadır.

Soru 2. Sağlık eğitimi planlanırken toplumda varolan sorunlardan hangisine öncelik verirsiniz?

Doğru yanıtı " O anda varolan bulaşıcı hastalıktan korunma yollarının öğretilmesi " olarak belirlenmiştir. Bu soruya her üç grup da benzer oranlarda istendik yanıt vermişlerdir (Tablo 2). Ancak meslekte geçirilen süre olarak 21 yıl üzeri çalışanlarda doğru yanıt verme oranları dikkati çekecek kadar yüksektir (Tablo 3). Bu sonuç meslekte uzun yıllar çalışarak elde edilen deneyimin konu seçimi önceliğinde etkili olduğunu göstermektedir.

Soru 3. Okuma yazması olmayan bir gruba eğitim verilirken eğitim aracının seçimi yanıtları her üç grupta benzerdir ve istatistiki değerlendirmede fark önemsiz bulunmuştur (Tablo 2). Çalışma süresi olarak 21 yıl üzeri çalışanlarda istendik cevap verme oranı yüksektir (Tablo3). Çünkü toplumda uzun süre çalışma, onların özelliklerini tanımayı ve onları inandırma etkili olan araştırmaların neler olabileceği becerisini kazandırmaktır (3).

Soru 4.Yürütülen sağlık eğitimi programında davranış değişikliği amaçlanıyorsa eğitimde hangi yöntem kullanılmalıdır sorusunun istendik yanıtı "tartışma grubu oluşturmak"tır. Araştırma kapsamındaki her üç gruptan birbirine yakın olanlarda doğru yanıt alınmıştır (Tablo 2). Yirmibir yıl üzeri çalışanlarda yine istendik yanıt oranı yüksektir (Tablo 3). Toplumla içiçe yaşamının getirdiği bir çok olumlu kazanımlar onlara nasıl yaklaşılabileceğini öğretmektir.

Soru 5- Annelere yapılacak aile planlaması en uygun zaman seçimi hangisidir?

Doğru yanıtlar içerisinde ebe- hemşireler ön sırayı almaktadır (Tablo 2). Çünkü ebe- hemşireler bitirdikleri okullardaki eğitim programları gereği, hem sağlık eğitimi hem de doğum, aile planlaması, kadın sağlığı konularında çok çeşitli dersler almışlardır. Bağlı olarak bu konularda bilgi düzeyleri yüksektir. Konu, çalışma süresi ölçütüne göre değerlendirildiğinde, her üç grupta da meslekte çalışma süresi arttıkça doğru yanıt verme oranı paralel olarak artmaktadır(Tablo 3).Diğer bir deyişle meslekte geçirilen süreler doğru bilgilerin elde edilmesinde etkili olmaktadır.

Soru 6. Çocuklarda görülen bağırsak parazitleri konusunda eğitim yapılacak grup hangisidir?r 6.sorunun yanıtı anne- babalar şeklindedir. Çünkü okul çocuklarında yapılan araştırmalar anne- babaların sosyo-ekonomik düzeyi yükseldikçe ilkököl çocuklarında görülen askariazislerin azaldığını göstermektedir (4). İstendik yanıt oranında her üç grupta sonuçlar birbirne benzerdir ve farklılık önemsizdir (Tablo 2). Konu, çalışma yıllarına göre araştırıldığında doğru yanıtı en az oranda 1-10 yıl görev yapanlar, yüksek oranda 21 yılın üstünde çalışanlar vermişlerdir (Tablo 3).

Bu sonuçlar , makaleye alınmayan diğer sonuçlarla da benzerdir. Başka bir deyişle, bazı konularda ebe- hemşirelerin, çoğunlukla da mesleğinde deneyimli olanların doğru yanıt verme oranları yükselmektedir.

Kurslara katılma:

Araştırmada kursların etkili olabileceği düşünülen sorular ve yine kursların önemini açıklayan bazı sorular katılan-katılmayanlar arasında kontrol edilmiştir.Ancak istatistiki değerlendirmelerde farklılık bulunamamıştır. Aslında kurslar mesleki gelişmelerde ve yeni bilgilerin elde edilmesinde çok önemli fırsatlardır.Ancak veriler katılanların ya kurslardan yararlanamadıklarını, öğrendikleri bilgileri uygulamaya aktaramadıklarını veya kursların iyi organize edilmediğini düşündürmektedir.

SONUÇ

Araştırmadan elde edilen bulgular sağlık eğitimi uygulamalarında bilgi ve deneyim etkenlerinin önemli olduğunu göstermektedir.Bilgiye dayalı konularda eb-hemşireler, uygulamaya dayalı konularda meslekte uzun süre deneyimli olanlar başarılıdır.Ancak daha ayrıntılı analizlerde deneyim faktörü ön sırayı almaktadır.Eğitimin nerede yapılacağı,kimlere yapılacağı, dilin nasıl

kullanılacağına ilişkin metnimize alınmayan diğer sorularda deneyimli olanlar doğru yanıtlar vermişlerdir.Sağlık eğitimcilerimizin %68'inin genç olduğu, ancak %34'ünün sağlık okullarından mezun oldukları hatırlanırsa Diyarbakır sağlık ocaklarında yürütülen sağlık eğitimi hizmetlerinin başarılı olduğu söylenemez.

Dikkati çeken diğer bir durum ebe ve ebe-hemşirelerin,hemşire grubuna kıyasla sorulara daha doğru,daha yakın yanıt verdikleridir.Bu durum ebe, ebe-hemşirelerin ev ziyaretlerine çıkmaları, aileleri ve ailelerin yaşam biçimlerini yakından tanımaları, bu bağlamda topluma yaklaşma yöntemlerini yakalama şansını elde etmeleri ile ilgilidir.Oysa hemşireler daha çok sağlık ocağı sınırları içerisinde hizmet vermektedirler.

KAYNAKLAR

- 1.Öztek Z.:Temel Ağlık Hizmetleri ;4-16,1986 ,Ankara,Üçbilek Matbaası.
- 2.Şentürk S.E.:Hemşirelik Tarihi;111-125,1989,İstanbul,Can Matbaası (4.Basım).
- 3.Kartoğlu Ü.:Temel Sağlık Hizmetlerinde Toplumu Tanıma ve İletişimi;17-19,1992,Ankara: T.T.B. yayınları.
- 4.Dirican R.:Toplum Hekimliği (Halk Sağlığı) Dersleri;178-179, 1990,Ankara,Hatipoğlu Yayınevi

Tablo 1. Araştırma Kapsamına Alınan Halk Sağlığı Hemşire ve Ebelerinin Tanıtıcı Özellikleri

TANITICI ÖZELLİKLER		%
MESLEK ÜNVANLARI	EBE	32
	HEMŞİRE	37
	EBE-HEMŞİRE	29
	YÜKSEK HEMŞİRE	—
	YARDIMCI HEMŞİRE	2*
MESLEKTE ÇALIŞMA SÜRELERİ	1-10 YIL	68
	11-20 YIL	18
	21+ YIL	14

NOT:Tabloda yüzdeler ve sayılar birbirinin aynısı olduğundan yüzdelerin verilmesi tercih edilmiştir.

*İstatistiki değerlendirmede bu sayı ebe- hemşirelerin sayısına eklenmiştir.

Tablo 2.Sağlık Eğitimi İle İlgili Sorular ve İstendik Yanıtların Meslek Ünvanlarına Göre Yüzde Dağılımı

	1.SORU BİREYLERE YARDIM ETMEK	2.SORU BULAŞICI HASTALIKLARDAN KORUNMA	3.SORU CANLI ÖRNEKLER	4.SORU TARTIŞMA GRUBU	5.SORU DOĞUMDAN HEMEN SONRA	6.SORU ANNE- BABALAR
EBE	15.6	62.5	62.5	46.9	62.6	78.2
HEMŞİRE	27.0	70.3	51.4	45.9	51.4	75.6
EBE- HEMŞİRE	32.3	51.6	35.5	48.4	71.0	87.0

Tablo 3.Sağlık Eğitimi İle İlgili Sorular ve İstendik Yanıtların Meslekte Geçirilen Sürelere Göre Yüzde Dağılımı

	1.SORU BİREYLERE YARDIM ETMEK	2.SORU BULAŞICI HASTALIKLARDAN KORUNMA	3.SORU CANLI ÖRNEKLER	4.SORU TARTIŞMA GRUBU	5.SORU DOĞUMDAN HEMEN SONRA	6.SORU ANNE- BABALAR
1-10 YIL	37.4	54.2	44.5	25.4	55.5	77.2
11-20 YIL	9.0	73.0	45.5	54.7	63.7	81.8
21+ YIL		83.4	83.4	50.0	83.3	100.0

Janet Molzan Turan, MPH, Johns Hopkins Üniversitesi Halk Sağlığı Fakültesi

Prof. Dr. Ayşen Bulut, İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü, Aile Sağlığı Anabilim Dalı

Doç. Dr. Gülbün Gökçay, İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü, Aile Sağlığı Anabilim Dalı

Hacer Nalbant, Sosyolog, İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü, Aile Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Daha önce yapılan doğum sonrası sağlık hizmeti gereksinimlerini belirleme araştırmasından yola çıkarak anne ve babalara bilgi ve danışmanlık sağlamak için bir program geliştirildi. İlk aşamada aile üyelerinin doğum sonrası dönemde aile sağlığında oynadığı rolü öğrenmek için kalitatif araştırma yöntemleri kullanıldı. İkinci aşamada eğitim seansları, telefon danışma hattı ve bir kitapçıkla bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleri verildi. Antenatal Kliniğine başvuran, ilk kez anne olacak 333 kadın ön görüşme sonunda rastgele örnekleme yöntemiyle 3 gruba ayrıldı. Birinci grupta çiftler, ikinci grupta yalnız anneler, antenatal ve erken doğum sonrası dönemde bilgilendirme ve danışmanlık seanslarına davet edildiler. Kontrol grubuna ise bir davet yapılmadı. Bebek beslenmesi, AP kullanımı ve koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma davranışlarında değişiklik olup olmadığı doğumdan 4 ay sonra ev ziyareti görüşmeleriyle ölçüldü. Her değişken için seansa katılanların katılmayanlara göre sağlık davranışları daha iyiydi. Yalnız anne sütü ile beslenme ve sağlık kontrollerine gidiş konularında seanslara katılma göre önemli farklar bulundu, ancak araştırma grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark çıkmadı. Gebelikten korunma konusunda tıbbi yöntem kullananlar için araştırma grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (Çift grubu %65 iken Anne grubu %62 ve Kontrol grubu %48). Benzer programlar için baba adayının mutlaka çağırılmasının yararlı olacağı, baba katılmasa bile bilgilendirmenin eşi ve basılı materyal yoluyla kendisine ulaştırılabileceği düşünülmüştür.

SUMMARY

Based on the results of a diagnostic study of postpartum health needs in İstanbul, an intervention study was designed to test ways of delivering information and counseling to new mothers and fathers. The first phase of the research consisted of qualitative methods to further examine the role of various family members in postpartum family health. The second phase was a test of a new information and counseling program, which included: educational sessions, a telephone counseling service, and a booklet. A sample of 333 women expecting a first birth attending the İstanbul Medical Faculty Hospital Antenatal Clinic were randomized into one of three groups after completing a baseline interview. In one group, couples were invited to participate in the information and counseling program during the antenatal and early postpartum periods. In another group, only mothers were invited to participate in the program. Control group members were not invited to participate in the program. Outcome behaviors measured in follow-up interviews 4 months after the baby's birth included infant feeding, family planning, and utilization of preventive health care services. For each outcome variable those who participated in the educational sessions had better health practices than those who did not participate. For infant feeding and preventive health care utilization statistically significant differences were found according to participation in education sessions, but differences between the three research groups were not statistically significant. A statistically significant difference was found between the research groups in terms of medical family planning method use after the birth (65 % for couples, 62 % for mothers, and 48 % for control). It is recommended that in similar programs fathers should definitely be invited to participate. If they cannot participate attempts should be made to reach them through their wives or with written material.

GİRİŞ ve AMAÇ

Doğum sonrası dönemin aile sağlığı açısından önemi uzun zamandır bilinmektedir. Nüfus bilimciler doğum sonrası davranışların (emzirme, ek gıdaya başlama, cinsel ilişkinin başlaması ve gebelikten korunma) doğurganlığın düzenlenmesindeki önemini vurguluyorlar¹. Aile planlaması uzmanları çoğu çiftin bir doğumdan sonra gebelikten korunmak istediğini ve özel hizmetlere ihtiyaçları olduğunu görüyorlar². Anne ve çocuk sağlığı alanında hizmet sunanlar doğum sonrası dönemde başlayan uygulamaların (aşı, emzirme, sağlık kontrolleri ve gebelikten korunma) daha sonraki anne çocuk sağlığında önemli rol oynadığını belirtiyorlar³.

Daha önce İstanbul'da yapılan "Hastanede Doğum Yapan Kadınların Doğum Sonrası Dönemde Aile Planlaması ve Sağlık Gereksinimleri" araştırması bulgularına göre ailelerin doğum sonrası dönemde sağlık özellikleri aşağıda özetlenmiştir:^{4,5}

- * Erken doğum sonrası dönemde annelerin %11'i bebeklerine yalnız anne sütü veriyordu.
- * Geç dönemde çocukların %92'si, annelerin ise %26'sı sağlık hizmeti almıştı.
- * Geç doğum sonrası dönemde kadınların yalnızca %34'ü RIA ya da kondom gibi tıbbi yöntemleri kullanıyor, çoğunluk geri çekme yöntemiyle korunuyordu.
- * Kadınlar, doğum sonrası dönemde bebek beslenmesi, emzirme ve aile planlaması konularında, gebeyken ya da gebe kalmadan önce bilgi almak istiyorlardı. Özellikle ilk kez gebe olanların bu istekleri daha fazlaydı.
- * Kadınların çoğu doğum sonrası hizmetinin sadece anne ve bebek için değil bütün aile için bir gereksinim olduğunu vurguluyordu.

Bu sonuçlardan yola çıkılarak yeni anne ve babalara gereksinimleri olan bilgi ve danışmanlık hizmetlerini sağlamak için bir araştırma planlandı. Araştırmanın amaçları:

- Aile üyelerinin (özellikle babanın) doğum sonrası dönemde aile sağlığında oynadığı rolü öğrenmek
- Gebelik döneminde verilen sağlık eğitiminin doğum sonrası sağlık davranışlarındaki etkisini ölçmek
- Bu eğitime babanın katılımının etkisini ölçmek

GEREÇ ve YÖNTEM

* Proje için gerekli destek The Population Council (ME Awards ve Ebert Programı), AVSC (Access to Voluntary and Safe Contraception) ve Mellon Vakfı tarafından sağlanmıştır.

Çalışma İstanbul Tıp Fakültesi Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi'nde yapıldı. Araştırmanın ilk aşaması aile üyelerinin (özellikle babanın) doğum sonrası dönemde aile sağlığında oynadığı rolü öğrenmek için yapılan kalitatif çalışmaydı. Bu aşamada ilk kez anne baba olacak ya da son altı ay içinde anne baba olmuş kişilerle odak grup tartışmaları ve ayrıntılı görüşmeler yapıldı. Bu aşamanın bulgularına göre bebek bekleyen anne ve babalar için hizmet paketi geliştirildi. Antenatal Kliniğine başvuran, ilk kez anne olacak ve gebelik süresi 16-32 hafta arasında olan bütün adaylar araştırmaya davet edildi. Az sayıda kadın (10 kişiden az) araştırmaya katılmayı istemediğini belirtti. Davetlerin sonunda 333 kadın, araştırmaya katılmayı kabul etti ve ilk görüşme formu dolduruldu. Kadınlar görüşmenin sonunda rastgele örnekleme yöntemiyle 3 gruptan birine ayrıldı. A grubunda (110 aile), gebeler eşleri ile birlikte antenatal ve erken doğum sonrası dönemde bilgi ve danışmanlık seanslarına davet edildi. B grubunda (111 aile) yalnızca gebeler davet edildi. Kontrol (C) grubu ise (111 aile) seanslara davet edilmedi, fakat Birim'de verilen her tür hizmetten yararlanabilecekleri söylendi. Hizmet aşamasında eğitim seansları (gebelikte sağlık, doğum, bebek bakımı ve beslenmesi, doğum sonrası kadın sağlığı ve aile planlaması), telefon danışma hattı ve gebelik, doğum, doğum sonrası dönemde sık karşılaşılan sorulara yanıtlardan oluşan bir kitapçıkla (A) ve (B) gruplarına bilgilendirme ve danışmanlık programı sunuldu. Bebek beslenmesi, AP kullanımı ve koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma davranışlarında olan değişiklikler, doğumdan 4 ay sonra ev ziyaretinde yapılan görüşmelerle ölçüldü. Veriler bilgisayarda EPI Info 6.0 programı ile girildi ve değerlendirildi. İstatistiksel karşılaştırma için ki kare testi ve lojistik regresyon analizi yapıldı.

BULGULAR ve TARTIŞMA

Kalitatif aşamada genç çiftlerin gebelik, doğum ve doğum sonrası deneyimleri değerlendirildi. Genç çiftler ilk kez bebekleri olacağı için sevinçli ve heyecanlı ancak gebelik döneminde olabilecekler için korku ve kaygı yaşıyorlardı. Sıklıkla dile getirilen korkular zor doğum, doğum sırasında bebek ve annenin risk altında kalması, gebelik sırasında bebeğe zarar verecek hareketler, bebeğin sakat olması/ sağlık sorunu olması, doğumhanede kötü davranışa maruz kalmak olarak belirtildi. Ailede babanın rolüne bakıldığında, İstanbul'da babalık kavramını değiştiriyor. Babalar hala ekonomik konulardan sorumlu olmakla birlikte, medya ve diğer bütün kaynaklardan ev işleri ve çocuk büyütmeye daha çok sorumluluk almaları gerektiğini belirten mesajlar alıyorlardı. Genç babalar doğum sonrası gebelikten korunma ve bebek sağlığı konularında karar vermede eğilimli ve istekliydi. Bebek beslenmesi ve doğum sonrası kadın sağlığı konularında daha az ilgililerdi. Aile üyeleriyle yapılan görüşmelerde çiftler gebelik sırasında sağlık konularında grup eğitimi ve danışmanlık hizmeti almak istediklerini belirttiler. En çok bilgi almak istedikleri konular doğum, gebelikte sağlık, doğum sonrası bakım, bebek sağlığı, bebek beslenmesi, cinsellik, doğurganlık ve aile planlamasıydı. Seanslar bu isteklere uygun olarak düzenlendi.

Hizmet aşamasında A ve B grubundan 187 annenin %45'i en az bir seansa katıldı (A grubu %37, B grubu %54). Adreslere postalanmış Proje Kitapçığı annelerin %75'ine ulaştı ve onların %94'ü kitapçığı okuduğunu söyledi. Telefon danışma hattı ailelerin %32'si tarafından kullanıldı. A grubundan izlem görüşmesi yapılan 84 babanın %26'sı en az bir seansa katıldı. Babaların %61'ine Proje Kitapçığı ulaştı ve onların %84'ü kitapçığı okuduğunu belirtti.

Doğumdan 4 ay sonra yapılan izlem görüşmesinde annelerin %88'ine babaların %80'ine ulaşıldı. Tüm bebeklerin %21'i yalnız anne sütü ya da anne sütü ile birlikte su, meyve suyu gibi süt ürünü olmayan sıvılarla besleniyordu. Seanslara katılanlarda bu oran (%27) katılmayanlara (%19) göre daha yüksekti, ancak aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildi ($\chi^2=2.56$, $p>.05$). Eğitim seanslarına katılan ailelerin %93'ü bebeklerini doğumdan sonra 4 ay içinde hasta olmadıkları halde kontrol amacıyla bir sağlık kuruluşuna götürürken katılmayanlarda bu oran %80 olmuştur ($\chi^2=6.03$, $p<.05$). Eğitim seanslarına katılan annelerin %46'sı ve katılmayan annelerin %20'si doğum sonrası sağlık kontrolü için bir sağlık kuruluşuna gittiler ($\chi^2=15.77$, $p<.05$). Doğumdan 4 ay sonra çiftlerin %93'ü gebelikten korunmak için bir yöntem kullanmaya başladı. Gebelikten korunmalar arasında eğitime katılanların %69'u tıbbi bir yöntem kullanıyordu (RIA, hap, kondom), eğitime katılmayanlarda bu oran %58 olarak bulundu ($\chi^2=7.90$, $p<.05$).

Her değişken için seansa katılanların katılmayanlara göre sağlık davranışları daha iyiydi. Anne sütü ve sağlık kontrolleri konularında araştırma grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark çıkmadı. Ancak gebelikten korunma konusunda tıbbi yöntem kullananların yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Çift grubu %65 iken Anne grubu %62 ve Kontrol grubu %48 olarak bulundu ($\chi^2=6.11$, $p<.05$). Lojistik regresyon analizinde, yaş, eğitim, sosyo-ekonomik düzey ve aile planlaması ile ilgili diğer değişkenler sabit tutulduğunda araştırma grubunun hala etkili olduğu görüldü (Odds oranı: 1.4). Araştırma grubuna göre sağlık davranışında görülen değişiklikler tablo 1'de sunulmuştur.

SONUÇ

Bu araştırmada gebelik döneminde verilen eğitim ve destek programının, doğum sonrası aile planlaması ve aile sağlığı için olumlu etkileri olduğu gösterildi. En büyük etki aile planlaması yöntem kullanımında ortaya çıktı. Doğumdan 4 ay sonra araştırma gruplarında olan çiftler (A ve B) kontrol grubuna (C) göre daha çok tıbbi yöntemlerle korunuyorlardı. Ancak bebek beslenmesi ve sağlık kontrolleri konusunda araştırma gruplarına göre istatistiksel açıdan önemli fark bulunmadı. Bebek beslenmesi için bebeğin sağlık kontrollerinin yapıldığı kurum daha önemli bulundu. Her grupta bebeklerini sağlık kontrollerine götürün ailelerin oranı zaten yüksekti. Aile planlaması konusunda çiftlerin çevrelerinde bilgi alabilecekleri kaynakların olmayışı bu türden programlara gerek olduğunu doğrulamaktadır.

Hizmet aşamasında az sayıda babanın eğitim seanslarına katıldığı ancak, babaların büyük çoğunluğunun proje kitapçığından yararlandığı bulgusu değerlendirilerek yeni yaklaşımlar düşünülmelidir. Babaların seanslara katılmaması en çok yoğun çalışma ve vakitsizlikten kaynaklanıyordu. Doğum sonrası sağlık davranışlarında çift grubu (A) ve anne grubu (B) arasında önemli bir farklılık bulunmaması bu programdan yararlanmak için babaların seanslara katılmının şart olmadığını gösteriyor. Ancak annenin psikolojik açıdan desteklenmesi için babanın ilgisinin çok gerekli olduğu belirlendi. Benzer programlar için baba adayının seanslara mutlaka çağırılması ancak, baba katılması bile bilgilendirme ve ilgi çekmenin eşi ve basılı materyal yoluyla yapılabileceği düşünülmektedir. Burada önemli olan anne ve babanın birlikte, bir çift olarak düşünülmesinin gösterilmesidir.

KAYNAKLAR

- ¹ Bongaarts J. The Fertility-Inhibiting Effects of the Intermediate Fertility Variables. *Studies in Family Planning*. 1982; 13 (6/7): 179-189.
- ² Ross JA, Frankenberg E. Postpartum Programs. Chapter 5 in *Findings from Two Decades of Family Planning Research*. The Population Council; 1993; New York, NY.
- ³ Walsh JA, Feifer CM, Measham AR, Gertler PJ. Maternal and Perinatal Health. in *Disease Control Priorities in Developing Countries*, edited by DT Jamison, WH Mosley, AR Measham and JL Bobadilla. Oxford University Press; 363-390, 1993; New York, NY.
- ⁴ Bulut A, Turan JM. Postpartum Family Planning and Health Needs of Women of Low Income Women in Istanbul. *Studies in Family Planning*. 1995; 26(2): 88-100.
- ⁵ Bulut A, Molzan J, Nalbant H. Doğum Sonrası Gebelik Riski ve Doğurganlığın Laktasyon Amenoreesi Yöntemiyle Düzenlenmesi. *Türkiye Tıp Dergisi*. 1994; 4 (1): 233-239.

Tablo.1 Doğum Sonrası Sağlık Davranışları -Araştırma Grubuna Göre ⁵ Yüzdeler (%)				
Davranışlar	Bütün gruplar N= 279 (%)	A n= 94 (%)	B n= 93 (%)	C n= 92 (%)
Hazır mama ya da süt ürünleri vermeyenler	21.1	22.3	22.6	18.5
Bebegini sağlık kontrolüne götürülenler	85.7	86.2	86.0	84.8
Doğum sonrası sağlık kontrolüne giden anneler	30.1	25.4	37.6	27.2
Gebelikten korunanlar içinde tıbbi yöntem kullananlar ⁵	58.2	65.2 *	61.6	47.7

KAYSERİ DOĞUMEVİ AİLE PLANLAMASI POLİKLİNİĞİNDE SUNULAN MODERN AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİNİN (RIA ve KOMBİNE ORAL KONTRASEPTİF) DEĞERLENDİRİLMESİ

Uzm. Vesile ŞENOL,* Uzm. Salime MUCUK,** Prof. Dr. Yusuf ÖZTÜRK***

ÖZET

Bu çalışmada Kayseri Doğumevi Aile Planlaması Polikliniğine kontraseptif yöntem istemiyle başvuran kadınlara verilen hizmetin bilimsel kurallara uygunluğu değerlendirilmiştir.

Veriler kontraseptif yöntem kullanan 150 kadına yüz yüze uygulanan anket yöntemiyle toplanmıştır.

Amacımız aile planlaması hizmeti sunan kurum, kişi ve kullanıcının kendisinden kaynaklanan ve etkin yöntem kullanımını olumsuz etkileyen faktörleri tespit etmek; bu faktörlerin eliminasyonunu sağlayarak modern yöntem kullanım oranını artırmaktır.

Sonuçta, danışmanlık sürecinin bütün basamaklarının sağlıklı işletilemediği, Tarama Kontrol listelerine uygun vakaların seçilemediği, gerekli muayene ve laboratuvar tetkiklerinin yeterli düzeyde yapılmadığı tespit edilmiştir.

Saptanan sonuçların çözümüne yönelik alternatif öneriler sunulmuştur.

THE ASSIGNMENT OF THE METHODS OF BIRTH CONTROLS (IUD AND COMBINE ORAL CONTRACEPTIVE) IN FAMILY PLANING SERVICES AT BIRT AND CHILD CARE HOSPITAL IN KAYSERİ

SUMMARY

In this work, in the family planing services of Birth and Child Care Hospital in Kayseri, the scientific convinience of the services presented to the woman requiring contraceptive methods has been assigned.

The data has been assembled from the questionnaire forms applied to 150 woman using contraceptive methods.

Our aim is to determine the factors sourced by the staff and instution serving, and effecting the use of active method in a negative way.

In result, it is fund that supervisor process is not working properly, the clients are not choosen according to the list of search-control and that examination and laboratory searches are not done as needed.

Some alternative suggestions for the solution of the problems determined have been presented.

GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanoğlu tarih öncesi dönemlerden beri üreme ve cinsel davranışlarını kontrol altına alma istek ve ihtiyacını duymuştur. Bu güdü toplumlar da töresel ve ilkel, çağdaş ve etkili aile planlaması yöntemlerinin yaratıcısı olmuştur. Bu yöntemlerin hepsi istenmeyen yada planlanmayan gebelik ve doğumları önlemek, iki gebelik arasında yeterli zaman aralığı bırakmak ve çiftlere daha sağlıklı ve güvenli bir cinsel yaşam sağlamak amacıyla geliştirilmiştir. Fakat çiftlerin bu hedeflere ulaşabilmesi büyük oranda seçtikleri yöntemin kuramsal etkinliğine bağlı kalmıştır.

Dünya doğurganlık Araştırmasına göre yaklaşık tüm doğumların % 22' si istenmeyen doğumlardır. Ülkemizde son 5 yıl içinde canlı doğumla sonuçlanmış son gebeliklerin %37'si planlanmamış ve bunların 3/4' ü de istenmeyen gebeliklerdir. Bugün Dünya'da tahmini olarak yılda 500 bin kadın gebelik ve doğum komplikasyonları nedeniyle ölmekte; yine bu gebelik ve doğumların yaklaşık %20'sini planlanmamış- istenmeyen gebelik ve doğumlar oluşturmaktadır. Yine bir yılda Dünya'da 50 milyon, ülkemizde ise 100 gebeden 24'ü gebeliklerini isteyerek düşükle sonlandırmaktadır.

Bütün bu bulgular çiftlere yeni-etkin ve güvenilir yöntemlerin ulaştırılmasını, kullanımının sağlanmasını, kullanımı olumsuz etkileyen faktörlerin eliminasyonunu ve dolayısıyla istenmeyen gebeliklerin daha yüksek oranda önlenmesini zorunlu kılmaktadır(8,11,13).

1992 yıllık Dünya Sağlık İstatistiğine göre kontraseptif yöntem kullanımı gelişmekte olan ülkelerde %34, gelişmemiş ülkelerde ise %61'dir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre ülkemiz genelinde kontraseptif kullanma yaygınlığı %63 olup, kadınların %35'i modern yöntemleri, %28'i ise geleneksel yöntemleri kullanmaktadır(10,12).

Günümüzde aile planlaması uygulayacak kişilerin yöntem seçimini ; yöntemin kişinin yaşam şekline ve sosyal normlarına uygunluğu, aile onayı, etkinlik ve güvenilirliği, yan etkileri, mesafe, zaman ve maliyet açısından ulaşılabilirliği, kullanımı kolaylığı, uygun danışmanlık süreci, bilinçli seçim ve yöntem sunan kişinin empatik yaklaşımı gibi bir dizi faktör etkilenebilmektedir (7).

Bu çalışma Kayseri Doğumevi Aile Planlaması Polikliniğine kontrasepsiyon amacıyla başvuran kadınlara sunulan hizmetin nitelik ve etkinlik bakımından standartlara uygunluğunu değerlendirmek ; yetersizlik ve aksaklıkları ortaya çıkarmak ; dolayısıyla bölgede etkili yöntem kullanım oranını artırmak ve 2000 yılına kadar dünya için ulaşılması hedeflenen modern kontraseptif kullanım yüzdesini (%70) yakalayabilmek amacı ile yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı nitelikteki bu araştırma Nisan-Mayıs-Haziran 1996 tarihleri arasında Kayseri Doğumevi Aile Planlaması Polikliniğine başvuran ve kontraseptif yöntem kullanan 150 kadına 53 sorudan oluşan anket formunun yüz yüze uygulanması şeklinde yürütülmüştür.

Araştırma kapsamına her hangi bir nedenle yöntem değiştirme istemi ve halen kullandıkları yöntemin periyodik kontrolleri için başvuran kadınlar alınmıştır. Yeni kullanıcılar araştırmaya dahil edilmemiştir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar bilgisayarda EPI - 5 programı ile değerlendirilmiş, istatistiki analizde Khü - Kare (χ^2) önemlilik testi kullanılmıştır.

* Erciyes Üniversitesi Halil Bayraktar Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu

** Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu

*** Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. Başkanı ve S.H.M.Y.O. Müdürü

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırma grubunu oluşturan kadınların yaş ortalaması 29.9 ± 6.9 olarak tespit edilmiştir. Tamamı evli olan bu kadınların büyük bir çoğunluğu (%81) ilkököl ve altı eğitim düzeyine sahiptir. Ancak 1/5 oranında kadın ortaokul ve üzerinde eğitim alabilmiştir. Bu bulgular Türkiye geneline göre düşüktür (6). Toplam gebelik sayısı ortalaması 3.8 ± 3.5 olan bu kadınların sahip oldukları ortalama çocuk sayısı 2.4 ± 1.1 olarak bulunmuştur. Yine doğurganlık yılları boyunca %87 oranında kadın 1 ve / veya 2 kez düşük yapmıştır. Bu oran 1993 yılında HNEE' nün yaptığı araştırmada verilen orandan (%83.3) yüksektir. Araştırma grubundaki kadınların %78'i 1 ve / veya 2 kez kürtaj olmuşlardır. Erkek çocuğuna sahip kadınların oranı ise %77.3'tür. Kadınların hem yeterli sayıda, hemde erkek çocuğa sahip olmaları düşük ve kürtaj olgularını gündeme getirmiştir. Çetinkaya ve Arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada da yaşayan çocuk sayısı arttıkça kürtaj yaptırma sayısının arttığı tespit edilmiştir. Araştırma grubundaki kadınların tamamı kontraseptif bir yöntem kullanmakta ve bunların %91.3'ü RİA, %8.7'si ise kombine oral kontraseptif kullanarak gebelikten korunmaktadır. Bu devamlılığı sağlamak için bireysel danışmanlık basamağına işlerlik kazandırılıp, periyodik izlemeler yapılabilir. TNSA sonuçlarında bu bulguları desteklemektedir (10).

Araştırma grubunu oluşturan kadınların eğitim durumlarına göre daha önce kullandıkları kontraseptif yöntem türü incelendiğinde (Tablo 2); Hem ilkököl ve altında hem de ortaokul ve üstünde eğitim alan grubun Etkili ve Etki Derecesi Sınırlı yöntemleri kullanım oranı birbirine yakın bulunmuştur. Yapılan istatistikî analiz sonucu iki değişken arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. ($\chi^2=0.04$, $P>0.05$).

Tablo 3'de Araştırma grubundaki kadınların yaş, eğitim durumu ve yöntem kaynağı ile halen kullandıkları yöntemle göre dağılımı incelendiğinde; Kontrasepsiyon kullanan kadınların yarısını (%49.4) 25-34 yaş grubundaki fertil kadınların oluşturduğu tespit edilmiştir. Bu tesbitimiz Atıcı ve Arkadaşlarının bulguları ile benzerdir (2). Fakat istatistikî analiz sonucu önemli bir ilişki elde edilememiştir ($\chi^2=0.95$, $P>0.05$) Bu yaş grubunda yöntem kullanma oranının yüksek olmasının sebebi bu döneme kadar kadınların yeterli çocuk sayısına sahip olmaları ve artık çocuk istememeleri olabilir. Bu sonuç doğurganlıklarını sürekli durdurmak isteyen kullanıcıları beraberinde getirecek, yöntemin doğru ve uzun süre kullanımını sağlayacaktır.

Eğitim durumu ile halen kullanılan kontraseptif yöntem türü incelendiğinde; eğitim seviyesinin düştükçe Oral kontraseptif ve RİA kullanım oranının arttığı gözlemlenmiştir. Bu sonuç araştırma grubunun büyük bir çoğunluğunun (80.7) ilkököl ve altında eğitim düzeyine sahip olmasından etkilenmiş olabilir. Ayrıca yapılan istatistikî analizle anlamlı bir sonuç elde edilememiştir ($\chi^2=0.13$, $P>0.05$).

Kadınların halen kullandıkları yöntemi temin ettikleri yerlerin dağılımı incelendiğinde (Tablo 3), OK ve RİA kullananların %18'inin yöntem kaynağı olarak, sağlık ocaklarını, %73.3'nün Doğumevi Aile Planlaması Polikliniğini, %8.7'sinin ise özel doktor ve eczaneleri kullandıkları tesbit edilmiştir. Görüldüğü gibi yöntem kullananların büyük bir çoğunluğu (%91.3) yöntemleri devlet sektöründen sağlamaktadır. Özellikle RİA kullananların %76.6'sı yöntem kaynağı olarak Doğumevi, Aile Planlaması Polikliniğini kullanmaktadır. OK'le korunan kadınlar ise her birimden hemen hemen eşit düzeyde yararlanmaktadırlar. RİA için tesbit ettiğimiz oransal değeri TNSA'da belirtilen "RİA'nın en çok uygulandığı yer devlet sektörüne ait kuruluşlardır" ifadesi desteklemektedir. Yapılan istatistikî analiz sonucu iki değişken arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=11.67$, $P<0.05$).

Tablo 4'te Araştırma grubunu oluşturan kadınların önceden kullandığı yöntemi değiştirme nedenlerine göre yüzde dağılımları incelenmiş ve şu sonuçlar elde edilmiştir: Kombine oral kontraseptiflerin en sık, RİA'nın ise beşinci sırada değiştirilen yöntem olduğu saptanmıştır. Hap ve RİA için başlıca değiştirme nedenleri yöntemle ilgili gelişen *yan etkiler* ve *sağlık kaygısıdır*. Hap kullananlarda yan etkilere bağlı yöntem değiştirme oranı (%46.3), RİA'ya göre (%33.4) daha fazladır. Hap ve RİA kullananlar da Sağlık kaygısı nedeniyle yöntem değiştirme birbirine yakın bulunmuştur. Hap kullananlarda tespit edilen gebelik hızı (%2.4) literatürde bildirilen ilk kullanım yılı "olağan" kullanıcı başarısızlık hızına (%3) yakın iken, RİA kullananlarda saptanan gebelik hızı (%1.1) RİA için bildirilen başarısızlık hızına (%6) göre yüksek bulunmuştur (7). Kondom, kullanımını bırakanların %40.6'sı *eşinin istememesi*, %31.2'si ise *daha etkili bir yöntemle geçmek* için yöntem değiştirmiştir. Geri çekme yöntemi en fazla (%50) *daha etkili bir yöntemle geçme* ve *eşlerin istememesi* (%33.4) nedeniyle bırakılmıştır. Emzirme ve vajinal lavaj yöntemleri de yine ilk sırada *daha etkili bir yöntemle geçme* ve ikinci sırada *yöntem kullanımı sırasında gebelik oluşması* nedeniyle değiştirilmiştir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasında, Yardımcı ve Ark. ile Atıcı ve Arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (2,10,13).

Bu sirkülasyonunun nedeni; kullanıcılara hizmet verilen birimde tüm yöntemler ve bunların avantaj ve dezavantajları konusunda yeterli eğitim yapılamaması, yine yöntem kullanan kadınların büyük bir kısmının (%48) sağlık personeli dışındaki kişileri bilgi kaynağı olarak kullanması sonucu yöntemin etkililerden habersiz bu seçimi yapmaları olabilir. Bütün bu sonuçlar uygun danışmanlık ve bilinçli seçim yapma süreçlerinin sağlıklı işletilememesine bağlı gelişebilir.

Araştırma Grubunun daha önce ve şu anda kullandıkları yöntemlere göre dağılımı incelendiğinde (Tablo 5); Daha önce kombine oral kontraseptif kullananların %95'i, kondom kullananların %97'si, Coitus interruptus'la korunanların %96'sı, emzirme ve vajinal lavaj yöntemi ile korunanların %75'i aynı yöntemle devam ederken, %25'i oral kontraseptif kullanmaya başlamıştır. Sonuç olarak %27.3 oranında kadın etki derecesi sınırlı yöntemlerden etkin yöntemlere geçiş yapmıştır. Yapılan istatistikî analizde iki değişken arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=16.35$, $P<0.05$).

Araştırma grubundaki kadınların halen kullandıkları yöntemi kimden duydukları araştırıldığında %42'sinin sağlık personelinin, %48' gibi büyük bir çoğunluğunun ise komşu, yakın akraba ve basın-yayın organlarından öğrendikleri tesbit edilmiştir. Bu sonuç istenen-beklenen-özelnen davranıştan uzaktır. Çünkü aile planlaması konusunda bilgi edinilecek ilk ve doğru kaynağın sağlık personeli olması gerekmektedir. Bu sonuç Ahyan ve Arkadaşlarının yaptığı çalışmada verdikleri diğer araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (3).

Araştırma grubundaki kadınların %64'ünün karar verdiği yöntemi almak için hiç beklemediği, %36'sının ise çeşitli nedenlerle 0-12 aylık bir süreç içinde yöntemle kavuştuğu tesbit edilmiştir. Bu soru ile yöntem için başvuran kişinin yöntem aldığı kurumdaki bekleme süresi ve kendi sağlık problemlerinin tedavisi için geçen süre ve sonuç olarak yöntemle kavuşmak için harcanan süre ölçülmeye çalışılmıştır.

Araştırma kapsamındaki kadınların %85.9'unun yöntem için 100 bin TL. ve daha az, %14.1'inin ise 101-750 bin TL. arasında harcama yaptıkları tesbit edilmiştir. Kullanıcının yöntemi aldığı birime gelmek için harcadığı yol gideri ve yöntem için ödediği para harcamanın kapsamını oluşturmaktadır. Yöntem kaynağına başvuru oranı %75.8'inin il merkezinden, %16.8'inin ilçe merkezinden %7.4'ünün ise aynı ile bağlı köy ve kasabalarından yapıldığı tesbit edilmiştir.

Bilindiği gibi kontraseptif yöntemlere mesafe, zaman ve maliyet faktörü açısından kolay ulaşılabilirliği yöntem kullanım oranını ve yöntemle devam hızını olumlu yönde etkilemektedir (7).

Araştırma grubundaki kadınların büyük bir çoğunluğu (%86) yöntem sunan ve uygulayan kişinin kendilerine olan yaklaşımlarını iyi düzeyde bulmuşlardır. Yöntem kullanan kadınların %60'ı hizmet aldıkları birimde bulunan bütün yöntemler ve özellikleri konusunda bilgilendirildiklerini söylerken %40'ı ise bilgi almadıklarını ifade etmişlerdir. Tüm yöntemler hakkında bilgi alan kadınların %69.4'ü yöntem kullanmaya HEMEN başlamıştır. Araştırma grubundaki kadınlara sorduğumuz "kullandığınız yöntemi kim belirledi" sorusuna 127 kişi (%84.7) kendim ve eşim, 23 kişi (%15.3) ise sağlık personeli (ebe, hemşire, doktor) cevabını vermiştir. Yöntem kullanan kadınların

eşlerinin de onayını alarak karar vermeleri kontraseptif yöntemin başarılı kullanımını artırmaktadır. Yapılan araştırmalarda RİA ve oral kontraseptif kullanımında eşin bilgisi ve desteğinin sağlanması halinde daha uzun süre ve etkili kullanıldığı tespit edilmiştir (7).

Bilinçli ve gönüllü bir yöntemi seçimi için sağlık personeline düşen görev kullanıcıları eğitmek, önerilerde bulunmak, ancak son kararı mutlaka kendilerine bırakmaktır. Hasta ile ilgili tüm kararların "*husta için*" değil "*hastayla birlikte*" alınması, sağlık mesleğinde çalışanların ahlaki sorumluluğudur (4). Elde edilen bulgularımıza dayanarak sağlık personelinin oranı az da olsa paternalist davranış içinde olduğunu söyleyebiliriz. Bununla birlikte yöntem kullananların %58'inin yöntemler hakkında bilgi edinmek için sağlık personeli dışındaki kaynakları kullanması ve dolayısıyla kliniğe kullanacağı yöntemi belirlemiş olarak gelmesi, yapılan seçimin ne derecede sağlıklı ve bilinçli olduğunu düşündürmektedir. Kullanacağı yönteme karar veren kadınların %56.3'ü yöntemin avantajları ve dezavantajları konusunda bilgilendirilmişken, %43.6'sı bu konuda hiç bir bilgi almadıklarını bildirmişlerdir. Bu bulguya dayanarak yöntemle özel danışmanlığın yetersiz kaldığını söyleyebiliriz.

Araştırma grubundaki "kadınlar yöntem kullanıcı olarak sahip olduğunuz haklar nelerdir?" sorusu yöneltildiğinde;

Kadınların %55'inin *yöntem hakkında bilgi edinme ve karar verme hakkını*, %79'unun *yöntemle ilgili kaygılarını tartışma hakkını*, %70'inin *muayene ve yöntemi reddetme hakkını*, %83'ünün *istediği ve gereksinim duyduğu hizmeti alma hakkını*, %79'nun *aldığı hizmet hakkında görüş bildirme hakkını* bilmedikleri tespit edilmiştir. Hasta haklarından en yüksek oranda bilineni (%45) yöntem hakkında bilgi edinme ve karar verme hakkıdır. Diğer kullanıcı haklarının bilinme oranlarının oldukça düşük olduğu tespit edilmiştir.

Takak ve Ark. tarafından yapılan çalışmalarda hekim ve hemşirelerin bile hasta haklarını önemli oranda bilmedikleri tesbit edilmiştir. Yine bu çalışmalarda hasta haklarını bilen sağlık ekibi üyelerinin bazı nedenlerle bunu uygulayamadıkları vurgulanmıştır. Bu nedenler, eğitim düzeyi düşük olan hastaların verilen bilgileri almakta güçlük çekmeleri, sağlık ekibi üyelerinin hasta haklarını uygulamak için zamanlarının yeterli olmaması olarak gösterilmiştir (9). Bu araştırmada tesbit edilen bulgular da benzer faktörlerden etkilenmiş olabilir.

Kombine Oral kontraseptif ve RİA kullanacaklar için geliştirilen *Tarama Kontrol Listeleri* doğrultusunda hazırlanan anahtar sorulara alınan cevaplar değerlendirildiğinde; %28 oranında sigara içen kadının yarısından fazlası (%62) 10 yıldan az bir süredir ve gündel paketten az sigara içmektedir. Yine oral kontraseptif kullanan kadınların %38.4'ünün sigara içtiği tesbit edilmiştir.

Yöntem kullanan kadınların %68'i yüksek tansiyon, %4,7'si kalp hastalığı, %0,7'si diyabet %10'nu nefes darlığı, %5,3'ü rahim tümörü %0,7'si dış gebelik tanısı aldıklarını ifade etmişlerdir.

Kendisinde kalp hastalığı olduğunu ifade eden kadınların %7,7'sinin oral kontraseptif, %4,4'nün RİA kullandığı tesbit edilmiştir. Yüksek tansiyonu olan kadınların %15,3'nün OK, %7,3'nün RİA kullandığı saptanmıştır. Nefes darlığı tanımlayanların %7,7'si OK, %10,2'si RİA kullanmaktadır. Rahim tümörü rahatsızlığı olanların %5,1'i RİA kullanmaktadır.

Görüldüğü gibi bu çalışmada oranı azda olsa O.K ve RİA kullanmaması gereken kişilerin bu yöntemleri kullandıkları tespit edilmiştir. Bu durum multitemelen Tarama Kontrol Listesi rehberliğinde sorun saptanmamasına bağlı gelişebilir. Özellikle hormonal yöntemlerin kullanımı öncesinde fizik, pelvik muayene ve laboratuvar tetkiklerinin uygulanmaması bu sonuçların gelişmesine katkıda bulunmuş olabilir veya bu sorunlar yöntem kullanımı sırasında gelişmiş olabilir. Sonuç olarak istenmeyen bu durumlarla karşılaşmak için yöntem kullanacak ve kullanan kişilerin daha kapsamlı ve sağlıklı bir değerlendirmeye tabi tutulması gerekmektedir (1).

Araştırma grubundaki kadınlara yöntem uygulanmadan önce "hangi muayenelerden geçtiniz?" sorusu sorulmuş ve alınan yanıtlar incelenmiştir (Tablo 5). Kadınların %70,7'si anamnezlerinin alındığını ifade ederken, %29,3'ü alınmadığını belirtmiştir. RİA kullanan ve anamnezi alınmayanların oranı %26,2 iken, hap kullanan anamnezi alınmayanların oranı ise %61,5'dir.

Sadece ¼ oranında kadının tansiyonu ölçülmüştür. Halen oral kontraseptif kullanan ve tansiyonu ölçülen kadın oranı ise %46'dır.

Kadınların %15,3'üne meme muayenesi, %6'sına ise sitolojik inceleme yapılmıştır. Halen OK kullananların tamamı meme muayenesinden geçmediklerini ifade ederken, halen RİA kullanan kadınların %83,2'si meme muayenesinden geçmediğini söylemiştir. Şu anda RİA kullanan ve sitolojik inceleme yapılan kadınların oranı ise %5,8'dir.

Bilindiği gibi yöntem kullanan kadınların kontrollerinde olası bir kanserin erken tanısı için yılda bir kez meme muayenesi ve belli aralıklarla sitolojik inceleme yapılması gerekmektedir.

Rahim içi araç kullanarak (%91,3) gebelikten korunanların %94'ünün pelvik muayeneden geçmiş olması sevindirici bir bulgudur. %6 oranında kadının pelvik muayeneden geçmediğini ifade etmesi multitemelen yöntemi uygulayan kişinin yapılan işlem hakkında açıklama yapmaması sonucu bilgi noksanlığına bağlı olabilir. Çünkü RİA uygulanmadan önce ve kontrollerde uterusun şekli, boyutları, kavitenin yönü, uterus yada adneks hassasiyeti ve vaginal akıntı özelliğinin tesbiti için mutlaka pelvik-spekulum ve pelvik-bimanuel muayene yapılmaktadır (1). Alt karın ve pelvik ağrı tespiti için mutlaka her vakaya uygulanması gereken batın muayenesi sadece %33,3 oranında kadına uygulanmıştır. Hap kullananların (%8,7) %23'üne, RİA kullananların ise %34,3'üne batın muayenesi yapılmıştır.

Olası veya mevcut bir diyabet vakasını erken dönemde ortaya çıkarmak için istenilen idrar ve kanda şeker tayininin %7,3 oranında yapıldığı tespit edilmiştir. Hap kullananların %7,7'si, RİA kullananların ise %7,3'ünde bu tetkik yapılmıştır.

Gebelik ve şüphesini ekarte etmek amacıyla istenen gebelik testinin sadece %18 kadına yapıldığı belirlenmiştir. Bu sonuç hizmet veren kliniğin benimsediği RİA uygulama zamanından (adetin 3. ve 4. günü) etkilenmiş olabilir.

Sonuç olarak kontraseptif istemiyle kliniğe başvuran kadınlara uygulanan muayene ve laboratuvar tetkiklerinin *istendik* düzeyde yapılmadığı saptanmıştır.

Rahim içi araç kullanarak gebelikten korunanların (%91,3) büyük bir çoğunluğu (89,8) RİA'yı adet 3. ve 4. günlerinde taktıklarını ifade etmişlerdir. Halbuki gebelik kuşkusu yoksa RİA menstrüel siklusun herhangi bir gününde uygulanabilir. Böylece mesafe faktörünün olumsuz etkisi ortadan kaldırılarak yöntemin elde edilebilirlik ve ulaşılabilirlik oranı artırılabilir (7).

RİA kullananların büyük bir çoğunluğu (82,5) yöntem uygulanmadan önce sikluslarının DÜZENLİ olduğunu ifade ederken, 1/5'ne yakın bir bölümü (%17,5) DÜZENSİZ adet gördüklerini belirtmişlerdir. RİA için kesin kontrindikasyon olan düzensiz sikluslarda RİA uygulanması, yöntem başarısızlığını ve yüksek bırakma hızını gündeme getirecektir. Yapılan araştırmalarda ilk kullanım yılında RİA uygulanan kadınların %5-15'inin siklus anomalileri nedeniyle araçlarını çıkarttıkları tespit edilmiştir (7). Bu çalışmada da daha önce RİA kullanan kadınların %33,4'unun yan etkiler (aşırı adet kanaması) nedeniyle yöntem değiştirdiği saptanmıştır. Bu bulgu Yardımcı ve Arkadaşlarının yaptığı araştırmada belirtilen %23'lük orandan oldukça yüksektir (12).

RİA uygulanmadan önce her vajinal kanamanın nedeni belirlenmeli ve tedavisi yapılmalıdır.

Araştırmada yöntem sunan ve uygulayanların %89'unun ebe ve hemşire, %11'inin hekim olduğu tespit edilmiştir.

RİA uygulanan kadınların yarısından fazlası (%71,5) uygulanmadan önce idrar yapıp yapmadıklarını sorulmadığını ifade etmişlerdir.

Kadınların %62,8'i pelvik muayeneden önce yapılacak işlemler konusunda bilgilendirilmediklerini belirtmişlerdir. %67 oranında kadın muayene sırasında uterusun örtüldüğünü ifade ederken, %30 oranında kadın ise uterusun örtülmediğini belirtmiştir.

RİA uygulayanların tamamına yakın bir bölümünün (%94,2) her iki elinde eldiven giyerek çalışması sağlıklı bir davranıştır. RİA uygulaması sırasında her iki elde yüksek düzeyde sterilize edilmiş eldiven giyme ön şartı vardır (1).

RİA uygulanan kadınların uygulamayı takiben %43'ünün aşırı adet kanaması, %52'sinin aşırı vajinal akıntısı olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular araştırmamızda RİA'nın en sık kullanılan ancak en sık ta yan etkiler nedeniyle bırakılan bir yöntem olduğu bulgusunu desteklemektedir.

Yapılan araştırmalarda RİA kullanan kadınlarda özellikle ilk 2-3 ayda menstrüel kanamanın artmasının normal bir bulgu olduğu vurgulanmıştır (7). Ancak kanamalar her zamankinden iki kat uzun sürüyorsa veya iki kat fazla bez, ped, tampon kirletiyorsa kadın mutlaka kliniğe başvurmaktadır (1). Yine RİA kullanan kadınlarda vajinal akıntının artması en fazla rastlanan yakınmalar arasındadır. Bununla birlikte RİA kullanan kadınlarda pelvik enfeksiyon görülme riskinin yüksek olması nedeniyle, mevcut vajinal akıntının aksi kanıtlanmadığı sürece pelvik enfeksiyöz hastalık kabul edilmesi, bu kadınların belli aralıklarla bakteriyolojik analiz yaptırmasını gerekli kılmaktadır (5,7).

Yapılan araştırmada yöntem alan kadınların %20,4'nün hiç kontrole gitmediği, %47'sinin ilk ay içinde, %12'sinin 3 ay sonra, %9,5'inin 6-12 ay sonra, %11'inin ise şikayeti olduğu zaman ilk kontrollerini yaptırdığı tespit edilmiştir. Görüldüğü gibi %53 oranında kadın ideal izlem zamanı ve sıklığına riayet etmemiştir.

RİA kullananların yarısından fazlası (%67) araştırma biriminde uygulanan aracın (TCU 380 A) etkinlik süresini (8-10 yıl) bilirken %33'nün bilmediği yada yanlış bilgiye sahip olduğu tespit edilmiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

- Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş ortalaması 29,9 ±6,9 olup, yaklaşık yarısı (49,4) fertil çağıdaki (25-34 yaş) kadınlardır.
- Bu kadınların hem yeterli sayıda (ort.2,4), hem de erkek çocuğuna sahip (%77,3) olmaları etkin yöntem kullanımına olan talebi artırmaktadır.
- Araştırma grubundaki kadınların %91,3'ü RİA %8,7'si ise hap kullanarak gebelikten korunmaktadır.
- Kullanılan yöntem hakkındaki ilk bilgi %48 oranında eş-dost, akraba, %42 oranında sağlık personelinin edinilmiştir.
- Kadınların tamamına yakını yöntem kaynağı olarak devlet sektörünü kullanmaktadır.
- Kullanılan yöntemlere zaman (% 64), maliyet (85,9) ve mesafe (% 75,8) faktörü bakımından ulaşılabilirlik oranı yüksektir.
- Sağlık personelinin yöntem talep edenlere yaklaşımı iyi (% 86) düzeyde bulunmuştur.
- Tüm Yöntemlere (% 60) ve Seçilen Yönteme Özel Danışmanlık (% 56,3) ve İzleme (% 47) süreçlerinin sağlıklı yürümediği ifade edilmiştir.
- Kadınların büyük bir çoğunluğu (%84,7) kendi kullandıkları yöntemi yine *kendileri* belirlemişlerdir.
- Araştırmamızda oranı azda olsa kontrendike vakaların da yöntem kullandığı saptanmıştır.
- Anamnez (% 70,7) ve pelvik muayene (% 88,7) dışında kalan muayene ve laboratuvar tetkiklerinin istenilen düzeyde yapılmadığı ifade edilmiştir.
- Araştırma biriminin benimsediği politika doğrultusunda RİA sıklusunu sadece belli günlerinde (Adetin 3.4. günü) uygulanmaktadır.
- Yöntemi sunan ve uygulayan kişinin büyük oranda (% 89) ebe ve hemşire olduğu tesbit edilmiştir.

Bütün bu sonuçlar doğrultusunda şu öneriler sunulabilir.

1. Sağlık personeli, hizmet içi eğitim programları düzenlenerek sağlık eğitimi ve danışmanlık konusunda bilgilendirilmeli ve bu doğrultuda kişilere danışmanlık becerileri kazandırılmalıdır.
2. Tüm yöntemlere ilişkin Genel danışmanlık, Yönteme Özel Danışmanlık ve İzleme süreçlerine işlerlik kazandırılıp, yeterli ve nitelikli düzeye çıkartılmalıdır.
3. Yöntem hakkında bilgi edinilen ilk kaynağın sağlık personeli olması sağlanarak, yöntemler konusundaki asılsız söylentiler, yanlış bilgi ve uygulamalar ortadan kaldırılmalıdır.
4. Yöntem kullanıcılar bilinçli seçim yapma aşamasında hasta hakları konusunda mutlaka bilgilendirilmelidir.
5. Uygun vaka seçimi mutlaka *Tarama Kontrol Listeleri* rehberliğinde yapılmalıdır.
6. Her yöntemin gerektirdiği muayene ve laboratuvar tetkikleri mutlaka yapılmalıdır.
7. RİA'nın sıklusunu sadece belli günlerinde uygulanmasını öngören katı kurallara bertaraf edilmelidir.
8. Etkin yöntem kullanımını engelleyen faktörlerin tespiti konusunda daha fazla araştırma yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. *Aile Planlaması Klinik Uygulama El kitabı*, T.C Sağlık Bakanlığı, İnsan kaynağını geliştirme Vakfı, İstanbul, 1995.
2. Atıcı, Ş. ve Ark., "Adana İli Yeni Baraj Sağlık Ocağı Bölgesinde Kadınların Kontraseptif Yöntem Seçimindeki Etmenler Üzerine Bir Araştırma", *IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı*, Didim, 1994 ss. 99 -101
3. Ayhan, B. ve Ark., "Çok Çocuklu Kadınların İstenmeyen Gebeliği Önlemeye Bilgi ve Davranışları", *IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı*, Didim, 1994, ss. 69-70
4. Bayram, N., *Anne Sağlığı ve Aile Planlaması*, Anadolu Üni. Açıköğretim Fakültesi Yayınları no:725/361, Eskişehir, 1993.
5. Dalgıç, N. ve Ark., "Bir Aile Planlaması Ünitesinde RİA Taşıyan ve Taşımayan Kadınlarda Servikal Akıntıda Bakteriyolojik Analiz Sonuçlarının Karşılaştırılması", *III. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Özet Kitabı*, 1992.
6. *Dünya Çocuklarının Durumu*, Unicef, 1994.
7. *Kontraseptif Yöntemler Uluslararası Basım*, Ankara, 1990.
8. Mandracioğlu, A. ve Ark., "İzmir Konak Doğumevi Aile Planlaması Merkezinde Gönüllü Cerrahi Kontrasepsiyon Uygulamaları", *IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı* Didim, 1994 ss. 94-98
9. Takak, G., "Hasta Hakları", *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik, Yüksek Okulu, Yayınlanmamış Doktora Tezi*, Ankara 1993.
10. *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*, 1993, ön rapor, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü.

11. “ *Ulusların Gelişmesi*” raporu, 1993, Unicef
12. Yardımcı, E. ve Ark., “İst. Üni. İst. Tıp. Fak. Kadın Hastalıkları Polikliniğine Başvuran 15-49 Yaş Grubunda Evli Kadınların Bildikleri ve Kullandıkları Kont. Yöntemler: Kullanımı Etkileyen Faktörler” *IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı*, Didim, 1994. ss. 7780
13. Yardımcı, E. ve Ark., “İst. Üni. Tıp. Fak. Kad. Has. Polikliniğine Başvuran 15-49 Yaş Grubunda Evli Kadınlarda Kürtaj İle İlgili Tutum ve Davranış” *IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı*, Didim, 1994. ss. 88-90.

Tablo 1 : Araştırma Grubunu Oluşturan Kadınların Temel Özelliklerine Göre Dağılımı

Temel Özellikler		Sayı	%
Yaş Grubu	15-24	44	29.3
	25-34	74	49.4
	35 ve +	32	21.3
Yaş Ortalaması	29.9 ± 6.9		
Medeni Durum	Evli	150	100.0
	Diğer	-	-
Okunum Durumu	İlkokul ve Altı	121	81.0
	Ortaokul Ve üzeri	29	19.0
Mesleği	Ev Hanımı	143	95.3
	Diğer	7	4.7
Toplam Gebelik Sayısı	3 ve Aşağısı	83	56.1
	4 ve Üzeri	65	43.9
Canlı Doğum Sayısı	3 ve Aşağısı	123	83.6
	4 ve Üzeri	24	16.4
Düşük Sayısı	1-2	20	87.0
	3-4	3	13.0
Kürtaj Sayısı	1-2	35	77.8
	3-4	10	22.2
Yaşayan çocuk Sayısı	1-2	92	61.3
	3-4	55	36.7
	5 ve +	3	2.0
Yaşayan Erkek Çocuk	Var	116	77.3
	Yok	34	22.7
Halen kullanılan Yöntem	K.Oral Kontraseptif	13	8.7
	RİA	137	91.3

Tablo 2. Araştırma Grubunun Eğitim Durumu ve Daha Önce Kullandıkları Yöntem Türüne Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	Daha Önce Kullanılan Yöntem					
	*Etkili Yöntemler		** Etki Derecesi Sınırlı Yöntemler			Bütün Yöntemler
	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%
İlkokul ve Altı	88	67.1	33	27.3	121	100.0
Ortaokul ve Üstü	21	72.4	8	27.6	29	100.0
Toplam	109	72.7	41	27.3	150	100.0

$\chi^2=0.004$, $P>0.05$

* (Hap, RİA ve Kondomu içermektedir)

** (Geri çekme, emzirme ve vajinal lavajı içermektedir).

Tablo 3: Araştırma Grubunun Yaşı Eğitim ve Yöntem Kaynağı İle Halen Kullandıkları Yönteme Göre Dağılımı

Çeşitli Değişkenler		Halen Kullanılan Yöntem						Test Sonucu
		Kombine		RIA		Bütün Yöntemler		
		Oral Kontraseptif						
		Sayı (n)	%	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%	
Yaş Grubu	15-24	4	30.8	40	29.2	44	29.3	$\chi^2 = 0.95$ $P > 0.05$
	25-34	5	38.4	69	50.3	74	49.4	
	35 ve +	4	30.8	28	20.5	32	21.3	
Eğitim Durumu	Toplam	13	100.0	137	100.0	150	100.0	$\chi^2 = 0.13$ $P > 0.05$
	İlkokul ve Altı	10	76.9	111	81.0	121	80.6	
	Ortaokul ve üstü	3	23.1	26	19.0	29	19.4	
	Toplam	13	100.0	137	100.0	150	100.0	
Yöntem Kaynağı	Sağlık Ocağı	4	30.8	23	16.8	27	18.0	$\chi^2 = 11.67$ $P < 0.05$
	Doğumevi Aile	5	38.4	105	76.6	110	73.3	
	Planlaması							
	Polikliniği							
	Diğer ¹	4	30.8	9	6.6	13	8.7	
	Toplam	13	100.0	137	100.0	150	100.0	

¹ Özel doktor ve eczaneyi kapsamaktadır

Tablo 4. Yöntem Değiştirme Nedenlerinin Yöntemlere Göre Yüzde Dağılımı

Yöntem Değiştirme Nedeni	Modern Yöntemler										Geleneksel Yöntemler			
	K. Oral		RİA		Kondom		Geri Çekme		Emzirme		Vajinal Lavaj		Tüm Yöntemler	
	Sayı(n)	%	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%	Sayı(n)	%	Sayı(n)	%	Sayı	%
Gebe Kaldığı İçin	1	2.4	1	11.0	2	6.3	2	8.3	1	20.0	4	33.4	11	9.0
Gebelik Korkusu	3	7.3	1	11.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	3.2
Eşi İstemiyor	2	4.9	1	11.1	13	40.6	8	33.4	0	0.0	1	8.3	25	20.3
Yan Etkiler	19	46.3	3	33.4	2	6.3	0	0.0	0	0.0	1	8.3	25	20.3
Sağlık Kaygısı	11	26.8	2	22.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	13	10.6
Daha Etkin Yön. Geçme	0	0.0	0	0.0	10	31.2	12	50.0	4	80.0	6	50.0	32	26.0
Kullanımı Zor	5	12.1	1	11.2	5	15.6	2	8.3	0	0.0	0	0.0	13	10.6
Toplam	41	100.0	9	100.0	32	100.0	24	100.0	5	100.0	12	100.0	123	100.

Tablo 5: Araştırma Grubunun Daha Önce ve Halen Kullandığı Yönteme Göre Dağılımı

Daha Önce Kullanılan Yöntem	Halen Kullanılan Yöntem					
	K. Oral Kontraseptif		RİA		Bütün Yöntemler	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kombine Oral Kontraseptif	2	5.0	39	95.0	41	100.0
Rahim İçi Araç (RİA)	9	25.0	27	75.0	36	100.0
Kondom	1	3.0	31	97.0	32	100.0
Coitus Interruptus	1	4.0	23	96.0	24	100.0
Emzirme (LAM)	0	0.0	12	100.0	5	100.0
Vajinal Lavaj	0	0.0	12	100.0	12	100.0
Bütün Yöntemler	13	8.7	137	91.3	150	100.0

 $\chi^2 = 16.35$, $P < 0.05$

Tablo 6: Araştırma Grubundaki Kadınların Yöntem Almadan Önce Yapılan Muayene Yöntemlerine Göre Dağılımı

Muayene Yöntemi	Yapılan		Yapılmayan		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Anamnez	106	70.7	44	29.3	150	100.0
Kan Basıncı Ölçümü	38	25.3	112	74.7	150	100.0
Meme Muayenesi	23	15.3	127	84.7	150	100.0
Batın Muayane	50	33.3	100	66.7	150	100.0
Pelvik Muayenesi	133	88.7	17	11.3	150	100.0
İdrar ve Kan Şeker Ölçümü	11	7.3	139	92.7	150	100.0
Pap. Smear Testi	9	6.0	141	94.0	150	100.0
Gebelik Testi	27	18.0	123	82.0	150	100.0

KAYSERİ İL MERKEZİNDEKİ ECZANELERDE ECZACI VE KALFALARIN AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ KONUSUNDAKİ BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Dr. Dilek ÖZCAN*, Doç. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA**, Dr. Saim MALYALI *, Prof. Dr. Yusuf ÖZTÜRK**

* Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

** Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

ÖZET

Kayseri il merkezindeki eczanelerde eczacı ve kalfaların aile planlaması yöntemleri konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmek için anket yapıldı.

Kayseri il merkezindeki 120 eczaneden 80 tanesi araştırmaya katılmayı kabul etti. Eczacı ve kalfalarla yüz yüze konuşularak anket uygulandı.

Araştırmaya katılan eczanelerdeki eczacı ve kalfaların % 77.5'i erkek, % 22.4'ü kadın idi. Eczacıların meslekte çalışma süresi ortalaması 13.1±9.55 ve kalfalarınki ise 13.3±8.22 idi. Kalfaların % 17.4'ü ilköğretim, % 30.4'ü ortaokul ve % 52.2'si lise ve üstü eğitim görmüşler idi. Eczanelere aile planlaması hakkında bilgi almak için başvuran kişilere yöntemler hakkında geniş bilgi verilmediği norplant, vazektomi ve hormonal enjeksiyonlar gibi yeni gelişmeler hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları tesbit edildi.

KNOWLEDGE BEHAVIOUR AND ATTITUDE OF PHARMACIST AND PHARMACY APPRENTICE WORKING IN CITY CENTER OF KAYSERİ ON FAMILY PLANNING

SUMMARY

A questionnaire on knowledge, behaviour and attitudes in family planning methods was administered among pharmacist and their apprentice working in the city center of Kayseri. 80 of 120 pharmacies in the city center accepted to take place in the study. The questionnaire was done face to face with the pharmacists and pharmacy apprentice.

% 77.5 of the pharmacists and apprentices who were subject to the study were men and % 22.4 were women. Pharmacists were working averagely 13.1±9.55 years in this field and apprentices were 13.3 ± 8.22 years % 17.4 of the apprentices were graduated from primary school, % 30.4 from secondary school and % 52.2 from high school and or over-graduated. At the end of the study it's been understood that clients who applied for some knowledge about family planning weren't informed enough and pharmacist and pharmacy apprentices did not have knowledge in new developments in the field like vasectomy, hormonal injections and norplant, etc.

GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgiler çok yaygınlaşmış olup 1993 Nüfus ve Sağlık Araştırmasına göre herhangi bir yöntem bilenlerin oranı % 99.1 dir. En az bir modern yöntemi ve bunun nereden elde edilebileceğini bilenlerin oranı ise % 94.6 dır (3).

Dünya çapında 55 milyon üretken çağıdaki evli çift kontraseptiflerini eczanelerden almaktadır. Bunlar aile planlaması yöntemi kullanan çiftlerin sadece 1/5 kadarıdır (4).

Dünya üzerinde kontraseptif almak için eczanelere başvuranların 40 milyonu daha çok gelişmiş ülkelerde yaşamaktadır. Bu rakamlar herhangi bir aile planlaması yöntemi kullananların % 10'unu oluşturmaktadır. Çin bu rakamların dışında tutulmaktadır. Çünkü Çin'de kontraseptif yöntemler eczanelerde ücretsiz olarak satılmaktadır. Gelişmiş ülkelerde eczaneler kontraseptiflerin satın alındığı önemli kaynaklardır. Amerika'da kondomların % 60'ı eczanelerde satılmakta, % 20'si enstitülerde (klinik/hükümet kuruluşu gibi) dağıtılmakta, % 10'u gıda maddesi satan dükkanlarda, % 5'i ise posta ve vending makinaları ile kullanıcıya ulaşmaktadır.

Gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de sağlık eğitimi düzeyinin düşüklüğü yanı sıra sağlık hizmetlerinin sunumundaki yetersizliklere bağlı olarak sağlık hizmetlerinden yararlanma oranı da düşüktür (6). Sağlık örgütüne sosyal ve coğrafi engeller nedeniyle ulaşamayan kişiler kolay olması, ürün çeşitliliği bulunması, ücretsiz bilgi ve öğüt alabilme imkanlarının olması nedeniyle eczaneleri tercih etmektedir. Bu yüzden eczaneler ve eczanede çalışan eczacı ve diğer personel başvuran kişilere gerekli ve yeterli danışmanlığı yapabilmek için bu konuda yeterli bilgi ve bunu kullanabilecek bir tutum içinde olmalıdırlar.

Araştırmamızı planlarken bu görüşten yola çıkarak Kayseri ilinde eczacı ve kalfaların aile planlaması konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmek amaçlanmıştır.

GEREK VE YÖNTEM

Araştırmaya Kayseri il merkezindeki bütün eczaneler alındı. Mevcut 120 eczaneden 80 tanesi araştırmaya katılmayı kabul etti. Bu eczanelerdeki eczacı ve kalfalarla yüz yüze konuşularak anket uygulandı. Araştırmaya katılan eczanelerde toplam 98 kişi anket yapılmasını kabul etti. Elde edilen veriler bilgisayarda değerlendirildi. İstatistiksel değerlendirmeler için Khi kare testi kullanıldı.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırmamıza katılan 98 kişiden 41'i eczacı, 57'si kalfa idi. Eczacıların yaş ortalaması 38.0±10.1, kalfaların ise 30.8±8.2 idi. Araştırmaya katılmış olan eczacıların % 65.8'i erkek, % 34.2'si kadın, kalfaların ise % 85.9'u erkek, % 14.1'i kadın idi.

Araştırmamıza katılan kalfaların % 17.4'ü ilköğretim, % 30.4'ü ortaokul, % 52.2'si lise ve üstü eğitim görmüşler idi. Eczacıların görevde çalışma süre ortalaması 13.1±9.5, kalfalarınki ise 13.3±8.2 idi. Araştırmaya katılan eczacıların % 82.9'u evli olup sahip oldukları çocuk sayısı ortalaması 1.83±0.8 iken kalfaların % 61.4'ü evli olup sahip oldukları çocuk sayısı ortalaması ise 1.39±0.8 idi. Kalfaların daha az çocuğa sahip olmaları yaş ortalamalarının daha düşük olmasına bağlandı.

Araştırmaya katılan eczacı ve kalfaların yöntem kullanma durumları değerlendirildiğinde yöntem kullanma oranı eczacılarda kalfalara göre daha fazla idi ve aradaki fark istatistik açıdan anlamlı idi. Araştırmaya katılan eczacı ve kalfaların kendilerinin kullandıkları yöntemler açısından iki grup arasında önemli bir fark bulundu ($\chi^2 = 13.9$ p<0.01). Eczacıların 1. sırada kondomu (% 43.9) 2. sırada RIA'ı (% 31.7) ve 3. sırada ise OKS (% 24.3) kullandıkları, kalfaların 1. sırada RIA'ı (% 52.6), 2. sırada kondomu (% 38.5) ve 3. sırada ise geri çekme (% 5.2) yöntemini kullandıkları bulundu.

Eczacılarca en iyi bilinen yöntemler sırası ile rahim içi araç, günlük hap ve kondomdu. Kalfaların ise en iyi bildikleri yöntemler içinde birinci sırada rahim içi araç, ikinci sırada günlük hap ve üçüncü sırada ise kondom gelmekteydi. Hormonal enjeksiyonlar her iki grup tarafından da en az

bilinen yöntemdi. Araştırmaya katılanlardan Norplantın ne olduğunu bilenler eczacıların % 46.3'ü, kalfaların ise % 22.8'i idi. Eczacıların % 31.7'si Norplantın ülkemizde bazı merkezlerde uygulandığını bilirken kalfaların % 24.5 biliyordu.

Tablo 3'de görüldüğü gibi eczacı ve kalfaların aile planlaması yöntemlerinin kullanımı ile ilgili bilgi düzeyleri yetersizdi. Yöntemlerin kullanımı ile ilgili bilgi düzeyleri açısından eczacılar ve kalfalar arasında istatistiki açıdan farklılık yoktu. Bu konuda eczacıların bilgi düzeyinin farklı olması beklenirken arada fark olmaması düşündürücüdür. Her iki grupta da emziren kadınların mini hap kullanabileceği konusu en az biliniyordu. İzmir'de yapılan bir çalışmada, eczacılar bugünkü sağlık sistemi içinde kendilerinin danışmanlık rolü üstlenmesi gerektiğini ve öncelikle ilaç kullanımı, ikinci sırada ise aile planlaması konusunda halkın eczacılardan eğitilmesi gerektiğini düşündüklerini belirtmişlerdir (1). Bu çalışma ile açığa çıkan yetersiz bilgi düzeyi ile eczacıların bu danışmanlığı nasıl yapacağı konusu düşündürücüdür.

Eczacıların %82.8'i, kalfaların % 71.9'u emziren kadınlara bir yöntem öneriyordu. Araştırmaya katılan eczacı ve kalfalar birçok OKS'lerin yan etkileri konusunda bilgili idi. Eczacılar kadınlara ortalama 37.5±4.2 yaşına, kalfalarda ortalama 36.0±5.9 yaşına kadar OKS öneriyorlardı.

Araştırmaya katılan eczacı ve kalfaların eczaneye ilk defa yöntem almak için başvuran kişiye önerdikleri yöntemler arasında fark yoktu. Her iki grupta birçok OKS öneriyorlardı. (% 48.2) Araştırmaya katılan eczacı ve kalfaların emziren kadınlara 1. sırada kondom, 2.sırada RIA önerdikleri, yeni evli ve ilk defa yöntem kullanacak bir çift eczanelerine başvurduğu zamansa kalfaların % 78.9'u herhangi bir yöntem gerektirmeyen yöntemler öneriyorlardı. Eczacıların % 41.4'ü OKS öneriyorlardı.

Araştırmaya katılan eczacı ve kalfaların adet gecikmesi şikayeti ile gelen kadınlara verdikleri öneriler karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Eczacıların hiçbirisi adet söktürücü ilaç vermezken, kalfaların % 7.1'i adet söktürücü ilaç vermeyi uygun buluyorlardı. Ülkemizde istemeden gebe kalan kadınların çoğunluğu geleneksel yöntemlerle gebeliğini sonlandırma yoluna başvurmakta (2).

Araştırmaya katılan eczacı ve kalfaların eczaneye aile planlaması yöntemi almaya gelenlere daha önce kullandığı yöntemle ilgili hikayesini sorma durumları arasında fark yok idi. Eczacılar bu oran % 50.2 iken kalfalarda % 49.8 idi. Eczacıların % 73.1'i, kalfaların % 73.6'sı verdiği aile planlaması yönteminin kullanımı hakkında bilgi veriyordu. Thai'de yapılmış olan bir çalışmada eczacıların % 40'ı yöntemi verdikten sonra açıklamada bulunmamaktaydı. Yanlızca % 26'sı eğer kullanıcı sorarsa nasıl kullanacağını açıklıyordu. Bunun nedeninde yöntemin nasıl kullanılacağını bilen bir kişiye gönüllü öğüt vermenin kabalık olacağı şeklinde açıklıyorlardı. (4). Ülkemiz içinde eczane çalışanlarının bu konudaki bilgi eksiklikleri ve konuya zaman ayırmak için gerekli motivasyona sahip olmayışları etkili olabilmektedir.

Günlük hap kullanan kadınlarda hap kullanımı için kontrendikasyon teşkil eden 40 yaşın üstünde olması, hipertansiyonu olması, aktif karaciğer hastalığı, varis veya dolaşım bozukluğu olması, günde 15' den fazla sigara içilmesi vede geçirilmiş serebro vasküler hastalık hikayesi gibi durumlar bu yöntemi almak için başvuruda bulunan kişilere danışmanlık verilirken sorulması gereken sorulardır (5) Araştırmaya katılan her iki gruptada birçok hastanın yaşı, ikinci sırada varis veya dolaşım bozukluğu olup olmadığı, üçüncü sırada ise hipertansiyon hikayesi sorulmaktaydı. Thai 'deki bir çalışmada eczane çalışanlarından % 34'ü günlük hapların hiçbir kontrendikasyonu olmadığını söylemişti (4). Filipinler'deki bir başka eğitim programında da eczacıların çoğu aile planlaması ön testlerinde soruların %10'undan azını doğru olarak cevaplamıştı (4).

Araştırmaya katılan eczanelerde en çok kombine haplar (% 84.6), fitil, köpük ve jel, kondom gibi bariyer yöntemler (% 82.6) mini haplar ve en az hormonlu RIA' lar bulunmaktaydı. RIA' lar kullanımı yüksek yöntemler olmasına rağmen eczanelerde daha düşük oranda bulunması bu yöntemin daha çok doktor tarafından uygulanmasına, yüksek oranlarda bulunan günlük haplar ve bariyer yöntemlerin ise reçetesiz olarak temin edilebilmesinden ötürü daha çok eczanelerden alınıyor olmasına bağlanabilir.

Araştırmaya katılan eczanelerde eczaneye aile planlaması yöntemi almak için yapılan başvuruların % 29.9'u sadece erkek, % 24.7'si sadece bayan ve % 45.4'ü ise her iki cinsten olmak üzere idi.

Araştırmaya katılan eczanelere yöntem almak için gelenlerin % 56.8'i komşu, akraba ve arkadaş, % 28.4'ü doktor, % 10.5'i eşinin, % 4.2'side diğer bir sağlık personelinin tavsiyesi ile gelmişler idi.

SONUÇ

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar şunlardır:

1. Eczane çalışanlarından eczacılar kalfalara göre daha çok aile planlaması yöntemi kullanmaktaydı.
2. Araştırmaya katılan her iki grupta norplant, hormonal enjeksiyonlar ve vazektomi gibi yeni kullanılmaya başlayan yöntemler konusunda yeterli bilgiye sahip değildi.
3. Aile planlaması yöntemlerinin kullanımına yönelik sorulara her iki grubun verdiği cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. Her iki grupta en az emziren kadınların hap kullanabileceği konusunu biliyordu.
4. Eczaneye ilk defa bir yöntem almak için yapılan başvurulara her iki grupta günlük hap önererek cevap veriyordu.
5. Eczacılar adet gecikmesi şikayeti ile gelen kişiye doktora gönderirken kalfalar adet söktürücü ilaç vermeyide uygun buluyorlardı.
6. Önerdikleri aile planlaması yöntemi ile ilgili bilgi verme konusunda eczacı ve kalfalar arasında fark yoktu. Günlük hap önerdikleri bir kimseye her iki grupta da yaş, hipertansiyon, akut karaciğer hastalığı ve serebrovasküler hastalık hikayesi gibi kesin kontrendikasyon oluşturan durumları sorma yönünden bir fark yoktu.
7. Eczaneye yöntem almak için yapılan başvurularda cinsiyet farklılığı yoktu. Başvuranlar daha çok komşu, arkadaş ve akraba tavsiyesi ile gelmişlerdi.

KAYNAKLAR

1. Bortok N : " Eczanelerin İşlevinde Bir Boyutun Geliştirilmesi Tartışılmalı" . IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Özet Kitabı, İzmir, 1994.
2. Çetinkaya F, Şenol V, Öztürk Y, Çağlar A : "Kayseri Doğumevi'ne Başvuran Düşük Olgularının Değerlendirilmesi", IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Özet Kitabı, İzmir, 1994.
3. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Ankara 1993.
4. Population Report : Pharmacists and Family Planning, November 1989.
5. Sağlık Bakanlığı : Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Ankara 1994
6. Sağlık Bakanlığı : I. Ulusal Sağlık Kongresi Çalışma Grubu Raporu, Ankara, 1992.

Tablo 1: Araştırmaya katılan Eczacı ve Kalfaların Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu

GÖREV	Aile Planlaması Yöntemi				TOPLAM
	Kullanıyor S	%	Kullanmıyor S	%	
Eczacı	30	73.2	11	26.8	41
Kalfa	30	52.6	27	47.4	57
TOPLAM	60	61.2	38	38.7	98

$$\chi^2 = 8.30 \text{ } p < 0.05$$

Tablo 2: Araştırmaya Katılan Eczacı ve Kalfaların Aile Planlaması Yöntemlerini Bilme Durumu

A.P YÖNTEMLERİ	ECZACI		KALFA		χ^2	P
	S	%	S	%		
Rahim içi Araç	41	100.0	44	77.1	8.89	< 0.05
Günlük Hap(OKS)	40	97.5	51	89.4	1.29	> 0.05
Kondom	39	95.1	51	89.4	0.40	> 0.05
Tüp Ligasyonu	11	26.8	6	10.5	3.36	> 0.05
Enjeksiyonlar	3	7.3	0	0.0	1.89	> 0.05
Geri Çekme	7	17.0	20	35.0	3.03	> 0.05
Fitil	27	65.8	24	42.1	4.48	< 0.05
Diyafram	8	19.5	3	5.26	3.53	< 0.05
Köpük	8	19.5	6	10.5	0.92	> 0.05
Takvim	11	26.8	2	3.5	9.34	< 0.05
Vazektomi	7	17.0	2	3.5	3.76	< 0.05

Tablo 3: Araştırmaya Katılan Eczacı ve Kalfaların Aile Planlaması Yöntemleri İle İlgili Bazı Konulardaki Bilgi Düzeyleri

	Eczacı		Kalfa		χ^2	P
	S	%	S	%		
Emziren kadınlara hap önerilmez.	32	78.0	40	70.1	0.41	> 0.05
Emzirme anneyi büyük ölçüde hamilelikten korur	15	36.5	24	42.1	0.12	> 0.05
Mini haplar emziren kadınlara önerilebilir.	8	19.5	17	29.8	0.85	> 0.05
Kondomların raf ömrü 5 yıldır.	39	28.0	4	9.1	0.09	> 0.05
OKS lerin en çok y.e bulantı,kusma ve iştah artması	37	90.2	49	85.9	0.11	> 0.05
Şişman hanımlara OKS önerilmez.	28	68.2	28	49.1	2.84	> 0.05
Yüksek tansiyonu olanlara OKS önerilmez.	35	85.3	39	68.4	2.84	> 0.05
RİA' ların koruyuculuğu 5 yıldır.	5	60.9	26	45.6	1.68	> 0.05
Spermisitler tek başına yeterli korunma sağlar.	27	65.8	29	50.8	1.62	> 0.05

Tablo 4: Araştırmaya Katılan Eczacı ve Kalfaların Eczaneye Adet Gecikmesi Şikayetiyle Gelen Bir Kişiye Karşı Tutumları

ECZACI	KALFA	TOPLAM				ÖNERİLER
		S	%	S	%	
Adet söktürücü iğne veririm.		0	0.0	4	7.1	4
Doktora gönderirim.		29	70.3	47	80.7	75
Gebelik testi yaptırırım.		12	29.2	6	10.5	18
TOPLAM		41	100.0	57	100.0	98

$\chi^2 = 7.47$ $p < 0.05$

Tablo 5: Araştırmaya Katılan Eczacı ve Kalfaların Eczaneye Reçetesiz Olarak OKS Almaya Gelen Kadınlara Sordukları Sorular

SORULAR	ECZACI		KALFA		χ^2	p
	S	%	S	%		
Yaş	33	80.4	29	50.8	7.77	< 0.05
Hipertansiyon	15	36.5	14	24.5	1.13	> 0.05
Varis/Dolaşım Bozukluğu	28	68.2	24	42.1	5.56	< 0.05
Karaciğer Hastalığı	16	39.0	9	15.7	5.61	< 0.05
Sigara İçme	12	29.2	12	21.0	0.48	> 0.05
Serebro Vasküler Hastalık	12	29.2	12	21.0	0.48	> 0.05

Tablo 6: Araştırmaya Katılan Eczanelerde Bulunan Aile Planlaması Yöntemleri

BULUNAN YÖNTEM	S	%
İnert RIA	5	5.10
Bakırlı RIA	20	20.4
Hormonlu RIA	3	3.0
Kombine OKS	83	84.6
Mini Haplar	58	59.1
Diyafram	11	11.2
Kondom	81	82.6
Fitil/Jel/Köpük	82	83.6
Hormonal Enjeksiyonlar	16	16.3

YEŞİLYURT (MALATYA) MERKEZİNDEKİ 15-49 YAŞ GRUBU EVLİ KADINLARIN AİLE PLANLAMASINA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİNİN VE UYGULAMALARININ İNCELENMESİ

Uz.Dr.Metin GENÇ*, Ar.Gör.Dr.Gülşen GÜNEŞ**, Ar. Gör.Dr.Mustafa ŞAHİN**, Uz.Dr.Leyla KARAOĞLU**, Doç.Dr.Erkan PEHLİVAN**

* Malatya AÇS-AP Merkezi.

** İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı.

Bu kesitsel araştırma, 1995 yılı Eylül ve Ekim aylarında, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi' nin uygulama ve eğitim bölgesi olan Yeşilyurt ilçesi merkezinde oturan 15-49 yaş grubunda 810 evli kadına yönelik olarak yürütülmüştür. Bölgede konu hakkında yapılmış çalışma olmadığından bu çalışmanın yapılmasına gerek duyulmuştur.

Kadınların % 97' sinin en az bir modern yöntem, % 86.5' unun ise en az bir geleneksel yöntem bildiği, eğitim düzeyi arttıkça bilinen ortalama modern ve geleneksel yöntem sayılarının arttığı; yöntemlerle ilgili en önemli bilgilendirme kaynağı basın-yayın olanların bilgilerinin, bilgi kaynağı sağlık personeli olanlardan yüksek olduğu görülmüştür.

Tüm kadınların % 43.2 si modern yöntemlerle (% 5.4 hap, % 21.3 RİA, % 14.9 kondom, % 1.6 tüp ligasyonu) korunurken % 22.2 si geleneksel yöntemlerle (% 20.4 geri çekme, % 1.8 diğer geleneksel yöntemler) korunuyordu. Kadınların % 34.6 sı ise herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmıyordu.

Korunmayanların % 23.5' u çocuk istediği için, % 23.1' i gebe olduğu için, % 13.5' u menapozda veya histerektomili olduğu için, % 14.6' sı ise eşi veya kendisi kısır olduğu için, % 11.4' ü emzirdiği için korunmuyordu.

Hap kullanan kadınların % 91' i, RİA kullananların % 96.5' i, kondom kullananların % 94' ü, tüp ligasyonu ile korunmalarını % 100' ü, geri çekme ile korunmalarını ise % 85.5' i kullandığı yöntemden memnundu. Kullandığı yöntemden memnun olmayıp yeni yöntemle korunmak isteyen sadece 35 kadın vardı ve bunların büyük çoğunluğu (% 63) RİA ile korunmak istiyordu.

Aile planlaması hizmetleri; başta geleneksel yöntemlerle korunmalar olmak üzere, 18 yaş altındakilere, 35 yaş üstündekilere ve çok doğum yapanlara daha çok öncelik verilerek, aynı yolla, etkili biçimde sürdürülmelidir.

SUMMARY

FAMILY PLANNING KNOWLEDGE and PRACTICES of REPRODUCTIVE AGE (15-49 YEARS) MARRIED WOMEN in YEŞİLYURT

(MALATYA)

This study was performed during September-October 1995 in Yeşilyurt district which is the training and research area of İnönü University Faculty of Medicine Public Health Department. 810 married women ages between 15-49 residing in Yeşilyurt were interviewed. Since there was no other study about the subject in the area, this study was needed to be done.

97 % of women knew at least one modern contraceptive method and 86.5 % knew at least one traditional contraceptive method. It was observed that the increase in the number of both methods known by the women was parallel to the increase in their educational levels. Women whose source of knowledge was media, had more knowledge about contraception compare to the women whose source of knowledge was health professional.

43.2 % of total sample were using modern methods (pills 5.4 %, IUD 21.3 %, condom 14.9 %, tubal ligation 1.6 %) while 22.2 % of women were using traditional methods (withdrawal 20.4 %, other traditional methods 1.8 %). The prevalence rates of both methods in this study are higher than the prevalence rates of East Anatolian Region in 1993 TDHS.

34.6 % of the women were not using any methods at the time of the study because; 23.5 % were planning to have a child, 22.2 % were pregnant, 13.5 % had a hysterectomy operation or were in menopause period, 14.6 % were infertile (either her or her husband), 11.4% were in lactation period.

About the satisfaction with the method; 91 % of pill users, 96.5 % of IUD users, 100 % of tubal ligation users and 85.5 % of withdrawal users were satisfied with these methods. There were only 35 women who were not satisfied with her current method and most of them (63 %) wanted to use IUD.

Family planning services ought to be performed in the same way, effectively, giving more importance to especially traditional methods users, multipars, and the women under 18 and over 35.

GİRİŞ ve AMAÇ

Tarih boyunca istenmeyen gebeliklerin veya doğumların önlenmesi için pek çok yöntem denenmiş ve uygulanmıştır. Gebeliği önleyici yöntemler, genel olarak, modern ve geleneksel yöntemler diye iki gruba ele alınırken, abortus da bir doğum kontrol yöntemi olarak kabul edilir. Aile planlaması hizmetleri, aynı zamanda, topluma sunulması gereken "temel sağlık hizmetleri" kapsamı içinde önemli bir yer tutar. Bilimsel gelişmeler artık çiftlere daha az zararlı ve etkililiği daha yüksek alternatifler sunmaktadır. Yine de, gerek yöntem bilgisi, ve gerekse yöntem kullanımını etkileyen pek çok etmen vardır. Yöntem kullananlara ait etmenler (öğrenim düzeyi, ekonomik durum vb.) kadar, hizmetlerin ulaşılabilirliği ve kapsayıcılığı da önemlidir. Ayrıca ülkelerin nüfus politikaları da birbirinden farklılık gösterebilmekte, kimi ülkeler antinatalist politika izlerken, kimileri de aksine pronatalist politikaları tercih etmektedir. Türkiye' de ilk kez Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı ile pronatalist politika, yerini antinatalist politikaya bırakmıştır.

Türkiye' de gebeliği önleyici yöntem kullanımı ile ilgili pek çok araştırma yapılmıştır. 15-44 yaş evli kadınların, Ankara-Sincan' da yapılan bir çalışmada % 62' sinin, Ankara-Yenikent' de yapılan bir çalışmada ise % 72.3' ünün gebeliği önleyici yöntem kullandıkları yıllardan günümüze gelindiğinde, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993 (TNSA 93) verilerine göre 15-49 yaş evli kadınlarda herhangi bir yöntem kullanma hızı % 62.6' dır (1, 2, 3).

Bu araştırma, Malatya ili Yeşilyurt ilçe merkezinde oturan 15-49 yaş evli kadınlara yönelik bir durum saptama çalışması olarak planlanmış olup; gebeliği önleyici yöntem bilgisi, gebeliği önleyici yöntem kullanma durumu, kullanmama nedenleri, yöntem kullananların memnuniyet durumları, halen kullandığı yöntemden memnun olmayanların yeni yöntem tercihleri gibi veriler ışığında, bölgede yürütülecek

çalışmalar için ön bilgi elde edilmesi ve sonuçların başta 1993 TNSA olmak üzere yapılmış bazı çalışmalarla karşılaştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu kesitsel araştırma, 1995 yılı Eylül ve Ekim aylarında, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin uygulama ve eğitim bölgesi olan Yeşilyurt ilçesi merkezinde yapılmıştır. Yeşilyurt, Malatya ilinin güneyinde, sosyo-ekonomik düzeyi nispeten il ortalamasının üzerinde olan bir yerleşim yeri olup, 1995 yılı ortası merkez nüfusu 6329'dur. Yeşilyurt Sağlık Ocağı'nda kurs görmüş ebe tarafından aile planlaması hizmetleri verilmektedir. İlçe merkezinde başka sağlık kurumu veya özel muayenehane olmamakla birlikte ilçe merkezi, kent merkezine 10 km. uzaklıktadır ve ulaşım sorunu yoktur.

Bu araştırma için, ocak kayıtları esas alınarak, örneklem alınmaksızın 15-49 yaş evli kadınların tümüyle (960 kişi) yüz yüze anket uygulanması hedeflenmiş, araştırma kapsamına giren doğurgan çağıdaki evli kadınların 810'una ulaşılabilmektedir (araştırmaya katılma oranı % 85) Kadınların % 15'i araştırmaya katılmayı reddetmişlerdir. Anketler, sahada araştırmacılar ve Halk Sağlığı uzmanları tarafından, yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmış; veri girişi ve analizler SPSS istatistik paket programında yapılmış, bazı önemlilik testleri için Microstat programından da yararlanılmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

1. *Araştırmaya katılanların bazı demografik özellikleri:* Kadınların yaş ortalaması 31.06 ± 7.98 (S. Sapma) olup, median yaşı ise 30 olduğu saptanmıştır. Kadınların % 20.5'i okuryazar değil, % 6'sı okuryazar, % 58'i ilkököl mezunu, % 15.5'i ortaokul ve üzeri okul mezunudur. Genel olarak yaş arttıkça öğrenim düzeyi de düşmektedir. Kadınların ortalama yaşayan çocuk sayısı 2.50 ± 1.72 olup, ortalama ideal çocuk sayısına (2.54 ± 0.81) yakındır. Kadınların % 65'i (% 8) halen gebedir.

Yeşilyurt'ta 41 çift infertil olup, 14'ü (% 34) primer infertil iken 27'si (% 66) sekonder infertildir. Buna göre, infertilite prevalansı (primer + sekonder) % 5.06 olup, Konya'da yapılan bir çalışmada ise % 1.49 bulunmuştur (4). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (1988) sonuçlarına göre infertilite prevalansı % 8.5 idi (5).

2. *Yöntem bilgisi:* Kadınların % 98'i en az bir yöntem bilmekte olup, en az bir modern yöntem bilenlerin yüzdesi (% 96.9), en az bir geleneksel yöntem bilenlerin yüzdesinden (% 86.5) yüksektir. En çok bilinen yöntemler sırasıyla RİA (% 92.6), hap (% 92.3) iken, en az bilinen yöntemler ise sırasıyla bariyer yöntemleri (% 24.3), vazektomi (% 37.3) ve takvim yöntemleridir (% 47.2). En önemli bilgilendirme kaynağı basın-yayın olanlar ortalama 4.5 modern, 1.4 geleneksel yöntem bilirlerken, en önemli bilgilendirme kaynağı sağlık personeli (hekim, ebe vb) olanlar ortalama 4.2 modern, 1.2 geleneksel yöntem bilmektedir.

Araştırma kapsamına girenlerce en az 1 geleneksel yöntem ve en az 3 modern yöntem bilinmektedir. En çok yöntem bilen grup, 25-29 yaş grubundaki kadınlardır (ortalama 4.3 modern ve 1.3 geleneksel yöntem). En az bilgili grup ise 15-19 yaş grubundaki kadınlardır (ortalama 3.2 modern ve 1.0 geleneksel yöntem).

TNSA 1993 verilerine göre evli kadınların % 98.6'sı en az bir modern yöntem bilmekte iken, Yeşilyurt'ta ise bu değer % 96.9'dur. TNSA 1993 verisi evren kabul edilerek yapılan Evren Oranı Önemlilik Testi'ne göre; yüzdelere arasındaki fark anlamlıdır ($t = 2.50, p < 0.05$). Keza, en az bir geleneksel yöntem bilme yüzdeleri de birbirine yakın olmakla birlikte (TNSA 93: % 89.1, Yeşilyurt: % 86.5) yüzdelere arasındaki fark anlamlıdır ($t = 9.16, p < 0.05$). Sivas'ın Yıldızeli ilçesinde 1982'de yapılan bir çalışmada; kadınların sadece % 28.2'si hapı, % 26.6'sı RİA'ı ve % 7.6'sı kaputu bilmektedir (6). Bilgi düzeyinin yüksek olmadığı bu bölgede herhangi bir yöntemi kullanma hızı da düşüktür (% 4.9). 93 TNSA'nda yöntem kullanmama nedeni olarak bilgi eksikliğinin ifade edenlerin yöntem kullanmak istemeyenlerin genel toplamında sadece % 1.3'lük bir yeri olması, bilgi eksikliğinin Türkiye ölçeğinde önemli bir sorun olmadığını ortaya koymaktadır. Yeşilyurt araştırmasında da, bilgi eksikliği hiç bir kadın tarafından, korunmama nedeni olarak ifade edilmemiştir.

Araştırmada, en az bilinen yöntemlerin bariyer yöntemleri ile vazektomi yöntemi olduğu görülmüştür. Özellikle çok çocuklu veya artık çocuk sahibi olmak istemeyen aileler için önerilebilecek olan vazektomi yöntemi hususunda sağlık personelinin ve kitle iletişim araçlarının yöntem hakkında bilgilendirme eksikliği olduğu söylenebilir. İstanbul'da yapılan bir çalışmada, çok çocuklu kadınlara erkeğin kanallarının bağlanıp bağlanmayacağı sorulmuş, % 82.77'si bilgisinin olmadığını ifade ederken, sadece % 2.43'ü erkeğin kanallarının bağlanabileceğini söylemiştir (7). Kadınların % 14.80'i ise kanallarının bağlanamayacağı düşüncesindedir. Bu düşüncedeki kadınların yaklaşık yarısının "erkeğin kanalları yoktur" cevabı vermiş olması, üreme fizyolojisinin yeterince bilinmediğini göstermektedir (7).

3. *Yöntem kullanma durumu:* Kadınların % 43.2'si modern yöntemlerle, % 22.2'si ise geleneksel yöntemlerle korunmakta iken, % 34.6'sı ise korunmuyordu. Öğrenim durumu yükseldikçe modern yöntem kullanımının artması beklenen bir sonuç olup, bu araştırmada da, benzer bir durum belirgin şekilde orta ve üzeri öğrenimliler için söz konusudur. Korunmama yüzdeleri incelendiğinde; ilkököl mezunu olanların % 31.7'si korunmazken, bunu % 35.6 ile orta ve üzeri öğrenimli kadınlar izlemekte, okuryazar olmayan veya ilkökölü bitirmeyip okuryazar olan grubun ise % 40.3'ü korunmamaktadır. Orta ve üzeri öğrenimlilerin ilk sırada yer almayışlarının nedeni, bu gruptaki kadınların genç olmaları ve çocuk sahibi olmayı istemeleri ile açıklanabilir.

En düşük korunma oranları, 15-19 yaş grubu ile 45-49 yaş grubundadır. En yüksek korunma oranı 30-34 ve 35-39 yaş grubunda olup, bu iki gruptaki kadınlarda geri çekme ile korunma genelden yüksektir. Tüp ligasyonu yönteminin 25 yaşın altındakilerce tercih edilmemesi beklenen bir durumdur.

Araştırma kapsamına giren evli kadınların modern yöntem kullanma durumları ile ilişkisi olabileceği düşünülen bağımsız değişkenler (yaş, öğrenim durumu, toplam gebelik sayısı, toplam canlı doğum sayısı, bilinen ortalama modern ve geleneksel yöntem sayıları, aile tipi ve ilk evlenme yaşı) ileri analiz tekniklerinden Backward Stepwise Lojistik Regresyon analizi ile test edildiğinde (Tablo 1), bu değişkenlerden yalnızca öğrenim düzeyi ve ilk evlenme yaşı analiz son modelinde yer almıştır (Tablo 2). Öğrenim düzeyinin "orta ve üzeri okul" olmasının bağımlı değişken üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkide bulunduğu saptanmış ($OR = 1.79, P < 0.05$) olup, istatistiksel olarak modern yöntem kullanma durumunu etkilemediği görülen "ilk evlenme yaşı" da son modelde yer almıştır. Buna göre, orta ve üzeri öğrenimli olanlarda modern yöntem kullanımı, diğer öğrenim düzeyinde olanlardan 1.79 kat daha fazladır (Kadınların öğrenim düzeyi, "orta ve üzeri" ile "ilkököl ve altı" olarak iki kategoride kodlanarak analize alınmıştır).

Araştırma kapsamına giren ve herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanmayan kadınların en önemli korunmama nedenleri Tablo 3'te sunulmuştur.

Tablo 3'te görüldüğü üzere, en önemli korunmama nedenleri, çocuk isteme (% 23.5) veya gebe olma (% 23.1) durumudur. Emzirme nedeniyle korunmama yüzdesi 11.4, sağlık sakıncası nedeniyle korunmayanların yüzdesi 5.7, diğer tüm sebepler ise yüzde 5.7 olarak bulunmuştur. Çocuk isteme gerekçesiyle korunmayanların ortalama yaşayan çocuk sayısı 0.82 ± 0.72 olup, ortalama ideal çocuk sayıları ise 2.80 ± 1.11 gibi yüksek bir değerdir. Bu gruptaki kadınların, en azından ideal çocuk sayısı ile yaşayan çocuk sayısı arasındaki fark (2 çocuk) kapanana kadar korunmayı düşünmeyecekleri söylenebilir. Gebe olanların ortalama yaşayan çocuk sayısı 1.36 ± 0.50 , ortalama ideal çocuk

sayısı ise 2.42 ± 0.74 'dür. Bu gruptaki fark 1 çocuk olup, gebelikleri canlı doğumla sonuçlandığında kabaca ideal çocuk sayılarına erişmiş olabilecekleri söylenebilir.

Çocuk isteme, gebe olma, eşinden ayrı olma, menapozda veya histerektomili olma veya kısır olma gibi gerekçeler birlikte ele alındıklarında, korunmama nedenlerinin % 77.5' unu oluşturmaktadır. TNSA 93' de gelecekte yöntem kullanmak istemeyenlerin korunmama nedenleri sıralanmasında çocuk istememenin % 15.9' luk bir payı vardır. Bu çalışmada kadınların % 11.4' ünün emzirdiği için korunmadığını ifade etmiş olması, emzirmenin bazı kadınlar tarafından gebeliği önleyici bir yöntem olarak kabul edildiğini göstermektedir. Ankara-Çubuk' da 1977 yılında yapılan bir çalışmada, kadınların % 28.9' u emzirmenin gebeliği önleyici etkisine inandıklarını ifade etmişlerdir (8).

Gebelikten korunmayla ilgili pek çok çalışma yapılmıştır. Ankara merkezinde yapılan bir çalışmada 15-44 yaş grubunda korunanların yüzdesi 66.7 bulunmuşken; 15-49 yaş grubundaki kadınların Ankara- Gölbaşı' nda % 67' si ve Adana-Doğankent' de ise % 60.6' sı korunmaktadır (9, 10, 11).

Malatya ili Doğu Anadolu bölgesinde yer aldığından, Yeşilyurt araştırmasında kadınların yöntem kullanma durumları, 93 TNSA Doğu Anadolu bölgesi verileri ve 93 TNSA Türkiye geneli verileri ile karşılaştırılmış ve sonuçlar Tablo 4 ve Şekil 1' de sunulmuştur.

Yeşilyurt' da yöntem kullanmayanlar (% 34.6) ile 93 TNSA' da yöntem kullanmayanlar (% 37.4) karşılaştırıldığında, aralarındaki fark, istatistiksel olarak anlamlıdır (Evren Oranı Önemlilik Testi, $t=1.75$ $p < 0.05$). Özellikle kondom kullanımı Yeşilyurt' da belirgin şekilde yüksek iken, geri çekme yöntemi kullanımların yüzdesi (20.4), TNSA 93' den (26.2) düşüktür.

Yöntem kullanmama bakımından iki oran (Yeşilyurt: % 34.6, 93 TNSA D. Anadolu: % 57.7) karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Evren Oranı Önemlilik Testi, $t=13.8$ $p < 0.05$). Yöntemlere göre karşılaştırma yapıldığında, sadece tüp ligasyonu bakımından 93 TNSA D. Anadolu yüzdesi Yeşilyurt' dan yüksek olup, diğer yöntemlerde düşüktür. Bunun nedeni, korunmayanların yüzdesinin 93 TNSA D. Anadolu için % 57.7 gibi oldukça yüksek oluşudur.

4. *Kullanılan yöntemden memnun olup olmama durumu:* Geri çekme yöntemiyle korunanların % 85.5' u bu yöntemden memnunken, etkili yöntemlerle korunanların kullandıkları yöntemlerden memnun olma durumları % 90' ın üzerindedir. Kullandığı yöntemden memnun olmadığını belirten sadece 41 kişi olup, bunlardan 35 i (% 85.3) başka yöntem kullanmak istediğini ifade etmiştir. Kullandığı yöntemi değiştirmek isteyenlerin yöntem kullanan kadınlar içindeki payı sadece % 6.6' dır.

Araştırma kapsamına giren korunan kadınların halen kullandıkları bazı yöntemler arasında memnuniyet bakımından fark olup olmadığı analiz edilmiş ve sonuçlar Tablo 5' de sunulmuştur.

Tablo 5' de görüldüğü gibi, halen kullandığı yöntemden memnun olmayanlar sadece % 8' dir. Geri çekme yöntemiyle korunanlardan memnuniyetsiz olanların yüzdesinin 14.5 olmasına karşın, etkili yöntemlerle korunanların kullandıkları yöntemlerden memnun olma durumları % 90' ın üzerindedir. Yöntemler arasında memnuniyet yönünden istatistiksel olarak fark vardır ($p < 0.05$).

5. *Kullandığı yöntemi değiştirmek isteyenler:* Kullandığı yöntemden memnun olmadığını belirten 41 kişinin 35 i (% 85.3' ü) başka yöntem kullanmak istediğini ifade etmiştir. Kullandıkları yöntemden memnun olmayan kadınlarla görüşmeler yapılarak aile planlaması danışma hizmeti kapsamında gerekli yardımlar yapılmıştır. Yöntem değiştirmek isteyen 35 kadından 22' si RİA' ı, 5' i tüp ligasyonu, 4' ü ise hapı tercih etmektedirler.

SONUÇ

Bu çalışmada, Yeşilyurt ilçe merkezindeki 15-49 yaş grubu evli kadınların ortalama 1 geleneksel yöntem ve 3 modern yöntem bildikleri görülmüştür. Genel olarak yöntem bilgisi, yaş arttıkça azalırken, öğrenim düzeyi yükseldikçe ise artmaktadır. Kadınların % 43.2' si modern yöntemlerle, % 22.2' si geleneksel yöntemlerle olmak üzere toplam % 65.4' ü korunmaktadır.

Her yüz çiftten beşinin kısır olması, bölgede yürütülecek aile planlaması çalışmalarında gözönünde bulundurulması gereken önemli bir husustur.

Araştırmada, korunan kadınların çoğunun -geri çekme de dahil- kullandıkları yöntemden memnun olmaları, yüz kadından sadece altısının yeni yöntem istiyor olması, yöntem kullanmayanların çoğunun da uygun sayılabilir gerekçelerinin ön planda oluşu, yürütülecek çalışmalar için handikap gibi görüne de, geleneksel yöntemlerle korunanlar başta olmak üzere, çok çocuklu kadınlara, 18 yaşın altında veya 35 yaşın üzerinde olanlara, yeni doğum yapmış olanlara öncelik verilerek çalışmalar sürdürülmelidir.

Bölgede ileride yapılacak çalışmalarla, her bir yöntemin etki mekanizması, kullanımı şekli, ve özellikle yan etkilerine ilişkin bilgi düzeyini ölçecek sorularla konunun irdelenmesine, yöntem sürdürülmesinin veya bırakmanın zaman içindeki değişiminin de ele alınmasına ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Egemen A. Sincan' da 15-44 yaşlar arası evli kadınların sağlık düzeylerinin saptanması ile ilgili araştırma. *Araştırma Özetleri (Tezler 1968-1979)* içinde, (ed) Z. Özek. Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayını, No: 11, 1980; Ankara, Çağ Matbaası.
2. Öztürk Y. Yenikent sağlık ocağı bölgesinde 15-44 yaş grubu kadınların ve kocalarının aile planlaması ile ilgili bilgi-tutum ve davranışlarının karşılaştırılması. *Araştırma Özetleri (Tezler 1968-1979)* içinde, (ed) Z.Özek.Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayını, No: 11, 1980; Ankara, Çağ Matbaası.
3. Sağlık Bakanlığı (Türkiye), Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Macro International Inc. 1994, *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993*. Ankara, Türkiye.
4. Çivi S, Yayıcı M. *İnfertilite sıklığı ve nedenleri. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi* içinde, (ed) A.O. Karababa ve R. Uçku. 12-16 Eylül 1994; Didim.
5. *Turkish Population and Health Survey*. Hacettepe University Ins. of Population Studies; 1989, Ankara.
6. Özgür S. Sivas' ın Yıldızeli ilçesinde 15-44 yaş grubu evlenmiş kadınların aile planlaması konusundaki bilgi, tutum ve uygulamaları. *Nüfusbilim Dergisi*, 1985; 7: 95-114.
7. Ayhan B. ve ark. *Çok çocuklu kadının vazektomi ve tüp ligasyonu ile ilgili bilgi ve davranışı. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi* içinde, (ed) A.O. Karababa ve R. Uçku. 12-16 Eylül 1994; Didim.
8. Erdal R. *Emzirme süresi ve emzirmenin gebeliği önleme üzerine etkisi. Araştırma Özetleri (Tezler 1968-1979)* içinde, (ed) Z. Özek. Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayını, No: 11, 1980; Ankara, Çağ Matbaası.

10. Özyurda F. Durmuşoğlu M. *Park Eğitim Sağlık Ocağı bölgesinde kadınların aile planlaması konusundaki bilgi, tutum ve davranışları. Nüfusbilim Dergisi.* 1989; 11: 61-75.
11. 10. Tezcan S. et al. *Continuation and termination rates of some contraceptive methods in two districts of Ankara, Turkey. Turk. J Popul Stud.* 1992; 14: 53-75.
12. 11. Alpaslan Z.N., Ağrıdağ G., Apan, E. *Doğankent Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgesinde 15-49 yaş evli kadın izleme formları (I): yöntem kullanma ve değiştirmeler yönünden değerlendirme. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi içinde, (ed) A.O. Karababa ve R. Uçku. 12-16 Eylül 1994; Didim.*

Tablo 1: Lojistik Regresyon Modeline Dahil Edilen Bağımsız Değişkenler

Bağımsız Değişken	Gruplama	
Yaş	20-34	Kategorik
	15-19	Kategorik
	35-49	Referans
Öğrenim	Orta ve Üzeri Okul Mezunu	Olan / Olmayan
Toplam Gebelik Sayısı	2 ve Daha Az	Olan / Olmayan
Toplam Canlı Doğum Sayısı	2 ve Daha Az	Olan / Olmayan
Bilinen Ort. Modern Yönt. S.	3 ve Daha Çok	Olan / Olmayan
Bilinen Ort. Gelen. Yönt. S.	2 ve Daha Çok	Olan / Olmayan
Aile Tipi	Çekirdek	Olan / Olmayan
İlk Evlenme Yaşı	18 Yaş ve Üzeri	Olan / Olmayan

Tablo 2: Modern Yöntem Kullanımını Etkileyen Bağımsız Değişkenlere İlişkin Lojistik Regresyon Analizinin Son Modeli; Yeşilyurt (Malatya), 1995.

Değişken	Regresyon Katsayısı (b)	Standart Hata	P Değeri	Odds Ratio	% 95 GA
Öğrenim Düzeyi	0.5875	0.2943	0.0459	1.7995	1.01-3.20
İlk Evlenme Yaşı	0.3635	0.1908	0.0568	1.4383	1.01-2.09
Constant	0.4759	0.1339	0.0004	-	-

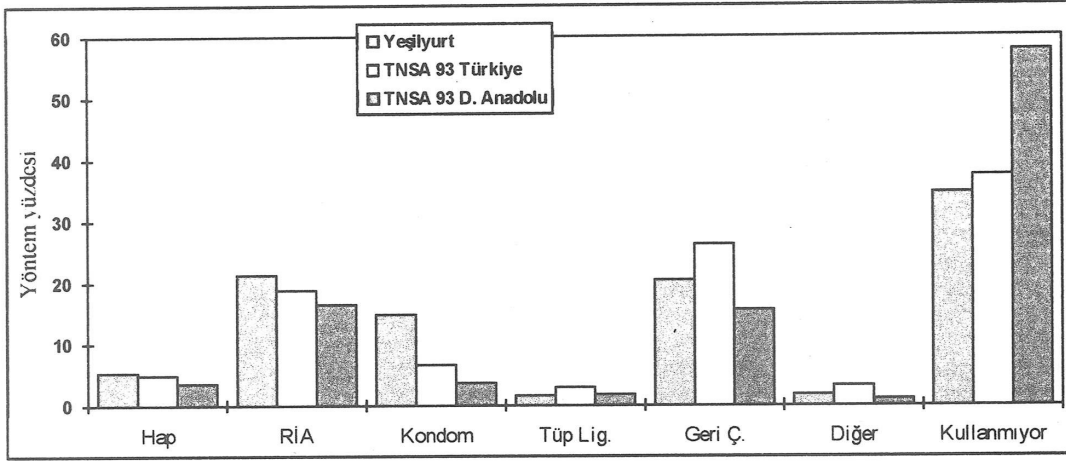
Tablo 3: Halen Evli ve Korunmayan Kadınların En Önemli Korunmama Nedenlerinin Dağılımı; Yeşilyurt (Malatya), 1995.

En Önemli Korunmama Nedeni	Sayı	Yüzde
Çocuk istiyor	66	23.5
Gebe	65	23.1
Menapozda veya histerektomili	38	13.5
Kısır(kendisi veya kocası)	41	14.6
Sağlık için sakıncalı	16	5.7
Pahalı veya ulaşamıyor	2	0.7
Halen emziriyor	32	11.4
Kocası karşı	5	1.8
Dini sebepler	5	1.8
Eşinden ayrı	8	2.8
Diğer sebepler	3	1.1
Toplam	281	100.0

Tablo 4: 93 TNSA (Doğu Anadolu), 93 TNSA Türkiye Geneli ve Yeşilyurt Araştırmalarındaki Yöntem Kullanma Yüzdelерinin Karşılaştırılması.

	Yöntem kullananlar						Yöntem kullanmayanlar	Toplam
	Hap	RIA	Kond	Tüp L.	Geri Ç	Diğer		
Yeşilyurt	5.4	21.3	14.9	1.6	20.4	1.8	34.6	100.0
93 TNSA (D. Anadolu)	3.6	16.5	3.7	1.8	15.6	1.1	57.7	100.0
93 TNSA Türkiye	4.9	18.8	6.6	2.9	26.2	3.2	37.4	100.0

Şekil 1: Yeşilyurt Araştırması, TNSA 93 Türkiye ve TNSA 93 Doğu Anadolu Bölgesi 'nin Yöntem Yüzdelelerinin Karşılaştırılması.



Tablo 5: Halen Evli ve Korunan Kadınların Araştırma Sırasında Kullandıkları Bazı Yöntemlere Göre Memnun Olup Olmama Durumu; (Yeşilyurt (Malatya), 1995).

Yöntem	Memnun		Memnun değil		Toplam	
	Sayı	Yüzde**	Sayı	Yüzde**	Sayı	Yüzde**
Hap	40	90.9	4	9.1	44	100.0
RİA	167	96.5	6	3.5	173	100.0
Kaput	114	94.2	7	5.8	121	100.0
Tüp Lig.	13	100.0	0	0.0	13	100.0
Geri çekme	142	85.5	24	14.5	166	100.0
Toplam	476	92.0	41	8.0	517	100.0

$P < 0.05$ K. Smirnov χ^2 : 10.64

** : satır yüzdesi *: Diğer yöntemleri kullanan 12 kişi analize dahil edilmemiştir. Bunlar kullandıkları yöntemden memnundurlar.

Yrd.Doç.Dr.Şevkat Bahar Özvarış*, Dr.Bahar Güçiz Doğan*, Prof.Dr.Ayşe Akın*

*Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Özet

Bugüne kadar Türkiye'de aile planlaması konusundaki program uygulamalarında ihmal edilmelerine rağmen, erkekler aile planlaması yöntem kullanımında en az kadınlar kadar sorumluluk almaktadırlar. Yöntem kullanan çiftlerin yarısı doğrudan erkek yöntemleriyle veya erkek katılımını ve uyumunu gerektiren yöntemlerle gebelikten korunmaktadırlar. Ancak, erkeklerin kullandığı yöntem, sıklıkla geleneksel yöntemlerden olan geri çekmedir. Erkekler sanılan aksine, istenen aile büyüklüğü, çocuk sayısını sınırlama, aile planlaması konusunda eşleriyle sorumluluğu paylaşma isteği gibi konularda olumlu tutum içinde ve aile planlaması yöntemlerini kullanmaya motivedirler. Bununla birlikte, erkeklerin modern yöntemleri kullanmaya yönlendirilebilmesi için aile planlaması programları içerisinde özel hedef grubu olarak ele alınması gerekir.

Summary

Today, even it is neglected in family planning programs, men undertake responsibility in contraceptive method use as much as women. Half of the couples who are method users use male methods or male cooperated methods, but men are using traditional methods, mainly withdrawal in majority. In contrast to the general belief, men are motivated in contraceptive and have positive attitudes towards ideal family size, limiting the number of children, and sharing the responsibility in family planning. However, men have to be a specific target group in family planning programs in order to motivate them to use modern contraceptive methods.

Genel Bilgiler ve Tartışma

Bugüne kadar dünyada üreme sağlığındaki en belirgin gelişme kontraseptif kullanımının yaygınlaşmasında olmuştur. Gelişmekte olan ülkelere 1965-1970 döneminde üreme çağındaki evli kadınların veya eşlerinin % 9'u kontraseptif yöntem kullanırken, 1985-1990 arasında bu oran % 50'ye çıkmıştır; kontraseptif kullanımındaki bu artış doğurganlığın azalmasına neden olmuştur (1-3). Günümüzde dünyada kontraseptifler arasında en yaygın kullanılan yöntem, gönüllü cerrahi sterilizasyondur. Diğer aile planlaması yöntemleri ile birlikte cerrahi sterilizasyon kullanımındaki artış, pek çok ülkede özel aile planlaması programlarıyla ve bu programlarda erkeğin yeni bir odak olarak ele alınmasıyla gerçekleştirilmiştir.

Erkeklerin aile planlamasına katılımının teşvik edilmesi amacıyla Meksika, Hong Kong, Nijerya, Filipinler, İngiltere ve Amerika Birleşik Devletleri'nde özel programlar yürütülmüştür. Vazektomi konusunda Bangladeş, Çin, Hindistan, Nepal, Güney Kore, Tayland, Zimbabve ve Latin Amerika'da hükümetler özel programlarla erkek tartışma grupları, konferanslar düzenlemiş, danışma merkezleri, babalar kulübü kurmuştur. Bu amaçla afiş-broşür dağıtılmış, videolar, basın-yayın araçları yaygın bir şekilde kullanılmış, özel günlerde kampanyalar yürütülmüştür. 1980'de Tayland'da kursal alan için mobil ekiplerle uygulanan özel kampanya, kısa sürede yeni yöntem kullanıcılarında artışa neden olmuştur. Brezilya'da vazektomi konusunda yürütülen kampanya sonucunda vazektomi uygulatanların sayısında önemli derecede artış olmuştur (4-7).

Dünyada aile planlaması uygulayan çiftlerin üçte ikisi kondom, geri çekme ve vazektomi gibi erkek yöntemlerini ya da takvim yöntemi gibi erkek kooperasyonunu gerektiren yöntemleri kullanmaktadırlar (4).

Erkeklerin aile planlaması uygulamalarındaki rolü iyi bilinen ancak genellikle ihmal edilen bir konudur. Aile planlaması ile ilgili programlarda yakın geçmişte dek hep kadınlar üzerinde odaklanmış ve aile planlaması eğitim ve uygulamalarında hedef grup olarak kadınlar ele alınmıştır. Bu belki de uluslararası düzeyde yapılan bir hatadır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, kontraseptif yöntemi eşlerden hangisi kullanırsa kullansın, kontrasepsiyon ve fertilite kararında erkek belirleyici olmaktadır.

Pek çok toplumda erkek asıl karar vericidir ve kadın ona uymak zorundadır. Bu durum kültürel farklılıklar gösterse de, kadının düşük toplumsal statüsü ve/veya ekonomik olarak erkeğe bağımlılığı, onun kararlarına uyma zorunluluğunu da beraberinde getirmektedir. Bu gerçek, fertilite, aile büyüklüğü ve aile planlaması uygulamaları için de geçerlidir.

Bu konuda pek çok ülkede (Hong Kong, Endonezya, Meksika, Nijerya, Tayland ve Güney Afrika'da) yapılan çalışmalarda; kadının aile planlaması uygulama kararını eşinin etkilediği saptanmıştır (4).

Bazı ülkelerde, kadının aile planlaması yöntemi kullanması yasa ile erkeğin iznine bağlanmıştır. Bu durumda kadının yöntem kullanmasında, erkek doğrudan etkili olmaktadır. Erkek, yöntem kullanma süresini de etkileyebilir. Bazı çalışmalarda erkek desteklendiğinde, kadının yöntemi daha uzun süre kullandığı saptanmıştır. Örneğin, İran'da yapılan bir çalışmada, erkeğin desteklendiği grupta hapa devam hızı % 93 olarak bulunmuşken, sadece kadının hedef alındığı grupta bu hız % 12 olarak bulunmuştur (4).

Erkeklerin aile planlaması ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını incelemek amacıyla 1980'lerden sonra yapılan araştırmalarda, genellikle erkeklerin aile planlamasını onayladıkları, ancak hala bir grubun karşı olduğu saptanmıştır. Karşı olanların karşı çıkma nedenleri arasında, eşlerinin kendilerini saymayacağı korkusu, dini inançlar, kontraseptiflerin yan etkileri, çok sayıda çocuk sahibi olarak güçlerini (erkekliklerini-virilitelelerini) kanıtlamak, toplumda daha prestijli olma isteği gibi nedenler saptanmıştır.

Erkeğin aile planlamasına karşı olmasından daha da önemlisi, kan-koca arasında fertilite ve kontrasepsiyonla ilgili diyalogun olmamasıdır. Pek çok çalışma böyle bir diyalogun varlığında yöntem kullanma oranının yükseldiğini göstermektedir. Bu konuda yapılan çalışmalarda, erkeklerin giderek artan oranda, aile planlaması uygulamalarında "eşlerin sorumluluğunun ortak olduğunu" belirttikleri görülmektedir.

Erkeğin merkez kabul edildiği Afrika'da bile, Burkina Faso, Nijerya, Kenya ve Sudan'da yapılan araştırmalarda, erkeklerin büyük bir çoğunluğunun aile planlamasını uygun gördüğü saptanmıştır (4). Sudan-Khartoum'da (1982) ve Ürdün'de (1983), erkeklerin aile planlaması ile ilgili bilgi, tutum ve davranışını saptamak amacıyla yapılan araştırmalardan elde edilen ortak sonuçlara göre, tahminlerin aksine erkeklerin daha fazla çocuk istemedikleri, kadın ve erkeğin istediği aile büyüklüğünün birbirine yakın olduğu belirlenmiştir (8,9).

Gelişmiş ülkelerde ulusal düzeyde yapılan araştırmalar, çiftlerin yarısından fazlasının erkek uyumunu ve katılımını gerektiren yöntemlerle (kondom, geri çekme, takvim ve vazektomi) istenmeyen gebeliklerden korunduklarını ortaya koymaktadır. Çiftlerin çoğu, modern kadın yöntemlerinin bulunmasından yıllar önce, geri çekme, takvim ve daha sonra da kondom kullanmaktaydı (4).

Buna rağmen, gelişmekte olan ülkelerde aile planlamasının yaygınlaşması, modern kadın yöntemlerinin gelişimini izleyerek olmuştur. Ayrıca, Asya ülkelerinde ve son zamanlarda Afrika'da aile planlaması hizmetleri ana ve çocuk sağlığı programlarının bir parçası olarak verilmektedir. Bu nedenle de aile planlaması programlarında, doğurganlık davranışları ile ilgili araştırmalarda, aile planlaması bilgilendirme ve eğitimi konusundaki çalışmalarda hep kadın üzerinde odaklaşmış ve sonuçta bu ülkelerde, kadın yöntemlerinin kullanımı erkek yöntemlerine göre daha fazla ilerleme kaydetmiştir. Halen gelişmekte olan ülkelerde istenmeyen gebeliklerden korunmanın dörtte biri, erkek uyumunu ve katılımını gerektiren yöntemleri kullanmaktadır (4).

Gelişmiş ülkelerde erkekler uzun süreden beri yöntem kullanmayı kabul etmekte ve kullandıkları yöntemler etkili yöntemler lehine giderek artmaktadır, buna rağmen, gelişmekte olan ülkelerde erkekler sorumluluk almakta, fakat kullandıkları yöntem daha çok geri çekme gibi geleneksel yöntemler olmaktadır (4).

Erkek kültürünün dominant olduğu Türkiye'de, Behar'ın 1988 Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü'nün Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması verilerini kullanarak yaptığı değerlendirmede, tüm yöntem kullanan 15-49 yaş evli kadınların (% 77) eşlerinin üçte ikisinin doğrudan erkek yöntemlerini (kondom, geri çekme) veya erkek katılımını ve uyumunu gerektiren yöntemleri (ritm, diğer geleneksel yöntemler) kullandıkları belirtilmiştir (10). Bu değerlendirme 15-49 yaş evli kadınların tamamı için yapıldığında, çiftlerin yarısına yakınının (% 44.5) doğrudan erkek yöntemleriyle veya erkek katılımını ve uyumunu gerektiren yöntemlerle gebelikten korunmakta oldukları görülmektedir. 1988 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasında; 15-49 yaş evli kadınların % 8.9'unun kondom, % 31.1'inin geri çekme, % 4.3'ünün takvim, % 0.1'inin vazektomi, % 0.1'inin ise abstinensi kullandıklarını belirlenmiştir. Kadın yöntemlerinin başında % 17.1 ile RİA, % 7.6 ile hap ve % 2.1 ile tüp ligasyonu gelmektedir (11).

1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması verileri de birlikte değerlendirildiğinde, son beş yılda bu oranlarda azalmanın olduğu dikkat çekicidir (Tablo 1). Bu araştırmanın sonuçlarına göre, tüm 15-49 yaş evli kadınların üçte biri (%34), doğrudan erkek yöntemleriyle veya erkek katılımını ve uyumunu gerektiren yöntemlerle gebelikten korunmaktadırlar. 1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasında (TNSA); 15-49 yaş evli kadınların % 6.6'sı kondom, % 26.2'si geri çekme, % 1.0'i takvim, % 0.1'i ise abstinensi kullandıklarını belirtmişlerdir. Bir başka deyişle, yöntem kullanan çiftlerin yarısı doğrudan erkek yöntemleriyle veya erkek katılımını ve uyumunu gerektiren yöntemlerle gebelikten korunmaktadırlar (12). Erkek katılımındaki bu azalmanın yanı sıra, 1988 yılına göre, modern yöntemlerin kullanımında az da olsa bir artışın olması sevindiricidir.

Modern erkek yöntemlerinden biri olan kondom kullanımında, 1988 yılına göre azalmanın yanı sıra, eşleri 25-44 yaş grubunda olan erkeklerin diğerlerine göre daha yüksek oranda (% 7.0-% 8.5) kondom kullandıkları görülmektedir. Oysa, geleneksel yöntemlerden olan geri çekmeyi kullananların oranı tüm yaş gruplarında % 20'den fazladır ve tüm yöntem kullananlar arasında en çok kullanılan (% 26.2) yöntemdir. Geri çekme yöntemini kullandıklarını belirten evli kadınların, kır ve kentlerde oturanlar arasında farklılık göstermeden yüksek olması, batı ve kuzey bölgelerinde yaşayanlar arasında % 30'dan daha fazla olması, yaşayan çocuk sayıları arttıkça daha yüksek oranda kullanılıyor olması da ilginç bulgulardır (12).

1993 TNSA verilerine göre, son beş yılda yöntem bırakan 15-49 yaş evli kadınların yöntem bırakma nedenleri incelendiğinde tüm yöntemler için "eşinin istemediğini" belirtenler % 5.1 iken, kondom kullananlar için bu oran % 23.3 olarak en yüksek değerde bulunmuştur (12). 1988 HNEE verilerine göre, yöntem kullanmayan kadınların % 23'ü neden olarak "eşlerinin karşı çıkmasını" belirtirken (11), 1993 TNSA verilerine göre, halen herhangi bir yöntem kullanmayan kadınlardan gelecekte yöntem kullanmak istemeyenlerin, başlıca nedenleri incelendiğinde; "eşinin istemediğini" belirtenlerin oranının %2.3 olduğu saptanmıştır (12). Bu olumlu bir gelişme olarak yorumlanabilir. Ancak 15-29 yaş grubundaki kadınlarda "eşinin istemediğini" belirtenlerin oranı, 30-49 yaş grubunda olanlara göre dört kat daha fazladır (12).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Avrupa Bölgesi Cinsellik ve Aile Planlaması Ünitesi tarafından 1986 yılında, aile planlaması için başvuranların kararını etkileyen faktörleri saptamak amacıyla, aralarında Türkiye'nin de olduğu 10 ülkede yapılan tanımlayıcı bir araştırmada, Türkiye'de üreme döneminde bulunan 368 kadınla görüşülmüştür (13). Bu kadınların % 43'ü, "eşlerinin herhangi bir aile planlaması yöntemine karşı çıkacağını", % 12'sinin de "hangi yöntemi kullanacağına eşinin karar verdiği" bulunmuştur. Kadının kullanacağı yönteme "kendisinin karar vermesi" araştırmaya katılan ülkeler arasında karşılaştırıldığında, en düşük oranın Türkiye'de olduğu görülmüştür (% 16). Araştırmaya katılan ülkeler arasında "yöntem seçimini eşlerinin etkilediğini" belirten kadınların oranının en yüksek Portekiz'de (% 34) ve Türkiye'de (% 33) olduğu saptanmıştır.

Türkiye'de erkeklerin aile planlaması konusunda bilgi, tutum ve davranışlarını saptamaya yönelik araştırmaların sayısı oldukça sınırlıdır ve erkeklerle ilgili bu tür bilgiler, genellikle kadınlar ile yapılan araştırmalardan dolayı olarak çıkarılmaya çalışılmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Sağlık Bakanlığı işbirliği ile 1988 yılında, Türkiye'de erkeklerin aile planlaması, özellikle de cerrahi sterilizasyon konusunda bilgi, tutum ve davranışlarını saptamak amacıyla tanımlayıcı bir araştırma yapılmıştır (14). Ankara'nın Çubuk İlçesi'nde 15-60 yaş arasında 601 evli erkeğe anket uygulanarak yapılan görüşmede; erkeklerin % 83'ü daha fazla çocuk istemediklerini, % 82'si aile planlaması yöntemlerinin kullanımını uygun bulduklarını, % 53'ü ise gebelikten korunma sorumluluğunun eşlerin her ikisine de ait olduğunu belirtmişlerdir. Erkeklerin aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgileri incelendiğinde, % 80'inin RİA'ya, % 76'sının hapı, % 63'ünün kondomu, % 53'ünün geri çekmeyi, % 38'inin tüp ligasyonunu, % 24'ünün ise vazektomiye bildikleri saptanmış ve 34 yaştan daha genç, eğitim düzeyi ortaokul ve üzerinde olan erkeklerin yöntemleri diğerlerine göre, daha yüksek oranda bildikleri bulunmuştur. Araştırmaya katılan erkeklerin % 59'u halen herhangi bir aile planlaması yöntemini kullandıklarını belirtmişlerdir. Ancak kullandıkları yöntemler incelendiğinde, % 35'inin RİA, % 6'sının hap, % 3.5'inin tüp ligasyonu gibi kadına ait yöntemleri, % 7'sinin kondom, % 7.3'ünün ise geri çekme gibi erkeğe ait yöntemleri kullanmakta oldukları belirlenmiştir. Kullanılan yöntemler içinde vazektomi hiç yoktur. Araştırmaya katılan erkeklerin üçte biri gelecekte eşleri için tüp ligasyonunu kabul edebileceğini belirtirken, sadece beşte biri kendisi için vazektomiye kabul edebileceğini belirtmiştir. Erkeklerin eğitim düzeyi arttıkça tüp ligasyonunu kabul edebileceğini belirtenlerin oranı artmasına rağmen, eğitim düzeyinin artması ile vazektomi için oran çok fazla değişmemektedir.

Türkiye'de aile planlaması konusunda en etkili eğitim yöntemini saptamak amacıyla 1989-1991 yılları arasında, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve AVSC (Access to Voluntary and Safe Contraception) Kuruluşu işbirliği ile bir hizmet araştırması yürütülmüştür (15). Bu çalışma kapsamında, 1989 yılında yapılan durum saptama araştırmasında, Ankara'nın kursal ve yarı-kursal bölgelerinden olan Etimesgut ve Gölbaşı İlçeleri'ne ait toplam 27 köyde bulunan 15-49 yaş grubu kadınların ve eşlerinin tamamı ile (1176 çift) görüşülmüştür. Bu çalışmada görüşülen erkeklerin % 68.1'i ilkökul mezunudur, üçte ikisi (% 63.9) tanımla uğraşmaktadır ve yine üçte ikisi (% 63.8) üç ve daha fazla sayıda yaşayan çocuğa sahiptir. Erkeklerin aile planlaması konusunda bilgi, tutum ve davranışları incelendiğinde, yaklaşık üçte ikisinin ideal çocuk sayısı olarak iki çocuk istedikleri saptanmıştır, erkeklerin dörtte üçü (% 70.2) gebelikten korunma sorumluluğunun eşlerin her ikisine ait olduğunu belirtmiştir. Erkeklerin en çok bildikleri aile planlaması yöntemleri, % 93.1 ile RİA, % 88.0 ile hap, % 73.4 ile kondomdur. Bunlardan sonra en çok bilinen yöntem geri çekmedir. Kalıcı yöntemler, Türkiye'de 1983 yılında yasallaşmasına rağmen, diğer yöntemlere göre oldukça az bilinmektedir. Bu çalışmada da tüp ligasyonunu spontan olarak veya hatırlatılarak bilenlerin oranı % 32.9, vazektomiye bilenlerin oranı ise % 14.4 olarak bulunmuştur. Bu iki yöntemi bilenlerin cerrahi yöntemlerle ilgili bilgileri daha detaylı olarak incelendiğinde ise, daha çok, yanlış bilgilere sahip oldukları görülmüştür; bu yöntemleri bilen erkeklerin yaklaşık üçte biri (% 28.5) tüp ligasyonunun kadınının adetlerinin kesileceğini, % 37.8'i de vazektominin erkekte impotansa neden olacağını belirtmişlerdir. Gelecekte bu yöntemleri uygulatmayı kabul etme konusundaki tutumları incelendiğinde, eşleri için tüp ligasyonunu kabul edebileceğini belirten erkeklerin oranı (% 61.5), kendisi için vazektomiye kabul edebileceğini belirtenlere göre (% 31.1) iki kat fazla bulunmuştur. Yukarıda sözü edildiği gibi, yöntemle ilgili daha çok yanlış bilgiye sahip olan erkeklerin bu tutumları doğal olmakla birlikte, kalıcı yöntemleri daha çok kadınlar için uygun bulmaları da ilginç bir bulgudur.

Araştırma sırasında çiftlerin yarısının modern aile planlaması yöntemlerini, % 23.0'ının ise geleneksel yöntemleri kullanmakta oldukları saptanmıştır. Kullanılan yöntemler arasında RİA birinci sırada (% 41.8), geri çekme ikinci sırada (% 19.8) gelmekte, bunu kondom (% 5.4) ve hap (% 2.7) izlemektedir. Görüşülen erkeklerin hiçbirisi vazektomiye kullanmazken, % 2'sinin eşleri tüp ligasyonu ile istenmeyen gebeliklerden korunmaktadır. Bu araştırmada, kadına ait yöntemler daha yaygın olarak kullanılıyor olsa bile, takvim yöntemi ve abstinens gibi yöntemler de dikkate alındığında yöntem kullanan çiftlerin % 30.0'ünün doğrudan erkek yöntemlerini veya erkek katılımını ve uyumunu gerektiren yöntemleri kullanmakta oldukları görülmektedir. Bu bulgu da erkeklerin aile planlamasında sorumluluk alma konusunda istekli olduklarını göstermektedir.

Sonuç

Bugüne kadar Türkiye'de aile planlaması konusundaki program uygulamalarında ihmal edilmesine rağmen, erkekler aile planlaması yöntem kullanımında en az kadınlar kadar sorumluluk almaktadırlar. Belki de bu ihmal sonucunda, erkeklerin kullandığı yöntem, sıklıkla geleneksel yöntemlerden biri olan geri çekme olmaktadır. Son beş yıldaki azalmayla birlikte, halen herhangi bir aile planlaması yöntemini kullanan çiftlerin yaklaşık olarak yarısı, doğrudan erkek yöntemleriyle veya erkek katılımını ve uyumunu gerektiren yöntemlerle istenmeyen gebeliklerden korunmaya çalışmaktadır.

Sınırlı sayıdaki araştırmalardan elde edilen veriler, Türkiye'de sanılan aksine, erkeklerin istenen aile büyüklüğü, çocuk sayısını sınırlama, aile planlaması konusunda eşleriyle sorumluluğu paylaşma isteği gibi konularda olumlu tutum içinde olduklarını ve aile planlaması yöntemlerini kullanmaya motive olduklarını göstermektedir. Buna rağmen erkeklerin aile planlaması konusunda bilgi, tutum ve davranışlarını saptamaya yönelik, niceliksel ve niteliksel veri toplama yöntemleri (indepth study'ler) kullanılarak yapılacak ve daha geniş erkek popülasyonlarını kapsayacak araştırmalara ihtiyaç vardır. Niceliksel veri toplama yöntemleriyle kadınlar ile görüşülerek dolaylı yoldan erkekler ile ilgili bilgi

edinmekten, öncelikle her beş yılda bir yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları'nda görüşülen kadınların eşlerini de kapsayan araştırmaların yapılması gereklidir.

Türkiye'de erkeğin aile içindeki ve toplumdaki statüsü düşünüldüğünde, aile planlamasına katılımlarının sağlanması ve erkeklerin var olan motivasyonlarının etkili-modern aile planlaması yöntemlerini kullanmaya doğru yönlendirilebilmesi için aile planlaması program hedefleri içerisine alınması gerektiği ortadadır. Bunu sağlamak için özel bilgilendirme ve eğitim programlarının planlanması gerekmektedir. Bu amaçla yaygın eğitim için medyanın kullanılması, topluma en yakın mesafede, birinci basamakta hizmet veren sağlık kuruluşlarının halk eğitimi programları düzenlenmesi, okulların eğitim programlarına cinsellik ve aile planlaması konularının entegre edilmesi gerekir. Ayrıca, zorunlu olan askerlik dönemi, 20 yaşına gelen ve genellikle evlenmemiş olan genç erkeklerin aile planlaması konusunda eğitilebilmesi için kaçınılmaması gereken bir fırsattır, bunu değerlendirebilecek eğitim programlarının uygulanması hiç de zor değildir.

Kaynaklar

1. Fathalla MF, Reproductive health in world: two decades of progress and the challenge ahead, Khanna J, Van Look PFA, Griffin PD, (Eds), In: Reproductive health: a key to a brighter future Biennial Report 1990-1991 Special 20th anniversary issue, Geneva, World Health Organization, pp. 3-32, 1992.
2. Khanna J, Van Look PFA, Benagiano G, Fertility regulation research: the challenges now and ahead, Khanna J, Van Look PFA, Griffin PD, (Eds), In: Challenges in reproductive health research Biennial Report 1992-1993, Geneva, World Health Organization, pp. 34-52, 1994.
3. Fathalla MF, Launching a second contraceptive technology revolution, Khanna J, Van Look PFA, Griffin PD, (Eds), In: Challenges in reproductive health research Biennial Report 1992-1993, Geneva, World Health Organization, pp. 75-82, 1994.
4. Men New Focus on Family Planning, Population Reports Series, J, Number, 33, November-December, 1986.
5. Ross JA, Hong S, Huber DH: Voluntary Sterilization, An International Fact Book, Association for VS, pp: 2-5, 22-31, New York, 1987.
6. Information, Education and Communication, Population Reports, Series: J-828, Number, 31, May-June 1986.
7. Rogow D: Man/ Hombre/ Home: Meeting Male Reproductive Health Care Needs in Latin America, Quality/ Calidad/ Qualite, Population Council, Number:2, 1990.
8. Mustafa MAB, Mumford SD: Male Attitudes Towards Family Planning in Khartoum, Sudan, Journal of Biosoc. Scie., Number: 16, pp: 437-449, 1984.
9. Witwer M: Younger Jordanian Husbands More Often Favor Family Planning Joint Spousal Decision-Making, International Family Planning Perspectives; A Publication of the Alan Guttmacher Institute, Vol. 16, Number: 4, pp: 152-153, New York, December 1990.
10. Behar C: The Fertility Transition in Turkey: Reforms, Policies, and Household Structure, Population Council Symposium on Family, Gender, and Population Policy: International Debates and Middle Eastern Realities, Cairo, 7-9 February 1994.
11. HNEE (Hacettepe University Institute of Population Studies), 1988 Turkish Population and Health Survey, Ankara, 1989.
12. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 1993, Sağlık Bakanlığı Ana ve Çocuk Sağlığı/Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Demographic and Health Surveys Macro International Inc., Türkiye, Ankara, 1994.
13. Health for All 2000, Impact of Family Planning Behaviour of Health Professionals Clients Family Planning Knowledge, Attitude and Practice, EUR/ICP/MCH 522, EUR/HFA Target 15, WHO Report, 1989.
14. Male Involvement in Family Planning in Çubuk Area, WHO-MOHSa Collaborative Study in Turkey, Dept. of Public Health of Hacettepe University, Report, Ankara, 1989.
15. Dervişoğlu AA, Bahar Ş: Final Report on Operation Research for an Effective Information and Education Approach for Family Planning, AVSC and Hacettepe University Public Health Department Collaborative Study, Ankara, 1991.

Tablo 1. 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Halen Kullandıkları Yönteme Göre Yüzde Dağılımı
(1988 TNSA, 1993 TNSA)

	1988 TNSA	1993 TNSA
<u>Modern Yöntemler</u>		
RIA	31.0	34.5
Kondom	14.0	18.8
Hap	7.2	6.6
Tüp ligasyonu	6.2	4.9
Diyafram/Köpük/Jel	1.7	2.9
Enjeksiyon	1.8	1.2
Vazektomi	0.1	0.1
	0.1	0.0
<u>Geleneksel Yöntemler</u>		
Gerçekme	32.3	28.1
Ritim	25.7	26.2
Vajinal duş	3.5	1.0
Abstinens	2.5	0.6
Diğer	0.1	0.1
	0.5	0.2

Tablo 2. 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Bazı Özelliklerine Göre Halen Kullandıkları Yöntemlerin Yüzde Dağılımı (1988 TNSA, 1993 TNSA)

Özellikler	Modern Yöntemler				Geleneksel Yöntemler		Toplam	
	Hap	RIA	Kondom	Diğer	Gerçekme	Diğer	Sayı	%
Yaş								
15-19	0.6	6.2	2.5	0.0	14.2	0.6	329	100.0
20-24	5.1	16.4	5.5	1.2	22.4	0.5	1 026	100.0
25-29	9.0	23.3	7.0	2.4	25.4	0.9	1 190	100.0
30-34	6.2	26.3	8.5	5.0	27.8	2.7	1 254	100.0
35-39	3.9	22.1	8.2	6.8	34.2	1.6	1 026	100.0
40-44	2.1	13.4	7.0	6.7	28.4	3.4	833	100.0
45-49	1.9	6.9	2.7	6.0	20.6	3.6	613	100.0
Yaşadığı yer								
Kentsel	5.0	21.5	7.8	4.6	24.9	2.4	4 005	100.0
Kırsal	4.8	14.1	4.6	3.3	28.5	0.8	2 265	100.0
Bölge								
Batı	6.2	18.8	8.4	3.9	31.5	2.7	2 207	100.0
Güney	4.2	20.9	6.1	5.5	24.7	1.3	964	100.0
Orta	4.3	21.9	6.1	5.3	23.7	2.4	1 472	100.0
Kuzey	5.2	11.5	7.1	6.0	33.6	0.8	589	100.0
Doğu	3.6	16.5	3.7	2.5	15.6	0.4	1 039	100.0
Yaşayan çocuk sayısı								
Yok	1.4	0.2	1.3	0.0	4.6	1.1	596	100.0
1	4.8	17.5	7.6	1.5	25.3	1.2	1 069	100.0
2	6.4	26.1	8.9	4.2	30.4	2.2	1 778	100.0
3	5.9	20.6	7.8	5.5	31.1	2.5	1 203	100.0
4, +	4.1	17.0	4.7	6.3	26.4	1.7	1 625	100.0

Yrd.Doç.Dr.Şevkat Bahar Özvarış, Dr.Behire Özek Öncüler**, Prof.Dr.Münevver Bertan**

**Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. **JHPIEGO Türkiye Temsilcisi*

Özet

Türkiye’de pratisyen hekimlere Sağlık Bakanlığı tarafından halen mezuniyet sonrası dönemde verilen aile planlaması danışmanlığı ve RİA uygulama eğitimlerinde eğitilebilen insangücünün azlığı gerekçesiyle, bu eğitimlerin tıp fakültelerinde mezuniyet öncesi döneme kaydırılması amacıyla 1992 yılında iki aşamalı bir proje başlatılmıştır. Projede, tıp fakültelerinde verilen aile planlaması klinik eğitiminin güçlendirilmesi, fakülteler arasında eğitimde standardizasyonun sağlanması, fakülteler ve Sağlık Bakanlığı klinikleri arasında klinik uygulamalarda standardizasyonun sağlanması amaçlanmıştır. Bunun için 13 tıp fakültesi ve bu fakültelerin klinik eğitim için öğrenci gönderdikleri Sağlık Bakanlığı’nun Aile Planlaması Klinikleri’nden seçilen 100 eğitici, yeterliğe dayalı eğitim ve interaktif eğitim teknikleri konusunda eğitilmiştir. Bu eğiticiler bulundukları fakültelerde iki haftalık standart öğrenci eğitimlerini yürüterek şimdiye kadar 694 öğrenciye Aile Planlaması danışmanlığı ve RİA uygulama becerisi kazandırmışlardır. Bu eğiticiler arasından seçilen 20 kişi, eğiticilerin eğitimini yapabilecek şekilde ileri eğitim becerileri konusunda eğitilerek “uzman eğitici” durumuna gelmişler ve böylece ülke düzeyinde sürekli olarak eğiticilerin eğitimini yürütebilecek olan bir “ulusal eğitim ekibi” oluşturulmuştur.

Summary

In Turkey, Ministry of Health (MOH) conducts in-service training to general practitioners about family planning (FP) counselling and IUD insertion. However, with this in-service training, trained manpower is below the desired level. A project with two phases was started in 1992 to train interns (last year medical students) in FP counselling and IUD insertion. The objective of the project was to achieve standardization among medical faculties and also between faculties and MOH FP clinics. To attain the objective, 100 trainers selected from 13 faculties and from collaborating MOH clinics were trained about competency based training and interactive training methods. These trainers have been conducting the standart two-week courses to their interns, and, up to today, 694 students have become competent in FP counselling and IUD insertion skills. Of the 100 trainers, 10 were selected to become “master trainers” to train other trainers, and, thus, Turkey has developed a capacity to maintain training, with its “national training team”.

Gerekçe

Gelişmekte olan ülkelerden biri olan Türkiye’de en son duruma göre; toplam doğurganlık hızı 2.7’dir. Bu sayı kentsel kesimde 2.4, kırsal kesimde 3.1, batıda 2.0, doğuda ise 4.4’dür. Çiftlerin yaklaşık üçte ikisi herhangi bir aile planlaması yöntemini kullanmakta ancak, bunların % 34.5’i modern, % 28.1’i ise geleneksel yöntemleri kullanmaktadır (1). Yıllara göre kontraseptif kullanımında artış görülse de, tek tek yöntemler incelendiğinde, artışların önemli ölçüde geleneksel yöntemlerde olduğu dikkati çekmektedir (1,2). Türkiye’de aile planlaması hizmetlerine talebin yüksek olmasına rağmen, 1988 ve 1993 Nüfus ve Sağlık Araştırmaları arasında kontraseptif prevalansı açısından önemli bir farklılık olmamıştır. Bu yıllar arasında, doğurgan yaştaki evli kadınlarda modern kontraseptif prevalansı % 31’den ancak % 34.5’e yükselebilmektedir (1,2). Aile planlaması hizmetlerin varlığı ve yaygınlığındaki sorunun yanı sıra bu konudaki ana problem, kontraseptiflerin etkili bir şekilde kullanımı konusunda gerek bireylerin gerekse çiftlerin ihtiyacı olan “bilgilendirme ve eğitimin” yetersiz olmasıdır. Eğitim/öğrenim altyapısındaki sorunlar nedeniyle, mevcut olan aile planlaması hizmet sisteminin, eğitilmiş sağlık personeli ile desteklenmemesi, bu büyük sorunda önemli bir payı oluşturmaktadır.

Türkiye’de aile planlaması hizmetlerinin ülke düzeyinde yaygınlaştırılması ve hizmetlere ulaşabilmenin kolaylaştırılması amacıyla, 1983 yılında yapılan yeni bir yasal düzenleme ile; hekim ve hekim dışı personele (ebe-hemşireler) aile planlaması yöntemlerinden olan RİA’ı uygulayabilme yetkisi verilmiştir. Bunu sağlamak üzere, Sağlık Bakanlığı tarafından pratisyen hekimler için üç haftalık, ebe-hemşireler için ise dört haftalık mezuniyet sonrası eğitimler yürütülmektedir. Ancak, bu eğitimlerde bir yılda Sağlık Bakanlığı’na ait 89 klinik eğitim merkezinde, yaklaşık 300-400 hekim ve 700-800 ebe-hemşire eğitilebilmektedir. Oysa,

Türkiye’de yılda yaklaşık 5000 hekim ve buna yakın sayıda da ebe-hemşire mezun olmaktadır. Bunun yanı sıra, maliyet açısından düşünüldüğünde mezuniyet sonrası yapılan bu eğitimler ülke için oldukça pahalı olmaktadır. Bu nedenle aile planlaması eğitimlerinin mezuniyet öncesi döneme kaydırılması gereği ortaya çıkmıştır.

Ancak, tıp fakültelerinde mezuniyet öncesi aile planlaması eğitiminin mevcut durumunu saptamak üzere 1989 yılında yapılan bir araştırmada; tıp fakültelerinde ortalama (mean) 43 saat teorik aile planlaması eğitimi verildiği, fakültelerden mezun olan hekimlerin sadece % 38’inin teorik ve uygulamalı aile planlaması eğitimi aldıkları bulunmuştur. Tıp fakültelerinin teorik ve pratik aile planlaması eğitimlerinin süre ve içerik açısından büyük farklılıklar gösterdiği ve fakülteler arasında belli bir standardın olmadığı saptanmıştır. (3).

Amaç

Bu nedenlerle, 1992 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve JHPIEGO (A Johns Hopkins Program for International Education in Reproductive Health) Kuruluşu’nun işbirliği ve Sağlık Bakanlığı Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü’nün desteği ile, “Tıp Fakültelerinde Mezuniyet Öncesi Aile Planlaması Eğitimi Standardize Etme ve Klinik Becerileri Güçlendirme” projesi uygulamaya konmuştur (4). Bu proje ile, tıp fakültelerinde mezuniyet öncesi dönemde:

1. Tıp fakülteleri arasında eğitimde standardizasyonun sağlanması,
2. Eğitimcilerin eğitiminin sağlanması,
3. Tıp fakülteleri ve Sağlık Bakanlığı klinikleri arasında aile planlaması klinik uygulamalarında nitelik yönünden benzerliğin sağlanması,
4. Proje bitiminde sonuçların değerlendirilerek ülke genelinde yaygınlaştırılması ve kurumsallaştırılması hedeflenmiştir.

Proje iki aşamalı olarak uygulanmıştır; birinci aşaması Temmuz 1992-Haziran 1994 tarihleri arasında yürütülmüştür. Ağustos 1994 tarihinde başlatılan ikinci aşaması ise 1996 yılı sonunda tamamlanacaktır. Projenin birinci aşamasına 8 tıp fakültesi katılmış olup bunlar, Hacettepe, Gazi, Ankara, Marmara, Dokuz Eylül, Eskişehir, Konya, Kayseri Tıp Fakülteleridir. İkinci aşamada ise, bu fakültelere Adana, Sivas, Samsun, Erzurum ve Bursa Tıp Fakülteleri eklenerek toplam 13 tıp fakültesinde program halen devam etmektedir.

Proje yöntemi ve uygulama

a. İhtiyaçların Saptanması ve Yerlerin Seçimi:

Projeye başlarken bir ön çalışma yapılmış, bu amaçla tıp fakülteleri ziyaret edilmiştir. Tıp fakültelerinin aile planlaması kliniklerinin fizik olanakları, insangücü, araç-gereç ve malzeme durumları ile günlük hasta başvuru sayıları incelenmiştir. Tıp fakültelerinde mevcut müfredat programı gereği aile planlaması eğitimi veren iki anabilim dalının (halk sağlığı ve kadın hastalıkları & doğum anabilim dalları) başkanları ile görüşülmüştür. Bu görüşmelerde, tıp fakültelerinin öğrenci sayılarının fazla ve klinik eğitim olanaklarının sınırlı olması nedeniyle, kadın hastalıkları ve doğum rotasyonları sırasında son sınıf öğrencilerini (intern), belirli bir süre aile planlaması klinik eğitimi için, Sağlık Bakanlığı’na ait kliniklere gönderdikleri saptanmıştır.

Bu çalışma sonucunda, 1992 yılında projenin ilk aşaması için 8 tıp fakültesi seçilmiş ve bu fakültelerin intern gönderdikleri Sağlık Bakanlığı’na ait 9 aile planlaması kliniğini de proje kapsamına alınmıştır.

Projenin ikinci aşaması için 1994 yılında 5 tıp fakültesi ve bu fakültelerin intern gönderdikleri Sağlık Bakanlığı’na ait 5 aile planlaması kliniğini daha projeye eklenmiş ve bundan sonraki faaliyetler 13 tıp fakültesinde sürdürülmüştür.

b. Eğitim Metodolojisi:

I. Eğiticilerin Eğitimi: Eğitimde standardizasyonun sağlanması amacıyla, tıp fakültelerinin halk sağlığı ve kadın hastalıkları ve doğum anabilim dallarında öğrencilerin aile planlaması eğitiminden sorumlu öğretim elemanlarından birer kişi ve ayrıca Sağlık Bakanlığı'na ait aile planlaması kliniklerinden de ikiser eğitici seçilmiştir. Bu kişiler, JHPIEGO eğiticileri tarafından beş gün süreyle "klinik becerilerin standardizasyonu" ve beş gün de "eğitim becerileri" kurslarında eğitilmişlerdir. Birinci kursta, aile planlaması yöntemleri, enfeksiyonun önlenmesi ve genital yol enfeksiyonlarının tanınması konularında eğiticilerin bilgileri tazelenmiş, danışmanlık ve RIA uygulama becerileri standardize edilmiştir. İkinci kursta ise, eğiticilere yetişkin eğitiminin özellikleri, yeterliğe dayalı eğitim ve beceri kazanmada performans düzeyleri tanıtılmış, hümanistik eğitim ve bu amaçla pelvik modellerin kullanımı, interaktif eğitim teknikleri, bir sınıf sunumu, demonstrasyon ve koçluk konularını kapsayan "yeni" eğitim yaklaşımı konusunda bilgi ve beceri kazandırılmıştır.

II. Öğrenci Eğitimleri:

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

III. Uzman Eğiticiler: Öğrenci eğitimlerinde deneyim kazandıktan sonra, "eğiticilerin eğitimi"ni yapabilecek yetenekte ve istekli olan eğiticiler arasında "eğitici eğitimsi" adayları seçilmiştir. Bu eğiticiler, JHPIEGO eğiticileri tarafından sekiz gün süreyle "ileri eğitim becerileri ve grup dinamikleri" kursuna alınarak eğitilmişlerdir. Yukarıda sözü edilen "eğitici eğitimlerine" başlangıçta co-trainer olarak katılarak deneyim kazanan bu kişiler, "uzman eğitici" ünvanını kazanarak proje kapsamında bundan sonra yapılan eğitici eğitimlerini yürütmüşlerdir. Bu uzman eğiticiler, aynı zamanda uzun vadede ülkede aile planlaması konusunda eğiticilerin eğitimini yapmak üzere bu proje kapsamında oluşturulan "ulusal eğitim ekibi" (UEE)'nin ilk üyeleridirler. "Uzman eğitici" olma sürecini gösteren şema, bildiri sırasında sunulacaktır.

c. Denetim:

Proje kapsamında eğitimlerin devamı niteliğinde olan denetim aktiviteleri, hem öğrenci eğitimlerinin hem de öğrencilerin eğitildikleri aile planlaması kliniklerinin denetlenmesi şeklinde iki başlıkta yürütülmüştür:

I. Practica: Proje kapsamında eğitilen eğiticilerin, eğitimlerden sonra fakültelerindeki ilk öğrenci eğitimlerine practica denmektedir. Practicalarda yeni eğiticiye destek, yardım ve değerlendirme amacıyla bir veya iki uzman eğitici fakültelerin bulunduğu yerlere gitmişlerdir. Eğitim başlamadan bir gün önce giden uzman eğiticiler yeni eğiticiler ile birlikte çalışarak hazırlıkları gözden geçirmiş ve eğiticinin öğrenci eğitimi sırasındaki sunum, demonstrasyon ve koçluk becerisini değerlendirerek eğiticiye geribildirimde bulunmuşlardır.

II. İzlem Ziyaretleri: Tıp fakülteleri ve Sağlık Bakanlığı eğitim klinikleri arasında aile planlaması klinik uygulamalarında nitelik yönünden benzerliğin sağlanması amacıyla eğitimlerin yapıldığı Sağlık Bakanlığı kliniklerine yılda üçer kez izlem ziyaretleri yapılmıştır. Bu ziyaretlerde geliştirilen izlem rehberleri ile verilen hizmetlerin kalitesi denetlenmiştir. Mevcut sorunlar yerinde saptanarak çözümü konusunda çaba sarfedilmiş veya ilgililere önerilerde bulunulmuştur.

d. Eğitim Materyalinin Hazırlanması:

Bu eğitimlerde kullanılmak üzere bir "eğitim paketi" geliştirmek amacıyla, JHPIEGO aynı tarihler arasında gönüllü bir kuruluş olan İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı (IKGV) ile işbirliği yaparak eş zamanlı bir başka destekleyici çalışma yürütmüştür (5). Bu proje uygulamaları sırasında ortaya çıkabilecek bilimsel-teknik sorunlara çözüm bulmak, eğiticiler arasında haberleşmeyi sağlamak, eğitimlerde kullanılan eğitim materyallerini geliştirmek amacıyla bir "teknik komite" kurulmuştur. Proje yürüten kurum sorumluları ve proje ile ilgili fakültelerden bazı uzmanlardan oluşan teknik komite aşağıdaki eğitim materyallerini geliştirmiştir:

*Eğiticiler ve katılımcılar için "aile planlaması kurs rehberi",

*Eğiticiler için "ulusal aile planlaması hizmet rehberi",

*Katılımcılar için "aile planlaması kaynak kitabı",

*Eğitimlerden sonra katılımcıların uygulamaları sırasında kullanabilecekleri "aile planlaması klinik uygulama el kitabı",

*Eğitimlerde kullanılacak slide setleri ve video bant,

*Aile Planlaması klinikler için duvar posterleri,

*Eğiticiler arasında haberleşmeyi sağlamak amacıyla periyodik olarak yayımlanan "haberleşme bülteni" ve "soru-cevap sayfaları".

Elde edilen sonuçlar

Projenin birinci ve ikinci aşamasında tıp fakülteleri ve Sağlık Bakanlığı'nda şimdiye kadar 100 kişi, "klinik becerilerin standardizasyonu" ve "eğitim becerileri" kurslarına katılarak "eğitici" olmuşlardır. Ancak görevden ayrılma ve yer değişikliği gibi nedenlerle bunlardan 81'i faal olarak çalışmaktadır. Eğitici eğitimleri halen devam etmektedir.

Projede ülkede aile planlaması konusunda eğiticilerin eğitimini yapacak olan, 20 "uzman eğitimi"den oluşan bir "ulusal eğitim ekibi" oluşturulmuştur. Uzman eğitimi sayısının artırılmasına ve bu yapının kurumsallaşmasına yönelik çalışmalar sürdürülmektedir.

Projeye alınan tıp fakültelerinden 11'inde şimdiye kadar 90 "öğrenci eğitimi" düzenlenmiş ve toplam 694 tıp fakültesi öğrencisi eğitilmiştir. Eğitimlere alınan öğrenciler eğitimlerin sonunda aile planlaması danışmanlığı ve RIA uygulama becerisinde usta durumuna gelmişlerdir. Eğitilen öğrencilerin fakültelere göre dağılımı Tablo 1'de görülmektedir. Tıp fakültelerindeki öğrenci eğitimleri devam etmektedir.

Bu proje uygulamaları sırasında ortaya çıkabilecek bilimsel-teknik sorunlara çözüm bulmak, eğiticiler arasında haberleşmeyi sağlamak, eğitimlerde kullanılan eğitim materyallerini geliştirmek amacıyla bir "teknik komite" kurulmuştur.

Eğitimlerde kullanılmak üzere yukarıda sözü edilen eğitim materyallerinden oluşan bir "eğitim seti" hazırlanmıştır ve kullanılmaktadır.

Geribildirim

Projenin birinci aşaması tamamlandıktan sonra geribildirim amacıyla bir toplantı düzenlenmiştir. Toplantıya tıp fakültelerinin bağlı olduğu en üst kurul olan Yüksek Öğretim Kurulu'nun Başkanı, Sağlık Bakanı ve bakanlık konuyla ilgili diğer yetkililer, Türkiye'deki tüm tıp fakültelerinin dekanları, projenin birinci aşamasının yürütüldüğü 8 tıp fakültesinin halk sağlığı ve kadın hastalıkları ve doğum anabilim dallarının başkanları, Sağlık Bakanlığı'na ait 9 Aile Planlaması Kliniğinin yöneticileri ile bu proje kapsamında eğitilen "eğiticiler" davet edilmiştir. Toplantıda, proje diğer tıp fakültelerine tanıtılmış, projeye alınan 8 tıp fakültesi bu proje kapsamında o güne kadar yaptıkları konusunda sunumlar yapmışlar ve deneyimlerini diğer tıp fakülteleri ile paylaşmışlardır. Toplantıda ayrıca, proje ile başlatılan iki haftalık öğrenci eğitimlerinin tıp fakültelerinin mevcut müfredat programları içerisine nasıl entegre edilebileceği de tartışılmıştır. Projenin ikinci aşaması da tamamlandıktan sonra elde edilen sonuçların geribildirimi amacıyla ilgililer ile toplanılacaktır.

Projenin sonunda, son hedef olarak; tıp fakültesi öğrencileri için bu projede yürütülen iki haftalık aile planlaması eğitimleri, ülkedeki tüm tıp fakültelerine yaygınlaştırılacak ve tıp fakültelerinin müfredat programlarına entegre edilecektir. Sağlık

Bakanlığı, bu projenin sonuçlarını hekim ve ebe-hemşireler için kendilerinin yürüttüğü hizmet-içi aile planlaması eğitimlerine ve ebe-hemşirelerin mezuniyet öncesi eğitim programlarına aktarmak üzere yeni bir çalışma başlatmıştır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı, proje kapsamındaki tıp fakültelerinden RİA uygulama ve danışmanlık becerilerini kazanan mezun öğrencileri sertifikalandırma konusunda gerekli yasal düzenlemeyi yapmaktadır. Bu konularda çeşitli düzeylerdeki çalışmalar devam etmektedir.

Değerlendirme

Projenin ikinci aşamasında başlayan değerlendirme çalışmaları dört fazda sürdürülmektedir:

1. Faz (Monitorizasyon): Proje kapsamında yapılan öğrenci ve eğitici eğitimlerinin değerlendirilmesi amacıyla eğitimlerde rutin olarak toplanan kayıtlardan (kurs öncesi ve kurs ortası bilgi puanları, kursun katılımcılar tarafından değerlendirilmesi, öğrencilerin danışmanlık ve RİA uygulama becerilerinin ve eğiticilerin sunum, demonstrasyon ve koçluk becerilerinin değerlendirilmesi vb.) elde edilecektir.
2. Faz: Hizmet kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla, eğiticilerin öğrenci eğitimleri sırasındaki sunum, demonstrasyon ve koçluk becerilerinin ve kliniklerde hizmet sunanların değerlendirilmesi için practica ve follow-up'larda toplanan kayıtlardan elde edilecektir.
3. Faz: Proje kapsamında eğitim almış ancak halen tıp fakültelerinden mezun olmayan öğrencilerin değerlendirilmesi amacıyla, iki kohort seçilmiştir. Bu kohortlardaki öğrencilerin tamamı (her öğrenci 6 kez) hasta (client) üzerinde RİA uygularken gözlemlenecektir. Gözlemler, Lot Quality Assurance Sampling (LQAS) ilkelerine göre değerlendirilecektir (6).
4. Faz: Proje kapsamında eğitim almış ancak tıp fakültelerinden mezun olmuş öğrencilerin değerlendirilmesi amacıyla, mezunlar arasından sistematik örnekleme ile seçilen 20 kişi Faz 3'deki gibi (her öğrenci 6 kez) gözlemlenecek ve LQAS ilkelerine uyarak değerlendirilecektir.

Değerlendirme çalışmaları halen devam etmektedir, sonuçlar daha sonra yayınlanacaktır.

Kaynaklar:

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

Tablo 1: JHPIEGO projesi kapsamında tıp fakültelerinde verilen Aile Planlaması kurs sayısı ve eğitilen öğrenci durumu (1993-1995)

Tıp Fakültesi	Kurs sayısı (öğrenci eğitimleri)	Eğitilen öğrenci sayısı	Kurs başına düşen öğrenci sayısı
Hacettepe	28	180	6.4
Osmangazi	9	86	9.6
Ankara Tıp	8	65	8.1
Marmara	8	66*	8.3
Dokuz Eylül	11	103	9.4
Gazi Tıp	17	161	9.5
Uludağ	1	8	8.0
Ondokuz Mayıs	1	8	8.0
Erciyes	5	31	6.2
Cumhuriyet	1	6	6.0
Çukurova	1	10	10.0
Toplam	90	694	7.7

*13 öğrenci başarısız bulunmuştur.

Selçuk ve Atatürk Üniversiteleri henüz eğitime başlamamıştır.

JHPIEGO: Johns Hopkins Üreme Sağlığı Uluslararası Eğitim Programı

ÖZET

Türkiye dünyanın en çok deprem geçiren bölgelerinden birinde yer almaktadır. Bu depremler nedeniyle de önemli can ve mal kayıpları olmaktadır. Bu makale ülkemizde 1900 yılından bu yana görülen depremlerin yarattığı sağlık sorunlarını inceleyerek daha sonra görülecek depremlere hazırlıklı olunmasına amaçlanmaktadır. Araştırma, Bayındırlık ve İskan Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı kayıtları, halk sağlığı makale indeksleri ve gazete arşivlerine dayandırılarak yürütülmüştür. Araştırma sonuçlarına göre depremlerden yılda ortalama 689.7 kişi öldüğü, yıllara göre depremlerden yıkılan bina sayısı veya ölen insan sayısında bir artma olmadığı anlaşılmaktadır. Bina inşaat niteliğini gösteren "100 yıkılan bina başına ölüm" ölçütünde de belirgin bir değişiklik yoktur. Kışın, gece vakti veya Ankara'nın doğusunda kalan bölgelerde olan depremler yaz, gündüz veya Ankara'nın batısında görülen depremlere göre 2-3 misli daha fazla can kaybına neden olmaktadır. Ölüm nedenleri arasında ezilme ve kanama yanında toprak altında boğulma da sıkır. Yaralanmalarda da travma yanında yanıklar ve hayvan ısırmaları görülebilmektedir. Bulaşıcı hastalık salgını veya beslenme bozuklukları görülmemiştir. Sağlık hizmetlerinde örgütlenme ve planlama ile personel eğitimi konularında büyük eksiklikler saptanmıştır. Sonuçta depremlerden sonra sağlık sorunları ile ilgili kayıtların mutlaka tutulması gerektiği ve hem inar hem de sağlık hizmetlerinin önceden planlanmasıyla deprem kaosu ve zararının azaltılabileceği önerisi getirilmiştir.

SUMMARY:

EARTHQUAKES IN TURKEY AND THEIR HEALTH IMPLICATIONS

Turkey is situated in one of the most earthquake prone areas of the world. The earthquakes lead to important life and material losses. This article investigates post-earthquake health problems in Turkey since 1900, with the aim of being prepared for future earthquakes. The study was based on data gathered from Ministry of Reconstruction and Settlement and Ministry of Health records, public health reviews, and newspaper archives. The study discloses that on the average 689.7 people die every year of earthquakes, that there is no increase in number of deaths or number of buildings collapsed by time. There is also no change in the "number of death/100 houses collapsed" an indicator which reflects the quality of constructions. Earthquakes that occur of night, in winter or on the east of Ankara cause 2-3 times more life loss than those at daytime, in summer or on the west of Ankara. Suffocation under earth is as frequent a cause of death as crushing or bleeding. Wounds include animal bites and burns as well as trauma. Nutritional problems and infectious disease outbreaks have not been observed. Major deficiencies were noted in organisation and planning of health services and training of personnel. In conclusion it was suggested that records of post-disaster health problems must be kept and that both reconstruction and health services have to be planned beforehand to decrease chaos and injury during earthquakes.

GİRİŞ ve AMAÇ

Türkiye, yeryüzündeki en önemli iki deprem kuşağından birisi olan Akdeniz-Himalaya deprem kuşağı üzerinde bulunmaktadır. Kuşak boyunca, Anadolu'nun batı, kuzey ve doğusunda çeşitli fay ve kırıklar oluşmakta, bunlarsa Türkiye'yi dünyanın en sık tektonik deprem geçiren bölgelerinden biri haline getirmektedir. Aslında topraklarımızın %91'i deprem tehlikesi altında bulunan bölgeler içindedir. Bu bölgelerde nüfusun %98'i, sanayinin %95'i ve barajlarımızın %92'si yer almaktadır (1).

Türkiye 32962 kişinin öldüğü 1939 yılı Erzincan Depreminin ardından 1940'lı yılların başında yine binlerce kişinin öldüğü Niksar, Ladik ve Gerede depremlerini yaşamıştır. Bunun üzerine 1944 yılında depremlerden önce ve sonra yapılması gerekenlerle ilgili 4723 sayılı yasa çıkarılmıştır (2). Çağdaş görüşlere son derece uygun olan bu yasa ile Türkiye dünyada Japonya'dan sonra depremden önce yasal önlem alan ikinci ülke olmuştur (3). Türkiye'de ilk deprem tehlikesi haritası, ilk deprem yönetmeliği ve örgütlenme çalışmaları pek çok ülkeden önce, 1950'li yıllarda başlamıştır. Ülkemizin bu öncü konumuna karşın, daha sonra çeşitli nedenlerle yasalar uygulanamamış, örgütler çalıştırılmamıştır. Depremde can ve mal kaybını azaltacak en hayati önlemler olan kent planlaması, bina yapı tekniği, kurtarma örgütleri gibi konular ihmal edilmiş, yasalar depremden sonra yapılacak yardımları düzenlemek ve evi yıkılan vatandaşın ev yapmak için kullanılmıştır (4). Sağlık Bakanlığı da depremi ve diğer afetlerde önceden planlama, örgütlenme, eğitime çabalarında geri kalmış, daha çok afet sonrasında yardım sağlamla yetinmiştir.

Türkiye'de 20. yüzyılın başından beri, zarar veren, 127 adet deprem kaydedilmiştir. Bu depremlerin neden olduğu can ve mal kaybı diğer bütün afetlerin toplamından çoktur. Ancak her depremden kısa bir süre sonra depremler kamuoyu ve yetkililerce unutulduğu için etkili önlemler alınmamakta, deprem zararları süregelmektedir. Depremlerden sonra sağlık sorunları olarak ölümler, çeşitli nedenlere bağlı yaralanmalar, bulaşıcı hastalıklar, gıda zehirlenmeleri, beslenme bozuklukları, ruh hastalıkları görüldüğü bilinmektedir (5). Ayrıca ülkemizde enkaz kaldırma ve kurtarma, ilk yardım, hasta nakli, tedavi hizmetleri, koruyucu hizmetler konularında planlama, örgütlenme, yürütme sorunları bulunduğu belirtilmektedir (6).

Bu yazının amacı ülkemizde 1900 yılından bu yana yaşanan depremleri inceleyerek yarattıkları sağlık sorunlarını özetlemek, böylece daha sonra olabilecek depremlerde hazırlıklı olunmasına yardımcı olmaktır. Ayrıca deprem zararları zaman ve yer açısından da incelenerek yıllar içinde bir eğilim bulunup bulunmadığı araştırılacak, inceleme sonuçları sağlık hizmetleri açısından irdelenecektir.

GEREKÇE ve YÖNTEM

Türkiye'de 1900-1991 yılları arasında görülen ve herhangi bir zarara neden olacak kadar şiddetli olan depremlerle ilgili bilgiler Bayındırlık ve İskan Bakanlığı Afet İşleri Genel Müdürlüğü Deprem Araştırma Dairesi süreli yayını olan Deprem Araştırma bülteninden elde edilmiştir (7). 1991-1995 yılı sonuna kadar geçen süredeki depremler için ise Deprem Araştırma Dairesi kayıtlarından yararlanılmıştır. Bayındırlık ve İskan Bakanlığı, Afet İşleri Gn.Md. kaynaklarında ilgili depremin tarihi, yeri, magnitudü (açığa çıkan enerjinin logaritması olarak), derinliği, hasarlı bina sayısı (ağır veya yıkık, orta, hafif), can kaybı ve yaralı sayıları bulunmaktadır. Ölü ve yaralı sayıları ev ev dolaşarak yapılan bina hasar tespiti sırasında, ev sahiplerine sorularak elde edilmekte ve muhtarlara onaylatılmaktadır. Yapılacak yardımla ilişkili olabileceğinden sayıların abartılma olasılığı vardır. Yine de başka kaynak bulunmadığından ölüm sayıları kullanılmıştır. Yaralı sayıları, özellikle 1960 öncesinde çok eksik olduğu için analize alınmamıştır. Afet İşleri Genel Müdürlüğü her afetten sonra raporlar hazırlamakta ve bunları yayınlamaktadır. Ancak bu raporlarda sağlıkla ilgili kayıt bulunmamakta, depremin jeolojik özellikleri ve yaptığı yıkımla ilgili bilgiler kaydedilmektedir.

Depremlerden sonra görülebilecek sağlık sorunları için Sağlık Bakanlığı istatistikleri incelenmek istenmiştir. Ancak Sağlık Bakanlığında depremlerden sonra yazılmış olması gereken raporlara, tutulmuş olması gereken kayıtlara rastlanılamamıştır. Temel Sağlık Hizmetleri

Genel Müdürlüğü yetkilileri ile yapılan görüşmeden ise gerekli istatistiklerin bulunmadığı, ancak kendi bilgileri ve deneyimleri dahilinde "ülkemiz tarihinde depremden sonra bir bulaşıcı hastalık salgını veya beslenme sorunu görülmediği" sonucu çıkmıştır (8). Kızılay kurumunun Sağlık Dairesi Başkanlığı ile yapılan görüşmede, Kızılayın afetlerde sağlık hizmeti götürmeyip sadece ilaç ve diğer malzeme yardımı yapması nedeniyle sağlık sorunlarıyla ilgili bilgi bulunmadığı öğrenilmiştir. Depremlerden sonra yaşanan sağlık sorunlarını belirleyebilmek için başvurulan diğer kaynaklar Halk Sağlığı İndeksi (9), dört Halk Sağlığı Kongresinin özet kitapları, Sağlık Bakanlığının Sağlık Dergisi ve Türk Tabipleri Birliğinin Toplum ve Hekim Dergisi ciltleridir. Adı geçen yayınlarda da ülkemizdeki depremlerden sonra görülen sağlık sorunlarına ilişkin makaleye rastlanılamamıştır. Son olarak Milli Kütüphane arşivinden 1939 Erzincan depreminin bu güne kadar yaşanan en büyük 10 depremle ilgili Cumhuriyet, Ulus ve Hürriyet gazetelerinde yazılanlar taranmış, haberlerde yer almış bulunan depremlerden sonraki sağlık sorunları kaydedilmiştir. Herhangi bir depremden sonra gazete haberleri ikinci veya üçüncü günde başlamakta, genellikle depremden üç veya dört hafta sonra deprem konusu gazete gündeminden düşmektedir. Yukarıda belirtilen gazetelerin 1939 Erzincan, 1946 Varto, 1966 Varto, 1970 Gediz, 1971 Burdur, 1971 Bingöl, 1975 Lice, 1976 Çaldıran, 1983 Erzurum, 1992 Erzincan depremleriyle ilgili tüm yazdıkları depremin ilk gününden haber bulunan son gününe kadar taranmıştır. Erzincan depremi için ayrıca Erzincan Valiliğinin depremle ilgili kitabından da yararlanılmıştır (10). Yazarın kendisi 1971 Bingöl depreminde ve 1995 Dinar depreminde sağlık hizmeti vermiş, 1976 Çaldıran ve 1983 Erzurum depreminin deprem bölgesinde incelemelerde bulunmuştur. Bu deneyimlerin sonuçları da makaleye yansıtılmıştır.

BULGULAR

Yıllara göre ölçütlerdeki değişimler:

Bayındırlık ve İskan Bakanlığı kataloglarına göre 1900 yılından 1995 yılı sonuna kadar hasar yapmış 127 adet depremin bulunmaktadırlar. Hasar yapmayan ufak depremler buraya alınmamıştır. Tablo I'de bu depremlerle ilgili bilgiler onar yıllık ortalamalar şeklinde verilmektedir. Ortalama magnitüd on yıl içinde görülen depremlerde saptanan yüzeyel enerji miktarının matematik ortalamasıdır. Türkiye'de görülen depremlerin hemen hepsi sığ deprem (depremin odak noktası 0-60 km derinde) olduğu için ortaya çıkan enerji miktarı depremin şiddetinin oldukça güvenilir bir ölçütü olmaktadır. Toplam yıkılan veya ağır hasarlı bina kolonu 10 yıllık period içinde tamamen yıkılan veya oturulamayacak kadar hasar gören binaların toplam sayısını vermektedir. Aynı şekilde, toplam ölen kolonunda 10 yıl içinde depremden veya depremin neden olduğu ikincil bir afetten (yangın, toprak kayması vb.) ölenlerin sayısı verilmektedir.

Üç depremle ilgili bazı veri eksiklikleri (ikisinde hasarlı bina, birisinde ölü sayısı) bulunmakla beraber, mevcut verilerden yararlanabilmek amacıyla bunlar da ilk tabloya alınmışlardır. Tablo I'deki verilerden son 95 yıl içinde depremlerden yılda ortalama 689,7 kişi öldüğü anlaşılmaktadır. Yılda ortalama 1,3 deprem olmakta, deprem başına ortalama 515,9 kişi ölmektedir. Yıkılan bina ve ölü sayısı açısından en kötü 10 yılın 1930-39 yılları olduğu görülmektedir. Aslında bu durumu yaratan, 116720 evin yıkılıp 32962 kişinin öldüğü Türkiye'nin en büyük depremi 1939 Erzincan depremidir. Yıllara göre incelendiğinde deprem başına ölen insan sayısında bir eğilim saptanamamıştır. Deprem başına ölen insan sayısı, nüfus yoğunluğu ve bina inşa tekniği yanında deprem sırasında götürülen sağlık hizmetlerinin niteliğini de göstermektedir. Deprem başına yıkılan bina sayısı ise hem deprem enerjisine, hem bina yoğunluğuna, hem de inşaat tekniğine bağlı olarak değişir. Son 5 yılda arttığı gözlemlenmekte ise de bu 1990-95 yılları arasında görülen Erzincan ve Dinar depremlerinin magnitüdlерinin de yüksek oluşuna (6,4) bağlanabilir. Her 100 bina başına düşen ölü sayısı daha çok nüfus yoğunluğu ve bina inşa tekniğinin birer göstergesidir. Burada da yıllara göre bir artma veya azalmadan söz etmek mümkün değildir. Tabloda verilen sayıların ortalama veya toplam sayılar olduğu unutulmamalıdır. Şiddetli depremlerde ortalamalardan çok farklı oranlar görülebilmektedir. Örneğin, 1975 Muradiye-Çaldıran depreminde yıkılan 9552 eve karşın 3840 ölü (100 binaya 40,2 ölü) saptanmıştır. Diğer bir önemli konu da depremin zamanıdır. Aynı magnitüdü iki deprem gece veya gündüz, kış veya yaz oluşuna göre 2-3 misli farklı hasar yapabilmektedir (Tablo II).

Coğrafi farklılıklar

Depremin oluş saati ve mevsim yanında depremin hasarın artıran diğer bir faktör depremin coğrafi bölgesidir. Tam Ankara'dan geçen bir kuzey-güney doğrusunun batısı Batı, doğusu Doğu olarak alındığında Doğu'daki aynı büyüklükteki bir deprem Batı'ya göre çok daha fazla can ve mal kaybına yol açmaktadır. Tablo III'de olağan dışı bir deprem olan 1939 Erzincan depremi çıkarıldıktan sonra bile Doğu ve Batı arasındaki deprem hasarlarında önemli farklar olduğu görülmektedir. Ortalama deprem büyüklüklerinde fark olmamakla beraber Doğu'daki bir depremden can kaybı iki misli fazladır. Deprem başına yıkılan/ağır hasarlı bina sayısı da büyük farklar göstermezken yıkılan 100 bina başına ölen ölümler Doğu'da Batı'ya göre 2,3 kez fazladır. Doğudaki binaların çoğunun tek katlı ve bina başına düşen nüfusun Batı'dakine göre aslında daha az olduğu düşünülürse zararın boyutu daha iyi anlaşılabilir. Bu durumun başlıca nedeni Doğu'da en ufak bir sarsıntı da dahi yıkılıp insanları taş ve toprak yığınları altına gömebilen yığna taş duvarlı, toprak damlı yapılarıdır.

Yukarıdaki analizlerde afete maruz kalan bölgedeki nüfus bilinmediğinden çok önemli bir ölçüt olan ölüm hızları verilememiştir. Aynı şekilde götürülecek sağlık hizmetlerinin planlanmasında hayati önemi olan ölüm nedenleri, ölüm zamanları, yaralanmalar ve bunların nedenleri, ölüm ve yaralanmaların yaş ve cinsiyet gruplarına dağılımı, kullanılan tıbbi malzeme ve ilaçlar ile ilgili istatistikler de bulunmamaktadır. Günümüz veri kaynakları açısından bu eksiklikleri giderebilmek mümkün değildir. Tek olasılık bundan sonra olacak depremlerde bu bilgilerin toplanarak daha sonra analizlerinin yapılabilmesidir.

Veri yokluğunda anekdotal kayıtların, gözlemlerin, gazete haberlerinin de değeri olmaktadır. Olayın tüm boyutlarını objektif olarak veremeseler de bazı önemli ipuçları sağlamaları açısından yararları göz ardı edilemez. Gereç ve Yöntem kısmında değinilen kaynaklardan derlenen bilgiler aşağıda belirtilen şekilde sunulmuştur.

Mortalite

Ölümlerin büyük kısmı depremden sonraki ilk yarım saat içinde, kurtarma çalışmaları henüz başlamadan olmaktadır. Yıkıntı altından kurtarılabilenlerde ağır yaralı olanların sayısı ve daha sonra ölen ölümler çok azdır. Bu durum depremlerde insanların genellikle ya öldüğünü veya depremi oldukça hafif yaralarla atlattığını düşündürmektedir. Örneğin Afet İşleri Gn.Md.lüğü tespitlerine göre 1976 Çaldıran-Muradiye depreminde 3840 ölü, 497 yaralı, 1983 Erzurum depreminde 1155 ölü, 1142 yaralı bulunmaktaydı. Ölüm nedenleri arasında travma, ezilme, kanama önemli yer tutmakla beraber ülkemiz için damda bulunan tonlarca toprak altında kalıp boğulmak da sık rastlanan bir ölüm nedenidir.

Morbidite

Yaralanmalar arasında kırıklar, lasezyasyonlar, travmaya bağlı ezikler sıklıkla görülmektedir. Kırıkların türleri konusunda bilgi yoktur. Uluslararası kaynaklara ve Afet İşleri Genel Müdürlüğü hesaplamalarına göre her ölüye karşın 3 yaralı bulunmaktadır (11). Ancak depremden depreme büyük farklılıklar görüldüğü unutulmamalıdır. Can kaybının yüksek olduğu depremlerde yaralı sayısı ölümlerden az olabilmektedir. Yaralanmaların bazıları asıl depremden sonra gelen daha ufak artçı depremler sırasında olmuştur.

1939 Erzincan depreminin depreminde sonra Reşadiye kasabası, 1970 Gediz depreminin depreminde sonra Akçalar kasabaları tamamen yanmış, 1992 Erzincan depremi sonrasında da 17 yangın ihbarı yapılmıştır. Özellikle kışın olan depremlerde yangınlara sıklıkla rastlanmaktadır. Bu nedenle yangınlar arasında yangın olayları önemli yer tutabilmektedir.

Kurt ve köpeklerin özellikle kış aylarında insanları ısırması, yaralıları ve cesetlere saldırdığı pek çok haberde yer almaktadır. Başka ülkelerde de deprem sonrasında köpek ve yılan ısırıklarının arttığı bildirilmiştir (12).

Ülkemizdeki depremlerde deprem hasarı yanında en büyük sıkıntıyı doğuran sorun soğuk, yağmur, rüzgar ve çamurdur. Gece ve kış aylarında meydana gelen depremlerde insanlar yahnayak, gece kıyafetleriyle kendilerini kar üstüne atmaktadırlar. Giysi ve yakıt bulunamamakta, elde edilebilenler de ıslak veya yetersiz olmaktadır. Doğu Anadolu gibi kış geceleri çok soğuk olabilen bir coğrafyada hastalıklardan bazıları tamamen bu maruziyete bağlıdır. Depremlerde ilk ve acil yardımdan sonra en önemli hizmet barınma sağlanmasıdır.

Deprem sonrasında görülen bazı rahatsızlıklar doğrudan depreme bağlı olmayıp olumsuz deprem koşulları nedeniyle görülmektedirler. Örneğin zaten diyabet veya hipertansiyonu, başka sistemik hastalığı bulunan birisi önce ekstrem yaşam koşulları, sonra da sürekli kullanılan ilaçların bulunamayışı nedeniyle kötüleşip ölebilmektedir. Bu tür sorunlar en çok soğuk, açlık yorgunluk gibi koşullara uyumu düşmüş bulunan yaşlıları, çocukları ve hastaları etkilemektedir. Bu grupta diyareler, pnömoni ve influenza gibi hastalıklar ölümlere yol açmaktadır.

Ruh hastalıklarının depremden sonra arttığı bildirilmiştir (13). Hemen deprem sonrasında insanların şoka girdikleri bir gerçektir. Ayrıca deprem geçiren bir kişi uzun süre bunun etkisinden kurtulamamaktadır. Ancak gazete haberlerinde ruh hastalıkları sorununa ilişkin bir kayıt yoktur.

Deprem ertesi, yardımın dağıtılması sırasında kavgalar, yaralanmalar olabilmektedir. 1995 Dinar depreminden sonra adli vakalar görülmüştür.

Normal beslenme düzeninin bozulması, ekonomik yıkım, hayvan varlığının kaybı beslenmeyi olumsuz etkilemiş olmalıdır. Bazı depremlerden sonra insanların 2-3 gün aç kaldığı bildirilmiştir. Deprem sonrasında kurulan mutfaklar ve yapılan gıda yardımları kısa süreli olup besin açığını kapatacak nitelikte değildir. Asıl sorun protein veya vitamin eksikliği olmayıp enerji yetersizliğidir (14). Uzun dönemde beslenme sorunları ortaya çıkmış olabilir, ancak önce-sonra antropometrik araştırmalar yapılmadığından sorunun varlığı veya yaygınlığı konusunda bilgi de yoktur.

Bulaşıcı Hastalıklar

Kolera, tifo, dizanteri gibi sindirim sistemi hastalıklarının salgınlara ilişkin hiç bir kayda rastlanmamıştır. Her ne kadar, her afetten sonra bulaşıcı hastalık tehdidinden söz edilmişse de bu tehditlerin gerçekleşmediği anlaşılmaktadır. Bu tür bir salgın çıkıp kayda geçmemesi veya hatırlanmaması olasılığı varsa da bu düşüktür. Sindirim sistemi enfeksiyonları salgını çıkmama nedenleri, Sağlık Bakanlığının aldığı etkin önlemler yanında depremden sonra insanların genellikle toplu kamplarda değil, dağıntı çadırlarda kalmaları ve farklı su kaynaklarından yararlanmaları olabilir. Öte yandan hijyen koşullarının bozulması ve sıkışık yaşama bağlı olarak özellikle temasla geçen sindirim sistemi enfeksiyonları (Hepatit A, Dizanteri) görülmektedir. Gıdaların bekletilmeden yenmesine bağlı olsa gerek, besin zehirlenmeleri ile ilgili bir kayıt da yoktur.

Sıkışık çadır yaşamına bağlı olarak solunum yolu enfeksiyonlarında artışlar sıkır. Tonsillit, faranjit ve diğer ÜSYE, enfleuza hatta bazı çocuklarda sporadik kızamık ve difteri hastalıkları görüldüğü bildirilmiştir. Bunlarla ilgili olarak da salgın kaydı veya haberiye rastlanılmamıştır. Ancak öncelik olarak depremlerden sonra rutin çocukluk dönemi aşlarını aksatmadan sürdürme çabaları vardır.

Örgütlenme Sorunları

Ülkemizde depremlerden sonra sağlık ve diğer hizmetlerin nasıl örgütleneceği, ilgili mevzuatta detaylı olarak belirlenmiştir. Yine de bu örgütlenme şemalarının deprem sonrasında işlenmediği, çeşitli komitelerin kağıt üzerinde kaldığı, büyük depremlerde işlerin kargaşa içinde yürütüldüğü veya yürütülmeyeceği bilinen bir olgudur (15, 16). Gazete haberlerinde de her depremden sonra yetkililerin panik ve kaosa yer verilmiştir. Bu durumu önlemenin tek yolu depremlere hazırlıklı olmaktır. Eğer daha depremi öncesinde, deprem sırasındaki kurtarma ve ilk yardım, hasta nakli, hasta tedavi ve bakımı, çevre sağlığı hizmetleri, beslenme gibi sağlık hizmetlerine ilişkin kaba planlar yapılmış, kimin, nerede, neler yapacağı belirlenmiş, arada bir yapılan provalarla çıkabilecek sorunlar törpülenmiş, insanlar eğitilmiş olsa idi sıkıntılar yaşamazdı.

Kargaşanın nedenlerinden birisi yasaların öngördüğü İl Kurtarma ve Yardım Komitelerinde ve sağlık kurumlarında çalışan kişilerin kendileri veya yakınlarının da depremden zarar görmeleridir. Depreme müdahale etmekle görevli kamu personeli de, yardımcı olacağı diğer depremezeler gibi, panik ve şok içinde kalmaktadır. Yine de kendileri de şaşırması olduğu halde ilk fırsatta yaralıların yardımına koşan, gece gündüz dinlenmeden çalışan sağlık personelinin sayısı az değildir.

Yıkıntı kaldırma ve yıkıntı altından insan kurtarma özel bir beceri ve özel donanım gerektirmektedir. Ülkemizde bu konu bilinmediği için bazı insanlar kurtarılabilecekken ölmekte veya yıkıntı altından çıkartılarak yaralanmaktadır. Özenle kaldırılması gereken yıkıntıya dozer, vinç gibi ağır vasıtalarla girildiği için zarar görenler vardır.

1992 Erzincan ve 1995 Dinar depreminde Ankara'dan gelen Sivil Savunma ekibinin geç ve sınırlı ancak etkin kurtarma faaliyetleri gelecek için umut vericidir. Merkezi kurtarma ekipleri yerel olarak itfaiye ve sivil savunma elemanlarının eğitimleri ile desteklenebilir. Hem Sağlık Bakanlığı Merkez Örgütünde hem İl Müdürlüklerinde bölgesel veya ulusal deprem hazırlık planları yoktur. Aslında Sağlık Bakanlığında acil hizmetlerle ilgili şube ancak bir kaç yıl önce kurulmuş olup hazırlıktan çok, deprem sonrası sağlık hizmetlerinin eşgüdümü ile uğraşmaktadır. Tek başına çalışan şube şefi gerekli eğitim ve deneyime de sahip değildir.

Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde ayaktan tanı ve tedavi hizmetleri öncelik taşımaktadır. Yatacak kadar hasta olanlar ambulanslarla en yakın hastanelere sevk edilmektedirler. Bir kaç saatlik gözlem olguları dışında, deprem bölgesinde yataklı tedavi hizmeti sağlamak çok güç ve anlamsızdır. Çadır koşullarında hastaların beslenmeleri, ısıtılmaları, temizlenmeleri, bakımları, asepti gerçekleştirilememekte, ameliyathane, röntgen, laboratuvar gibi destekler bulunmadığı için tedavi de aksamaktadır. Aynı nedenlerle seyyar hastaneler de yararlı olmamaktadır. Depremden bir iki gün sonra depreme bağlı başvurular bitmekte rutin poliklinik olguları gelmeye başlamaktadır. Bu durumlarda uzmanlardan çok genel pratisyenler yararlı olmaktadır.

Çevre Sorunları

Deprem sonrasında boruların patlaması, suların kesilmesi, kanalizasyon sistemlerinin bozulması sık olarak görülmektedir. Ancak anlaşılacağı kadarıyla belediyelerin ve sağlık örgütünün de gayretiyle sorun kolayca çözülebilmektedir. Sahra tuvaletleri ve etkin klorlama ile bulaşıcı hastalıkların önüne geçilebilmiştir. Hayvan ve insan ölümlerini yıkıntı altından çıkarmak ve gömmek güç olmaktadır. Yaz aylarında bir kaç gün yıkıntı altında kalan cesetler kokmaktadır. Ölümlerde kimlik belirlenmesi ve usulüne uygun olarak gömülmesi de sık rastlanan sorunlardır.

Yardım

Tıbbi yardım deprem bölgesine en erken ulaşan yardım türü olmaktadır. Yine de sıklıkla geç kalmaktadır. Yardım geldiğinde yıkıntının altından insanlar çıkartılmış, herhangi bir hasta ile en yakın hastaneye gönderilmiş ve diğer hafif yaralıların tedavisi yapılmış bulunmaktadır. Hele kış aylarında yolların zaten kapalı olduğu veya deprem nedeniyle köprü yıkılması ve toprak kaymasına bağlı olarak kapandığı durumlarda afet bölgesine ulaşmak çok uzun sürebilmektedir (1939 Erzincan depreminde bazı köylere depremin 12. gününde ulaşılabilmiştir).

Gelen uluslararası hekimler ve Türk gönüllüler, eğer profesyonel ekipler değillerse fazla yardımcı olamamaktadırlar. Üstelik bu ekiplerin barındırılması, beslenmesi, hizmette gerekli eşyadüğünün sağlanması sorun oluşturmaktadır. Son yıllarda uluslararası yardım daha organize olmuştur. Ulusal ekipler de daha çok oranda kendi ambulans, benzin, çadır ve yiyecekleri ile gelmektedirler. Uluslararası ilaç yardımı gereksiz olmaktadır. Hele jenerik isimleri bulunmayan ve ulak kutularında ambalajlanmış yabancı ilaçlar hiç kullanılamamaktadır. Yurt dışından gelen yiyecek ve giyecek yardımı da vatandaşın gelenek ve göreneklerine uygun olmadığı için yararsız kalmaktadır.

Gerek yurt içi gerek yurt dışı yardımın vatandaşa ulaştırılmasında ve dağıtılmasında çeşitli sorunlar yaşandığı, yolsuzluklar yapıldığı gazete haberlerinde sıklıkla yer almaktadır. Yardım dağıtımındaki bu tür sorunlar depremlerde kızgınlık ve güvensizlik yarattığı gibi görevlilerle arasında sürtüşmelere de neden olmaktadır.

Askeri birlikler bütün depremlerde afet yerine en erken ulaşan organize gruplardır. Enkaz kaldırma, sıklıkla görülen yağmalara karşı önlem almadı, yiyecek sağlamada, çadır kurmada, bölge dışına yaralı taşımada en etkin hızlıci güçlerdir.

Sosyal ve ekonomik sorunlar

Depremlerden sonra deprem yaşanan bölgeden dışarıya göç olması beklenen bir olgudur. Pek çok fabrika, imalathane, dükkan yıkılmaktadır. İşyerini, evini kaybeden insanlar, en azından bunları tekrar yapılabilecek kadar bölgeyi terk etmektedirler. Aynı şekilde deprem sonrasında bölgedeki sağlık personeli ve diğer devlet memurları da bölge dışına atanmak istemektedirler. Bu işyeri ve insan gücü kaybı deprem geçiren yer için önemli bir ekonomik felaket olmaktadır. 45 bin kişinin yaşadığı Dinar'da depremden 6 ay sonra sadece 8 bin kişi kalmıştır. Hayvancılık yapılan kırsal kesimde kayıp boyutu farklıdır. Buralarda insandan çok hayvan kaybı olmaktadır. 653 kişinin öldüğü 1983 Erzurum depreminde 30000 büyükbaş ve küçükbaş hayvan kaybı vardır.

Mal ve can kaybı yanında pek çok kimsesiz yaşlı, öksüz çocuk ortada kalmaktadır. 3840 kişinin yaşamını yitirdiği 1976 Muradiye-Çaldıran depreminde 1000 kadar çocuğun anasız-babasız kaldığı bildirilmiştir. Depremler onu yaşayanlar için büyük yıkım olmaktadır. Kişiler anne, baba veya çocuklarını, yıllarca emek vererek geliştirdikleri işlerini, içinde yaşadıkları yuvalarını kaybetmektedirler. Depremlerin zararını görece azaltan faktörlerden birisi böyle afet durumlarında toplumun gösterdiği dayanışmadır. Deprem sırasında yıkıntı kaldırma, yiyeceklerini ve barmaklarını paylaşmada, depremlilerden örnek davranışlar sergilerler. 1939 Erzincan depreminde de kent hapishanesi yıkılmış ama sağ kalan mahkûmlar kaçmamışlar, savcı ile beraber enkaz altından insan çıkarmaya koşmuşlardır. Gerek devlet, gerekse bölge dışında yaşayanlar da deprem geçiren bölgeye destek olmuş, yardımlarını esirgememişlerdir. 1992'de yerle bir olan Erzincan neredeyse yeniden inşa edilmiştir. Deprem sırasında çadır, yiyecek v.b. alımında bazı eşitsizlikler olsa da, yağmalara rastlansa da, yardım malzemelerinin bazıları depremlilerden ulaşmadan piyasada satılmaya başlansa da, depremden sonra yapılan afet evlerinde suistimaller görülüyorsa da bunlar genel davranış olan toplumsal acıyı paylaşma, dayanışma, yardım gerçeklerini göz ardı ettirmemelidir.

TARTIŞMA ve ÖNERİLER

Ülkemiz dünyanın en sık deprem geçiren ve bu nedenle en fazla kayıp veren ülkelerinden biridir. Buna karşın depremlerdeki sağlık sorunları, yaralanmalar, ölümleri ilgili kayıt olmayışı, bu konularda hiç araştırma yapılmaması çok üzücüdür. Veri olmayışı nedeniyle Türkiye'deki deprem sonrası sağlık sorunları ile ilgili bu inceleme daha çok gazete haberleri, görevlilerden elde edilen görüşler ve yazarın deneyimlerine dayandırılmak zorunda kalmıştır.

Deprem ile ilgili ölü ve yaralanmaların özgül bir tanımı yoktur. Örneğin depremden bir ay sonra deprem sırasında geçirilen bir travma nedeniyle olan ölüm, deprem ölümü mü sayılacaktır? Aynı şekilde depremin neden olduğu toprak kayması sel veya yangın ölümleri, deprem ölümü müdür? Açıklık, soğuktan veya deprem nedeniyle ilaç bulamadığı için ölen kronik bir hasta, deprem istatistiklerine girecek midir? Yaralanmalar için de benzer sorunlar bulunmaktadır. Bir kayıt ve istatistik çalışmasından önce bu soruların yanıtlanması gerekmektedir.

Deprem sonrasında ölümlerin zaman ve nedene dağılımı, günlere göre yapılan poliklinik sayıları, görülen hastalıklar, bunların yaş ve cinsiyet gruplarına dağılımı, kullanılan ilaç ve tıbbi malzeme türü ve miktarı, karşılaşılan çevre sorunları gibi rutin istatistiklerin tutulması şarttır. Her ne kadar bu dönemde bütün sağlık personeli büyük bir telaşla hastalara ilk yardım ve tedavi ile uğraşıyorsa da en fazla bir kişi ilgili formların dağıtımı, toplanması, bilgilerin dökümü, daha sonra depremlerle ilgili raporun yazılmasıyla görevlendirilebilir. Depremler tanım olarak dışarıdan yardıma gereksinim duyulan olaylardır. Yerel personel bu tür verileri toplayabilecek nicelik ve nitelikte değilse Sağlık Bakanlığının gelen yetkililerin böyle bir analiz yapmaları gereklidir.

Depremlerden sonra çeşitli üniversitelerden yer bilimciler ve yapı bilimciler deprem yerinde incelemelerde bulunmakta, depremlerle ilgili bilimsel makale ve raporlar yayımlanmaktadır (10). Ne yazık ki, sağlık bilimcilerin bu konuda hiç çabasına ratlanamamıştır. Her tip branşını ilgilendirmekle beraber depremden sonraki sağlık sorunları en çok halk sağlığı uzmanlarının inceleme alanı olmaktadır. Depremler ve diğer afetler epidemiyolojik yöntemler kullanılarak incelenmelidir. Daha sonraki depremlere ancak böyle araştırmalardan elde edilebilecek bilgilerle hazırlıklı olunabilir.

Tablo III'ün de ima ettiği gibi ülkemizde can ve mal kaybının temel nedeni yerleşim ve bina yapım tekniklerine uyulmamasıdır. Özellikle fay üzerinde bulunan yerleşim yerlerinin alüvyon veya moloz üstüne yapılmaması gerekir. Hastane ve resmi binaların çoktugü de göz önüne alınırsa bina yapım tekniklerinde de büyük eksiklikler olduğu anlaşılır. Nitekim yapı mühendisleri bu eksiklikleri, yapıda kullanılan demir, çimento ve diğer malzemelerdeki eksiklikler, yapı işçiliğinde ve yapı kontrolündeki yetersizlikler, projelerdeki eksiklikler ve yapı mevzuatındaki yetersizlikler olarak belirlemişlerdir (17). Bu eksiklikler giderilmeden deprem hasarları giderilemez. Hele "çok yağmurda bile erir, yıkılır" nitelikteki çamur harçlı, toprak damlı köy evleri daha çok can alır (18). Aslında fazla masraf yapmadan hem kentte hem köyde hafif depremden zarar görmeyen, orta şiddetli depremden az zarar gören, şiddetli depremden zarar gören ama yıkılmayan bina inşa etmek mümkündür ve bunun teknikleri Bayındırlık ve İskan Bakanlığının çıkarttığı yönetmeliklerde açıklanmıştır. Ancak ne belediyelere ne vatandaşa yönetmelik hükümlerini benimsetmek ve uygulamak mümkün olmuştur.

Sağlık hizmetlerinde de gerekli örgütlenme, planlama, eğitim, malzeme depolaması gibi önlemlerle, önceden hazırlıklı olarak deprem sırasında panik ve kaosu önlemek mümkündür. Sağlık Bakanlığındaki ilgili şube güçlendirilmelidir. Bu şubenin de desteği ile deprem bölgelerindeki iller deprem planları yapmalı, planda yer alan görevliler, görevleri konusunda eğitilmeli ve çeşitli egzersizlerle eğitimlerini pekiştirmelidirler. Deprem ve diğer afetlerde kullanılmak üzere sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, kurtarma ve ilk yardım, buluşacı hastalık mücadelesi ile ilgili el kitapları hazırlanmalıdır. Deprem sonrasında gerekli tıbbi malzeme önceden belirlenmeli, illerde, ilçelerde depolanmalıdır. Depremde gerekli kayıtların tutulmasına özen gösterilmelidir.

Deprem sonrası hasta bakım ve tedavi gereksiniminin en yoğun olduğu dönem ilk 24-48 saattir. Deneyimlere göre yıkıntı altında kalanların %85-95'i ilk 24 saat içinde kurtarılmaktadır (19). Bölgeye bundan sonra gelecek olan sağlık ekiplerinin mortaliteyi azaltmada bir etkisi bulunmamaktadır.

Gerek Tıp fakültelerinde müstakbel doktorlara, gerekse Halk Sağlığı Uzmanlık eğitimi sırasında geleceğin yöneticilerine depremlerle ilgili temel bilgilerin verilmesi nüfus yoğunluğu ile daha da artması beklenen deprem hasarlarının azaltılmasında önemli rol oynayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Bayülke N. *Depremier ve Depreme Dayanıklı Yapılar*. İmar ve İskan Bakanlığı, Deprem Araştırma Enstitüsü; 20, 1978; Ankara.
2. *Yer Sarsıntısından Önce ve Sonra Alınacak Tedbirler*. Kanun no 4623, Resmi Gazete 22.7.1944.
3. Ergunay O. *Türkiye'de Deprem Zararları*. içinde: *Deprem Paneli*. TMMOB, Jeoloji Mühendisleri Odası Yayını, No 17; 14, 1984; Ankara.
4. Yavuz F., Keleş R., Geray C. *Şehircilik, Sorunlar, Uygulama ve Politika*; Ankara Üniv. Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları, No 415; 752-56, 1978; Ankara.
5. Lechat FM. *Epidemiology of Disasters. Proceeding of the Royal Society of Med.* 1976; 69: 421-426.
6. Dedeoğlu N. *Depremlerde Sağlık Hizmetleri*; Hatipoğlu Yayınevi; 3-4, 1989; Ankara.
7. Bağcı G. ve diğerleri. *Türkiye'de hasar yapan depremler. Deprem Araştırma Bülteni*. 1991; 69: 113-126.
8. Dr. Muzaffer Kepeci. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Genel Müdür Yardımcısı, Dr. Levent Eker. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şube Şefi.
9. Karababa AO. (ed.) *Halk Sağlığı İndeksi*. İzmir Tabip Odası Halk Sağlığı Bürosu Yayını No 2; 1994; İzmir.
10. TC Erzincan Valiliği. *Deprem ve Erzincan*; 1992; İstanbul.
11. Lechat MF. *Disasters and Public Health. Bulletin of the WHO*. 1979; 57: 11-17.
12. de Goyet CV., Lechat MF. *Health aspects in natural disasters. Tropical Doctor*. Oct 1976: 152-170.
13. Giel R. *Psychosocial processes in disasters. Int.J.of Mental Health*. 1990; 19/1: 7-20.
14. United Nations. *A Guide to Food and Health Relief Operations for Disasters*. United Nations; 69, 1977; New York.
15. Geray C. *Türkiye'de afet olayları karşısında önlemler ve örgütlenmeler. Anne İdaresi Dergisi*. Eylül 1977; 10/3: 91-114.
16. Dedeoğlu N. *Dinar depreminin hatırlatıkları. Toplum ve Hekim*. Eylül-Aralık 1995; 10/69,70: 171-172.
17. Gülkan P., Ergünay O. *Case study of Erzincan earthquake of 13 March 1992. Yayınlanmamış UNDP Afet Yönetimi Kursu ders notu. Bölüm 5.2; 2-5 Haziran 1992; Ankara.*
18. Som D. *Evler çok yağmurda bile erir, yıkılır. Cumhuriyet Gazetesi*. 1.sayfa haberi. 2 Kasım 1983.
19. Schultz CH. et al. *A medical disaster response to reduce immediate mortality after an earthquake. New Eng.J.Med.* 1996; 334: 438-444.

Tablo I: 1900-1995 Yılları Arasında Görülen Depremler ve Yaptıkları Hasarlar *

Yıllar	deprem sayısı	ortalama magnitüd	toplam yıkılan/ ağır hasarlı bina	toplam ölen	yıkılan bina başına ölen	100 başına deprem başına yıkılan bina	deprem başına ölen
1900-1909	4	6.4	9015	2630	29.2	2253.8	657.5
1910-1919	2	6.2	7240	616	8.5	3620.0	308.0
1920-1929	8	6.1	12388	861	7.0	1548.5	107.6
1930-1939	11	6.1	128015	35965	28.1	11637.7	3269.5
1940-1949	25	6.1	101550	11864	11.7	4062.0	474.6
1950-1959	16	6.0	24624	650	2.6	1539.0	40.6
1960-1969	30	5.6	46733	2729	5.8	1557.8	91.0
1970-1979	21	5.6	38757	8281	21.4	1845.6	394.3
1980-1989	8	5.8	6743	1174	17.4	842.9	146.8
1990-1995	2	6.4	10012	747	7.5	5006.0	373.9
TOPLAM	127	5.87	385077	65517	17.0	3032.1	515.9

* 7 Nolu kaynaktaki verilerden yararlanılarak düzenlenmiştir.

Tablo II: Yaz ve Kış Mevsiminde Görülen Depremlerde Mal ve Can Kaybı 1900-1995 *

Deprem ayı	deprem sayısı	ortalama magnitüd	toplam yıkılan/ ağır hasarlı bina	toplam ölen	yıkılan bina başına ölen	100 başına deprem başına yıkılan bina	deprem başına ölen
Haziran, Temmuz, Ağustos	27	5.8	54079	3734	6.9	2002.9	138.3
Aralık, Ocak, Şubat	24 **	5.7	62543	7261	11.6	2606.0	302.5

* 7 No'lu kaynaktaki verilerden yararlanılarak düzenlenmiştir.

** Aralık ayında görülmesine karşın ortalama çok değiştirdiği için 1939 Erzincan depremi analize alınmamıştır.

Tablo III: 1900-1995 Yılları Arasında Görülen Deprem ve Hasarlarının Coğrafi Bölgelere Dağılımı *

Bölge	deprem sayısı	ortalama magnitüd	toplamı yıkılan/ ağır hasarlı bina	toplam ölen	yıkılan bina başına ölen	100 başına deprem başına yıkılan bina	deprem başına ölen
Doğu	68	5.74	165310	25512	15.4	2431.0	375.2
Batı	55	5.76	103079	7015	6.8	1874.2	127.6
TOPLAM	123 **	5.75	268389	32527	12.1	2182.0	264.4

* 7 Nolu kaynaktaki verilerden yararlanılarak düzenlenmiştir.

** Erzincan depremi ile eksik veri bulunan 3 deprem dahil edilmemiştir.

Yrd.Doç.Dr.Onur HAMZA OĞLU *, Yük.Hem.Özlem ÖZKAN, MPH **.

* GATA Tıp Fak. Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı

** GATA Hemşirelik Yüksek Okulu Halk Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı

ÖZET

Bu çalışmada ailelerin ve bireylerin ev kaza sıklığını ve annelerin ev kazalarına yönelik bilgilerini saptamak ve aile bireylerinin kazaya özel nedenlerini belirlemek amaçlanmıştır.

Ankara Çiğiltepe lojman bölgesinde oturanların (N=637 hane) ev kaza sıklığı ve kaza nedenlerinin saptanması için prospektif kohort tipi bir araştırmadır.

Ailelerin %1.54'ü ev kazasına sunuk kalmışlar ve (%41.7'si anne) ev kaza sıklığı 0.104/kişi-yıl olarak bulunmuştur. Kaza tiplerinde birinci sırayı düşmeler (%44.4), ikinci sırayı kesikler (%22.2), üçüncü sırayı ise yanıklar (%19.4) oluşturmaktadır. Annelerin kaza sonucu gelişen durumlara müdahalelerine bakıldığında, burun kanamasında %84.8'inin, benzin, aseton, çamaşır suyu zehirlenmesinde %28.1'inin sorun yaratıcı uygulamalarda, yanıkta ise %80.9'unun çözüm getirici uygulamalarda bulundukları saptanmıştır.

Ev kaza sıklığı 0.104/kişi-yıl olarak bulunmuştur. Anneler kaza sonucu gelişen durumlara müdahalelerinde burun kanaması, benzin ve çamaşır suyu zehirlenmesi dışındaki durumlara yüksek oranda çözüm getirici uygulamalarda bulunduklarını belirtmişlerdir.

SUMMARY**DETERMINING THE INCIDENCE AND REASONS OF HOME ACCIDENTS IN THE REGION OF ÇİĞİLTEPE**

In this study has been target to determine reason of the spesification in accidental which is incidence of home accident and knowledges of the home accidents to fixed by mother.

This study is a type of prospective cohort study which is targeted to determine reason of the accident and incidence of accidental who is residence of region in Ankara, Çiğiltepe (N=637 family).

The rate of 1.54 percent have been exposed to home accident of the families. The incidence of home accident has been determined 0.104/person-years. The first of all the home accident is falling (44.4%) and second is wounded (22.2%) and third is burning (19.4%) if we have researched which is developing objects to intervention in epistaxis 34.8% and poison of gas, aseton and whiteners 28.1% which is intervention of created at problem by the mothers, but for example burning mothers have been practiced that solved the problem.

The incidence of accident has been determined in 0.104/person-years. Mother which is developing object of the intervention is in beside of epistaxis poison of gas and whitenexis that has been solved high rate problem.

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre kaza: insan iradesi dışında ani bir dış güç ile ortaya çıkan, fiziksel ve mental yaralanmalara yol açan olaylardır (1). Kazalar yaygın olarak olduğu yerlere göre (trafik kazaları, ev kazaları, iş kazaları, spor kazaları ve diğer kazalar) sınıflandırılır. Bunların arasında önemi gittikçe artan ev kazalarıdır. Ev kazaları; bir konutun içinde ya da ona ait çevresinde meydana gelen kazalardır (16). Evdeki genel kaza tipleri ise: düşme, zehirlenme, elektrik çarpması, boğulma, yaralanma ve patlama ile oluşur. DSÖ istatistiklerine göre dünyada ev kazaları içinde düşmeler birinci, yanıklar ve zehirlenmeler ikinci ölüm nedenlerini oluşturmaktadır (1).

Kazalar dünyada ve ülkemizde yüksek morbidite, mortalite, sakatlık ve işgücü kayıplarına neden olduğu için halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Ülkelere ve yaş gruplarına göre değişimle beraber tüm kazaların içinde ev kazalarının oranı yaklaşık %25'dir. Macaristan'da yapılan bir çalışmada ev kaza sıklığının binde 45 olduğu, tüm kazaların yarısını oluşturduğu, hastaneye yatanların 1/3'ünü içerdiği belirtilmiştir (17). İskandinav ülkelerinde evde kullanılan araç ve gereçlerin neden olduğu kazaların sıklığı 0-15 yaş grubunda onbinde 279 olarak bulunmuştur (7). ABD'de 1990 yılında hastanede tedavi olan olguların onbinde 33'ünü ev kazaları oluşturmuş ve bu kazaların %40'ı da ölümlerle sonuçlanmıştır (15).

Kazalar ölüm nedenleri sıralamasında ABD'de 9, Finlandiya, Fransa ve Türkiye'de 6. sırada yer almaktadır. 1990 yılında kazaya özel ölüm oranları İngiltere'de %2.5, Türkiye'de ise %5.7'dir (20:25). Yine İngiltere'de kaza sonucu ölümlerin yaklaşık %40'ını ev kazaları oluşturmaktadır (19).

Bütün yaş gruplarında ev kazalarına rastlanabilir, ama özellikle çocukların, aktif erişkinlerin ve yaşlıların daha fazla risk altında oldukları bilinmektedir (2). ABD'de 65 yaş ve üzeri kişilerin %40'ının yılda en az bir kez düştüğü, %1-6'sında ise ciddi yaralanmalar olduğu belirtilmektedir. Yine yaşlı ölümlerinin %4-5'inin önlenebilir kazalar sonucu olduğu saptanmıştır (13). Ev kazaları, genç erkeklerde elektrik çarpması, genç kadınlarda ise daha çok bıçak ve sivri aletler ile olmaktadır (5). ABD'de yapılan bir çalışmada bebeklerde görülen yaralanmaların %83'ünün evde görüldüğü, en yaygın nedenlerinin de düşmeler, yanık ve zehirlenmeler olduğu saptanmıştır. İlkokul çağındaki çocuklarda ise evde oluşan yanıklar, yangınlar, düşmeler ve boğulmaların yüksek mortaliteye neden olduğu saptanmıştır. Yine ABD'de 5 yaş altındaki çocuklarda görülen kazalar sonucunda oluşan ölümlerin yarısının ev ve çevresinde olduğu, 1990 yılında bu yaş grubunda meydana gelen yaralanmalara 7.5 milyar dolar harcandığı hesaplanmıştır (9:11).

Çocuk acil servislerine başvuru nedenlerinin %5-15'ini ev kazaları oluşturmaktadır. Ancak bu sayının gerçek ev kazalarının %6'sını oluşturduğu kabulünden hareketle kayıtlı olan kazaların 15 ile çarpıldığında ev kazalarının gerçek sayısının ortaya çıktığı belirtilmektedir (2). Türkiye'de ev kazalarına ilişkin kesin bir sayı olmamakla birlikte çeşitli araştırmalara göre tüm kazaların %18-25'ini ev kazaları oluşturmaktadır (6). Ülkemizde 1991 yılı sağlık bakım istatistiklerine göre 1-4 yaş ölüm nedenleri içinde kazalar dördüncü sırada yer almaktadır (24). Yine ülkemizde yabancı cisim aspirasyonlarının %75'inin 10 yaş altındaki çocuklarda görüldüğü, bebeklerde en sık kaza ölüm sebebi olduğu (12), 1990 yılında Ankara il merkezindeki hastanelerin acil servislerine kaza nedeni ile gelen hastaların başvuru nedenlerinin %22.7'sini ev kazalarının oluşturduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada ev kazalarında sayı olarak ilk sırayı düşmeler, ikinci sırayı yanıklar, üçüncü sırayı elektrik çarpmaları, dördüncü sırayı ise ilaç zehirlenmeleri oluşturmaktadır (19). Sağlık Bakanlığı yataklı tedavi kurumları bülteni verilerine göre 1990 yılında hastaneye yatanların %64'ünü kazalar nedeni ile yatanlar oluşturmakta olup, %31'ini ev kazası sonucu meydana gelen düşmeler oluşturmaktadır (22). Ayrıca 1991 yılında Devlet İstatistik Enstitüsü'nün il ve ilçe merkezlerinde saptanan ölüm nedenlerinin sıklıklarına göre sıralanmasında kaza sonucu zehirlenmeler 140., kaza sonucu düşmeler 141., kaza sonucu boğulmalar 143. sıradadır (22).

DSÖ Avrupa Bölgesi "2000 Yılında Herkese Sağlık" hedeflerinde Hedef 11 (2000 yılına kadar bölgede trafik, ev ve iş kazalarına yönelik yoğun çabalar sonucu kazalara bağlı ölümler en az %25 oranında azaltılmalıdır) olarak belirlenmiştir. Bu bağlamda ev kazalarında risk

faktörlerinin saptanması, bunlara yönelik bireylere ve ailelere yapılacak sağlık eğitimi etkinlikleri yararlı olacaktır. DSÖ kazaların önlenmesinde üç yaklaşım bulunduğunu bunlardan birisinin de sağlık eğitimi olduğunu belirtmiştir (25).

Ülkemizde hem ev kaza çalışmalarının azlığı, hem de ileriye yönelik izlenli araştırmalarla elde edilmiş yeterli veri olmaması nedeniyle, bu çalışma ile Ankara Çiğirtepe lojman bölgesinde oturanların ev kaza sıklığının ve ailelerin ev kazalarına yönelik bilgileri ile kazaya özel nedenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu çalışma, Ankara Çiğirtepe lojman bölgesinde oturanların ev kaza sıklığı ve kaza nedenlerinin saptanması için prospektif kohort tipi bir araştırma ve buradan elde edilecek bilgilerle uygulanacak sağlık eğitiminin etkinliğini belirlemek için yapılacak müdahale tipi iki ayrı araştırma tekniğini içeren bir proje olarak planlanmıştır. Çalışmanın ikinci bölümü devam etmektedir. Araştırmanın evrenini Ankara il merkezinde bulunan Çiğirtepe lojmanlarında oturan subay, astsubay ve sivil memur aileleri oluşturmaktadır. Lojman bölgesinde 33'ü on katlı, 13'ü beş katlı olmak üzere 41 blok ve toplam 938 hane vardır. Lojman daireleri; üç oda, bir salon, mutfak, banyo ve tuvaletten oluşup, su şebekesinden sağlanmakta, ısıtma merkezi kalorifer sistemi ile olmaktadır. Lojman sınırları içinde bir doktor, bir dişekimi ve bir hemşirenin görev yaptığı dispanser bulunmaktadır.

Çalışmanın izlem bölümü 29 Şubat - 8 Mayıs 1996 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Hazırlanan üç ayrı soru formunun birincisi ile ailelerin sosyodemografik özellikleri ile ev kazalarına yönelik bilgi, ikincisi ile ev kazalarının özellikleri, üçüncüsü ile de kazaya özel nedenler saptanmıştır. Çalışmada ailelerin kaza sonucu gelişen durumlara müdahaleleri ile ilgili durumları "Bilmiyor", "Sağlık kuruluşuna gitme", "Çözüm getirici" ve "Sorun yaratıcı" olarak dört grupta toplanmıştır. Çözüm getirici; kazanın neden olduğu sağlıksızlık durumunun ilerlemesine engel olan veya sağaltıma katkıda bulunan bilgiyi, sorun yaratıcı ise; kazanın neden olduğu sağlıksızlık durumunu ilerleten veya sağaltımı engelleyen bilgiyi ifade etmektedir.

Çalışmanın başlangıcında, aile bireylerinin sosyodemografik özellikleri ve annelerin ev kazaları ile ilgili bilgilerini saptamaya yönelik soru formu araştırmacılar tarafından aile bireyleri ile yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. Aynı zamanda "kaza insidans formu" da ailelere verilerek uğradıkları her kaza için bu formdan birer adet doldurmaları gerektiği açıklanmıştır. Aileler hem haftada bir ziyaret edilerek, hem de dispansere başvuruları sırasında ve telefonla haberleşmeleri sağlanarak ev kazalarına yönelik kazaya özel nedenleri içeren form araştırmacılar tarafından uygulanmıştır.

Araştırmanın evrenini oluşturan 938 hanenin 198'ine tayin nedeni ile taşınma (boş durumdaki evler), izin vb. nedenlerle ulaşılammıştır. Ulaşılan 740 haneden 90'ında bulunan aileler çalışmaya katılmayı reddetmişlerdir. Araştırma kapsamına alınan 650 aileden 13'ü soru formlarındaki bazı soruları yanıtlamayı reddettiler için çalışmadan çıkarılmıştır. Sonuç olarak çalışma 637 (637 / 640, %86.1) hanedeki aileler üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Çalışmada ev kaza sıklığı 0.104/kişi-yıl olarak bulunmuştur. Bu hesaplama şu şekilde gerçekleştirilmiştir (11;16):

Herbir hanedeki birey sayısı ile o hanenin izlem süresi çarpılarak, önce her hanedeki bireylerin izlem süreleri hesaplanmıştır (kişi. gün).

Hanede bulunan toplam 2344 bireyin izlem süreleri toplanarak çalışmanın toplam izlem süresi bulunmuştur (125 955 kişi-gün).

125 955

Bu değer " 365 = 345 kişi-yıl" işlemi ile kişi-gün'den kişi-yıl'a çevrilmiştir.

36

İzlem süresi içinde saptanan toplam 36 kaza kişi-yıl izlem süresine bölünerek (345 = 0.104/kişi-yıl) ev kaza sıklığı hesaplanmıştır.

Verilen SPSS for Windows Release 5.0 bilgisayar paket programında Ki-kare testi kullanılarak araştırmacılar tarafından değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Araştırmada annelerin %27.5'i 18-29 yaş grubunda babaların ise %48.3'ü 30-39 yaş grubunda yer almaktadır. Ailelerin %9.3'ünün hiç çocuğu bulunmazken, %1.6'sının 4 çocuğa sahip olduğu, %8.2'sinin (n=52) yanında birinci derece yakın akrabalarının kaldığı bulunmuştur. Ailelerin %23.0'ünün aylık gelirlerinin yaklaşık 3.0-20.0 milyon TL., %34.5'inin ise 20.5-30.0 milyon TL. arasında olduğu saptanmıştır. Annelerin %23.4'ü, babaların ise %3.5'i temel eğitimlerini tamamlamamışlardır. Ailelerin %39.2'si 16 yıl ve üzeri evlilik süresine sahipken, %42.4'ü bulundukları konutta 3-5 yıl süreyle ikamet etmektedirler (Tablo-1).

Çalışmaya katılanların %1.54'ünün ev kazasına maruz kaldıkları, kaza geçirenlerin %41.7'sinin anneler olduğu saptanmıştır. Kazanın geliştiği izlem süresinin %41.7'si 45-69 gün arasındadır. Kaza tiplerine göre, birinci sırada düşme (%44.4), ikinci sırada kesikler (%22.2), üçüncü sırada ise yanıkların (%19.4) bulunduğu, kazaların %33.3'ünün mutfakta, %94.4'ünün kendi evlerinde meydana geldiği saptanmıştır (Tablo-2). Kaza geçirenlerin %41.7'sinin kaza sonucu bir sağlık kuruluşuna götürüldüğü, %44.4'ünün üst ekstremitelerinin yaralandığı bulunmuştur (Tablo-2). Annelerin ev kazaları sonucu oluşan yaralanmalara yönelik bilgi durumlarına bakıldığında; burun kanamasında %34.2, düşme sonucu derin yaralanmalarda %24.3, benzin, aseton, kolonya, çamaşır suyu zehirlenmesi sonucunda da %28.1 oranında ifade ettikleri bilgilerin sorun yaratıcı olduğu saptanmıştır (Tablo-4).

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada kaza geçirme oranısı aileler yönünden (N=637) %5.7, bireyler yönünden ise (N=2344) %1.54 olup, ev kaza sıklığı 0.104/kişi-yıl olarak hesaplanmıştır. Aile bireylerinin %1.54 kaza oranısı Karataş'ın 1985 yılında Yenice ve Saray sağlık ocakları bölgelerinde yapmış olduğu prospektif çalışmadaki kaza oranısından (%3.6) düşük bulunmuştur (16).

Ev kazası geçirenlerin %41.7'si anne, %19.4'ü de birinci çocuk (birinci çocukların %41.3'ü 9 yaş ve altındadır). Çalışmada, ev kazalarının bu yaş gruplarında daha sık görülmesi annelerin %63.4'ünün ev hanımı olmaları, birinci çocukların ise yarınsından fazlasının okul öncesi çocuklar olması nedeniyle yaşamlarının büyük çoğunluğunu evde geçirmelerine bağlanabilir (Tablo-2).

Araştırmada ev kazalarında birinci sırayı düşmeler (%44.4), ikinci sırayı kesikler (%22.2), üçüncü sırayı ise yanıklar oluşturmaktadır (Tablo-2). Bu bulgu DSÖ'nün ev kazaları tipi istatistikleri ile (27), Erkal ve Malgıl'ın çalışmalarındaki kaza tip sıralamasıyla benzerlik göstermektedir (6;19).

Ev kazaları oluş yerlerine göre en çok mutfakta (%33.3) ve oturma odasında görülmektedir. Demircioğlu ve Erkal'ın yaptıkları çalışmalarda da ev kazalarının oluş yerlerine göre sıralamaları, benzer sonuçları göstermektedir (4:6). Diğer odalara göre mutfakta daha sık kaza görülmesi, burada araç gereçlerin diğer mekanlardan daha fazla olmasıyla açıklanabilir (15).

Çalışmada kazalar en fazla üst ekstremitelere zarar vermiş (%44.4) ve kaza sonucu %52.7 oranında yara, bere, ezik, sıyrık görülmüştür. Kaza geçirilenlerin %16.7'sine herhangi bir müdahale yapılmayıp, %58.3'ü de herhangi bir sağlık kuruluşuna götürülmemiştir (Tablo-2). Demircioğlu'nun çalışmasında %36.4'üne, Karataş'ın çalışmasında ise %38.3'üne herhangi bir müdahale yapılmamıştır (4:16). Araştırma kazazedelerin yarısından fazlasının bir sağlık kuruluşuna götürülmemesi, ailelerin evde kazaya ilk müdahaleyi doğru yapacak bilgiyle donatılmaları gereğini düşündürmektedir.

Daha önceki çalışmalarda kazaların büyük çoğunluğunun sabah ve akşam saatlerinde olduğu gözlenirken, bu çalışmada ise ev kazaları %42.2 oranında 14.00-20.00 saatleri arasında gerçekleşmiştir (Tablo-2).

Ev kaza nedenleri insan (psikolojik, fizyolojik, eğitim), araç-gereç (evlerde kullanılan malzeme ve ekipmanların arızalı, bakımsız oluşu) ve çevresel faktörlerdir. Bu sayılan faktörlerin sadece birisi kazaya neden olabileceği gibi ikisi ya da üçü birlikte de kazaya neden olabilir. Araştırmada kazaya neden olan faktörlerde üç nedeni de birlikte görmekteyiz. Çalışmadaki kaza tiplerine göre nedenler incelendiğinde düşmelerde zeminin kaygan olması (%37.5), yanıklarda tava-çaydanlık saplarının ocak dışında olması (87.5), kesiklerde bıçak, makas, iğne gibi araçların dikkatsiz kullanımı (%62.5) en çok saptanan nedenlerdir (Tablo-3). Bu sonuçlar Erkal ve Demircioğlu'nun yaptıkları çalışmalarda elde ettikleri verilerle benzerlik göstermektedir (4:6).

Anneler burun kanamasında %56.6, düşme sonucu şişlik morlukta %73.2, düşme sonucu yara bölgesinde %59.3, yanıkta %80.9, elbiselerin tutuşmasında %63.1, elektrik çarpmasında %56.4, burun boğaza yabancı cisim kaçmasında %53.0, ilaç zehirlenmesinde ise %50.8 oranlarında çözüm getirici uygulamalarda bulunacaklarını, düşme sonucu derin yarada %40.9, kırıkta %54.6, düşme sonucu burkulmada %53.3 oranında hiçbir müdahale yapmadan sağlık kuruluşlarına müracaat edeceklerini bildirmişlerdir (Tablo-5). Annelerin eğitim durumlarına göre ev kazaları sonucu oluşan yaralanmalara yönelik bilgi durumları karşılaştırıldığında ilaç zehirlenmesi, burun boğaza yabancı cisim kaçması ve yanık dışındaki tüm durumlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p<0.05$). Burada annelerin eğitim düzeyleri arttıkça sorun yaratıcı müdahaleleri daha az sıklıkla ifade ettikleri saptanmıştır (Tablo-4).

Annelerin çalışma durumlarına göre ev kazaları sonucu oluşan yaralanmalara yönelik bilgi durumları incelendiğinde ev kadınının düşme sonucu derin yara (%22.8) ve yanık (%9.5) dışındaki tüm müdahalelerde çalışan kadınlara göre daha yüksek oranda sorun yaratıcı bilgiye sahip oldukları saptanmıştır (Tablo-5). Annelerin çalışma durumları ile ev kazaları sonucu oluşan yaralanmalara müdahaleleri karşılaştırıldığında yanık dışındaki tüm durumlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p<0.05$).

ÖNERİLER

Araştırmanın verileri göz önüne alındığında:

Araştırmada kazaya en sık anneler ve birinci çocuklar maruz kalmış olup bu yaş grubunun yaşamlarının büyük çoğunluğunu evde geçirdikleri düşünüldüğünde; ev kazalarına yönelik sağlık eğitim programlarında bu gruplar öncelenmelidir.

Araştırmada kazaya neden olan faktörler açısından insan, araç, gereç ve çevresel nedenlerin birarada görüldüğü bunun için; kazaya neden olabilecek bireysel ve çevresel faktörlerin saptanması, bu olumsuz faktörlerin ortadan kaldırılması ve uygun düzenlemelerin yapılması gereklidir.

Araştırmada kazazedelerin yarısından fazlasının bir sağlık kuruluşuna götürülmediği, eğitim düzeyi düşük ev kadınlarının çalışan kadınlara göre daha fazla sorun yaratıcı uygulamalarda bulundukları saptanmıştır. Bunun için tüm kazalarda olduğu gibi ev kazalarında da topluma yönelik sağlık eğitiminin yapılması kaza oluşumunu engelleyecektir.

Ayrıca ülke çapında ev kaza durumlarının bilinmesi, kazalardan korunmada önemlidir. Bunun için kayıt sisteminin geliştirilmesi ve bu konuda birinci basamak sağlık çalışanlarının bilgilendirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Backeet, M.: Domestic Accidents. WHO Public Health Paper Geneva 1965, pp:26.
2. Beyazova, U.: Çocukluk Çağında Kazalar, Türk Hemşireler Dergisi. 1994, s:253-255.
3. Çöl, M., Dalgıç, N., Işın, A.: Park Sağlık Ocağı Bölgesinde Kaza İnsidansı. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, İzmir 1994.
4. Demiroğlu, A., Erçağan, İ., İskurt, F., Öztürk, S., Güler, Ç.: Yenikent Belde Merkezinde Evlerde Kaza Riskini Arttıracak ve Bunların Son Altı Ayda Evde Görülen Kazalarla Bağlantılarının Belirlenmesi. Doktor Genel Tıp Deneme Dergisi 3(3), 1994, s:188-195.
5. Ege, R.: Acil Yardım ve Kazalar Sempozyumu. Der. Emel Matbaacılık. Ankara, 1984.
6. Erkal, S.: Ev Kazalarına Neden Olan Faktörlerin İncelenmesi. Sağlık Dergisi, 1994:66-1,2, s:31-41.
7. Gailerd, M., Herve, C.: Emergency Medical Care and Severe Home Accident in Children Study of 630 Cases Over 5 Years. Their Significance in Traumatic Accident. Ann Pediatr Paris. 1991, 38:311.
8. Glik, D., Greave, P.: Safety Hazards in Household With Young Children. Journal of Pediatric Psychology. Vol 18(1). 1993, pp:115-131.
9. Graham, J., Firth, J.: Home Accidents in Older People Role of Primary Health Care Team. British Medical Journal. Vol:35, 1992, pp:30-32.
10. Güneşli, H.: Adana İl Merkezindeki Hastanelerin Acil Servislerine Başvuran Kaza Olgularının Epidemiyolojik İncelenmesi. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. 1994, İzmir.
11. Hennekens Charles, H., Buring Julie, E.: Epidemiology in Medicine, 1987.
12. Harris, JJ., Kath, J.: Unintentional Infant Injuries Sociodemographic and Psychosocial Factors. Public Health Nursing: 11(2) 1992, pp:90-97.
13. Haspolat, K., Hasanoglu, A.: Çocukluk Çağı Zehirlenmeleri. Sağlık Dergisi. 61-3, 1989, s:42-48.
14. Donald, F.: Injuries in on Elderly Inner City Population Grisso JAGS 38 1990, pp:1326-1331.
15. J.Janes: Safe as Houses. Nursing Times. April 7 vol 89(14), 1993.
16. Kahn, H.A., Sempson, C.T.: Statistical Methods in Epidemiology, Oxford University Press, New York, 1989.

17. Karataş, N.: Ev Kazaları ile İlgili Prospektif Bir Çalışma. I. Ulusal Hemşirelik Kongresi. 1985. İzmir.
18. Kazar, G., Gaal, P., Kosa, J., Baza, M.: Significance of Home Accidents. *Magy Traumatol Ortop Kezseb* 1994, 37(3): 263-270.
19. Malgil, Y.: Ev Kazalarında 2000 Çocuk Öldü. 1 Mart 1990. *Tercüman Gazetesi*, s.3.
20. Mandıracıoğlu, A.: Yaşlılıkta Kazalar. *Türk Hemşireler Dergisi*, Sayı:3, 1993, s:18-21.
21. Polat, O.: Ev Kazaları. *Sindrom Dergisi*. 1992 Haziran. s:43-47.
22. Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Bülteni, 1990, s:86-88.
23. Schwaz, F., Grisso, J., Miles, C.: An Injury Prevention Program in on Urban African-American Community. *American Journal of Public Health* 83 (4). 1993, pp:675-690.
24. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Türkiye İstatistik Yıllığı. 1991-1993.
25. Temgilimoğlu, D.: Ev Kazaları. *Yeni Tıp Dergisi*. 10(3), 1993, s:51-57.
26. Towner, E., Barry, A.: Accidental Injury in Childhood. *Pediatric Nursing*. 5(10), 1993.
27. WHO. World Health Statistics Annual 1990. Vital Statistics Causes of Death WHO Geneva, 1990.

Tablo-1: Araştırma Kapsamındaki Ailelerin ve Aile Bireylerinin Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri (n=637)

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı	%
GÖRÜŞME YAPILAN KİŞİ		
Anne	555	87.1
Diğerleri (baba, çocuk, bakıcı vb.)	82	12.9
AİLE TİPİ		
Çekirdek	579	90.9
Geniş	56	8.8
Parçalanmış	2	0.3
EYDE YAŞAYAN BİREY SAYISI		
1-3	245	38.5
4	299	46.9
5-7	93	14.6
ANNE YAŞI		
18-29	175	27.5
30-39	263	41.3
40-49	158	24.8
50	41	6.4
ANNE EĞİTİMİ		
Eğitim süresi < 8 yıl	149	23.4
Eğitim süresi ≥ 8 yıl	488	76.6
ANNENİN ÇALIŞMA DURUMU		
Ev kadını	404	63.4
Çalışıyor	233	36.6
BABA YAŞI		
23-29	82	12.9
30-39	308	48.3
40-49	191	30.0
50	56	8.8
BABA EĞİTİMİ		
Eğitim süresi < 8 yıl	22	3.5
Eğitim süresi ≥ 8 yıl	615	96.5
BABA MESLEĞİ		
Subay	328	51.5
Astsubay	241	37.8
Sivil Memur	68	10.7
I. ÇOCUĞUN CİNSİYETİ (n=578)		
Erkek	272	47.1
Kız	306	52.9
I. ÇOCUĞUN YAŞI (n=578)		
0-4	112	19.4
5-9	127	21.9
10-17	188	32.5
18	151	26.2
I. ÇOCUĞUN EĞİTİMİ (n=578)		
Okul öncesi	167	28.9
Eğitim süresi < 8 yıl	188	32.5
Eğitim süresi ≥ 8 yıl	223	38.6
II. ÇOCUĞUN CİNSİYETİ (n=386)		
Erkek	194	50.3
Kız	192	49.7
II. ÇOCUĞUN YAŞI (n=386)		
0-4	79	20.4
5-9	81	21.1

10-17	147	38.1
18	79	20.4
II. ÇOCUĞUN EĞİTİMİ (n=386)		
Okul öncesi	112	29.0
Eğitim süresi < 8 yıl	159	41.2
Eğitim süresi 8 yıl	115	29.8
III. ÇOCUĞUN CİNSİYETİ (n=80)		
Erkek	43	53.8
Kız	37	46.2
III. ÇOCUĞUN YAŞI (n=80)		
0-4	20	25.0
5-9	12	15.0
10-17	28	35.0
18	20	25.0
III. ÇOCUĞUN EĞİTİMİ (n=80)		
Okul öncesi	20	25.0
Eğitim süresi < 8 yıl	36	45.0
Eğitim süresi 8 yıl	24	33.0
EVDE YAŞAYAN BAŞKA BİREY (n=52)		
Anneanne, babaanne, dede	41	78.8
Dayı, teyze	7	13.5
Yeğen	3	5.9
Bakıcı	1	1.8
EVDE YAŞAYAN BAŞKA BİREYİN YAŞI (n=52)		
19-29	9	17.3
30-39	19	36.5
63	24	46.2
EVDE YAŞAYAN BAŞKA BİREYİN EĞİTİMİ (n=52)		
Okur-yazar değil	12	23.0
Eğitim süresi < 8 yıl	27	51.9
Eğitim süresi 8 yıl	13	25.1
AİLENİN AYLIK GELİRİ (MİLYON TL.)		
3.0-20.0	144	22.6
20.5-30.0	220	34.5
31.0-49.0	165	25.9
50.0-90.0	108	17.0
EVLİLİK SÜRESİ (YIL)		
0-4	124	19.5
5-9	128	20.1
10-15	135	21.2
16	249	39.2
KONUTTA İKAMET SÜRESİ (YIL)		
0-1	161	25.3
2	107	16.8
3-5	270	42.4
6	99	15.5
KONUT KATI		
0-4	390	61.2
5-9	247	38.8

Tablo-2: Ev Kazalarının ve Kaza Geçirenlerin Çeşitli Özellikleri (n=36).

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı	%
KAZAYA UĞRAYAN KİŞİ		
Anne	15	41.7
Baba	4	11.1
I. çocuk	7	19.4
II. çocuk	4	11.1
III. çocuk	4	11.1
IV. çocuk	1	2.8
Bakıcı	1	2.8
KAZANIN GELİŞTİĞİ İZLEM SÜRESİ (GÜN)		
1-20	10	27.7
26-44	11	30.6
45-69	15	41.7
KAZANIN OLDUĞU SAAT		
06.00-13.00	13	36.1
14.00-20.00	17	47.2
21.00-22.30	6	16.7
KAZANIN OLDUĞU GÜN		
Özel bir gün değil	28	77.8
Özel bir gün idi (Doğumgünü, düğün)	8	22.2
KAZANIN OLDUĞU EV		
Kendi evi	34	94.4
Yakın akraba, konukevi	2	5.6
KAZANIN OLDUĞU YER		
Mutfak	12	33.3
Oturma odası	7	19.4
Salon	5	13.9
Banyo	4	11.1
Antre	4	11.1
Yatak odası	2	5.6
Balkon	1	2.8
Asansör	1	2.8
KAZA TİPİ		
Düşme	16	44.4
Kesik	8	22.2
Yanık	7	19.4
Zehirlenme	2	5.6
Burun boğaza yabancı cisim kaçması	1	2.8
Elektrik çarpması	1	2.8
Yaralanma	1	2.8
KAZA SONUCU OLUŞAN DURUMLAR		
Yara bere - ezik - sıyrık	19	52.7
Yanık	6	16.7
Kırık çıkık	4	11.1
Kesik açık yara	4	11.1
Hiçbir şey olmadı	2	5.6
G.İ.S. (bulantı, kusma)	1	2.8
KAZANIN VÜCUTTA ZARAR VERDİĞİ ORGAN		
Üst ekstremité	16	44.4
Baş-boyun bölgesi	11	30.6
Alt ekstremité	6	16.7
Gövde	2	5.5
G.İ.S.	1	2.8
KAZA SONUCU MÜDAHALE İÇİN İLK GÖTÜRÜLEN YER		

Bir yere götürülmedi.	21	58.3
Sağlık kuruluşuna götürüldü.	15	41.7
KAZA GEÇİREN KİŞİYE KAZA YERİNDE MÜDAHALE		
Müdahale yapılmadı	6	16.7
Kendi müdahalesi	9	25.0
Anne, baba, kardeş, komşu müdahalesi	21	58.3
KAZANIN KESİN SONUCU		
Tamamen iyileşti	23	63.9
Tedavi devam ediyor	13	36.1
KAZA SONUCU İŞGÜCÜ KAYBI (GÜN)		
Yok	30	83.3
7	4	11.1
10	1	2.8
60	1	2.8

Tablo-3: Kaza Tiplerine Göre Kaza Nedenlerinin Dağılımı

Kaza Nedenleri	Sayı	%
KONUTA AİT FAKT. DÜŞME (n=16)		
Zemin kaygan ve ıslak olduğundan ayağı kayma	6	37.5
Halı saçaklı, kıvrımlı olduğundan ayağı kayma	6	37.5
Ayakta bol, topuklu terlik nedeni ile ayağı kayma	32	12.5
Aydınlatma yetersiz	2	12.5
Karyola kırık olduğundan	2	12.5
KESİK (n=8)		
Bıçak-makas iğne	5	62.5
Teneke kutu	2	25.0
Cam malzeme	1	12.5
YANIK (n=7)		
Tava- çaydanlık sapları ocak dışında olduğundan, kaynar süt-su yemek ile	6	85.7
Ütü masası kırık olduğundan ütü ile yanık	1	14.3
ZEHİRLENME (n=2)		
Tuzruhu fazla kullanıldı	1	50.0
Mantarın miadı geçmiş	1	50.0
ELEKTRİK ÇARPMASI (n=1)		
Buzdolabı kablosunun tamire ihtiyacı var	1	100.0
YARALANMA (n=1)		
Çekmece düştü	1	100.0
BURUN BOĞAZA YABANCI CİSİM KAÇMASI (n=1)		
Buruna selpak kaçtı	1	100.0
KİŞİYE AİT FAKTÖRLER (n=36)		
Farklı birgün değildi	7	19.4
Farklı (sıkıntılı, üzgün, yorgun, dikkatsiz, stresli)	29	80.6
HASTALIK DURUMU		
Boğaz enf.	1	25.0
Baş ağrısı	2	50.0
Hipertansiyon	1	25.0

Tablo-4: Annelerin Eğitim Durumlarına Göre Ev Kazaları Sonucu Oluşan Yaralanmalara Yönelik Bilgi Durumlarının Dağılımı

KAZA SONUCU DURUM		KAZA SONUCU GELİŞEN DURUMA MÜDAHALE TİPİ									
		BİLMİYOR		ÇÖZÜM GETİRİCİ		SORUN YARATICI		SAĞ.KUR. GİTME		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
BURUN KANAMASI											
Eğitimsüresi <8	8	6.3	50	39.1	64	50.0	6	4.7	128	23.1	0.00010
Eğitimsüresi 8	18	4.2	264	61.8	129	3.2	16	3.7	427	76.9	
Toplam	26	4.7	314	56.6	193	34.8	22	4.0	555	100.0	
DÜŞME SONUCU ŞİŞLİK MORLUK											
Eğitimsüresi <8	9	7.0	82	64.1	25	19.5	12	9.4	128	23.1	0.02328
Eğitimsüresi 8	24	5.6	324	75.9	43	10.1	36	8.4	427	76.9	
Toplam	33	5.9	406	73.2	68	12.3	48	8.6	555	100.0	
DÜŞME SONUCU DERİN YARA											
Eğitimsüresi <8	12	9.4	22	17.2	26	20.3	68	53.1	128	23.1	0.00001
Eğitim süresi 8	12	2.8	147	34.4	109	25.5	159	37.2	427	76.9	
Toplam	24	4.3	169	30.5	135	24.3	227	40.9	555	100.0	
DÜŞME SONUCU KIRIK											
Eğitim süresi<8	8	6.3	32	25.0	3	2.3	85	66.4	128	23.1	0.00833
Eğitimsüresi 8	23	5.4	178	41.7	8	1.9	218	51.5	427	76.9	
Toplam	31	5.6	210	37.8	11	2.0	303	54.6	555	100.0	
DÜŞME SONUCU BURKULMA											
Eğitim süresi<8	9	7.0	21	16.4	22	17.2	76	59.4	128	23.1	0.00884
Eğitim süresi 8	34	8.0	128	30.0	45	10.5	220	51.5	427	76.9	
Toplam	43	7.7	149	26.8	67	12.1	296	53.3	555	100.0	
DÜŞME SONUCU YARA BÖLGESİ											
Eğitim süresi<8	6	4.7	61	47.7	35	27.3	26	20.3	128	23.1	0.00244
Eğitim süresi 8	30	7.0	268	62.8	65	15.2	64	15.0	427	76.9	
Toplam	36	6.5	329	59.3	100	18.0	90	16.2	555	100.0	
YANIK											
Eğitimsüresi <8	3	2.3	99	77.3	16	12.5	10	7.8	128	23.1	0.64024
Eğitimsüresi 8	11	2.6	350	82.0	41	9.6	25	5.9	427	76.9	
Toplam	14	4.5	449	80.9	57	10.3	35	6.3	555	100.0	
ELBİSELERİN TUTUŞMASI											
Eğitim süresi<8	11	8.6	62	48.4	52	40.6	3	2.3	128	23.1	0.00052
Eğitim süresi 8	31	7.3	288	67.4	97	22.7	11	2.6	427	76.9	
Toplam	42	7.6	350	63.1	149	26.8	14	2.5	555	100.0	
ELEKTRİK ÇARPMASI											
Eğitim süresi<8	51	39.8	58	45.3	8	6.3	11	8.6	128	23.1	0.01192
Eğitimsüresi 8	108	25.3	255	59.7	29	6.8	35	8.2	427	76.9	
Toplam	159	28.6	313	56.4	37	6.7	46	8.3	555	100.0	
BURUN DOĞAZA YABANCI CİSİM KAÇMASI											
Eğitimsüresi <8	17	13.3	57	44.5	19	14.8	35	27.3	128	23.1	0.15943
Eğitim süresi 8	52	12.2	237	55.5	46	10.8	92	21.5	427	76.9	
Toplam	69	12.4	294	53.0	65	11.7	127	22.9	555	100.0	
İLAÇ ZEHİRLENMESİ											
Eğitim süresi<8	11	8.6	59	46.1	23	18.0	35	27.3	128	23.1	0.09528
Eğitim süresi 8	22	5.2	223	52.2	49	11.5	133	31.1	427	76.9	
Toplam	33	5.9	282	50.8	72	13.0	168	30.3	555	100.0	
BENZİN, ASETON, ÇAMAŞIRSUYU ZEHİRLENMESİ											
Eğitim süresi<8	18	14.1	23	18.0	49	38.3	38	29.7	128	23.1	0.02558
Eğitim süresi 8	62	14.5	109	25.5	107	25.1	149	34.9	427	76.9	

<i>Toplam</i>	80	14.4	132	23.8	156	28.1	187	33.7	555	100.0	
---------------	----	------	-----	------	-----	------	-----	------	-----	-------	--

Tablo-5: Annelerin Çalışma Durumlarına Göre Ev Kazaları Sonucu Oluşan Yaralanmalara Yönelik Bilgi Durumlarının Dağılımı

KAZA SONUCU DURUM	KAZA SONUCU GELİŞEN DURUMA MÜDAHALE TİPİ										
	BİLMİYOR		ÇÖZÜM GETİRİCİ		SORUN YARATICI		SAĞ.KUR. GİTME		TOPLAM		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
BURUN KANAMASI											
Ev kadını	19	5.1	189	51.2	143	38.8	18	4.9	369	66.5	0.00360
Çalışıyor	7	3.8	125	67.2	50	26.9	4	2.2	186	33.5	
Toplam	26	4.7	314	56.6	193	34.8	22	4.0	555	100.0	
DÜŞME SONUCU ŞİŞLİK MORLUK											
Ev kadını	26	7.0	253	68.6	55	14.9	35	9.5	369	66.5	0.00552
Çalışıyor	7	3.8	153	82.3	13	7.0	13	7.0	186	33.5	
Toplam	33	5.9	406	73.2	68	12.3	48	8.6	555	100.0	
DÜŞME SONUCU DERİN YARA											
Ev kadını	18	4.9	94	25.5	84	22.8	173	46.9	369	66.5	0.00091
Çalışıyor	6	3.2	75	40.3	51	27.4	54	29.0	186	33.5	
Toplam	24	4.3	169	30.5	135	24.3	227	40.9	555	100.0	
DÜŞME SONUCU KIRIK											
Ev kadını	21	5.7	113	30.6	10	2.7	225	61.0	369	66.5	0.0001
Çalışıyor	10	5.4	97	52.2	1	0.5	78	41.9	186	33.5	
Toplam	31	5.6	210	37.8	11	2.0	303	54.6	555	100.0	
DÜŞME SONUCU BURKULMA											
Ev kadını	28	7.6	82	22.2	47	12.7	212	57.5	369	66.5	0.00530
Çalışıyor	15	8.1	67	36.0	20	10.8	84	45.2	186	33.5	
Toplam	43	7.7	149	26.8	67	12.1	296	53.3	555	100.0	
DÜŞME SONUCU YARA BÖLGESİ											
Ev kadını	24	6.5	201	54.5	75	20.3	69	18.7	369	66.5	0.00836
Çalışıyor	12	6.5	128	68.8	25	13.4	21	11.3	186	33.5	
Toplam	36	6.5	329	59.3	100	18.0	90	16.2	555	100.0	
YANIK											
Ev kadını	9	2.4	299	81.0	35	9.5	26	7.0	369	66.5	0.64831
Çalışıyor	5	2.7	150	80.6	22	11.8	9	4.8	186	33.5	
Toplam	14	2.5	449	80.9	57	10.3	35	6.3	555	100.0	
ELBİSELERİN TUTUŞMASI											
Ev kadını	33	8.9	219	59.3	109	29.5	8	2.2	369	66.5	0.03383
Çalışıyor	9	4.8	131	70.4	40	21.5	6	3.2	186	33.5	
Toplam	42	7.6	350	63.1	149	26.8	14	2.5	555	100.0	
BURUN DOĞAZA YABANCI CİSİM KAÇMASI											
Ev kadını	46	12.5	186	50.4	47	12.7	90	24.4	369	66.5	0.32706
Çalışıyor	23	12.4	108	58.1	18	9.7	37	19.9	186	33.5	
Toplam	69	12.4	294	53.0	65	11.7	127	22.9	555	100.0	
İLAÇ ZEHİRLENMESİ											
Ev kadını	26	7.0	177	48.0	52	14.1	114	30.9	369	66.5	0.15788
Çalışıyor	7	3.8	105	56.5	20	10.8	54	29.0	186	33.5	
Toplam	33	5.9	282	50.8	72	13.0	168	30.3	555	100.0	
BENZİN, ASETON, ÇAMAŞIRSU YU ZEHİRLENMESİ											
Ev kadını	55	14.9	73	19.8	122	33.1	119	32.2	369	66.5	0.00041
Çalışıyor	25	13.4	59	31.7	34	18.3	68	36.6	186	33.5	
Toplam	80	14.4	132	23.8	156	28.1	187	33.7	555	100.0	

GATA HEMATOLOJİ-ONKOLOJİ BİLİM DALLARI'NDA YATAN HASTALARIN HALK HEKİMLİĞİ UYGULAMALARINA BAŞVURMA DURUMLARININ SAPTANMASI

Dr. Süleyman Ceylan*, Yrd. Doç. Dr. Onur Hamzaoglu*, Yrd. Doç. Dr. Cengiz Beyan**, Dr. Şeref Kömürcü***, Prof. Dr. Atilla Yalçın**.

*GATA Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**GATA Hematoloji Bilim Dalı

***GATA Onkoloji Bilim Dalı

ÖZET

Bu çalışma, maligniteli hastaların halk hekimliği uygulamalarına başvurma sıklığını saptamak, hastaların bu uygulamalara yönelim öğelerini, kullanılan yöntemleri, hastaların bu yöntemlerden beklentileri ve etkilerinin ve ilişkili olabilecek sosyo-demografik özellikleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

GATA Hematoloji ve Onkoloji Bilim Dallarında malignite tanısı konulduktan sonra taburcu olup, tedavilerinin devamı için tekrar hastaneye başvuran 119 hastanın halk hekimliği uygulamalarına başvuru sıklıklarının saptandığı kesitsel tipte bir araştırmadır.

Hastaların %58,8'i (n=70) halk hekimliği uygulamalarından herhangi birini kullanmıştı. Bunlardan %51,8'i yalnızca bitkisel tedavileri kullanmış, %12,8'i halk hekimlerine başvurmuş, %35,4'ü ise hem halk hekimine başvurmuş, hem de bitkisel tedavileri uygulamıştı. Halk hekimliği uygulamalarına başvuran kişilerin %42,9'u uygulamaların yararı olmadığını, %22,9'u çeşitli semptomların ortadan kalktığını belirtmiş, %20,0'ı vücudun güçlenme hissinden, %14,2'si ise moral düzelmesinden söz etmiştir.

Çalışma kapsamındaki olgulardan, kırsal kesimde doğan ve yaşamakta olanların, ataerkil aile bireyleri ve öğrenim düzeyi düşük kişilerin, diğerlerine göre halk hekimliği uygulamalarına daha fazla başvurdukları saptanmıştır.

SUMMARY

Objectives are to determine the prevalence of using traditional medicine by the patients with malignancy; to assess the components of the patients' motivations to use traditional medicine practices, the practices used by the patients, the expectations of the patients, effects of the practices and the related socio-demographic characteristics.

This is a cross-sectional study designed to determine the prevalence of using traditional medicine by 119 patients with malignancy who were discharged from hospital after the initial diagnose or the initial course of therapy and rereferred to hospital during of their therapies in hematology or oncology departments of Gülhane Military Medical Academy.

58,8% (n=70) of the patients had used at least one of the traditional medicine practices. 51,8% of these had used only herbal medicine, 12,8% of the patients had only consulted to traditional physicians and 35,4% of the patients had used both of these practices. 42,9% of the patients who had used traditional medicine practices have expressed that the practices had not been useful, 22,9% of the patients have expressed that several symptoms had disappeared, 20,0% of the patients have expressed that they were feeling stronger and 14,2% of the patients have expressed that their morales had been better.

It has been determined that the patients who had been born in rural areas and are living in rural areas, and are individuals of patriarchal family and have lower education level have used traditional medicine practices more than the others in the context of this study.

GİRİŞ

Günümüzde tıptaki önemli gelişmelere rağmen, kanser, AIDS gibi hastalıklar için tıbbın tam iyileşme sağlayacak tedavileri üretmede yetersizliği söz konusudur (6,11). Bu durum hastaların güncel tedavi yöntemlerinden tatminsizliğine yol açmaktadır (2). Günümüzde uygulanan tedavi yöntemlerinin kanserle savaşta başarısız olması, tıp dışı uygulamalara başvuru eğiliminin başta gelen nedenidir (12). Bu eğilimin uygulamadaki görünümü, tıbbi tedaviyi tamamlayıcı tedavileri kullanma veya geleneksel tıp yöntemlerine başvuru şeklinde belirlenmektedir.

Modern tıp öğretisi dışındaki yöntemlerle eğitilen kişiler tarafından uygulanan, akademik veya örgün eğitim sistemlerinde biçimlenmemiş olan ve geleneklere dayanan tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin en yaygın kullanılan biçimleri akupunktur, homeopati ve bitkisel tıp olup, bütün Avrupa'da çok sayıda uygulayıcısı vardır (8,11). Bu uygulamalar yüzyıllardan beri mevcuttur. Rudolph Steiner tarafından geliştirilen Anthroposophical tıp öğretisine yönelimi olan hekimlerin kanser tedavisinde ökse otunu kullandıkları bilinmektedir (2).

Bir çok ülkede kanser hastalarının tedavisi için geleneksel tıp yöntemlerine başvurulduğu bilinmektedir: Hindistan'ın geleneksel tıp uygulaması olan Ayurveda yaklaşımında kullanılan bitkisel bileşimlerden ikisinin kanser hücrelerinin ilerlemesini önlediği, Ulusal Kanser Enstitüsü'nde yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (7). Çin'de bitkilerden elde edilen ve halk arasında yaygın olarak kullanılan indirubin adlı maddenin kronik myelositik lösemi tedavisinde kullanışlı olduğu belirtilmektedir (9).

Tayvan'da göğüs kanserinde geleneksel hekimlik yöntemleri yaygın olarak kullanılmaktadır (5). Nijerya'da kanser hastaları Iqbo adı verilen geleneksel hekimlere hastanelerden önce ve daha sık başvurumaktadırlar (13). Japonya'da hozai adı verilen bitkisel madde mide kanseri olan hastaların tedavilerinde kullanılmaktadır (10). İngiltere ve ABD'de yapılan iki çalışmada kanserli hastaların sırasıyla %16 ve %13 oranında tamamlayıcı tedavileri kullandıkları saptanmıştır (4,6).

Geleneksel halk hekimliği, uygarlığın devrimleri ve insanlığın evriminin başı sonu belli olmayan bir öyküsü ve hiç bitmeyen bir yazıtı olan Anadolu'nun en zengin yanlarından biri olan kültür çeşitliliğinin bir parçası olarak kabul edilebilir. Anadolu insanı, binlerce yıldır hastalıklar karşısında geleneksel hekimlik uygulamalarını kullanmıştır (1).

Halk hekimliği, uluslararası yazında "traditional medicine" ya da "folk medicine" olarak bilinirken, Türkçe yazında "geleneksel tıp" ile aynı anlamda kullanılır. Halk hekimliği, kısa ve öz olarak; hastalıklar ve sağlık hakkındaki inanç, tutum ve davranışlar şeklinde tanımlanabildiği gibi, toplumların inanç, gelenek ve değer sistemleri ile ilgili tıbbi uygulamalar olarak da ifade edilmektedir (15).

Çeşitli hastalıkların tedavisi ile uğraşan geleneksel sağlık uygulama kurumları olan "ocaklar" Anadolu'nun bir çok yöresinde yaygın olarak bulunmakta, buralarda bulunan "ocaklılar" da geleneksel halk hekimleri olarak işlev görmektedirler (1,3). Ocaklılardan başka, hoca, şeyh, abdal, okuyucu, izinli ve orumçu adı verilen kişiler de halk hekimliğinin Anadolu'daki uygulayıcılarıdır (1).

Anadolu'da halk hekimliği ile ilgili ana tedavi şekilleri şunlardır: (1)

1- İrvasalama yolu ile tedavi: İrvasa tedavisinin esasını, hastanın vücudu dışında yapılan ve onu büyük ölçüde telkin altında bırakan, psikolojik etkilemeye dayanan hareketler oluşturur.

2- Parçılama yolu ile tedavi: Hastanın vücuduna bir sağaltım aracıyla vurma, çizme, kesme, delme, veya hasta vücudunu dağlama biçimlerinde yapılan sağaltım şeklidir.

3- Em (halk ilacı) yolu ile tedavi: Bu maddelerin çoğunluğu bitkisel olmakla birlikte, hayvansal veya madensel olanları da vardır. Halk hekimliğinde enler geniş yer tutmaktadır.

4- Kırk-çıkık tedavisi: Halk hekimliğinde kırk-çıkık sağaltımı yapanlara osteopat denmektedir.

Öte yandan, gerek insanların binlerce yıllık deneyimlerle edindikleri pratiklerin günümüze değin süregelen biçimleri olmaları, gerekse modern tıbbın kanser tedavisinin tüm alanlarında başarı sağlayamaması nedeniyle bütün dünyada yaygın olarak kullanıldığı bilinen geleneksel halk hekimliği uygulamaları kimi zaman bazı insanların çıkar aracı olmakta ve kötüye kullanımları gözlenmektedir. Avrupa'da bu durum "kansere şarlatanlığı" deyimini karşılayacak boyuttadır (13). Ülkemizde de bunun örnekleri gözlenmektedir.

Bu çalışmanın amacı: GATA Hematoloji ve Onkoloji Bilim Dalları'ndaki maligniteli hastaların halk hekimliği uygulamalarına başvurma sıklığını saptamak, hastaların bu uygulamalara yönelim öğelerini, kullanılan yöntemleri, hastaların bu yöntemlerden beklentileri ve etkilenimlerini ve ilişkili olabilecek sosyo-demografik özellikleri belirlemektir.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu çalışma, 27 Ekim 1995 - 10 Mayıs 1996 tarihleri arasında GATA Hematoloji ve Onkoloji Bilim Dallarına yatırılan maligniteli olgularda yürütülmüş olan kesitsel tipte bir araştırmadır.

Hastalara yüz-yüze görüşme tekniği ile, sosyo-demografik özellikleri ve halk hekimliği uygulamalarına başvuru durumlarına ilişkin bilgileri içeren soru formu uygulanmıştır.

Çalışmaya, tanısı konulduktan sonra hastaneden çıkıp, en az ikinci kez başvuran bütün hastalar (n=119) alınmıştır. En az ikinci kez başvurma koşulunun nedeni, kişilerin halk hekimliği uygulamalarına başvuru ortamının hastane dışında olmasıdır. Dolayısıyla, tanı aşamasındaki veya tanı konulduktan hemen sonra tedavi aşamasındaki hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir.

Soru formunun sosyo-demografik özelliklere ilişkin bilgileri içeren bölümü bütün hastalara uygulanmış, halk hekimliğine başvuru bilgileri hastalara ayrıca bu uygulamalara ilişkin sorular sorulmuştur.

Veriler, SPSS 5.01 for Windows bilgisayar paket programında değerlendirildi. Karşılaştırmalar için Ki-kare testi kullanıldı.

BULGULAR

Hastaların çeşitli özelliklerine göre halk hekimliğine başvuru durumları Tablo-1'de gösterilmiştir.

Hastaların %58.8'i (n=70) halk hekimliği uygulamalarından herhangi birini kullanmış olduğunu belirtmiştir (Tablo 1).

Köyde doğanların %77.4'ü halk hekimliği yöntemlerine başvurmuş iken, nahiye ve kasabada doğanlarda bu oran %56.7, il merkezinde doğanlarda %33.3'tü. Hastaların doğduğu yerleşim birimi tipleri arasında halk hekimliği yöntemlerine başvuruda istatistiksel olarak fark saptanmıştır (p< 0.01). Aynı şekilde, hastaların yaşamakta olduğu yerleşim birimleri tipleri arasında da halk hekimliği yöntemlerine başvuru yönünden fark bulunmuştur (p< 0.05) (Tablo 1).

Okur-yazar olmayanlarda halk hekimliği yöntemlerine başvuru oranı %81.3 iken, 8 yıl ve daha az süre öğretim görenlerde bu oran %61.7, 9 yıl ve daha fazla süre öğretim alanlarda %46.5'ti. Eğitim süresine göre gruplar arasında halk hekimliği yöntemlerine başvuruda istatistiksel olarak fark saptanmıştır (p< 0.05) (Tablo 1).

Meslek grubu: 1 olanlarda (bilimsel ve teknik elemanlar, yöneticiler, idari personel) halk hekimliği yöntemlerine başvuru oranı %37.9 iken, meslek grubu: 2 olanlarda (ticaret ve satış işleri, hizmet işleri, işçi) bu oran %59.5, meslek grubu: 3 olanlarda (çiftçi, ev kadını, işsiz) %69.8'di. Meslek grupları arasında halk hekimliği yöntemlerine başvuru yönünden istatistiksel olarak fark bulunmuştur (p< 0.05) (Tablo 1).

Aile tipi "ataerki" olanların %80.9'u halk hekimliği uygulamalarına başvururken, "çekirdek" aile tipi olanlarda bu oran %53.1 idi. İki aile tipi arasında halk hekimliği uygulamalarına başvuruda istatistiksel olarak fark saptanmıştır (p< 0.05) (Tablo 1).

Halk hekimliği yöntemlerine başvuranların %51.8'i sadece bitkisel tedavileri kullandıklarını, %12.8'i halk hekimlerine başvurduklarını, %35.4'ü ise her iki tip uygulamayı da yapmış olduklarını belirtmişlerdir (Tablo 2).

Halk hekimliği uygulamalarına başvuranların %68.6'sını, sadece bitkisel uygulamalar yaptığı, %11.4'ünün bitkisel maddelerle birlikte dinsel uygulamalara başvurduğu, %8.6'sını sadece dinsel uygulamalar yaptığı, %4.3'ünün sadece bütünsel uygulamalara ve %4.3'ünün de bitkisel uygulamalarla birlikte bütünsel uygulamalara başvurduğu ifade edilmiştir (Tablo 3).

Halk hekimliği uygulamalarına başvuranların %50'si, uygulamalardan tedaviye yardımcı olmasını, %31.4'ü iyileşmeyi sağlamasını beklerken, %15.8'i beklentisinin olmadığını söylemiştir (Tablo 4). Bu kişilerin %42.9'u uygulamaların yararı olmadığını, %22.9'u çeşitli semptomların ortadan kalktığını belirtmiş, %20'si vücudunun güçlenmesi hissinden, %14.2'si ise moral düzelmesinden söz etmiştir (Tablo 5).

Halk hekimliği uygulamalarına başvuranlar tarafından, halk hekimlerinin %33.3'ü "hoca", %18.2'si "ocaklı", %15.1'i "Ege Lokman", "Lokman Hekim" gibi "bitkilerden ilaç yapan kimse" olarak adlandırılmıştır (Tablo 6). Halk hekimlerinin %24.2'sinin mesleğinin "çiftçi", %24.2'sinin "bitkilerden ilaç yapan kimse", %18.2'sinin "imam", 12.1'inin ise "şeyh-büyük toprak sahibi" olduğu belirtilmiştir (Tablo 7).

Halk hekimliği uygulamalarına başvuranların %47.1'i başvuru gerekçesi olarak uygulamaların yararına inandığını, %34.3'ü sadece denemek için, %10.0'ü tıbbi tedaviden umudunu kestiğinden, %8.6'sı ise seçeneksizlikten dolayı başvurduğunu bildirmişlerdir (Tablo 8).

Halk hekimliği uygulamalarına başvuranların %48.5'i tıbbi tedavi hastalıklarında bir değişikliğe neden olmadığı zaman, %24.2'si biraz iyileşme hissettikleri sırada, %20.0'ü tıbbi tedaviye rağmen durumu kötüleştiğinde, %7.3'ü ise oldukça iyi oldukları bir dönemde başvuruda bulunduklarını söylemişlerdir (Tablo 9).

Halk hekimliği uygulamalarına başvuran 70 kişiden 32'si ücret ödemiş, 38'i ödemedi. Üç hasta, halk hekimisi tarafından hastalıklarına "sarılık" tanısı konulduğunu ve tedavilerinde "sarılık kesmesi" uygulandığını söylerken, iki hasta ise "köstebek hastalığı" tanısı konularak tedavilerinde "köstebek eti" yemelerinin önerildiğini söylemişlerdir. Bir kişi kaplumbağa kanı içmesinin, bir kişi ise dalak yemesinin önerildiğini belirtmiştir.

Dört hasta, kullanmadıkları halde halk hekimliği uygulamalarına inandıklarını, ilerde kullanacaklarını, bir hasta, başvurduğu hocanın kendisine hekime gitmesini önerdiğini söylemiştir.

Bitkisel tedavi için 37 değişik bitki kullanıldığı saptanmıştır. En çok kullanılanlar; ısırgan otu (42 kişi), polen (14 kişi), kekik (12 kişi) ve kuşburnu (7 kişi) idi. Arı sütü, bal ve pekmez de kullanılan maddeler arasındaydı. Çoğunlukla bir veya iki çeşit bitki kullanılırken, bir kişi 9 çeşit bitki kullandığını belirtmiştir.

TARTIŞMA-SONUÇ

Halk hekimliği uygulamaları, Anadolu insanının binlerce yıllık kültür birikiminin günümüzdeki değişmiş ve kimi yönleriyle dönüşmüş yansımalarıdır (1,3,15). Bu çalışma, halk hekimliği uygulamalarının etkilerini incelemekten çok, bunların sıklığını saptamak ve hangi yöntemlerle kullanıldığını belirlemek için yapılmıştır.

Çalışmaya katılan hastaların %58.8'inin halk hekimliği uygulamalarından herhangi birini kullandığı saptanmıştır. Bu rakam, İngiltere'de ve ABD'de yapılan benzer çalışmalarda elde edilen rakamlardan (sırasıyla %16 ve %13) çok daha yüksektir (5,7). Bu durumun, bugün Anadolu'da gözlenen ve halk hekimliği yöntemlerinin başat olduğu "geleneksel toplum" yapısından kaynaklanmakta olduğu düşünülebilir (15).

İngiltere'deki çalışmaya benzer olarak, en çok kullanılan tedavi yöntemlerinin ruhsal telkinlere dayanan uygulamalar ve bitkisel tedaviler olduğu gözlenmiştir (Tablo 3). Gerek bitkisel uygulamalar, gerekse benzeri maddeler (polen, arı sütü gibi) "complementary therapies" terimine karşılık gelmektedir. Kullanılan bitkiler arasında bulunan "ökse otu"nun, anthroposophical öğretiyi sahip hekimler tarafından da (Avusturya, Almanya, İsviçre başta olmak üzere bütün Avrupa'da) kanserli hastalarda kullanıldığı bilinmektedir (2).

Downer ve arkadaşları, İngiltere'deki çalışmalarında tamamlayıcı tedavileri kullananların daha çok "daha genç, yüksek sosyal sınıftan ve kadın" olduklarını ortaya koynuştur (7). Bu çalışmada, istatistiksel olarak fark olmamasına karşın, kadınların erkeklere göre halk hekimliği yöntemlerine daha fazla yöneldikleri saptanmıştır (sırasıyla %68.8-%55.2). Yine istatistiksel fark olmamasına karşın, halk hekimliği yöntemlerine en fazla başvuran yaş grubu 19-29 idi (%65.5). Ancak, çalışmanın yürütüldüğü kurumun özelliği nedeniyle, hastaların büyük kısmını genç erişkin grubundaki erbaş ve erlerin oluşturduğunu belirtmek gereklidir (Tablo 1).

Downer'ın çalışmasındaki bulguların aksine, bu çalışmada aşağı sosyal sınıftan sayılabilecek olan kırsal kesimde doğup yaşamakta olan ve düşük eğitim düzeyine sahip hastaların halk hekimliği uygulamalarına daha çok başvurdukları saptanmıştır. Ancak hasta popülasyonunun %44.5'inin köyde doğduğunu belirtmek gereklidir (Tablo 1).

Gerek Downer ve arkadaşlarının çalışmasında gerekse bu çalışmada hastaların uygulamalardan beklentilerinin ilk sırasını "tedaviye yardımcı olması" oluştuyordu. "Uygulamanın hastalığı iyileştirmesi", "hastalığın yayılımını durması" da benzer beklentilerdi (Tablo 4).

Ülkemiz dışında da yazına konu olan "kansere şarlatanlığı"nın örneklerinin uygulamalar sırasında gözlemlendiği, özellikle kendilerine "Lokman Hekim", "Ege Lokman" gibi adlar veren kimselerin unut suistimalinin değişik şekillerini sergiledikleri öğrenilmiştir. Çalışmanın bir diğer bulgusu da bu kimselerin denetim ve kontrol dışında işlerini yapıyor olmalarıdır.

Halk hekimliği uygulamalarına başvuran hastaların hissettiklerini belirttikleri "morallerinin düzelmesi", "rahatlama" gibi etkiler (Tablo 5), onların psikolojik destek gereksinimleri için bir ipucu sayılabilir. Bu kimselerin yarısından fazlasının yararına inanmadıkları halde uygulamalara başvurmaları (Tablo 8) ve üçte ikisinden fazlasının tıbbi tedaviden yarar görmediklerini hissettikleri sırada uygulamalara başvurmaları (Tablo 9) da bu gereksinimin bir göstergesi olabilir. Hastaların tıbbi tedaviyi aldıkları ortamda psikolojik desteğin sağlanması ve tıbbi tedavi sürecinin bütüncül bir yaklaşımla yürütülmesi yararlı olacaktır.

Ülkemizde, bir yandan halk hekimliği uygulamalarının kurumsal yapıları olan "ocaklar", diğer yandan bölgesel feodal yaşam tarzının koşullandığı "şeyh -büyük toprak sahibi- aynı zamanda derlere çare bulan kimsedir" ekseninde halk hekimleri ve onların uygulamalarının, özellikle sağlık hizmetlerinin ulaşamadığı yerlerde ve kimselerde etkisini devam ettirdiği bilinmektedir. Mevcut sağlık hizmetlerinin "toplumsal ve iletişimsel anlamda" ulaşılabilirliği düzeltilmedikçe de etkisi devam edecek gibi görünmektedir.

KAYNAKLAR

1. Acıpayamalı O. Türkiye Folklorunda Halk Hekimliği. Dil Tarih Coğrafya Fakültesi Dergisi. 1969; XXVI: 1-2.
2. Bannerman RH, Burton J, Wen-Chieh C. Traditional Medicine and Health Care Coverage. WHO; 248-249, 1983; Geneva.
3. Belek İ. Toplumsal Bilinç, Evrensel Bir Toplumsal Hareket Düşüncesine Doğru. Sorun Yayınları; 23-25, 1991; İstanbul.
4. Burke C, Macnish S, Saunders J, Gallini A, Wame I, Downing J. The Development of a Message Service for Cancer Patients. Clinical Oncology R-Coll-Radiology. 1994; 8(6): 381-4.
5. Cassileth B, Lush EJ, Strouse TB, Rodenheimer BJ. Contemporary Un-Orthodox Treatment in Cancer Medicine, a Study of Patients treatments and Practitioners. Annuals of International Medicine 1984;101:105-12.
6. Chie WC, Chang KJ. Factors Related to Tumor Size of Breast Cancer at Treatment in Taiwan. Preventive Medicine. 1994; 23(1): 91-7.
7. Downer SM, Cody MM, McKluskey P, Wilson PD, Amott SJ, Lister TA, Slevin ML. Pursuit and Practice of Complementary Therapies by Cancer Patients Receiving Conventional Treatment. BMJ. 1994; 309: 86-9.
8. Edelson M. Can the New Medicine Cure You?. The Washingtonian. 1996; February: 69-86.
9. Fisher P, Ward A. Complementary Medicine in Europe. BMJ 1994; 309: 107-10.
10. Han R. Highlight on the Studies of Anticancer Drugs Derived from Plants in China. Stem Cells Daytime. 1994; 12(1): 53-63.
11. Horie Y, Kato K, Kameoka S, Hamano K. Bu Ji (Hozai) for Treatment of Postoperative Gastric Cancer Patients. American Journal of Chinese Medicine. 1994; 22: 309-10.
12. Humy C, Heusser P, Bernhard J, Castiglione M, Cemy T. Does Non-conventional Complementary Therapies Improve the Quality of Life of Cancer Patients? A Critical Literature Review. Schweiz Medicine Wochenschr Supplement. 1994; 62: 55-63.
13. Lemer JJ. The Whys of Cancer Quackery. Cancer 1984; 53: 815-9.
14. Nwoga IA. Traditional Healers and Perceptions of the Causes and Treatment of Cancer. Cancer Nursing 1994; 17: 470-8.
15. Türkoğlu O. Kültür ve Sağlık Hastalık Sistemi. MEB Yayınları; 145-7, 1991; İstanbul.

Tablo-1 Hastaların Çeşitli Özelliklerine Göre Halk Hekimliği Yöntemlerine Başvuru Durumları

	Halk hekimliği yöntemlerine başvuru				Toplam		P
	Evet Sayı	%(*)	Hayır Sayı	%(*)	Sayı	%(**)	
Klinik							
Hematoloji	25	61.0	16	39.0	41	34.5	0.88
Onkoloji	45	57.7	33	42.3	78	65.5	
Cinsiyet							
Erkek	48	55.2	39	44.8	87	73.1	0.26
Kadın	22	68.8	10	31.2	32	26.9	
İlk tanı ile görüşme arasında geçen süre							
< 1 yıl	36	60.0	24	40.0	60	50.4	0.93
≥ 1 yıl	34	57.6	25	42.4	59	49.6	
Yaş Grupları							
19-29	38	65.5	20	34.5	58	48.7	0.34
30-45	7	41.1	10	58.9	17	14.3	
46-64	15	55.6	12	44.4	27	22.7	
65-81	10	58.9	7	41.1	17	14.3	
Doğduğu demografik bölge (n=118)***							
Batı Anadolu	6	50.0	6	50.0	12	10.2	0.97
Güney Anadolu	10	58.9	7	41.1	17	14.4	
Orta Anadolu	26	59.1	18	40.9	44	37.3	
Kuzey Anadolu	5	55.6	4	44.4	9	7.6	
Doğu Anadolu	22	61.1	14	38.9	36	30.5	
Doğduğu yerleşim birimi tipi							
Köy	41	77.4	12	22.6	53	44.5	0.0001
Nahiye, kasaba	17	56.7	13	43.3	30	25.2	
İl merkezi	12	33.3	24	66.7	36	30.3	
Yaşamakta olduğu demografik bölge							
Batı Anadolu	14	60.9	9	39.1	23	19.3	0.94
Güney Anadolu	9	50.0	9	50.0	18	15.1	
Orta Anadolu	35	59.3	24	40.7	59	49.6	
Kuzey Anadolu	3	60.0	2	40.0	5	4.2	
Doğu Anadolu	9	64.3	5	35.7	14	11.8	
Yaşamakta olduğu yerleşim birimi tipi							
Köy	20	83.3	4	16.7	24	20.2	0.01
Nahiye, kasaba	17	60.7	11	39.3	28	23.5	
İl merkezi	33	49.2	34	50.8	67	56.3	
Eğitim süresi							
Okur-yazar olmayan	13	81.3	3	18.7	16	13.4	0.04
8 yıl ve daha az eğitim alanlar	37	61.7	23	38.3	60	50.4	
9 yıl ve daha fazla eğitim alanlar	20	46.5	23	53.5	43	36.2	
Medeni durum							
Bekar	30	65.2	16	34.8	46	38.6	0.11
Evli	34	51.5	32	48.5	66	55.5	
Dul veya boşanmış	6	85.7	1	14.3	7	6.9	
Meslek							
Bilimsel ve teknik elemanlar, yöneticiler, memurlar	11	37.9	18	62.1	29	24.4	0.02
Ticaret ve satış personeli, hizmet işleri, işçi	22	59.5	15	40.5	37	31.1	
Çiftçi, ev kadını, işsiz	37	69.8	16	30.2	53	44.5	
Beraber yaşadıkları kişi sayısı (n=117)****							
1-3 kişi	23	51.1	22	48.9	45	38.5	0.36
4-6 kişi	26	59.1	18	40.9	44	37.6	
7-16 kişi	19	67.9	9	32.1	28	23.9	

Tablo 1. devam

Halk hekimliği yöntemlerine başvuru

Aile tipi (n=117)****							
Çekirdek	51	53.1	45	46.9	96	82.1	
Geniş	17	80.9	4	19.1	21	17.9	0.04
Yaşadığı eve giren aylık net gelir (n=117)****							
3-10 milyon TL	22	68.8	10	31.2	32	27.4	
11-20 milyon TL	22	53.7	19	46.3	41	35.0	
21 milyon TL	24	54.5	20	45.5	44	37.6	0.35
TOPLAM	70	58.8	49	41.2	119	100.0	

* Satır yüzdesi

**Sütun yüzdesi

***Bir hastanın doğum yeri Romanya idi

****İki hastanın kaldıkları sabit bir yer yoktu, çocuklarının evlerinde dolaşarak yaşıyorlardı

Tablo-2 Halk Hekimliği Uygulamalarına Başvuru Biçimleri

	n	%
Bitkisel tedavileri kullanma	37	51.8
Halk hekimlerine başvuru	9	12.8
Bitkisel tedaviler + halk hekimlerine başvuru	24	35.4
TOPLAM	70	100.0

Tablo-3 Uygulama Çeşitleri

	n	%
Bitkisel maddeler	48	68.6
Büyüsel uygulamalar	3	4.3
Dinsel uygulamalar	6	8.6
Bitkisel maddeler + Dinsel uygulamalar	8	11.4
Büyüsel uygulamalar + Bitkisel maddeler	3	4.3
Büyüsel uygulamalar + Dinsel uygulamalar	1	1.4
Bitkisel + Dinsel + Büyüsel uygulamalar	1	1.4
TOPLAM	70	100.0

Tablo-3 Uygulama Çeşitleri

	n	%
Bitkisel maddeler	48	68.6
Büyüsel uygulamalar	3	4.3
Dinsel uygulamalar	6	8.6
Bitkisel maddeler + Dinsel uygulamalar	8	11.4
Büyüsel uygulamalar + Bitkisel maddeler	3	4.3
Büyüsel uygulamalar + Dinsel uygulamalar	1	1.4
Bitkisel + Dinsel + Büyüsel uygulamalar	1	1.4
TOPLAM	70	100.0

Tablo-4 Halk Hekimliği Uygulamalarından Beklentiler

	n	%
Tedaviye yardımcı olması, semptomların düzelmesi	35	50.0
Tam iyileşmenin sağlanması, hastalığın ilerlemesinin durması	22	31.4
Hastalığın nedeninin ortaya çıkarılması	1	1.4
Bütünün ortadan kaldırılması	1	1.4
Beklenti yok	11	15.8
TOPLAM	70	100.0

Tablo-5 Uygulamalara Başvuranlara Göre Uygulamaların Etkisi

	n	%
Vücudun güçlendiğini hissetme	14	20.0
Moral düzelmesi, rahatlama hissetme	10	14.2
Çeşitli semptomların ortadan kalktığını hissetme	16	22.9
Herhangi bir etki hissetmeme	30	42.9
TOPLAM	70	100.0

Tablo-6 Halk Hekimlerinin Adları

	n	%
Ocaklı	6	18.2
Hoca	11	33.3
Ege Lokman vb. herbalistler	5	15.1
Şeyh	4	12.1
Diğerleri*	7	21.3
TOPLAM	33	100.0

* Çoban, Lokman Hekim, Hemşire, bilinmeyen.

Tablo-7 Halk Hekimlerinin Meslekleri

	n	%
İmam	6	18.2
Büyük toprak sahibi	4	12.1
Herbalist	8	24.2
Çiftçi	8	24.2
Diğerleri*	7	21.3
TOPLAM	33	100.0

* Esnaf, hemşire, marangoz.

Tablo-8 Halk Hekimliği Uygulamalarına Başvuru Gerekçeleri

	n	%
Tıbbi tedaviden umudunu kesme	7	10.0
Seçeneksizlikten dolayı başvuru	6	8.6
Uygulamaların yararına inanma	33	47.1
Tavsiyeden dolayı denemek için	24	34.3
TOPLAM	70	100.0

Tablo-9 Halk Hekimliği Uygulamalarına Başvuru Zamanı

	n	%
Tıbbi tedaviye rağmen durumu kötüleştiği zaman	14	20.0
Tıbbi tedavi bir değişikliğe neden olmadığı zaman	34	48.5
Biraz iyileşme olduğu zaman	17	24.2
Oldukça iyi olduğu bir dönemde	5	7.3
TOPLAM	70	100.0

TÜRKİYE'DE ÖNDE GELEN BİR HALK SAĞLIĞI SORUNU OLARAK TRAFİK KAZALARI VE SONUÇLARI: İSTATİSTİKSEL BİR DEĞERLENDİRME

Prof. Dr. Yakut IRMAK ÖZDEN*

***İ.Ü.İst. Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilimdalı Başkanı**

ÖZET

Dünya'da her yıl milyonlarca trafik kazası olmakta ve bu kazalarda her yaştan, çoğu sağlıklı ve üretken milyonlarca insan ya ölmekte, ya da sakat kalmaktadır. Dolayısıyla, bu kazaların sonuçları, gerek birey, gerek aile, ve gerekse tüm toplum düzeyinde özellikle ağır ve yıkıcı olmaktadır. Ülkemiz özelinde, son 40 yılda nüfusun yüksek hızla artışı ve kentleşme süreçleri, motorlu taşıt sayısındaki tırmanış, yük ve yolcu taşımacılığının büyük ölçüde karayollarına kaymış olması karayolları trafiğini hızla yoğunlaştırmış, buna karşılık, insan, yol, çevre, taşıt etkenleriyle ilgili eğitim, koruyucu önlemler ve denetim çalışmaları aynı hızla geliştirilememiştir.

Bu çalışmalarımızda, önce ülkemizde trafik kazaları ve sonuçlarıyla ilgili başlıca istatistik veri kaynakları olan "İl ve İlçe Merkezlerinde Ölümler"le "Karayolu Trafik Kaza İstatistikleri" başlıklı yayınların güvenilirlik ve geçerlilik açısından değerlendirmesi yapılarak bunların eksiklikleri ve yolaçabilecekleri yanlışlar belirlenmiş, daha sonra, (1971-92) dönemine ilişkin veriler istatistik yöntemlerle işlenerek, 22 yıllık bu dönemde yıllık kaza, ölü ve yaralıların gerek salt sayı gerekse kayıtlı taşıt sayısının yüzdesi olarak incelenmiştir. Bu kazalarda yitirilen yaşam sayısındaki oransal değişimleri aydınlatabilmek için de, yıllık ölüm ve yaralı sayısının trafiğe kayıtlı taşıt sayısına göre seyri, logaritmik ölçekle incelenmiştir. Bu son değerlendirme, yaygın beklentinin aksine, ölü sayısının, trafiğe kayıtlı taşıt sayısına göre ele alındığında zaman içinde oransal bir artış değil, tam tersine hafif bir düşüş kaydettiğini ortaya koymaktadır.

Araştırmamızda son olarak, elimizdeki verilerin sınırlamalarına karşın ülkemiz için hiç değilse minimal bir tahminde bulunmak amacıyla 1992 yılı istatistiklerine göre "yitirilen potansiyel yaşam yılı sayısı" hesaplanmıştır. Bu endeks bize, söz konusu yıl için, trafik kazalarından dolayı yitirilen potansiyel yaşam yılı sayısının toplumumuz için 3.4'e eşit olduğunu göstermiştir.

A STATISTICAL ANALYSIS OF ROAD ACCIDENTS AND OF THEIR CONSEQUENCES IN TURKEY FROM THE VIEWPOINT OF PUBLIC HEALTH

SUMMARY

Each year, millions of traffic accidents take place in the world in which hundreds thousands people of all ages die or are injured.

Consequently, the toll of the roads is quite high for the individual, for families and for the society as a whole.

In the context of our country, the high rate of population increase and of urbanization, the rapid increase in the number of motor vehicles, the shift of cargo carriers and of all kinds of transportation to overland routes and highways have resulted in a dramatic increase in road traffic, while, on the other hand, preventive measures, organized sanctions training of people or the necessary care for the roads, for the environment and the vehicles have lagged behind these changes.

In this study, we first attempted at evaluating the validity and dependability of our two main sources of statistical data about road accidents and tried to shed light on the shortcomings of these data. We analyzed then the evolution of the numbers of road accidents, of deaths and wounded people both in absolute and relative terms. Logarithmic scales were used in order to shed light on the relative changes in the number of deaths in terms of registered motor vehicles.

These analysis show that the relative number of deaths in terms of registered motor vehicles has been exhibiting a slightly decreasing trend in the last 22 years.

Finally, we calculated the (YPLL) index (Years of potential life lost) for 1992: 3, 4 years. This result should be interpreted as a minimal estimation, due to the shortcomings of the statistical data used

GİRİŞ

D.S.Ö. Halk Sağlığının sürekli olarak gündeminde kalan "kazalar" konusunun önemini, 7 Nisan 1993 Dünya Sağlık Günü'nü bu konuya adanarak vurgulamış, çağdaş toplumlarda güvenliğin bireysel olduğu kadar da kolektif bir sorumluluk olduğuna dikkat çekerek, 1993 yılının Dünya Sağlık Günü'nü, "yaşamınıza özen gösterin; şiddete ve ihmalciliğe meydan vermeyin" sloganına ayırmıştır.

Trafik kazaları çağdaş dünyada her yıl çok sayıda insanın yaşamına mal olmaktadır. Gerçekten de elimizdeki bilgilere göre, 1992 yılında dünyada toplam 2.5 milyon insan kazalar sonucu ölmüş, bunlardan gelişmiş ülkelerde 210.000'i, az gelişmiş ülkelerdeyse 520.000 kadarı trafik kazalarında yitirilmiştir. (5)

İstatistiklerin büyük ölçüde güvenilir olduğu gelişmiş ülkelerin verileri, bu ülkelerde, motorlu taşıt kazalarının en çok ölüme yolaçan ilk (10) neden arasında yer aldığını göstermektedir.

Avrupa topluluğunu oluşturan ülkelerdeyse tüm yaş grupları birlikte incelendiğinde, trafik kazalarına bağlı ölüm hızlarının bir ülkeden diğerine farklılık göstermekte birlikte, yüzbinde 12.7 ile yüzbinde 31.3 arasında değiştiği anlaşılmaktadır. (7,9)

DSÖ'ne ulaşan 1992 yılına ait bilgilere göre en yüksek ölüm hızları erkek nüfus için Venezuela'dan (Binde 44) kadın nüfus içinse, Yeni Zelanda'dan (Y Binde 13) bildirilmiştir. En düşük değerlerse Malta'ya aittir (Erkek nüfus için 2, kadın nüfus için 0.9)

Çizelge 1'de bazı ülkelerde (1950-54) ve (1985-90) dönemine ait trafik kazalarında ölüm hızı değerleri verilmiştir.

ÇİZELGE 1

TRAFİK KAZALARI ÖLÜM HIZI (YÜZBİNDE)
(1950 - 54) DÖNEM (1985 - 90)

ÜLKE	ERKEK	KADIN	ERKEK	KADIN
ARJANTİN	25	7	15	5
KANADA	29	9	22	9
ABD	37	11	26	10
VENEZUELLA	28	6	43	10
BULGARİSTAN	19	4	17	5
FRANSA	18	4	26	9
YUNANİSTAN	13	3	28	8
MACARİSTAN	11	2	24	8
PORTEKİZ	13	3	40	10
İSPANYA	5	2	25	7
İSVEÇ	4	4	5	5
İSVİÇRE	6	6	6	6
YUGOSLAVYA	9	2	25	7
AVUSTRALYA	40	9	24	9
JAPONYA	8	2	15	5

Kaynak (W.H.O.)

Yukarıdaki Verilerden:

- a) Dünyanın hemen hemen her yerinde erkeklerin trafik kazasında ölme riskinin kadınlarınkinden çok daha yüksek olduğu,
b) İncelenen 30 yıllık dönem içinde, A.B.D., Kanada ve Avustralya gibi ileri düzeyde gelişmiş ülkelerde trafik kazasından ölüm olasılığının düştüğü, diğerlerindeyse sabit kalma ya da yükselme eğilimi gösterdiği, anlaşılmaktadır.
- Üst düzeyde gelişmiş olan ülkelerdeki olumlu değişme, genellikle yolların daha özenle yapılarak daha titiz bakım görmesi, arabaların daha iyi tasarlanması, hız limitlerinin düşürülerek gerçekçi yaptırımlarla denetlenmesi ve emniyet kemerlerinin yaygınlaşarak zorunlu hale gelmesi gibi önleyici - koruyucu - önlemlerin ve acil bakım hizmetlerini en iyi biçimde örgütleyen tedavi edici hizmetlerin gelişimiyle açıklanabilir.

Her (1000) kişiye yalnızca (1) araç düşen Habeşistan'da 10.000 araca 151 ölüm düşmektedir. Bu, olumsuz anlamda bir rekordur. Habeşistan'ı, 1000 kişiye 4 araç düşen Ruanda (115 ölüm) ve Yeni Gine (69 ölüm) izlemektedir. Buna karşılık 1000 kişiye 771 aracın düştüğü ABD'de 10.000 araç başına 2.5 ölüm isabet etmektedir. Bu da olumlu anlamda bir rekordur⁽⁵⁾

Bilindiği gibi, halk sağlığının ünlü kuramcılarının A. GROTJAHN'a göre, "Bir Toplumda en önemli Hastalıklar En Çok Öldüren, En Sık Görülen ve En Çok Sakat Bırakan Hastalıklardır (4)"

Bu ölçütlere göre, trafik kazalarının dünyanın tüm ülkelerinde önde gelen bir halk sağlığı sorunu oluşturduğu açıktır. Öte yandan, trafik kazalarının sonuçları, gerek birey, gerek aile ve gerekse tüm toplum düzeyinde özellikle ağır ve yıkıcı olmaktadır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Ülkemizde trafik kazalarından ileri gelen ölümleri incelemeyi amaçladığımız bu çalışmamızda, 2 grup yayından yararlanabildik. Bunlar her ikisi de Devlet İstatistik Enstitüsü tarafından düzenli olarak her yıl çıkartılan a) "İl ve İlçe Merkezlerinde Ölümler" ve b) "Karayolu Trafik Kazası İstatistikleri" başlıklı yayınlardır.

Burada adı geçen kaynakların güvenilirliği konusunda önemli bazı uyarılarda bulunmak istiyorum:

- a) "İl ve İlçe Merkezlerinde Ölümler" yayını içinde, motorlu taşıt kazalarından ölümlerin sayısı ve yaşa cinsiyete v.s. göre dağılımı da yer almaktadır. Ancak adı geçen istatistikler, il ve ilçe merkezlerinde, yasa gereği, "Ölü Gömme İzin Kağıdı" vermekle yükümlü görevlilerce doldurularak, illerde sağlık müdürlükleri, ilçelerdeyse sağlık ocakları kanalıyla Devlet İstatistik Enstitüsü'ne gönderilen, "Ölüm İstatistik Formları"na dayanarak düzenlenmektedir. Bu nedenle, bu ölüm istatistikleri nüfusumuzun yalnızca bir bölümünü kapsadığı gibi (yalnızca kentsel nüfus), ölen kişiler için "Ölü Gömme İzin Kağıdı"nın alınması zorunlu olmakla birlikte, özellikle ilçelerde, bu konu yer yer ihmal edilebildiğinden, sonuç olarak kentsel nüfusu da tam olarak temsil ettiği söylenemez. Dahası, adı geçen izin kağıtlarında yer alan "Ölüm Nedeni" konusundaki bilgilerin de her zaman tam güvenilir olmadığı bilinmektedir.

Dolayısıyla, "İl ve İlçe Merkezlerinde Ölümler" kaynağını kullanarak Türkiye nüfusunun tümü için geçerli olacak ölüm hızları hesaplama olanağı olmadığı gibi, bu verileri kullanarak yalnızca kentsel nüfusumuz için hesaplanacak trafik kazasından ölüm hızları da pek güvenilir olmamaktadır.

- b) Trafik kazaları konusunda elimizdeki ikinci kaynağa, yani "Karayolu Trafik Kazası İstatistikleri" ne gelince, bu kaynaktaki yer alan bilgiler, DİE, Emniyet Genel Müdürlüğü, Karayolları Genel Müdürlüğü, Adalet Bakanlığı Ceza İşleri Genel Müdürlüğü ve Jandarma Genel Komutanlığı yetkilileri tarafından hazırlanan "Trafik Kazası Tesbit Tutanağı"ndan elde edilmekte olup, trafik zabıtası ya da yerel zabıta eliyle Emniyet Genel Müdürlüğüne intikal eden kazaları kapsamaktadır. Dolayısıyla zabıtanın müdahale etmediği, daha hafif kazalar istatistik kayıtlara yansımamaktadır. Bu kitapçıklarda yer alan ölçümlerle ilgili bilgiler değerlendirilirken, gözden kaçırılmaması gereken bir olgu, bu konuda verilen istatistiklerin, yalnızca kaza esnasında ölen kişileri kapsamaktadır. Oysa, bilindiği gibi, ağır hasarlı kazalarda yaralanan pek çok kişi, kazadan birkaç saat ya da birkaç gün, hatta bazen birkaç hafta sonra, yaşamını kazada aldığı yaralar sonucu yitirebilmektedir.

Sonuç olarak, elimizdeki istatistik kaynakların nüfusumuzun tümünü kapsayacak, geçerli ve güvenilir ölüm hızları hesaplamak için yeterli olmadığını ve dolayısıyla, bizim de burada sunduğumuz veriler ve hesapladığımız istatistik değerlerin, trafik kazalarında ölümlerin ancak en düşük (Minimal) tahminleri olduğunu belirtmek istiyoruz.

Çalışmamızda adı geçen iki temel kaynaktan yer alan ve son 22 yılı (1971-92) kapsayan veriler değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Çizelgede, 1971 - 92 döneminde her yıl trafiğe kayıtlı taşıt sayısı, kazalar ve bunların ölü-yaralı sayısı olarak sonuçları verilmiştir.

ÇİZELGE 2 YILLARA GÖRE TRAFİK KAZA VE SONUÇLARININ DAĞILIMI

YILLAR	KAZA SAYISI	ÖLÜ SAYISI	YARALI SAY.	KAZAYA KARIŞAN KAYITLI	
1971	26783	4149	19271	43043	403880
1972	29891	4282	21423	48797	460087
1973	35254	5116	24392	57928	543318
1974	40674	4699	25065	66733	647947
1975	46643	6054	30864	78176	785920
1976	50475	5389	30207	142921	920141
1977	56467	6983	33144	160344	1042239
1978	51853	5417	30407	152358	1142561
1979	41481	4368	25332	69490	1247834
1980	36960	4100	23816	61680	1344254
1981	40023	4327	27711	66536	1420688
1982	46264	4832	35489	73965	1502370
1983	55256	5200	43888	87833	1610681
1984	60705	5684	49234	97393	1751834
1985	63473	5477	49058	103323	1888767
1986	92468	7278	71445	154819	2075408
1987	110207	7661	80456	188857	2258500
1988	107651	6848	79243	184605	2456688
1989	103758	6352	79928	175778	2659778
1990	115295	6317	87668	197997	2981222
1991	142145	6231	90520	252128	3307324
1992	171741	6214	94824	311988	3756137

Yukardaki çizelgeden, trafik kazalarının yıllık sayısının 22 yıl içinde, 26783'den 171.741'e çıkmış olduğu görülmektedir. söz konusu süreç, grafik 1'den de izlenebilir.

İncelenen 22 yıllık dönemde toplam ve kentli nüfusumuzla, trafiğe kayıtlı araç sayısındaki artışlar gözönünde bulundurularak, yıllık kaza sayısı trafiğe kayıtlı araç sayısının yüzdesi olarak hesaplandığında, kayda geçen kazaların oranının % 6.7'den % 4.6'ya düştüğü görülmektedir.

ÇİZELGE 2 KAYITLI TAŞIT SAYISINA GÖRE TRAFİK KAZA VE SONUÇLARI

ÇİZELGE 3 KAZA SAYISINA GÖRE TRAFİK KAZA SONUÇLARI

YILLAR	% KAZA SAYISI	% ÖLÜ SAYISI	% KAZAYA KARIŞAN	YILLAR	% ÖLÜ SAYISI	% YARALI SAYISI
1971	6.63	1.03	10.66	1971	15.49	71.95
1972	6.50	0.93	10.61	1972	14.33	71.67
1973	6.49	0.94	10.66	1973	14.51	69.19
1974	6.28	0.73	10.30	1974	11.55	61.62
1975	5.93	0.77	9.95	1975	12.98	66.17
1976	5.49	0.59	15.53	1976	10.68	59.85
1977	5.42	0.67	15.38	1977	12.37	58.70
1978	4.54	0.47	13.33	1978	10.45	58.64
1979	3.32	0.35	5.57	1979	10.53	61.07
1980	2.75	0.31	4.59	1980	11.09	64.44

1981	2.82	0.30	4.68	1981	10.81	69.24
1982	3.08	0.32	4.92	1982	10.44	76.71
1983	3.43	0.32	5.45	1983	9.41	79.43
1984	3.47	0.32	5.56	1984	9.36	81.10
1985	3.36	0.29	5.47	1985	8.63	77.29
1986	4.46	0.35	7.46	1986	7.87	77.26
1987	4.88	0.34	8.36	1987	6.95	73.00
1988	4.38	0.28	7.51	1988	6.36	73.61
1989	3.90	0.24	6.61	1989	6.12	77.03
1990	3.87	0.21	6.64	1990	5.48	76.04
1991	4.30	0.19	7.62	1991	4.38	63.68
1992	4.57	0.17	8.31	1992	3.62	55.21

Öte yandan, çizelge'den izlenebileceği gibi, kazaların ölü ve yaralı sayısı olarak sonuçlarının, kazaların yüzdesi olarak ifade edilmesi durumunda, gerek yaralı, gerekse ölü oranını, ara yıllarda bir ölçüde dalgalanmakta birlikte, 1971'den 1992'ye belirgin bir düşüş göstermektedir.

Yukardaki çizelgelerde sunulan verilerin bir diğer ifadesi grafik 1 ve grafik 2'den de izlenebilir.

Bilindiği gibi, zaman içindeki oransal değişimlerin olduğu kadar, farklı değişimlerin zaman içindeki seyirlerinin karşılaştırılmasında da, aritmetik değerler yerine, bunların logaritmik karşılıklarını kullanmak daha uygundur.

Nitekim grafik 3'de, kazalardaki ölü ve yaralı sayısının trafiğe kayıtlı taşıt sayısına göre seyri, bir logaritmik zaman serisi biçiminde sunulmuştur.

GRAFİK 3

TRAFİK KAZA VE SONUÇLARI

(KAYITLI TAŞIT SAYISINA GÖRE)

çalışmamızda son olarak, trafik kazalarında meydana gelen zamansız ölümlerin, toplumumuzda insan yaşamından koparıp aldığı ortalama yıl sayısını, "yitirilen potansiyel yaşam yılı sayısı" endeksiyle hesapladık; 1992 yılı verilerine göre hesapladığımız bu değer 3, 4 yıla eşit çıktı.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Ülkemizdeki son 40 yılda nüfusun yüksek hızla artışı ve kentleşme süreçleri, motorlu taşıt sayısındaki tırmanış, yük ve yolcu taşımacılığının büyük ölçüde karayollarına kaymış olması, karayolları trafiğini hızla yoğunlaştırmış, buna karşılık insan, yol, çevre, taşıt etkenleriyle ilgili kazadan koruyucu önlemler ve denetim çalışmaları aynı hızla geliştirilememiştir.

Öte yandan, elimizdeki veriler, kazalarda % 90'lara varan ölçüde, kaza sorumluluğunu sürücüye yüklemektedir (1). Bu kazalarda, yol, çevre ve taşıta ilişkin etkenlerin payının bu denli düşük görünmesi, yüksek bir olasılıkla, trafik kazalarına yolaçan nedenlerin yeterince derinlemesine ve tüm boyutlarıyla ele alınmamasından kaynaklanmaktadır.

Araştırmamızın bulguları, trafik kazalarındaki ölü ve yaralı sayısında dikkati çeken patlamanın temelde motorlu taşıt sayısındaki hızlı artışı kaynaklandığını, incelenecek (22) yıllık dönemde, kayıtlı taşıt başına, ve kaza başına düşen ölüm ve yaralanma sayısında bir gerileme olduğunu ortaya koymaktadır.

Bu bulgular irdelenirken, kullandığımız verilerin a) yalnızca zabıtaya intikal eden kazaları ve, b) sadece kaza esnasında meydana gelen ölümleri, kapsadığı unutulmamalıdır. Kaza anında yaşamını yitiren yolcuların önemli bir bölümünün, taşıtın ön koltuklarında oturan kişiler olduğu düşünüldürse, bu olumlu görünüş belki bir ölçüde emniyet kemeri kullanımının yaygınlaşmasıyla açıklanabilir.

Hesapladığımız YPYYS içinse, elimizdeki verilerin sınırlamalarından dolayı, bulduğumuz (3, 4) değerinin, minimal bir tahmin olabileceği düşünülebilir. Gerçekten de verilerdeki diğer eksiklikler bir yana, trafik kazalarındaki yaralanmalara bağlı olan, fakat ertelenmiş olarak ortaya çıkan tüm ölümler hesaba katılabilmeye olsaydı, bu değer opeyoe yükselebilirdi.

Örneğin, İspanya ve Portekiz için yapılan bir araştırmada, trafik kazalarının yolaçtığı ölümler için YPYYS sırasıyla, (4, 7) ve 8,8 yıl bulunmuştur. (7,8)

Çağdaş yaklaşıma göre, sağlık hizmetlerinin üç yönü, diğer bir deyişle, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici (eslenlendirici) sağlık hizmetleri bir bütün oluştururlar. Trafik kazalarının insan sağlığı üzerindeki zedeleyici ya da yok edici sonuçları bu alanların üçünün de ilgi alanına girmekle birlikte, trafik kazaları konusunda önleyici önlemlerin, (koruyucu hekimliğin) önceliğe sahip olduğu kuşkusuzdur. Dahası, korumak, tedavi etmekten ucuzdur.

İnsan yaşamını kısaltan, niteliğini zedeleyen, gerek bireylere, gerekse topluma ağır bedeller ödeten trafik kazalarının, Halk Sağlığı açısından da ciddi ve gerçekçi yaklaşımlarla ele alınmasına büyük gereksinim vardır. Bu yaklaşım içinde ilk adımı bu kazaların yol açtığı kayıpları tam olarak ifade edecek ve alınması gereken önlemlere de ışık tutacak tam kapsamlı ve sistemli bir istatistik kayıt sisteminin hayata geçirilmesi olmalıdır.

KAYNAKÇI

- 1- Devlet İstatistik Enstitüsü: Karayolu Trafik Kaza İstatistikleri, DİE Yayınları, Ankara (1971'den 1992'ye tüm yayınlar değerlendirilmiştir).
- 2- Devlet İstatistik Enstitüsü II ve İlçe merkezlerinde ölümler, 1992, yayın no 1521, Ankara Ekim 1994
- 3- DİE Türkiye İstatistik Yıllığı 1990 yayın no: 1510, Ankara 1992.
- 4- FİŞEK, N. Halk Sağlığına Giriş, Hacettepe Tıp Fakültesi Yayını, Ankara, 1985.
- 5- NAKAJIMA, H.: 7 Nisan 1993 Dünya Sağlık Günü Mesajı (Çöğaltma), O.M.S., GENEVE.
- 6- ROSENAU' ve MANCY : Preventive Medicine and Qublic Healt 13. Basım, Prentice, Hall, 1992
- 7- W.H.O. World Health Statistics Report, Vol. 30, No: 3, GENEVE, 1977.
- 8- O.M.S.: La Mortalite Evitable Rapport Trimestriel De Statistiques Sanitaires Mondiales, Vol 42, No: 1, GENEVE, 1989.
- 9- ÖZDEN, (Irmak), YAKUT: Ülkemizde trafik kazalarının yolaçtığı ölümler: önde gelen bir halk sağlığı sorunu 2. Ulusal Trafikte Güvenlik ve Çağdaş Uygulamalar Sempozyumu Bildiriler Kitabı s. 275 - 287, TMMO yayını No: 175, İSTANBUL, 1995
- 10- ÖZDEN (Irmak) YAKUT: Türkiye'de meydana gelen trafik kazaları konusunda istatistiksel bir inceleme, 2. Ulusal Trafikte Güvenlik ve Çağdaş Uygulamalar Sempozyumu Bildiriler Kitabı, s. 288 - 300, TMMO yayını, No: 175, İSTANBUL 1995

TÜRKİYE'DE TRAFİK KAZALARININ VE BU KAZALARDAKİ ÖLÜM VE YARALANMALARIN GÜNÜN SAATLERİNE GÖRE DAĞILIMI: ZAMAN SERİSİ TEKNİĞİYLE İSTATİSTİK BİR İNCELEME

Prof. Dr. Yakut IRMAK ÖZDEN * Nurten TURAN Hayriye ERTEM VEHİD*****

*** İst. Üni. İst. Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D. Başkanı**

**** İst. Üni. İst. Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D.**

*****İst. Üni. Çocuk Sağlığı Enstitüsü**

ÖZET

Bu araştırmada, DİE tarafından yayınlanan "Karayolları Trafik Kaza İstatistikleri"nin 1990, 92 yılına ait veriler kullanılarak, trafik kazalarının ve sonuçlarının günün zaman dilimlerine dağılışı biçimi incelenmiştir. Veriler önce ikişer saatlik dilimler içinde ele alınmış, kaza, ölü ve yaralı sayısı hem salt sayı olarak, hem de kaza başına düşen ölü ve yaralı sayısı olarak değerlendirilmiştir.

Bu değerlendirmelerde, zaman serisi analizinin, "Trende Oran" ve hareketli ortalamalara "Oran" teknikleri kullanılmıştır.

Bulgularımız, kaza yoğunluğunun günün öğle ve öğleden sonra saatlerine isabet ettiğini, fakat Halk Sağlığı açısından önem taşıyan ölüm ve yaralanma sıklığına, gece ve özellikle sabaha karşı artarak, maksimum noktaya (04-06) saatlerinde ulaştığını göstermektedir.

DISTRIBUTION OF ROAD ACCIDENTS AND OF THE NUMBER OF DEATHS AND WOUNDED PEOPLE ACCORDING TO HOURS: A STATISTICAL TIME - SERIES ANALYSIS

SUMMARY

In this study aiming at analysing the distribution of road accidents and of their consequences according to hours, in Turkey the statistical data published the state statistical institute was used using data relative to years 1990, 1992 and 1994. We evaluated the number of both deaths and of wounded people in absolute and relative terms (deaths / accidents and wounded / accidents. For this purpose, the techniques, the techniques of ratio to trend and ratio to moving averages were used.

Our findings show that though the majority of accidents take place in the afternoon, the number of dead and wounded people increase rapidly during the night, reaching a peak at (04 - 06) o'clock interval.

GİRİŞ

Dünyanın tüm ülkelerinde, her yıl milyonlarca trafik kazası meydana gelmekte, ve bu kazalarda yüzbinlerce insan ya yaşamını yitirmekte, ya da yaralanmakta, kimi zaman da yaşam boyu sakat kalmaktadır.

Herşeyden önce, trafik kazası kurbanlarının çoğu gençlerdir. Örneğin, ABD'de, (10-14) yaş grubunda meydana gelen ölümlerin % 45'ine trafik kazalarının yol açtığı bilinmektedir. (15-24) yaş grubundaysa, ölümlerin örneğin Kanada'da % 81, Avustralya'da % 78'i ne kazalar ve şiddet olayları yol açmakta, ve bunların en az yarısı trafik kazalarından ileri gelmektedir. (8,9)

Ayrıca, bu ölümlerin insanları aniden ve hazırlıksız yakalaması, kaybı, özellikle aileler için daha da ağırlaştırmakta ve yaşanan felaketin boyutlarını artırmaktadır.

Öte yandan, trafik kazalarında meydana gelen ölümler kadar, yaralanma ve sakatlanmalar da halk sağlığını yakından ilgilendirir. Özellikle genç bir insanın yaralanarak sakat kalmasının, kendisi ve ailesi olduğu kadar, tüm toplum için maliyeti çok ağırdır. Örneğin ABD'de yapılan bir sağlık ekonomisi araştırmasında, 1985'de trafik kazalarındaki yaralanma ve sakatlanmaların topluma maliyetinin 15 milyar dolara ulaştığı hesaplanmıştır. (Maxcy, Rosenau).

Halk Sağlığının klasik ölçütüne göre, toplumda "en çok öldüren, en sık görülen ve en çok sakat bırakan" olaylar arasında yaralan trafik kazaları öncelikli bir halk sağlığı sorunu olarak, nesnel ve bilimsel yöntemlerle ve ayrıntılı biçimde incelenmelidir.

Biz bu araştırmamızda, konunun belli bir yönüne, kazaların ve sonuçlarının günün saatlerine göre dağılışıma ışık tutmaya çalışacağız.

YÖNTEM VE GEREÇ

Bu araştırmada, DİE tarafından yayınlanan "Karayolları trafik kaza istatistikleri"nin, 1990, 1992 ve 94 yıllarına ilişkin verileri kullanılmıştır. Aynı konuda daha önce yaptığımız yayınlarda (6,7) vurgulayarak belirttiğimiz gibi, bu kitapçıklarda yaralan veriler değerlendirilirken gözden kaçırılmaması gereken bir olgu, *bu konuda verilen istatistiklerin, yalnızca kaza anında ölen kişileri kapsadığıdır*. Oysa, bilindiği gibi, kazalarda yaralanan pekçok kişi, kazadan, birkaç saatten bazen birkaç haftaya kadar uzayabilen bir süre sonra, kazada aldığı yaralar sonucu, yaşamını yitirebilmektedir.

Değerlendirme amaçlarımız doğrultusunda, trafik kaza ve bu kazalarda ölü ve yaralı sayıları, (00-02), (02-04)... gibi ikişer saatlik dilimler içinde önce salt sayılarıyla, sonra kaza başına düşen ölü ve yaralı sayıları olarak ele alınmıştır.

Bu veriler, mevsimsel dalgalanmaları en iyi şekilde ortaya çıkarabilmek üzere, hem trende, hem de hareketli ortalamalara oran yöntemleriyle incelenmiştir. (1) Çalışmalarımızda, kullandığımız (12) saat dilimine ilişkin hareketli ortalamalar bulunmuş, sonra gerçek değerler hareketli ortalamalara bölünmüştür. Her yıl için elde edilen bu oranların ortalamaları da düzeltme faktörüyle çarpılarak aranan endeksler saptanmıştır. Trende oran yöntemiyle bulunan endekslerle, gözlenen değerler, her yıl için hesaplanan trend değerlerine oranlanarak elde edilmiştir.

BULGULAR

Çizelge 1. Grafik 1'de ve 1990, 92 ve 94 yıllarında meydana gelen trafik kazalarının ve ölümlerin günün saatlerine dağılışı verilmiştir.

Çizelge 1: Saatlere ve yıllara göre kaza ve ölü sayısı

Saat	K.A.Z.A			ÖLÜ		
	1990	1992	1994	1990	1992	1994
00-02	5080	7152	12037	409	424	478
02-04	2558	3422	4801	251	298	291
04-06	1909	2356	3294	229	310	251
06-08	4742	6455	8563	396	356	405
08-10	11570	18070	24288	550	420	503
10-12	13415	20070	27112	602	567	542
12-14	13511	20022	27472	617	557	526
14-16	15158	22788	31634	656	661	583
16-18	15856	24372	32704	800	766	683
18-20	14533	21807	28392	761	767	655
20-22	9215	13882	18687	565	562	556
22-24	7748	11333	14819	481	526	469

Uygulanan trende ve hareketli ortalamalara oran yaklaşımlarıyla, kaza, ölü ve (ölü + yaralı) oranların ilişkin indeks değerleriyse çizelge 3'den izlenebilir.

Çizelge 3

Saat	KAZALAR		ÖLÜMLER		ÖLÜ/K.A.Z.A	
	Trende	Har.Ort.	Trende	Har.Ort.	Trende	Har.Ort.
	Oran	Oran	Oran	Oran	Oran	Oran
00-02	109.8	68.1	125.8	85.93	80.7	102.04
02-04	42.8	28.3	74.2	56.54	119.2	156.40
04-06	26.4	18.6	65.6	54.25	168.9	221.17
06-08	60.8	47.5	88.3	74.29	101.7	115.51
08-10	146.3	129.8	105.1	90.65	52.5	51.52
10-12	149.7	141.5	114.7	108.80	57.1	56.57
12-14	137.8	139.2	107.5	111.49	62.3	63.98
14-16	144.4	154.9	113.6	124.60	66.2	64.54
16-18	140.5	162.9	127.6	147.69	82.4	74.79
18-20	117.0	146.2	117.9	144.01	100.3	83.98
20-22	70.4	90.3	87.0	106.36	136.7	99.53
22-24	54.1	72.6	72.8	95.37	171.9	109.95

Araştırmamızın diğer çarpıcı bulguları çizelge 4. de ve zincirleme olarak grafik 3,4,5,6,7 ve 8'de sunulmuştur.

Çizelge 4: Saatlere ve yıllara ilişkin oranlar.

Saat	Ölü S. / Kaza S. (%)			Ölü S.+yaralı S. / kaza s. (%)		
	1990	1992	1994	1990	1992	1994
00-02	8.1	5.9	4.0	100.7	78.0	60.4
02-04	9.8	8.7	6.1	119.3	101.5	85.8
04-06	12.0	13.2	7.6	124.3	120.3	90.9
06-08	8.4	5.5	4.7	103.5	80.5	70.2
08-10	4.7	2.3	2.1	72.8	45.4	38.1
10-12	4.5	2.8	2.0	73.3	49.2	39.9
12-14	4.6	2.8	1.9	73.8	51.7	40.8
14-16	4.3	2.9	1.8	68.6	50.2	40.2
16-18	5.0	3.1	2.1	78.4	57.3	43.8
18-20	5.2	3.5	2.3	80.7	59.8	46.6
20-22	6.1	4.0	3.0	85.1	63.2	52.2
22-24	6.2	4.6	3.2	94.3	73.1	60.4

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bulgularımız, kaza yoğunluğunun günün öğleden sonraki saatlerine isabet ettiğini, fakat halk sağlığı açısından asıl önem taşıyan ölüm ve yaralanma sıklığının, gece ve özellikle sabaha karşı artarak, maksimum noktaya (04-06) saatlerinde ulaştığını göstermektedir.

Burada, çözümlerimizde kullandığımız verilerin sağlığı konusunda, "Yöntem ve Gereç" bölümünde ifade ettiğimiz yetersizliğe bir kez daha dikkat çekmek istiyoruz.

Kullandığımız istatistik verilerin sınırlamalardan ötürü, ölü ve yaralı sayılarımızın gerçeğin minimal tahminleri saymak zorundayız.

Elimizdeki bulgular, Halk Sağlığı açısından, trafik kazalarındaki ölüm ve yaralanmaları azaltmaya yönelik koruyucu önlemlerin alınmasında, önceliğin sabaha karşı meydana gelen ölümcül kazalara verilmesi gereğine işaret etmektedir.

Ülkemiz özelinde son 30 yılda nüfusun yüksek hızla artışı ve kentleşme süreçleri, motorlu taşıt sayısındaki tırmanış, yük ve yolcu taşımacılığının büyük ölçüde karayollarına kaymış olması, karayolları trafiğini hızla yoğunlaştırmış, buna karşılık insan, yol, çevre, taşıt etkenleriyle ilgili kazadan koruyucu önlemler ve denetim çalışmaları aynı hızla geliştirilememiştir.

Öte yandan, elimizdeki veriler, kazalarda %90'lara varan ölçüde, kaza sorumluluğunu sürücüye yüklemektedir (2). Bu kazalarda, yol, çevre ve taşıta ilişkin etkenlerin payının bu denli düşük görünmesi, yüksek bir olasılıkla, trafik kazalarına yolaçan nedenlerin yeterince derinlemesine ve tüm boyutlarıyla ele alınmamasından kaynaklanmaktadır.

Birçok öncelikli halk sağlığı sorununda olduğu gibi trafik kazaları konusunda da bir eylem programının hazırlanmasında ve gerek bireylere, gerekse çevreye yönelik önlemlerin alınmasında ilk aşama, kazaların sıklığına, boyutlarına ve gerçek nedenlerine ilişkin güvenilir ve geçerli veriler sağlayacak sistemli ve tam kapsamlı bir istatistik kayıt düzeninin oluşturulmasıdır.

KAYNAKÇA

- 1) Devlet İstatistik Enstitüsü: Karayolları Trafik Kaza İstatistikleri, Ankara (1971'den 1992'ye kadar çıkan yayınlar).
- 2) DİE Türkiye İstatistik Yıllığı, 1990, yayın No: 1510, Ankara, 1992
- 3) Fişek, N: Halk Sağlığına Giriş, Hacettepe Tıp Fakültesi Yayını, Ankara 1985
- 4) Nakajima, H.: 7 Nisan 1993 dünya Sağlık Günü Mesajı (Çoğaltma)
- 5) Rosenau ve Maxcy: Preventive Medicine and Public Health, 13. Basım, Prentice Hall,
- 6) Özden Y. : Ülkemizde Trafik Kazalarının Yol Açtığı Ölümler: Önde gelen bir halk sağlığı sorunu. 2. Ulusal Trafikte Güvenlik ve Çağdaş Uygulamalar Sempozyumu Bildiri Kitabı, (S. 275-278), TMMOB Yayını, İst. 1995
- 7) Özden (İrmak), Yakut: Türkiye'de meydana gelen trafik kazaları konusunda istatistiksel bir inceleme: 2. Ulusal Trafikte Güvenlik ve Çağdaş Uygulamalar Sempozyumu Bildiri Kitabı, S. 288-300, TMMOB Yayını, İst. 1995
- 8) WHO: World Health Statistics Report, Vol. 30, No: 3 Geneve, 1977
- 9) WHO: World Health Statistics Annual 1993, Geneve 1994

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ACİL SERVİSİNE BAŞVURAN ADLİ VAKALARIN ANALİZİ

Dr. Ferruh AYOĞLU, Uzm.Dr. Ali Fuat IŞIK, Prof.Dr. Mehmet Ali BUMİN.
GÜTF Halk Sağlığı AD.

ÖZET:

Amaç: Bu çalışmada Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Erişkin Acil Servisine başvuran ve adli vaka olarak nitelenen 500 hasta çeşitliliği ve özellikleri yönünden analiz edilerek, acil servislerde bu tür vakalarla karşılaşan hekimlerin karşılaşılabilecekleri sorunların tartışılması amaçlanmıştır. **Gereç ve yöntem:** Haziran-Aralık 1995 ayları arasında GÜTF Erişkin Acil Servisine başvuran ve adli vaka olarak nitelenen 500 vakanın GÜTF Acil Servisi için geliştirilen formlara yazılan adli raporları ve poliklinik defter kayıtları retrospektif olarak analiz edilmiştir. **Bulgular:** Acil servise başvuru nedenlerine göre 500 vakanın %61.6'sı trafik kazası, %14.4'ü şiddet, %12.2'si özkıyım, %8.6'sı iş kazası, %1.2'si ev kazası, %1'iye zehirlenme şeklindedir. Hastaların %56.2'sinde baş-boyun, %48.8'inde ekstremiteler, %38.4'ünde ise çoklu sistem tutulumu vardır. Hastaların %73.8'inde künt travma, %41.4'ünde delici-kesici yaralanma, %27.8'inde kırık-çıkık saptanmış, %46.6'sında çoğul tipte yaralanma olduğu belirlenmiştir. Konservatif ve medikal tedavi uygulananlar %55.2, acil servis veya diğer servislere yatırılarak tedavisi sürdürülenler ise %45 oranındadır. 71 vakada (%14.2) hayati tehlike olduğu saptanmıştır. 500 olgunun 39'unda (%7.8) hastanın hastaneye ulaştırılmasında ambulans kullanılmıştır. Tüm başvurularda ölümle sonuçlanma oranı %2.2'dir. **Sonuç:** Elde edilen veriler, acil servise başvuran hastaların başvuru nedeni, organ tutulumu, yaralanma şekli ve tedavisi yönünden birden çok uzmanlık alanını ilgilendirdiğini göstermektedir. Hemen her tür uzmanlık alanını ilgilendiren adli vakaların, ağır çalışma koşullarında çok karışık ve yüklü duygulanımdaki hekimlerce tanınması, tedavileri ve adli işlemlerinin tam anlamıyla yapılabilmesi her zaman mümkün olmayabilir. Acil hizmetlerinin sunulacağı birimlerin organizasyonunda vakaların çeşitliliği gözönüne alınarak farklı alanlardaki uzmanlara veya öncelikli konularda hizmetiçi eğitim almış hekimlere gereksinim olduğu düşünülebilir.

SUMMARY:

Purpose: In this study, 500 patients who attempt to GUFM Adult Emergency Service and qualified as legal cases are analyzed according to their variety and their properties, and the problems of the physicians who face with these cases is discussed. **Material and method:** In June-December 1995 period the 500 legal cases who attempt to GUFM Adult Emergency Service, are analyzed retrospectively using the forms which are organized for this particular emergency service as legal reports, and the patient records. **Findings:** According to their attempt reasons these 500 cases are determined as; the 61.6% is traffic accident, the 14.4% is violence, the 12.2% is suicide, the 8.6% is occupational accident, the 1.2% is home accident, the 1% is intoxication. 56.2% of patients have head-neck. 48.8% have extremity, 38.4% have multi-system injury. It is also determined that; 73.8% of patients have blunt trauma, 41.4% have penetrant injury, 27.8% have fracture and dislocation, 46.6% have multiple type injury. The patients who are treated conservatively and medically are 55.2%, the patients who are hospitalized in emergency service or in the other services are 45% of all. It is determined in 71 cases (14.2%) that their injuries were life threatening. In 39 of 500 cases (7.8%) ambulance is used for transportation of the patients to the hospital. **Result:** The finding show that, the patients attempt reasons the localization and the type of injury and their treatment, interest more than are expertise area. It may not be always possible that the diagnosis, therapy and the legal procedures of a large variety of legal cases are carried out by physicians who are under heavy stress and are emotionally confounded. In organization of the divisions, different kind of specialists or the specially trained physicians when the variety of the cases are considered.

GİRİŞ VE AMAÇ:

Acil tedavi gereksinimindeki hastalara başarılı bir tedavi uygulanabilmesi için, bu hastaların özel bakımı için gerekli konulara yönelmiş bir sağlık hizmeti sisteminin kurulması gereklidir ve ancak bir bütünün birbirine bağlı parçaları halinde düşünülebilecek olan ilk yardım ve acil bakım hizmetlerinin organizasyonu, ülkemizin yaşamsal önem taşıyan ve insan sağlığını doğrudan etkileyen önemli sorunlarından biridir. İlk yardım ve acil bakım hizmetlerinin yeterli ve kaliteli bir düzeye ulaşmasında haberleşme teknolojisi, taşıt, tıbbi cihaz ve malzeme ile konusunda eğitilmiş insangücü gibi pek çok etmenin etkisi söz konusudur. Bu tür hizmet birimlerinde adli vakaların tanımı, ihbarı ve gereğinde bilirkişi raporu yazılması çeşitli sorun ve yanlışlar içerebilmektedir.

Acil bakım hizmetlerinin sunulduğu birimlerde görev alacak sağlık personelinin eğitiminde, bu birimlere olan başvuruların çeşitliliği ve özelliklerinin göz önüne alınması gereklidir. Bu çalışmada GÜTF Erişkin Acil Servisine başvuran ve adli vaka olarak tanımlanan hastalar analiz edilerek, adli vakaların çeşitliliği ve özellikleri vurgulanmaya, hekimlerin bu tür vakalarda karşılaşılabilecekleri sorunlar tartışılmaya çalışılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM:

Bu çalışmada Haziran-Aralık 1995 ayları arasında GÜTF Erişkin Acil Servisine başvuran ve adli vaka olarak tanımlanan 500 hastanın GÜTF Acil Servisi için geliştirilen formlara yazılan adli raporları ve poliklinik defter kayıtları retrospektif olarak analiz edilmiştir. Aynı dönemde, geldiğinde ölüm hali saptanan ve adli vaka özelliği gösteren 13 vaka çalışma dışında bırakılmıştır.

Adli raporlar birer aylık rotasyonlar halinde acil serviste görev alan, farklı branşlarda uzmanlık eğitimi alan araştırma görevlilerine verilmektedir. Araştırma görevlileri acil serviste göreve başlamadan önce adli vaka tanımı, hayati tehlike kavramı ve adli rapor formunun doldurulması hakkında bir saatlik eğitime alınmaktadır.

Vakalar yaş, cinsiyet, başvuru nedeni, yaralanma tipi, sistem tutulumu, hayati tehlike varlığı, konsültasyon gerekliliği, tedavi biçimi, mortalite ve hastanın hastaneye ulaştırılmasında ambulans kullanımı yönünden analiz edilmiş ve bulgular tablolar halinde sunulmuştur.

Başvuru nedenleri trafik kazası, şiddet, iş kazası, özkıyım, ev kazası, zehirlenme ve diğerleri olarak gruplandırılmıştır. Darp-cebir ve ateşli silah yaralanmalarına bağlı başvurular şiddet nedeni başvurularda kabul edilmiş, bu gruplara dahil edilemeyen 5 vaka diğerleri olarak gruplamaya alınmıştır.

Sistem tutulumları baş-boyun, toraks, abdomen, ekstremiteler, vertebral kolon, pelvis ve çoklu sistem tutulumu olarak gruplandırılmıştır. Başvuru sırasında birden çok sistem tutulumu gözlenen vakalar hem tutulan sistem grubuna hem de çoklu sistem tutulumu grubuna alınmıştır.

Yaralanma biçimleri künt travma, delici-kesici yaralanma, ateşli silah yaralanması, kırık-çıkık, diğerleri ve çoklu tipte yaralanma olarak gruplandırılmıştır. Bilinç bulanıklığı, ajitasyon vs. psikiyatrik ve nörolojik bulgular, Gastrointestinal sistem ve kardiyovasküler

sisteme ait düzensizlik ve yakınmalar diğerleri grubuna dahil edilmiştir. Başvuru sırasında birden çok yaralanma tipi tespit edilen vakalar hem ilgili yaralanma tipi grubuna hem de çoklu tipte yaralanma grubuna dahil edilmiştir.

BULGULAR VE TARTIŞMA:

Çalışma kapsamına alınan 500 vaka 18 ve 71 yaşlar arasındaydı, vakaların %63.6'sı erkek, %36.4'ü kadındı. Erkeklerin %73.0'ı, kadınların %74.7'si, tüm vakaların %73.6'sı 45 yaşın altındaydı ve her iki cinsiyette de en düşük başvuru %5.4 ile 65 ve üzeri yaş grubundaydı (Tablo-1). Çalışmamızın Erişkin Acil Servis vakalarını kapsamına karşı başvuruların %73.6'sının 18-44 yaş grubunda olması vakaların %63.6'sının erkek, %36.4'ünün kadın oluşu ile birlikte ele alındığında evrensel bir bulgu olan adli olaylarda genç yaş grubundan erkeklerle sık rastlanmasının, çalışma grubumuz için de geçerli olduğu anlaşılmaktadır. Altun ve arkadaşlarının bir üniversite hastanesi acil servisinde 2802 adli vaka üzerinde yaptığı bir çalışmada da vakaların %78.4'ü erkek, %21.6'sı kadındır (1).

En sık başvuru nedeni olay %61.6 ile trafik kazasıdır. Bunu sırasıyla %14.4 ile şiddet, %12.2 ile özkiym girişimleri, %8.6 ile iş kazası, %1.2 ile ev kazası ve %1.0 ile zehirlenme izlemiştir (Tablo-2). Çoklu sistem tutulumu tüm başvurularda %38.4 oranındadır. Bu oran trafik kazalarında %51.9, ev kazalarında %50.0, iş kazalarında %32.6, şiddet nedenli başvurularda %19.4'dür (Tablo-2). Çoklu sistem tutulumuna diğerlerine oranla şiddet ve özkiym olgularında daha az rastlanmaktadır. Tüm başvurular içerisinde en sık tutulum gözlenen sistem %56.2 ile baş-boyun sistemidir. Baş-boyun sistemi tutulumu en sık şiddet nedenli başvurularda (%73.6) ve trafik kazalarında (%66.9) saptanmıştır (Tablo-2). İkinci en sık tutulan sistem %48.8 oranı ile ekstremitelerdir. En sık ekstremitte tutulumu %74.4 ile iş kazalarında saptanmıştır; Trafik kazalarında bu oran %59.7'dir. Ekstremitte tutulumu şiddet ve özkiym olgularında diğerlerine oranla daha az gözlenmektedir. Toraks %21.2 oranı ile en sık tutulan üçüncü sistemdir. Toraks tutulumu ev kazalarında %33.3, trafik kazalarında %27.9, şiddet nedenli başvurularda %14 oranında saptanmıştır (Tablo-2). Tüm başvurularda vertebral kolon tutulumu %8.6, abdomen tutulumu %5, pelvis tutulumu %3.6 oranında bulunmuştur (Tablo-2). Başvuru nedeni olayların ve sistem tutulumunun dağılımı Günaydın ve arkadaşlarının benzer bir merkez olan metropol kent üniversite hastanesi acil servisinde yapılan çalışmasıyla uyum göstermektedir (2). Günaydın trafik kazalarına %63.2, darp, alet yaraları ve ateşli silah yaralarına %10.1, zehirlenmelere %12.1 oranında rastlamıştır. Kafa travmaları %40.5, ekstremitte travmaları %15.4 oranında bildirilmiştir. Koç ve arkadaşlarının Askeri Hastane acil servisinde yaptığı çalışmada da asker popülasyonunun bazı özellikleri dışında benzer oranlar elde edilmiştir (3). Altun ve arkadaşlarının çalışmasında da %62.9 ile trafik kazaları en sık başvuru nedeni olarak bildirilmiş, %33 oranında çoklu sistem, %29 oranında baş-boyun, %15 oranında ise ekstremitte tutulumu saptanmıştır (1).

Tüm başvurularda en sık saptanan yaralanma tipi %73.8 ile künt travmadır. Bunu sırasıyla delici-kesici yaralanmalar (%41.4) ve kırık-cıkıklar (%27.8) izlemektedir (Tablo-3). Tüm başvuruların %46.6'sında çoklu tipte yaralanma olduğu saptanmıştır. Çoklu tipte yaralanmalar en sık %66.7 oranı ile ev kazalarında bulunmuş, bunu %56.8 ile trafik kazaları, %50.0 ile şiddet, %41.9 ile iş kazaları izlemiştir (Tablo-3). Çalışmamızda incelenen tüm adli raporlarda sistem tutulumu ve yaralanma tipi belirtilmiştir. Oysa Elazığ'da trafik kazaları sonucu başvuranlarda düzenlenen adli raporların incelendiği bir çalışmada raporların %43.5'inde yaralanma bölgesinin tanımlanmadığı bildirilmiştir (4). Diğer çalışmaya göre hayati tehlike kavramı, yaralanma tipi ve sistem tutulumu konularındaki göreceli iyi durum acil servis için geliştirilen, hekimin unutmaya olasılığını azaltan sistematik formun varlığına ve rotasyon öncesi verilen eğitime bağlanabilir.

Tüm başvuruların %14.2'sinde hayati tehlike olduğu kanaati bildirilmiştir. Hayati tehlikesi var kanaati en sık özkiym girişimlerinde (%23.0) belirtilmiştir. Bunu sırasıyla ev kazası (%16.7), şiddet (%15.3), iş kazası (%14.0), trafik kazası (%12.7) nedenli başvurular izlemektedir (Tablo-4). Günaydın ve arkadaşlarının çalışmasında hayati tehlike var kanaati belirtilenlerin oranı %27.5 bulunmuş ancak, bunların %55.5'inde hayati tehlike nedeni olabilecek objektif bulgu belirtilmediği bildirilmiştir (2). Gürpınar ve arkadaşlarının çalışmasında ise adli raporlarda %39 oranında hayati tehlike kavramından söz edilmediği oysa bunların %64.1'inde hayati tehlike konusunda kesin kanaate ulaşılabilecek bulgular olduğu anlaşılmaktadır (5). Adli vakalarda hayati tehlike bulunma oranı Altun ve arkadaşlarının çalışmasında %16.2 olarak bildirilmiştir (1). Özkiym girişimi nedenli başvurularda büyük oranda ilaç ve kimyasal alımı söz konusudur ve %23.0 ile hayati tehlike kanaatinin en çok bildirildiği gruptur ancak, hiç ölüm ortaya çıkmamıştır. Bu başvuru grubunda Tablo-3'de diğerleri başlığıyla belirtilen bilinç bulanıklığı, ajitasyon vs. psikiyatrik ve nörolojik bulguların, karın ağrısı, palpasyon gibi GIS ve kardiyovasküler sisteme ait düzensizlik ve yakınmaların yanlış abartılı değerlendirilmesi, ayrıca, ilaçların geç dönem etkilerinden korkulması, hayati tehlike kanaatinin yüksek oranda bildirilmesini etkilemiş olabilir. Günaydın'ın çalışmasında da zehirlenme olaylarında objektif kriterler olmadan hayati tehlike kanaatinin belirtildiği bildirilmiştir (2).

Birden çok yaralanma tipi olanlarda hayati tehlike var kanaati %18.0 oranında belirtilirken, ateşli silah yaralanması olanlarda %20.8, kırık-cıkığı olanlarda %23.0, delici-kesici yaralanması olanlarda %20.8, künt travması olanlarda %12.7 oranında belirtilmiştir (Tablo-5).

Hayati tehlike var kanaati çoklu sistem tutulumlarında %20.3, abdominal tutulumlarında %40.0, toraks tutulumlarında %22.6, baş-boyun tutulumlarında %17.1 oranında belirtilmiştir (Tablo-6).

Tüm başvuruların %41'ine Ortopedi-Travmatoloji, %30.6'sına Beyin Cerrahisi, %12.4'üne Genel Cerrahi konsültasyonu istenmiştir. Vakaların %30.6'sına ise birden çok bölümden konsültasyon istenmiştir (Tablo-7). Vakaların %55.2'sine medikal ve konservatif, %42.8'ine medikal ve cerrahi tedavi uygulanmıştır (Tablo-8). Yatırılarak tedavi edilenlerin oranı %45, ayakta tedavi edilenlerin oranı ise %55'dir (Tablo-8). Altun ve Ark'nın çalışmasında ilgili servislere yatırılarak tedavisi gereken hastaların oranı %32.7 olarak bildirilmiştir (1). Tüm başvurularda ölümle sonuçlanma oranı %2.2 iken, bu oran trafik kazalarında %2.9, iş kazalarında %2.3, şiddet nedenli başvurularda %1.4'dür. tüm ölümlerin %81.8'inin trafik kazası, %9.1'inin iş kazası, %9.1'inin şiddet nedenli başvurularda olduğu gözlenmiştir (Tablo-9). Ölümlerin %81.8'inin gözlemlendiği trafik kazaları en sık başvuru nedenidir. Trafik kazası nedeniyle başvuruların %56.8'inde çoklu tipte yaralanma tespit edilmiş, %51.9'unda çoklu sistem tutulumu saptanmıştır. Bu durum, ölüm oranı yüksekliğinin çoklu sistem tutulumu ve çoklu tipte yaralanma ile ilişkili olduğunu düşündürülebilir. Ölümle sonuçlanma oranı Altun ve arkadaşlarının çalışmasında %4.78 olarak belirtilmiştir (1). Tüm başvurularda hastanın hastaneye ulaştırılmasında ambulans kullanımı oranı %7.8'dir. Zehirlenme olgularında ambulans kullanımı görülmemiş, trafik kazalarında %7.1, şiddet nedenli başvurularda %8.3, iş kazalarında %21.0, ev kazalarında %16.7, özkiym girişimlerinde %1.6 hasta hastaneye ambulans ile ulaştırılmıştır (Tablo-10). Hastaların hastaneye ulaştırılmasında kullanılan ambulansların sadece nakil aracı olarak mı kullanıldığı, yoksa nakil sırasında acil bakım mı verildiği konusunda bilgi edinilememiştir. Şiddet nedenli başvurularda ambulansla hastaneye ulaştırılan 6 hastadan 4'ü ateşli silah yaralanması sonucu acil tedaviye gerek duymuştur. Ambulans kullanımının düşük oranda olması, ülkemizde ilk yardım hizmetlerinin organizasyonunun öncelikli bir konu olması lehinde bir bulgu olarak düşünülebilir.

SONUÇ:

Bulgular da görüldüğü gibi acil tedavi gereksinimi ile sağlık kurumlarına başvuran hastaların başvuru nedenleri, organ tutulumu, yaralanma şekilleri ve tedavileri birden çok uzmanlık alanını ilgilendirmektedir. Acil bakım hizmetlerinin sunulduğu birimlerde acil

tip konusunda mezuniyet sonrası eğitim almış hekimlerin görev alması, kanımızca hastaların yaşam kalitesinin artırılmasında önemli bir etkiye sahip olacaktır. Ancak, bunun mümkün olmadığı hallerde, vakaların çeşitliliği gözönüne alınarak farklı alanlardaki uzmanlara veya öncelikli konularda hizmetçi eğitim almış hekimlere gereksinim duyulacaktır. Konusunda eğitilmiş sağlık personelinin acil servislere görevlendirilmesi aşamasında, bu hizmet birimlerinin yeterlilikleri doğrultusunda sınıflandırılarak, görevlendirmelerde bunun dikkate alınması bir seçenek olarak düşünülebilir. Acil tedavi gereksinimi duyan hastaların sağlık kurumlarına ulaştırılmasında ambulans kullanımının yaygınlık kazanması, ilk yardım işlemlerinin konusunda eğitilmiş sağlık personeline uygulanması ve acil bakım hizmetlerinin henüz acil servise ulaşmadan olay yerinde başlaması ve hastanın nakli süresince devam etmesi hastaların çoğunda yaşam kurtarıcı bir öneme sahiptir. İlk yardım ve acil bakım hizmetlerinin çağdaş bir düzeye ulaştırılması ve ülke çapında etkin organizasyonu ülkemizin öncelikli ve önemli sorunlarından biridir. T.C.K. 530.Maddesi gereği hekimlerin, belirli koşullarda şahıslara karşı işlenmiş suç belirtisi gösteren durumları ihbar zorunluluğu vardır ve bu ihbar uygulamada raporla yapılmaktadır. Bu raporlar bilirkişi raporu değil, delil niteliğinde tanık-bilirkişi raporlarıdır. Bu raporlarda şahsın kimlik bilgileri, muayene tarih ve saati, yaraların ve diğer bulguların ayrıntılı biçimde belirtilmesi, hayati tehlike bulunup bulunmadığının belirtilmesi yeterlidir. Adli tip bilgilerinden uzak hazırlanan raporlar çoğu kez mağdurun yeniden muayenesi veya hasta dosyası vs. evrakın yeniden incelenmesi için resmi bilirkişi ve kurumlara gönderilmesine, uzun yazışmalara, para ve zaman kaybına, mağdurun ve bazen sanığın mağduriyetinin artmasına, sonuçta adaletin gecikmesine sebep olmaktadır (2, 4, 5, 6, 7, 8). Özellikle adli vakalarla sık karşılaşan birimlerde görev yapan adli tip uzmanı olmayan hekimlerin; ihbar niteliğindeki raporlarının adli tip bilgilerinden uzak bilirkişi raporu şeklinden belirli kriterler taşıyan durum belirtir rapor şekline dönüşmesi için gerekli eğitimlerden geçirilmeleri faydalı olacaktır. Bu raporlarda aranacak kriterler, hasta kayıtlarının daha sağlıklı tutulmasını, bilirkişinin olay anındaki durumu daha doğru-gerçekçi değerlendirmesini, dahası, olası hekim hataları, görevi ihmal ve suistimal iddialarının önüne geçilmesini sağlayacak nitelikte olmalıdır.

KAYNAKLAR:

- Altun G, Azmak D, Yılmaz A, Yılmaz G. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine başvuran adli olguların özellikleri*. 2.Adli Bilimler Kongresi Sözel ve Poster Bildirileri Özet Kitabı; 1996 Mayıs 13-16; Bursa: 74
- Günaydın G, Demireli O, Şahin TK. *Selçuk Üniversitesi Acil Servisinde verilen adli raporlar ve bunların hayati tehlike yönünden değerlendirilmesi*. 8.Ulusal Adli Tıp Günleri Poster Sunuları. 1995-Ekim.16-20; Antalya: 271-276.
- Koç S, Özbek İ, Albak E, Lokman S. *GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi acil servisine başvuran adli nitelikteki 510 olgunun analizi*. 7.Ulusal Adli Tıp Günleri Poster Sunuları. 1993-Kasım.1-5; Antalya: 147-156.
- Dülger HE, Bostancı M, Bilgin N, Toy E. *Elazığ'da son üç yılda adli rapor verilen trafik kazalarının değerlendirilmesi*. 7.Ulusal Adli Tıp Günleri Poster Sunuları. 1993-Kasım.1-5; Antalya: 133-142.
- Gürpınar SS, Çakmakçı T, Özoran Y. *Yargının işleminde doktorun rolü*. 7.Ulusal Adli Tıp Günleri Poster Sunuları. 1993-Kasım.1-5; Antalya: 59-62.
- Örsal M, Katkıcı U. *Adli raporlarda hayati tahlile*. T Klin Tıp Bil Der 1990; 10(4): 317-320.
- Öztürel A. *Yaralanmalarda adli tip sorunları*. Ege R. ed; Travma (Yaralanmalar) Genel-Özel Sistemler. Ankara: 1982: 632-635.
- Işık AF, Tunali I. *Acil durumlarda adli tip sorunları*. Karaaslan Y, Köroğlu E, Özdemir O, Özkardeş H. ed; Acil Durumlarda Tanı ve Tedavi. Hekimler Yayın Birliği, Ankara: 1995; 542-554.

TABLO-1: Başvuruların Yaş ve Cinsiyete Göre Dağılımı

Yaş Grubu	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%X	Sayı	%X	Sayı	%XX
<24	90	53.6	78	46.4	168	33.6
25-34	75	67.0	37	33.0	112	22.4
35-44	67	76.1	21	23.9	88	17.6
45-54	42	60.9	27	39.1	69	13.8
55-64	28	77.8	8	22.2	36	7.2
65+	16	59.3	11	40.7	27	5.4
Toplam	318	63.6	182	36.4	500	100.00

%X: Satır yüzdesi %XX: Kolon yüzdesi

TABLO-2: Başvuru Nedenlerine Göre Sistem Tutulumlarının Dağılımı

Başvuru Nedeni	Başvuru		Baş-Boyun		Toraks		Abdomen		Ekstremiteler		V.Kolon
	Sayı	%XX	Sayı	%X	Sayı	%X	Sayı	%X	Sayı	%X	Sayı
Trafik Kazası	308	61.6	206	66.9	86	27.9	18	5.8	184	59.7	34
Şiddet*	72	14.4	53	73.6	12	16.7	4	5.6	21	29.2	1
İş Kazası	43	8.6	18	41.9	6	14.0	3	7.0	32	74.4	6
Özkiym	61	12.2	1	1.6	-	0.0	-	0.0	3	4.9	-
Ev Kazası**	6	1.2	3	50.0	2	33.3	-	0.0	4	66.7	2
Zehirlenme	5	1.0	-	0.0	-	0.0	-	0.0	-	0.0	-
Diğerleri	5	1.0	-	0.0	-	0.0	-	0.0	-	0.0	-
Toplam	500	100.0	281	56.2	106	21.2	25	5.0	244	48.8	43

%X: Satır yüzdesi

%XX: Kolon Yüzdesi

(*) : Darp-Cebir ve ateşli silah yaralanmaları (**) : 6 ev kazası vakasından 3 tanesi yüksekte düşme sonucu oluşmuştur

TABLO-3: Başvuru Nedenlerine Göre Yaralanma Biçimleri

Başvuru Nedeni	Başvuru		Künt Travma		Delici-Kesici		A.Silah		Kırık-Çıkık		Diğer***		Çoklu Tipte	
	Sayı	%XX	Sayı	%X	Sayı	%X	Sayı	%X	Sayı	%X	Sayı	%X	Sayı	%X
Trafik Kazası	308	61.6	284	92.2	135	43.8	-	0.0	110	35.7	1	0.3	175	56.8
Şiddet	72	14.4	59	81.9	38	52.8	6	8.3	15	20.8	-	0.0	36	50.0
İş Kazası	43	8.6	21	48.8	28	65.1	-	0.0	10	23.3	2	4.7	18	41.9
Özkırım	61	12.2	1	1.6	2	3.3	-	0.0	-	0.0	58	95.1	-	0.0
Ev Kazası	6	1.2	4	66.7	4	66.7	-	0.0	4	66.7	-	0.0	4	66.7
Zehirlenme	5	1.0	-	0.0	-	0.0	-	0.0	-	0.0	5	100.0	-	0.0
Diğerleri	5	1.0	-	0.0	-	0.0	-	0.0	-	0.0	5	100.0	-	0.0
Toplam	500	100.0	369	73.8	207	41.4	6	1.2	139	27.8	71	14.2	233	46.6

%X: Satır yüzdesi %XX: Kolon yüzdesi

(***): Bilinç bulanıklığı, ajitasyon vs. psikiyatrik ve nörolojik bulgular, GIS ve kardiyovasküler sisteme ait düzensizlik ve yakınmalar

TABLO-4: Başvuru Nedenlerine Göre Hayati Tehlike Durumunun Dağılımı

Başvuru Nedeni	Hayati Tehlike Var		Hayati Tehlike Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Trafik Kazası	39	12.7	269	87.3	308	100.0
Şiddet	11	15.3	61	84.7	72	100.0
İş Kazası	6	14.0	37	86.0	43	100.0
Özkırım	14	23.0	47	77.0	61	100.0
Ev Kazası	1	16.7	5	83.3	6	100.0
Zehirlenme	-	0.0	5	100.0	5	100.0
Diğerleri	-	0.0	5	100.0	5	100.0
Toplam	71	14.2	429	85.8	500	100.0

TABLO-5: Yaralanma Biçimine Göre Hayati Tehlike Durumunun Dağılımı

Yaralanma Biçimi	Hayati Tehlike Var		Hayati Tehlike Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Künt Travma	45	12.2	324	87.8	369	100.0
Delici-Kesici	43	20.8	164	79.2	207	100.0
A.Silah	3	50.0	3	50.0	6	100.0
Kırık-Çıkık	32	23.0	107	77.0	139	100.0
Diğer	1	7.7	12	92.3	13	100.0
Çoklu Biçimde	42	18.0	191	82.0	233	100.0

TABLO-6: Sistem Tutulumuna Göre Hayati Tehlike Durumunun Dağılımı

Sistem Tutulumu	Hayati Tehlike Var		Hayati Tehlike Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Baş-Boyun	48	17.1	233	82.9	281	100.0
Toraks	24	22.6	82	77.4	106	100.0
Abdomen	10	40.0	15	60.0	25	100.0
Ekstremiteler	32	13.1	212	86.9	244	100.0
V.Kolon	7	16.3	36	83.7	43	100.0
Pelvis	3	16.7	15	83.7	18	100.0
Çoklu Sistem	39	20.3	153	79.7	192	100.0

TABLO-7: En Sık Konsültasyon İstenen Beş Servis ve Birden Çok Konsültasyon İsteme Oranı

Konsültasyon İstenen Servis	Vaka Sayısı	%x
Ortopedi-Travmatoloji	205	41.0
Beyin Cerrahisi	153	30.6
Genel Cerrahi	62	12.4
Plastik Cerrahi	37	7.4
Kulak-Burun-Boğaz	19	3.8
Birden Çok Konsültasyon	153	30.6

%x: Oranlar toplam başvuru sayısı olan 500'e göre alınmıştır

TABLO-8: Hastalara Uygulanan Tedavi ve İzlem Şekillerinin Dağılımı

Tedavi ve İzlem Biçimi	Sayı	%X
Medikal ve Konservatif Td.	276	55.2
Medikal ve Cerrahi Td.	214	42.8
Tedavisiz*	10	2.0
Ayaktan İzlem	275	55.0
Yatırılarak İzlem	225	45.0

%X: Oranlar toplam başvuru sayısı olan 500'e göre alınmıştır

(*): Tedaviyi kabul etmeyen, tedaviye başlamadan başka merkeze gönderilen veya ex. olanlar

TABLO-9: Ölüm Vakalarının Başvuru Nedenlerine Göre Dağılımı

Başvuru Nedeni	Sayı	Ölüm Vakaları		
		Sayı	%X	%XX
Trafik Kazası	308	9	2.9	81.8
Darp-Cebir	72	1	1.4	9.1
İş Kazası	43	1	2.3	9.1
Özkiyım	61	-	0.0	0.0
Ev Kazası	6	-	0.0	0.0
Zehirlenme	5	-	0.0	0.0
Diğerleri	5	-	0.0	0.0
Toplam	500	11	2.2	100.0

%X: Satır yüzdesi

%XX: Kolon yüzdesi

Tablo-10: Başvuru Nedenlerine Göre Hastaların Hasteneye Ulaştırılmasında Ambulans Kullanım Durumu

Başvuru Nedeni	Başv. Sayısı	Amb. (+)	%	Amb. (-)	
					%
Trafik Kazası	308	22	7.1	286	92.9
Şiddet	72	6	8.3	66	91.7
İş Kazası	43	9	21.0	34	79.0
Özkiyım	61	1	16.7	60	83.3
Ev Kazası	6	1	1.6	5	98.4
Zehirlenme	5	-	-	5	100.0
Diğerleri	5	-	-	5	100.0
Toplam	500	39	7.8	461	92.2

SAMSUN İLİNDE TRAFİK KAZALARININ GENEL DEĞERLENDİRİLMESİ

Arş.Gör.Dr.A.Tevfik SÜNER*, Yrd.Doç.Dr.Şennur DABAK*, Arş.Gör.Dr.Murat TOPBAŞ*, Prof.Dr.Yıldız PEKŞEN*
*Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı

ÖZET

Tüm dünyada cinsiyete göre fark gözetmeksizin en sık rastlanan kaza tipi trafik kazalarıdır ve dünyada her yıl yaklaşık 1 milyon kişi trafik kazası sonucu yaşamını yitirmektedir.

Samsun ilinde 1991-1995 yıllarında meydana gelen trafik kazalarının genel bir değerlendirmesinin yapıldığı bu çalışmada dünyada en sık rastlanan kaza tipi olan trafik kazalarının oluşumunda rol oynayan faktörleri incelemek amaçlanmıştır.

Samsun İl Trafik Tescil ve Denetleme Şube Müdürlüğü ve Bölge Trafik Denetleme Şube Müdürlüğü'nden elde edilen veriler incelenmiştir.Yıl geçtikçe kazaların sayısı ve hasarların boyutunun arttığı buna karşılık ölümlü trafik kazası oranlarının azaldığı saptanmıştır. 1991'de 1031 olan kaza sayısı 1995'de 3168'e, 6.237.910.000 TL. olan maddi hasar miktarı 118.249.450.000 TL.'na yükselmiş, %6.5 olan ölümlü trafik kazası oranı da %1.8'e düşmüştür.Kaza sayısında ve hasar miktarındaki artışın trafiğe çıkan araç sayısındaki artışa, ölümlü kaza sayısının azalmasının ise emniyet kemeri kullanımının yaygınlaşması ve trafik denetimlerinin sıklaştırılması ile ilişkili olduğu düşünülmüştür.Kazalardaki sayı ve hasar miktarı artışını azaltma ve önleme yönünde öneriler tartışılmıştır.

SUMMARY

Worldwide, traffic deaths are approximately 1,000,000 per year and traffic accidents are the most common accident type without any difference in sex.

This study aimed to investigate traffic accidents occurred in Samsun province for the period 1991-1995 and to define the factors cause accidents.

Data were obtained from Traffic Authority of Samsun.From 1991 through 1995, the number and the cost of accidents increased from 1031 to 3168 and from 6,237,910,000 TL. to 118,249,450,000 TL. respectively, while the traffic accident-related death ratio decreased (from 6.5 % to 1.8 %). It was thought that increase of number and cost of accidents might be due to the increase of motor-vehicles in traffic and the decrease of traffic accident-related deaths might be due to the widening usage of safety belts.Suggestions through reducing the number and the cost of accidents discussed.

GİRİŞ VE AMAÇ

Tüm dünyada cinsiyete göre fark gözetmeksizin en sık rastlanan kaza tipi trafik kazalarıdır ve dünyada her yıl yaklaşık 1 milyon kişi trafik kazası sonucu yaşamını yitirmektedir. Türkiye'de de kaza sonucu ölümlerin % 40.0'ı trafik kazaları nedeniyle olmaktadır ve bu kazaların % 97.0'sinde suç ve sorumluluk kişiye aittir.Son yıllarda gelişmiş ülkelerde harcanan çabalar sonucu trafik kazalarının sayısındaki artış hızı azaltılmışsa da, gelişmekte olan ülkelerde sayı her geçen gün artmakta ve trafik kazaları kaza sonucu ölüm nedenleri arasında halen önemini korumaktadır(1).

Ülkemizde yük ve yolcu taşımacılığının büyük oranda karayollarına kaymış olmasının trafik sorununun başlıca nedenlerinden biri olduğu kabul edilmektedir(2).

Trafik kazalarında, yol, çevre ve taşıt ile ilgili faktörler de önemli rol almaktadır.Buna rağmen ülkemizde meydana gelen trafik kazalarında yol ve çevre ile taşıt özelliklerinin etkisinin az olarak görülmesi dikkat çekmektedir(3).Bu çalışma Samsun ilinde 1991-1995 yıllarında meydana gelen trafik kazalarının oluşumunda rol oynayan yol, çevre ve taşıt özelliklerinin yanısıra kazaların sonuçlarını da incelemek amacı ile yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmada Samsun ilinde meydana gelen trafik kazaları ile ilgili Samsun İl Trafik Tescil ve Denetleme Şube Müdürlüğü ve Bölge Trafik Denetleme Şube Müdürlüğü verileri incelenmiş, 1991-1995 yıllarına ait verilerden bu 5 yıllık dönemde Samsun'da meydana gelen kazaların genel özellikleri değerlendirilmiş ve çalışmamız cross-sectional tip bir çalışma olduğu için elde edilen veriler tablolar halinde sunulmuştur.

BULGULAR VE TARTIŞMA

1991-1995 yıllarında Samsun ilinde meydana gelen trafik kazaları sayısal olarak değerlendirildiğinde kaza sayısında yaklaşık 3 kat artış gözlenirken, sonuçlarına göre incelendiğinde ise ölümlü kaza oranının % 6.5'dan % 1.8'e, yaralanmalı kaza oranının ise % 39.5'dan % 27.7'ye düştüğü, buna karşılık maddi hasarlı kaza oranının % 54.0'den % 70.5'a yükseldiği gözlenmiştir (Tablo:I).1991 ve 1995 yıllarındaki ölümlü,yaralanmalı ve maddi hasarlı kaza oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).Ölümlü ve yaralanmalı kaza oranlarındaki bu düşüşün emniyet kemeri kullanımının yaygınlaşması ve trafik denetimlerinin daha sıklaştırılması ile maddi hasarlı kazalardaki artışın ise trafiğe çıkan araç sayısının artması ile ilgili olabileceği düşünülmüştür.Dülgör ve arkadaşları⁽⁴⁾ 1990-1992 yıllarını kapsayan çalışmalarında Elazığ belediye sınırları içerisindeki trafik kazalarını incelemişler ve ölümlü kaza oranında %54.5'dan %36.5'a, yaralanmalı kaza oranında ise %37.2'den %35.6'ya düşüş olduğunu göstermişlerdir.

1991-1995 yıllarında Samsun'da meydana gelen toplam 10112 trafik kazasının 6302 (% 62.3)'si yerleşim alanı içerisinde, 3810 (% 37.7)'u yerleşim alanı dışında olurken 302 ölümlü kazanın 254 (%84.1)'ü yerleşim yeri dışında, 48 (%15.9)'u da yerleşim yerlerinde meydana gelmiştir (Tablo:II).

Kazalar oluş şekillerine göre incelendiğinde 5619 (%55.6) kazanın çarpışma sonucu meydana geldiği görülmüştür(Tablo: III).

Kazalara karışan araçlar arasında ilk sırayı 11700 (% 63.6) adetle otomobil almakta, onu 2200 (%11.9) adetle kamyon izlemektedir (Tablo:IV).Yavuz ve ark.nın⁽⁵⁾ İzmir'de yaptıkları çalışmada da kazalara en fazla karışan araç sıralamasında otomobilin birinci sırada olduğu belirtilmektedir.

Kazaların haftanın günlerine göre dağılımı incelendiğinde 1634 (%16.2) kaza ile Cumartesi gününün en çok kaza olan gün olduğu saptanmıştır (Tablo V).

Kazaların 6378 (%63)'i gündüz meydana gelirken (Tablo:VI), en fazla kazanın olduğu saatler ise 3533 (% 34.9) kaza ile 12.00-18.00 arasındır(Tablo:VII).Yavuz ve ark.nın⁽⁵⁾ çalışmasında da kazaların çoğunlukla gündüz meydana geldiği gösterilmiştir(5).

Kazalarla meteorolojik koşulların ilişkisi değerlendirildiğinde ise kazaların sıklıkla (% 59.9) açık ve güneşli havalarda meydana geldiği görülmüştür(Tablo:VIII). Yavuz ve ark.⁽⁵⁾ da çalışmalarında benzer sonuçları bulmuşlardır.

SONUÇ

Dünya genelinde her yıl yaklaşık 1 milyon kişinin ölümüne neden olan trafik kazaları alınacak yeterli ve uygulanabilir önlem ve yasalarla önemli oranda azaltılabilir. Bu amaçla;

1-Karayollarının iyileştirilmesi, genişletilmesi, sayılarının artırılarak taşıt yükünün azaltılması, taşıt aracı tasarımlarının iyileştirilmesi, hız kısıtlaması, emniyet kemeri ve bisiklet-motorsiklet sürücülerinin koruyucu başlık kullanımının yaygınlaştırılması, alkolü araç kullanımının yasaklanması ve trafik denetimlerinin sayı ve kalite açısından artırılması gibi çalışmalara ağırlık verilmesi,

2-Sürücü ve yayaların trafik kuralları konusunda bilinçlendirilmeleri ve eğitimleri için etkili programların hazırlanması ve bu tür çalışmaların sektörler arası işbirliği ve kitle iletişim araçları ile desteklenmesi,

3-Trafik kazalarının önlenmesi amacıyla alınacak önlemlerin daha kapsamlı olması için; bilgilerin kayıt edildiği emniyet ve sağlık kuruluşları kayıtlarının daha düzenli ve ayrıntılı tutulmasının sağlanması gibi uygulamaların yararlı olacağı kanısına varılmıştır.

KAYNAKLAR

- 1.Bertan M, Güler Ç. Halk Sağlığı, Temel Bilgiler; 463-466, 1995; Ankara.
- 2.Ateş N. "Trafik kazalarında alt yapı, araç ve sürücü kusurlarının oransal dağılımı ve çözüm önerileri" Trafikte güvenlik ve çağdaş uygulamaları sempozyumu; 1993; İzmir.
- 3.Yayla N. "Trafikte mühendis rolü, kaza- taşıt-yol ilişkisi" Trafik Dünyası, 19(233-234),1988.
- 4.Dülger E, Bostancı M. Elazığ Emniyet Müdürlüğü'ne bildirilen trafik kazalarının değerlendirilmesi. I. Adli Bilimler Kongresi; 405-407, 1994; Adana.
- 5.Yavuz C, Mandıracıoğlu A, Hancı H, Aktaş E. İzmir ilinde trafik kazalarının teknik boyutu. IV.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre kitabı; 136-139, 1994;Didim.

Tablo:I- Kazaların Sonuç ve Maddi Hasar Miktarına Göre Dağılımı

YILLAR	Ölümü		Yaralanmalı		Maddi Hasarlı		TOPLAM		MADDİ HASAR TL.
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
1991	67	6.5	407	39.5	557	54.0	1031	100.0	6.237.910.000
1992	50	3.2	593	38.3	936	48.5	1549	100.0	12.764.065.000
1993	64	3.0	680	31.8	1394	65.2	2138	100.0	27.158.339.000
1994	64	2.9	722	32.4	1440	64.7	2226	100.0	48.168.410.000
1995	57	1.8	879	27.7	2232	70.5	3168	100.0	118.249.450.000
TOPLAM	302	3.0	3281	32.5	6559	64.5	10112	100.0	212.578.174.000

Tablo:II-Kazalarda Oluşan Ölümün Kazanın Oluş Yeri Göre Dağılımı

YILLAR	Yerleşim Yeri		Yerleşim Yeri Dışı		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1991	26	23.85	83	76.1	109	100.0
1992	11	15.71	59	84.3	70	100.0
1993	12	15.19	67	84.8	79	100.0
1994	2	2.2	91	97.8	93	100.0
1995	3	3.297	88	96.7	91	100.0
TOPLAM	54	23.85	388	76.1	642	100.0

Tablo:III-Kazaların Oluş Şekillerine Göre Dağılımı

YILLAR	CARPISMA		DURAN CARPMA		ARACA SABİT CARPMA		CİSME YAYAYA CARPMA		DİĞER		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1991	380	45.4	62	7.4	66	7.9	110	13.1	219	26.2	837	100.0
1992	795	51.9	123	8.0	75	5.0	119	7.7	420	27.4	1532	100.0
1993	1231	55.4	119	5.3	110	5.1	139	6.2	622	28.0	2221	100.0
1994	1218	56.0	129	6.0	71	3.3	124	5.7	632	29.0	2174	100.0
1995	1995	59.6	212	6.4	142	4.2	138	4.1	861	25.7	3348	100.0
TOPLAM	5619	55.6	645	6.4	464	4.6	630	6.2	2754	27.2	10112	100.0

Tablo:IV-Kaza Yapan Araç Cinslerinin Yıllara Göre Dağılımı

ARAC CİNSİ	1991		1992		1993		1994		1995		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kamyon	234	13.3	293	9.2	496	12.7	528	13.5	649	11.5	2200	12.0
TIR	11	0.6	17	0.5	21	0.5	21	0.5	31	0.5	101	0.5
Otobüs	100	5.7	115	3.6	140	3.6	125	3.2	133	2.4	613	3.3
Otomobil	1027	58.5	2175	68.4	2486	63.6	2372	60.8	3640	64.5	11700	63.7
Minibüs	193	11	283	8.9	377	9.7	366	9.4	521	9.2	1740	9.5
Kamyonet	112	6.4	65	2.1	241	6.2	297	7.6	461	8.2	1276	6.9
Motorsiklet	11	0.6	25	0.8	22	0.6	29	0.8	44	0.8	131	0.7
Traktör	35	2.0	66	2.1	78	2.0	104	2.7	101	1.8	384	2.1
Diğer	32	1.9	44	1.4	45	1.1	57	1.5	64	1.1	242	1.3
TOPLAM	1755	100.0	3183	100.0	3906	100.0	3899	100.0	5644	100.0	18387	100.0

Tablo:V- Trafik Kazalarının Haftanın Günlerine Göre Dağılımı

GÜNLER	1991		1992		1993		1994		1995		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Pazartesi	156	15.1	231	14.9	310	14.5	306	13.7	440	13.9	1443	14.3
Salı	143	13.9	206	13.3	264	12.3	266	12.0	448	14.1	1327	13.1
Çarşamba	136	13.2	226	14.6	309	14.5	301	13.5	408	12.9	1380	13.6
Perşembe	138	13.4	194	12.5	272	12.7	300	13.5	443	14.0	1347	13.3
Cuma	138	13.4	224	14.5	317	14.8	350	15.7	464	14.7	1493	14.8
Cumartesi	168	16.3	258	16.7	346	16.2	375	16.9	487	15.4	1634	16.2
Pazar	152	14.7	210	13.5	320	15.0	328	14.7	478	15.0	1488	14.7
TOPLAM	1031	100.0	1549	100.0	2138	100.0	2226	100.0	3168	100.0	10112	100.0

Tablo: VI-Kazaların Yıllara ve Günü Aydınlanma Durumuna Göre Dağılımı

YILLAR	Gündüz		Gece		Alacakaranlık		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1991	593	57.52	403	39.1	35	3.4	1031	100.0
1992	977	63.07	527	34.0	45	2.9	1549	100.0
1993	1340	62.68	709	33.2	89	4.2	2138	100.0
1994	1368	61.46	770	34.6	88	4.0	2226	100.0
1995	2100	66.29	1002	31.6	66	2.1	3168	100.0
TOPLAM	6378	63.07	3411	33.7	323	3.2	10112	100.0

Tablo:VII-Kazaların Yıllara ve Günü Saatlerine Göre Dağılımı

YILLAR	GÜNÜN SAATİ									
	00.00-6.00		06.01-12.00		12.01-18.00		18.01-24.00		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1991	155	15.0	217	21.0	359	34.8	300	29.1	1031	100.0
1992	203	13.1	387	25.0	556	35.9	403	26.0	1549	100.0
1993	237	11.1	557	26.1	746	34.9	597	27.9	2138	100.0
1994	251	11.3	588	26.4	762	34.2	629	28.3	2226	100.0
1995	348	11.0	823	26.0	1110	35.0	887	28.0	3168	100.0
TOPLAM	1194	11.8	2572	25.4	3533	34.9	2816	27.8	10112	100.0

Tablo:VIII-Kazaların Yıllara ve Hava Durumuna Göre Dağılımı

YILLAR	Açık		Bulutlu		Yağmurlu-Karlı		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1991	552	53.5	159	15.4	320	31.0	1031	100.0
1992	834	53.8	243	15.7	472	30.5	1549	100.0
1993	1344	62.9	200	9.4	594	27.8	2138	100.0
1994	1350	60.6	223	10.0	653	29.3	2226	100.0
1995	1978	62.4	367	11.6	823	26.0	3168	100.0
TOPLAM	6058	59.9	1192	11.8	2862	28.3	10112	100.0

Dr.Burhanettin IŞIKLI,* Dr.İlhami ÜNLÜOĞLU, Dr.Cemalettin KALYONCU,* Dr.Selma METİNTAŞ,* Dr.Didem ARSLANTAŞ***

*O.Ü.T.F. Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**O.Ü.T.F. Aile Hekimliği Anabilim Dalı

ÖZET

Acil servislere başvuran hastalar içinde önemli yer tutan kazaen ya da intihar girişimi nedeni ile meydana gelen zehirlenmeleri değerlendirmek için O.Ü.T.F. Eğitim-Araştırma Hastanesine 1995 yılı içinde müracaat eden kişiler üzerinde epidemiyolojik (prospektif yöntem ile) bir çalışma yapıldı. Bulgular intihar girişimli ve diğer zehirlenmeler olarak özellikle değerlendirildi. Zehirlenmelerin 15-24 yaş grubunda yığıldığı (%42.93), intihar girişimli zehirlenmelerin kadınlarda daha çok olduğu (%89.57), 15 yaş altında görülmediği, diğer zehirlenmelerin ise 15-24 yaşın yanı sıra 0-4 yaşında da sık olduğu gözlemlendi. Kış aylarında nisbeten azalan (%20.42) zehirlenmelerin gün içinde 17⁰⁰-23⁵⁹ saatlerinde çokça olduğu (%43.16) gözlemlendi. Etken olarak da en çok ilaçların ve özellikle intihar girişimli zehirlenmelerde kullanıldığı, çoğunun yatırılarak tedavi edildiği gözlemlendi. Risk gruplarına, kadınlara ve annelere, reçete, ilaçlar, zehirlenmeler, besin sanitasyon ve diğer zehirler hakkında bilgi verilmesi, eğitim yapılması gereği vurgulandı.

SUMMARY

THE INTOXICATION CASES ADMITTED TO EMERGENCY SERVICE OF OSMANGAZI UNIVERSITY MEDICINE SCHOOL (Year of 1995)

A prospective epidemiological study was made on the subjects who admitted to Osmangazi University Training-Researching Hospital in the year of 1995 in order to determine the accidental or intentional intoxication which has an important position among the patients who admit to emergency services. The findings were evaluated as suicide initiatives and other intoxication, especially. It was observed that intoxications were massed at the age group of 15-24 (42.93%), suicide initiatives were higher for the female (89.57%) and it wasn't seen under the age of 15 and while other intoxications were seen at the age group of 15-24, weren't seen at the age group of 0-4. It was found that intoxications were becoming lesser in winter (20.42%) and becoming higher between the 17⁰⁰-23⁵⁹ hours (43.16%). Additionally, it was observed that the drugs were used in suicide initiative intoxications and that most of them were hospitalized. Risk groups, mothers and women should be educated about drugs, intoxications, prescriptions, food sanitation and other poisons.

GİRİŞ

Organizmaya girdiğinde insan sağlığını bozan, zararlı etkilere yol açan maddelere zehir denir. Zehirlenme, toksik bir maddenin zararlı etkisini ortaya çıkaracak miktarda, değişik yollardan alınması sonucunda - organizma ile etkileşerek - bir takım belirtilerin ortaya çıkması halidir. Bu maddeler patolojik etkileri ile organizmaya zarar verir, sağlığı bozar^{1,2}.

Günümüzde kimyasal maddelerin, çeşitli amaçlarla kullanılışlarındaki artış insanların bunlarla karşı karşıya kalmalarını daha sıklaştırmakta, böylece gerek kazaen gerekse kasıtlı olarak alınmaları sonucu akut zehirlenmelerin sıklığı da giderek artmaktadır³.

Morbidite ve Mortalite hızları etkene göre değişmekle birlikte, zehirlenmeler acil servislere başvuran hastalar içerisinde önemli yer tutarlar⁴. Beklenmedik anda meydana gelen bu tür olaylar üzerine saha çalışmaları uygulamasında bilinen zorluklar sebebi ile tedavi merkezlerine yapılan müracaatların değerlendirilmesi -sakıncalarına rağmen- başvuru bir yoldur.

Bu araştırma, Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim-Araştırma Hastanesine zehirlenme nedeni ile başvuran kişilerin bazı epidemiyolojik özelliklerini ve durumlarını belirlemek amacı ile planlandı ve uygulandı.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada 1.1.1995 tarihinden itibaren 31.12.1995'e kadar 1 yıl boyunca Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim-Araştırma Hastanesi Acil Servisine zehirlenme nedeni ile müracaat eden hastalar izlenmeye alındı. Eskişehir ilinde bulunan diğer hastanelere müracaat eden kişiler de araştırmaya dahil edilmek istendi ancak çeşitli sebeplerle bu mümkün olmadı.

Amaca yönelik olarak hazırlanan formlar acil serviste dolduruldu, yatan hastalar ise ilgili servislerde çıkıncaya kadar izlendi. Çoğunlukla kazaen olan zehirlenmelerin içinde epidemiyolojik özellikleri farklı olan intihar girişimlileri ve diğer zehirlenme olayları ayrı ayrı değerlendirildi. Elde edilen veriler ki kare ve Kolmogorov-Smirnov testleri ile analiz edildi.

BULGULAR

Hastanemiz Acil Servisine 1995 yılında 11.201 hasta müracaat etmiş olup bunların 191 (%1.71) i zehirlenme nedeniyledir. Zehirlenmelerin 67 (%35.08) si intihar girişimli idi.

Zehirlenme nedeniyle başvuranların yaşlarına göre dağılımları Tablo 1'de verilmiştir.

Başvuranların cinsiyetlerine göre dağılımları Tablo 2'de verilmiştir

Başvuranların aylara göre dağılımları Tablo 3'de verilmiştir

Acil Servise başvuruların 69 (%36.13) u 08⁰⁰-16⁵⁹, 83 (%43.46) ü 17⁰⁰-23⁵⁹, 39 (%20.41) u 24⁰⁰-07⁵⁹ saatleri arasındadır.

Başvuranların zehirlenme etkenlerine göre dağılımları Tablo 4'de verilmiştir.

Zehirlenme nedeni ilaç olan 94 (%49.22) kişinin 30 (%31.91) u analjezik, 4 (%4.26) ü narkotik, 18 (%19.15) i antidepresif, 6 (6.38) i antiepileptik, 12 (12.77) si nöroleptik, 9 (%9.57) u kalp ilaçları, 4 (4.26) ü antibiyotik, 4

(%4.26) ü haricen kullanılan solüsyonları içmek sureti ile, 7 (%7.45) si diğer grup ilaçları aldıklarını kendileri ya da yakınları ifade etmiş olup, bunlardan 60 (%63.83) ı ilaçları reçete ile aldıklarını belirtmişlerdir.

"Diğer" başlığı altında ise 1 kişi (%0.52) kibritleme, 1 kişi (%0.52) pil yalama, 2 kişi (%1.05) tuz ruhu içme, 1 kişi (%0.52) tiner koklama, 1 kişi (%0.52) asitli madde içimi, 2 kişi (%1.05) uyuşturucu alma, 3 kişi (%1.57) fare zehiri içme, 5 kişi (%2.62) çamaşır suyu içme, 3 kişi (%1.57) zefiran içme, 4 kişi (%2.09) tüpgaz zehirlenmesi idi.

Başvuranların 93 (%48.69) ü bulantı, kusma, halsizlik, karın ağrısı gibi semptomlarla, 34 (%17.80) ü şuur kapalı, 24 (%12.57) ü uykuya meyilli, 8 (%4.19) i ajitasyon, oryantasyon bozukluğu ile, 32 (%16.75) si ise bir şikayetleri olmadan sadece zehirlenmiş olabileceklerini belirterek Acil Servise gelmiş ya da getirilmişlerdi.

Başvuranların zehirlenme etkenine ve Acil Servisteki durumlarına göre dağılımları Tablo 5'de, servislere yatırılanların kaldıkları süreler göre dağılımları Tablo 6'da verilmiştir.

İlgili servislere yatırılan 98 hastanın 93'ü iyileşerek taburcu olmuş, 5 kişi ise ölmüştür. Böylece; zehirlenme nedeni ile Acil Servise başvuran 191 hastanın 1 (%0.5) i Acil Serviste olmak üzere toplam 6 (%3.14) sı kurtarılamıyarak kaybedilmiştir.

TARTIŞMA

1.1.1995 ile 31.12.1995 tarihleri arasında Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim-Araştırma Hastanesi Acil Servisine 11.201 kişi müracaat etmiştir. Bunların 191 (%1.71) i zehirlenme nedeni ile yapılan başvurular olup, bunların da 67 (%35.07) si intihar girişimidir.

1994 yılında Hastanemiz Acil Servisine zehirlenme nedeni başvuru oranı %1.58'dir. Atabay ve arkadaşlarının Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 1981-1987 yıllarını kapsayan çalışmalarında bu oran %0.46 olarak bildirilmiştir⁴.

Zehirlenme nedeni ile Acil Servise başvuran hastaların yaşlarına bakıldığında fark gözlenmiştir ($\chi^2=82.53; p<0.05$), %42.93'ü 15-24 yaş grubundandır. Ancak 15 yaşın altında intihar girişiminde bulunan 1 kişi olup, intiharlar 15-24 yaş grubunda beklenenin çok üstünde görülmekte ($\chi^2=104.84; p<0.05$), diğer zehirlenmeler ise yaş gruplarına daha yaygın, ancak, 5-14 yaş grubunda beklenenden az, 0-4 ve 15-24 yaş grubunda beklenenden fazladır ($\chi^2=34.68; p<0.05$).

Cinsiyetlerine bakıldığında ise yine fark gözlenmiştir olup, %60.73 ile kadınların daha fazla sıklıkta müracaat etmekte olduğu, ancak, farkın kadınlarda intihar girişiminin belirgin olarak daha fazla olduğundan kaynaklandığı gözlemlendi ($\chi^2=18.58; p<0.05$).

Gerek intihar girişimli gerekse diğer zehirlenme türlerinde erkeklerle kadınlar arasında yaş dağılımı açısından bir farklılık gösterilemedi ($p>0.05$).

Zehirlenme nedeni ile yapılan başvuruların aylara göre dağılımında fark gözlenmiştir olup, başvuruların kış aylarında azaldığı ($\chi^2=24.06; p<0.05$), %3.14 ile en az Mart ayında, en çok ise %12.57 ile Mayıs ayında yapıldığı tesbit edildi (Etkenine göre ilaç zehirlenmeleri ilkbaharda, besin türü zehirlenmeler yaz aylarında, karbonmonoksit zehirlenmeleri güz aylarında daha çok gözlenmiştir).

Müracaatların gün içindeki dağılımında fark gözlenmiştir olup en az %20.41 ile 00⁰⁰-07⁵⁹, en çok %43.16 ile 17⁰⁰-23⁵⁹ saatleri arasında yapıldığı tesbit edildi ($\chi^2=15.87; p<0.05$). Bu durumun nedeni saat 17⁰⁰'den sonra hastane polikliniklerinin ve Sağlık Ocağı gibi diğer resmi sağlık kuruluşlarının kapalı olması ile açıklanabilir. Ayrıca; kişilerin hastalarını iş dönüşü fark edip hastaneye getirmeleri de bir neden olabilir. Sezer'e göre de zehirlenmelere öğleden sonra daha sık rastlanmaktadır⁶. Güldal ve arkadaşları 1992 yılında İzmir Atatürk Devlet Hastanesinde yaptıkları bir çalışmada Acil Servise yapılan başvuruların 16⁰⁰-24⁰⁰ saatleri arasında yoğunlaştığını tesbit etmişlerdir⁷.

Başvuranların zehirlenme etkenlerine göre dağılımlarında da fark gözlenmiştir olup ($D_{max}=0.22; p<0.001$) en yoğun başvuru %49.21 ile ilaç nedeni, en az başvuru ise %3.66 ile organik fosfor nedeni zehirlenmelerdir.

Zehirlenme nedeni ilaç olan 94 kişinin 58 (%61.70) i intihar girişimi olup, diğer bir deyişle, intihar girişiminde bulunanların %86.6'sı ilaç kullanmışlardır ($\chi^2=55.33; p<0.05$). Diğer taraftan en az başvuru gözlenen organik fosfor da çoklukla intihar amacı ile kullanılmıştır.

Hastalar başvuru şikayetlerine göre değerlendirildiğinde yaklaşık yarısının (n=93, %48.69) bulantı, kusma, halsizlik, karın ağrısı gibi semptomlarla acil servise başvurduğu, bunlardan 37 (%39.78) sinin hastaneye yatırıldığı tesbit edildi. Şikayeti olmadığı halde zehirlenmiş olabileceğini belirterek başvuran 32 (%16.75) hastanın 15 (%46.88) i hastaneye yatırılmıştır. Uykuya meyil, ajitasyon, oryantasyon bozukluğu yada şuur kapalı olarak getirilen 66 (%34.56) hastanın 46 (%69.70) si hastaneye yatırılmış, 18 (%27.27) ise (bunların 8'i alkol zehirlenmesidir) acil servisteki müdahaleye cevap vererek ayakta tedavi yapılmış, 1'i acil serviste ölmüş, 1'i de yatışı kabul etmeyerek hastaneden ayrılmıştır.

İlaç zehirlenmesi nedeni ile başvuran hastaların hastaneye yatırılarak tedavi edilmeleri fazla, ayakta tedavileri ise az sayıdadır ($\chi^2=20.99; p<0.001$). Organik fosfor nedeni zehirlenmelerin hiçbir ayaktan tedavi edilmemiş ($p=0.036$), alkol zehirlenmesi nedeni ile müracaat edenler daha çok ayakta tedavi görmüşlerdir ($p=0.0035$).

Hastalar ilgili servislere ortalama 4.26 gün yatmışlardır.

1995 yılı Eskişehir ili Sağlık Müdürlüğü verilerine göre uyuşturucu ve diğer ilaçlarla olan zehirlenme neticesinde 228 kişi hastaneye yatırılmış ve ortalama yatılan gün sayısı 4.93'dür. Aynı yıl hastanemizde aynı nedenle yatan hasta sayısı 64 olup, ortalama hastanede 4.09 gün yatmışlardır.

1990 yılı Türkiye İntihar İstatistiklerine göre Eskişehir'de 15-24 yaş grubunda oran %24.4⁸ iken, çalışmamızda intihar girişimli zehirlenmelerin %67.2'sinin bu yaş grubunda yapıldığı gözlenmiştir. Buradan bu yaş grubunda ciddi olmayan girişimler açısından bir fazlalığın olduğu düşünülebilir.

İntihar girişiminde bulunanların 55 (%82.09) i bunu ilk kez, 10 (%14.93) u ikinci kez, 2 (%2.99) si üçüncü kez denediklerini belirtmiştir.

SONUÇ

Risk altında bulunan özellikle 15-24 yaş grubundakilere, kadınlara ve annelere ev kazaları açısından eğitim verilmesi, ilaç suistimalinin engellenmesinde bir faktör olabilecek ilaçların reçetesiz satılmasının engellenmesi, besin sanitasyonunun da toplumumuz için bir sorun olduğu gözlenmiş olup, bu konuda eğitim yapılması, karbonmonoksit zehirlenmelerinin küçümsememesi ve zehirlenme nedeni ile başvuran hastaların sadece başvuru şikayetlerine bakarak değil, iyi bir anamnez ve gözlemden sonra değerlendirilmesi gerektiği sonucuna varıldı.

KAYNAKLAR

1. Aykaç M. Adli Tıp. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevileri. 1993.
2. Vural N. Toksikoloji. Ankara: Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Yayınları No:56. Ankara Üniversitesi Basımevi. 1984.
3. Ayhan Hİ: Akut zehirlenmelerde tedavi prensipleri. Türkiye Klinikleri, Mart 1992;2(1).
4. Atabay G. Tavlı T. Omay SB. Tavlı V. Balcıoğlu T: Acil polikliniğimize müracaat eden entoksikasyon vakalarının retrospektif analizi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 1989; 28(3).
5. T.C.Başbakanlık İstatistik Enstitüsü, Genel Nüfus Sayımı, Nüfusun Sosyal ve Ekonomik Nitelikleri 1990. Ankara: Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası. Ekim 1993.
6. Sezer R. Zehirlenmeler. In: Dahili Ve Cerrahi Acil Hastalıklar. İstanbul: Fatih Gençlik Vakfı Matbaa İşletmesi. 1979 s. 492-512.
7. Güldal D. Şemin S: Acil Servislere Başvuran Hastaların Retrospektif Analizi Ve Acil Servislere Yoğun Başvuruların Nedenleri. İzmir Devlet Hastanesi Tıp Dergisi 1993: XXXI, 2.
8. İntihar İstatistikleri, 1990. Ankara. BDİE, Yayın No:1482, 1991:

Tablo 1: İntihar Girişimli ve Diğer Zehirlenme Nedenli Başvuranların Yaşlarına Göre Dağılımları

Zehirlenme	0-4 yaş	5-14 yaş	15-24 yaş	25-49 yaş	50+ yaş	Toplam
İntihar Girişimli	-	1	45	19	2	67
Diğer	24	19	37	31	13	124
Toplam	24	20	82	50	15	191
Nüfus oranı*	9.31	21.78	20.02	32.42	16.47	100.0

*1990 Eskişehir nüfusunun yaş dağılımı oranları⁵.

İntihar girişimli $\chi^2=104.84; p<0.05$

diğer zehirlenmeler $\chi^2=34.68; p<0.05$

genel zehirlenmeler $\chi^2=82.53; p<0.05$

Tablo 2: İntihar Girişimli ve Diğer Zehirlenme Nedenli Başvuranların Cinsiyetlerine Göre Dağılımları

ZEHİRLENME	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
İntihar Girişimli	16	10.43	51	89.57	67	100
Diğer	59	47.6	65	52.4	124	100
Toplam	75	39.3	116	60.7	191	100

İntihar girişimli $\chi^2=18.58; p<0.05$ diğer zehirlenmeler $\chi^2=0.34; p>0.05$

Tablo 3: İntihar Girişimli ve Diğer Zehirlenme Nedenli Başvuranların Aylara Göre Dağılımları

AYLAR	İntihar Girişimli Zehirlenme		Diğer Zehirlenme		Zehirlenme Nedeniyle Başvuranlar		Toplam
	n	%	n	%	n	%	
OCAK	2	2.98	5	4.03	7	3.66	
ŞUBAT	2	2.98	8	6.45	10	5.24	
MART	6	8.96	-	-	6	3.14	
NİSAN	6	8.96	15	12.09	21	10.99	
MAYIS	9	13.43	15	12.09	24	12.57	
HAZİRAN	8	11.94	9	7.26	17	8.90	
TEMMUZ	6	8.96	9	7.26	15	7.85	
AĞUSTOS	7	10.45	12	9.68	19	9.95	
EYLÜL	2	2.98	12	9.68	14	7.33	
EKİM	2	2.98	13	10.48	15	7.85	
KASIM	7	10.45	14	11.29	21	10.99	
ARALIK	10	14.93	12	9.68	22	11.52	
Toplam	67	100.00	124	99.99	191	100.00	

Toplam başvurulara göre $\chi^2=24.06; p<0.05$

Tablo 4: İntihar Girişimli ve Diğer Zehirlenme Nedenli Başvuranların Zehirlenme Etkenlerine Göre Dağılımları

Zehirlenme etkeni	İntihar Girişimli Zehirlenme		Diğer Zehirlenme.		Zehirlenme Nedeniyle Başvuranlar		Toplam
	n	%	n	%	n	%	
Alkol	1	1.49	10	8.06	11	5.76	
İlaç	58	86.57	36	29.03	94	49.21	
Besin	-	-	32	25.81	32	16.75	
Organik Fosfor	5	7.46	2	1.61	7	3.66	
Karbonmonoksit	-	-	24	19.35	24	12.57	
Diğer	3	4.48	20	16.13	23	12.04	
Toplam	67	100.00	124	99.99	191	100.00	

$D_{max}=0.55, p<0.001$ $D_{max}=0.13, p<0.001$ $D_{max}=0.22, p<0.001$

Tablo 5: Başvuranların Zehirlenme Etkenine ve Acil Servisteki Durumlarına Göre Dağılımları

Zehirlenme Etkeni	Ayaktan Tedavi		Servise Yattı		Diğer*		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Alkol	9	12.5	2	2.04	0	0	11	5.76
İlaç	23	31.94	64	65.31	7	33.33	94	49.21
Besin	16	22.22	12	12.25	4	19.05	32	16.75
Organik Fosfor	0	0	5	5.10	2	9.52	7	3.67
Karbon Monoksit	15	20.83	5	5.10	4	19.05	24	12.57
Diğer	9	12.5	10	10.20	4	19.05	23	12.04
Toplam	72	99.9	98	100.00	21	100.00	191	100.00

*14 kişi yatışı kabul etmedi, 6 kişi SSK hastanesine sevk edildi, 1 kişi acil serviste hayatını kaybetti.

Tablo 6: İntihar Girişimli ve Diğer Zehirlenme Nedenli Yatırılanların Kaldıkları Sürelere Göre Dağılımları

Zehirlenme	1 gün	2 gün	3 gün	4 gün	5 gün	6+ gün	Toplam	
							n	%
İntihar Girişimli	6	7	11	12	4	11	51	52.04
Diğer	4	14	10	6	3	10	47	47.96
TOPLAM	10	21	21	18	7	21	98	100.00

Tablo 4: İntihar Girişimli ve Diğer Zehirlenme Nedenli Başvuranların Zehirlenme Etkenlerine Göre Dağılımları

Zehirlenme etkeni	İntihar Girişimli Zehirlenme		Diğer Zehirlenme.		Zehirlenme Nedeniyle Başvuranlar		Toplam
	n	%	n	%	n	%	
Alkol	1	1.49	10	8.06	11	5.76	
İlaç	58	86.57	36	29.03	94	49.21	
Besin	-	-	32	25.81	32	16.75	
Organik Fosfor	5	7.46	2	1.61	7	3.66	
Karbonmonoksit	-	-	24	19.35	24	12.57	
Diğer	3	4.48	20	16.13	23	12.04	
Toplam	67	100.00	124	99.99	191	100.00	

$D_{max}=0.55, p<0.001$ $D_{max}=0.13, p<0.001$ $D_{max}=0.22, p<0.001$

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ ACİL SERVİSİNE BAŞVURAN KAZA OLGULARININ İNCELENMESİ

GÜNER, Ramis *, ERKENCİ, Yaşar *, İRGİL, Emel *

* Uz.Dr. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.

ÖZET

Kazalar gelişmiş ülkeler başta olmak üzere, tüm ülkelerde sağlığı bozan nedenler arasında oldukça önemli bir yere sahiptir. Pek çok ülkede kazaların epidemiyolojik özellikleri, önlenmesi, azaltılması için çok sayıda araştırma yapılmaktadır. Ancak ülkemizde bu konuda yapılmış çalışma sayısı oldukça azdır.

Anket tekniği ile yürütülen ve kesitsel bir araştırma olan çalışma Uludağ Üniversitesi Hastanesi Acil Servisi'nde 10 aylık bir süre zarfında yapılmıştır. Toplam 459 olgu çalışmaya alınmış, bunlardan çeşitli kliniklerde yatan 102 olgu buralarda izlenerek veriler toplanmıştır.

Çalışmada kaza geçirenlerin çoğunun erkek olduğu, erkeklerin işyerinde kadınlardan, kadınlarınsa evlerde erkeklerden daha çok kaza geçirdikleri, kazaların çoğunun motorlu araçlarla olduğu, en sık görülen yaralanmaların açık yara ve kesilerden olduğu saptanmıştır. Yatırılarak tedavi edilen olguların oranının % 22.2, ortalama yatış süresinin 7.9 gün, mortalite hızının % 6.1 olduğu, mortalite hızı en yüksek kaza nedeninin düşen - devrilen maddelerle olan kazalar olduğu ve en çok ölüme neden olanın da trafik kazaları olduğu görülmüştür.

SUMMARY

Accidents are one of the most important morbidity causes in whole world, especially in developed countries. In a lot of countries, research studies are conducted for the epidemiology and prevention of accidents. In contrast, the number of studies made in our country is quite few.

This cross sectional study made by questionnaire technique, took place at the Emergency Unit of Hospital of Uludağ University Medical Faculty during a ten - months period. Of 459 cases, 102 cases were treated at various clinics where data was collected.

It was found out that accidents were more among men than women in general and at work while less at home. Most of the accidents were related to motor vehicles. Highest number of injuries were lacerations and cuttings. Ratio of hospitalization was 22.2%. Average time of hospitalization was 7.9 days. Mortality rate was 6.1%. Falling objects was the cause of highest mortality and the factor with highest number of fatalities was traffic accidents.

GİRİŞ ve AMAÇ

Kaza: beklenilmeyen, önceden planlanmamış, birden bire ortaya çıkan, kişinin incinmesi ya da mal kaybı ile sonuçlanan bir olay olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımdaki incinme, kişinin yaralanması, ölmesi veya ruhsal bir problemle karşı karşıya kalmasını içermektedir.

Kaza nedeniyle yaralanma sayısı ölümlerden çok fazladır ve dünyanın pek çok yerinde bunlar gerektiği gibi kaydedilmemektedir. Örneğin Türkiye'de 1990 yılında 115.295 trafik kazası olmuş, 3.317 kişi ölmüş, 87.668 kişi yaralanmıştır.¹ Ancak bu sayılar sadece hastane, trafik polisi, jandarma kayıtlarına giren kaza ve yaralanmaları içermektedir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma anket tekniği ile yürütülen, kesitsel bir araştırma olup, U.Ü.Tıp Fakültesi Hastanesinde yapılmıştır. 01/10/1993 - 31/10/1994 tarihleri arasında (Çalışmaya araştırmacının rotasyonda olduğu 01/01/1994 - 01/04/1994 tarihleri arasında üç ay ara verilmiştir.) her hafta değişen günlerde olmak üzere, haftanın iki gününde, 24'er saatlik zaman dilimi içinde, kaza geçirerek Acil Servise başvuran kişiler çalışma kapsamına alınmıştır. Acil serviste yapılan anket çalışmasından sonra eğer yaralı yatırılmışsa yattığı klinikte taburcu oluncaya kadar izlenmiştir. Bu tarihler arasında Acil Serviste toplam 86 gün anket uygulanmıştır.

BULGULAR ve TARTIŞMA

01-10-1993 ile 30-09-1994 tarihleri arasında kaza geçirerek Hastane Acil Servisine başvuran 459 olgu araştırmaya alınmıştır.

Tablo 1 de olguların yaşamın en aktif dönemleri olan 15-44 yaş grubunda toplandığı, bunu dış tehlikelere açık olan çocukluk döneminin izlediği görülmektedir. Olguların % 72.8'ini erkekler, %27.2'sini kadınlar oluşturmaktadır. Literatürde erkeklerin kadınlardan daha fazla kaza geçirdikleri bildirilmektedir.^{2,3,4,5}

Tablo 2'de kazaların daha çok (%35.1) öğle vakti (11.00 - 15.59 saatleri arası) meydana geldiği görülmektedir.

Tablo 3 incelendiğinde kazaların yaklaşık 1/3'ünün konut içi ve çevresinde olduğu görülmektedir. Bunu % 32.9 ile yollar ve %22.4 ile işyerleri izlemektedir.

Çalışmada bazı kazalarda oluş yeriyle cinsiyet arasında bir ilişki olduğu saptanmıştır. Kadınlarda %49.6 oranında görülen ev ve çevresindeki kazalar erkeklerde %29.3 oranında görülmüş, aradaki fark istatistik olarak anlamlı bulunmuştur. ($\chi^2=15.56$, $sd=1$, $p<0.05$) İşyerinde olan kazalar ise erkeklerde kadınlara göre daha yüksek oranda (% 4.0'e karşı % 29.3) ve istatistik olarak anlamlı bulunmuştur. ($\chi^2=32.12$, $sd=1$, $p<0.05$)

Tablo 4'de cinsiyete göre kaza nedenlerinin dağılımı verilmiştir. Erkeklerde ve kadınlarda ilk sırayı motorlu araç kazaları alırken, ikinci sırayı erkeklerde delici ve kesici aletler (% 26.9), kadınlarda ise düşmeler (% 28.8) almaktadır.

Tablo 5'de olgularda görülen yaralanmaların dağılımı verilmiştir. En sık gözlenen yaralanmalar açık yara ve kesiler, genel vücut travması, yüzeyel yaralar ve kırıklar olmuştur.

Tablo 6 da görüldüğü gibi araştırma kapsamına alınan 459 olgudan 102'si (% 22.2) çeşitli kliniklerde yatırılarak tedavi altına alınmışlardır. Olgulardan 8'i (% 1.8) yapılan tüm girişimlere rağmen Acil Serviste ölmüştür.

Tablo 7' de yaralanmaların olduğu trafik kazalarında olguların % 48.1'inin iki aracın çarpışması şeklinde gerçekleşen kazalarda yaralandıkları görülmektedir. Bunu %29.5 ile sabit yere çarpma - devrilme izlemektedir. DİE tarafından yayınlanan trafik kaza istatistiklerinde 1992 yılında Bursa'da olan trafik kazalarında yaralanmaların, %44.8'inin iki aracın çarpışması, %30'unun yayaya çarpma, %4.2'sinin duran araca çarpma, %4.6'sının sabit cisme çarpma, %8.6'sının devrilme şeklinde olan kazalarda olduğu bildirilmektedir.

En çok yatış yapılan klinik 30 olgu (%29.4) ile Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği olmuş bunu 16'sar olguyla (%15.7) Ortopedi ve Travmatoloji ile Nöroşürji Kliniği izlemiştir. Göğüs Kalp Damar Cerrahi Kliniği 13 olgu (%12.7), Genel Cerrahi Kliniği 10 olgu (%9.8) ile 3. ve 4. sırayı almışlardır. 5. sırayı 7 olgu (%6.8) ile Reanimasyon Kliniği almış. 10 olgu (%9.8) Enfeksiyon Hastalıkları, Çocuk Cerrahisi ve Göz Hastalıkları Kliniklerine yatırılmıştır. En uzun süre yatılan klinik 12.90 (SE = 3.73) ortalama gün sayısı ile Genel Cerrahi Kliniği olmuştur. Onu 12.56 (SE = 4.46) ortalama gün sayısı ile Nöroşürji Kliniği izlemiştir. Üçüncü sırada 8.63 (SE = 1.49) ortalama gün sayısı ile Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği bulunmaktadır. Yatan olgularda ortalama yatış süresi 7.9 gün olmuştur. (SE=0.95)