7th International • 25th National

PUBLIC HEALTH

Congress

December 14 - 17, 2023, Antalya

"Public Health on the 100th Anniversary of the Republic: From the Past into the Future"

HALK SAĞLIĞI UZMANLARI DERNEĞİ 1995

"Cumhuriyetin 100. Yılında Halk Sağlığı: Geçmişten Geleceğe"

7. Uluslararası • 25. Ulusal

HALK SAĞLIĞI

Kongresi

14 - 17 Aralık 2023 / Antalya

KONGRE KİTABI

7th International • 25th National

PUBLIC HEALTH Congress

December 14 - 17, 2023, Antalya

"Public Health on the 100th Anniversary of the Republic: From the Past into the Future"

"Cumhuriyetin 100. Yılında Halk Sağlığı: Geçmişten Geleceğe"

7. Uluslararası • 25. Ulusal

HALK SAĞLIĞI Kongresi

14 - 17 Aralık 2023 / Antalya

ISBN: 978-605-72861-6-1

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği
(HASUDER)

Adres: Korkut Reis Mah. İlkiz Sokak. 17/2 Çankaya / Ankara
www.hasuder.org.tr

YASAL UYARI
Bu kitabın yasal hakları Halk Sağlığı Uzmanları Derneği'ne (HASUDER) aittir.
Kaynak gösterilerek eğitim amacıyla alıntı yapılabilir;
diğer amaçlarla kullanılması için HASUDER'den izin alınmalıdır.
Kitapta yer alan bilgi ve görüşlerden eserin yazarları sorumludur.

KURULLAR

Kongre Başkanı

Prof. Dr. Bülent KILIÇ
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi

Kongre Sekreteri

Doç. Dr. Derya ÇAMUR
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi

Kongre Düzenleme Kurulu

Doç. Dr. Neriman AYDIN
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi

Prof. Dr. Beyhan CENGİZ ÖZYURT
Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi

Doç. Dr. Derya ÇAMUR
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi

Doç. Dr. Lütfi Saltık DEMİR
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi

Uzm. Dr. İsmail Erdem ERKOYUN
İzmir İl Sağlık Müdürlüğü

Prof. Dr. Bülent KILIÇ
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Zehra KILINÇ
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi

Doç. Dr. Tahsin Gökhan TELATAR
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi

Uzm. Dr. Mine YENİCE
İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü

Editörler Kurulu

Prof. Dr. Alp ERGÖR (Baş Editör)
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi

Prof. Dr. Beyhan CENGİZ ÖZYURT
Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi

Doç. Dr. Yasemin DURDURAN
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi

Prof. Dr. Aliye MANDIRACIOĞLU
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi

Doç. Dr. Tahsin Gökhan TELATAR
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi

KURULLAR

Bilimsel Kurul

Prof. Salim ADİB
Prof. Dr. Sami AKBULUT
Prof. Dr. Ayşe AKIN
Prof. Dr. Kerim Hakan ALTINTAŞ
Prof. Dr. Dilek ASLAN
Prof. Dr. Pınar AY
Prof. Dr. Ferruh Niyazi AYOĞLU
Prof. Dr. Zeynep AYTÜL ÇAKMAK
Prof. Dr. Elçin BALCI
Prof. Petar BULAT
Prof. Dr. Ali CEYLAN
Prof. Julia CRITCHLEY
Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA
Prof. Dr. Halil Necati DEDEOĞLU
Prof. Dr. Yücel DEMİRAL
Prof. Dr. Mücahit EĞRİ
Prof. Dr. Galip EKUKLU
Prof. Dr. Gül ERGÖR
Prof. Dr. Melikşah ERTEM
Prof. Dr. Erhan ESER
Prof. Fouad M. FOUAD
Prof. Judith GREEN
Prof. Dr. Türkan GÜNAY
Prof. Dr. Metin HASDE
Prof. Dr. Hür HASSOY
Prof. Dr. Mutlu HAYRAN
Prof. Dr. Osman HAYRAN
Prof. Dr. Tacettin İNANDI
Prof. Dr. Bülent KILIÇ
Prof. Dr. Nimet Emel LÜLECİ
Prof. Dr. Işıl MARAL
Prof. Dr. Vildan MEVSİM
Prof. Dr. Mine Esin OCAKTAN
Prof. Dr. Deniz ODABAŞ
Prof. Dr. Ayşe Ferdane OĞUZÖNCÜL
Prof. Dr. Ayşe Emel ÖNAL
Prof. Dr. Ayşe Nilüfer ÖZAYDIN
Prof. Dr. Hilal ÖZCEBE
Prof. Peter PHILLIMORE
Prof. Dr. Metin PIÇAKÇIEFE
Prof. Dr. Birgül PİYAL
Prof. Dr. Meral SAYGUN
Prof. Dr. Ergün Haldun SÜMER
Prof. Dr. Caferi Tayyar ŞAŞMAZ
Prof. Dr. Hatice ŞİMŞEK KESKİN
Prof. Dr. Ferdi TANIR
Prof. Dr. Burcu TOKUÇ
Prof. Dr. Sebahat Dilek TORUN
Prof. Dr. Gamze VAROL
Prof. Dr. Gülçin YAPICI
Prof. Shahaduz ZAMAN
Doç. Dr. Servet AKER
Doç. Dr. İrem AKOVA
Doç. Dr. Seval ALKOY
Doç. Dr. Nilden ARSLAN
Doç. Dr. Neriman AYDIN
Doç. Dr. Asya Banu BABAOĞLU
Doç. Dr. Arda BORLU
Assoc. Prof. Serghei CEBANU
Doç. Dr. Derya ÇAMUR
Doç. Dr. Rıza ÇITIL
Doç. Dr. Aslı DAVAS
Doç. Dr. Figen DEMİR
Doç. Dr. Lütfi Saltuk DEMİR
Doç. Dr. Hasan DURMUŞ
Doç. Dr. Iskender GÜN
Doç. Dr. Cemal Hüseyin GÜVERCİN
Doç. Dr. Özge KARADAĞ
Doç. Dr. Zahide KOŞAN
Doç. Dr. Nurhan MEYDAN ACIMIŞ
Assoc. Prof. Evangelia NENA
Doç. Dr. Özgür ÖNAL
Doç. Dr. Muhammed Fatih ÖNSÜZ
Doç. Dr. Saliha ÖZPINAR
Doç. Dr. Ahmet Önder PORSUK
Doç. Dr. Mehmet Akif SEZEROL
Doç. Dr. Özlem TERZİ
Doç. Dr. Nilgün ULUTAŞDEMİR
Doç. Dr. Gülay YILMAZEL
Dr. Öğr. Üyesi Aysun ARAS
Dr. Öğr. Üyesi Muhammed ATAK
Dr. Öğr. Üyesi Muhammet BAYRAKTAR
Dr. Öğr. Üyesi Ezel BİLGEYERLİ
Dr. Öğr. Üyesi Berna BİLGİN ŞAHİN
Dr. Öğr. Üyesi İrem BULUT
Dr. Öğr. Üyesi Yunus Emre BULUT
Dr. Öğr. Üyesi Esra ÇINAR TANRIVERDİ
Dr. Öğr. Üyesi Feyza DERELİ
Dr. Öğr. Üyesi Elif DÖNMEZ
Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin İLTER
Dr. Öğr. Üyesi Zehra KILINÇ
Dr. Öğr. Üyesi Cemal KOÇAK
Dr. Öğr. Üyesi Ece Elif ÖCAL YANIK
Dr. Öğr. Üyesi Meryem Merve ÖREN ÇELİK
Dr. Öğr. Üyesi Uğurcan SAYILI
Dr. Öğr. Üyesi Turhan ŞALVA
Dr. Öğr. Üyesi Ömer Faruk TEKİN
Dr. Öğr. Üyesi İzzettin TOKTAŞ
Dr. Öğr. Üyesi Kevser TUNCER
Dr. Öğr. Üyesi Melike YAVUZ
Dr. Öğr. Üyesi Sinan YILMAZ

DESTEKLEYEN KURULUŞLAR

UNFPA
Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu

World Health Organization
REGIONAL OFFICE FOR Europe

Türk Tabipleri Birliği
Turkish Medical Association

Direct Relief

DR. HAFIZ CEMAL LOKMANHEKİM VE EŞİ SABİHA LOKMANHEKİM SAĞLIK VAKFI

SAĞLIK VE SOSYAL YARDIM VAKFI 1983

temizhavahakkı PLATFORMU

BÜKÇAM
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ KADIN - ÇOCUK SAĞLIĞI VE AİLE PLANLAMASI ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ

ÇEVRE İKLİM VE SAĞLIK İÇİN İŞ BİRLİĞİ

Çocuğa Karşı Şiddeti Önlemek İçin Ortaklık Ağı

EBELER DERNEĞİ 1954

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERNEĞİ 2014

HÜKSAM

KLİMUD 2005

TÜRK NEONATOLOJİ DERNEĞİ 1989

PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF TURKEY TÜRKİYE PSİKİYATRİ DERNEĞİ

TÜRKİYE SPOR HEKİMLERİ DERNEĞİ

zehirsiz sofralar

KONGRE BİLİMSEL PROGRAMI

14 ARALIK 2023, Perşembe

A Salonu

09.30 - 10.30	**AÇILIŞ PROGRAMI**
10.30 - 11.00	**KAHVE ARASI**
11.00 - 12.00	**AÇILIŞ KONFERANSI**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Bülent KILIÇ Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD HASUDER Başkanı
	"Cumhuriyetin Sağlık Politikaları" **Sinan MEYDAN** Tarihçi - Yazar
12.00 - 13.30	**ÖĞLE ARASI**
13.30 - 15.00	**İkili Konferans: Türkiye Cumhuriyeti'nin Yüzüncü Yılında Sosyalleştirme ve Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Yeri**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ **Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD**
	Türkiye Cumhuriyeti'nin Yüzüncü Yılında Sosyalleştirmenin Yeri Prof. Dr. Zafer ÖZTEK Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Türkiye Cumhuriyeti'nin Yüzüncü Yılında Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Yeri **Prof. Dr. Ayşe AKIN** Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
15.00 - 15.15	**KAHVE ARASI**
15.15 - 16.45	**Cumhuriyet'in 100. Yılında Afetlere Dirençli Kentler ve Yerel Yönetimlerin Afet Hazırlığı**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Elçin BALCI Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Kenti Yaşar Tutabilmek için Örgütlenme ve Planlama **Bülent TANIK** TMMOB ve Dünya Yerel Yönetim ve Demokrasi Akademisi (WALD) Eski Başkanı
	İstanbul'da Depreme Hazırlık: PARATUS Projesi **Prof. Dr. Seda KUNDAK** İstanbul Teknik Üniversitesi, Mimarlık Fakültesi, Şehir ve Bölge Planlama Bölümü
	Hatay'da Afet Öncesi Planlama ve Afet Sonrası Şehrin İnşası **İhsan ÇAKAR** Hatay Büyükşehir Belediyesi İmar ve Şehircilik Daire Başkanı
16.45 - 17.00	**KAHVE ARASI**
17.00 - 18.30	**Türkiye'de Stratejik Bir Ürün Olarak Aşı Üretimi**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Tuğrul ERBAYDAR Okan Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Ülkemizde Aşı Üretiminin Önemi ve Tarihçesi **Prof. Dr. Feride AKSU TANIK** **Ege Üniversitesi Emekli Öğretim Üyesi**
	Aşı Geliştirilmesi ve Üretimi: Türkiye'de Güncel Durum **Prof. Dr. İhsan GÜRSEL** Türk İmmünoloji Derneği Başkanı
	Ülkemizde Aşı Üretiminde Özel Sektörün Durumu ve Öneriler **Uzm. Ecz. Mehtap DOKUMACI** Medikal Uzman & Stratejik İşbirlikleri Müdürü Sanofi Türkiye Aşı Medikal
20.30 - 21.30	**Sosyal Program: Sağlık Karikatürleri**

1. GÜN

KONGRE BİLİMSEL PROGRAMI

14 ARALIK 2023, Perşembe

B Salonu

1. GÜN

12.00 - 13.30	ÖĞLE ARASI
13.30 - 15.00	**100. Yılda Toplum Ruh Sağlığı Alanındaki Gereksinimler ve Yeni Yaklaşımlar**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Selma KARABEY İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Günümüzde Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri **Uğur ORTAÇ** Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı
	Koruyucu Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Gereksinimler ve Yeni Yaklaşımlar **Uzm. Dr. Pelin ŞAVLI EMİROĞLU** İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü
	Ruh Sağlığı Tedavi ve Esenlendirme Hizmetlerinde Gereksinimler ve Yenilikler **Doç. Dr. İlkay KELEŞ** Türkiye Psikiyatri Derneği
	Geçmişten Geleceğe Taşınacak Deneyimler **Prof. Dr. Bülent COŞKUN** Toplum Ruh Sağlığını Geliştirme Derneği Başkanı
15.00 - 15.15	KAHVE ARASI
15.15 - 16.45	**HASUDER Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı (CSÜS) Projeleri : Deprem Sonrası Hatay Deneyimi**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Tacettin İNANDI Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Afetlerde CSÜS Hizmetleri MISP Uygulaması ve IPPF Projesi **Prof. Dr. Türkan GÜNAY** Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Afet Sonrası CSÜS Hizmetleri: Direct Relief ve UNFPA Projeleri **Prof. Dr. Nazan SAVAŞ** Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Ekip Sorumlusu Olarak Gözlemler ve Yaşananlar **Dr. Eda GÜLÜM** HASUDER Hatay Kadın ve Üreme Sağlığı Hizmet Birimi
	Diğer STK lar ve Kamu ile İşbirliği **Hemş. Nergizcan EMİR** HASUDER Hatay Kadın ve Üreme Sağlığı Hizmet Birimi
16.45 - 17.00	KAHVE ARASI
17.00 - 18.30	**Yeterlilik Kurulu Faaliyetleri ve Kurumsal Yeterlik Süreci**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Ferda ÖZYURDA TOBB ETÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Halk Sağlığı Yeterlik Kurulu Eşyetkilendirme Kurulu Faaliyetleri **Prof. Dr. Dilek ASLAN** Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Halk Sağlığı Yeterlik Kurulu Ölçme ve Değerlendirme Komisyonu Faaliyetleri **Prof. Dr. Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ** Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Halk Sağlığı Anabilim Dalının Akreditasyon Sürecindeki Hazırlıkları **Prof. Dr. Meltem ÇÖL** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Akreditasyonun Anabilim Dalına ve Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimine Katkıları **Prof. Dr. C. Tayyar ŞAŞMAZ** Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
20.30 - 21.30	Sosyal Program: Sağlık Karikatürleri

KONGRE BİLİMSEL PROGRAMI

15 ARALIK 2023, Cuma — **A Salonu**

08.30 - 10.00	**Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi: Tarihsel Süreçte Deneyimler, Sorunlar, Çözüm Önerileri**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Günay SAKA Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimine Tarihsel Bakış **Prof. Dr. Bülent KILIÇ** Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimindeki Sorunlar **Doç. Dr. Neriman AYDIN** Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitiminde Sorunlara Çözüm Önerileri **Prof. Dr. Ferda ÖZYURDA** TOBB ETÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
10.00 - 10.30	**KAHVE ARASI**
10.30 - 12.00	**Deprem Bölgesinde Farklı Kurumlar Tarafından Yürütülen Çalışmalar ve İşbirliği Fırsatları**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Bülent KILIÇ Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Deprem Bölgesinde Hatay Büyükşehir Belediyesi Tarafından Yürütülen Çalışmalar **Doç. Dr. Lütfü SAVAŞ** Hatay Büyükşehir Belediye Başkanı
	Deprem Bölgesinde WHO Tarafından Yürütülen Çalışmalar **Prof. Dr. Toker ERGÜDER** WHO Türkiye Ofisi
	Deprem Bölgesinde UNFPA Tarafından Yürütülen Çalışmalar **Dr. Gökhan YILDIRIMKAYA** UNFPA Türkiye Ofisi
	Deprem Bölgesinde Direct Relief Tarafından Yürütülen Çalışmalar **Dr. Hande ARPAT** Direct Relief Türkiye Temsilcisi
12.00 - 13.30	**ÖĞLE ARASI**
13.30 - 15.00	**Türkiye'de Halk Sağlığı Tarihinde Öne Çıkan İyi Uygulama Örnekleri**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Tuğrul ERBAYDAR Okan Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Lepra Mücadelesi **Prof. Dr. Ayşe YÜKSEL** Çağdaş Yaşamı Destekleme Derneği Başkanı
	Tüberküloz Mücadelesi **Prof. Dr. Zeki KILIÇASLAN** İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD
	Sıtma Mücadelesi **Prof. Dr. Recep AKDUR** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Emekli Öğretim Üyesi
15.00 - 15.15	**KAHVE ARASI**

2. GÜN

KONGRE BİLİMSEL PROGRAMI

15 ARALIK 2023, Cuma — **A Salonu**

2. GÜN

17.00 - 18.30	**TTB Halk Sağlığı Kolu 34. Gezici Eğitim Semineri Oturumu: Afete Dirençli Yaşam Alanları ve Halk Sağlığı**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Nursel ŞAHİN TTB MK Üyesi
	ODD'lara Dayanıklı Halk Sağlığı Hizmetleri ve Deprem Özelinde İçinde Bulunduğumuz Durumun Değerlendirilmesi **Prof. Dr. Burcu TOKUÇ** TTB Halk Sağlığı Kolu Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi AD
	ODD'lara Dayanıklı Olmada Sağlık Reformlarının Etkisi **Prof. Dr. Mehmet ZENCİR** TTB Halk Sağlığı Kolu
	Depremin ardından Hatay'da Yaşam ve Halk Sağlığı Hizmetleri **Dr. Sevdar YILMAZ** Hatay Tabip Odası Başkanı
16.45 - 17.00	**KAHVE ARASI**
17.00 - 18.00	**İkili Konferans: Geçmişten Geleceğe Umumi Hıfzıssıhha Kurulları**
	Oturum Başkanı: Doç. Dr. Lütfi Saltuk DEMİR Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Umumi Hıfzıssıhha Kurulları: Mevzuat, Tarihçesi ve Önemi **Prof. Dr. Cemil ÖZCAN** Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Faültesi Halk Sağlığı AD Emekli Öğetim Üyesi
	Güncel Durum, Uygulamalar ve Gelecek için Öneriler **Uzm. Dr. Sertaç ÇANKAYA** Ankara İl Sağlık Müdürlüğü
18.00	**HASUDER Genel Kurul Toplantıs**

KONGRE BİLİMSEL PROGRAMI

15 ARALIK 2023, Cuma — **B Salonu**

08.30 - 10.00	**Geçmişten Günümüze Göçmen Sağlığı Politikaları: İç ve Dış Göçler**
	Oturum Başkanı: Doç. Dr. Hülya ŞİRİN Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Göç Hareketleri, Sonuçları ve Göç Politikaları: Hatay İl Örneği **Prof. Dr. Tacettin İNANDI** Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Uluslararası Göçün Geleceği ve Türkiye'nin Konumu **Doç. Dr. Özge KARADAĞ** Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitiminde Sorunlara Çözüm Önerileri **Prof. Dr. Ferda ÖZYURDA** TOBB ETÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	DSÖ Avrupa Bölgesinde Göçün Halk Sağlığı Boyutlarının Ele Alınması - Politika ve Uygulamalar **Katharina Elisabeth RUMPF** WHO Regional Office for Europe Migration and Health Programme
10.00 - 10.30	**KAHVE ARASI**
10.30 - 12.00	**Deprem, İkincil Afetler ve Temiz Hava Hakkı**
	Oturum Başkanları: Prof. Dr. Ali Osman KARABABA Temiz Hava Hakkı Platformu (THHP)
	Deprem Sonrası Hava Kalitesini Etkileyen Ana Faktörler, İkincil Afetler ve Sağlık Etkileri **Dr. Melike YAVUZ** HASUDER THHP Temsilcisi Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Deprem bölgesinde Asbest kirliliği - THHP-TTB Ortak Saha Çalışması Sonuçları **Dr. Ozan Devrim YAY** Temiz Hava Hakkı Platformu
	Deprem Bölgesinde Toz Kirliliği **Deniz Gümüşel** Temiz Hava Hakkı Platformu Koordinatörü
12.00 - 13.30	**ÖĞLE ARASI**
13.30 - 15.00	**Good Practices in Infodemia Management**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Dilek ASLAN Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Information Science Perspective **Assoc. Prof. Feili Tu-KEEFNE** School of Library and Information Science, College of Information and Communications, University of South Carolina
	Behavioral Insights **Becky WHITE, PhD** Curtin University and Reach Health Promotion Innovations, Australia
	Medical Faculty Experiences **Aleksandar STEVANOVIC, MD** Laboratory for Infodemiology and Infodemic Management, Institute of Social Medicine, Faculty of Medicine, University of Belgrade, Serbia
	Community Engagement Practices **Santi Indra ASTUT** Faculty of Communication Science, Islamic University of Bandung (UNISBA), Indonesia
15.00 - 15.15	**KAHVE ARASI**

2. GÜN

KONGRE BİLİMSEL PROGRAMI

15 ARALIK 2023, Cuma — **B Salonu**

2. GÜN

15.15 - 16.45	**Ulusal ve Uluslararası Bağlamda Araştırma Görevlilerin Örgütlenmesi ve Asistan Eğitimi**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Erhan ESER Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Euronet MRPH: Avrupa'daki Halk Sağlığı Asistanlarının Örgütlenmesi, Kazanımlar ve Zorluklar, Yeni İş Birlikleri **Ambrogio CERRI** Euronet MRPH / Universita Di Roma Tor Vergata / Sapienza Universita di Roma
	WFPHA Öğrenci ve Genç Profesyoneller Çalışma Grubu: Amaç, Faaliyet, Fırsatlar ve İş Birlikleri **Alessandro BERIONNI** Young WFPHA Working Group
	ASPHER: Halk Sağlığı Eğitiminde Güncel Tartışmalar, Fırsatlar ve Zorluklar **Karl F CONYARD** ASPHER
	HASUDER: Ulusal Halk Sağlığı Asistan Örgütlenmesi olarak HASUDER ve Asistan Eğitimi **İrem ŞEVİK** HASUDER Asistan Çalışma Grubu Yürütücüsü
16.45 - 17.00	**KAHVE ARASI**
17.00 - 18.00	**Konferans**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Dilek ASLAN Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.
	Yaşlanan Dünya: Gelecek Nesiller için Sosyal Bilimci Bakış Açısı **Prof. Jaco HOFFMAN** North-West University (Vanderbijlpark Campus, Gauteng), South Africa
18.00	**HASUDER Genel Kurul Toplantıs**

KONGRE BİLİMSEL PROGRAMI

16 ARALIK 2023, Cumartesi — **A Salonu**

08.30 - 10.00	**Halk Sağlığının Geleceğinde Yapay Zeka Uygulamalar**
	Oturum Başkanı: Doç. Dr. Tahsin Gökhan TELATAR Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Artan Yapay Zeka Uygulamaları ve Halk Sağlığı için Fırsatlar ve Tehlikeler **Mahmut GÜLERCE** Eticsoft Bilgi Teknolojileri A.Ş.
	Yapay Zekanın Sağlık Alanında Kullanımı **Prof. Dr. Melih BULUT** Sağlıkta İşbirliği Platformu
	Afetlerde Yeni Nesil Teknolojiler ve Yapay Zeka **Doç. Dr. Zeynep SOFUOĞLU** İzmir Demokrasi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Deprem Sonrası Afet Yönetiminde Bilişim Eylem Planı **Uzm. Dr. Dilek YAPAR** Antalya İl Sağlık Müdürlüğü
10.00 - 10.30	**KAHVE ARASI**
10.30 - 12.00	**Dünyada ve Türkiye'de Aşı ile Önlenebilir Hastalıklardaki Değişim ve Bağışıklama Hizmetleri**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Levent AKIN Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Emekli Öğretim Üyesi
	Ülkemizde Bağışıklama Hizmetlerinin Gelişimi **Doç. Dr. Seval ALKOY** Bolu İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağ. AD
	Ülkemizde Aşı ile Önlenebilir Hastalıkların Epidemiyolojisindeki Değişim **Dr. Öğr. Üyesi Mestan EMEK** Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Dünyada Aşı ile Önlenebilir Hastalıkların Epidemiyolojisindeki Değişim **Doç. Dr. Ümit KARTOĞLU** Extensio et Progressio
12.00 - 13.30	**ÖĞLE ARASI**

3. GÜN

KONGRE BİLİMSEL PROGRAMI

16 ARALIK 2023, Cumartesi — **A Salonu**

3. GÜN

13.30 - 15.00	**Halk Sağlığı Bakış Açısıyla İl ve İlçe Yönetimi Örnekleri**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Beyhan CENGİZ ÖZYURT Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Halk Sağlığı Başkanlığı ve Deneyimler **Uzm. Dr. Cihat ADIN** Mardin İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Başkanı
	Halk Sağlığı Başkan Yardımcılığı ve Deneyimler **Uzm. Dr. Tuba Duygu YILMAZ** Mersin İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Başkan Yardımcısı
	Sultanbeyli İlçe Sağlık Müdürlüğü Örneği **Doç. Dr. Mehmet Akif SEZEROL** İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Sultanbeyli İlçe Sağlık Müdürü
15.00 - 15.15	**KAHVE ARASI**
15.15 - 16.15	**Konferans**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Alp ERGÖR Dokuz Eylül Ünversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Çevre Sağlığının Geleceği **Prof. Dr. Çağatay GÜLER** Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Emekli Öğr. Üyesi
16.15 - 16.30	**KAHVE ARASI**
16.30 - 17.30	**Konferans**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Meltem ÇÖL Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Türkiye'de Geçmişten Günümüze Bulaşıcı Hastalıkların Epidemiyolojisindeki Değişim **Prof. Dr. Levent AKIN** Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Emekli Öğretim Üyesi

KONGRE BİLİMSEL PROGRAMI

16 ARALIK 2023, Cumartesi — **B Salonu**

08.30 - 10.00	**6 Şubat Depremleri Sonrasında Halk Sağlığı Hizmetleri**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Nazan SAVAŞ M. Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	6 Şubat Depremleri Sonrasında Adıyaman Besni'de Halk Sağlığı Hizmetleri **Uzm. Dr. Bengü Nehir BUĞDAYCI YALÇIN** Adıyaman Besni İlçe Sağlık Müdürlüğü
	6 Şubat Depremleri Sonrasında Hatay Arsuz'da Halk Sağlığı Hizmetleri **Uzm. Dr. Ahmet KOÇAK** Hatay Arsuz İlçe Sağlık Müdürlüğü
	6 Şubat Depremleri Sonrasında Gaziantep İslahiye'de Halk Sağlığı Hizmetleri **Uzm. Dr. Mithat TEMİZER** Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Laboratuvarı
	6 Şubat Depremleri Sonrasında K.Maraş Pazarcık'ta Halk Sağlığı Hizmetleri **Uzm. Dr. Duygu ATILMIŞ** Kahramanmaraş Pazarcık İlçe Sağlık Müdürlüğü
10.00 - 10.30	**KAHVE ARASI**
10.30 - 12.00	**Geçmişten Günümüze İş Sağlığının Gelişimi ve Gelecek Perspektifi**
	Oturum Başkanı: Dr. Öğr. Üyesi Turhan ŞALVA Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Türkiye'de İş Sağlığı Hizmetlerinin Gelişimi **Prof. Dr. Alp ERGÖR** Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	İş Sağlığında Gelecek Perspektifi: Engeller, Fırsatlar **Prof. Dr. Yücel DEMİRAL** Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	İş ve Meslek Hastalıkları Yan Dal Uzmanlığı: Sorunlar, Fırsatlar **Dr. Öğr. Üyesi Nur TÖREYİN** Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
12.00 - 13.30	**ÖĞLE ARASI**

3. GÜN

KONGRE BİLİMSEL PROGRAMI

16 ARALIK 2023, Cumartesi — **B Salonu**

3. GÜN

13.30 - 15.00	**Cumhuriyetin 100. Yılında Engelsiz Toplum**
	Oturum Başkanı: **Prof. Dr. Filiz ABACIGİL** **Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD**
	Cumhuriyet Döneminde Engelliliğin Önlenmesine Yönelik Yapılan Düzenlenmeler **Prof. Dr. Hatice ŞAHİN** Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi AD
	Afetlerde Engellilerle Yönelik Yapılanlar ve Yaşananlar **Dr. Öğr. Üyesi Feyza DERELİ** İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD
	Engelli Bireylere Duyarlı Afet Yönetimi **Prof. Dr. Elçin BALCI** Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
15.00 - 15.15	**KAHVE ARASI**
15.15 - 16.15	**Konferans**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. C. Tayyar ŞAŞMAZ Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Ülkemizde Kızamığın Kontrolü ve Güncel Salgınlar **Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK** Sanko Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
16.15 - 16.30	**KAHVE ARASI**
16.30 - 17.30	**İkili Konferans Deprem Sonrası Yaşanan Çevre Sorunlarına İki Örnek**
	Oturum Başkanı: Doç. Dr. Derya ÇAMUR Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Afetlere Bağlı Hava Kirliliğinin Halk Sağlığı Tehditleri **Prof. Dr. Gülen GÜLLÜ** Hacettepe Üniversitesi Çevre Mühendisliği Bölümü
	Deprem Sonrası Vektör Mücadelesi **Prof. Dr. Hüseyin ÇETİN** Akdeniz Üniversitesi Fen Fakültesi Biyoloji Bölümü

KONGRE BİLİMSEL PROGRAMI

17 ARALIK 2023, Pazar — **A Salonu**

08.30 - 09.30	**İkili Konferans: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Tarihi Açısından Önemli Kazanımlar**
	Oturum Başkanı: Doç. Dr. Yasemin DURDURAN N. Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Türkiye'nin Sıhhi-i İçtimai Coğrafyası Kitapları (1923-1938) **Öğr. Gör. Dr. Ahmet Can BİLGİN** Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD
	Eğitim Araştırma Bölgeleri (1964-1984) **Prof. Dr. Ayşe AKIN** Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
09.30 - 10.00	**KAHVE ARASI**
10.00 - 11.30	**Halk Sağlığı Uzmanı Olarak Sahada Çalışmak: Zorluklar ve Deneyimler**
	Oturum Başkanı: Dr. Öğr. Üyesi Zehra KILINÇ Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Göreve Yeni Başlayan Halk Sağlığı Uzmanlarının Karşılaştığı Sorunlar ve Uzmanlık Eğitiminde Geliştirilmesi Gereken Alanlar **Uzm. Dr. Ezgi EMLİ ALPAY** Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü, Aile Hekimliği Birim Sorumlusu
	Topluma Yönelik Bir Girişim Planlamak Neden Bu Kadar Zor? Farklı Kurumlarla Eşgüdüm ve İşbirliğinin Sağlanmasında Yaşanılan Sıkıntılar ve Çözüm Önerileri **Uzm. Dr. Öykü TURUNÇ** Mardin İl Sağlık Müdürlüğü, Bulaşıcı Hastalıklar Birim Sorumlusu
	Halk Sağlığı Başkanı Olarak Sosyoekonomik Seviyesi Düşük Bir İlde Çalışmak ve Çözüm Odaklı Yöneticilik Örnekleri **Uzm. Dr. Medine Gözde ÜSTÜNDAĞ** Kars İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı
	Farklı illerde ve Farklı Pozisyonlarda Halk Sağlığı Uzmanı Olarak Çalışmak. Sorunlar Bölgesel mi, Yönetsel mi? **Uzm. Dr. Metin GÜMÜŞ** Manisa İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı
11.30 - 12.00	**KONGRE SONUÇ BİLDİRGESİNİN OKUNMASI ve KAPANIŞ**

4. GÜN

KONGRE BİLİMSEL PROGRAMI

17 ARALIK 2023, Pazar — **B Salonu**

4. GÜN

08.30 - 09.30	**TTB Halk Sağlığı Kolu 34. Gezici Eğitim Semineri Oturumu:** **Afete Dirençli Yaşam Alanları ve Halk Sağlığı**
	Oturum Başkanı: **Prof. Dr. Beyhan CENGİZ ÖZYURT** Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	TTB 34. Gezici Eğitim Semineri Raporu **Arş. Gör. Dr. Gül USAR YILDIZ** **Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD** **Arş. Gör. Dr. Sedat YİĞİT** Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Halk Sağlığı Başkan Yardımcılığı ve Deneyimler **Uzm. Dr. Tuba Duygu YILMAZ** Mersin İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Başkan Yardımcısı
	Sultanbeyli İlçe Sağlık Müdürlüğü Örneği **Doç. Dr. Mehmet Akif SEZEROL** İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Sultanbeyli İlçe Sağlık Müdürü
09.30 - 10.00	**KAHVE ARASI**
10.00 - 11.30	**İkili Konferans:** **100. Yılda Çocuk Sağlığının Durumu**
	Oturum Başkanı: **A. Ferdane OĞUZÖNCÜL** Arel Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Çocuk Sağlığında Neredeyiz? **Prof. Dr. Burcu TOKUÇ** **TTB Halk Sağlığı Kolu** Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi AD
	Afetler ve Acil Durumlarda Çocuk Sağlığı **Doç. Dr. Arda BORLU** Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
11.30 - 12.00	**KONGRE SONUÇ BİLDİRGESİNİN OKUNMASI ve KAPANIŞ**

SÖZLÜ BİLDİRİ PROGRAMI

14 ARALIK 2023, Perşembe — C Salonu

13.30 - 15.00	**Sözlü Bildiri Oturumu - 1**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Beyhan CENGİZ ÖZYURT *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*
	S01, S02, S03, S04, S05, S06, S07, S08, S09
15.00 - 15.30	KAHVE ARASI
15.30 - 16.45	**Sözlü Bildiri Oturumu - 3**
	Oturum Başkanı: Doç. Dr. Elif OKŞAN ÇALIKOĞLU *Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*
	S19, S20, S21, S22, S23, S24, S25, S26, S27
16.45 - 17.00	KAHVE ARASI
17.00 - 18.30	**Sözlü Bildiri Oturumu - 5**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Selma KARABEY *İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ADD*
	S36, S37, S38, S39, S40, S41, S42, S43, S44, S45

1. GÜN

14 ARALIK 2023, Perşembe — D Salonu

13.30 - 15.00	**Sözlü Bildiri Oturumu - 2**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Sultan ESER *Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*
	S10, S11, S12, S13, S14, S15, S16, S17, S18
15.00 - 15.30	KAHVE ARASI
15.30 - 16.45	**Sözlü Bildiri Oturumu - 4**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Gülçin YAPICI Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	S28, S29, S30, S31, S32, S33, S34, S35
16.45 - 17.00	KAHVE ARASI
17.00 - 18.30	**Sözlü Bildiri Oturumu - 6**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Burcu TOKUÇ *Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi AD*
	S46, S47, S48, S49, S50, S51, S52, S53, S54

SÖZLÜ BİLDİRİ PROGRAMI

2. GÜN

15 ARALIK 2023, Cuma — C Salonu

08.30 - 10.00	**Sözlü Bildiri Oturumu - 7** **Oturum Başkanı: Prof. Dr. Elçin BALCI** *Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD* **S55, S56, S57, S58, S59, S60, S61, S62**
10.00 - 10.20	KAHVE ARASI
10.20 - 11.50	**Sözlü Bildiri Oturumu - 9** **Oturum Başkanı: Prof. Dr. Pınar DÜNDAR** *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD* **S72, S73, S74, S75, S76, S77, S78, S79, S80**
11.50 - 13.30	ÖĞLE ARASI
13.30 - 15.00	**Sözlü Bildiri Oturumu - 11** **Oturum Başkanı: Doç. Dr. Seval ALKOY** *Bolu İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağ. AD* **S90, S91, S92, S93, S94, S95, S97, S205**
15.00 - 15.30	KAHVE ARASI
15.30 - 16.30	**Sözlü Bildiri Oturumu - 13** **Oturum Başkanı: Prof. Dr. C. Tayyar ŞAŞMAZ** *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD* **S107, S108, S109, S110, S111, S112, S113, S114, S115**
16.30 - 16.45	KAHVE ARASI
16.45 - 18.15	**Sözlü Bildiri Oturumu - 15** **Oturum Başkanı: Dr. Ögr. Üyesi Berna BİLGİN ŞAHİN** *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD* **S124, S125, S126, S127, S147**

15 ARALIK 2023, Cuma — D Salonu

08.30 - 10.00	**Sözlü Bildiri Oturumu - 8** **Oturum Başkanı: Prof. Dr. Nazan SAVAŞ** *M. Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD* **S63, S64, S65, S66, S67, S68, S69, S70, S71**
10.00 - 10.20	KAHVE ARASI
10.20 - 11.50	**Sözlü Bildiri Oturumu - 10** **Oturum Başkanı: Prof. Dr. Meltem ÇÖL** *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD* **S81, S82, S83, S84, S85, S86, S87, S88, S89**
11.50 - 13.30	ÖĞLE ARASI
13.30 - 15.00	**Sözlü Bildiri Oturumu - 12** **Oturum Başkanı: Prof. Dr. Meral SAYGUN** *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD* **S98, S99, S100, S101, S102, S103, S104, S105, S106**
15.00 - 15.30	KAHVE ARASI
15.30 - 16.30	**Sözlü Bildiri Oturumu - 14** **Oturum Başkanı: Doç. Dr. Lütfi Saltuk DEMİR** *Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD* **S116, S117, S118, S119, S120, S121, S122, S123**
16.30 - 16.45	KAHVE ARASI
16.45 - 18.15	**Sözlü Bildiri Oturumu - 16** **Oturum Başkanı: Dr. Öğr. Üyesi Didem DAYMAZ** *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD* **S128, S129, S130, S131, S132, S133**

SÖZLÜ BİLDİRİ PROGRAMI

16 ARALIK 2023, Cumartesi — C Salonu

08.30 - 10.00	**Sözlü Bildiri Oturumu - 17** **Oturum Başkanı: Prof. Dr. Günay SAKA** *Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD* **S134, S135, S136, S137, S138, S139, S140, S141**
10.00 - 10.30	KAHVE ARASI
10.30 - 12.00	**Sözlü Bildiri Oturumu - 19** **Oturum Başkanı: Prof. Dr. Erhan ESER** *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD* **S151, S152, S153, S154, S155, S156, S157, S158, S159**
12.00 - 13.30	ÖĞLE ARASI
13.30 - 15.00	**Sözlü Bildiri Oturumu - 21** **Oturum Başkanı: Doç. Dr. Neriman AYDIN** *Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD* **S169, S170, S171, S172, S173, S174, S175, S176, S177**
15.00 - 15.15	KAHVE ARASI
15.15 - 16.15	**Sözlü Bildiri Oturumu - 23** **Oturum Başkanı: Prof. Dr. Toker ERGÜDER** *WHO Türkiye Ofisi* **S185, S186, S187, S188, S189, S190**
16.15 - 16.30	KAHVE ARASI
16.30 - 17.30	**Sözlü Bildiri Oturumu - 25** **Oturum Başkanı: Dr. Öğr. Üyesi Emine BARAN DENİZ** *Kars Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD* **S196, S197, S198, S199, S200, S201**

16 ARALIK 2023, Cumartesi — D Salonu

08.30 - 10.00	**Sözlü Bildiri Oturumu - 18** **Oturum Başkanı: Doç. Dr. Arda BORLU** *Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD* **S142, S143, S144, S145, S146, S148, S149, S150**
10.00 - 10.30	KAHVE ARASI
10.30 - 12.00	**Sözlü Bildiri Oturumu - 20** **Oturum Başkanı: Doç. Dr. Hülya ŞİRİN** *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD* **S160, S161, S162, S163, S164, S165, S166, S167, S168**
12.00 - 13.30	ÖĞLE ARASI
13.30 - 15.00	**Sözlü Bildiri Oturumu - 22** **Oturum Başkanı: Prof. Dr. Raika DURUSOY** *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD* **S178, S179, S180, S181, S182, S183, S184**
15.00 - 15.15	KAHVE ARASI
15.15 - 16.15	**Sözlü Bildiri Oturumu - 24** **Oturum Başkanı: Dr. Öğr. Üyesi Zehra KILINÇ** *Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD* **S191, S192, S193, S194, S195**
16.15 - 16.30	KAHVE ARASI
16.30 - 17.30	**Sözlü Bildiri Oturumu - 26** **Oturum Başkanı: Prof. Dr. Dilek ASLAN** *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD* **S96, S202, S203, S204, S206, S207, S208**

SÖZLÜ BİLDİRİ PROGRAMI

17 ARALIK 2023, Pazar — **C Salonu**

08.30 - 09.45	**Sözlü Bildiri Oturumu - 27**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Bülent KILIÇ *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*
	S209, S210, S211, S212, S213, S214, S215
09.45 - 10.00	**KAHVE ARASI**
10.00 - 11.30	**Sözlü Bildiri Oturumu - 28**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Tuğrul ERBAYDAR *Okan Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*
	S216, S217, S218, S219, S220, S221, S222, S223, S224, S225

4. GÜN

SÖZLÜ BİLDİRİLER

S002	**Geçici Koruma Kapsamındaki Suriyeli Göçmenlerin Tütün Kullanım Durumu ve İlişkili Faktörler: Elazığ Örneği** Dr Öğretim Üyesi Kevser Tuncer, Prof. Dr. Edibe Pirinçci, Şule Kavak Genç
S003	**Eğitim Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Bağımlılık ve Bağımlılıkla Mücadele İle İlgili Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi** İrem Bulut, Edibe Pirinçci, Fatma Nur Karaçorlu
S004	**Adölesan ve Genç Yetişkinlerde İnsomnia ve Uykululuk (Sleepiness) İçin Risk Faktörleri; Akıllı Telefon Bağımlılığı Yeni Bir Tehdit Mi?** Fatma Atun Ütük, Ayşe İnaltekin, Onur Yücel, Masoumeh Asadi, Mert Yücel, Dilara Yanık, Burak Mete, Hakan Demirhindi
S005	**Covıd-19 Hastalığı Korkusunun Sigara İçme Davranışına Etkisi** Semiha Zeynep Özsaydı, İskender Gün
S006	**Tıp ve Diş Hekimliği Öğrencilerinin İkinci El Sigara Dumanı Maruziyeti ve İlişkili Faktörler** Ezgi Salış, Tuğçe Arslan Torba, Ezgi Yücel, Muhammed Fatih Önsüz, Selma Metintaş
S007	**Bağımlılıkta Sürdürülebilir Mental İyileşme** İlkay Soykal
S008	**Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Ebeveynlerin Çocuklarında İkinci ve Üçüncü El Sigara Dumanı'Na Maruz Kalma Durumlarının Değerlendirilmesi** Ahmet Ay, Muhammed Fatih Önsüz, Selma Metintaş, Didem Oktar, Bengisu Karagöz, Meltem Dinleyici
S009	**Bir Devlet Hastanesi Çalışanlarında Tütün Kullanma Sıklığı** Latife Bozkurt Korkmaz, Günay Saka
S010	**Pandemi Sürecinde Salgına Yakalanan Hastaların Mental Sağlık Açısından İzlemi** Edanur Sezgin, Gül Ergör, Hasan Can Cimilli
S011	**2020-2022 Döneminde Türkiye'De Fazladan Ölümler: Zamansal ve Bölgesel Bir Analiz** Salih Keskin, Ahmet Naci Emecen, Gül Ergör
S012	**Bir Aracılık Analizi; Sosyodemografik Özellikler ve Covıd-19 Aşı Okuryazarlığı İlişkisinde Sağlık Okuryazarlığının Rolü** Tayfun Kuçlu, Cansu Özbaş, Hakan Tüzün, Asiye Uğraş Dikmen
S013	**Sivas'Ta Yaşayan Meme Kanserli Yaşlı Hastalarda Beş Yıllık Sağ Kalım ve İlişkili Etmenler** Serkan Çelikgün, Tülay Koç, Şerife Reyhan Uçku
S014	**Pandemi Sürecinde Feminist Epidemiyoloji Perspektifiyle Yapılan Değerlendirme Çalışmalarının Tematik Analizi** Zeynep Sedef Varol
S015	**Bir Eğitim Araştırma Hastanesinde Pandemide Gerçekleşen Ölümlerin Tanımlayıcı Epidemiyolojisi** Leyla Karaoğlu, Tahsin Gökhan Telatar, Mehtap Kenal, Mehmet Mustafa Yıldırım, Seda Mercan Alpdoğan, Aliye Bahar Çan, Alp Güray, Burak Tomakin, Merve Arıcı, Asuman Okur, Demet Karagöz
S016	**İstanbul'Un Bir İlçesinde Toplu Yemek Sonrası Yaşanan Gıda Kaynaklı Bir Salgının İncelenmesi** Mehmet Akif Sezerol, Merve Kırlangıç, Selin Davun
S017	**Ulusal ve Uluslararası Halk Sağlığı Kongrelerinde Bildiri Ödülü Alan Çalışmaların Niteliksel ve Niceliksel Analizi: 2018-2022 Dönemi** Bahadır Dede, Şule Erbay, Metin Pıçakçıefe, Şehbal Yeşilbaş, Didem Mülayim Güllü, Rabia Güven Cengiz, Emine Tiriç
S018	**Tokat İli Niksar İlçe Merkezinde Musluk Suyu Kaynaklı Salgın, Vaka-Kontrol Çalışması, Haziran 2023** Muammer Beslen, Fatma Durmuş, Yasemin Demirbilek, Fehminaz Temel, Hüseyin Güldiken, Şule Şenses Ergül, Belkıs Levent, Aysun Yalçı, Mehmet Enes Gökler
S019	**Peer Bullying İn Adolescents İn Rural Turkey: The Effect Of Level Of Hope And Self-Concept** Fatma Zehra Genç, Suzan Yıldız, Naile Bilgili
S020	**Pandemi Döneminde İzmir İlinde Bir Ortaokulda Obezite Prevalansı ve İlişkili Faktörler** Özgün Torcu, Ceren Akanalçı, Meltem Çiçeklioğlu
S021	**Çocuklarda D Vitamini Düzeyinin Değerlendirilmesi** Gül Şahika Gökdemir, İzzettin Toktaş, Mehmet Nur Talay
S022	**Halk Sağlığı Kongrelerinde Sunulan Emzirme ve Anne Sütü Bildirilerinin Değerlendirilmesi** Esra Çiçek, Mahmut Talha Uçar, Mustafa Öztürk
S023	**Çocukluk Çağı Beslenmesi ve Fiziksel Aktivite Davranışlarında Etkili Olan Faktörlerin Belirlenmesi** Selin Davun, Mehmet Akif Sezerol
S024	**İlkokul Öğretmenlerinin Epilepsi Hakkında Bilgi Düzeyi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi** Ahmet Ay, Muhammed Fatih Önsüz, Selma Metintaş, Didem Oktar, Bengisu Karagöz, Kürşat Bora Çarman, Coşkun Yarar
S025	**Çocuğunu Bakıcıya Bırakan Annelerin İhmal ve İstismara İlişkin Farkındalıkları ve Önleme Davranışları** Rahşan Kolutek, Şenay Şermet Kaya
S026	**İstanbul İlinde 2022 Yılında Gerçekleşen Bebek Ölümlerinin Değerlendirilmesi** Lodos Yıldız, Elif Günay
S027	**From Pandemics To Earthquakes: Lessons From Developmental Dysplasia Of The Hip Screening Challenges İn Turkey During The Covıd-19 Pandemic** Ömer Faruk Eğerci
S028	**Bir Hemşirelik Fakültesi Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervoza Sıklığı ve İlişkili Faktörler** Büşra Bozoğlan, Derya Çamur
S029	**Konya İli Merkezinde 40 Yaş Üstü Bireylerin Birinci Basamak Sağlık Kuruluşu Kullanımları** Lütfi Saltuk Demir, Enes Kasapoğlu, Beyza İyianlar, Gizem Sena Demir
S031	**Bir Üniversite Hastanesine Başvuranlarda Sağlık Haberleri Algısı ve Sağlık Okuryazarlığı Değerlendirilmesi** Mediha Bal, Alaettin Ünsal, Didem Arslantaş, Sevda Sungur, Ezgi Salış
S032	**Bir Tıp Fakültesi 2 ve 5. Sınıf Öğrencilerinde Dijital Oyun Bağımlılığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler** Hasan Alparslan Topçu, Ezgi Çebi Kalaycı, Meltem Çöl
S033	**İlçe Sağlık Müdürlüğü Çalışanlarının Getat Uygulamalarıyla İlgili Görüş ve Tutumları** Betül Yılmaz, Ahsenur Durak, Buse Beynur Sönmez, İlke Alimoğlu, Emir Kaya, Sabanur Çavdar
S034	**Manisa'da 18 Yaş ve Üzeri Bireylerin Güneşin Zararlı Etkilerine İlişkin Bilgi Düzeyi ve Davranışları** İlknur Oruç Özdemir, Berna Bilgin Şahin, Gülşen Alkan, Harun Sami Ergün, Hilal Kökçü, Ilgın Balaban, Gülsüm Tekin, Gülce Ersoy, Sami Gönülcan
S035	**Temizlik Personellerinin Hastane Hijyeninde Standart Önlemlere Uyumu ve Etkileyen Faktörler** Şehbal Yeşilbaş, Rabia Güven Cengiz, Metin Pıçakçıefe, Bahadır Dede, Emine Tiriç, Didem Mülayim Güllü, Şule Erbay
S036	**Bir Üniversitedeki Öğrencilerin Flört Şiddeti Konusunda Tutum ve Davranışlarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi** Burcu Ecem Uğuz, Burak Aykın, Gülçin Yapıcı
S037	**Birinci Basamak Aile Hekimleri Arasında Ruh Sağlığı Okuryazarlığını Geliştirmede Kısa Online Eğitim Programının Etkinliğini Değerlendiren Tek Kör Randomize Kontrollü Bir Çalışma** Emel Güden, Arda Borlu, Özlem Olguner Eker, Saliha Özsoy, Zeynep Baykan
S038	**Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Kahramanmaraş Depremi Sonrasında Yaşadıkları İkincil Travma Durumlarının Değerlendirilmesi** Zeynep Aydın, Elçin Balcı
S039	**Mezuniyet Sonrası Psikiyatri ve Halk Sağlığı Eğitimlerinde Toplum Ruh Sağlığının Yeri: Yeni Bir Yan Dal Programı Geliştirilebilir Mi?** Irmak Polat, Özge Karadağ, Azize Tiryakioğlu Engin, Merve Altıner Yaş, Özge Başak Karazağ, Bülent Coşkun, Selma Karabey
S040	**Manisa'da Kentsel ve Yarı Kentsel Asm'lere Başvuran 18 Yaş Üzeri Bireylerde Depresif Belirti Sıklığı ve İlişkili Faktörler** Sedat Yiğit, Beyhan Cengiz Özyurt, İlknur Oruç
S041	**Hava Kirliliği ve Ergenlerde İntihar Girişimi: Çapraz-Vaka Çalışması** Enes Sarıgedik, Buğra Taygun Gülle
S042	**Şarkı Sözlerinde Sağlığa Zararlı Davranışlara Yapılan Göndermelerin İncelenmesi Karma Yöntemli Bir Araştırma** Mahmut Talha Uçar, Elif Dönmez, Temmuz Gönç Şavran
S043	**Tıp Öğrencilerinde Travma Sonrası Stres Bozukluğu İçin Bir Stres Faktörü Olarak Covıd-19 Pandemisi** Tahsin Gökhan Telatar
S044	**Hacettepe Sağlık Kohortu Katılımcılarının Ruh Sağlığı Durumu ve Olası Etkenlerin Beyana Göre Değerlendirilmesi** Şeyma Aliye Kara, Mustafa Enes Özden, Mithat Temizer, Ahmet Sertçelik, Eda Karadoğan, Hanife Uzar, Damla Özyürek, Bilal Buzgan, Alparslan Alp, Aslı Pınar, Bahar Güçiz Doğan, Burçin Şener, Deniz Yüce, Duygu Ayhan Başer, Hilal Aksoy, İzzet Fidancı, Lütfiya Hilal Özcebe, Murat Akova, Nursel Çalık Başaran, Oytun Portakal, Şehnaz Alp, Volkan Arslan, Zeliha Günnur Dikmen, Banu Çakır
S045	**Asistan Hekimlerde Şiddete Maruz Kalma ve İş Doyumu İle İlişkisinin İncelenmesi** Uğur Ülgen, Ahmet Alp Aker, Naime Akdaş, Durdunaz Ok, Merve Kayabaşı, Huriye Çoban, İbrahim Kapan, Hüseyin Sami Toprak
S046	**Ebeveynlerin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarına Covıd-19 Sürecindeki Bakışı** Ayşe Nur Taştekin Ayvalı, Neriman Aydın, Elif Okşan Çalıkoğlu, Nilgün Çöl
S047	**Health Literacy And Self Management Behaviors Of Diabetes' Patients During The Pandemic** Selma Ceylan, Gülay Yılmazel
S048	**Kanal Hasuder'De 2021-2022 ve 2022-2023 Yayın Dönemlerinde Yayınlanan Webinerlerin İzlenme Özelliklerinin Değerlendirilmesi** Nuri Alp Özünlü, Salih Keskin, Bengü Nehir Buğdaycı Yalçın, İpek Gündoğdu, İlke Karadağlı Üçüncü, Mine Yenice, Beyhan Cengiz Özyurt, Lütfi Saltuk Demir, Alp Ergör
S049	**Manisa'da Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Erişkinlerde Uyku Kalitesi ve İlişkili Faktörler** Kübra Çiçek, Şehmus Savat, Talatcan İkizoğlu, Tahsin Yalçın, Taha Orcan Sporcu, Umut Cem Kılınçarslan, Uğurcan Çakıcı, Yağmur Kılıçdere, Erhan Eser
S050	**Fizik Tedavi Rehabilitasyon ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sağlık Teknolojisi Bilgi Düzeyleri** Gonca Gül Özdemir, Bülent Kılıç
S051	**Manisa'Da Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 30-70 Yaş Arası Kadınların Kanser Tarama Programlarına Katılımı ve İlişkili Faktörler** Kübra Çiçek, Pınar Erbay Dündar, Onur Balaban, Osman Nuri Ak, Ömer Deniz, Övgü Sıla İmamoğlu, Özlem Bayrak, Pelin Metin, Muhammed Durmuş Atılgan
S052	**Sindemik Sorunlara İlişkin Bibliyografik İçerik Analizi** Meltem Urlu, Hatice Tan, Ece Çetinkaya, Ali Golab Foroush, Uğur Alsancak, Osman Hayran
S053	**İstanbul'da Bir Yaşam Alanı Sakinlerinin Doğru Güneşlenme ve Etkin D Vitamini Dönüşümü Üzerine Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi: Kesitsel Araştırma** Meltem Yaşar, Melih Burak Memiş, Sercan Oduncu, İntizar Dadashova, Çağdaş Kement, Sabanur Çavdar
S054	**Sağlıkta Cinsiyet Eşitliğinin Sağlanmasında Dijital Sağlık Uygulamalarının Rolü** Ömrüm Ergüven, Şule Koç, Beşir Sefa Mumay, Bülent Kılıç
S055	**Determination Of Disaster Literacy Status Of Emergency Health Service Personnel** Suzan Yıldız, Fatma Zehra Genç, Can Gökay Yıldız, Naile Bilgili
S056	**Depremle İlişkili Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve İş Stresi İlişkisi: Adıyaman Örneği** Osman Kurt, Ayşe Ferdane Oğuzöncül

SÖZLÜ BİLDİRİLER

S058 **Lise Öğrencilerinin Deprem Bilgi Düzeylerinin ve İlişkili Etmenlerin Belirlenmesi**
Kamil Koçak, Hatice Şimşek Keskin, Abdullah Erdal Tümer, Şerife Reyhan Uçku

S059 **Halk Sağlığı Uzmanlarının Kahramanmaraş Depremi Sonrası Bölgedeki Halk Sağlığı Hizmetleriyle İlgili Deneyimleri**
Ceyda Şahan, Ahmet Can Bilgin, Bülent Kılıç, Pelin Bulut, Esra Mert, Seçil Nur Kantaş, Nuri Alp Özünlü, Tuğrul Erbaydar

S060 **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 3 ve 6 Öğrencilerinde Afet Bilinci ve İlişkili Faktörler**
Zeynep Irmak, Zehra Çakıl, Seher Çayar, Cemal Koçak, Meltem Çöl

S061 **Deprem Hazırlık ve Risk Algısının Değerlendirilmesi: Toplum Tabanlı Bir Çalışma**
Selin Davun, Mehmet Akif Sezerol

S062 **Metal İşçisi Kadınların Toplumsal Cinsiyet Temelli Sağlık Riskleri: Kesitsel Bir Araştırma**
Melike Yavuz, Nuran Gülenç, Ferit Serkan Öngel, Elif Altundaş Hatman

S063 **Covıd-19 Pandemisinin Anne Ölümü Üzerine Etkisi: Bir İl Örneği**
Semiha Zeynep Özsaydı, Hasan Durmuş, Leyla Tekdemir, Seçkin Özsaydı, Arda Borlu, Fevziye Çetinkaya

S064 **Menopoz Bilgisi Ölçeği Geliştirme Çalışması: Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması**
Ayşe İnaltekin, Burak Mete, Mete Sucu, Fatma Atun Ütük, Hakan Demirhindi, Ferdi Tanır

S065 **Kadınlarda Human Papilloma Virüsü Bilgi Düzeyi İle Serviks Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnancının Değerlendirilmesi**
Ezgi Salış, Oğuz Han Aydilek, Ezgi Yücel, Müşerref Amine Altındağ, Didem Arslantaş, Alaettin Ünsal, Melih Velipaşaoğlu

S066 **Kadın İnfertilitesinde Bilgi Kaynağı Olarak Youtube**
Buğra Taygun Gülle, Elif Belkıs Hoşcoşkun, Esra Mert, Fatih Tolga Ertürk, İpek Gündoğdu, Nuri Alp Özünlü

S067 **Manisa'Da Yarı Kentsel Bir Bölgede Aile Planlaması Yöntem Kullanımı ve Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacı**
İlknur Oruç Özdemir, Berna Bilgin Şahin, Ceren Ceylan, Diğdem Oruçoğlu, Dilara Tulilak, Dilara Dikicigil, Adem Mert Atasever, Emre Çolak

S068 **Risk Değerlendirmesi Yapılan Gebelerin Doğum Sonuçlarının İncelenmesi**
Ufuk Acar, Hazal Kaya, Burcu Beyazgül, İbrahim Koruk

S069 **Adıyaman İl Merkez ve Besni İlçelerinde Deprem Sonrası Rahim İçi Araç Uygulamalarının Değerlendirilmesi**
Osman Kurt, Bengü Nehir Buğdaycı Yalçın

S070 **Fizyoterapi Danışmanlığı Alanlarda Yaşam Kalitesi ve Beden Algısı: Bir Sağlıklı Hayat Merkezi Kohort Araştırması**
Kamer Kalip, Hatice Eftal Şeyda Kanal, Şirin Çırak

S071 **Diyabetik Ayak Yarası Olan Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi**
Ezgi Salış, Boran Yalçın, Mustafa Salış, Bülent Çağlar Bilgin, Alaettin Ünsal, Didem Arslantaş

S072 **Psikososyal Risk Değerlendirme Ölçeği Olarak Kullanılan Kopenhag Risk Değerlendirme Ölçeğine (Copsoq) Yönelik Bir Sistematik Derleme Çalışması**
Cagla Yabasun, Prof. Dr. Osman Alparslan Ergör, Doç. Dr. Ceyda Şahan

S073 **2023 Şubat Depremleri Sonrası Hatay'Da Pm10 Düzeyleri**
Mehmet Erdem, Tacettin İnandı, Nazan Savaş, Seçil Bal Cilli

S074 **Polikliniklere Başvuranlarda Sosyoekonomik Değişkenler, Çalışma Düzenlemelerinin Covıd-19 Geçirme İle İlişkisi**
Hakan Tüzün, Merve Atik Şahin, Cansu Özbaş, Fatma Nur Baran Aksakal

S075 **Bir Üniversite Hastanesinde İş Sağlığı Güvenliğine Yönelik Ses ve Işık Şiddeti İle Hava Kalitesinin Araştırılması**
Esra Hacılar, Bilge Nur Cüce Mermer, Lütfi Saltuk Demir, Fatma Gökşin Cihan, Selma Şahin, Mustafa Kürşat Ayrancı, Halil Çelik, Hakan Kaban

S076 **Bir Fabrika Çalışanlarında Uyku Kalitesi ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi**
Mediha Bal, Sevda Sungur, Didem Oktar, Muhammed Fatih Önsüz, Selma Metintaş, Müşerref Amine Altındağ

S077 **Gece Nöbetinin Sağlık Çalışanlarına Etkisini İnceleyen Pubmed'De Dizinlenmiş Yayınların İncelenmesi**
Hatice Seymen Güngör, Didem Daymaz, Meral Saygun

S078 **Bir Belediye Çalışanlarının İş Yaşam Dengesi ve Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi (Tepebaşı Örneği)**
Mediha Bal, Alaettin Ünsal, Didem Arslantaş, Sibel Sert, Selva Dilan Gölbaşı Koç

S079 **Bir Fabrika Çalışanlarında Kas İskelet Sistemi Rahatsızlıkları ve İş Stresinin Değerlendirilmesi**
Sibel Sert, Sevda Sungur, Mediha Bal, Muhammed Fatih Önsüz, Selma Metintaş

S080 **Ankara İlinde Görev Yapan İşyeri Hekimlerinin Genel Sağlık Durumları ve İlişkili Etmenler**
Seher Baki, Birgül Piyal

S081 **Konya Ereğli'De Mayıs 2022'De Yaşanan Akut Gastroenterit Vaka Sayıları Artışı**
Rahşan Arslan, Bekir Büyükakın, Burak Kurt, Orhan Alper Koyu, Mehmet Bingöl, Gülşen Barlas, Fehminaz Temel, Mehmet Enes Gökler, Sedat Kaygusuz

S082 **The Correlation Between Some Variables Of The Countries And Covid-19 İncidence Of Cases And Deaths**
Deniz Erdal, Burcu Ecem Uğuz, Caferi Tayyar Şaşmaz

S083 **İstanbul İlinde 4-8 Yaş Arası Çocukların Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak (Kkk) Aşılılık Durumlarının ve Ebeveynlerinin Kkk Aşısına Karşı Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi**
Abdullah Emre Güner, Pelin Şavlı Emiroğlu, Selva Duzcan

S084 **İlk-Orta Eğitim Öğretmenlerinin Çocukluk Çağı Aşıları Hakkında Bilgi, Görüş ve Davranışları: Tanımlayıcı Çalışma**
Nagihan Büşra Balaban, Yağmur Ünal, Bahar (Güçiz) Doğan

S085 **Türkiye'de Human Papillomavirus Aşı Farkındalığı ve Kabulü: 91 Çalışmanın Meta Analizi**
Buğra Taygun Gülle, Pınar Kıran, Saadet Göksu Çelik, Zeynep Sedef Varol, Neslişah Şiyve, Ahmet Naci Emecen, Hilal Adıgüzel

S086 **Türkiye'de Covıd-19 Pandemisi ve Aşı Karşıtlığı: Google Trends Analizi**
Şeyma Yüsra Soğanda, Çağrı Emin Şahin

S088 **Çalışması, 2023**
Mahmut Akdağ, Erhan Tiryaki, Onur Acar, Yusuf Çetin, Emin Gaffar Işık, Demet Furkan Sevindik, Berna Sezgin, Selmur Topal, Fehminaz Temel, Aysun Yalçı, Mehmet Enes Gökler

S089 **Balıkesir Altıeylül İlçesinde Yaşayan Yetişkinlerde Aşı Tereddütü İle Kızamık ve Kızamık Aşısı Bilgi Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi**
Emine Ayhan Akman, Alikemal Başol, Dursun Yasemin Yayla, Sultan Eser

S090 **Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Atık Geri Dönüşümüyle İlgili Bilgi Tutum ve Davranışları**
Besra Eren, Neriman Aydın, Elif Okşan Çalıkoğlu

S091 **Kayseri İlinde Su Kullanım Durumu ve Bunu Etkileyen Faktörler**
Tuğba Coşkun Aslan, Zeynep Aydın, İskender Gün, Fevziye Çetinkaya

S092 **Arıq + Modellemesi İle Hatay, Osmaniye ve Kahramanmaraş'Ta Hava Kirliliğine Bağlı Ölümler, 2015-2019**
Suat Mithat Mahşer, Tacettin İnandı

S093 **Manisa Kent Merkezinde Hanelerin İçme Suyu Tercihleri ve Etkileyen Faktörler**
Gülsüm Şanlı Erkekoğlu, Berna Bilgin Şahin, Beyhan Cengiz Özyurt, Mehmet Tek, Hasan Hüseyin Şahan, Cemil Denizli, Beyza İnce, Bünyamin Enes Korucu, Zeynep Zülal Aktaş, Büşra Karahan

S094 **Kayseri İli Hava Kalitesinin Solunum Yolu Hastalıkları Nedeniyle Acil Servis Başvurularına Etkisi**
Ebru Tan, Hasan Durmuş, Bahtiyar Efe, Arda Borlu, Özkan Çapraz, Yaşar Burak Öztaner, Fevziye Çetinkaya

S095 **Ergene Nehrinden Etkilenen ve Etkilenmeyen Yerleşim Yerlerinde İçme Kullanma Suyu Kalitesi ve Sağlık Etkileri**
Mustafa Helvacı, Galip Ekuklu, Burcu Tokuç

S096 **Turkish Adaptation Of Environmental Health Literacy Survey Instrument: Validity-Reliability Study**
Sümeyye Nur Budak, Dilek Yapar, Burkay Budak, Hakan Tüzün, Seçil Özkan

S097 **İstanbul'Un Bir İlçesindeki Mahalle Çeşmelerinin Gastroenterit Vakalarıyla İlişkisinin Değerlendirilmesi**
Beyza Nur Ataoğlu, Cemre Hilal Kesen Yurtcanlı, Mehmet Akif Sezerol, Selin Davun, Ahmet Topuzoğlu

S098 **Yeşil Kozmetik Tüketimi Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenirliği**
Hasan Durmuş, Arda Borlu, Eda Öksüm Solak, Egemen Ünal, Murat Borlu

S099 **Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Hekimlik Mesleğine Yönelik Görüşlerinin Değerlendirilmesi**
Kerim Baltacı, Meltem Dengelen, Eda Karadoğan, Can Karabıçak, Onur Orhan, Muhsin Güllü, Kaan Aksu, Muradiye Cengiz, Evrim Özge Demircioğlu, Bestegül Aktı, Selin Doğan Kamil, Duygu Çekici, Aslı Araz Güngör, Elif Aktı, Mehmet Ertan Güner, Banu Çakır

S100 **Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Bireylerde Afet Hazırbulunuşluk Durumu ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi**
Cansu Özbaş, Müberra Erkaya Tosun, Hakan Tüzün, Fatma Nur Baran Aksakal

S101 **Sağlık Çalışanlarının Toplumsal Cinsiyet Rol Tutumları ve Sağlık Hizmeti Sunumu: İki Hastane Örneği**
Kübra Ataş, Sevil Turhan, Murat Topbaş, Behiye Şahbaz, Nazım Ercüment Beyhun

S102 **Covıd-19 Pandemisi Öncesi ve Sonrası Meme Kanseri Taramaları:İstanbul Örneği**
Bekir Aktura, Ali Kırbaş, Abdullah Emre Güner

S103 **Covıd-19 Pandemisi Döneminde Medikal Estetik İşlemler İçin Başvuranların Halk Sağlığı Bakış Açısı İle Değerlendirilmesi**
Ayşe Gökşin Pekyalçın, Ayşe Emel Önal, Emel Rüya Önal

S104 **Evlilik Öncesi Spinal Musküler Atrofi Taşıyıcı Tarama Sonuçlarının Değerlendirilmesi: Adıyaman Örneği**
Osman Kurt, Fatma Sena Konyalıoğlu

S105 **Türkiye Ulusal Halk Sağlığı Kongrelerinde Sunulan Bildirilerin Bibliyometrik Analizi (1988-2022)**
Mahmut Talha Uçar, Yasemin Denizli, Abdullah Uçar, Muhammet Yunus Tunca

S106 **Afet Dönemi Anne Sütü ve Emzirme Danışmanlığı**
Erdoğan Öz, Osman Küçükkelepçe, Osman Kurt, Melek Kılıç

S107 **İstanbul'da Bir Fabrika ÇalışAnlarında Uyuz Hastalığl Bilgi Düzeyi: Kesitsel Tanımlayıcı Bir Araştırma**
Çağla Dönmez, Sıla Naz Başar, Abdullah Dündar, Hüseyin Emre Karasu, Berkay Tütüncüler, Sabanur Çavdar

S108 **Effects Of Covıd-19 Vaccination Type And Doses On Symptoms And Hospitalization Of Healthcare Professionals Having Sars-Cov2 Infection**
Fatma Betül Akçakaya, Sezanur Nazlı Türkoğlu, Ceyda Acar, Bedia Özyıldırım

S109 **Ebeveynlerin Aşılara Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi**
Gülhan Yiğitalp, Vasfiye Bayram Değer

S110 **Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuran Bireylerde Aşı Karşıtlığı ve Sağlık Algısının İncelenmesi**
Şehide Arslan, Ebru Tan, Hasan Durmuş, Elçin Balcı, İskender Gün

S111 **Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Bireylerde Erişkin Aşılanma Farkındalığı ve Sağlık Algısı İlişkisi**
Ebru Tan, Şehide Arslan, Elçin Balcı, Hasan Durmuş, İskender Gün

S112 **Bir Üniversite Hastanesi Polikliniklerine Başvuran Hastalarda Covıd-19 Pekiştirme Aşısı Tereddütüyle İlişkili Faktörler**
Hakan Tüzün, Mehmet Alperen Özçelik, Cansu Özbaş, Mustafa Necmi İlhan

S113 **Ankara İlinde 12 Şantiyede Meydana Gelen Gıda Kaynaklı Salgın, Ankara 2023**
Kamer Kalip, Gökçen Uslu Türkkan, Fatma Durmuş, Gülşen Barlas, Kerime Altunay, Demet Furkan Sevindi, Fehminaz Temel, Aysun Yalçı, Mehmet Enes Gökler, Sedat Kaygusuz

SÖZLÜ BİLDİRİLER

	Sedat Kaygusuz
S115	**Bayburt İl Merkezinde Musluk Suyu Kaynaklı Bir Salgın, Temmuz 2023** Gülser Doğan Türkçelik, Muammer Beslen, Gökçen Uslu Türkkan, Selmur Topal, Fehminaz Temel, Yavuz Kazık, Merve Minnet, Aysun Yalçı, Mehmet Enes Gökler, Sedat Kaygusuz
S116	**Türkiye'de Cinsiyete Göre İdrar Kaçırma Sorunu: Toplum Temelli Bir Çalışma** Melike Yavuz, Nilay Etiler
S117	**Yetişkin Bireylerin Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyinin Riskli Sağlık Davranışları ve Biyofizyolojik Ölçümlerle İlişkisi** Nurbanu Odacı, Belgin Akın, Feyza Kocakurt
S118	**Mardin İli Artuklu İlçe Merkezinde Yaşayan 18 Yaş ve Üzeri Yerli ve Göçmen Bireylerde Kronik Hastalık Risk Faktörleri, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler** Vasfiye Bayram Değer, İbrahim Dağ, Hülya Keskin, Havva Kaçan, Mehmet Zülkif Karahan
S119	**Bir Tarama Programında Meme Kanseri Tanısı Alanlarda ve Almayanlarda Risk Değerlendirmesi: Olgu Kontrol Çalışması** Seda Şaşmaz, Sultan Eser
S120	**Kamu Kurumlarında Çalışan Kadınların Meme Kanserinden Korunma Davranışlarının Araştırılması** Kezban Yavuz Emik, Neşe Yürekli, Nidal Sapmaz
S121	**Kanser Konulu 21. Yüzyıl Sinema Filmlerinde Kanserin İşlenişi: Tanımlayıcı Bir Çalışma** Meltem Şengelen, Muradiye Cengiz, Nagihan Büşra Balaban, Zeynep Gülhan Teke, Nihat Doğa Pamuk, Gülistan Yeşilyurt, Melisa Yıldırım
S122	**Tıp Fakültesi 6.Sınıf Öğrencilerinin Küresel Isınma İle İlgili Bilgi,Tutum,Davranış ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi** Meryem Acele Akpek, Neriman Aydın, Elif Okşan Çalıkoğlu
S123	**Evde Kan Basıncı Takibinde Bir Eğitim Müdahalesinin Etkisi** Hülya Şirin, Ahmet Arslan, Gamze Ketrez, Fatma Sena Konyalıoğlu, İbrahim Sefa Güneş, Cem Barçın
S124	**İstanbul'Da Bir Sivil Toplum Kuruluşuna Beslenme Danışmanlığı İçin Başvuran Suriyeli Göçmen Kadınların Beslenme ve Doğurganlıkla İlgili Özellikleri** Buse Gürbüz, Derya Çamur
S125	**Suriyeli Gebelerin Doğum Öncesi Bakım Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi** Sibel İçke, Sema Çifçi
S126	**Hastanede Doğum Yapan Suriyeli Kadınların Fetal-Maternal ve Doğurganlık Özelliklerinin Değerlendirilmesi** Batu Ersavaş, Zehra Kılınç
S127	**Göçmen Yaşlıların Beslenme, Yaşam Aktiviteleri ve Kırılganlık Durumlarının Değerlendirilmesi** Mehmet Sait Değer, Mehmet Akif Sezerol, Muhammed Atak
S128	**Bir Hastane Yemekhanesi Çalışanlarının Gıda Güvenliği Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışları İle Nazal S.Aureus Taşıyıcılığı ve İzole Edilen Suşların Karekterizasyonu** Hüseyin Bektaş, Fatma Mutlu Sarıgüzel, Arda Borlu
S129	**Fabrika Çalışanlarının Sağlıklı Yaşam Davranışları ve Aşı Karşıtlığı İlişkisi** Rabia Sohbet, Mehtap Balcı
S130	**The Effect Of Fatigue On Quality Of Work Life And Health İn Shift-Work Nurses** Sevgi Tulupcu, Emine Ergin
S131	**veri Giriş Personelinde Sürekli Seçici Dikkat, Muhakeme ve Çarpışma Zamanı Tahminleri** Muhammed Atak, Fatma Betül Boylu, Beyza Püren Selcan Gündoğdu, Özkan Ayvaz, Halim İşsever, Servet Yüce
S132	**Mutfak Çalışanlarında Ergonomik ve Psikososyal Risklerin Kas İskelet Sistemi Rahatsızlıkları İle İlişkisinin İncelenmesi** Aylin Çifci, Buket Yıldırım Üstüner, Sema Çeliker, Tuğba Demirel, Merve Demirci Atik, Yücel Demiral
S133	**Balıkesir Altıeylül İlçesinde Yaşayan Kadınlarda Ev Kazası Sıklığı, Ev Temizliği Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi** Emine Ayhan Akman, Dursun Yasemin Yayla, Sultan Eser
S134	**Healthcare Workers' Compliance With Covıd-19 Preventive And Control Measures At De Martino Hospital, Mogadishu, Somalia** Abdullahi İbrahim Janay, Belgin Ünal, Bülent Kılıç
S135	**Sağlık Bakanlığı İnternet Sitesinin Aşı İçeriklerinin İncelenmesi** Buğra Taygun Gülle, Zeynep Sedef Varol, Saadet Göksu Çelik, Ecem Başoğlu Şensoy, Belgin Ünal
S136	**Bir Akut Barsak Enfeksiyonu Salgın İncelemesi, Kozan, 2022** Bekir Büyükakın, Gülşen Barlas, Fatma Durmuş, Gülsüm Zoroğlu, Fehminaz Temel
S137	**İstanbul'Un Bir İlçesinde Doğrudan Gözetimli Tedavi Alan Tüberkülozlu Hastalarda Stigmanın ve Ruh Sağlığının Değerlendirilmesi** Şeyma Halaç, Ercan Kulak, Merve Nacakcı
S138	**Halk Sağlığı Kongrelerinde Sunulan İshal Bildirilerin Değerlendirilmesi** Esra Çiçek
S139	**Bruselloz Üzerinden Türkiye'De Zoonotik Hastalıkların Kontrolüne Yönelik Bir Değerlendirme** Öykü Turunç
S140	**Salgının Üç Farklı Dalgasında Covıd-19 Olgularının Epidemiyolojik Özelliklerinin ve Hastalığın Klinik Sonuçları İle İlişkili Faktörlerin İncelenmesi** Ezgi Emli Alpay, Belgin Ünal, Ahmet Naci Emecen
S141	**Türkiye'De Beş Yaş Altı Çocuklarda Bodurluk: Tnsa-2018 İkincil Analiz Çalışması** Emine Şeyma Karaketir, Ayşegül Ekemen
S142	**Hatay'Da Deprem Sonrası İçme ve Kullanma Sularının Mikrobiyolojik Analiz ve Bakiye Klor Düzeyi Sonuçları (Şubat-Eylül 2023)** Mehmet Erdem, Nazan Savaş, Tacettin İnandı, Fatma Öncü Dönmez, Mehmet Güzelşemme
S143	**Pubmed'De 2018-2023 Yıllarında Dizinlenmiş, Deprem Halk Sağlığı İlişkisini Değerlendiren Yayınların İncelenmesi** Didem Daymaz
S145	Tacettin İnandı, Nazan Savaş, Eda Gülüm, Nergizcan Emir, Meryem Kuh, Derya Çamur, Tuğrul Erbaydar, Bülent Kılıç
S146	**Cumhuriyetin Yüz Yılında Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri'Nin Gelişim Süreci** Devran Karpuz, Bülent Kılıç
S147	**Hatay'Da Afet Sonrası Direct Relief ve Hasuder İşbirliğiyle Yapılan Üreme Sağlığı Hizmetleri Uygulaması** Nazan Savaş, Tacettin İnandı, Leman Önder, Zeynep Güzey, Aycan Reyhanoğulları, Derya Çamur, Tuğrul Erbaydar, Bülent Kılıç
S148	**Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Yetişkinlerin Ağız ve Diş Sağlığı Konusundaki Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi** Ebru Tan, Leyla Tekdemir, Elçin Balcı, İskender Gün
S149	**Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi İntern Doktorlarda Ağız Diş Sağlığı Tutum ve Davranışlarının Araştırılması** Altuğ Civan, Burcu Ecem Uğuz, Matin Dolatabadi, Burak Ak, Caferi Tayyar Şaşmaz
S150	**Antalya İlinde 2021 Yılı Ölüm Bildirim Sisteminde Kayıtlı Ölümlerin Tanımlayıcı Özellikleri** Gamze Akın Özkara, Mehmet Rıfkı Aktekin, Mestan Emek, Hacer Nur Yüce, İsmail Başıbüyük
S151	**Ege Üniversitesi İntörn Hekimlerinde Sosyal Hizmetlere Dair Bilgi, Tutum ve İlişkili Faktörler** İrem Şevik, Simge Kuyucu, Özgün Torcu, Meltem Çiçeklioğlu
S152	**Occupational Stress And Quality Of Life Of Doctors And Nurses İn A University Hospital İn Istanbul: A Cross-Sectional Study** Abdulrahman Masri, Serra Çoşkun, Yasemin Ceylan, Sarah Sabbagh Sharif, Ayşe Zülal Tokaç Farımaz, Sabanur Çavdar
S153	**Cerrahi Branşlarda Görev Yapmakta Olan Asistan Hekimlerin İş-Yaşam Dengesi Üzerine Nitel Bir Çalışma** Ayşe Nur Balcı Yapalak, Cansu Özbaş, Aida Poladova, Muhammet Alperen Uğur, Mehmet Furkan Ünlü, İrem Keskin, Ayşe Seval Palteki
S154	**İlçe Sağlık Müdürlüğü Çalışanları Perspektifinden Covıd-19 Filyasyon Çalışmalarının Niteliksel İncelenmesi** İkbal Hümay Arman, Şeyma Yüsra Soğanda, Azize Tiryakioğlu Engin, Nuray Özgülnar, Selma Karabey, Meryem Merve Ören Çelik
S155	**Cost-Utility Analysis Of Programmed Death Ligand-1 Based Treatment For Non-Small Cell Lung Cancers** Mert Abay, Melih Kaan Sözmen, Sedef Akgüngör, Bülent Kılıç
S156	**Kanıta Dayalı Karar verme Aracı Olarak Türkiye'Nin Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Raporlarının İncelenmesi** Sabanur Çavdar
S157	**Türkiye'De Toplum Ruh Sağlığı Politikaları** Pınar Artukoğlu Kayacan, Bülent Kılıç
S158	**Türkiye'De 81 İlde İl Sağlık Müdürü ve Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanının Halk Sağlığı Uzmanı Olma Durumunun Değerlendirilmesi** Esra Çiçek
S159	**Bir Tıp Fakültesinde Son Sınıf Öğrencilerinin İklim Değişikliği ve Bulaşıcı Hastalıklar İle İlgili Bilgi Durumlarının Değerlendirilmesi** Burak Kurt, Meltem Çöl
S160	**Denizli İlinde Covıd-19'A Yönelik Bilgi Durumu ve İlişkili Faktörler** Nevzat Atalay Çelikyürek, Özgür Sevinç
S161	**Kayseri'De Yaşayan 25-64 Yaş Grubu Erişkinlerin Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Değerlendirilmesi** Tuğba Coşkun Aslan, Halime Şentürk, Neslihan Öner, Hasan Durmuş, Arda Borlu
S162	**Manisa'Da Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Kadınlarda Fiziksel İnaktivite Sıklığı ve İlişkili Faktörler** Kübra Çiçek, İlknur Oruç, Pınar Erbay Dündar, Pınar Angı, Rabia Berçem Yaşa, Seçil Tatlıdil, Rümeysa Buran, Ramazan Ekim, Saffet Güler, Selami Akbulut
S163	**Kan Bağışçılarının Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri: Kayseri İli Örneği** Halime Şentürk, Hasan Durmuş, Arda Borlu, Fevziye Çetinkaya
S164	**Glokom Hastalarının Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri, Hastalık Farkındalıkları ve Tedaviye Uyumları** Şehide Arslan, Mahmut Erkam Arslan, Medine Gündoğan, Nuhkan Görkemli, Hasan Durmuş, Arda Borlu, Fevziye Çetinkaya
S165	**Sağlık Müdürlüğünde Çalışan Personellerin Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Konusunda Bilgi ve Davranışlarının İncelenmesi** Berrin Akşahin Doğan, Aslı Ayça Özyazgan Tokay, Gülseda Boz, Berfin Oktay, Merve Sülü, Ayşe Gökçe
S166	**Genç Yetişkin Bireylerin Sağlıklı Olma Kültürü Düzeyleri İle Sağlıklı Beslenme Tutumları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi** Feyza Bardak, Kübra Sultan Dengiz, Filiz Hisar
S167	**Bir Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine Başvuran Ergenlerin ve Ebeveynlerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi** Mahmut Talha Uçar, Busenur Ergül, Selman Aktaş, Çağatay Nuhoğlu
S168	**Bir Tıp Fakültesindeki 6. Sınıf Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı İle İlgili Farkındalık ve Becerilerinin Değerlendirilmesi** Hülya Şirin, Arzum Şahin Koca, İbrahim Sefa Güneş, Ebru Korkmazgöz, Asiye Çiğdem Şimşek, Seçil Özkan
S169	**Çocuk İşçilerin Motivasyon ve İlişkilerine Yönelik Tanımlayıcı Bir Çalışma** İlkay Soykal
S170	**Bir İlçe Merkezindeki 6-18 Yaş Öğrencilerin Boy, Kilo, Beden Kütle İndeksi Değerlerinin İncelenmesi** Fatma Nur Karaçorlu

SÖZLÜ BİLDİRİLER

S172	**Balıkesir Altıeylül Ilçe Merkezinde Yaşayan Yetişkinlerde Gıda Güvenliğine Yönelik Bilgi Durumu İle Bunu Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi ve Gıda Tüketim Alışkanlıklarının Belirlenmesi** Emine Ayhan Akman, Çağdaş Sonat, Murat Aysin, Sultan Eser
S173	**İstanbul'da Bir Köy Okulunda İlkokul Öğrencilerinin Sağlık Taraması Sonuçlarının İncelenmesi: Tanımlayıcı Bir Çalışma** Mahmut Talha Uçar, Buse Ergül, Mustafa Öztürk
S174	**İlkokullarda Ekoloji Okuryazarlığı Değişiminin Sağlığı Geliştirmeye Etkisi: Bir Müdahale Çalışması** Ece Elif Öcal Yanık, Muhammed Fatih Önsüz
S175	**Manisa'Da Bir Merkez İlçede İlköğretim 5. ve 7. Sınıf Öğrencilerinde Akran Zorbalığı ve Etkileyen Faktörler** Damla Akman, Beyhan Cengiz Özyurt, Şermin Yalın Sapmaz
S176	**Stres Üriner İnkontinansta Abdominal-Kegel Egzersizlerinin Uygulanmasına Teletıbbın Etkisi** Sevda Sungur, Mustafa Sungur, Mehmet Erhan Aydın, Selma Metintaş
S177	**Pandemi Hakkında Bilgi Edinmede Kaynak Olarak Youtube Videolarının İncelenmesi** İsmail Hakkı Tunçez, Esra Tunçez
S178	**Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi'Nde Yatan Yetişkin Covıd-19 Hastalarının Doğrudan Tıbbi Maliyetleri** Medine Gözde Üstündağ, Nazım Ercüment Beyhun, Murat Topbaş, Sevil Turhan
S179	**Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Mevzuatının Hasta Haklarını Koruyan ve İhlal Eden Unsurlar Açısından İncelenmesi** Cemal Hüseyin Güvercin
S180	**2022-2023 Yılları Arasında Ankara İli Performans Değerlendirme Komisyonuna Aile Hekimleri Tarafından Yapılan İtirazların Değerlendirilmesi** İrem Medeni, Hasan Gül, Reşit Özgür Türkmenoğlu, Ayşenur Erduran
S181	**Covıd-19 Pandemic Management At De Martino Hospital, Mogadishu, Somalia: A Qualitative Study** Abdullahi Ibrahim Janay, Bülent Kılıç, Belgin Ünal
S182	**Evaluatıon Of Emergency Department Admıssıons At A Foundatıonal Unıversıty Hospıtal In Istanbul By Emergency Status: A Retrospectıve Descrıptıve Study** Muhammed Musab Güzel, Lütfiye Merve Çakıl, Cemile Zerrin Usalan, Hanife Elif Okuducu, Dicle Karabalık, Ayşe Zülal Tokaç Farımaz, Sabanur Çavdar
S183	**Balıkesir Altıeylül İlçe Merkezinde Yaşayan Yetişkinlerin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Kullanımının Belirleyicileri ve Sağlık Hizmetleri Sistemine Duyulan Güven İle İlişkisi** Emine Ayhan Akman, Çağdaş Sonat, Murat Aysin, Sultan Eser
S184	**Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitiminde Halk Sağlığı Laboratuvarlarının Yeri: Antalya Halk Sağlığı Laboratuvarı Örneği** Kevser Erdoğan
S185	**Yaşlı Bireylere Akılcı İlaç Kullanımı ve Farkındalığın Geliştirilmesi İçin Evde Uygulanan Hemşirelik Girişimlerinin Etkisi** Tuğçe Salbur, Büşra Altınel, Ayşe Çal
S186	**Pendik İlçesinin Yaşlı Dostu Kent Ölçütlerine Uygunluğunun Gömülü Teori Yaklaşımıyla Değerlendirilmesi** Ayşe Seval Palteki, Selma Karabey, Ayşecan Terzioğlu, Ayşe Emel Önal, Handan Türkoğlu
S187	**Wearable Technologies For The Elderly Population: A Bibliographic Analysis** Yasemin Demir Avcı
S188	**Türkiye'De Yaşlılarda Düşme Sıklığı ve Düşmeyi Etkileyen Faktörler: Sistematik Derleme ve Meta-Analiz Çalışması** Pelin Bilgin Kahveci, Filiz Abacıgil, Pınar Okyay, Berna Bilgin Şahin
S189	**Türkiye'de Yaşlılarda Fiziksel Aktivite Programlarının Düşme Üzerine Etkisi: Sistematik Derleme ve Meta-Analiz Çalışması** Pelin Bilgin Kahveci, Filiz Abacıgil, Pınar Okyay, Berna Bilgin Şahin
S190	**Bir Tıp Fakültesi Stajyer ve İntörnlerinde Yaşlı Ayrımcılığının ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi** Metin Pıçakçıefe, Emine Tiriç, Bahadır Dede, Şehbal Yeşilbaş, Rabia Güven Cengiz, Şule Erbay, Didem Mülayim Güllü
S191	**Sigara Bırakma Sürecindeki Kadınlarda Diyet ve Vücut Kompozisyonu İle Stres Arasındaki İlişkinin İncelenmesi** Münevver Başak Onat, Hasan Selkan Taşkan, Derya Şaşman Kaylı, Hür Hassoy, Görkem Yararbaş
S192	**Türkiye'de 11 İlde Bazı İkram Sektörü İşletmelerinin Tütün Kontrolü Konulu 4207 Sayılı Kanun'a Uyum Düzeyleri** Yağmur Ünal, Mahmut Talha Uçar, Elif Sızan, Beyza Püren Selcan Gündoğdu, Emir Atasoy, Özge Yaman Coşkun, Şeyma Duman, İlayda Kulaç Aksu, Burak Kahraman, Rabia Cansel Çetin, Elif Işık, İpek Gündoğdu, Muhammed Nur Özkan Tanrıverdi, Meryem Nisa Özdel, Ümit Kamacı, Mehmet Fatih Yılmaz, Evrim Arslan, Elçin Balcı, Ceren Varer Akpınar, Sevinç Sütlü, Hatice Nilden Arslan, Emine Baran Deniz, Raika Durusoy, İsmail Erdem Erkoyun, Türkan Günay, Günay Saka, Mehmet Ali Kurçer, Selma Karabey, Dilek Aslan
S193	**Tıp Fakültesi Öğrencilerince Sağlık Yerleşkesinin Tütün Kullanımı Konusunda Mekansal Analizi: Fotoses Yöntemi** Edanur Sezgin, Gamze Bayrak, Buket Yıldırım Üstüner, Türkan Günay
S194	**Hemşirelerde Sigara Kullanımı, Etkileyen Faktörler ve Hemşirelere Göre Toplumun Sigara Kullanımına Bakışı** Mehmet Selim Özdemir, Günay Saka
S195	**Ankara İli Tütün Denetçilerinin Saha Deneyimlerinin ve Dumansız Hava Sahası İle İlgili Görüşlerinin Değerlendirmesi** Yunus Emre Bulut, Ebru Erendur, Toker Ergüder, Derya Çamur, Hülya Şirin, Asiye Çiğdem Şimşek, Metin Hasde
S196	**Türkiye'De Çocukluk Çağı Bağışıklamasında Eşitsizlik** Bahar Marangoz, Mehmet Zencir, Muzaffer Eskiocak
S198	**Tazelenme Üniversitesi Öğrencilerinde Sosyal Medya Bağımlılığı ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi** Şehbal Yeşilbaş, Didem Mülayim Güllü, Bahadır Dede, Metin Pıçakçıefe, Şule Erbay, Emine Tiriç, Rabia Güven Cengiz
S199	**Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Kısa Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği** Hatice Şimşek Keskin, Celalettin Çevik, Hakan Baydur, İbrahim Kayabek, Geylan Doğan, Gizem Ay, Gülten Uçan, Pınar Okyay
S200	**Cumhuriyetten Günümüze Türkiye'De Yaşlı Bakımı ve Sosyal Hizmetler** Beyza Püren Selcan Gündoğdu, Ayşe Emel Önal
S201	**Yaşlılarda Sağlığın Geliştirilmesi ve Yaşlı Dostu Şehir Algısı: İstanbul'Da Bir İlçe Örneği** Muhammed Atak, Sevde Sancar, Ayşe Emel Önal, Meryem Ceyhan, Şeref Şeker
S202	**Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi 1.Sınıf Öğrencilerinde Akıllı Telefon Bağımlılığının Değerlendirilmesi** Gözde Öztürk, Neriman Aydın, Elif Okşan Çalıkoğlu
S203	**Research Trends İn Public Health İnformatics: A Bibliometric Analysis** Dilek Yapar, Yasemin Demir Avcı, Esra Sonuvar, Ahmet Yardımcı
S204	**Polikliniklere Başvuran Bireylerde Dijital Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Arama Davranışı İlişkisi** Cansu Özbaş, Merve Tokatlı Doğan, Hakan Tüzün, Seçil Özkan
S205	**The Use Of Chatgpt İn Publıc Health Research: Researchers' Knowledge And Attitudes** Kevser Erdoğan, Dilek Yapar
S206	**"Beşeri Sermaye": Cumhuriyetin İlk Onyıllarında Nüfus Tartışmaları Ekseninde Sağlık Politikaları** Ceren Gülser İlikan Rasimoğlu
S207	**Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Su Tüketim Davranışları** Emsal Çetin, Betül Özcan, Hilal Özen, Nalin Tuncel, Onur Çekli, Ali İhsan Bozkurt
S208	**Bir Sağlıklı Hayat Merkezinde Mamografi Tarama Randevularına Gelmeme Nedenleri Üzerine Bir İnceleme** Ali İhsan Bozkurt, Emsal Çetin, Demet İmamoğlu
S209	**Azerbaycan Who Ülke Ofisi Pandemiye Yanıt Tedbirleri (Apr) Projesi Kapsamında Copc Girişimi Planı: Bakü Şehiri, Nesimi Kasabasında Ergenlere Yönelik Periyodik İzlemlerin Sistemleştirilmesi** Letafet Dadashova, Zümrüd Rahimova, Tarlan Xalilova, Shahla Mirzazade, Kevser Vatansever
S210	**Antibiotic Resistance İn Neonatal Children** Mutalibova N.F., Guliyeva M.Z
S211	**Reducing The Percentage Of Non-Vaccination Or İncomplete Vaccination Of Dtp3 And Measles-Containing Vaccine (1 And 2) Among Children Under Six Years Of Age İn The Shamakhi Region To Less Than 5%** Shabnam Hasanova, Dunya Bayramova, Abbasali Najafov, Halima Safarli, Rashad Chobanli, Mestan Emek
S212	**Self-Assessment Of Aspher Public Health Competencies İn Senior Students Of Azerbaijan Medical University** Mestan Emek, Aydan Qadimli, Samir Cavadlı, Samira; Mammedova, Muhammed Bayramov, Yakut Haciyeva, Nilüfer Mammedova, Sevgi Turan, Belgin Ünal, Halil İbrahim Durak, Hande Harmancı
S213	**Azerbaycan Hövsan Kasabasında Gebelerin İzlenme Sayısının ve Kayıtlarının Artırılması Planı** Adil Aliyev, Benövşe Abdullayeva, Könül İsmayılova, Aygül Aydınlı, Bülent Kılıç
S214	**Azerbaycan Nesimi Bölgesinde Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörlerinin Birincil Koruma Yöntemleriyle Önlenmesi** Aygün Abıyeva, Nermin Elizade, Günel Hasanova, Aygün Abıyeva, Nigar Babazade, Mehmet Akman, Belgin Ünal
S215	**The Impact Of Nutritional Behavior On Health And Its Role In The Development Of Non-Infectious Diseases** Yagut Hajıyeva, Kamran Babayev
S216	**Tendency Of A Group Of Medical Interns İn A Medical Faculty To Emigrate Abroad And Its Reasons İn Turkey** Mehmet Can Kılıç, Duygu Elif Bayram, Seçil Nur Kantaş, Bülent Kılıç
S217	**Evaluation Of Disability Awareness Of Medical Students İn Terms Of Cultural Competence** Dilge Kocabaş, Gökçe Lara Bodur, Gülten Uçan, Aleyna Ünver, Birce Ataş, Dilara Gür, Vahide Alkan, İpek İrem İpekten, Gönül Dinç Horasan
S218	**Halk Sağlığı Uzmanlık Tezlerinin Yayınlanmasında Azalma: Son 5 Yılın Değerlendirmesi** Sadi Can Sönmez, Hatice Şulenur Güzel Poligu, Zeynep Zoralan, Işıl Ergin
S219	**Saha Gezilerinin Uzmanlık Eğitimine Katkısı - Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Deneyimi** Ecem Başoğlu Şensoy, Saadet Göksu Çelik, Alp Ergör
S220	**Tıp Fakültesi Öğrencilerine Akran Eğitimi Yoluyla Eğitim Becerileri Eğitimi: Bilgiden Davranışa Özel Çalışma Modülü** Begüm Koçpınar, Saadet Göksu Çelik, Türkan Günay
S221	**Relationship Between Ultra Processed Food Consumption Classified By Nova System And Body Mass Index In A Prıvate Unıversıty** Büşra Çelik, İrem Kaya Cebioğlu
S222	**Bir Kamu Kurumu Çalışanlarının Beslenme İle İlgili Tutum ve Davranışları** Esma Çevik, Gülhan Yiğitalp
S223	**Kentsel Nüfusta Sosyodemografik Özellikler, Sağlık Durumu, Sağlıklı Yaşam Davranışları ve Yaşanılan Yaşam Çevresinin Depresyon, Stres ve Anksiyete İle İlişkisi: Kesitsel Çalışma** Feyza Kocakurt, Serhan Tuncel, Aliye Doğan Gangal, Sevilcan Başak Ünal, Gökçe Uğurlu, Sena Kaba, Sarp Üner, Hilal Özcebe, Nazan Yardım
S224	**Ankara'da Kent Sağlığı Bakış Açısıyla Obezite İncelemesi: Kesitsel Çalışma** Aliye Doğan Gangal, Gökçe Uğurlu, Feyza Kocakurt, Sevilcan Başak Ünal, Serhan Tunçel, Sena Kaba, Sarp Üner, Hilal Özcebe, Nazan Yardım
S225	**Ankara'da Şehir Sağlığı Bakış Açısından Kronik Hastalıklar ve İlişkili Faktörler** Gökçe Uğurlu, Aliye Doğan Gangal, Sevilcan Başak Ünal, Serhan Tunçel, Feyza Kocakurt, Sena Kaba, Sarp Üner, Hilal Özcebe, Nazan Yardım
S226	**COVID-19 Aşısı Uygulanan Kişilerde Kısa-Orta-Uzun Dönem Semptomların Değerlendirilmesi** Serpil Poyrazoğlu, Erhan Şimşek, Ali Ramazan Benli

İÇİNDEKİLER

DAVETLİ KONUŞMALAR

AÇILIŞ KONUŞMASI *3*
Prof. Dr. Bülent Kılıç

TÜRKİYE CUMHURİYETİ'NİN YÜZÜNCÜ YILINDA SOSYALLEŞTİRMENIN YERİ 6
Prof. Dr. Zafer Öztek

HALK SAĞLIĞI YETERLİK KURULU ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME KOMİSYONU FAALİYETLERİ 21
Prof. Dr. Şevkat BAHAR Özvarış

HALK SAĞLIĞI YETERLİK KURULU EŞYETKİLENDİRME KOMİSYONU VE 2023 YILI FAALİYETLERİ 23
Prof. Dr. Dilek Aslan

HALK SAĞLIĞI UZMANLIK EĞİTİMİNDE SORUNLARA ÇÖZÜM ÖNERİLERİ 26
Prof. Dr. Ferda Özyurda

ÜLKEMİZDE TÜBERKÜLOZ MÜCADELESİ 30
Prof. Dr. Zeki Kılıçaslan

OLAĞANDIŞI DURUMLARA DAYANIKLI HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ: DEPREM ÖZELİNDE İÇİNDE BULUNDUĞUMUZ DURUMUN DEĞERLENDİRİLMESİ 35
Prof. Dr. Burcu Tokuç

CUMHURİYET'İN 100. YILINDA TÜRKİYE'DE SITMA 43
Prof. Dr. Recep Akdur

UMUMİ HIFZISSIHHA KURULLARI: MEVZUAT, TARİHÇESİ VE ÖNEMİ 62
Prof. Dr. Cemil Özcan

DEPREM SONRASI HAVA KALİTESİNİ ETKİLEYEN ANA FAKTÖRLER, İKİNCİL AFETLER VE SAĞLIK ETKİLERİ 68
Dr. Öğretim Üyesi Melike YAVUZ

DEPREM BÖLGESİNDE ASBEST KİRLİLİĞİ - THHP-TTB ORTAK SAHA ÇALIŞMASI SONUÇLARI 74
Ozan Devrim Yay

DEPREM BÖLGESİNDE TOZ KİRLİLİĞİ 81
Deniz Gümüşel

COMMUNITY ENGAGEMENT PRACTICES 90
Santi Indra Astuti

YOUTHFUL LEADERSHIP: UNVEILING YOUNG WFPHA'S GLOBAL HEALTH INITIATIVE 91
Alessandro Berionni

ULUSAL HALK SAĞLIĞI ASİSTAN ÖRGÜTLENMESİ OLARAK HASUDER VE ASİSTAN EĞİTİMİ 93
Arş. Gör. Dr. İrem Şevik

ARTAN YAPAY ZEKA UYGULAMALARI, HALK SAĞLIĞI İÇİN FIRSATLAR VE TEHLİKELER 97
Mahmut Gülerce

DEPREM SONRASI AFET YÖNETİMİNDE BİLİŞİM EYLEM PLANI 100
Uzm. Dr. Dilek Yapar

ÇEVRE SAĞLIĞININ GELECEĞİ 105
Prof. Dr. Çağatay Güler

HALK SAĞLIĞI BAKIŞ AÇISIYLA İL VE İLÇE YÖNETİMİ ÖRNEKLERİ SULTANBEYLİ İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ÖRNEĞİ 108
Doç. Dr. Mehmet Akif Sezerol

6 ŞUBAT DEPREMLERİ SONRASINDA GAZİANTEP İSLAHIYE'DE HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ 111
Uzm. Dr. Mithat Temizer

AFETLERDE ENGELLİLERE YÖNELİK YAPILANLAR VE YAŞANANLAR 112
Dr. Öğr. Üyesi Feyza Dereli

ENGELLİ BİREYLERE DUYARLI AFET YÖNETİMİ 117
Prof. Dr. Elçin BALCI

DEPREM SONRASI VEKTÖR MÜCADELESİ 120
Prof. Dr. Hüseyin ÇETİN

TÜRKİYE'NİN SIHHİ-İ İÇTİMAİ COĞRAFYASI DİZİSİ 121
Öğr. Gör. Dr. Ahmet Can Bilgin

CUMHURİYETİN 100. YILINDA TÜRKİYE'DE ÇOCUK SAĞLIĞININ DURUMU 128
Prof. Dr. Burcu Tokuç

KORUYUCU RUH SAĞLĞI HİZMETLERİNDE GEREKSİNİMLER VE YENİ YAKLAŞIMLAR 139
Uzm. Dr. Pelin Şavlı Emiroğlu

SÖZLÜ BİLDİRİLER

[S001] MARAŞ OTU VE SİGARA KULLANIMININ OKÜLER YÜZEY ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ VE ÖN SEGMENT BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ 145
Selma Meşen, Ali Meşen

[S002] GEÇİCİ KORUMA KAPSAMINDAKİ SURİYELİ GÖÇMENLERİN TÜTÜN KULLANIM DURUMU VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER: ELAZIĞ ÖRNEĞİ 147
Dr. Öğretim Üyesi Kevser Tuncer, Prof. Dr. Edibe Pirinçci, Şule Kavak Genç

[S003] EĞİTİM BİLİMLERİ FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN BAĞIMLILIK VE BAĞIMLILIKLA MÜCADELE İLE İLGİLİ EĞİTİM ÖNCESİ VE SONRASI BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ 148
İrem Bulut, Edibe Pirinçci, Fatma Nur Karaçorlu

[S004] ADÖLESAN VE GENÇ YETİŞKİNLERDE İNSOMNİA VE UYKULULUK (SLEEPİNESS) İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ; AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI YENİ BİR TEHDİT Mİ? 149
Fatma Atun Ütük, Ayşe İnaltekin, Onur Yücel, Masoumeh Asadi, Mert Yücel, Dilara Yanık, Burak Mete, Hakan Demirhindi

[S005] COVID-19 HASTALIĞI KORKUSUNUN SİGARA İÇME DAVRANIŞINA ETKİSİ 151
Semiha Zeynep Özsaydı, İskender Gün

[S006] TIP VE DİŞ HEKİMLİĞİ ÖĞRENCİLERİNİN İKİNCİ EL SİGARA DUMANI MARUZİYETİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER 153
Ezgi Salış, Tuğçe Arslan Torba, Ezgi Yücel, Muhammed Fatih Önsüz, Selma Metintaş

[S007] BAĞIMLILIKTA SÜRDÜRÜLEBİLİR MENTAL İYİLEŞME 155
İlkay Soykal

[S008] BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNE BAŞVURAN EBEVEYNLERİN ÇOCUKLARINDA İKİNCİ VE ÜÇÜNCÜ EL SİGARA DUMANI'NA MARUZ KALMA DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ 156
Ahmet Ay, Muhammed Fatih Önsüz, Selma Metintaş, Didem Oktar, Bengisu Karagöz, Meltem Dinleyici

[S009] BİR DEVLET HASTANESİ ÇALIŞANLARINDA TÜTÜN KULLANMA SIKLIĞI 158
Latife Bozkurt Korkmaz, Günay Saka

[S010] PANDEMİ SÜRECİNDE SALGINA YAKALANAN HASTALARIN MENTAL SAĞLIK AÇISINDAN İZLEMİ 160
Edanur Sezgin, Gül Ergör, Hasan Can Cimilli

[S011] 2020-2022 DÖNEMİNDE TÜRKİYE'DE FAZLADAN ÖLÜMLER: ZAMANSAL VE BÖLGESEL BİR ANALİZ 162
Salih Keskin, Ahmet Naci Emecen, Gül Ergör

[S012] BİR ARACILIK ANALİZİ; SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE COVID-19 AŞI OKURYAZARLIĞI İLİŞKİSİNDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ ROLÜ 164
Tayfun Kuçlu, Cansu Özbaş, Hakan Tüzün, Asiye Uğraş Dikmen

[S013] **SİVAS'TA YAŞAYAN MEME KANSERLİ YAŞLI HASTALARDA BEŞ YILLIK SAĞ KALIM VE İLİŞKİLİ ETMENLER** 165
Serkan Çelikgün, Tülay Koç, Şerife Reyhan Uçku

[S014] **PANDEMİ SÜRECİNDE FEMİNİST EPİDEMİYOLOJİ PERSPEKTİFİYLE YAPILAN DEĞERLENDİRME ÇALIŞMALARININ TEMATİK ANALİZİ** 167
Zeynep Sedef Varol

[S015] **BİR EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİNDE PANDEMİDE GERÇEKLEŞEN ÖLÜMLERİN TANIMLAYICI EPİDEMİYOLOJİSİ** 171
Leyla Karaoğlu, Tahsin Gökhan Telatar, Mehtap Kenal, Mehmet Mustafa Yıldırım, Seda Mercan Alpdoğan, Aliye Bahar Çan, Alp Güray, Burak Tomakin, Merve Arıcı, Asuman Okur, Demet Karagöz

[S016] **İSTANBUL'UN BİR İLÇESİNDE TOPLU YEMEK SONRASI YAŞANAN GIDA KAYNAKLI BİR SALGININ İNCELENMESİ** 172
Mehmet Akif Sezerol, Merve Kırlangıç, Selin Davun

[S017] **ULUSAL VE ULUSLARARASI HALK SAĞLIĞI KONGRELERİNDE BİLDİRİ ÖDÜLÜ ALAN ÇALIŞMALARIN NİTELİKSEL VE NİCELİKSEL ANALİZİ: 2018-2022 DÖNEMİ** 173
Bahadır Dede, Şule Erbay, Metin Pıçakçıefe, Şehbal Yeşilbaş, Didem Mülayim Güllü, Rabia Güven Cengiz, Emine Tiriç

[S018] **TOKAT İLİ NİKSAR İLÇE MERKEZİNDE MUSLUK SUYU KAYNAKLI SALGIN, VAKA-KONTROL ÇALIŞMASI, HAZİRAN 2023** 175
Muammer Beslen, Fatma Durmuş, Yasemin Demirbilek, Fehminaz Temel, Hüseyin Güldiken, Şule Şenses Ergül, Belkıs Levent, Aysun Yalçı, Mehmet Enes Gökler

[S019] **PEER BULLYING IN ADOLESCENTS IN RURAL TURKEY: THE EFFECT OF LEVEL OF HOPE AND SELF-CONCEPT** 177
Fatma Zehra Genç, Suzan Yıldız, Naile Bilgili

[S020] **PANDEMİ DÖNEMİNDE İZMİR İLİNDE BİR ORTAOKULDA OBEZİTE PREVALANSI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER** 178
Özgün Torcu, Ceren Akanalçı, Meltem Çiçeklioğlu

[S021] **ÇOCUKLARDA D VİTAMİNİ DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ** 180
Gül Şahika Gökdemir, İzzettin Toktaş, Mehmet Nur Talay

[S022] **HALK SAĞLIĞI KONGRELERİNDE SUNULAN EMZİRME VE ANNE SÜTÜ BİLDİRİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ** 182
Esra Çiçek, Mahmut Talha Uçar, Mustafa Öztürk

[S023] **ÇOCUKLUK ÇAĞI BESLENMESİ VE FİZİKSEL AKTİVİTE DAVRANIŞLARINDA ETKİLİ OLAN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ** 184
Selin Davun, Mehmet Akif Sezerol

[S024] **İLKOKUL ÖĞRETMENLERİNİN EPİLEPSİ HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİ VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ** 186
Ahmet Ay, Muhammed Fatih Önsüz, Selma Metintaş, Didem Oktar, Bengisu Karagöz, Kürşat Bora Çarman, Coşkun Yarar

[S025] **ÇOCUĞUNU BAKICIYA BIRAKAN ANNELERİN İHMAL VE İSTİSMARA İLİŞKİN FARKINDALIKLARI VE ÖNLEME DAVRANIŞLARI** 188
Rahşan Kolutek, Şenay Şermet Kaya

[S026] **İSTANBUL İLİNDE 2022 YILINDA GERÇEKLEŞEN BEBEK ÖLÜMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ** 189
Lodos Yıldız, Elif Günay

[S027] **FROM PANDEMICS TO EARTHQUAKES: LESSONS FROM DEVELOPMENTAL DYSPLASIA OF THE HIP SCREENING CHALLENGES IN TURKEY DURING THE COVID-19 PANDEMIC** 191
Ömer Faruk Eğerci

[S028] **BİR HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE ORTOREKSİYA NERVOZA SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER** 193
Büşra Bozoğlan, Derya Çamur

[S029] **KONYA İLİ MERKEZİNDE 40 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERİN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞU KULLANIMLARI** 195
Lütfi Saltuk Demir, Enes Kasapoğlu, Beyza İyianlar, Gizem Sena Demir

[S030] TIP ÖĞRENCİLERİNDE ÇEVRİMİÇİ ALIŞVERİŞ BAĞIMLILIĞI, KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE BENLİK SAYGISI (ESOGÜ ÖRNEĞİ) 197
Ezgi Salış, Alaettin Ünsal, Mediha Bal, Sevda Sungur, Didem Arslantaş

[S031] BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNE BAŞVURANLARDA SAĞLIK HABERLERİ ALGISI VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DEĞERLENDİRİLMESİ 199
Mediha Bal, Alaettin Ünsal, Didem Arslantaş, Sevda Sungur, Ezgi Salış

[S032] BİR TIP FAKÜLTESİ 2 VE 5. SINIF ÖĞRENCİLERİNDE DİJİTAL OYUN BAĞIMLILIĞI DÜZEYİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER 200
Hasan Alparslan Topçu, Ezgi Çebi Kalaycı, Meltem Çöl

[S033] İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ÇALIŞANLARININ GETAT UYGULAMALARIYLA İLGİLİ GÖRÜŞ VE TUTUMLARI 202
Betül Yılmaz, Ahsenur Durak, Buse Beynur Sönmez, İlke Alimoğlu, Emir Kaya, Sabanur Çavdar

[S034] MANİSA'DA 18 YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERİN GÜNEŞİN ZARARLI ETKİLERİNE İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİ VE DAVRANIŞLARI 204
İlknur Oruç Özdemir, Berna Bilgin Şahin, Gülşen Alkan, Harun Sami Ergün, Hilal Kökçü, Ilgın Balaban, Gülsüm Tekin, Gülce Ersoy, Sami Gönülcan

[S035] TEMİZLİK PERSONELLERİNİN HASTANE HİJYENİNDE STANDART ÖNLEMLERE UYUMU VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER 206
Şehbal Yeşilbaş, Rabia Güven Cengiz, Metin Pıçakçıefe, Bahadır Dede, Emine Tiriç, Didem Mülayim Güllü, Şule Erbay

[S036] BİR ÜNİVERSİTEDEKİ ÖĞRENCİLERİN FLÖRT ŞİDDETİ KONUSUNDA TUTUM VE DAVRANIŞLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ 208
Burcu Ecem Uğuz, Burak Aykın, Gülçin Yapıcı

[S037] BİRİNCİ BASAMAK AİLE HEKİMLERİ ARASINDA RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞINI GELİŞTİRMEDE KISA ONLİNE EĞİTİM PROGRAMININ ETKİNLİĞİNİ DEĞERLENDİREN TEK KÖR RANDOMİZE KONTROLLÜ BİR ÇALIŞMA 210
Emel Güden, Arda Borlu, Özlem Olguner Eker, Saliha Özsoy, Zeynep Baykan

[S038] ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN KAHRAMANMARAŞ DEPREMİ SONRASINDA YAŞADIKLARI İKİNCİL TRAVMA DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ 212
Zeynep Aydın, Elçin Balcı

[S039] MEZUNİYET SONRASI PSİKİYATRİ VE HALK SAĞLIĞI EĞİTİMLERİNDE TOPLUM RUH SAĞLIĞININ YERİ: YENİ BİR YAN DAL PROGRAMI GELİŞTİRİLEBİLİR Mİ? 214
Irmak Polat, Özge Karadağ, Azize Tiryakioğlu Engin, Merve Altıner Yaş, Özge Başak Karazağ, Bülent Coşkun, Selma Karabey

[S040] MANİSA'DA KENTSEL VE YARI KENTSEL ASM'LERE BAŞVURAN 18 YAŞ ÜZERİ BİREYLERDE DEPRESİF BELİRTİ SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER 216
Sedat Yiğit, Beyhan Cengiz Özyurt, İlknur Oruç

[S041] HAVA KİRLİLİĞİ VE ERGENLERDE İNTİHAR GİRİŞİMİ: ÇAPRAZ-VAKA ÇALIŞMASI 218
Enes Sarıgedik, Buğra Taygun Gülle

[S042] ŞARKI SÖZLERİNDE SAĞLIĞA ZARARLI DAVRANIŞLARA YAPILAN GÖNDERMELERİN İNCELENMESİ KARMA YÖNTEMLİ BİR ARAŞTIRMA 219
Mahmut Talha Uçar, Elif Dönmez, Temmuz Gönç Şavran

[S043] TIP ÖĞRENCİLERİNDE TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU İÇİN BİR STRES FAKTÖRÜ OLARAK COVID-19 PANDEMİSİ 221
Tahsin Gökhan Telatar

[S044] HACETTEPE SAĞLIK KOHORTU KATILIMCILARININ RUH SAĞLIĞI DURUMU VE OLASI ETKENLERİN BEYANA GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ 223
Şeyma Aliye Kara, Mustafa Enes Özden, Mithat Temizer, Ahmet Sertçelik, Eda Karadoğan, Hanife Uzar, Damla Özyürek, Bilal Buzgan, Alparslan Alp, Aslı Pınar, Bahar Güçiz Doğan, Burçin Şener, Deniz Yüce, Duygu Ayhan Başer, Hilal Aksoy, İzzet Fidancı, Lütfiya Hilal Özcebe, Murat Akova, Nursel Çalık Başaran, Oytun Portakal, Şehnaz Alp, Volkan Arslan, Zeliha Günnur Dikmen, Banu Çakır

[S045] ASİSTAN HEKİMLERDE ŞİDDETE MARUZ KALMA VE İŞ DOYUMU İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ 225
Uğur Ülgen, Ahmet Alp Aker, Naime Akdaş, Durdunaz Ok, Merve Kayabaşı, Huriye Çoban, İbrahim Kapan, Hüseyin Sami Toprak

[S046] COVID-19 GÖLGESİNDE EBEVEYNLERİN GELENEKSEL TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TIP UYGULAMALARINA BAKIŞI 227
Ayşe Nur Taştekin Ayvalı, Neriman Aydın, Elif Okşan Çalıkoğlu, Nilgün Çöl

[S047] HEALTH LITERACY AND SELF MANAGEMENT BEHAVIORS OF DIABETES' PATIENTS DURING THE PANDEMIC 229
Selma Ceylan, Gülay Yılmazel

[S048] KANAL HASUDER'DE 2021-2022 VE 2022-2023 YAYIN DÖNEMLERİNDE YAYINLANAN WEBİNERLERİN İZLENME ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ 231
Nuri Alp Özünlü, Salih Keskin, Bengü Nehir Buğdaycı Yalçın, İpek Gündoğdu, İlke Karadağlı Üçüncü, Mine Yenice, Beyhan Cengiz Özyurt, Lütfi Saltuk Demir, Alp Ergör

[S049] MANİSA'DA AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN ERİŞKİNLERDE UYKU KALİTESİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER 233
Kübra Çiçek, Şehmus Savat, Talatcan İkizoğlu, Tahsin Yalçın, Taha Orcan Sporcu, Umut Cem Kılınçarslan, Uğurcan Çakıcı, Yağmur Kılıçdere, Erhan Eser

[S050] FİZİK TEDAVİ REHABİLİTASYON VE TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK TEKNOLOJİSİ BİLGİ DÜZEYLERİ 235
Gonca Gül Özdemir, Bülent Kılıç

[S051] MANİSA'DA AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN 30-70 YAŞ ARASI KADINLARIN KANSER TARAMA PROGRAMLARINA KATILIMI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER 236
Kübra Çiçek, Pınar Erbay Dündar, Onur Balaban, Osman Nuri Ak, Ömer Deniz, Övgü Sıla İmamoğlu, Özlem Bayrak, Pelin Metin, Muhammed Durmuş Atılgan

[S052] SİNDEMİK SORUNLARA İLİŞKİN BİBLİYOGRAFİK İÇERİK ANALİZİ 238
Meltem Urlu, Hatice Tan, Ece Çetinkaya, Ali Golab Foroush, Uğur Alsancak, Osman Hayran

[S053] İSTANBUL'DA BİR YAŞAM ALANI SAKİNLERİNİN DOĞRU GÜNEŞLENME VE ETKİN D VİTAMİNİ DÖNÜŞÜMÜ ÜZERİNE BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: KESİTSEL ARAŞTIRMA 240
Meltem Yaşar, Melih Burak Memiş, Sercan Oduncu, İntizar Dadashova, Çağdaş Kement, Sabanur Çavdar

[S054] SAĞLIKTA CİNSİYET EŞİTLİĞİNİN SAĞLANMASINDA DİJİTAL SAĞLIK UYGULAMALARININ ROLÜ 242
Ömrüm Ergüven, Şule Koç, Beşir Sefa Mumay, Bülent Kılıç

[S055] DETERMINATION OF DISASTER LITERACY STATUS OF EMERGENCY HEALTH SERVICE PERSONNEL 249
Suzan Yıldız, Fatma Zehra Genç, Can Gökay Yıldız, Naile Bilgili

[S056] DEPREMLE İLİŞKİLİ TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU VE İŞ STRESİ İLİŞKİSİ: ADIYAMAN ÖRNEĞİ 251
Osman Kurt, Ayşe Ferdane Oğuzöncül

[S057] KAHRAMANMARAŞ DEPREMİNDEN ETKİLENEN SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU: TANIMLAYICI BİR ÇALIŞMA 253
Çağrı Nafiz Aktaş, Mehmet Salih Ekemen, Elnur Hashimov, Elmin Habibli, Ayşe Seval Palteki

[S058] LİSE ÖĞRENCİLERİNİN DEPREM BİLGİ DÜZEYLERİNİN VE İLİŞKİLİ ETMENLERİN BELİRLENMESİ 254
Kamil Koçak, Hatice Şimşek Keskin, Abdullah Erdal Tümer, Şerife Reyhan Uçku

[S059] HALK SAĞLIĞI UZMANLARININ KAHRAMANMARAŞ DEPREMİ SONRASI BÖLGEDEKİ HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİYLE İLGİLİ DENEYİMLERİ 256
Ceyda Şahan, Ahmet Can Bilgin, Bülent Kılıç, Pelin Bulut, Esra Mert, Seçil Nur Kantaş, Nuri Alp Özünlü, Tuğrul Erbaydar

[S060] ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DÖNEM 3 VE 6 ÖĞRENCİLERİNDE AFET BİLİNCİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER 258
Zeynep Irmak, Zehra Çakıl, Seher Çayar, Cemal Koçak, Meltem Çöl

[S061] DEPREM HAZIRLIK VE RİSK ALGISININ DEĞERLENDİRİLMESİ: TOPLUM TABANLI BİR ÇALIŞMA 260
Selin Davun, Mehmet Akif Sezerol

[S062] METAL İŞÇİSİ KADINLARIN TOPLUMSAL CİNSİYET TEMELLİ SAĞLIK RİSKLERİ: KESİTSEL BİR ARAŞTIRMA 262
Melike Yavuz, Nuran Gülenç, Ferit Serkan Öngel, Elif Altundaş Hatman

[S063] COVID-19 PANDEMİSİNİN ANNE ÖLÜMÜ ÜZERİNE ETKİSİ: BİR İL ÖRNEĞİ 264
Semiha Zeynep Özsaydı, Hasan Durmuş, Leyla Tekdemir, Seçkin Özsaydı, Arda Borlu, Fevziye Çetinkaya

[S064] MENOPOZ BİLGİSİ ÖLÇEĞİ GELİŞTİRME ÇALIŞMASI: GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI 266
Ayşe İnaltekin, Burak Mete, Mete Sucu, Fatma Atun Ütük, Hakan Demirhindi, Ferdi Tanır

[S065] KADINLARDA HUMAN PAPİLLOMA VİRÜSÜ BİLGİ DÜZEYİ İLE SERVİKS KANSERİ VE PAP SMEAR TESTİ SAĞLIK İNANCININ DEĞERLENDİRİLMESİ 268
Ezgi Salış, Oğuz Han Aydilek, Ezgi Yücel, Müşerref Amine Altındağ, Didem Arslantaş, Alaettin Ünsal, Melih Velipaşaoğlu

[S066] KADIN İNFERTİLİTESİNDE BİLGİ KAYNAĞI OLARAK YOUTUBE 270
Buğra Taygun Gülle, Elif Belkıs Hoşcoşkun, Esra Mert, Fatih Tolga Ertürk, İpek Gündoğdu, Nuri Alp Özünlü

[S067] MANİSA'DA YARI KENTSEL BİR BÖLGEDE AİLE PLANLAMASI YÖNTEM KULLANIMI VE KARŞILANMAMIŞ AİLE PLANLAMASI İHTİYACI 271
İlknur Oruç Özdemir, Berna Bilgin Şahin, Ceren Ceylan, Diğdem Oruçoğlu, Dilara Tulilak, Dilara Dikicigil, Adem Mert Atasever, Emre Çolak

[S068] RİSK DEĞERLENDİRMESİ YAPILAN GEBELERİN DOĞUM SONUÇLARININ İNCELENMESİ 273
Ufuk Acar, Hazal Kaya, Burcu Beyazgül, İbrahim Koruk

[S069] ADIYAMAN İL MERKEZ VE BESNİ İLÇELERİNDE DEPREM SONRASI RAHİM İÇİ ARAÇ UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ 275
Osman Kurt, Bengü Nehir Buğdaycı Yalçın

[S070] FİZYOTERAPİ DANIŞMANLIĞI ALANLARDA YAŞAM KALİTESİ VE BEDEN ALGISI: BİR SAĞLIKLI HAYAT MERKEZİ KOHORT ARAŞTIRMASI 277
Kamer Kalip, Hatice Eftal Şeyda Kanal, Şirin Çırak

[S071] DİYABETİK AYAK YARASI OLAN HASTALARDA YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ 279
Ezgi Salış, Boran Yalçın, Mustafa Salış, Bülent Çağlar Bilgin, Alaettin Ünsal, Didem Arslantaş

[S072] PSİKOSOSYAL RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ OLARAK KULLANILAN KOPENHAG RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİNE (COPSOQ) YÖNELİK BİR SİSTEMATİK DERLEME ÇALIŞMASI 280
Cagla Yabasun[1], Prof. Dr. Osman Alparslan Ergör[2], Doç. Dr. Ceyda Şahan Prof. Dr. Osman Alparslan ERGÖR, Doç. Dr. Ceyda ŞAHAN, Çağla YABASUN

[S073] 2023 ŞUBAT DEPREMLERİ SONRASI HATAY'DA PM10 DÜZEYLERİ 282
Mehmet Erdem, Tacettin İnandı, Nazan Savaş, Seçil Bal Cilli

[S074] POLİKLİNİKLERE BAŞVURANLARDA SOSYOEKONOMİK DEĞİŞKENLER, ÇALIŞMA DÜZENLEMELERİNİN COVID-19 GEÇİRME İLE İLİŞKİSİ 283
Hakan Tüzün, Merve Atik Şahin, Cansu Özbaş, Fatma Nur Baran Aksakal

[S075] BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE İŞ SAĞLIĞI GÜVENLİĞİNE YÖNELİK SES VE IŞIK ŞİDDETİ İLE HAVA KALİTESİNİN ARAŞTIRILMASI 285
Esra Hacılar, Bilge Nur Cüce Mermer, Lütfi Saltuk Demir, Fatma Gökşin Cihan Selma Şahin, Mustafa Kürşat Ayrancı, Halil Çelik, Hakan Kaban

[S076] BİR FABRİKA ÇALIŞANLARINDA UYKU KALİTESİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ 287
Mediha Bal, Sevda Sungur, Didem Oktar, Muhammed Fatih Önsüz, Selma Metintaş, Müşerref Amine Altındağ

[S077] GECE NÖBETİNİN SAĞLIK ÇALIŞANLARINA ETKİSİNİ İNCELEYEN PUBMED'DE DİZİNLENMİŞ YAYINLARIN İNCELENMESİ 288
Hatice Seymen Güngör, Didem Daymaz, Meral Saygun

[S078] BİR BELEDİYE ÇALIŞANLARININ İŞ YAŞAM DENGESİ VE RUHSAL DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ (TEPEBAŞI ÖRNEĞİ) 289
Mediha Bal, Alaettin Ünsal, Didem Arslantaş, Sibel Sert, Selva Dilan Gölbaşı Koç

[S079] BİR FABRİKA ÇALIŞANLARINDA KAS İSKELET SİSTEMİ RAHATSIZLIKLARI VE İŞ STRESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ 290
Sibel Sert, Sevda Sungur, Mediha Bal, Muhammed Fatih Önsüz, Selma Metintaş

[S080] ANKARA İLİNDE GÖREV YAPAN İŞYERİ HEKİMLERİNİN GENEL SAĞLIK DURUMLARI VE İLİŞKİLİ ETMENLER 292
Seher Baki, Birgül Piyal

[S081] KONYA EREĞLİ'DE MAYIS 2022'DE YAŞANAN AKUT GASTROENTERİT VAKA SAYILARI ARTIŞI 294
Rahşan Arslan, Bekir Büyükakın, Burak Kurt, Orhan Alper Koyu, Mehmet Bingöl, Gülşen Barlas, Fehminaz Temel, Mehmet Enes Gökler, Sedat Kaygusuz

[S082] THE CORRELATION BETWEEN SOME VARIABLES OF THE COUNTRIES AND COVID-19 INCIDENCE OF CASES AND DEATHS 296
Deniz Erdal, Burcu Ecem Uğuz, Caferi Tayyar Şaşmaz

[S083] İSTANBUL İLİNDE 4-8 YAŞ ARASI ÇOCUKLARIN KIZAMIK-KIZAMIKÇIK-KABAKULAK (KKK) AŞILILIK DURUMLARININ VE EBEVEYNLERİNİN KKK AŞISINA KARŞI BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ 297
Abdullah Emre Güner, Pelin Şavlı Emiroğlu, Selva Duzcan

[S084] İLK-ORTA EĞİTİM ÖĞRETMENLERİNİN ÇOCUKLUK ÇAĞI AŞILARI HAKKINDA BİLGİ, GÖRÜŞ VE DAVRANIŞLARI: TANIMLAYICI ÇALIŞMA 299
Nagihan Büşra Balaban, Yağmur Ünal, Bahar (Güçiz) Doğan

[S085] TÜRKİYE'DE HUMAN PAPİLLOMAVİRUS AŞI FARKINDALIĞI VE KABULÜ: 91 ÇALIŞMANIN META ANALİZİ 301
Buğra Taygun Gülle, Pınar Kıran, Saadet Göksu Çelik, Zeynep Sedef Varol, Neslişah Şiyve, Ahmet Naci Emecen, Hilal Adıgüzel

[S086] TÜRKİYE'DE COVID-19 PANDEMİSİ VE AŞI KARŞITLIĞI: GOOGLE TRENDS ANALİZİ 302
Şeyma Yüsra Soğanda, Çağrı Emin Şahin

[S087] AŞI TEREDDÜDÜ VE REDDİ: TEK MERKEZLİ TANIMLAYICI BİR ÇALIŞMA 303
Yavuzalp Solak, Onur Acar, Hüseyin Üçer, Erhan Kaya

[S088] AĞRI İL MERKEZİNDE ŞEBEKE SUYU KAYNAKLI AKUT GASTROENTERİT SALGINI, VAKA-KONTROL ÇALIŞMASI, 2023 304
Mahmut Akdağ, Erhan Tiryaki, Onur Acar, Yusuf Çetin, Emin Gaffar Işık, Demet Furkan Sevindik, Berna Sezgin, Selmur Topal, Fehminaz Temel, Aysun Yalçı, Mehmet Enes Gökler

[S089] BALIKESİR ALTIEYLÜL İLÇESİNDE YAŞAYAN YETİŞKİNLERDE AŞI TEREDDÜTÜ İLE KIZAMIK VE KIZAMIK AŞISI BİLGİ DÜZEYLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ 306
Emine Ayhan Akman, Alikemal Başol, Dursun Yasemin Yayla, Sultan Eser

[S090] TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN ATIK GERİ DÖNÜŞÜMÜYLE İLGİLİ BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI 307
Besra Eren, Neriman Aydın, Elif Okşan Çalıkoğlu

[S091] KAYSERİ İLİNDE SU KULLANIM DURUMU VE BUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER 309
Tuğba Coşkun Aslan, Zeynep Aydın, İskender Gün, Fevziye Çetinkaya

[S092] AIRQ + MODELLEMESİ İLE HATAY, OSMANİYE VE KAHRAMANMARAŞ'TA HAVA KİRLİLİĞİNE BAĞLI ÖLÜMLER, 2015-2019 311
Suat Mithat Mahşer, Tacettin İnandı

[S093] MANİSA KENT MERKEZİNDE HANELERİN İÇME SUYU TERCİHLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER 312
Gülsüm Şanlı Erkekoğlu, Berna Bilgin Şahin, Beyhan Cengiz Özyurt, Mehmet Tek, Hasan Hüseyin Şahan, Cemil Denizli, Beyza İnce, Bünyamin Enes Korucu, Zeynep Zülal Aktaş, Büşra Karahan

[S094] KAYSERİ İLİ HAVA KALİTESİNİN SOLUNUM YOLU HASTALIKLARI NEDENİYLE ACİL SERVİS BAŞVURULARINA ETKİSİ 314
Ebru Tan, Hasan Durmuş, Bahtiyar Efe, Arda Borlu, Özkan Çapraz, Yaşar Burak Öztaner, Fevziye Çetinkaya

[S095] ERGENE NEHRİNDEN ETKİLENEN VE ETKİLENMEYEN YERLEŞİM YERLERİNDE İÇME KULLANMA SUYU KALİTESİ VE SAĞLIK ETKİLERİ 316
Mustafa Helvacı, Galip Ekuklu, Burcu Tokuç

[S096] TURKISH ADAPTATION OF ENVIRONMENTAL HEALTH LITERACY SURVEY INSTRUMENT: VALIDITY-RELIABILITY STUDY 317
Sümeyye Nur Budak, Dilek Yapar, Burkay Budak, Hakan Tüzün, Seçil ÖzkanAntalya

[S097] İSTANBUL'UN BİR İLÇESİNDEKİ MAHALLE ÇEŞMELERİNİN GASTROENTERİT VAKALARIYLA İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ 318
Beyza Nur Ataoğlu, Cemre Hilal Kesen Yurtcanlı, Mehmet Akif Sezerol, Selin Davun, Ahmet Topuzoğlu

[S098] YEŞİL KOZMETİK TÜKETİMİ ÖLÇEĞİ TÜRKÇE FORMUNUN GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİĞİ 319
Hasan Durmuş, Arda Borlu, Eda Öksüm Solak, Egemen Ünal, Murat Borlu

[S099] TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN HEKİMLİK MESLEĞİNE YÖNELİK GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ 321
Kerim Baltacı, Meltem Şengelen, Eda Karadoğan, Can Karabıçak, Onur Orhan, Muhsin Güllü, Kaan Aksu, Muradiye Cengiz, Evrim Özge Demircioğlu, Büşra Bestegül Ünal, Selin Doğan Kamil, Duygu Çekici, Aslı Araz Güngör, Elif Aktı, Mehmet Ertan Güner, Banu Çakır

[S100] BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNE BAŞVURAN BİREYLERDE AFET HAZIRBULUNUŞLUK DURUMU VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ 323
Cansu Özbaş, Müberra Erkaya Tosun, Hakan Tüzün, Fatma Nur Baran Aksakal

[S101] SAĞLIK ÇALIŞANLARININ TOPLUMSAL CİNSİYET ROL TUTUMLARI VE SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU: İKİ HASTANE ÖRNEĞİ 325
Kübra Ataş, Sevil Turhan, Murat Topbaş, Behiye Şahbaz, Nazım Ercüment Beyhun

[S102] COVID-19 PANDEMİSİ ÖNCESİ VE SONRASI MEME KANSERİ TARAMALARI: İSTANBUL ÖRNEĞİ 326
Bekir Aktura, Ali Kırbaş, Abdullah Emre Güner

[S103] COVID-19 PANDEMİSİ DÖNEMİNDE MEDİKAL ESTETİK İŞLEMLER İÇİN BAŞVURANLARIN HALK SAĞLIĞI BAKIŞ AÇISI İLE DEĞERLENDİRİLMESİ 327
Ayşe Gökşin Pekyalçın, Ayşe Emel Önal, Emel Rüya Önal

[S104] EVLİLİK ÖNCESİ SPİNAL MUSKÜLER ATROFİ TAŞIYICI TARAMA SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: ADIYAMAN ÖRNEĞİ 329
Osman Kurt, Fatma Sena Konyalıoğlu

[S105] TÜRKİYE ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRELERİNDE SUNULAN BİLDİRİLERİN BİBLİYOMETRİK ANALİZİ (1988-2022) 331
Mahmut Talha Uçar, Yasemin Denizli, Abdullah Uçar, Muhammet Yunus Tunca

[S106] AFET DÖNEMİ ANNE SÜTÜ VE EMZİRME DANIŞMANLIĞI 333
Erdoğan Öz, Osman Küçükkelepçe, Osman Kurt, Melek Kılıç

[S107] ISTANBUL'DA BİR FABRİKA ÇALIŞANLARINDA UYUZ HASTALIGI BİLGİ DÜZEYİ: KESİTSEL TANIMLAYICI BİR ARAŞTIRMA 334
Çağla Dönmez, Sıla Naz Başar, Abdullah Dündar, Hüseyin Emre Karasu, Berkay Tütüncüler, Sabanur Çavdar

[S108] EFFECTS OF COVID-19 VACCINATION TYPE AND DOSES ON SYMPTOMS AND HOSPITALIZATION OF HEALTHCARE PROFESSIONALS HAVING SARS-COV2 INFECTION 336
Fatma Betül Akçakaya, Sezanur Nazlı Türkoğlu, Ceyda Acar, Bedia Özyıldırım

[S109] EBEVEYNLERİN AŞILARA YÖNELİK TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ 337
Gülhan Yiğitalp, Vasfiye Bayram Değer

[S110] BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞUNA BAŞVURAN BİREYLERDE AŞI KARŞITLIĞI VE SAĞLIK ALGISININ İNCELENMESİ 338
Şehide Arslan, Ebru Tan, Hasan Durmuş, Elçin Balcı, İskender Gün

[S111] AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN BİREYLERDE ERİŞKİN AŞILANMA FARKINDALIĞI VE SAĞLIK ALGISI İLİŞKİSİ 340
Ebru Tan, Şehide Arslan, Elçin Balcı, Hasan Durmuş, İskender Gün

[S112] BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN HASTALARDA COVID-19 PEKİŞTİRME AŞISI TEREDDÜTÜYLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER 342
Hakan Tüzün, Mehmet Alperen Özçelik, Cansu Özbaş, Mustafa Necmi İlhan

[S113] ANKARA İLİNDE 12 ŞANTİYEDE MEYDANA GELEN GIDA KAYNAKLI SALGIN, ANKARA 2023 344
Kamer Kalip, Gökçen Uslu Türkkan, Fatma Durmuş, Gülşen Barlas, Kerime Altunay, Demet Furkan Sevindi, Fehminaz Temel, Aysun Yalçı, Mehmet Enes Gökler, Sedat Kaygusuz

[S114] **DAĞITILAN MEVLİT YEMEĞİ SONRASI GIDA KAYNAKLI SALGIN, DENİZLİ, 2023** 346
Orhan Alper Koyu, Erhan Tiryaki, Gülsüm Zoroğlu, Hüseyin Değirmenci, Yasemin Demirbilek, Fehminaz Temel, Demet Furkan Sevindi, Aysun Yalçı, Mehmet Enes Gökler, Sedat Kaygusuz

[S115] **BAYBURT İL MERKEZİNDE MUSLUK SUYU KAYNAKLI BİR SALGIN, TEMMUZ 2023** 348
Gülser Doğan Türkçelik, Muammer Beslen, Gökçen Uslu Türkkan, Selmur Topal, Fehminaz Temel, Yavuz Kazık Merve Minnet, Aysun Yalçı, Mehmet Enes Gökler, Sedat Kaygusuz

[S116] **TÜRKİYE'DE CİNSİYETE GÖRE İDRAR KAÇIRMA SORUNU: TOPLUM TEMELLİ BİR ÇALIŞMA** 349
Melike Yavuz, Nilay Etiler

[S117] **YETİŞKİN BİREYLERİN KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR RİSK FAKTÖRLERİ BİLGİ DÜZEYİNİN RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI VE BİYOFİZYOLOJİK ÖLÇÜMLERLE İLİŞKİSİ** 350
Nurbanu Odacı, Belgin Akın, Feyza Kocakurt

[S118] **MARDİN İLİ ARTUKLU İLÇE MERKEZİNDE YAŞAYAN 18 YAŞ VE ÜZERİ YERLİ VE GÖÇMEN BİREYLERDE KRONİK HASTALIK RİSK FAKTÖRLERİ, SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER** 352
Vasfiye Bayram Değer, İbrahim Dağ, Hülya Keskin, Havva Kaçan, Mehmet Zülkif Karahan

[S119] **BİR TARAMA PROGRAMINDA MEME KANSERİ TANISI ALANLARDA VE ALMAYANLARDA RİSK DEĞERLENDİRMESİ: OLGU KONTROL ÇALIŞMASI** 354
Seda Şaşmaz, Sultan Eser

[S120] **KAMU KURUMLARINDA ÇALIŞAN KADINLARIN MEME KANSERİNDEN KORUNMA DAVRANIŞLARININ ARAŞTIRILMASI** 355
Kezban Yavuz Emik, Neşe Yürekli, Nidal Sapmaz

[S121] **KANSER KONULU 21. YÜZYIL SİNEMA FİLMLERİNDE KANSERİN İŞLENİŞİ: TANIMLAYICI BİR ÇALIŞMA** 357
Meltem Şengelen, Muradiye Cengiz, Nagihan Büşra Balaban, Zeynep Gülhan Teke, Nihat Doğa Pamuk, Gülistan Yeşilyurt, Melisa Yıldırım

[S122] **TIP FAKÜLTESİ 6.SINIF ÖĞRENCİLERİNİN KÜRESEL ISINMA İLE İLGİLİ BİLGİ,TUTUM,DAVRANIŞ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ** 359
Meryem Acele Akpek, Neriman Aydın, Elif Okşan Çalıkoğlu

[S123] **EVDE KAN BASINCI TAKİBİNDE BİR EĞİTİM MÜDAHALESİNİN ETKİSİ** 361
Hülya Şirin, Ahmet Arslan, Gamze Ketrez, Fatma Sena Konyalıoğlu, İbrahim Sefa Güneş, Cem Barçın

[S124] **İSTANBUL'DA BİR SİVİL TOPLUM KURULUŞUNA BESLENME DANIŞMANLIĞI İÇİN BAŞVURAN SURİYELİ GÖÇMEN KADINLARIN BESLENME VE DOĞURGANLIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLERİ** 363
Buse Gürbüz, Derya Çamur

[S125] **SURİYELİ GEBELERİN DOĞUM ÖNCESİ BAKIM MEMNUNİYETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ** 364
Sibel İçke, Sema Çifçi

[S126] **HASTANEDE DOĞUM YAPAN SURİYELİ KADINLARIN FETAL-MATERNAL VE DOĞURGANLIK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ** 366
Batu Ersavaş, Zehra Kılınç

[S127] **GÖÇMEN YAŞLILARIN BESLENME, YAŞAM AKTİVİTELERİ VE KIRILGANLIK DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ** 368
Mehmet Sait Değer, Mehmet Akif Sezerol, Muhammed Atak

[S128] **BİR HASTANE YEMEKHANESİ ÇALIŞANLARININ GIDA GÜVENLİĞİ KONUSUNDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI İLE NAZAL S.AUREUS TAŞIYICILIĞI VE İZOLE EDİLEN SUŞLARIN KAREKTERİZASYONU** 370
Hüseyin Bektaş Fatma Mutlu Sarıgüzel, Arda Borlu

[S129] **FABRİKA ÇALIŞANLARININ SAĞLIKLI YAŞAM DAVRANIŞLARI VE AŞI KARŞITLIĞI İLİŞKİSİ** 372
Rabia Sohbet, Mehtap Balcı

[S130] **THE EFFECT OF FATIGUE ON QUALITY OF WORK LIFE AND HEALTH IN SHIFT-WORK NURSES** 374
Sevgi Tulupcu, Emine Ergin

[S131] **VERİ GİRİŞ PERSONELİNDE SÜREKLİ SEÇİCİ DİKKAT, MUHAKEME VE ÇARPIŞMA ZAMANI TAHMİNLERİ** 375
Muhammed Atak, Fatma Betül Boylu, Beyza Püren Selcan Gündoğdu, Özkan Ayvaz, Halim İşsever, Servet Yüce

[S132] **MUTFAK ÇALIŞANLARINDA ERGONOMİK VE PSİKOSOSYAL RİSKLERİN KAS İSKELET SİSTEMİ RAHATSIZLIKLARI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ** 377
Aylin Çifci, Buket Yıldırım Üstüner, Sema Çeliker, Tuğba Demirel, Merve Demirci Atik, Yücel Demiral

[S133] **BALIKESİR ALTIEYLÜL İLÇESİNDE YAŞAYAN KADINLARDA EV KAZASI SIKLIĞI, EV TEMİZLİĞİ ALIŞKANLIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ** 378
Emine Ayhan Akman, Dursun Yasemin Yayla, Sultan Eser

[S134] **HEALTHCARE WORKERS' COMPLIANCE WITH COVID-19 PREVENTIVE AND CONTROL MEASURES AT DE MARTINO HOSPITAL, MOGADISHU, SOMALIA** 380
Abdullahi Ibrahim Janay, Belgin Ünal, Bülent Kılıç

[S135] **SAĞLIK BAKANLIĞI İNTERNET SİTESİNİN AŞI İÇERİKLERİNİN İNCELENMESİ** 382
Buğra Taygun Gülle, Zeynep Sedef Varol, Saadet Göksu Çelik, Ecem Başoğlu Şensoy, Belgin Ünal

[S136] **BİR AKUT BARSAK ENFEKSİYONU SALGIN İNCELEMESİ, KOZAN, 2022** 384
Bekir Büyükakın, Gülşen Barlas, Fatma Durmuş, Gülsüm Zoroğlu, Fehminaz Temel

[S138] **HALK SAĞLIĞI KONGRELERİNDE SUNULAN İSHAL BİLDİRİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ** 386
Esra Çiçek

[S139] **BRUSELLOZ ÜZERİNDEN TÜRKİYE'DE ZOONOTİK HASTALIKLARIN KONTROLÜNE YÖNELİK BİR DEĞERLENDİRME** 388
Öykü Turunç

[S140] **SALGININ ÜÇ FARKLI DALGASINDA COVID-19 OLGULARININ EPİDEMİYOLOJİK ÖZELLİKLERİNİN VE HASTALIĞIN KLİNİK SONUÇLARI İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ** 394
Ezgi Emli Alpay, Belgin Ünal, Ahmet Naci Emecen

[S141] **TÜRKİYE'DE BEŞ YAŞ ALTI ÇOCUKLARDA BODURLUK: TNSA-2018 İKİNCİL ANALİZ ÇALIŞMASI** 396
Emine Şeyma Karaketir, Ayşegül Ekemen

[S142] **HATAY'DA DEPREM SONRASI İÇME VE KULLANMA SULARININ MİKROBİYOLOJİK ANALİZ VE BAKİYE KLOR DÜZEYİ SONUÇLARI (ŞUBAT-EYLÜL 2023)** 398
Mehmet Erdem, Nazan Savaş, Tacettin İnandı, Fatma Öncü Dönmez, Mehmet Güzelşemme

[S143] **PUBMED'DE 2018-2023 YILLARINDA DİZİNLENMİŞ, DEPREM HALK SAĞLIĞI İLİŞKİSİNİ DEĞERLENDİREN YAYINLARIN İNCELENMESİ** 400
Didem Daymaz

[S144] **112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ ÇALIŞANLARINDA DEPREM SONRASI TRAVMA DÜZEYİ** 402
Hamza Hızmalı, Hıdır Sarı

[S145] **CİNSEL SAĞLIK VE ÜREME SAĞLIĞI SAHA UYGULAMASI (HASUDER- HBB- UNFPA)** 404
Tacettin İnandı Nazan Savaş, Eda Gülüm, Nergizcan Emir, Meryem Kuh, Derya Çamur, Tuğrul Erbaydar, Bülent Kılıç

[S146] **CUMHURİYETİN YÜZ YILINDA HASTANE ÖNCESİ ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ'NİN GELİŞİM SÜRECİ** 411
Devran Karpuz, Bülent Kılıç

[S147] **HATAY'DA AFET SONRASI DİRECT RELİEF VE HASUDER İŞBİRLİĞİYLE YAPILAN ÜREME SAĞLIĞI HİZMETLERİ UYGULAMASI** 420
Nazan Savaş, Tacettin İnandı, Leman Önder, Zeynep Güzey, Aycan Reyhanoğulları, Derya Çamur, Tuğrul Erbaydar, Bülent Kılıç

[S148] **AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN YETİŞKİNLERİN AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI KONUSUNDAKİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ** 426
Ebru Tan, Leyla Tekdemir, Elçin Balcı, İskender Gün

[S149] **MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İNTERN DOKTORLARDA AĞIZ DİŞ SAĞLIĞI TUTUM VE DAVRANIŞLARININ ARAŞTIRILMASI** 428
Altuğ Civan, Burcu Ecem Uğuz, Matin Dolatabadi, Burak Ak, Caferi Tayyar Şaşmaz

[S150] **ANTALYA İLİNDE 2021 YILI ÖLÜM BİLDİRİM SİSTEMİNDE KAYITLI ÖLÜMLERİN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ** 429
Gamze Akın Özkara, Mehmet Rıfkı Aktekin, Mestan Emek, Hacer Nur Yüce, İsmail Başıbüyük

[S151] **EGE ÜNİVERSİTESİ İNTÖRN HEKİMLERİNDE SOSYAL HİZMETLERE DAİR BİLGİ, TUTUM VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER** 431
İrem Şevik, Simge Kuyucu, Özgün Torcu, Meltem Çiçeklioğlu

[S152] **OCCUPATIONAL STRESS AND QUALITY OF LIFE OF DOCTORS AND NURSES IN A UNIVERSITY HOSPITAL IN ISTANBUL: A CROSS-SECTIONAL STUDY** 433
Abdulrahman Masri, Serra Coşkun, Yasemin Ceylan, Sarah Sabbagh Sharif, Ayşe Zülal Tokaç Farımaz, Sabanur Çavdar

[S153] **CERRAHİ BRANŞLARDA GÖREV YAPMAKTA OLAN ASİSTAN HEKİMLERİN İŞ-YAŞAM DENGESİ ÜZERİNE NİTEL BİR ÇALIŞMA** 434
Ayşe Nur Balcı Yapalak, Cansu Özbaş, Aida Poladova, Muhammet Alperen Uğur, Mehmet Furkan Ünlü, İrem Keskin[2]

[S154] **İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ÇALIŞANLARI PERSPEKTİFİNDEN COVID-19 FİLYASYON ÇALIŞMALARININ NİTELİKSEL İNCELENMESİ** 436
İkbal Hümay Arman, Şeyma Yüsra Soğanda, Azize Tiryakioğlu Engin, Nuray Özgülnar, Selma Karabey, Meryem Merve Ören Çelik[4]

[S155] **COST-UTILITY ANALYSIS OF PROGRAMMED DEATH LIGAND-1 BASED TREATMENT FOR NON-SMALL CELL LUNG CANCERS** 438
Mert Abay, Melih Kaan Sözmen, Sedef Akgüngör, Bülent Kılıç

[S156] **KANITA DAYALI KARAR VERME ARACI OLARAK TÜRKİYE'NİN SAĞLIK TEKNOLOJİSİ DEĞERLENDİRME RAPORLARININ İNCELENMESİ** 440
Sabanur Çavdar

[S157] **TÜRKİYE'DE TOPLUM RUH SAĞLIĞI POLİTİKALARI** 442
Pınar Artukoğlu Kayacan, Bülent Kılıç

[S158] **TÜRKİYE'DE 81 İLDE İL SAĞLIK MÜDÜRÜ VE HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANININ HALK SAĞLIĞI UZMANI OLMA DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ** 450
Esra Çiçek

[S159] **BİR TIP FAKÜLTESİNDE SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ VE BULAŞICI HASTALIKLAR İLE İLGİLİ BİLGİ DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ** 452
Burak Kurt, Meltem Çöl

[S160] **DENİZLİ İLİNDE COVID-19'A YÖNELİK BİLGİ DURUMU VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER** 453
Nevzat Atalay Çelikyürek, Özgür Sevinç

[S161] **KAYSERİ'DE YAŞAYAN 25-64 YAŞ GRUBU ERİŞKİNLERİN FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ** 455
Tuğba Coşkun Aslan, Halime Şentürk, Neslihan Öner, Hasan Durmuş, Arda Borlu

[S162] **MANİSA'DA AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN KADINLARDA FİZİKSEL İNAKTİVİTE SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER** 457
Kübra Çiçek, İlknur Oruç, Pınar Erbay Dündar, Pınar Angı, Rabia Berçem Yaşa, Seçil Tatlıdil, Rümeysa Buran

[S163] **KAN BAĞIŞÇILARININ SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYLERİ: KAYSERİ İLİ ÖRNEĞİ** 459
Halime Şentürk, Hasan Durmuş, Arda Borlu, Fevziye Çetinkaya

[S164] **GLOKOM HASTALARININ SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYLERİ, HASTALIK FARKINDALIKLARI VE TEDAVİYE UYUMLARI** 461
Şehide Arslan, Mahmut Erkam Arslan, Medine Gündoğan, Nuhkan Görkemli, Hasan Durmuş

[S165] **SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNDE ÇALIŞAN PERSONELLERİN GELENEKSEL, TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TIP KONUSUNDA BİLGİ VE DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ** 463
Berrin Akşahin Doğan, Aslı Ayça Özyazgan Tokay, Gülseda Boz, Berfin Oktay, Merve Sülü, Ayşe Gökçe

[S166] **GENÇ YETİŞKİN BİREYLERİN SAĞLIKLI OLMA KÜLTÜRÜ DÜZEYLERİ İLE SAĞLIKLI BESLENME TUTUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ** 464
Feyza Bardak, Kübra Sultan Dengiz, Filiz Hisar

[S167] **BİR ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN ERGENLERİN VE EBEVEYNLERİNİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ** 465
Mahmut Talha Uçar, Busenur Ergül, Selman Aktaş, Çağatay Nuhoğlu

[S168] **BİR TIP FAKÜLTESİNDEKİ 6. SINIF ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE İLGİLİ FARKINDALIK VE BECERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ** 467
Hülya Şirin, Arzum Şahin Koca, İbrahim Sefa Güneş, Ebru Korkmazgöz, Asiye Çiğdem Şimşek, Seçil Özkan

[S169] **ÇOCUK İŞÇİLERİN MOTİVASYON VE İLİŞKİLERİNE YÖNELİK TANIMLAYICI BİR ÇALIŞMA** 469
İlkay Soykal

[S170] **BİR İLÇE MERKEZİNDEKİ 6-18 YAŞ ÖĞRENCİLERİN BOY, KİLO, BEDEN KÜTLE İNDEKSİ DEĞERLERİNİN İNCELENMESİ** 470
Fatma Nur Karaçorlu

[S171] **ESKİŞEHİR'DEKİ İLKÖĞRETİM ÖĞRETMENLERİNİN BESLENME BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ** 472
Seval Çalışkan Pala, Muhammed Fatih Önsüz, Sevil Aydoğan Gedik, Rukiye Gözde İzmir, Kadir Ayberk Karagöz

[S172] **BALIKESİR ALTIEYLÜL İLÇE MERKEZİNDE YAŞAYAN YETİŞKİNLERDE GIDA GÜVENLİĞİNE YÖNELİK BİLGİ DURUMU İLE BUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE GIDA TÜKETİM ALIŞKANLIKLARININ BELİRLENMESİ** 473
Emine Ayhan Akman, Çağdaş Sonat, Murat Aysin, Sultan Eser

[S173] **İSTANBUL›DA BİR KÖY OKULUNDA İLKOKUL ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK TARAMASI SONUÇLARININ İNCELENMESİ: TANIMLAYICI BİR ÇALIŞMA** 475
Mahmut Talha Uçar, Buse Ergül, Mustafa Öztürk

[S174] **İLKOKULLARDA EKOLOJİ OKURYAZARLIĞI DEĞİŞİMİNİN SAĞLIĞI GELİŞTİRMEYE ETKİSİ: BİR MÜDAHALE ÇALIŞMASI** 477
Ece Elif Öcal Yanık, Muhammed Fatih Önsüz

[S175] **MANİSA'DA BİR MERKEZ İLÇEDE İLKÖĞRETİM 5. VE 7. SINIF ÖĞRENCİLERİNDE AKRAN ZORBALIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER** 478
Damla Akman, Beyhan Cengiz Özyurt, Şermin Yalın Sapmaz

[S176] **STRES ÜRİNER İNKONTİNANSTA ABDOMİNAL-KEGEL EGZERSİZLERİNİN UYGULANMASINA TELETIBBIN ETKİSİ** 480
Sevda Sungur, Mustafa Sungur, Mehmet Erhan Aydın, Selma Metintaş

[S177] **PANDEMİ HAKKINDA BİLGİ EDİNMEDE KAYNAK OLARAK YOUTUBE VİDEOLARININ İNCELENMESİ** 482
İsmail Hakkı Tunçez, Esra Tunçez

[S179] **TÜRKİYE CUMHURİYETİ SAĞLIK MEVZUATININ HASTA HAKLARINI KORUYAN VE İHLAL EDEN UNSURLAR AÇISINDAN İNCELENMESİ** 484
Cemal Hüseyin Güvercin

[S180] **2022-2023 YILLARI ARASINDA ANKARA İLİ PERFORMANS DEĞERLENDİRME KOMİSYONUNA AİLE HEKİMLERİ TARAFINDAN YAPILAN İTİRAZLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ** 498
İrem Medeni, Hasan Gül, Reşit Özgür Türkmenoğlu, Ayşenur Erduran

[S181] **COVID-19 PANDEMIC MANAGEMENT AT DE MARTINO HOSPITAL, MOGADISHU, SOMALIA: A QUALITATIVE STUDY** 500
Abdullahi Ibrahim Janay, Bülent Kılıç, Belgin Ünal

[S182] **EVALUATION OF EMERGENCY DEPARTMENT ADMISSIONS AT A FOUNDATIONAL UNIVERSITY HOSPITAL IN ISTANBUL BY EMERGENCY STATUS: A RETROSPECTIVE DESCRIPTIVE STUDY** 502
Muhammed Musab Güzel, Lütfiye Merve Çakıl, Cemile Zerrin Usalan, Hanife Elif Okuducu, Dicle Karabalık, Ayşe Zülal Tokaç Farımaz, Sabanur Çavdar

[S183] **BALIKESİR ALTIEYLÜL İLÇE MERKEZİNDE YAŞAYAN YETİŞKİNLERİN GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP KULLANIMININ BELİRLEYİCİLERİ VE SAĞLIK HİZMETLERİ SİSTEMİNE DUYULAN GÜVEN İLE İLİŞKİSİ** 504
Emine Ayhan Akman, Çağdaş Sonat, Murat Aysin, Sultan Eser

[S184] HALK SAĞLIĞI UZMANLIK EĞİTİMİNDE HALK SAĞLIĞI LABORATUVARLARININ YERİ: ANTALYA HALK SAĞLIĞI LABORATUVARI ÖRNEĞİ 506
Kevser Erdoğan

[S185] YAŞLI BİREYLERE AKILCI İLAÇ KULLANIMI VE FARKINDALIĞIN GELİŞTİRİLMESİ İÇİN EVDE UYGULANAN HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİNİN ETKİSİ 513
Tuğçe Salbur, Büşra Altınel, Ayşe Çal

[S186] PENDİK İLÇESİNİN YAŞLI DOSTU KENT ÖLÇÜTLERİNE UYGUNLUĞUNUN GÖMÜLÜ TEORİ YAKLAŞIMIYLA DEĞERLENDİRİLMESİ 514
Ayşe Seval Palteki, Selma Karabey, Ayşecan Terzioğlu, Ayşe Emel Önal, Handan Türkoğlu

[S187] WEARABLE TECHNOLOGIES FOR THE ELDERLY POPULATION: A BIBLIOGRAPHIC ANALYSIS 516
Yasemin Demir Avcı

[S188] TÜRKİYE'DE YAŞLILARDA DÜŞME SIKLIĞI VE DÜŞMEYİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER: SİSTEMATİK DERLEME VE META-ANALİZ ÇALIŞMASI 517
Pelin Bilgin Kahveci[1], Filiz Abacıgil[1], Pınar Okyay[1], Berna Bilgin Şahin

[S189] TÜRKİYE'DE YAŞLILARDA FİZİKSEL AKTİVİTE PROGRAMLARININ DÜŞME ÜZERİNE ETKİSİ: SİSTEMATİK DERLEME VE META-ANALİZ ÇALIŞMASI 519
Pelin Bilgin Kahveci, Filiz Abacıgil, Pınar Okyay, Berna Bilgin Şahin

[S190] BİR TIP FAKÜLTESİ STAJYER VE İNTÖRNLERİNDE YAŞLI AYRIMCILIĞININ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ 521
Metin Pıçakçıefe, Emine Tiriç, Bahadır Dede, Şehbal Yeşilbaş, Rabia Güven Cengiz, Şule Erbay, Didem Mülayim Güllü

[S191] SİGARA BIRAKMA SÜRECİNDEKİ KADINLARDA DİYET VE VÜCUT KOMPOZİSYONU İLE STRES ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ 523
Münevver Başak Onat, Hasan Selkan Taşkan, Derya Şaşman Kaylı, Hür Hassoy, Görkem Yararbaş

[S192] TÜRKİYE'DE 11 İLDE BAZI İKRAM SEKTÖRÜ İŞLETMELERİNİN TÜTÜN KONTROLÜ KONULU 4207 SAYILI KANUN'A UYUM DÜZEYLERİ 525
Yağmur Ünal, Mahmut Talha Uçar, Elif Sızan, Beyza Püren Selcan Gündoğdu, Emir Atasoy, Özge Yaman Coşkun, Şeyma Duman, İlayda Kulaç Aksu, Burak Kahraman, Rabia Cansel Çetin, Elif Işık, İpek Gündoğdu, Muhammed Nur Özkan Tanrıverdi, Meryem Nisa Özdel, Ümit Kamacı, Mehmet Fatih Yılmaz, Evrim Arslan, Elçin Balcı, Ceren Varer Akpınar, Sevinç Sütlü, Hatice Nilden ArslaN, Emine Baran Deniz, Raika Durusoy, İsmail Erdem Erkoyun, Türkan Günay, Günay Saka, Mehmet Ali Kurçer, Selma Karabey, Dilek Aslan

[S193] TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNCE SAĞLIK YERLEŞKESİNİN TÜTÜN KULLANIMI KONUSUNDA MEKANSAL ANALİZİ: FOTOSES YÖNTEMİ 527
Edanur Sezgin, Gamze Bayrak, Buket Yıldırım Üstüner, Türkan Günay

[S194] HEMŞİRELERDE SİGARA KULLANIMI, ETKİLEYEN FAKTÖRLER VE HEMŞİRELERE GÖRE TOPLUMUN SİGARA KULLANIMINA BAKIŞI 532
Mehmet Selim Özdemir, Günay Saka

[S195] ANKARA İLİ TÜTÜN DENETÇİLERİNİN SAHA DENEYİMLERİNİN VE DUMANSIZ HAVA SAHASI İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRMESİ 534
Yunus Emre Bulut, Ebru Erendur, Toker Ergüder, Derya Çamur, Hülya Şirin, Asiye Çiğdem Şimşek, Metin Hasde

[S196] TÜRKİYE'DE ÇOCUKLUK ÇAĞI BAĞIŞIKLAMASINDA EŞİTSİZLİK 536
Bahar Marangoz, Mehmet Zencir, Muzaffer Eskiocak

[S197] TIP FAKÜLTESİ DÖNEM 4,5 VE 6 ÖĞRENCİLERİNİN LGBT+ HASTALAR İLE İLGİLİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI 538
Damla Akman, Berna Bilgin Şahin, Beyhan Cengiz Özyurt, Adnan Abdullah Tokmak, Buğra Cidani, Dilara Güneş,

[S198] TAZELENME ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNDE SOSYAL MEDYA BAĞIMLILIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ 540
Şehbal Yeşilbaş, Didem Mülayim Güllü, Bahadır Dede, Metin Pıçakçıefe, Şule Erbay, Emine Tiriç, Rabia Güven Cengiz

[S199] **SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ KISA FORMUNUN GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ** 542
Hatice Şimşek Keskin, Celalettin Çevik, Hakan Baydur, İbrahim Kayabek, Geylan Doğan, Gizem Ay·Gülten Uçan, Pınar Okyay

[S200] **CUMHURİYETTEN GÜNÜMÜZE TÜRKİYE'DE YAŞLI BAKIMI VE SOSYAL HİZMETLER** 544
Beyza Püren Selcan Gündoğdu, Ayşe Emel Önal

[S201] **YAŞLILARDA SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ VE YAŞLI DOSTU ŞEHİR ALGISI: İSTANBUL'DA BİR İLÇE ÖRNEĞİ** 558
Muhammed Atak, Sevde Sancar, Ayşe Emel Önal, Meryem Ceyhan, Şeref Şeker

[S202] **GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ 1.SINIF ÖĞRENCİLERİNDE AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ** 552
Gözde Öztürk, Neriman Aydın, Elif Okşan Çalıkoğlu

[S203] **RESEARCH TRENDS IN PUBLIC HEALTH INFORMATICS: A BIBLIOMETRIC ANALYSIS** 554
Dilek Yapar, Yasemin Demir Avcı, Esra Sonuvar, Ahmet Yardımcı

[S204] **POLİKLİNİKLERE BAŞVURAN BİREYLERDE DİJİTAL SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞI İLİŞKİSİ** 556
Cansu Özbaş, Merve Tokatlı Doğan, Hakan Tüzün, Seçil Özkan

[S205] **THE USE OF CHATGPT IN PUBLIC HEALTH RESEARCH: RESEARCHERS' KNOWLEDGE AND ATTITUDES** 558
Kevser Erdoğan, Dilek Yapar

[S206] **"BEŞERİ SERMAYE": CUMHURİYETİN İLK ONYILLARINDA NÜFUS TARTIŞMALARI EKSENİNDE SAĞLIK POLİTİKALARI** 559
Ceren Gülser İlikan Rasimoğlu

[S207] **TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE SU TÜKETİM DAVRANIŞLARI** 560
Emsal Çetin, Betül Özcan, Hilal Özen, Nalin Tuncel, Onur Çekli, Ali İhsan Bozkurt

[S208] **BİR SAĞLIKLI HAYAT MERKEZİNDE MAMOGRAFİ TARAMA RANDEVULARINA GELMEME NEDENLERİ ÜZERİNE BİR İNCELEME** 562
Ali İhsan Bozkurt, Emsal Çetin, Demet İmamoğlu

[S209] **AZERBAYCAN WHO ÜLKE OFİSİ PANDEMİYE YANIT TEDBİRLERİ (APR) PROJESİ KAPSAMINDA COPC GİRİŞİMİ PLANI: BAKÜ ŞEHİRİ, NESİMİ KASABASINDA ERGENLERE YÖNELİK PERİYODİK İZLEMLERİN SİSTEMLEŞTİRİLMESİ** 564
Letafet Dadashova, Zümrüd Rahimova, Tarlan Xalilova, Shahla Mirzazade, Kevser Vatansever

[S210] **ANTIBIOTIC RESISTANCE IN NEONATAL CHILDREN** 568
Mutalibova N.f., Guliyeva M.z

[S211] **REDUCING THE PERCENTAGE OF NON-VACCINATION OR INCOMPLETE VACCINATION OF DTP3 AND MEASLES-CONTAINING VACCINE (1 AND 2) AMONG CHILDREN UNDER SIX YEARS OF AGE IN THE SHAMAKHI REGION TO LESS THAN 5%** 570
Shabnam Hasanova, Dunya Bayramova, Abbasali Najafov, Halima Safarli, Rashad Chobanli, Mestan Emek

[S212] **SELF-ASSESSMENT OF ASPHER PUBLIC HEALTH COMPETENCIES IN SENIOR STUDENTS OF AZERBAIJAN MEDICAL UNIVERSITY** 575
Mestan Emek, Aydan Qadimli, Samir Cavadlı, Samira; Mammedova,, Muhammed Bayramov, Yakut Haciyeva

[S213] **AZERBAYCAN HÖVSAN KASABASINDA GEBELERİN İZLENME SAYISININ VE KAYITLARININ ARTIRILMASI PLANI** 577
Adil Aliyev, Benövşe Abdullayeva, Könül İsmayılova, Aygül Aydınlı, Bülent Kılıç

[S214] **AZERBAYCAN NESİMİ BÖLGESİNDE BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLARIN RİSK FAKTÖRLERİNİN BİRİNCİL KORUMA YÖNTEMLERİYLE ÖNLENMESİ** 582
Aygün Abıyeva, Nermin Elizade, Günel Hasanova, Aygün Abıyeva, Nigar Babazade, Mehmet Akman, Belgin Ünal

[S215] **THE IMPACT OF NUTRITIONAL BEHAVIOR ON HEALTH AND ITS ROLE IN THE DEVELOPMENT OF NON-INFECTIOUS DISEASES** 586
Yagut Hajıyeva, Kamran Babayev

[S216] TENDENCY OF A GROUP OF MEDICAL INTERNS IN A MEDICAL FACULTY TO EMIGRATE ABROAD AND ITS REASONS IN TURKEY 591
Mehmet Can Kılıç, Duygu Elif Bayram, Seçil Nur Kantaş, Bülent Kılıç

[S217] EVALUATION OF DISABILITY AWARENESS OF MEDİCAL STUDENTS IN TERMS OF CULTURAL COMPETENCE 593
Dilge Kocabaş, Gökçe Lara Bodur, Gülten Uçan, Aleyna Ünver, Birce Ataş, Dilara Gür, Vahide Alkan İpek İrem İpekten, Gönül Dinç Horasan[4]

[S218] HALK SAĞLIĞI UZMANLIK TEZLERİNİN YAYINLANMASINDA AZALMA: SON 5 YILIN DEĞERLENDİRMESİ 594
Sadi Can Sönmez, Hatice Şulenur Güzel Poligu, Zeynep Zoralan, Işıl Ergin

[S219] SAHA GEZİLERİNİN UZMANLIK EĞİTİMİNE KATKISI - HALK SAĞLIĞI ANA BİLİM DALI DENEYİMİ 595
Ecem Başoğlu Şensoy, Saadet Göksu Çelik, Alp Ergör

[S220] TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNE AKRAN EĞİTİMİ YOLUYLA EĞİTİM BECERİLERİ EĞİTİMİ: BİLGİDEN DAVRANIŞA ÖZEL ÇALIŞMA MODÜLÜ 599
Begüm Koçpınar, Saadet Göksu Çelik, Türkan Günay

[S221] RELATIONSHIP BETWEEN ULTRA PROCESSED FOOD CONSUMPTION CLASSIFIED BY NOVA SYSTEM AND BODY MASS INDEX IN A PRIVATE UNIVERSITY 604
Büşra Çelik, İrem Kaya Cebioğlu

[S222] BİR KAMU KURUMU ÇALIŞANLARININ BESLENME İLE İLGİLİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI 605
Esma Çevik, Gülhan Yiğitalp

[S223] KENTSEL NÜFUSTA SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER, SAĞLIK DURUMU, SAĞLIKLI YAŞAM DAVRANIŞLARI VE YAŞANILAN YAŞAM ÇEVRESİNİN DEPRESYON, STRES VE ANKSİYETE İLE İLİŞKİSİ: KESİTSEL ÇALIŞMA 606
Feyza Kocakurt, Serhan Tuncel, Aliye Doğan Gangal, Sevilcan Başak Ünal, Gökçe Uğurlu, Sena Kaba Sarp Üner, Hilal Özcebe, Nazan Yardım

[S224] ANKARA'DA KENT SAĞLIĞI BAKIŞ AÇISIYLA OBEZİTE İNCELEMESİ: KESİTSEL ÇALIŞMA 608
Aliye Doğan Gangal, Gökçe Uğurlu, Feyza Kocakurt, Sevilcan Başak Ünal, Serhan Tunçel, Sena Kaba Sarp Üner, Hilal Özcebe, Nazan Yardım

[S225] ANKARA'DA ŞEHİR SAĞLIĞI BAKIŞ AÇISINDAN KRONİK HASTALIKLAR VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER 609
Gökçe Uğurlu, Aliye Doğan Gangal, Sevilcan Başak Ünal, Serhan Tunçel, Feyza Kocakurt, Sena Kaba Sarp Üner, Hilal Özcebe, Nazan Yardım

[S226] COVID-19 AŞISI UYGULANAN KİŞİLERDE KISA-ORTA-UZUN DÖNEM SEMPTOMLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ 610
Serpil Poyrazoğlu, Erhan Şimşek, Ali Ramazan Benli

SONUÇ BİLDİRGESİ 613

DAVETLİ KONUŞMALAR

AÇILIŞ KONUŞMASI

Prof. Dr. Bülent KILIÇ
7. Uluslararası ve 25. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Başkanı

Değerli Halk Sağlığı Uzmanları, Akademisyenleri, Asistanları ve Çalışanları

İçinde bulunduğumuz 2023 yılı Türkiye Cumhuriyeti'nin 100. yılı olması nedeniyle bizler için çok özel bir dönem. Biz "Cumhuriyet"i büyük bir özgürlük, umut, gelecek ve eşitlik hareketi olarak görüyoruz. Bizim için "Cumhuriyet" Atatürk devrimleri demektir. Bizim için "Cumhuriyet" halk sağlığı alanındaki önemli kazanımlar ve sağlık hizmetlerinin kamucu bir anlayışla tüm yurttaşlara ulaştırılması demektir. Bizim için "Cumhuriyet" demokrasi demektir. Bizim için "Cumhuriyet" kadın hakları demektir. Kısacası bizler için "Cumhuriyet" demek Atatürk devrimleri ve ilkeleri demektir.

Değerli halk sağlığı çalışanları, bu özel dönemde kongremizde iki şeyi yapmak istiyoruz:

1-Geçmişi Değerlendirmek: Böylece Cumhuriyetin ilk kuruluş yıllarından başlayarak Hıfzıssıhha Enstitüsünden, sağlık ocaklarına; aile hekimliğinden, şehir hastanelerine kadar halk sağlığı alanında yapılanları ve yapılamayanları tartışmak.

2-Geleceği Planlamak: Halk sağlığı alanında bir strateji oluşturmak ve vizyonumuzu belirlemek. Bize göre HASUDER'in stratejik yaklaşımı, temel hedefler doğrultusunda halk sağlığı alanında çalışan tüm üyelerimizin çeşitliliğini ve farklı birikimlerini zenginliğimiz olarak değerlendiren, çoğulcu, birleştirici, kucaklayıcı bir yapıda olmalıdır. Ayrıca HASUDER'in sağlığı koruma, hastalıklardan korunma, erken tanı, sağlığı geliştirme başta olmak üzere tüm toplumun sağlığını önceleyen ulusal ve uluslararası düzeyde bir geniş bir vizyonu olmalıdır.

Kongremizde bu önemli konularda oturumlar, sunumlar olacak ve ayrıca HASUDER Genel Kurul oturumunda bunları tartışmak olanağını bulacağız.

Bilindiği üzere dünyamız büyük bir değişimden geçmekte, sağlık sistemleri **ü**zerindeki yükler artmaktadır. Küresel sağlık düzeyi sağlıkta eşitsizlikler, savaş ve çatışmalar, göçler, iklim krizi, pandemiler, salgınlar, deprem vb halk sağlığı acilleri, giderek yaşlanan toplum, ekonomik krizler nedeniyle halk sağlığı açısından beklenmedik bir gerileme dönemine girmiştir. UNDP 2021-22 yılı İnsani Gelişme Raporuna göre dünyada ilk kez İnsani Gelişme İndeksi bir gerileme göstermiştir (1). Yaşam süresi, eğitim ve gelir düzeyiyle belirlenen İnsani Gelişme İndeksinin düşmesindeki temel neden görünürde COVID-19 pandemisi olmakla birlikte bu olumsuzluğu daha da artıran ve uzun yıllardır devam eden esas sorun sağlıkta eşitsizlikler sorunudur. Eski İngiltere Sağlık Bakanı Frank Dobson "*sağlıkta eşitsizlikler en kötü eşitsizliktir çünkü bir insanın sadece yoksul olması nedeniyle daha erken öleceğini bilmesinden daha kötü bir şey yoktur"* der (2). Eşitsizliğin en temel göstergesi önlenebilir erken ölümlerdir. Gelişmiş Batılı ülkeler de dahil tüm ülkelerde en üst sınıfla en alt sınıf arasında günümüzde yaklaşık 10 yıl kadar yaşam süresi farklılığı vardır (3). Bu eşitsizlik sadece ölüm ve hastalıklarda değil, hizmete erişimde de sorunlar yaratmaktadır.

Günümüz dünyası bu anlamda herkesin sağlığının etkilendiği kronik bir stres ortamına dönüşmüştür. Stres hormonları daha anne karnındayken fetüsün zihinsel gelişimini etkilemekte, gebelerde erken doğumu tetiklemekte, yetişkinlerde kalp ve damar hastalıklarına yol açmaktadır. UNDP raporu bu durumu büyük bir belirsizlik kompleksi olarak tanımlamaktadır (4).

Ancak içinde bulunduğumuz tüm olumsuzluklara karşın daha güçlü bir halk sağlığı direncini inşa edebilme umudumuzu koruyoruz. WHO bunu "dirençlilik" kavramı ile yani bir sağlık sisteminin karşılaştığı kriz durumlarında, zamanında ve etkili bir yönetimle ayakta kalabilmesi, zararlı etkileri absorbe edebilmesi, uyum ve dönüşüm gösterebilmesi ve sorunları çözebilme yeteneği ile açıklıyor. WHO dirençli sağlık sistemlerinin inşa edilebilmesi için politikacılara ve sağlık yöneticilerine öncelikle Yaşamsal Halk Sağlığı Fonksiyonlarının (The

AÇILIŞ KONUŞMASI

Essential Public Health Functions-EPHFs) ve temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi gerektiğini önermektedir (5). WHO, 12 adet belirlenen Yaşamsal Halk Sağlığı Fonksiyonunu, Temel Sağlık Hizmetlerini güçlendirmek için bütünsel, entegre, maliyet etkili ve sürdürülebilir bir yol olarak öneriyor (6). Yaşamsal Halk Sağlığı Fonksiyonları içindeyse özellikle "Halk Sağlığı Acilleri Yönetimi" ve "Halk Sağlığı İnsan Gücü Geliştirilmesi" ülkemiz için daha da önemli olan iki fonksiyon olarak dikkati çekiyor. Bir yandan pandemi ve deprem gibi halk sağlığı acillerini yakından yaşayan, diğer yandan halk sağlığı insan gücü aslında yetersiz kalan Türkiye, özellikle bu iki fonksiyona daha fazla önem vermelidir.

Bu nedenle kongremizde konuşacağımız önemli konulardan birisi de 6 Şubat 2023 tarihinde yaşadığımız Kahramanmaraş merkezli depremlerdir. Depremden sonra afet durumlarına hazırlık aşamalarında ve afet sonrasında halk sağlığı uzmanlarının ne kadar gerekli ve önemli bir yere sahip olduğu bir kez daha ortaya çıkmıştır. Bu arada HASUDER olarak deprem sonrasında yaptığımız çalışmalarla bu yıl İstanbul Tabip Odasının 2023 yılı Prof. Dr. Türkan Saylan tıp hizmet ödülünü almanın ve TTB tarafından da ayrıca ödüllendirilmenin haklı bir gururunu taşıyoruz. Ek olarak deprem bölgesindeki vatandaşlarımızla ve meslektaşlarımızla olan dayanışmamız da giderek artarak devam etmektedir. Bu anlamda IPPF, DR ve UNFPA gibi uluslararası kuruluşlarla önemli projeler gerçekleştiriyoruz. Kongremizde deprem bölgesiyle bağlantılı olarak bu çalışmalarımızı ve sonuçlarını da sizlerle daha ayrıntılı olarak paylaşacağız. Ayrıca deprem bölgesinde canla başla çalışan halk sağlığı uzmanlarımıza, yöneticilik görevini üstlenen meslektaşlarımıza ve diğer sivil toplum kuruluşlarına da özel bölümler ayıracağız.

Bunlara ek olarak kongremizde Türkiye'de halk sağlığı disiplininin nasıl bir gelişim gösterdiği; uzmanlık eğitiminin, akademinin, halk sağlığı insan gücünün şimdiki ve gelecekteki durumu ana bir konu olarak ele alınacaktır. Ayrıca kongremizde cumhuriyetten bugüne kadar geçen yüz yıllık dönemde Türkiye'de halk sağlığı hizmetleri ve politikalarıyla ilgili gelişmeler tartışılacak ve halk sağlığının ülkemizdeki geleceği, olanaklar, potansiyel tehditler ve sorunlara dayalı öneriler sunulmaya çalışılacaktır.

Ayrıca kongremizde cumhuriyetin yüzüncü yılı nedeniyle hazırlıklarına başladığımız ve kendi alanında uzmanlaşmış hocalarımızın yazarı olduğu ***"Türkiye'de Halk Sağlığının Yüz Yılı ve Geleceği"*** isimli HASUDER yayınını da kongre katılımcılarımızla basılı olarak paylaşmanın mutluluğunu yaşıyoruz (7).

Öte yandan içinde bulunduğumuz yıl, bir yandan Türkiye Cumhuriyeti'nin 100. yılı, diğer yandan 1948 yılında kurulan Dünya Sağlık Örgütünün de 75. yılı olarak çok özel bir dönem. Bu nedenle bu özel senede halk sağlığı çalışmalarının dünya üzerindeki yerini değerlendirmeyi de amaç edindik. Bu nedenle başta Dünya Sağlık Örgütü olmak üzere UNFPA, IOM, DR gibi uluslararası kuruluşların ve yurt dışından meslektaşlarımızın da çalışmalarına kongremizde yer vereceğiz. Kongremizin 8 konferans, 23 panel, 28 sözlü bildiri sunum oturumu (226 sözlü bildiri), çalışma grubu toplantıları ve çeşitli kurslardan oluşan zengin bilimsel ortamında birlikte olmak, sorunları ve çözüm önerilerini tartışmak, çalışmalarımızı ve deneyimlerimizi paylaşmak için yan yana olabilmekten ötürü çok mutluyuz. Ayrıca kongremizde 3 kategoride Bildiri Ödülleri, Halk Sağlığı Dostu Ödülü verilecek ve akredite olan Anabilim Dallarına da belgeleri takdim edilecektir.

Değerli halk sağlığı çalışanları, kongremizin ana konusu olan *"**Cumhuriyetin 100. Yılında Halk Sağlığı: Geçmişten Geleceğe**"* teması altında halk sağlığına gönül veren siz değerli katılımcılarla "***7. Uluslararası ve 25. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi***"nde bir kez daha birlikte olmaktan ötürü çok mutluyuz. Bu bağlamda Kongre Editörler Kurulu, Düzenleme Kurulu, HASUDER Yönetim Kurulu, kongremizi destekleyen başta Direct Relief, UNFPA ve WHO Türkiye Ofisi olmak üzere tüm kuruluşlara, bildiri sahiplerine, konuşmacıla**rımıza**, t**üm** katılımcılara ve kongre organizasyon firmasına teşekkür ediyoruz.

Değerli halk sağlığı çalışanları, her zaman olduğu gibi umutluyuz ve olumsuzluklara karşı çözüm önerimiz de halk sağlığı politikalarının bilinçli ve yaygın bir biçimde uygulanması olacaktır. Kongremizde hep birlikte önümüzdeki dönem için ulaşılabilir ve gerçekçi bir halk sağlığı vizyonu ortaya konulmaya çalışılacaktır. Şuna

eminiz ki halk sağlığı bilimi bugün olduğu gibi gelecek yıllarda da tüm dünyada en önemli bilim ve uygulama alanlarından birisi olmayı sürdürecektir. Sözlerimi ünlü düşünür Bertrand Russel'in bir deyiminden ilham alarak bitiriyorum: *"Halk sağlığı çalışanı olduğunuzu hatırlayın, geriye kalan her şeyi unutsanız da olur". Çünkü bize göre aslında "halk sağlığı herkesin işidir".*

Değerli katılımcılar Cumhuriyetin yüzüncü yılını kutladığımız bu güzel ve anlamlı günlerde umutlarımızı, hayallerimizi korumaya ve gelecek nesillere aktarmaya devam ediyoruz. Atatürk'ün dediği gibi "Türkiye Cumhuriyeti ilelebet (sonsuza kadar) payidar kalacaktır". Bu umut ve inançla hepinize hoş geldiniz diyoruz.

Kaynaklar

1. *UNDP. Human Development Report 2021-2022. Uncertain Times, Unsettled Lives:Shaping our future in a transforming world. New-York, USA, 2022.*
2. *Frank Dobson. Wikipedia. https://en.wikipedia.org/wiki/Frank_Dobson (12 Kasım 2022).*
3. *WHO. The Solid Facts: Social Determinants of Health. Edited by Wilkinson-Marmot, 2003.*
4. *UNDP. Special Report 2022:New threats to human security in the Anthropocen. NewYork, USA, 2022.*
5. *WHO. Building Health Systems Resilience For Universal Health Coverage and Health Security During The COVID-19 Pandemic. WHO/UHL/PHC-SP/2021.01, Geneva, 2021.*
6. *WHO. Essential Public Health Functions. Technical Brief, October 2022.*
7. *https://cdn.who.int/media/docs/default-source/universal-health-coverage/who-uhl-technical-brief-template-ephf.pdf?sfvrsn=261c680c_3&download=true*
8. *Kılıç B, Erbaydar T, Çamur D. (editörler) Türkiye'de Halk Sağlığının Yüz Yılı ve Geleceği. HASUDER yayınları, ISBN: 978-605-72861-5-4, Nobel Tıp Kitabevi, 1. Baskı, 393 sayfa, Ankara, 2023.*

DAVETLİ KONUŞMA

TÜRKİYE CUMHURİYETİ'NİN YÜZÜNCÜ YILINDA SOSYALLEŞTİRMENİN YERİ

Prof. Dr. Zafer ÖZTEK
Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun bir ilkeler yasasıydı. Bu ilkelerin başlıcalarının ülkemizde ilk kez 1940'lı yıllarda dile getirildiği bilinmelidir.

MİLLİ SAĞLIK PLANI

Dr. Behçet Uz, 1946 – 1948 yıllarında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanıydı. Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesiyle ilgili bir plan hazırlamıştı. Bu plan *(Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı / Behçet Uz planı)* Türkiye için yeni bazı kavramları gündeme getirmişti. Milli Sağlık Planı uygulanamamış olsa da öngördüğü düşüncelerden büyük kısmı ülkemizin sağlık yapılanmasını derinden etkilemiştir. Bu etkiyi Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanununda da görmekteyiz.

Nüfusa göre örgütlenme: İkinci Dünya Savaşını izleyen yıllarda dünyada sağlık hizmetlerinin nüfusa göre örgütlenmesi yaygın bir anlayış haline gelmişti. Bu yaklaşımı da dikkate alarak Behçet Uz, o dönemde siyasal bölünmeye göre kurulmuş olan hükümet tabipliği modelinin *(her ilçede en az bir hükümet tabibi)* değiştirilmesi ve hizmetlerin nüfusa göre örgütlenmesini öngörüyor ve 20.000 kişiye *(40 köy)* bir **Sağlık Merkezi** kurulmasını öneriyordu.

Köy grupları: Planda sağlık hizmetlerinin en uç noktalara erişebilmesini sağlamak üzere köy ebelerinin hizmet vereceği köy grupları oluşturulması öngörülüyordu.

Ekip hizmeti: Her sağlık merkezinde 2 hekim, bir sağlık memuru, bir ebe ve bir ziyaretçi hemşire ile onar köylük gruplarda çalışacak köy ebesi ve sağlık memurları planlanmıştır

Birleştirilmiş hizmet: Sağlık merkezi aslında 10 – 25 kadar yatağı olan bir kırsal hastanedir. Hekimlerden birisi merkezde kalırken diğeri bölgedeki köyleri dolaşıp mobil hizmet verecek, sonra hekimler yer değiştirecektir. Yani hem evde ve ayaktan hem de yatırılarak hasta tedavisi birlikte yapılacaktır.

Hekim eğitimi: Milli Sağlık Planı, her coğrafi bölgede birer tane olmak üzere 7 tıp fakültesi kurulmasını öneriyordu. İlginç olan husus, her tıp fakültesine birer "**yetimhane**" bağlanması ve buradaki çocukların sağlık personeli olarak yetiştirilmesi önerisidir. Her tıp fakültesinde yer alacak "**çiftlik"** de fakültenin ve hastanenin besin gereksinmesini karşılayacaktır.

Finansman: O dönemde Türkiye'de sektörleri destekleyen bankalar vardı. Ziraat Bankası tarımı, Etibank madenciliği, Halk Bankası esnafı, Sümerbank sanayi sektörünü desteklerdi. Behçet Uz bunlara benzer şekilde bir **Sağlık Bankası** kurulmasını öneriyordu. Böylece, kamusal finansmana destek sağlanacak aynı zamanda sağlık sigortacılığı yapılacaktı.

Sözü edilen plan ekonomik ve çeşitli politik nedenlerle kabul edilmedi ve uygulanmadı, fakat gündeme getirdiği ilkelerin bazıları 1961 yılında çıkartılan 224 Sayılı Kanunda yer almıştır.

27 MAYIS 1960

27 Mayıs 1960 tarihinde Silahlı Kuvvetlerin yönetime el koyuşundan sonra ülkede bazı yeni düzenlemeler ve değişiklikler oldu. Bunlardan en önemlisi **Devlet Planlama Teşkilatı'nın (DPT)** kurulmasıdır.

Planlama uzmanları, Türkiye'deki nüfus artışı kontrol edilmeden yeterli kalkınma sağlanamayacağını görmüşler ve aşırı doğurganlığın önlenmesi gerektiği görüşünü ileri sürmüşlerdi. Bu görüşten hareketle, 1965 yılında, o güne kadar bir devlet politikası olarak sürdürülen "pro-natalist" (nüfusu arttırıcı) politikadan vazgeçile-

rek "anti-natalist" (nüfusu sınırlayıcı) politikaya geçildi; 1965 yılında "**Nüfus Planlaması Hakkında Kanun**" çıkartıldı. Dr. Nusret Fişek öncülüğünde hazırlanan bu kanun, devrim niteliğindedir.

Bu dönemde gerçekleştirilen bir diğer önemli iş, o zamanki askeri iktidarın *(Milli Birlik Komitesi)* bütün bakanlıkların yeniden örgütlenmesini istemesi olmuştur. Sağlık Bakanlığı da bu direktif doğrultusunda o zamanki Müsteşar Doç. Dr. Nusret Fişek önderliğinde bir taslak hazırlamış ve bu taslak 1961 yılında "**224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun**" olarak kabul edilmiştir.

SOSYALLEŞTİRİLMİŞ SAĞLIK HİZMETLERİNİ HAZIRLAYAN GEREKÇELER

Bu kanunu tam olarak kavrayabilmek için o dönemdeki sorunları ve sosyalleştirmeyi hazırlayan etmenleri bilmek gerekir.

1. **Tedavi ağırlıklı hizmet**: 1950 – 1960 yılları arasında Demokrat Parti iktidardaydı. Bu yıllarda Dr. Refik Saydam tarafından önceki yıllarda uygulanan temel ilkelerin bazılarından vazgeçildi. Saydam, koruyucu hizmetlere öncelik vermiş, hastane hizmetlerini yerel kuruluşlara *(belediye, özel idare)* bırakmıştı. Demokrat Parti döneminde tedavi hizmetlerinin de Sağlık Bakanlığının görevi olması benimsendi. Bunun sonucunda yeni hastaneler yapılmaya başlandı ve bu durum bir hastane furyasına dönüştü

2. **Hastane kargaşası**: 1950 - 1960 yılları arasında çok sayıdaki kurum kendi hastanelerini açtı. Bu dönemdeki hastanelerin ve tedavi kuruluşlarının hangi kurumlara ait olduklarını bilmek hastane kargaşasını anlamaya yetecektir:

   a) Devlet hastaneleri (Sağlık Bakanlığı)

   b) Üniversite hastaneleri

   c) Mahalli İdare hastaneleri (Belediye, Özel İdare)

   d) SSK hastaneleri

   e) Asker hastaneleri

   f) Devlet Demiryolları (DDY) hastanesi

   g) Polis hastanesi

   h) PTT hastanesi

   ı) Milli Eğitim Bakanlığı (MEB) hastanesi

   i) Kamu İktisadi Kuruluşlarına (KİT) bağlı hastane ve poliklinikler

   j) Özel hastaneler

   k) Vakıf hastaneleri

   l) Azınlık hastaneleri

3. **Hastanelerdeki kalabalıklık**: Kent merkezlerinde yoğunlaşmış olan hastaneler, yoğun hasta başvurularına cevap veremiyordu. Yatak işgal oranları düşük olduğu halde, poliklinikleri kalabalıktı. Hastaneler kapasitelerinin üzerinde hasta başvurusuyla karşılaşmış, hastane ve uzman hekim gerektirmeyecek sağlık sorunlarıyla meşgul edilmiş, hekimler fazla sayıdaki hastaya bakabilmek için hastalarına gereken muayene süresini ayıramamıştır. Hekimler kesin tanı koyabilme olanaklarından yoksun olduklarından, ihtimali tanılarla *(ön tanılarla)* hastalarını tedavi etmek durumunda kalmışlardır. Bu da polifarmasiye, yani gereksiz yere çok ve çeşitli ilaç kullanımına yol açmıştır. Hastanelerde uzmanlar, uzmanlıklarının gerektirdiği hastalardan çok, pratisyen hekimlerce teşhis ve tedavi edilebilecek

hastalarla uğraşıyorlardı. Üstelik yalnızca hastalarını tedavi etmekle yetiniyor, bu kişilerin aileleri ve çevreleri ile ilgilenmeyi kendi görevlerinden saymıyorlardı. Bu davranışlarında da haksız sayılmazlardı, çünkü onların görev alanları hastane içiydi. Hastane dışındaki sağlık hizmetleri onların uzmanlıkları ve görevlerinin dışında kalıyordu. Fakat çok önemli olan bu hizmetler yerine getirilmediği için, hastalıkların kontrolünde güçlükler vardı.

4. **Halkın ve yöneticilerin sağlık hizmeti algısı**: Tedavi hizmetlerinin öncelikli olarak verildiği yerlerde sağlık çalışanları ve yöneticiler arasında, asıl işlevlerinin tedavi edici hizmetler olduğu gibi yanlış bir kanıya sahip olurlar. Halkın büyük bir bölümü de aynı görüştedir. Onlar da sağlık hizmetleri denildiğinde, tedavi kuruluşlarını, özellikle, hastaneleri düşünürler. En basit yakınmalarında dahi, hastanelere başvurmayı doğal sayarlar. 1950'li yıllarda bu algılama en üst düzeydeydi. Gerek sağlık çalışanları ve yöneticiler gerekse halk arasında sağlık hizmetleri ile tedavi hizmetleri eşanlama geliyordu, koruyucu hizmetler ve birinci basamak hizmetleri gözardı ediliyordu.

5. **Kırsal bölgelerin ihmal edilmişliği**: Özellikle kırsal yerlerdeki halk, sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamıyordu. Kısal bölgelerde az sayıda bulunan hekimler uzmanlaşmak üzere kentlerdeki hastanelere yönelmişlerdi. Hizmetlerin sunuluşunda, kentlerde yaşayanların lehine bir adaletsizlik söz konusuydu.

6. **İyi işletilemeyen hükümet tabipliği**: Hükümet tabiplikleri geliştirilememişti. Siyasi bölünmeye paralel olarak örgütlenmiş olan bu model, koruyucu hizmetleri gerektiği gibi yürütemiyordu. Buralarda, sağlık ekibi kavramı yerleştirilememişti. Zaman içinde, hükümet tabiplerinin hemen bütün işlevleri adli hekimlik ve bazı aşıların okullarda yapılmasına indirgenmişti. Zamanlarının büyük bölümünü, resmi yazışmalara, bürokratik işlemlere ayırır olmuşlardı.

7. **Pahalı sağlık hizmeti:** Hastane hizmetleri pahalıydı ve hastalar, kentlerdeki hastanelere erişebilmek için uzun yolculuklar ve harcamalar yapmak zorunda kalıyorlardı. Gelmeleri geciktiği için, hastalıklarının tanısı ve tedavisi de gecikiyordu. Kısaca, zaten sayıları az olan hastaneler pahalı ve verimsiz çalışmaktaydılar.

8. **Koruyucu hizmetlerde verimsizlik:** Bütün bu olumsuzluklar içinde başta aşılama hizmetleri, gebelerin ve çocukların izlenmesi, doğumların sağlık personeli tarafından yaptırılması, gıda kontrolü gibi koruyucu hizmetler verimsizdi.

9. **Nüfus politikasındaki uygunsuzluk:** Doğum kontrolu ve kürtaj uygulamalarının yasak oluşu özellikle kadınların ve çocukların sağlıklarını olumsuz olarak etkiliyordu.

10. **Toplumun sağlık düzeyinin düşüklüğü:** Bütün bu olumsuzluklar sonucunda toplumun sağlık düzeyi uygar toplumların çok gerisindeydi. Bebek ölüm hızının o dönemlerde binde 250 dolayında olduğu, doğumda beklenen yaşam süresinin 50 – 55 yıl kadar olduğu tahmin ediliyordu.

Bu manzara, çağdaş sağlık örgütlenmesi ilkelerine uymuyordu. Bu modelle, halkın sağlık düzeyini daha yükseltmek mümkün görünmüyordu. İşte, Milli Birlik Komitesinin bütün bakanlıkların *(bu arada Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının)* yeniden örgütlenmesi direktifini vermesi bu durumun düzeltilmesi için bir fırsat oldu. Kuşkusuz, o sırada Bakanlık Müsteşarının Dr. Nusret Fişek olması ülkemiz için bir şanstı.

1961 ANAYASASI ve SOSYALLEŞTİRME TERİMİ

Milli Birlik Komitesinin gerçekleştirdiği en önemli iş 1961 yılında yeni bir Anayasanın çıkartılmasıdır. Bu Anayasanın temel niteliği insan haklarını öncelikleyen, insanı merkeze alan, "vatandaş dostu" olmasıdır. O nedenle 1961 Anayasası "sosyal hukuk devleti" *(Madde 2)* ilkesinin temel alındığı bir metindir ve devleti insan haklarını kollamakla görevlendirmiştir *(Madde 10);* bu haklardan birisi de "sağlıklı yaşama hakkı"dır *(Madde 49).* Yani, 1961 Anayasası devletin toplum için var olduğunu, sosyal yaşamı korumanın, kollamanın ve geliştirmenin Türkiye Cumhuriyeti'nin en temel görevi olduğunu tanımlar.

İşte, bu Anayasanın ülkeye getirdiği anlayışa uygun olarak 1961 yılında kabul edilen yasanın adının da "SOSYALLEŞTİRİLMİŞ SAĞLIK HİZMETLERİ" olması çok doğal bir sonuçtur. Sosyalleştirme, yani sağlık hizmetlerinin "toplumsallaştırılması", toplum için var edilmesi, aynı zamanda hizmetlerin toplumla birlikte planlanıp yürütülmesi ilkeleri 224 sayılı yasanın en belirgin özelliğidir.

Aslında, Milli Birlik Komitesinin yaklaşımı sağlık hizmetlerini devletleştirmekti *(MKB üyesi Muzaffer Özdağ)*. Ama, yasanın adı "devletleştirme" ya da "millileştirme" değil "sosyalleştirme" oldu. Söz konusu kanuna karşı çıkanların ileri sürdüğü bir gerekçe sosyalleştirme yasasıyla "sosyalizm" getirileceğiydi. Prof. Dr. Nusret Fişek, bir söyleşisinde şöyle demişti: *"... Sosyalizasyon, bazılarının sandığı gibi sosyalizmle ilgili bir terim değildir. Sosyalizasyon topluma uyum sağlamak demektir. Sosyolojide, çocuğun sosyalizasyonu diye bir hikâye vardır. Çocuğun yaşadığı toplumla bütünleşmesi demektir. Kelimenin kökeni burada. Amacım, hizmeti toplumun, halkın hizmeti haline getirmek olduğu için sosyalizasyon kelimesini seçmiştim. Sosyalizasyonu Payzın (Prof. Dr. Sabahattin Payzın) Türkçeleştirdi. Bu fikir de benim icadım değil, vardı. Bu kelimeyi kullanmak zorunluydu."*

224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 5 Ocak 1961 günü, gece saat 22.00 dolaylarında Milli Birlik Komitesi tarafından kabul edildi ve yasalaştı. Aynı gün gece yarısı, askeri hükümet bir yasa daha kabul ettikten sonra görevi sivil hükümete devretti.

1961 yılında yasası kabul edilen ve 1963 yılında Muş ilinde başlatıldı. Aslında kanunda bu yeni sistemin 15 yıl içinde bütün ülkeye yayılacağı hükmü vardı. Bu olmayınca, süre 5 yıl daha uzatıldı. Böylece, yeni sistemin 1981 yılına kadar ülkeye yayılması gerekirdi. Bu da olamadı, üstelik kanunun süresinin uzatılması bir yılı aşkın bir süre ihmal edildi. Kanun 1982 yılında bir 5 yıl daha uzatılmak zorunda kalındı ve sosyalleştirme modelinin ülkeye yayılması kanunun çıkmasından 22 yıl sonra, 1983 yılında *(1 Ocak 1984 itibariyle)* gerçekleştirilebildi.

SOSYALLEŞTİRMENİN İLKELERİ

Söz konusu kanun, yalnızca sağlık hizmetlerini örgütleyen bir kanun değildir. Bu kanun, Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin genelini düzenleyen bir ilkeler kanunudur. Bu kanunda yer alan ilkelerin hemen hepsi, kabulünden 17 yıl sonra, 1978 yılında Alma-Ata'da toplanan Temel Sağlık Hizmetleri Konferansında bütün ülkeler tarafından benimsenmiştir.

Kanunda yer alan ilkeler şunlardır:

1. **Eşit ve sürekli hizmet**: Sağlık hizmeti almak bir insan hakkıdır. Dolayısıyla, herkese, her zaman ve her yerde verilmelidir. Bu ilkenin gereği olarak sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi uygulaması içinde, halkın yaşadığı en uç noktadaki köy ve mezralara kadar ulaşabilecek bir hizmet ağı kurulması öngörülmüştür.

2. **Nüfusa göre hizmet**: Önceki örgütlenme modelinde *(hükümet tabipliği)* ilçe kriteri esas alınmıştı. Oysa sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri nüfus kriterine göre örgütlenmiştir. Yasaya göre, her 5-10.000 kişi için bir "**sağlık ocağı**", bölgedeki köylerde ya da mahallelerde ise yaklaşık her 2.500 kişi için bir "**sağlık evi**" kurulacaktır.

3. **Bölge tabanlı hizmet**: Sağlık ocakları tanımlanmış *(sınırları belirlenmiş)* bölgede yaşayan halkın sağlığından sorumludur. Bir başka deyişle, sağlık ocağı hekimi ve diğer çalışanlar, yalnızca kendilerine başvuran kişilere bakmakla kalmayacak, bölgedeki halkın sağlık düzeyinin geliştirilmesi için programlar geliştirecek hem sağlıklı hem de hasta olan herkese sağlık hizmeti vereceklerdir. Bu amaçla, bölgelerindeki toplumun sağlık düzeyini sürekli izleyecek, değerlendirecek, sağlık sorunlarını belirleyecek, bunların çözümü için stratejiler geliştirecek ve yetkililere önerecektir. Başka bir deyişle, sağlık ocağı ekibinin *(ve genel olarak sağlık yöneticilerinin)* tek amacı vardır: **Bölgedeki halkın sağlıklı olmaları için ne gerekiyorsa yapmak.**

4. **Ekip hizmeti**: Sağlık hizmetleri hiçbir meslek grubunun tek başına verebileceği hizmetler değildir. Bu hizmetler, ancak bir ekip tarafından yürütülebilir. Ekip, bilgileri, becerileri, yetkileri ve sorumlulukları

yönünden birbirlerini tamamlayarak, aynı amaç için birlikte çalışan farklı meslek mensupları olarak tanımlanabilir. Sağlık ekibi içindeki hiçbir meslek üyesi diğerinden daha önemli olamaz. Her birinin önemli ve değerli rolü vardır. Ancak, bunlardan birisinin ekip başı, yani yönetici olması kaçınılmazdır. Sağlık ocağında ekip anlayışı ile hizmet verilir. Buna göre, kırsal, ilçe ve il tipi sağlık ocaklarında çalışan personelin sayıları, türleri, görevleri ve sorumlulukları belirlenmiştir. Sağlık ocağı hekimi, bu ekibin başı ve yöneticisidir.

5. **Tam gün çalışma**: Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi modelinde personel tam gün esasına göre çalışacak, bunun karşılığında bazı ek ücretler alacaktı. Ancak, vatandaşlar isterlerse serbest çalışan hekimlerden de hizmet alabileceklerdi.

6. **Entegre hizmet**: Türkiye'de sağlık hizmetleri 1961 yılına kadar "geniş bölgede tek yönlü hizmet" modeline uygun olarak örgütlenmişti *(Sıtma savaş, Trahom savaş gibi).* Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri ise "**dar bölgede çok yönlü hizmet**" ilkesini getirmiştir. Bir başka deyişle, bu hizmetler çok amaçlıdır: Koruyucu ve iyileştirici bütün hizmetler aynı birim tarafından *(sağlık ocağı)* verilir. Bu tür hizmete "entegre" *(birleştirilmiş)* hizmet denir.

7. **Kademeli hizmet**: Hastaneler uzman hekimlerin çalıştığı yataklı tedavi kuruluşlarıdır. Her hastanın, doğrudan hastanelere başvurması çağdaş sağlık hizmetlerine uymaz. Hastaların, önce birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık kuruluşlarına *(sağlık ocağı)* başvurmaları ve buralarda evde ve ayakta teşhis ve tedavi edilemeyenlerin ikinci basamak olan hastanelere sevk edilmeleri gerekir. Böylece, hastaneler gereksiz yükten korunacak, hastalar hastaneye kadar gelme zahmetinden kurtulacak, aynı zamanda daha erken ve kolayca tedavi edilebileceklerdir. Yani, sağlık ocakları hastanelerin önünde birer filtre ya da triyaj görevi görecektir. Sosyalleştirmenin belki de en önemli ilkesi hasta sevk zinciridir.

8. **Hizmet içi eğitim**: Sağlık ocaklarının bulunduğu bölgedeki hastanenin uzmanları bir program çerçevesinde haftanın belirli günlerinde sağlık ocaklarını ziyaret ederek ocak tabibi ile hasta muayene ederler. Bunun amacı ocak hekiminin sürekli eğitimine katkı vermektir.

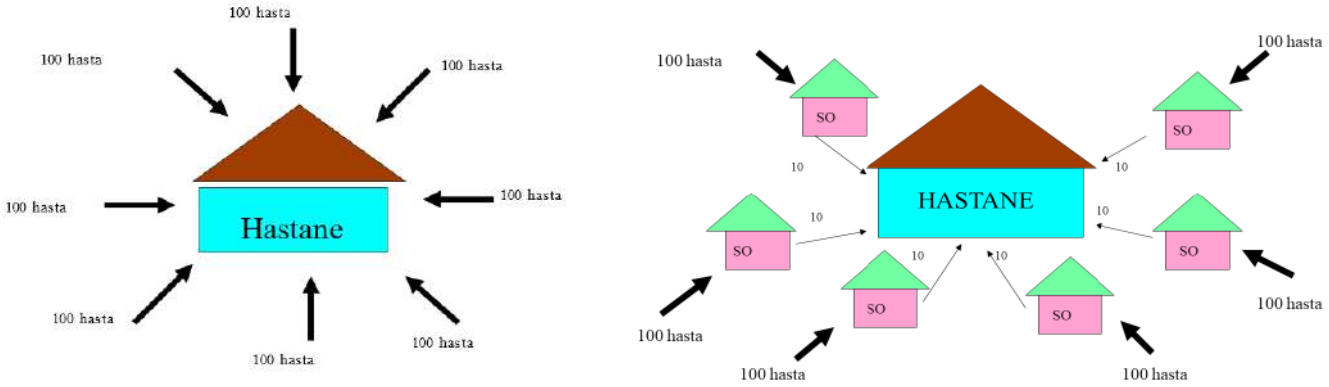
9. **Katılımlı hizmet**: Halk, sağlık hizmetlerini benimser ve ona sahip çıkarsa, başarı artar. Bu nedenle, hizmetlerin planlanması ve uygulanması aşamalarında o hizmetleri alacak kişilerle ilişki kurmak ve onları karar mekanizmasına katmak esastır. Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri modeli içinde bu işlemin her sağlık ocağında kurulması gereken "**sağlık ocağı sağlık kurulu**" aracılığı ile yapılması bir yönetmelikle belirlenmiştir. Bu kurulda toplum liderleri olan muhtarlar, imamlar, okul müdürleri, belediye başkanları vardır. Kurulun 3 ayda bir toplanıp bölgedeki sağlık hizmetleri hakkında kararlar alması beklenir. Ancak, bu sistemin düzgün bir şekilde çalıştırılamaması kaçırılmış bir fırsattır.

10. **Kamusal finansman**: Yasaya göre sağlık ocaklarındaki hizmetler devlet bütçesi tarafından finase edilecektir ve ücretsizdir. Bazı hayat kurtarıcı ilaçlar da ücretsizdir *(bebekler için antibiyotikler dahil).* Eğer, hastalar sağlık ocaklarından hastaneye sevk edilirse, hastane hizmetleri de ücretsiz verilecektir. Ama, hastalar sağlık ocaklarından sevk edilmeden doğrudan hastanelere başvurduklarında hastane giderlerini ödemek durumunda olacaklardı. *(Not: Aslında Dr. Fişek, prime dayalı bir sigorta modelini de alternatif olarak sunmuş, fakat Maliye Bakanlığı bu öneriyi kabul etmemiştir.)*

11. **Tek elden yönetim**: Yasaya göre parçalı bir görünüm içinde olan bütün sağlık kuruluşları tek elden *(Sağlık Bakanlığı)* planlanacak, işletilecek ve denetlenecekti. Ancak, bu ilkenin uygulanması gecikmeli olarak 2005 yılında sağlanabildi.

12. **İl içinde bütünlük:** Kanuna göre illerde ilçe sınırları dikkate alınmadan "**sağlık grup başkanlıkları**" kurulacak ve sağlık ocakları idari yönden buralara bağlı olacaktı. Böylece sosyalleştirilen yerlerde "il idaresi kanunu" uyarınca sağlık hizmetlerinden sorumlu olan kaymakamlar devre dışı kalacak, il içindeki sağlık kuruluşları il sağlık müdürlüğüne ve dolayısıyla il valisine karşı sorumlu olacaklardı.

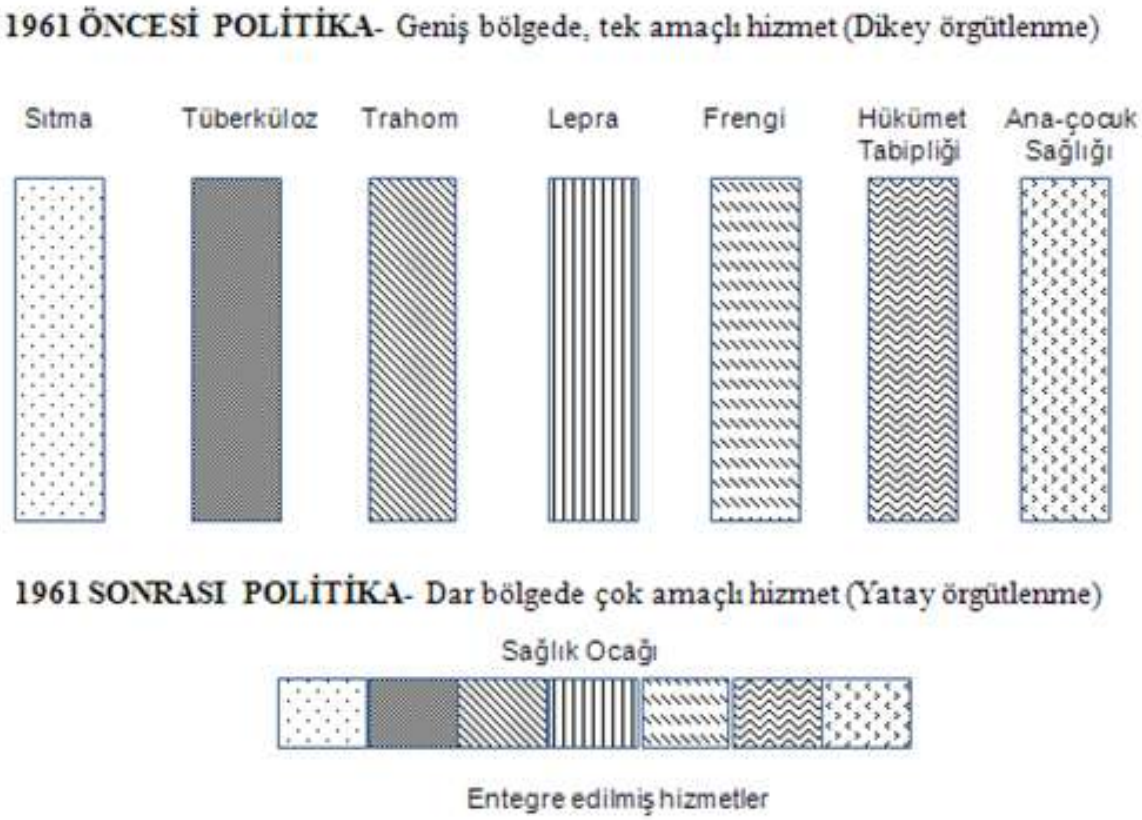
Şekil 1: *Sağlık ocaklarının yokluğunda ve varlığında hastaneye başvurular*



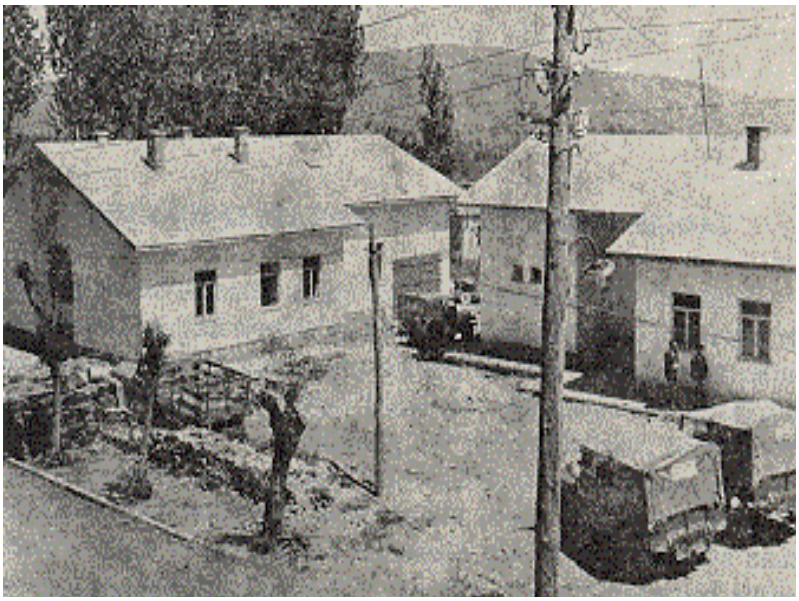
Bir Benzetme

Mustafa Kemal, "Hattı müdafaa yoktur, sathı müdafaa vardır; o satıh bütün vatandır", yani savunma cephelerde değil, ülkenin her yerinde yapılacaktır, düşmana her yerde göğüs gerilecektir, demişti. 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun da sağlık savaşının hastanelerde, büyük kentlerde, yalnızca verem, sıtma, trahom, frengi cephelerinde değil, ülke sathında yaygın olarak, sağlığı ilgilendiren her alanda ve her yerde yapılmasını öngörmüştür.

Şekil 2: *Dikey (tek amaçlı) ve Yatay (çok amaçlı) Örgütlenme Karşılaştırması*



Şekil 3: *Muş İlinde Yapılan Köy Tipi Sağlık Ocağı ve Lojmanı*



Sağlık örgütlenmesinin en uç birimi sağlık evleridir ve köylerde kurulmuşlardır. Sağlık ocaklarına bağlı olarak hizmet verirler. Sağlık evlerinde birer ebe görev yapar. Burada çalışan ebenin görevleri, sağlık ocağındaki ebelerle aynıdır. Sağlık ocağı hekimi, haftanın belli günlerinde sağlık evlerini ve bölgedeki köyleri ziyaret ederek, ebenin çalışmalarını denetler, sağlık ocağına gelemeyen hastalara poliklinik hizmeti verir ve diğer hizmetleri yapar *(mobil hizmet)*.

Şekil 4: *Varto Sağlık Evi*

Nüfusunu bilmeyen, yani, kimler için hizmet vereceğini *(kimlerin sağlığından sorumlu olduğunu)* bilmeyen sağlık ocağı personeli, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki kanunun ilkelerini yerine getiremez. O nedenle, sağlık ocağında yapılması gereken ilk iş, bölgede yaşayan "*nüfusun tespiti*" dir. Bölgede yaşayan bütün aileler ve bireyler "evhalkı tespit fişi" *(ETF)* adı verilen formlara kaydedilir ve her aile için birer "aile zarfı", her birey için ise birer "kişisel sağlık fişi" düzenlenir. Ayrıca bölgedeki 0-6 yaşları arasındaki çocuklar ve 15-49 yaşları arasındaki *(doğurgan çağ)* kadınlar için de formlar vardır. Kişilere götürülen bütün hizmetler *(aşılar, izlemler, muayeneler, hastaneye sevkler vb)* bu formlara işlenir. Bu işlemeler sağlık ocağının temel kayıtlarıdır.

HÜKÜMET TABİPLİĞİNİN SONU / BİR ANI

Prof. Dr. Zafer ÖZTEK

1982 yılında dönemin Sağlık Bakanı Prof. Dr. Kaya Kılıçturgay Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü olmamı önerdi. Öneri cazipti; yıllardır sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinin bütün ülkeye yaygınlaştırılamamış oluşunu eleştiriyorduk; bu öneri bir fırsat olabilirdi. Karar vermeden önce hocam Nusret Fişek'e danışmak istedim. Kendisini öğretim üyeleri kafeteryasında buldum. Yanına oturup durumu açıkladım; Henüz sosyalleştirilmemiş olan 20 ili (o yıllarda il sayısı 67 idi) sosyalleştirip sistemi bütün ülkeye yaymak istediğimi söyledim. Pek umutlu görünmedi. "Zor iş, ama, yapabilirsen iyi olur", dedi. Yani, görevi kabul etmem için yeşil ışık yanmıştı. Göreve 1982 yılının Haziran ayında başladım. Görev yaptığım süre içinde üniversitede almakta olduğum ve aylık ücretimin yaklaşık yarısını oluşturan döner sermaye ödeneğini alamayacaktım, ama sosyalleştirmeyi yayma idealim için bu fedakârlığı göze almalıydım.

O yıl Devlet Planlama Teşkilatında bir toplantı yapıldı. Amaç, plan çalışmalarını değerlendirmek ve 5. Kalkınma Planı için hazırlıklar yapmaktı. Toplantıyı DPT Sosyal Planlama Dairesi Başkanı yönetiyordu. Bir ara, yeni sağlık ocaklarının yapılması gerektiğini ifade ettim. Başkan, bana dönerek, "bu mümkün değil, çünkü 224 sayılı kanunun miadı doldu" dedi. Beynimden vurulmuşa döndüm. "Bu da ne demek oluyor" diye karşı çıktım. Durumu açıkladı. Kanun 1961 yılında çıktığında "sosyalleştirme 15 yıl içinde bütün ülkeye yayılır" şeklinde bir madde vardı. Bu süre 1976 yılında 5 yıl daha uzatılmıştı. Yeni süre 1981 yılında dolmasına karşın, yeniden uzatılmamış ve böylece kanunun süresi dolmuş. Kısacası, yeni bir yatırım yapılması mümkün değildi.

Bakanlığa döner dönmez, durumu Bakana ve Müsteşara açıkladım. Kanunun uzatılmasında 1,5 yıl geç kalınmıştı. Derhal bir kanun değişikliği tasarısı hazırlandı ve Milli Güvenlik Konseyine sunuldu. O dönemde kanun çıkartmak göreceli olarak kolaydı. Bütün sorun, Kenan Evren Paşa ve Konseyin Genel Sekreteri Necdet Üruğ Paşayı ikna etmekti. Kanunun görüşülmesi için Konseye gittik. Kenan Evren Paşa yüksek kürsüde oturuyordu, sağında ve solunda dört kuvvet komutanı vardı. Değişikliği anlattık. Kenan Evren Paşa etrafına bakmadan "kabul edenler, etmeyenler?" diye sordu. Verilen oyları bile görmeden "kabul edilmiştir" diyerek konuyu bağladı. Böylece, 224 sayılı yasa kurtarılmış oldu.

Bakanı 20 ilin sosyalleştirilmesi konusunda ikna etmem altı ayımı aldı. Konunun püf noktası, 224 Sayılı Kanunun 17. maddesi idi. Bu madde "bir ildeki alt yapı tamamlanmadan o ilde sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerine başlanamaz" diyordu. Yani, bir ildeki bütün sağlık ocakları ve sağlık evleri yapılmadan, araç-gereç ve personel sağlanmadan bir il sosyalleştirilemez anlamı çıkıyordu.

Bu örgütlenme modeli uzun süre kırsal bölge ağırlıklı olan illerde uygulanmış, batı illerine ve metropollere ulaşması gecikmişti. Bu durum, sosyalleştirme modelinin, sanki geri kalmış ve kırsal bölgeler için olduğu izlenimini vermekteydi. Bu gecikmede kaynak yetersizliği neden olarak gösterilmişse de asıl nedenin hükümetlerin sağlık hizmetlerine öncelik vermeyişleri olduğu bir gerçekti. Dolayısıyla, bu olumsuzluğun giderilmesi ve henüz sosyalleştirilmemiş olan 20 ilin, daha geç kalınmadan sistemin içine alınması gerekiyordu. Ama 17. maddenin yorumu bunu engelliyordu. Yatırımlar çok yavaştı, mali kriz yaşanıyordu. DPT zaten konuya sıcak bakmıyordu.

Kanunun 17. maddesi şöyle diyordu: "*Bir bölgede sağlık hizmetlerinin iyi bir şekilde yürütülmesi için gereken tesisler, lojmanlar, malzeme, araçlar ve personel temin edilmeden bölgede sosyalleştirme planı tatbik edilemez.*"

Görüldüğü gibi, bu madde özellikle ülkemizin göreceli olarak mahrumiyet bölgelerinde bina yetersizliğini ve personelin konut bulmakta zorlanacağını düşünerek hizmet ve lojman binaları yapılmadan hizmetlerin uygun şekilde yürütülemeyeceğini dikkate almış. Oysa, 1982 yılında henüz sosyalleştirilmemiş 20 il ülkemizin batısında ve olanakları daha iyi olan illerdi.

Öte yandan, ekonomik koşullar nedeniyle bu madde hükümlerinin yıllar boyunca yerine getirilemeyeceği açıktı. Sağlık Bakanlığı bir yol ayrımındaydı ve karar verilmesi gerekiyordu; ya mevcut karmaşanın devam etmesine göz yumulacaktı, ya da bir çıkış yolu bulunacaktı. Kuşkusuz ikinci yol daha akılcıydı. Dolayısıyla, söz konusu madde yeniden yorumlandı. Yasanın asıl istediği hizmet binalarının sağlanmasıydı. Binaların sağlanması yeniden bina yapımı biçiminde olabileceği gibi mevcut binaların değerlendirilmesi biçiminde de olabilirdi. Bina sağlandıktan sonra araç-gereç ve personel konusu daha kolay olacaktı.

O dönemde "Bakanlık Encümen Toplantısı" adı verilen ve üst düzey yöneticilerin katıldığı düzenli toplantılar yapılırdı. Bu toplantılarda personel atamaları yanı sıra çeşitli sorunlar tartışılırdı. Bir toplantıda görüşlerimi uzun uzun açıkladım. Sosyalleştirme modelinin tehlike altında olduğunu, eğer sistem bütün Türkiye'ye yaygınlaştırılıp ülkenin tek sistemi haline getirilemezse, alternatif modeller, belki de eski hükümet tabipliği sisteminin geri gelmesi söz konusu olabileceğini, o nedenle hızlı davranmak ve artık geri dönülemeyeceğini göstermek gerektiğini söyledim. Bakana dönerek "artık gemileri yakmanın zamanı geldi" dedim. Bakan sesini çıkartmadı.

Aradan iki gün geçmişti, Bakan Bey beni özel hatlı telefonumdan arayarak "**Zafer Bey, gemileri yakıyoruz**" dedi ve telefonu kapattı. O kadar! Mesaj alınmıştı. Derhal çalışmalara başladık. 20 ili aramızda paylaştık ve bu illere giderek sağlık ocaklarının ve sağlık evlerinin yerlerini il yöneticileriyle belirledik, uygun binalar arayıp bulduk. Örneğin, Kütahya'da deprem evlerini, Manisa'da jandarma karakolunu, imamın lojmanını, Sakarya'da belediyenin evlendirme salonunu sağlık ocaklarına dönüştürdük, kiralama yolu ile binalar sağladık. Ben Sakarya ilinin sosyalleştirmesini yaptım. O dönemde Genel Müdürlükte uzman olarak çalışmakta olan arkadaşlarım Dr. Recep Akdur ve Dr. Çağatay Güler de bu konuda emek verdiler. O dönemde Edirne il sağlık müdürü olan Dr. Ratıp Kazancıgil'in emeklerini saygıyla anmak isterim. Araç-gereç ve personel de sağlandıktan sonra 1983 yılı sonunda *(daha doğrusu 1 Ocak 1984 itibariyle)* hükümet tabipliği sistemi tarih oldu ve bütün ülke sosyalleştirilme kapsamına alındı. Bu uygulama ile sosyalleştirilen yerlerde elbette bazı sorunlar görüldü, ama bunların hiçbiri bu sistemin yıllardır uygulanmakta olduğu illerden daha fazla değildi. Bu arada, o zamana kadar sosyalleştirmeyle ilgili yatırımları yürütmekle görevli olan, fakat uygulamada sosyalleştirilmiş bölgelerdeki hizmetlerden sorumlu olduğu gibi bir izlenim veren Sosyalleştirme Dairesi görevi tamamlandığı için kapatılarak işlevleri Temel Sağlık Genel Müdürlüğüne devredildi. O zamanlar pratik anlamda, hükümet tabipliği modelinin olduğu illerden Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, diğer illerden Sosyalleştirme Dairesi sorumluydu. Böylece, Bakanlık içindeki görev ikilemine de son verilmiş oldu.

Bu uygulama sonucunda Bakanlık sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesini bir politika olarak benimsediğini göstermiştir. Bu uygulamayla sosyalleştirme zarar görmemiş, aksine güç kazanmıştır. Hizmetlerin yayınlaştırılması bir gecede olmamış, illerin planlanması bir yılı aşan bir sürede tamamlanabilmiştir. Bu süre içinde bütün personel tamamlanmış ve hizmet öncesinde uyum eğitimleri yapılmıştır. O yıllarda sağlık ocağı hekimliği yapan kişilerin yakından bildiği "Sağlık Ocağı Yönetimi" adındaki el kitabı bu eğitimler için hazırlanmıştır.

Şekil 5: *Yıllara Göre Sosyalleştirilen İller*

1963 (2. Yıl)	1965 (4. Yıl)	1970 (9. Yıl)
1978 (17. Yıl)	**1981 (20. Yıl)**	**1983 (22. Yıl)**

SOSYALLEŞTİRME BAŞARILI OLDU MU?

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi uygulamalarının çok başarılı olduğu gerek üniversitelerin eğitim ve araştırma bölgelerindeki değerlendirmelerden, gerekse illerdeki çalışmalardan anlaşılmış, toplumun sağlık düzeyinin gelişmesine son derece olumlu katkılar yaptığı çok sayıdaki araştırmayla kanıtlanmıştır. Örneğin, uygulamanın başladığı yıllarda bebek ölüm hızı binde 208 gibi çok yüksek düzeydeydi, ana ölüm hızı yüzbinde 250, toplam doğurganlık hızı 6.1 idi. Bu hızlar 2008 yılında sırasıyla binde 18, yüzbinde 38 ve 2.1'e kadar düşürülmüştü.

Sosyalleştirmenin mimarı Dr. Nusret Fişek uygulamayı görmek üzere gittiği Muş ilinde görüştüğü kişilere memnun olup olmadıklarını sorduğunda bir vatandaş hizmetlerden memnuniyetini şu sözlerle ifade etmişti: "Gökte Allah, yerde sosyalizo".

KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER

Bu olumlu gelişmelere karşın, bu hizmetlerin, ilk uygulandığı andan itibaren birçok güçlükle karşı karşıya olduğu da bir gerçekti. Bu sorunlardan önde gelenleri şöyle özetlenebilir:

- Yasa tasarısının hızla ve kamuda tartışılmadan kabul edilmiş olması *(özellikle finansman konusundaki hükümler),*
- Yöneticilerin sosyalleştirilmiş sağlık hizmeti modelini kavrayamaması *(1960'lı yıllarda Sağlık Bakanları bile kanunun iptalini istemişlerdir),*
- Sadece sağlık ocaklarını düzenleyen bir yasa olarak algılanması,
- Uygulamanın Doğu Anadolu'dan başlatılması ve uzun süre bu bölge dışında uygulanmaması,
- Muş ili uygulamalarının değerlendirilmemesi,
- Devlet Planlama Teşkilatı'ndan gerekli yatırım önceliklerinin sağlanamaması,
- Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri modeli içinde yer almaması gerektiği halde dikey örgütlenme kuruluşlarının *(AÇS –AP merkezi gibi)* kaldırılamaması,
- Sağlık ocaklarının teknik altyapısının geliştirilememesi,
- Kent tipi sağlık ocağı modelinin tam olarak geliştirilememesi, *(1960 yılında nüfusun %68,1'i kırsalda, % 31,9'u kentlerde yaşamaktaydı)*

- Sağlık ocağı hekimlerinin niteliklerinin halk tarafından yetersiz gibi algılanması,
- Sevk zincirinin etkili biçimde işletilememesi,
- Doğrudan hastanelere başvuruları sınırlamaya karşı halkın memnuniyetsizliği,
- Eğitim bölgelerinin yeterince kurulup desteklenememesi,
- Yeterli ve sürekli politik kararlılığın olmaması, politik baskılar,
- Sosyalleştirme terimine duyulan tepki *(sosyalizm ile karıştırılması),*
- Toplum katılımının sağlanamaması.

SONRA NELER OLDU?

Bu sorunların giderilmesi iki yolla olabilirdi:

(a) mevcut sistemi rehabilite etmek;

(b) yeni bir model oluşturmak.

Zamanın hükümeti ikinci yolu seçti. "Sağlık reformu" olarak nitelendirilen bir girişim çerçevesinde 24 Kasım 2004 tarihinde 5258 sayılı "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" kabul edildi.

Türkiye'nin bu noktaya gelmesinde dünyadaki iki faktörün de önemli rol oynadığı söylenebilir:

DÜNYA BANKASI: Sağlık sektörü Dünya'da, enerji *(petrol)* ve silah sektörünün ardından en çok paranın döndüğü üçüncü büyük sektördür. Bu gerçekten hareketle, Dünya Bankası, 1978 yılında "Sağlık ve Beslenme" *(Health and Nutrition Department)* adı altında bir birim oluşturdu. Bunu izleyen yıllarda Dünya Bankası bütün ülkelerde sağlık hizmetlerini değerlendirme *(health sector review)* önerisinde bulundu. Birçok ülke Banka tarafından finanse edilen bu değerlendirme araştırmasını yaptı. Bundan sonraki adımda, ülkelerde kongreler düzenlenerek araştırma sonuçları değerlendirildi, ülkedeki sağlık düzeyi ve sorunlar tartışıldı. Ülkelerin hemen hepsinde ciddi sorunlar olduğu saptandı. Bu sorunların çözümü için uzun vadeli ve düşük faizli krediler vermeyi öneren Dünya Bankası, bu kredinin verilebilmesi için iki koşul öne sürdü:

1. Aile hekimliği sisteminin kurulması
2. Sağlık sigortacılığının başlatılması

Dünya Bankası kredi alacak ülkelerin Sağlık Bakanlıkları bünyesinde bir koordinasyon biriminin oluşturulması koşulunu da ileri sürdü. Bu birimdeki Banka temsilcisi alınan kredinin harcanmasında yetki sahibi olacaktı. Pek çok ülke 1980'li yıllarda bu önerileri kabul etti.

SOVYETLER BİRLİĞİ'NİN DAĞILMASI: Dünya Bankası'nın bu girişimleri 1991 yılında Sovyetler Birliğinin çökmesi ile hız kazandı. Banka, Sovyetler Birliğinin dağılmasından sonra bağımsız kalan 15 devlete de benzer önerilerde bulundu. Öneriler bu ülkelerin çoğu tarafından olumlu karşılandı. Böylece, Amerika Kıtasından, Asya Kıtasına kadar birçok ülkede aile hekimliği ve sağlık sigortacılığının temel alındığı bir sağlık hizmetleri modeli bir salgın biçiminde yayılmaya başladı. Dünya ülkeleri birbirine benzeyen *(standart olmamakla birlikte benzer modeller denilebilir)* bir sağlık sistemine geçtiler. Bu salgın Türkiye'yi de etkiledi. Ülkemiz, 1980'li yılların sonunda Dünya Bankası kredisini aldı, sağlık sektörü değerlendirme araştırmalarını yaptı, bu araştırmaların ele alındığı iki büyük kongre düzenledi, 2001 yılında kurulan Adalet ve Kalkınma Partisi programına aile hekimliği ve genel sağlık sigortası konularını dahil etti ve sonunda 2004 yılında 5258 sayılı "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" kabul edildi.

KAÇIRILAN FIRSATLAR

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi, toplumun hem demokratik hem de sağlık düzeyinin yükseltilmesi için çok önemli ilkeleri kapsıyordu. Bunların çoğu gerçekleştirildi ve başarılı sonuçlar alındı. Ancak, bazı ilkelerin uygulanmasında ciddi zorluklarla karşılaşıldı, bazı ilkelerden ise sonraki dönemlerde geriye dönüşler oldu. Böylece ülkemiz açısından önemli bazı fırsatlar kaçırılmış oldu.

1. **Genel Kurul**: 224 Sayılı Kanunda hizmetlerin planlanmasına diğer sektörlerin, uzmanların, sendikaların, hizmeti uygulayanların, halkın ve özellikle meslek kuruluşlarının katılımı öngörülmüştü. *(Madde 22 – Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi faaliyetlerinin yürütülmesi ve değerlendirilmesi konusunda Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına görüşlerini bildirecek, tavsiyelerde bulunacak ve bu konuda halk ve çeşitli kurumlar arasında işbirliği sağlayacak bir Genel Kurul teşkil edilir. Bu Kurul Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığından tayin edilecek veya vazifelendirilecek yeter sayıda mütehassıs ile Üniversitelerin, Bakanlıkların, Devlet Planlama Teşkilatının, İşçi Sigortaları Kurumunun, Türk Tabipleri Birliğinin, Türk Eczacılar Birliğinin, Türk Veteriner Hekimleri Odaları Birliğinin göndereceği salahiyetli temsilcilerle il sağlık kurullarının göndereceği birer temsilciden teşekkül eder. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının talebi üzerine yukarıda adı zikredilmeyen kurumlar da Genel Kurula daimi veya muvakkat temsilci gönderir....)* Kanunun uygulandığı ilk dönemlerde bu kurul işlevini yerine getirdi, fakat giderek tavsadı. Günümüzdeki sorunlardan birisi sağlıkta sektörler arası işbirliğinin yetersizliği ve özellikle meslek kuruluşlarıyla *(Tabipler, Diş Hekimleri, Eczacılar vb)* hükümet arasındaki kopukluktur. Eğer, 224 Sayılı Kanundaki genel kurul uygulaması sürdürülebilseydi günümüzdeki bu sorun olmayabilirdi.

2. **Pilot değerlendirme yapılmaması**: Dr. Nusret Fişek sosyalleştirmenin üç ilde *başlamasını (Muş, Çankırı, Edirne)* önermişti. Ancak, finansal nedenlerle yalnızca Muş ilinde başlatılması kabul edildi. Muş ilindeki uygulamalar bir pilot uygulama değildi ve değerlendirilmeden ertesi yıl dört il daha sosyalleştirmeye dahil edildi. Muş uygulaması değerlendirilseydi çok önemli bir hizmet araştırması örneği oluşturacaktı. Aynı hata (!) aile hekimliğinin başlatıldığı Düzce uygulaması için de geçerlidir.

3. **Halkın katılımı**: 224 Sayılı Kanun "halkın sağlık hizmetlerine katılımı" ilkesini öngörmüştü. Bu amaçla bir yönetmelik çıkartılmış ve "sağlık ocağı sağlık kurulları" kurulmuştu. Bu son derece demokratik bir girişimdi. Toplum liderleri 3 ayda bir sağlık ocağı hekiminin başkanlığında toplanıp bölgenin sağlık sorunlarına ilişkin kararlar alacaklardı. Ancak, birkaç örnek dışında bu kurullar oluşturulamadı ve sistem işletilemedi. Sağlık ocağı sağlık kurulları işletilebilseydi, bu model diğer sektörlere de yansıyabilirdi. O zaman Türkiye'deki demokratik ortam çok ileri gidebilirdi. Yazık oldu.

4. **İl içinde bütünlük**: 224 Sayılı Kanuna göre sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi il içinde bütünlük ilkesine göre olacak, ilçe sınırları, dolayısıyla kaymakamlar devre dışında kalacaklardı. Uygulamanın ilk yıllarında bu şekilde yürütülmesine karşın "il idaresi kanunu"na uymadığı gerekçesiyle yapılan itirazlar ve baskılar sonunda geri adım atıldı. Böyle olmasaydı, günümüzde sağlık hizmetleri daha bağımsız olabilecekti.

5. **Basamaklı sağlık sistemi**: Sosyalleştirmenin en temel ilkelerinden birisi hasta sevk sistemiydi. Ancak, bu ilke aile hekimliği modeli için de düşünülmüş olmasına karşın, 2013 yılında tamamen kaldırıldı ve hastalar istedikleri kuruluşa başvurmakta serbest oldular. Halen ülkemizdeki sağlık hizmeti sorunlarının ilk sıralarında basamaklı sistemin kaldırılması gelmektedir.

6. **Birinci – ikinci basamak arasındaki uyumsuzluk**: Sosyalleştirme ilkelerine göre, sağlık ocaklarından hastanelere sevk edilen hastalar ücretsiz ve bekletilmeden öncelikle muayene ve tedavi edileceklerdi. Ne yazık ki, hastane yönetimleri bu ilkenin önemini yeteri kadar kavrayamadı ve uygulamada bazı aksamalar gözlendi. Bu sistem tam ve uygun biçimde uygulanabilseydi ve toplum memnun edilebilseydi günümüzdeki sorunlar oluşmayabilirdi.

7. **Ücretsiz muayene**: Sosyalleştirmenin ilkelerinden birisi de sağlık ocaklarındaki hizmetlerin ücret-

siz olmasıydı. Bu ilkenin amacı, hizmetlerin ülkenin her yerine dengeli biçimde dağıtılabilmesi, vatandaşların eşit ve ihtiyacı ölçüsünde hizmetlere ulaşabilmesiydi. Ancak, 2004 yılında sağlık ocaklarına yazar kasa konulması ve hastalardan ücret alınması kararlaştırdı. Bu karar sosyalleştirme yasasına büyük bir darbe oldu.

8. **Tam süreden dönüş**: Söz konusu kanunda sağlık personelinin tam gün çalışacağı ilkesi yer almaktaydı. 1980'li yıların sonunda sağlık ocağı hekimlerinin muayenehane açabilmesine izin verildi. Bu da sağlık ocağı çalışmalarına bir darbe oldu.

9. **Sektörler arası eşgüdüm**: Hemen bütün sektörlerin sağlık hizmetlerindeki rolleri ve sorumlulukları dikkate alınarak sektörlerin işbirliği ve uyum içinde çalışmaların çağdaş bir anlayış olduğu 1978 yılında yayımlanan Alma-Ata Bildirisinde de yer almıştır. 224 sayılı yasada bu ilke Alma-Ata Bildirisinden tam 17 yıl önce yer almıştı. Ancak, ne yazık ki, ülkemizde bu konuda işleyen bir mekanizma oluşturulamadı. 1983 yılında Milli Güvenlik Konseyi, sağlıkta sektörler arası eşgüdümü koordine etmek üzere 5 bakandan oluşan bir "mini kabine" oluşturulmasını önermişti. Bu öneriye ilk itiraz Sağlık Bakanlığından geldi. Zamanın Sağlık Bakanı, kendi yetkilerini hiçbir bakanlıkla paylaşmayacağını belirtti.

10. **Sağlık ocaklarının donanımı**: Sağlık ocakları mütevazı şekilde donatılmıştı. Laboratuvarında bir mikroskoptan başka bir şey yok gibiydi. Elle çevrilen bir santrifüj, hemoglobin ölümü için bir Sahli cihazı bulunuyordu. Böylesine kıt olanakların olduğu sağlık ocakları özellikle kentlerde yaşayanlarca tercih edilen bir kuruluş değildi. Sağlık ocaklarının *(birinci basamak)* donanımlarının yetersizliği bu sistemin geliştirilmesinin önündeki engellerden birisi oldu.

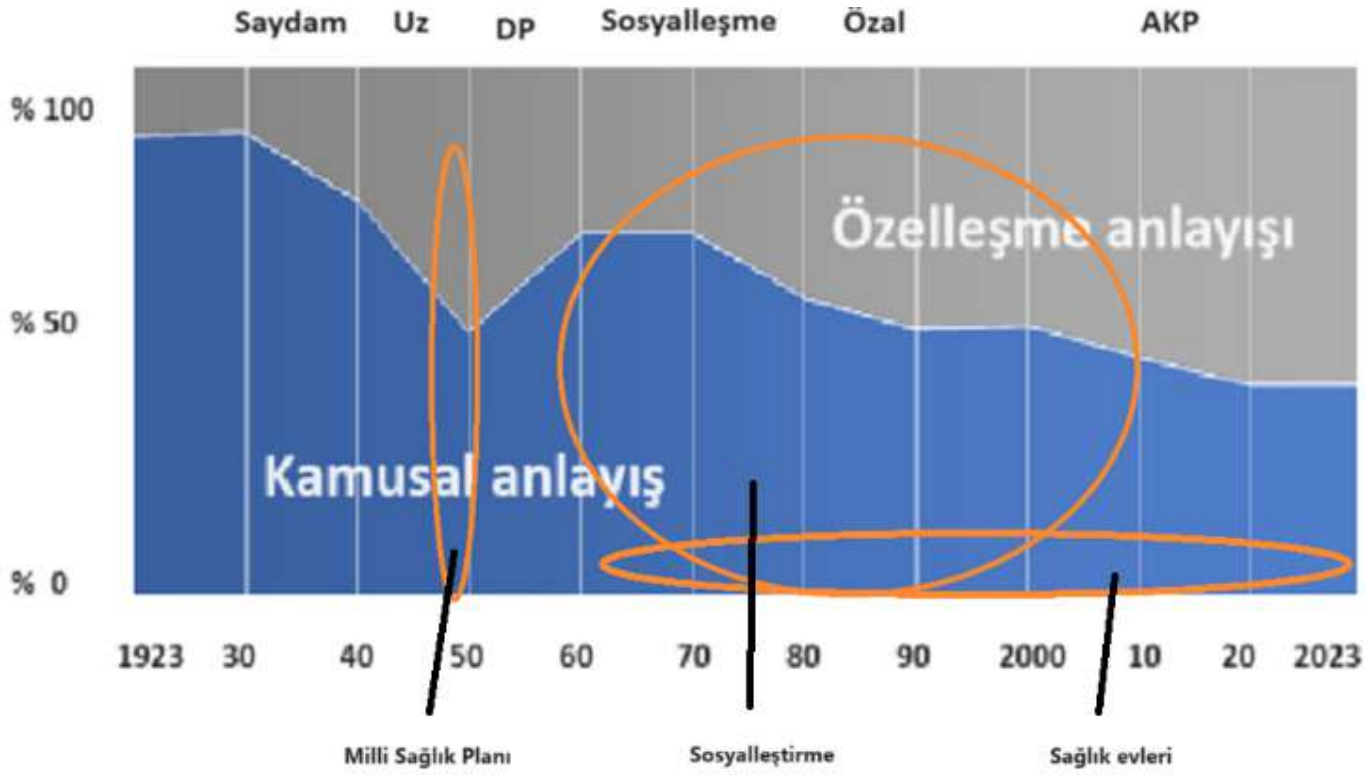
11. **Üniversitelerle işbirliği**: Üniversitelerle Sağlık Bakanlığı arasında "sağlık eğitim ve araştırma bölgeleri" (SEAB) kurulması konusunda protokoller imzalanmıştı. Bunlar arasında özellikle Hacettepe Üniversitesine bağlı Etimesğut ve Çubuk bölgelerinde yönetim ve sağlık ocaklarının işletilmesi Üniversitenin sorumluluğuna terk edilmişti. Bu yaklaşım giderek değişti ve üniversiteler SEAB yönetimleri dışına çıkartıldı. Bu hata, çok önemli bir fırsatın kaçırılmasına yol açtı. Bu yanlışlık yapılmasaydı, sağlık hizmetleri daha bilimsel biçimde yürütülebilecek, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimler daha nitelikli olabilecekti, hizmet araştırmaları ve özellikle halk sağlığı uzmanlarının eğitimleri konularında önemli katkılar sağlanacaktı.

12. **Gerçek aile hekimliği**: Sağlık ocağı bölgesindeki bütün aileler sağlık ocağına kayıtlıydı. Ocak hekimi ve diğer personel aileleri ve her bireyi yakından tanırdı, onların ev ve yaşam koşullarını bilirdi, mutfaklarını, tuvaletlerini, ahırlarını bile görür ve gereken önlemlerin alınmasını sağlardı. Hemşireler ve ebeler bölgelerindeki her gebeyi, çocuğu, gelini, yaşlıyı tanır, onların sorunlarını ve hatta sırlarını bilirdi. Sağlık personeli, deyim yerindeyse, ailelerin yakın dostu, ailenin birer üyesi gibiydiler. Kısacası, sağlık ocağı sistemi gerçek aile hekimliğiydi. Bu model yıkıldı ve yerine aileden sorumlu olmayan, yalnızca kendisine kayıtlı bireylere hizmet veren, ama adı aile hekimliği olan bir model kuruldu. Aile hekimliği kavramı yozlaştı. Yazık oldu.

SAĞLIK HİZMETLERİ NEREYE GİDİYOR?

Genç Cumhuriyet döneminde sağlık hizmetleri bir devlet sorumluluğu olarak kabul edilmiş ve kamusal kaynaklarla finanse edilmesi benimsenmişti. 1950 yılında ülkenin genel politik yönünün liberal ekonomik sisteme doğru değişmesine paralel olarak sağlık hizmetlerinde de özelleştirme yönünde değişiklikler odu. 1960'lı yıllarda ise sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi kanunu uyarınca yeniden sağlığın bir insan hakkı olduğu ve devletin temel sorumluluklarından olduğu ilkesi benimsendi. Ancak, 1980'li yılların ortalarından başlayarak özelleştirme anlayışı yeniden canlandı. Günümüzde bu yaklaşım tepe noktasına erişti, özel hastaneler yaygınlaştı, şehir hastaneleri kuruldu, özel sigortacılık teşvik edildi, cepten harcamalar arttı. 2013 yılında "hekim seçme özgürlüğü" adı altında kişilerin birinci basamaktan sevk edilmeksizin arzu ettikleri hekime ve kuruluşa doğrudan başvurabilecekleri bir uygulama başlatıldı; bu sistem performans uygulamasıyla desteklendi. Böylece, sağlıkta basamaklı sisteme son veridi ve hastane hizmetleri yeniden sağlık hizmetlerinin merkezine alındı.

Şekil 6: *Cumhuriyetin 100 yılında sağlık hizmetlerin finansmanına yaklaşım ve sosyalleştirmenin etkilendiği ve etkili olduğu dönemler*



UMUT SÜRÜYOR

Ülkelerdeki toplumsal anlayışlar, ekonomik koşullar ve sağlık gereksinmeleri sürekli değişim içinde. Hastalık örüntüsü, kullanılan teknolojiler, ekonomik olanaklar, sağlık insangücü, toplumun sağlık sorunları, halkın beklentileri, politik görüşler değişiyor. Günümüzden 60 yıl önceki koşullarla şimdiki koşullar eşit değil. O nedenle, 1960'lı yıllara dönerek sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine yeniden başlamak akılcı olamaz. Ama, sosyalleştirmenin benimsediği ilkeler günümüz koşullarına uyarlanarak gerçekçi ve uygulanabilir bir düzenleme yapılabilir.

Gelinen aşamada, sağlık hizmetlerindeki durumun sağlıklı olmadığı ve bazı yeni değişiklilerin yapılması gerektiği yüksek sesle ifade edilmeye başlandı. Bu sesler yalnızca halk sağlığı uzmanları ya da diğer gruplardan gelmiyor, iktidar kanadında da değişikliklerin olabileceğine ilişkin belirtiler görülmeye başlandı. Örneğin, Türkiye için bir felaket olan sağlıkta kamu-özel ortaklığı modelinden vazgeçileceği ve bundan böyle şehir hastanelerin devlet bütçesiyle yapılıp işletileceğine dair açıklamalar duyuldu; ilçe sağlık müdürleri sözleşmeli özel hekim statüsündeki aile hekimlerinin sicil amirleri oldu; böylece, aile hekimlerinin giderek kamu görevlileri olabileceği izlenimi oluştu; aile hekimliği sisteminin "bireylere hizmet veren" uygulamasının "ailelere hizmet veren" ve bölge tabanlı bir yöne evrilmesi gerektiği konusunda tartışmalar yapılır oldu; şimdiye kadar ihmal edilmiş olan "aile diş hekimliği" sistemiyle ilgili Eskişehir, Karabük ve Kırşehir illerinde pilot çalışma başlatıldı.

Sosyalleştirme toplum nezdinde o kadar benimsendi ki, halkımız hala aile sağlığı merkezlerine *(ASM)* "sağlık ocağı" demeye devam ediyor. Sağlık ocaklarının kapatılmasına karşın, sağlık evleri kapatılmadı. Halen ülkemizde 5500 dolayında sağlık evi çalışır durumdadır.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine ilişkin ilkeler o kadar gerçekçi, evrensel ve çağdaş ki, bu ilkelerden dönmek hiç de akılcı değil. Günümüzde kısmen de olsa gözardı edilmiş olan bu ilkelere dönüleceği yönündeki umutlar devam ediyor. Halk sağlığı uzmanları olarak bize düşen sorumluluk mevcut aile hekimliği sistemini

bilimsel yöntemlerle değerlendirmek, akılcı öneriler geliştirmek ve gerçekleştirilmeleri için her kademede lobicilik dahil girişimler yapmaktır.

Kaynaklar

1. *Aydın E. Sosyalleştirme Yasasındaki Teknik Hatalar ve 32. Madde Olayı, Toplum ve Hekim, Temmuz-Ağustos 1995, Cilt 10, Sayı 68.*
2. *Başar Z. Hükümet Tabibinin Ödevleri ve Yapılış Yolları, Işık Matbaası, İstanbul, 1944.*
3. *Benli D, Özcebe H. Etimesğut Sağlık Bölgesi 1985–1989 Yılları Çalışmalarının değerlendirilmesi, HÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Yayın No:91/53, Ankara, 1991.*
4. *Demirhan Erdemir A. Tıp Tarihi, Nobel Tıp Kitapları, İstanbul, 2014.*
5. *Fişek N. Halk Sağlığına Giriş, Hacettepe Üniversitesi– Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırıcı Yetiştirme Merkezi Yayını No:2, Ankara, 1983.*
6. *Hacettepe Üniversitesi'nde Toplum Hekimliğinin İlk 15 Yılı 1967-1981, H.Ü. Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayın No: 16, Ankara, 1981.*
7. *Hayran O, Sur H. Sağlık Hizmetleri El Kitabı, Yüce Yayım, İstanbul, 1998.*
8. *Kasapoğlu A. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü, Sosyoloji Araştırmaları Dergisi, 2016, Cilt 19 Sayı 2*
9. *Kurt AÖ, Şaşmaz T. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi: 1961–2003, Lokman Hekim Journal, 2012; 2 (1): 21-30*
10. *Okyay P, Dedeoğlu N., Öztek Z. (Ed.) Tarihsel Bakışla Türkiye'de Halk Sağlığı, HASUDER Yayını No: 2018-5, 2018.*
11. *Öztek Z. Dr. Behçet Uz'un Sağlık Planı: Sağlıkta Altın Olaylar – Genişletilmiş 2. Bakı, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Yayını, Ankara, 2017.*
12. *Öztek Z. Halk Sağlığı Bakışıyla Sağlık Hizmetleri – Kavramlar, İlkeler, Politikalar, Maltepe Üniversitesi Yayını, İstanbul, 2019.*
13. *Öztek, Z. Nusret Fişek ile Söyleşi, Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi yayını, Ankara, 1992.*
14. *Öztürk Y. Çubuk Sağlık, Eğitim ve Araştırma Bölgesi 1977– 1983 Yılları Çalışmalarının Değerlendirilmesi, HÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Yayın No:85/28, Ankara, 1985.*
15. *Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Sağlık Propagandası ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü, Yayın No: 422, Ankara, 1973.*
16. *TTB, Türkiye'de Sosyalleştirmenin 50 Yılı, Füsun Sayek TTB Raporları / Kitapları - 2011*
17. *Türkiye'nin Sağlık Sorunları ve Çözüm Önerisi: Sağlıkta Yeni Sosyalleştirme Programı, Türkiye İşçi Partisi, 2022.*

DAVETLİ KONUŞMA

HALK SAĞLIĞI YETERLİK KURULU ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME KOMİSYONU FAALİYETLERİ

Prof. Dr. Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Dünyada çok uzun zaman önce uzmanlık alanında yeterlik kavramı ve yeterlik kurullarının (board) oluşturulması gündeme gelmiş, ülkemizde ise 1990'lardan itibaren Türk Tabipleri Birliği (TTB) bu süreci başlatarak 1995 yılında Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu'nu (**UDEK**) kurmuş, 2004 yılında da UDEK bünyesinde Ulusal Yeterlik Kurulu (**UYEK**) kurulmuştur. UYEK'in temel görevleri arasında, Yeterlik Kurullarının gerek uzmanlık eğitim müfredat programı hazırlamada, gerekse ölçme ve değerlendirmedeki standardizasyonu ve eşgüdümü sağlamak, çıkabilecek sorunlarda harmonizasyon çalışmaları yapmak yer almaktadır.

Bu yeterlik kurullarından biri olan HASUDER Yeterlik Kurulu (YK) da 2012 yılında kurulmuş, Yeterlik Kurulu'nun altında yapılandırılan "Ölçme Değerlendirme Komisyonu", "Yeterlik Yürütme Kurulu", "Eğitim Kurumları ve Programlarını Değerlendirme Komisyonu" (Eşyetkilendirme Komisyonu) ve "Eğitim Programları Geliştirme Komisyonu" ile iş birliği içerisinde görevlerini yürütmektedir.

Bu kapsamda Ölçme-Değerlendirme Komisyonu, öncelikle Avrupa ülkelerinde Halk Sağlığı alanında yapılan yeterlik sınavlarını ve diğer uzmanlık derneklerinin yapmakta olduğu yeterlik sınavlarını incelemiş, sonra hem teorik hem de beceri/yeterlik sınavları için gerekli inceleme ve hazırlıklarını tamamlayarak 2015 yılından itibaren Halk Sağlığı **Yeterlik Sınavları'**nı yürütmeye başlamıştır.

Halk Sağlığı Yeterlik Sınavları iki aşamadan oluşmaktadır;

1. Teorik sınav
2. Nesnel Yapılandırılmış Halk Sağlığı Sınavı (Objective Structured Public Health Examination-OSPHE) (Pratik sınav) olarak yapılmaktadır.

Teorik sınavları hazırlamak için, Ölçme-Değerlendirme Komisyonu tarafından standart bir soru hazırlama formu geliştirilmiş ve formata uygun olarak Halk Sağlığı Anabilim Dalı başkanlıkları aracılığıyla profesör ve doçentlerden 5-10 soru istenmiştir. 19 tıp fakültesinin Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndan soru gönderilmiştir. Daha sonraki yıllarda ise çevrimiçi soru girişi için bir sistem oluşturma çalışması yürütülmüş ve öğretim üyelerinin çevrimiçi bireysel soru girişi sağlanarak bir soru bankası oluşturulmuştur. Soru bankasında biriken sorular, komisyonun beş üyesi tarafından gruplandırılmış ve gözden geçirilerek 100 soruluk teorik sınav soru kitapçığı hazırlanmıştır. Sınavdaki soru sayısının halk sağlığı alt alanlarına dağılımı, TUKMOS'ta Halk Sağlığı Uzmanlığı için belirtilen öğrenim hedeflerine göre ağırlıklandırılarak sağlanmıştır.

Halk Sağlığı Yeterlik Kurulu yönergesine göre; teorik sınavda veya geçen iki yıl içinde yapılan teorik sınavda **60 ve üzerinde alanlar, pratik sınava katılabilmektedirler.** İki yıl içinde pratik sınava hiç girmeyenlerin veya açılan pratik sınavlardan iki kez başarılı olamayanların yeniden teorik sınava girmeleri gerekmektedir. Herhangi bir koşulda pratik sınav açılamayan yıllar, bu iki yıllık süreçten sayılmamaktadır. Her yıl Ulusal Halk Sağlığı Kongreleri'nde yapılmaya çalışılan Yeterlik Sınavlarının ilk aşaması olan teorik sınava **son yıl halk sağlığı asistanları veya halk sağlığı uzmanları** katılabilir, p**ratik sınava ise sadece uzmanların katılımı** söz konusu olmaktadır. Her iki sınavda başarılı olan uzmanlar yeterlik belgesi almaya hak kazanmaktadırlar. Yönergeye göre şimdiye kadar bu belgenin geçerliliği 10 yıl idi. TTB-UYEK uzmanlık derneklerinin yaptığı yeterlik sınavlarında belgeleri beş yıl olarak onayladığını belirterek değişiklik önermiştir.

Pratik sınav, birinci aşama teorik sınavdan tamamen farklı bir değerlendirmedir. Birinci aşama sınavı, Halk Sağlığı alanına ilişkin bilgiyi ölçerken, ikinci aşama sınav, Halk Sağlığına ilişkin bilginin kullanılmasını ve yetkinlik alanına uygun olduğunda beceriyi ölçmektedir. Pratik sınavda (OSPHE), yetkinlik alanları birbiri ile en-

tegre bir biçimde hazırlanan farklı sayıda **istasyonda** değerlendirilmektedir. Pratik sınavda her bir istasyonda, sınava giren adaya yazılı ve/veya sözlü olgular sunulmaktadır. Adaylardan istasyonlarda verilen görevleri yapmaları beklenmektedir. Halk Sağlığı öğretim üyelerinden bu sınavları yapma deneyimi olan bir ya da iki değerlendirmeci tarafından kontrol listeleri aracılığı ile adayın beceri/yeterliği değerlendirilmektedir. **Pratik sınavdan** başarılı olabilmek için **her bir istasyondan en az 50 almak ve toplam puanın ortalama 70 veya üzerinde olması** gereklidir.

İlki 2015'de Konya'da düzenlenen Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nde yapılan Halk Sağlığı Yeterlik Sınavları, bazı kongrelerde başvuru olmadığı için, daha sonraki yıllarda da pandemi nedeniyle yapılamamıştır. Şimdiye kadar yeterlik sınavlarına 31 kişi katılmış, bunlardan 5 Halk Sağlığı uzmanı Yeterlik Belgesi almaya hak kazanmıştır. Sınavlarda en yüksek başarı gösteren 4 kişi HASUDER tarafından bir sonraki yılın Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'ne katılımı desteklenmiştir.

Halk Sağlığı Yeterlik Sınavlarında yaşanan temel sorunlar; Halk Sağlığı öğretim üyelerinin soru bankasına soru girmemesi ve sınavlara çok az başvuru olmasıdır. Bunlar için çözüm yolları olarak bazı uzmanlık derneklerinin yaptığı gibi öğretim üyelerinin Ulusal Halk Sağlığı Kongreleri süresi içerisinde soru yazarak sisteme girmeleri sağlanabilir ve son sene asistanlarının Yeterlik Sınavı'nın birinci aşaması olan teorik sınava girmeleri teşvik edilebilir.

DAVETLİ KONUŞMA

HALK SAĞLIĞI YETERLİK KURULU EŞYETKİLENDİRME KOMİSYONU VE 2023 YILI FAALİYETLERİ

Prof. Dr. Dilek ASLAN
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Halk Sağlığı Yeterlik Kurulu Eşyetkilendirme Komisyonu Başkanı

Halk sağlığı, Avrupa Tıp Uzmanları Birliği[1] (ATUB) yapısında temsil edilen bir uzmanlık alanıdır. Avrupa Tıp Uzmanları Birliği'ne ülkeler üç farklı şekilde üye olabilmektedirler: *tam üyelik*[2], *asosiye üyelik*[3] ve *gözlemci üyelik*[4]. Türkiye, ATUB yapısı içinde Türk Tabipleri Birliği (TTB) tarafından "asosiye üye"" statüsünde temsil edilmektedir (1). Avrupa Tıp Uzmanları Birliği'nde 40 ülke ve 50'den fazla tıbbi disiplin temsil edilmektedir (2).

Avrupa Tıp Uzmanları Birliği'nde temsil edilen halk sağlığı uzmanlık alanının orijinal adı ATUB belgelerinde *"Public Health Medicine"* şeklindedir. Türkiye'de, "Halk Sağlığı" karşılığında kullanılmaktadır. Avrupa ülkelerinde tanınan bir uzmanlık alanıdır. Bir tıp uzmanlık alanı olarak halk sağlığı; birey ve toplumun sağlığının iyileştirilmesi amacıyla hekimlerin bilgi, tutum ve becerileri yetkinliklerine sahip olması gerektiğini savunur, bu amaçla çeşitli yetkinlikleri tanımlar (3).

Türkiye'de Halk Sağlığı, Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'nde tanımlanmış ve toplam süresi dört yıl olan bir tıpta uzmanlık alanıdır. Halk Sağlığı Tıpta Uzmanlık eğitimi çekirdek eğitim programı içeriği ile uyumlu olarak sürdürülmeli ve tamamlanmalıdır (4). Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) ülkemizde bu yönetmeliğin bütün gerekliliklerinin uygulanmasından sorumlu kamusal yapıdır (5).

Türkiye'de, halk sağlığı uzmanlık eğitiminin nitelikli ve standart bir şekilde sürdürülmesini görev edinen çok önemli bir başka kurumsal yapı Halk Sağlığı Yeterlik Kurulu'dur. Halk Sağlığı Yeterlik Kurulu, 7.10.2011 tarihinde kabul edilen çalışma yönergesinde tanımlandığı üzere (6); *"halk sağlığı uzmanlık eğitiminin ulusal standartlarını oluşturmak, geliştirmek, aynı zamanda uzmanlık eğitimindeki 'yeterliğin' ve eğitim birimleri eşyetkilendirmesinin temel ilkelerini oluşturmak, uzmanlık eğitimi süresince işlenmesi gereken kuramsal ve uygulamalı eğitim programlarının (kuramsal eğitim için çekirdek eğitim programı ve uygulamalı eğitim için en az yapılması beklenenler) hazırlanmasını sağlamak, uzmanlık öğrencisinin eğitim sürecini izlemek ve değerlendirmek için 'asistan karnesi' gibi belgelendirme araçlarının oluşmasını sağlamak, eğitim kurumlarında hizmetin içeriği ve çeşitliliği, eğitimcilerin sayı ve yetkinliği, eğitim ortamının uygunluğu, uygun ve yeterli teorik ve pratik bir eğitim programının uygulanıp uygulanmadığı, araştırma olanakları, rehber bilgiler ve standartların varlığı gibi konularda eğitim birimlerini gönüllülük temelinde ziyaret etmek ve yukarıda sözü edilen ölçütler açısından eşyetkilendirmek, mesleksel sorumluluk, bilgi, beceri, uygulamalar açısından uzman hekimlerin yeterliklerini ölçmek, değerlendirmek ve belgelendirmek, eğiticilerin ve uzmanlık öğrencilerinin sürekli mesleksel gelişim programlarına katılımını özendirmek ve izlemek, yeniden belgelendirme çalışmaları yapmak, uzmanlık eğitiminde oluşturulan ulusal 'yeterlik belgelendirmesi' ve 'eşyetkilendirme' standartlarının uluslararası standartlara uygunluğunu sağlamak"* gibi çok çeşitli görevleri bulunmaktadır. Kurul, farklı komisyon yapılarına sahiptir.

Halk Sağlığı Yeterlik Kurulu'nun alt komisyonlarından birisi de Eşyetkilendirme Komisyonu'dur. Eşyetkilendirme Komisyonu; çalışma yönergesi (7) ile uyumlu olarak; *ülkemizde halk sağlığı alanındaki tıpta uzmanlık eğitiminin niteliğinin yükselmesine katkı sağlamak amacıyla yapılacak çalışmaların esaslarını belirler, Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde halk sağlığı dalında uzmanlık eğitimi verme koşullarını sağlayan kurumları ziyaret ederek mevcut durumlarını değerlendirip varsa aksaklık ve eksiklikleri belirleyip bunları giderici önerilerde*

---

1 *UEMS; Union Européenne Des Médecins Spécialistes*

2 *full membership*

3 *associate membership*

4 *observer*

bulunur, ulusal standartlara uygun eğitim programı yürüten kurumları "Kurumsal Yeterlik -Belgesi" ile belgelendirmek ve eğitim kurumlarını yeterlik belgesi almaya özendirerek ülkedeki halk sağlığı tıpta uzmanlık eğitiminin standardizasyonunu sağlamak için çalışmalarını yürütür. Anlaşıldığı üzere, Eşyetkilendirme Komisyonu, ülkemizde, halk sağlığı tıpta uzmanlık eğitim programının tanımlanan müfredat ile uyumlu, özgün yapısının tam olarak uygulanmasının sağlanması için çaba içindedir. Komisyon bu amaçla; geçmiş yıllarda olduğu gibi 2023 yılında da önemli çalışmalar yapılmıştır.

Halk Sağlığı Yeterlik Kurulu Eşyetkilendirme Komisyonu, 2023 yılında tıpta uzmanlık eğitimi programını yürüten üç farklı ildeki (İzmir, Antalya ve Adana) üç anabilim dalının (Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı) başvurusu üzerine; başvuru dosyaları üzerinden ön değerlendirmelerini yapmış, olumlu değerlendirme raporlarının ardından eğitim kurumlarını yerinde ziyaret etmiştir. Eğitim programının ziyaretine karar, Komisyonun görevlendirdiği üyeleri tarafından yapılan değerlendirme sonucu verilmiştir. Ön değerlendirme raporları olumlu olan anabilim dalı başvurularına yerinde kurum ziyareti kararı alınmıştır. Ziyaretler komisyonun çalışma yönergesi ile uyumlu olarak; aktif dört eğitici ve bir TTB temsilcisi tarafından yapılmıştır.[5] Yapılan ziyaretlerde tıpta halk sağlığı uzmanlık eğitimi eğitici, mekan ve donanım standartları açısından değerlendirilmiştir. Her bir eğitim kurumu için değerlendirme süreci birbirinden bağımsız olarak; Halk Sağlığı Yeterlik Kurulu ve Eşyetkilendirme Komisyonu iş birliğinde sürdürülmüştür. Eşyetkilendirme Komisyonu, Yeterlik Kurulu adına sürdürdüğü çalışmalarının raporlarını çalışma yönergesi ile uyumlu bir şekilde Kurul'a iletmiştir. Bu aşamanın ardından Kurul, kendi çalışma sistematiği içerisinde süreci tamamlamıştır.

Halk Sağlığı Yeterlik Kurulu Eşyetkilendirme Komisyonu'nun 2023 yılında tamamladığı üç ziyaretle birlikte başlangıçtan bu yana toplam 6 anabilim dalı eğitim programı yerinde ziyaret edilmiştir. Özetle, 2019 ve 2023 yılları arasında; Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi (5 Kasım 2019), Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi (6 Aralık 2021), Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi (7 Temmuz 2022), Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi (8 Eylül 2023), Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi (18 Eylül 2023) ve Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi (25 Eylül 2023) Halk Sağlığı Anabilim Dalları sürdürdükleri eğitim programı açısından yerinde ziyaret edilmiştir. Ülkemizde halk sağlığı tıpta uzmanlık eğitimi veren programlar bu sayının oldukça üzerindedir. Bununla birlikte, ziyaret edilen kurumların beş yıl süre ile Kurumsal Yeterlik Belgesi almaları geleceğe dair halk sağlığı tıpta uzmanlık eğitiminin niteliğinin standardizasyonunun geliştirilerek sağlanması açısından alana önemli bir katkıdır. Eşyetkilendirme Komisyonu çalışmalarından elde edilen deneyimlerden yola çıkarak aşağıda bazı önerilere yer verilmiştir:

Anabilim dalına yeni başlayan tıpta uzmanlık öğrencisine "tanıtım" amaçlı bir bilgilendirme etkinliği yapılması önerilmektedir. Bu sayede, öğrencinin anabilim dalı eğitim programına uyumu kolaylaşabilir.

Anabilim dallarının eğitici kadrolarının standardizasyonunun ve sürekliliğinin sağlanması için uzun dönem planlamaların yapılması önem taşımaktadır.

Anabilim dallarının halk sağlığı tıpta uzmanlık eğitiminin içeriğini standart bir şekilde hazırlanması, programın ilan edilmesi, tıpta uzmanlık öğrencileri ile düzenli aralıklarla paylaşması, eğitim süreçlerinin farklı dönemlerinde çeşitli düzeylerde geribildirim almaları, saptanmış gereksinime göre geliştirici çalışmaların dinamik bir şekilde yapabilmeleri önem taşımaktadır.

Anabilim dallarının mekan ve donanım standartlarının sağlanması için ilgili tıp fakültesi ve üniversitenin desteğinin alınması gerekmektedir.

Klinik rotasyonların ve saha eğitimlerinin müfredata göre düzenlenmesi eğitimin niteliği açısından son derece önemlidir. Klinik rotasyonlar altı farklı eğitim programı için planlanmaktadır, toplam süresi 6 aydır. Saha eğitimlerinin de toplam süresi 6 aydır. Eğitimlerin istenildiği şekilde düzenlenebilmesi için gerekli kurumsal iletişimlerin önemi vardır.

---

5 *Bir ziyarete TTB temsilcisi katılamamıştır.*

Asistan karnelerinin tıpta uzmanlık eğitiminin önemli bir belgesi olduğu, tıpta uzmanlık öğrencilerinin bu belgeleri "yaşayan" bir belge şeklinde algılamaları ve yapılan her bir eğitim faaliyetinin eksiksiz ve zamanında bu belgeye işlenmesi gerektiği iyi anlaşılmalıdır. Eğiticilerin de bu bakış açısıyla yaklaşımları önem taşımaktadır.

Sonuç olarak; Türkiye'de halk sağlığı tıpta uzmanlık eğitiminin standartlara uygun, nitelik açısından üst düzeyde ve sürekli gelişen/geliştirilen bir şekilde sürdürülebilmesi için Eşyetkilendirme Komisyonu çalışmaları değerlidir. Çalışmalar sürdürülürken Yeterlik Kurulu iş eş güdümü son derece önceliklidir. Bunların yanı sıra; ATUB katkısı, T.C. Sağlık Bakanlığı TUK çalışmalarının yakından izlenmesi, Halk Sağlığı TUKMOS[6] iş birliği de sürecin gelişimine katkı sağlayacaktır.

Kaynaklar

1. *UEMS, https://www.uems.eu/about-us/membership*
2. *UEMS, Medical Specialities https://www.uems.eu/about-us/medical-specialties*
3. *UEMS, https://www.uems.eu/__data/assets/pdf_file/0010/53398/description-section-PH-for-website-UEMS.pdf*
4. *Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=39700&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5*
5. *Tıpta Uzmanlık Kurulu, Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi içinde https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/19.5.1.pdf*
6. *Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) Halk Sağlığı Yeterlik Kurulu Yönergesi https://halksagligiyeterlik.org/halk-sagligi-uzmanlari-dernegi-hasuder-halk-sagligi-yeterlik-kurulu-yonergesi/*
7. *Halk Sağlığı Yeterlik Kurulu Eşyetkilendirme Yönergesi https://halksagligiyeterlik.org/halk-sagligi-yeterlik-kurulu-esyetkilendirme-yonergesi/*

6 *Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standartları Belirleme Sistemi*

DAVETLİ KONUŞMA

HALK SAĞLIĞI UZMANLIK EĞİTİMİNDE SORUNLARA ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Prof. Dr. Ferda ÖZYURDA
TOBB ETÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Çağdaş hekimlik anlayışına dayanarak, 1920 yılında C.E.A. Winslow'a göre "halk sağlığı; organize edilmiş toplum çalışmaları sonunda çevre sağlık koşullarını düzelterek, bireylere sağlık bilgisi vererek, bulaşıcı hastalıkları önleyerek, hastalıkların erken tanı ve tedavisini sağlayarak, sağlık örgütleri kurarak, toplumsal çalışmaları her bireyin sağlığını sürdürecek bir yaşam düzeyi sağlayacak biçimde geliştirerek hastalıklardan korunmayı, yaşamın uzatılmasını, beden ve ruh sağlığı ile çalışma gücünün arttırılmasını sağlayan bilim ve sanat" olarak tanımlanmıştır.

Tıpta halk sağlığı uzmanlık tanımı ve görevleri 2002 yılında alanın uzmanlık derneği olan Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) tarafından yapılmıştır. Bu tanıma göre; "Halk sağlığı uzmanının görevleri toplumun sağlık düzeyini, var olan ve gelişebilecek sorunlarını, bu sorunların nedenlerini ve toplumun sağlık gereksinimlerini bilimsel teknikler kullanarak saptamak; halk sağlığı politikaları geliştirerek çözümler üretmek; halk sağlığı programlarının kontrol ve değerlendirmelerini yapmak, bu programların yürütülmesinde görev almak; sağlık hizmetlerinin her kademesinde yöneticilik yapmaktır. Bu görevlerini yerine getirebilmek için halk sağlığı uzmanı bilgi kaynaklarına erişir, veri toplar ve değerlendirir. Yönetimle ilgili olarak planlama, örgütleme, personel kullanımı, yürütme, denetleme, eşgüdüm, bütçe yapma ve hizmetleri değerlendirme işlerini yapar. Halk sağlığı uzmanı araştırıcılık, danışmanlık ve yöneticilik görevlerinde, koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetlerinin sunumunda, salgınların incelenmesinde, halkın sağlık eğitiminde ve halk sağlığı laboratuvarlarının işletilmesinde doğrudan görev alır" denilmektedir.

8.5.2021 de HASUDER'de yapılan HALK SAĞLIĞI UZMANLARI GÖREV TANIMI VE İSTİHDAMI çalıştayında ise, Halk sağlığı uzmanının görevleri, hizmet verdikleri nüfustaki çocuklar, kadınlar, yaşlılar, çalışanlar, engelliler, göçmenler gibi kırılgan gruplar başta olmak üzere sağlık yönünden risk altındakilerin ve genel toplumun sağlık düzeyini, var olan ve gelişebilecek sorunlarını, bu sorunların nedenlerini ve toplumun sağlık gereksinmelerini bilimsel teknikler kullanarak saptamak; bireylerin ve toplumun sağlığını korumak, iyileştirmek ve geliştirmek amacıyla tek sağlık anlayışı içinde insanlara, hayvanlara ve ekolojik sistemlere ilişkin politikalar geliştirerek çözümler üretmek; bu politikalarla ilgili programların ve sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde görev almak, kontrol ve değerlendirmelerini yapmak, sağlık hizmetlerinin her kademesindeki yönetişimde sorumluluk almak, sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde liderlik ve yöneticilik yapmaktır. Halk sağlığı uzmanı, bu görevlerini yerine getirebilmek için sağlıkla ilişkili diğer dallarda eğitim görüp görev alan diğer hekimlerle, meslek üyeleriyle ve halk sağlığı konularında hizmet veren bütün sektör, kurum ve meslek grupları ile işbirliği içinde bilgi kaynaklarına erişir, veri toplar ve değerlendirir; yönetimle ilgili olarak planlama, örgütleme, personeli sevk ve idare etme, yürütme, denetleme, eşgüdüm, bütçe yapma ve hizmetleri değerlendirme işlerini yapar. Halk sağlığı uzmanı, başta Sağlık Bakanlığı, diğer bakanlıklar, yerel yönetimler ve üniversiteler olmak üzere halk sağlığı hizmeti veren her türlü kamu, özel ve sivil toplum kuruluşları ile uluslararası örgütlerde araştırıcılık, eğiticilik, savunuculuk, danışmanlık ve yöneticilik görevlerinde bulunur; koruyucu hizmetleri önceleyerek sağlık hizmetlerinin sunumunda, salgınların kontrolünde, olağanüstü durumlardaki sağlık yönetiminde, çevre sağlığı hizmetlerinde, okul sağlığı uygulamalarında, halkın sağlık eğitiminde, iş sağlığı ve güvenliği çalışmalarında ve halk sağlığı laboratuvarlarının işletilmesinde doğrudan görev alır şeklinde belirlenmiştir.(1)

Halk sağlığı uzmanlık eğitiminin temel standartlarını belirleyen TUKMOS da uzmanlığı, Halk sağlığı uzmanı toplumun sağlık düzeyini, var olan ve gelişebilecek sorunlarını, bu sorunların nedenlerini ve toplumun sağlık gereksinmelerini bilimsel teknikler kullanarak saptayan, sağlık politikaları geliştirerek çözümler üreten, halk sağlığı programlarının kontrol ve değerlendirmelerini yapan, bu programların yürütülmesinde görev alan, sağlık hizmetlerinin her kademesinde yöneticilik yapan hekimdir. Bu görevlerini yerine getirebilmek için halk

sağlığı uzmanı, bilgi kaynaklarına erişir, veri toplar ve değerlendirir. Yönetimle ilgili olarak planlama, örgütleme, personel kullanımı, yürütme, denetleme, eşgüdüm, bütçe yapma ve hizmetleri değerlendirme işlerini yapar. Halk sağlığı uzmanı, araştırıcılık, danışmanlık ve yöneticilik görevlerinde, koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetlerinin sunumunda, salgınların incelenmesinde, halkın sağlık eğitiminde ve halk sağlığı laboratuarlarının işletilmesinde doğrudan görev alır şeklinde betimlemektedir (2)

Hepsini bütünleştirirsek; halk sağlığı uzmanı, toplumun sağlık gereksinimlerini saptayan,

Sağlık politikası geliştiren ve değerlendiren, sağlık kontrol programlarının geliştirilmesi ve değerlendirmesini yapan, sağlık hizmetlerinin yönetiminde araştırma, planlama, örgütleme, değerlendirme, eşgüdüm ve iletişim becerilerini kullanarak sağlıkla ilgili her alanda bilimsel verileri rehber edinerek yöneticilik yapan hekimdir. Bu bağlamda halk sağlığı uzmanı, koruyucu hizmetleri önceleyerek sağlık hizmetlerinin sunumunda, salgınların kontrolünde, olağanüstü durumlardaki sağlık yönetiminde, çevre sağlığı hizmetlerinde, üreme sağlığı ve okul sağlığı uygulamalarında, halkın sağlık eğitiminde, iş sağlığı ve güvenliği çalışmalarında ve halk sağlığı laboratuvarlarının işletilmesinde doğrudan görev alır.

Mevcut durumda istihdam alanları ise,

- İlçe sağlık müdürlüğüne*(Toplum sağlığı merkezi) öncelikle halk sağlığı uzmanı atanması*

  Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği Madde 6 da Toplum sağlığı merkezlerinde görev yapacak personelin niteliği ve sayısı "Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Yatak ve Kadro Standartları Yönetmeliği" ne göre belirlenir. Toplum sağlığı merkezi sorumlu hekimliğine müdürlüğün teklifi valiliğin onayı ile aşağıdaki kişiler arasından görevlendirme yapılır:

  a) Halk sağlığı uzmanı ya da epidemiyoloji uzmanı hekimler,

  b) Halk sağlığı ya da epidemiyoloji alanında doktora yapmış olan hekimler,

  c) Halk sağlığı ya da epidemiyoloji alanında yüksek lisans yapmış olan hekimler,

  ç) Yönetimle ilgili alanlarda doktora ya da yüksek lisans yapmış olan hekimler,

  d) Bakanlıkça onaylanmış toplum sağlığı ile ilgili alanlarda sertifikalı eğitim alan hekimler öncelikli olmak üzere diğer hekimler. Görevlendirmede öncelik sırasına göre yukarıdaki sıralamaya uyulur. Görevlendirmede yukarıdaki sıralama işlemi öncelikle A tipi toplum sağlığı merkezlerinden başlanarak uygulanır. İlçelerde toplum sağlığı merkezi sorumlu hekimi aynı zamanda grup başkanıdır. Birden fazla toplum sağlığı merkezi olan ilçelerde müdürlüğün uygun göreceği toplum sağlığı merkezinin sorumlu hekimi aynı zamanda o ilçenin grup başkanı olarak görev yapar. Ancak müdürlüğün teklifi Bakanlığın uygun görüşü ile toplum sağlığı merkezi dışında ayrıca bir grup başkanlığı tesis edilebilir ve bu ilçelerdeki toplum sağlığı merkezleri iş ve işlemlerini grup başkanlığı aracılığıyla yürütür. Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, verem savaş dispanserleri, sıtma savaş dispanserleri gibi birinci basamak sağlık kuruluşları ile halk sağlığı laboratuvarları müdürlüğün uygun göreceği toplum sağlığı merkezine bağlı birer birim olarak görev yaparlar. Kanser erken teşhis ve tarama merkezleri kendi mevzuatlarına göre hizmetlerine devam eder. Entegre ilçe hastanelerinin bulunduğu ilçelerde hastane başhekimi aynı zamanda toplum sağlığı merkezi sorumlu hekimliği ve grup başkanlığı görevini beraberce yürütür. Bu tip ilçelerde toplum sağlığı merkezi hastane bünyesi içinde yer alır. (2010) denilmektedir.(3)

- 2015 deki yönetmelik değişikliğinden önce halk sağlığı uzmanları halk sağlığı laboratuvarlarının yönetiminde görev almaları ilgili yönetmelikte belirtilmişti. Ancak 2015 ve 2019 da Yayımlanan Halk Sağlığı Hizmetlerine Yönelik Laboratuvarların Çalışma Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik' te halk sağlığı uzmanı adı geçmemektedir (4)

- Üniversitelerde Halk Sağlığı anabilim dallarında görev almak ve akademik çalışma yapmak

2013 ve 2017 'de yapılan çalışmalarda Halk Sağlığı Uzmanlarının üçte birinin Sağlık Bakanlığı Merkez ve Taşra teşkilatında yönetici olarak çalıştırıldığı saptanmıştır(5)

Mevcut Durum ve Sorunlar:

Halk Sağlığı Yeterlik Kurulunun önemli çalışmalarından biri tıpta Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitiminin durum tespitini yapmak oldu. 2018 de 48 anabilim dalından elde edilen yanıtlara göre, Hıfzısıhha okulu dışında Halk Sağlığı Anabilim dallarından uzman olanların sayısı 753, halen eğitim görenlerin sayısı 407 idi. Eğitim programına gelince, 9 üniversite anabilim dalının kendi bünyesinde tıpta halk sağlığı uzmanlık eğitimini sürdürdükleri, diğerlerinin Hacettepe ve Dokuz Eylül gibi üniversitelerin programlarından yararlandıkları görülmüştür.

Anabilim dalları uzmanlık eğitimi sürecindeki sorunları ise başlıca

- Öğretim üyesi sayısının yetersiz olması
- Eğitim araştırma bölgelerindeki sorunlar
- Saha rotasyonlarında yeterli verim alınaması ve idari sorunlar
- Klinik rotasyonlarda eğitim amaçlarına uyulmamasıdır.

Anabilim dallarının yeterlik kurulundan beklentileri de eğitimin standardizasyonu ve bu sorunların çözümüne ilişkin bulunmuştur (6).

2020 mayıs ayında pandemi sırasında halk sağlığı uzman ve uzmanlık öğrencilerin hizmet içi eğitimlerini planlamak için yapılan ihtiyaç analizi çalışmasında, 52 si halk sağlığı uzmanı, 133 ü halk sağlığı uzmanlık öğrencisi olmak üzere 170 kişide yapılan çalışmada, katılımcıların % 60.5 unun hastane ortamların da, % 36 sının il ve ilçe sağlık müdürlüğünde görev yaptıkları ve % 52 sinin uyum eğitimi almadıkları saptanmıştır. Katılımcılar pandemi sürecindeki deneyimlerine dayanarak, uzmanlık eğitimi içeriğinde %71,7'si salgın yönetimi, salgın analizi, surveyans ve filyasyonun ayrıntılı incelenmesi, pandemi planı hazırlama ve uygulama, acil durum eylem planı yapma, salgın eğrisi değerlendirme, salgında kriz yönetimi konularının uygulamalı, senaryolar üzerinden ve simülasyon teknikleriyle ele alınmasına , %11,1'i bulaşıcı hastalıklar epidemiyolojisi ve %3,9'u salgın epidemiyolojisine ilişkin matematiksel modelleme, %9,1'i çalışma ortamında iletişim de problem çözme eğitimine ve topluma yönelik sağlık eğitimine gereksinim duyduklarını belirtmişlerdir(7).Bu geri bildirimler ışığında Halk Sağlığı Yeterlik Kurulu HASUDER çalışma grupları ile birlikte"COVİD-19 Pandemisi ve Halk Sağlığı Uzmanlığı" ve "Kronik Hastalıklar Yönetimi " kursları düzenlemiştir.

Bu bağlamda **çözüm önerileri** :

1. Tıpta halk sağlığı uzmanlık eğitimi veren her halk sağlığı anabilim dalının yapılandırılmış ve uygulanan bir eğitim programı olmalıdır. Çekirdek eğitim programı ve klinik rotasyonların ve saha eğitiminin amaç ve hedefleri TUKMOS ta ve Halk Sağlığı Yeterlik Kurulunca belirlenmiştir. Temel eğitim programı bu içeriğe uygun düzenlenmelidir. Buna ek olarak gelişen sorunlara ve ihtiyaçlara göre eğitim programları ile geliştirilmelidir. Halk sağlığı uzmanlığı veren anabilim dallarının temel akreditasyon kriterlerinden biri de budur.

2. Uzmanlık eğitimi içeri**ğindeki saha eğitiminin yeterli ve etkili olabilmesi için, Sağlıkta Dönüşüm programında birinci basam**akta yer alan il ve ilçe sağlık müdürlüklerinde ve Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatında Halk Sağlığı uzmanları yönetici olarak istihdam edilmeli, üniversitelerle yapılan protokollerde uzmanlık eğitimi veren öğretim üyelerinin bu kurumlarda yönetim ve eğitimde rehber olması sağlanmalıdır.

3. Klinik rotasyonlardahaşk sağlığı uzmanlık öğrencilerinin halk sağlığı uzmanlığı eğitim hedeflerine uygun çalışmaları, bu amaç ve hedeflere uygun bilgi ve becerileri kazanmaları sağlanmalıdır.

4. Ünlü Japon film yönetmeni Akira Kurosowa'nın öncüsü ve yönetmen yardımcısı olarak birlikte çalıştığı, eğitmeni Yamasan "senaryo yazmadan iyi bir yönetmen olamazsın" der. Burada belirtilen film içeriğini bilmenin yönetimdeki etkisidir. Bu bağlamda, yapılandırılan eğitim programlarında kullanılacak eğitim yöntemlerinin senaryoya dayalı, problem çözmeye yönelik, iletişim becerilerine ilişkin role-play gibi katılımlı, uygulamalı olarak yapılandırılmasının önemi açıktır. Bu konuda, destek olarak Halk Sağlığı Yeterlik Kurulunca ve Halk Sağlığı Okulu desteğinde düzenlenecek kurslar yapılandırılabilir.

5. T**ıpta uzmanlık öğrencilerinden ve öğretim üyelerinden geri bildirim alınarak uzmanlık eğitim programı** dinamik bir şekilde geliştirilmelidir.

6. Uzmanlık eğitiminde 4 yıl süreyle yeterli bir halk sağlığı uzmanı olmak için öğretim üyeleri ile birlikte çalışmak söz konusudur. Bu süreç verimli değerlendirilmeli ve uzmanlık eğitimi alanlara rol model olarak halk bakış açısını benimsetilmelidir.

7. Halk sağlığı uzmanının kamu ya da özel her sağlık kurumunda yönetici olarak çalışabilmesi, buna yönelik istihdam alanlarının oluşturulup belgelenmesi için hepimizin mücadele etmesi de olmazsa olmaz koşuldur. Aksi takdirde verilen emekler boşa gidecektir.

Sonuç olarak;

Tüm hocalarımızın, uzmanlarımızın toplumun sağlık sorunları saptayıp çözüme ulaştıracak ve sağlık hizmetleri etkin yönetecek yeterli halk uzmanlarını yetiştirip onlarla birlikte toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için mücadele etmeleri önemli, gerekli ve kaçınılmazdır.

Saygılarımla

Kaynaklar

1. *HALK SAĞLIĞI UZMANLARI GÖREV TANIMI VE İSTİHDAMI ÇEVRİMİÇİ ÇALIŞTAYI RAPORU (8 MAYIS 2021*
2. *TUKMOS Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı v.2.4 (2019)*
3. *Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği ,5 Şubat 2015, RG; sayı 29258*
4. *Halk Sağlığı Hizmetlerine Yönelik Laboratuvarların Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, 9 Mart 2019,RG: Sayı 30709*
5. *Eser E., T.C. Sağlık Bakanlığı Bünyesinde (Alanda) Çalışan Halk Sağlığı Uzmanları Envanteri Ocak 2017, HASUDER / 2010*
6. *Özyurda F, Aslan D., Tıpta Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi Durum Tespit Raporu,HASUDER Yayın No. 2018-3, Ankara*
7. *Özyurda F., Aslan D. Educatıonal Needs In Post Graduate Publıc Health Medıcıne Specıalty Traınıng In Novel Coronavırus Dısease (Covıd-19) Fıght, Nobel Medicus, 2022; 18(2): 144- 150*

DAVETLİ KONUŞMA

ÜLKEMİZDE TÜBERKÜLOZ MÜCADELESİ

Prof. Dr. Zeki KILIÇASLAN
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD

İnsanlık tarihi kadar eski olan Tüberküloz halen Dünya'da erişkinlerde enfeksiyondan ölümün en sık nedenidir. Tüm insanların % 25' i Tüberküloz basili (TB) ile enfektedir ve halen her yıl 10 milyon kişi tüberküloz hastalığına yakalanmakta ve 1.5 milyon civarında insan tüberküloza bağlı ölmektedir. Dünya sağlık gündeminde önemli yer alan tüberküloz son 5 yıl içinde başkanlar düzeyinde yapılan iki Birleşmiş Milletler toplantısının da konusu olmuştur.

Tüberküloz Mücadelesi 1903-1950; Önce Sivil Toplum Vardı!

Yirminci yüzyıl**ın ilk çeyreğinde İstanbul'**da vereme bağlı ölüm batı Avrupa kentleri ile benzer biçimde 100 binde 230 ile 300 arasında değişmekteydi. Batı ülkelerine benzer şekilde Türkiye'de de tüberküloz ile mücadele hemen hemen aynı zamanda 20. yüzyılın başında sivil toplum kuruluşları ile başlamıştır. İstanbul'da 1903 yılında Dr. Kleovulos Kokolatos'un öncülüğünde, "Tüberküloza (Fitizi Pulmoner) Karşı Savaşım Birliği"- Ligue contre la Tuberculose (Phitisie pulmonaire) de Constantinople (LCTC)- adıyla bir dernek kurulmuştur. Bu gelenek daha sonra **Osmanlı Veremle Mücadele Cemiyeti** ve **İstanbul Veremle Savaş Derneği** olarak şimdiye kadar sürdürülmüştür. Türkiye'de tüberküloz mücadelesi uzun yıllar derneklerin halk eğitim çalışmaları, sınırlı da olsa hastalara bakan küçük bakım merkezleri ve daha sonra açılan Verem Savaşı Dispanserleri ile genelde gönüllü olarak yapılan çalışmalarla sürdürülmüştür. Heybeliada Verem Sanataryumu 1925 yılında İstanbul Verem Savaşı Derneği tarafından kurulmuş, 1930 yılında Sağlık Bakanlığı verem hastalığının bildirimini zorunlu kılınmıştır. Dernekler tarafından açılan dispanser sayıları giderek artmış, Türkiye çapında 1950 yılında 33'ü dernekler ve 8'i Bakanlık tarafından açılan dispanser sayısı 45'e yükselmiştir. İstanbul dışında İzmir, Balıkesir, Aydın, Diyarbakır, Mersin, Erzurum, Antalya, Denizli, Adana, Malatya dernekleri de dispanserler yapmış ve işletmişlerdir.

Tüberküloz Mücadelesi 1950-1960; BCG kampanyası, Kitle Taramaları, Verem Savaşı Genel Müdürlüğünün Kurulması

Henüz Tüberkülozla mücadeleye tam olarak girmemiş olan kamu 1948 ve 1949 yılında çıkarılan yasalarla derneklere mali ve insan kaynağı açısından destek vererek mücadeleyi güçlendirmeye başlamıştır. 1949 yılında toplanan 1. Verem Danışma Kurulu 1946 yılında 1424 olan verem hasta yataklarını artırmaya karar vermiştir. 1950'li yıllardan itibaren Dünya'da kullanılmaya başlanan etkili yeni tüberküloz ilaçları hastalara ücretsiz olarak sağlanmaya başlanmıştır. Tüberküloz mücadelesinde öne geçen BCG aşısı konusunda önce 1948 yılında Türkiye'nin kendi olanakları ile başlattığı BCG aşılamaları, 1952 sonrası DSÖ ve UNICEF desteği ile yaygın kampanyalara dönüşmüştür. BCG kampanyalarının 1953-1959 arasındaki ilk devresinde toplam 7.772.620 aşı uygulanmıştır. Türkiye'de tüberküloz ile mücadelede dönüm noktalarından birisi de 1960 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde Verem Savaşı Genel Müdürlüğü'nün kurulması, BCG kampanyasının bu kuruluşun bünyesine alınması ve Gezici Röntgen Verem Tarama ekiplerinin kurulması olmuştur.

Tüberküloz Mücadelesi 1960-1990; Hastalık kontrolünde ciddi başarı ve programın gevşemesi

1960 yılından sonra BCG kampanyaları hızla devam etmiş toplam aşılı kişi sayısı 1967 yılı sonunda 20.980.124 kişiye ulaşmıştır.Bu arada 1950 yılında 45 olan Verem Savaş Dispanserlerinin sayısı 1970 yılında 216'ya, 1980 yılında ise 33'ü derneklere ait olmak üzere 214'e ulaşmış, giderek artan veremli hasta yatak sayısı da 1968 yılında 14 162 olmuştur.1973 yılında Verem Savaşı Genel Müdürlüğü tarafından ortaya konan **Türkiye'de Verem Savaşı Programı'nda Eğitim ve Propaganda, BCG aşısı ve İlaçla koruma, pasif ve aktif (tarama) ile vaka bulma, tedavi ve sosyal yardım t**emel unsurlar olarak belirlenmiştir. Ülkemizde ilaç tedavisinde 1950'den 1970'li yıllara kadar Streptomisin+İsoniazid ve PAS'tan oluşan tedavi rejimi 12-24 ay arası uygulanmaktaydı.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1974 yılında yayınladığı TB ile ilgili raporda kadastro üsulü kitle taramalarının bırakılmasını önerirken kontrol programlarının BCG ve tanı/tedaviye dayanması gerektiğini vurgulamıştır. Türkiye'de de 1976'dan sonra kitle taramaları bırakılmış sadece risk gruplarının taranmasına yönelinmiştir. 1970'li yıllarda tedaviye diğer ilaçlara ek olarak Etambutol, Rifampisin ve Prazinamidin eklendiği ve bu kısa süreli modern tedavi ile yüksek tedavi başarılarının gerçekleştiğini görmekteyiz. Hastalığın çok başarılı tedavilerinin sağlanması ile 1970'li yıllarda sorunun çözüldüğü düşüncesi yaygınlaşmış, bu gevşemeyle birlikte, 1977 ve 1978 yıllarında ciddi derece ilaç sıkıntısının ortaya çıkmaya başladığı gözlenmiştir. Başarılı programla 1950 yılında yüzbinde 204 olan TB mortalite oranı 1980 yılında 8.8'e düşmüştür. Yeni hastalık insidansı ise 1960'daki yüzbinde 177'den 1980'de 52.2'ye düşmüştür (Şekil 1A).

1980 yılında Verem Savaşı Genel Müdürlüğü Daire Başkanlığına dönüştürülmüştür. Programa verilen önemin azalması ile dispanserlerin bazılarının hekimsiz kaldığı, sık sık ilaç eksikliğinin ortaya çıktığı görülmektedir. Verem Savaşında deneyimli olan personelin bu alandan ayrıldığına şahit olunmaktadır. Bu yıllarda DSÖ ve IUATLD (Uluslararası Tüberküloz ve Akciğer Hastalıkları ile Mücadele Derneği) BCG aşısını ikinci plana almış, kısa süreli (6 ay ve 8 ay) tedavi rejimlerini ön plana çıkarmıştır. Fakat 1990'lı yıllara gelindiğinde ilaçla tedaviye dayanan bu programın başarılı olmadığı ortaya çıktı ve DSÖ 1993 yılında Tüberkülozda acil durum ilan etmek zorunda kaldı. DSÖ esas sorunun yönetimle ilgili olduğunu belirterek 1995 yılında bugünkü modern TB Kontrol programlarının eası olan **DOTS (Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisini)** benimsedi ve özellikle orta ve yüksek TB insidanlı ülkelere kuvvetli şekilde önerdi. Bu program öncelikle yayma pozitif olguların tanı, standart ve gözetimli tedavi ve takibini ve bireysel bazda kayıt ve raporla sistemini önermekteydi.

1990'lı ve 2000'li yıllar; Yenilenerek Yeniden Başarının Yakalanışı

1980'li yıllarda kronik olguların ortaya çıkışı ve tedavi terklerinin yüksekliği ile kendini ortaya koyan program zaafları 1996 yılında Verem Savaşı Daire Başkanlığı tarafından toplanan **Verem Danışma Kurulunda** ele alındı. Bu toplantıda alınan kararlar sonucu 1997 yılında 11 bölge toplantısı ile dispanserlere kayıtlı hastaların kayıtları tek tek gözden geçirildi. Buradaki eğitim ve tartışmaların sonucunda henüz bakanlık kararı olmadan Doğrudan Gözetimli Tedavi uygulaması önce Nazilli sonra Denizli ve ardından diğer dispanserler tarafından uygulanmaya başlamıştır. Bunu takiben bir yandan bireysel kayıt sistemine uygun formlar ve defterler basılır ve kullanılmaya başlanırken, bir yandan standart tanı, tedavi ve korunma uygulamalarını içeren ve dispanserler için kılavuz olarak kullanılmaya başlayan kaynak kitaplar ortaya konulmaya başlamıştır.

2006 yılı Tüberküloz mücadelesi için dönüm noktası olmuştur. Her düzeyde yapılan saha gezi, denetim ve eğitimlerinden sonra zaten 35 ilde uygulanmaya başlanan DGT Sağlık Bakanlığı tarafından zorunlu olarak uygulanmaya sokulmuştur. 2005 yılı hastalarının bireysel verilerini ve kohort analizlerini içeren "Türkiye'de Verem Savaşı, 2007 Raporu" Türkiye'yi DSÖ'nün önerdiği DOTS programının tam olarak uygulandığı ülke haline getirmiştir. Daha sonraki yıllarda da bu raporlar düzenli olarak devam etmiş ve ülkemizde TB hastalığının güvenilir verilerle izlenmesi sağlanmıştır. Şekil 1B'de 2005'den şimdiye kadarki TB hastalık sıklığı görülmektedir.

Tüberküloz Mücadelesi; Güncel Durum ve Sorunlar

DSÖ 1996 yılında ilan ettiği DOTS stratejisini geliştirerek 2006 yılında **Stop TB** ve 2015 yılında **The End TB** Stratejisini ortaya koymuştur. Bu stratejilerde hasta merkezli tanı ve tedavi yaklaşımına ek olarak, koruyucu tedavi, dirençli hastaların tedavisi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, hasta temsilcilerinin ve sivil toplumun programa her düzeyde katılımı, hastalara sosyal yardımlar öne alınmıştır.

Türkiye'de 2006 yılında tam olarak başarılı bir duruma gelen kontrol programı sağlıkta dönüşüm programı sırasında vertikal örgütlenmenin tasfiyesi tartışmaları ile tehlikeye girmiş, fakat gerek ilgili sivil toplum kuruluşlarının aktif müdahalesi gerekse kamu yetkililerinin başarılı mücadelenin zaafa uğraması konusundaki çekinceleri sayesinde programın esas unsurları korunarak bu günlere gelinmiştir. Ayrıca son yıllarda atılan yararlı bir adım da daha önce sadece verem savaşı dernekleri tarafından yapılan hastalara sosyal yardımların Aile Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı arasında yapılan bir protokolle gelir düzeyi düşük tüm TB hastalarına yapılan nakdi yadımlardır. Anlamlı bir miktarda olan ve her yıl artan bu yardımların tek koşulu gözetimli tedavi kurallarına uyulmasıdır.

Covid-19 salgını sırasında bütün Dünya'da olduğu gibi Türkiye'de de daha çok hastaların sağlık merkezlerine ulaşmalarındaki güçlükler nedeniyle tanı konulan ve tedaviye alınan hasta sayılarındaki azalışlar program hedeflerini geriye götürmüştür. Fakat 2020'de belirgin olan bu sorun 2021'de kısmen giderilmiş, henüz kesin olmayan verilere göre 2022 yılında ise tama yakın düzelme görülmeye başlamıştır.

Çok İlaca Dirençli Tüberküloz Dünya'da özellikle de eski Sovyet ülkelerinde ciddi bir halk sağlığı tehdidi olmaya devam etmektedir. Türkiye'de gerek yeni gerekse daha önce ilaç kullanmış hastalardaki ÇİD-TB oranları yüksek değildir ve azalmaya devam etmektedir (şekil 3). Bu başarı önemli ölçüde dirençli tüberküloz tedavisinin sadece dört merkezle sınırlanması ve kullanılan ilaçların hastaya özel olarak merkez tarafından sıkı kontrolü ile mümkün olmuştur. Bu konudaki sorunumuz, ÇİD-TB olgularında tedaviyi kısa süreye çeken ve çok az yan etkileri olan yeni ilaçlara ulaşılmasında yaşanan ciddi sorunlardır.

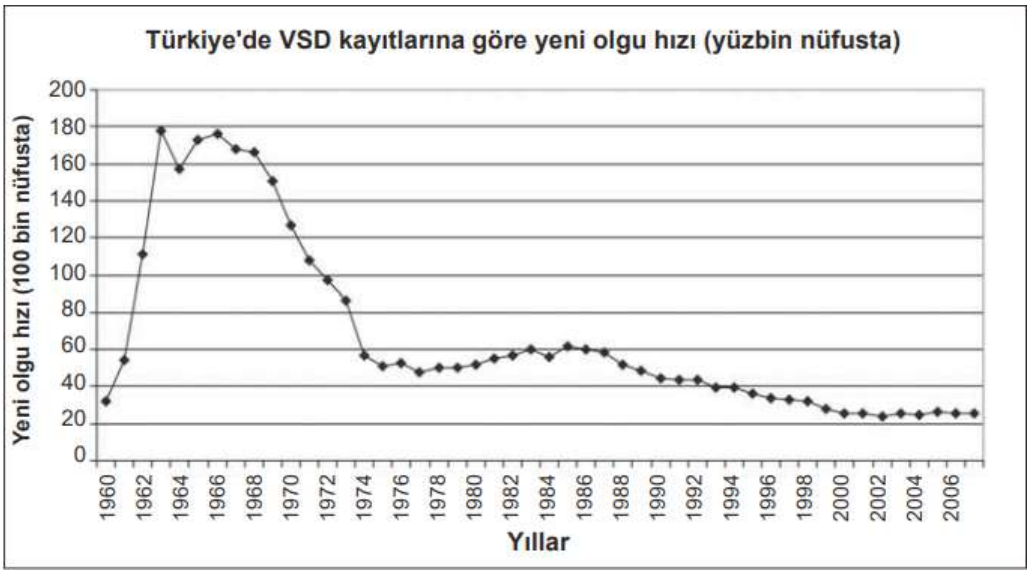
Yeni dönemde programı zorlayan önemli konulardan bir diğeri göçmen hastaların sayısının giderek artışıdır. Göçmen TB hastalarında anlaşılabilir nedenlerle tanı gecikmesi yaşanabilmektedir ve tedavi başarısızlığı da yüksektir. Türkiye'de özellikle sağlık sigortası olmayan düzensiz göçmenlerde bu sorunlar yaşanmaktadır. Programımızın göçmen hasta merkezli yaklaşımının güçlendirilmesi gerekmektedir. Şekil 2'de tüm TB hastaları içinde göçmen hastaların oranı görülmektedir. Göçmen TB oranı İstanbul'da %25 civarındadır ve bu oran bazı ilçelerimizde % 40'a yaklaşmıştır.

Son yıllarda geliştirilen ve DSÖ tarafından mutlak önerilen PCR tabanlı hızlı moleküler tanı ve direnç testi yöntemleri ülkemiz pratiğinde henüz istenilen düzeye çıkamamıştır. Bu eksikliklerin tamamlanması ve öte yandan gerekli durumlarda kullanılmak üzere moleküler epidemiyolojik çalışmalar için gerekli alt yapının geliştirilmesi gereklidir.

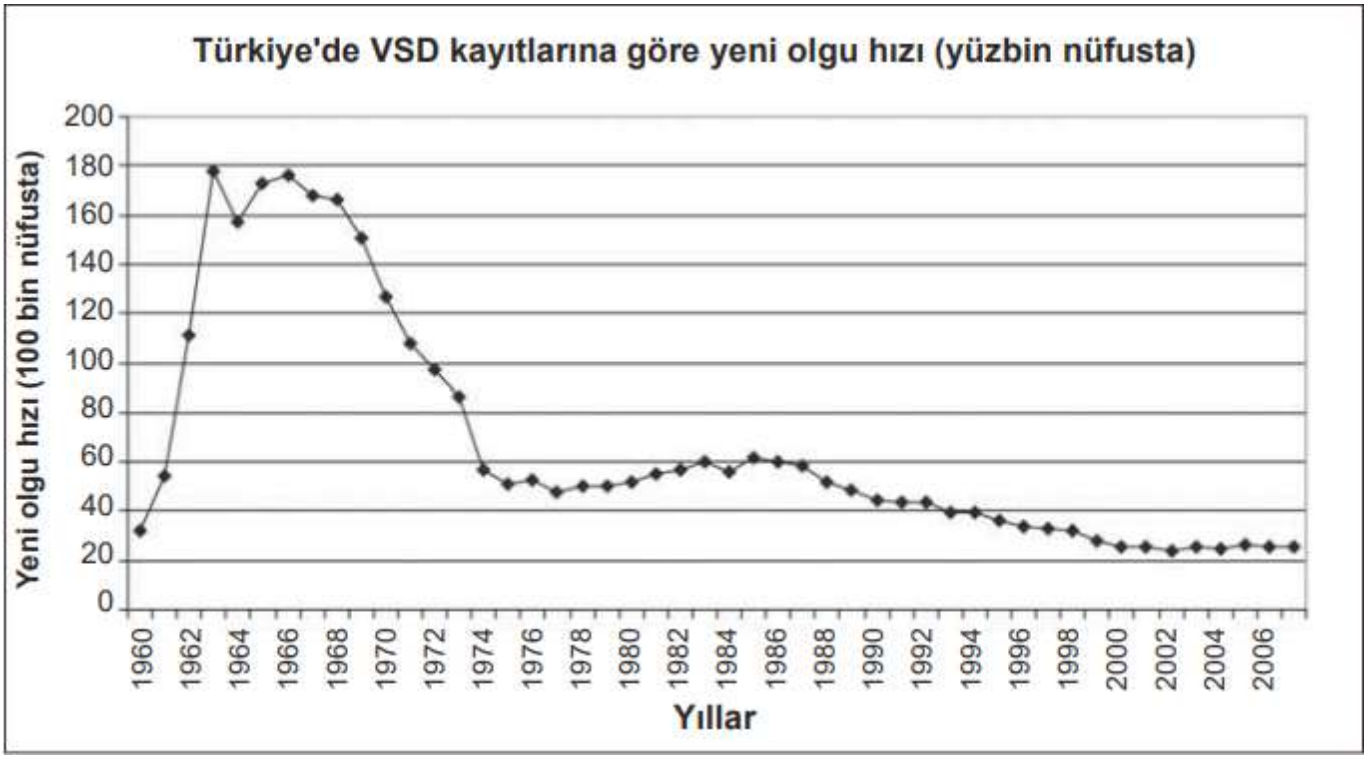
Ülkemizde hastalığın giderek azalması ve giderek göçmenler, en yoksul kesimler, immün baskılanmış hastalığı olan bireyler gibi toplum gruplarına indirgenmesi ile gerek toplum, gerek hekimler ve Tıp eğitimi kurumları, gerekse merkezi ve yerel sağlık yönetimi açısından konuya ilgi hızla azalmaktadır. Bu açıdan bir anlamıyla hastalığın elimine edilme aşamasına girdiğimiz bu dönemde kontrol önlemlerinde ve konu ile doğrudan ilgili sağlık kurumlarında özel yeni organizasyon girişimlerine ihtiyaç bulunmaktadır.

Özetle, Türkiye'de tüberküloz mücadelesinde özellikle 1960 yıllarından itibaren atılan çok önemli adımlarla büyük bir başarı yakalanmış, ardından gelen gevşeme ve ihmallerle 1980'lerde sorunlar artmaya başlamıştır. DSÖ'nün 1990'ların ilk yarısında önerdiği yeni programatik yaklaşımın konu ile ilgili bilim insanlarımızın ve sivil toplum kuruluşlarının da önemli katkısı ile bakanlık tarafından 2006 yılından bu yana uygulanmaya başlanması ile halen var olan bazı sorunlarımıza rağmen başarı çizgisi yeniden yakalanmıştır.

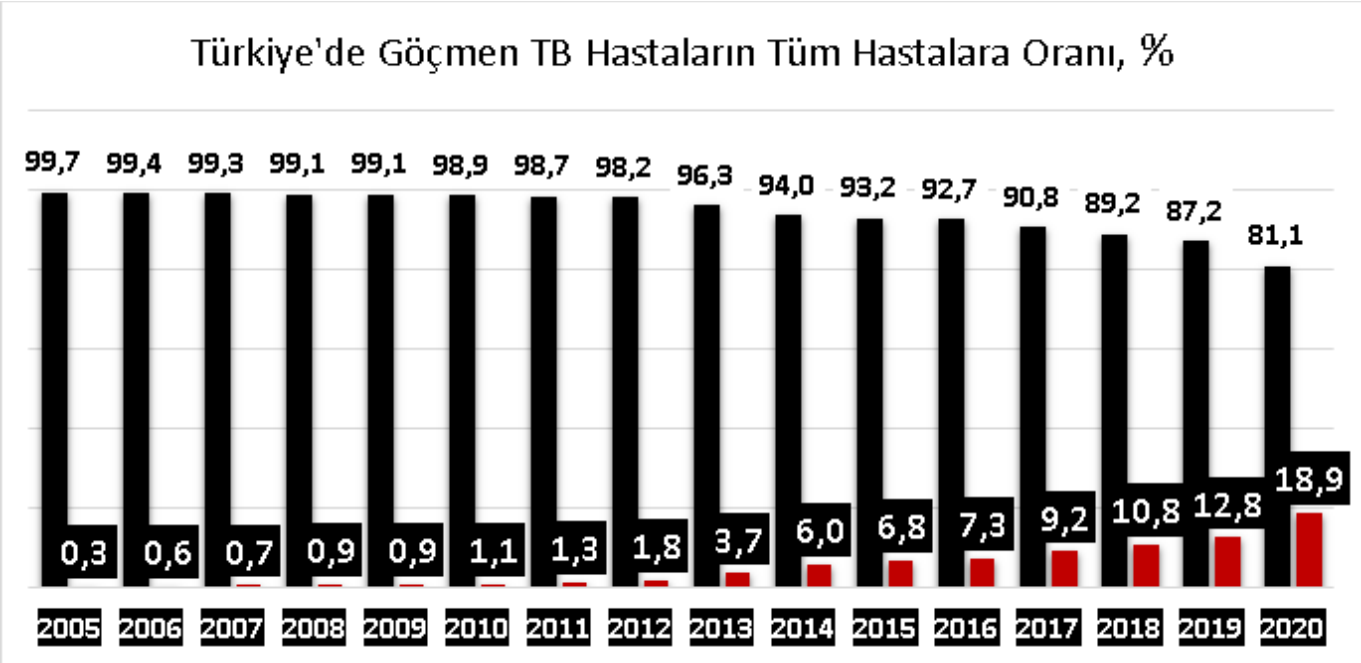
Şekil.1 A



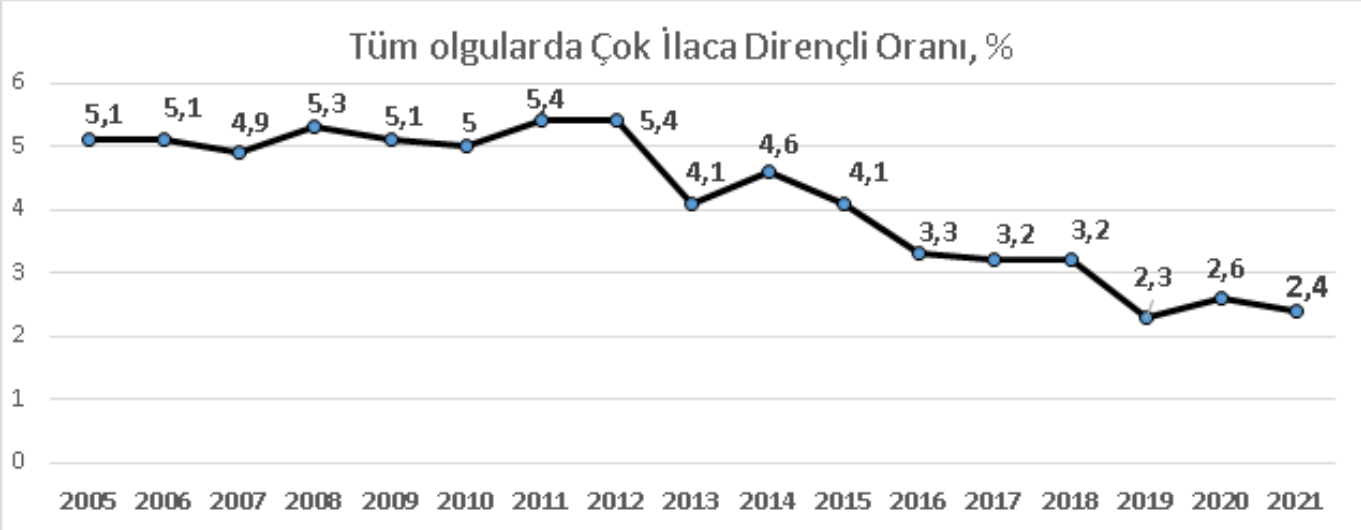
Şekil 1B



Şekil. 2



Şekil 3.



Kaynaklar

1. *T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Verileri*
2. *Tüberküloz. Toraks Kitapları. Sayı 11. İstanbul, 2010*
3. *"İnce Hastalık": Osmanlı'dan Cumhuriyet'e İstanbul'da Veremin Tarihi (1895-1955) Libra Kitapçılık ve Yayıncılık, İstanbul 2020*
4. *https://www.who.int/health-topics/tuberculosis*
5. *Ahmet Çoşkun Tekin .1939-1950 Yılları Arasında Türkiye'de Veremle Mücadele Faaliyetleri Journal of Universal History Studies (JUHIS)• Vol. I • Issue 1• 2018 • pp. 1–21*
6. *Etker, Ş.İstanbul'un İlk Verem Savaşım Derneği:"Ligue Contre La Tuberculose (Phitisie Pulmonaire) De Constantinople".Osmanlı Bilimi Araştırmaları 21 sy 2 (Temmuz 2020):225-247*

DAVETLİ KONUŞMA

OLAĞANDIŞI DURUMLARA DAYANIKLI HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ: DEPREM ÖZELİNDE İÇİNDE BULUNDUĞUMUZ DURUMUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Prof. Dr. Burcu TOKUÇ
Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi

6 ve 20 Şubat depremleri sonrası sağlık hizmetlerinin sürdürülmesi için zor koşullarda özveriyle çalışan tüm meslektaşlarımıza ve sağlık emekçilerine teşekkürlerimizle

Özellikle depremden ağır bir biçimde etkilenen Hatay, Kahramanmaraş, Adıyaman ve Malatya illerinde olmak üzere tüm deprem bölgesinde özellkle birinci basamak sağlık kurumları olmak üzere ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşu belirgin bir biçimde hasar görmüş ve bu kurumların çalışanları da ağır kayıplar vermiştir. Sağlık hizmetlerinin ODD'lara dayanıklı olmaması depremin hemen ardından akut dönemde (1-5 gün ve ilk iki ayda), deprem sonrası kronik dönemde (3. ay ve sonrası) yaşanan kayıpları arttırmıştır.

Bu sunumun amacı deprem sonrası yaşananlar, kişisel/profesyonel deneyimler, başta TTB ve HASUDER raporları olmak üzere ulusal ve uluslararası literatürden elde edilen bilgi ve bulgular doğrultusunda ülkemiz için ODD'lara dirençli sağlık hizmeti yapılanmasına olanak sağlayan bir sağlık sistemi önerisi yapmaktır.

Afetlere dayanıklı olmak; "Ülkelerin, toplulukların ve hanehalklarının deprem, kuraklık veya şiddetli çatışmalar gibi şoklar veya baskılar karşısında uzun vadeli beklentilerini tehlikeye atmadan yaşam standartlarını koruyarak veya dönüştürerek değişimi yönetme yeteneği" (Combaz, 2014) olarak tanımlanmaktadır. Afete dayanıklı olmak ancak hazırlıklı olmakla mümkün olabilir. Şubat depremlerinde Türkiye'nin afetlere hazırlıklı olmadığı, ne yazık ki çok dramatik bir biçimde ortaya çıkmıştır.

Olağandışı durumlar ve bunların neden olduğu sorunlar genellikle sağlık sisteminin hizmet sunumu kapasitesini zorlar. Herhangi bir acil durum sırasında sağlık sisteminin kapasitesi, büyük ölçüde ilk müdahale ekiplerinin, toplum temelli sağlık çalışanlarının ve işlevsel sağlık tesislerinin kapasitesine bağlıdır (PHC, 2010). Bu bağlamda sağlık sisteminin dayanıklılığı ya da direnci; "O sistemin karşılaştığı şoku karşılama ona direnebilme ve temel yapı ve işlevlerini koruyarak ve onararak şokun etkilerini zamanında ve etkin bir biçimde iyileştirebilme gücü" olarak tanımlanmaktadır (UNDRR, 2022). Dayanıklı bir sağlık sistemi acil durumların oluşumunu engellemeyi, acil bir durum oluştuğunda kesintiye uğratmadan ve niteliğinden ödün vermeden sağlık hizmet sunumunu sürdürmeyi hedefler.

Afetlere dayanıklı sağlık hizmetleri halk sağlığı açısından yaşamsal önemdedir. Özellikle ODD'larda Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri (BBSH) yaşamsaldır. Çünkü bağışıklama, aile planlaması gibi koruyucu sağlık hizmetlerinin kesintisiz bir biçimde sürdürülmesi, kronik hastalıkların bakım ve tedavilerinin aksamaması, sık görülen sağlık sorunlarının tedavisi sağlıklı bir yaşamın yeniden kurulmasında çok temel bir işleve sahiptir.

BBSH, herhangi bir acil durumun önlenmesinde, acil duruma hazırlanılmasında, müdahale edilmesinde ve acil durumlardan kurtulmada önemli bir role sahiptir (WHO, 2018). Her acil durum bağlama özgüdür ve etkisi, tehlikenin ciddiyeti, etkilenen ülke ve toplumun riskleri yönetme kapasitesi ve etkilenen popülasyonların önceden var olan savunmasızlığı gibi bir dizi faktöre bağlıdır. BBSH odaklı bir sağlık sistemi, "bir şoka maruz kaldığında, temel unsurların korunması ve restorasyonu da dahil olmak üzere, şokun etkilerine zamanında ve verimli bir şekilde direnme, şoku absorbe etme, uyum sağlama ve bunlardan kurtulma yeteneği" olan sağlık hizmetlerinin dayanıklılığını destekler (Braithwaite vd, 2018; TTB, 2023-b)

Dünya Afetler ve Acil Tıp Birliği (WADEM) BBSH'yi afet sağlık hizmetlerinin temel bir unsuru olarak kabul etmekte ve afet önleme, hazırlık, müdahale ve iyileştirmeden oluşan tüm afet döngüsü içindeki tüm sağlık hizmetlerini kapsayan, afet yönetimine yönelik bütüncül bir sağlık yaklaşımını desteklemektedir. Olağandışı

durumlarda güçlü bir BBSH'nin yaşamsal önemini vurgulamakta ve BBSH'nin sağlık sistemlerinin içinde merkezi bir role sahip olduğunu belirtmektedir. Ayrıca BBSH'nin etkin, adil ve verimli olduğunu da vurgulamaktadır (WADEM, 2021; TTB, 2023-a; TTB 2023-b).

Afetlerde BBSH'ye ilişkin kapsamlı bir çalışmada "BBSH'nin, müdahale ve iyileştirme sırasında etkili acil sağlık durumu yönetimi için ve aynı zamanda hazırlıklı olma dahil olmak üzere risk azaltma için çok önemli olduğu" saptanmıştır (Redwood- Campbell L, Abrahams J, 2011).

Acil durumlarda birinci basamak, temel rutin sağlık hizmetlerini sağlayabilir, acil vakaları tanımlayabilir ve yönetebilir, etkili halk sağlığı önlemleriyle hastalık salgınlarını önleyebilir ve hastalık sürveyansında önemli bir rol oynayabilir (WHO, 2018). Proaktif iletişim, ilgili topluluklarla çalışma ve daha geniş çok sektörlü eylem yoluyla, birinci basamak yalnızca etkili bir acil durum müdahalesini değil, aynı zamanda hazırlıklı olmayı ve acil durumlardan kurtulabilecek bir sistemi de teşvik eder (WHO, 2018).

Dünya Afetler ve Acil Tıp Birliği BBSH'nin doğası gereği riskin azaltılması ile ilgili de önemli bir işlevi olduğunu belirtmektedir: Çünkü birinci basamak mevcut toplum sağlığı koşulları ve zorlukları hakkında temel bilgilere sahiptir, birincil, ikincil ve üçüncül korumaya odaklanan sağlık hizmetleri sunar, sağlığın korunması ve geliştirilmesine ilişkin etkinlikler yürütür, hastalık salgınları için erken sürveyans yapabilir, kronik durumların yönetiminde erken müdahale edebilir, biyopsikososyal sağlığın bütüncül sürekli yönetimi için kapsamlı bir ekip yaklaşımına sahiptir, coğrafi olarak kolayca erişilebilirdir ve medya ve diğer acil durum müdahale ekipleri gittikten sonra uzun süre kalacak olan, bilinen ve güvenilir yerel sağlık profesyonellerine sahiptir.

ODD'lara hazırlıklı olmamak sağlık hizmetlerine erişimin önünde engeller oluşturur. Sağlık hizmetlerine erişim; maksimum düzeyde kişisel zorluk ve maliyete maruz kalınan koşullarda, belirli hizmetlere, belirli bir kalite düzeyinde güvenceli biçimde erişebilme gücünü ve yeterliliğini işaret eder (Whitehead ve Evandrou, 1997). 6 ve 20 Şubat depremlerinden etkilenen milyonlarca yurttaşın sağlık hizmeti talep etme güçleri ve yeterlilikleri ortadan kalktığı gibi kamusal sorumlulukla bu yurttaşların sağlık gereksinimlerini karşılayacak ODD'lara dirençli sağlık hizmeti yapılanmasının da olmadığı anlaşılmıştır. Bu nedenle sağlığı etkileyen toplumsal belirleyenlerin insanca yaşamayı olanaklı kılacak duruma getirilmesi ve nitelikli, erişilebilir, eşitlikçi, bütünlüklü, kapsayıcı bir sağlık hizmetinin yeniden inşa edilmesi, örgütlenmesi, sunulması ve sürdürülmesi gerekmektedir.

İklim krizinin de etkisiyle olağan dışı durumlar ve halk sağlığı acil durumları da giderek artmaktadır. Güncel literatürde halk sağlığı acillerini yönetebilmek için birinci basamak sağlık hizmetlerinin (BBSH) hazırlık, müdahale kapasitelerinin oluşturulması ve dayanıklılığının arttırılmasına yardımcı olabilecek, sağlık sistemlerinin bileşenleri etrafında yapılandırılmış bazı başlıklar tanımlanmıştır (WHO, 2018).

Buna göre DSÖ, BBSH'nin dayanıklılığı için sağlık sistemlerinin bileşenlerini 7 başlık altında toplanmaktadır:

1. Liderlik ve yönetişim
2. Sağlık hizmet sunumu
3. Sağlık bilgileri
4. Sağlık emek gücü
5. Altyapı, tıbbi malzeme ve cihazlar
6. Sağlık finansman
7. Ortak amaç için çalışan farklı kesişen unsurlar

Bununla birlikte Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2019 yılında, Afet Yönetimi'nde sağlığın yaşamsal rolüne işaret eden, dirençli sağlık altyapıları oluşturmak ve acil durumların ve afetlerin sağlık risklerini ve sonuçlarını

azaltmak için kapsamlı kılavuzlar ortaya koyan Sağlık Acil Durum ve Afet Risk Yönetimi (H-EDRM) Çerçevesini yayınlamıştır. Bu çerçeve, mevcut ve yeni ortaya çıkan halk sağlığı risklerine karşı kaynak ve bilgi yönetimi için entegre bir strateji sunar ve bir afet durumunda koordineli planlama ve eylem gerçekleşmesini kolaylaştırmaktadır. Her ne kadar acil durum hizmetleri tarihsel olarak Afet Yönetimi'nin merkezi olsa da, H-EDRM kılavuzları afetlere müdahalede BBSH'nin oynadığı önemli rol ve işlevleri vurgulamakta ve bu hizmetlerin ülkelerin afet ve acil durum yönetimine entegre edilmesi gerektiğinin altını çizmektedir (WHO, 2019; TTB, 2023-b).

BBSH'nin afetlere hazırlıklı olmasının uygulamada nasıl sağlanacağını konusunda yapılan bir çalışmada (Lamberti-Castronuovo, et al. 2022), afet hazırlığının temel özelliklerini tanımlayan ve BBSH'nde afet hazırlığını değerlendirmek ve iyileştirmek için uygulamalı ve işlevsel öneriler sunmak üzere zemin hazırlamayı kolaylaştıran yeni bir çerçeve önerilmiştir. Çalışmada sistematik bir literatür taraması gerçekleştirilerek toplamda 145 makale analiz edilerek, afetlere iyi hazırlanmış bir BBSH sistemine katkıda bulunan yirmi beş özellik belirlenmiş; bu özellikler yazarlar tarafından on dört tematik küme halinde gruplandırılarak yukarıda 7 başlık halinde sunulan DSÖ Yapı Taşlarına göre düzenlenmiştir (Lamberti-Castronuovo, et al., 2022; TTB, 2023-b).

Tablo 1: *TSH hazırlığı için özelliklerin tanımlanması (TTB, 2023-b)*

Liderlik ve yönetişim	***Politika planlaması*** Birleşik afet yönetimi stratejisi: net bir yönetişim yapısı ile tüm toplum yaklaşımı BBSH'nin afet ve acil durum yönetimi politikalarına entegrasyonu Bağlama özgü tüm tehlikelere yönelik yaklaşım BBSH sağlayıcılarının diğer sektörlerle koordinasyonu
Sağlık hizmet sunumu	***Bakım sürekliliği*** Ulusal politikalar, bakımın sürekliliğini sağlamak için BBSH'nin nasıl işleyeceğini belirlemelidir Alternatif bakım modelleri Teletıp ***Hizmetlerin entegrasyonu*** Rutin hizmetlerin acil durum hizmetleriyle entegrasyonu Halk Sağlığı fonksiyonları ile entegrasyon ***Toplum Katılımı*** Toplum düzeyinde afete hazırlık stratejileri ***Sosyal yardım girişimleri*** Diğer toplum temelli hizmetlerle işbirliği (koalisyonlar) ***Hasta ve ev halkının hazırlığı*** Afet sağlık riski okuryazarlıklarını ve güçlendirmelerini geliştirmek için hastaları ve hane halklarını sağlıklarının ortak yönetimine dahil etme
Sağlık bilgileri	***Güvenlik açığı değerlendirmesi*** Hazırlık aşamasında yürütülen Savunmasızlık Değerlendirmesi Olay müdahale planı varlığı Her sağlık tesisin açık bir olay müdahale planının benimsemesi

Sağlık emek gücü	***Multidisipliner ekip*** Çok disiplinlilik, en uygun afete hazırlık stratejilerinin oluşturulması için esastır. Toplum sağlığı çalışanlarının kritik rolünün tanımlanması **Dalgalanma kapasitesi** Hastane ve acil servislerin kapasitesinin artırılmasında BBSH'nin rolünün belirlenmesi ***Eğitim ve öğretim*** Sağlık çalışanları için sağlık ocağı düzeyinde afet eğitim programı varlığı ***Çalışanların güvenliği ve korunması*** Hazırlıklı olmak ve bakımın sürekliliğini sağlamak için tüm sağlık çalışanlarının fiziksel ve ruhsal güvenliği ve korunmasına öncelik verilmesi
Medikal Ürünler ve Teknolojiler	***Uygun Tıbbi ve Laboratuvar ekipman ve malzemeleri*** Envanteri çıkarılmış ilaç, malzeme ve cihaz listesi (veya laboratuvar ekipmanı) ***Altyapı ve teknoloji*** Fiziksel altyapının güvenlik değerlendirmesi Sağlam Sağlık Bilgi Sistemi Yedekli tamamen işlevsel telekomünikasyon
Finansman	***Yeterli mali kaynak tahsisi***

Deprem sonrası sağlık hizmetleri bu bakışla değerlendirildiğinde, her başlıkta saptanan eksiklik ODD'a hazır olunmadığına dair de bize dolaylı bilgi vermiş ve sağlık sisteminin esneyebilme kapasitesinin çok az olduğunu göstermiştir. Birinci basamak hizmetlerin dayanıklılığını zora/ krize sokan yapısal sorunlar olarak şunlar tespit edilmiştir (TTB, 2023 a,b,c,d):

1. Sağlık emek gücü yönetimi (istihdam, ekip çalışması, süreklilik, dinlendirme, çalışma ve yaşama koşullarının sağlanması, SÇS, ücretlendirme vb.)
2. Tedavi ve koruyucu hizmet ayrımının yol açtığı yönetsel zorluklar
3. Topluma ve bireye dayalı koruyucu sağlık hizmetleri ikileminden kopamama kaynaklı ortada kalan işler
4. Diğer bakanlıklara devredilen hizmetlerle eşgüdümün sağlanamaması (gıda kontrolleri, enkaz çalışmalarına yönelik önlemler vb.)
5. Belediyelerin yürüttüğü hizmetlerle entegrasyonun sağlanamaması (temiz içme ve kullanma suyu, vektör ve kemirici kontrolü (ilaçlama vb), çöplerin toplanması, toplu yaşam ortamlarının hijyeni, yol temizliği
6. Koordinasyon eksikliği (sağlığı ilgilendiren konularda gerek il sağlık müdürlüğü gerekse de valilik düzeyinde koordinasyonun olmaması)
7. İşlevsiz Hıfzısıhha kurulları (deprem döneminde dahi toplanamamış olması)
8. Afetlerde meslek örgütleri, demokratik kitle örgütleri ve her türlü gönüllü örgütün rolleri önemli olmasına karşın sağlık alanında başta TTB ve SES olmak üzere muhalif olduğu düşünülen örgütleri görmeyen kamu yönetimi anlayışının hâkim olması
9. Aile hekimleri, halk sağlığı uzmanları, akademi, sağlık yöneticileri dahi liste tabanlı hizmet ile sağlık

hizmetlerinin kontrol edilemez olduğunu ifade etse de Sağlık Bakanlığı'nın Aile Hekimliği Sistemi ile devam etme konusunda ısrarcı olması

10. Performansa odaklanan koruyucu hizmetlerin anlayışının yol açtığı tutum değişikliği
11. Depremzede sağlık emekçilerinden hizmet beklentisinin erken dönem dahi öne çıkması
12. Hizmet gereksiniminin artmasına karşın depremzede sağlık emekçilerinin esnek mesai ile rahatlatılmasına karşın sahada hizmet konusunda gerekli olan sağlık emekçisi sayısını azalmasına yönelik il dışından uzun süreli tayin ya da görevlendirme yönlü sağlık emekçisi karşılama çabasının olmaması
13. Koruyucu hizmetler yerine poliklinik hizmetlerine odaklanma. Koruyucu sağlık hizmetlerinin (Bağışıklama, İzlemler, Kontrasepsiyon, Cinsel sağlık vb.) başvuruya dayalı (talep esaslı) yürütülmesinde ısrar etme
14. Sahada hizmet değil poliklinik-çadır/konteynerlerde hizmete odaklanma, marjinalleştirilmiş ve savunmasız nüfuslar için sağlık hizmetlerinin sağlanamaması
15. Sağlık emekçilerini karar alma sürecine dahil etmeme,
16. Teşvik-motivasyon yerine cezalandırma, yer değişikliği vb. uygulamaların dahi devreye sokulması
17. Toplum katılımına olanak vermeme
18. Afete yönelik sağlık emek gücü eğitimini ihmal etme, çözümsüz bırakma (mezuniyet öncesi ve sürekli mesleki gelişim)
19. Sürveyans ile ilgili sorunların yaygın olması
    - Nüfus tespiti
    - Morbidite, mortalite, kayıp vb. belirsiz
    - Hizmeti kayıt altına alamama
    - ODD öncesine göre değişimin izlenmesi
    - Erken uyarı yanıt sistemi
    - Raporlama ve şeffaflık sorunları
    - Bölge ve bölge dışına göç edenlere göre sürveyans verilerinin olmaması
    - Bulaşıcı hastalıkların kontrolü
    - Anne ve bebek ölümleri ile ilgili sürveyans çalışması
20. Kamuoyu ile bilgi paylaşmama, şeffaf davranmama, hatta hakikat bükücülüğü
21. Tıbbi ve tıbbi olmayan lojistik ve tıbbi donanım eksikliği (aile planlaması malzemeleri dahil, birinci basmakta tetkik yapamama, aşılarda soğuk zincirin sağlanması sorumluluğunu aile hekimlerinden almama vb.)
22. Özgün hizmetlerde sorun
    - İşçi Sağlığı hizmetlerinin ihmal edilmesi
    - Ekolojik tahribata göz yumulması, enkaz kaldırma sırasında önlem alınmaması
    - Kronik hastalık yönetimine (kvs hastalık kaynaklı ölümleri vb.) müdahil olamama

- Evde bakım hizmetlerinin koordinasyonu
- Beslenme sorunlarının saptanması ve önleyici müdahaleler
- FTR
- Psikososyal
- Ağız ve diş sağlığı hizmetleri

ODD'lara dirençli sağlık sistemi ve sağlık hizmet sunumu varlığında 6 ve 20 Şubat Maraş Depremlerindeki şiddet ve yaygınlıktaki depremlerin ardından literatürde de belirtildiği şekliyle; Deprem'in 3. ayında sağlık hizmeti sunumunun deprem öncesine dönmüş olması; bireye ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerle bir bütün olarak sunulmasının kurgulanmış ve hayata geçirilmiş olması beklenirdi.

Sağlığın herhangi bir ayrım gözetmeksizin herkes için doğuştan kazanılmış bir insanlık hakkı olduğu farklı tanımlamalar ile, Alma-Ata Konferansı, Ekonomik Sosyal ve Kültürel Haklara ilişkin Birleşmiş Milletler Sözleşmesi, Avrupa Sosyal Şartı'nda belirtilmektedir (Öztek, 2018; TİHV, 2023; Anayasa Mahkemesi, 2023).

DSÖ Anayasası ve 1978 Alma-Ata Bildirgesi yanında yukarıda verilen sağlık tanımı Türkiye'nin taraf olduğu ve usulüne göre iç hukukuna dahil ettiği uluslararası hukuk kaynakları arasında bulunduğundan ülkemizin yasal sağlık tanımıdır. Ayrıca, sağlık hakkı Türkiye'de 1961 ve 1982 Anayasalarında tanınan temel haklar arasında yer almıştır. Yukarıda sayılan sözleşmelerde taraf devletler, "herkesin, ulaşılabilecek en yüksek fiziksel ve zihinsel sağlık standardına sahip olma hakkını kabul ederler" diyerek sağlık hakkının kullanılması için devletlere uygun tedbirler alması gerektiğini söylemektedir:

Sağlık hizmetleri toplum ve bireylerin sağlık düzeyini yükseltmek, geliştirmek ve sürdürebilmek amacıyla; sağlığın korunması, geliştirilmesi, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyonu için yapılan çalışmaların tümüdür. Sağlık hakkının gerçekleştirilebilmesi için sağlık hizmetlerinin sağlık hizmetlerinin nicelik ve niteliğinin yanı sıra planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde hizmetlere erişim ve erişimde hakkaniyet oldukça önemlidir.

Sağlık hizmetlerine erişim hakkı ile ilgili Dünya Tabipleri Birliği'nce (DTB) hazırlanan tutum belgesinde; "… Sağlık hizmetlerine erişimi ve 'sağlığın sosyal belirleyenleri' dahil sağlığı etkileyen çok sayıda etmen vardır ve benzer olarak sağlığın yeniden kazanılması da çok boyutlu bir durumdur... Sağlık hizmetlerine erişimin sağlanması, olumsuz toplumsal koşulların ve diğer etmenlerin neden olduğu sağlıksızlığın kısa, orta ve uzun dönemli sonuçlarının azaltılmasında önemli bir etkendir. Erişimin kendisi çok boyutlu bir konudur ve sağlık çalışanları, eğitim, finansman, ulaşım, coğrafi ulaşılabilirlik, seçim özgürlüğü, toplum eğitimi, niteliğin güvence altına alınması ve teknoloji dahil çeşitli etmenlerce sınırlanabilmektedir" (TTB, 2017).

ODD'lara dirençli sağlık hizmetleri yaratmak, sağlık hizmetine erişimin önündeki engellerin kaldırılması ve hakkaniyetin sağlanabilmesi için olmazsa olmazdır. Bunu sağlayabilmek için sağlık hizmetleri aşağıdaki temel özellikler gözetilerek kurgulanmalıdır.

1. Nitelik ve nicelik açısından yeterli ve ülke geneline gereksinim ölçüsünde dengeli dağılmış sağlık emek gücü,
2. Sağlık hizmetlerinden herkesin yararlanabilmesi hedefi ve finansal kaygıların erişimi kısıtlayabileceğini öngörüsüyle hizmetin ödeme gücüne değil gereksinim ölçütüne dayandırılması,
3. Toplumun her kesiminin yararlanabileceği yoksulluk, yoksunluk, engellilik, okur yazar olmama vb. durumların ve ulaşılması güç toplum kesimlerinin engel oluşturmasını önleyecek mekanizmaların kurulduğu,
4. Ayrımcılığın herhangi türünü içermeyen,

5. Hizmetin örgütlenme ve coğrafi olarak da kolay ulaşılabilir olmasının sağlanması gereklidir.

Bu bağlamda yaşanan deprem özelinde halk sağlığı bakışıyla ODD'lara dirençli sağlık hizmeti aşağıdaki öneriler doğrultusunda oluşturulmalıdır (TTB, 2023-c).

1. BBSH başta olmak üzere sağlık hizmetlerine erişimi arttırıcı mekanizmalar kurulmalıdır.

   a) Afet dönemlerinde zarar görmüş ve ihtiyaç da artığından üzerine yük binmiş sağlık kurumları ve sağlık insan gücünün var olan kapasitesini en iyi kullanmayı sağlayacak temel yapılanma olarak görülmelidir.

   b) Afet durumlarında BBSH'yi güçlendirecek insan gücü, bina, araç gereç ve donanım ivedilikle sağlanarak bölgenin gereksinimine uygun olarak örgütlenmesi ve dağılımı tamamlanmalıdır.

   c) Ancak depremin üzerinden geçen 9 ayın ardından etkilenen bölgelerde BBSH'nin ilk başvuru, kapsayıcılık, eşgüdüm ve süreklilik özellikleri bakımından sağlık hizmetlerine erişimin yeterli olmadığı görülmektedir.

2. Sağlık hizmetine erişimin önündeki coğrafi, ekonomik, hizmet sunumu ve içeriği kaynaklı engellerin kaldırılmasına yönelik mekanizmalar oluşturulmalıdr.

a) Depremde, sağlık kurumlarının ne kadarının ne boyutta etkilendiği doğru belirlenmiş olmalıdır. İvedilikle hasar görmüş olan sağlık kurumunun yerine ya da kurulan GYA'da yukarıda sayılan ilkeler de gözetilerek nitelikli uygun yer ve sayıda BBSH sunulacak birim inşa edilmelidir.

b) Depremde kaybedilen ya da etkilenen (fiziksel, psikososyal vb.) sağlık çalışanlarının sayısı, durumu, çalışma kapasiteleri saptanmış olmalıdır.

c) Kurulacak BBSH sunacak birimlerin iç donanımı güvenli, yeteli ve nitelikli sağlık hizmeti sunmaya elverişli hale getirilmelidir.

d) Depremzedelerin sağlık hizmetine erişimine engel olacak (coğrafi, ekonomik vb.) durumlar saptanmalı ve yönetilmelidir. Örneğin ücretsiz ring seferleri vb.

e) Sağlık emek gücü barınma koşulları da gözetilerek istihdam edilmelidir. Görevlendirme ile ya da mecburi hizmet kurası ile bölgeye atanan tüm sağlık çalışanlarının uygun barınma ve çalışma koşulları sağlanmış olmalıdır.

f) Görevlendirmeler öncelikle gönüllülük esası, ardından en az bir hafta önceden haber vermek koşuluyla optimum koşullar gözetilerek yapılmalıdır. Sağlık çalışanları göreve başlamadan önce mutlaka bir oryantasyon eğitimine alınmalı, kendinden sonra gelecek ekiple toplanarak tanışmalı, deneyim aktarmalı, devir teslim yapabilmelidir.

g) Depremzede sağlık çalışanlarının hizmet verebilecek durumda olup olmadıkları belirlendikten sonra göreve çağrılmalıdır. Burada da gönüllülük esas olmalıdır. Depremzede sağlık çalışanlarına rutin psikososyal destek hizmeti sağlanmalıdır. Depremzede olup sahada görev yapan tüm sağlık çalışanlarının aile bütünlüğünükoruyacak, barınma, beslenme, güvenlik ve ulaşım sorununu çözecek politikalar ivedilikle hayata geçirilmelidir.

h) Kurulan veya hizmet sunmaya başlayan birimlerde ilk yapılması gereken, hizmet verilen nüfusun sosyodemografik özelliklerinin ve sağlık özgeçmişlerinin saptanması, kayıt altına alınması ve uygun sağlık hizmetinin planlanması ve sunulmasıdır.

3. Acil ve afet durumlarında zararı en aza indirmek ve hazırlıklı olabilmek için nitelikli BBSH'leri başta olmak üzere ODD'lara dirençli sağlık hizmeti sunulması için gereken altyapı, sağlık emek gücü, araç-gereç-donanım sağlanmalı; hizmetin finansmanı, örgütlenmesi ve yönetiminde sağlıkta eşitlik ilkesi gözetilmelidir.

Sonuç olarak, halk sağlığı yaklaşımı ile ODD'larda sağlık hizmetlerinin dayanıklığı için gerekli koşulların sağlanması yönünde politik bir irade, bilimsel, sistematik ve özenli bir yaklaşım gerektirmektedir. Gereksinimlere karşılık veren, evrensel, dayanışmacı ve eşitlikçi bir sağlık sistemi oluşturulması; ülkenin her yerinde kaynak gereksinimleri karşılanmış sağlık kurumlarının bulunması; sağlık kurumlarına ve sağlık çalışanlarına yeterli ve süreklilik temelinde finansman sağlanması ve bireylere ödeyebilme gücüne değil gereksinimlerine göre davranılması sağlıkta reform ve dönüşümle birlikte aksayan, deprem sonrası çöken sağlık hizmetlerinin ve sağlık sisteminin ODD'lara dirençli olarak yeniden inşasında yol gösterici olmalıdır.

Kaynaklar

1. *Anayasa Mahkemesi (2023) Avrupa Sosyal Şartı* https://www.anayasa.gov.tr/media/3680/avrupasosyalsarti.pdf *Erişim Tarihi: 29.11.2023*

2. *Braithwaite J, Mannion R, Matsuyama Y, Shekelle P, Whittaker S, Al-Adawi S, editors. (2018) Health systems improvement across the globe: success stories from 60 countries. Boca Raton, FL: CRC Press.*

3. *Combaz, E. (2014) Disaster resilience: Topic guide. Birmingham, UK: GSDRC, University of Birmingham.* https://gsdrc.org/wp-content/uploads/2014/02/GSDRC_DR_topic_guide.pdf *Erişim Tarihi: 20.11.2023*

4. *Lamberti-Castronuovo A, Valente M, Barone-Adesi F., Hubloue I, Ragazzoni L. (2022) Primary health care disaster preparedness: A review of the literature and the proposal of a new framework. International Journal of Disaster Risk Reduction 81 103278,* https://www.sciencedirect.com/journal/international-journal-of-disaster-riskreduction *) Erişim Tarihi: 20.11.2023*

5. *Öztek Z. (2018) Temel Sağlık Hizmetleri 1978-2018. HASUDER Yayınları, Ankara-2018.* https://hasuder.org.tr/wp-content/uploads/Temel-Sa%C4%9Fl%C4%B1k-Hizmetleri-1978-2018.pdf
Erişim Tarihi: 20.11.2023

6. *Primary Health Care (PHC) (2010) Approach in Emergencies Report of a regional meeting Dhaka, Bangladesh, 28-30 September* https://reliefweb.int/report/bangladesh/wfp-bangladesh-emergency-preparedness-and-response?gad_source=1&gclid=Cj0KCQiAgqGrBhDtARIsAM5s0_lWwBdlgGxmEpuMwpf86gAYpCW-fenHPu3G8LUp_HIaNk1tVDR2ZU8aAovOEALw_wcB *Erişim Tarihi: 20.11.2023*

7. *Redwood-Campbell L, Abrahams J. Primary health care and disasters—the current state of the literature: what we know, gaps and next steps. Prehosp Disaster Med. 2011 Jun;26(3):184-91. doi: 10.1017/S1049023X11006388.*

8. *TİHV (2023) Türkiye İnsan haklar Vakfı Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi* https://tihv.org.tr/wp-content/uploads/2020/04/bm-ekonomik-sosyal-ve-kulturel-haklar-uluslararasi-sozlesmesi.pdf *Erişim Tarihi: 20.11.2023*

9. *TTB (2017) Sağlık Hizmetlerine Erişim Üzerine DTB Tutum Belgesi* https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/DTB-Saglik-Hizm-erisim.pdf *Erişim Tarihi: 20.11.2023*

10. *TTB (2023-a) 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş ve 20 Şubat 2023 Hatay Depremleri Birinci Ay Raporu* https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/1ayraporu.pdf *Erişim Tarihi: 20.11.2023*

11. *TTB (2023-b). Türk Tabipleri Birliği II. Ay Deprem Raporu: Geçici Yerleşim Alanları* https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/ttb_deprem_ikinciay_raporu.pdf *Erişim Tarihi: 20.11.2023*

12. *TTB (2023-c). Türk Tabipleri Birliği III. Ay Deprem Raporu: Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Erişim ve Sağlık Çalışanlarının Sağlığı* https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/3ayraporu.pdf *Erişim Tarihi: 20.11.2023*

13. *TTB (2023-d). Türk Tabipleri Birliği VI. Ay Deprem Raporu: Olağandışı Durumlara Dayanıksız Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri* https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/6ayraporu.pdf *Erişim Tarihi: 20.11.2023*

14. *UNDRR (2022)* http://www.unisdr.org/we/inform/terminology#letter-e *Erişim Tarihi: 20.11.2023*

15. *WADEM (2021) Role of Primary Care in Disasters* https://wadem.org/wp-content/uploads/2021/09/Primary-Care-in-Disasters.pdf *Erişim Tarihi: 22.11.2023*

16. *Whitehead, M., Evandrou, M. (1997) "As the health divide widens in Sweden and Britain, what's happening to access to care?" British Medical Journal 315: 1006- 1009.*

17. *WHO (2018) Primary health care and health emergencies WHO/HIS/SDS/2018.52* https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/emergencies.pdf *Erişim Tarihi: 22.11.2023*

18. *WHO (2019) Health emergency disaster risk management framework, World Health Organization, Geneva, 2019* https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326106/9789241516181-eng.pdf?sequence=1 *Erişim Tarihi: 22.11.2023*

DAVETLİ KONUŞMA

CUMHURİYET'İN 100. YILINDA TÜRKİYE'DE SITMA

Prof. Dr. Recep AKDUR
Halk Sağlığı Uzmanı Emekli Öğretim Üyesi

1.GİRİŞ VE GENEL BİLGİLER

Sıtma, tarih boyunca insanlığı tehdit eden halk sağlığı sorunlarından olan bulaşıcı bir hastalıktır (CDC, 2018). Başka bir ifade ile Antik çağlardan beri insanlığın belası olmuştur ve hâlâ da öyledir (WHO,2021). İçinde bulunduğumuz 21.Yüzyılın ilk çeyreği boyunca, yaklaşık 87 ülke ve bölgede, 4 milyar insan sıtmanın tehdidi altında olup, hemen her yıl resmi kayıtlarda 800 bin ile bir milyon arasında değişen olgu ve bunlardan da bir milyona yakın ölüm bildirilmektedir. Dünyanın bazı bölgelerinde beş yaş altı ölümlerin %75'i sıtmadan meydana gelmektedir (WHO, 2022).

Tarih ve siyaset bilim profesörü Timothy C. Winegard'a göre; ilk insandan günümüze dek küremizden 108 milyar insan gelmiş geçmiş. Bunlardan 52 milyarının ölümü sivrisinek ile bulaşan hastalıklardan meydana gelmiştir (Winegard, 2021).

Küremizdeki 8,07 milyar insan, saldırgan ve 15 ölümcül biyolojik silahı olan 110 trilyonluk sivrisinek ordusu ile savaş halindedir. Geçmişteki ve günümüzdeki erken ölümlerin en önemli nedeni başta sıtma parazitleri olmak üzere sivrisinek ile iş birliği yapan tek hücrelilerdir. Başka bir anlatımla, insanlığın var oluşundan beri kaderine yön veren en önemli etmenlerin başında sivrisineklerle sıtma parazitinin iş birliği gelmektedir (Winegard, 2021).

Buna karşılık ne sivrisineğe ne sıtmaya önem verilmiş ne de yeterince farkında olunmuştur. Bunun doğal bir sonucu olarak, genelde toplumsal yaşamda özelde de sağlık politikalarında gereği kadar dikkate alınmamıştır. Çünkü sıtma tarih boyunca üç örtücünün (kamuflajın) etkisi altında kalmış adeta saklanmıştır:

1) Sıtmanın, büyük salgınlar/pandemiler yaptığı resmi sayılarla bile 4-5 milyon olgunun bildirildiği aynı yıllarda veba, kolera, verem, çiçek, tifo, frengi, enflüanza gibi diğer bulaşıcı hastalıklar da yaygın olmuştur. Bu hastalıklar, özellikle de Vivaks sıtmasına göre, kliniği daha ağır, yayılması daha hızlı ve ölümcüllüğü(-fatalitesi) daha yüksek olan hastalıklardır. Bu nedenle de sıtma o hastalıkların/salgınların gölgesinde kalmış onların yanında daha az önemli olarak algılanmıştır. Örneğin II. Dünya Savaşı sırasında, sıtma gerek askerlerde ve gerekse halkta diğer bulaşıcı hastalıklardan çok daha fazla ve yaygındır. Buna karşılık, sivil kayıtlara göre daha düzenli olan askeri kayıtlarda bile sıtmaya yer verilmemiş (Başustaoğlu, 2016). Bu durum sıtmanın gölgede kalışının açık bir göstergesidir.

2) Sıtma, Hipokrat (MÖ:460-370) zamanından beri, kliniği tüm ayrıntıları ile tanımlanmış ve bu nedenle de "iyi bilinen" bir hastalık olarak algılanmıştır. Oysaki hastalığın etkeni, vektörü ve tedavisi konusundaki yanlış ve eksik bilgiler o zamandan 19. Yüzyılın son yarısına kadar sürmüştür. Her şeyi ile bilinen kronik, sinsi ve basit bir hastalık olarak algılanmış olması/ kabulü onu üzerinde fazla durulmayan bir hastalık haline getirmiştir. Hakkındaki yanlış bilgiler nedeniyle mücadelesinde de çok etkili olmayan uygulamalardan çare aranmıştır (Gachelin et all. 2018).

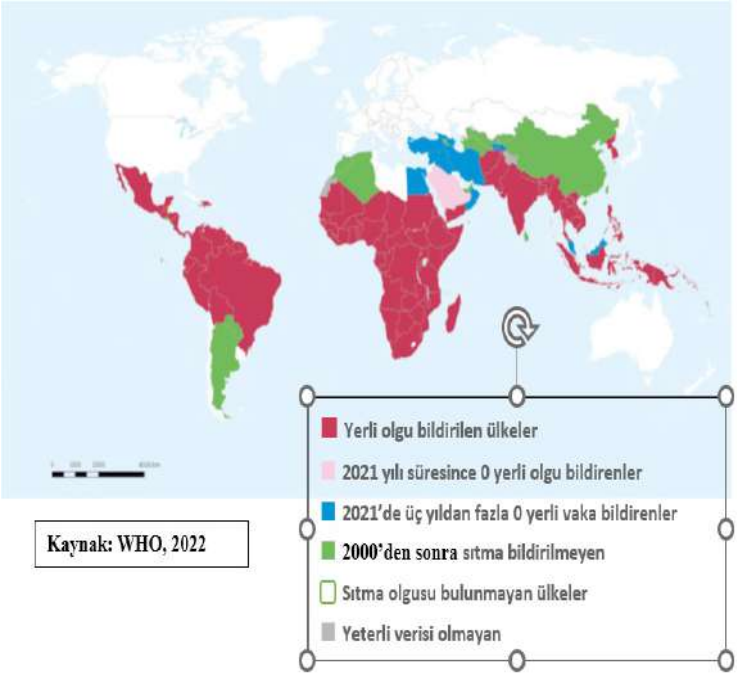
Sıtmanın enfeksiyon zinciri ve bileşenlerinin bilimsel anlamda bulunması/bilinmesi 19. Yüzyıl sonu ile 20. Yüzyıl başıdır yani çok yenidir (Camille et all 2022): Marchiafava 1883'de etkeni/paraziti göstermiş, Ronald Ross 1897'de sivrisineklerle taşındığını ya da bulaştığını/ vektörünü bulmuştur. Klorokin 1934'de, diğer etkili ilaçlar ise daha sonra bulunabilmiş, DDT'nin insektisit olduğunun anlaşılması 1939'da Paul Hermann Müller iledir. Sivrisinek kontrolünde kullanılmaya başlanması ve yeterince üretilebilmesi ise daha sonraki yıllardadır. Ancak bu buluşlar ile sıtma hakkındaki temel bilgiler tamamlandığında yani 20. Yüzyılın ilk yarısında enfek-

siyon zincirinin tüm bileşenleri (parazit ve vektör) dolayısı ile de hastalık ile mücadele yolları bilinir hale gelmiştir (Bruce-Chawat, 1985; WHO,1979; Akdur, 2004; Talapko et all, 2019).

Bu durum başka bir yanılgıya hastalığın kolayca eradike edilebileceği düşüncesine neden olmuştur. Bu yanılgının bir sonucu olarak, DSÖ tarafından 1955 yılında, dünyanın ilk eradikasyon programı olan, Dünya Sıtma Eradikasyon Programı (Global Malaria Eradication Program) başlatılmıştır. Ancak başarısızlıkla sonuçlanması ve sıtmanın eradike edilemeyeceğinin kabulü ile 1969 yılında sonlandırılmıştır (Erdem, 1998; Mendis et all. 2009; Achan et all, 2011; Martin, 2014; WHO, 2021; Danis, 2023). Zaten yeterli ilgi görmeyen bir hastalık iken, bu başarısızlıktan sonra hem hükümetlerin kontrol çalışmalarındaki hem de bilim çevrelerinde üzerinde çalışma ve yeni bilgi üretme motivasyonu daha da azalmıştır.

3) Bu gelişmelerle eş zamanlı olarak hastalık, başta Batı Avrupa ve Kuzey Amerika olmak üzere gelişmiş ülkelerde kontrol altına alınırken, Afrika ve Uzak Doğu Asya gibi yoksul kesimlere iyice yerleşmiştir. Diğer pandemik hastalıklar, 20 ve 21. Yüzyılda da toplumların tüm kesimlerini tehdit etmeye devam etmiş. Buna karşılık sıtma, özellikle savaş dönemleri olmak üzere zaman zaman gelişmiş bölgeleri ve toplumların üst gelir gruplarını da tehdit etse de, daha çok yoksul /gelişmemiş bölgelerin hastalığı haline gelmiştir. O bölgelerin de ekonomik olarak güçsüz, çevre hijyeni bozuk yerleşimlerinde yaşayan gruplarını tutan bir hastalık niteliği kazanmıştır (Gwatkin et all, 1999; Teklehaimanot et all, 2008; Ricci, 2012). Bu nedenle de ilaç/aşı üretimi anlamında özel şirketlerin ilgisinin tamamen dışına çıkmıştır. Çevre düzenlemeleri ise hem çok pahalı hem de çok yavaş ilerleyen hizmetlerdir (Gwatkin et all,1999; MMV, 2004; Tekeli 2020; Gavi 2023).

Şekil 1: *Dünyada 2021 Yılı İtibarı ile Sıtma Durumu*



Sıtma, yukarıda özetlenen nedenlerle, ancak diğer "önemli salgın" hastalıklar kontrol altına alındığında ya da onların toplumu tehdit etmediği zamanlarda ele alınan bir hastalıktır. Bunun bir sonucu olarak da gerek uluslararası veri kaynaklarında ve gerekse ulusal veri kaynaklarında yeterince kayıtlanmamıştır. Başka bir anlatımla, hiçbir zaman yeterli ve güvenilir verilere sahip olunmamıştır. Bu durum kısır bir döngü yaratmış toplumları ve sağlık politikasını etkilemek açısından sıtma hep ikinci üçüncü planda kalmıştır. Her şeye rağmen DSÖ verilerine göre; günümüzde yıllık 500 bin ile bir milyon klinik sıtma olgusu bildiriliyor. Bunlardan bir milyondan fazlası ölümle sonuçlanıyor. DSÖ'ye göre sıtma, tüberküloz ve AIDS ile birlikte günümüzün en önemli üç bulaşıcı hastalığından biridir. Günlük söylem ve yazında Afrika, Asya ve Latin Amerika'nın yoksul tropik bölgelerinde

görülüyor diye geçse de aslında büyük çoğunluğu Afrika'da özellikle de Sahra'nın güneyinde görülüyor. Bu durum sosyal politikalarda etkili olan kesimlerin, sıtmayı hem kendileri için bir tehdit olarak algılamamasına hem de bu amaçla üretecekleri ilaç, aşı ve kimyasallardan kar beklememelerine neden olmaktadır. Dolayısı ile etkili bir biçimde üzerinde durulmamakta, sıtma ilaç ve aşı çalışmaları yalnızca DSÖ ve diğer bazı kuruluşların desteği ile yürütülebilmektedir.

2. CUMHURİYET ÖNCESİ DÖNEM

Sıtma, tüm dünyada olduğu gibi Anadolu'da da tarih boyunca salgınlar yapmış, Ege ve Akdeniz kıyılarında yer alan antik medeniyetlerin birçoğunun yok olmasında önemli bir rol oynamıştır (Aydın, 1998; Akdur, 2006; Meydan, 2022). Başka bir anlatımla, Anadolu'nun geçmişinde, salt yaygın olmakla kalmamış, medeniyetleri çöktürecek ağırlıkta seyretmiştir. Yaygın sağlık örgütü/hizmeti ya da verileri kayıtlama uygulaması olmadığı için de bu durum resmi kayıtlara yansımamıştır. Yalnızca "kara bela", "azgın canavar" adları altında roman ve hikayelerde yer bulmuştur. Birinci Dünya ve Kurtuluş Savaşı sırasındaki bazı askeri rapor ya da yazışmalarda rastlanan sıtma verileri durumun romanlara yansıyandan çok daha ağır olduğunu göstermektedir (Erdem, 1998; Başer ve Tekiner, 2014).

On dokuzuncu yüzyıl Osmanlı'nın en zayıf ve bunalımda olduğu yıllardır. Uzun süren ve çoğunlukla yenilgiyle sonuçlanan savaşlar sonunda, kitleler halinde içe göçler nedeniyle, başta tifo, hummai racia, kolera, tifüs olmak üzere hemen tüm bulaşıcı hastalıklar bu arada da sıtma çok yaygındır ve kırımlar yapmaktadır. Bazı yazılı kaynaklarda sıtmanın Anadolu'da 1830'dan itibaren yayıldığı, özellikle kıyı kentler olmak üzere birçok kentte salgın yaptığı ve halkın dörtte üçünden fazlasını tuttuğu bildirilmektedir (Yıldız, 2014; Söhrap, 2019; Işık 2021). Buna karşılık aynı dönemdeki sağlık hizmetleri halkın gereksinimi karşılamaktan çok uzaktır. Devlet eliyle yürütülen sağlık hizmetleri daha çok saraya ve orduya yöneliktir. Sağlık işlerini düzenleyen, tabip, cerrah ve diğer sağlık personelinin atama işlerini yürüten Hekim Başı (Reisul Etibba) kurumundan başka merkezi bir örgüt yoktur. Büyük merkezlerde yaşayanlar, genellikle çok az sayıda olan ve serbest çalışan tabip ve cerrahlardan ücret karşılığında hizmet alabilmektedir. Merkezlerden uzakta yaşayan yaygın halk kitleleri ise mistik uygulamalardan medet ummaktadır (Akyay, 1982; Fişek 1983; Akdur, 2008).

Osmanlı idaresi sağlık hizmetlerini geliştirmek ve bulaşıcı hastalıkları kontrol altına almak gayretleri içindedir. Bu bağlamda hekim ihtiyacını karşılamak üzere 14 Mart 1827 Tıphane beş yıl sonra da Cerrahhane açılmıştır. Bu iki okul 1836'da birleştirilerek "Mektebi Tıbbiye" daha sonra da 1839'da Mekteb-i Tıbbiye-i Mülkiye-i Şahane" adını almıştır. Sultan II. Mahmut, 14 Marttaki açılış konuşmasında; "acil hekim ihtiyacını karşılamak için eğitime hemen başlamak ereğiyle eğitim dilinin Fransızca olacağını, ancak hedefin Türkçe eğitim olduğunu bildirmiştir". Fransızca eğitim 40 yıl kadar sürmüş ve Türkçe eğitime 1867 yılında başlanabilmiştir. Türkçe eğitime başlanmasının tıp ortamına olan olumlu etkisi hemen görülmüş izleyen 10-15 yıl içinde 62'yi aşkın Türkçe tıp kitabı yayımlanmıştır (Başustaoğlu, 2023).

Bu yıllarda, 1849'da Vekaye-i Tip ve Gazete Medicale de CostantinopIe, 1857'de Gazete Medicale d'Orient, 1871'de Ceride-i Tıbbiye-i Askeriye' adlı gazeteler yayımlanmaya başlamıştır. Bu gazeteler sık sık kolera ve veba salgını haberleri vermektedir (Başustaoğlu, 2023). Aynı dönemde sıtma da çok yaygın olmasına karşın kolera ve vebanın gölgesinde kalması nedeniyle haberlere çok sık yansımamıştır. Ancak 1910'da Pirinç Ziraatı Kanunnamesi, 1913'de Halka Ücretsiz Kinin Dağıtılmasına Dair Nizamname gibi yasal düzenlemelerin yapılmış olması sıtmanın da yaygın, idarenin çare arama gayreti içinde olduğunu göstermektedir (Söhrap, 2019).

Tüm savaşlar, kitlesel nüfus hareketleri (askeri birlikler, zorunlu göçler, sürgünler), insanların konut, elbise, gıda gibi temel gereksinimlerinden yoksun kalması, ailelerin parçalanarak duyarlı grupların (çocuklar yaşlılar engelliler kadınlar) bakım ve korumadan yoksunlaşması, çevrenin olumsuzlaşması, sağlık hizmetlerinin kesintiye uğraması, araç gereç ve malzeme teminindeki zorluk gibi nedenlerle her türden bulaşıcı hastalığın bu arada da sıtmanın alev tarzında yükselerek, yerel ve ülkeler arası salgın yapmasına neden olur. Nitekim hem birinci hem de ikinci dünya savaşı sırasında hem de izleyen yıllarda sıtma pandemileri yaşanmıştır (Piyal et all., 2013).

Başustaoğlu, Tevfik Sağlam'ın Yaşamı adlı kitabının 241. sayfasında, Hikmet Özdemir'in Salgın Hastalıklardan Ölümler (Türk Tarih Kurumu Yayınları, 2005, Ankara) adlı kitabından bir aktarma yapmış, buna göre; *"Birinci Dünya Savaşı'nda, hastalıklardan ölenlerin sayısının savaşarak ölenlerden daha fazla olduğu tek ülke Osmanlı'dır". "Bu savaşa asker ve görevli olarak katılanların 1/3 bulaşıcı hastalıklardan ölmüştür" ve "silah altına alınan gençlerin yalnızca %10 ile 20 kadarı evlerine dönebilmiştir"* (Başustaoğlu, 2016). Yine Başustaoğlu'nun aynı kitabının 245-324 sayfaları arasında "Üçüncü Ordu Bölgesinde Salgın Hastalıklarla Mücadele ve Sonuçları" yer almaktadır. Bu bölümde, lekeli tifo (tifüs), hummai racia, kolera, dizanteri, tifo (kara humma), çiçek, tetanos hastalıklarının kayıtları /sayıları verilmiş ancak sıtmadan hiç söz edilmemiştir (Başustaoğlu, 2016). Oysaki o dönemde (1914-1918) hem halkta hem de orduda sıtma çok yaygındır (Işık, 2021; Babacan ve Temurçin, 2013).

Dört yıl üç ay iki hafta süren (28.07.1914-11.11.1918) I. Dünya Savaşı, insanlık tarihinin en büyük yapay afetidir. Bu savaş sırasında, Osmanlı ordularındaki 451.803 asker sıtmaya yakalanmış, bunlardan 23.459 ölmüştür (Tekir, 2017; Işık 2021). Orduda kayıtlanan toplam hastalıklar içinde sıtmanın oranı %13,1 sıtmadan ölümlerin toplam hastalık ölümleri içindeki oranı ise %5'dir (Meydan, 2020). Böylesine yaygın ve ölümcül olmasına karşın sivil kayıtlar bir yana birçok ordu kayıtlarında bile sıtma kayıtlarına rastlanmaması, hastalığın yeterince önemsenmediğinin ikincil kaldığının en açık göstergesidir.

3- KURULUŞ YILLARI (1920- 1940)

Kurtuluş Savaşı'nda Türk Ulusunun birçok zorlukları olmuştur. Yalnızca emperyalist ordularla savaşmamış aynı zamanda, geri kalmışlık ve cehalet yanında yoklukla, yoksunlukla, salgın hastalıklarla da savaşılmıştır (Akdur, 2004; Meydan, 2022). Bu zorlukların bir listesi çıkarıldığında; "topraklarının büyük çoğunluğu işgal edilmiş bir ülke", "dağıtılmış ve silahları elinden alınmış bir ordu", "eğitimsiz ve yoksul bırakılmış bir halk", "geri kalmış bir ekonomi" bu listenin başlarında yer alır. Birçok tarihçi bu listeye sıtma ve veremi de ekliyor. Sıtma öylesine yaygındır ki, ülkede sıtma hastalığının adını bilmeyen ve hatta bu hastalığı geçirmeyen kimse yoktur. Bu nedenle köylüler tarladaki ekinlerini toplayamamış cephedeki askere un ya da ekmek gönderilememiştir. Savaş sırasındaki kıtlıkta savaş koşulları kadar sıtmanın da önemli bir rolü vardır (Ünsal ve ark, 1982; Erdem, 1998). Savaştan sonra da, toplumunun içinde bulunduğu zorlu yaşam koşulları, sağlık alt yapısındaki yetersizlikler nedeniyle diğer hastalıklarla birlikte sıtma salgını da yıllarca devam etmiştir. Nitekim 1920'li yıllarda üç milyon trahomlu bulunduğu, nüfusun yarısının sıtmalı olduğu bildirilmektedir (Işık, 2021).

Türkiye Cumhuriyeti, onlarca yıl süren savaşların bittiği bir dönemde kuruldu. Balkan, Birinci Dünya ve ardından Kurtuluş Savaşları ülkede üretken ve eğitimli nüfusun tamamen kaybına neden oldu. Cephede yaralanarak, hastalanarak iş göremeyecek hale gelenlerin yanı sıra kaybedilen topraklardan kitle halinde Anadolu'ya göçenler nedeniyle ülke nüfusunda ciddi bir değişim yaşandı. Çevre ve ailesel hijyen koşullarının olumsuzluğu yanında ihmal edilen sağlık hizmetleri, halkın sağlık düzeyini ve üretkenliğini son derece aşağılara düşürdü (Tuğluoğlu, 2008).

3.1. Atatürk'ün Sağlık Politikaları ve Sıtma Mücadelesinde Etkileri

Atatürk, yalnızca Kurtuluş Savaşı'na komutanlık etmemiş aynı zamanda kurtuluş, kuruluş ve gelişme sürecinin tamamında toplumsal yaşamın ilkeleri ve felsefesinin de temel belirleyicisi olmuştur. Bu anlamda doğrudan belirlediği, biçimlendirdiği alanlardan birisi de sağlık hizmetleri alanıdır. Sağlık anlayış ve politikasındaki temel düşüncesini; 1 Mart 1920'de Meclis Kürsüsünden şöyle dile getirmiştir; *"milletimizi tam güvenlik ve asayiş içinde yaşatmak en büyük amacımız olduğu gibi, onun sağlığına özen göstermek ve toplumsal acılarına olanaklarımız oranında çare olmak hükümetimizin genel ödevlerinden biridir"* (Aydın 2021).

Her fırsatta, çeşitli vesilelerle ve değişik cümlelerle yinelediği bu düşüncesi, devletin sağlığa yaklaşımında önemli bir etki ve değişim yaratmış, ileriki yıllarda halka sağlık hizmeti sunulmasını devletin birinci dereceden sorumluluğu ve temel görevlerinden biri haline gelmesini sağlamıştır (Aydın, 2021).

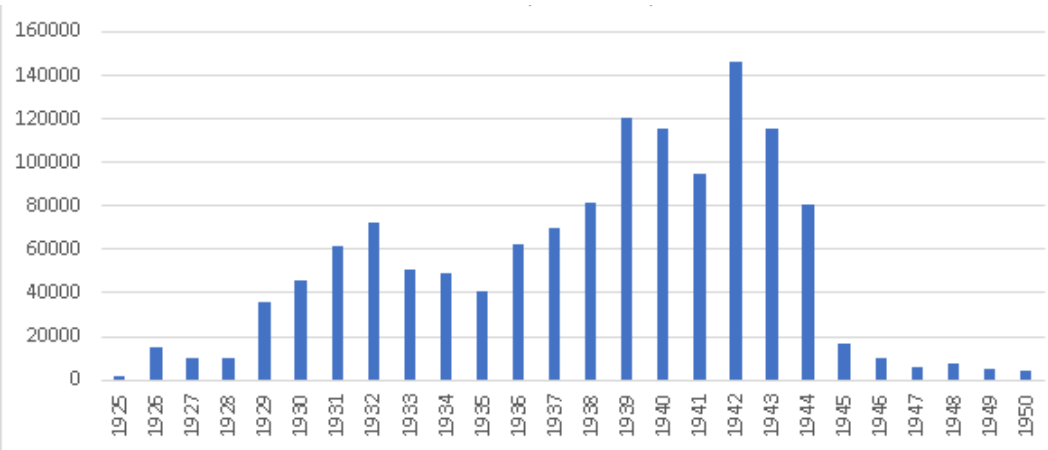
Atatürk'ün, sağlık ile ilgili söylevlerinde öne çıkardığı konulardan biri koruyucu sağlık hizmetlerine verdiği önemdir. Bu düşüncesini *"toplumun sağlığı için öngörülen köklü önlemler sürekli geliştirilmeli ve genişletilmelidir. Milletimizin sağlığını korumak ve desteklemek, ölümü azaltmak, nüfusu çoğaltmak, bulaşıcı ve salgın hastalıkların yıkımına karşı koymak sureti ile, millet fertlerinin dinç ve çalışmaya kabiliyetli sağlıklı vücutlar halinde yetişmesini temin etmeliyiz"* şeklinde ifade etmiştir. Bu düşüncesi, Cumhuriyet ile başlayan sağlık hamlesinin koruyucu sağlık hizmetine dayalı bir halk sağlığı hizmeti niteliği kazanmasına neden olmuştur (Aydın, 2021).

Cumhuriyetin ilan edildiği günlerde Anadolu'daki nüfusun yarısından çoğu sıtmalıdır. Bu nedenle Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın kurulması ile birlikte ilk ele aldığı konulardan birisi sıtma ile mücadele olmuştur. Mustafa Kemal Atatürk 1 Mart 1923 Tarihli meclis konuşmasında, genelde sağlık sorunlarına değinirken özelde sıtma konusunda da açıklamalarda bulunmuştur. Özellikle kinin dağıtımı, bataklık kurutma, arazi ıslahı, şehir ve köylerin çevre koşullarının düzeltilmesi çalışmalarına ilişkin bilgiler vermiştir (Meydan, 2022)

Atatürk, sağlıkla ilgili söylevlerinin hemen çoğunda özellikle sıtmanın önemine ve bu bağlamda Cumhuriyet Hükümetlerinin çalışmalarına da yer veriyordu. Örneğin 1 Kasım 1924'te TBMM açılış konuşmasında sıtma salgını ile mücadelenin bir devlet politikası olacağını ve bu konudaki kararlılığı şu sözlerle ifade etmiştir: *"Sıtmaya karşı, başlı başına bir mücadele devresine girilmesi Meclisi Ali'nin önde gelen büyük ve ağır işi addolunsa yeri vardır. Muhakkaktır ki bizim için nüfusu koruma, çoğaltma ve çalışanların kuvvet ve zindeliğini temin eden tedbirlerin başında sıtma mücadelesi bulunmalıdır"* (Işık, 2021; Çakırçoban, 2010).

Cumhuriyet ilan edildikten sonra başlayan yeniden yapılanma sürecinde, kapsamlı bir ulusal kalkınma seferberliği başlatılarak, ulusun her alanda ve en kısa sürede çağı yakalaması hedeflemiştir. Bu sırada o görülmüş ve anlaşılmıştır ki; kalkınma seferberliğinin önündeki önemli iki engelden birisi eğitimsizlik iken diğeri de halkın sağlık düzeyindeki düşüklüktür. Atatürk, her vesile ile Osmanlı'nın son dönemindeki sağlık durumunun beklediğinden/ umduğundan çok daha kötü olduğunu ifade ederek bu açığın bir an önce kapatılmasını istemiştir. Ona göre Ulusun çağı yakalayabilmesinin yolu eğitimli ve sağlıklı bir toplum yaratmaktan geçmektedir. Bu düşüncenin bir sonucu olarak, dönemin hükümetleri halkın sağlık düzeyini yükseltecek olan plan ve programlara büyük bir önem ve öncelik vermiştir. Başta Atatürk olmak üzere, Cumhuriyetin tüm kurucuları "sağlık hizmetlerinde çağdaş anlayış ve hizmetleri yakalamayı" çağdaş devletin temel özelliği olduğuna inanmışlardır (Aydın, 2021).

***Grafik 1**:Türkiye'de Sıtma Olgularının Yıllara Dağılımı (1925-1950)*



3.2. Refik Saydam Dönemi

Sağlık hizmetlerinin birinci derecede bir devlet görevi olarak ele alınmasının ilk adımı TBMM'nin, 2 Mayıs 1920'de kabul ettiği 3 Sayılı, Büyük Millet Meclisi İcra Vekillerinin Sureti İntihabına Dair Kanun'dur. Bu kanun ile, diğer bakanlıklarla birlikte Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekâlet'i de kurulmuştur. Kurtuluş Savaşı'nın ağır koşulları ve o yıllarda yalnızca gelişmiş birkaç ülkede ayrı bir sağlık bakanlığı örneği olmasına karşın,

sağlık bakanlığının hemen kurularak, sağlık hizmetlerinin bu düzey ve bu öncelikte ele alınması, zamanın yönetiminin konuya verdiği önemi ve ileri görüşlülüğünü göstermektedir (Dirican, 1970; Fişek 1983; Metintaş ve Elçioğlu, 2007; Aydın, 2021; Meydan, 2022).

TBMM'nde ilk sağlık bakanı olarak Dr. Adnan Adıvar seçilmiştir. Dr. Adıvar göreve başladığında, ne yerleşmiş bir örgüt ve alt yapı ne de gereksinimlere yanıt verecek bir mevzuat birikimi vardı. Her şeyin yeniden ya da yoktan kurulması gerekiyordu. Bu nedenle de günümüze miras kalan ve tüm ülkeye yayılan sağlık alt yapısının temellerinin Cumhuriyet'le birlikte atıldığını söylemek yanlış olmaz (Aydın 2021; Meydan, 2022).

Seçimleri yapılarak oluşumu tamamlanan TBMM hükümeti, derhal çalışmaya başlayarak "Birinci İcra Vekilleri Heyeti Programı" diye adlandırılan programı hazırlanmıştır. Bu programın Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti bölümü/bileşeni de Dr. Adnan Adıvar önderliğinde hazırlandı. Bölüm Bakanlığın öncelikle ele aldığı/gerçekleştirmek istediği konuları içeriyordu. Büyük çoğunluğu sağlık örgütünü ülke düzeyine yaymak, hizmet birimlerinin sayılarını arttırmak ve buralarda çalışmak üzere doktor, ebe, küçük sıhhat memuru gibi personel yetiştirmekle ile ilgili konulardı. Doğrudan sağlık programı niteliğinde olan konu ise "sıtma, frengi, trahom ve diğer sosyal hastalıklarla mücadele etmek" şeklinde ifade edilen konu idi (Tuğluoğlu, 2008). Ayrıca Işık'ın Özkaya'dan aktardığı bilgiye göre; sıtma ile mücadele bildirisi/ programı 9 Mayıs 1920'de yapılan I. İcra Vekilleri Heyetinde ele alınarak tartışılmış ve özellikle kinin tedariki ve dağıtımı üzerinde durulmuştur (Işık 2021). Buradan da anlaşılıyor ki, Cumhuriyetin kurucularının sıtmaya karşı olan ilgisi Cumhuriyet'in ilanından çok önceye; hatta Kurtuluş Savaşı'nın da öncesine kadar uzanıyordu (Aydın, 1998).

Kurtuluş savaşı sırasında Atatürk'ün en yakın arkadaşı ve değişmez bakanı olan Dr. Refik Saydam, Cumhuriyetin ilk yıllarından itibaren bazı kısa aralıklarla yaklaşık 16 yıl Sağlık Bakanlığı yapmıştır. Kurtuluş yıllarındaki birlikteliği ve kuruluş yıllarındaki bakanlık görevleri süresince, Atatürk'ün dile getirdiği siyasal düşünce ve ideallerinin bu arada da sağlık hizmetleri konusundaki düşüncelerinin en yakın takipçisi, uygulayıcısı olmuş ve sırası geldikçe, fırsat buldukça bunları hayata geçirmiştir (Özata, 2015; ADD, 2022).

Cumhuriyetin ilk yıllarında TBMM'nin ana mesailerinden birisi sağlık hizmetlerinin yapılandırılması olmuştur. Bu amaçla 1923'ü izleyen on üç yıl içinde sağlık sektörünün kuruluşu ve örgütlenmesini düzenleyen 50'yi aşkın kanun çıkarılmış ve yürürlüğe konulmuştur (Eren ve Tanrıtanır, 1998). Bunların hepsinin ilk, kurucu ve kapsamlı kanunlar olduğu göz önüne alındığında işin/emeğin büyüklüğü daha da iyi anlaşılır.

Çeşitli sağlık kurumlarından hekimlerin katıldığı ve bizzat Refik Saydam'ın başkanlık ettiği sıtma mücadelesi konulu komisyon toplantısı (15 Eylül-5.Ekim 1924) yapılır. Toplantı sonunda bir rapor hazırlanır. Kaynaklarda "Esbabı Mucibe Layihası" (kanun tasarısı gerekçesi) olarak adlandırılan bu rapor, daha sonra "Sıtma Küçük Sıhhat Memurları Hakkında Esbabı Mucibe" başlığı ile TBMM'nde görüşülecek olan sıtma savaş kanununun gerekçesi olarak kullanılmıştır (Aydın, 1998).

Vilayet Sıhhiye Müdürlükleri'nden 1924'de raporlar istenmiş. Genel adı "Türkiye'nin Sıhhi ve İçtimai Coğrafyası" olan ve hazırlayan il ya da il sağlık müdürünün adı ile anılan bu raporlardan hareketle bir "Türkiye Sıtma Haritasın" hazırlanmış (Babacan ve Temurçin, 2013).

Sıtma savaşının bilimsel temellerine ilişkin diğer bir çalışma 1-3.Eylül1925 tarihinde Ankara'da toplanan Birinci Milli Türk Tıp Kongresi'dir. Bu kongrede sıtma, bütün boyutları ve çok geniş bir kapsamda ele alınmış, tartışılmış ve ayrıntılı bir öneriler paketi hazırlanmıştır (Aydın, 1998).

Bu çalışmalar sonunda ulaşılan bilgi ve oluşturulan düşüncelerin ışığında sıtmanın kontrolü amaçlı ve çeşitli boyutlarını düzenleyen bir seri kanun tasarısı hazırlandı. Bunlar 26 Ekim 1924 tarihinde Bakanlar Kuruluna sunuldu. Bakanlar kurulunda görüşüldükten sonra son şekli verilen bu tasarılardan yedi tanesi 30.10.1924 tarihinde TBMM'ne verilmiştir. Bunlardan yalnızca "Etıbbanın Sıtma Enstitülerinde Staj Mecburiyeti Hakkındaki Kanun" ile "Sıtma Mücadelesi Kanunu" adlı ikisi yasalaşmıştır (Meydan, 2022, Aydın 1998).

Atatürk, 18 Ocak 1925'te Adana ve Osmaniye'ye bir ziyaret yapar. Bu bölge o yıllarda sıtmanın en yoğun gö-

rüldüğü yerlerdendir. Bölge halkının %80'e yakınının sıtma olduğunu öğrenince; Bakan ve diğer yetkililerden bilgi alır ve çalışmaların hızlandırması direktifini verir.

Bunun üzerine TBMM'ye sunulmuş olan tasarılarından biri olan 826 Sayılı "Etıbbanın Sıtma Enstitülerinde Staj Mecburiyetleri Hakkında Kanun" 5 Mayıs 1926 tarih ve sayı 364 Sayılı Resmi Ceridede yayımlanarak yürürlüğe girer. Kanun ile; 1927 ve sonrasında mezun olacak doktorların, Adana Sıtma Enstitüsünde üç ay süre ile sıtma mücadele kursu görmeleri zorunlu hale getirilmiştir. Bu kanun sıtma savaşındaki en önemli, cesur ve etkili olanlardan biridir (Meydan, 2022, Aydın 1998). Bu kanunun gereklerini yerine getirmek üzere Adana Sıtma Enstitüsü kurulmuş ve 1928'de hizmete başlamıştır.

Asker ve sivil tüm doktorlar, öncelikle de sıtma hizmetlerinde görevlendirilenler bir senelik stajını tamamladıktan sonra üç ay müddetle sıtma enstitülerinde eğitim görüyordu. Enstitülerde diğer sağlık çalışanlarına da özellikle köylerde çalışacaklara eğitim veriliyordu. Bu bağlamda atanacak sıhhiye memurları altı ay sıtma eğitimine tabi tutuluyordu.

Adana Sıtma Enstitüsü, kısa sürede sıtma ile mücadelenin merkezi haline geldi. İlerleyen yıllarda bu merkezlerin sayısı arttırılarak Adana'dakinin dışında; Eskişehir, Konya, Bursa, Manisa, Kocaeli, Samsun, Antalya ve İstanbul'da da merkezler açılarak, sayısı 11'e yükseltildi. Bu merkezlere staj yapmak üzere çok sayıda hekim gönderilmiştir. Bu hekimlerin ücret ve masrafları Umumî Muvazene Kanununun beşinci maddesine dayanılarak Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanıyordu.

Sıtma Savaş adı ile kabul edilenlerin ilki olan, 839 Sayılı "Sıtma Mücadelesi Kanunu" TBMM'de 13 Mayıs 1926'da kabul edildi, 29 Mayıs 1926 da 384 sayılı Resmi Ceride de yayımlanarak yürürlüğe girdi (Aydın 1998; Meydan, 2022). On dokuz maddeden oluşan Kanun, çok geniş bir perspektifle hazırlanmıştı. En önemli getirilerinden birisi sıtma savaşla ilgili tüm hizmetlerden Sağlık Bakanlığının sorumlu ve yetkili kılması, diğer bakanlıkları ve devlet kurumlarını da, Sağlık Bakanlığının bu amaçla vereceği emir ve görevleri yapmakla yükümlü kılmasıydı. Böylece tüm bakanlık ve devlet kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı öncülüğünde iş birliği yapmalarını ve hizmetlerin entegrasyonu amaçlanmıştı.

Kanun, sıtma savaş hizmetlerini yürütmek amacıyla örgüt, enstitü, laboratuvar, dispanser, hastane gibi hizmet birimlerini kurma, buralarda görev alacak personeli temin etme ve eğitimlerini sağlama gibi konularda Sağlık Bakanlığını görevlendiriyor ve yetkilendiriyordu. Aynı şeklide sıtmalıların tedavisi, sivrisinek kontrolü amacıyla çevrede düzenlemeler yapılması yetkisi ve bu bağlamda bataklıkların kurutulması, halka, tarım ve sanayi işletmelerine yükümlülükler getirilmesi gibi düzenlemeler de içermekteydi (Söhrap, 2019).

Kanunun diğer önemli bir getirisi sıtma salgını baş gösteren yerlerde hemen şubeler açılmasına, buralara ve ihtiyacı artan yerlere yeni kadrolar tahsis edilerek, personel görevlendirilmesine, buna yerel olanaklar imkân vermediğinde ise diğer bölgelerden takviyeler yapılmasına olanak sağlaması idi (Işık, 2021).

Bu ilk kanunun çıkarıldığı tarih olan 13 Mayıs 1926 tarihinden bu yana "sıtma savaş" adlı ve sıtma ile mücadelenin temel esaslarını düzenleyen dört kanun çıkarılmıştır. Bunların adları, kabul yılları ve kanun numaraları şöyledir: Sıtma Mücadelesi Kanunu (29.5.1926, 839), Sıtma ile Olağanüstü Savaş Yapılmasına Dair Kanun (28.3.1945, 4707), Sıtma Savaşı Kanunu (21.2.1946, 4871), Sıtmanın İmhası Hakkında Kanun (11.1.1960, 7402). İçerik açısından birbirine çok benzeyen bu kanunların birbirinden farkı ya da hazırlanma nedeni zaman içinde ortaya çıkan gereksinimlere göre yeni maddelerin eklemek veya var olan maddelerde bazı değişikler yapamaktır.

Sıtma ile Olağanüstü Savaş Yapılmasına Dair Kanun (28.3.1945, 4707) diğer yasalarla benzer nitelik ve kapsamda olmasına karşın, geçici ve acil bir önlem olarak çıkarılmıştır. Bu nedenle de dokuz ay gibi kısa süre yürürlükte kalmıştır. Bu yasadaki içeriklerin sürdürülmesi ve kalıcı hale getirilmesi ise Sıtma Savaşı Kanunu (21.2.1946, 4871)" iledir. Bu iki yasanın en önemli getirisi; bütün bakanlıklara, bütün daire ve kurumlara sıtma savaşı için gerekli tedbirleri alma ve tesisler kurma yükümlülüğü getirmiş olmasıdır. Diğer bir getirisi de sıtma savaşında görevli memurların özlük haklarında iyileşme yapmasıdır.

Doğrudan sıtma savaş ile ilgili kanunların yanında, Refik Saydam ve ekibi tarafından hazırlanan, 24.Nisan.1930 Tarihinde kabul edilen 6.5.1930 Tarihli ve 1489 Sayılı RG yayımlanan "1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu" özelde sıtma mücadelesi genelde ise halk sağlığı için cumhuriyet süresince çıkarılmış en önemli kanundur. Bu kanunun ilk, kurucu ve çok kapsamlı olduğu göz önüne alındığında işin/emeğin büyüklüğü daha da iyi anlaşılır. Bu durum Kanunun gerekçesinde şöyle açıklanmıştır: *"Aslında ekte sunduğumuz tasarıya benzer genel koruyucu sağlık yasaları pek az devlette vardır. Onlarda sağlık yasaları, gereksinim doğrultusunda ve zaman zaman hazırlanmıştır. Buna karşılık, yeni devletlerde önemli bütün konuları kapsayan genel nitelikteki yasalar düzenlenmesi daha yararlı olacağı düşünülmüştür".* Yine Dr. Refik Saydam'a göre UHK Türkiye'deki sağlık hizmetleri için bir tür anayasa niteliğindedir (Özata, 2015; Aydın, 2021; ADD, 2022).

UHK'nun birinci maddesi "*memleketin sıhhi şartlarını ıslah ve milletin sıhhatine zarar veren bütün hastalıklar veya sair muzır amellerle mücadele etmek ve bu müstakbel neslin sıhhati olarak yetişmesini temin ve halkı tıbbi içtimai muavenete mazhar eylemek umumi devlet hizmetlerindendir"* şeklinde olup hemen tamamıyla Atatürk'ün görüşünü tekrarlar niteliktedir (Aydın, 2021).

Bu düşüncelerle hazırlanan UHK gerçekten de dünyadaki en ileri ve kapsamlı sağlık kanunlarından biridir. O yıllarda Sovyetler Birliği hariç ne Türkiye'ye komşu ülkelerde ne de Yakın Asya, Orta Doğu ve birçok Avrupa ülkesinde 1593'e benzer genel bir sağlık kanunu yoktur. O denli toplumsal/koruyucu bir içeriğe sahipti ki, bakanlığın görevlerini belirleyen 18 maddesinden 15'i "koruyucu sağlık hizmetleri" ile ilgilidir (Metintaş ve Elçioğlu, 2007).

Kanun'un, sıtma için de geçerli olan genel maddeleri yanında, ikinci kısmının üçüncü faslı tamamen sıtmaya ayrılmıştı. Bu faslın ilk maddesi olan 97. Madde ile sıtmanın ihbarı mecburi kılınmıştır. Madde 98 ise şöyle düzenlenmiştir; *"Sıtma mücadelesi, hususi kanununa ve talimatnamelerine tevfikan icra olunur. Askeri makamlar Sıhhat Vekaletince kabul edilen esaslar dahilinde askeri kıtaat ve teşkilatta sıtma mücadelesi yaparlar ve yapılan tedbirleri sıtma mücadele reislerine veya sıhhat müdürlüklerine bildirirler".*

Yukarıda özetlenen temel kanunlara ek olarak, sıtma savaşı ile ilgili ve üzerinde durulması gereken diğer başlıca kanunlar şunlardır: 6 Haziran 1935'te kabul edilen 2767 Sayılı Sıtma ve Frengi İlaçları Hakkında Kanun; 11 Haziran 1936'da kabul edilen 3030 sayılı Çeltik Ekimi Kanunu; 1946 da kabul edilen ve Sıtma Savaş Genel Müdürlüğü kurulmasını sağlayan 4862 sayılı kanun ile 18 Ocak 1950 kabul edilen 5516 sayılı Bataklıkların Kurutulması ve Bunlardan Elde Edilecek Topraklar Hakkında Kanun.

Bunlardan 11 Haziran 1936'da kabul edilen beş bölüm ve 38 maddeden oluşan "Çeltik Ekim Kanunu", bir yandan çeltik ekimini disipline ederek sivrisinek üretilmesini önlemeyi öte yandan da bir tarım ülkesi olan Türkiye'nin yeni ekim alanları kazanılmasını amaçlamıştır. Aynı zamanda bataklıklar kurutulmasına ilişkin maddeler de içeren bu Kanunun ikincil bir getirisi de çeltik tarımından yerel sıtma yöneticilerine acil ve günlük gereksinimlerinde kolayca kullanabilecekleri finans yaratmış olmasıdır.

Bu kanundan hareketle, bataklık ve su birikintilerini kurutmak amacı ile, uygulamasına 1937'de başlanılan Okaliptüs Ağaçlandırma Projesi, sıtma savaşı çalışmalarında üzerinde durulması gereken diğer bir çalışmadır. Bu proje olumlu ve doğru bir çevre müdahalesine dayalı proje olmak yanında, bataklıkların kurutulmasında özel sektörün de devreye sokulması açısından da önemlidir.

Cumhuriyet'in kurucuları, Cumhuriyetin ilanı ile birlikte hatta ondan da önce sıtma savaş programları hazırlanmış ve bu programların etkili bir biçimde yürütülmesi için gerekli olan tüm yasal, örgütsel ve parasal destekleri verilmişlerdir. Programa öylesine önem ve öncelik verilmiştir ki; zamanın Sağlık Bakanlığı'nın bütçesinin %35'lere varan kısmı bu programa ayrılmıştır. Başka bir ifade ile Cumhuriyet hükümetleri sıtma mücadelesinde büyük bir siyasal ilgi ve kararlılık göstermiştir. Bu emekler hemen semeresini vermiş bir yandan sıtma sayıları öte yandan da sıtma ölümleri hızla azalmıştır (Gökberk,1948; Tuğluoğlu, 2008; Tekir, 2017)).

Bu programların en önemli sonuçlarından birisi; sıtma savaş kapsamına alınan bölgelerdeki nüfusun sürekli ve aktif olarak taranarak vakaların yakalanması ve tedavisi için büyük özen gösterilmesi ve gayret sarf edil-

mesidir. Bunun bir sonucu olarak 1925- 36 yılları arasında dört milyona yakın vaka bulunarak ve tedavi edilmiştir (Meydan, 2022). Aşağıda verilen Grafik 1'de de görüleceği üzere; olgu sayılarda 1925-32 arasında sürekli bir artış vardır. Bu durum hastalık yoğunluğunun daha kötüye gitmesinden değil, aktif ve pasif sürveyans nedeniyle olguların yakalanması ve kayıtlanmasına bağlıdır. Hizmetlerin özellikle olguların yakalayıp tedavi edilmesinin sayılar üzerindeki olumlu sonucu ancak 1932'den sonra görülmeye başlamıştır. İzleyen yıllarda II. Dünya savaşının başlaması ile olgu sayılandaki bu azalma eğilimi bozulmuş ve sayılar tekrar çok büyük bir hızla artarak 1940'lı yıllarda tepe yapmıştır.

Kaynak: Sağlık Bakanlığı verilerine dayanarak Dr. Akdur tarafından hazırlanmıştır.

3.2. Sıtma Savaşı Örgütü

Sıtma Mücadele Kanunu (1926) gereği kurulan Sıtma Savaş Merkez Örgütü'nün ilk çekirdeği "Hıfzıssıhha İşleri Umum Müdürlüğü'ne bağlı bir birim/şube şeklindedir.

Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Kanunu 1936 yılında, yürürlüğe girdiğinde merkez örgütü, yine aynı genel müdürlüğe bağlı olarak görevini sürdürmüştür.

Bu birim bürokratik yapı ve görünüm olarak bir şube müdürlüğü statüsünde olmasına karşın, diğer merkez örgütlerine göre çok daha üzerinde yetkiler, öncelikler ve olanaklarla donatılmıştır. Bu özellik taşradaki sıtma birimleri için de geçerli idi. Ağırbaş ve arkadaşlarının, Sağlık Bakanlığı'nın kuruluşunun 10. Yılı nedeniyle yayımlamış olan "Vekaletin 10 Yıllık Mesaisi" adlı kitaptan aktardığına göre, Sıtma Savaş Örgütü şöyle tanımlanmaktadır*: "Sıtma mücadele teşkilatı mevcut sıhhat teşkilatından tamamıyla ayrı ve müstakil bir halde olup, heyetler doğrudan doğruya Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaletine merbutturlar (bağlıdırlar). Bu teşkilatın masrafları mali kanunlarımıza tevfik edilmek (uygun olmak) şartı ile ihdas olunan (oluşturulan)hususi bir teşekkül vasıtası ile ve merkezden doğruca tediye edilmekte (ödenmekte) olup bu hususta da diğer teşkilatlardan farklıdır* (Ağırbaş ve ark, 2011).

Sıtma Savaş Merkez Örgütü için kuruluşundan sonraki ikinci önemli gelişim/değişim 1946 yılında kabul edilen Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Kuruluş ve Memurları Kanununa Bazı Hükümler Eklenmesi ve 4258 Sayılı Kanun'a Bağlı Kadro Cetvellerinin Değiştirilmesine Dair Kanun iledir. Bu kanun ile merkez örgütü Genel Müdürlük" statüsüne yükseltilmiştir. Böylece Sıtma Savaş merkez ve taşra örgütünün hareket alanı ve işlevsel yetkileri daha çok genişletilmiştir.

Genel Müdürlük statüsü, 7402 Sayılı Sıtmanın İmhası Hakkında Kanun ile 1960'da başlayan Sıtma Eradikasyonu programı döneminde de sürmüştür. Ancak bu donem ile birlikte dünyada ve Türkiye'de yeni bir düşünce/ kural kabul edilmiştir. Bu düşünceye göre "eradikasyon programı sonunda, sıtma sorunu kökten çözülmüş olacağından" varlığına gerek kalmayacaktır. Sıtma savaş örgütleri kaldırılacak tüm mal ve personeli diğer/ genel sağlık birimlerine devredilecektir". Bu nedenle de beş yıl sürecek olan sıtma eradikasyonu programı sonunda Sıtma Savaş Örgütü'nün kaldırılması planlanmıştır.

Eradike edilmiş olmasa da, sıtma sayıları ve yaygınlığı konusundaki olumlu gelişmeler görülmesi üzerine 1969 yılında kabul edilen, 1183 Sayılı Sıtma Eradikasyonu Merkez ve Taşra Teşkilat ve Müesseselerinde Çalışan Bilumum Memur ve Hizmetlilerle Trahom Savaş Teşkilatında çalışan Hasta İlaçlayıcıların İntibakları Hakkında Kanunun yarattığı ortam nedeniyle, Sıtma Savaş Örgütünün kaldırılmamış olması ve yapısal varlığının korunmuş olmasına karşın, bir yandan yeni personel alımı durdurulmuş öte yandan da kadrosundaki sıtma savaş memuru, laboratuvar teknisyeni vb. diğer çalışanlar değişik sağlık hizmetleri alanlarına kaydırılmıştır. Bu durum, merkez ve taşra birimlerinin hızla personel kaybetmesi yanında, işlev ve yetkilerinin de daraltılması sonucunu doğurmuştur (Aydın, 1998).

Bu kanunun kabulünden on üç yıl kadar sonra ve 1982 yılında yayımlanan, 8/4337 Karar Sayılı Kararname ile, Sıtma Savaş Genel Müdürlüğü, genel müdürlük statüsünden "Bağımsız Daire Başkanlığı" statüsüne indirilmiştir (Aydın, 1998). Böylece 1946 yılından 1982 yılına kadar 36 yıl süren Genel Müdürlük uygulaması sona

ermiştir. Bunu takiben ve 1983 yılında 14.12.1983 tarih ve 18251 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 181 Sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile taşra örgütü de kaldırılmıştır.

4-İKİNCİ DÜNYA SAVAŞI VE SONRASI (1939-1975)

İkinci Dünya Savaşı (1939–1945) tüm hizmetlerde bu arada da sıtma savaş hizmetlerinde büyük aksamalara neden olmuştur. Bu durum hemen olgu sayılarına yansımış, 1935 yılından itibaren hızla artmaya başlayan sayılar, 1940'lı yıllarda tepe yaparak, 1942 yılında 146077'ye ulaşan olgu sayısı ve yüz binde 80,514'l sıklık ile Cumhuriyet döneminin resmi kayıtlardaki en yüksek sayı ve sıklığına ulaşmıştır (Piyal et all. 2013). Bu tarihten sonra sayılar kısmen azalsa da yükseklik savaşın sonlarına kadar devam etmiştir (Bakınız Grafik 1).

Sıtma Epidemiyolojisi kitabına ön söz yazan Dr. Nusret Fişek, bu önsözde şöyle demektedir: "İkinci Dünya Savaşı öncesinde oldukça denetim altına alınmış bulunan sıtma, savaş ve sonrasında yeniden büyük salgınlar yapmıştır (Ünsal ve ark., 1982).

Ünsal ve arkadaşları aynı kitapta, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının 1945 yılı kayıtlarına geçen sıtmalı sayısının 2,5 milyon olduğunu ve bunun Türkiye'deki her on kişiden birinin sıtmalı olduğu anlamına geldiğini yazmıştır (Ünsal ve ark. 1982).

O tarihlerde Bakanlık Özel Kalem Müdürlüğü yapan, Dr. Ata Ünalan 1945 yılında yazmış olduğu Sıtma adlı kitapta; "*İkinci Dünya Savaşı ile tüm dünyada sıtma büyük salgınlar yapmıştır. Durum Türkiye'de de etkisini göstermiş ve hızla yayılarak sayısı çok artmıştır. Bunun üzerine Sıtma ile Olağanüstü Savaş Yapılmasına Dair Kanun (28.3.1945, 4707) çıkarılmış ve bu kanunun verdiği yetkiyle Bakanlar Kurulu 53 ilimizi sıtma ile olağanüstü savaş bölgesi ilan etmiştir. Ayrıca olağanüstü savaş bölgesi kapsamına alınmamakla birlikte; Ağrı, Bingöl, Bitlis, Erzincan, Erzurum, Gümüşhane, Hakkâri, Muş, Tunceli ve Van illerinin mahalli idareleri kendi olanakları ile sıtma savaşı yapmakla görevlendirilmiştir*" diye yazmaktadır (Ünalan 1945). Buradan anlaşıldığına göre o yıllarda 63 ilde neredeyse tüm yurtta sıtma asalgını vardır.

Erdem'in, Unat'tan (Unat, E.K., Türkiye Cumhuriyeti'nde Atatürk Döneminde Bulaşıcı Hastalıklarla Savaş; Cerrahpaşa Tıp Fak. Dergisi-Ek Sayı (12), s.304, 1981) aktardığına göre; sıtmanın yoğunluğu acısından iller üç kümede toplanmıştır. A, B, C bölgesi olarak adlandırılan bu gruplamaya göre; sıtmanın en yoğun olduğu C bölgesinde İçel, Adana, Hatay, Maraş, Gaziantep, Malatya, Adıyaman, Urfa, Mardin Diyarbakır, Siirt, Elâzığ, Tunceli, Bingöl, Van, Hakkari, Ağrı illeri yer alıyordu (Erdem 1998).

Bu yaygınlığa savaş koşulları yanında, en önemli etken Bakanlığın sıtmaya gerekli kaynağı ayıramaması neden olmuştur. Nitekim, 1940 verilerine göre Sağlık Bakanlığı bütçesinde bir önceki yıla göre yaklaşık %25'lik bir artış olmuştur. Buna karşılık, artış sıtma savaş bütçesine yansımamış, aksine bir önceki yıla göre çok büyük bir düşüş olmuştur. Para olmadığı için başta tedavi ilacı olmak üzere sıtma savaşta kullanılan tüm kimyasalların temin edilmesinde büyük sıkıntılar yaşanmıştır.

Bu gelişmede savaş nedeniyle birçok sıtma çalışanın askere alınmış olmasının da önemli bir katkısı olduğunu bildiren kaynaklar vardır (WHO,2013).

Tüm dünyada bu arada da Türkiye'de 1940'tan itibaren sıtma ilacı kıtlığı yaşanmaya başlamıştır. Eldeki ilaçların hızla tükenmesi ve yerine yenilerinin alınamaması üzerine, hükümet soruna çeşitli çareler üretmiştir. Bunlardan biri sıtma ilaçlarının tüketimini azaltmak amacı ile ve tedavi süreci kısaltılmak zorunda kalınmasıdır. Bu uygulamayı düzenlemek ve duyurmak üzere, 1381 Sayılı Tamim yayınlamıştır. Bu tamimin getirdiği diğer bir uygulama, sıtma ve frengi ilaçlarının temini (ithali, yapılması veya yaptırılması) ve dağıtımı yetkisinin tamamen Türkiye Kızılay Cemiyeti'ne verilmesidir.

Sorunları tartışmak ve çözüm önerileri üretmek üzere 1945 yılında bir Sıtma Savaş Kongresi düzenlenmiş ve sonunda sıtma savaş hizmetlerinin daha da genişletilmesi kararı alınmıştır. Bunun üzerine Sıtma ile Olağanüstü Savaş Yapılmasına Dair Kanun (28.3.1945, 4707) çıkarılmıştır. Bu kanunla gerektiğinde serbest çalışanlar

da dahil tüm doktor ve eczacılara sıtma Savaşı'nda zorunlu görevlendirilme hükmü getirilmiştir.

Bir yandan savaşın bitmesi öte yandan da DDT'nin(dichlorodiphenyltrichloroethane) kullanılmaya başlaması ile, Türkiye 1946 ve izleyen yıllarda sıtma açısından biraz rahatlamıştır. DSÖ'nün Global Malaria Eradication Program'ına 1947 yılında Türkiye'de katılmıştır. Bu programın en önemli uygulamalarından biri olan, kalıcı ev içi püskürtme denemelerine 1949'da başlanmış ve 1950'den sonra kampanya halinde tüm sıtma bölgelerinde kalıcı ev içi püskürtmesi yapılmıştır. Püskürtme uygulaması 1952'de 5,6 milyon, 1954'de ise 6,6 milyon nüfusu kapsayacak şekilde genişletildi. Kalıcı ev içi püskürtmesine ek olarak, yaygın bir şekilde yüzeysel sularda/jitlede paris yeşili (bakır asetoarsenit) ve Gambusia balığı ile larva savaşı yapılması önemli bir katkı vermiştir. Bunlara ek olarak bataklık kurutma çalışmalarına daha büyük bir hız verilmiştir.

Bu olumlu sonuçların alınmasında, bir yandan etkili bir sivrisinek/vektör kontrol uygulamaları yürütülürken öte yandan da yoğun bir aktif ve pasif sürveyans hizmeti ile olgular (parazit kaynakları) bulunuyor ve tedavi ediliyordu. Özellikle kırsal kesimdeki aileler sıtma sezonu boyunca iki, üç defa evinde ziyaret edilerek, ateşli veya ateş geçirmiş olanların parmağından kan alınarak kalın damla yapıldı. Kentlerdeki hastane ve sağlık birimlerinde pasif sürveyansa büyük önem verildi. Tanı için, kendi içinde kontrol sistemi de olan, çok iyi bir laboratuar zinciri kurulmuştu Böylece 1946 ve 47 yıllarında yıllık ve yaklaşık ikişer milyon, 1948'de ise 1.672.02I olgu yakalanarak tedavi edildi (WHO,2013).

Meydan'ın Tekeli ve İlkin'den (Tekeli İ., İlkin S.: Cumhuriyetin Harcı, İstanbul, 2004 s:153) aktardığına göre;1946'da ülke nüfusunun %46,7'si sıtma mücadele kapsamına alındı. Köylerde genel muayeneye alınan nüfus, ülke nüfusunun 1944'de %52,7 iken, 1945'de %73,5, 1951 de de %90,9'una ulaştı. Hastaların yakalaması ve tedavisi nedeniyle "büyük dalak endeksi" çok hızlı bir biçimde düştü: 1944 yılında %41,5 olan büyük dalaklı oranı, 1946'da 25,9'a, 1948'de 14'7'ye, 1950'de %7,1'e, 1952'de %2,4'e, 1954'de %1'e ve 1956'da % 0,4'e geriledi (Meydan, 2022). Ülkenin büyük bir kısmında ve 1956 yılı sonunda yerli bulaş kesilmişti (WHO,2013).

İkinci Dünya Savaşında sıtmanın tüm savaşan devletler için önemli bir sağlık sorunu haline gelmesi, onları sıtma savaşı konusunda yeni araştırmalara yöneltti. Bu çalışmalar sonuç verdi ve erişkin sivrisinekler üzerinde çok etkili olan DDT'nin bolca üretilerek kullanıma sokulmasını sağladı.

DSÖ'nün 1955'de, eradikasyon programı başlatma kararını almasından sonra, sıtmanın yaygın olduğu birçok ülkede "Eradikasyon Programı" başlatıldı. Türkiye bu programa 1957'de başladı ve programın 1966 yılında hedefine ulaşılması planlanıyordu. Bu amaçla 1960'da Sıtmanın İmhası Hakkında Kanun (11.1.1960, 7402) kabul edildi. Bu kanunun sağladığı imkanlarla Sağlık Bakanlığı eradikasyon programının uygulama ve çalışmalarını kolaylaştırmak amacıyla ülke düzeyinde 21 grup başkanlığı ve 56 bölge kuruldu (Erdem, 1998). Bunlar destekleyen ve iyi yetişmiş personel ve araç gereç ile donatılmış olan laboratuvarlar ile desteklendi.

Sıtmanın İmhası Hakkında Kanun beş yıllık bir donem için çıkartılmış idi. Ancak, programın eradikasyon hedefi anlamında başarısız olması ve sıtmanın kökten yok edilemeyeceğinin anlaşılması üzerine ilerleyen yıllarda yasanın yürürlük süresi sürekli uzatıldı.

Savaş koşullarının son bulması ve Bakanlığın yukarda özetlenen yoğun çalışmaları sonucu 1970'li yılların başlarında hastalığın kökü hemen hemen kazınmış oldu (Ünsal ve ark. 1982). Böylece sıtma hastalığı açısından, Türkiye'de, 1960'dan 1974 yılına dek oldukça statik ve hastalığın görece kontrol altında olduğu yıllar yaşandı. Ülkenin %93'ünde yerli bulaş kesilmişti (WHO,2013). Olgu sayısı 1263'lere kadar düşmüştü üstelik bunların büyük çoğunluğu importe vakalar idi.

5. SON SALGININLARDAN (1977-2021) GÜNÜMÜZE

Sıtma, 1974 yılından itibaren adeta kontrolden çıkmış ve olgu sayıları hızla yükselerek 1978 yılında 115512'ye ulaşmıştır. Bu tepe yılından /sayısından sonra kısmi azalmalarla devam ederek 1990 yılında o yılların en düşük sayısı olan 8680 olgu kaydedildi. Sayılar tekrar yükselişe geçerek 1994 yılında 84345 olgu ile ikinci bir tepe yaptı. Özet bir anlatımla Türkiye 1970'ten sonra biri 1977'de ikincisi de 1993-96'da yaşanan iki sıtma

salgını/epidemisi yaşamıştır. Bunlardan birincisi Çukurova merkezli/yoğunluklu ikincisi ise Güney doğu Anadolu yoğunlukludur.

Bu yeni salgınlar ya da sıtmanın kontrolden çıkmasına neden olabilecek/olarak bilinen, açık ve somut etmenler şöyle sıralanabilir: Bu etmenlerden biri, 1969'dan itibaren sıtma savaş örgütüne siyasi ve idari desteğin kaldırılarak, önce personel kaybetmeye başlaması, sonra da 1982 yılında genel müdürlük statüsünün kaldırılması, hemen peşinden de 1983'de il örgütlerinin/ taşra teşkilatının kapatılmasıdır.

Düzensiz ve bilinçsiz kullanılmaları nedeniyle başta DDT olmak üzere kimyasallara sivrisineğin direnç kazanması önemli faktörlerden bir diğeridir. Benzer şekilde püskürtmede kullanılan Malation vb. insektisitlerin çok ağır kokusu nedeniyle, ailelerin ev içi püskürtmeyi reddetmesi uygulamanın kapsayıcılığını çok düşürmüştür. Üçüncü bir etmen olarak, büyük sulama projelerinin gerçekleşmesi nedeniyle, sulu tarımın geçmişe göre çok çok yaygınlaşmış olmasıdır.

Dördüncü bir etken, iç ve dış nüfus hareketlerinin ve uluslararası seyahatlerin çok artmasıdır. Bu bağlamda Çukurova'da sulu tarımın özellikle pamuk ekiminin yaygınlaşması ile, bölgeye kitlesel göçer işçi çekmesidir. Her yıl periodik olarak kitlelerin/göçer işçilerin hasat bölgesine (Çukurova'ya) gelmesi ve tekrar memleketlerine dönmesi, sıtma terminolojisinde "masa tenisi ilişkisi" diye adlandırılan ilişkinin oluşmasıdır. Masa topu ilişkis i birinci salgında Hatay-İskenderun ve Adana arasında kurulmuşken ikinci salgında iç Anadolu ile GAP illeri arasında yaşanmıştır. Yine bu bağlamda uluslararası ticaretin artması nedeni ile Avrupa ve orta doğu ülkeleri arasında, Türkiye üzerinden geçen TIR trafiği çok artmış ve çok büyük sayılara ulaşmasıdır. İkinci salgın sırasında(1993-96), komşu ülkelerde çıkan körfez savaşlarını ve buralardan yoğun dış göç alınmasını da bir faktör olarak saymak gerekir. Aynı şeklide uluslararası turizm nedeniyle yıllık yüz binleri aşan içe ve dışa sınır geçişleri yaşanmaktadır.

Bu dönemde sıtma savaş bağlamında ve üzerinde durulması gereken en olumlu ve önemli çalışma 1977 yılında yapılan "Türkiye'deki sıtmanın bölgesel dağılım ve özelliklerini saptayan (epidemiological stratification)" çalışmasıdır. Yabancı uzmanların ve mali destekleri ile yapılan bu çalışmada sonunda Türkiye'de "strata" adı verilen dört ayrı bölge tanımlanmıştır.

Bölgeler, sıtmanın yoğunluğu, yerli bulaş durumu ve olguların diğer epidemiyolojik özelliklerine göre, yoğundan az yoğuna doğru; Strata I, Strata II, Strata III ve Strata IV olarak adlandırılmıştır (Ünsal ve ark., 1982; Akdur, 2006; WHO, 2013; Piyal et all., 2013,).

Strata I, kendi içinde Strata IA ve Strata IB olarak iki alt bölgeye ayrılmaktadır. Strata IA, sıtmanın en yoğun (endemik) ve yerli bulaşın sürekli olduğu bölge olup; Adana, İçel, Hatay (Çukurova) illerinden oluşmaktadır. Strata1B, Çukurova'ya ya da Strata IA'ya göre olguların daha az yoğun olduğu ancak sürekli yerli bulaşın bulunduğu; Maraş, Adıyaman, Elâzığ, Bingöl, Muş, Van, Hakkâri, Siirt, Bitlis, Diyarbakır, Mardin, Urfa, Gaziantep illerini kapsamaktadır.

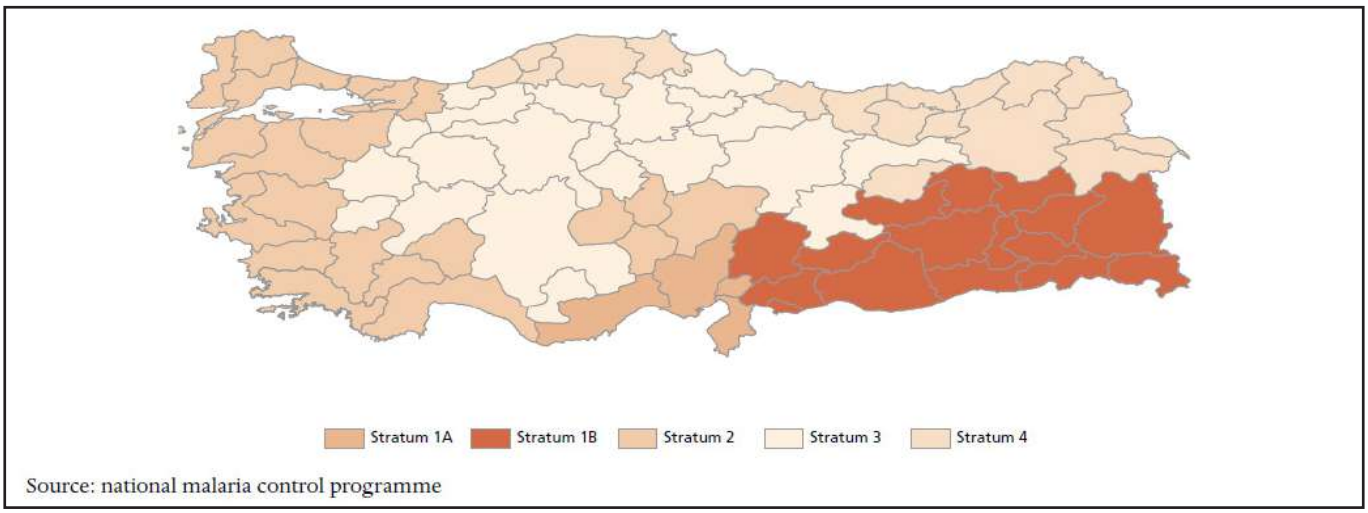
Strata II, sık sık salgınlar ve yerli bulaşlar görülen, genellikle de Akdeniz, Ege ve Trakya'daki illeri kapsayan bölgedir.

Strata III, zaman zaman küçük yerel salgınların ve bu sırada da hariçten gelen olgulardan türeyen yerli bulaşın ve olguların görüldüğü, ancak olguların büyük çoğunluğunun emporte olduğu, genellikle de İç Anadolu'da olan illeri kapsayan bölgedir.

Strata IV, yerli bulaşın olmadığı yalnızca az sayıda (sporadik) emporte olguların görüldüğügenellikle Karadeniz ve Kuzey Doğu Anadolu bölgelerinde bulunan illeri kapsamaktadır(Bakınız, Şekil 1)

Hizmetler, bu bölgelendirmelerden yani sıtmanın yoğunluğu ve epidemiyolojik/ toplumsal özelliklerinden hareketle planlanmış ve yürütülmüştür (Aydın, 1998, Akdur 2006, WHO, 2013).

Şekil 2: *Türkiye'de Sıtma Epidemiyolojik Bölgeleri (1977)*



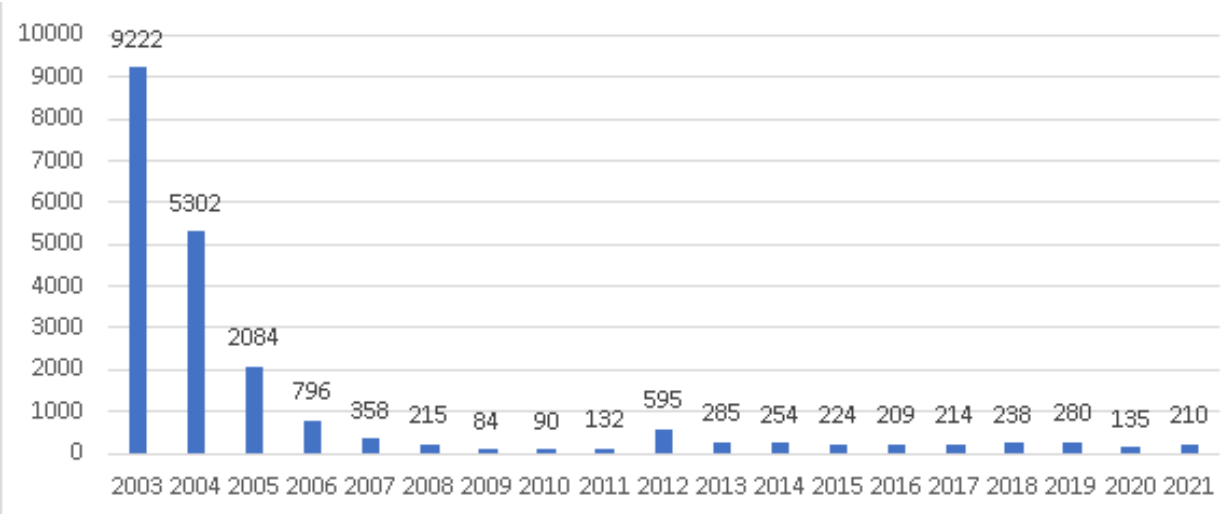
Kaynak WHO, 2013

Türkiye, son elli yılda yaşadığı iki salgından sonra 2000 yılında kaydedilen ve 20. Yüzyılın son yarısının en düşük sayısı olan 11432 sıtma olgusuyla 21. Yüzyıla girmiştir. Bu tarihten sonra olgu sayıları düzenli bir şekilde azalmaktadır (Özbilgin et all., 2011).

Aşağıda verilen çizelge ve grafiklerden de görüleceği üzere son 20 yılda görülen sıklıklar yüz binde 0,70 ile 0,30 arasında değişmekte olup, yüzlerle ifade edilen sayılara denk gelmektedir. Bu sıklık ve sayılar 1940'lı yıllardaki yüz binde 80,50 sıklık ve 146.077 olgu sayısı ile kıyaslandığında kat edilen mesafe açık olarak görülmektedir (bakınız Grafik 2).

Son yılarda yerli bulaş görülmemiş olup, Türkiye'nin sıtmayı elimine etmiş ülkeler listesinde yerine almış olması çok sevindiricidir.

Grafik 2:*Türkiye'de Sıtma Olgularının Yıllara Dağılımı (2003-2021)*



Kaynak: Sağlık Bakanlığı verilerine dayanarak Dr. Akdur tarafından hazırlanmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

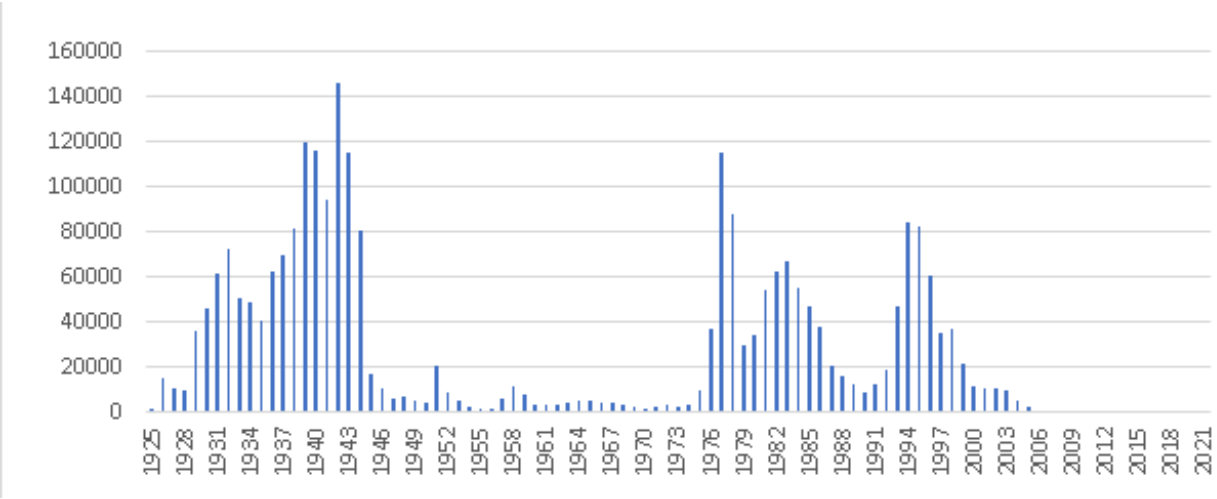
On dokuzuncu Yüzyılın ilk yarısına gelindiğinde, sıtma enfeksiyonu zincirinin bütün ayrıntıları biliniyordu. Tedavide çok etkili olan kinin ve klorokin bulunmuştu (Achan et al, 2011; Camila et all, 2022). Sivrisineği

yok edecek etkililikte olan DDT keşfedilmiş ve bolca üretilebiliyordu (WHO 1979). Özetle çok yalın/basit bir hastalık olarak algılanan sıtmanın bilinmeyen bir yönü/yanı kalmamıştı. Bunun yanında insanlık parazit savaşı ve sivrisinek savaşı için tüm olanaklara da sahipti. Olaya bir enfeksiyon ve enfeksiyon zinciri diye bakıldığında hastalık, ciddi önlemler ile 3-5 yılda kontrol altına alınabilir, hatta eradike bile edilebilirdi. Ancak bilim çevreleri hastalığın iki aktörünün; birisi dünyanın en küçük çok hücrelisi olan sivrisinek ve diğeri de dünyanın en basit tek hücrelisi olan plazmodiumun aynı zamanda dünyanın evrim yeteneği en güçlü iki canlısı olduğunu gözden kaçırmışlar ve hala da kaçırıyorlar. Her ikisi de nesillerini sürdürmek konusunda hem çok kararlı hem de çok yetenekliler. Sivrisinek ve malarya paraziti ile günümüzdeki anlayışlarla mücadeleye devam edilir ise yakın bir zamanda asla eradike edilemeyecektir. Başka bir anlatımla sıtma, bugünkü bilgilerimiz dahilinde daha uzun yıllar insanlığı tehdit etmeye devam edecektir. Sıtmanın eradike edilebilmesi için; aşı ve çok etkili koruyucu ve tedavi edici ilaçların bulunması gerekiyor. Bunun için ise uluslararası ilişkiler ve dayanışmaya, aklın ve bilimin egemen olması, ya da sıtmanın varsıl ülke ve toplum kesimlerini de tehdit etmesi gerekiyor.

Yukarıdaki özetlemeler ışığında, Türkiye'de sıtma savaşının 100 yılı değerlendirildiğinde gelişmiş ülkelere göre 50 yıllık bir gecikme ile erişilmiş olsa da, halkın %70-80'ninin sıtmalı olduğu bir durumdan, sıtmanın elimine edildiği bir duruma ulaşılmıştır ve genel bilanço olarak başarılıdır (Bakınız Grafik 3., Grafik 4., Grafik 5., Çizelge 1)

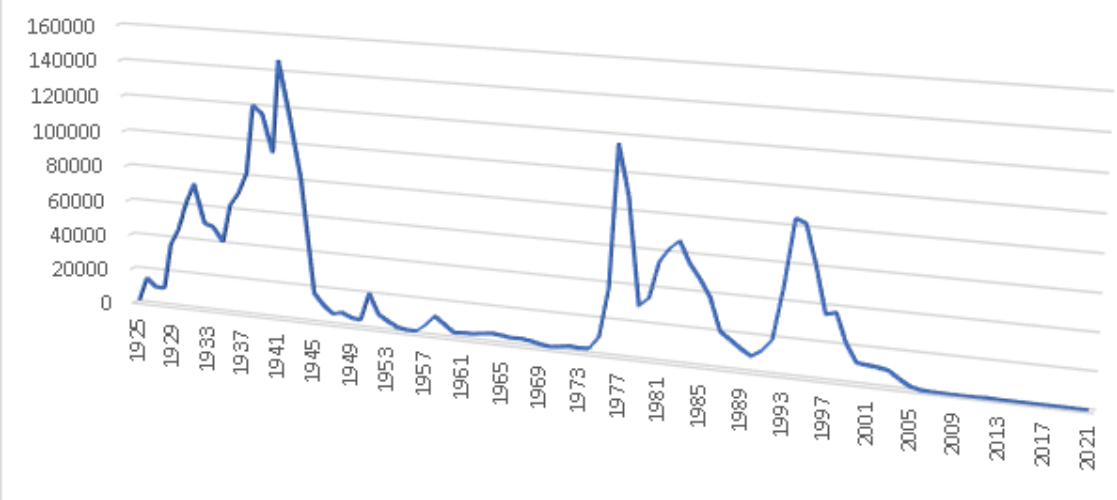
Bu başarıda; bilimsel bir düşünce yapısına dayalı; 1. Siyasal farkındalık, kararlılık ve istikrarlı tutum, 2.Yasal zemin hazırlama ve tüm çalışmaları bu zeminde yürütme, 3. Dikey örgütlenme ve yönetim, 2. Eğitilmiş ve özel kadrolu insan gücü yetiştirme ve çalıştırma, 4. Başta finansman olmak üzere gerekli kaynaklara sahip olma/ayırma; gibi faktörler sayılabilir.

Grafik 3:*Türkiye'de Sıtma Olgularının Yıllara Dağılımı (1925-2021)*



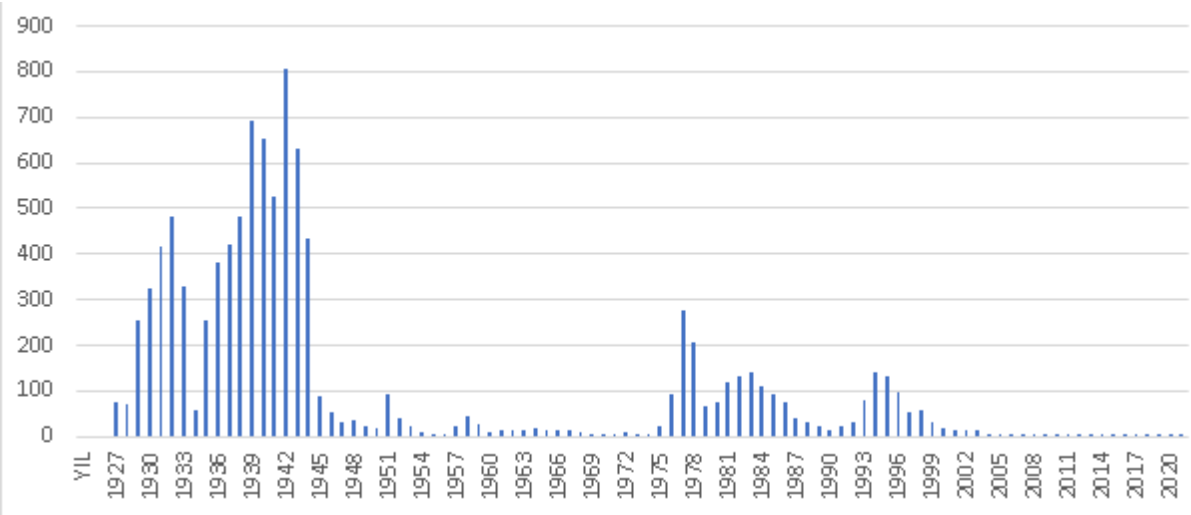
Kaynak: Sağlık Bakanlığı verilerine dayanarak Dr. Akdur tarafından hazırlanmıştır.

Grafik 4:*Türkiye'de Sıtma Olgularının Yıllara Dağılımı (1925-2021)*



Kaynak: Sağlık Bakanlığı verilerine dayanarak Dr. Akdur tarafından hazırlanmıştır.

Grafik 5:*Türkiye'de Sıtma Olgularının Sıklıkları (1/100.000) - (1927-2021)*



Kaynak: Sağlık Bakanlığı verilerine dayanarak Dr. Akdur tarafından hazırlanmıştır.

Çizelge 1: *Türkiye'de Sıtma Olgularının Yıllara Dağılımı (1925-2021)*

YIL	OLGU **	SIKLIK***	YIL	OLGU	SIKLIK	YIL	OLGU	SIKLIK	YIL	OLGU	SIKLIK
1925	1434	--	1951	20132	94,29	1977	115512	276,55	2003	9222	13,01
1926	14791	--	1952	8400	38,27	1978	87867	206,06	2004	5302	7,36
1927	10190	74,44	1953	5227	23,16	1979	29324	67,36	2005	2084	2,85
1928	9928	71,72	1954	2489	10,73	1980	34154	76,86	2006	796	1,07
1929	36186	255,95	1955	1494	6,26	1981	54415	119,49	2007	358	0,51
1930	45653	323,08	1956	1573	6,44	1982	62038	132,88	2008	215	0,3
1931	61241	414,69	1957	5536	21,92	1983	66681	139,31	2009	84	0,12
1932	72500	481,34	1958	11213	43,16	1984	55020	112,13	2010	90	0,12
1933	50609	329	1959	7305	27,33	1985	47311	94,05	2011	132	0,18
1934	48744	55,66	1960	3092	11,24	1986	37899	73,69	2012	595	0,79
1935	40842	254,53	1961	3498	12,39	1987	20134	38,31	2013	285	0,37
1936	62466	382,01	1962	3594	12,42	1988	16245	30,24	2014	254	0,33
1937	69850	419,85	1963	4365	14,72	1989	12112	22,07	2015	224	0,28
1938	81702	482,7	1964	5081	16,72	1990	8680	15,44	2016	209	0,26
1939	120060	691,19	1965	4587	14,73	1991	12218	21,33	2017	214	0,27
1940	115683	653,06	1966	3793	11,88	1992	18676	31,99	2018	238	0,29
1941	94534	526,59	1967	3975	12,14	1993	47210	79,37	2019	280	0,34
1942	146077	805,14	1968	3318	9,88	1994	84345	139,21	2020	135	0,16
1943	115546	630,13	1969	2173	6,31	1995	82096	133,04	2021	210	0,25
1944	80387	433,77	1970	1263	3,55	1996	60884	96,89			
1945	16739	89,38	1971	2046	5,65	1997	35456	55,41			
1946	10373	54,38	1972	2892	7,79	1998	36842	56,55			
1947	5979	30,67	1973	2438	6,41	1999	20963	31,62			
1948	7298	36,18	1974	2877	7,37	2000	11432	16,94			
1949	4973	24,43	1975	9828	24,55	2001	10812	15,76			
1950	4211	20,24	1976	37320	91,21	2002	10224	14,66			

*Kaynak Dr Akdur tarafından S.Bakanlığı verilerinden yararlanılarak hazırlanmıştır(Kasım 2023)

** Adet *** Yüz binde (1/100.000)

Yüz yıllık bir uğraş ve binlerce can kaybı sonunda ulaşılan bu başarı nedeniyle, son yıllara egemen olan büyük iyimserlik ve bunun getirdiği farkındasızlık ile Türkiye'de yerli vaka kaydı bildirilmemekte ve sıtma elimine edilmiş gözükmektedir. Ancak, 6 Şubat 2023 tarihinde meydana gelen ve 11 ilde 14 milyon kadar nüfusun etkileyen, 4 milyona yakın nüfusun yer değiştirdiği, iki milyonu aşkın nüfusun ise çadır ve konteynerlerde yaşamasına neden olan(SBB, 2023), Kahraman Maraş Depremi ile birlikte; Türkiye'nin etrafını adeta bir halka gibi saran komşu ülkelerdeki savaşlar; bu ülkelerden kaçak olarak gelmiş ve sayıları on milyonu aşmış olan sığınmacılar; hızla ilerleyen iklim değişikliği; ağır ekonomik kriz gibi etmenlerin yanında; dikey örgüt ve eğitilmiş personel yokluğu ve sağlık çalışanlarının konu hakkında bilgisizliği gibi üzerine daha başkalarının da eklenebilecek olan diğer etmenler toplu olarak düşünüldüğünde özelde Türkiye'de genelde de orta doğuda sıtmanın tekrar canlanması ve yeni salgınlar yapması hiç de göz ardı edilebilecek bir olasılık değildir. Dünya tarihi ve Türkiye Cumhuriyetinden günümüze kalan deneyim ve bilgilerin ışığında:

Aktif ve pasif sürveyans etkinlikleri daha büyük bir özenle yürütmelidir. Özellikle hariçten gelen olgular iyi yakalanarak, hariçten gelenden türeyen olgulara fırsat verilmemelidir.

Sivrisinek mücadelesi bir bütün olarak ele almalı, bu bağlamda halk sağlığı ya da genel konfor anlamındaki

insektisit kullanımını disipline edilerek, bilimsel esaslara oturtmalıdır.

Tüm bu etkinlikleri koordine edecek, vektörle bulaşan diğer hastalıkların kontrol programlarını da yürütecek güçlü bir merkez/çekirdek kadro oluşturmalıdır. Tekrar salgınlar yaşanması halinde, Halk Sağlığı GM altındaki bürokratik bir ofisin yeterli olamayacağı açıktır.

Bu bağlamda Hıfzıssıhha Enstitüsü ve Adana Sıtma Enstitüsü'nün aktif ve yeterli hale getirilmesi ve bunların liyakatli personel ile donatılması hazırlıklı olmanın olmaz ise olmazlarındandır. Diyarbakır ve Samsun ve İzmir'de en azından bölge merkezi bağlamında üç enstitü daha kurulmalıdır.

Türkiye'de acilen dikey bir örgütlenmeye gerek yoktur. Mevcut durum yatay örgütler aracılığı ile de sürdürülebilir. Ancak bunun başarılı olması için, başta Aile hekimlikleri ile hastane ilgili birimlerinde çalışanlarında güçlü bir farkındalık ve bilinç yaratılması gerekir. Başta duyarlı bölgelerdekiler olmak üzere sağlık personeli ve halka yaygın farkındalık eğitim programları yürütülmelidir.

Tekrar salgın ile karşı karşıya gelinmesi halinde, salgın kararı verilen illerde özellikle de deprem bölgesinde hızla geçmiştekine benzer dikey örgütlenmenin ve etkinlik bütünün aynen kurulması gerekir.

Sıtma nedenli biyolojik afet açısından sessiz evre yaşanmaktadır. Bu fırsat iyi değerlendirilmelidir. Malaryolog, sıtma epdemiyoloğu, entemolog, esnektisit uzmanı/ kimyagerleri yetiştirilmek üzere ciddi bir program yapılmalıdır. Covid 19'da yaşadığımız sorunlar/deneyimler kılavuzluğunda sıtma afetine/salgınına karşı senaryo ve planlar yapılarak hazırlıklı olunmalı, birikimi yapılmalıdır.

Adana, Diyarbakır, Samsun ve İzmir'de, tropikal hastalıklar eğitim ve araştırma merkezleri kurulmalıdır. Bu kentlerdeki tıp fakültelerinde sıtma parazitolojisi ve tıbbi entomoloji bilim dalları kurulmalı ve bunlarla sıtma enstitülerinin koordinasyonları sağlanmalıdır. Bu amaçla The London School of Hygiene & Tropical Medicine ile yakın iş birliği kurularak gerekli personelin yetiştirilmesi ve hizmetlerin bilimsel bir tabana oturtulması sağlanmalıdır.

Yüzeysel suların sivrisinek tarlası (jit) özelliği taşımaması için gerekli düzeltme ve düzenlemeler yapılmalıdır.

Toplumun, yoksulluk ve yoksunluğunu giderme özellikle sağlıklı konut ve yerleşimlere sahip olması bağlamında kentsel dönüşüm için ciddi bir program uygulaması gerekir. Kahraman Maraş depremi buna daha da büyük bir aciliyet ve önem kazandırmıştır. Deprem bölgesinde sıtma ve sivrisinek kontrol programlarına daha büyük bir özen gösterilmelidir.

DSÖ'nün tarafından hazırlanan ve bu konuda önemli bir kılavuz olan "Global technical strategy for malaria 2016–2030'un (WHO, 2021) önerilerine titizlikle uyulmalıdır.

Kaynaklar

1. *Achan J. et al, (2011): Quinine, an old anti-malarial drug in a modern world: role in the treatment of malaria, Malaria Journal, 10:144*
2. *ADD, (2022): Yüzyıl Öncesinden Bir Bilge: Dr. İbrahim Refik Saydam, https://www. add.org.tr/wp-content/uploads/2022/03/Yuzyıl-Oncesınden-Bır-Bılge-Dr-Ibrahım-Refik Saydam. pdf (erişim 15.10.2023)*
3. *Ağırbaş İ., Akbulut Y., Önder Ö.R. (2011)***:** *Atatürk Dönemi Sağlık Politikası, Ankara Üniversitesi Türk İnkılâp Tarihi Enstitüsü Atatürk Yolu Dergisi S: 48, Güz 2011, s. 733-748*
4. *Akdur R. (2004): Sıtma Temel Bilgiler, Palme Yayıncılık, Ankara.*
5. *Akdur R. (2006): Sıtma ve Sıtma Salgınları Tarihi Bilim Tarihi Araştırmaları, Sayı:2, Kış*
6. *Akdur R. (2008): Cumhuriyetten Günümüze Türkiye'de Sağlık 12.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (21-25 Ekim 2008 Ankara) Kitabı, sayfa 45-71*
7. *Akyay N. (1982): Osmanlı İmparatorluğunda Sağlık Örgütleri ve Sosyal kuruluşlar, Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Bölümü yayını no:20, Ankara.*
8. *Aydın E. (1998): Türkiye'de Sıma Savaşı, Türk Tabipler Birliği Yayını***.**

9. Aydın E. (2021): Dünya ve Türk Tıp Tarihi (2.Baskı), Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara

10. Babacan H.,Temurçin, K.(2013**):** Türkiye'nin Sıhhi ve İçtimai Coğrafyası Hamidabat (Isparta) Sancağı, Altınpost Yayıncılık, 178, Ankara.

11. Başer K.H.C., Tekiner H. (2014): Ne Doktor Ne Kinin Ne De İlaç Vardı. "Alkaloitlerin Türk Edebiyatındaki Yansımaları (içinde, Bildiriler X. Türk Eczacılık Tarihi Toplantısı -İstanbul, 6-8 Haziran 2012) İstanbul Üniversitesi Yayınları, s: 217-223. (Erişim 9.10 2023)

12. Başustaoğlu A. (2016): Bir Nefes Sıhhat: Tevfik Sağlamın Yaşamı, Türkiye İş Bankası Kültür yayınları no,29619, Ayhan Matbaası, İstanbul

13. Başustaoğlu A. (2023): Osmanlıdan Cumhuriyet'e Mikrobiyoloji Tarihimize Bakış, Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği Yayınları no:1, Sim Matbaacılık Ankara

14. Bruce-Chwatt L.J. (1985): Essential Malariology (Second Edition),William Heinemann Medical Books London

15. Camille T., Klimpt A.D., Gosselet F and Sonnet P. (2022) **:** Antimalarial Drug Discovery: From Quinine to the Most Recent Promising Clinical Drug Candidates Current Medicinal Current Medicinal Chemistry, Vol. 29, No. 19 (erişim10.11.2023)

16. CDC, (2018): The History of Malaria, an Ancient Disease https://www.cdc.gov/ malaria/about/history/index.html (erişim 11.10.2028 (8)

17. Dirican M.R. (1970): Türkiye›de Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinin Kısa Tarihçesi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Bülteni cilt:2 sayı:7 (ayrı baskı) , Erzurum.

18. Eren N. ve Tanrıtanır N. (1998): Cumhuriyet ve Sağlık. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara

19. Fişek N.H.(1983): Halk sağlığına Giriş, Hacettepe Üniversitesi- Dünya Sağlık Örgütü Araştırma ve Araştırıcı Yetiştirme Merkezi yayını no:2 Ankara.

20. Gachelin G., Garner P., Ferroni E., Verhave J.P., and Opinel A. (2018): Evidence and strategies for malaria prevention and control: a historical analysis, Malaria Journal, 17:96, p:2-18

21. Gavi (2023): Gavi Annual Progress Report 2022

22. Gökberk C. (1948): Sıtma ve Benzeri Hastalıklar, Türközü Basımevi, Adana

23. Gwatkin D., Guillot M., Heuveline P. (1999): The burden of disease among the global poor: Lancet , Aug 14;354(9178)586-9

24. Işık Z. (2021): Osmanlı'nın Son Zamanları Cumhuriyet'in İlk Çeyrek Asrında Sıtma Salgınına Karşı Verilen Mücadelenin Mahiyeti, Selçuk Türkiyat s: 51-82

25. Martin H. (2014): How Successful Were Programs To Control And Eradicate Malaria During The Twentieth Century

26. Medicines for Malaia Venture (2004): An Overview Of Malaria Medical News Volume 11 Number 8 Oct 2004 p**: 53-59**

27. Mendis K.,Rietveld A.,Warsame M, Bosman A, Brian Greenwood B and Wernsdorfer W H. (2009) From malaria control to eradication: The WHO Perspective, Tropical Medicine and International Health,14(7) p:802-809

28. Metindaş, M.Y., Elçioğlu Ö. (2007): Cumhuriyetin İlk On beş Yılında Sağlık Hizmetleri, (1923-1938) Osmangazi Tıp Dergisi; 29(3): 162-170

29. Meydan S. (2022): Yakın Tarih İçin Anahtar, İnkılap Kitabevi, İstanbul s: 199-206

30. Özata M. (2015): Atatürk ve Hekimler, Demkar Yayınevi, Umut Matbaası İstanbul

31. Özbilgin A ve ark. (2011): Malaria in Turkey: Successful control and strategies for achieving elimination Acta Tropica 120(1-2) p:15–23

32. Piyal B., Akdur R., Ocaktan E, Yozgatligil C. (2013): An analysis of the prevalence of malaria in Turkey over the last 85 years, Pathogens and Global Health 107(1) p:30-34

33. Renslo A.R. (2013): Antimalarial Drug Discovery: From Quinine to the Dream of Eradication ACS Medicinal Chemistry Letters, 4, p:1126−1128

34. Ricci F. (2012): Social Implications of Malaria and Their Relationships with Poverty Mediterranean Journal of Hematology and Infectious Diseases, 4(1)

35. Söhrab M. (2019); Cumhuriyet Döneminde Sıtma ile Mücadele ve Yasal Düzenlemeler (1923-1946) Akademik Tarih ve Düşünce Dergisi Cilt:6 / Sayı:2 Haziran

36. Strateji ve Bütçe Bakanlığı (2023): Kahramanmaraş ve Hatay Depremleri Raporu, www.sbb.gov.tr

37. Talapko J, Škrlec I., Alebić T, Jukić M and Včev A. (2019): Malaria: The Past and the Present, Microorganisms, 7(6): 179 (20)

38. *Tekeli İ. (2020): Salgınlar ve Kentler Sarmalında Dünyanın Geldiği Nokta: Covıd-19 Salgınlar academia.edu,https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/64670139 /.Salg %C4%B1n_ekonomisi_kitab%C4%B1_yaz%C4%B1s%C4%B1-libre.pdf (erişim 14.10.2023)*

39. *Tekir S. (2017): Cumhuriyet'in İlk Yıllarında Türkiye'de Sıtma ile Mücadele Faaliyetleri (1923-1930) https://www.researchgate.net/publication/318959710 s;397-420 (erişim Ekim 2023)*

40. *Teklehaımanot A, Mejıa P. (2008): Malaria and Poverty Annals of the New York Academy of Sciences. 1136: 32–37*

41. *Tuğluoğlu F. (2008): Türkiye'de Sıtma Mücadelesi (1924-1950) Türkiye Parazitoloji Dergisi, 32 (4): 351-359*

42. *Ünalan A. (1945): Sıtma (Üçünü Basım) Yeni Cezaevi Matbaası.*

43. *Ünsal. U., Eren N., Benli D. (1982): Sıtma Epidemiyolojisi, Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayın No:25, Ankara*

44. *Vincent W.F. (2004): An overview of Malaria, Quest Diagnostics 11(8):53-59, http://www.cdc.gov.travel*

45. *WHO (1979): DDT And Its Derivatives*

46. *WHO (2013): The Long road to malaria elimination in Turkey, Geneva*

47. *WHO (2021): Global technical strategy for malaria 2016–2030, (2021 updated)*

48. *WHO (2022): World Malaria Report 2022*

49. *Winegard T.C. (2021): Sivrisinek: Ölümcül Bir Yırtıcının İnsanlık Tarihi (Türkçesi: Erkılıç N.), Terapi Kitap, İstanbul*

50. *Yıldız F. (2014):19. Yüzyılda Anadolu'da Bulaşıcı Hastalıklar (veba, kolera, çiçek, sıtma) ve Salgın Hastalıklarla Mücadele Yöntemleri (Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek lisans tezi), Denizli*

DAVETLİ KONUŞMA

UMUMİ HIFZISSIHHA KURULLARI: MEVZUAT, TARİHÇESİ VE ÖNEMİ

Prof. Dr. Cemil ÖZCAN
Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Faültesi Halk Sağlığı AD Emekli Öğetim Üyesi

Umumi hıfzıssıhha kurulları, 6 Mayıs 1930 tarih ve 1489 sayılı Resmî Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile oluşturulmuştur. Kamu sağlığına ilişkin her konuda düzenlemeler içeren bu yasa, sağlık hizmetlerinin "anayasası" niteliğindedir. 93 yıllık yasanın günümüzde halen yürürlükte olması ve gereksinimlere yanıt verebilmesi onun ne kadar mükemmel hazırlandığının kanıtıdır. Meclis tutanaklarına göre dönemin Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam yasa tasarısını TBMM'ne sunarken, yasanın 3 yıllık bir çalışma sonunda hazırlandığını, hiçbir yabancı ülke yasasından aynen alınmadığını, sadece cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve işçi sağlığı konusunda Alman mevzuatından yararlanıldığını söylemiştir. Ancak 1923 yılında Luckett ve Gray tarafından yazılan "*The Elements of Public Health Administration*" adlı kitabın 1925 yılında Bakanlık tarafından yaptırılan ve Bakanlığın 2 nolu yayını olan tercümesi incelendiğinde, Umumi Hıfzıssıhha Kanununu hazırlanması sırasında büyük ölçüde bu kaynaktan yararlanıldığı görülmektedir. Nitekim Dr. Refik Saydam bu kitabın tercümesi olan "Sıhhat-ı Umumuiyye İdaresi Esasatı" için yazmış olduğu ön sözde, "Türk Cumhuriyetinin girdiği yolda Türk milletinin hayat ve sıhhati, takip etmesi lazım gelen sağlık ve sosyal program için ne tecrübelere girişmesine ne zamanı vardır ne de bu gibi tecrübelere verecek parası. Bunun için bütün milletlerin geçirdiği tecrübelerin neticelerinden hemen faydalanmak isteriz" saptamasında bulunmuştur.

Yasa, "bap" olarak adlandırılan 15 bölüm ve bu bölümlerin "fasıl" adı verilen alt bölümlerden oluşmaktadır. Yasanın bölüm ve alt bölüm başlıkları günümüz Türkçesi ile aşağıda verilmiştir.

I. Bap: Sağlık Örgütü

- Devletin sağlıkla ilgili işlem ve sağlık mercileri (madde: 1-4)
- Sağlık ve sosyal yardım örgütü (madde: 5-9)
- Yüksek Sağlık Şûrası (madde: 10-17)
- İl özel idareleri ve belediyeler (madde: 18-22)
- İl ve ilçeler umumi hıfzıssıhha meclisleri (madde: 23-28)

II. Bap: Bulaşıcı ve salgın hastalıklarla mücadele

- Sınırlar ve sahillerin sağlık savunması (madde: 29-56)
- Ülke içinde bulaşıcı ve salgın hastalıklarla mücadele (madde: 57-96)
- Sıtma ile mücadele (madde: 97-98)
- Trahom ile mücadele (madde: 99-102)
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklarla mücadele (madde:103-112)
- Veremle mücadele (madde:113-121)
- Geçen fasıllar arasında ortak hükümler (madde: 122-127)

III. Bap: Genel kadınlar hakkında hükümler (madde:128-132)

IV. Bap: Göçmenliğe ilişkin sağlık işleri (madde: 133-138)

V. Bap: Gemiler, demiryolları ve diğer ulaşım araçları sağlık işleri (madde: 139-150)

VI. Bap: Çocuk sağlığının korunması

- Çocukluk ve gençlik koruması (madde: 151-169)
- Süt hakkında (madde: 170-172)

VII. Bap: İşçi sağlığının korunması (madde:173-180)

VIII. Bap: Yenilecek ve içilecek şeyler ile kullanılacak bazı maddeler (madde: 181-199)

IX. Bap: Maden suları ve kaplıcalar (madde: 200-210)

X. Bap: Mezarlıklar, ölülerin defni, mezardan çıkarılması ve nakli

- -Mezarlıklar ve ölülerin defni (madde: 211-226),
- -Ölülerin çıkarılması ve nakli (madde: 227-234)

XI. Bap: Şehir ve kasabaların sağlığının korunması

- İçilecek ve kullanılacak sular (madde: 235-243)
- Su yolları ve atıkların imhası (madde: 244-249)
- Meskenler (madde: 250-257),
- Hanlar, oteller ve genel yerler (madde: 258-261),
- -Yeni kurulacak veya düzenlenecek şehir ve kasabalar (madde:262-267)

XII. Bap: Gayrisıhhi müesseseler (madde: 268-275)

XIII. Bap: Sağlık, istatistik ve coğrafya ve propaganda (madde: 276-281)

XIV. Bap: Ceza hükümleri (madde: 282-302)

XV. Bap: Genel hükümler (madde: 303-309)

Yukarıda görüldüğü üzere Umumi hıfzıssıhha kurulları, Umumi Hıfzıssıhha Kanununun "Sağlık Örgütleri" başlıklı birinci bölümünde yer almakta ve Yasanın 23, 24, 25, 26, 27 ve 28. maddeleri ile düzenlenmektedir. Kurullar Yasada umumi hıfzıssıhha meclisleri olarak adlandırılmıştır.

Umumi hıfzıssıhha kurulları, Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile oluşturulmasına karşın bu kurulların tarihi II. Mahmut dönemine kadar uzanmaktadır. Uluslararası ticaretin yaygın olarak deniz yoluyla yapıldığı ve bulaşıcı hastalıkların kitlesel ölümlere yol açtığı dönemlerde bunlara karşı korunmak amacıyla başvurulan yöntem karantina uygulaması olmuştur. İlk karantina noktaları 1377›de Venedik ve Raguza Krallığında (Dubrovnik) oluşturulmuştur. Osmanlı Devleti'nde 1831 yılında İstanbul'u etkisi altına alan ilk kolera salgını sırasında 1831 yılında Karadeniz'den gelen gemilere için, 1835 yılında Çanakkale›de Akdeniz'den gelecek gemiler için karantina uygulaması başlatılmıştır. Karantina uygulamalarını yönetmek amacıyla Avrupa ülkelerinde olduğu gibi bir karantina meclisi (*conseil supérieur de santé*) kurulmasına karar verilmiştir. Meclis-i Sıhhiye, Meclisi-i Tahaffuz, Meclis-i Umur-ı Sıhhiye Nezareti, Nezareti-i Umur-ı Sıhhiye, Sıhhiye Nezareti, Karantina Meclisi olarak adlandırılmıştır. Karantina örgütü Doğu'dan Batı'ya salgın ve bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önlemek amacıyla, Batılı ülkelerin yönlendirilmesiyle kurulmuştur ve temel işlevleri uluslararası nitelik taşımaktadır. Bu nedenle Karantina Meclisi, Hariciye Nezareti'ne (Dışişleri Bakanlığı) bağlıydı. Karantina meclisi hıfzıssıhha kurullarının öncüsü olmamakla birlikte 1913 yılında kurulan sıhhiye meclislerinin örgütlenmesi için örnek oluşturmuştur.

1913 yılında yürürlüğe giren Vilayeti İdare-i Sıhhiye Nizamnamesi (il sağlık yönetimi tüzüğü) ile vilayet merkezlerinde bulunan sağlık müfettişlikleri sağlık müdürlüklerine, vilayet, liva ve kazalarda kurulmuş memleket tabiplikleri hükümet tabipliklerine dönüştürülmüştür. Livalar Tanzimat öncesinde sancak olarak adlandırılan ve sancakbeyi tarafından yönetilen, Tanzimat sonrası mutasarrıf yönetiminde olan il ve ilçe arası bir yönetim birimidir. 1913 Tüzüğü ile getirilen en önemli yenilik vilayet, liva ve kaza merkezlerinde birer sıhhiye meclislerinin oluşturulmasıdır.

Vilayet Sıhhiye Meclisi

15. Vilayet Sıhhiye Meclisi: Vilayet sıhhiye müdürü, merkez vilayet belediye reisi, maarif müdürü, nafıa başmühendisi, baytar müfettişi, karantina tabibi, en büyük rütbeye sahip askeri tabip, hükümet tabibi, belediye tabibi, hastane baştabibi, serbest çalışan iki veya üç tabip, serbest çalışan eczacı ve belediye eczacısından oluşur. Bu meclise vali veya vekil olarak sıhhiye müdürü başkanlık eder.

16. Liva Sıhhiye Meclisi: Mutasarrıf, belediye reisi, hükümet tabibi, liva mühendisi, idadi müdürü, maarif müfettişi, askeri tabip, hastane baştabibi, karantina tabibi, belediye tabibi, serbest çalışan bir veya iki baytar, serbest çalışan bir eczacı ve belediye eczacısından oluşur.

17. Kaza Sıhhiye Meclisi: Kaymakam, belediye başkanı, hükümet tabibi, hastane tabibi, karantina tabibi, belediye tabibi, serbest çalışan bir tabip, baytar, serbest çalışan eczacı ve bir belediye eczasından oluşur. Liva ve kazalarda mutasarrıf ve kaymakam meclise başkanlık eder. 18- Adı geçen Sıhhiye Meclisi vilayette vali veya sıhhiye müdürleri, sancakta mutasarrıf, kazalarda kaymakam tarafından yapılan davet üzerine haftada bir, lüzumunda daha sık toplanır. 19- Sıhhiye Meclislerine görüş ve reyi alınmak üzere gerektiğinde başka kişiler de davet edilebilir.

20. Sıhhiye Meclisinin başlıca görevleri:

- Bulunulan mahallin sağlık durumunu görüşmek,
- Halkın özellikle de köylülerin sağlık durumlarını tetkik ve olumsuz sağlık koşullarının ortadan kaldırılması için gereğinin tespiti,
- Nüfusun artırılması konusuyla ilgilenme,
- Salgın hastalıkların önüne geçilmesi ve bunun için gerekli sağlık müesseselerinin kurulması,
- Frengi, sıtma ve verem salgın hastalıkların yok edilmesi için gereğinin tespitidir.

Vilayet sıhhiye meclisinin kararları vilayetçe, liva ve kaza sıhhiye meclisinin kararlarından izne gerek olmayanlar mutasarrıf ve kaymakam, izne gerekli olanlar vilayete bildirilerek icra edilir.

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile getirilen umumi hıfzıssıhha meclisleri oluşum ve işlev olarak sıhhiye meclislerinin hemen hemen aynıdır. Meclislerin oluşumu ve görevleri Yasada şöyle düzenlenmiştir

Vilayetler ve kazalar umumi hıfzıssıhha meclisleri

Madde 23 – Her vilayet merkezinde bir umumi hıfzıssıhha meclisi toplanır. Bu meclis mahalli sıhhat ve içtimai muavenet müdürü, nafıa mühendisi, maarif, baytar müdürü, mevcutsa sahil sıhhiye merkezi tabibi, bir hükümet ve belediye tabibi ve hastane baştabibi ile garnizon ve kıt'a bulunan yerlerde en büyük askeri tabip ve serbest sanat icra eden bir tabip ve bir eczacıdan ve belediye reisinden mürekkeptir. Meclis valinin veya valiye bilvekale sıhhiye müdürünün riyaseti altında içtima eder. Valinin tensip edeceği bir zat kitabet vazifesini ifa ve zabıtları tanzim eder.

Madde 24 – Kazalarda bu meclisler kaymakamın riyaseti altında hükümet tabibi, mevcut ise bir hükümet bay-

tarı ve askeri tabip, belediye tabibi ve serbest icrayi san'at eden ve kaymakam tarafından intihap edilen bir tabip ve serbest eczacı ile belediye reisinden terekküp eder.

Madde 25 – Umumi hıfzıssıhha meclisleri müntehap azası her üç senede bir değişir. Eski azanın yeniden intihabı caizdir. Her defa tebeddülünde kaymakamlar tarafından vilayetlere, valilerce de Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaletine bildirilir.

Madde 26 – Umumi hıfzıssıhha meclisleri alelade ayda bir kere içtima ederler. Ahvali fevkalâdede veya bir sari ve salgın hastalık zuhurunda valinin daveti veya Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaletinin talebi üzerine daha sık toplanırlar.

Madde 27 – Umumi hıfzıssıhha meclisleri mahallin sıhhi ahvalini daima nazarı dikkat önünde bulundurarak şehir ve kasaba ve köyler sıhhi vaziyetinin ıslahına ve mevcut mahzurların izalesine yarayan tedbirleri alırlar. Sari ve salgın hastalıklar hakkında istihbaratı tanzim, sari ve içtimai hastalıklardan korunmak çareleri ve sıhhi hayatın faideleri hakkında halkı tenvir ve bir sari hastalık zuhurunda hastalığın izalesi için alınan tedbirlerin ifasına muavenet eylerler.

Madde 28 – Umumi hıfzıssıhha meclislerinin mukarreratından mahalli vazifeler ve salahiyetler arasında bulunan işler vali veya kaymakam tarafından icra olunur ve istizana muhtaç olanlar kaymakamlıkça vilayetten ve vilayetçe Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaletinden sorulur.

VİLAYET SIHHİYE MECLİSLERİ İLE UMUMİ HIFZISSIHHA MECLİSLERİ ÜYELERİ

Vilayet sıhhiye meclisi	Vilayet umumi hıfzıssıhha meclisi
Vali (Başkan)	Vali (Başkan)
Vilayet sıhhiye müdürü (Başkan v.)	Sıhhat ve içtimai muavenet müdürü (Başkan v.)
Belediye reisi	Belediye reisi
Maarif müdürü	Maarif müdürü
Nafia başmühendisi	Nafia mühendisi
Baytar müfettişi	Baytar müdürü
Askeri tabip	Askeri tabip
Hükümet tabibi	Hükümet tabibi
Belediye tabibi	Belediye tabibi
Hastane baştabibi	Hastane baştabibi
Karantina tabibi	Sahil sıhhiye merkezi tabibi,
Serbest tabip (2-3)	Serbest tabip
Serbest eczacı	Serbest eczacı
Belediye eczacısı	

KAZA SIHHİYE MECLİSLERİ İLE UMUMİ HIFZISSIHHA MECLİSLERİ ÜYELERİ

Kaza sıhhiye meclisi	Kaza umumi hıfzıssıhha meclisi
Kaymakam (Başkan)	Kaymakam (Başkan)
Belediye reisi	Belediye reisi
Hükümet tabibi	Hükümet tabibi
Karantina tabibi	Askeri tabip
Belediye tabibi	Belediye tabibi
Baytar	Hükümet baytarı
Serbest tabip	Serbest tabip
Serbest eczacı	Serbest eczacı
Hastane tabibi	
Belediye eczacısı	

Umumi hıfzıssıhha kurullarının Umumi hıfzıssıhha Kanunun 27. maddesinde yer alan görevleri yukarıda belirtilmiştir. İki bölümde ele alınan bu görevler günümüz Türkçesi ile;

1. Yörenin sağlık durumunu sürekli olarak izleyerek, şehir, kasaba ve köylerin sağlık durumunun iyileştirilmesine ve var olan sakıncaların giderilmesine yönelik önlemleri almak,

2. Bulaşıcı ve salgın hastalıklar bildirimlerinin düzenlenmesi, bulaşıcı ve sosyal hastalıklardan korunma yolları ve sağlıklı yaşamın yararları hakkında halkı aydınlatmak ve bir bulaşıcı hastalık ortaya çıktığında hastalığın giderilmesi için alınan önlemlerin yerine getirilmesine yardım etmek olarak ifade edilebilir.

Umumi hıfzıssıhha kurullarının kararları valiler ve kaymakamlar tarafından yerine getirilir. Kurulların kararlarına uyulmaması durumunda Umumi Hıfzıssıhha Kanunun 282. maddesi uyarınca uymayanlara cezalar verilir.

Cumhuriyet dönemi yasalarının kısa ve öz oluşu göz önünde bulundurulduğunda umumi hıfzıssıhha kurullarının görevlerine ilişkin 27. maddenin kısa ve özlü anlatımı yanıltıcı olmamalıdır. Sağlık alanında başka hiçbir idari birim ve kurulun bu denli kapsamlı bir yetkisi yoktur. Nitekim yakın dönemde yaşadığımız pandemi sırasında bakanlıkların önlem almada yaşadıkları yetki sorunlarına aşmaya yönelik çabalar bu kurulların önemini bir kez daha ortaya koymuştur. Sağlık Bakanlığının oluşturduğu Bilim Kurulu Bakanlığa önerilerde bulunmuş ve Sağlık ve İçişleri Bakanlıkları illere bu öneriler doğrultusunda genelgeler göndermiştir. Bu genelgelerde yer alan önlemlere yasal dayanak oluşturmak amacıyla genelgelerde yer alan konuların il ve ilçe hıfzıssıhha kurullarınca karar altına alınması istenmiştir. Daha doğrusu genelgeler kurul kararlarına dönüştürülerek kurul üyelerince imzalanması istenmiştir. Nitekim internette paylaşılan Türk Tabipleri Birliğinin Sağlık Bakanının şahsına 13 Ağustos 2020 tarihinde gönderdiği 1823/2020 sayılı yazısında bu durum açıklanarak Bakanlık uyarılmıştır:

Ülkemizde bulaşıcı ve salgın hastalıklarla mücadele konusunda yapılması gerekenlerle ilgili yasal düzenleme, 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun birinci bap, beşinci fasılda yer alan 23-28. maddeleri ve ikinci bap, ikinci fasılda yer alan 57-96. maddeleriyle belirlenmiştir. Bu kapsamda, il ve ilçelerde Umumi Hıfzıssıhha Meclisleri'nin kurulması, üyeleri ve görevleri ile bulaşıcı ve salgın hastalıklarla mücadele, alınacak tedbirler ve yetkiler bütün ayrıntılarıyla tanımlanmıştır.

Bununla birlikte, Sağlık Bakanlığı, COVID-19 pandemisi gerekçesiyle, sağlık müdürlükleri bünyesinde ve valilerin başkanlığında ancak, üye bileşeni her ilde farklılık gösteren, İl Pandemi Koordinasyon Kurullarının kurulması yoluna gitmiştir. Görev ve yetkilerinin herhangi bir hukuksal dayanağı olmayan söz konusu Kurulların, illeri için aldıkları kararlar da söz konusu durum nedeniyle, yalnızca "tavsiye" niteliğinde olabilmektedir.

Bir süredir Tabip Odalarımızdan iletilen bilgilendirmeler kapsamında, İl Pandemi Koordinasyon Kurulu kararlarının uygulamaya konabilmesi amacıyla, yasal ve ahlaki olmayan bir biçimde, İl Umumi Hıfzıssıhha Meclisi toplantılarında alınmış kararlar gibi yazıldığı ve Meclis'in üyelerine imzaya gönderildiği öğrenilmiştir.

Yapılması gereken, İl Umumi Hıfzıssıhha Meclisi toplantılarının düzenli olarak gerçekleştirilmesi, kararların bu toplantılarda bütün üyelerinin bilgisi ve katılımı doğrultusunda alınmasıdır. Sağlık Bakanlığı, İl Umumi Hıfzıssıhha Meclislerini işlevsizleştiren ve valiler başta olmak üzere, il sağlık yöneticilerini hukuk dışı uygulamalara yönelten bu durumu ortadan kaldıracak adımı bir an önce atmalıdır. İl Umumi Hıfzıssıhha Meclisleri, 1593 sayılı Yasa ile belirlenmiş işlevlerine döndürülmelidir.

Burada tüm ülkeyi kapsayan ya da ilgilendiren bir sağlık sorunu ortaya çıktığında yasal sınırlar içinde kalınarak Bakanlığın izlemesi gereken yöntemin ne olması gerektiği sorulabilir. Bunun yanıtı Umumi Hıfzıssıhha Kanununa bir madde eklenerek Sağlık Bakanlığı bünyesinde diğer bakanlıklar, meslek örgütleri ve üniversitelerden belirlenecek üyelerden oluşan Merkez Umumi Hıfzıssıhha Kurulu oluşturulmasıdır. Bu Kurulun kararları tüm ülke için geçerli olacaktır.

Son olarak bazı kaynaklarda yer alan ve sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi kapsamında oluşturulan Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetlerinin Sağlık Kurullarının il ve ilçe umumi hıfzıssıhha kurullarının yerini aldığı savıdır. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanunun 23. maddesi uyarınca oluşturulan bu kurulların amacı "Sağlık Kurulları, sağlık hizmetlerinin başarı ile yürütülmesi için, Sağlık Kuruluşlarıyla halk arasında iyi münasebetler kurulması ve devam ettirilmesini, maddî ve manevî işbirliğinin teminiyle halkın sağlık teşkilatından istediği hususların ilgililere duyurulmasını sağlar." olarak belirtilmiştir. Bu kurulların işlevinin umumi hıfzıssıhha kurullarının yerini almaya yönelik olmadığı açıkça görülmektedir. Eğer aksi söz konusu olsaydı 224 sayılı yasa ile umumi hıfzıssıhha kurullarının kaldırılması gerekirdi.

Kaynaklar

1. *Sarıyıldız G. Karantina Meclisi'nin Kuruluşu ve Faaliyetleri. Belleten, Sayı 222, Ankara 1994.*
2. *Aydın, E. 19. Yüzyılda Osmanlı Sağlık Teşkilatlanması. OTAM Osmanlı Tarihi Araştırma ve Uygulama Merkezi Dergisi, Sayı 15, Ankara 2004.*
3. *Özcan, C. Halk Sağlığı. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Yayını, Manisa, 2022.*

DAVETLİ KONUŞMA

DEPREM SONRASI HAVA KALİTESİNİ ETKİLEYEN ANA FAKTÖRLER, İKİNCİL AFETLER VE SAĞLIK ETKİLERİ

Dr. Öğr. Üyesi Melike YAVUZ
Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Temiz Hava Hakkı Platformu

Giriş

Depremler, insanlar, doğa ve altyapılar üzerindeki yıkıcı etkileriyle bilinen en etkileyici jeolojik süreçlerden biridir. Bu olaylar gerçekleştiklerinde, hemen gözle görülür bir şekilde yıkım ve can kaybına neden olurken, aynı zamanda daha sessiz ve sinsice ilerleyen bir etkiyi de beraberlerinde getirir: hava kirliliği.

Özellikle yoğun nüfuslu kentsel alanlarda meydana gelen depremler, sadece binaları yıkmak ve yaşamları altüst etmekle kalmaz, aynı zamanda atmosfere karmaşık bir kirletici madde karışımı salma potansiyeline sahiptir. Bu hava kirliliği genellikle partikül madde, uçucu organik bileşikler, ağır metaller ve diğer toksik kirleticilerin karışımından oluşur, bu da hem insan sağlığı hem de çevre için ciddi sonuçlar doğurabilir[1].

Örneğin, Loma Prieta depremi sonrasında, bölgesel zehir kontrol merkezlerine çeşitli tehlikeli maddelere (örneğin asbest, cıva, siyanür, hidroklorik asit, karbon monoksit) maruz kalma raporları gelmiştir [2]. Ayrıca, Kaliforniya Endüstriyel İlişkiler Departmanı kayıtları, deprem sonrası işle ilgili yaralanmaların yaklaşık %20'sinin tehlikeli maddelerden kaynaklandığını göstermiştir. Bu yaralanmalar genellikle binaları arayan, tahliyeleri yöneten veya temizlik operasyonlarına katılan güvenlik ve bakım personeli ile yöneticileri içermekteydi [3].

Depremlerin neden olduğu hava kirliliğinin sağlık üzerindeki etkilerini anlamak büyük bir öneme sahiptir. Bu sismik olayların ardından, acil arama ve kurtarma çabalarının ötesinde, çeşitli zorluklar ortaya çıkmaktadır. Depremler, çevreyle etkileşime girerek, yer sarsıntısı durduktan sonra bile uzun süre kalıcı olan kirleticileri üretebilir. Bu karmaşık yolların incelikli bir şekilde anlaşılması, sismoloji, çevre bilimi ve halk sağlığı alanları arasında kritik bir köprü görevi görmektedir.

Bu metin, bilimsel literatürden yararlanarak, depremlerin neden olduğu hava kirliliğinin altında yatan mekanizmaları araştırmayı ve bu kirleticilere maruz kalmayla ilişkili sağlık risklerini incelemeyi amaçlamaktadır.

1. Depremler ve Hava Kirliliği

Dünya yüzeyinin altındaki muazzam jeolojik kuvvetlerin neden olduğu depremler, yalnızca jeolojik bir olay değil, aynı zamanda özellikle hava kalitesiyle ilgili olmak üzere çevresel bozulmaların katalizörüdür. Bu sismik olaylar, çeşitli kirleticilerin atmosfere salınmasıyla sonuçlanan bir dizi mekanizmayı harekete geçirir [4].

1.1. Toz salınımı

Bir depremin en ani ve görsel açıdan en çarpıcı sonuçlarından biri, bol miktarda toz ve partikül madde oluşmasıdır. Binalar, yollar ve altyapı çökerken havaya ince toz parçacıkları salınır [5]. Çoğunlukla partikül madde (PM) olarak adlandırılan bu parçacıklar, PM10 (çapı 10 mikrometre veya daha küçük olan parçacıklar) ve PM2.5 (çapı 2,5 mikrometre veya daha küçük olan parçacıklar) dahil olmak üzere geniş bir boyut aralığını kapsayabilir.

1.2. Yangınlar ve Duman

Depremler gaz hatlarını patlatabilir, elektrik altyapısına zarar verebilir ve yapıların içindeki yanıcı malzemeleri tutuşturabilir. Bu, atmosfere duman ve bir dizi kirletici madde salan yangınlara yol açar. Yanma süreci, sağlık üzerinde akut ve uzun vadeli etkilere sahip olabilen karbon monoksit (CO) ve uçucu organik bileşikler (VOC) üretir [6].

1.3. Kimyasal Salınımlar

Deprem merkez üssü yakınındaki endüstriyel tesisler, depolama tankları ve boru hatları yapısal hasara karşı hassastır. Bu hasar, tehlikeli kimyasalların ve kirleticilerin çevreye salınmasına neden olabilir. Bu kimyasallar asitler, bazlar ve toksik maddeler içerebilir ve hava kalitesini daha da kötüleştirebilir [1, 6].

2. Depremlerle açığa çıkan hava kirletici türleri ve insan vücuduna giriş yolları

Depremlerle birlikte ortaya çıkan hava kirleticileri genellikle çeşitli kaynaklardan gelir ve bu kirleticilerin insan vücuduna giriş yolları çeşitli şekillerde gerçekleşir. Bu kirleticiler arasında partikül madde (PM), karbon monoksit (CO), uçucu organik bileşikler (VOC), ağır metaller ve asbest gibi maddeler bulunmaktadır. Bu kirleticilerin insan vücuduna giriş yolları ise solunum sistemi, sindirim sistemi ve cilt yoluyla gerçekleşebilir.

2.1. Partikül Madde (PM)

Çoğunlukla PM olarak adlandırılan partikül madde, depremler sırasında ve sonrasında oluşan yaygın bir kirleticidir [1, 5]. Öncelikle binaların, yolların ve diğer altyapı bileşenlerinin parçalanmasından kaynaklanır. Bu fiziksel yapılar, parçalandığında ince toz ve döküntü parçacıkları üreten beton, ahşap, yalıtım ve metal gibi çeşitli malzemeleri içerir .

PM, solunduğunda önemli sağlık riskleri oluşturur. PM10 ve PM2.5 çapındaki parçacıklar vücudun doğal savunmasını aşıp solunum sisteminin derinliklerine nüfuz edecek kadar küçüktür [7]. Akciğerlere girebilir ve buradan da kan dolaşımına karışabilirler.

2.2. Karbon monoksit (CO)

CO deprem sırasında öncelikle gaz hatlarının patlaması, elektrik kısa devreleri ve yanıcı maddelerin yanması nedeniyle çıkan yangınlar nedeniyle üretilen renksiz, kokusuz bir gazdır. CO emisyonları deprem sonrası yangınların yaygın bir sonucudur [6].

CO, solunduğunda ciddi sağlık riskleri oluşturan oldukça zehirli bir gazdır. Kan dolaşımındaki hemoglobine bağlanarak kırmızı kan hücrelerinin oksijen taşıma kapasitesini azaltır [8]. Bu, nörolojik hasar ve hatta ölüm de dahil olmak üzere ciddi sorunlara yol açabilen hipoksiye (oksijen yoksunluğu) yol açabilir.

2.3. Uçucu Organik Bileşikler (VOC)

VOC'ler, depremler sırasında, uçucu kimyasallar içeren konteynerlerin patlaması, endüstriyel tesislere zarar verilmesi ve boya, solvent ve yakıt gibi maddelerin salınması dahil olmak üzere çeşitli kaynaklardan yayılır [6].

VOC'ler solunum sistemi yoluyla solunabilir ve emilebilir. Vücuda girdikten sonra organlara ve dokulara zarar verebilecek toksik yan ürünlere metabolize olabilirler [9].

2.4. Ağır metaller

Kurşun, cıva, kadmiyum ve diğerleri dahil olmak üzere ağır metaller depremler sırasında çevreye yayılabilir [6]. Bu metaller hasarlı endüstriyel tesislerden, altyapıdan ve depolama alanlarından gelebilir.

Ağır metallerin insan vücuduna girme yolları çeşitlidir. Ağır metallerle kirlenmiş toz veya parçacıkların solunması yaygın bir yoldur. Ek olarak, bu metaller toprağı ve suyu kirletebilir ve potansiyel olarak bitki alımı veya kirlenmiş su ve deniz ürünlerinin tüketimi yoluyla besin zincirine girebilir. Ağır metaller vücuda girdikten sonra çeşitli doku ve organlarda birikerek özellikle sinir ve kardiyovasküler sistemlerde toksik etkilere neden olabilir [10].

2.5. Asbest

Asbest eski bina inşaatlarında yaygın olarak bulunan tehlikeli bir maddedir. Yangına dayanıklılık özelliğinden dolayı ve izolasyon amaçlı kullanılır. Depremler sırasında, özellikle eski binalar çöktüğünde veya hasar

gördüğünde, asbest içeren malzemeler ince asbest lifleri şeklinde çevreye yayılabilir [1, 6].

Asbest lifleri mikroskobiktir ve karıştırıldıklarında havaya karışabilirler. Asbest liflerinin solunması birincil maruz kalma yoludur. Bu lifler solunduğunda akciğerlerde sıkışıp kalabilir ve akciğer kanseri, mezotelyoma ve asbestoz gibi ciddi sağlık sorunlarına yol açabilir. Asbest lifleri vücutta uzun süre kalabilir, bu da uzun vadeli sağlık etkilerini özellikle endişe verici hale getirir[11].

3. Kirleticilerin sağlık etkileri

Hava kirliliğinin sağlık üzerinde hem kısa ve hem de uzun vadeli çok çeşitli etkileri vardır [12]. Kısa vadeli etkiler geçicidir ve gözlerde, burunda, ciltte, boğazda tahriş, hırıltı, öksürük ve göğüste sıkışma ve nefes almada zorluk gibi basit rahatsızlıklardan astım, zatürre, bronşit, akciğer ve kalp problemleri gibi daha ciddi durumlara kadar değişir. Hava kirliliğine kısa süreli maruz kalma aynı zamanda baş ağrısına, mide bulantısına ve baş dönmesine de neden olabilir.

Uzun vadeli etkiler kroniktir, yıllarca veya tüm yaşam boyunca sürer ve hatta ölüme bile yol açabilir. Çeşitli hava kirleticilerinin toksisitesi de uzun vadede çeşitli kanserlere neden olabilir [13]. Hava kirliliği ayrıca solunum sistemi hastalıkları, kalp-damar hastalıkları ve kanser gibi ciddi sağlık sorunlarına neden olabilir [12].

3.1. Hava kirliliği ve ölümler

Ulusal ve uluslararası raporlarda hava kirliliğinin ölüm riskini artırdığına dair kanıtlar sunulmaktadır [14–16]. 2019 yılında, 2019 yılında, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan tahminlere göre, dış ortam hava kirliliği ile ev içi hava kirliliğinin birleşik etkileri yılda 6.7 milyon erken ölüme neden olmaktadır [14]. Sadece dış ortam hava kirliliğinin dünya genelinde yaklaşık 4.2 milyon erken ölüme neden olduğu belirlenmiştir. Sağlık Metrikleri ve Değerlendirme Enstitüsü (IHME) tarafından hazırlanan ve 2020 yılında Lancet dergisinde yayımlanan 2019 Küresel Hastalık Yükü Çalışması›nın sonuçları, DSÖ'nün bulgularıyla benzerlik göstermektedir [15]. Buna göre, 2019 yılında 6.7 milyon kişi, hava kirliliği ile ilişkilendirilebilecek nedenlerden dolayı yaşamını yitirmiştir.

Ülkemizde Temiz Hava Hakkı Platformu tarafından 2018 yılından bu yana her yıl yayımlanan Hava Kirliliği ve Sağlık Etkileri Raporu'nda (Kara Rapor) her il için ayrı ayrı hesaplanan Türkiye'de hava kirliliğine atfedilen ölümler paylaşılmaktadır. 2022 yılında yayımlanan son rapora göre Türkiye'de 2021 yılında hava kirliliği nedeniyle hayatını kaybeden kişi sayısının en az 42.067 olduğu hesaplanmıştır [16].

3.2. Hava kirliliği ile ilişkili solunum sistemi sorunları:

İnce partiküllerin (PM10 ve PM2.5), CO ve VOC'ler gibi zararlı gazların solunması, akut solunum sıkıntısına yol açabilir [17] Bu kirleticiler solunum yollarını tahriş ederek astım ve bronşit gibi rahatsızlıkları şiddetlendirirler.

Solunum yollarının iltihaplanması ve daralmasıyla karakterize olan kronik solunum rahatsızlıkları olan astım ve KOAH hava kirleticilerinin varlığına özellikle duyarlıdır [18, 19] Araştırmalar, deprem sırasında ve sonrasında oluşan hava kirliliğine maruz kalmanın astım ve KOAH semptomlarını şiddetlendirebileceğini ve akut ataklara yol açabileceğini gösteriyor[20] Depremler sırasında salınan yaygın kirleticiler olan ince partikül madde (PM2.5) ve ozon, astımla ilişkili hastane başvurularının ve acil servis ziyaretlerinin artmasıyla ilişkilendirilmiştir.

3.3. Hava kirliliği ile ilişkili kardiyovasküler sorunlar

Hava kirliliği, özellikle de $PM_{2,5}$, kardiyovasküler hastalıklarla ilişkilidir. Araştırmalar hava kirliliğinin mevcut kardiyovasküler hastalıkları şiddetlendirebileceğini ve hastalık gelişimine katkıda bulunabileceğini göstermiştir.[21]. Kanıtlar özellikle dış ortam ince partikül kirliliğine maruz kalma konusunda güçlüdür. Uzun süreli maruz kalma sonrasında kan hücrelerinde meydana gelen değişiklikler kalbin işlevselliğini etkileyebilir. $PM_{2,5}$, kardiyovasküler olay riskini artırabilir, birkaç saatten haftalara kadar artan $PM_{2,5}$ konsantrasyonlarına maruz

kalmanın, kardiyovasküler hastalıkla ilişkili kalp krizlerini ve ölümü tetikleyebileceği bulunmuştur[22]. Daha uzun süreli maruz kalma, kardiyovasküler mortalite riskinin artmasına ve yaşam beklentisinin azalmasına neden olmaktadır. $PM_{2,5}$'a kısa ve uzun süreli maruz kalımın, özellikle kalp hastalığı bulunan kişilerde koroner sendrom, aritmi, kalp yetmezliği, felç ve ani kalp ölümü gibi ciddi kardiyovasküler olaylar nedeniyle hastaneye kaldırılma oranlarını artırdığı gösterilmiştir[23]

Hava kirliliği ile kardiyovasküler hastalıklar arasındaki ilişkiyi değerlendiren çok sayıda çalışmada kan basıncındaki değişiklikler de araştırılmıştır. Hem hava kirliliğinin hem de artan kan basıncının yüksek kardiyovasküler hastalık riskine katkıda bulunduğu iyi bilinmektedir. PM2,5 düzeyindeki her 10,5 µg/m3 artışa karşılık sistolik kan basıncında (SKB) 2,8 mmHg, diyastolik kan basıncında (DBP) ise 2,7 mmHg artış olduğu gösterilmiştir [24].

3.4. Hava kirliliği ve kanserler

Hava kirliliği ile kanser arasındaki ilişki, bilimsel olarak yüksek oranda kanıta sahip bir gerçek olarak kabul edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) bağlı Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC), hava kirliliğini, özellikle ince partikül madde (PM10) olmak üzere çeşitli bileşenleriyle birlikte, Grup 1 kesin kanserojenler listesinde sınıflandırmıştır [25]. Epidemiyolojik çalışmalar, hava kirliliğine maruziyetin, özellikle solunum yolu kanserleri gibi çeşitli kanser türleri ile güçlü bir ilişki içinde olduğunu göstermektedir[13].

3.5. Hava kirliliği ile ilişkili nörolojik sorunlar

Hava kirleticilerine uzun süreli maruz kalma sonrasında yetişkinlerde ve çocuklarda nörolojik etkiler gözlemlenmiştir. Psikolojik komplikasyonlar, otizm, retinopati, fetal büyüme ve düşük doğum ağırlığının uzun vadeli hava kirliliği ile ilişkili olduğu bildirilmiştir [23] Nörodejeneratif hastalıkların (Alzheimer ve Parkinson) etiyolojik etkeni henüz bilinmemekle birlikte, uzun süre hava kirliliğine maruz kalmanın bir etken olduğu düşünülmektedir [26] Özellikle pestisitler ve metaller beslenmenin yanı sıra etiyolojik faktörler olarak gösterilmektedir. Nörodejeneratif hastalığın gelişimindeki mekanizmalar arasında oksidatif stres, protein birikmesi, inflamasyon ve nöronlardaki mitokondriyal bozulma yer alır.

3.6. Hava kirliliği ile ilişkili üreme ve gelişim sorunları:

Son yıllarda yapılan bir dizi araştırma, çevresel hava kirleticilerine maruz kalmanın üreme fonksiyonlarını olumsuz etkilediğini ve özellikle hamilelik sonuçları, doğurganlık ve fetal sağlık üzerinde negatif etkiler yarattığını göstermektedir [27]. Epidemiyolojik çalışmalar, çevresel hava kirleticilerine maruz kalmanın düşük doğum ağırlığı, intrauterin büyüme geriliği, prematürite, neonatal ölüm ve erkeklerde doğurganlık azalması ile ilişkilendirildiğini ortaya koymaktadır.

4. Halk Sağlığı Yanıtı ve Sağlık Risklerini Azaltma:

Depremle ilişkili hava kirliliğine etkili bir halk sağlığı yanıtı ve sağlık risklerini azaltma stratejileri, bütünlük ve koordinasyon gerektiren önemli unsurları içermelidir. Hava kalitesinin sürekli izlenmesi, depremle birlikte ortaya çıkabilecek potansiyel sağlık risklerini belirlemek adına önemli bir göstergedir. Sağlık risklerinin etkili bir şekilde değerlendirilmesi, bu kirliliğin insan sağlığına etkilerini anlamak ve önlemek için temel bir adımdır.

Müdahale çabalarının etkili bir şekilde koordine edilmesi de önemlidir. Acil durum planları, halkın bilgilendirilmesi, potansiyel tehlikelerin ve önerilen koruyucu eylemlerin açıkça iletilmesi, şeffaf tahliye prosedürleri gibi faktörler, halk sağlığını korumak için kritik öneme sahiptir.

Bu süreçte, sağlık kurumlarıyla etkili bir iş birliği yürütülmeli ve kirli havanın neden olduğu solunum sorunlarına karşı hazırlıklı olunmalıdır. Tıbbi malzeme ve kaynaklar, sağlık risklerini minimize etmek adına hazır ve ulaşılabilir olmalıdır.

Sağlık risklerini azaltmak için kamu bilinci ve eğitimi ön planda tutulmalıdır. Hava kirliliği ile ilişkili potansiyel sağlık riskleri konusunda toplumu bilgilendirmek ve bilinçlendirmek temel bir stratejidir. Basit ancak etkili

koruyucu önlemler, maske takma ve kapalı alanlarda kalma gibi, halka öğretilmelidir.

İzleme ve erken uyarı sistemleri, gerçek zamanlı hava kalitesi bilgisi sağlayarak halkı bilinçlendirmeli ve acil durum müdahale planları, deprem sonrasında hava kirliliği ile başa çıkma stratejilerini içermelidir. Kentsel planlama ve inşaat kanunları, çevresel etkileri en aza indirmeyi amaçlamalıdır. Tehlikeli madde tesislerinin konumlandırılmasına özel bir dikkat gösterilmelidir.

Solunum sağlığı desteği, tıbbi tesislerin hazırlığı ve sağlık profesyonellerinin eğitimi gibi önlemler, hava kirliliği kaynaklı sağlık sorunlarına karşı etkili bir mücadele sağlamak adına kritiktir. Ayrıca, sosyoekonomik statüleri ne olursa olsun tüm toplulukların sağlık hizmetlerine eşit erişiminin sağlanması büyük önem taşır.

Geçici barınma stratejileri, deprem sonrasında sağlıklı ve güvenli barınma seçeneklerini temin etmeyi amaçlamalıdır. Depremzedelerin hava kirliliği risklerinden korunmasına ve acil durum koşullarında yaşamlarını sürdürebilmelerine yardımcı olur.

Ayrıca, enkazın etkili ve güvenli bir şekilde kaldırılması, çevre ve toplum sağlığının korunması açısından kritik bir adımdır. Uzman ekipler tarafından yürütülen kontrollü bir enkaz kaldırma süreci, zararlı maddelerin kontrollü bir şekilde uzaklaştırılmasını sağlayarak olumsuz etkileri azaltabilir.

Bu stratejiler, depremle ilişkili hava kirliliği kaynaklı sağlık risklerini azaltmak ve toplumun bu tür acil durumlarla başa çıkmasına destek olmak amacıyla bütünlüğü sağlamak adına bir araya getirilmelidir.

Sonuç

Depremler ile hava kirliliği arasındaki karmaşık etkileşim, çeşitli sağlık risklerini beraberinde getirir. Deprem sırasında ortaya çıkan kirleticiler, özellikle solunum yolu sistemine zarar veren ve ciddi sağlık sorunlarına yol açabilen potansiyel tehlikeler içerir. Ayrıca, depremin etkisiyle ortaya çıkan çeşitli çevresel faktörler, hava kalitesini olumsuz etkileyerek uzun vadeli sağlık sorunlarına neden olabilir.

Bu bağlamda, deprem sırasında ve sonrasında oluşan hava kirliliğinin sağlık risklerini yönetmek için proaktif yaklaşımlara ihtiyaç vardır. Acil durum müdahale planlarının oluşturulması, hava kalitesini izleme ve erken uyarı sistemlerinin kurulması, kentsel planlama ve inşaat kanunlarının depreme dayanıklı ve çevre dostu olacak şekilde güçlendirilmesi gibi önlemler, toplumun sağlığını korumak ve acil durumlarla etkili bir şekilde başa çıkmak için önemlidir.

Sonuç olarak, depremler ve hava kirliliği arasındaki kompleks etkileşim, sağlık açısından ciddi tehditler oluştururken, önceden alınacak tedbirler ve hızlı müdahale stratejileri, bu riskleri en aza indirme potansiyeline sahiptir. Bu nedenle, gelecekteki deprem olaylarına karşı hazırlıklı olmak ve sağlık risklerini azaltmak adına kapsamlı ve koordineli bir yaklaşım benimsemek önemlidir.

Kaynaklar:

1. *1. Chandrappa R, Chandra Kulshrestha U. Air pollution and disasters. Environmental Science and Engineering (Subseries: Environmental Science). 2016;143:325–43.*

2. *2. Nathan AR, Lewis F, Olson KR, Francisco S, Everson GW, Jose S, et al. Effects of a Major Earthquake on Calls to Regional Poison Control Centers.*

3. *3. Durkin ME, Thiel CC, Schneider JE, Vriend T De. Injuries and emergency medical response in the Loma Prieta earthquake. Bulletin of the Seismological Society of America. 1991;81:2143–66.*

4. *4. Somervell ER, Aberkane T. The Effects of On-Going Seismic Activity on Air Quality in Canterbury, New Zealand. The Open Atmospheric Science Journal. 2014;8:1–6.*

5. *5. Gotoh T, Nishimura T, Nakata M, Nakaguchi Y, Hiraki K. Air Pollution by Concrete Dust from the Great Hanshin Earthquake. J Environ Qual. 2002;31:718–23.*

6. *6. Young S, Balluz L, Malilay J. Natural and technologic hazardous material releases during and after natural disasters: a review. Science of The Total Environment. 2004;322:3–20.*

7. 7. Davidson CI, Phalen RF, Solomon PA. Airborne Particulate Matter and Human Health: A Review. Aerosol Science and Technology. 2005;39:737–49.

8. 8. Raub JA, Mathieu-Nolf M, Hampson NB, Thom SR. Carbon monoxide poisoning — a public health perspective. Toxicology. 2000;145:1–14.

9. 9. Soni V, Singh P, Shree V, Goel V. Effects of VOCs on Human Health. Energy, Environment, and Sustainability. 2018;:119–42.

10. 10. Briffa J, Sinagra E, Blundell R. Heavy metal pollution in the environment and their toxicological effects on humans. Heliyon. 2020;6:e04691.

11. 11. Doll W, Peto J. Effects on health of exposure to asbestos I Commission I.

12. 12. Kampa M, Castanas E. Human health effects of air pollution. Environmental Pollution. 2008;151:362–7.

13. 13. Turner MC, Andersen ZJ, Baccarelli A, Diver WR, Gapstur SM, Pope CA, et al. Outdoor air pollution and cancer: An overview of the current evidence and public health recommendations. CA Cancer J Clin. 2020;70:460–79.

14. 14. DSÖ. Ambient (outdoor) air pollution. 2022. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ambient-(outdoor)-air-quality-and-health. Accessed 4 Dec 2023.

15. 15. Abbafati C, Abbas KM, Abbasi-Kangevari M, Abd-Allah F, Abdelalim A, Abdollahi M, et al. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet. 2020;396:1223–49.

16. 16. Temiz Hava Hakkı Platformu. Kara Rapor 2022 Hava Kirliliği ve Sağlık Etkileri . 2023.

17. 17. Kurt OK, Zhang J, Pinkerton KE. Pulmonary health effects of air pollution. Curr Opin Pulm Med. 2016;22:138–43.

18. 18. Jiang XQ, Mei XD, Feng D. Air pollution and chronic airway diseases: what should people know and do? J Thorac Dis. 2016;8:E31.

19. 19. Guarnieri M, Balmes JR. Outdoor air pollution and asthma. The Lancet. 2014;383:1581–92.

20. 20. Maeda H, Nakagawa M, Yokoyama M. Hospital Admissions for Respiratory Diseases in the Aftermath of the Great Hanshin Earthquake. The Japanese journal of thoracic diseases. 1996;34:164–73.

21. 21. Bourdrel T, Bind MA, Béjot Y, Morel O, Argacha JF. Cardiovascular effects of air pollution. Arch Cardiovasc Dis. 2017;110:634–42.

22. 22. Air Pollution and Cardiovascular Disease Basics | US EPA. https://www.epa.gov/air-research/air-pollution-and-cardiovascular-disease-basics. Accessed 31 Aug 2023.

23. 23. Manisalidis I, Stavropoulou E, Stavropoulos A, Bezirtzoglou E. Environmental and Health Impacts of Air Pollution: A Review. Front Public Health. 2020;8:505570.

24. 24. Lee BJ, Kim B, Lee K. Air pollution exposure and cardiovascular disease. Toxicol Res. 2014;30:71–5.

25. 25. Loomis D, Grosse Y, Lauby-Secretan B, Ghissassi F El, Bouvard V, Benbrahim-Tallaa L, et al. The carcinogenicity of outdoor air pollution. Lancet Oncol. 2013;14:1262–3.

26. 26. Genc S, Zadeoglulari Z, Fuss SH, Genc K. The adverse effects of air pollution on the nervous system. J Toxicol. 2012;2012.

27. 27. Veras MM, de Souza Xavier Costa N, Fajersztajn L, Saldiva PHN. Impacts of Air Pollution on Reproductive Health. Molecular and Integrative Toxicology. 2015;:25–50.

DAVETLİ KONUŞMA

DEPREM BÖLGESİNDE ASBEST KİRLİLİĞİ - THHP-TTB ORTAK SAHA ÇALIŞMASI SONUÇLARI

Ozan Devrim YAY [1,2]
1.Temiz Hava Hakkı Platformu
2. Eskişehir Okulu (Dayanışma ve Araştırma Derneği)

Çalışmanın Amacı

Asbest, ticari adıyla amyant, jeolojik olarak lifsi kristal yapıya sahip silikat (magnezyum silikat, kalsiyum-magnezyum silikat, demir-magnezyum silikat) bileşimindeki bir grup mineralin ortak adıdır. Asbest, tutuşmazlık, sıcaklığa ve pasa mukavemet, ısı izolasyonu, yüksek mekanik dayanıklılık, çimento ve diğer benzerleri ile yakınlık kurabilme gibi özellikleri olması nedeniyle birçok alanda kullanılmıştır. Bu kullanım alanlarından en öne çıkan inşaat/yapı sektördür. Binalardaki öncelikli kullanım amaçları çimento ve plastiklerin güçlendirilmesi, ısı ve su yalıtımı, yangına dayanıklılık ve ses emilimidir.

Asbest, Uluslararası Kanser Araştırmaları Merkezi tarafından insanda kanser yapıcı maddeler arasında, Grup 1A listesinde sınıflandırılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından asbest için hiçbir güvenli seviye önerilmemektedir; bilinen bir eşik değer yoktur. Asbeste maruz kalma düzeyi bu nedenle mümkün olduğunca düşük tutulmalıdır. [1]

Şubat 2023 depremlerinden sonra çoğunlukla mevzuata uygun olmayan ve kontrolsüz yıkım/söküm/hafriyat kaldırma ve depolama çalışmaları nedeniyle asbeste maruz kalma ile endişeler ortaya çıkmış, yapılan bazı kısıtlı çalışmalar bölgede asbestin hem havada hem çökme ortamlarındaki varlığını göstermiştir.

Temiz Hava Hakkı Platformu ve Türk Tabipleri Birliğinin ortaklığında, depremler sonrasında asbest varlığına dair daha önce bir çalışma yürütülmemiş olan ve veriye ihtiyaç duyulan yerleşimlerden olan Adıyaman kent merkezi (28-30 Ağustos 2023), Kahramanmaraş kent merkezi (13-15 Eylül 2023) ve Elbistan kent merkezinde (16 Eylül 2023) bir çalışma yürütülmüştür. [2]

Örnekleme Yöntemi

Türkiye'de açık ortam için bir asbest sınır değeri bulunmamaktadır, asbest için sınır değer sadece belli özellikteki işyerleri için tanımlanmıştır ve bu sınır değer işyeri ortamındaki havanın örneklenmesi sonrasında laboratuvar koşullarında asbest liflerinin sayımı esasına dayanmaktadır. Dünyada da sınır değerler işyerleri için verilmektedir ve çok az sayıda ülkede açık ortam asbest sınır değerlerinin belirlenmesine yönelik çalışmalar sürmektedir. [3]

Bu çalışmada, işyerleri ortamları değil genel olarak nüfusun maruz kaldığı kirlilik araştırıldığı için havadan örnekleme yapılarak nicel bir analiz yapmak yerine, havadaki kirlilikle ilişkili olduğu bilinen yüzey tozlarının örneklenmesi sonrası nitel bir analiz yapılması tercih edilmiştir. Havadaki kirlilik ile yüzey toprağı ve yüzey tozları arasında bir döngü olduğu bilinmektedir [4]. Yüzey tozlarının örneklenmesi sonrası analizi yaklaşımının bazı avantajları mevcuttur. Bunlar:

- Boyutları ve aerodinamik özellikleri nedeniyle asbestin tamamının sürekli havada askıda kalmayıp bir kısmı çökeldiği için çökelen tozda tespit edilebilmesi;
- Alınan örneklerin sadece örnekleme yapılan günü temsil etmemesi, önceki günlerde de bölgedeki faaliyetler nedeniyle çökelmiş olan tozları örnekleme olanağı vermesi;
- Çökelen tozun yüzeylerde belli miktarlarda sabitlenmesi ve meteorolojik koşullara karşı dayanıklı olması (Çevre Mühendisleri Odası tarafından 2-3 Eylül 2023 tarihlerinde Hatay'da gerçekleştirilen çalışma [5]

kuvvetli yağış sonrasındaki günlerde gerçekleştirilmiş olmasına rağmen çok sayıda yüzey toprağı ve tozu örneğinde asbest tespit edilmiştir;)

- Çok noktada (istendiği durumda eş zamanlı) örneklemeye minimum lojistik ihtiyaçla olanak tanıması;
- Aynı noktadan alınan toz örneklerinde yapılacak başka analizlerle yorum olanaklarının artması (Bu çalışmada toplanan örneklerden ayrı bir örnek seti oluşturulup saklanmıştır ve ihtiyaç duyulması durumunda ileride başka analizler de gerçekleştirilebilecektir.)

Çalışmada amaç; deprem ve sonrasındaki faaliyetler nedeniyle atmosfere salınan kirleticilerin çökelerek yüzey tozlarında birikip birikmediğini -dolayısıyla solunabilir partiküllerle ilişkilendirilip ilişkilendirilemeyeceğini- tespit etmek olduğu için, örnekler alınırken derinlemesine toprak örneği almak yerine yüzeyden toz örneklemesi yapılmasına dikkat edilmiştir. Uygun olan noktalarda, yer ile teması olmayan ya da çok kısıtlı olan yaprak, çadır üstü, duvar üstü, enkazdaki malzemelerin üstü gibi yüzeylerden örnek alınmıştır (malzemelerin kendisi örneklenmemiş, yer karosu benzeri toz biriktiren malzeme yüzeylerinde biriken tozdan önek alınmıştır.) Bununla birlikte, çoğunlukla havadaki tozla ilişkili olduğu bilinen yol kenarı tozu [4] gibi örnekler de alınmıştır. Asbestin farklı ortamlardaki ve farklı malzemeler üzerindeki olası varlığı nedeniyle, örnek alınan alanlarda tek bir nokta yerine yaklaşık 10 m x 10 m'lik bir alanın farklı noktalardan ince toz örnekleri tek bir poşete toplanarak kompozit numuneler oluşturulmuştur.

Örnek noktaları seçilirken yıkımların gerçekleştiği alanlara odaklanılmakla birlikte, örnekleme noktalarının kentin genelini temsil edecek şekilde geniş bir alana dağılmasına dikkat edilmiş, yıkımın az olduğu ya da olmadığı mahallelerden de örnekler alınmıştır. Çalışmanın gerçekleştirildiği üç kentte de hafriyat sahalarının içinden ve/veya yanından da örnekler alınmıştır. Çok geniş alana yayılan hafriyat döküm sahalarının konut, konteyner kent vb. yerleşimlere yakın olan sınırlarından örnek alınmasına, erişim olanağı olan durumlarda, öncelik verilmiştir. Örnek noktaları seçilirken ve hasarlı binanın yıkılması gibi olası kaynaklara göre örnek noktası belirlenirken kentteki mevsimsel hâkim rüzgâr yönüne ve günlük rüzgâr yönüne dikkat edilmiştir. Örnekler, asbest içermesi olası yüzeylerden süpürme yöntemiyle toplanmıştır. Örneklerin kontaminasyonunun engellenmesi için eldiven ile çalışılmış ve bir örnek için kullanılan örnekleme malzemesi başka bir örneğin alınması sırasında kullanılmamıştır. Örneklerin sahada veya laboratuvara transfer sırasında birbirlerini kontamine etmemesi için her bir örnek çift kilitli poşet içine yerleştirilmiştir.

Enstrümantal Analiz Yöntemi

Asbest analizleri ISO22262 / SEM-EDX (Scanning Electron Microscopy [SEM] with Energy Dispersive X-Ray Analysis [EDX] / Taramalı Elektron Mikroskobu [SEM] - Enerji Dağılımı X-Işını Analizi [EDX]) örnekleme ve analiz metotları ile akredite bir laboratuvarda, VDI 3866, Part 5 rehberine göre elektron mikroskobu ile gerçekleştirilmiştir.

Dünyada ve Türkiye'de asbest analizi için çoğunlukla polarize ışık mikroskobu, faz kontrast mikroskobu ve SEM-EDX elektron mikroskobu analizi kullanılmaktadır. Türkiye'de asbest ölçümü için SEM-EDX yaygın olarak kullanılmamaktadır. Öte yandan, Avrupa Komisyonu 27 Haziran 2023 tarihli tavsiye kararında faz kontrast mikroskobu yerine daha modern ve duyarlı bir lif tespiti ve sayımı yöntemi olan elektron mikroskobu ile analize geçilmesini önermiştir [6]. Bu nedenle bu çalışmada, yaygınlaştırılması önerilen elektron mikroskobu yöntemi tercih edilmiştir. Bu yöntemin avantajları şöyle sıralanabilir:

- Toz örneğinin sahadan alındıktan sonra hızlı ve pratik bir ön işlem sonrasında enstrümantal analiz aşamasına hazır hale gelmesi;
- Elektron mikroskobu ile ölçümün, faz kontrast mikroskobu ile yapılan ölçümlerin kısıtlarını içermemesi. (Faz kontrast mikroskobu yönteminde tespit edilemeyen asbest lifleri de elektron mikroskobunda tespit edilebilmektedir.)

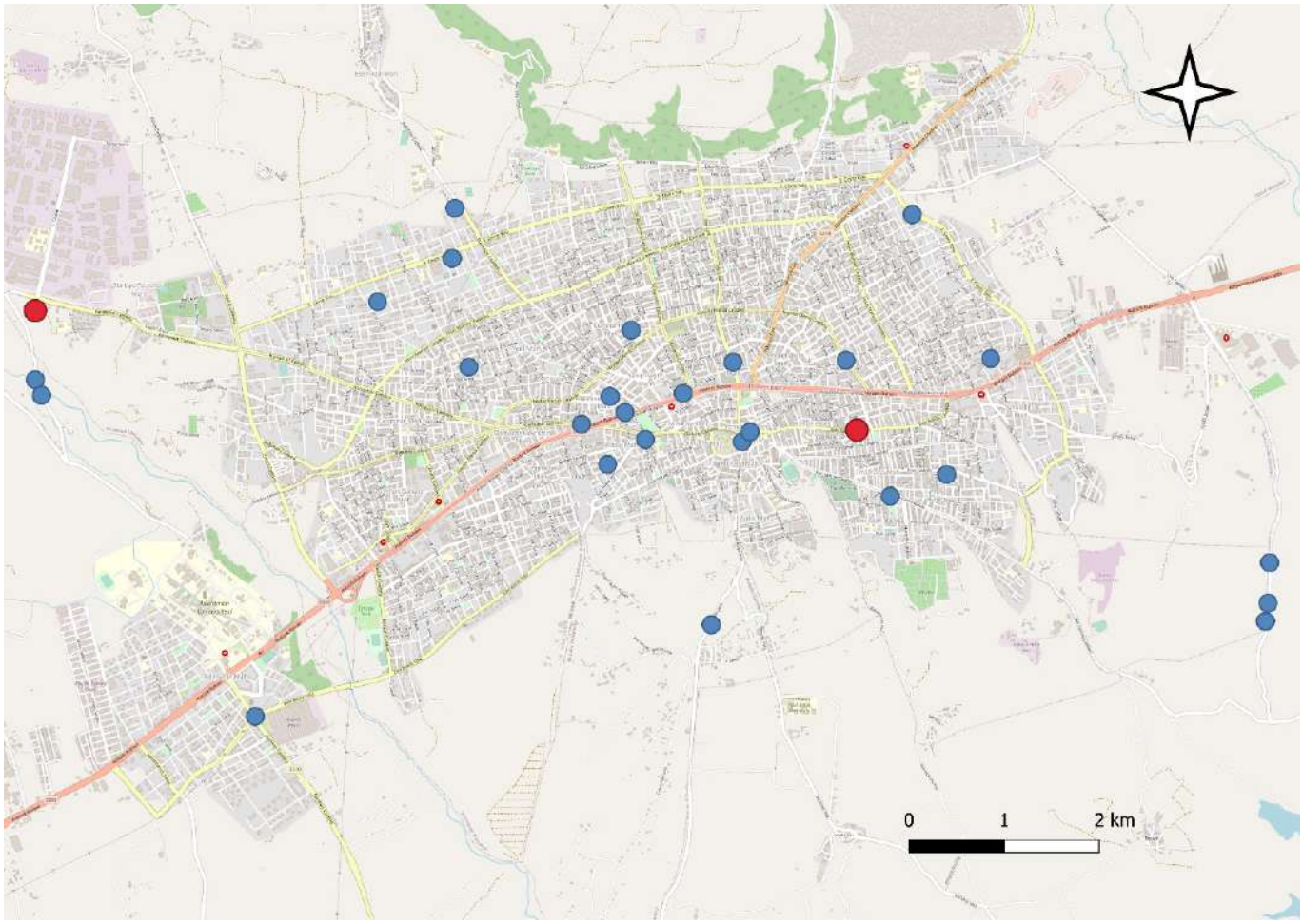
Analiz Sonuçları

Elektron mikroskobu ile yapılan asbest analizleri sonucunda;

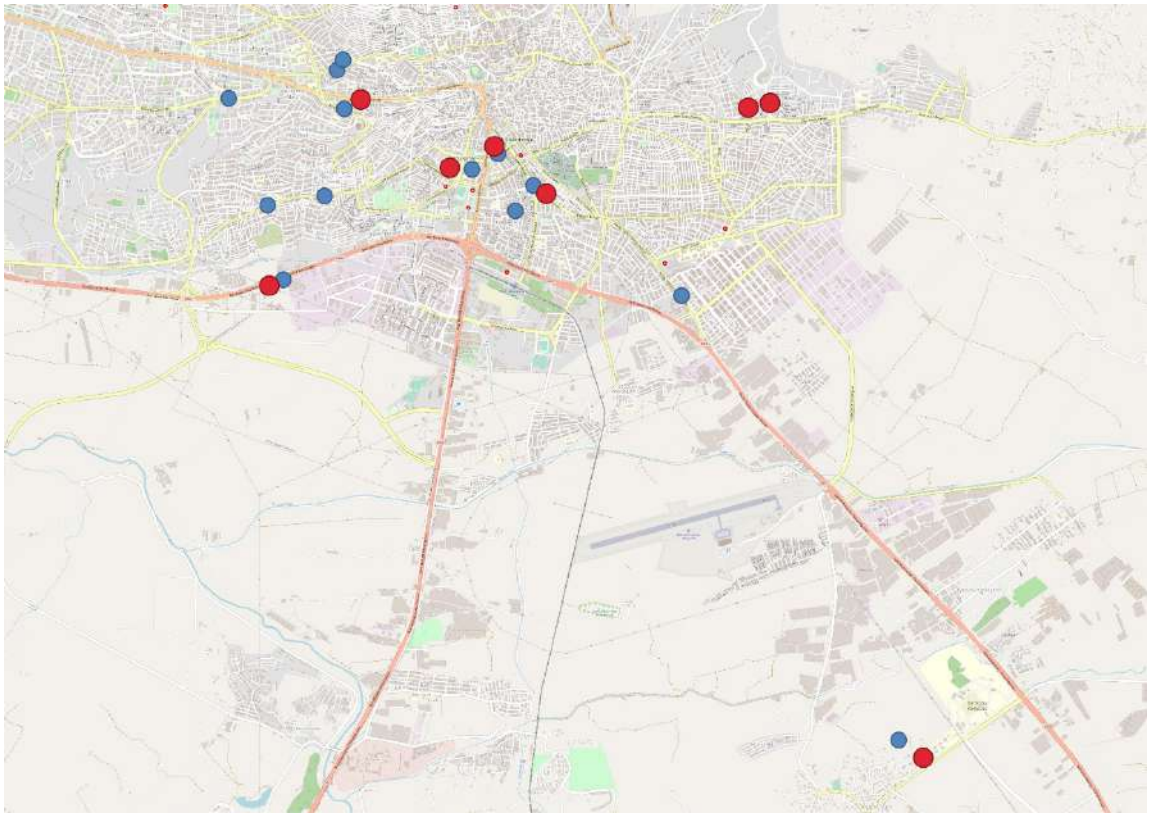
- Adıyaman kent merkezinde toplanan *30 örneğin ikisinde*,
- Kahramanmaraş kente merkezinde toplanan *21 örneğin sekizinde*,
- Elbistan kent merkezinde toplanan *15 örneğin ikisinde* farklı asbest türlerinin varlığı tespit edilmiştir.

Örneklemelerin yapıldığı ve asbest tespit edilen noktalar Şekil 1,2 ve 3'te gösterilmiştir (Kırmızı ile gösterilen noktalar, asbest tespit edilen noktalardır.)

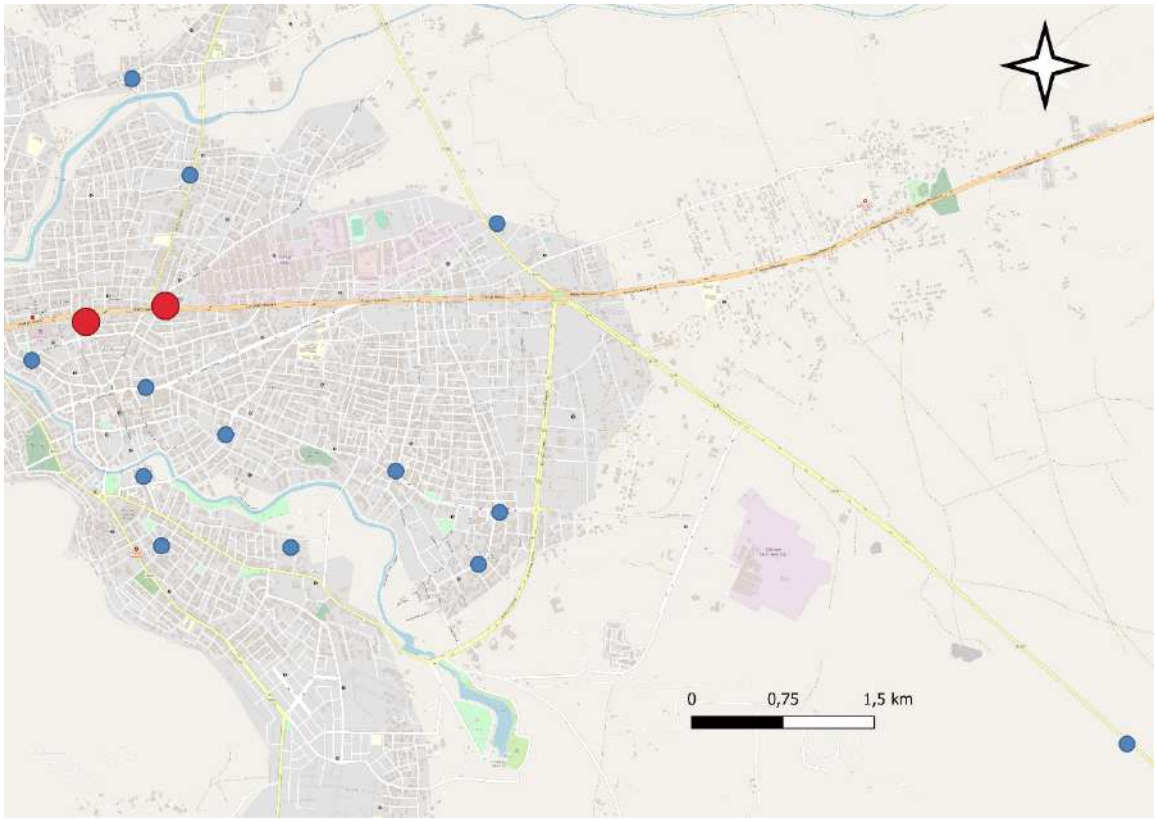
Şekil 1. *Adıyaman kent merkezindeki örnekleme noktaları*



Şekil 2. *Kahramanmaraş kent merkezindeki örnekleme noktaları (Kent merkezinden görece uzak ve güneydoğudaki iki nokta, kentin büyük hafriyat döküm sahasın içinden ve sınırından örnek alınan noktalardır)*



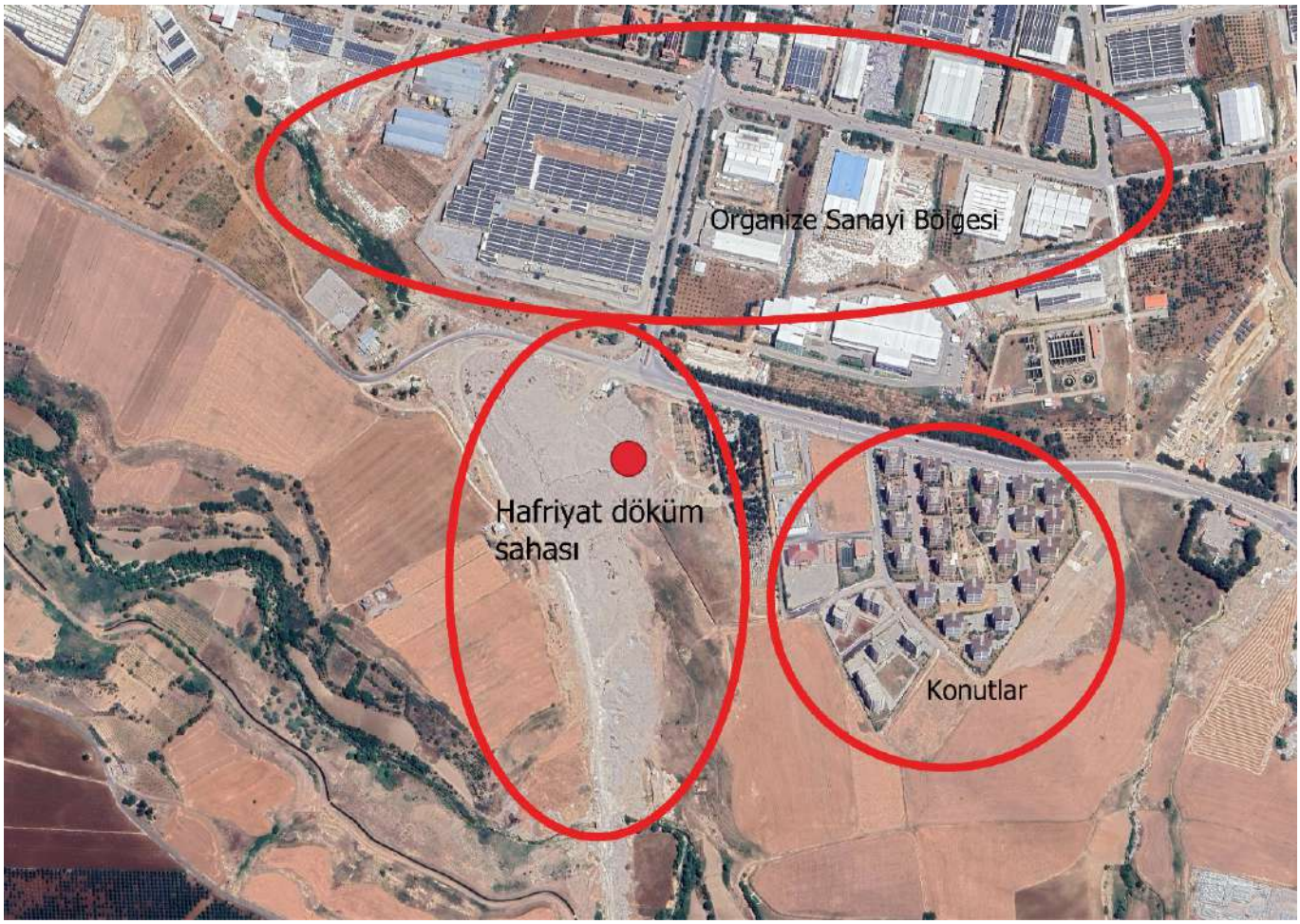
Şekil 3. *Elbistan kent merkezindeki örnekleme noktaları*



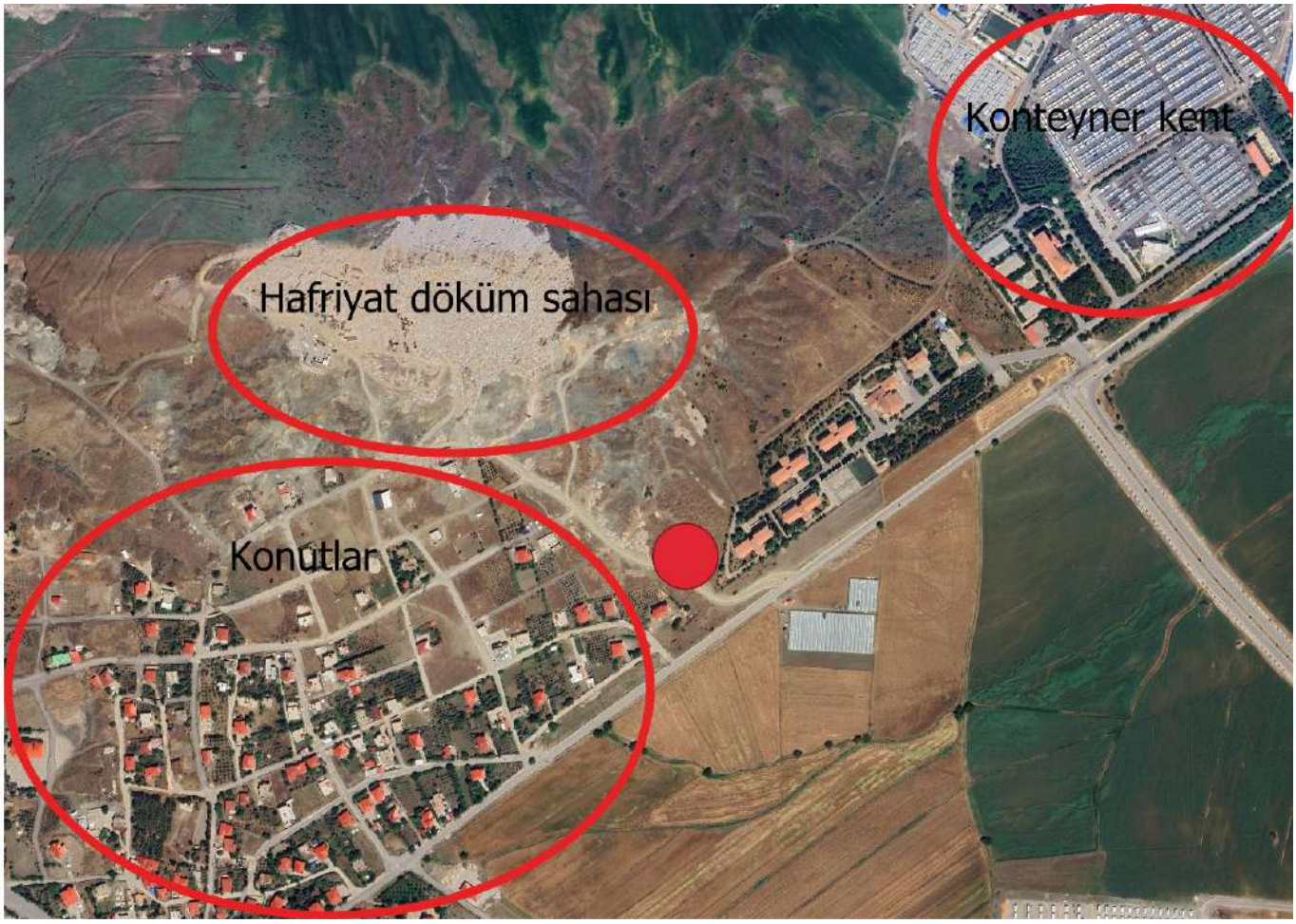
Tespit edilen asbest türleri arasında çatı malzemesi, izolasyon malzemesi gibi ticari ürünlerde daha sık kullanıldığı bilinen asbest türü olan krizotil bulunmakla birlikte, ticari ürünlerde kullanımı daha nadir olan ve kanser yapıcı etkilerinin daha büyük olduğu bilinen amfibol gurubu asbest türlerine (antofiilit ve aktinolit) de bu çalışmada sıklıkla rastlanmıştır. Ancak bu tek başına, asbestin zaten doğal olarak bölgede bulunduğu anlamına gelmemektedir. Nitekim, bu türlerin daha sık tespit edildiği Kahramanmaraş kent merkezinde daha önce yapılan akademik çalışmalarda toprakta doğal olarak asbest bulunmadığı belirlenmiştir [7] [8]. Bu nedenle özellikle Kahramanmaraş kent merkezinde tespit edilen bu asbest türlerinin, asbest içeren bölgelerden getirilen kum vb. inşaat malzemelerinin içeriğinde var olduğu ve inşaatlarda kullanıldığı; binaların yıkılması ve hafriyat işlemleri nedeniyle asbestin hava, toprak ve suya yayılmış olduğu değerlendirilmektedir. Bu da inşaatlardan kaynaklı asbest sorununun sadece asbest içerdiği bilinen izolasyon ya da kaplama malzemeleri gibi kaynaklarla değil, çok farklı kaynaklarla ilişki olabileceği gerçeğini ortaya koymakta ve yapıların asbest açısından kontörlü açısından yeni sorun alanları olabileceğini göstermektedir. Adıyaman ve Kahramanmaraş kent merkezlerinde hafriyat döküm sahaları asbest tespit edilen yerler arasında yer almıştır (Şekil 4-5). Hem Adıyaman'da hem Kahramanmaraş'ta hafriyat sahalarının asbest tespit edilen sınırları yerleşim yerlerine ve konteyner kentlere yakınlığı ile dikkat çekmektedir. Özellikle Kahramanmaraş'taki büyük konteyner kentlerden biri, asbest tespit edilen hafriyat döküm sahasına çok yakın ve hâkim rüzgâr yönünün etkisi altındadır.

Analiz sonuçları değerlendirilirken, en küçük boyutlu asbest liflerinin daha büyük oranda havada kalmasının bekleneceği ve dolayısıyla çökelmiş toz örneklerinin bazılarında tespit edilmemiş olsa bile kentlerin daha geniş alanlarında havada asılı partikül madde içinde asbest varlığının beklenebileceği de akılda tutulmalıdır.

Şekil 4. *Adıyaman kent merkezindeki büyük hafriyat döküm sahası, etrafındaki yerleşimler ve asbest tespit edilen örnekleme noktası*



Şekil 5. *Kahramanmaraş kent merkezindeki büyük hafriyat döküm sahası, etrafındaki yerleşimler ve asbest tespit edilen örnekleme noktası*



Asbest tespit edilen örnekleme noktalarının genel bazı özellikleri yerleşimlere göre şöyle özetlenebilir:

Adıyaman: Hafriyat depolama sahasının sınırı; kent merkezinde, yetersiz önlemler eşliğinde hasarlı bina yıkım çalışması yapılan bir nokta

Kahramanmaraş: Hafriyat depolama sahalarının içi ve sınırı; yıkım/yerinde söküm/hafriyat kaldırma çalışmalarının örnekleme anında veya örneklemeye yakın önceki günlerde yapıldığı noktalar; yıkımın uzun süre önce yapıldığı ama hafriyatın kaldırılmadığı noktalar; yıkımın uzun süre önce yapıldığı ve hafriyatın kaldırıldığı noktalar.

Elbistan: Yıkım/yerinde söküm/hafriyat kaldırma çalışmalarının örnekleme gününde yapıldığı bir nokta; yıkımın uzun süre önce yapıldığı ve hafriyatın kaldırıldığı bir nokta.

Sonuç ve Öneriler

Depremler ve sonrasında hasar almış olan binaların mevzuata uygun olmayan ve yetersiz önlemlerle (çoğunlukla hiç önlem alınmayan koşullarda) yıkılması, yerinde söküm çalışmaları, hafriyat kaldırma ve depolama, yine depremde kendiliğinden ya da sonradan makinalarla yıkılmış olan binalardaki çalışmalar nedeniyle, yoğun toz yayılımı ile birlikte kentlerde asbeste de maruz kalındığı endişesiyle gerçekleştirilen bu çalışmada, havadaki tozun çökeldiği yüzeylerden üç kent merkezinde de alınan örneklerin bazılarında asbest tespit edilmiştir. Asbest gözlenme oranının, Adıyaman ve Elbistan ile karşılaştırıldığında Kahramanmaraş kent merkezinde daha yüksek olmasının daha fazla araştırma ile açıklanması gerekmektedir. Bu farkın;

- * Analitik yöntemden kaynaklı hassasiyetler,
- * Örnek noktalarının seçimi,
- * Kahramanmaraş'ta asbestli malzemelerin daha çok kullanılması,
- * Kahramanmaraş'taki binalarda kullanılan inşaat kumunun, asbest içeren civar ilçelerden temin edilmiş olması,

gibi açıklamaları olabilir.

Örnek alınan üç merkezde de asbest tespit edilmiş olması, deprem bölgelerinde yıkım, söküm ve hafriyat çalışmalarının asbest salımına neden olduğunu göstermektedir. Çalışma sırasındaki gözlemler bina yıkım çalışmalarının bir süre daha devam edeceği izlenimini uyandırmıştır. Bu nedenle, bundan sonraki yıkım çalışmalarında ulusal ve uluslararası mevzuattaki standartlara uygun ve asbest salımını engelleyecek ya da en az indirecek yöntemlerle yapılması ve daha sıkı denetim için gerekli koşullar yaratılmalıdır.

Depremlerden yaklaşık 9 ay sonra yapılmış olan bu çalışmanın sonuçları, bu merkezlerde yaşayan kişilerin uzun bir süredir asbeste maruz kalmış olma olasılığının yüksek olduğunu göstermektedir. Asbeste maruz kalmaktan kaynaklı sağlık sorunlarının uzun dönemli planlar, politikalar ve stratejilerle izlenmesi, sağlık sorunlarının erken teşhisi büyük önem taşımaktadır.

Deprem bölgesinde yıkım ve hafriyat çalışmaları ve yeni konut inşaatları nedeniyle hava kalitesinin bozulduğu ve sağlık etkileri olduğu tahmin edilen başka bileşenlerin de varlığı bilinmekte/tahmin edilmektedir. Örneğin havada solunabilir boyutta silika minerallerinin miktarının arttığına dair endişeler mevcuttur. Saha çalışması içerisindeki gözlemlerimize göre cam yünü, taş yünü gibi izolasyon malzemeleri de kontrolsüz bir şekilde parçalanmakta ve önemli bir kısmı yıkım alanlarında kalmaktadır. Hem formu hem de kimyasal içeriği nedeniyle bu izolasyon malzemelerinin de önemli sağlık etkileri olduğu bilinmektedir. [9] Yine deprem bölgesinde yıkımlar ve diğer faaliyetler nedeniyle havadaki partikül maddenin kimyasal bileşiminin de değişmiş olması, ağır metaller gibi bileşenlerin partikül maddede zenginleşmiş olması beklenebilir. [10]

Kaynaklar

1. *World Health Organisation Regional Office for Europe. Air Quality Guidelines for Europe, Second Edition; Series No. 91; WHO Regional Publications; 2000.*

2. *Temiz Hava Hakkı Platformu – Türk Tabipleri Birliği. Deprem Bölgesinde Üç Kentte Asbest Tespit Çalışması – Nihai Rapor. (Yayına hazırlayanlar: Ozan Devrim Yay, Deniz Gümüşel, Prof. Dr. Ali Osman Karababa);* https://www.temizhavahakki.org/download/5111/, *(Erişim tarihi: 30.11.2023), 2023.*

3. *Cole S, Simon H, Mitcheson B. Discussion Paper on Guidelines for Airborne Concentrations of Asbestos Fibres in Ambient Air: Implications for Quantitative Risk Assessment. Society of Brownfield Risk Assessment, Brooklyn, NY, ABD, 2017.*

4. *Yay OD, Alagha O, Tuncel G. Multivariate Statistics to Investigate Metal Contamination in Surface Soil. Journal of Environmental Management 2008; 86 (4):581-594.*

5. *TMMOB Çevre Mühendisleri Odası İstanbul Şubesi. Deprem Sonrası İnşaat ve Yıkıntı Atıklarında Asbestin İncelenmesi: Hatay Örneği.* https://api.cmo.org.tr/uploads/ContentFiles/2023-20-9-10-19-19-231231.pdf *(Erişim tarihi: 30.11.2023), 2023.*

6. https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_23_3557 *(Erişim tarihi: 30.11.20239*

7. *Atabey E. Türkiye'de asbest, eriyonit, kuvars ve diğer mineral tozları ve etkileri. Ankara: MTA Yerbilimleri ve Kültür Serisi, 2009.*

8. *Atabey E. Tıbbi Jeoloji Projesi 2009 yılı Etüt Raporu (Akdeniz, İç, Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi) (Muğla, Aydın, Burdur, Antalya, Isparta, Afyonkarahisar, Konya, Karaman, Mersin, Aksaray, Ankara, Niğde, Nevşehir, Yozgat, Sivas, Adana, Osmaniye, Hatay, Kahramanmaraş, Kayseri, Kilis, Gaziantep, Şanlıurfa, Mardin, Diyarbakır, Batman, Adıyaman, Malatya, Elazığ, Muş, Bingöl). MTA Rapor No:11242. Ankara. MTA: Ankara.2010.*

9. *Mansour E, Loxton C, Elias RM, Ormondroyd GA. Assessment of health implications related to processing and use of natural wool insulation products. Environment International 2014; 7:. 402-412.*

10. *Balali A, Gholami S, Javanmardi M, Valipour A, Yunusa-Kaltungo A. Assessment of heavy metal pollution in the soil of a construction and demolition waste landfill. Environmental Nanotechnology, Monitoring & Management 2023; 20.*

DAVETLİ KONUŞMA

DEPREM BÖLGESİNDE TOZ KİRLİLİĞİ

Deniz GÜMÜŞEL
Temiz Hava Hakkı Platformu

GİRİŞ VE AMAÇ

6 Şubat 2023 tarihinde ardı ardına gerçekleşen Kahramanmaraş merkezli iki çok büyük deprem (7,7 M_w ve 7,6 M_w) ile 20 Şubat 2023'te Hatay merkezli gerçekleşen iki büyük deprem, 11 ili kapsayan geniş bir alanda yüzbinlerce binada yıkıma ve ağır hasara yol açmıştır.

İçişleri Bakanının yaptığı açıklamaya göre 2023 yılı Kasım ayı başı itibariyle acil yıkılacak ve yıkık 60 bin 421 bina enkazı kaldırılmıştır, 200 binin üzerinde ağır hasarlı bina bulunmaktadır; bunların da 121 bini yıkılarak kaldırılmıştır. Açıklama tarihine kadar yıkılan binaların hacmi 27 milyon 332 bin 349 metreküptür, bu miktar toplam yıkılması gereken binaların %65'ini oluşturmaktadır.

Bu verilerden yola çıkarak, toplam yıkılması gereken bina sayısının 260 binin üzerinde olduğu, toplamda 42 milyon metreküp inşaat atığının kent merkezlerinden uzaklaştırılması, geri dönüşümünün ve nihai bertarafının sağlanması gerektiği sonucuna ulaşılmaktadır. Bu ölçeklerde bina yıkımı ve inşaat atığı yönetimi çabaları büyük ölçekli çevresel kirlilik de yaratmaktadır. Kirliliğin en önemli boyutlarından biri toz (partikül madde) kirliliğidir.

Deprem sonrası bina yıkımının ve enkaz miktarlarının yüksek olduğu kentlerde gözle görülür düzeyde toz kirliliği yaşandığı bölge halkı ve özellikle tabip odaları gibi meslek örgütleri tarafından dile getirilmiştir.

Binaların yıkımı, bina atıklarından geri dönüştürülebilir materyallerin ayrıştırılması, nihai depolama alanına götürülmek üzere enkazın kamyonlara yüklenmesi, taşınması ve depolama alanında boşaltılması süreçlerinin tamamında insan sağlığı için tehlikeli düzeylerde toz salımı olmaktadır. Buna deprem sırasında ve sonrasında parçalanan, çöken yol ve su/atıksu gibi asfalt ve beton altyapı bileşenlerinden kaynaklanan toz emisyonlarının da eklenmesi gerekir.

Yıkılan binalardan kaynaklanan partikül maddeler alçı, kalsit, silika, cam lifleri, selüloz ve asbest gibi lifli ve lifsiz bileşenlerden oluşur. Bina yıkım çalışmalarında işçilerde toza maruz kalma durumunda artışa bağlı olarak burun tıkanıklığı, bronşiyal hiperreaktivite, gastroözofageal reflü hastalığı ve inatçı öksürük vakalarında artış gözlenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü, 2013 yılında partikül maddeleri insanda kansere neden olan Grup 1 etmenler arasına almıştır.

Deprem sonrası yaşanan toz kirliliğine yol açan başka unsurlar da olmuştur. Hatay'ın İskenderun ilçesindeki bir limanda 6 Şubat günü depremle birlikte başlayan endüstriyel yangın, yaklaşık 10 gün boyunca söndürülememiş, ilçenin hava kalitesini tehlikeli düzeyde olumsuz etkilemiştir.

Ayrıca, geçici barınma alanlarında, konteyner ve çadırlarda ısınma amaçlı yakılan sobaların, düzensiz baca yapılarının da katkısı ile neden olduğu hava kirliliği yoğunlaşması da hava kalitesini düşürmektedir.

Bu çalışmada amaç, resmi hava kalitesi izleme verilerinden yola çıkarak deprem bölgesinde hava kalitesinin önceki yıla göre değerlendirilmesinin yapılması, partikül madde kirliliği miktarlarındaki değişimlerin tespit edilmesidir.

YÖNTEM

Bu çalışma için Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığının (ÇŞİDB) Ulusal Hava Kalitesi İzleme Ağı resmi internet sitesinden (www.havaizleme.gov.tr) 4 ilde 11 istasyon için 2022 ve 2023 yılları Ocak-Ekim ayları aralığındaki döneme ait PM10 ve PM2,5 parametreleri ölçüm raporlarına ulaşılmış ve bu raporlardan alınan veriler karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Deprem Sonrasında Hatay İlinde PM10 Kirliliği

Depremde en çok bina yıkımı yaşanan Hatay ilinde yaklaşık 80.700 yıkık binanın enkazının kaldırılması gerekmektedir. Bu nedenle, Hatay ili enkazlardan kaynaklı toz emisyonlarından en çok etkilenen illerden biridir.

Hatay ilinde ulusal hava kalitesi izleme ağına dahil 5 adet istasyon bulunmaktadır. Bu istasyonlardan ikisinden (Antakya ve Vali Kavşağı istasyonlarından), 6 Şubat 2023 tarihinde yaşanan deprem ile birlikte veri akışı durmuştur. Samandağ istasyonundan veri alımı ise %72'de kalmıştır. Dünya Sağlık Örgütü bilimsel olarak anlamlı bir değerlendirme yapılabilmesi için yıl boyunca en az %75 veri alımı sağlanması gerektiğini belirtmektedir.

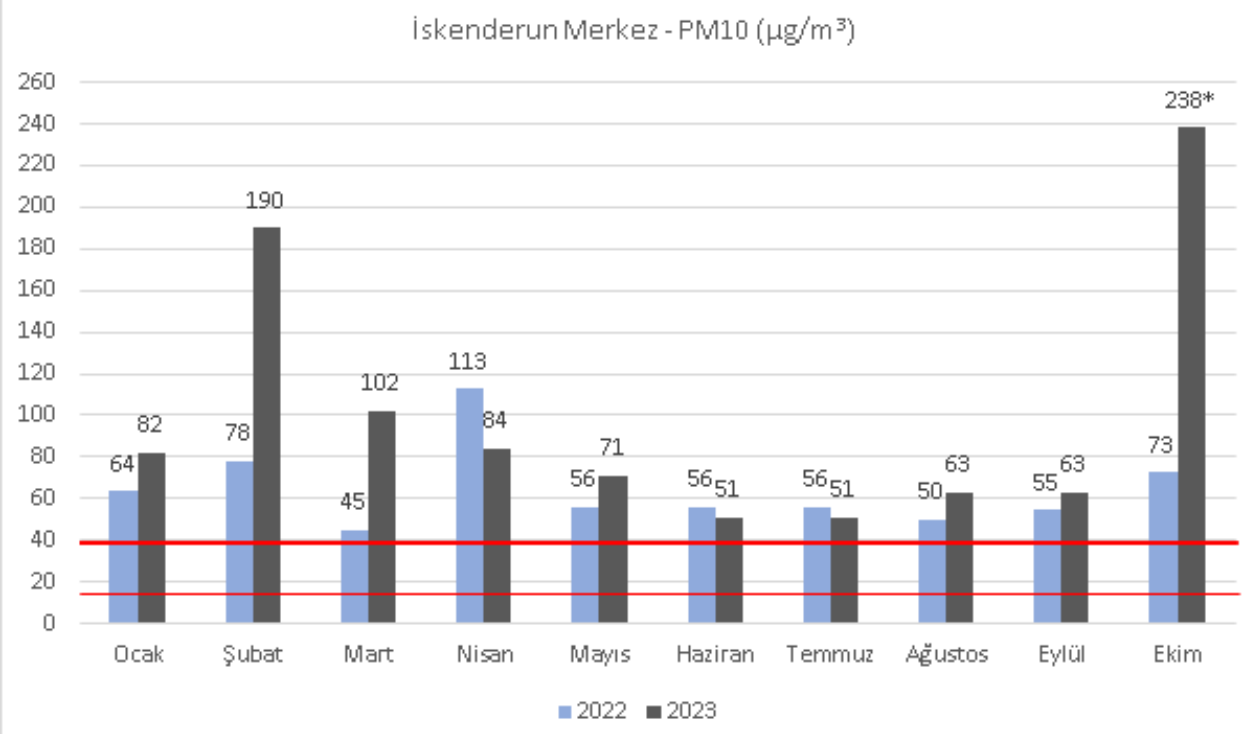
Tablo 1. *Hatay İlinde ÇŞİDB'ye Bağlı Hava Kalitesi Ölçüm İstasyonlarına Ait PM10 Aylık Ortalamaları*

PM10 (µg/m3)	Antakya		İskenderun		İskenderun Merkez		Samandağ		Vali Kavşağı	
Aylar	**2022**	**2023**	**2022**	**2023**	**2022**	**2023**	**2022**	**2023**	**2022**	**2023**
Ocak	49	149	6	12	64	83	45	-	65	132
Şubat	47	74*	44	8	78	190	35	39*	142	56*
Mart	33	-	35	16	45	102	28	95	87	-
Nisan	61	-	71*	12	113	84	43*	57	127	-
Mayıs	25	-	10*	13	56	71	33*	9*	50	-
Haziran	21	-	8*	14	56	71	24	27	43	-
Temmuz	21	-	40	30	56	51	-	49	42	-
Ağustos	-	-	38	47	50	63	33*	49*	44	-
Eylül	-	-	34	31	55	63*	21*	32	43	-
Ekim	-	-	36	32	73	238*	25*	10	63	-
Ortalama (1 Ocak – 31 Ekim)	Yetersiz veri	Yetersiz veri	32	21	65	92	Yetersiz veri	Yetersiz veri	71	Yetersiz veri
Veri yüzdesi	%70	%12	%84	%94	%86	%86	%63	%72	%99	%11

* *Yetersiz veri (Veri alımı < %75, DSÖ önerisi)*

İskenderun Merkez istasyonundan alınan 1 Ocak – 31 Ekim tarihleri arasındaki PM10 değerleri incelendiğinde, 2023 yılında 2022 yılına göre %28'lik bir artış olduğu gözlenmektedir. 2023'ün Şubat ayındaki olağandışı PM10 kirliliği ortalaması, İskenderun Limanı'nda 6 Şubat 2023 günü deprem nedeniyle başlayan ve yaklaşık 10 gün boyunca söndürülemeyen depo yangınından kaynaklanmaktadır. 10 aylık dönem içinde maksimum PM10 değeri 446,81 µg/m^3 olarak 11 Şubat 2023 günü kayda geçmiştir.

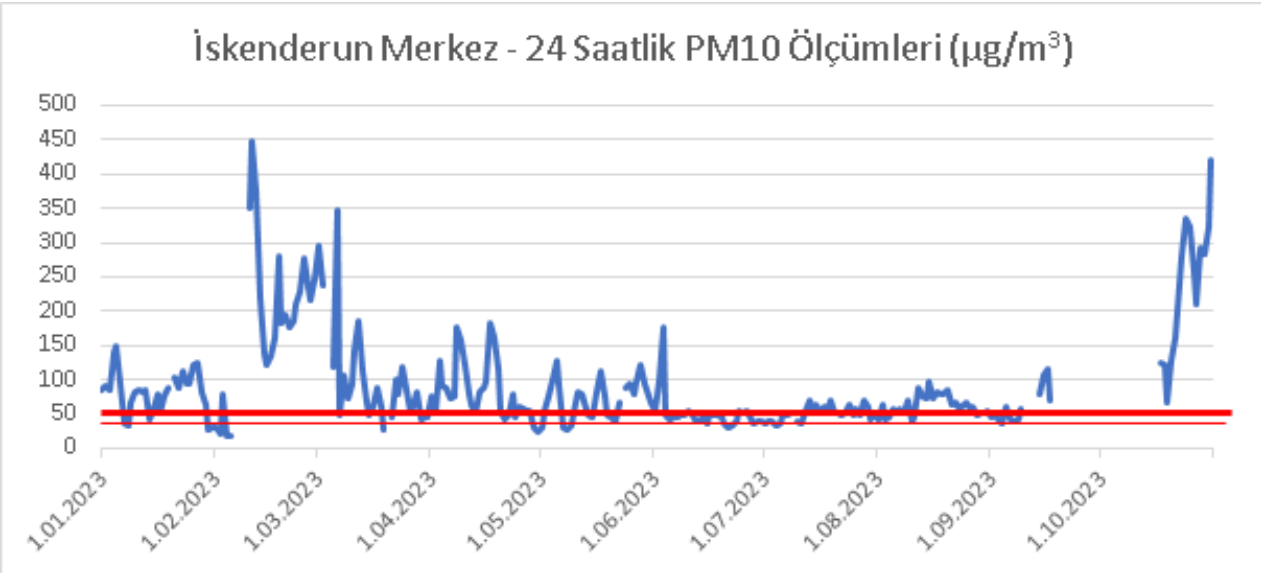
Grafik 1. *Hatay – İskenderun Merkez Hava Kalitesi Ölçüm İstasyonuna Ait Aylık PM10 Ortalamalarının Karşılaştırılması (2022-2023)*



- 40 µg/m³ = Hava Kalitesi Değerlendirme ve Yönetimi Yönetmeliği, PM10 yıllık ortalama limit değeri
- 15 µg/m³ = Dünya Sağlık Örgütü PM10 yıllık ortalama kılavuz değeri

İskenderun Merkez istasyonunun günlük ortalama verilerine bakıldığında ise, ulusal mevzuattaki günlük ortalama limit değer olan 50 µg/m³'ün 184 gün boyunca aşıldığı görülmektedir. Hava kalitesi yönetmeliğine göre bu limit değer bir yılda 35 günden fazla aşılamaz.

Grafik 2. *Hatay – İskenderun Merkez Hava Kalitesi Ölçüm İstasyonuna Ait PM10 Günlük Ortalamaları (1 Ocak – 31 Ekim 2023)*



- 50 µg/m^3 = Hava Kalitesi Değerlendirme ve Yönetimi Yönetmeliği, PM10 24 saatlik ortalama limit değeri; bir yılda 35 defadan fazla aşılamaz.
- 45 µg/m^3 = Dünya Sağlık Örgütü PM10 24 saatlik ortalama kılavuz değeri; bir yılda 3-4 defadan fazla aşılamaz.

Deprem Sonrasında Kahramanmaraş İlinde PM10 Kirliliği

6 Şubat 2023 günü ardı ardına gerçekleşen iki çok büyük depremin merkezi olan Kahramanmaraş ilinde, deprem sonrası resmi hava kalitesi verilerine bakıldığında il genelinde yeterli izleme yapılmadığı görülmektedir. İl sınırları içinde dört istasyon bulunmakta, bunlardan ikisine dair (Dulkadiroğlu ve Kent Meydanı istasyonları) deprem sonrasında raporlanmış veri bulunmamaktadır.

Tablo 2. *Kahramanmaraş İlinde ÇŞİDB'ye Bağlı Hava Kalitesi Ölçüm İstasyonlarına Ait Aylık PM10 Ortalamaları (2022-2023)*

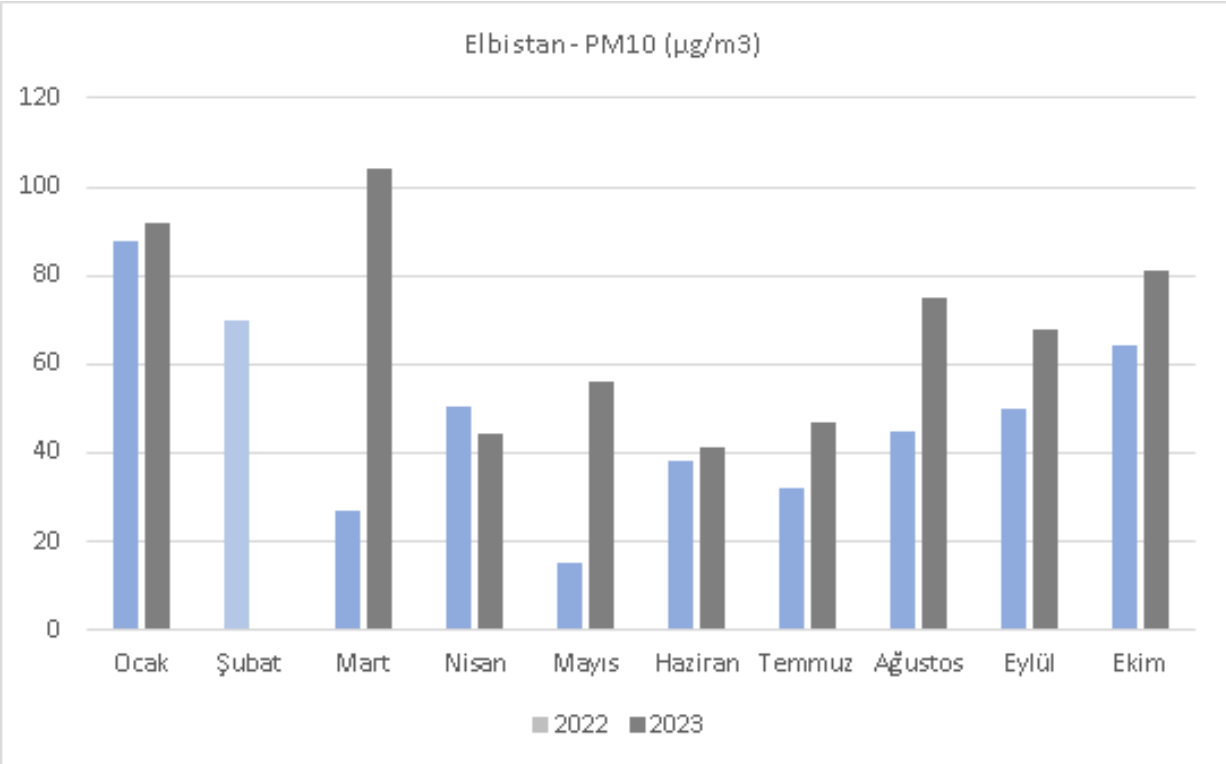
İstasyon Adı	Dulkadiroğlu		Elbistan		Kent Meydanı		Onikişubat	
Aylar	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023
Ocak	77	150	88	92	84	133	52	76*
Şubat	78	40*	70	36*	112	49*	63	108
Mart	39	-	27	104	49	-	31	54
Nisan	83	-	50	45	75	-	70	51
Mayıs	27	-	15	56	37	-	26	46
Haziran	49	-	38	41	57	-	46	33
Temmuz	45		32	47	36		29	31
Ağustos	57	-	45	75	48	-	40	42
Eylül	69	-	50	68	59	-	49	47
Ekim	73	-	64	81	69	-	54	55
Ortalama (1 Ocak – 31 Ekim)	60	Yetersiz veri	49	74	63	Yetersiz veri	46	51
Veri yüzdesi	%98	%11	%96	%93	%99	12%	%89	87%

** Yetersiz veri (Veri alımı < %75, DSÖ önerisi)*

İzlemenin ulusal mevzuattaki %90 veri alımı kriterini karşıladığı tek istasyon olan Elbistan'da ise yılın ilk 10 ayındaki PM10 ortalama değerinde 2023 yılında 2022 yılına göre %34'lük bir artış gerçekleşmiştir. Bu artışın, yaklaşık 25 km ötede bulunan iki kömür yakıtlı termik santralden birinin (Afşin Elbistan A Termik Santrali) tamamen devre dışı kaldığı, diğerinin ise uzun dönem çalıştırılamadığı ve sonrasında düşük kapasite ile çalıştırıldığı bir dönemde yaşanmış olması da ayrıca dikkate değer bir husustur.

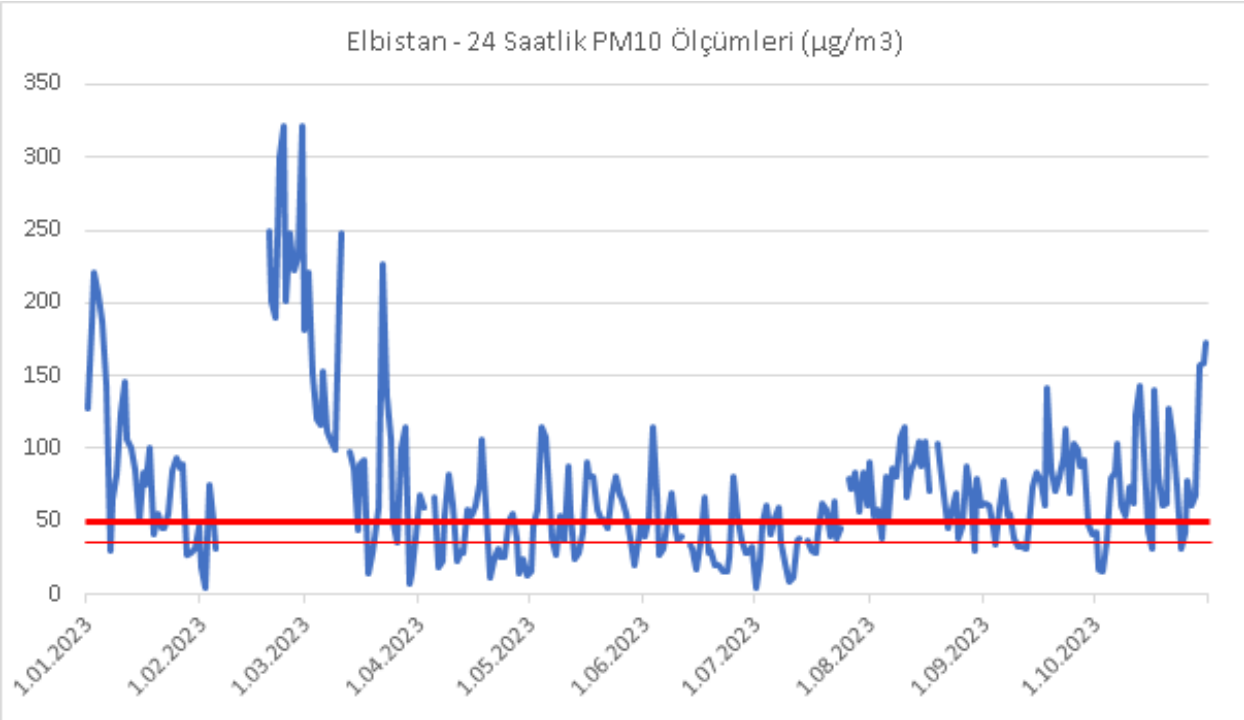
İstasyonun günlük ortalama verilerine bakıldığında ise, ulusal mevzuattaki günlük ortalama limit değer olan 50 µg/m3'ün 174 gün boyunca aşıldığı görülmektedir. Hava kalitesi yönetmeliğine göre bu limit değer bir yılda 35 günden fazla aşılamaz.

Grafik 3. *Kahramanmaraş Elbistan Hava Kalitesi Ölçüm İstasyonuna Ait Aylık PM10 Ortalamalarının Kıyaslaması (2022-2023)*



- 40 µg/m³ = Hava Kalitesi Değerlendirme ve Yönetimi Yönetmeliği, PM10 yıllık ortalama limit değeri
- 15 µg/m³ = Dünya Sağlık Örgütü PM10 yıllık ortalama kılavuz değeri

Grafik 4. *Kahramanmaraş Elbistan Hava Kalitesi Ölçüm İstasyonuna Ait PM10 Günlük Ortalamaları (1 Ocak – 31 Ekim 2023)*



50 µg/m³ = Hava Kalitesi Değerlendirme ve Yönetimi Yönetmeliği, PM10 24 saatlik ortalama limit değeri; bir yılda 35 defadan fazla aşılamaz.

45 µg/m³ = Dünya Sağlık Örgütü PM10 24 saatlik ortalama kılavuz değeri; bir yılda 3-4 defadan fazla aşılamaz.

2023 yılının Ocak-Ekim ayları arasında %87'lik veri sağlama oranı olan Onikişubat istasyonunda da PM10 kirliliğinde de 2022 yılına göre %10'luk artış gözlemlenmektedir. İstasyonda ölçüm yapılan 265 günün 95'inde HKDY Yönetmeliğindeki günlük PM10 limit değeri olan 50 µg/m³ aşılmıştır.

Deprem Sonrasında Malatya ve Adıyaman Kent Merkezlerinde PM10 Kirliliği

Malatya ve Adıyaman illerinde sadece illerin merkez ilçelerinde hava kalitesi ölçüm istasyonları bulunmaktadır.

Bu istasyonların 2022 ve 2023 yılları için Ocak-Ekim ayları arasındaki raporları kıyaslandığında Malatya'daki PM10 kirliliğinin %7,7 oranında arttığı, Adıyaman'da ise istasyon tarafından ölçülen PM10 kirliliği yıllık ortalamalarının aynı olduğu hesaplanmıştır.

Malatya'da 2023 yılının ilk on ayında PM10 kirliliği ulusal mevzuattaki yıllık ortalama limit değerin (40 µg/m³) yaklaşık iki katıdır.

Tablo 3. *Adıyaman ve Malatya İl Merkezlerinde ÇŞİDB'ye Bağlı Hava Kalitesi Ölçüm İstasyonlarına Ait Aylık PM10 Ortalamaları (2022-2023)*

İstasyon Adı	Adıyaman		Malatya	
Aylar	2022	2023	2022	2023
Ocak	30	38	98	38
Şubat	35	10*	105	103
Mart	18	20	51	93
Nisan	35	21	94	61
Mayıs	13	23	45	57
Haziran	23	19	65	50
Temmuz	16	23	47	50
Ağustos	24	23	70	74
Eylül	24	28	70	93
Ekim	23	29	68	92
Ortalama (1 Ocak – 31 Ekim)	24	24	71	77
Veri yüzdesi	99%	91%	99%	91%

* *Yetersiz veri (Veri alımı < %75, DSÖ önerisi)*

Deprem Bölgesinde İnce Partikül Madde (PM2,5) Kirliliği

Deprem bölgesinde ince partikül madde (PM2,5) izleme altyapısı oldukça sınırlıdır. Veri raporları incelenen 11 istasyondan beşinde PM2,5 ölçümü geçen yıllarda da 2023 yılında da yapılmamıştır. Dört istasyonda ise 2022 yılında ve 2023 Ocak ayında PM2,5 izlemesi yapılmış, ancak depremden sonra veri alımı kesilmiştir.

Depremle birlikte PM2,5 ölçümü yapılmayan ya da eksik yapılan istasyonlar Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. *2023 yılı Ocak-Ekim ayları aralığında PM2,5 verisi alınamayan istasyonlar*

İstasyon adı	Açıklama
Adıyaman	PM2,5 ölçülmüyor.
Hatay Antakya	6 Şubat 2023'ten beri ölçüm verisi yok.
Hatay İskenderun	PM2,5 ölçülmüyor.
Hatay Samandağ	PM2,5 ölçülmüyor.
Hatay Vali Kavşağı	6 Şubat 2023'ten beri ölçüm verisi yok.
Kahramanmaraş Dulkadiroğlu	6 Şubat 2023'ten beri ölçüm verisi yok.
Kahramanmaraş Kent Meydanı	6 Şubat 2023'ten beri ölçüm verisi yok.
Kahramanmaraş Onikişubat	PM2,5 ölçülmüyor.
Malatya	PM2,5 ölçülmüyor.

2022 ve 2023 yıllarının Ocak-Ekim aylarında karşılaştırma yapmaya yeterli PM2,5 verisi alınabilen iki istasyon Hatay İskenderun Merkez ve Kahramanmaraş Elbistan istasyonlarıdır. Her iki istasyonda da PM2,5 kirliliğinde yılın ilk on ayında sırasıyla %10 ve %23'lük artışlar meydana gelmiştir.

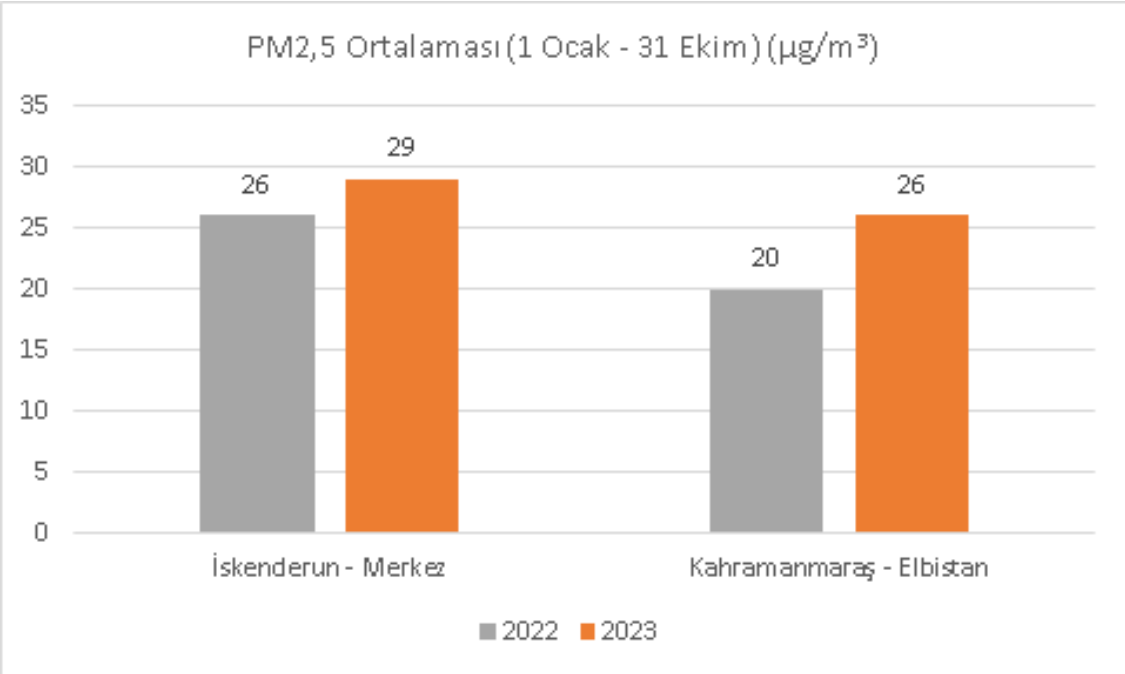
Türkiye'de ulusal mevzuatta PM2,5 için bir limit değer bulunmamaktadır. Öte yandan, her iki istasyonda da 2023 yılının ilk on ayının ortalamasının AB'nin 20 µg/m^3 olan sınır değerini aştığı görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 5 µg/m^3 olan kılavuz değerinin ise Elbistan'da beş katından fazla, İskenderun Merkez'de ise altı katına yakın olduğu belirlenmiştir.

Tablo 5. *Hatay İskenderun Merkez ve Kahramanmaraş Elbistan İstasyonlarında PM2,5 Ölçümlerinin Karşılaştırılması (2022-2023)*

PM 2.5 (µg/m3)	Hatay - İskenderun Merkez		Kahramanmaraş - Elbistan	
Aylar	**2022**	**2023**	**2022**	**2023**
Ocak	37	47*	59	65
Şubat	42	109*	34	71*
Mart	27	31	11*	25
Nisan	31	21	7	13
Mayıs	31	20	6	11
Haziran	22	18	10	7
Temmuz	18	19	9	16
Ağustos	20	23	16	21
Eylül	19	21	16	20
Ekim	22	26	28	26
Ortalama (1 Ocak – 31 Ekim)	26	29	20	26
Veri alımı (%)	98%	85%	96%	94%

** Yetersiz veri (Veri alımı < %75, DSÖ önerisi)*

Grafik 4. *İskenderun Merkez ve Elbistan istasyonlarında 1 Ocak - 31 Ekim dönemi için PM 2,5 Ortalamalarının Karşılaştırılması (2022-2023)*



- 20 µg/m³ = Avrupa Birliği Hava Kalitesi ve Temiz Hava Direktifi PM2,5 yıllık ortalama limit değeri
- 5 µg/m³ = Dünya Sağlık Örgütü PM2,5 24 saatlik ortalama kılavuz değeri

SONUÇ

Deprem bölgesinde bina yıkımları, enkaz kaldırma ve depolama çalışmaları nedeniyle günlük hayatı etkiler düzeyde toz kirliliği yaşandığı bölge halkı ve tabip odaları tarafından sık sık dile getirilmektedir.

Şikayetlerin maddi temellerini ortaya koyabilmek için yapılan araştırmada, depremden en çok etkilenen dört ildeki 11 hava kalitesi izleme istasyonunun verileri incelenmiştir. Bu verilere göre;

- 11 istasyonun dördünde, 6 Şubat 2023 tarihli depremden beri PM10 ölçümü yapılmamakta ya da ölçüm verileri kamuoyu ile paylaşılmamaktadır. Bir istasyonda ise hava kalitesi değerlendirmesi için gerekli minimum veri oranı (%75, DSÖ) sağlanamamıştır. Bu durum yerleşim yerlerinde yasal zorunluluk olan hava kalitesi izleme çalışmalarının kamu idaresi tarafından tam olarak yerine getirilmediğini göstermektedir.
- Geri kalan altı istasyonun dördünde 2023 yılının ilk on ayının ortalamasında PM10 değerleri ulusal mevzuattaki yıllık ortalama değer olan 40 µg/m³ ve Dünya Sağlık Örgütü yıllık ortalama kılavuz değeri olan 15 µg/m³ değerlerinin çok üstünde gerçekleşmiştir.
- İncelenen 11 istasyonun 9'unda 2023 yılı Ocak-Ekim ayları aralığında PM2,5 ölçümü yapılmamıştır ya da ölçüm sonuçları kamuoyu ile paylaşılmamıştır.
- Düzenli PM2,5 verisi alınabilen iki istasyonda 2023 yılının ilk on ayındaki PM2,5 kirliliği 2022 yılına göre %10 (İskenderun Merkez) ve %23'lük (Elbistan) artışlar göstermiştir.

2022 yılına göre 2023 yılında tespit edilen partikül madde kirliliğindeki artışların ilgili kentlerdeki bina yıkımları, enkaz kaldırma ve depolama çalışmaları ile bağlantılı olması ihtimali değerlendirilmelidir. Özellikle bazı kentlerdeki daha önceki yıllardaki kirlilik kaynaklarının deprem sonrası ortadan kalkmış ya da etkinliğinin azalmış olması gibi olgular (ör. Elbistan yakınlarındaki kömür yakıtlı iki büyük termik santralin devre dışı kaldığı dönemler olması) da bu kirlilik kaynağı değerlendirmesinde mutlaka dahil edilmelidir.

Araştırma sonucunda, bina yıkımlarının yoğun olduğu bazı kentlerde (ör. Adıyaman) ölçülmüş kirlilik parametrelerinin gözlenen kirlilik ile doğru orantılı olarak yüksek çıkmadığı gözlemlenmiştir. Bunun nedeninin, ulusal hava kalitesi izleme ağına dahil olan sabit izleme istasyonlarının, deprem gibi kirliliğin alansal olarak yaygınlaştığı acil durumlar için yetersiz kalması olabileceği düşünülmektedir. Bazı istasyonların konumları nedeniyle kirliliği beklenen düzeyde ölçmediği düşünülmektedir. Kirliliğin acil durumlarda izlenebilmesi için mobil izleme yöntemleri ve teçhizatının ulusal hava kalitesi izleme ağına dahil edilmesi önemlidir.

Ulusal mevzuatta Hava Kalitesi Değerlendirme ve Yönetimi Yönetmeliği dış ortam havasındaki kirletici konsantrasyonlarının limit değerlerini tespit ederken; Sanayi Kaynaklı Hava Kirliliğinin Kontrolü Yönetmeliği, Isınmadan Kaynaklanan Hava Kirliliğinin Kontrolü Yönetmeliği ve Egzoz Gazı Emisyonu Kontrolü Yönetmeliği ile kirlilik kaynaklarından atmosfere bırakılan kirleticilere yönelik limit değerler belirlenmiştir. Ayrıca, Binaların Yıkılması Hakkında Yönetmelik binaların yıkım faaliyetlerinin çevre ve insan sağlığı ile güvenliğine zarar vermeyecek şekilde gerçekleştirilmesine ilişkin usul ve esasları düzenlemektir. Tozla Mücadele Yönetmeliği ise işyerlerinde tozdan kaynaklı ortaya çıkabilecek risklerin önlenebilmesi amacıyla iş sağlığı ve güvenliği yönünden tozla mücadele etmek ve bu işlerde çalışanların tozun etkilerinden korunmalarını sağlamak için alınması gerekli tedbirlere dair usul ve esasları belirlemek amacıyla yayınlanmıştır.

Ancak bu yönetmeliklerden hiçbirinde binaların inşası, yıkımı, bina bileşenlerinin geri dönüşümü, enkaz kaldırma, taşıma ve geçici/nihai depolama uygulamalarından kaynaklanan toz (partikül madde) kirliliğinin izlenmesi, değerlendirilmesine yönelik yöntem ve limit değerler belirlenmemiştir. Yapılan araştırmanın bir sonucu olarak deprem gibi doğal afetlerin ardından olduğu kadar kentsel dönüşüm politikalarının uygulanması süreçlerinde de inşaat sektöründen ve enkaz süreçlerinden kaynaklanan hava kirliliğinin önemli bir kirlilik bileşeni olacağını söylemek mümkündür. Bu çerçevede ulusal mevzuata bu sektörlerden kaynaklanan kirlilik özellikle partikül madde parametrelerine yönelik limit değerler belirlenmesi çevre yönetimi ve halk sağlığı açısından yaşamsal önemde olacaktır.

DAVETLİ KONUŞMA

COMMUNITY ENGAGEMENT PRACTICES

Santi Indra ASTUTI
Faculty of Communication Science, Islamic University of Bandung (UNISBA), Indonesia

Community engagement is always important when we talk about public health, including in the Digital Era. Multiplied by health campaigns for behaviour change, community engagement helps ensure that the health messages are well-received, trusted, and effective in achieving its goals. Without community engagement, health messages posed several risks, such as misinformation/ disinformation, mistrust and confusion, ineffectiveness that disrupted the system, and inequity which indicated the failure of engaging with vulnerable segments of the society.

Community engagement become the key factor during the pandemic crises when misinformation/ disinformation erupted and disrupted the health protocol, including Covid-19 immunization. The flood of misinformation/disinformation in the critical time need to be resolved not only through moderating content in digital spaces, but also by peer-to-peer consultation and other methods of engagement perpetrated by community cadres. Realizing this, one of the lesson learned from Covid-19 is strengthening the community engagement and empowering the community cadres with techniques and approach to engage community in public health context. In this presentation, I would like to share how the public health in Indonesia and the team of RCCE applied community engagement as part of intervention strategy to cope with the crises.

YOUTHFUL LEADERSHIP: UNVEILING YOUNG WFPHA'S GLOBAL HEALTH INITIATIVE

Alessandro BERIONNI
Young WFPHA Working Group

Introduction

The World Federation of Public Health Associations (WFPHA) is a global non-governmental organization composed of multidisciplinary national public health associations. Established in 1967, WFPHA aims to promote and protect global public health through collaboration, education, advocacy, and the development of evidence-based policies.

In April 2023, amidst the Global Public Health Week, the Young WFPHA Working Group and Initiative were inaugurated to meet the imperative need for a structured platform connecting, advocating, and fostering shared decision-making among Public Health Students and Young Professionals worldwide. This initiative aims to strengthen global health and empower the future health workforce. Therefore, Young WFPHA positions itself as a proactive force, ready to navigate the complexities of the post-pandemic era, where global health challenges are heightened, necessitating resilient and adaptable public health infrastructure. As a dynamic player, it advocates for collaborative efforts across diverse professions to address multifaceted challenges on a global scale. This international network unites professionals under 40 years of age or within the first 10 years of their careers, embodying distinctive features and aspirations to align diverse interests and offer impactful opportunities for emerging leaders in public health. Central to Young WFPHA's strategic framework is a transcendent vision that fosters transformative change, emphasizing collaboration, innovation, and equity among young professionals globally.

The mission focuses on empowering and unifying young professionals, providing a platform for knowledge exchange, skill development, and advocacy. Foundational principles — inclusivity, collaboration, innovation, and equity — create an environment conducive to diversity, with youthful dynamism contributing significantly to building a more resilient and responsive public health system capable of navigating complex global challenges. In conclusion, Young WFPHA stands as a vital force shaping the future of global public health, uniquely poised to empower, unify, and positively impact the public health landscape by actively engaging and supporting the next generation of leaders in the field.

Activities

In response to the evolving challenges in the post-pandemic public health landscape, the Young World Federation of Public Health Associations (Young WFPHA) has strategically undertaken a series of impactful initiatives, each contributing to its mission of empowering and connecting young professionals globally.

- Young WFPHA has initiated a Position Paper and Survey titled "Empowering the Next Generation of Public Health Professionals: A Comprehensive Survey and Analysis by the Young WFPHA". After Young WFPHA's April 2023 inauguration, this survey was launched to explore primary challenges and requirements of students and early-career professionals in public health.

- In 2023, Young WFPHA showcased dynamic and proactive engagement in pivotal global public health events, cementing its influential presence. Actively participating in the Global Public Health Week, the organization made substantive contributions to discussions addressing urgent global health challenges. Notably, Young WFPHA exhibited leadership at the World Public Health Conference in Rome by organizing International Students and Young Professionals Meeting on Public Health (ISMOPH), providing a valuable platform for emerging talents to exchange ideas and contribute to the dynamic public health landscape. Moreover, Young WFPHA participated in key international health events, including the World Health Assembly and World Health Summit, contributing to the WFPHA delegation, crafting statements, and

strengthening connections within the global public health community.

- Young WFPHA actively contributed to the development of the Public Health and Emergency Workforce Roadmap led by the WHO Headquarters. This involvement was evident during the 3rd Steering Committee meeting in Rome July 2023, as well as in the publication of a paper in the BMJ Global Health Journal. The ongoing active participation of early career professionals in shaping the Roadmap agenda was underscored as crucial and highly valued by the Steering Committee, highlighting the impactful collaboration between Young WFPHA and the global health community.

- In partnership with the WFPHA's Global Health Equity and Digital Health Working Group, Young WFPHA is actively involved in research focusing on "Health literacy and digital literacy as key determinants of health." This scientific investigation seeks to comprehensively explore the intricate relationship between individuals' health literacy and digital literacy, aiming to understand how these factors collectively impact overall well-being.

- Furthermore, Young WFPHA is collaborating with the WFPHA's Tobacco Control Working Group and Women Adolescents & Children Group to conduct a survey on "Health Professionals' and Students' Attitudes towards Tobacco Control Policies and Industry Interference," with a focus on mapping tobacco habits in younger populations. This initiative aligns with the network's commitment to evidence-based policy advocacy.

- In collaboration with the Junior Doctors Network within the World Medical Assembly, Young WFPHA has organized a webinar series on "Social Determinants of Health." Promoting education and knowledge exchange, this series explores the intricate intersections of these determinants, such as education, gender, and income, in influencing global health outcomes.

- Moreover, Young WFPHA is contributing to the Youth 4 Health Network established by WHO Europe. This collaborative endeavor extends the network's influence, emphasizing the significance of forging cross-organizational partnerships to address intricate global health challenges within the European Region. This commitment underscores Young WFPHA's dedication to fostering synergies and collective action to tackle complex health issues also on a regional scale

- Young WFPHA recognizes the urgency of addressing antimicrobial resistance (AMR) and, during the World AMR Awareness Week (WAAW), has organized a compelling series of webinars. These sessions aim to raise awareness and foster understanding of the intricate challenges posed by AMR on a global scale.

- As part of its broader initiative, Young WFPHA launched a campaign to promote awareness of Antimicrobial Stewardship. The campaign emphasizes responsible antimicrobial use to address the escalating threat of antimicrobial resistance. Targeting healthcare professionals, policymakers, and the public, it aims to foster a collective commitment to safeguarding antimicrobial efficacy through educational materials.

- Finally, to foster global connections and collaboration, Young WFPHA organized an Online Global Networking Event, uniting young professionals from diverse regions and creating opportunities for networking, collaboration, and the exchange of ideas. This initiative will be followed by additional regional networking activities, enhancing awareness and facilitating more effective action at local, regional, and global levels.

In conclusion, Young WFPHA's efforts and activities demonstrate the pivotal role of youth engagement and youth responsibilization in shaping and energizing the future of global public health. Indeed it emerges as a dynamic force, emphasizing the transformative power of young leaders in addressing critical global health challenges. This serves as a testament to the importance of collaboration, innovation, and equity in building a resilient and responsive public health system worldwide.

DAVETLİ KONUŞMA

ULUSAL HALK SAĞLIĞI ASİSTAN ÖRGÜTLENMESİ OLARAK HASUDER VE ASİSTAN EĞİTİMİ

İrem ŞEVİK
HASUDER Asistan Çalışma Grubu Yürütücüsü

"Maddi yaşamın üretilme tarzı toplumsal, politik ve genelde entelektüel yaşam sürecini koşullar."[1] 1980 sonrası dönemde hızla yayılan ve güçlenen neoliberal dönüşüm sürecinde de benzeri bir koşullanmayı izlemek mümkündür. Neoliberal dönüşüm, temelde, üretim sürecinde işçinin emeğine el koyarak büyüyen kapitalist sistemin karlılığını arttırmayı amaçlamaktadır. Bu noktada neoliberalizmle dönüşen çalışma hayatında, emek gücünün hak ve çıkarlarının korunmasına hayati derecede ihtiyaç duyulmaktadır. Tarihsel süreçte bu rolü sendikalar üstlenmiştir. Talas[2], sendikayı, "üyelerinin çalışma ve yaşam koşullarını iyileştirmek ve geliştirmek amacı güden bir örgüt" olarak tanımlamıştır. Sendikalar, yaratılan ekonomik değerin adalet ve eşitlik anlayışıyla paylaşılması açısından ekonomik; çalışma şartları, ekonomik ve sosyal politikalar üzerinde söz hakkı ve kimlik sahipliği yaratması açısından demokratik temsil; emeğin dayanışma bilincinin güçlenmesi, ortak değer ve amaçların tanımlanması, iş gücünün sosyal risklerinin belirlenmesi, kontrol altına alınması ve sonuçlarının yönetilmesi açısından sosyal işlevlere sahiptir.

Uzmanlık öğrencileri (araştırma görevlileri), emek sömürü zincirinin dışında kalmamaktadır. TTB Asistan ve Genç Hekim Kolu, 2015 yılında çıkarttığı broşürde, bu sömürüye şu kelimelerle yer vermiştir:

"Ay başında hesabında ne göreceğini bilemeden, sürekli artan iş yükü altında uzun saatler çalışmak, gün aşırı tutulan nöbetler, her gün yenileri eklenen angarya işler, tüm bu yükü kaldırmaya çalışırken acil servislerde, kliniklerde hasta yakınlarının hakaret ve şiddetine maruz kalmak... Tüm bu sıkıntılara uzmanlık eğitimini tamamlamak adına, çoğu zaman yapılandırılmış bir eğitim programı, yeterli sayıda ve nitelikte eğitim sorumlusu ya da öğretim üyesi olmadan, yan dal poliklinik ve servisi olmamasına rağmen katlanmak... Bu tablonun yarattığı bedensel ve ruhsal yükler, sağlıksız çalışma koşulları nedeniyle kendi sağlığını koruyamaz hale gelmek..."

Uzmanlık öğrencilerinin emek sömürüsü karşısında bir hak savunusuna ve buna yönelik bir örgütlenmeye ihtiyaç duydukları ortadadır. Bu örnekte, hak savunusunun dile getirildiği örgütlenme TTB Asistan ve Genç Hekim Kolu olmuştur.

Uzmanlık öğrencilerinin sendikal örgütlenmesinin tarihi Amerika'da 1934'e kadar uzanmaktadır. Uzmanlık öğrencileri, sınırlı öğrenme fırsatları ve çalışma koşulları hakkındaki kaygıları nedeniyle sendikal örgütlenme yolunu seçmişlerdir. 1999'da Ulusal Çalışma İlişkileri Kurulu (the National Labor Relations Board) uzmanlık öğrencilerinin çalışan olduğunu kabul etmiş, fakat aynı zamanda öğrenci olduklarının altını çizerek sendikalaşmanın eğitimsel alanda kalan meselelerle ilişkilendirilemeyeceğini belirtmiştir.Bu örnek, sendikal örgütlenmenin Amerika'daki sınırlarına işaret etmesi açısından önemlidir. Son dönemde, COVID-19 pandemisiyle beraber kötüleşen çalışma koşulları ve giderek zorlaşan sosyoekonomik koşullar, Amerika'da uzmanlık öğrencilerinin sendikal örgütlenme isteğini tekrar arttırmıştır. İntörn ve Uzmanlık Öğrencisi Komitesi (The Committee of Interns and Residents), pandemiden bir önceki yıl sadece bir yeni sendikalaşmış alan kaydederken, sadece 2022 yılında beş yeni sendikalaşmış alan listeye eklenmiştir. Komite güncel olarak Amerika'daki 25 binden fazla uzmanlık öğrencisi, fellow ve intörnü temsil etmekte, bu sayı tüm uzmanlık öğrencisi ve fellowların yaklaşık %15'ini oluşturmaktadır. Bu sene de sendikal örgütlenme ilgisindeki artış devam etmiştir ve 2.500'den fazla uzmanlık öğrencisi sendikalaşmak için beklemektedir. Sendikalaşma talebinin nedenleri arasında, artan iş yükü ve çalışma saatleri, uygun yaşam düzeyi hakkını tehdit edebilecek ücret düzenlemeleri, iş yerinde değersiz hissetme ve aynı zamanda hastalar için sağlık hizmetini iyileştirme gibi sebepler sayılmıştır.

Türkiye'de halk sağlığı uzmanlık öğrencileri, 1995 yılında, IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Halk Sağlığı Uzmanlık Öğrencileri Çalışma Grubu Raporu'nda hak taleplerini şu şekilde sıralamıştır:

1. Halk sağlığı uzmanlık eğitiminde minimum standardizasyonun sağlanmasını istiyoruz.
2. Halk sağlığı uzmanlık öğrencilerinin temel uygulama alanlarından biri olan "Eğitim Araştırma Bölgeleri"nin eğer yoksa kurulmasını, var olanlarına işlev kazandırılmasını istiyoruz.
3. İçeriği, süresi, yeri ve kim tarafından düzenleneceği ayrıca tartışılmak üzere, tüm uzmanlık öğrencilerinin katılacağı, teorik ağırlıklı, merkezi bir kurs düzenlenmesini istiyoruz.
4. Özellikle uygulanan eğitim yöntemi nedeniyle son derece öğretici olan "Halk Sağlığı Gezici Eğitim Seminerleri'nin sürdürülmesini, her uzmanlık öğrencisinin gezilere en az bir kez katılımının sağlanmasını ve en kısa zamanda bu gezilerin "Yaz Okulu" biçimine dönüştürülmesini istiyoruz.
5. Halk sağlığı uzmanlık eğitimindeki klinik rotasyonların, bütün üniversitelerde ikişer ay olarak standardize edilmesini ve bu rotasyonların, klinik- halk sağlığı ilişkilendirilmesine olanak sağlayacak biçimde düzenlenmesini istiyoruz.
6. Var olan rotasyonlar dışında, Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Laboratuvarı, Sağhk Grup Başkanhğı, Hastanelerin yönetim birimleri vb. gibi kurumlara da, uygun görülen sürelerde rotasyon düzenlenmesini istiyoruz.
7. İntörn eğitiminden sorumlu olmanın, uzmanlık eğitimimize katkıda bulunduğuna i nandığımızı bidirerek, bizlerin de henüz öğrenme sürecinde olduğumuzun unutulmamasını ve özellikle saha uygulamalarında, tüm sorumluluğun bizlere bırakılmamasını istiyoruz.
8. TTB Halk Sağlığı Kolu tarafından önerilmiş olan, üniversitelerin ortak olarak yapacağı araştırmaları, bizlere katkıda bulunacağı inancıyla desteklediğimizi ve bizden istenen her türlü yardımı yapmak konusunda istekli olduğumuzu bildiriyoruz.
9. Halk sağlığı uzmanlık eğitiminin ardından, bir yan dal uzmanlığının yapılmasına olanak sağlanmasını istiyoruz.
10. Uzmanlık eğitiminin niteliğinin artırılması yanısıra, süresinin uzatılmasına olumlu baktığımızı bildiriyoruz.
11. Bilgisayar kullanımının, uzmanlık eğitiminde giderek daha fazla önem kazandığına inanarak, kendi çabamız dışında araç-gereç ve eğitim açısından eksiklerimizin giderilmesini istiyoruz.
12. Halk sağlığı uzmanlık eğitiminin bitiminde, aldığımız eğitimi ve sahip olduğumuz bilgiyi kullanmak üzere istihdam edilmek istiyoruz.
13. Yeni açılan üniversitelere, gerekli eğitim ve öğretim kadrosu oluşturulmadan öğrenci alınmamasını istiyoruz.
14. Eğitimin hiç bitmeyen bir süreç olduğu gerçeğini yineleyerek, eğiticilerimizin kendi eğitimlerini gözden geçirmelerini, çağdaş ve aktif eğitim tekniklerini uygulamalarını, birebir iletişimle, biz uzmanlık öğrencilerine daha fazla zaman ayırmalarını istiyoruz.

Ekim 2004'te İzmir Tabip Odası Halk Sağlığı Komisyonu'nun düzenlemiş olduğu Güz Okulu'na katılan uzmanlık öğrencilerinin öncülüğünde bir örgütlenme hareketinin başladığından söz edilebilir. Kasım 2004'te Ankara'da gerçekleştirilen 9. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nde uzmanlık öğrencileri bir basın açıklaması (Halk Sağlıksız Bırakılıyor) gerçekleştirmiş, HASUDER dernek toplantısına katılarak derneğe taleplerini iletmiş ve sonrasında HASUDER araştırma görevlisi eğitimi alt çalışma koluna uzmanlık öğrencilerinin katılımı sağlanmıştır. Bu süreç sonrasında uzmanlık öğrencileri Araştırma Görevlileri Çalışma Grubu bünyesinde araştırma görevlilerinin çalışma koşulları, özlük hakları ve eğitimiyle ilgili çalışmalarına devam etmiştir.

Hacettepe ÜTF Halk Sağlığı AD'dan Halk Sağlığı Asistanları adına Funda Sevencan, 10. Ulusal Halk Sağlığı Kon-

gresi'nde (6-8 Eylül 2006) halk sağlığı asistanının uzmanlık eğitiminde karşılaştığı sorunları şöyle dile getirmiştir:

1. Formal, standartları önceden belirlenmiş bir şekilde teorik ve pratik eğitim olmaması
2. Bütün anabilim dallarının uygulama farklılıkları
3. Eğitimin akademisyen olmaya özendirici olması
4. Eğitimcilerde, meslek tanımının net ve ortak olmaması
5. Uygulama alanı yetersizliği
6. Mevcut sahaların efektif kullanılamaması
7. Sahaya uygun eğitim eksikliği
8. Toplum sağlığını olumlu yönde etkileyecek saha çalışmalarına ağırlık verilmemesi
9. Klinik rotasyonlarının sadece iş gücü karşılamaya yönelik olması
10. Eğiticilerin de değerlendirilmemesi
11. Tüm Halk Sağlığı Asistanları için ortak bir standart uzmanlık eğitim kursunun olmaması

Çözüm önerileri arasında dayanışma ve ekip çalışması, standart eğitim programı geliştirilmesi, rotasyonların düzenlenmesi HASUDER'in halk sağlıkçı eğitiminde aktif yer alması, asistanla ilgili kararlarda asistan katılımı ve görüşünün alınması, saha ile iletişimin arttırılması, akademik gelişim için maddi destek sağlanması gibi öneriler bulunmaktadır. Daha sonra yapılan çalışmalarda da fiziki çalışma koşullarının yetersizliği ve gelecek kaygısı gibi farklı sorunlar ortaya konmuştur.

2022 yılına gelindiğinde, Araştırma Görevlileri Çalışma Grubunda yer alan Salih Keskin, Gökçe Hazar Otçu, İrem Şevik, Mustafa Enes Özden ve Nurdamla Yakışan Totama tarafından 6. Uluslararası 24. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nde yapılan sunumda ise halk sağlığı araştırma görevlilerinin fiziki çalışma koşullarıyla ilgili problemlerinin bir ölçüde devam ettiği (kendine ait bilgisayarı bulunan araştırma görevlilerinin oranı %26,2), akademik çalışmalar için maddi destek sağlamada sorunların devam ettiği, anabilim dallarında görev tanımlarıyla ilgili sorunların sürdüğü, araştırma görevlileri arasında iletişim sorunlarının yaşandığı, düzenli, sabit ve standart bir eğitim programı sunumunun hala tam anlamıyla sağlanamadığı, rotasyonlarla ilgili sorunların devam ettiği, asistan hekimlerin akademik kurullara katılımlarının hala düşül olduğu (%14,7) sunulmuştur. Maaşlar, maaş farkları ve ek ödeme farklarıyla ilgili alanlarda sorunlar yaşanmakta olduğu belirtilmiş, bu alanda savunuculuk faaliyetleri yürütülmüş, kamuoyu oluşturulmaya çalışılmıştır. COVID-19 pandemisi sürecinde araştırma görevlileri, fazla çalışma, uygun olmayan çalışma, maddi-özlük haklarıyla ilgili sorunlar ve adaletsizliklere yönelik eleştirilerini dile getirmişlerdir. Yine aynı araştırmada halk sağlığı araştırma görevlilerinin halk sağlığının geleceğine yönelik karamsarlığı değerlendirilmiş ve araştırma görevlileri 10 puan üzerinden ortalama 7.4 puan karamsar olduklarını bildirmişlerdir. Bu karamsarlığın nedenleri, kod tekrarına göre sıralanacak olursa, gereken önemin verilmediğini düşünme, maddi sorunlar ve özlük hakları, liyakatsizlik, görev tanımı belirsizliği, doktor olmadığı düşüncesi olarak sayılmıştır.

Halk Sağlığı Asistanlarının Sorunları 2022 Çalışması Raporu'nda, pandemi nedeniyle halk sağlığı araştırma görevlileri arasındaki iletişimin sınırlandığına ve asistan hekimlerin uzmanlık derneği altındaki meslek örgütlenmesi olan HASUDER Arş. Gör. Çalışma Grubu'nun faaliyetlerinin sekteye uğradığına dikkat çekilmiş ve halk sağlığı uzmanlık öğrencilerinin yeniden örgütlenmesi için yapılan faaliyetlere yer verilmiştir.

Örgütsel davranış, pek çok farklı etken tarafından belirlenen ve pek çok farklı bilim dalının araştırma konusu olmuş bir araştırma alanıdır. Değerler, iş doyumu, çalışanı güçlendirme, örgütsel bağlılık ve yabancılaşma gibi pek çok kavram örgüt davranışı altında incelenir. HASUDER Araştırma Görevlileri Çalışma Grubu,

bir asistan örgütlenmesine örnektir. Araştırma görevlileri arasındaki iletişim sorunları ve çalışma grubunun faaliyetlerindeki durgunluğu anlamaya çalışmak belki de örgütsel davranışın kullandığı sorulara başvurarak mümkün olacaktır. Örneğin, çalışma grubunun değerleri neler olmalı, örgütlenen araştırma görevlileri örgütün amaç ve hedefleriyle ne kadar özdeşleşiyor, örgüt araştırma görevlilerini temsil etmekte ne kadar başarılı gibi soruların yanıtlarını tartışmaya açmak daha sağlıklı bir örgüt yapısı kurulmasına aracılık edebilir. Konuşmamda, örgütsel davranışın sorularından yola çıkarak ve çalışma hayatındaki sendika gibi örgütlenmelerle pararlellikler kurarak HASUDER Araştırma Görevlileri Çalışma Grubu'nun bir asistan örgütlenmesi olarak beklenen değerlerini, potansiyel çalışma alanlarını ve olası değişimin gerçekleşeceği yönü tartışmaya açmaya çalışacağım.

Kaynaklar

1. *Marx, K. (1977). Selected Writings, ed. David McLellan. Oxford University Press.*
2. *TALAS Cahit (1975), "Sendikacılık ve Toplum", A.Ü.S.B.F.D., 30, ss.1-23.*

DAVETLİ KONUŞMA

ARTAN YAPAY ZEKA UYGULAMALARI, HALK SAĞLIĞI İÇİN FIRSATLAR VE TEHLİKELER

Mahmut GÜLERCE
EticSoft Bilgi Teknolojileri A.Ş.

Kısa zaman önceye kadar, yapay zeka teknolojilerinin sağlık hizmetlerinin sunumunda alabileceği roller, sadece sezgiler ve deneysel çıktılar zemininde tartışılabilir soyut bir konuydu. Örneğin, "Yapay zeka hekimlik yapabilir mi?" sorusuna kontrol edilebilir bilimsel kanıtlarla cevap veremiyorduk. Artık çok popüler olan bu soruya, gerçek dünyada çalışan ürünleri test ederek cevap verebilecek düzeye ulaşmış olabilir miyiz?

9 Şubat 2023 tarihinde bir grup araştırmacı, ChatGPT isimli popüler yapay zeka ürününün, Amerika Birleşik Devletleri Tıbbi Lisanslama Sınavı'ndaki (USMLE) performansını değerlendirmek için yaptıkları bir deneyi yayınladılar. Deneyde, ChatGPT'nin hiçbir özel eğitim almadan USMLE sınavı soruları soruldu ve cevapları ile aldığı puanın başarı eşiğinin üzerinde veya çok yakınında olduğu görüldü (2,3). Bu basit deneyin, ChatGPT'nin Amerikan mevzuatında "hekim olabilme kriterlerine uygun seviyede olduğu" gibi somut, bilimsel olarak doğru ve oldukça tartışmalı bir sonucu ortaya koyuyor.

Çalışmanın sonuçlarının ne anlama geldiği tartışıla dursun, şimdi önümüzde çok daha zor sorular var. Bu bir risk midir? Bu bir fırsat mıdır? Yoksa ikisi birden midir?

Yakın zamanda Dünya'nın hemen her yerinde ticari yapay zeka ürünlerini test eden deneysel çalışmalar olduğunu görebiliyoruz. Akademik dünyanın dışında, bilişim endüstrisinin bu alanda çok daha büyük bir ivme ile bu dönüşümü hızlandırdığını mobil uygulama marketlerindeki yapay zeka ile sağlık hizmeti sağlayan uygulamaların istatistiklerinden veya sağlık otoritelerinin akredite ettiği bilişim ürünü sayılarına bakarak izlemek mümkündür (4). Bu ürünler sadece sağlık hizmetlerini destekleyen araçlar değil özelikle mental hastalıklarda doğrudan tedavi amacıyla reçete edilebilen uygulamalar da bulunuyor (6). FDA gibi ulusal sağlık otoriteleri her ay daha fazla sayıda yapay zeka içeren uygulamayı onaylıyor. Birçok projeksiyon bulunduğumuz on yılda yapay zeka ürünlerinin geleneksel medikasyonlar kadar yaygın ve eşit ticari büyüklüğe ulaşacağını öngörüyor.

Yapay zekanın önemli kullanım alanlarından birisi bu sunumun spesifik konusu olan halk sağlığı. Yapay zeka ve sağlık terimlerini bir arada kullandığımızda hemen herkesin ilk aklına gelen bir siber doktor imajıdır. Oysa yapay zeka neredeyse bütün sağlık hizmeti meslekleri ve fonksiyonları için iddialar taşıyor. Örneğin hibrit tabanlı chatbotlar danışma hatlarının yerini almaya başladı, hatta acil çağrı merkezlerinin yerini alabilirler. Doğal afetler gibi zaman ve kaynak yönetiminin zor olduğu süreçlerde çok hızlı ve etkili planlamalar yapabilirler. Evde bakım, tarama, izleme, destekleyici ve koruyucu sağlık hizmetleri gibi görevleri daha erişilebilir ve ölçeklenebilir hale getirebilirler. Ulusal sağlık veri setleri ile eğitilerek, kaynak planlamalarını saniyeler içinde yapabilir, mevcut planları geliştirebilirler. Derin öğrenme algoritmaları ile salgınları daha erken tespit etmek ve yayılımları modellemek gibi epidemiyolojik çalışma süreçlerinde geleneksel istatistiksel yöntemlerden çok daha etkili çalışabilirler.

Tüm bu fırsatlar, akademik çalışmalarda çeşitli risklerle birlikte anılıyor. Sıkça anılan riskler; hasta mahremiyeti, hukuki sorunlar, istihdam sorunları, erişim sorunları, bilgi güvenliği ve hatalı teşhis olarak sıralanabilir. Bu riskler sıkça anılmasına karşın, bazıları birazdan bahsedeceğim önyargılardan kaynaklanan ve genelde hem teorik hem pratik perspektifte zayıf önermeler. Bir kısmı da yapay zeka kullanımına özgü olmayan sorunlar gibi görünmektedir. Örneğin mimari açıdan ve bilgi güvenliği perspektifinden yapay zeka uygulamaları geleneksel sistemlerden daha zayıf değildir. Çünkü veri tabanı ve kural tabanlı bilgi sistemi gibi korunması zorunlu kritik varlıkları yoktur. Yine hasta mahremiyeti başlığında geleneksel sistemlerin daha fazla risk barındırdığı bile söylenebilir.

Sıkça anılan bu risk türlerine karşın, bu konuşmamda literatürde henüz yeterince bahsedilmediğini düşündüğüm fakat aynı zamanda önümüzdeki yıllarda çok daha fazla duyacağımızı tahmin ettiğim bazı riskleri sıralamak isterim:

- **Cyberchondria (Siberkondri):** Kişinin dijital kaynakları kullanarak kendi kendine tanı koyması, endişe ve önyargı geliştirmesi durumudur. Yakın zamanda yayınlanan çalışmalarda siberkondrinin sağlık çalışanlarına ve hizmetlerine güveni azalttığı, kendi kendine ilaç kullanma eğilimini ise arttırdığını göstermiştir. Özellikle jeneritif türdeki yapay zeka araçlarının eksik argümanlarla bile keskin ifadeler üretmekten çekinmediğini düşündüğümüzde korku ve kaygıyı tetikleme potansiyeline sahip olduğunu söyleyebiliriz.

- **AI-phobia**: Yapay zeka teknolojilerine karşı duyulan kaygı, karşıtlık veya korkuyu ifade eder. Bu korku özellikle komplo teorilerine yatkın olan hastalar için büyük bir risk oluşturuyor olabilir. (5) Bu kaygı, işini kaybedeceğini düşünen sağlık çalışanları için de geçerli olabilir. Sağlık çalışanı veya hasta fark etmeksizin toplumun ciddi bir kısmının yapay zeka teknolojilerine aşırı ve ilgisiz anlamlar yüklemeye yatkın olduğu düşünüldüğünde dezenformasyonla doğru şekilde mücadele edilmemesi konuyu istismara açık bir zafiyet haline getirebilir.

- **İletişim Sorunları:** Hem hastaların hem sağlık çalışanlarının bir robot yerine bir insanla iletişim kurmayı tercih etmesi, robot telefon santralleri gibi örnekler başta olmak üzere hemen her alanda karşılaşılan bir olgudur. Her ne kadar büyük dil modeli kullanan ürünlerin iletişim kabiliyetlerinin çoğu zaman gerçek insan-insan iletişiminden bile verimli olduğu bilinse de yapay zeka-insan iletişiminin dürüstlük, güven, nezaket gibi soruları daha fazla yaşadığı bilinmektedir. Bu sorunun yaratacağı başka bir risk ise yapay zekanın aşırı açık sözlü ve net olmasının çıkaracağı duygusal/psikolojik sorunlar olabilir.

- **Algoritmik Önyargı ve Ayrımcılık**: Modelin eğitimi sırasında veri setindeki etnik, cinsel, kültürel ve benzeri hassas bilgilerin sonuçlarla ilişkisinin de öğrenilmesi. Bu bilgileri "etik" olmayacak şekilde kullanması sık karşılaşılan bir sorundur. Örneğin dermatoloji alanında eğitilen bir derin öğrenme algoritmasının hastaların ten rengini ağırlığı yüksek bir parametre olarak öğrenmesi olasıdır. Böyle bir parametre istenmeden oluşturulmuş "etnik bir sınıflandırma" anlamına gelecektir. Benzer şekilde konuşma arayüzü olan chatbotlar "aksan" ve "cinsiyet" gibi çıkarımlar yapabilirler. Sorunu daha zor hale getiren, bulunan ilişkilerin bir bölümünün hukuken ve etik olarak yanlış olmasına karşın, matematik ve mühendislik olarak doğru olmasıdır.

- **Kara Kutu ve Etik Sorunlar**: Yapay zekanın kullanımını düzenlemek ve etik standartları oluşturmak önemlidir ancak bu konuda tam bir uzlaşı sağlanması zordur. Makine öğrenmesi, derin öğrenme, nöral network gibi öğrenme algoritmaları "kara kutu" diye tabir edilen çıktılar sağlamaktadır. Kara kutuların içerdiği ilişkisel ifadeleri insan diline çevirmek ve nedensellik analizleri yapmak pek mümkün değildir. Dolayısıyla hem hukuki hem etik açıdan değerlendirme yapmaya elverişli olmayan bu yapıların ticari ürün olarak sunulduğu da düşünüldüğünde hukuki süreçlerde "sorumluluk", "rıza", "ayıp" gibi hukuki kavramlar da belirsizlik yaratmaktadır.

- **Biyometrik Hırsızlık:** Yapay zeka şirketleri, büyük ve geniş veri setlerini kullanarak modellerini eğitmek eğilimindedir. Bu durum kişisel ve hassas bilgiler de içeren ulusal sağlık sistemleri, sigorta kuruluşları gibi yapıları hedef haline getirebilir. Ayrıca spor uygulamaları başta olmak üzere çeşitli amaçlarla kullanıcılara sunulan uygulama ve cihazların arka planda biyometrik veriler toplaması, bu verilerle ne yaptığını ticari olarak gizli tutması sık rastlanan tartışma konularıdır.

- **Manipülasyon ve Sahtekarlık**: Yapay zeka, metin, ses ve görüntü manipülasyonunda oldukça yeteneklidir. Bu, kötü niyetli kullanım durumlarında, toplumun yanlış önlem veya tedavilere yönlendirilmesi, ekonomik veya politik amaçlı algı yönetimi ve sahtekarlık gibi riskleri beraberinde getirebilir.

Kaynaklar

1. *Khan, A.W. and Pandey, J. (2022), "Dark side consequences of cyberchondria: an empirical investigation", Aslib Journal of Information Management, Vol. 74 No. 5, pp. 801-817. https://doi.org/10.1108/AJIM-08-2021-0222*

2. *Kung TH, Cheatham M, Medenilla A, Sillos C, De Leon L, Elepaño C, et al. (2023) Performance of ChatGPT on USMLE: Potential for AI-assisted medical education using large language models. PLOS Digit Health 2(2): e0000198. https://doi.org/10.1371/journal.pdig.0000198*

3. *Mbakwe AB, Lourentzou I, Celi LA, Mechanic OJ, Dagan A (2023) ChatGPT passing USMLE shines a spotlight on the flaws of medical education. PLOS Digit Health 2(2): e0000205. https://doi.org/10.1371/journal.pdig.0000205*

4. *FDA, 2023 Artificial Intelligence and Machine Learning (AI/ML)-Enabled Medical Devices https://www.fda.gov/medical-devices/software-medical-device-samd/artificial-intelligence-and-machine-learning-aiml-enabled-medical-devices*

5. *Chuan-Yu Wang, Yuxuan Song, Chih-Yun Wu, and Pu-Tai Yang. 2020. The Moderating Effect of Artificial Intelligence Phobia on the Relationship between Trust and Product Promotion Effectiveness: An Exploratory Study. (IC4E '20). Association for Computing Machinery, New York, NY, USA, 356–359. https://doi.org/10.1145/3377571.3377594*

6. *Hoffman, Valerie, et al. "User Engagement Clusters of an 8-Week Digital Mental Health Intervention Guided by a Relational Agent (Woebot): Exploratory Study." Journal of Medical Internet Research 25 (2023): e47198.*

DAVETLİ KONUŞMA

DEPREM SONRASI AFET YÖNETİMİNDE BİLİŞİM EYLEM PLANI

Uzm. Dr. Dilek YAPAR
Akdeniz University, Institute of Health Science, Medical Informatics (PhD, candidate) and Muratpasa District Health

Giriş

Doğal afetler, kaza felaketleri, halk sağlığı krizleri ve sosyal güvenlik sorunları, insan toplumunun sürekli gelişiminde kaçınılmaz engeller olarak ortaya çıkar, beklenmedik bir anda insan hayatını durdurabilir ve hazırlıksız yakalandığında daha büyük hasarlara yol açabilirler (Macit, 2019). Afetler, insan hayatını ve toplumsal düzeni kesintiye uğratırken, sosyal, ekonomik, fiziksel ve ruhsal boyutlarda geniş çaplı zararlar yaratır. Bu zararların şiddeti ve kapsamı, afetin türüne ve meydana geldiği yer ile zamana bağlı olarak değişkenlik gösterir. Ülkemizde 06.02.2023 tarihinde Kahramanmaraş ili Pazarcık merkezli 7.7 büyüklüğünde ve Elbistan merkezli 7.6 büyüklüğünde iki deprem meydana gelmiştir. Depremler nedeniyle; Kahramanmaraş, Gaziantep, Şanlıurfa, Diyarbakır, Adana, Adıyaman, Osmaniye, Hatay, Kilis, Malatya ve Elazığ olmak üzere toplam 11 ilde 40 bin üzerinde vatandaşımız hayatını kaybetmiş, 500 bin üzerinde vatandaşımız çevre illere tahliye edilmiş ve 15 milyonun üzerinde insanın etkilendiği karmaşık ve yıkıcı bir süreci başlamıştır (AFAD, 2023). Bilişim teknolojilerinin bu felaket sürecindeki rolü, afet yönetimi ve yardım operasyonlarında yenilikçi çözümlerin hızla uygulanmasını sağlayarak hayat kurtarıcı olmuştur. Hızlı veri toplama ve analiz, hızlı bilgi dağıtımı, etkin kaynak yönetimi ve kaynak dağıtımı, iletişim ve koordinasyon, uzaktan izleme ve değerlendirme gibi kritik alanlarda dijital araçların etkin kullanımı, etkilenen bölgelere müdahale sürelerini önemli ölçüde iyileştirmiştir. Ayrıca, sosyal medya ve mobil uygulamalar üzerinden yapılan anlık bilgilendirmeler ve çağrılar, toplulukların afetlere tepki verme ve toparlanma kapasitesini artırmış, hükümet ve sivil toplum kuruluşların (STK) daha koordineli bir şekilde hareket etmesine olanak tanımıştır. Modernleşme ve kalkınma hedefleri doğrultusunda, bu teknolojik entegrasyon, afet risk yönetimi ve dayanıklılık planlaması açısından kritik bir öneme sahiptir. Bilgi toplumunun gelişimi ve iletişim araçlarının yaygınlaşması ile ülkeler, afetlere karşı daha duyarlı hale gelmektedirlerİletişim ağlarının gelişmesi, afet anında hızlı bilgi akışını ve yardım organizasyonlarının etkin bir şekilde harekete geçirilmesini mümkün kılmıştır. İnsanlar, bu ağlar sayesinde gerçek zamanlı bilgilere erişebilmekte ve gerekli yardımın hızla ulaştırılması için gerekli koordinasyon ve katılımı sağlayabilmektedirler (Macit, 2019). Bilişim teknolojileri, temelde bilgisayar donanımları ve yazılımları ile verilerin işlenmesi, depolanması/saklanması, iletilmesi ve bu bilgiye etkin bir şekilde erişilmesini sağlayan elektronik sistemlerin tamamını kapsayan bir terimdir. Bilişim teknolojilerinin bu yönleri, afet yönetimi ve müdahale stratejilerini daha esnek, kapsayıcı ve etkili hale getirir.

Bilişim teknolojileri, günümüzde işletme yönetimi, sağlık hizmetleri, eğitim, eğlence, haberleşme, güvenlik, ulaşım, enerji yönetimi gibi hemen hemen her sektörde birçok farklı amaç için kullanılabilmektedir. Afet durumlarında müdahale, kurtarma, lojistik, yaşamsal ve tıbbi destek gibi farklı iş süreçleri yerine getirilmektedir. Her süreç, kendi uzmanlık alanını gerektirir. Bu iş süreçlerinin etkili, zamanında ve diğer disiplinlerle koordineli bir şekilde yürütülebilmesi için bilişim teknolojilerinden daha fazla yararlanılmalıdır. Önceden hazırlanmış bir bilişim eylem planı, büyük çaplı afetlerde hem ulusal hem de uluslararası düzeyde afet yönetimine önemli destek sağlayacaktır.

Bir eylem planı, belirlenen hedeflere ulaşmak için yapılması gereken aksiyonları, bu aksiyonların zamanlaması, sorumluluğu ve uygulanış şeklini detaylandırır. Hedeflere ulaşmak adına atılacak adımların sıralamasını, zaman çizelgesini, görev dağılımını, gereken kaynakları ve etkilenecek grupları içerir. Afet durumlarına yönelik bu plan, can ve mal kaybını azaltmayı amaçlar ve afet öncesindeki önleme, zararları en aza indirme ve hazırlık çalışmaları ile afet sonrası acil durum müdahalesi, iyileştirme ve yeniden yapılandırma faaliyetlerini kapsar. Bu, etkili bir afet yönetimi stratejisinin temel parçasıdır (Çoban, 2019).

Deprem gibi doğal afetlerin önlenmesi mümkün olmasa da, alınacak önlemlerle etkileri minimize edilebilir. Klasik afet yönetimi, genellikle afet öncesi, sırası ve sonrası planlamalarını içerir ve acil tepki ile kurtarma

çabalarına odaklanır. Ancak, modern afet yönetimi daha geniş bir perspektif sunar. Bu yaklaşım, afet risklerinin önceden tespiti ve azaltılması, tahmin ve erken uyarı sistemlerinin geliştirilmesi, afetlere hazırlık faaliyetleri, etkili kurtarma operasyonları ve iyileştirme çalışmalarını içerir. Bu şekilde, afet yönetimi sadece acil durumlara yanıt vermekten öteye geçerek, afetlerin neden olabileceği zararları azaltmayı ve toplumların bu tür olaylara daha iyi hazırlıklı olmalarını hedefler. Modern afet yönetimi, bilgi ve iletişim teknolojilerinin gelişmesiyle birlikte daha fazla işbirliği ve koordinasyona ihtiyaç duyar. Bu yaklaşım, STK'lar, özel sektör ve hükümet kurumları arasında geniş bir ortaklık ve işbirliği ağını teşvik eder. Bu tür bir entegrasyon, afetlere yanıt verme sürecini iyileştirir, kaynakların daha etkin kullanılmasını sağlar ve çeşitli paydaşların uzmanlıklarından yararlanarak afet yönetimini daha kapsamlı ve etkili hale getirir. Bu sayede, afet öncesi hazırlık, acil müdahale ve afet sonrası iyileştirme süreçlerinde daha hızlı ve koordine bir yaklaşım mümkün olur (Cao, Zhu, Han, ve Zhu, 2018). Afet mücadelesinde, benzer afet türleriyle ilgili verilerin bilişim teknolojileri kullanılarak küresel bir veritabanında toplanması önemli bir rol oynar. Bu veritabanı, önceki afetlerde karşılaşılan sorunlar, çözüm yöntemleri ve alınan kararları içerir. Bu bilgiler, toplumların afetlere karşı daha etkin bir şekilde mücadele etmelerine yardımcı olur. Ayrıca, internet ve sosyal medya gibi yeni iletişim araçları, modern afet yönetimi sistemlerine, bilgi ve bilişim teknolojilerinin kullanımı açısından yeni yaklaşımlar sunmuştur. Bu teknolojiler, hızlı bilgi paylaşımı, toplumun bilinçlendirilmesi ve acil durumlar sırasında hızlı tepki verilmesi gibi avantajlar sağlayarak afet yönetiminin etkinliğini artırır (Finch vd., 2016; Fung, Tse, ve Fu, 2015; Muniz-Rodriguez vd., 2020).

Deprem Anında ve Sonrası Afet Yönetiminde Bilişlim Teknolojileri Kullanım Alanları

Bilişim altyapısının kullanımı, afet yönetiminde önemli kolaylıklar sağlar. Bu altyapı, afet sırasında acil durum iletişimini kolaylaştırarak sosyal medya, anlık mesajlaşma ve e-posta üzerinden güncel bilgi paylaşımını mümkün kılar. Uydu görüntüleri ve insansız hava araçları (İHA›lar) gibi teknolojilerle, afet bölgelerindeki hasar tespit edilebilir, kurtarma operasyonları hızlandırılır ve etkinleştirilir. Örneğin, Japonya'daki deprem robotları, enkaz altındaki insanları bulmak ve kurtarmak için kullanılır. Bu robotlar, uzaktan kumandalı, kompakt ve modüler bir yapıya sahip olup, çeşitli sensörlerle donatılmıştır. Bu sensörler, lazer tarama, kızılötesi kameralar ve termal görüntüleme sistemleri içerir, böylece robotlar çevrelerindeki nesneleri ve engelleri, özellikle de enkaz altındaki insanları tespit edebilirler (Lin, Huang, ve Putranto, 2022; Matsuno vd., 2014; Murphy, 2014; Osumi, 2014). Depremlerin şiddeti, konumu ve zamanı hakkında anlık olarak bilgi veren uygulamalar ve internet siteleri de mevcuttur. Afet sırasında kaynak yönetimini kolaylaştıran bu altyapı, afet bölgelerine gerekli malzemelerin dağıtımını planlamak, kaynak kullanımını izlemek ve koordinasyon sağlamak için çeşitli yazılım ve uygulamaları kullanır. Modern afet yönetiminde bu bilgi sistemleri kritik rol oynar, afet merkezlerine veri transferi sağlar ve bu veriler işlenerek depolanır. Toplanan bilgiler, benzer afet durumlarında müdahale ve yönetimde kullanılır, karar alma süreçlerini hızlandırır ve doğruluğunu artırır. Mobil cihazlardan gelen anlık veriler afet koordinasyon merkezlerinde işlenir ve lojistik merkezlerin envanter bilgilerine göre ihtiyaçlar karşılanır, böylece afet bölgesindeki ihtiyaçlar daha hızlı ve etkin bir şekilde giderilir. Bilgi iletişim teknolojileri ne kadar gelişmiş olursa olsun, enerji ve internet kesintisi riskleri göz önünde bulundurulmalı ve bu risklere karşı gerekli önlemler alınmalıdır. Ayrıca, yoğun telefon trafiği de operatörlerin işlevsiz hale gelmesine neden olabilir. Japonya'nın örneğinde olduğu gibi, afet önleme sistemi hayatın bir parçası haline getirilmiştir (Bayra, 2021; Toshikazu ve Yuichiro, 2016). Akıllı telefonlara, deprem olmadan önce 5-10 saniye önce uyarı veren erken uyarı sistemleri yüklenebilir. Bu nedenle, Türkiye gibi deprem kuşağında yer alan ülkeler, dünya genelinde en tecrübeli devletlerden biri olan Japonya'nın tecrübelerinden faydalanarak gerekli önlemleri almayı hedeflemelidir.

Deprem Sonrasında Bilişim Araçlarının Gerekliliği

Mobil cihazlar ve uygulamalar, afet durumlarında haberleşme, bilgi paylaşımı ve koordinasyon için hayati öneme sahip olup, enkaz altındaki kişilerin bulunmasında büyük rol oynamıştır. İnternet ve sosyal medya, acil bilgilerin paylaşımı ve yardımlaşma amacıyla kullanılmıştır. Harita ve GPS teknolojileri, afetzedelerin ve yardım ekiplerinin yerlerini belirlemek ve koordinasyon sağlamak için kullanılmış, aynı zamanda hasar tespiti ve yardım kaynaklarının yönetiminde de etkili olmuştur. Sosyal medya, afet müdahalelerinde önemli bir rol oynayan bir teknoloji haline gelmiştir. Bu platformlar, kullanıcıların konuşmaları ve etkileşimleri aracılığıyla

açık ve çevrimiçi bilgi alışverişi yapmalarına olanak tanır. Geleneksel internet ve iletişim araçlarından farklı olarak, sosyal medya çevrimiçi ortamda konuşma ve etkileşimin içeriğini yönetir (Yates ve Paquette, 2011). Sosyal medyanın bir doğal afet sırasında ve sonrasında acil durum uyarı ve müdahale bilgilerinin yayılmasını nasıl iyileştirebileceğini ve bir doğal afetten sonra fiziksel, tıbbi, işlevsel ve duygusal ihtiyaçları belirlemeye yardımcı olabileceğine hem literatürde (Muniz-Rodriguez vd., 2020) hem de yaşadığımız son depremde Türkiye örneğinde de şahit olduk. Twitter, Facebook, Instagram ve Youtube gibi sosyal medya platformları ulusal ve uluslararası acil durum uyarılarının ve yardım çağrılarının paylaşılmasına olanak sağlamıştır. Bu paylaşımlar sayesinde sosyal medya kitle kaynaklı bir sanal sensör ağına dönüştürülebilir ve haritalama yapılabilir (Middleton, Middleton, ve Modafferi, 2014). Bu sayede hem halkı bilgilendirmek hem de sivil koruma makamlarının müdahale çabalarına odaklanmalarına yardımcı olmak için yenilikçi yaklaşımlar doğar.

Türkiye'de 6 Şubat 2023 depremlerinde afet yönetimine yardımcı olan bilişim teknoloji araçlarına örnek olarak Afet Harita uygulaması (https://www.afetharitasi.org/) verilebilir. Afet Müdahale Haritası, çeşitli aktörler arasındaki iletişimi kolaylaştırmakta ve Türkiye'nin afet bölgelerindeki ihtiyaçları belirlemek ve tedarik etmek için hızlı bir şekilde harekete geçirmektedir. Türünün tek örneği olan bu platform, Türkiye'deki tüm afet yardımı çabalarını merkezileştirmekte ve afetten etkilenen toplulukların toparlanma çabalarını ve dayanıklılıklarını hızlandırmaktadır. Yine sosyal medya platformları ve AKUT Arama Kurtarma Derneği güvendeyim uygulaması başlatmıştır. Orta Doğu Teknik Üniversitesi (ODTÜ) öğrencileri, Maraş depremiyle ilgili, depremden saatler sonra hem depremzedelerin hem de yardımda bulunacakların yararlanabileceği internet tabanlı ara yüz geliştirdi. Bu site (https://www.afetbilgi.com/) kan bağışından geçici konaklama ve acil gıda desteğine kadar bağlantılar içermektedir.

Deprem Sonrasında Afet Yönetiminde Bilişim Eylem Planı Gerekliliği

Bilişim eylem planı, afet yönetiminde kullanılacak teknolojilerin belirlenmesi, teknolojik altyapının hazırlanması, iletişim planının oluşturulması, teknoloji kullanımına yönelik prosedürlerin tanımlanması ve yeniden yapılanma süreci gibi konuları içerir (Şekil 1). Afetzedelere hızlı ve etkili bir yardım sağlamak, kurtarma operasyonları daha iyi yönetmek ve yeniden yapılanma sürecini daha hızlı bir şekilde gerçekleştirebilmek için ulusal düzeyde deprem sonrası afet yönetiminde bilişim eylem planına ihtiyaç vardır. Özellikle aynı anda meydana gelen deprem ve tsunami gibi iki doğal afet ya da fazlası durumunda çoklu tehlike senaryolarına yönelik kapsayıcı bir bilişim eylem planı afet yönetimini kolaylaştırıcı ve hızlı hale getirecektir (Xie vd., 2023).

Sonuç

Deprem, her zaman önemli bir doğal afettir ve bilişim teknolojisi, deprem sonrası acil durumlarda kurtarma ve yardım çalışmalarında önemli bir rol oynar. Deprem sonrası bilişim teknolojisi kullanımının, kurtarma çabalarının koordinasyonunu sağlama, veri analizi, iletişim ve güvenlik sorunlarını ele alma ve afet bölgesindeki hayat kurtarma çabalarına katkı sağlama potansiyeli yüksektir. Bu nedenle, bu konulara özellikle önem verilerek, bilişim teknolojisi alanında çalışanların deprem sonrası kurtarma çabalarına destek olacak becerileri edinmeleri gerekmektedir. Dijital çağın getirdiği bilişim ve iletişim teknolojileri afet yönetimine entegre edilerek bütüncül bir afet yönetimi için eylem planı hazırlanması şarttır. Bu eylem planında risklerin azaltılması, etkin mücadele, insan hayatının korunması gibi çok sayıda hedefin başarılması için yönetim planlarının bütüncül olması, problemlerin her açıdan değerlendirilerek çözüm yöntemlerinin geliştirilmesi gerekmektedir.

Şekil 1. *Depremde Bilişim Eylem Planına Dahil Olması Gereken Konular*

Kaynaklar

1. *AFAD. (2023). Kahramanmaraş'ta Meydana Gelen Depremler Hk Basın Bülteni-35. Retrieved from https://www.afad.gov.tr/kahramanmarasta-meydana-gelen-depremler-hk-basin-bulteni-35*

2. *Bayra, E. (2021). Büyük Doğu Japonya Depremi Sonrası Japon Mevzuatında Görülen Eksikliklerin Düzeltilmesi Bağlamında Deprem ve Hukuk. Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi.*

3. *Cao, J., Zhu, L., Han, H., ve Zhu, X. (2018). Emergency Disaster Management. In Modern Emergency Management (pp. 255-290). Singapore: Springer Singapore.*

4. *Çoban, H. (2019). Afet sonrası iyileştirme planı hazırlanması. Resilience, 3(2), 239-246.*

5. *Finch, K. C., Snook, K. R., Duke, C. H., Fu, K.-W., Tse, Z. T. H., Adhikari, A., ve Fung, I. C.-H. (2016). Public health implications of social media use during natural disasters, environmental disasters, and other environmental concerns. Natural Hazards, 83, 729-760.*

6. *Fung, I. C.-H., Tse, Z. T. H., ve Fu, K.-W. (2015). The use of social media in public health surveillance. Western Pacific surveillance and response journal: WPSAR, 6(2), 3.*

7. *Lin, T.-H., Huang, J.-T., ve Putranto, A. (2022). Integrated smart robot with earthquake early warning system for automated inspection and emergency response. Natural Hazards, 110(1), 765-786.*

8. *Macit, İ. (2019). Bütünleşik afet yönetiminde Sendai çerçeve eylem planının beklenen etkisi.*

9. *Macit, İ., ve Kalan, O. (2016). Bütünleşik Afet Yönetiminde İş süreçlerinin Yönetiminde Bilişim Teknolojisinin Kullanımı. Paper presented at the YA/EM 2016 Yöneylem Araştırması ve Endüstri Mühendisliği Ulusal Kongresi, İzmir, Turkey.*

10. *Matsuno, F., Sato, N., Kon, K., Igarashi, H., Kimura, T., ve Murphy, R. (2014). Utilization of Robot Systems in Disaster Sites of the Great Eastern Japan Earthquake. In K. Yoshida & S. Tadokoro (Eds.), Field and Service Robotics: Results of the 8th International Conference (pp. 1-17). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.*

11. *Middleton, S. E., Middleton, L., ve Modafferi, S. (2014). Real-Time Crisis Mapping of Natural Disasters Using Social Media. IEEE Intelligent Systems, 29(2), 9-17. doi:10.1109/MIS.2013.126*

12. *Muniz-Rodriguez, K., Ofori, S. K., Bayliss, L. C., Schwind, J. S., Diallo, K., Liu, M., Yin, J., Chowell, G., ve Fung, I. C. (2020). Social Media Use in Emergency Response to Natural Disasters: A Systematic Review With a Public Health Perspective. Disaster medicine and public health preparedness, 14(1), 139–149. https://doi.org/10.1017/dmp.2020.3*

13. *Murphy, R. R. (2014). International cooperation in deploying robots for disasters: Lessons for the future from the Great East Japan Earthquake. □□□□□□□□□□, 32(2), 104-109.*

14. *Osumi, H. (2014). Application of robot technologies to the disaster sites. Report of JSME Research Committee on the Great East Japan Earthquake Disaster, 58-74.*

15. *Toshikazu, S., ve Yuichiro, N. (2016). 'Crisis Mapping Project and Counter-Mapping by Neo-Geographers' in Pradyumna P. Karan ve Unryu Suganuma (eds), Japan after 3/11: Global Perspectives on the Earthquake, Tsunami, and Fukushima Meltdown (The University Press of Kentucky 2016) 288.*

16. *Xie, Z., Weng, W., Pan, Y., Du, Z., Li, X., ve Duan, Y. (2023). Public opinion changing patterns under the double-hazard scenario of natural disaster and public health event. Inf Process Manag, 60(3), 103287. doi:10.1016/j.ipm.2023.103287*

17. *Yates, D., ve Paquette, S. (2011). Emergency knowledge management and social media technologies: A case study of the 2010 Haitian earthquake. International Journal of Information Management, 31(1), 6-13. doi:https://doi.org/10.1016/j.ijinfomgt.2010.10.001*

DAVETLİ KONUŞMA

ÇEVRE SAĞLIĞININ GELECEĞİ[7]

Prof. Dr. Çağatay GÜLER

Çevre sağlığı uygulamaları, çevre sağlığı ile ilgili olarak alınması gereken önlemler ve yapılması gereken hazırlıkların propaganda ve toplum pazarlaması yönünden etkisi çok az olduğu için kamuoyu ve basın açısından ilgi çekici değildir. Ancak bu önlemlerin alınmamasına ya da yetersizliğine bağlı bir sorun çıktığında ilgi gösterilmektedir. Bu nedenle kaynak dağılımını belirleyen politik yetkililer gereken önemi vermemektedir.

Çevre sağlığı bilgi ve deneyim eksikliği kaynakların uygun teknoloji yerine gösterişli ancak yararsız araç, gereç ve donanım için kullanılmasına neden olmakta, afet döneminde büyük yarar sağlayacak çok ucuz araç, gereç ve donanım bulunamamaktadır.

Politikacılar ve çevre sağlığı

John M.Last bir halk sağlığı sorunun çözümü için gerçekleşmesi gerekenleri şöyle sıralar:

"Ömrüm boyunca, değişen değer ve davranışların yansıması, benim herhangi bir halk sağlığı sorununun kontrolüyle ilgili olarak aşağıdaki sıralamayı önermeme yol açmıştır:

- Var olan sorunun farkındalığı
- Soruna neyin neden olduğunun anlaşılması
- Sorunla başa çıkabilme yeteneği ve olanağının olması
- Problemin önemini algılatan değerler duygusu
- Problemi kontrol edecek politik irade"

Politikacıların çevre sağlığının önemini kabul etmesi ve onu anahtar bir politika alanı olarak önceliklendirmesi önemlidir. Politikacılar, bilinçli kararlar alarak, uzmanlar ve paydaşlarla işbirliği yaparak ve uzun vadeli sonuçları göz önünde bulundurarak, hem şimdiki hem de gelecek nesiller için daha sağlıklı ve daha sürdürülebilir bir geleceğe katkıda bulunabilirler.

Politikacılar ve çevre sağlığı arasındaki **istendik ilişkinin bazı temel varsayımları** şunlardır:

1.Politika Geliştirme

2.Savunuculuk ve Liderlik

3.Düzenleyici Çerçeveler

4.Uluslararası İşbirliği

5.Toplum Katılımı

6.Uzun Vadeli Planlama

7.Hesap Verebilirlik ve Şeffaflık

Çevre sağlığı açısından varsıllık ve yoksulluk

Temel kaynaklarda varsıllık ve yoksulluğu çevre sağlığı açısından kimi artı ve eksilerinin ipuçlarını bulmak mümkündür. Bu temel kavramların özümlenmesini gerektirir. Bu artıların ve eksilerin genellemeler olduğunu ve hem varsıl hem de yoksul bireylerin çevre sağlığı üzerindeki etkisinin belirli bağlamlara ve koşullara bağlı olarak büyük ölçüde değişebileceğini akılda tutmak gerekir. Varsıllık ve yoksulluğun çevre sağlığı üzerindeki

7 *100.yıl kitabındaki ilgili bölümden özetlenmiştir. Ayrıntılar ve kaynaklar için söz konusu kitapta bulunabilir.*

etkisini belirleyen ilişkiler karmaşık ve çok yönlüdür. Kişiye, yere ve zamana bağlı olarak önemli farklılıklar gösterebilir. Çevre sağlığını ele almak, kaynakların yeniden dağıtılması, adil politikalar ve hem zengin hem de yoksul toplulukların ihtiyaçlarını dikkate alan işbirlikçi çözümler dahil olmak üzere toplumun tüm kesimlerini katan kapsamlı çabalar gerektirir,

Varsıl ve yoksullarla ilgili potansiyel bazı artı ve eksiler aşağıda listelenmiştir:

Varsılların artıları:

1.Finansal Kaynaklar

2.Yenilikçilik ve Girişimcilik

3.Hayırseverlik ve Savunuculuk

Varsılların eksileri:

1.Yüksek Tüketim Modelleri

2.Çevresel Ayak İzi

Yoksulların artıları:

1.Daha Düşük Çevresel Ayak İzi

2.Geleneksel ve Sürdürülebilir Uygulamalar

3.Göğüsleyebilirlik ve Uyum

Yoksulların eksileri:

1.Kaynak ve Erişim Eksikliği

2.Sınırlı Siyasi Etki

3.Çevresel Adaletsizlik

Gelişmekte olan ve gelişmiş ülkeler açısından çevre sağlığının geleceği:

Geçen yüzyılın başlıca çevre sağlığı sorunları benzin, boya vb. ürünlerdeki kurşun kirliliği; sanayileşme ve fosil yakıtlarına bağlı hava kirliliği; sanayileşme ve sürecinde kanalizasyon ve diğer kirleticilerin su yolları ve kütlelerine boşaltılmasına bağlı yaygın su kirliliği, asbest etkilenimi; böcekkıran, otkıran vb. canlıkıranlarla etkilenim; 1986'daki Çernobil, 2011'deki Fukuşima felaketleri gibi nükleer; 1984'teki Bhopal felaketi, 2010'daki Deepwater Horizon petrol sızıntısı gibi endüstriyel kazalardı.

Günümüzde gelişmiş ülkelerde hava kirliliği, kimyasal kirlilik, iklim değişikliği, aşırı atık üretimi ve yetersiz atık yönetimi, yüksek gürültü düzeyleri önem kazanmıştır. Gelişmekte olan ülkelerde ise güvenli içme suyuna erişim güçlüğü, çevre ağlığı uygulamalarının yetersizliği, yapı-içi hava kirliliği, eklembacaklılarla taşınan hastalıklar, ormansızlaşma, erozyon, iklim değişikliği ve tehlikeli atıklar öne çıkmaktadır.

Gelecekteki başlıca çevre sağlığı sorunları iklim değişikliği, hava kirliliği, su kıtlığı, yetersiz besin güvenliği, kimyasal etkilenim, başkaldıran ve yeni ortaya çıkan bulaşıcı hastalıklar olacaktır.

Hem gelişmekte olan hem de gelişmiş ülkelerde çevre sağlığının geleceği, toplumların refahı ve gezegenimizin sürdürülebilirliği için çok önemlidir. Bu iki grup arasında belirli zorluklar ve yaklaşımlar açısından farklılık gösterse de önemli bazı ortak özellikler de vardır. Hem gelişmekte olan hem de gelişmiş ülkelerde; hükümetler, endüstriler, topluluklar ve uluslararası kuruluşlar arasındaki işbirliği, çevre sağlığı sorunlarını etkili bir şekilde ele alınabilmesinde yaşamsal önem taşımaktadır. Sürdürülebilir uygulamaları benimseyerek, temiz tekno-

lojilere yatırım yaparak ve insanların ve gezegenin refahına öncelik vererek daha sağlıklı ve daha sürdürülebilir bir geleceğe yönelebiliriz.

"Var olan yanıt verme kapasitesini aşan olaylara" "halk sağlığı acil durumları" denir, "her biri farklı müdahale" gerektiren üç türü vardır. Bunlar doğa afetleri, insan eylemlerine bağlı durumlar ve beklenmeyen büyük ya da uluslararası salgınlardır. Başta doğa afetleri olmak üzere bunların halk sağlığı acil durumu olma özelliği her iki grupta da artarak devam edecektir. Geri kalmış ülkelerde belki salgınlarda halk sağlıkçılara başvurulsa bile, diğerlerinde yapabilecekleri katkılar pek önem verilmemektedir.

Burada gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde daha öncelikli bazı uygulamaların sıralanması yararlı olacaktır:

Gelişmekte olan ülkeler:

1.Temiz Su ve Sanitasyona Erişim

2.Hava Kirliliği ve Yapı-içi Hava Kalitesi

3.Sürdürülebilir Tarım

4.Atık Yönetimi

Gelişmiş ülkeler:

1.İklim Değişikliğini Yavaşlatma

2.Sürdürülebilir Şehir Planlaması

3.Kimyasal Etkilenim ve Kirlilik

4.Çevresel Adalet

Çevre sağlığı ile ilgili ufuk açıcı yeni yaklaşımlar

Çevre sağlığı için yeni öngörüler, karşılaştığımız zorlukları ele almak için yenilikçi yaklaşımları ve stratejileri kapsar. Bunlar arasında döngüsel ekonomiler, doğa tabanlı çözümler, dijital teknolojiler, tüm politikalarda sağlık, dayanma ve uyum, sosyal ve çevresel adalet, eğitim ve farkındalık yaklaşımları özellikle önemlidir.

Bu yeni bakış açıları ve yaklaşımlar , disiplinler arası işbirliğini, yeniliği ve sağlığımızın, ekosistemlerimizin ve gezegenimizin birbirine bağlılığına dair tümelci bir anlayışı birleştirerek çevre sağlığına yaklaşımımızda dönüştürücü değişikliklere olan ihtiyacı vurgulamaktadır. Bunun özünü John M. Last "İnsan Ekolojisi" kitabının sonsözünde şöyle özetler:

"Umarım kişiler arasında ve kişilerle, dünyayı paylaştığımız, gelecekleri kendimizinkiyle örtüşmüş olan canlılar arasında ahenk bulunan bir gelecek arzularsınız. Ben bu kitabın adına Ekoloji sözünü eklerken, kafamda bu umut vardı. Size sunabileceğim en zorlayıcı sağlık tanımı 'insan ve bizim dünyayı paylaştığımız diğer canlılar arasında sürdürülebilir ahenk durumu' biçimindedir, ben sağlık nosyonunu ahenk olarak ele almayı seviyorum; umarım siz de seversiniz."

DAVETLİ KONUŞMA

HALK SAĞLIĞI BAKIŞ AÇISIYLA İL VE İLÇE YÖNETİMİ ÖRNEKLERİ: SULTANBEYLİ İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ÖRNEĞİ

Doç. Dr. Mehmet Akif SEZEROL
İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Sultanbeyli İlçe Sağlık Müdürü

İlçe Sağlık Müdürlükleri nüfusu 30.000 ve üzeri olan ilçelerde bulunan Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatı idari birimleridir. Toplum sağlığı açısından bu birimlerin öncelikli görevleri arasında bölgede yaşayan bireylerin sağlığını geliştirmek ve korumak yer almaktadır. Bu işi yapabilmekiçin idari yöneticilerin göreve başladıklarında sorumlu oldukları bölgeyi ve toplumu tanımalarıgerekir. Toplumu tanıdıktan sonra bölgenin sağlık ihtiyaçlarını, temel sağlık sorunlarını tespit etmeli ve bunlar arasından öncelikli olanları belirlemelidir. Yöneticiler öncelikli sorunlara yönelik müdahale planları hazırlamalı ve bu planları uygulamalıdır. Ayrıca uygulama sonrası bölgesinde yaptığı faaliyetleri de altı aydan daha uzun olmayacak şekilde belli periyotlarla İl Sağlık Müdürlüğüne sunmalıdır. Bu yaklaşım Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatında görev yapan Toplum Sağlığı Merkezi Başkanları ve İlçe Sağlık Müdürleri başta olmak üzere sahadayönetimde görev alan tüm idarecilerin temel görevlerini oluşturmaktadır.

Sağlık yöneticilerinin görev tanımları Community Oriented Primary Care (COPC) veya Türkçeadıyla Toplum Yönelimli Sağlık (TOYS) kavramıyla yakından uyuşmaktadır. TOYS halk sağlığı bakış açısıyla toplumun öncelikli sağlık sorunlarının belirlenmesini içermektedir. Ayrıcaöncelikli sorunları sistematik bir yaklaşımla ele alarak çözümler üretir. Böylece epidemiyoloji,sağlık politikaları ve sağlık yönetimi gibi bilim dallarının sahada etkin kullanımını ortaya çıkarmaktadır. Dolayısıyla sağlık yöneticilerinin sahada TOYS yaklaşımı ile hareket etmesi onları hem yönetimsel anlamda güçlendirecek hem de daha verimli hale getirecektir.

Sultanbeyli İstanbul ilinin Anadolu yakasında yer alan 35 km^2 büyüklüğünde yaklaşık 360 binnüfuslu bir ilçedir. Sultanbeyli nüfusunun bir kısmını göçmenler oluşturmaktadır. Bu anlamdaİstanbul Anadolu yakasında en fazla göçmen nüfus barındıran ilçelerden biridir. Sultanbeyli'nin bir başka özelliği de İstanbul'un sosyoekonomik düzeyi en düşük ilçesi olmasıdır.Sosyodemografik ve coğrafi özellikleri nedeniyle İstanbul'un diğer ilçelerinden bazı konulardafarklılaşmaktadır. Sağlık alanında da bu farklılıklara rastlanmaktadır. Bu nedenle ilçede sağlık yönetiminde rutin hizmetlerle beraber toplum yönelimli sağlık anlayışı da hakim olmalıdır. Sultanbeyli İlçe Sağlık Müdürlüğü de 2022 yılı başından itibaren yönetimsel süreçlerde TOYSyaklaşımını benimsemiş ve ilçe düzeyinde uygulamaya çalışmıştır. Bunun bir parçası olarak dahalk sağlığı bakış açısıyla ilçede birçok olumlu gelişme meydana gelmiştir. Yaklaşık iki yıllık süreçte bu gelişmelere dair bazı örnekler aşağıda verilecektir;

1. Anne Ölümlerinin Sıfırlanması

2022 yılı başında ilçenin tüm sağlık verileri kullanılarak mevcut durumu, güncel sorunları ve müdahale planları değerlendirilmiştir. Yapılan değerlendirmelerde en önemli sorunun 2021 yılıanne ölüm oranının yüksekliği olduğu belirlenmiştir. Sonrasında anne ölümleri ile ilgili detaylıçalışmalar yapılmış, sorunun boyutları ve nedenleri ortaya konulmuştur. Nedenler göz önüne alarak soruna yönelik yapılacak girişimler belirlenmiştir. Sağlık çalışanları başta olmak üzere tüm kamu görevlilerinin konu ile ilgili farkındalığı da artırılmıştır. Böylece süreçlerde rol alacakkişilerin yönetime katılmasına fırsat sağlanmış ve sektörler arası iş birliği de geliştirilmiştir. Sorunun çözümü için geliştirilen bazı girişimler aşağıda sıralanmıştır;İlçede görev yapan aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının anne ölümleri konusundafarkındalığının artırılması

- Covid-19 aşısı yaptırmayan gebelerin tespiti ve aşı tereddütlerine yönelik çalışmalaryapılması
- Gebelerin İlçe Sağlık Müdürlüğü tarafından takibi ve riskli gebelerin belirlenmesi
- İlçe Sağlık Müdürlüğü personelince gebelerin ruh sağlığı açısından taranması
- İlçe Sağlık Müdürlüğü personelince lohusaların ruh sağlığı açısından taranması

- Özel durumu olan gebe ve lohusalara psikososyal destek sağlanması
- Sosyoekonomik yardıma ihtiyaç duyan gebe ve lohusaların ilgili kurumlarca (SosyalYardımlaşma Vakfı, Belediye, Sosyal Hizmet Müdürlüğü) desteklenmesi

Nihayetinde tüm girişimler hayata geçirilmiş ve sonuçlar değerlendirilmiştir. Sonuçlar incelediğinde girişimler sonrası 19 aylık dönemde hiçbir anne ölümünün olmadığı, 2023 yılındaanne ölümlerinin sıfırlandığı tespit edilmiştir.

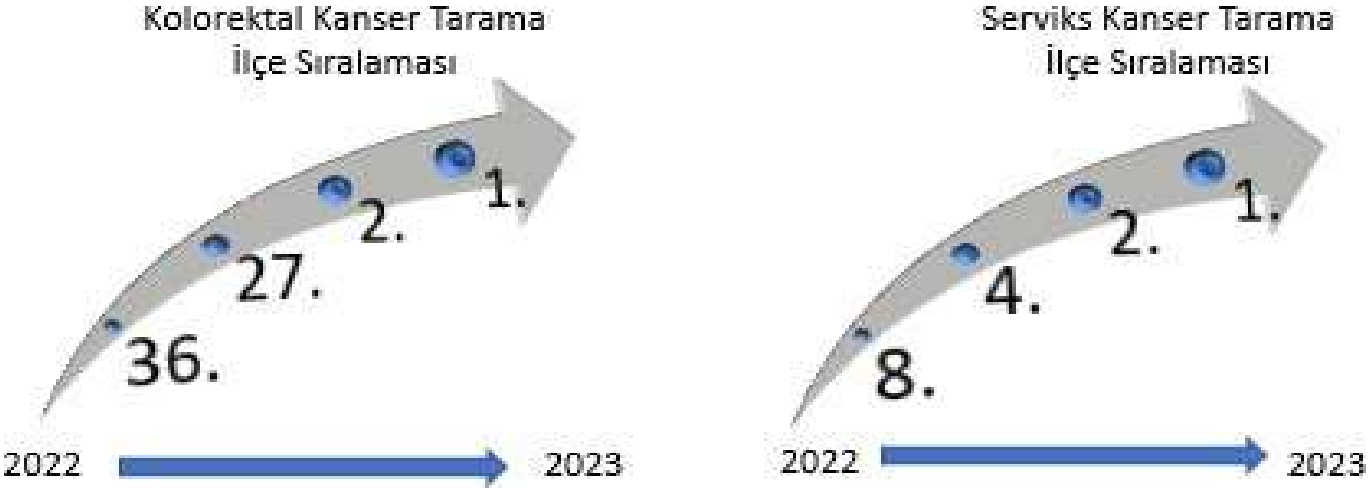
2. Kanser Taramalarının Artırılması

Ülkemizde kolorektal, meme ve serviks kanserleri için tarama programları yürütülmektedir. Sahada kanser taramaları genellikle Aile Sağlığı Merkezleri, KETEM birimleri ve Sağlıklı Hayat Merkezlerinde yapılmaktadır. 2022 başında Sultanbeyli ilçesinde yapılan ilçe değerlendirmesinde hem kolorektal hem de serviks kanser tarama sayılarının çok düşük olduğu belirlenmiştir. Muhtemelen pandeminin de etkisiyle ilçede diğer bölgelerde de olduğu gibi kanser taramaları noktasında farkındalık azalmıştır. Kanser taramalarının yetersiz oluşu öncelikli sağlık sorunları arasında sayılmış ve detaylı analizler yapılmıştır. Bu analizlerde yönetimsel faktörlerin yanı sıra hizmet sunan ve hizmet alanlarla ilgili durumların da kanser tarama sayılarında etkili olduğu belirlenmiştir. Sonrasında konuyla ilgili planlamalar yapılmış ve aşağıda örnekleri sunulan bazı faaliyetler hayata geçirilmiştir.

- İlçede görev yapan birinci basamak çalışanları başta olmak üzere kamu görevlilerininkanser taramaları konusunda farkındalığının artırılması
- Kanser taramalarına katılımı artırmak amacıyla diğer kurumlarla iş birliği yaparak Kur'an kursu, camiler, okullar gibi kamu kurumlarında eğitimler düzenlenmesi
- Sivil toplum kuruluşları, kadın kolları ve belediye ile iş birlikleri kurularak kadınlarınkanser taramalarına katılımının artırılması
- Fırsatçı tarama yapılması amacıyla kampanyaların düzenlenmesi
- Meme kanseri taramaları için ilçe dışı kurumlara randevu ayarlanması ve Aile Sağlığı Merkezlerinden kadınların transferlerinin sağlanması
- Birim bazlı kanser tarama sayılarının takibi ve tüm çalışanlara düzenli geri bildirimyapılması
- En fazla tarama yapan aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının ödüllendirilmesi
- Kanser tarama eğitimleri başta olmak üzere faaliyetlere destek olan başarılı İlçe Sağlık Müdürlüğü personellerinin ödüllendirilmesi

Planlanan faaliyetlerin gerçekleştirilmesi ile birlikte ilçede kanser taramalarında ciddi bir artış meydana gelmiştir. 2022 yılı sonunda serviks kanser taramaları bir önceki yıla göre yaklaşık 6kat, kolorektal kanser taramaları ise 20 kat artmıştır. Bu artışlar neticesinde Sultanbeyli ilçesi 2022 yılı sonunda İstanbul ilinde en fazla kolorektal ve serviks kanser taraması yapan ilçe olmuştur. 2023 yılında da bu başarısını devam ettirmektedir. Aşağıdaki grafikte 2022 yılı içerisindeki değişim gösterilmiştir. (Şekil-1)

Şekil 1. *2022 yılı kanser taramalarında Sultanbeyli ilçesinin İstanbul genelindeki sıralama değişimi*



3. Otizm Spektrum Bozukluğu Taramalarının Artırılması

18-36 ay arası tüm çocuklarda ulusal düzeyde otizm spektrum bozukluğu (OSB) taraması yapılması hedeflenmiştir. Bu tarama programı Aile Sağlığı Merkezlerinde yürütülmektedir. Sultanbeyli ilçesinde 2022 yılı başında yapılan değerlendirmelerde ilçede yapılan OSB taramalarının hedeflenen tarama sayısının gerisinde olduğu tespit edilmiştir. Bunun üzerine sorun öncelikli olarak kabul edilmiş ve ayrıntılı olarak incelenmiştir. Diğer konularda olduğu gibi bu alanda da bir dizi faaliyet gerçekleştirilmiştir. Bu faaliyetlerden bazıları aşağıda sıralanmıştır;

- İlçede görev yapan birinci basamak çalışanlarının OSB taramaları konusundafarkındalığının artırılması
- Aile Sağlığı Merkezlerinin İlçe Sağlık Müdürlüğü ruh sağlığı birimi çalışanları tarafından rutin olarak ziyaret edilmesi
- Birim bazlı OSB tarama sayılarının takibi ve tüm çalışanlara düzenli geri bildirimyapılması
- Topluma yönelik farkındalık eğitimlerinin düzenlenmesi

Yapılan faaliyet ve çalışmalar sonrası otizm taramaları 2022 yılında bir önceki yıla göre 2,5 katın üzerinde artırılmıştır. Yıl bazında hedeflenen otizm taramaları tamamlanarak devam etmektedir.

DAVETLİ KONUŞMA

6 ŞUBAT DEPREMLERİ SONRASINDA GAZİANTEP İSLAHİYE'DE HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ

Uzm. Dr. Mithat TEMİZER
Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Laboratuvarı

İslahiye, Gaziantep il merkezine 88 km uzaklıkta olan, 67.650 nüfuslu bir ilçedir. İlçe Hatay-Kahramanmaraş fay hattı üzerinde, 1. Derece deprem bölgesindedir. İslahiye ve Nurdağı ilçeleri 6 Şubat 2023 depremlerinden Gaziantep'te en çok etkilenen ilçelerdir.

İslahiye'deki depremin etkilerinin boyutlarını en iyi anlatan cümle Gaziantep Büyükşehir Belediye Başkanı Fatma Şahin'in deprem sonrası gazeteci Cüneyt Özdemir'in Youtube programında kullandığı "60 bin nüfuslu ilçenin yarısı yok" ifadeleridir.

Deprem sonrası sağlık koordinatörü olarak görevlendirildiğim bölgede eş görevlim Dr. Ahmet Sarıkaya ile yaptıklarımızı başlıklar halinde özetlersek:

- Bölgenin nüfus yapısının tespiti (toplam aile hekimliğine kayıtlı nüfus, 5 yaş altı, gebe ve 65+ özellikli nüfus)
- Bölgedeki 6 ASM'den faal olanları desteklemek, faal olmayanlar için yeni alanlar tespit etmek.
- Yeni kurulan konteynerkent ve çadırkentlerde sağlık hizmetlerinin sunumunu planlamak
- Bağışıklama, gebe izlemleri ve üreme sağlığı hizmetleri başta olmak üzere koruyucu sağlık hizmeti sunumunu sağlamak.
- İçme kullanma sularının izlenmesi ve denetimi ve kaynaktan uç noktaya kadar iyileştirme çalışmalarını sağlamak.
- Salgın hastalık takibi, sürveyans sisteminin oluşturulması.

Engeller/Zorluklar/Çözümler

- Bölgedeki birinci basamak sağlık sistemi deprem sonrası ciddi anlamda hasar aldı. Fiziksel mekan eksikliğinin yanı sıra, aile hekimliğine kayıtlı nüfus bilgilerinin kayıtlı olduğu bilgisayarların da hasar görmesi sebebiyle etkin koruyucu sağlık hizmeti vermek çok zordu. İl sağlık müdürlüğünden yapılan Aile hekimliği görevlendirmeleriyle USS'den kayıtlı kişi verilerinin çekilmesi ile koruyucu sağlık hizmetleri etkin verilmeye çalışıldı. Yeni yaşam bölgelerindeki sağlık merkezlerinde dijital alt yapı kurularak bölge tabanlı hizmet benimsendi. Fiziki mekan, bilgisayar, sağlık ve büro malzemesi eksiklikleri il yönetimi, hayırseverler ve STK'lar ile giderilmeye çalışıldı.
- Bağışıklama hizmetleri için USS'den elde edilen veriler incelenerek eksik aşılılar tespit edildi, Ebeveynlere kayıtlı telefonlarından ulaşılarak adres bilgilerine göre en yakın aktif sağlık merkezine yönlendirildiler. 2023 Mart ayında SİNA verilerine göre aşılanması gereken nüfusun %79,13'ü aşılanmıştı.
- Bölgenin su şebekesinin hasar görmesi sebebiyle ilk iki ay şebeke suyu kullanılamadı, GASKİ ile birlikte kaynaktan uç noktaya izlemler yapıldı.
- Ciddi anlamda artmış rehabilitasyon hizmet ihtiyaçları ilçe içinde karşılanamadı. İl sağlık yönetiminden ve STK'lardan destek alındı.
- İlçe içi ulaşım neredeyse imkansız hale geldiği için mobil sağlık hizmeti ile bölge halkına sağlık hizmeti sunuldu. En az iki günde bir tüm köylere ulaşılacak şekilde planlama yapıldı. İlerleyen zamanda mobil ekibe diş hekimi ve psikolog da dahil edildi.
- Gaziantep İl Merkez laboratuvarın çalışıyor olması avantajı ile sağlık kurumlarından laboratuvara numune akışının kurulması sağlandı, yeni açılan sağlık merkezleri de bu sisteme dahil edildi.

DAVETLİ KONUŞMA

AFETLERDE ENGELLİLERE YÖNELİK YAPILANLAR VE YAŞANANLAR

Dr. Öğr. Üyesi Feyza DERELİ
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

İnsanlık tarihi boyunca yaşanmış ve yaşanmaya devam edecek afetlerin, son yıllarda ekolojik dengenin bozulması, iklim değişikliği gibi nedenlerle sayı ve şiddeti giderek artmıştır. Dünyada bu yüzyılda 24.000 üzerinde teknolojik ve doğal nedenli afet meydana geldiği bildirilmiştir. Bu gelişmelerden dolayı Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinin çoğunda da (3, 4, 8, 10, 11, 17 maddeleri) afetlere etkin müdahalenin önemine vurgu yapılmaktadır (1,2). Afetle mücadelede en önemli adım hazır olmayı sağlamak amacıyla kurumlarla toplumun beraber, koordineli hareket etmesidir. Afetin toplumlardaki yıkıcı etkisi düşünüldüğünde dezavantajlı grubun karşı karşıya olduğu riskler öncelikli alan olarak yer almalıdır. Afetlerin etkisini azaltmak için toplumun hazırlanma aşamasında engelli gruba yönelik planlamalar, yapılamayanlar ve yaşananlar ışığında oluşturulmalıdır (3).

Afetlerde yaşanan tecrübeler, engellilerin diğer bireylere oranla afet anı ve sonrasında afetlerden 2-4 kat daha fazla etkilendiğini göstermektedir (4, 5, 6, 7, 8, 9). Engelli bireylerin afet yönetimine katılımlarının sağlanmaması, engelli afetzedelere yönelik düzenlemelerin sınırlı olması, yapılan düzenlemelerin uygulanmasında yaşanan engellerin bu oranları artırdığı görülmektedir. Afeti yönetmek yalnız kurumların değil tüm paydaşlarıyla toplumun hazır olmasıyla sağlanabilir.

Dünyada engellilerin afetlerden en çok etkilendiği, yönetiminin tüm basamaklarına dahil edilmesi gerekliliği bilinmesine ve belirtilmesine rağmen ülkelerde planlananlar ne yazık ki uygulamaya konulmamaktadır (7, 10). Afetlerde engelli bireylerin can kaybı, afet öncesi ve sonrası yaşamsal temel hizmetlere erişim kısıtlılığı, planlama, veri eksikliği, müdahale eden profesyonellerin engellilere yönelik bilgi eksikliği daha fazla olmaktadır (4, 8). Birleşmiş Milletler Afet Risk Azaltma Ofisi (UNISDR) 137 ülkede ki 5717 engelli bireyle yaptığı çalışmada, engellilerin %85,57'sinin afet yönetimi ve risk azaltma çalışmalarına katılmadıklarını, afet planlamalarında engelli bireylere nadiren danışıldığını belirlemiştir (10).

Etkili afet yönetiminde Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD), risk ve zararı azaltma, hazırlık, müdahale ve iyileştirme aşamalarından oluşan bütünleşik afet yönetimi kullanılmaktadır (11). Afet ve acil durum süreçlerinin elektronik ortamda takip edilmesi, yönetilmesi ve yöneticilere karar desteği sunulması amacıyla Afet Yönetim ve Karar Destek Sistemi (AYDES) geliştirilmiştir. AYDES, coğrafi bilgi sistemleri üzerine inşa edilmiş, afet anında ulusal kaynakları etkin bir şekilde yönetebilen karar destek mekanizmalarına sahip bir sistemdir. Türkiye Afet Müdahale Planı (TAMP)'nda engelli bireyler "incinebilir ve korunmaya muhtaç bireyler" yer almakta olup afet hallerinde bireylere yönelik sadece psikososyal hizmet sunumu planlanmıştır. Afetlerde engelli bireylere erişim ve bildirimlerin sağlanması amacıyla sistemler oluşturulmalı ve kullanımı yaygınlaştırılmalıdır (7, 8, 11). TAMP'da engelli bireylere özgü bir alan açılmalı, kurulan özel sistemlerle engelli bireylerin sisteme, sistemin engelli bireylere erişimi ve sonrasında koordinasyonu sağlanmalıdır. Asıl hedef dünyada örnekleri bulunan engelli afet sistemlerini sadece oluşturmak değil, uygulamada kullanmak ve zararı en aza indirmektir. Sistemler afetlerde engelli bireyleri korurken, afet sonrası oluşabilecek yeni engellileri sisteme dahil etmeli afet sonrası hayatta kalma ve içinde bulundukları yeni duruma uyum sağlamada destek olmalıdır.

Türkiye'nin afet ve tehlikelere karşı dayanıklılık eksikliğinin belirlenmesi yetersiz görülen alanlarda acil iyileştirme çalışmalarının yapılması gerekmektedir (12). Afet yönetiminde sistemlerinin oluşturulması, uygulamaya koyulması kadar toplumun bu sistemleri bilmesi, kullanabilmesi, uygulaması da sağlanmalıdır. Yaşanılan ve yaşanacak olan afetlerin oluş şekli ve sıklığı gün geçtikçe arttığı göz önünde bulundurulursa afetlere dirençli toplumların ivedilikle oluşturulması gerekmektedir (13, 14).

Afet yönetim döngüsünde afet sonrası en az zararla normal hayata dönme kapasitesine sahip dirençli toplum oluşturulma sürecinde toplumda farklı özelliklere sahip çeşitli hizmet ihtiyaçları bulunan bireylerin olduğu

atlanmadan, tüm dezavantajlı gruplara özellikle engellilere öncelik verilmelidir (8, 14, 15, 16). Afete hazırlıkta toplumdaki ön yargıların aksine ağır ve orta düzey zihinsel engelli bireylere de afet bilinci kazandırılabileceği unutulmamalıdır. Afet bilinci oluşturmada önemli olan eğitimlerin, uygulamaların sürekliliğinin sağlanmasıdır (8, 17).

Afet Öncesi

Bütünleşik afet yönetim sistemi kapsamında Türkiye'nin de içinde yer aldığı Uluslararası Sendai Afet Risk Azaltma Çerçevesi 2015-2030 Kararları'nda; afet öncesi, sırası ve sonrasında yapılan risk azaltma, kurtarma, olumsuz etkilerin giderilmesi çalışmalarında dezavantajlı grupların afet dirençliliğinin artırılması ve hazırlık aşamasının önemi vurgulanmaktadır (18) .

Sendai Çerçevesi ayrıca 2030 yılına kadar ulaşılması gereken 7 Küresel Hedef :

a) Afet ölümlerini azaltmak

b) Küresel olarak etkilenen insan sayısını azaltmak

c) Ekonomik kaybı azaltmak

d) Kritik altyapıya yönelik afet hasarını ve temel hizmetlerin kesintiye uğramasını azaltmak

e) Ulusal ve yerel afet risk azaltma stratejileri olan ülke sayısını artırmak

f) Gelişmekte olan ülkelerle uluslararası işbirliğini önemli ölçüde geliştirmek

g) Çoklu tehlike erken uyarı sistemlerinin kullanılabilirliğini ve bunlara erişimi artırmak

Uluslararası ve ulusal alanlarda sosyal adalet ve eşitlik ifadeleri yer alsa da engelli bireyler için erişilebilir, dezavantajlarına yönelik hazırlanmış ayrıntılı afet yönetim sistemleri bulunmamaktadır. Afete Dirençli Toplum Uygulama Örnekleri gibi yerel ve bölgesel projelerin uygulanmasında da sorunlar yaşanmaktadır (19). Afetlerde özellikle engelli bireyleri tanıma, anlama ve yardımcı olma konularda bilgi ve uygulama eksiklikleri önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Afetlerin tüm ülke ve gruplara yönelik etkileri düşünüldüğünde yapılan ve yapılmakta olan çalışmalar değerli, fakat yeterli değildir.

Afetlerde ilk 72 saat hayati önem taşımakla birlikte afetin ilk 24 saatinde afetzedenin yaşama şansı saatler ilerledikçe (25-48 saat ve 49-72 saat) azalmaktadır (17, 20, 21). Engelli bireyler için afet ve acil durum planlaması; risk analizi ve zarar azaltma, afet ve acil durum planı oluşturma, tahliye, afet ve acil durum tatbikatları, afet ve acil durum sırasında/ sonrasında yapılması gerekenler, iyileştirme olmak üzere 6 temel aşamadan oluşmaktadır (2). Engelli bireyler için ilk yapılması gereken hazırlık aşamasının iyi yapılandırılması, kişisel destek ağının oluşturulması ve bu ağın erişilebilir olmasıdır.

Yapılması gerekenler ışığında yaşananlar incelendiğinde; engelli bireylerin afetlere hazırlık seviyelerinin yetersiz olduğu, ilkyardım ve afet çantası hazırlama, bina dayanıklılığı ve eşyaların sabitlenmesini yeterli düzeyde önemsemedikleri çalışmalarda tespit edilmiştir (23). Afet sonrası yapılan araştırmalarda; engelli bireylerin afetlere hazır olmadıkları, hazırlık olarak en çok deprem çantasını bildikleri fakat uygulamada deprem çantasının da hazır olmadığı saptanmıştır (8).

İzmir 2020 depreminde engellilerin afete hazırlıklarının çok düşük düzeyde olduğu, erişilebilir tahliye ve toplanma alanları ile ilgili bilgilerinin ve erişilebilirliklerinin bulunmadığı tespit edilmiştir (24). 6 Şubat depremi sonrası engelli bireylerle yapılan başka bir çalışmada; yalnızca bir kişinin iş yerinde depreme hazırlık eğitimi aldığı, engellilerin ve ailelerinin deprem anı ve sonrasında tahliye konularında sorun yaşadıkları belirlemişlerdir (25).

Yurt dışında yapılan çalışmalarda da engellilerin acil durumları yönetmek için herhangi bir eğitim almadıkları, bireysel olarak özel bir hazırlık yapmadıkları, yetkililerin acil bir durumda onların ihtiyaçlarını karşılamasına

yönelik hazırlıklarının olmadığı, yapılacaklara yönelik genel güvensizlik duydukları ve afetlere kaderci bir yaklaşım sergiledikleri belirlenmiştir (6, 26, 27, 28, 29).

Afet Sırası

Afet yönetim döngünün en zor süreci afet sırası/anının iyi yönetebilmesi için engelli bireylere yönelik hazırlanmış, sürekliliği olan tatbikatlar yapılması gerekmektedir. Afet anının en az zararla atlatılabilmesi hazırlık aşamasının iyi planlaması ve etkin yönetilmesiyle mümkündür. Engelli bireylere yönelik afet yönetiminde onlara bakım verenlerin bilgileri, uygulama eksiklikleri, afet sırası saha personelinin engellilerle ilgili bilgilerinin, deneyimlerinin azlığı veya yokluğu, kurum - kuruluşların organizasyon eksikliği afet sırasında engellilerin daha fazla dezavantaj yaşamalarına neden olmaktadır (30, 31). Engelli afetzedeler kurtarma çağrılarına cevap verememe, ihtiyaçlarını dile getirememe gibi kurtarılma aşamasında diğer afetzedelere göre birçok olumsuzlukla karşı karşıya kalmaktadır. Çalışmalarda engellilerin tahliye sürecinde, simülasyon, modelleme ve tatbikatlarda az sorun yaşanmasına rağmen yaşanan afetlerde engellilerin yaşadıkları sorunlar ışığında engelli bireylere gerçek zamanlı dinamik tahliye sistemleri ve tatbikatlarının yapılmasının gerekliliği vurgulanmaktadır (32, 33, 34). Engellilerin afet anı görüşlerinin alındığı diğer bir çalışmada; katılımcılar afet anında panik yapacaklarını, direk veya imkanları varsa kaçmayı düşüneceklerini, afet anı yapılması gerekenler konusunda uygulamada sorun yaşamaktan kaygı duyduklarını belirtmişlerdir (35).

Fenomenolojik bir araştırmada engellilerin afet sırasında aile ve toplum desteğine hayati düzeyde ihtiyaç duyduklarını, tahliye sürecinde önemli zorluklar ile karşılaştıklarını tespit etmişlerdir (24). Türkiye de (2021) engellilerin deprem sırasında yaşam alanını terk edemediği, neyi, nasıl yapacağını bilemediği, kişisel destek sisteminin olmadığı, iletişim kurmada sorun yaşadığı belirlenmiştir. Özellikle engellilerin afet anı korku ve anksiyete ile nasıl baş edeceği konusunda desteğe ihtiyaç duydukları tespit edilmiştir (8). En son yaşanan 6 Şubat depreminde engellilerin yalnız %13,33'ünün uygun pozisyon alabildiği, %6,6'sının Kilitle-Kapan-Tutun yapabildiği belirlenmiştir (25). Afet sırasında araştırmalarda özellikle sağlık personelinin engelli bireylerle ilgili bilgi eksikliklerinin olduğu ve bakım verirken kendilerini yeterli hissetmedikleri belirlenmiştir (36). AFAD (2021) tarafından hazırlanan "Engelliler İçin Depremde İlk 72 Saat" önemli bir rehber olmasına rağmen tek bir afet türüne yönelik olması bütünleşik ve duyarlı afet yönetimi açısından eksik kalmaktadır (11).

Afet Sonrası

Afetzedelere ilk yardım uygulamaları, beslenme, barınma, ısınma, kıyafet, güvenlik, iletişim, ilaç, araç gereç, medikal malzeme ve psikososyal destek gibi temel gereksinimlerin karşılandığı afet sonrası afet yönetiminin en hızlı ve eksiksiz olması gereken aşamasıdır (8, 21). Yaşam alanlarında birçok erişilebilirlik sorunları olan engelli bireylerin engel türü ve yüzdesine göre çadır veya özel gereksinimlere göre organize edilmemiş konteynırlarda hayatta kalma mücadelesi afete özgü yeni birçok soruna yol açmaktadır (36).

Afet sonrası durum tespitine yönelik yapılan çalışmalarda; engelli bireylerin tahliyede güvenlikli alana ulaşmama, kaybolma korkusu, barınma, destek araç gereçleri, yardım faaliyetlerine erişim zorlukları yaşadıkları, afet yönetimine dahil olamadıkları, iletişimde zorlandıkları saptanmıştır (8, 24). Bilik (2023) çalışmasında deprem sonrası annelerin barınma, beslenme, temizlik ihtiyaçlarını karşılamada, kamu hizmetlerine erişimde sorun yaşadıklarını afet sonrası çadır ve konteyner kentlerin engelli bireylere uygun olmadığını afet sonrası süreçte engelli bireyler ve ailelerinin yaşadıkları sorunların afet öncesine göre katlanarak arttığını belirtmişlerdir (38).

Engellilerin 6 Şubat depremi sonrası %80'ninin deprem anında ihtiyacı olan (baston, gözlük, tekerlekli sandalye, vb.) araç gereçlerin yanında olmadığı, deprem sonrasında yardımcı araç gereçlerine, güvenlikli uygun barınma yerlerine, sağlık hizmetlerine, günlük temel ihtiyaçlarına, ulaşmada, ısınmada sorun yaşadıkları tespit edilmiştir (25).

Afetler için planlananlar, yapılanlar ve yaşananlar değerlendirildiğinde eksiklikler ve yapılması gerekenler ortadadır. Afet yönetim sisteminin işlerliği ve etkinliğinin artırılması klavuzlarda ki yazılanların uygulamaya

aktarılmasına, tüm afet türlerine yönelik planlamalarının yapılmasına ve toplumun tümünü kapsamasına bağlıdır.

Afet öncesi, sırası, sonrası engelliler ve hizmet verenler tarafından öncelikli yapılması gerekenler;

- Sorunların çözümü için engelli bireylerin afet süreçlerine dahil edilmesi
- Engelli bireylerin ve müdahale edenlerin bilgi eksikliklerinin giderilmesi
- Engelli bireylerin veri tabanının, bilgi kartlarının olması, engel türü, yüzdesi, araç-gereç, ilaç ihtiyacı, vb. bilgilere sistem üzerinden ulaşılması
- Afet programları görme, işitme ve fiziksel engelliler dışında tüm engel gruplarına yönelik işlerlik kazandırılmalıdır.
- Afet sonrası resmi destek ulaşıncaya kadar engelli bireylere afetlerde ilk ulaşım sağlayacak sosyal desteğin (komşu, arkadaş, mahalle sakini, önceden belirlenmiş gönüllü vb.) oluşturulması
- Afet yönetim sisteminde yer alan profesyoneller (AFAD, UMKE, AKUT, vb.) ve gönüllülerin engelli bireylere yönelik bilgi, deneyim ve farkındalıkları olmalıdır.
- Afet sonrası iletişim, beslenme, sağlık, barınma , güvenlik gibi alanlarda erişim engelleri koordineli aşılmalı
- Geçmiş afetlerde yaşanan ve yapılanlar göz önünde bulundurularak gelecek afetlere yönelik hazırlıklar yapılmalıdır (39).

Kaynaklar

1. *Disasters, CRED Natural. "Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED). Brussels: CRED; [Internet] 2020. [25.02.2023] Available from: https://emdat.be/sites/ default/files/adsr_2019.pdf*
2. *United Nations (2023). Sustainable Development Goals. Available from: 08.02. 2023.* https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/.
3. *Finkelstein, A., & Finkelstein, I. (2020). Emergency preparedness–The perceptions and experiences of people with disabilities. Disability and rehabilitation, 42(14), 2056-2066.*
4. *Lansdown, G., Groce, N., Deluca, M., Cole, E., Berman-Bieler, R., Mitra, G., & Burlyaeva- Nor- man, A. (2013). Children and Young People with Disabilities: Fact Sheet. New York: Unicef.*
5. *Fifolt, M., Wakelee, J., Eldridge-Auffant, L., Carpenter, R., & Hites, L. (2017). Addressing the needs of adults and children with disabilities through emergency preparedness and organizational improvisation. Nonprofit Management and Leadership, 27(3), 423-434.*
6. *Finkelstein, A., & Finkelstein, I. (2020). Emergency preparedness–The perceptions and experiences of people with disabilities. Disability and rehabilitation, 42(14), 2056-2066.*
7. *Tün, M, Pekkan, E., Kurt, O., & Uyguçgil, H. (2019). Engelli Bireylere Erişim Çözümlerinde Coğrafi Bilgi Sistemleri Ve Ağ Analiz Yönteminin Kullanımı; Eskişehir Örneği. Estüdam Halk Sağlığı Dergisi, 4(2), 88-104.*
8. *Kurt, O., Tün, M., Kurnaz, E., & Çavuşoğlu, T., (2021). Özel Gereksinimli Bireyler Depreme Hazır Mı? Türkiye İçin Bir Durum Ve Gereksinim Tespit Çalışması Are Indıvıduals Wıth Specıal Needs Ready For Earthquakes? A Study On Current Status And Need Detectıon For Turkey . 3. Afet Ve Dirençlilik Kongresi IDRC 2021 (Pp.39-40). Ankara, Turkey*
9. *Engelman, A., Craig, L., & Iles, A. (2022). Global Disability Justice In Climate Disasters: Mobilizing People With Disabilities As Change Agents: Analysis describes disability justice in climate emergencies and disasters, mobilizing people with disabilities as change agents. Health Affairs, 41(10), 1496-1504.*
10. *UNISDR. 2014. Living with Disability and Disasters. https://www.unisdr.org/2014/iddr/documents/2013DisabilitySurveryReport_030714.pdf Available from: 25.02.2023.*
11. *AFAD (2021). Açıklamalı Afet Yönetimi Terimleri Sözlüğü/Bütünleşik Afet Yönetimi. https://www.afad.gov.tr/aciklamali-afet-yonetimi-terimleri-sozlugu (Available from: 24.03.2023).*
12. *Yaprak Ü., Şahinöz T., & Şahinöz S. (2021). The Assessment of Turkey's Lack of Resilience to Disasters and Hazards with IDB Indicator System. Journal of International Health Sciences and Management, 7(13):61-72.*
13. *Kahraman, S., Polat, E., & Korkmazyürek, B. (2021). Afet Yönetim Döngüsündeki Ana Terimler. Avrasya Terim Dergisi, 9(3), 7-14.*

14. Türk A. (2022) Deprem Özelinde Engelli Bireylere Duyarlı Afet Yönetimi Modeli. Afet ve Risk Dergisi, 5(1), 61-77.

15. Varol, N. & Buluş Kırıkkaya, E. (2017). Afetler karşısında toplumun dirençliliği. Resilience, 1(1), 1- 9.

16. Çakır, Ö., & Aydoğmuş-Atalay, G. (2020). Afetlerde özel gereksinimli grup olarak yaşlılar. Dirençlilik Dergisi, 4 (1), 169-186.

17. Can H. (2023) Engelli Bireylerde Afet Bilinci Oluşmasına Yönelik Çalışmalar: Afyonkarahisar İlinden Örnekler. Çanakkale onsekiz mart üniversitesi, Afet eğitimi ve yönetimi AD, Yüksek Lisans tezi

18. UNISDR - UNİTED Nations Office For Disaster Risk Reduction (2017). Sendai framework for disaster risk reduction. http://www.unisdr.org/we/coordinate/sendai-framework Available from: 01.03.2023.

19. AFAD (Disaster and Emergency Management), (2018). Afete Dirençli Toplum: Uygulama örnekleri (Disaster Resistant Society: Application examples). Ankara: AFAD Publications. Available from: 01.03.2023

20. Huang, J. S., & Lien, Y. N. (2012). Challenges of emergency communication network for disaster response. In 2012 IEEE International Conference on Communication Systems (ss. 528-532). Singapore: IEEE

21. Açıkalın-Rashem, & O., Aslangiri, F. (2019). Engellilerin afete dirençliliği ve Van'da yerel örgütlenme. Dirençlilik Dergisi, 3 (1), 71-83.

22. Engelli Bireyler İçin Afet ve Acil Durum Planlama Rehberi (2023). https://www.ipkb.gov.tr/wp-content/uploads/2023/03/AFET-ENGELLI-BIREYLER BROSUR.pdf Available from: 01.03.2023

23. Balun, B., & Yılmaz, K. (2019). Sürdürülebilir bir yönetim paradigması: Ortopedik engelli bireylerin afetlere hazırlık seviyeleri. Resilience, 3(1), 1-24.

24. Aslan, R., & Şahinöz, S. (2021). Engelli bireylerin afet deneyimleri: Fenomenolojik bir araştırma. 5. Uluslararası, 23. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 13-18 Aralık 2021; 555-556. https://uhsk.org/2021/uhsk_kongre_kitabi.pdf Available from: 10.03.2023

25. Gökalp Gökçen M., Ercıyas Kılcı Ş., Ekrem Cılban E., & Çetin, Ş., (2023) Deprem öncesi ve sonrası engelli olan Depremzedelerin Durum Tespiti ve Sağlık Bakım Gereksinimleri: Malatya İli Örneği, Deprem Araştırmaları Sanal Konferansı, https://deprem.tubitak.gov.tr/program.html Available from: 02.04.2023

26. Bodas M, Siman-Tov M, Kreitler S, et al. İsrail'de Savaş tehdidi algısı-gelecek hazırlık planlaması için çıkarımlar. İsrail J Sağlık Politikası Arş. 2015 ;4: 35.

27. Uscher-Pines, L., Hausman, A. J., Powell, S., DeMara, P., Heake, G., & Hagen, M. G. (2009). Disaster preparedness of households with special needs in southeastern Pennsylvania. American journal of preventive medicine, 37(3), 227-230.

28. Wolf-Fordham, S., Curtin, C., Maslin, M., Bandini, L., & Hamad, C. D. (2015). Emergency preparedness of families of children with developmental disabilities: What public health and safety emergency planners need to know. Journal of emergency management (Weston, Mass.), 13(1), 7.

29. McDermott, S., Martin, K., & Gardner, J. D. (2016). Disaster response for people with disability. Disability and health journal, 9(2), 183-185.

30. Kahraman, S., Polat, E., & Korkmazyürek, B. (2021). Afet Yönetim Döngüsündeki Ana Terimler. Avrasya Terim Dergisi, 9(3), 7-14.

31. Pertiwi, P., Llewellyn, G., & Villeneuve, M. (2022). People with disabilities as key actors in community-based disaster risk reduction. Disability & Society, 34(9-10), 1419-1444.

32. Kent, M., & Ellis, K. (2015). People with disability and new disaster communications: access and the social media mash-up. Disability & Society, 30(3), 419-431.

33. Good, G. A., Phibbs, S., & Williamson, K. (2016). Disoriented and immobile: the experiences of people with visual impairments during and after the Christchurch, New Zealand, 2010 and 2011 earthquakes. Journal of Visual Impairment & Blindness, 110(6), 425-435.

34. Hashemi, M. (2018). Emergency evacuation of people with disabilities: A survey of drills, simulations, and accessibility. Cogent Engineering, 5(1), 1506304.

35. Kırıkkaya, E. B., & Gerdan, S. (2018). Engelli ve engelli adayı bireylerin bir afet anında nasıl davranacaklarına ilişkin görüşleri. Resilience, 2(2), 123-129.

36. Gönen, Ö. F. (2022). Ulusal Medikal Kurtarma Ekibinin (UMKE) Afet ve Acil Durumlarda Özel Gereksinimli Bireylere Müdahale Sürecinin Belirlenmesi (Doctoral dissertation, Anadolu University (Turkey).

37. Ünal, B., & Akın, E. (2017). Geçici Afet Konutlarının Kullanıcı Açısından Değerlendirilmesi: Van Depremi Konteyner Konutları1. Online Journal of Art and Design, 5(4), 71-88.

38. Bilik, M. B. (2023). Özel Gereksinimli Bireyler ve Ebeveynleri Açısından Afet Zorlukları: 2011 Van Depremi Örneği. Afet ve Risk Dergisi, 6(1), 243-256.

39. Dereli F. (2023). Afetlerde Engelli Olmak, Okyay P., Öntaş E. (Editörler), s: 331-340. Afetler ve Halk Sağlığı. Hipokrat Kitabevi, Ankara.

DAVETLİ KONUŞMA

ENGELLİ BİREYLERE DUYARLI AFET YÖNETİMİ

Prof. Dr. Elçin BALCI
Erciyes Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye

Giriş

Savunmasız Gruplar

Sağlık hizmetlerinin tüm gruplara hak temelli sunumu esastır. Hizmet alan toplulukların taşıdıkları ve içinde bulundukları çeşitli özellikleri nedeniyle dışlanma yaşamadan her türlü hizmete erişimleri sağlanmalıdır. Hizmet sunumundaki yönetimin adaletli şekilde uygulanmasının sağlanması istenmeyen durumların önlenmesi ve özellikle dezavantajlı grupların mağduriyetlerini engelleyecektir.

Acil durumlar ve afet dönemi sağlık hizmetlerinin en yoğun gereksinim duyulduğu dönemlerdendir. Her afet kendi doğası gereği farklı sağlık sorunlarına yol açar. Örneğin depremde göçük altında kalma ve yaralanmalar ilk sırada yer alırken, sel ve su baskınlarında boğulmalar önemli olacaktır. Afetlerin en önemli ortak noktaları hızlı müdahale gerektirmeleridir. Bu müdahaleler son derece güç koşullarda ve zamana karşı verilen hizmetleri içerir. Bu hizmetleri uygularken "risk yaklaşımı" prensipleri ile "öncelikli ve riskli gruplarda öncelikli hizmet" modellenmelidir. Normal koşullarda bile sağlık, barınma, beslenme gibi temel ihtiyaçlarını karşılama noktasında güçsüz ve yetersiz kalan dezavantajlı gruplar; afet ve acil hallerde kendilerinden daha sağlıklı insanlarla kıyaslandıklarında daha yüksek oranda zarar görme potansiyeline sahiptirler.

Literatürde "dezavantajlı", "incinebilir", "kırılgan", "öncelikli", "savunmasız", "dirençsiz" gibi terimlerle ifade edilmeye çalışılan, sağlığın sosyal belirleyicilerinin son derece etkin olduğu bu gruplar (kadınlar, çocuklar, gebeler, engelliler, yaşlılar, evsizler, göçmenler, azınlıklar, özel gereksinimli bireyler vb) için sağlık hizmet planlaması yapılırken grupların ihtiyaçlarına özel ve gerektiğinde esnek uygulamalara izin veren güçlü ve sürdürülebilir hizmet modellerine ihtiyaç vardır. Bu gruplarda kırılganlık yaratan ve/veya kırılganlığı artıran faktörlerin afetlerden önce tespit edilip bunların önlenmesine yönelik hazırlıkların yapılması son derece önemlidir. Savunmasız grupların olası sağlık sorunları ve ihtiyaçlarını öngörülmesi ve buna uygun şekilde risk yönetimi yapılabilmesi, afet sonrasındaki mortalite ve morbiditenin azaltılmasında etkilidir.

Engelliler

Normal hayat döngüsünde mevcut durumları nedeniyle pek çok sorunu ve hemen her alanda hizmet alımında eşitsizlik yaşayan engelli bireyler, acil durum ve afet hallerinde daha da büyük sorunlar yaşayabilmektedirler.

Afet Öncesinde

Tüm hizmetlerin planlanmasında ve hazırlık döneminde, sürveyans sistemi içinde engelliler için de sağlam verilere ihtiyaç vardır. Örneğin; toplumdaki dezavantajlı ve engelli birey sayısı, yaşadıkları adresler, sosyoekonomik ve sağlık durumları, ihtiyaçları, bakım veren yakınlarının kaybı halinde başka illerden irtibat kurulacak ikincil kişilere ait tüm bilgiler gibi ayrıntıların bilinmesi afet planlarının ve müdahalelerin başarısını artıracaktır. Hassas gruplara ait güvenilir ve ayrıntılı veriler, kurtarma sonrasında rehabilitasyon hizmetlerinin sunumunu planlarken de gereklidir.

Engelli bireylerin normal zamanlarda ve afet dönemlerinde kolayca yerlerinin tespiti için örneğin sinyal veren akıllı bileklikler, ses çıkaran cihazlar gibi hazırlıklar afet öncesinden planlanabilir. Engelli bireyler ve aileleri için toplanma alanlarına erişimlerini mümkün kılacak ve kolaylaştıracak planlamalar yapılırken personelin de konuyla ilgili eğitimleri yapılmalıdır. Arama kurtarma personeli olarak görev yapacak personelin eğitim müfredatlarına bu konular eklenebilir, var olanlar güçlendirilebilir. Afet anında gönüllü çalışan STK üyelerinin de bilgilenmesi için afet öncesi dönemlerde eğitimler yapılabilir. Engellilerin ve ailelerinin kullanacağı afet sonrası yerleşim alanları için hazırlıklar önceden yapılmalı ve engelli bireyler ve bakımlarını sağlayan kişilerin

afet öncesinden bilgilendirilmesi sağlanmalıdır.

Afet Sırasında

Yaşlılar ve çocuklar gibi bağımlı gruplarda olduğu gibi engelli bireyler de bakıma ve bakım verenlerine ihtiyaç duyan bir gruptur. Engelin niteliğine göre, afetlerde kurtarma, müdahale, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin en zorlu olduğu gruplardandır. Örneğin; bedensel engeli olanlarda hareket kabiliyetinin kısıtlı olması bireylerin ve kurtarma ekiplerinin kendilerini kurtarma başarısını olumsuz etkileyebilir. Zihinsel engeli, mental retardasyonu olan sağlıklı iletişim kurulamayan kişilerle afet ve acil durumlarda koordinasyon iyiden iyiye zorlaşabilir. Bu kişilerin onları tanıyan onlarla ilgilenen yakınlarından yardım alınmasının mümkün olmadığı durumlarda kurtarma ve müdahale tümüyle yetersiz kalabilir. Bu duruma hazırlıklı olmak için engelli bireylere bakım veren kişilerin acil durum müdahaleleri ve afet farkındalıklarını artıracak eğitimleri alması sağlanabilir. Bu personel arama kurtarma faaliyetleri sırasında engelli bireyler konusunda ekstra sabır, anlayış, iletişim becerisini kullanmalıdır.

Afetzedeler için önceden yapılması gereken hazırlıklar sırasında "afetzede engelli bireylerin ihtiyaçlarının giderileceği alanlar" önceden planlanmış olmalıdır. Örneğin afet alanından kurtarılan bireyler için kullanılacak geçici barınma alanlarında, engelli kişilerin kullanımına uygun yeterli sayıda tuvalet, banyo planlanmazsa, yollar, mekan giriş çıkışları özel olarak hazırlanmazsa engelli bireylerin zaten zor olan bu alanlarda yaşamaları daha da zorlaşacaktır. Bu alanlardaki yüksek hijyen sorunları bulaşıcı hastalıklar için riski de artıracaktır.

Kurtarma, müdahale ve rehabilitasyon ekipleri içinde engelli bireylerle ilgilenecek bakım grupları önceden organize edilmelidir.

İlaçlarının temini kolay, her türlü sağlık hizmeti hızlı erişilebilir olmalıdır.

Bedensel engelleri nedeniyle cihaz ve yardımcı aparat kullananlar için hızlıca çözüm üretilmeli, cihazla özgür hareket edebilen bireyler bir an önce normal yaşantısına kavuşacak şekilde desteklenmelidir. Zira özellikle kitlesel yaralanmalarda çok miktarda yeni dönemsel veya kalıcı engelli birey olacak ve her biri yakın bakım ve desteğe ihtiyaç duyacaktır.

Bu nedenle planlamalar yapılırken mevcut engelliler dışında muhtemel oluşacak yeni engelli adayı kitle için de ciddi hazırlık ve farklı uzmanlık alanlarından ekipler oluşturulması gerekmektedir.

Afet Sonrasında

Afet alanından kurtarılan engelli bireyler; kimlik tespitinden tedavi merkezlerine, geçici barınma alanlarına veya kendilerini kollayıp gözetecek bir yakınına teslim edilene kadar tek başlarına ihtiyaçlarını gideremeyecekleri için bilinçli birinin refakatine ihtiyaç duyacaktır. Bu konuda yetişmiş personele veya STK'lardan eğitilmiş gönüllü kişiler gereklidir.

Geçici veya sürekli barınma alanlarında engelli bireylerin kullanımına uygun mimari düzenlemeler gereklidir. Örneğin; bu alanlarda tekerlekli sandalye ile harekete olanak veren bir düzenleme yoksa engelli bireylerin zaten dar olan hareket alanları daha da kısıtlanacaktır. Ortak kullanım alanlarındaki banyo ve tuvaletlerde, çocuk oyun parklarında, yemekhane olarak kullanılan alanlarda bu kişilerin kullanımına olanak veren yapısal düzenlemeler şarttır.

Afet sonrasında; edinilen tecrübelerin raporlanması çok önemlidir. Bu rapolar ve sonuçları; bundan sonraki yaşanacak afetler için öngörüyü artıracağı gibi, gelecek afet koşullarında görev alacak personele ve STK gönüllülerine de yol gösterecektir.

Dezavantajlı gruplar arasında sayılan kadınlar; normal koşullarda alışılmış toplumsal cinsiyetçi davranış kalıpları içinde bizim gibi toplumlarda aile içindeki bakıma ihtiyaç duyan bebek, çocuk, yaşlı, engelli gibi grupların bakımı ile yakından ilgilenen çok önemli işgücü olan bir gruptur. Bütün dezavantajlı ve bakıma ihtiyacı olan grupların afet dönemi ve sonrasındaki bakımlarında personel ihtiyacı duyulan alanlarda eğitimli

ve gönüllü kadınlardan destek alınarak kadın işgücünden etkin şekilde faydalanılarak kriz durumu fırsata çevrilebilir. Buna hazır olmak adına da afetlerden önceki hazırlık dönemlerinde kadınların temel ilkyardım ve yaşam desteği, hasta ve çocuk bakımı gibi konularda eğitilmesi sağlanabilir. Sivil toplum kuruluşlarına üye ve eğitilmiş kadınların desteği ile daha organize grupların yardımı alınabilir.

Hizmetin sunumundan sorumlu olan tüm düzeydeki planlayıcıları; acil durum ve afet hallerinde hassas ve dezavantajlı bireylerin tüm gereksinimlerini, "risk yaklaşımı" prensiplerini en geniş kapsamıyla benimseyerek, gerektiğinde pozitif ayrımcı bakış açısıyla hizmette hakkaniyeti sağlayacak duyarlılıkla ele alıp, bu kişilerin temel insani hakları için savunuculuk yapmalı ve toplumun genelinde bu durumdaki kişilere yönelik farkındalık çalışmalarını artırmalıdırlar.

DAVETLİ KONUŞMA

DEPREM SONRASI VEKTÖR MÜCADELESİ

Prof. Dr. Hüseyin ÇETİN
Akdeniz Üniversitesi, Fen Fakültesi, Biyoloji Bölümü, Antalya

Amaç: Geçtiğimiz yüz yıl içinde dünyanın birçok bölgesinde olduğu gibi, ülkemizde de deprem, sel ve toprak kayması gibi afetlerin sayısı ve şiddeti artmış, bu durum birçok can ve mal kaybına neden olmuştur. Afetlerin ardından insanlar yer değiştirmek zorunda kalmakta, sağlıklı su ve gıdaya ulaşmamakta ve barınma sorunları yaşamaktadır. Ayrıca, afetlerin hemen ardından haşere, zararlı ve vektör kaynaklı sorunlar ortaya çıkmakta, vektörlerle bulaşan hastalıklar görülebilmektedir. 6 Şubat 2023 tarihinde Türkiye'de Kahramanmaraş ilinde meydana gelen 7.7 ve 7.6 büyüklüğündeki iki deprem, Adana, Adıyaman, Diyarbakır, Gaziantep, Hatay, Kahramanmaraş, Kilis, Malatya, Osmaniye ve Şanlıurfa illerini etkileyerek büyük yıkıma ve can kaybına yol açmıştır. Bu çalışmanın amacı özellikle depremler sonrasında etkilenen bölgelerde zararlı ve vektör mücadele çalışmalarına odaklanmak ve 6 Şubat Depremleri sonrasında yapılan çalışmaları sunmaktır.

Yöntem: Afetler sonrasında kurum ve kuruluşların işbirliği içinde yürüttükleri çalışmalar incelenmiş, ilgili şehir ve büyükşehir belediyelerinin yaptığı çalışmalar belgelenmiş, hazırladıkları programlar değerlendirilmiş, vektör ve zararlı mücadele çalışmalarında görev alan personellerle görüşülmüş ve sahada gözlem yapılmıştır.

Bulgular: Depremlerin kış mevsiminde meydana gelmesi, ilk birkaç hafta içinde vektör ve zararlı kaynaklı sorunların düşük seviyede seyretmesine neden olmuş, bahar ve yaz aylarına geçildikçe iklimsel değişiklikler-in etkisiyle vektör ve zararlıların görülme sıklığında artış gözlenmiştir. Ayrıca yaşamını kaybeden insan ve hayvan bedenlerine müdahale edilememesi, cenaze defin işlemlerindeki aksaklıklar, yıkılan veya hasar gören binalar, yollar, bozulan kanal ve su sistemleri, **açığa çıkan atıklarının** yeterince yönetilememesi, kanalizasyon sisteminden kaynaklı sorunlar vektör ve zararlı problemini tetikleyen diğer unsurlar olduğu belirlenmiştir. Afetzedelerin barınma, beslenme ve su ihtiyaçlarını karşılamak için sağlanan yardım malzemelerinin ulaştırılmasında yaşanan sorunlar kaynaklı çevreye saçılması, kullanılamaz hale gelmesi, atıl kalması gibi nedenlerle vektör ve zararlılar bu malzemeleri besin ve/veya yaşam alanı olarak kullanmıştır. Depremden zarar gören bölgelerde Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) koordinatörlüğünde, ülkemizin farklı illerinden gelen ekiplerle, depremden etkilenen il belediye vektör ve zararlı kontrol çalışanlarının yer aldığı ekipler kurulmuştur. Depremden etkilenen bölgelerde kullanılmak üzere İl Valilikleri ve Sağlık Bakanlığı tarafından biyosidal ürün, ilaç ve cihaz tedariki yapılmış, yardım için gelen illerden personel, biyosidal ürün ve ekipman desteği sağlanmıştır.

Sonuç: Doğal afetlerden etkilenebilecek bölgelerde halk sağlığının olumsuz yönde etkilenmemesi için vektör ve zararlı kaynaklı sorunların ve hastalıkların engellenmesine yönelik acil eylem planlamalarının yapılması gerekmektedir. Afetlerin meydana geldiği bölgelerde insanların vektörlerle olan temasının engellenmesine yönelik tedbirler alınmalıdır. Biyosidal ürün uygulamalarında çevre ve insan sağlığının korunmasına özen gösterilmeli, vektör kaynaklı parazit ve hastalık etkenlerinin bölgede yaşayan insanlar ve hayvanlar arasında izlenmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Vektörler için önemli üreme ve gelişme ortamları olan ağır hasarlı binaların yıkım işlemleri en kısa sürede tamamlanmalı, kanalizasyon ve yağmur suyu kanalı hasarları gibi alt yapı kaynaklı sorunlar acilen giderilmelidir.

Anahtar kelimeler: Afet, Deprem, Vektör mücadelesi, Zararlı Mücadelesi

DAVETLİ KONUŞMA

TÜRKİYE'NİN SIHHİ-İ İÇTİMAİ COĞRAFYASI DİZİSİ

Öğr. Gör. Dr. Ahmet Can BİLGİN
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD

Türkiye'nin Sıhhi-i İçtimai Coğrafyası, 1922-1938 yılları arasında yayımlanmış 21 kitaplık bir dizidir. Dönemin Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam, Dr. Muhiddin Celal Duru'nun önerisiyle 1921 yılında "ülkenin nüfus ve ekonomik potansiyelini belirlemek, coğrafi, sosyal ve sağlık sorunlarını yerinde saptanmak amacıyla" bir çalışma başlatmıştır. Bu amaç doğrultusunda hazırlanmış bir planla sağlık müdürlerinden bilgi istenmiştir. İllerden gelen bu derlemelerden değer görülenler Dr. Rıza Nur'un bakanlığı sırasında basılmaya başlanmıştır.

Rıza Nur bu dizi hakkında şunları yazmıştır:

> Selef-i aciz-i Refik Beyefendi zamanında yurdumuzun sıhhi ve içtimai tedkiki gibi mühim bir nokta Vekalet-i Muavenet-i İçtimaiyye müdürü doktor Muhyiddin Celal Bey tarafından vekalete teklif olunarak sıhhiye müdürlerinden bu babda malumat taleb edilmiş, sıhhiye müdürleri tedkikat yaparak istenilen malumatı mehmaemken cem eylemişler. Vekalete geldiğim zaman bu malumatın yarısını gelmiş buldum. Bunların bir kısmı güzelce, bir kısmı kıymetsiz idi ki sıhhiye müdürlerinin iktidar ve faaliyetleriyle mütenasibdi. Bunlardan en mükemmel olanlar Sinob, Niğde, Kayseri, Kastamonu, Erzurum, Zonguldak ve Menteşe sıhhiye müdürlüklerinden gelenlerdir. Bunların arasında da Sinob'unki birincidir. Bu halde Sinob nüshasını numune olmak üzere intihab edip bazı tadilat ve tekemmülat icrasından sonra – ekseriya olduğu gibi bunların da bir dolap içinde çürümek ve zayi olmak talinden kurtulması ve enzar-ı istifadeye konulması maksadıyla – neşr ediyorum. Eserde yapılan tashihler meyanında bir de o alışılmış eski münşiyane dil mümkün olduğu kadar Türkçeleştirilmiştir. Tab'ında bütün sıhhiye müdürlerine tevzi edilip iyi olmayan veya henüz gelmeyen sancaklarınki bu numune üzre yeniden tertip ettirilecektir. Ve her sancak (vilayet) dan geldikçe alfabe (elifbe) veya diğer bir tertibe bakmaksızın vekaletçe tashihat ve ikmalat badel-icra neşr edilecektir. Bu halde bu nüsha "Türkiye'nin Sıhhi-i içtimai Coğrafyası nam eserin birinci cüzü oluyor.
>
> Şurasını itiraf etmeli ki "her şey cebheye … düsturunun hüküm sürdüğü böyle bir zamanda, alet ve saire cihetinden olan eksiklikler içinde bu eser istenilen mükemmeliyette olamamıştır. Fakat böyle bir esere olan ihtiyaç düşünülünce "Hiç yoktan iyidir mantığı kazanır. Hiç olmazsa bir esas olur, sonra mükemmelleştirilir. Her şey küçükten ve noksan ile başlar. Elverir ki başlansın.
>
> Esere haritalar, krokiler, şemalar, grafikler, cetveller, bazı fotoğrafiler ilave edilmiştir. Kaviyyen memul ediyorum ki her ay bir cüz bastırılabilecektir.

Diziye ilk kez 1991'de IV. Milletlerarası Türk Halk Kültürü Kongresinde "Türk Halk Kültürünün Unutulmuş Kaynaklarından Biri: Türkiye'nin Sıhhî-i İctimâî Coğrafyası" adlı bildiriyle M. Sabri Koz dikkat çekmiştir. Daha sonra 1999'da Coğrafyacı Prof. Dr. Osman Gümüş diziyi "Milli Mücadele Dönemi Türkiye Coğrafyası için Bilinmeyen Bir Kaynak: Türkiye'nin Sıhhi-i ve İçtimai Coğrafyası" adlı makaleyle tanıtmıştır. Bu makalede Gümüş, diziye gereken önemin verilmediğinin altını çizmiştir.

Gümüş, dizinin 19 kitaplık listesini sunmuş, Rıza Nur'un sözünü ettiği Erzurum ilgili kitaba ulaşamadığını belirtmiştir. Erzurum ile ilgili kitap daha sonra 2011'de Murat Küçükuğurlu tarafından yayınlanmıştır. Ayrıca 2018'de Necdet Aysal ve Lütfü Arslan Cebel-İ Bereket (Osmaniye) Vilâyeti ilgili kitabı yayımlamışlardır. Böylece şu an elimizdeki kitap sayısı 21 olmuştur. Buna göre 1922 yılında 9, 1925 yılında 8, 1926 yılında 2, 1932 yılında 1 ve 1938 yılında 1 kitap yayınlanmıştır. 1932 'den önceki kitaplar Arap alfabesi ile yayınlanmıştır.

Tabloda bu kitapların yayınlanma tarihleri, yazarları ve biçimsel özelliklerine ilişkin bilgiler görülmektedir:

TABLO 1: *Türkiye'nin Sıhhi-i İçtimai Coğrafyası dizisindeki kitapların ilk basımları*

No	Yazar	Tarih	Kitap adı		Sayfa
1	Mehmed Said	1338/1922	Sinop sancağı	Ankara: Öğüd Matbaası Ankara: Türkiye Büyük Millet Meclisi Umur-ı Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti	64, [9] s. ; 26 cm
2	Mehmet Hayri	1338/1922	Niğde sancağı	Ankara : Öğüd Matbaası	207+1
3	Hıfzı Nuri	1338/1922	Kayseri sancağı	Ankara : Öğüd Matbaası	48 s. ; 24 cm
4	Kemal, Doktor	1338/1922	Kastamonu vilayeti	Ankara: Öğüd Matbaası,.	52 s. ; 26 cm.
5	Abdullah Cemal, Doktor	1338/1922	Zonguldak sancağı	Ankara: Ögüd Matbaası Ankara: Türkiye Büyük Millet Meclisi Umur-i Sıhhiyye ve Muavenet-i İctimaiyye Vekâleti	48 s. ; 26 cm
6	Esad	1338/1922	Muğla (Menteşe) sancağı	Ankara : Öğüd Matbaası	90
7	Nazmi (Selcen)	1338/1922	Konya vilayeti	Ankara : Öğüd Matbaası	156+5
8	Besim Zühdü	1338/1922	Hamidâbâd «Isparta» Sancağı	Ankara: Öğüd Matbaası Türkiye Büyük Millet Meclisi Umur-ı Sıhhıye ve Muavenet-i İctimaiye Vekaleti ; 9	50 s.
9	Musluhıddin Safved (Öney)	1341/1925	Ankara Vilayeti	İstanbul Hilal Matbaası	128+18
10	İbrahim Ethem, Doktor	1341/1925	Bayezid vilayeti	İstanbul: Kağıtçılık ve Matbaacılık Anonim Şirketi Ankara: Türkiye Büyük Millet Meclisi Umur-i Sıhhiyye ve Muavenet-i İctimaiyye Vekâleti,	30 s. ; 26 cm. + 1 ad. hrt
11	Mehmet Ali, Doktor	1341/1925	Çatalca Vilayeti	İstanbul: Kağıtçılık ve Matbaacılık Anonim Şirketi,	49, [13] s. : hrt. ; 26 cm.
12	Fahri Cemal	1341/1925	Gelibolu vilayeti	İstanbul: Kağıtçılık ve Matbaacılık Anonim Şirketi Ankara: Türkiye Büyük Millet Meclisi Umur-i Sıhhiyye ve Muavenet-i İctimaiyye Vekâleti,	34, [5] s. ; 26 cm
13	Ahmed Hamdi, Doktor	1341/1925	Kırklareli vilayeti	İstanbul: Kağıtçılık ve Matbaacılık Anonim Şirketi Ankara: Türkiye Büyük Millet Meclisi Umur-i Sıhhiyye ve Muavenet-i İctimaiyye Vekâleti,	45 s. ; 26 cm
14	İbrahim İsmail, Doktor	1341/1925	Kırşehir vilayeti	İstanbul: Kağıtçılık ve Matbaacılık Anonim Şirketi	55 s. ; 26 cm
15	Şefik Arif, Doktor	1341/1925	Urfa vilayeti	İstanbul: Kağıtçılık ve Matbaacılık Anonim Şirketi Ankara: Türkiye Büyük Millet Meclisi Umur-i Sıhhiyye ve Muavenet-i İctimaiyye Vekâleti,	43 s. ; 26 cm. + 3 ad. hrt
16	Raif	1926	Çankırı vilayeti: Kengiri vilayeti.	Hilal Matbaası	48 s.
17	Süleyman Faik (Yargıcı)	1926	Gazi Ayıntab Vilayeti	İstanbul: Hilal Matbaası,	41 s.
18	Hasan Tahsin	1932	Sivas Vilayeti	Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Neşriyatından No 32 İstanbul: Hilal Matbaası,	349 s.

19	Şükrü Meral	1938	Tokat	Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Neşriyatından No 50 Ankara Hapisane Matbaası	180s. 3 h
20	Cebel-i Bereket Vilâyeti Halk Fırkası Şu'be-i Merkeziyesi	1341/1925	Cebel-i Bereket Vilâyeti (Osmaniye)	Büyük Millet Meclisi Umur-ı Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti Adana: Türk Sözü Matbaası	30
21	Şerif Bey	1338/1922	Erzurum Vilayeti		

Bu kitapların Latin alfabesi ile basımlarına (transkripsiyonlar) ilişkin bilgiler şunlardır:

- Mehmet Said. (2002). Sinop İlinin Sağlık Coğrafyası (Türkiye'nin Sıhhi İçtimai Coğrafyası-Sinop Sancağı), (Yayına Hazırlayan: İbrahim Başağaoğlu), Sinop: İkizler Ofset.
- Mehmet Hayri. (2016). Türkiye'nin Sıhhî İçtımâ›î Coğrafyası Niğde Sancağı, (Yayına Hazırlayanlar: Nevzat Topal, Gülin Öztürk). Konya: Kömen Yay.
- Kayseri Sancağı 1922 Dr. Hıfzı Nuri Hazırlayan: Zübeyir Kars Yayınevi: Kayseri Ticaret Odası Yayınları, 1995 Yayın Yeri: Kayseri
- Doktor Kemal. Türkiye'nin Sıhhi-i İctimai Coğrafyası Kastamonu Vilayeti. Yayına hazırlayan: Mustafa Bektaşoğlu. 2013. Yayınevi yok.
- Dr. Abdullah Cemal, Türkiye'nin Sıhhî-i İctimâî Coğrafyası Zonguldak Sancağı, (Yayına Hazırlayan: Cemal Güven), 2. Baskı, Aybil Yayınevi, Konya-2011.
- Doktor Esad. Türkiye'nin Sıhhî-i İctimâî Coğrafyası Muğla (Menteşe) Sancağı. Yayına Hazırlayanlar: Bayram Akça, Erdoğan Keleş. Yenigün Matbaası. Muğla. 2012
- Nazmi. (2009). Türkiye'nin Sıhhi-i İctimâi Coğrafyası, Konya Vilayeti, (Yayına Hazırlayan: Mehmet Karayaman). Konya: Çizgi Kitabevi.
- Besim Zühdü. (2013). Türkiye'nin Sıhhi ve İçtimai Coğrafyası: Hamidabad Sancağı, (Yayına Hazırlayanlar: Hasan Babacan, Kadir Temurçin). Ankara: Altınpost Yayınları.
- Muslihiddin Safved (Öney). (2009). Türkiye›nin Sıhhi ve İçtimai Coğrafyası: Ankara Vilayeti, (Yayına Hazırlayanlar: İzzet Öztoprak, Murat Karataş, Güneş Şahin). Ankara: Ankara Büyükşehir Belediyesi Yayınları.
- Kaya, Faruk ve Yakup Karataş (2015). "Bayezid (Ağrı) Vilayeti Sıhhî ve İçtimaî Coğrafyası". Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi 7 (30): 158-180.
- Mehmet Ali (Kayacan). (1991). Türkiye'nin Sıhhı-i İçtimai Coğrafyası: Çatalca Vilayeti, (Yayına Hazırlayan: Sabri Koz). İstanbul: Erguvan Yayınları.
- Doktor Fahri Cemal. (2017). Türkiye'nin Sıhhî-i İctimâî Coğrafyası Gelibolu Vilâyeti (İnceleme-Dil Özellikleri-Metin-Dizin-Tıpkı Basım), (Yayına Hazırlayanlar: Şükrü Baştürk, Ömer Düzbakar). Bursa: Emin Yayınları.
- Doktor Ahmet Hamdi. Türkiye'nin Sıhhi-i İçtimai Coğrafyası Kırkkilise (Kırklareli) Vilayeti. Yayına Hazırlayan: Aydın Cidan. Kırklareli Belediyesi Yayınları. Kır2018
- İbrahim İsmail. (2003). Türkiye›nin Sıhhi ve İctimai Coğrafyası: Kırşehri Vilayeti, (Yayına Hazırlayan: Kamil Büyüker). Ankara: Ocak Yayınları.

- Şefik Arif. (2010). Türkiye›nin Sıhhi-İçtimai Coğrafyası: Urfa Vilayeti, (Yayına Hazırlayanlar: Mesut Elibüyük, Abdülkadir Güzel). Ankara: Şanlıurfa Belediyesi Yayınları.
- Raif. (1998). Türkiye'nin Sıhhi ve İçtimai Coğrafyası: Çankırı Vilayeti, (Yayına Hazırlayan: Bahaattin Ayhan). Ankara: Irmak Matbaacılık.
- Süleyman Faik (Yargıcı), Türkiye'nin Sıhhi ve İçtimaî Coğrafyası: Gaziantep Vilayeti 1926, Yayına Hazırlayan: Uğurol Barlas. Hilmi Barlas Eğitim Vakfı. İstanbul. 2010.
- Süleyman Faik (Yargıcı), Türkiye'nin Sıhhi ve İçtimaî Coğrafyası: Gaziantep Vilayeti 1926, Yayına Hazırlayan: Mehmet Bedri İncetahtacı. 1998. Ankara.
- Aysal, N. , Arslan, L. Türkiye'nin Sağlık Ve Toplumsal Coğrafyası: Cebel-İ Bereket (Osmaniye) Vilâyeti. Ankara Üniversitesi Türk İnkılâp Tarihi Enstitüsü Atatürk Yolu Dergisi Sayı: 63, Güz 2018, s. 419-451
- Hasan Tahsin. Sivas Vilayeti Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Neşriyatından No 32 İstanbul: Hilal Matbaası. İstanbul. 1932
- Şükrü Meral. TokatSıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Neşriyatından No 50 Ankara Hapisane Matbaası. Ankara. 1938
- Şerif Bey. (2011). Türkiye›nin Sıhhi ve İçtimai Coğrafyası: Erzurum Vilayeti, (Yayına Hazırlayan: Murat Küçükuğurlu). Trabzon: Serander Yayınları.

Gümüş, benzeri bir dizinin 1946-1949 yılları arasında Dirim Dergisinde yayınlandığını bildirmiştir. Dirim Dergisinin sahibi ve yazı işleri müdürü Dr. Feridun Frik'in kişisel çabalarıyla başlattığı ve Sağlık Coğrafyası adı verdiği bu dizide 1946-1947 yılında yayınlananlar şunlardır:

- Op. Dr. Burhanettin Onad. Sağlık Coğrafyası Antalya. Dirim 1946 Cilt XXI Sayı 1.
- Dr. Muhit Tumerkan. Sağlık Coğrafyası Adana. Dirim 1946 Cilt XXI Sayı 2.
- Dr. Feridun Frik. Sağlık Coğrafyası Bolu. Dirim 1946 Cilt XXI Sayı 3.
- Dr. Tarık Maktav. Sağlık Coğrafyası Çoruh. Dirim 1946 Cilt XXI Sayı 4.
- Dr. Muamer Karlıdağ. Sağlık Coğrafyası Tekirdağ. Dirim 1946 Cilt XXI Sayı 5.
- Dr. Ömer Bican, Dr. Münir Bayrak. Sağlık Coğrafyası Siirt. Dirim 1946 Cilt XXI Sayı 6.
- Dr. Haydar Gaspıralı. Sağlık Coğrafyası Kayseri. Dirim 1946 Cilt XXI Sayı 7.
- Dr. Celal Gökberk. Sağlık Coğrafyası Maraş. Dirim 1946 Cilt XXI Sayı 8.
- Dr. Ruhi Bilfiner. Sağlık Coğrafyası Van. Dirim 1946 Cilt XXI Sayı 9.
- Dr. İhsan Elçin. Sağlık Coğrafyası Kocaeli. Dirim 1946 Cilt XXI Sayı 10.
- Dr. Abdurrahman Kaşnar. Sağlık Coğrafyası Niğde. Dirim 1946 Cilt XXI Sayı 11.
- Dr. Faik Fikret Doğru. Sağlık Coğrafyası Antalya. Dirim 1947 Cilt XXII Sayı 1-2.
- Sağlık Bakanlığı Propaganda ve Yayın Umum Müdürlüğü Arşivi (Dr. Memduh Say'ın ilaveleriyle). Sağlık Coğrafyası İzmir. Dirim 1947 Cilt XXII Sayı 8.
- Dr. Feridun Frik. Sağlık Coğrafyası Antalya. Dirim 1947 Cilt XXII Sayı 11-12.

Dizideki kitaplar genellikle altı bölümden oluşmaktadır. Rıza Nur'un en çok beğendiği Sinop İline ait çalışmanın bölümlemesi aşağıdaki gibidir:

Birinci Bölüm

- Sınırlar, Enlem ve Boylam
- Dağlar
- Nehirler
- Göller
- Jeolojik oluşumlar
- Madenler
- Ormanlar
- Bitki örtüsü
- Ziraat
- Evcil hayvanlar
- Yabanıl hayvanlar
- İdari bölümlenme

İkinci Bölüm

- İklim
- Mevsimler
- Hava basıncı
- Rüzgarlar
- Nem
- Maden suları
- Kaplıcalar

Üçüncü Bölüm

- Nüfus
- Aşiretler
- Dil
- Giyinme biçimleri
- Geçim kaynakları
- İşler
- Ahlak
- Eğitim
- Gelenekler

- Batıl inançlar
- Halkın tababete karşı durumu
- Temizlik
- Bedensel durum

Dördüncü Bölüm

- Hastane ve dispanserler
- Eczaneler
- Okullar
- Hanlar, oteller, hamamlar
- Fabrikalar
- Binaların mimarisi
- Kamu binaları
- Şehirlerin ve köylerin durumu
- Tuvaletlerin durumu
- Mezarlıklar
- Bataklıklar ve bataklıkların kurutulması
- İçme suları ve bunların dağıtımı

Beşinci Bölüm

- Çok görülen hastalıklar
- Malarya
- Verem
- Çiçek
- Difteri
- Diğer bulaşıcı hastalıklar
- Akıl ve sinir hastalıkları
- Bulaşıcı hastalıkların ve özellikle koleranın bulaş yolları / Daha önceki önemli salgınlar hakkında bilgi

Altıncı Bölüm

- Doğum ve ölümler
- Çocuk ölümleri

Kitaplar incelendiğinde sağlıkla ilgili öne çıkanlar şunlardır:

Kır nüfusu çok yüksektir. Halk yoksuldur. Sanayi yok denecek kadar azdır. Okullaşma oranı oldukça düşüktür.

Bataklıklar sıtma yuvasıdır. Mezarlıkların yerleşimi önemli sorun oluşturmaktadır. Tuvalet düzeneği ilkeldir. Kanalizasyon ve lağım sistemi yoktur ya da çok azdır. Temiz suya ve gıdaya erişim oldukça düşüktür. Kişisel hijyen çok kötüdür. Bit, pire, tahtakurusu yaygındır. Sağlık insan gücü yok denecek kadar azdır. Sağlık kuruluşları yetersizdir. Çocuk ölümleri oranı çok yüksektir. Dönemin en önemli hastalıkları arasında sıtma, frengi, tüberküloz, dizanteri, trahom, tifüs, kolera sayılabilir. Fuhuş yaygındır. Halkın bilgisizliği, batıl inançları hastalıklarla mücadeleyi güçleştirmektedir. Halk, sağlık kurumlarından çok ehliyetsiz ebelere, üfürükçülere ve ocaklara başvurmaktadırlar. Doktorlara başvuru ancak hastalığın son aşamalarında gerçekleşmektedir.

Özellikle sıtma ve frengiye karşı savaş açıldığı görülmektedir. Bunun için bataklıkların kurutulması, ilaç dağıtımı, fuhuşa karşı önlemler alınması, dispanserler açılması çalışmaları yapılmaktadır. Kanalizasyon sistemi kurma, temiz su getirme, aşılama, sağlık kurumlarının ve sağlık insan gücünün artırılması, eğitim gibi sağlığı korumaya ve sağlığı geliştirmeye yönelik çabaların ilerleyen yıllarla birlikte artığı görülmektedir.

Türkiye'nin Sıhhi-i İçtimai Coğrafyası dizisi, Rıza Nur'un belirttiği gibi "Her şey cepheye…" ilkesinin öne çıktığı ulusal kurtuluş savaşının ateşleri içerisinde tasarlanmış, hazırlanmış ve yayınlanmaya başlanmıştır. Dizinin tasarımı, dönemin hekimlerinin ve sağlık bakanlığının halk sağlığı anlayışını gözler önüne sermektedir. Bu anlayış, kurtuluş savaşında başlayan ve Cumhuriyetle süren sağlık kazanımlarının temelini oluşturmuştur.

Son yıllarda diziye ilgi artmıştır. Türkiye'nin Sıhhi-i İçtimai Coğrafyası dizisi, halk sağlığı çalışanlarının da ilgisini beklemektedir.

Kaynaklar

1. *Gümüşçü, Osman, "Milli Mücadele Dönemi Türkiye Coğrafyası için Bilinmeyen Bir Kaynak: Türkiye'nin Sıhhi-i ve İçtimai Coğrafyası", Atatürk Araştırma Merkezi Dergisi, Sayı:45, Ankara, 1999, s.939-968.*

2. *Koz, M. Sabri, "Türk Halk Kültürünün Unutulmuş Kaynaklarından Biri: Türkiye'nin Sıhhî-i İctimâî Coğrafyası", IV. Milletlerarası Türk Halk Kültürü Kongresi Bildirileri, Cilt 1, Ankara, 1992, s.37-58.*

3. *Aysal, N. , Arslan, L. "Türkiye'nin Sağlık ve Toplumsal Coğrafyası: Cebel-İ Bereket (Osmaniye) Vilâyeti". Ankara Üniversitesi Türk İnkılâp Tarihi Enstitüsü Atatürk Yolu Dergisi Sayı: 63, Güz 2018, S. 419-451*

DAVETLİ KONUŞMA

CUMHURİYETİN 100. YILINDA TÜRKİYE'DE ÇOCUK SAĞLIĞININ DURUMU

Prof. Dr. Burcu TOKUÇ
Tekirdağ Namık kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi

"Ben çocuklara çocuk gibi davranmam. Bir çocukla ilişkim, dostluğum, arkadaşlığım varsa, o benim arkadaşımdır, çocuk değildir. Çocuk gibi bakmam. Ayrı bir insan türü gibi bakmam. Niye bu böyle? İnanmadım hiçbir zaman çocukların, insanların çocuklara davrandığı gibi çocuk olduklarına. Basbayağı insandır onlar."

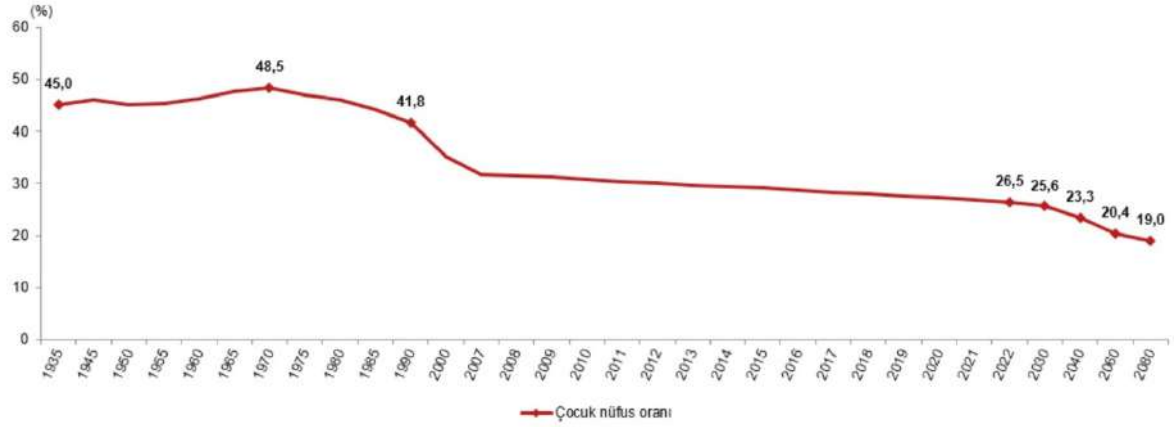
Yaşar Kemal[8]

Sağlık göstergeleri, ülkelerin sağlık durumlarının ortaya konulması ve ülkeler arasında karşılaştırmalar yapılabilmesi ve sağlık hizmetlerine yönelik politikaların belirlenmesi, sağlık hizmetlerinin planlanması, sağlık alanında toplumun gereksinim ve talebinin tespiti ve karşılanması, sağlık sorunlarının belirlenmesi ve çözümü için ortaya konan objektif, standart ve niceliksel değerlerdir. Ülkelerin sağlık düzeylerini belirleyen en önemli göstergelerin içinde de çocuk sağlığı ile ilgili değerler de yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre; Çocuk sağlığı, çocukların sadece hastalık ve sakatlık halinin olmaması değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olması durumudur (1).

Türkiye tarafından 1994 yılında imzalanan Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi'ne, Türk Ticaret Kanunu'nun 6. maddesine, 5395 sayılı Çocukların Korunması Hakkında Kanun'un 3. Maddesine ve Türk Medeni Kanun'unun 11. Maddesine göre 18 yaşından küçük herkes çocuktur (2).

Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) sonuçlarına göre 2022 yıl sonu itibarıyla, Türkiye'de Birleşmiş Milletler tanımına göre 0-17 yaş grubunu içeren çocuk nüfus 22 milyon 578 bin 378 olmuştur. Çocuk nüfusun %51,3'ünü erkek çocuklar, %48,7'sini kız çocuklar oluşturmaktadır. Türkiye'de çocuk nüfus, 1970 yılında toplam nüfusun %48,5'ini oluştururken bu oran 1990 yılında %41,8 ve 2022 yılında %26,5 olmuştur (Şekil 1) (3).

Şekil 1. *Çocuk nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ve gelecek projeksiyonları 1935-2080 (3)*



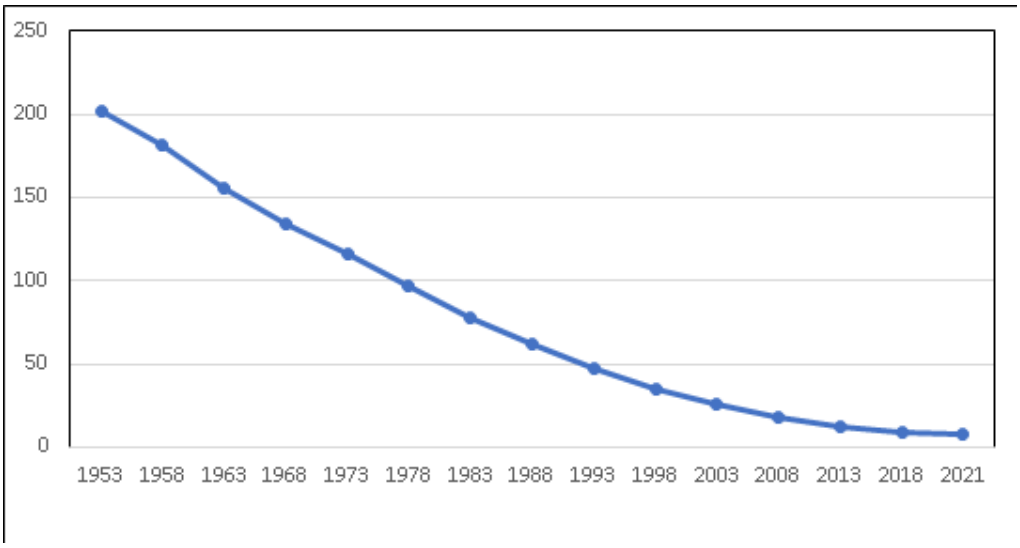
Bebek ve çocuk ölümleri, bir ülkenin çocuk sağlığının en önemli göstergeleri olmasının yanında ülkedeki sağlık hizmetlerinin kalitesini değerlendirmeye yarayan önemli kalkınma göstergeleri olarak da kabul edilir. Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SKA 3.2.) içinde bulunan, bebek ve çocuk ölümlerinin

8 *Yaşar Kemal'in Kemal Özer'e verdiği söyleşi, 13 Eylül 1975, "Çocuklar İnsandır", s. 17, Yapı Kredi Yayınları, 2013, İstanbul.*

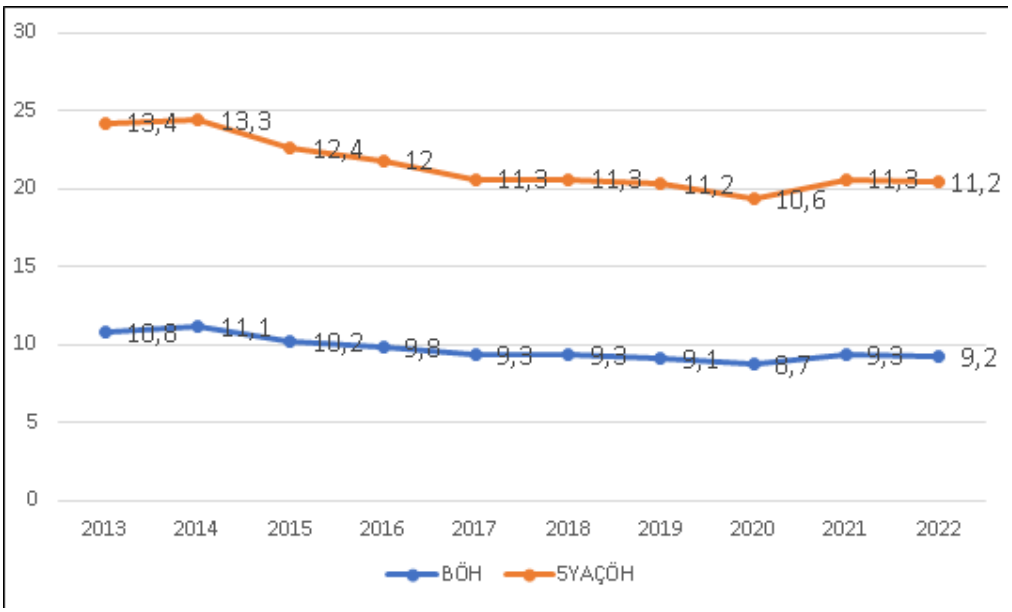
azaltılması hedefi, Cumhuriyetin kuruluşundan bu yana tüm kalkınma planlarında da yer almıştır (4).

Bebek ve çocuk ölümlerinin azaltılmasında cumhuriyetin ilk yıllarından bu yana gayet olumlu düşüler sağlanmasına ve son on yılda % 30'luk bir düşüş kaydedilmesine rağmen halen istenilen durumda değildir (Şekil 2 ve 3)

Şekil 2. *Türkiye'de Bebek Ölüm Hızının Yıllar İçindeki Değişimi (5)*

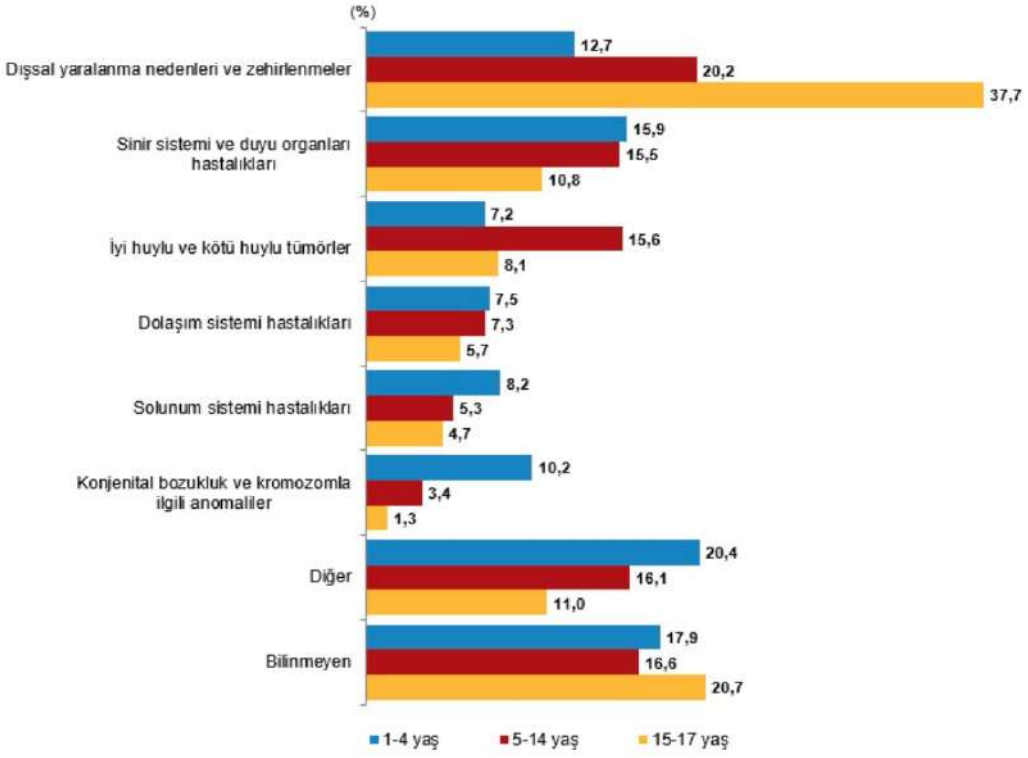


Şekil 3. *Türkiye'de Bebek Ölüm Hızı ve Beş Yaş Altı Çocuk Ölüm Hızının Son 10 Yılda Değişimi (3)*



Beş yaş altı ölüm hızı 2022 yılında 1000 canlı doğumda11.2'dir. Türkiye, beş yaş altı ölüm hızına göre yapılan ülke sıralamasında 188 ülke içinde 2001'de 79. Sırada iken 2020'de 122. sıraya gerileyerek gelişme sağlasa da bu hız erişilmiş en iyi düzeyin (%0 1.8) yaklaşık beş katıdır ve canlı doğan her 1000 çocuktan 11'i önlenebilir nedenlerden dolayı 5. Doğum gününden önce ölmektedir (6).

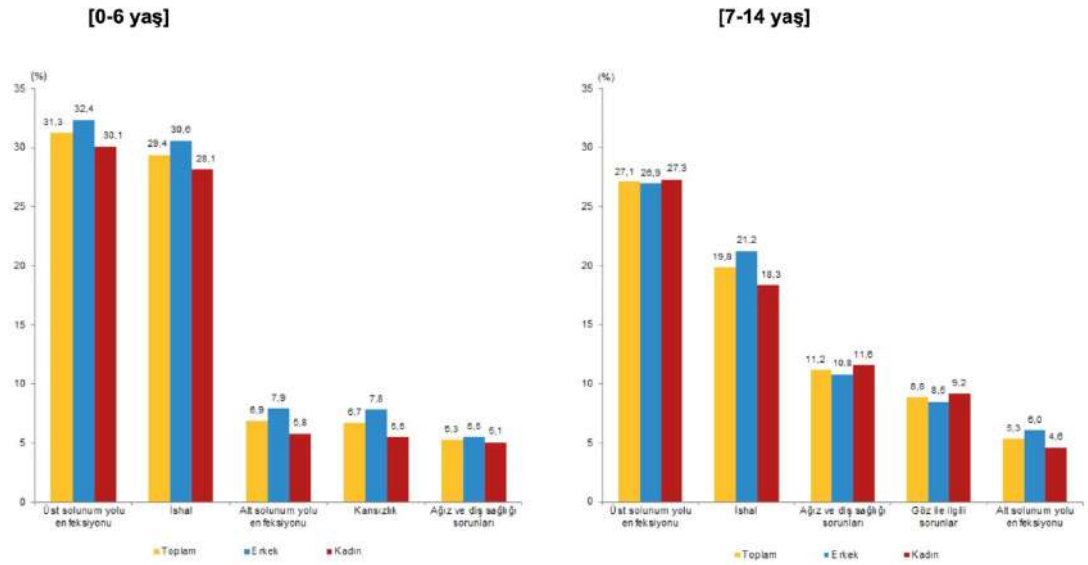
Şekil 4. *Ölüm nedeni ve yaş grubuna göre ölen çocukların oranı, 2022 (3)*



TÜİK'in ölüm nedeni istatistiklerine göre, 2002 yılında yaş gruplarına göre çocuklarda ölüm nedenleri Şekil 4'te özetlenmiştir, (diğer ve bilinmeyen nedenler dışarıda bırakıldığında) 1-4 yaş grubu çocuklar en çok sinir sistemi ve duyu organlarının hasarı nedeniyle, 5-14 ve 15-17 yaş grubu çocuklar dışsal yaralanmalar ve zehirlenmeler nedeni ile yaşamını kaybetmiştir (3).

Türkiye Sağlık Araştırması 2022 sonuçlarına göre; çocuklarda 2022 yılı içinde 0-6 yaş grubunda %31,3 ile en çok üst solunum yolu enfeksiyonu görüldüğü, bunu sırasıyla, %29,4 ile ishal ve %6,9 ile alt solunum yolu enfeksiyonlarının izlediği belirlenmiştir. 7-14 yaş grubunda da %27,1 ile üst solunum yolu enfeksiyonu ilk sırada, %19,8 ile ishal ikinci sırada yer alırken, bunları %11,2 ile ağız ve diş sağlığı sorunları izlemiştir (Şekil 5)(7).

Şekil 5. *Çocukların başlıca hastalık/sağlık sorunlarının cinsiyete göre dağılımı, 2022 (7)*



Türkiye Çocuk Araştırması 2022 sonuçlarına göre, anneleri/temel bakım verenlerinden edinilen bilgilere göre, 5-17 yaş grubundaki çocukların %1'i görme zorluğu, %0,2'si işitme zorluğu, %1,1'i yürüme zorluğu, %0,9'u özbakım güçlüğü, %0,8'i iletişim güçlüğü, %1,5'i öğrenme güçlüğü yaşamaktadır (Şekil 6)(8).

Şekil 6. *İşlev alanına göre işlevsel zorluk yaşayan çocuklar (5-17 yaş grubu), 2022 (9)*

Çocuk sağlığı hizmetlerinin en iyi göstergelerinden ikisi de; sağlık kuruluşunda yapılan doğumlar ve gebe, bebek ve çocuk izlemleridir. TNSA 2018 bulgularına göre ülkemizde doğan bebeklerin %1'i (yaklaşık 12 500 bebek), TÜİK 2022 verilerine göre ise 2021 yılındaki doğumların %2,5'i (Yaklaşık 27 000 bebek) sağlık kuruluşu dışında doğmuştur, 1993 yılında bu oran %40'tır (3, 10). Sağlık kuruluşu dışında doğan bebeklerin büyük bir olasılıkla kayıtlarının olmadığı, sağlık hizmetlerinden de ya yararlanmadığı ya da geç yararlandığı düşünülünce bu oranın "0" olması beklenmektedir. Bu hedefe yaklaşılmış iken, yeniden hastane dışındaki doğumların oranının artması düşündürücüdür. Sağlık Bakanlığı istatistiklerine göre 2021 yılında ülkemizde tam izlem yapılma oranları gebelerde %96,1, bebeklerde %92.4, çocuklarda %90.6'dır (11). TNSA 2018'e göre ise ilk iki günde sağlık kontrolü yapılmış bebek oranı %68 iken, bebeklerin %22.6'sı doğum sonrası bir sağlık çalışanından bakım almamıştır. Annenin eğitim seviyesi arttıkça ve bebeğin doğduğu hanenin refah düzeyi arttıkça bebeğin ilk 2 günde sağlık bakımı alma olasılığı da artmaktadır (10).

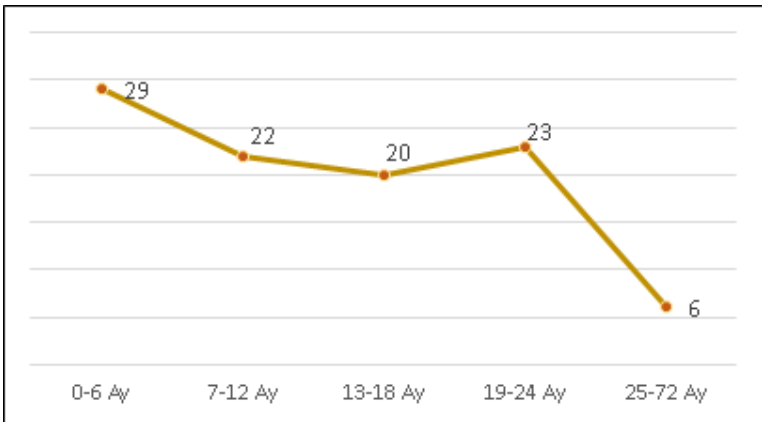
Çocukların sağlıklı olduğunu gösteren en önemli belirteçlerden biri de çocukların beslenme durumudur. Bebek ve çocuk ölümlerindeki azalmalar gibi, ölümlerin en önemli nedenlerinden olan çocukların kötü beslenme durumları da cumhuriyetin ilk yıllarından bu yana azalma göstermiştir, 1993'ten 2018'e değin bodur çocukların oranında yaklaşık %70'lik, zayıf çocukların oranında da %50'lik bir azalma kaydedilmiştir (Tablo 1). TÜİK verilerine göre; 2018 yılında Türk çocuklarının %2'si boyuna göre zayıf, %6'sı yaşına göre kısadır (12).

Tablo 1. *Türkiye'de çocukların beslenme durumu 1993-2018 (14)*

Yıl		Yaşa göre boy Bodur	Boya göre ağırlık Zayıf	Yaşa göre ağırlık Düşük Kilolu
1993	Erkek	19.1	3.3	9.3
	Kız	18.7	2.6	9.8
1998	Erkek	16	2.1	8.4
	Kız	16	1.7	8.1
2003	Erkek	10.9	1.0	3.2
	Kız	13.6	0.4	4.7
2008	Erkek	9.9	1.5	2.3
	Kız	10.8	0.2	3.4
2013	Erkek	10.9	1.4	1.8
	Kız	8.0	2.1	2.1
2018	Erkek	6.1	1.7	1.3
	Kız	5.8	1.6	1.7

Çocuk beslenmesinin en önemli bileşenlerinden olan anne sütü alımında ise, 2019 verilerine göre ülkemizde 4-5 aylık bebeklerin %14'ü yalnızca anne sütü ile beslenmekte, %88'i emzirilmektedir (12). Bebeklerin yaşına göre anne sütü ile beslenme sürelerinin dağılımı Şekil 7'de özetlenmiştir.

Şekil 7. *Bebeklerin anne sütü ile beslenme süreleri dağılımı, 2019 (12)*



Bodurluk ve zayıflık azalırken günümüzde fazla kilolu ve obez çocukların oranı artmaya başlamıştır. TNSA 2018'e göre 5 yaş altı çocuklarda obezite oranı %8 (erkelerde %9, kızlarda %7)'dir (10). Sağlık Bakanlığı tarafından 2016 yılında yürütülmüş olan Çocukluk Çağı Obezite Araştırması bulgularına göre (COSI-TR-2016) Türkiye genelinde 2015-2016 öğretim yılı ilkokul 2. sınıf öğrencilerinin BKİ-Z Skoruna göre %9,9'u şişman, %14,6'sı kilolu olarak bulunmuştur, bu oran erkek çocuklarda; %11.3 ve %13.6, kız çocuklarda %8.5 ve %15.7'dir (13).

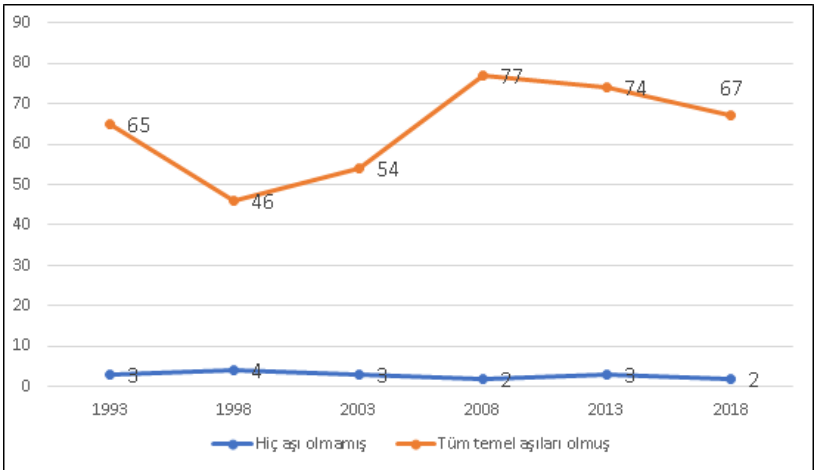
Beslenme verilerinde de bölgeler arası ve sosyo ekonomik duruma göre eşitisizlikler görülmeye devam etmektedir. Bodurluk kırsal alanlarda (% 8) kentsel alanlara (% 5) göre daha yüksektir, fazla kiloluluk yaygınlığı ise kentsel alanlarda (% 9), kırsal alanlara (% 6) göre daha fazladır. İBBS 1 bölgelerine göre bodurluk en yüksek (% 19) Kuzeydoğu Anadolu'da, zayıflık en yüksek (%3) Batı Anadolu'da, fazla kiloluluk en yüksek oranda (%15) Doğu Karadeniz'de görülmektedir. Hane halkı refah düzeyi ve anne eğitim düzeyi arttıkça bodurluk oranı düşerken, fazla kiloluluk oranı artmaktadır (10).

Çocukluk çağında koruyucu çocuk sağlığı hizmetlerinin en önemlilerinden biri bağışıklama hizmetidir ve bağışıklama oranları ülkede çocuk sağlığı hizmetlerinin düzeyini göstermek bakımından da önemlidir. Aile

ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı'nın açtığı davalarla hukuki zemini oluşturulan, COVID-19 pandemisi sürecinde oluşan/oluşturulan güvensizlik ve şüphe ile beslenen toplumda aşı reddi/kararsızlığı çağımızın en önemli ve maliyet-etkin hizmetlerinden olan bağışıklama hizmetleri için tehdit oluşturmaya başlamıştır. Anayasa Mahkemesi'nin aşı yaptırma zorunluluğu ile ilgili kararının üzerinden 8 yıl geçmesine karşın Sağlık bakanlığı politik bir kararlılık göstereememiş ve halen bir yasa hazırlığında bulunmamıştır.

Sağlık Bakanlığı istatistiklerinde tek tek aşıların yapılma oranları daha yüksek iken, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmalarında temel aşıların tamamını olmuş 12-23 aylık çocuk oranları daha düşük çıkmaktadır ve aşı kararsızlığı/reddinin artmasıyla hiç aşılanmamış çocuk oranı da önlem alınmazsa daha da artacak gibi görünmektedir (Şekil 8). Tüm sağlık hizmetlerinde olduğu gibi yaşa göre tam aşılı olma durumunda da kent ve kır arasında ve bölgeler arasında da eşitsizlikler gözlenmektedir (10,14).

Şekil 8. *Çocukluk çağı aşılarında değişimler*



Araştırma tarihinden önce tüm temel aşılarını olmuş 12-23 ya da 15-26 aylık çocukların oranı (yaş gruplarındaki farklılıklar zaman içinde aşı takvimi ve yapılan aşılardaki değişiklikler nedeniyle olmuştur)

Yeni salgınlara, anti mikrobiyal dirence karşı çocukları koruyabilecek en önemli silahlardan biri aşılardır. Buna karşın, DSÖ'nün 2019'da dünyayı tehdit eden 10 küresel sorundan biri olarak nitelendirdiği aşı kararsızlığı/reddi ülkemizde de hızla büyüyen ve çocuk sağlığını yakından ilgilendiren bir sorundur. Aşı kararsızlığı aşılama hizmetlerinin varlığına karşın erteleme ya da reddetme durumu olarak tanımlanmaktadır. Aşılamanın yapılmaması durumunda her yıl 14.000 kadar çocuk aşıyla önlenebilir hastalıklar nedeniyle hayatını kaybedeceği gibi, 20 milyar avroluk ekonomik kayba da yol açmaktadır (15). Ülkemizde bağışıklama hizmetleri sayesinde kimi hastalıklar artık görülmemektedir ya da ciddi biçimde azalma kaydedilmiştir. Aşılama oranlarının düşmesiyle ticari, turistik aktivitelerle bu hastalıkların ülkemize gelmesi ve yeniden ortaya çıkması riski de ortaya çıkmaktadır (Tablo 2).

Tablo 2. *Aşı ile önlenebilir kimi hastalıklarda aşılamaya başlama yılı ve hastalıkların görülme sayıları (16)*

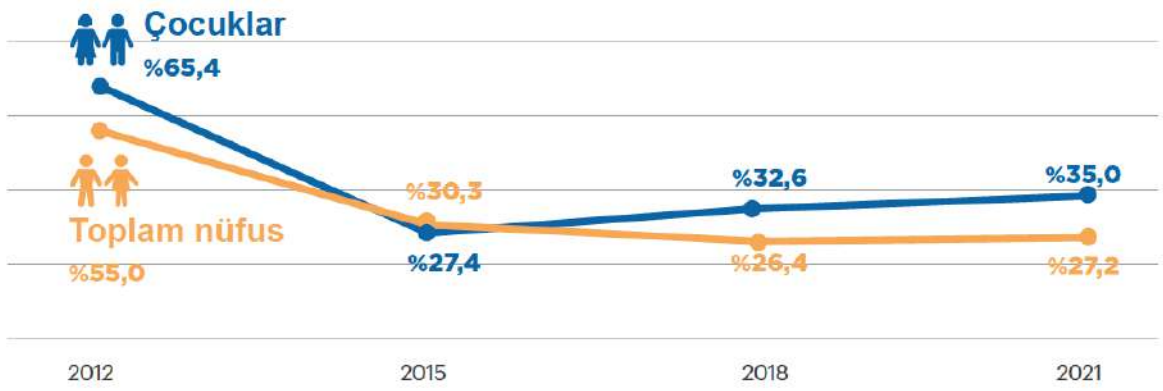
Hastalık	Aşılamaya başlama yılı	1985	2004*	2019	2022
Difteri	1937	145	0	0	0
Kızamık	1970	14.695	8.927	2.904	103
Boğmaca	1937	2.678	389	60	8
Çocuk Felci	1963	88	0	0	0
Yenidoğan Tetanosu	90'ların başı	41	15	0	0
Tetanos	1968	113	37	18	10
Ülke Nüfusu (Bin)		49.660	67.160	79.810	85.790

Çocuk sağlığını çocuk hakları bağlamında değerlendirdiğimizde sağlığın en önemli belirleyenlerinden olan çocuk yoksulluğu ve buna bağlı olarak çalışan çocuk oranlarının değerlendirilmesi gerekmektedir.

Yoksulluk; insanların temel ihtiyaçlarını karşılayamama durumudur. Dar anlamda yoksulluk, açlıktan ölme ve barınacak yeri olmama durumu iken, geniş anlamda yoksulluk, gıda, giyim ve barınma gibi olanakları yaşamlarını devam ettirmeye yettiği halde toplumun genel düzeyinin gerisinde kalmayı ifade eder (12). Maddi yoksunluk ise ciddi finansal sıkıntıyla karşı karşıya olan insanların oranı olarak tanımlanır. Maddi yoksunluk; belirlenmiş 9 maddeden en az 4 tanesini ekonomik nedenlerle karşılayamayan/mahrum olan insanların oranıdır: 1) Beklenmedik harcamalar, 2) Evden uzakta bir haftalık tatil (tüm aile fertleri için), 3) Ödeme zorluğu (konut kredisi, kira, elektrik, su, doğalgaz vb. faturalar, taksit/borçlar), 4) İki günde bir et, tavuk, balık içeren yemek (vejeteryanlar için eşdeğer yemek), 5) Evin ısınma ihtiyacı, 6) Çamaşır makinesi, 7) Renkli televizyon, 8) Telefon (sabit veya mobil), 9) Otomobil.

TÜİK'in yukarıdaki tanımına göre, 2012 yılında Türkiye'de 7,5 milyon çocuk yoksulluk içinde yaşmaktadır ki bu rakam tüm çocukların %32,6'sıdır (Erkeklerde %31,8; Kızlarda %33,4) (12). Maddi yoksunluk çeken çocuk oranı ise artarak 2012'de %35 olmuştur (Şekil 9)(12).

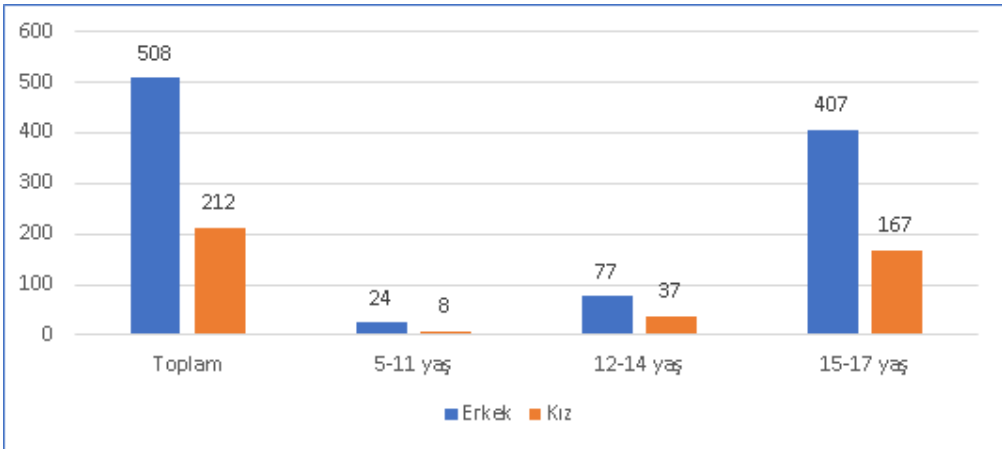
Şekil 9. *Türkiye'de maddi yoksunluk çeken bireylerin oranı, 2012-2021 (12)*



Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve UNICEF'in 2020 yılında yayınlanan raporlarına göre COVİD-19 pandemisi sürecinde çocuk işçi sayısının artma eğiliminde olduğu görülmüştür (17). COVİD-19 pandemisi dünyayı enfeksiyon, ölümler ve ekonomik açıdan kötü etkilemiştir. Önceki salgın hastalıklar/finansal krizlerle ilgili deneyimler, mevcut krizin gelişmekte olan dünyada çocuk işçiliğinde bir artışa yol açtığını düşündürmektedir. Kayıt dışı sektörlerde yaşanan iş kaybı, artan yoksulluk ve sosyal koruma eksikliği, okulların yaygın olarak kapanmasıyla birleştiğinde, aileleri hayatta kalabilmek için çocuk işçiliğine yönelmeye zorlamıştır. Hâlihazırda çalışan çocuklar, daha düşük ücret ve daha uzun çalışma saatleri ile daha sert koşullarla karşı karşıya kalmıştır.

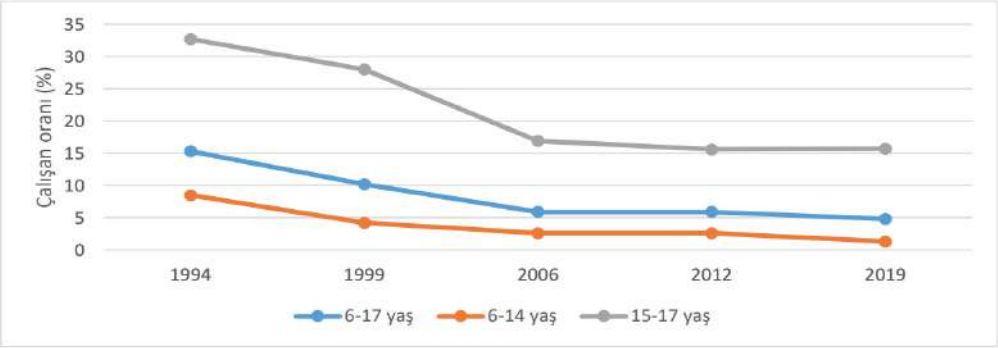
TÜİK 2019 Çocuk İşgücü Anketi Sonuçlarına göre Türkiye'de 720 bin çocuk işçi olduğu, 5-17 yaş arasındaki çocukların istihdam oranının %4.4 olduğu tahmin edilmektedir. Bu grubun içindeki çocukların %4.5'ini 5-11 yaş arası çocuklar, %15.6'sını 12-14 yaş arası çocuklar, %79.7'sini 15-17 yaş arası çocuklar oluşturmaktadır (Şekil 10) (18).

Şekil 10. *Yaş grubu ve cinsiyete göre işgücüne katılım oranı – 2019 IV. Çeyrek (18)*



Çalışan çocuk sayısı yıllar içinde düşüş göstermiştir (Şekli 11). 2012 yılında yapılan çocuk işgücü anketi sonuçlarına göre 6-17 yaş grubunda çalışan çocuk sayısı 893 bin kişiyken 2019 yılında azaldığı görülmektedir (19). Bu azalma tarım sektöründe çalışan çocuk sayısının azalmasından kaynaklanmaktadır ancak 2019'da hizmet sektöründe çalışan çocuk sayısı (%51) artmıştır. Erkek çocuklar, kız çocuklarına göre daha fazla çocuk işçi olarak çalışmaktadır (sırasıyla %70.6 ve %29.4). 2012 yılında çocuk işçilerin %67'si 15-17 yaş grubunda iken 2019 yılında bu oran %80'e çıkmıştır. Çocuk işçilerin yaklaşık %34,3'ü eğitimine devam etmemektedir. Çocukların %30.1'i tarım sektöründe, %23.7'si sanayi sektöründe, %45.5'i hizmet sektöründe çalışmaktadır (18).

Şekil 11. *Türkiye'de yıllara göre yaş grupları bazında çalışan çocuk oranları*



COVID-19 pandemisi öncesinde çocuk işçi sayısında bir miktar azalma kaydedilmişken, dünyada olduğu gibi pandemi döneminde bu durumun Türkiye'de de tersine döndüğü düşünülmektedir. Pandemi sürecinde okulların kapanması ve ekonomik yoksullaşmanın ailelerin çocuk işçiliğine ihtiyaç duymasına neden olduğu tahmin edilmektedir. Çalışma Bakanlığı bütçe görüşmelerinde bu gerçek gözler önüne serilmiştir; Bakanlık 2020 yılında çocuk işçiliğiyle mücadele kapsamında 12 bin 457 çocuğa ulaşmışken, 2021 yılı sonunda ulaşmayı planladığı çocuk işçi sayısı ise neredeyse iki katına (2021 yılı sonunda 27 bin, 2022 yılı sonunda 28 bin ve 2023 yılı sonunda ise 29 bin çocuk) çıkmıştır (20).

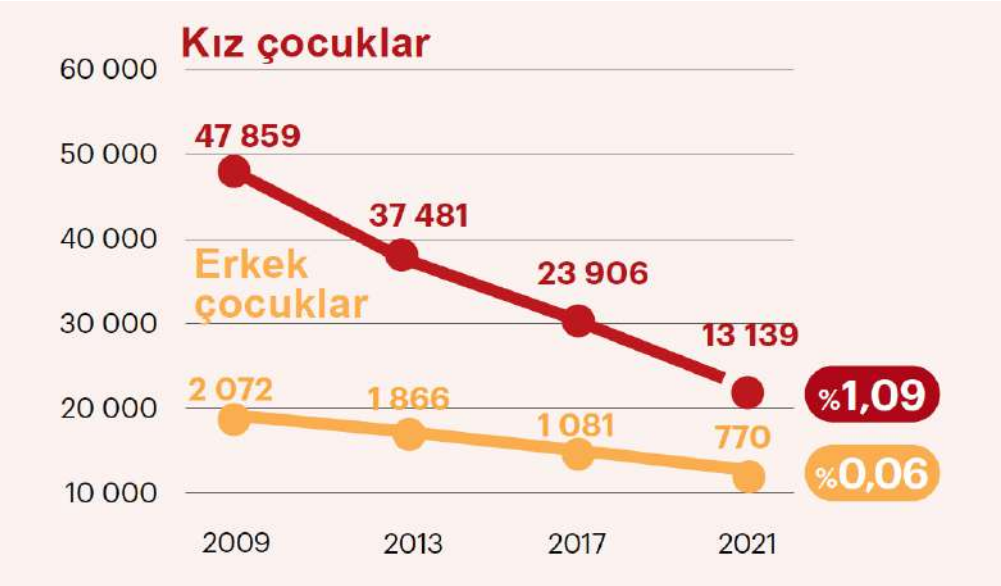
Derin Yoksulluk ve Haklara Erişim Araştırması'nda İstanbul'da ikamet eden, düzenli geliri olmayan, günlük ve güvencesiz işlerde çalışan 103 hane ile görüşülmüştür. Görüşülen hanelerin %13'ünde çocukların çalışmakta olduğu ve %6'sında eve yalnızca çocukların gelir getirdiği tespit edilmiştir. Pandemi sürecinde hane gelirinin eve düzenli, gıda alamayacak kadar düşmesi nedeniyle daha önce çalışmayan çocuklarında çalışmaya başladığı, bazı hanelerde uzaktan eğitimin 'okulların kapanması' olarak algılandığı ve çocukların çalışmaya başladığı belirlenmiştir (21).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından, çocuğun sağlığına, hayatta kalmasına, gelişimine veya onuruna bir ilişki bağ-

lamında fiili veya potansiyel zararla sonuçlanan her türlü fiziksel ve/veya duygusal kötü muamele, cinsel istismar, ihmal, ticari veya diğer sömürü olarak tanımlanmaktadır (22). Dünya Sağlık Örgütü tarafından çocuğa yönelik fiziksel, cinsel, duygusal istismar ve ihmal olmak üzere kötü muamele türleri tanımlanmıştır (23). İhmal, çocuğa bakmakla yükümlü kişinin çocuğun beslenme, giyim, tıbbi, sosyal ve duygusal gereksinimlerini ya da gerekli ilgiyi göstermemesini kapsamaktadır. Fiziksel istismar çocuğun bedensel olarak zarar görmesidir. Cinsel istismar, çocuğun cinsel doyum amacı ile zorla veya ikna edilerek kullanılması ya da başkasının bu amaçla çocuğu kullanmasına izin verilmesi durumudur (24). Duygusal istismar durumu çocuğun yetenekleri üstünde beklentiler içinde olmaları ve çocuğa kötü davranmalarını kapsamaktadır (25).

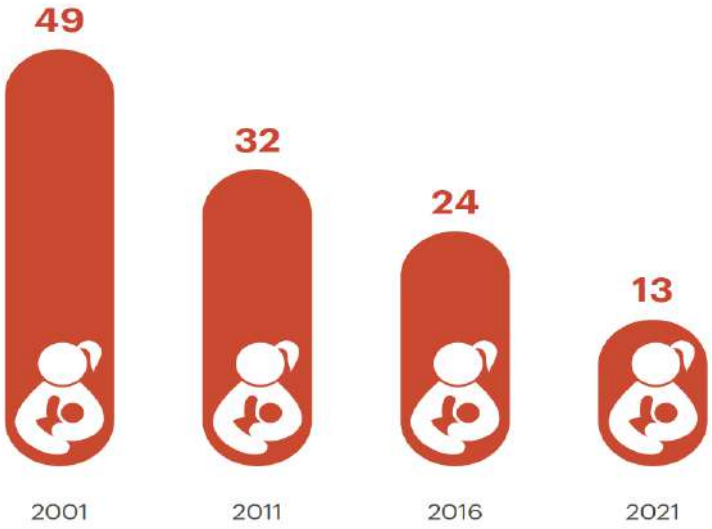
Türkiye'de 2021 yılında 10-19 yaş arası nüfus yaklaşık 12.7 milyondur, ülke nüfusunun %15'ini 10-19 yaş ergen nüfus oluşturmaktadır. Cinsel istismarın başka bir görünümü diyebileceğimiz, çocuk yaşta evliliklerde ise, Ülkemizde, 2021 yılında resmi olarak kayıtlara geçen evliliklerin %2.5'i 16-17 yaş grubunda, %9.4'ü 18-19 yaş grubundadır. Başka bir deyişle 16-17 yaş grubundaki kız çocukların %1,09'u, erkek çocukların %0,06'sı evlidir (şekil 12). Bu yaş grubunda evlenenlerin %90'ı kız çocuk, %10'u ise erkek çocuktur, yani cinsel istismarın başka bir görünümü diyebileceğimiz, çocuk yaşta evlilik yapmışlardır (26). Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verileri; 25-49 yaşlarındaki kadınların dörtte birinin 18 yaşına kadar, %4'ünün de 15.yaş gününden önce evlendiklerini göstermektedir (10).

Şekil 12. *Türkiye'de 16-17 yaş çocuk evlilikleri 2009-2021 (12)*



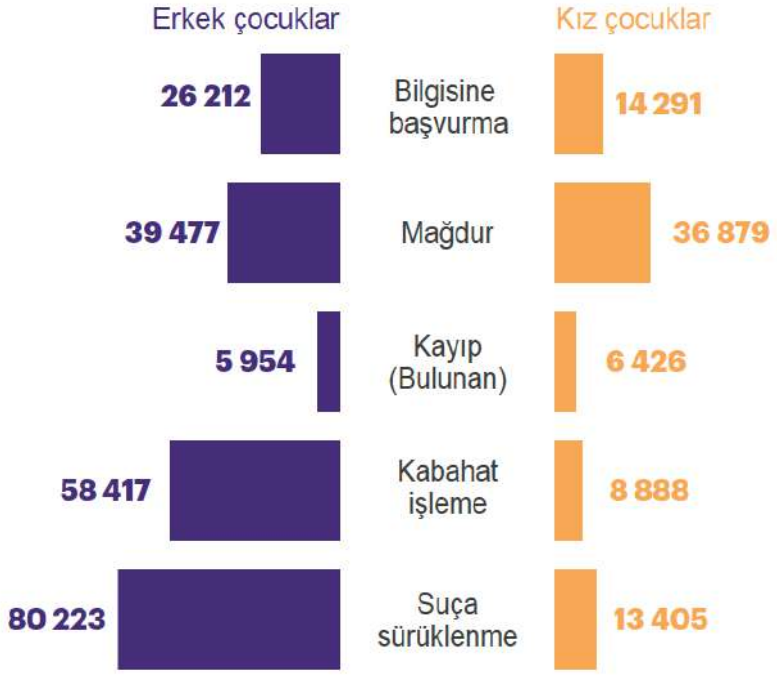
Öte yandan, adölesan doğurganlık hızı, ülkemizde 2000'lerin başından bu yana yaklaşık %75 oranında bir düşüş gösterse de (2001: Binde 49; 2022: Binde 13) halen yüksek seyretmektedir (2022 AB ortalaması Binde 7) (Şekil 13) (27). Adölesan annelerin tüm anneler içindeki oranı ise 1993'te 10.2'den 2018'de %3.5'a gerilemiştir ancak yeterli değildir (10).

Şekil 13. *Türkiye'de 15-19 yaş grubunda 1000 kadın başına düşen doğurganlık hızları 2001-2021 (12)*



Güvenlik birimlerine gelen veya getirilen çocukların karıştığı olay sayısı 2021 yılında 499 bin 319 oldu. Bu olaylarda çocukların 207 bin 999'u mağdur olarak, 132 bin 943'ü suça sürüklenme sebebiyle (kanunlarda suç olarak tanımlanan bir fiili işlediği iddiasıyla), 70 bin 905'i bilgisine başvurma amacıyla, 67 bin 518'i kabahat işlediği iddiasıyla, 19 bin 277'si kayıp (hakkında kayıp müracaatı yapılıp daha sonra bulunan) olması sebebiyle, 677'si ise bu nedenlerin dışında kalan diğer nedenlerden dolayı güvenlik birimlerine geldi veya getirildi (Şekil 14) (28).

Şekil 14. *Güvenlik birimlerine gelen veya getirilen 15-17 yaş grubu çocukların geliş nedenleri 2021 (12)*



2021 yılında tüm yaş gruplarında 207 999 çocuk güvenlik birimlerine mağdur olarak getirilmiştir, bunların % 54'ünü erkek çocuklar, %46'sını kız çocuklar oluşturmaktadır (28). Aynı yıl, tüm yaş gruplarında, %87'sini kız çocukların oluşturduğu 24 432 çocuk güvenlik birimlerine cinsel suç mağduru olarak getirilmiştir (12). Türkiye'de güvenlik birimlerine gelen veya getirilen cinsel suç mağduru çocuk sayısı, 9 yılda yüzde 287 artmıştır.

Verilere göre 2014'te 11 bin 95 olan cinsel suç mağduru çocuk sayısı geçen yıl 31 bin 890'a yükseldi (28). Ceza Mahkemeleri'nde çocukların cinsel istismarı ile ilgili açılan davalardaki suç sayısı 2012 yılında 17 bin 589 iken, 2019 yılında 22 bin 689'a yükselmiştir (29).

Kaynaklar

1. *WHO. Health and Well Being. https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/health-and-well-being (Erişim Tarihi: 17.11.2023)*
2. *TR'de çocuk olmak. https://tr.boell.org/index.php/tr/2014/09/22/turkiyede-cocuk-olmak (Erişim Tarihi: 17.11.2023)*
3. *TÜİK İstatistiklerle Çocuk 2022. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=%C4%B0statistiklerle-%C3%87ocuk-2022 (Erişim Tarihi: 17.11.2023)*
4. *Özcebe H. (2018). Çocuk ve Ergen Sağlığı - Okyay P, Dedeoğlu N, Öztek Z. Tarihsel Bakışla Türkiye'de Halk Sağlığı içinde. 1. Baskı,Trakya Üniv. Matbaası SS:86-87.*
5. *DSÖ (2023)- Global Health Observatory Data Repository – IMR European Region Data by Country. https://apps.who.int/gho/data/view.main.CHILDMORTINFANTEURv?lang=en (Erişim tarihi: 18.11.2023)*
6. *UN (2021) Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UNICEF, WHO, World Bank, UN DESA Population Division) https://www.indexmundi.com/facts/indicators/SH.DYN.MORT/rankings Erişim Tarihi: 18.11.2023*
7. *TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması 2022. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747 (Erişim tarihi:20.11.2023)*
8. *TÜİK, Türkiye Çocuk Araştırması 2022. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Cocuk-Arastirmasi-2022-49744 (Erişim tarihi:20.11.2023)*
9. *UNICEF Türkiye Infographics 2022. İstatistiklerle Çocuk 2022. file:///Users/burcutokuc/Desktop/istatistiklerle%20cocuk%202022%20bilgi%20dokumani.pdf (Erişim tarihi:20.11.2023)*
10. *HÜNEE (2019). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018. Ankara, 2019. https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar%20-%20raporlar/2018%20TNSA/TNSA2018_ana_Rapor_compressed.pdf Erişim Tarihi:21.11.2023*
11. *Sağlık Bakanlığı (2022). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021 https://www.saglik.gov.tr/TR,95109/saglik-istatistikleri-yilligi-2021-yayinlanmistir.html Erişim Tarihi: 21.11.2023*
12. *TÜİK. Türkiye'deki Çocuklar 2021 İstatistiklere Bakış. https://alternatifbakim.org/wp-content/uploads/2023/06/turkiye_deki-cocuklar-2021-istatistiklere-bakis.pdf Erişim tarihi: 25.11.2023*
13. *Sağlık Bakanlığı (2017). Türkiye Çocukluk Çağı (İlkokul 2. Sınıf Öğrencileri) Şişmanlık Araştırması (COSI-TUR 2016). https://hsgm-destek.saglik.gov.tr/depo/haberler/turkiye-cocukluk-cagi-sismanlik/COSI-TUR-2016-Kitap.pdf Erişim Tarihi: 25.11.2023*
14. *TÜİK (2020). TÜİK İstatistiklerle Çocuk 2020. https://www.tuik.gov.tr/media/announcements/istatistiklerle_cocuk_2020.pdf Erişim Tarihi:25.11.2023*
15. *Tokuç B. (2019). Which Threats to Global Health Pose a Problem for Turkey's Health? Balkan Med J. 2019 May; 36(3): 152–154.*
16. *Bağışıklama için Güç Birliği Platformu – BİGBP (2023). Bağışıklama Hizmetleri Yaşamsal Öneme Sahiptir. https://hasuder.org/Duyurular/Detay/basin-bildirileri/bagisiklama-icin-gucbirligi-platformundan-bagisiklama-hizmetleri-yasamsal-oneme-sahiptir/56acc9d Erişim tarihi: 25.11.2023*
17. *UNICEF. Türkiye'de geçici koruma altındaki çocukların eğitimine ilişkin istatistik raporu, 2020-2021. https://www.unicef.org/turkey/raporlar/t%C3%BCrkiyede-ge%C3%A7ici-koruma-alt%C4%B1ndaki-%C3%A7ocuklar%C4%B1n-e%C4%9Fitimine-ili%C5%9Fkin-istatistik-raporu-2020-2021 (Erişim: 24.11.2023)*
18. *TUİK. Çocuk İşgücü Anketi Sonuçları, 2019. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Child-Labour-Force-Survey-2019-33807 Erişim tarihi:24.11.2023*
19. *TUİK. Çocuk İşgücü Anketi Sonuçları, 2012. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Cocuk-Isgucu-Anketi-Sonuclari-2012-13659 Erişim Tarihi: 27.11.2023*
20. *Cumhuriyet Gazetesi. İşte Türkiye›nin ‹çocuk işçi› gerçeği: 29 bine çıkacak https://www.cumhuriyet.com.tr/turkiye/iste-turkiyenin-cocuk-isci-gercegi-29-bine-cikacak-1878737 Erişim Tarihi: 27.11.2023*
21. *Türkiye'de Çocuk Yoksulluğu – Derin Yoksulluk Ağı https://derinyoksullukagi.org/raporlar/turkiyede-cocuk-yoksullugu/*
22. *WHO. Child Maltreatment. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment Erişim Tarihi: 27.11.2023*
23. *Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. WHO 2006.*

24. *Polat O. Klinik Adli Tıp. Seçkin Yayıncılık 1. baskı Ankara 2004; 85-131.*

25. *Runyan D, Corrine W, Ikeda R, et al. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. In: World report on violence and health. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA.(eds). World Health Organization, Geneva, 2002; 57-86.*

26. *TÜİK. https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=Nufus-ve-Demografi-109 Erişim Tarihi: 27.11.2023*

27. *TÜİK (2022) Doğum İstatistikleri, 2022. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2022-49673 Erişim Tarihi: 27.11.2023.*

28. *TÜİK. Güvenlik Birimine Gelen veya Getirilen Çocuk İstatistikleri, 2022. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Guvenlik-Birimine-Gelen-veya-Getirilen-Cocuk-Istatistikleri-2021-45586 Erişim Tarihi: 27.11.2023.*

29. *Derebagçe, G. E. and Özerk, H. (2021). The Analysis and Discussion Regarding the Researches Concerning Child Abuse Prevention Programs From 1995-2020 in Turkey., Journal of Social, Humanities and Administrative Sciences, 4(7): 651-670.*

DAVETLİ KONUŞMA

KORUYUCU RUH SAĞLĞI HİZMETLERİNDE GEREKSİNİMLER VE YENİ YAKLAŞIMLAR

Uzm. Dr. Pelin ŞAVLI EMİROĞLU
İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü

DSÖ ruh sağlığını 'her bireyin potansiyelini gerçekleştirdiği, yaşamın normal stresleriyle baş edebildiği, üretken ve verimli biçimde çalışabildiği ve ait olduğu topluma katkıda bulunabildiği iyi olma hali' olarak tanımlamaktadır. Araştırmalar genetik, biyolojik ve çevresel faktörlerin ruh sağlığı ile ilişkili olduğunu ortaya koymakla birlikte sosyal çevre, ekonomik istikrar, eğitim, gelir durumu, barınma, göç, kaliteli sağlık hizmetlerine erişim, güvensiz ve stresli çevre ve yetersiz beslenmenin de bilişsel, duygusal ve davranışsal sağlığı etkilediği bilinmektedir.

Ruh sağlığında da son yıllarda sağlığın sosyal belirleyicileri oldukça konuşulmaktadır. Bu belirleyiciler; olumsuz erken yaşam deneyimleri, ayrımcılık ve bunun sonucunda ortaya çıkan sosyal dışlanma; şiddete, savaşa, zorunlu göçe maruz kalma, eğitim, istihdam ve mali eşitsizlikler, ekonomik yoksulluk; istikrarlı barınma, kaliteli beslenme, ulaşım, sağlık hizmetleri veya sağlık sigortasına erişimin zayıf olması; olumsuz çevre koşulları (uygunsuz bina tasarımı, şehir planlaması gibi), kirliliğe veya iklim değişikliğinin etkilerine maruz kalma olarak sıralanabilir.

Ruhsal hastalıkların gelişimini önlemek için hastalıkların oluş nedenlerine yönelik bilgi sahip olmak, saha çalışması düzenlemek, somut, ölçülebilir kaynaklara ulaşmak gerekmektedir. Ruhsal hastalıkların oluşumunu engellemek, ilerleme sürecini azaltmak ve bireyin tekrar sağlıklı yaşama dönmesindeki uyum ve rehabilitasyonu sağlamada bireyin gereksinim ve ihtiyaçları göz önünde bulundurularak, önleyici, tedavi ve rehabilite edici hizmetleri planlama ve uygulama önemlidir. Bireylerin ruh sağlığı ile tam bir iyilik hali içinde bulunması hayatı hakkında kontrol ve denetime sahip olması gereklidir. Toplum temelli ruh sağlığı modeli, ruh sağlığı için gerekli olan hizmetleri; ruh sağlığını korumayı ve ruhsal hastalık oluşumunu önlemeyi (birincil önleme), ruhsal hastalıkların erken dönemde tanısını koymayı, tedavi ve bakımını vermeyi (ikincil önleme), ruhsal hastalıkların rehabilitasyon ve bakımının sürekliliğini sağlamayı (üçüncül önleme) içeren bir çerçevede ele alan bir sistemdir. Bu modelde, hastaların hastaneye yatmalarının önüne geçilerek toplumsal yaşamdan kopmalarının engellenmesi, işlevselliklerinin geri kazandırılması, takip ve tedavilerinin sürdürülmesi yanında, hastanın yaşadığı çevrede temel yaşam ihtiyaçlarının karşılanması, başa çıkma becerilerinin geliştirilmesi ve kendi başına hayatını sürdürmek üzere gerekli desteğin sağlanması amaçlanır.

Ruh sağlığında toplum temelli çalışma ve uygulamalar planlarken kırılgan gruplar ve risk faktörlerini de dikkatli bir biçimde belirlemek gerekir. Çeşitli ülkelerde uygulanan ruh sağlığını geliştirme programları ile yaşamın birçok döneminde iyi tasarlanmış müdahaleler planlanarak (yaşam boyu ve perinatal bakım, okullar, iş ve yerel topluluklar) toplumun daha iyi ruh sağlığına ve refahına eriştiği gösterilmiştir. Ev ziyareti yoluyla erken çocukluk dönemini hedefleyen kanıta dayalı ruh sağlığı programları vardır ve bu programlar çocukların ergenlik döneminde de olumlu sonuçlar doğurmaktadır. Bunlardan en bilinenleri, Doğum Öncesi ve Bebeklik Döneminde Ev Ziyaret Programları, Pozitif Ebeveynlik Programı gibi ebeveyn eğitim programları, Poziitif Gençlik Gelişim programı gibi okullarda uygulanan programlardır. Bununla birlikte ekonomik güvensizlik, okuryazarlık programları, insan hakları ihlalleri gibi dolaylı olarak ruh sağlığını güçlendiren programlarda yürütülmekte ve ruh sağlığı üzerinde olumlu etkiler yaptığı bilinmektedir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından birinci basamakta yürütülen çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme (ÇPGD) Programı, çocuğun psikososyal gelişimini destekleme yöntemlerini birinci basamak sağlık hizmetleri içine entegre ederek, gelişimin en hızlı olduğu gebelik ve 0-6 yaş döneminde çocuğun gelişimini desteklemeyi, gelişimi etkileyebilecek risk etmenlerini erken belirleyip, erken müdahale etmeyi amaçlamaktadır.

Koruyucu ruh sağlığı, ruhsal hastalıkların biyolojik, psikolojik ve sosyal olmak üzere tüm boyutlarını kapsayan ve ruhsal hastalıkların önlenmesi, erken teşhis ve tedavisi ile ruhsal hastalığı olan bireylerin desteklenmesi, toplumda ruh sağlığı bilincinin geliştirilmesi amacıyla oluşturulmuş çaba ve hizmetler bütünü olarak

tanımlanabilir. Bireylerin, ruhsal sorunlarının üstesinden gelmelerine yardımcı olmak ve hastalık nedeniyle kaybettikleri toplumsal rollerini yeniden kazanmalarını sağlamak amacıyla yapılan çalışmalar da toplum ruh sağlığı hizmetleri olarak sayılabilir. Dünya genelinde bu hizmetler; hastane temelli model, toplum temelli model ve toplum & hastane karma model olarak üç modelde sunulmaktadır. Toplum-hastane denge modeli toplum temelli ruh sağlığı uygulamalarına geçişi amaçlayan bir modeldir. Tüm Avrupa ülkelerinde toplum temelli ruh sağlığı modeli uygulanırken, ülkemizde hastane temelli ve toplum temelli model karma olarak yürütülmektedir. Ülkemizde toplum temelli modelde; hastane tedavisine alternatif hizmet sunan Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM), Gündüz Hastaneleri, korumalı iş yerleri bulunmaktadır.

İyi bir ruh sağlığı, çocukların eğitim başarısı ve gelecekteki beklentileri, nüfusun fiziksel sağlığı, toplumların sosyal kapasitesi ve ekonomi için önemlidir. Birleşik Krallık'taki ruhsal rahatsızlıkların maliyeti yılda yaklaşık 105 milyar sterlin olarak hesaplanmıştır. İngiltere ve Galler'de çocukluk döneminde davranış sorunları yaşayanların işlediği suçların maliyeti 60 milyar sterlindir. İngiltere Genel Pratisyenlikte Ruh Sağlığının Geliştirilmesi ve Akıl Hastalıklarının Önlenmesi için hazırlanan raporda aşağıda sıralanan 12 öneri sunulmaktadır.

1. Ruh sağlığının geliştirilmesi ve önlenmesi beklenmeyecek kadar önemlidir
2. Risk faktörlerini, kaynakları ve varlıkları belirlemek ve haritalandırmak için ilgili kuruluşlarla birlikte çalışılmalı,
3. İyi sonuçlar elde edebilmek için bütünsel bir yaklaşıma ihtiyaç vardır. İyi sağlık hizmetleri ve en iyi uygulamalar sadece fiziksel olmaktan öte biyopsikososyaldir,
4. Ruh sağlığının teşviki ve önlenmesi günlük çalışmalara entegre edilmeli,
5. Toplumun dayanıklılığı artırılmalı, sosyal ağlar geliştirilmeli,
6. Ruhsal bozukluk riski yüksek olan kişiler tarama programları ile tespit edilmeli ve desteklenmeli,
7. Hastalık belirti ve semptomları olan her yaştan insana erken tanı ve müdahalenin sağlanması önemli,
8. Klinisyenler kişinin sadece fiziksel sağlığından değil bütününden sorumludur bu nedenle klinisyenlerin biyopsikososyal becerilerinin geliştirilmesi önemli,
9. Personeller arası ve kurumlarla iyi iletişimin, disiplinler arası takım çalışmasının ve sektörler arası çalışmaların desteklenmesi sağlanmalı,
10. Pratisyen hekimlerin fiziksel ve zihinsel sağlığını geliştirmek, dayanıklılığını artırmak için harekete geçerek örnek olunmalı
11. Hizmet sunumunda ve starteji politikalarında ruh sağlığının dahil edilmesini sağlanmalı,
12. Ulusal ruh sağlığı stratejileri yerele uygun olmalı, özellikle akıl hastalığını damgalamamaya yönelik eylemler geliştirilmelidir.

Gelişmekte olan ülkelerde birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastalar arasında ruh sağlığı sorunlarının ihmal edilmesinin temel nedeni ruhsal bozuklukların öncelikli kabul edilmemesi ve sağlık çalışanlarının bu konuda yeterli eğitim almamış olmalarıdır. Yetersiz eğitim, hastalar arasında ruhsal bozukluklara daha az tanı konmasına neden olmaktadır. Tüm ruh sağlığı yaklaşımlarının karmaşık olduğu ve yalnızca ileri seviyede uzmanlaşmış sağlık çalışanları tarafından yapılabileceğinin yaygın bir yanılgı olması, temel sağlık hizmetlerinde de psikofarmakolojik ve psikososyal müdahalelerin yapılmasının uygun olacağının gösterilmesi; psikiyatrik yaklaşımlar konusunda 1. basamak sağlık hizmetlerini güçlendirip aile hekimlerinin ruh sağlığına yönelik psikososyal destek ve medikal tedavi yöntemleri hakkında farkındalıklarının arttırılması amacıyla ülkemizde "Ruh Sağlığı Hizmetlerini Güçlendirme Programı (RSGÜÇ)" yürütülmektedir.

Son zamanlarda koruyucu ruh sağlığı hizmetleri arasında bireyin psikososyal iyi oluş halini (well-being), yeterliliğini (competence) ve dayanıklılığını (resilience) arttırmayı ve toplumda ruh sağlığı bilincini geliştirerek ruhsal hastalığa sahip bireyler için destekleyici bir çevre oluşturmakta sayılmaktadır. Ruhsal hastalıkların oluşumuna neden olan durumları belirlemekle birlikte psikolojik sağlamlık ve psikolojik iyi oluş gibi kavramların bireylerin sadece güçsüz yanlarına odaklanmak yerine güçlü yanlarını ve gelişimini destekleyerek pozitif

ruh sağlığı kavramına doğru yöneldiği görülmektedir.

Sonuç olarak,

Ruh sağlığı hizmetleri yalnızca hastalığı tedavi/sağaltıcı hizmetler değil, hastaların sosyal işlevselliklerini arttırarak yaşam kalitelerini yükseltmeyi, üretken bir birey olarak toplumla uyum içerisinde yaşamalarını sağlamayı da amaçlamalıdır. Bu da toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri ve hastanelerde uygulanan tedavilerin aile, toplum ve kurumlar tarafından desteklenmesi ile mümkün olacaktır.

Ülkemizde ruh sağlığı hizmet kullanımıyla ilgili yakın zamanda yapılan bir çalışma bulunmamakla birlikte Sağlık Bakanlığı'nın 2004 yılında yaptığı Türkiye Hastalık Yükü Çalışması'nda Ulusal düzeyde hastalık yükü nedenlerinin temel hastalık gruplarına göre dağılımı yapıldığında, kardiyovasküler hastalıklardan sonra %19 ile ikinci sırada psikiyatrik hastalık grubunun yer aldığı görülmektedir. Kronik ruh sağlığı hastalarına ihtiyacı olan hizmetleri sunabilmek ve hasta yakınlarına yeterince destek verebilmek için hastalıktan etkilenen kişi sayısının bilinmesi ve hastalara ulaşılması gerekir. Ruh Sağlığını güçlendirmek amacıyla çocukluk döneminden başlayarak kişilerin psikolojik dayanıklılığını artıracak müdahalelerin uygulanması, politikaların yönünün buraya çevrilmesi ile gelecekteki ruhsal hastalıkların toplumdaki oranını düşürebileceği öngörülmektedir.

Ruh sağlığı hizmetleri konusunda farklı çalışma alanlarından birçok profesyonelin ekip anlayışı çerçevesinde bir araya gelmesi, ruh sağlığı hizmetlerinden faydalanan bireylerin psikososyal destek ve sosyoekonomik kaynaklarının belirlenmesi ve iyileştirilmesi açısından oldukça önemlidir. Ruh sağlığı hizmet sunumunda hastanın, ailesinin ve diğer yakınlarının dahil edilmesinin tedavi protokolünde de tanımlanması sağlık hizmetindeki verimi artırabilir. Türkiye'de önemli bir hedef de ruh sağlığı ekibinin üyeleri olan psikolog, psikiyatri hemşiresi, sosyal çalışmacı ve meşguliyet terapistinin fonksiyonlarının yeniden tanımlayıp ruh sağlığı ekip anlayışının geliştirilmesi olmalıdır. Türkiye' de birinci basamak sağlık kuruluşlarında ruh sağlığı meslek elemanlarının sayıları artmakta ancak meslek yasalarının olmaması, lisans eğitim müfredatlarının üniversiteler arasında farklı olması, alınan sertifikasyonların zorunluluk değil kişiye bağlı olması hizmet sunumunda karmaşaya ve toplum ruh sağlığı çalışmalarında nitelik kaybına yol açabileceğini düşündürebilir. Bu nedenle personel sayısı artarken yeni mezunların alanda çalışma alanlarına göre müfredatlarına ilgili eğitimler eklenmeli bununla birlikte çalışma yaşamında da hizmet içi eğitimlerle meslek elemanlarının eğitimleri desteklenmelidir.

Kaynaklar

1. *APHSA (2013) Behavioral Health- Prevention, Early İdentification And İntervention: A Pathway Policy Brief. Washington DC, American Public Human Services Association*

2. *Çiçekoğlu P, Duran S. (2018) Dü nyada ve Tü rkiye'de Toplum Temelli Koruyucu Ruh Sağlığı Hizmetleri. Ünsal Barlas G (Ed) Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği. Türkiye Klinikleri, s. 8-14.*

3. *Gözen Ö, Buz S, Türkiye'de Koruyucu ve Önleyici Ruh Sağlığı Uygulamaları: Sosyal Hizmet Uzmanları ve Hastaların Deneyimlerine Dair Nitel Bir Araştırma, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2020(12)*

4. *doi: 10.18863/pgy.662628*

5. *HORNICROFT G, TANSELLA M, Balancing community-basedand hospital-based mental health care,* World Psychiatry. *2002 Jun; 1(2): 84–90*

6. *M. Yanık, Türkiye Ruh Sağlığı Sistemi Üzerine Değerlendirme ve Öneriler Ruh Sağlığı Eylem Planı Önerisi; 2007*

7. *Mental Health Atlas WHO 2014,* https://www.who.int/publications/i/item/mental-health-atlas-2014

8. *Songur C, Saylavcı E, Kıran Ş. Avrupa'da ve Türkiye'de Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi, Socıal Scıences Studıes Journal 2017;3(4):276-89.*

9. *Sturgeon S, Promoting mental health as an essential aspect of health promotion, Health Promotion International, Vol. 21 P:36-41.* https://doi.org/10.1093/heapro/dal049

10. *Thomas S, at all, Promoting Mental Health and Preventing Mental Illness in General Practice, London Journal of Primary Care, 2016 VOL. 8(1)* https://doi.org/10.1080%2F17571472.2015.1135659

11. *Yanık M, Türkiye Ruh Sağlığı Sistemi Üzerine Değerlendirme ve Öneriler Ruh Sağlığı Eylem Planı Önerisi, Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar, Ekim 2001*

SÖZLÜ BİLDİRİLER

[S001]
MARAŞ OTU VE SİGARA KULLANIMININ OKÜLER YÜZEY ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ VE ÖN SEGMENT BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Selma Meşen[1], **Ali Meşen**[2]
[1]*Türkoğlu Dr. Kemal Beyazıt Devlet Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Kahramanmaraş*
[2]*Sütçü İmam Üniversitesi, Göz Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Kahramanmaraş*

Giriş ve Amaç: Sigara içmek veya dumansız tütün şeklinde tütün kullanımı mümkündür. Maraş otu (MO), Doğu Akdeniz Bölgesindeki yaygın dumansız tütün kullanım şeklidir ve sigaraya kıyasla yaklaşık 6-8 kat daha fazla nikotin konsantrasyonuna sahiptir. Bu çalışmanın amacı MO ve sigara kullananlarda oküler yüzey değişikliklerini ve ön segment parametrelerini karşılaştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniveritesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları A.D.'nda Temmuz- Eylül 2023 tarihleri arasında etik ilkelere uygun bir şekilde yapılmıştır. Çalışma prospektif olarak tasarlandı. Göz Hastalıkları polikliniğine başvuran ek oküler patolojileri saptanmayan sadece MO kullanan, sadece sigara kullanan ve sağlıklı kontrol grubunu oluşturacak olan katılımcılardan muayene yöntemlerine uyum sağlayabilecek olanlar çalışma kapsamına alındı. Çalışmaya MO kullanan 16 hasta, sigara kullanan 8 hasta ve sağlıklı kontrol grubu olarak 14 hasta dahil edildi. Her hastanın sağ gözü değerlendirildi. Tün hastaların görme keskinliği (GK) muayenesi yapıldıktan sonra ocular surface disease index (OSDI) anketi doldurtuldu ve sonrasında schirmer testi uygulandı. Schirmer testi uygulama prensipleri: 5 mm eninde 3,5-5 cm boyunda bir filtre kağıdı anestezik damla sonrası alt göz kapağının 1/3 dış kısmına yerleştirildi, 5 dk beklendi. Biyomikroskopik muayene yardımıyla gözyaşı filmi break-up time testi (BUT) uygulandı. Optik biyometri cihazı yardımıyla santral kornea kalınlığı (SKK) (µm), kornea eğrilik yarıçapını gösteren K1 ve K2 değerleri, pupil çapı (mm), kornea ile lens arasındaki mesafeyi gösteren ön kamara derinliği (ÖKD)(mm) ve lens kalınlığı (LK)(mm) ölçüldü. 12 maddeden oluşan OSDI anketi 0-4 arasında derecelendirilir. Anket sorularına hiçbir zaman için 0, bazen için 1, ara sıra için 2, çoğu zaman için 3, her zaman için 4 puan verilir. Toplam OSDI skoru için kullanılan formül şu şekildedir; Tüm sorulara verilen cevapların toplam skoru x100/toplam cevaplanmış soru sayısı x 4. Bu formülden bulunan OSDI skoru 0-100 arası skalada; 0-5.9 arası normal, 6-14.9 arası ılımlı, 15 veya daha fazla ise şiddetli OSDI olarak değerlendirilir. Schirmer testi 10 mm nin üzerinde normal, 6-10 mm arasında ılımlı, 0-5 mm arasında şiddetli oküler yüzey hastalığı olarak kabul edilir. BUT ise 10 sn ye eşit veya uzunsa normal, 5- 9 sn arası ılımlı, 5 sn'nin altında ise şiddetli oküler yüzey hastalığı bulgusu olarak kabul edilir. Araştırmada elde edilen sonuçların istatistiksel analizinde Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) (ver:23) yazılım programı kullanılmıştır. Normal dağılıma uygunluk için Kolmogorov-Smirnov testi uygulandı. İkiden fazla bağımsız grup arasındaki istatistiksel fark Kruskal-Wallis Testi ve Oneway ANOVA ile değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Schirmer testi kontrol grubunda; 7,28 ± 4,12, sigara grubunda; 9,50 ± 3,70 ve MO grubunda 9,87 ± 3,03 olarak tespit edildi. BUT değerleri kontrol grubunda; 5,35 ± 1,90, sigara grubunda; 7,12 ± 4,54 ve MO grubunda 7,18 ± 3,31 idi. OSDI skorları ise kontrol grubunda; 27,39 ± 16,59, sigara grubunda; 25,95 ± 9,78 ve MO grubunda 21,88 ± 24,47 idi.

Üç grup arasında GK, Schirmer testi, BUT ve OSDI skorları açısından anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla p=0,068, p=0,138, p=0,255 ve p=0,729). K1 ve K2 ortalaması MO kullanıcılarında kontrol grubuna kıyasla daha yüksek saptandı (sırasıyla p=0,07 ve p=0,016). Pupil çapı sigara ve kontrol grubunda benzer iken MO kullananlarda diğer gruplara kıyasla anlamlı şekilde azalmıştı (sigara=5.86, kontrol=5.79 ve MO=4.74 mm) (p=0.01). ÖKD kontrol ve sigara grubunda benzer iken MO grubunda anlamlı azalma mevcuttu (kontrol=3.06, sigara= 3.15 ve MO=2.84 mm) (p=0.002). LK sigara ve MO grubunda kontrol grubuna göre artmıştı (kontrol=3.65 sigara=3.85 MO=4.02 mm) (p<0.01).

Tartışma ve Sonuç: MO ve sigara kullanımının kontrol grubuna kıyasla schirmer testi, BUT ve OSDI skorlarıyla saptanabilen istatistiksel olarak önemli düzeyde oküler yüzey değişiklikleri tespit edilmedi. Schirmer ve BUT testlerine göre her üç grupta ılımlı derecede göz kuruluğu bulguları mevcuttu. OSDI skoruna göre ise her üç grupta şiddetli oküler yüzey semptomlarının olduğu gözlendi. Çalışmamızdaki katılımcıların çoğu aktif dijital ekran kullanan bireyler olduğu için her üç gruptada benzer şekilde tespit edilen oküler yüzey hastalığı ve semptomlarının bu faktörle ilişkili olduğunu düşünüyoruz. Ancak görüntüleme yöntemleriyle kantitatif olarak ölçülebilen bazı farklılıklar tespit edildi. Özellikle MO kullanımında pupil çapında ve ÖKD'de azalma, LK'da artış mevcuttu. MO içeriğindeki nikotinin parasempatomimetik etkisinden dolayı miyozis ve siliyer kasların kasılması sonucu lens kalınlığında artış görülmekte ve lens kalınlığı artışına bağlı ÖKD'de daralma görülebilir. Bu hastalarda gelişen anatomik değişiklikler ilerleyen zamanlarda göz içi basıncı yüksekliğine sebep olabileceğini düşünüyoruz. Korneal keratometri (K1 ve K2) değerlerindeki artış ise korneal kırıcılığın artmasına ve bulanık görmeye yol açabilir. Çalışmamızın kısıtlılığı sınırlı hasta sayısı olması idi. Sigara içen katılımcıların çoğu eş zamanlı MO kullandığı için çalışmaya dahil edemedik. Daha fazla katılımcıyla yapılacak olan ileriki çalışmalara ihtiyaç vardır. Sonuç olarak MO kullanımı oküler yüzey problemlerine ve görme kalitesinin bozulmasına yol açabilir.

Anahtar Kelimeler: Maraş otu, nikotin, oküler yüzey, pupil çapı, sigara

[S002]
GEÇİCİ KORUMA KAPSAMINDAKİ SURİYELİ GÖÇMENLERİN TÜTÜN KULLANIM DURUMU VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER: ELAZIĞ ÖRNEĞİ

Dr. Öğretim Üyesi Kevser Tuncer, Prof. Dr. Edibe Pirinçci, Şule Kavak Genç
Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Elazığ

Giriş ve Amaç: Bir bölümü doğal sebepler, büyük çoğunluğu ise insan faktörüyle ilişkili olarak ortaya çıkan küresel ve bölgesel felaketler dünyamızda göçmen sayısını gün geçtikçe arttırmaktadır. 15 Mart 2011 tarihinden itibaren Suriye'de yaşanan iç savaş, beraberinde birçok sorunu ortaya çıkarmıştır. Bunun sonucunda tüm dünyayı etkisi altına alıp gündem değiştirten göç hareketliliği olmuştur. Tütün kullanımı, dünyada halk sağlığını tehdit en önemli problemler arasında yer almakta olup önlenebilir erken ölümlerin en önemli nedenlerinden biridir. Yapılan çalışmalarda göç etmek tütün kullanımı açısından risk faktörü olduğu görülmüştür. Bu çalışmada, Elazığ ilinde yaşayan geçici koruma kapsamındaki Suriyeli göçmenlerin tütün kullanım durumları ve ilişkili olduğu faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu çalışmanın evrenini Elazığ ilinde yaşayan geçici koruma kapsamındaki Suriyeli göçmenler oluşturmaktadır. Elazığ ilinde 02.06.2022 tarihi itibariyle 13.234 geçici koruma kapsamında Suriyeli göçmen yaşamaktadır (https://www.goc.gov.tr/guncel-veriler). Epi İnfo Stat Calc programıyla %95 güven aralığı %5 hata payı ile minimum örneklem büyüklüğü 250 olarak hesaplanmış olup bu çalışmada 273 kişiye ulaşılmıştır. Hazırlanan anket 12 kişiye ön uygulama yapılarak test edilmiştir. Aketler, Arapça ve Türkçe bilen bir tercümanlar tarafından yüz yüze doldurulmuştur. İstatistiksel değerlendirmelerde yüzde, ortalama, t testi ve ki-kare testleri kullanılmıştır. Ortalamalar standart sapma ile birlikle verilmiş olup (ort±SS), $p<0.05$ istatistiksel anlamlılık olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Göçmenlerin yaş ortalaması 37,86 ± 16,36'dır. Katılımcıların %44,3'ü kadın, %55,7'si erkektir ve %55,3'ü evlidir. Katılımcıların %66,3'ü en az lise mezunudur ve %54,6'sı çalışmamaktadır. Katılımcıların %60,8'i ekonomik durumunun orta düzey olarak algıladığını belirtmiştir. Tütün kullananların (n=55) içtiği sigara miktarı 20,45 ± 7,714 adet/gündür. Göçmenlerin ekonomik durumlar ve tütün kullanım durumlarına bakıldığında; ekonomik durumunu iyi (n=4, %1,5) olarak tanımlayanların tütün kullanım oranı orta (n=33, %12,1) ve kötü (n=18, %6,6) olarak tanımlayanlardan daha düşük saptanmıştır (p= 0,405). Göçmenlerden erkeklerin (n=45, %16,5) kadınlardan (n=10, %3,7) daha sık tütün kullandıkları tespit edilmiştir (p<0,001). Göçmenlerden çalışıyor olup sigara içenlerin oranı (n=38, %13,9) hiç içmemiş olanlardan (n=49, %17,9) düşük bulunmuştur (p<0,001). Üniversite ve üzeri eğitim alan katılımcıların hiç sigara içmeme oranı (n=63, %23,1), sigara içme oranından (n=7, %2,6) yüksek saptanmıştır (p= 0,012). Araştırmaya katılanların %58,2'si sigarayı bırakmak istediklerini belirtmiştir. Kısıtlılıklar ve Güçlü Yönler: Bu çalışmada kişilerin beyanı esas alınarak verilerin toplanması kısıtlılıklar arasındadır. Göçmenlerde erkek nüfusa ulaşmak ve bilgi toplamak zor olmasına rağmen katılımcıların yarıdan fazlasının erkek olması ise güçlü yönleri arasındadır.

Sonuç: Göç olgusunun kendi doğasından kaynaklanan sorunlar göç öncesi, göç süreci ve göç sonrası yaşananlar olmak üzere ruh sağlığını doğrudan etkilemekte ve bunların sonucu olarak göçmenler tütün kullanımı açısından riskli gruplar haline gelmektedir. Bu çalışmada göçmen grupta; erkeklerin, evli olanların, çocuk sahibi olanların, çalışıyor olanların tütün kullanım oranları daha yüksek saptanmıştır. Ayrıca eğitim durumu iyileştikçe tütün kullanım oranlarının düştüğü saptanmıştır. Göçmenlerin eğitimlerini devam ettirmelerine kolaylık sağlanması ve önlerindeki olası engellerin kaldırılması tütün kullanım oranlarını düşürebileceğini göstermektedir. Ayrıca çalışmamızda göçmenlerin yarısından fazlasının tütün kullanımını bırakmayı istedikleri görülmektedir. Bu sonuç ışığında göçmenlere yönelik sosyal destek programlarının oluşturulması, tütün bırakma süreci hakkında bilgilendirilmeleri ve tedaviye erişimlerinin önündeki engelleri kaldırmaya yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Göç, bağımlılık, tütün

[S003]
EĞİTİM BİLİMLERİ FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN BAĞIMLILIK VE BAĞIMLILIKLA MÜCADELE İLE İLGİLİ EĞİTİM ÖNCESİ VE SONRASI BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

İrem Bulut[1], **Edibe Pirinçci**[1], **Fatma Nur Karaçorlu**[2]
[1]*Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Elazığ*
[2]*Bulanık İlçe Sağlık Müdürlüğü, Muş*

Giriş ve Amaç: Bu çalışmada bir eğitim, öğretim yılı içerisinde Fırat Üniversitesi Eğitim Fakültesi öğrencilerinden bağımlılık ve bağımlılıkla mücadele derslerini alanlarda, eğitim öncesi ve sonrasındaki kazanımlarının neler olduğunun görülmesi, elde edilecek çıkarımlarla eğitimlerin kalitesinin artırılması ve toplumun geleceği gençlerin daha sağlıklı bir hayat istemelerinin sağlanması amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel ve Müdahale türünde olan araştırmanın evrenini, Fırat Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesinde okuyan 'Bağımlılık ve Bağımlılıkla Mücadele' dersini almış olan öğrenciler oluşturmuştur. Sınıf mevcudu 70 kişidir. Eğitim zorunlu bir eğitim değildir. Eğitime katılanlar 57 kişidir. Eğitim 1 ay boyunca haftada 2 saat olarak verilmiştir. 'Bağımlılık ve Bağımlılıkla Mücadele Dersi' öncesinde anket doldurulmuştur. Örneklem seçilmeden tüm öğrencilerden 57 kişi anketi doldurmuştur. Eğitim bitiminde aynı anket aynı kişilere dağıtılmış olup 15-20 dakika sonra toplanmıştır. Eğitim ile ilgili sorulara verilen yanıtlar üzerinden değerlendirme yapılmıştır. Kişilerden isim bilgisi alınmamıştır. Hazırlanan anket formu 2 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde öğrencilerin sosyodemografik özelllikleri ile ilişkili sorular bulunmaktadır. 2. Bölümde ise bağımlılık yapıcı tütün, nargile, teknoloji ve uyuşturucu madde ile ilgili sorular bulunmaktadır. Bağımlı değişkenler; eğitim ile ilgili sorulara verilen yanıtlar üzerinden elde edilen bilgi düzeyidir. Bağımsız değişkenler; yaş, cinsiyet ve diğer sosyodemografik verilerdir. İstatistiksel analiz için SPSS 22.0 paket programı kullanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmelerde değişkenlerin özelliklerine göre yüzde, ortalama, ki kare testi kullanılmıştır. Ortalamalar standart sapma ile birlikle verilmiş olup (ort±SS), $p<0.05$ istatistiksel anlamlılık olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılanların %61.4'ü kadın (n=35), %19,3'ü (n=11) ilköğretim matematik öğretmenliğinde okumakta ve evrenin yaş ortalaması 22.75±2.86'dır. Sigara içmeyi deneyenlerin oranı %61.4 (n=35), nargile %52.6 (n=30), elektronik sigara %26.3 (n=15), diğer bağımlılık yapıcı maddeler ise %5.3 (n=3)'tür. Bağımlılık yapıcı maddelerden nargile, elektronik sigara kullanım durumu erkeklerde daha fazladır ($p<0.05$). Üniversitenin açık alanlarında tütün içilmesinin yasak olması gerektiğini düşünenlerin oranı %63.2 (n=36)'dir. Bağımlılık yapıcı maddeleri bırakma konusunda başvurulabilecek kurum iletişim numarasını doğru bilenlerin oranı eğitim öncesinde %54.4 (n=31) iken, eğitim sonrasında %100.0 (n=57) olmuştur. Değişim oranı pozitif yönde artış göstermiş olup %45.6'dır.

Sonuç: Çalışma sonucunda bağımlılık yapıcı maddelerin kullanım oranları sigara %61.4, nargile %52.6, elektronik sigara %26.3, diğer %5.3 olarak bulunmuştur. Erkeklerde elektronik sigara ve nargile kullanımı daha fazladır. Eğitim etkinliği açısından başvuru yapılacak kurum iletişim numarasının bilinirliği eğitim sonrasında artmıştır. Eğitimin etkinliği görülmüş olup eğitimler üniversite bünyesindeki tüm bölümlere verilebilmeli, böylelikle sağlığına önem vermeyi hedefleyen gençlerin sayısı arttırılmaya çalışılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Bağımlılık, Öğrenci, Eğitim, Bağımlılıkla mücadele

[S004]
ADOLESAN VE GENÇ YETİŞKİNLERDE İNSOMNİA VE UYKULULUK (SLEEPINESS) İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ; AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI YENİ BİR TEHDİT Mİ?

Fatma Atun Ütük[1], Ayşe İnaltekin[1], Onur Yücel[2], Masoumeh Asadi[3], Mert Yücel[4], Dilara Yanık[5], Burak Mete[1], Hakan Demirhindi[1]

[1]Çukurova Üniveristesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Adana
[2]Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, Gaziantep
[3]Başkent Üniversitesi Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Adana
[4]İslahiye Devlet Hastanesi, Gaziantep
[5]Fatsa Devlet Hastanesi, Ordu

Giriş ve Amaç: Uyku; organizmanın çevreyle iletişiminin geri dönüşümlü, belirli bir düzeyde ve kısmi olarak kaybolması durumudur. Uyku kalitesinin diyet, fiziksel aktivite, genetik ve çevresel faktörler gibi birçok faktörden etkilendiği bilinmektedir. Kötü uyku kalitesi uzun vadede diyabet, kardiyovasküler hastalık, depresyon, anksiyete, kalp krizi, obezite ve felç gibi ciddi sağlık sonuçlarıyla ilişkilidir. Uyku, çocukların ve ergenlerin üzerinde de büyük etkiye sahiptir. Bu çalışmanın amacı adölesan ve geç yetişkinlerde uykusuzluk ve gündüz uykululuğu üzerindeki etkili olan faktörlerin incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Bu kesitsel tipteki çalışma 2023 yılında Adana'da yapılmıştır. Ç.Ü.T.F. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay (02.12.2022 tarih, 128 sayılı) alınmıştır. Çalışma yapılırken herhangi bir finansal destek alınmamıştır ve çıkar çatışması yoktur. Çalışmanın evreni Adana'da yaşayan 15-30 yaş adölesan ve genç yetişkin bireylerdir. Örneklem büyüklüğü %50 frekans, %5 Tip 1 hata ve %95 güven aralığında, design efect=1 alınarak yapılan hesaplamada 384 bulunmuştur ve kolayda örnekleme yöntemiyle 394 kişiye online anket yapılmıştır. Kolayda örnekleme yöntemi ve online anket kullanmamız çalışmamızın kısıtlılığını oluşturmaktadır. Olasılıksız örnekleme yöntemi kullanılması nedeniyle örneklemin evreni temsil gücü düşüktür ve seleksiyon biası olmuştur. Online anket kullanılması ise katılımcıların soruları anlama ve yorumlamalarında enformasyon biasına neden olmuş olabilir. Çalışmamızda kullanılan anket formu; sosyodemografik bilgiler, uyku kalitesini etkileyen faktörlerle ilgili sorular ile Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği-Kısa form, Epworth Uykululuk Ölçeği ve Uykusuzluk Şiddeti Endeks Ölçeğinden oluşmaktadır. Çalışmamızın bağımsız değişkeni akıllı telefon bağımlılığı, bağımlı değişkenleri ise uykusuzluk ve gündüz uykululuğudur. Verilerin analizinde SPSS22 Programı kullanılmıştır. Kolmogrow Smirnov testi, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi, One Way Anova testi, Ki-kare testi, Lojistik regresyon analizi, mediation analizi kullanılmıştır. $p < 0.05$ önemli kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 394 kişinin yaş ortalaması 20±3,65 dir. Katılımcıların %61,7'si kadın, %95,2 si bekardır. %19,3'ü sigara, %25,1'i alkol kullanmaktadır. %34,3'ünün gündüz uyuma alışkanlığı, %32,5'inin uyku öncesi beslenme alışkanlığı, %92,4'ünün uyku öncesi ekran maruziyeti mevcuttur; %29,2'si mavi ekran filtresi kullanmaktadır. %39,6'sı düzenli fiziksel aktivite yapmaktadır. %79,7'sinin günlük kafein tüketim miktarı 200 mg'ın altında ve %52,5'i haftada 5-7 gün kafein içeren gıda/içecek tüketmektedir. Katılımcıların %42,9'u 12.00-18.00 saatlerinde kafein tüketmektedir. Sigara kullanan, kafein tüketim zamanı 18.00-24.00 saatleri arasında olan, uyku öncesi yemek yeme alışkanlığı olan, muhtemel akıllı telefon bağımlılığı olan kişilerde uykusuzluk şiddeti puanları daha yüksektir. Kadınların, gündüz uyuma alışkanlığı olan, düzenli fiziksel aktivitede bulunmayan ve muhtemel akıllı telefon bağımlılığı olan kişilerin epworth uykululuk ölçeğinden aldıkları puanlar daha yüksek bulunmuştur. Muhtemel akıllı telefon bağımlılığı olan katılımcılarda gündüz uykululuk (%65.6) ve orta-klinik düzeyde uykusuzluk oranları (%85.9) daha fazladır. Gündüz uykululuğu ve uykusuzluk şiddeti olasılığını tahmin etmek için oluşturulan lojistik regresyon analizi anlamlıdır (omnibüs test $p<0.001$). İki model oluşturulmuştur; birinci modelde bağımsız değişken gündüz uykululuğu, ikinci modelde ise uykusuzluk şiddetidir. Modele dahil edilen değişkenlerden gündüz uykululuğu için muhtemel akıllı telefon bağımlılığının($p<0,001$, OR:2,638, %95CI (1,658-4,196), düzenli fiziksel aktivite yapmama durumunun($p=0,017$, OR:1,731, %95CI (1,104-2,715); uykusuzluk şiddeti için ise muhtemel akıllı telefon

bağımlılığının(p=0,016, OR:2,071, %95CI (1.144-3,751) önemli olduğu bulunmuştur. Akıllı telefon bağımlılığı olanlarda, gündüz uykululuğu olma olasılığı 2,638, düzenli fiziksel aktivite yapmayanlarda ise 1,731; akıllı telefon bağımlılığı olanlarda orta-klinik olarak uykusuzluk riski 2,071 kat artmaktadır. İnsomnia, uykululuk ve akıllı telefon bağımlılığı ilişkinin değerlendirildiği mediasyon analizinde akıllı telefon bağımlılığının uykululuk üzerinde direkt (%86,6) ve indirekt (13,4) etkili bir prediktör olduğu bulunmuştur. Akıllı telefon bağımlılığı insomnianın artmasına, insomnianın artması da uykululuk halinin artmasına neden olmaktadır. Akıllı telefon bağımlılığı ile uykululuk(r:0,330, p<0,001) uykusuzluk (r:0,239, p<0,001) arasında pozitif yönde zayıf korelasyon bulunmaktadır.

Sonuç: Adölesan ve genç yetişkinlerde akıllı telefon bağımlılığı, fizik aktivite azlığı, sigara içme ve uygun olmayan saatlerde kafein tüketimi uyku sorunları ile ilişkilidir. Adölesan ve genç yetişkinlerde sağlık açısından uykunun önemi ile ilgili eğitimlerin yapılmasını, akıllı telefon, sigara ve kafein bağımlılığı ile ilgili farkındalığın ve fiziksel aktivitenin artırılmasına yönelik çalışmalar yapılmasını tavsiye ediyoruz. Uyku kalitesini kötüleştiren her durum için alınabilecek önlemler ve yapılabilecek faaliyetler üzerinde daha fazla durulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Adölesan, Telefon Bağımlılığı, Uyku

[S005]
COVID-19 HASTALIĞI KORKUSUNUN SİGARA İÇME DAVRANIŞINA ETKİSİ

Semiha Zeynep Özsaydı[1], **İskender Gün**[2]
[1]*Kocasinan İlçe Sağlık Müdürlüğü, Kayseri*
[2]*Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Kayseri*

Giriş ve Amaç: Sigara içme davranışlarının değişiminde COVID-19 korkusunun etkisi incelendiğinde yapılan sınırlı sayıdaki çalışmalarda sonuçlar çeşitli olmuş ve artan stres düzeyinin bazı sigara içenlerde sigara kullanımında azalmaya veya sigaranın bırakılmasına neden olurken, bazılarında ise sigara kullanımında artışa neden olarak çift yönlü bir etkisinin olduğu bulunmuştur. Pandemi döneminde sigara içme davranışındaki değişimlerin ve belirleyicilerinin açıklığa kavuşturulması, risk gruplarının saptanması ve tütün kontrolüne yönelik etkin stratejiler oluşturulması yönünden çok önemlidir. Bu çalışmanın amacı, SARS-CoV-2 pandemisi döneminde COVID-19 hastalığı korkusunun bireylerin sigara içme davranışı üzerindeki etkilerini incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel nitelikteki bu çalışmanın evrenini Kayseri Melikgazi İlçe Sağlık Müdürlüğü bölgesinde yer alan aile sağlığı merkezlerine (ASM) başvuran 18 yaş üstü bireyler oluşturmaktadır. COVID-19 nedenli korkunun sigara içme davranışında değişime neden olma sıklığı % 50 (bilinmeyen sıklık) olarak alınmış ve minimum örneklem büyüklüğü 384 olarak hesaplanmıştır. Veri toplama aracı olarak katılımcıların COVID-19 etkenine maruz kalma durumlarını, COVID-19 korku durumlarını, sigara içme alışkanlıklarını ve sigara bağımlılıklarının düzeyini sorgulayan 36 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır. COVID-19 korkusunu değerlendirmek için COVID-19 Korkusu Ölçeği (CKÖ), sigara bağımlılığını değerlendirmek amacıyla Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) kullanılmıştır. Araştırma için Sağlık Bakanlığı'ndan uygulama izni, Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü'nden idari izin ve Erciyes Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır. Grupların karşılaştırmalarında non-parametrik test olarak Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testleri, sayısal verilerin korelasyonunun değerlendirilmesinde Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Kategorik verilerin analizlerinde ki kare testleri kullanılmış, $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların % 38.3'ü daha önce COVID-19 geçirdiğini veya temaslı olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların % 28.1'i halen sigara içtiğini, % 13.0'ı ise geçmişte içip bıraktığını ifade etmiştir. Pandemi döneminde bireylerin % 79.1'i sigara içme durumunda herhangi bir değişiklik olmadığını, % 15.2'si içtiği sigara miktarını azalttığını, % 3.2'si ise artırdığını belirtmiştir. Katılımcılardan 108 kişi pandemi döneminde sigara içmeye devam ettiğini, sigara içmeye devam ettiğini belirtenlerden ise 28 kişi pandemi döneminde sigara bırakmayı denediğini belirtmiştir. Pandemi döneminde sigara bırakma girişimi sayısı ortancası 1.0'dır. Sigara bırakma girişiminde bulunanlardan 25 kişi sigarayı bırakma konusunda herhangi bir yönteme başvurmadığını, iki kişi ilaç kullandığını, biri ise nikotin bandı kullandığını belirtmiştir. "COVID-19 pandemisi döneminde sigara bırakmak için daha motiveyim" ifadesine halen sigara içmekte olan katılımcıların % 39.8'i "katılmıyorum", % 23.1'i ise "kesinlikle katılmıyorum" yanıtını vermiştir. Katılımcıların CKÖ'den aldıkları puanlar değerlendirildiğinde; grubun puan ortalaması 16.5 ± 6.3 (min:7 - max:35) olarak bulunmuştur. Katılımcıların CKÖ'den aldıkları puanlar sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırıldığında kadınların erkeklere göre daha yüksek puan aldıkları görülmüştür ($p<0.001$). Bazı günler sigara içtiğini belirtenlerin korku düzeyi, her gün içen ve içip bırakmış olanlara göre daha yüksektir ($p=0.013$). CKÖ'den alınan puanla günlük içilen sigara miktarı arasında negatif bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p=0.025$). CKÖ puanları ile yaş, FNBT puanı ve sigara içme yılı arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. COVID-19 nedeniyle arkadaş-akraba çevresinde ölüm olduğunu belirtenlerde olmayanlara göre, pandemi döneminde sigara bırakmak için motive olduğunu ifade edenlerde motive olmayanlara göre içtiği sigara miktarını azaltanların oranı anlamlı düzeyde daha fazladır. Pandemi öncesi sigara bırakma girişimi sayısı ile FNBT puanı açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Sonuç: Katılımcıların büyük çoğunluğunun COVID-19 pandemisi döneminde sigara içme durumunda

herhangi bir değişiklik olmamıştır. Kadınların ve bazı günler sigara içtiğini belirtenlerin korku düzeyi daha yüksektir. COVID-19 korku düzeyi ile günlük içilen sigara miktarı arasında negatif bir ilişki olduğu görülmüştür. COVID-19 pandemisi gibi dönemler sigarayı bırakmak veya azaltmak adına iyi bir fırsat olabilir. Sınırlılıklar: Kesitsel nitelikte olduğu için, incelenen değişkenlerin ortaya çıkış zamanı ve aralarındaki ilişkiyi değerlendirme yönünden kısıtlılıkları vardır. Ayrıca davranış değişikliği kavramı en az 3-6 ay süre isteyen bir süreç olduğu için pandeminin sigara içme üzerindeki uzun vadeli etkisinin ne olduğunun incelenmesi amacıyla ileride uzun soluklu çalışmalar yapılabilir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, COVID-19 korkusu, sigara içme davranışı

[S006]
TIP VE DİŞ HEKİMLİĞİ ÖĞRENCİLERİNİN İKİNCİ EL SİGARA DUMANI MARUZİYETİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Ezgi Salış, Tuğçe Arslan Torba, Ezgi Yücel, Muhammed Fatih Önsüz, Selma Metintaş
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Eskişehir

Giriş ve Amaç: İkinci el sigara dumanına (İESD) maruz kalmak hem bireyin hem de toplumun sağlığını olumsuz etkilemektedir. Geleceğin doktorları ve diş hekimleri olacak üniversite öğrencileri, sağlık hizmeti uygulamaları adı altında topluma rol model olmaları, danışmanlık vermeleri ve toplumsal programlarda önderlik yapmaları beklenen meslek gruplarıdır. Bu çalışmada Eskişehir Osmangazi Üniversitesi (ESOGÜ) Tıp ve Diş Hekimliği Fakültesi öğrencilerinde İESD maruziyeti ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, Ocak – Nisan 2022 tarihleri arasında, ESOGÜ Tıp ve Diş Hekimliği Fakültesi öğrencileri ile yürütülen kesitsel tipte bir araştırmadır. Çalışma için etik onay (18.01.2022/E-25403353-050.99-296069) ve idari izin alındı. Çalışmanın evreni 2183 öğrenciden oluşmaktaydı. Çalışmanın yapıldığı zaman diliminde fakültelerde olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 1482 öğrenci (%67,9) çalışma grubunu oluşturdu. Çalışmanın anket formu dört bölümden oluşmakta olup birinci bölümü öğrencilerin sosyodemografik özellikleri ve İESD'yle ilişkili değişkenleri, ikinci bölümü son 7 gün içinde İESD'ye maruziyet durumu ile ilgili soruları, üçüncü bölümü İESD ile ilgili bilgiye yönelik 4'ü ters olan 18 önermeyi ve dördüncü bölümü ise İESD kaçınma davranışına yönelik 1'i ters olan 12 önermeyi içermekteydi. İESD bilgi ve kaçınma davranışına yönelik önermeler 5'li Likert tipinde olup alınabilecek puanlar sırasıyla 18-90 ve 12-60 arasında değişmektedir. İESD ile ilgili bilgi ve kaçınma davranışı önermelerinin Cronbach's alpha değerleri sırasıyla 0,834 ve 0,891 olarak bulundu. Son 7 gün içinde İESD'ye maruziyet durumu kapsamında altı soru (yaşanılan yer, arkadaşın evi, akrabanın evi, araba, halka açık alanlar, başka bir yer) soruldu. Soruların herhangi birine evet yanıtını verenler "İESD maruziyeti var" olarak kabul edildi. Elde edilen veriler, SPSS istatistik paket programında analiz edildi. Nitel değişkenlerin karşılaştırılmasında tek değişkenli Ki-kare testi kullanıldı. İESD maruziyeti ile ilişkili faktörlerin belirlenmesinde tek değişkenli analizlerde p<0,10 düzeyinde anlamlılık veren değişkenlerle (cinsiyet, biriyle yaşama, sigara içme, sigara dışı tütün ürünü kullanma, alkol tüketme, ailesinde sigara içen biri olması, evde birlikte kaldığı kişilerde sigara içen biri olması, arkadaş grubunda sigara içen biri olması, kaçınma davranışı) çok değişkenli Logistik Regresyon modeli oluşturuldu.

Bulgular: Çalışma grubunu oluşturan öğrencilerin 734 (%49,5)'ü kadın, 675 (%45,5)'i klinik ve 1040 (%70,2)'ı tıp fakültesi öğrencisiydi. Yaşları 18-55 arasında değişmekte olup ortalama 21,6±2,5 yıl idi. Öğrencilerin 454 (%30,6)'ü sigara, 170 (%11,5)'i sigara dışı tütün ürünü kullanmaktaydı. Sigara dışı tütün ürünü olarak en sık kullanılan %6,4 (95 kişi) ile nargileydi. İESD'ye maruz kalanların sayısı 1291 (%87,1) olarak bulundu. Öğrencilerin İESD'ye maruz kaldıkları yerler sırasıyla en sık halka açık alanlar (%29,5), arkadaş evi (%19,6) ve yaşanılan yer (%17,8) olarak saptandı. Sigara içen öğrencilerin (%94,9) içmeyenlere göre (%83,7) İESD maruziyeti daha yüksek bulundu (p<0,001). Sigara dışı tütün ürünü kullanan öğrencilerin (%95,9) kullanmayanlara göre (%86,0) İESD maruziyeti daha yüksek bulundu (p<0,001). Çalışma grubunda İESD bilgi puanı ortanca(min-max) 66(26-88) iken İESD kaçınma davranışı puanı 38(12-60) idi. Öğrencilerin %47,5 (704 kişi)'inin İESD bilgi düzeyi ortalamanın altında, %48,2 (712 kişi)'sinin İESD kaçınma davranışı düzeyi ortalamadan daha düşüktü. İESD maruziyeti ile ilişkili belirleyiciler, tek başına yaşama (OR;%95GA:1,45;1,02-2,08), sigara içme (1,84;1,09-3,08), sigara dışı tütün ürünü kullanma (2,25;1,00-5,05), alkol tüketme (1,87;1,17-2,99), evde birlikte kalınan kişilerin sigara içmesi (1,89;1,19-3,01), arkadaş grubunda sigara içen birey olması (3,34;2,35-4,75) idi.

Sonuç: Öğrencilerin büyük çoğunluğunun İESD'ye maruz kaldığı bulundu. Çalışma grubunun İESD'ye en sık maruz kaldığı yer halka açık alanlar olarak saptandı. Öğrencilerin yarısına yakınının İESD bilgi ve kaçınma davranışı düzeyleri ortalamanın altındaydı. İESD'ye maruz kalma riski öğrencilerde zararlı alışkanlıkların

olması ve öğrencilerin sosyal çevresinde sigara içen birey olmasıyla artmaktaydı. İESD maruziyeti için sigara kısıtlamalarının yeniden gözden geçirilmesi ve sağlık alanında öğrenim gören öğrencilerin İESD ile ilgili farkındalıklarının arttırılmasına yönelik eğitimler verilmesi ve ders programlarının içeriğinin düzenlenmesinin uygun olduğu kanaatine varıldı.

Anahtar Kelimeler: İkinci el sigara dumanı, maruziyet, bilgi, üniversite öğrencileri

[S007]
BAĞIMLILIKTA SÜRDÜRÜLEBİLİR MENTAL İYİLEŞME

İlkay Soykal
Dokuz Eylül Üniversitesi

Bağımlılıkta sürdürülebilir iyileşmede 12 basamaklı kendine yardım gruplarının etkisi: Bağımlılık kişinin kullandığı bir madde, alkol, nesne veya yaptığı bir davranış (eylem) üzerinde kontrolünü kaybetmesidir. 12 Basamak Programı 1935'te ABD New York'ta alkolik bir iş insanıyla bir hastanın konuşmalarının, kendilerinin içme isteğini azalttıklarını görmesi sonucunda bunu devam ettirme ve yaygınlaştırma amacıyla kurulan bir yapıdır. Benzer deneyimler ve güçlükler karşısında kişinin kendisi ve başkaları için gerekli olanı resmi bir kuruma gitmeden sağlamaya çalışır katılımcılar. Adsız Alkolikler manevi temelli kendine yardım gruplarının ilkidir. Sırasıyla Adsız Narkotik (1953), Adsız Hap (1975), Adsız Kokain (1982), Adsız Nikotin (1985), Adsız Eroin (2004), Adsız Esrar (1989) vb. kendine yardım grupları oluşmuştur. 1956'da Adsız Narkotik'in ilk broşürü çıkmıştır. 1962'de grubun temel kaynaklarından olan Küçük Beyaz Kitapçık (Little White Booklet) yayınlanır. 1963. Hastane, cezaevi vb. kuruluşlardaki kişilere grubun mesajını iletebilmek için H&I adı verilen komite yapılandırılmıştır. 1972'de Los Angeles'ta Adsız Narkotik Dünya Hizmet Ofisi açılmıştır. 1976'da ilk Dünya Hizmet Konferansı yapılmıştır. Türkiye'de ilk Adsız Narkotik grubu toplantısı 1993'te İstanbul'da düzenlenmiştir. 1995'ten itibaren STK, belediye, bakanlıklarla İletişim sağlanmıştır. 2003'te Adsız Narkotik Türkiye Alan Komitesi (NATAK) kurulmuştur. Birliğin işleyişine baktığımızda uyuşturucu madde kullanan bireylerin madde kullanımını bırakma arzusu ile bir araya gelerek oluşum gösterdikleri kendine yardım gruplarından biri olduğu görülür. Üye olmak için gerekli olan tek koşul madde kullanımını bırakma isteğidir. Üye olurken herhangi bir sözleşme imzalanmaz, ücret talep edilmez. Gruba katılım gösteren bir üye istediği zaman gruptan ayrılabilir. Kendi kendini yönetir. Etkinlik alanı dışında gelişen olaylarla ilgili tarafsızdır. Programa katılan üyelerin (alkol de dahil olmak üzere) herhangi bir maddeyi kullanmamaları tavsiye edilir. Amaç, üyelerin iyi olma halleri artırılarak toplumla bütünleşme süreçlerinin kolaylaştırılmasıdır. Anonimlik özelliği vardır. Üyeler arasındaki eşitliğin korunması, damgalanma sorununun önlenmesi, özellikle gruba yeni katılan üyelerin kendilerini daha rahat hissederek paylaşımda bulunabilmeleri adına anonimliğin korunması oldukça önemlidir. Siyasi ve dini yapılarla bağlantısı yoktur. Gruba yeni katılan üyelerin alışma sürecinde bazı sorunları olabilmektedir. Bu noktada tecrübeli üyelerin yeni katılan üyelere destek olmaları önem teşkil etmektedir. Üye ve sponsor arasında güven ve saygı temeline dayalı bir ilişkinin gelişmesi, üyenin gruba ve yeni hayatına adapte olmasını kolaylaştırır. Toplantılar açık ve kapalı biçimdedir. Kapalı toplantılara yalnızca bağımlı ya da bağımlı olabileceğini düşünen kişiler katılım sağlayabilirken açık toplantılara bağımlı olmayan kişiler de katılabilir. Kendine yardım gruplarına üye olan bireylerin grup katılımı sayesinde kişisel güçlenme özellikleri artmıştır.12 basamaklı kendine yardım gruplarına katılım sağlamanın ve başkalarına yardım etmenin bağımlılık tedavisi sonuçlarında önemli bir rol oynamıştır. Altı aylık izlem sonucunda hazırlanan bir çalışmada basamaklı kendine yardım gruplarının hastaların iyileşme sürecine katkıda bulunduğu görülmüştür. Bağımlılık tedavisi gören 357 ergenin tedavi sonrasındaki üç yıllık sürede 12 basamak gruplarına katılımı ve madde kullanım durumları arasındaki ilişkiyi ele alan çalışmasında üç yıl süresince 12 basamak gruplarına katılım sağlamanın yoksunluk sürelerinin artmasıyla anlamlı derecede ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kendine yardım gruplarının bileşenlerinin (12 basamağın kopyasına sahip olmak, kendine yardım literatürünü okumak, grup üyelerinin telefonlarına sahip olmak) tedaviye devam etme oranındaki artış ile ilişkili olduğu, yine aynı çalışmada bakım sonrasında tedaviye başlayanların maddeden uzak durma olasılıklarının daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır 6Bir yıl süresince kendine yardım gruplarına katılan eroin bağımlılarının bu gruplara katılmayan bağımlı bireylerden daha yüksek oranda madde kullanımından uzak durdukları ve bu süreçte kendine yardım gruplarının nüksün önlenmesine katkı sağladıkları anlaşılmıştır. Uzun süre kendine yardım gruplarına katılan ve ayaktan ruh sağlığı bakım hizmeti alan kişilerin bir yılın sonunda aldıkları sonuçların bu süreçlere daha az dahil olan kişilerden daha iyi olduğu gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Bağımlılık, ruhsal iyileşim, self-help

[S008]
BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNE BAŞVURAN EBEVEYNLERİN ÇOCUKLARINDA İKİNCİ VE ÜÇÜNCÜ EL SİGARA DUMANI'NA MARUZ KALMA DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Ahmet Ay[1], **Muhammed Fatih Önsüz**[1], **Selma Metintaş**[1], **Didem Oktar**[2], **Bengisu Karagöz**[1], **Meltem Dinleyici**[3]
[1]*Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Eskişehir*
[2]*Giresun İl Sağlık Müdürlüğü, Giresun*
[3]*Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Eskişehir*

Giriş ve Amaç: Günümüzde, sigara içiciliği dışında ikinci el sigara dumanı (İESD) ve üçüncü el sigara dumanı (ÜESD) maruziyetinin sağlığa zararlı etkileri bilinmektedir. Çocuklar, çevreleri üzerinde sınırlı kontrolleri olması nedeniyle İESD ve ÜESD açısından daha savunmasız olup maruziyet en çok ev ortamında gerçekleşmektedir. Bu çalışma ile bir üniversite hastanesine başvuran ebeveynlerin çocuklarında ÜESD ve İESD'ye maruz kalma durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma Ocak-Şubat 2023 tarihleri arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi (ESOGÜ) Pediatri Polikliniği'ne başvuran 11 yaş ve altı çocuğu olan, 18 yaş ve üzeri ebeveynler üzerinde gerçekleştirilen kesitsel tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamış olup, çıkar çatışması durumu bulunmamaktadır. Çalışmada gerekli olan etik kurul onayı (17.01.2023 tarihli, E-25403353-050.99-20485) ve idari izinler alınmıştır. Çocuklar arasında İESD'ye maruziyet %12 (güven aralığı %95, hata payı %3) alınarak, minimum 451 ebeveyne ulaşılması planlandı. Veri toplama amacıyla hazırlanan anket form; ebeveynlerin bazı sosyodemografik özellikleri, sosyoekonomik statüleri, sigara-tütün ürünü kullanım durumları ile çocuklarının İESD ve ÜESD'ye maruz kalma durumlarına ilişkin sorularını içermektedir. Çalışmada ebeveynlerin sosyoekonomik statüleri, kadın eğitimi ve hane sosyal sınıfı üzerinden tanımlanan "Sosyal Sınıf Ağırlıklı Sosyoekonomik İndeks" kullanılarak değerlendirilerek "düşük", "orta" ve "yüksek şeklinde kategorize edilmiştir. Çocukların ÜESD ve İESD'ye maruz kalma durumları, literatürde kotinin biyobelirteci ile doğrulanan soru kalıplarından faydalanarak; ev dışında sigara-tütün ürünü içen sigara içicisi aile bireyiyle yaşayanlarda yalnız ÜESD'ye, ev içinde sigara-tütün ürünü içen aile bireyiyle yaşayanlarda ise İESD-ÜESD'ye birlikte maruz kaldıkları şeklinde değerlendirilmiştir. Anket formlarının, gözlem altında ebeveynlerin kendilerinin doldurulması sağlanarak katılmayı kabul eden 488 ebeveyn çalışma grubunu oluşturmuştur. Verilerin analizinde Ki-kare testi, Tek Değişkenli ve Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışma grubunda ebeveynlerin %67,0'si (n=327) kadın idi. Yaşları 20-58 arasında değişmekte olup, ortalama 35,15±6,74 yıl idi. Kadın ebeveynlerin %76,0'sı (n=371) sigara-tütün ürünü içmediğini, erkek ebeveynlerin %56,1'i (n=274) düzenli sigara-tütün ürünü içtiğini bildirdi. Her iki ebeveynin sigara içtiği hane sayısı 86 (%17,6) idi. Çocukların %53,7'si evde ÜESD'ye, %10,5'i ÜESD-İESD'ye birlikte maruz kalmaktadır. Tek Değişkenli Lojistik Regresyon analizinde çocukların ÜESD'ye maruz kalma sıklıklarını; annenin sigara içmesi 7,10 kat (OR; %95 GA:4,12-12,21), babanın sigara içmesi 32,95 kat (19,89-54,59) artırırken; ilişkili olduğu saptanan değişkenlerle (ebeveyn yaşı, evde üç yaş altı çocuk olması, her iki ebeveynin sigara içicisi olması, dumansız ev durumu, evde ve arabada sigara içme kuralı varlığı) oluşturulan Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi sonucunda; her iki ebeveynin sigara içicisi olması (4,29; 2,20-8,38), evin dumansız olmaması (2,22; 1,35-3,64) ve evde kural olmaması (2,11; 1,29-3,46) ÜESD'ye maruz kalmada önemli risk faktörleri idi. Çocukların evde İESD-ÜESD'ye birlikte maruz kalmaları ile ilişkili olduğu saptanan değişkenlerle (anne ve baba öğrenim durumu, maddi durum, sosyoekonomik statü, evde yaşayan toplam kişi sayısı, annenin sigara içmesi, babanın sigara içmesi, ebeveyn harici evde sigara içicisi bulunması, ev dışında pasif sigara dumanına maruziyet, dumansız ev durumu, İESD hakkında bilgi sahibi olma, evde ve arabada sigara içme kuralı varlığı) oluşturulan Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi sonucunda evde başka sigara içicisi bulunma durumu (2,39; 1,10-5,21), ev dışında pasif sigara dumanına maruziyet (3,07; 1,51-6,24), evde kural olmaması (15,02;

1,81-124,49) ve arabada kural olmaması (3,77; 1,51-9,36) İESD-ÜESD'ye birlikte maruz kalma açısından önemli risk faktörleri idi.

Sonuç-Öneriler: Çalışmada, maruziyetlerin biyokimyasal olarak doğrulanmayıp ebeveynlerin bildirimleri üzerinden değerlendirilmesi çalışmanın temel kısıtlılığını oluştursa da sonuç olarak çocukların yaklaşık yarısı evde ÜESD'ye, her on çocuktan biri ise evde İESD'ye maruz kalmaktadır. Aile bireylerinin sigara içme alışkanlıkları ile tütün duman ve kalıntılarının evden uzak tutulmasına yönelik davranışlar çocuklarda maruziyet açısından önemlidir. Çocukları ÜESD'den korumak için evde sigara içmemek yeterli olmayıp, evlerin bu kirlilikten uzak tutulmasını teşvik edecek eğitim müdahaleleri ve kapsamlı tütün kontrol programlarının planlanması faydalı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, ikinci el, maruziyet, sigara, üçüncü el

[S009]
BİR DEVLET HASTANESİ ÇALIŞANLARINDA TÜTÜN KULLANMA SIKLIĞI

Latife Bozkurt Korkmaz[1], Günay Saka[2]
[1]Ergani Devlet Hastanesi Diyarbakır
[2]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Diyarbakır

Giriş ve Amaç: Tütün salgını, dünyanın karşı karşıya kaldığı en büyük halk sağlığı tehditlerinden biridir ve dünya çapında yılda 8 milyondan fazla insanın ölümüne neden olmaktadır. Sigara içmek dünya çapında en yaygın tütün kullanım şeklidir. Dünyanın pek çok ülkesinde toplumda tütün kullanımını azaltmak için uygulanan önlemler yaygınlaşmakta ve kullanım oranları azalmaktadır. Türkiye'de ise 1996 yılından beri yasal önlemler alınması ve kontrol programları uygulanmasına rağmen yetişkinlerde tütün kullanım sıklığında azalma olmamıştır ve dünya ortalamasının yüzde elli üzerindedir. Sağlık çalışanları, mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği sürdürdükleri yaşam biçimleri ile rol modeli olma ve sağlık eğitimi yönünden hizmet verdikleri grubu etkileme özelliğine sahiptir ve aynı zamanda tütün ürünü kullananlara bırakmaları için yardımcı olmaları gereken kişilerdir. Bu çalışmada; Bir hastanede çalışan sağlık personellerinin ve sağlık personeli olmayan kişilerin sigara içme sıklığı, risk faktörlerini belirlemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma kesitsel tanımlayıcıdır. 1 Mayıs – 1 Haziran 2023 tarihleri arasında bir ilçe devlet hastanesinde gerçekleşmiştir. Çalışma evrenini hastane bünyesinde bulunan 760 kişilik personelden oluşmaktadır. Örneklem hacmi open epi programı ile beklenen frekans %31 ±5 alınarak minimum 230 hesaplanmış olup sistematik örneklemle 250 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir, ancak 237 kişiye ulaşılmıştır. Katılım oranı %92 olmuştur. Çalışma sosyo demografik özellikler, sağlık personellerinin sigara kullanım özgeçmişi ve kullanım faktörlerinden oluşan anket aracılığı ile gerçekleştirildi. Anket taranan literatür, teorik bilgi ve önceki deneyimlere göre hazırlandı. Anket 3 bölümden oluşmakla birlikte 67 soru içermekteydi. Kurumdan araştırma izni ayrıca katılımcılardan sözlü ve yazılı onam alındı.

Bağımlı değişken sigara içme, bağımsız değişkenler yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, aile yapısı, ekonomik durum, eşinin öğrenim ve çalışma durumları, eşinin sigara kullanma durumu, sigaranın bağımlılık yapıcı olduğunu bilme, sigaranın zararlarını bilme, sigara içmenin inancına aykırı olup olmamasıdır. Her gün ve ara sıra sigara içtiğini belirtenler "sigara kullanıyor" olarak tanımlanmıştır.

Veriler bilgisayarda ortamında SPSS 13.0 paket programında değerlendirilmiştir. İstatistiksel olarak minimum, maksimum, ortalama, standart sapma, ortanca, yüzde değerleri ile önemlilik testi olarak Khi kare kullanılmıştır. Önemlilik düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 33,7±9,9 (17-65) idi. Kadınların oranı %55,7, üniversite mezunu olanların oranı %74,3, olup %58,2'si evli idi.

Katılımcıların 80'i (%33,7) her hangi bir tütün ürünü kullanmaktaydı. Yaşamında sigara içmeyi deneyenlerin oranı %53,2, her gün sigara içenlerin oranı %28,3, ara sıra içenlerin oranı %4,2, toplam sigara içenlerin oranı ise %32,5 olarak saptanmıştır. Sigara içmeyi bırakanların oranı %4,2 idi. İlk sigara deneme yaşı ortalama 18,2±4,3, düzenli sigara kullanmaya başlama yaşı 19,3±4,2, ortalama içilen sigara sayısı 17,6±9,4 olarak hesaplandı. Sigara içme sıklığı hekimlerde %31,3, ebe-hemşirelerde %34,0, yardımcı hizmetlerde çalışanlarda %35,0 olarak saptandı.

Sigara kullananların; %43,8'i sigaraya başlamalarında en etkili faktörün arkadaşlarının olduğunu, %40'ı bırakmayı düşündüğünü, %32,5'i sigara içmeyi bırakmayı denediğini belirtmiştir. Sigara içmemiş olmayı istediğini belirtenlerin, sigara içmeye başladığında bağımlı olabileceğini düşünenlerin, çocuğunun sigara içmesini istemeyenlerin oranları sırasıyla; %77,3, %43,9, %74,3, olarak saptandı.

Araştırma kapsamına alınan tüm bireylerin yarısına göre toplum sigara içilmesini "normal" karşılamaktadır.

%54,0'ünün ifadelerine göre ise sigara içmek normal bir davranış değildir. Dini inançlarının sigara içmeyi caydırdığını belirtenlerin oranı % 41,8, tütün ürünü kullanma yasaklarına yeterince uyulduğunu belirtenlerin oranı %29,2, çevresel sigara dumanının insanlara zararlı olabileceğini belirtenlerin oranı %69,1 idi. Sigara içmenin sağlığa zararlı olduğunu belirtenlerin ve sigara içmenin bağımlılık yapabileceğini belirtenlerin oranları sırasıyla %64,4 ve %71,6 idi.

İncelenen değişkenler arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, eşinin tütün ürünü kullanma durumunun katılımcıların sigara içmesini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği saptanmıştır. <25 yaş grubunda sigara içenlerin oranı %15,6, 35-44 yaş grubunda ise %41,9 idi. Sigara içme sıklığı erkeklerde %41,0, kadınlarda ise %25,8; evlilerde %40,6, bekârlarda %21,2 olarak saptandı. Eşi tütün ürünü kullanmayan katılımcıların %37,8'i sigara içmekte iken, eşi tütün ürünü kullananlarda bu oran %58,8 idi gruplar arasında gözlenen bu farklılıklar istatistiksel olarak da anlamlı idi ($p<0,05$).

Sonuç: Hastane çalışanlarında sigara içme önemli bir sorundur. Her 3 çalışandan biri sigara kullanmaktadır. İleri yaş, erkek cinsiyet, evli olma ve eşin tütün ürünü kullanımı sigara içmeyi arttıran faktörlerdir. Sigaraya başlamada arkadaş etkisi ve özenti en yaygın nedenlerdir. Her on sigara içicisinden dördü bırakmak istemektedir. Hastane çalışanlarının yarıya yakını sigara içmenin normal bir davranış olduğunu düşünmektedir. Hastane çalışanlarının sigara içmeme ve içenlerin bırakma davranışı kazanmaları için sağlığı geliştirici programlar yapılmalıdır

Anahtar Kelimeler: Sigara, hastane, etkileyen faktörler

[S010]
PANDEMİ SÜRECİNDE SALGINA YAKALANAN HASTALARIN MENTAL SAĞLIK AÇISINDAN İZLEMİ

Edanur Sezgin[1], **Gül Ergör**[1], **Hasan Can Cimilli**[2]
[1]*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, İzmir*
[2]*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir*

Giriş ve Amaç: Pandemi sürecinde olduğu gibi olağandışı dönemlerde kişiler mental sağlık sorunları yaşamaya daha yatkın olabilir. Özellikle olağandışı durumdan doğrudan etkilenen kişilerde bu etkilenme daha belirgin olabilir. Bu çalışmanın amacı salgına yakalanan bireylerde mental sağlık durumunun değerlendirilmesi, izlemi ve bu süreçlerde mental sağlığı etkileyen faktörlerin incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma iki kesitsel çalışmadan oluşan bir izlem çalışmasıdır (longitudinal çalışma). Hedeflenen örnek büyüklüğü, %95 güven aralığı ve %5 hata payı ile; Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği ile belirlenen depresyon prevalansı %20 olarak kabul edildiğinde 246, anksiyete prevalansı %34 kabul edildiğinde 345 olarak hesaplanmış ve 345 kişiye ulaşmak hedeflenmiştir. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesinde Ağustos-Eylül 2021 döneminde tanı alan 345 COVID-19 hastasıyla telefon görüşmesi yapılarak veri toplanmıştır. İzlem amacıyla yapılan ikinci görüşmelerde ise bu 345 kişinin 317'sine ulaşılmıştır. Birinci görüşmeler tanı sonrası 15. günde ve ikinci görüşmeler tanı sonrası 2. ayda gerçekleştirilmiş, hastalara Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği ile mental sağlık açısından değerlendirme yapılmıştır. İlk görüşmede ayrıca Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği temel alınarak hazırlanmış sorularla sosyal destek değerlendirmesi yapılmıştır. Ayrıca hastaların karantina sürecindeki koşullarıyla ilgili özellikler sorgulanmış, yalnız kalma durumu, kişilerin sosyodemografik özelliklerinden yaş, cinsiyet, eğitim durumu, ekonomik durum, meslek; Covid-19 hastalık şiddeti, hastane yatışı, iyileşme algısı; özgeçmişle ilgili olarak kronik hastalıklar ve psikiyatrik hastalık öyküsü verileri toplanmıştır. Bağımlı değişkenler anksiyete varlığı ve depresyon varlığıdır. İkinci görüşmelerde ek olarak ilk görüşme sonrası ikinci görüşmeye kadar geçen süreçle ilgili sorular eklenmiş, mental sağlık açısından önemli olabileceğinden hastaları etkileyebilecek travmatik bir olay yaşanıp yaşanmadığı sorgulanmıştır. Tek değişkenli analizlerde kategorik değişkenler Ki-Kare testi, sürekli değişkenler t testi ile değerlendirilmiş; çok değişkenli analizlerde lojistik regresyon analizi uygulanmış ve analizlerin tamamı SPSS 24.0 programında yapılmıştır. Etik kurul onayı Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan 2021/31-27 karar no ile 03.11.2021 tarihinde alınmıştır. Araştırmada herhangi bir finansal destek alınmamıştır ve çıkar çatışması yoktur.

Bulgular: İlk görüşmelerde 345 kişi içinde 23 kişi (%6.6) anksiyete, 46 kişi (%13.3) depresyon olmak üzere mental sağlık sorunu sıklığı %14.7, ikinci görüşmelerde ise 317 kişi içinde 16 kişi (%5.04) anksiyete, 24 kişi (%6.95) depresyon olmak üzere %8.8'dir. Hem birinci hem ikinci görüşmelerde mental sağlık sorunu varlığı ile anlamlı ilişkili bulunan değişkenler algılanan ekonomik durum, hastalık şiddeti, psikiyatrik hastalık öyküsü varlığı olmuştur. Sosyodemografik değişkenlerde birinci görüşmelerde medeni durum anlamlı bulunurken ikinci görüşmelerde anlamlı bulunmamıştır. Psikiyatrik hastalık öyküsü ile ilişkili olan ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, psikiyatrik ilaç kullanımı, bilinen bir psikiyatrik hastalık tanısı olması gibi değişkenler de hem birinci hem ikinci görüşmelerde anlamlı bulunmuştur. Sosyal destek açısından ise birinci görüşmelerde aile sosyal desteği anlamlı bulunurken ikinci görüşmelerde arkadaş sosyal desteği anlamlı bulunmuştur. Lojistik regresyon analizlerinde hem birinci hem ikinci görüşmelerde psikiyatrik hastalık öyküsü (sırasıyla O.R.=3.35, %95 GA:1.75-6.42 ve O.R.=3.49, %95 GA:1.55-7.84) ve hastalık şiddeti (sırasıyla O.R.=2.57, %95 GA:1.34-4.92 ve O.R.=2.29, %95 GA:1.02-5.13) değişkenleri mental sağlık sorunu riskini artıran değişkenler olarak belirlenmiştir. Sosyal destek açısından lojistik regresyon analizlerinde ise birinci görüşmelerde aile sosyal desteğinin yetersiz olması mental sağlık sorunu riskini anlamlı olarak artırdığı görülmüş (O.R.=4.61, %95 GA:1.84-13.65), ikinci görüşmelerde ise sosyal destek açısından anlamlı ilişki görülmemiştir.

Sonuç: Pandemi süreci gibi olağandışı durumlar günümüzde olduğu gibi gelecekte de olmaya devam edecektir. Bu gibi süreçlerde bireylerin mental sağlığının korunması önemli bir halk sağlığı konusudur. Akut süreçlerde olduğu kadar ilerleyen süreç içerisinde hastaların mental sağlık takibinin yapılması akut dönem ve kronik dönemde yapılması gerekenlerin planlanması açısından değerlidir. Sosyal desteğin özellikle akut dönemde mental sağlık açısından önemli bir yeri olduğu görülmektedir. Tüm değişkenler içinde hastalık şiddetinin ağır olması ve geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü olması hem akut hem kronik dönemde mental sağlık sorunu görülme riskini en çok artıran değişkenler olduğu görülmüştür. Bu risk faktörlerinin belirlenmesi öncelikli risk grubunun belirlenmesi ve yapılabilecek müdahalelerin planlanması açısından önemlidir. Özellikle psikiyatrik hastalık öyküsü olan kişilerin; hastalığı ağır geçiren, hastane yatışı olan kişilerin; yalnız yaşayan, sosyal destek açısından yetersiz olan kişilere öncelik verilmesi önerilir. Bu gruplar öncelikli olarak olağandışı durumlarda etkilenen kişilere yönelik özellikle akut dönemde sosyal destek hizmeti programları; hem akut hem kronik dönemde psikolojik danışmanlık hizmeti, mental sağlık taramaları yapılması, gerektiğinde profesyonel destek amacıyla yönlendirilmesi iyi sonuçları olacak bir müdahale olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, depresyon, mental sağlık, sosyal destek, olağandışı durumlar

[S011]
2020-2022 DÖNEMİNDE TÜRKİYE'DE FAZLADAN ÖLÜMLER: ZAMANSAL VE BÖLGESEL BİR ANALİZ

Salih Keskin[1], **Ahmet Naci Emecen**[2], **Gül Ergör**[2]
[1]*Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye*
[2]*Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Epidemiyoloji Bilim Dalı, Türkiye*

Giriş ve Amaç: COVID-19 pandemisinin küresel çapta ölüm oranları üzerinde belirgin bir etkisi olmuştur. Doğrudan hastalığa bağlı ölümlerin yanında, dolaylı etkilerinin sebep olduğu ölümler, tanı konamamış veya eksik, hatalı kayıt edilmiş ölümlerin de varlığı hastalığa bağlı ölümlerin gerçek boyutunun anlaşılmasını zorlaştırabilir. Bu bağlamda tüm nedenlere bağlı fazladan ölümler, toplulukların birbirleriyle karşılaştırılmasına olanak sağlayan, pandeminin etkisini değerlendirmede güvenilir bir ölçüm olarak kabul edilmektedir. Fazladan ölümlerin nedenlerinin ve dağılımının daha iyi anlaşılmasıyla gelecek pandemiler için daha etkin politikalar geliştirilebilir ve hastalığın olumsuz sonuçları engellenebilir.

Bu çalışmanın amacı, Ocak 2020 ve Aralık 2022 dönemleri arasında Türkiye'deki fazla ölümleri zamansal ve bölgesel düzeylerde araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel ve ekolojik tipteki bu araştırmada Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) üzerinden elde edilen, aylık periyotta il düzeyinde ölüm verilerinden ve ölüm nedeni istatistiklerinden yararlanılmıştır. İllerin sosyo ekonomik gelişmişlik düzeyleri, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı tarafından sonuncusu 2017 yılında yürütülen Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırmalarından elde edilmiştir. Bu araştırmaya göre Türkiye'deki iller; SEGE-1 en üst, SEGE-6 ise en alt gelişmişlik kademesini temsil edecek şekilde 6 kategoriye ayrılmıştır.

2020-2022 döneminde beklenen ölüm sayısını tahmin etmek için öncelikle literatürde yaygın olarak kullanılan önceki beş yılın (Ocak 2015 – Aralık 2019) ölüm verilerinin kullanıldığı mevsimsel varyasyonları ve her yıl için toplam nüfusu da hesaba katan bir yarı Poisson modeli oluşturulmuştur. Bu model üzerinden 2020-2022 dönemi için aylık ve yıllık periyotlarda beklenen ölüm sayıları %95 güven aralıkları ile hesaplanmıştır.

Fazladan ölüm sayısı, öngörülen ölüm sayısından kaydedilen ölüm sayısının çıkarılmasıyla elde edilen sayıdır. p-skoru, fazladan ölüm sayısının kaydedilen ölüm sayısına oranı olarak tanımlanmakta ve yüzde (%) ile gösterilmektedir. Fazladan ölüm sayıları ve p-skorları %95 güven aralıkları (%95 GA) ile sunulmuştur. Çalışmada $p<0.05$ istatistiki olarak anlamlı kabul edilmiştir. Modellemeler ve hesaplamalarda "excessmort" R paketi kullanılmıştır. Çalışma için etik kurul onayı gerekmemektedir. Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir, çalışma için finansal destek alınmamıştır.

Bulgular: 2020, 2021 ve 2022 yılları için Türkiye'de fazladan ölümlerin toplam sayısı 247640 (%95 GA: 176406-315205) olarak hesaplanmıştır. TÜİK Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistiklerine göre ise aynı dönemde COVID-19'e bağlı ölümlerin sayısı 109665'tir.

Yıllık düzeyde bakıldığında; 2020 yılında 69973 (50108;88977), 2021 yılında 121426 (97797;143862), 2022 yılında 56241 (28500;82365) fazladan ölüm tespit edilmiştir. Bu yıllara ait p-skorları sırayla; %15.9 (%11.4;%20.2), %27.2 (%21.9;%32.3) ve %18.3'tür (%6.3;%12.5)

Aylık düzeyde p-skorlarına göre en çok fazladan ölüm saptanan 5 ay; sırayla Kasım 2020 (%57.0) Aralık 2020 (%55.1), Ağustos 2021 (%49.0), Ekim 2021 (%48.5) ve Eylül 2021'dir (%44.8).

Türkiye'de hastalığın ilanından sonraki dönem (Mart 2020 ve sonrası) incelendiğinde; 2020 yılının Mayıs (%1.0, %95 GA: -3.3;5.5) ayında ve 2022 yılının Haziran (%-2.5, %95 GA: -8.2;3.4), Eylül (%1.4, %95 GA:

-4.5;7.7), Ekim (%5.8, %95 GA: -0.2;12.3) ve Kasım (%4.3, %95 GA: -1.6;10.7) aylarında kaydedilen ölümlerle öngörülen ölümler arasında istatistiki olarak anlamlı düzeyde fark yoktur.

2020 yılı Haziran (%-5.4, %95 GA: -9.5;-1.1) ve 2021 yılı Şubat (%-7.9, %95 GA: -12.5;-3.0) aylarında ise kaydedilen ölümler öngörülen ölümlere kıyasla istatistiki olarak anlamlı düzeyde daha düşük tespit edilmiştir.

Süreç (2020-2022) bütün halde incelendiğinde il düzeyinde p-skorlarına göre en çok fazladan ölüm saptanan 5 il; sırayla Gümüşhane (%38.1), Çankırı (%34.1), Sinop (%33.0), Şırnak (%29.5) ve Osmaniye'dir (%28.7).

Süreç (2020-2022) bütün halde incelendiğinde sosyo ekonomik gelişmişlik düzeyinde p-skorlarına göre bölgelerin sıralaması; SEGE-5 (%21.3, %95 GA: %15.2;%27.0), SEGE-6 (%20.2, %95 GA: %14.2;%25.8), SEGE-4 (%19.7, %95 GA: %14.0;%25.2) SEGE-3 (%18.0, %95 GA: %12.0;%23.7), SEGE-1 (%18.0, %95 GA: %12.7;%23.0), SEGE-2 (%17.7, %95 GA: %12.1;%23.0) olarak tespit edilmiştir. 2021 yılı bütün sosyo ekonomik gelişmişlik kademelerinde en yüksek fazladan ölümün görüldüğü dönem olarak bulunmuştur. Yalnızca 2022 yılında SEGE-6 kademesi için kaydedilen ölümlerle öngörülen ölümler (%6.8, %95 GA: %-0.0;1%3.3) arasında istatistiki olarak anlamlı düzeyde fark yoktur. Diğer kademeler için tüm dönemlerde kaydedilen ölümler, öngörülen ölümlerden istatistiki olarak anlamlı düzeyde fazladır.

Sonuç ve Öneriler: Türkiye'de 2020-2022 döneminde fazladan ölümlerin toplam sayısı 247640 olarak tahmin edilmiştir. Bu sayı pandemiye bağlı ölümler olarak açıklanan sayıdan (109665) oldukça fazladır. Yaygın aşılamanın başladığı 2021 yılında (%27.2), sokağa çıkma yasaklarının yoğunlaştığı 2020 yılına (%15.9) ve önlemlerin gevşetildiği 2022 yılına (%18.3) kıyasla daha çok fazladan ölüm gerçekleşmiştir. Nisan 2020'de uygulanan hafta sonu ve bayram tatili de dahil sokağa çıkma yasaklarının ardındaki dönemde (Mayıs - Haziran 2020) fazladan ölümler görülmemiştir. 2022'nin son ayları itibariyle kaydedilen ölüm oranları ilgili aylarda beklenen oranlara yaklaşmıştır.

En alt gelişmişlik kademesini (SEGE-6) çoğunlukla yaşlı nüfusun oransal düşük olduğu Güneydoğu Anadolu Bölgesindeki iller oluşturmaktadır. Bu durum, SEGE-6'da (%20.2) SEGE-5'e (%21.3) kıyasla daha düşük fazladan ölüm görülmesine yol açmış olabilir. İstanbul, Ankara, İzmir gibi büyük şehirlerin yer aldığı SEGE-1'de (%18.0); Denizli, Balıkesir, Konya gibi illerin yer aldığı SEGE-2'ye (%17.7) kıyasla daha çok fazladan ölüm görülmesinde bu şehirlerdeki kalabalık ve sınırlı sosyal mesafe olanakları rol oynamış olabilir.

Salgının doğrudan ve dolaylı etkilerinin tüm kesimlerce daha iyi anlaşılmasıyla paydaşların önlemlere gönüllü katılımı artırabilir, salgına bağlı olumsuz sonuçlar azaltılabilir. Sağlık hizmetinin daha adaletli ve eşit dağılmasıyla bölgeler arasındaki farklılıklar azaltılabilir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, fazladan ölümler, Türkiye

[S012]
BİR ARACILIK ANALİZİ; SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE COVID-19 AŞI OKURYAZARLIĞI İLİŞKİSİNDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ ROLÜ

Tayfun Kuçlu, Cansu Özbaş, Hakan Tüzün, Asiye Uğraş Dikmen
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş ve Amaç: Okuryazarlık, kişinin okuduğunu yorumlama, eleştirel ve iletişimsel aktarım yeteneklerini kapsar. Okuryazarlık bazı kavramlarla yeniden adlandırılarak daha geniş alanları kapsamaya başlamıştır. Aşı okuryazarlığı, kişilerin aşılara yönelik tutumlarını etkileyecek olan bilgilere ulaşma, yorumlama kapasitesi olarak tanımlanmaktadır. COVID-19 pandemisi ile mücadele etmek için hem aşı okuryazarlığı hem de sağlık okuryazarlığı ile kişinin doğru bilgiye ulaşıp, bu bilgiyi anlayıp yorumlayarak kullanabilmesi önem taşımaktadır. Sağlık okuryazarlığı, kişilerin sağlığını koruyacak ve geliştirecek doğru bilgiye ulaşması, anlayıp ve kullanmasını sağlayan fonksiyonel ve iletişimsel yetenekleri kapsayan kavram olarak tanımlanmaktadır. Bireyin sağlık okuryazarlığı düzeyinin aşı okuryazarlığı düzeyini etkileyebileceği öngörülebilir. Sağlık okuryazarlığını etkileyen çeşitli demografik özelliklerin aynı şekilde aşı okuryazarlığını da etkilediğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmada COVID-19 aşı okuryazarlığı düzeyinin sağlık okuryazarlığı aracılığıyla bazı değişkenler ile ilişkisini incelemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Ankara'da Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde 21-28 Ocak 2023 tarihleri arasında polikliniklere başvuran 18 yaş üstü bireylerin katılımı ile yürütülen kesitsel tipteki bir araştırmadır. Evreni 21000 kişi kabul edilen bu araştırmanın EpiInfo programı ile %95 güven aralığında, α= 0.05, d=%3, tasarım etkisi 1.0 ve %50 bilinmeyen sıklık ile hesaplanan örneklem sayısı 1015'tir. %20 kayıp veri olacağı öngörülerek 1218 kişiye anket uygulanması planlanmıştır ve 1278 kişiye ulaşılmıştır. Etik kurul onayı 09/01/2023 tarihinde Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan alınmıştır. Araştırma, yüz yüze anket uygulaması ile gerçekleştirilmiştir. Ankette bağımsız değişken olarak sosyodemografik özellikler, kronik hastalık varlığı, COVID-19 geçirme öyküsü, katılımcıların COVID-19 aşısı olma ve tutumlarıyla ilgili sorular sorulmuştur. Bağımlı değişken olarak TSOY-32 ve COVID-19 Aşı Okuryazarlığı Ölçeği kullanılmıştır. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde ile, sürekli değişkenler ortalama ± standart sapma ile tanımlayıcı verileri sunulmuştur. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğunu değerlendirmek için görsel ve analitik yöntemler kullanılmıştır. Anlamlı etki düzeylerini değerlendirmek için bivariate analiz kullanılmıştır. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin bağımsız değişkenler ile COVID-19 aşı okuryazarlığı arasındaki ilişkiye etkisini değerlendirmek amacıyla aracılık (mediatör) analizi yapılmıştır. SPSS 23.0 ve SPSS Amos 28 Graphics paket programları kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ kabul edilmiştir.

Bulgular: Bağımsız değişkenlerin hem sağlık okuryazarlığı hem de COVID-19 aşı okuryazarlığı düzeylerine etkilerinin incelenmesinde standardize indirekt etkilerinin yaş grupları (estimates:-0.048, %95 GA:-0.067 -0.031), medeni durum (estimates:0.033, %95 GA:0.016 0.053), öğrenim durumu (estimates:0.054, %95 GA:0.039 0.074), kronik hastalık durumu (estimates:0.036, %95 GA:0.020 0.054) ve çalışma durumunun (estimates:-0.025, %95 GA:-0.043 -0.010) anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Yapılan aracılık analizinde sağlık okuryazarlığının bu değişkenler ile aşı okuryazarlığı düzeyi arasındaki etkiye anlamlı kısmi aracılığının (indirekt etki) olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Sağlık okuryazarlığının çeşitli sosyodemografik özelliklerden etkilendiği aynı zamanda bu özelliklerin COVID-19 aşı okuryazarlığı düzeyleri ile de ilişkili olduğu görülmektedir. SOY düzeyi ile ilişkili değişkenlerin diğer okuryazarlık türlerini de etkileyebileceği düşünülerek buna benzer çalışmalarda SOY düzeyinin aracılık etkisi analiz edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Aracı değişken, aşı okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı

[S013]
SİVAS'TA YAŞAYAN MEME KANSERLİ YAŞLI HASTALARDA BEŞ YILLIK SAĞ KALIM VE İLİŞKİLİ ETMENLER

Serkan Çelikgün[1], **Tülay Koç**[2], **Şerife Reyhan Uçku**[3]
[1]*Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Patoloji Laboratuvarı Sivas; Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Doktora*
[2]*Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Ana Bilim Dalı Sivas*
[3]*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı İzmir*

Giriş ve Amaç: Meme kanserinin insidans ve mortalitesi ileri yaşlarda daha yüksektir. Dünya genelinde, meme kanseri yaşlı (65 yaş ve üzeri) kadınlarda en sık görülen birinci, her iki cinsiyet birlikte değerlendirildiğinde ise yaşlılarda en sık görülen ikinci kanserdir. Türkiye'de yaşlı kadınlarda, 137.4/100.000 insidans hızı ile en sık görülen kanserdir; kanser ölümleri açısından ise üçüncü sırada yer almaktadır. Meme kanseri sağkalımı ülkelere göre farklılıklar göstermekle birlikte, yaşla birlikte azalmaktadır. Türkiye'de 2008-2012 yıllarında tanı alan tüm meme kanseri olgularında 5 yıllık sağ kalım oranı %77.9'dur. Bu çalışmanın amacı meme kanseri tanısı alan yaşlı hastalarda sağkalım ve ilişkili etmenlerin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Retrospektif kohort tipte olan bu araştırmanın evrenini Sivas İl Sağlık Müdürlüğü Kanser Kayıt Birimi ve Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Kanser Kayıt Birimi veri tabanında yer alan, tanı aldığı tarihten itibaren beş yıllık izlem süresi tamamlanmış olan 65 yaş ve üzeri meme kanseri olguları oluşturmaktadır. Beş yıllık izlem sürelerinin tamamlanmış olması da dikkate alınarak, 2013-2017 yılları arasındaki Sivas'ta yaşayan ve tanı alan tüm yaşlı meme kanseri olguları çalışmaya alınmıştır. Araştırma için Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 18.01.2023-2023/01/38) izin alınmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkeni 5 yıllık sağkalım süresidir. Bağımsız değişkenler; sosyodemografik değişkenler: tanı yılı (2013,2014,2015,2016,2017), yaş, cinsiyet, doğum yeri (Sivas ve Sivas dışı), yaşadığı yer (merkez/ilçe/köy), sağlık güvencesi (özel/yurtdışı, Emekli Sandığı, Bağ-Kur, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Yeşil Kart) yaşadıkları ilçelerin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi (T.C Sanayii ve Teknoloji Bakanlığı tarafından hazırlanan Sosyoekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırmaları Raporu'na (SEGE- 2017) göre sınıflandırılmıştır. Hastaların sağlıkla ilgili bağımsız değişkenleri; komorbid hastalığı [(kanser dışı kronik hastalık) yok, 1-2 komorbid hastalığı var, 2 den fazla komorbid hastalığı var, bilinmiyor] tedavi durumu (var/yok), tedavi tipi [cerrahi/diğer (kemoterapi, radyoterapi, immunoterapi, hormon) /cerrahi +diğer], histolojik tip (invaziv duktal karsinom ve diğer), metastaz (yok, yakın, uzak, bilinmiyor), diferansiyasyon (iyi, orta, kötü, bilinmiyor) olarak gruplandırılmıştır. Çalışmanın verileri SPSS-22 (SPSS INC., Chicago, IL, USA) istatistik programı ile analiz edilmiştir. Ölçümle belirtilen veriler ortalama ve standart sapma (en küçük-en yüksek değerler), sayımla belirtilen veriler sayı ve yüzde dağılımı ile tanımlayıcı olarak sunulmuştur. Sağkalım süreleri Kaplan-Meier analizi ile belirlenmiş, ortalama ve standart hataları ile sunulmuştur; ilişkili etmenler Log-rank testi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya Sivas'ta yaşayan, 2013-2017 tarihleri arasında meme kanseri tanısı alan 99 yaşlı hasta dahil edilmiştir. Bu hastaların %96,0'sı (n=95) kadındır; yaş ortalaması 73,77±6,39 (65- 89) olup %11,1 (n=11)'i 80 yaş ve üzeridir. Hastaların %89,9'u (n=89) Sivas doğumludur. %55,6'sı (n= 55) merkez ilçede, %17,2'si (n=17) ilçede, %27,3'ü (n=27) köyde yaşamaktadır. Hastaların tamamının sağlık güvencesi vardır. Yeşil kartlı olanların oranı % 10,1 (n=10)'dir. Yıllara göre dağılımı incelendiğinde en fazla tanı 2017 yılındadır (n=25 %25,3). SEGE 2017'ye hastaların %57,6'sı (n=57) Sivas'ta en üst düzey olan 2.kategoride ki, %21,2'si (n=21) en düşük olan 5. kategorideki bir ilçede yaşamaktadır. Hastaların %25,3'ünün (n=25) ikiden fazla komorbid hastalığı mevcuttur. Hastalarda görülen meme kanseri tipleri değerlendirildiğinde %77,8'i (n=77) invaziv duktal karsinom, %22,2'si (n=22) diğer meme kanserleridir. Hastaların % 9,1(n=9)'inin uzak metastazı vardır. Kötü diferansiye olan hastaların oranı % 8,1(n=8)'dir. Tedavi alan hastaların oranı %69,7'dir (n=69). Tedavi alan hastaların % 36,4'ü (n=36) cerrahi, % 21,2'si (n=21) hem cerrahi hem de diğer bir tedavi almıştır. Tanı aldıktan sonra bir yıl içinde %15,2'si (n=15), üç yıl içinde %29,3'ü (n=29) ve beş yıl içinde %33,3'ü (n=33)

ölmüştür. Beş yıllık sağ kalım değerlendirildiğinde erkeklerde (31,0 ay, p=0,220), 80 yaş ve üzerinde olanlarda (27,0 ay, p=0,002), merkez ilçe dışındaki ilçelerde yaşayanlarda (37,7 ay, p=0,278), yeşil kartlı olanlarda (p=0,791), 2015 yılında tanı alanlarda (40,13 ay p=0,474), 5. kategori yani en düşük seviye olarak değerlendirilen ilçelerde yaşayanlarda (38,1 ay, p=0,172), intraduktal karsinom dışı olgularda (41,8 ay, p=0,568), ikiden fazla komorbid hastalığı olanlarda (42,20±4,24, p=0,325), uzak metastaz olanlarda (49,00±7,02, p=0,346), tedavi almayanlarda (38,8 ay, p=0,529), cerrahi dışında tedavi alan hastalarda (31,58 ay, p=0,014), kötü diferansiye olarak raporlanan hastalarda (41,0 ay, p=0,831) daha kısa olarak bulunmuştur.

Sonuç: Yaşlı meme kanserli olguların yaklaşık üçte biri beş yıl içinde ölmüştür. Seksen yaş üzeri bireylerde ortalama sağ kalım süresi daha genç yaşlılara göre anlamlı olarak kısadır. Düzenli taramalarla, ileri yaşlara gelmeden erken tanı konulup uygun tedavi ve izlemin yapılması yaşlı bireyler için de ihmal edilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, meme kanseri, sağkalım, sosyo-ekonomik gelişmişlik

[S014]
PANDEMİ SÜRECİNDE FEMİNİST EPİDEMİYOLOJİ PERSPEKTİFİYLE YAPILAN DEĞERLENDİRME ÇALIŞMALARININ TEMATİK ANALİZİ

Zeynep Sedef Varol
Dokuz Eylül Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Epidemiyoloji Bilim Dalı

Giriş: Feminist epidemiyoloji, geleneksel epidemiyoloji pratiğine cinsiyet ve toplumsal cinsiyet perspektifinden bir bakış açısı getiren bir yaklaşımdır. Feminist epidemiyoloji, cinsiyet temelli analizleri teşvik ederek sağlık politikalarını daha adil ve kapsayıcı hale getirir, böylece herkesin eşit sağlık hizmetlerine erişim hakkını destekler. Bu yaklaşım, toplumsal cinsiyet eşitsizliklerini ortaya çıkararak sağlık sistemlerinin güçlendirilmesine katkıda bulunur ve sağlık alanındaki eşitsizliklere karşı mücadelede önemli bir rol oynar (1). Feminist epidemiyolojinin benimsenmesi, sadece pandemi dönemlerinde değil, aynı zamanda günlük sağlık politikalarının oluşturulması ve uygulanmasında da hayati bir öneme sahiptir. Bu yaklaşım, toplumun her kesiminin sağlık hizmetlerine erişimindeki eşitsizlikleri azaltmaya yönelik önemli bir adımdır.

Amaç: Bu çalışmanın temel amacı, feminist epidemiyoloji bakış açısının pandemide yapılan araştırmalarda neden önemli olduğunu ve literatürde yer alan makalelerin hangi temalar etrafında yoğunlaştığını değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Pubmed ve Google Scholar'da "feminist", "epidemiology", "methodology", "COVID 19" terimlerini kullanarak yapılan araştırmalar taranmış; Pubmed'de 35 ve Google Scholar'da 11 yayın bulunmuştur. Tam metnine ulaşılan İngilizce dilinde yazılmış 42 yayın feminist epidemiyoloji perspektifiyle pandemide yapılan araştırmaları ele alması, toplumsal cinsiyet eşitsizliklerini vurgulaması ve cinsiyetin pandemideki rolünü tartışması kriterlerine göre değerlendirilmiştir. Toplumsal cinsiyet duyarlı orijinal araştırma makaleleri bu çalışma kapsamında değerlendirmemiş; metodolojik olarak feminist epidemiyolojiyi tartışan makaleler değerlendirilmiştir. Değerlendirilen 42 makaleden çalışma kriterlerine uygun olan ve sadece Pubmed veri tabanında bulunan, 2021-2023 yılları arasında yayımlanmış yedi makale çalışma kapsamına alınmıştır.

Bulgular: Feminist epidemiyoloji perspektifiyle tematik analizi yapılan makalelerin yayın yılı, türü ve tematik analiz başlıkları Tablo 1.'de sunulmuştur. Figueroa ve ark.'nın dijital sağlık alanında cinsiyet temelli eşitsizlikleri ele alan "The need for feminist intersectionality in digital health" (2) makalesi, dijital sağlık uygulamalarının ve veri analizinin yaygınlaşmasıyla birlikte ortaya çıkan toplumsal cinsiyet eşitsizliklerini tartışmıştır. Bu makale, feminist epidemiyolojinin, dijital sağlık alanındaki verilerin cinsiyet ve sosyal faktörlere göre ayrıştırılmasının sağlık politikaları ve müdahalelerinde daha adil bir yaklaşımın oluşturulmasına olanak tanıdığını ortaya koymaktadır. Sosyal medyanın feminist epidemiyolojik araştırmalar için bir platform olarak etkili olabileceğini tartışan Miani ve Yamer'in "Women's voices on social media: the advent of feminist epidemiology?" (3) makalesi COVİD-19 sürecinde anti-feminist önyargıları ele alan bir platform olarak sosyal medyanın nasıl kullanılabileceğini araştırmıştır. Bu makale feminist epidemiyolojinin sosyal medya aracılığıyla kadınların sesini duyurmasını ve sağlık alanında cinsiyet temelli sorunları vurgulamasını sağlayarak, feminist veri elde etmenin sosyal medya platformlarında nasıl uygulanabileceğine dair öneriler sunmaktadır. Smith ve ark.'nın "More than a public health crisis: A feminist political economic analysis of COVID-19" (4) makalesi, pandeminin sadece bir halk sağlığı krizi olmanın ötesinde birçok katmanlı sorunu içerdiğini vurgulamıştır. Bu makalede feminist epidemiyolojinin sadece sağlık verileriyle sınırlı kalmayıp, pandeminin sosyo-ekonomik boyutlarını da dikkate alarak veri elde etmenin önemini vurgulanmıştır. Smith ve ark.'nın bir diğer makalesi olan "Reconceptualizing successful pandemic preparedness and response: A feminist perspective" (5), pandemi öncesi hazırlık ve yanıt göstergelerini değerlendirirken toplumsal cinsiyet faktörünün önemini ortaya koymuştur. Bu çalışma, feminist epidemiyolojinin pandemi hazırlık süreçlerinde nasıl kullanılabileceğini ve toplumsal cinsiyet eşitsizliklerini azaltmaya yönelik politikaların nasıl şekillendirilebileceğini tartışmıştır. Singh ve ark.'nın "Research in forced displacement: guidance for a feminist and decolonial approach" (6) makalesi, pandemide zorla yerin-

den edilmiş nüfusları inceleyerek etik, cinsiyet ve dekolonizasyon unsurlarını içeren bir feminist yaklaşımın nasıl uygulanabileceğini ele almıştır. Bu çalışma feminist epidemiyolojinin göçmen sağlığı ve kriz durumları gibi alanlarda nasıl kullanılabileceğini ve bu durumlarda feminist veri toplamanın sağlık politikalarını nasıl şekillendirebileceğini göstermiştir. Heidari'nin "Gender perspective in COVID-19. SESPAS Report 2022" (7) makalesi, COVID-19 semptomları arasındaki cinsiyet temelli farklılıkları ele almış ve bu farklılıkların bilimsel çalışmalarda tartışılmadığını değerlendirmiştir. Bu çalışmada toplumsal cinsiyet duyarlı rehberlerin araştırma tasarımına entegre edilmesi teşvik edilmiştir. George ve ark.'nın "A shared agenda for gender and COVID-19 research: Priorities based on broadening engagement in science " (8) adlı çalışmasında COVİD-19 pandemisinin, küresel sağlıkta kesişimsel feminist yaklaşımın benimsenmesi için bir fırsat sunduğuna vurgu yapılmıştır. Cinsiyet ve COVİD-19 uygulamalarında kanıta dayalı bilimi güçlendirme amacıyla yapılan bu çalışmada, feminist prensipler ve kesişimsel güç dinamikleri temel alınarak araştırma boşlukları belirlenmiş, araştırma soruları oluşturulmuş ve öncelikler belirlenmiştir. Bu süreç, düşük/orta gelirli ülkelerden katılan 900›den fazla katılımcıyla gerçekleştirilmiş, hamile ve emziren kadınların ihtiyaçları, cinsiyete göre ayrılmış analiz olan bilgi sistemleri, aşı kullanımını geliştirmeye yönelik cinsiyet ve kesişimsel yönler, sağlık hizmetlerine erişim, cinsiyete dayalı şiddete karşı önlemler ve sağlık sistemlerinde cinsiyetin entegrasyonu gibi temel alanlarda öncelikler belirlenmiştir. Bu çalışma, cinsiyet ve sağlık alanındaki temel konulara odaklanmanın yanı sıra, küresel sağlıkta cinsiyet adaletini ilerletmek için dönüşümsel hedeflerin ilerletilmesi gerekliliğine dikkat çekmektedir.

Sonuç: Bu tematik analiz, feminizmin ve kesişimsel bakış açısının salgın, dijital sağlık, epidemiyoloji ve pandemi hazırlığı alanlarında nasıl kritik bir rol oynayabileceğini incelemiştir. Bu tematik analizlerden elde edilen ana sonuçlar şunlardır:

1) Dijital sağlıkta feminist ve kesişimsel yaklaşım: Dijital sağlık alanında, feminizmin ve kesişimsel bakış açısının eksiklikleri ele alacak şekilde entegre edilmesi gerekmektedir. Bu yaklaşım, dijital sağlık uygulamalarının tasarımında ve kullanımında cinsiyet eşitsizliklerini azaltabilir, kadınları ve toplumun diğer dezavantajlı gruplarını destekleyebilir ve dijital sağlık liderlik pozisyonlarında cinsiyet dengesizliğini ele alabilir. Bununla birlikte sosyal medya platformları pandemi gibi süreçlerde anti-feminist önyargıları da ele alabilir.

2) Pandemi hazırlığı ve kesişimsel perspektif: Pandemi hazırlığı ve yanıt göstergeleri, toplumsal cinsiyet, etnik köken, sosyo-ekonomik durum gibi faktörleri dikkate almalıdır. Kesişimsel bakış açısı, bu faktörlerin bir araya geldiği noktada ortaya çıkan özel zorlukları ve ihtiyaçları anlamayı hedeflemektedir. Bu, pandemi hazırlığındaki güçlü ve zayıf yönleri değerlendirerek, toplumsal cinsiyet eşitsizliklerini ve çoklu ayrımcılığı ele almak için daha hassas ve etkili politikaların geliştirilmesine olanak tanıyabilir.

3) Feminist ilkelerin araştırma tasarımında rolü: Araştırma tasarımında feminist ilkelerin entegrasyonu, bilimsel uygulamalarda toplumsal cinsiyet önyargılarını ve eşitsizlikleri azaltabilir. Katılımcı ve kapsayıcı süreçlerin benimsenmesi, araştırmanın feminist veri toplama teknikleriyle birlikte daha geniş bir toplumsal perspektife dayalı olmasını sağlayabilir.

4) Küresel sağlık ve sosyal politikalar: Feminist epidemiyoloji, küresel sağlık ve sosyal politikaların şekillendirilmesinde önemli bir rol oynayabilir. Küresel düzeyde daha adil ve kapsayıcı sağlık hizmetleri sağlamak için cinsiyet ve toplumsal cinsiyet perspektifinin entegre edilmesi, daha sağlıklı ve destekleyici toplumlar oluşturmaya yardımcı olabilir.

Bu tematik analiz, feminist epidemiyoloji perspektifinden ele alınan verilerin, toplumsal cinsiyet eşitsizliklerini anlamak ve ele almak için güçlü bir kaynak olduğunu göstermektedir. Feminist epidemiyolojinin benimsenmesi, sadece sağlık sistemine olumlu bir etki yapmakla kalmayıp aynı zamanda toplumun her kesiminin sağlık hizmetlerine erişimindeki eşitsizlikleri azaltmaya yönelik kapsamlı bir taahhüt olarak kabul edilmelidir. Bu perspektif, gelecekteki sağlık araştırmalarını ve politikalarını daha cinsiyet duyarlı ve kapsayıcı hale getirme potansiyeline sahiptir.

Tablo 1. *Araştırma kapsamında değerlendirilen çalışmaların özellikleri ve temaları*

Araştırma adı/ Yayın yılı	Türü	Tematik analiz
The need for feminist intersectionality in digital health/ 2021	Derleme (Review)	Dijital sağlık ve COVİD-19 Dijital sağlığın cinsiyet eşitsizlikleri Eşitsizliklerle mücadele etmek için feminist ve kesişimsel bir yaklaşım
Women's voices on social media: the advent of feminist epidemiology?/2021	Derleme (Review)	Sosyal medya ve epidemiyolojik araştırma Pandemide online feminist topluluk hareketleri Feminist epidemiyolojiye çevirimiçi ulaşım
More than a public health crisis: A feminist political economic analysis of COVID-19	Rapor (Report)	Cinsiyet normları, rolleri ve ilişkilerin hastalığa karşı hassasiyet üzerindeki etkileri Salgın yanıtı önlemlerinin cinsiyete göre etkileri Cinsiyet temelli salgın ve yanıt analizindeki zorluklar Cinsiyet matris metodolojisinin uygulanması Çoklu eşitsizliklerin kesişimi
Reconceptualizing successful pandemic preparedness and response: A feminist perspective/ 2022	Derleme (Review)	Pandemi hazırlık ve yanıt göstergelerinin odaklandığı alanlar COVİD-19 yanıt göstergelerindeki cinsiyet eşitsizliklerinin göz ardı edilmesi Feminist perspektiften pandemi hazırlık ve yanıt göstergelerinin analizi: Mevcut pandemi hazırlık ve COVİD-19 yanıt göstergelerinin güçlü ve zayıf yönlerinin değerlendirilmesi Pandemi hazırlık ve yanıt göstergelerinin ikincil etkilere ve eşitsizliklere sınırlı dikkat göstermesi 'Başarılı' pandemi hazırlık ve yanıtın toplumsal cinsiyet bakışıyla yeniden kavramsallaştırılması
Research in forced displacement: guidance for a feminist and decolonial approach/ 2021	Eleştiri (Comment)	Zorla yerinden edilmiş topluluklarda veri toplama zorlukları Veri toplama sürecinde cinsiyet ve etnisite temelli eşitsizlikler Feminist yaklaşımın uygulanması için öneriler ve kontrol listesi
Gender perspective in COVID-19. SESPAS Report 2022/ 2022	Kısa rapor (Short report)	Toplumsal cinsiyet temelli veri toplamada yetersizlik Cinsiyet ve semptom farklılıkları Rehberlerinin rolü Toplumsal cinsiyet körü yaklaşıma karşı uyarı Ulusal cinsiyet eşitliği kurumlarının rolü

A shared agenda for gender and COVID-19 research: priorities based on broadening engagement in science / 2023	Pratik temelli araştırma (Practice)	Bilimsel uygulamarda toplumsal cinsiyet önyargıları Cinsiyet ve toplumsal cinsiyetin kanıta dayalı COVİD-19 uygulamalarına dahil edilmesi Araştırma tasarımında feminist ilkelerin rolü: Katılımcı ve kapsayıcı süreç Küresel sağlık ve sosyal politikalar

Kaynaklar:

1. *Inhorn MC, Whittle KL. Feminism meets the "new" epidemiologies: toward an appraisal of antifeminist biases in epidemiological research on women's health. Soc Sci Med. 2001 Sep;53(5):553-67. doi: 10.1016/s0277-9536(00)00360-9. PMID: 11478536.*

2. *Figueroa CA, Luo T, Aguilera A, Lyles CR. The need for feminist intersectionality in digital health. Lancet Digit Health. 2021 Aug;3(8):e526-e533. doi: 10.1016/S2589-7500(21)00118-7. PMID: 34325855.*

3. *Miani C, Namer Y. Women's voices on social media: the advent of feminist epidemiology? Emerg Themes Epidemiol. 2021 Jun 16;18(1):7. doi: 10.1186/s12982-021-00097-1. PMID: 34134757; PMCID: PMC8206893.*

4. *Smith J, Davies SE, Feng H, Gan CCR, Grépin KA, Harman S, Herten-Crabb A, Morgan R, Vandan N, Wenham C. More than a public health crisis: A feminist political economic analysis of COVID-19. Glob Public Health. 2021 Aug-Sep;16(8-9):1364-1380. doi: 10.1080/17441692.2021.1896765. Epub 2021 Mar 11. PMID: 33705248.*

5. *Smith J, Davies SE, Grépin KA, Harman S, Herten-Crabb A, Murage A, Morgan R, Wenham C. Reconceptualizing successful pandemic preparedness and response: A feminist perspective. Soc Sci Med. 2022 Dec;315:115511. doi: 10.1016/j.socscimed.2022.115511. Epub 2022 Nov 7. PMID: 36371930; PMCID: PMC9639384.*

6. *Singh NS, Lokot M, Undie CC, Onyango MA, Morgan R, Harmer A, Freedman J, Heidari S. Research in forced displacement: guidance for a feminist and decolonial approach. Lancet. 2021 Feb 13;397(10274):560-562. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00024-6. PMID: 33581808; PMCID: PMC9753228.*

7. *Heidari S. Gender perspective in COVID-19. SESPAS Report 2022. Gac Sanit. 2022;36 Suppl 1:S26-S29. doi: 10.1016/j.gaceta.2021.10.005. PMID: 35781144; PMCID: PMC9244841.*

8. *George AS, Lopes CA, Vijayasingham L, Mothupi MC, Musizvingoza R, Mishra G, Stevenson J, Remme M. A shared agenda for gender and COVID-19 research: priorities based on broadening engagement in science. BMJ Glob Health. 2023 May;8(5):e011315. doi: 10.1136/bmjgh-2022-011315. PMID: 37217235; PMCID: PMC10230361.*

[S015]
BİR EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİNDE PANDEMİDE GERÇEKLEŞEN ÖLÜMLERİN TANIMLAYICI EPİDEMİYOLOJİSİ

Leyla Karaoğlu[1], Tahsin Gökhan Telatar[1], Mehtap Kenal[1], Mehmet Mustafa Yıldırım[1], Seda Mercan Alpdoğan[1], Aliye Bahar Çan[1], Alp Güray[1], Burak Tomakin[1], Merve Arıcı[1], Asuman Okur[2], Demet Karagöz[3]

[1]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

[2]Rize İl Sağlık Müdürlüğü

[3]Ağrı İl Sağlık Müdürlüğü

Giriş ve Amaç: COVID-19 pandemisinde sağlık hizmetlerindeki yükün önemli kısmı ikinci ve üçüncü basamak hastanelerde yoğunlaşmıştır. Bu nedenle hastanelerde meydana gelen ölümlerin tanımlayıcı epidemiyolojik özelliklerinin belirlenmesi ileride yaşanılacak salgınlarda sunulacak sağlık hizmetlerinin yapılandırılması açısından önemlidir.

Bu araştırmanın amacı, bir eğitim araştırma hastanesinde yatan hastalar arasında pandemi öncesi ve sonrası dönemde gerçekleşen ölüm sayılarını karşılaştırmak, pandemi döneminde ölenler arasında kesinleşmiş COVID-19 tanı yüzdesini saptamak, ölenleri kişisel özelliklerine ve öldükleri birimlere göre incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma kesitsel tanımlayıcı tiptedir. Rize Eğitim Araştırma Hastanesi'nde 11 Mart 2018 ile 11 Mart 2022 tarihleri arasında ölen 3866 kişinin Excel dosya kayıtları hastane istatistik biriminden elde edilerek retrospektif olarak incelendi. Kayıtlardan, toplam yatış süresi bir gün ve daha fazla olanlar ve taburcu kodu 10 (vefat) olanlar belirlendi. Ölenler arasında COVID-19 tanısı alanlar (ICD-U07.3) saptandı. Pandemi dönemi olan 11 Mart 2020-2022 tarihleri arasında gözlenen ölümlerin, pandemi öncesi dönem olan 11 Mart 2018-2020 tarihleri arasında gözlenen ölümlerden istatistiksel olarak farklı olup olmadığı tek örnekte Kolmogorow Smirnov testi ile saptandı. Önceki iki yıla göre ölümlerdeki artış yüzdesi ham veriler üzerinden hesaplandı (pandemi sonrası ölümler–öncesi ölümler)/pandemi sonrası ölümler)x100 denklemi kullanılarak). Ölümlerin kişi, yer ve zaman özellikleri değerlendirildi. Yüzdeler hesaplanırken ayrı çalışma dosyaları oluşturularak duplike dosya numaraları ayıklandı. İncelenen veri setinin Ölüm Bildirim Sistemine dayalı olmaması, sadece ölenlerin mevcut tanılarını içermesi araştırmanın kısıtlılığıdır. Araştırmanın yürütülmesi için Rize İl Sağlık Müdürlüğünden ve hastane başhekimliğinden resmi izin, RTEÜ Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay alındı. Finansal destek alınmamıştır. Çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Bulgular: Pandemi öncesi dönemde 1569, pandemi döneminde 2297 ölüm olduğu ve pandemi dönemindeki ölümlerin pandemi öncesi döneme göre %31,6 oranında artmış olduğu belirlendi. Pandemi öncesindeki ölümlerde U07.3 ICD kodu bulunmazken, pandemi sonrasında, kesin ölüm nedeni olarak tanımlanamamakla birlikte, ölenlerin %32,7' sinin (752) U07.3 ICD kodlu COVID-19 tanısı aldığı görüldü. COVID-19 tanısı almış olanlarda ortalama hastanede yatılan gün sayısı 12,9±0,4 (medyan=11.0) saptandı. Ölümlerin epidemik eğrisi çizildiğinde 2020 Aralık ve 2021 Eylül aylarında yoğunlaştığı görüldü. Pandemi döneminde hastanede on bir yeni pandemi kliniği, iki pandemiye özel yoğun bakım ünitesi oluşturulduğu ve ölümlerin % 15,8' inin oluşturulan bu kliniklerde gerçekleştiği tespit edildi. Pandemi döneminde ölenlerin %83,8'inin ikametgahı Rize, geri kalanı diğer illerdi. Ölenlerin %88,8'i 55 yaş ve üzerindeydi. Pandemi öncesi ve sonrasında 55 yaş ve üzerindeki ölümlerin sıklığı sırasıyla %39,8 ve %60,2 olarak saptandı (p=0,02). Ölenlerin cinsiyete göre dağılımı benzerdi (p>0,05).

Sonuç: Araştırma, incelenen eğitim ve araştırma hastanesinde pandemi döneminde ölümlerin üçte bir oranında artmış olduğunu göstermiştir. Ölenlerin yaklaşık üçte birinin COVID-19 tanısı aldığı, bu dönemde ek pandemi klinikleri açıldığı saptanmıştır. Pandeminin eğitim araştırma hastanesine önemli bir yük oluşturduğu anlaşılmıştır. İlerideki hastane salgın planları açısından tanı olanaklarının iyileştirilmesi, kayıt ve istatistik programlarındaki yetersizliklerin giderilmesi ve ileri araştırmaların yürütülmesi önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, hastane, fazladan ölüm

[S016]
İSTANBUL'UN BİR İLÇESİNDE TOPLU YEMEK SONRASI YAŞANAN GIDA KAYNAKLI BİR SALGININ İNCELENMESİ

Mehmet Akif Sezerol, Merve Kırlangıç, Selin Davun
Sultanbeyli İlçe Sağlık Müdürlüğü, İstanbul

Giriş ve Amaç: Amerikan Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (CDC) tarafından yapılan tanıma göre "Gıda Kaynaklı Salgın"; ortak bir gıdanın tüketilmesi sonrası iki veya daha fazla kişide benzer hastalık tablosunun ortaya çıkmasıdır. Hafif gastrointestinal semptomlarla seyretmekle beraber ölümle de sonuçlanabilmektedir. Hastalığın şiddeti; kontaminasyon ve alınan gıda miktarı, kişi duyarlılığına göre değişebilir. Ülkemizde gıda kaynaklı salgınlar genellikle okul, otel, yurt, düğün gibi ortak yemek hazırlanan yerlerde görülmektedir. İstanbul'da ilçede 19.07.2023 tarihinde bir camide verilen yemek sonrası bulantı, kusma, ishal gibi şikayetlerle sağlık kurumuna başvurular olmuştur. Bu çalışmanın amacı salgının kaynak ve bulaş yolunu ortaya çıkarmak ve olası benzer salgınların tekrarını önleyebilmektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma kesitsel tipte tasarlanmıştır. Araştırma ivedi yapılması gereken bir salgın incelemesi olduğu için etik kurul onayı alınmamıştır. İlçede 19.07.2023 tarihinde camide verilen yemek sırasında orada bulunan 160 kişi olduğu öğrenilmiş ve tamamı telefonla aranmıştır. Telefona yanıt veren 115 kişiye anket uygulanmıştır. Anket sosyodemografik özellikler, klinik bilgiler, maruz kalınan gıdalar, farklı bir gıda tüketme durumu, şikayetlerin başlama zamanını belirlemeye yönelik 21 sorudan oluşmaktadır. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk testleriyle değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerde sayı, yüzde, ortanca, %25-75 persentil değerleri verilmiştir. İki grubun karşılaştırmasında kategorik değişkenlerde Chi-square testi, sayısal değişkenlerde ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Verilerin analizinde SPSS 22.0 programı kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi %5 olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 115 kişinin medyan yaşı 9 (8-11) olup 61'i (%53) erkektir. Katılımcıların %68.7'si (79) camide verilen yemeği yediğini belirtmiştir. Yemek yediğini belirten kişilerin %86.1'i (68) tavuk döner ve ayran, %12.7'si (10) sadece tavuk döner, %1.3'ü (1) sadece ekmeğinden yediğini ve %63.3'ü (50) sağlıkla ilgili en az bir şikayeti olduğunu belirtmiştir. Yemek yedikten sonra şikayetlerin başlamasına kadar geçen süre medyan 1.5 (1.0-2.5) saattir. Şikayeti olduğunu belirtenlerin %99.1'inin (49) bulantısı, %97.4'ünün (47) kusma ve halsizliği, %98.3'ünün (48) karın ağrısı ve %84.3'ünün (32) ishali olduğu tespit edilmiştir. Şikayeti olanların %88.8'i (44) devlet hastanesine başvurduğunu belirtmiş olup başvuranların %95.4'üne (42) kan tahlili yapıldığı, %90.9'una (40) serum takıldığı, tamamının müşahadeye alındığı ve %36.3'üne reçete yazıldığı belirlenmiştir. %98'i (49) şikayetleri nedeniyle evde istirahat etmek zorunda kalmış olup medyan 2 (1-3) gün istirahat etmiştir. Erkeklerin %70.7'sinde (29), kızların ise %55.3'ünde (21) sağlıkla ilgili şikayet olduğu tespit edilmiştir olup aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p:0.154). Yemek yedikten sonra şikayeti olanların medyan yaşı 10 (8-11), şikayeti olmayanların ise 9 (9-12) yaş olup aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p:0.435). Tavuk döner yiyenler içinde şikayeti olanların %72.0'ı (36) 1 porsiyon veya daha fazla tüketmiş olup porsiyonla şikayetin olması arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (p:0.700).

Sonuç: Gıda zehirlenmeleri ani olarak ortaya çıkan, ciddi morbidite ve mortaliteye yol açabilen önlenebilir önemli bir halk sağlığı sorunudur. Benzer salgınların tekrar yaşanmaması için; yemek hazırlama ve saklama sırasında hijyen kurallarına ve beslenme alışkanlıklarına yönelik halk eğitimi yapılması; gıda sektöründe hizmet verenlerin gıda hijyeni, sanitasyonu ve saklama koşulları konularında bilinçlendirilmesi, düzenli denetimlerinin yapılması gerekmektedir. Saha incelemesinde gıda numunesi alınamaması ve etken tespitinin yapılamaması çalışmamız için önemli bir kısıtlılık olmuştur. Gıda kaynaklı salgınlarda alınan örneklerde kaynak tespit edilmesi, benzer salgınların yaşanmaması adına yol gösterici olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Gıda güvenliği, gıda zehirlenmesi, salgın

[S017]
ULUSAL VE ULUSLARARASI HALK SAĞLIĞI KONGRELERİNDE BİLDİRİ ÖDÜLÜ ALAN ÇALIŞMALARIN NİTELİKSEL VE NİCELİKSEL ANALİZİ: 2018-2022 DÖNEMİ

Bahadır Dede, Şule Erbay, Metin Pıçakçıefe, Şehbal Yeşilbaş, Didem Mülayim Güllü, Rabia Güven Cengiz, Emine Tiriç
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Muğla

Giriş ve Amaç: Sağlık alanında düzenlenen ulusal ve uluslararası bilimsel toplantılar, sağlık çalışanlarının bir araya geldiği ve güncel araştırma sonuçlarını, bilgi ve deneyimlerini paylaştığı önemli akademik ve sosyal organizasyonlardır.

Ülkemizde ulusal ve uluslararası halk sağlığı kongreleri 2018 yılından günümüze düzenli olarak gerçekleşmektedir. Bu süreçte, araştırmacı profillerini, çalışmalarda eğilim gösterilen öncelikli konuları, çalışma tasarımı ve yöntem tercihlerinin dağılımlarını belirlemek, halk sağlığı alanındaki güçlü ve geliştirilmesi gereken yönlerin tespiti için önemlidir.

Bu çalışma da kongre bildiri ödülü almada ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki çalışmanın verileri halk sağlığı okulu web sitesi üzerinden 02-17 Ekim 2023 tarihleri arasında basılı ve elektronik ortamda yer alan 2018-2022 yılları arasındaki beş kongre kitabı incelenerek toplandı. Ulusal ve uluslararası halk sağlığı kongrelerinde (UUHSK) bildiri ödülü alan çalışma listesi resmi kanal yoluyla istenmiş ve kurumdan 2020 ve 2021 yıllarında bildiri ödülleri verilmediği bilgilendirmesi sonucunda bu iki kongre kitabı dışlanmıştır. Araştırmanın evrenini toplamda üç bildiri kitabında bulunan 1247 bildiri oluşturmuştur. Örneklem seçilmemiştir. Verilerin analizinde SPSS 27.0 paket programı kullanılmıştır.

Niteliksel boyutta; bildirilere ait seçilen bazı değişkenler (bildiri yılı, bildiri türü, bildiri dili, bildiri konuları, çalışmanın tipi, çalışmanın yapıldığı yer, veri kaynakları kongre teması ile uyumu, yazar sayısı, merkez sayısı, yazarların kurum özellikleri, sorumlu yazar cinsiyeti, bildiri ödülü alma) tanımlayıcı olarak dağılımları sayı, yüzde, ortalama, standart sapma olarak verilmiştir.

Niceliksel boyutta; bağımlı değişken bildiri ödül almayı etkileyen bağımsız değişkenler arasında ilişki olup olmadığı incelenecektir.Normal dağılıma uygunluk testleri, sayısal değişkenler için grup sayısına göre t testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi ile değerlendirilmiştir. Kategorik verilerde oranlar arası fark Ki-kare ile Yates düzeltmeli Ki-kare ile değerlendirilmiştir.

Anlamlılık sınırı $p<0,05$ kabul edilmiştir. Etik onay ve kurumsal izin alınmıştır. Çıkar çatışması ve finansal destek yoktur.

Bulgular: Çalışmada toplamda 1247 bildiri değerlendirilmiştir. Çalışmaların %18.2'si sözlü tam metin, % 48.8 'i sözlü özet metin ve %33.0'ü poster bildiriydi.

Yıllar içinde tam metin sözlü bildiri oranları benzerlik göstermektedir. Buna karşın 2018 yılında %49.1 olan sözlü özet metin bildiri oranı 2022 yılında artarak %73.7'ye yükselirken; 2018 yılında %31.6 olan poster bildiri oranı 2022 yılında, %9.0'a gerilemiştir.

Bildirilerin %5.8'inin yazım dili İngilizce, %3.3'ü ulusal ve uluslararası ortaklığında ve sorumlu araştırmacı çalışma yerine göre %98.6'sı ulusal merkezlidir. Bölgelere göre sırasıyla Marmara bölgesi %27.5, Ege bölgesi %22.1 ve İç Anadolu bölgesi %21.2 bildiri göndermiştir. Çalışmaların %52.4'ü tek merkezli yürütülmüştür. Sağlık bakanlığı ve bağlı kurumlardan %17.7 ve üniversitelerden %82.3 bildiri gönderimi olmuştur. Üniversitelerden gelen bildirilerin %70.3'ünü tıp fakülteleri (halk sağlığı veya diğer tıp disiplini), %12.0'sini tıp dışı (sağlık bilimleri fakülte, yüksek okul, enstitüsü) oluşturmaktadır. Bildiri başına araştırma yapan kişi ortalaması 4.18±3.62 (min:1; max:75) iken merkez ortalaması 1.74±1.59 (min:1; max:45)'dir.

Halk sağlığının temel konularından sağlık yönetimi (politika, sistem, hizmet, ekonomi ve sağlık profesyonellerinin eğitimleri) ile ilgili %9.7 çalışma değerlendirilmiştir. Halk sağlığının uygulama alanlarına göre konu dağılımında en yüksek yüzdelik sırasıyla; %20.1'i çevre sağlığı (çevresel acil durumlar, afetler, göç ve bulaşıcı hastalıklar), %18.2'si sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme, % 14.9'u toplum ruh sağlığı (şiddet, bağımlılıklar ve ruhsal hastalıklar), %11.5'i iş sağlığı, %10.9'unu ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı oluşturmaktadır.

Araştırma yöntemine göre %91.2'si nicel, %7.5'ini nitel, %1.3'ü karma yaklaşım tercih etmiştir. Çalışmaların %82.0'isinin araştırma tipi tercihini tanımlayıcı ve kesitsel çalışmalar oluşturmaktadır. Diğer araştırma tipleri %2.2 kohort, %1.1 vaka kontrol, %4.0 deneysel, %5.5 metodolojik çalışmalar oluşturmaktadır. Çalışmaların %78.6'sının veri kaynağı insandır; %73.0'ü veri toplama biçimi anket yoluylayken, %20.2 araştırmada kayıtlarlar üzerinden veri toplamıştır.

Çalışmalarda bildiri ödülü alma oranı %1.6'dır. Yıllar içinde bildiri ödülü alma oranı %0.9'dan %2.7 çıkarak üç kat artmıştır. Bildiri ödülü alan çalışmaların %65.0'ı çok merkezli, %40'ı Ege bölgesinden, % 50.0'ı çevre sağlığı ve bulaşıcı hastalıklar konusundadır.

Bildiri ödülü almada; bildiri yılı, bildirinin dili, bildiri türü, sorumlu araştırmacının cinsiyeti, kongre tema uyumu, araştırma ekibi ve ortalama araştırmacı sayısı ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır($p>0,05$). Araştırma merkezi sayısı ortalaması yüksek, araştırma tipi gözlemsel, çalışma uygulama yeri saha, veri toplama türü anket ve Ege, Marmara bölge merkezli çalışmaların bildiri ödülü alma durumu istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır ($p<0,05$).

Çalışmamızdaki başlıca kısıtlılar; bildiri kitaplarında standardize edilmiş şekilde yazar, kurum bilgilerinin olmadığı ve bildirilerin hangi konu türünde yayınlandığı bilgisi mevcut olmadığıdır. UUHSK kongrelerinin birinde bildiri ödülü verilmemesi ve diğerinde bildiri ödülü verilen çalışma kayıtlarına ulaşılamaması çalışmanın diğer bir kısıtlılığıdır.

Sonuç: UUHSK kongrelerinde yıllar içindeki bildirim gönderim sayısı azalmıştır. Yurtdışı merkezli çalışma ve yabancı dilde bildiri gönderim oranları oldukça düşüktür. Yapılan araştırmaların çevre sağlığı ve bulaşıcı hastalık konularında yoğunlaştığı ve büyük bir bölümünün tanımlayıcı ve kesitsel tipte olduğu görülmüştür. Çalışma ekibinin büyüklüğünün, araştırma merkezi sayısının ve bölge merkezli çalışmaların bildiri ödülü alımı üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar, ülkemizde yapılan sağlık araştırmalarının alan ve konu çeşitliliğinin artırılması, çok merkezli çalışmaların teşvik edilmesi ve araştırma ekiplerinin güçlendirilmesi gerekliliğini göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Halk sağlığı, ulusal ve uluslararası kongre, bildiri ödülleri

[S018]
TOKAT İLİ NİKSAR İLÇE MERKEZİNDE MUSLUK SUYU KAYNAKLI SALGIN, VAKA-KONTROL ÇALIŞMASI, HAZİRAN 2023

Muammer Beslen[1], Fatma Durmuş[1], Yasemin Demirbilek[1], Fehminaz Temel[1], Hüseyin Güldiken[2], Şule Şenses Ergül[3], Belkıs Levent[4], Aysun Yalçı[1], Mehmet Enes Gökler[5]

[1]Bulaşıcı Hastalıklar ve Erken Uyarı Dairesi Başkanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
[2]Niksar İlçe Sağlık Müdürlüğü, Tokat İl Sağlık Müdürlüğü
[3]Halk Sağlığı Referans Laboratuvarları Dairesi Başkanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
[4]Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarları ve Biyolojik Ürünler Dairesi Başkanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
[5]Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Giriş ve Amaç: Akut barsak enfeksiyonu (ABE) salgınları dünyada ve ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Erken Uyarı Sistemi kapsamındaki ABE sürveyansı izleminde, 21 Haziran 2023'te Tokat ili, Niksar ilçesi Devlet Hastanesinde karın ağrısı, bulantı, kusma ve ishal şikâyetleri ile 16 Haziran'dan itibaren başvuruların arttığı saptanmıştır. Önceki yılın aynı ayı ile karşılaştırıldığında, R11, A09, K52.8 ve K52.9 tanı kodlarıyla hastane başvurularında artış görülmüştür. Su kesintisinin olduğu, şehir şebekesinde altyapı çalışması yapıldığı ve klorlamada aksama yaşandığı öğrenilmiştir. Bu inceleme, salgının boyutunu belirlemek, kaynak ve bulaş yolunu ortaya çıkarmak, benzer salgınların tekrarını önlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu vaka kontrol çalışması, 22-25 Haziran 2023 tarihlerinde Niksar İlçesinde yapılmıştır. Şüpheli vakalar, hastaneye akut gastroenterit şikayetleri ile başvuranlardan basit rastgele yöntemle seçilmiştir. İshal, kusma, bulantı, karın ağrısı ve ateş şikayetlerinden en az biri olanlar olası vaka olarak tanımlanmıştır. Kontroller semptomu olmayan komşulardan seçilmiştir. Veriler; sosyo-demografik özellikler, şikâyetler, içme ve kullanma suyu tüketimi, ortak etkilenim, su kesintisi ve alt yapı çalışması bilgilerini içeren bir anket formuyla yüz yüze toplanmıştır. Vaka kontrol çalışması için örnek büyüklüğü; %95 güven aralığı (GA), %80 güç, %20 cevapsızlık hızı öngörülerek hesaplanmış; 432 vaka ve kontrolü ile analizler yapılmıştır. Analizlerde; sayı, yüzde dağılımı, atak hızı, vaka ve kontrollerin karşılaştırılmasında ki-kare testi, %95 güven aralığı (GA) ile tahmini rölatif risk (OR) ve düzeltilmiş tahmini rölatif risk (ORadj) kullanılmış, istatistiksel anlamlılık düzeyi %5 olarak kabul edilmiştir. Lojistik regresyon analizine musluk suyu, kaynak suyu ve ambalajlı su içmek dahil edilmiştir. Yedi gaita numunesi real-time polimeraz zincir reaksiyonu (RT-PCR) ve kültür ile analiz edilmiştir. Su şebeke hattı, su kaynakları ve depolar incelenmiştir. Salgın öncesi (1 – 9 Haziran) 40 su numunesi ve 12 Haziran – 5 Temmuzda alınan 151 su numunesi bakiye klor açısından, 1-20 Haziranda 26 su numunesi kimyasal ve mikrobiyolojik açıdan değerlendirilmiş, ilçenin büyük kısmına su sağlayan depodan alınan su numunesi viral açıdan incelenmiştir. İnceleme, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü adına salgına müdahale amaçlı yapıldığından, etik kurul onayı alınmamıştır.

Bulgular: Hastaneye 18 Haziran – 5 Temmuzda ABE şikayetleriyle 1265 kişi başvurmuş bir kısmı yatarak tedavi edilmiş, ölen vaka olmamıştır; %59'u kadındır. Kaba atak hızı %3,4; kadınlarda %4,0; erkeklerde %2,8'dir. Atak hızı 5-24 yaş aralığında yüksek (>%4) olup, 5-9 ve 15-19 yaş gruplarında %5,0'dir. İlçedeki tüm mahallelerde vakaların olduğu görülmüştür. Olası vakaların (432) semptomları; bulantı (%83,3), karın ağrısı (%74,1), kusma (%70,6), ishal (%65,0) ve ateştir (%39,4). İlçedeki eski su şebeke sisteminin yenilenmekte olduğu, sık sık alt yapı çalışmaları ve su kesintileri yapıldığı, suyun klorlanmasında aksaklıklar olduğu ve 12-20 Haziran arasının yağışlı geçtiği görülmüştür. Su depolarından birinin mikrobiyolojik olarak kirli bir kaynaktan beslendiği tespit edilmiştir. Bakiye klor ölçümlerindeki uygunsuzluk salgın öncesi %35 (14/40) iken, salgın ve sonrası dönemde %20 (31/151) olarak tespit edilmiştir. Şebeke ve mahalle çeşmelerinden alınan su numunelerinden (26) 3'ünde (%11,5) mikrobiyolojik uygunsuzluk (Escherichia coli, koliform bakteri) tespit edilmiştir. Gaita numunelerinde (7) RT-PCR ile Norovirüs GI-II (5) ve E.coli spp.(5) tespit edilmiştir. Bir numune kültüründe Enteropathogenic E. coli (EPEC) saptanmıştır. Musluk suyu içmek hastalıkla ilişkili bulunurken (p<0,001; OR=2,0 %95 GA:1,5-2,7), kaynak suyu (p<0,001; OR=0,4 %95 GA:0,3-0,7), ambalajlı su (p=0,079; OR=0,8 %95 GA:0,6-1,0) içmek koruyucu bulunmuştur. Kaynak ve ambalajlı su içmek kontrol edildiğinde;

musluk suyu içme ORadj 1,7 (p=0,007; %95 GA:1,2-2,6) kat ilişkili bulunmuştur. Çalışmanın sınırlılığı, bayram öncesi insan hareketliliği nedeniyle vaka ve kontrollere ulaşma güçlüğüdür.

Sonuç: Salgın, alt yapı çalışmaları, su kesintileri, yağış ve klorlamadaki aksaklıklar sonrasında başlayan, tek kaynaklı salgın özelliğindedir. Vakaların ilçe merkezinde yaygın olması, epidemiyolojik çalışma ve laboratuvar sonuçları salgının kanalizasyon ile kontamine su kaynaklı bir salgın olabileceğini düşündürmüştür. Kirli kaynaktan beslenen deponun devre dışı bırakılması, klorlamanın sağlanması ile vaka sayıları düşmüştür. Şebekenin izlenmesi, uygunsuzluk durumunda kurumlar arası işbirliği ile müdahale edilmesi önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Salgın, Vaka-Kontrol, Gastroenterit, Su Kaynaklı

[S019]
PEER BULLYING IN ADOLESCENTS IN RURAL TURKEY: THE EFFECT OF LEVEL OF HOPE AND SELF-CONCEPT

Fatma Zehra Genç[1], Suzan Yıldız[2], Naile Bilgili[3]
[1]Department of Public Health Nursing, Faculty of Nursing, Necmettin Erbakan University, Konya, Turkey
[2]Reşadiye Vocational School, Tokat Gaziosmanpasa University, Tokat, Turkey
[3]Department of Public Health Nursing, Faculty of Nursing, Gazi University, Ankara, Turkey

Introduction and Aim: Early adolescence (10-14 years) is a critical period in which peer bullying is common. In protecting, maintaining, and improving the health of adolescents, it is important to detect peer bullying and evaluate its relationship with the level of hope and self-concept. To determine the peer bullying situation in early adolescents living in rural areas and establish the effect of level of hope and self-concept on this situation.

Materials and Methods: This research was conducted with 830 adolescents studying at seven secondary schools in rural Turkey. This cross-sectional study was conducted between May and June 2023. Data were collected using a personal information form, the Peer Victimization Scale, the Children's Hope Scale, and Piers-Harris Children's Self-Concept Scale. Before starting the research, ethics committee approval and institutional permissions from the Provincial Directorate of National Education and the school administration were obtained. The parents and students were informed about the study and written permissions were obtained. Path analysis and the maximum likelihood method were used to evaluate the data.

Results: The average age of adolescents was 12.26 years, the average number of siblings was three, and the average number of good friends was 12.63. Half of the adolescents (50.5%) were male, 27.5% were seventh graders, and 92.5% lived together with their parents. It was determined that the level of peer bullying was low, the level of hope was high, and the self-concept was moderate in adolescents living in rural areas. It was found that hope had a negative effect (β= -0.468; $p<0.001$) and self-concept had a positive effect (β=0.379; $p<0.001$) on peer bullying.

Conclusion: Of the peer bullying cases, 19.6% were explained with hope and self-concept in adolescents. It was concluded that hope and self-concept had a protective role in peer bullying. These research results can be used by researchers to guide peer bullying studies targeting adolescents living in rural areas and structure intervention studies aimed at preventing bullying.

Keywords: Adolescent, Hope, Peer bullying, Rural area, Self-concept

[S020]
PANDEMİ DÖNEMİNDE İZMİR İLİNDE BİR ORTAOKULDA OBEZİTE PREVALANSI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Özgün Torcu[1], Ceren Akanalçı[2], Meltem Çiçeklioğlu[3]
[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir, Türkiye
[2]Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, İzmir, Türkiye
[3]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Giriş ve Amaç: Ciddi bir halk sağlığı sorunu olan obezitenin 10-13 yaş arası sıklığı dünyada %7,2 ülkemizde %12,7'dir. COVID-19 pandemi sürecinde alınan önlemler okul çağı çocuklarda obeziteye neden olabilecek beslenme, fiziksel aktivite ve ekran başı sürelerinde ciddi değişiklikleri de beraberinde getirmiştir. Çalışmanın amacı, pandemi döneminde İzmir ilindeki bir ortaokul öğrencilerinde obezite sıklığı ve ilişkili faktörlerin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel olarak planlanan çalışma 2021-2022 eğitim öğretim yılı İzmir Karabağlar Cemil Midilli Ortaokulu öğrencilerinde gerçekleştirilmiştir. Örneklem büyüklüğü 668 öğrenci mevcudu %12,7 prevalans %5 hata payı ve %95 güven aralığı ile 136 olarak hesaplanmıştır. Öğrenciler dönem düzeyinde tabakalanmış, oluşturulan listelerden tabakadaki temsiliyet oranında öğrenciye ulaşılması planlanmış, toplam 116 öğrenciye ulaşılmıştır. Çocukların boy ve kiloları araştırmacı tarafından ölçülmüş, ayrıca anne ve çocuklara birer anket formu uygulanmıştır. Çocuklara uygulanan anket dört bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde yaş, cinsiyet soruları, ikinci bölümde Adolesanların Beslenme Bilgilerini Saptama Ölçeği (45 soru Cronbach Alpha:0,89), üçüncü bölümde Adolesanların Yeme Davranışlarını Saptama Ölçeği (58 soru Cronbach Alpha:0,84), dördüncü bölümde Çocuklara Yönelik Günlük Ritim Belirleme Ölçeği (10 soru Cronbach Alpha:0,69) yer almıştır. Annelere yönelik ankette sosyodemografik özellikler ve gebelik ile emziklilik dönemlerine ilişkin sorular bulunmaktadır. Boy ve kilo ölçümü hafif giysilerle, ayakkabılı yapılmış, boy ölçümünde duvardan destekli boy ölçer, kilo ölçümünde 100 grama duyarlı dijital tartı kullanılmıştır. Veri analizinde SPSS 25.0 kullanılmıştır. İki bağımsız ortalama arasındaki farkın karşılaştırılmasında student t-testi, kategorik değişkenler arasındaki ilişki için Ki-kare analizi kullanılmıştır. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay (onay kararı 21-11T/3), İzmir İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden izin alınmıştır.

Bulgular: Beden kitle indeksi persantil değerine göre katılımcıların %16,4'ünün fazla kilolu, %19,0'ının obez olarak değerlendirildiği bu çalışmada öğrencilerin yaş ortalaması 11,36±1,21, %49'u erkektir. Annelerin yaş ortalaması 41,29±4,73 ve BKİ ortalaması 23,72±3,70; babaların yaş ortalaması 45,04±4,84 ve BKİ ortalaması 26,46±3,20 olup annelerin %53,4'ü, babaların %61.6'sı yüksekokul ve üzeri eğitime sahiptir. Öğrencilerin %87,9'u normal doğum ağırlığına sahip iken, %91,4'ü 6 ay ve üzerinde anne sütü ile beslenmiştir. Öğrencilerin günlük ekran süresi ortalama 3,54±1,95 saat, uyku süresi ortalama 8,43±1,10 saat, fiziksel egzersiz süresi ortalama 2,52±1,90 saattir. Öğrencilerin %68,1'i pandemi döneminin başlarında kilolarında artış olduğunu bildirirken, %62.9'u fiziksel aktivitelerinde azalma olduğunu belirtmişlerdir. Öğrencilerin beslenme bilgi düzeyi %34,5'inde iyi, %57,8'inde çok iyi olarak değerlendirilmiştir. Beslenme davranışları ise %.75,0'ının iyi, %2,6 sının çok iyi olarak saptanmıştır. Yaşı 11 ve altında olan çocuklar ile 12 ve üstünde olan çocuklar arasında obezite açısından fark saptanmazken (p:0,054), fazla kilolu ve obez olanların yaş ortalaması (11,02±1,11) normal kilolu olanların yaş ortalamasından (11,55±1,23) daha düşüktür (p:0,02). Anne yaşı 40 ve üzerinde olanlarda (p:0,004) babaları obez olanlarda (p:0,000) obezite sıklığı daha yüksektir. Pandeminin ilk dönemlerinde kilo artışı olanlarda fazla kiloluluk ve obezite sıklığı diğer gruplara göre daha yüksek saptanmıştır (p:0,01).

Sonuç: Çalışmamızda saptanan fazla kiloluluk ve obezite oranları, son yıllardaki artış eğilimini gösteren diğer çalışmalarla uyumludur ve 2010 yılındaki ulusal verilere göre (%14,3 ve %8,2) artışı göstermektedir. Türkiye'de dünyada 10-11 yaş obezite oranı 12-13 yaşa göre daha fazladır. Benzer çalışma bulgumuz da obezite ile mücadelede ergenlik öncesi dönemin önemine dikkat çekmektedir. Çalışmada babaları obez olan grupta obezite sıklığının yüksek bulunması obezite ile mücadelede aile temelli yaklaşımın önemine vurgu yapmak-

tadır. Pandemi döneminde kilo artışı tanımlayanlarda fazla kiloluluk ve obezitenin daha sık olduğunu saptayan çalışmamız bu noktada pandemi önlemlerinin rol oynadığını düşündürmektedir. Pandemi önlemlerinin istenmeyen bu sonucu insan çevre ilişkisinin sağlık açısından önemine işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Beslenme, çocuk sağlığı, obezite, pandemi

[S021]
ÇOCUKLARDA D VİTAMİNİ DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Gül Şahika Gökdemir[1], İzzettin Toktaş[2], Mehmet Nur Talay[3]
[1]Mardin Artuklu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizyoloji Anabilim Dalı
[2]Mardin Artuklu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı
[3]Mardin Artuklu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: D Vitamini, vücutta kalsiyum ve fosfor metabolizmasını düzenleyen, büyüme, gelişme ve sağlıklı bir iskelet yapısı için önemli bir hormondur. Çocuklarda yeterli D vitamini alımı büyük önem taşırken, son çalışmalar bu yaş grubunda D vitamini eksikliğinin arttığını göstermektedir. Yapılan çalışmalarda D vitamini yetersizliği prevelansı %30,0-80,0 arasında değişen oranlarda bildirilmektedir. Bu çalışmada, Mardin ilindeki çocuklarda D vitamini düzeylerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza gerekli izinler alındıktan sonra Ekim 2022–Eylül 2023 tarihleri arasında Mardin Eğitim ve Araştırma hastanesi Çocuk Hastalıkları Polikliniği›ne herhangi bir sebeple başvuran ve D vitamini ölçümü yapılan 5-18 yaş arasındaki 275 çocuk dâhil edildi. Tanımlayıcı tipteki bu çalışma verileri, retrospektif olarak hastane kayıtlarından olasılıksız örnekleme yöntemi kullanılarak toplandı. Hastaların yaş, cinsiyet, 25-OH D vitamin düzeyleri ve hastaneye başvuru tarihleri kaydedildi. Başvuru tarihleri mevsimler olarak gruplandırıldı. Bağımlı değişkenimiz D vitamini eksikliği iken; bağımsız değişkenler yaş, cinsiyet, hastaneye başvurulan mevsim olarak belirlendi. Elde edilen veriler, IBM SPSS (version 26) programına yüklenerek analiz edilmiştir. Nitel verilerin sayı ve yüzdesi; sürekli nicel verilerin ortalama ve standart sapması hesaplandı. Sürekli veriler normal dağılımı kolmogorov simirnov testi ile incelendi. Veriler normal dağılmadığı için çoklu grupların karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis testi, ikili grupların karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı. İstatistiksel olarak $p<0,05$ değeri anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular: Çocukların yaş ortalaması 9,44±3,56'dir. Hastaların %50,2'si erkek ve %49,8'i kız çocuklarından oluşmaktadır. D vitamini düzeyi çocukların %83,6'sında (Erkeklerin %74,6'sında; Kızların %92,7'sinde) düşük bulundu. Cinsiyete göre kız çocuklarında ortalama D vitamini düzeyi (11,88±4,43) erkek çocuklarına göre (15,63±0,55 ng/mL) daha düşük bulundu ($P<0,001$). Mevsimlere göre ilkbaharda hastaneye başvuran çocuklarda diğer mevsimlerde hastaneye başvuran çocuklara göre D vitamin düzeyi daha düşük bulundu ($p<0,05$). Yaz, sonbahar ve kış mevsimde hastaneye başvuran çocuklarda D vitamin düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmadı. Çocuklarda yaş artıkça kan D- vitamin düzeyi düşmektedir ($r=-0,215$; $p<0,001$). 5-9 yaş arasında ortalama D vitamini düzeyi 14,42±5,90 ng/mL iken 15-18 yaş arası çocuklarda 13,34±6,68 ng/mL olarak bulundu ($p=0,034$).

Sonuç: Çalışmamız, çocukların büyük çoğunluğunda (%83,6) D vitamini eksikliği olduğunu göstermektedir. Elde edilen sonuçlara göre çocuklarda D vitamini düzeyi cinsiyete, yaşa ve mevsimlere bağlı olarak değişiklik gösterdiği sonucuna varılmıştır. D vitamini, kemik sağlığı ve birçok hastalığın önlenmesinde önemli bir role sahiptir. Önemli bir halk sağlığı sorunu olan D vitamini eksikliğinin olumsuz etkilerinden korunmak için profilaktik tedavi gerektiren durumların dışında çocukların 10-15 dakika süre ile öğle saatleri dışında güneşe çıkarılması teşvik edilmelidir.

Çalışmanın Sınırlılıkları: Veriler, sadece hastaneye başvuran ve D vitamini ölçümü yapılan hastaları kapsamaktadır. Çalışma olasılıksız örnekleme yöntemi kullanılarak elde edildiğinden Mardin iline genelleme yapılamaz.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, D Vitamini Eksikliği, Mevsimler

Kaynaklar

1. *Topal İ, Mertoğlu C, Arslan YK, Gümüş A, Sürücü Kara İ, Peker N. Evaluation of Vitamin D Levels of Children According to Age, Gender and Seasons at Erzincan Field. Firat Med J 2018: 23 (4): 168-172.*

2. *Yakarış AB, Can Ö, Çetin H, Şimşek EE. Çocuk hastalıkları polikliniklerine başvuran çocuklarda D vitamini eksikliği sıklığının belirlenmesi: Hastane tabanlı bir çalışma. Jour Turk Fam Phy 2021; 13 (1): 12-20.*

3. *TC. Sağlık Bakanlığı. D Vitamini Desteğinin ve Programın Uygulanması. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk-ergen-sagligi-db/Programlar/D_vitamini_Rehberi.pdf*

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S022]
HALK SAĞLIĞI KONGRELERİNDE SUNULAN EMZİRME VE ANNE SÜTÜ BİLDİRİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Esra Çiçek[1], Mahmut Talha Uçar[2], Mustafa Öztürk[2]
[1]Konya İl Sağlık Müdürlüğü, Konya
[2]SBÜ Hamidiye Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş ve Amaç: Emzirme, çocuk sağlığını ve hayatta kalmayı sağlamanın en etkili yollarından biri olmuştur. Ancak, DSÖ'nün tavsiyelerinin aksine, 6 aylıktan küçük bebeklerin yarısından daha azı sadece anne sütüyle beslenmektedir. Anne sütü bebekler için ideal besindir. Güvenli, temizdir ve birçok yaygın çocukluk hastalığına karşı korunmaya yardımcı olan antikorlar içerir. Anne sütüyle beslenen çocuklar zeka testlerinde daha iyi performans gösterirler, aşırı kilolu veya obez olma olasılıkları daha düşüktür ve yaşamlarının ilerleyen dönemlerinde diyabete daha az eğilimlidirler. Emziren kadınlarda meme ve yumurtalık kanseri riski de azalmaktadır. Emzirmenin korunması, teşvik edilmesi ve desteklenmesi bir halk sağlığı önceliğidir. Kongreler belli bir konuda bilimsel düzeyin niceliksel ve niteliksel gelişimini, o bilimin ilgi alanlarını yansıtması açısından önemlidir. Türkiye'de ilki 1988'de sonuncusu 2022'de olmak üzere toplam 22 Ulusal ve Uluslararası Halk Sağlığı Kongresi gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmanın amacı Halk Sağlığı Kongrelerinde emzirme ve anne sütü konusunda sunulan bildirilerin nicel ve nitel bazı özelliklerinin ve bu özelliklerin yıllar içindeki değişiminin değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: 4-14 Ekim 2023 tarihleri arasında planlanıp yürütülen bu tanımlayıcı çalışmanın evrenini 1988-2022 yıllarında yapılan Halk Sağlığı Kongrelerinde metin arama kısmına "emzirme", "anne sütü", "breast milk" ve "breastfeeding" terimleri girilerek bildiri başlıklarında geçen bu konuda sunulan 58 bildiri oluşturmaktadır. Çalışmanın değişkenleri; kongre yılı, ilk yazarın çalıştığı kurum, çalışmanın yapıldığı yer, etik kurul izni, araştırmanın tipi, örnekleme yönteminin belirtilmesi, karşılaştırma grubu, kongrede sunum biçimi, veri toplama aracı, araştırmanın yapıldığı yıl, ilk yazarın cinsiyeti, bulguların istatistiki önemi, yazar sayısı, kullanılan istatistiki testler, merkez sayısı ve çalışmanın yazım dilidir. Çalışmanın verisi 16 sorudan oluşan bir veri toplama formu ile toplanmıştır. Verilerin analizi IBM SPSS 22.0 paket program ile yapılmıştır. Tanımlayıcı bulgular sayı, yüzde, ortalama ± standart sapma, ortanca (min-max) değerler ile sunulmuştur. Çalışma verileri için HASUDER'in resmi internet sayfasında bulunan elektronik bildiri kitapçıkları ve sayfada bulunmayan 2 kongre kitabı (bir Halk Sağlığı öğretim üyesi hocamızdan temin edilerek) olmak üzere toplamda 24 Halk Sağlığı Kongre kitabı incelenmiştir. Elektronik veya basılı halde kopyasına ulaşılamayan 4. Ulusal Halk Sağlığı Kongre kitabının ilk 82 sayfası web sayfasında yer almamakta olup araştırmaya dahil edilememiştir. Kamuya açık veriler kullanıldığı için etik kurul izni alınmamıştır.

Bulgular: Emzirme ve anne sütü ile ilgili olan toplam 58 bildiri çalışma kapsamına alınmıştır. En çok bildiri sunulan yıllar 2007 (%19), 1998 (%8,6) ve 2021 (%8,6) yılları olmuştur. Bildiride ilk yazarın çalıştığı kurum en çok Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD (%8,6), Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD (%5,2) ve kurum belirtilmeyen (%19) olarak bulunmuştur. Çalışmanın yapıldığı yerin belirtilme oranı %96,6'dır. Etik kurul izni bildirilerin sadece %29,3'ünde belirtilmiştir. Araştırmanın tipine göre ise en çok tanımlayıcı (%34,5), kesitsel (%22,4) ve araştırma tipi belirtilmeyen (%32,8) olarak bulunmuştur. Örnekleme yönteminin belirtilmesi sadece %31'dir. Araştırmalarda karşılaştırma grubu kullanımı %8,6'dır. Bildirinin kongredeki sunum biçimi incelendiğinde poster (%39,7), sözlü (%10) ve sunum biçimi belirtilmeyen (%43,1) olarak bulunmuştur. Veri toplama aracı anket (%63,8), anket ve ölçek birlikte (%8,6) ve toplama aracı belirtilmeyen (%20,7) olarak bulunmuştur. En çok araştırmanın yapıldığı yıllara bakıldığı zaman 2006 (%13,8), 2007 (%8,6) ve yapıldığı yılı belirtilmeyen (%25,9) olarak bulunmuştur. İlk yazarın cinsiyeti %62,1 kadındır. Bulguların istatistiki öneminin belirtilmesi sadece %20,7'dir. Bildirilerde yazar sayısı en çok iki (%29,3) ve dört (%24,1) olarak bulunmuştur. Ortanca yazar sayısı 3 (1-10) olarak belirlenmiştir. Bildirilerde kullanılan istatistiki testler incelendiğinde en çok temel düzey (parametrik, parametrik olmayan, korelasyon,

ki-kare) %37,9 ve istatistiki testi belirtilmeyen %41,4 olarak bulunmuştur. Çalışmalarda tek merkezli olma oranı %94,8'dir. Bildirilerin yazım dilinin Türkçe olması %96,6'dır.

Sonuç ve Öneriler: Anne sütü ve emzirme ile ilgili bildirilerin bazı Halk Sağlığı Kongre yıllarında (1988, 1994, 1996, 2002, 2017, 2020) hiç yapılmadığı tespit edilmiştir. Bazı bildirilerde yazarın hangi kurumda çalıştığı da belirtilmemiştir. Çalışmaların yapıldıkları yerlerin (hastane, ASM, saha) belirtilme oranı yüksektir. Etik Kurul izinlerinin belirtilme oranı ise çok düşüktür. Bununla ilgili standart kurallar getirilmelidir. Araştırmanın tipi çoğunlukla tanımlayıcı ve kesitseldir. Bu konuda vaka kontrol, eğitim müdahalesi ve nitel çalışmalar yapılırsa emzirme sorunları tespit edilip bir çözüm önerilebilir. Örnekleme yöntemlerinin belirtilme oranı düşük bulunmuştur. Araştırmacılara araştırma yöntemleri derslerinin hem teorikte hem de pratik uygulamalı olarak öğretilmesi gerekmektedir. Araştırmalarda karşılaştırma grubu kullanılması çok düşüktür. Neden sonuç ilişkisini saptama açısından karşılaştırma grubu kullanımının artırılması yerinde olur. Kongrede bildirinin sunum biçimi çoğunlukla belli değildir. En çok anket yöntemiyle veri toplandığı görülmüştür. Bildirilerde ilk yazarın yarısından fazlası kadındır. Bildirilerin yarısından fazlasında bulguların istatistiki önemi (p değeri) belirtilmemiştir. Analizlere geçilmeden önce normal dağılımın değerlendirilmesi çok önemli olup bildirilerde gösterilmesi gerekmektedir. Kontrol listeleri yapılarak bu sorun giderilebilir. Halen bu konuda yetersizlik söz konusudur. Yazar sayısı çoğunlukla iki kişidir. Kullanılan istatistiki testlerin belirtilmeme oranı yüksek bulunmuştur. Bildirilerin yaklaşık yarısı temel düzey istatistik ile yapılmıştır. Çalışmalar çoğunlukla tek merkez de yürütülmüştür. Bildirilerin dili çoğunlukla beklenildiği üzere Türkçedir. Geçen yıl 6. Uluslararası 24. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi yapılmış olup artık bildiri dillerinin İngilizce olarak artması düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anne Sütü, Emzirme, Halk Sağlığı Kongresi Bildirileri

[S023]
ÇOCUKLUK ÇAĞI BESLENMESİ VE FİZİKSEL AKTİVİTE DAVRANIŞLARINDA ETKİLİ OLAN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Selin Davun[1], **Mehmet Akif Sezerol**[2]
[1]*Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul*
[2]*Sultanbeyli İlçe Sağlık Müdürlüğü, İstanbul*

Giriş ve Amaç: Çocukluk çağı düzensiz beslenmesi ve yetersiz fiziksel aktivitesi günümüzün önde gelen önlenebilir ve düzenlenebilir sorunlarından biridir. Çocukluk çağı obezitesiyle mücadelede, özellikle çevresel faktörlere yönelik müdahaleler, gittikçe önem kazanmaktadır. Obezitenin yönetimi hem çocuk, hem aile, hem de hekimler için oldukça zor bir durum olduğundan, obeziteden korunma, en düşük maliyetli ve en etkili yaklaşımdır. Bu kapsamda yapılan stratejilerden biri çocuklarda sağlıklı beslenmenin teşvik edilmesinde en iyi yol olan, ebeveynlerin dengeli beslenmesi, sağlıklı yiyecekler tüketmesi, egzersiz konusunda iyi örnek oluşturmalarıdır. Ebeveynler, çocuklarının sağlıklı yeme davranışlarının oluşumuna katkı sağlayabilir ya da tam tersi onları düzensiz beslenmeye ve sağlıksız yiyeceklere yönlendirerek, obezite riskinin artmasına yol açabilirler. Bu nedenle çalışmamız ilkokul birinci sınıf öğrencilerinin beslenmelerinde ve fiziksel aktivite davranışlarında etkili olan faktörleri belirlemek ve duruma yönelik müdahalelere ışık tutmak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma kesitsel tipte olup Şubat – Haziran 2023 tarihleri arasında İstanbul ili Sultanbeyli ilçesindeki okulların birinci sınıf öğrencilerinin ebeveynlerine uygulanmıştır. Araştırmanın evrenini 8538 öğrenci oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup öğrencilerin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. Katılımcılara yöneltilmek üzere araştırmacılar tarafından hazırlanan anket 2 bölümden oluşmaktadır. Anketin ilk bölümünde çocuğa ve ebeveynlerine yönelik tanımlayıcı sorular, ikinci bölümünde ise Ihmel ve arkadaşları tarafından 2009 yılında geliştirilen, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği ise 2020 yılında Ekici ve arkadaşları tarafından yapılan 20 maddelik Aile Beslenme ve Fiziksel Aktivite Tarama Ölçeği (ABFA_TR) kullanılmıştır. Yüksek puanlar çocuğun obezitesi için daha az riskli aile uygulamalarını ve çocuk davranışlarını ifade ederken, düşük puanlar ise yüksek riskli aile ortamı ve uygulamalarıyla, çocuk davranışlarını ifade etmektedir. Veri toplama yöntemi olarak anketler öğrencilere ailelerine ulaştırmak üzere dağıtılmış ertesi gün toplanmıştır. İstatistiksel analizinde sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov analizi ile belirlenmiş olup iki değişkenli bağımsız örnekler normal dağılıma sahip ise t testiyle, normal dağılıma sahip olmayan örnekler ise Mann-Whitney U testiyle karşılaştırılmıştır. İkiden fazla değişkenler için ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Tüm istatistiksel analizlerde p değeri <0,05 anlamlı kabul edilmiştir. Çalışmamızın etik onayı, 16.02.2023 tarihi ve 192 protokol kodu ile İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır.

Bulgular:: Bu çalışma toplamda 3771 kişiyle tamamlanmıştır. Öğrencilerin %49,7'sini kız cinsiyet, %49,2'sini ise erkek cinsiyet oluşturmaktadır. Öğrencilerin babalarının %87,7'si, annelerinin ise %9,8'i herhangi bir işte çalışmaktadır. Öğrencilerin %79,2'sinin okula yürüyerek gittiği belirtilmiştir. Öğrencilerin bazal metabolik indekslerine (BMI) bakıldığında ortalama 24,31±5,20'dir. Ortalama uykuya geçiş saatleri 22:31 olarak saptanmıştır. Araştırmaya katılanların ABFA_TR'den aldıkları puan ortalaması 56,05±5,54'tür. Öğrencilerin okula gidiş şekliyle ABFA_TR toplam puan arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(p<0,05). Çocuklarına aşı ve düzenli gelişim takibi yaptırıp yaptırmama durumlarıyla da ABFA_TR'den alınan toplam puan arasındaki ilişki anlamlı olarak bulunmuştur(p<0,05, p<0,001). Anne ve babanın eğitim düzeyleri ile ABFA_TR'den alınan toplam puan arasındaki ilişki de istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(p<0,001). Anne ve babanın çalışıp çalışmama durumları ile ABFA_TR arasındaki ilişki anlamlı olarak bulunmuştur(p<0,005). Gelir durumlarına göre alınan puanlar karşılaştırıldığında da aradaki ilişki anlamlı olarak bulunmuştur(p<0,05). Çocukların cinsiyetleri ile ölçek puanları arasında bir ilişki bulunamamıştır(p<0,05).

Sonuç: Bu çalışma okul çağı çocuklarının beslenme düzenleri, fiziksel aktivite durumları ve bunlar üzerinde etkili olan ailesel faktörleri değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre ailenin beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıkları üzerinde anne babanın eğitim durumu, çalışıp çalışmama durumları, gelir düzeyleri, aşı karşıtı olup olmamaları gibi önemli faktörler etkili olabilmektedir. Bu çalışmanın kısıtlılıkları çocuğun boy-kilo ölçümlerinin yapılmamış olması ve aile beyanına dayalı olması, sadece birinci sınıfları kapsaması, online anket olmadığından eksik verilerin olması ve anket ebeveynlere öğrenciler yoluyla ulaştırıldığı için yeterince geri dönüş olmamasıdır. Çocuğun beslenmesini, fiziksel aktivitesini ve alışkanlıklarını aileden ayrı düşünmemek gerekir. Bu nedenle koruyucu önlemlerin aile ve çevre koşulları göz önünde bulundurularak düzenlenmesi gerekmektedir. Aile bireylerinin sağlıklı beslenme hakkındaki farkındalıklarının arttırılması, fiziksel aktivite açısından cesaretlendirilmeleri çocukluk çağı obezitesinden korunmada çok önemlidir. Bu çalışma ailelerin farkındalıklarında önemli bir rol oynamış olup yapılacak müdahale çalışmalarına da yol gösterecektir.

Anahtar Kelimeler: beslenme, fiziksel aktivite, obezite, okul çağı

[S024]
İLKOKUL ÖĞRETMENLERİNİN EPİLEPSİ HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİ VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Ahmet Ay[1], Muhammed Fatih Önsüz[1], Selma Metintaş[1], Didem Oktar[2], Bengisu Karagöz[1], Kürşat Bora Çarman[3], Coşkun Yarar[3]
[1]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Eskişehir
[2]Giresun İl Sağlık Müdürlüğü, Giresun
[3]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Eskişehir

Giriş ve Amaç: Epilepsi, santral sinir sisteminde bulunan belirli nöron topluluklarının ani ve anormal deşarjı sonucu oluşan, nöbetlerle seyreden, çocukluk çağının en sık nörolojik hastalığıdır. Bir çocuğun uyanıkken geçirdiği zamanın en az %40'ının okulda geçtiği düşünüldüğünde öğretmenlerin epilepsi konusunda bilgi ve tutumları önem arz etmektedir. Bu çalışma ile Eskişehir'de ilkokul öğretmenlerinin çocukluk çağı epilepsileri hakkında bilgi düzeyi ve tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma Mart-Nisan 2023 tarihleri arasında Eskişehir il merkezinde görev yapan ilkokul öğretmenleri üzerinde gerçekleştirilen kesitsel tipte bir araştırmadır. Çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamış olup, çıkar çatışması durumu bulunmamaktadır. Çalışmanın yapılabilmesi için gerekli olan etik kurul onayı (27.02.2023 tarihli, E-25403353-050.99-2300043600) ve idari izinler alınmıştır. Çalışmanın örneklem hacmi, çalışma evreninde bulunan 1561 öğretmenden, epilepsi hakkında bilgi sahibi olma sıklığı %50 (güven aralığı %95, hata payı %5) alınarak ve desen etkisi "2" kabul edilerek, en az 618 olarak hesaplanmış olup çalışmada çok aşamalı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Merkez ilçelerinin (Odunpazarı, Tepebaşı) her biri birer küme kabul edilerek kurayla belirlenen toplam 37 okula ulaşılmıştır. Veri toplama amacıyla oluşturulan anket form; Epilepsiye Yönelik Toplumsal Tutum Ölçeği (EYTT) ve Epilepsi Bilgi Düzeyi Ölçme Anketi (EBDÖ) sorularını içermektedir. Bu çalışmada öğretmenlerin epilepsiye yönelik tutumları için EYTT Ölçeği kullanılmış olup, alınan puan arttıkça olumsuz tutum düzeyinin arttığı şeklinde değerlendirilmektedir. Epilepsi ile ilgili bilgi düzeyleri hazırlanan 7'si doğru, 5'i yanlış toplam 12 önermeden oluşan EBDÖ anketi ile değerlendirilmiş olup alınan puan arttıkça bilgi düzeylerinin arttığı şeklinde değerlendirilmektedir. Anket formlarının, gözlem altında öğretmenlerin kendileri tarafından doldurulması sağlanmış olup çalışma süresince okulda bulunan ve çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 649 öğretmen çalışma grubunu oluşturmuştur. Çalışma grubunda EYTT Ölçeği Cronbach's Alfa katsayısı 0,825 iken, EBDÖ Anketi için 0,779 olarak saptandı. Veriler IBM SPSS İstatistik Paket Programında değerlendirilmiştir. Analizler için Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis, Spearman Korelasyon ve Çok Değişkenli Lineer Regresyon (Enter) analizi kullanılmıştır. EYTT ölçek puanı logaritması alınarak normal dağılıma uygun hale dönüştürülerek analize dahil edilmiştir.

Bulgular: Çalışma grubunu oluşturanların %76,0'sı (n=493) kadın idi. Yaşları 25-63 arasında değişmekte olup, ortalama 45,75±7,35 yıl idi. Meslekte çalışma yılları 3-42 arasında değişmekte olup, ortalama 22,41±7,21 yıl idi. EYTT Ölçek puanları 14-70 arasında değişmekte olup, ortalama 22,41±7,21 puan idi. EBDÖ Anketi puanları 0-12 arasında değişmekte olup, ortalama 7,41±2,78 idi. EYTT ölçeği ve EBDÖ anketi puanları arasında negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır (r=-0,257, p<0,001). Katılımcıların 15'i (%2,3) bilgi sorularından tam puan aldı. Yapılan analizlerde öğretmenlerin epilepsiye yönelik tutumları ile ilişkili olduğu saptanan değişkenlerle (yaş, cinsiyet, medeni durum, meslekte çalışma yılı, yakınlarında epilepsi tanılı birey olma durumu, sınıfında epilepsi tanılı öğrenci kabul etme durumu, epilepsi hakkında bilgi edinme durumu, ilk yardım eğitimi alma durumu, nöbete nasıl müdahale edeceğini bilme durumu) oluşturulan Çok Değişkenli Lineer Regresyon Analizi sonucunda; evli olmak (p=0,01), meslekte daha kısa süre çalışmak (p<0,001), epilepsi tanılı yakını olmak (p=0,028), sınıfında epilepsi tanılı öğrenci kabul etmek (p=0,045), ilk yardım eğitimi almak (p=0,004) ve epilepsi ile ilgili daha fazla bilgi sahibi olmak (p<0,001) öğretmenlerin epilepsiye yönelik tutumları üzerinde etkili faktörler olduğu saptandı. Öğretmenlerin epilepsi hakkında bilgi kaynaklarını sırasıyla en sık; internet (%21,7), tv programları (%19,2) ve çevre (%19,2) oluşturmaktaydı.

Sonuç: Sonuç olarak çalışmamızda; öğretmenlerin epilepsiye yönelik tutumlarının genel olarak olumlu ve bilgi seviyelerinin orta düzeyde olduğu saptandı. Epilepsili çocukların sağlıklarının korunmasında, öğretmenlerde epilepsinin doğru anlaşılması ve olumlu tutumların geliştirilmesine yönelik multidisipliner bir yaklaşımla eğitim ve seminerlerin düzenlenmesi faydalı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Bilgi, Çocuk, Epilepsi, Öğretmen, Tutum

[S025]
ÇOCUĞUNU BAKICIYA BIRAKAN ANNELERİN İHMAL VE İSTİSMARA İLİŞKİN FARKINDALIKLARI VE ÖNLEME DAVRANIŞLARI

Rahşan Kolutek, Şenay Şermet Kaya
Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Nevşehir

Giriş ve Amaç: Annelerin çocuk ihmal ve istismarını tanımaları ve konuya ilişkin farkındalığa sahip olmaları, önlemede önemli bir faktördür. Bu araştırma; çocuklarını bakıcıya bırakan annelerin, çocuk ihmali ve istismarı konusunda farkındalıklarını ve önlemeye yönelik davranışlarını belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın evrenini, Nevşehir ilindeki kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan ve çocuklarını bakıcıya bırakan anneler oluşturmuştur. Bu grupta yer alan bireylere ilişkin kayıtlı bir veriye ulaşılamadığı için örneklem seçimine gidilmemiş olup, ilgili kurumlarda çocuğunu bakıcıya bırakan tüm annelere ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmanın yürütülmesi için izin veren kurumlarda (8 kurum) çalışan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 270 anne ile çalışma tamamlanmıştır. Kurumlarda annelere kartopu yöntemi ile ulaşılmıştır. Veriler, araştırmacılar tarafından literatüre dayalı geliştirilen Tanıtıcı Bilgi Formu ve İhmal İstismar Farkındalık ve İzlem Formu ile toplanmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Araştırma, etik kurul izni ve çalışmaya katılan bireylerden onam alınarak yürütülmüştür.

Bulgular: Araştırmada yer alan annelerin yaş ortalaması 34.63±5.13 olup, % 69.3'ü üniversite mezunu, %48.5'i Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı bir kurumda çalışmakta ve %35.6'sı öğretmen olarak görev yapmaktadır. Annelerin %41.1'inin çocuğuna, yakın akrabalar dışında birileri bakmakta ve %28.5'inin çocuğu bakıcının evinde bakılmaktadır. Bakıcıların yaş ortalaması 48.9±10.7 olup, % 55.1'i ilkokul ya da daha aşağı eğitim düzeyine sahiptir. Annelere bakıcıyı nasıl belirledikleri sorulduğunda; %37.8'i tanıdığı birilerinin aracılığı ile cevabını vermiş ve %21.2'si çocuğu bakıcıdayken merak içinde ve kaygılı olduğunu belirtmiştir. Çocuğun bakıcı tarafından ihmal ve istismara uğramasını önlemek amacıyla yapılan davranışlar incelendiğinde; %17.8'i bakıcıya karar verirken çeşitli önlemler aldığını, %70.7'si çocuğu televizyon, internet ve diğer yayın organlarında cinsel ya da şiddet içerikli programlardan uzak tutması gerektiği konusunda, %56.3'ü çocuğa davranışları/yaklaşımı konusunda bakıcıya bilgilendirme yaptığını ve %41.1'i çocuğunu bakıcıdan aldıktan sonra ihmal/istismar bulgusu açısından çocuğunu izlediğini/gözlemlediğini bildirmiştir. Annelerin %98.1'i çocuğunun bakıcı sürecinde bir ihmal/istismar durumu ile karşılaşmadığını bildirmiştir. Annelerin %64.1'i ihmal istismara ilişkin herhangi bir eğitim almadığını, %43.3'ü bu konudaki bilgisini yeterli bulmadığını ve % 13.7'si çocuk bakımı konusunda profesyonel destekleyici hizmetlere gereksinim duyduğunu belirtmiştir.

Sonuç: Araştırma sonucunda çocuğunu bakıcıya bırakan annelerin ihmal ve istismarı önleme konusunda daha fazla bilgiye gereksinimi olduğu, çocuklarına kendilerince doğru buldukları yöntemlerle güvenilir bir bakıcı bulmaya çalıştıkları ve çocuklarının bu şekilde bakımının onları gün boyu merak ve kaygı içerisinde bıraktığı tespit edilmiştir. Bu bulgular ışığında annelerin çocuk ihmal ve istismarına ilişkin bilgi ve farkındalıklarını artıracak ulusal önleme programlarının yanı sıra, annelerin çalışmasını ve çalıştıkları kurumlar dahilinde profesyonel çocuk bakımını destekleyen politikalara acilen ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk bakıcısı, çocuk ihmal ve istismarı, çocuk ihmal ve istismarını önleme, çalışan anne

[S026]
İSTANBUL İLİNDE 2022 YILINDA GERÇEKLEŞEN BEBEK ÖLÜMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Lodos Yıldız[1], **Elif Günay**[2]
[1]*İstanbul Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı, Çocuk Ergen Kadın Üreme Sağlığı Şubesi, İstanbul*
[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, İstanbul*

Giriş ve Amaç: Bebek ölüm hızı, anne ve bebek sağlığı hizmetlerinin kalitesi, toplum sağlığının değerlendirilmesi ve ülkelerin gelişmişlik seviyelerinin belirlenmesinde önemli bir göstergedir. Bu çalışmada; İstanbul ilinde gerçekleşen bebek ölümlerinin birincil ölüm nedenlerinin belirlenerek ölüme sebebiyet veren diğer parametrelerle ilişkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Elde edilen sonuçların bebek ölüm oranlarını düşürmeye yönelik stratejilerin oluşturulmasına katkı sağlaması beklenmektedir

TNSA sonuçlarına göre, Türkiye'de bebek ölüm hızı (BÖH), 2008 yılında ‰17; 2013 yılında da ‰13'tür. Sağlık istatistik yıllığına göre 2021 yılı tüm haftalardaki BÖH ‰9'dur. Türkiye'de BÖH zaman içerisinde düşüş göstermiştir. Ancak global ölçekte diğer ülkelere kıyasla bebek ölüm hızı oranı hala yüksektir ve gelişmiş ülkelerin seviyesini yakalamak için önemli adımların atılması zorunludur.

Gereç ve Yöntem: Araştırma tanımlayıcı tipte tasarlanmıştır. Araştırmanın evrenini İstanbul nüfusuna kayıtlı olup canlı olarak doğan ancak 1 yaşına gelmeden 2022 yılı içerisinde ölen bebekler oluşturmaktadır. Çalışmaya Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulundan 2023/133 sayılı izin alınarak başlanmıştır. Ölüm Bildirim Sisteminden (ÖBS) filtreleme ile; ölüm tarihi: 1 Ocak 2022 ile 31 Aralık 2022 tarihleri; komisyon inceleme kararı: bebek ölümü; ikamet ili: İstanbul seçimleri ile evren sayısına ulaşılmıştır. Evrenin tamamı örneklem olarak alınmıştır. Veriler ÖBS ve İlçe Sağlık Müdürlüğü bebek ölüm komisyon dosyalarından elde edilmiştir. Toplanan veri setinde; annelerin yaşı ve gebelik sayıları, bebeklerin cinsiyeti, doğum şekli, doğum haftası, doğum ağırlığı, ölüm yeri ve ölüm nedenlerine yönelik bilgiler elde edilmiştir.

Veriler Microsoft Excel'de düzenlenerek SPSS 26.00'da analiz edilmiştir. Tanımlayıcı veriler sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, min-maks değer olarak sunulmuştur.

Bulgular: İstanbul İlindeki 2022 yılında 170084 doğum gerçekleşmiştir. Sistemlerden erişilen toplam bebek ölüm sayısı 1089'dur. Ölen bebeklerin %43,3'ü (n=471) kadın, %56,7'si (n=618) erkektir. Ölen bebeklerin %72,1'inin (n=785) doğum şekli sezaryen, %27,9'unun (n=304) doğum şekli normal vajinal doğumdur. Ölüm mevsimleri %36,3 (n=395) yaz, %25,4 (n=277) kış, %21,7 (n= 236) sonbahar, %16,6 (n=181) ilkbahardır. Ölen bebeklerin annelerinin yaşı minimum 16, maksimum 48, yaş ortalaması 29,58±6,23'dir. Annelerin %77'si (n=839) 18-35 yaş arasında, %0,5'i (n=5) 18 yaş altı, %22,5'i (n=245) 35 yaş üstündedir. Ölen bebeklerin annelerine ait gebelik sürelerine bakıldığında, bebeklerin %67,1'i (n=731) preterm (20-36 hafta); %32,9'u (n=358) term bebeklerdir (37-44 hafta). Preterm bebeklerin tüm bebeklere göre %33,2'si (n=362) yaşam sınırında (20-27 hafta); %19,0'ı (n=207) ileri derece preterm (28-33 hafta); %14,9'u (n=162) sınırda pretermdir (34-36 hafta). Ölen bebeklerin 45,1'i (n=491) çok düşük doğum ağırlıklı, %20,7'si (n=225) düşük doğum ağırlıklı, %34,3'ü (n=373) normal-yüksek doğum ağırlıklıdır. Ölen bebeklerin annelerinin gebelikleri arası geçen süreye bakıldığında; %43,1'inin (n=469) 2 yıl ve üstü zaman geçtiği, %31,9'unun (n=347) ilk gebeliği olduğu, %17,4'ünün (n=189) 1-2 yıl arası zaman geçtiği, %7,7'sinin 1 yıldan az zaman geçtiği görülmüştür. Annelerin tetanoz aşısı değerlendirildiğinde, 10 tane ölen bebeğin annesinin tetanoz aşı bilgisine ulaşılamadığı için analizden çıkarılmıştır. Kalan veride %51,5'i (n=561) tam aşılı, %30,5'i (n=332) eksik aşılı, %17,1'inin (n=186) hiç tetanoz aşısı olmadığı tespit edilmiştir. Anne madde kullanımına bakıldığında % 88,5'inin (n=964) madde kullanmadığı, %11,2'sinin (n=112) sigara kullandığı, 0,2'sinin (n=2) alkol kullandığı, %0,1'inin (n=1) diğer bağımlılık yapıcı madde kullandığı görülmüştür. Kan uyuşmazlığına bakıldığında, 12 tane ölen bebeğin bilgisine ulaşılamadığı için ulaşılamadığı için analizden çıkarılmıştır. Kalan veride çiftlerin %89,3'ünün (n=972) kan uyuşmazlığı olmadığı, %9,6'sının (n=105) kan uyuşmazlığı olduğu tespit edilmiştir.

Bebeklerin ölüm yerlerine bakıldığında %97,1'inin (n=1057) sağlık kuruluşu, %2,9'unun (n=32) ev olduğu tespit edilmiştir.

İlçe sağlık müdürlüğü bebek ölüm komisyonu kararları incelendiğinde %97,2'sinin (n=1058) önlenemez bebek ölümü olduğu, %1,6'sının (n=17) önlenebilirlik durumuna karar verilemediği, %1,3'ünün (n=14) önlenebilir bebek ölümü olduğu görülmüştür.

ÖBS sisteminde ölen bir bebeğe ait 6 adet ölüm nedeni girilebilmektedir. Çalışmamızda bir bebeğe ait var olan ölüm nedenleri 2 farklı araştırmacı tarafından irdelenerek birincil ölüm nedeni bulunmuştur. Daha sonra birincil ölüm nedeni olarak kodlanan nedenler karşılaştırılarak farklı kodlanan nedenlerde mutabakata varılmıştır. Var olan 1089 bebek için toplamda 1089 birincil ölüm nedeni belirlenmiştir. Birincil ölüm nedenleri; %32,9'u (n=358) konjenital anomali, %17,5'i (n=191) alt solunum yolu enfeksiyonu (4 adet COVİD-19), %12,5'u (n=136) ileri derecede immatürite, %4,6'sı (n=50) pulmoner hemoraji, %3,6'sı (n=39) anneden kaynaklı, %3,2'si (n=35) intrakranial hemoraji, %3,1'i (n=34) metabolik hastalık, %3,0'ı (n=33) dolaşım sistemi hastalıkları, %2,9'u (n=32) nekrotizan enterokolit, %2,9'u (n=32) pulmoner hipertansiyon, %2,8'i (n=30) asfiksi, %2,3'ü (n=25) pulmoner sistem hastalıkları, %1,7'si (n=19) aspirasyon %0,9'u (n=10) hidrops fetalis, %0,6'sı (n=6) immun sistem hastalığı, %0,5'i (n=5) neoplazmlar, %0,4'ü (n=4) metabolik bozukluklar, %0,3'ü (n=3) hemolitik hastalık, %0,3'ü (n=3) sinir sistemi hastalıkları, %4,0'ının (n=44) adli tetkik süreci devam etmekte olup ölüm nedeni araştırılmaktadır.

Sonuç ve Öneriler: Türkiye'nin en yoğun nüfuslu ili olan İstanbul'un sosyodemografik verilerinin incelenmesi çalışmayı önemli kılmaktadır. Birincil ölüm nedenlerinin belirlenmesi ve diğer risk faktörlerinin saptanması, gelecekte alınacak önlemlerin etkinliği için kritiktir. Anne ve bebek sağlığına yönelik erken müdahale ve tedavinin uygulanmasına olanak tanıyarak bebek ölüm oranlarını azaltmaya katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Bebek Ölüm Hızı, Bebek Ölüm Nedenleri, İstanbul

[S027]
FROM PANDEMICS TO EARTHQUAKES: LESSONS FROM DEVELOPMENTAL DYSPLASIA OF THE HIP SCREENING CHALLENGES IN TURKEY DURING THE COVID-19 PANDEMIC

Ömer Faruk Eğerci
Department of Orthopaedics and Traumatology Antalya Training and Research Hospital, Antalya, Turkey

Introduction and Aim: Developmental dysplasia of the hip (DDH) is a common pediatric musculoskeletal condition, with Turkey's incidence at 0.5% to 1.5%, higher than many other countries [1-2]. If untreated, DDH can lead to osteoarthritis and reduced quality of life, contributing to 5–10% of hip osteoarthritis cases [2-3]. Timely diagnosis and treatment are essential to prevent complications [2]. Since 2010, Turkey's "DDH Early Diagnosis and Treatment Program" has prioritized early screenings, especially for high-risk individuals[4]. However, diagnosing DDH post 3 months is deemed as delayed, often necessitating surgical measures [5-6]. Notably, no studies focusing on DDH screenings during earthquake periods were found in both the national and international literature search. Given the significance of timely DDH screenings, this study aims to assess the impact of the pandemic on DDH screenings across Turkey. Furthermore, we seek to determine if the challenges faced during the pandemic can provide insights for managing screenings during other crises, such as earthquakes.

Materials-Methods: In this study, we reviewed the literature using Google Scholar and PubMed to explore research on DDH in Turkey during the COVID-19 pandemic. The specific search query used in PubMed and Google Scholar was: ("COVID-19"[Title/Abstract] OR "Coronavirus"[Title/Abstract]) AND ("Developmental dysplasia of the hip"[Title/Abstract] OR "DDH"[Title/Abstract]). In our search, we identified 8 studies from Google Scholar and 7 from PubMed. After removing duplicates, a total of 10 unique publications remained. Of these, Turkey contributed the most with 4 publications. Among the Turkish publications, 2 were indexed in PubMed and were from SCI (Science Citation Index) journals, while the other 2 were listed in TR-index.

Results: During the COVID-19 pandemic, there was a significant decline in DDH screenings across various cities in Turkey. Diyarbakir experienced a nearly 50% drop in screenings, highlighting disruptions in health services and increased delays in follow-up appointments for abnormal results [7]. Malatya saw a drastic reduction in screenings during April-May 2020 and a rise in late diagnoses [8]. In Mersin, screenings during the pandemic's peak months were significantly lower, but the consistency in the age of babies screened and pathological hip rates suggests potential stability during crises like earthquakes [9]. Rize's screening rates decreased to 53.4%, indicating possible reduced community engagement with health services in disaster situations [10].

Conclusion: Not knowing the exact extent of the disruption in DDH screenings during an earthquake creates a gap in healthcare planning. However, the data obtained during the pandemic presents strong evidence that natural disasters could have a devastating effect on these vital screenings. It is imperative to develop contingency plans and strategies to ensure the continuity of critical health services, like DDH screenings, during unforeseen events. By learning from the challenges faced during the pandemic, healthcare systems can be better prepared to address and mitigate the potential disruptions caused by future crises, ensuring timely and consistent care for vulnerable populations.

Keywords: COVID-19, Developmental Dysplasia of the Hip Screening, Earthquake, Pandemic

Kaynaklar:

1. *Mahan ST, Katz JN, Kim YJ. To screen or not to screen? A decision analysis of the utility of screening for developmental dysplasia of the hip. J Bone Joint Surg Am 2009;91(7):1705– 19. CrossRef*

2. *Keller MS, Nijs EL. The role of radiographs and US in developmental dysplasia of the hip: how good are they? Pediatr Radiol 2009;39 Suppl 2: S211–5. CrossRef*

3. *Hoaglund FT, Steinbach LS. Primary osteoarthritis of the hip: etiology and epidemiology. J Am Acad Orthop Surg 2001;9(5):320–7.*

4. *T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD) Tarama Programı. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukerge n-tp liste/geli%C5%9Fimsel- kal%C3%A7a-displazisi-gkd-tarama- program%C4%B1.html. Erişim tarihi 4 Mart 2022.*

5. *World Health Organization. WHO Director-General's opening re- marks at the media briefing on. COVID-19 - 11 March 2020.*

6. *O'Beirne J, De Pellegrin M, Casini C, et al. Developmental dysplasia of the hip in the context of the COVID-19pandemic. Eur Radiol. 2020;23:443-444.*

7. *Ayaz E. Impact of the coronavirus disease 2019 pandemic on ultrasound screening of developmental dysplasia of the hip and follow-up imaging: a report from southeastern Turkey. J Int Med Res. 2022 Nov;50(11):3000605221133009. doi: 10.1177/03000605221133009. PMID: 36324259; PMCID: PMC9634194.*

8. *Mert Doğan G, Aslantürk O. Does the COVID-19 pandemic cause late diagnosis and delay in treatment in developmental dysplasia of hip patients? Int J Clin Pract. 2021 Oct;75(10):e14572. doi: 10.1111/ijcp.14572. Epub 2021 Jul 5. PMID: 34171157; PMCID: PMC8420250.*

9. *Ö. Tezol ve B. Ten, "Ülkemizde COVID-19 pandemisi nedeniyle uygulanan kısıtlamalar döneminde gelişimsel kalça displazisinin ultrasonografik taraması: Tek merkez deneyimi", Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, c. 15, sayı. (Özel Sayı-1) 21. Mersin Pediatri Günleri Bildiri Kitabı, ss. 109-117, Haz. 2022*

10. *Çakmak S., Yıldız Y., Kanburoğlu M. K. COVID-19 Pandemisinin Yenidoğan Tarama Programı Hizmetleri Üzerine Etkileri. Sağlık Bilimlerinde Değer. 2022; 12(2): 224-229.*

[S028]
BİR HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE ORTOREKSİYA NERVOZA SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Büşra Bozoğlan[1], **Derya Çamur**[2]
[1]*ISS Catering, Ankara Etlik Şehir Hastanesi*
[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

Giriş ve Amaç: Ortoreksiya Nervoza (ON), "sağlıklı ve doğru besin seçimi için çılgınlık düzeyindeki zihinsel uğraş" olarak açıklanmakta ve kısaca sağlıklı beslenme takıntısını ifade etmektedir. ON eğilimi gösteren bireyler besinin kalitesine dikkat ederler, sağlıklı ve saf besinler tüketme konusunda aşırı hassastırlar. ON, DSM-V'de henüz klinik yeme bozuklukları arasında tanımlanmamış olsa da, anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza ile benzerlikler göstermektedir. Son yıllarda literatürde oldukça ilgilenilen bir konudur. Bu çalışmada sağlık alanında eğitim alan hemşirelik fakültesi öğrencilerinde ON sıklığının ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışmada ON eğilimi ile ilişkili olabileceği düşünülen ve literatürde daha önce çalışılmamış olan sosyal medya bağımlılığı ve besin etiketi okuma özelliklerinin ON eğilimi ile ilişkisi de değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte olan çalışma Ankara ilinde bir devlet üniversitesinin hemşirelik fakültesinde gerçekleştirilmiştir. Stajda olmaları nedeniyle ulaşılamayacağı düşünülen son sınıf öğrencileri çalışma dışında bırakılmıştır. Örneklem seçilmemiş, ilk üç sınıfta öğrenim gören tüm öğrencilere (n=432) ulaşılması hedeflenmiştir. Toplam 343 öğrenciye ulaşılmıştır (katılım orantısı %79,4). Araştırmanın verileri 5 Ekim 2021 tarihinde, öğrencilere aynı ders saatinde elektronik anket linki gönderilerek, araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu, Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği, Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği (SBİTÖ) ve ORTO-11 Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Her üç ölçeğin de Türkiye'de geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır. Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeğinde 6-17 puan düşük bağımlılık düzeyi, 18-30 puan yüksek bağımlılık düzeyidir. SBİTÖ'de 21 puan çok düşük tutum, 22-42 düşük tutum, 43-63 orta tutum, 64-84 yüksek tutum, 85-105 ideal düzeyde yüksek tutum anlamındadır. ORTO-11 test puanı arttıkça ON eğiliminin arttığı kabul edilmektedir. Çalışmada ORTO-11 puanları normal dağılım göstermediğinden ortanca puana (27 puan) göre iki grup oluşturularak analizler yapılmıştır. Sosyodemografik özellikler, besin etiketi okumayla ilgili sorular, Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği puanı ve SBİTÖ puanı bağımsız değişkenler, ORTO-11 puanı bağımlı değişkendir. Verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzde dağılımları, Mann Whitney U Testi, Kruskal Wallis Testi ve Logistik Regresyon analizi kullanılmıştır. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov Smirnov Testi ile değerlendirilmiştir. Çalışma için Etik Kurul ve fakülte izni, katılımcılardan onam alınmıştır.

Bulgular: Öğrencilerinin %87,8'i kadın, yaş ortalaması 19,8±1,4'tür. Katılımcıların %64,7'si besin etiketlerini okumaktadır. Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği ortalama puanı 17,1±5,8 olup katılımcıların %48,4'ü yüksek bağımlılık grubundadır. SBİTÖ ortalama puanı 73,4±10,2 olup öğrencilerin %74,1'i sağlıklı beslenmek konusunda yüksek tutum göstermektedir. ORTO-11 Ölçeği ortalama puanı 27,1±3,6 olup öğrencilerin %43,1'i ON eğilimi göstermektedir. Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği puanına göre düşük ve yüksek bağımlılık düzeyi olanların ORTO-11 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p<0,05). SBİTÖ puanına göre grupların ORTO-11 puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir. Yapılan Post Hoc testine göre orta ve yüksek tutum gösterenlerin ORTO-11 puan ortalamaları diğerlerinden istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yüksektir (p=0,007). Lojistik regresyon analizinde kronik hastalığı olanların olmayanlara (OR=2,40, GA=1,07-5,41, p=0,035); doktor tavsiyesi dışında besin desteği kullananların kullanmayanlara (OR=1,71, GA=1,07-2,73, p=0,026); herhangi bir zamanda diyet yapanların yapmayanlara (OR=1,65, GA=1,07-2,55, p=0,023); sosyal medyada beslenmeyle ilgili kişi ya da sayfa takip edenlerin etmeyenlere (OR=1,87, GA=1,21-2,89, p=0,005); besin etiketi okuyanların okumayanlara (OR=2,55, GA=1,59-4,09, p<0,001); besin etiketinde içindekiler bölümünü her zaman okuyanların diğerlerine (OR=3,19, GA=1,76-5,75, p<0,001); besin etiketinde katkı maddesi bilgilerini her zaman okuyanların diğerlerine (OR=2,41, GA=1,36-4,27, p=0,003); besin etiketinde organik ibaresini her zaman okuyan-

ların diğerlerine (OR=2,59, GA=1,38-4,86, p=0,003); besin etiketi okumanın ürün alma kararını her zaman / sık sık etkilediğini söyleyenlerin diğerlerine (OR=1,80, GA=1,04-3,11, p=0,035) göre ON eğilimi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Sonuç: ON eğiliminin sağlık alanında eğitim alan ve topluma sağlık eğitimi verecek olan hemşirelik öğrencileri arasında %43,1 sıklıkta olması yüksek olarak değerlendirilmiştir. Hemşirelerin sağlıklı beslenme konusunda doğru bilgiye ve davranışlara sahip olmaları sağlık hizmeti sunarken önemlidir. Bu nedenle eğitim müfredatlarında gerekli düzenlemeler yapılarak sağlıklı beslenme konusunda doğru ve yeterli eğitim almaları ve sağlıklı beslenme konusunda doğru tutum geliştirmeleri sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Besin etiketi okuma, hemşire, Ortoreksiya nervoza, sağlıklı beslenme tutumu, sosyal medya bağımlılığı

[S029]
KONYA İLİ MERKEZİNDE 40 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERİN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞU KULLANIMLARI

Lütfi Saltuk Demir, Enes Kasapoğlu, Beyza İyianlar, Gizem Sena Demir
Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Konya

Giriş ve Amaç: Tedavi edici sağlık hizmetleri birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak ayrılır. Birinci basamak; ayaktan tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulduğu sağlık kurumlarıdır. Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetleri aile sağlığı merkezlerinde (ASM) verilmektedir.

Bu çalışmada 40 yaş ve üzeri bireylerin birinci basamak sağlık kuruluşu kullanımlarını ve aile hekimlerinden memnuniyet düzeylerini belirlemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma kesitsel tipte olup Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Etik Kurulu'ndan (Karar sayısı: 2023/4449) izin alındı.

Araştırmanın evrenini Konya ilinde yaşayan 40 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktaydı. Araştırmanın örneklemi Epi İnfo programıyla bilinmeyen evren büyüklüğü, %60 sıklık, %5 hata payı ve %95 güven düzeyi ile 369 olarak hesaplandı. Anketler 1 Ağustos-31 Ağustos 2023 tarihleri arasında araştırmaya katılmak için sözlü onam veren bireylere uygulandı.

Veri toplama formu üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sosyodemografik özellikleri sorgulayan 11 soru, ikinci bölümde birinci basamak sağlık kuruluşu kullanım durumları ile ilgili 12 soru, üçüncü bölümde Aktürk ve ark. tarafından 2002 yılında Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması yapılan ve hastaların birinci basamakta çalışan hekimlerden memnuniyetlerini değerlendiren Hastaların Aile Hekimini Değerlendirme Ölçeği (EUROPEP) yer almaktadır.

Verilerin analizi, SPSS 27.0 kullanılarak yapıldı. Sayısal verilerin özetlenmesinde; ortalama±standart sapma veya ortanca (minimum-maksimum), kategorik verilerin özetlenmesinde sayı ve yüzdelikler kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu görsel ve analitik yöntemlerle incelendi. Normal dağılıma uymayan sayısal verilerin iki grupta karşılaştırılmasında Mann-Whitney U, ikiden fazla grupta karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis testi kullanıldı. İstatistiksel olarak anlamlılık düzeyi $\alpha=0,05$ olarak belirlenmiştir.

Bulgular: Katılımcıların %51,6'sı kadın, %88,0'i evli, %86,8'i çocuk sahibi, %75,9'unun yaşadığı yer il merkezi, %29,2'si ön lisans veya lisans mezunu, %40,1'inin geliri giderine eşit, %58,5'i halen çalışmakta, %60,2'sinin kronik hastalığı bulunmamakta idi.

Katılımcıların; yaş ortalaması 53,08±10,31, çocuk sayısı 3,00(0,00-10,00), son 1 yıl içinde sağlık kurumu başvuru sayısı 5,00(0,00-50,00), son 1 yıl içinde ASM başvuru sayısı 3,00(0,00-45,00) idi.

Katılımcılara sağlık hizmeti almaları gerektiğinde ilk başvuracakları sağlık kurumu tercihleri sorulduğunda; %37,0'si aile sağlığı merkezi, %55,8'i herhangi bir hastane polikliniği, %7,2'si herhangi bir acil servis cevabı verdi.

Katılımcıların %76,8'i daha önce ASM'ye başvurduğunu belirtti. Başvuranların %52,4'ü muayene, %41,5'i enjeksiyon ve pansuman yaptırmak için başvurduğunu belirtti. Katılımcıların %41,5'i daha önce aile hekimini değiştirdiğini belirtti.

Katılımcıların %78,8'i 2010 öncesinde sağlık ocağına başvurduğunu belirtti. Sağlık ocağına başvuranların %50,7'si ASM'den aldığı hizmetin daha iyi olduğunu, %42,1'i sağlık ocağı ile ASM arasında fark olmadığını, %7,2'si ise sağlık ocağından aldığı hizmetin daha iyi olduğunu belirtti.

Katılımcıların EUROPEP ölçeğine göre memnuniyet puanı ortancası 3,65(1,65-5,00) olarak tespit edildi. Çocuk sahibi olanların EUROPEP puanı 3,69(1,83-5,00) çocuğu olmayanlardan 3,34(1,65-4,70) daha yüksekti (p<0,001). İlk tercih ettiği sağlık kurumu ASM olanların EUROPEP ölçek puanı diğerlerinden yüksek tespit edildi (p<0,001).

Kadınların son 1 yılda sağlık kuruluşu ve ASM başvurusu sayısı erkeklerden yüksekti (p=0,001,p<0,001). Çocuğu olanların son 1 yılda sağlık kuruluşu ve ASM başvurusu sayısı çocuğu olmayanlardan yüksekti (p=0,037, p=0,004).

Cinsiyet, medeni durum, yaşanılan yer, gelir durumu, aile hekimine başvurma sebepleri ve daha önce aile hekimini değiştirmiş olma durumu ile hastaların EUROPEP ölçeğine göre memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı farklılık tespit edilmedi (p>0,05).

Sonuç: Katılımcıların yarıdan çoğu ilk başvuruda hastaneleri tercih etmiştir. Katılımcıların yarısı ASM'den aldığı hizmetin geçmişte sağlık ocaklarından aldığı hizmetten daha iyi olduğunu belirtmiştir. Sağlık hizmeti alması gerektiğinde ilk başvuracağı kurumun ASM olduğunu belirtenlerin aile hekiminden memnuniyet düzeyi daha yüksektir.

İlk başvuruda ASM tercih etmeme sebepleri belirlenip bunlara yönelik önlemler alınmalıdır. Başvuranların memnuniyet düzeylerinin izlenmesi ve artırmak için önlemler alınması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Hasta Memnuniyeti, Birinci Basamak

Kaynaklar

1. *Aktürk, Zekeriya, et al. «Hastalar hekimleri değerlendiriyor: EUROPEP ölçeği.» Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 3.16 (2002): 153-160.*

[S030]
TIP ÖĞRENCİLERİNDE ÇEVRİMİÇİ ALIŞVERİŞ BAĞIMLILIĞI, KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE BENLİK SAYGISI (ESOGÜ ÖRNEĞİ)

Ezgi Salış, Alaettin Ünsal, Mediha Bal, Sevda Sungur, Didem Arslantaş
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Eskişehir

Giriş ve Amaç: Çevrimiçi alışveriş davranışı, internet aracılığıyla ürün veya hizmet satın alınması olarak tanımlanmaktadır. Kompulsif satın alma davranışının internet ortamına taşınmasıyla çevrimiçi alışveriş bağımlılığı kavramı önem kazanmıştır. Bu kavram, mutluluk, rahatlama, stres, depresyon, yalnızlık gibi faktörlerden etkilenmektedir. Bağımlılık davranışları, kişilik özellikleri ve benlik saygısı gibi bireysel faktörlerle ilişkili olabilmektedir. Kompulsif satın alma davranışının dışadönüklük ve nörotiklik kişilik özelliklerinde daha fazla, özdenetimlilik kişilik özelliğinde ise daha az görüldüğü bildirilmiştir. Düşük benlik saygısı olan bireylerde kompulsif satın alma davranışının arttığı raporlanmıştır. Çalışmada Eskişehir Osmangazi Üniversitesi (ESOGÜ) Tıp Fakültesi öğrencilerinde çevrimiçi alışveriş bağımlılığı düzeyinin saptanması, ilişkili olduğu düşünülen bazı değişkenlerin incelenmesi, kişilik özellikleri ve benlik saygısının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, 20 Eylül - 31 Ekim 2022 tarihleri arasında ESOGÜ Tıp Fakültesi öğrencileri üzerinde gerçekleştirilen kesitsel tipte bir araştırmadır. Çalışma için ESOGÜ Etik Kurul onayı ve veri toplanabilmesi için gerekli idari izinler alınmıştır (04.10.2022 tarihli,E-25403353-050.99-392762). Çalışmamızda Tıp Fakültesi'nde öğrenim gören toplam 1718 öğrencinin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Veri toplama süresince okulda bulunan ve çevrimiçi alışveriş yaptığını bildiren 994 öğrenci (%57,9) çalışma grubunu oluşturdu. Veri toplamak için literatürden de faydalanılarak hazırlanan bir anket form kullanılmıştır. Öğrencilerin çevrimiçi alışveriş bağımlılığı düzeyleri Çevrimiçi Alışveriş Bağımlılığı Ölçeği (ÇABÖ) ile değerlendirildi. Kişilik özelliklerinin değerlendirilmesinde Beş Faktör Kişilik Ölçeği (BFKÖ) kullanıldı. Benlik saygısı düzeyleri ise Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) ile belirlendi. Veriler, SPSS (V15.0) İstatistik Paket Programında değerlendirildi. Normal dağılıma uygunluk testi olarak Shapiro-Wilk kullanıldı. Analizler için Mann Whitney-U Testi, Kruskal Wallis Testi, Çoklu Doğrusal Regresyon analizi ve Spearman Korelasyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık değeri olarak p<=0,05 kabul edildi.

Bulgular: Öğrencilerin 528'i (%53,1) kadın, 466'sı (%46,9) erkektir. Yaşları 18-32 arasında değişmekte olup, ortalama 20,8±2,1 yıl idi. Çalışmamızda öğrencilerin ÇABÖ'den aldıkları puanlar 18-90 arasında değişmekte olup, ortalama 37,6±14,5 (ortanca: 36,0) puan idi. Yapılan analizlerde çevrimiçi alışveriş bağımlılığı ile ilişkili olduğu saptanan değişkenlerle oluşturulan çoklu doğrusal regresyon analizinde kadın olmak, üst sınıflarda olmak, çevrimiçi alışveriş yapma süresi, çevrimiçi alışveriş yapma sıklığı, çevrimiçi alışveriş harcamalarının gelir/harçlıktaki payı ve çevrimiçi alışveriş için borç almak, çevrimiçi alışveriş bağımlılığının önemli yordayıcıları olarak bulundu (R2=0,156, F=21,318, p=0,001). Çalışma grubundakilerin BFKÖ dışadönüklük, yumuşak başlılık, özdenetimlilik, nörotiklik ve deneyime açıklık alt boyutlarından aldıkları puanların ortalaması sırasıyla; 3,2±1,7 (ortanca:3,0), 2,4±1,5 (ortanca:2,0), 2,8±1,6 (ortanca:3,0), 4,3±1,6 (ortanca:4,0), 3,2±1,7 (ortanca:3,0), puan idi. Öğrencilerin ÇABÖ'den aldıkları puanlar ile BFKÖ yumuşak başlılık ve özdenetimlilik alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır (sırasıyla; r=0,17, p=0,001; r=0,10, p=0,001). Nörotiklik alt boyutundan aldıkları puanlar arasında ise negatif yönde zayıf bir ilişki vardır (r=-0,08, p=0,009). Çalışma grubundakilerin RBSÖ'den aldıkları puanlar 10-40 arasında değişmekte olup, ortalama 19,9±6,1 (ortanca: 20,0) puan idi. ÇABÖ ile RBSÖ'den alınan puanlar arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu saptandı (r=0,16, p=0,001).

Sonuç: Çalışmamızda tıp fakültesi öğrencilerinde çevrimiçi alışveriş bağımlılığının düşük düzeyde olduğu bulundu. Çalışma grubunda çevrimiçi alışveriş bağımlılığının yumuşak başlılık, öz denetimlilik ve nörotiklik kişilik özellikleri ile ilişkili olduğu bulundu. Çalışmada benlik saygısı düzeyi arttıkça çevrimiçi alışveriş bağımlılığı düzeyi azalmaktadır. Tıp fakültesi öğrencilerinde çevrimiçi alışveriş bağımlılığının zararları üzerine farkın-

dalık oluşturmak için eğitimler düzenlenmesi faydalı olabilir. Çevrimiçi alışveriş bağımlılığı ile kişilik özellikleri ve benlik saygısı arasındaki ilişkilerin ortaya konabilmesi için daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Çevrimiçi alışveriş bağımlılığı, kişilik özellikleri, benlik saygısı

[S031]
BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNE BAŞVURANLARDA SAĞLIK HABERLERİ ALGISI VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DEĞERLENDİRİLMESİ

Mediha Bal, Alaettin Ünsal, Didem Arslantaş, Sevda Sungur, Ezgi Salış
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Eskişehir

Giriş ve Amaç: Sağlık haberciliği insan sağlığını ve yaşam kalitesini ilgilendiren her konuda yapılan habercilik faaliyetlerini içermektedir. Sağlık haberleri ile insanların sağlıkla ilgili konularda aydınlatılması, toplumsal farkındalık yaratılması, bilinçlendirilmesi ve gerekli durumlarda halkın uyarılması mümkün olabilir. Sağlık haberlerinin yanıltıcı veya hatalı bilgiler içerebilmesi nedeniyle sağlık okuryazarlığı, sağlıklı yaşam ve sağlıkla ilgili kararlar açısından büyük bir öneme sahiptir. Çalışmamızda Eskişehir Osmangazi Üniversitesi (ESOGÜ) Sağlık, Uygulama ve Araştırma Hastanesi'ne başvuran hastalarda sağlık haberleri algısı düzeyinin saptanması, ilişkili olduğu düşünülen bazı değişkenlerin incelenmesi ve sağlık okuryazarlığı düzeyinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, 9 Kasım–30 Aralık 2022 tarihleri arasında, ESOGÜ Sağlık, Uygulama ve Araştırma Hastanesi'ne başvuran erişkin hastalar üzerinde gerçekleştirilen kesitsel tipte bir araştırmadır. Çalışmanın yapılabilmesi için ESOGÜ Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 22.11.2022 tarih ve E-25403353-050.99-415416 sayılı onayı ve ESOGÜ Sağlık, Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden yazılı izin alındı. Bu çalışma için ulaşılması gereken minimum hasta sayısı 384 olarak hesaplandı (%50 sıklık, %95 güven aralığı, %5 hata payı). Çalışmada veri toplama süresince hastaneye başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 398 erişkin hasta çalışma grubunu oluşturdu. Çalışmada veri toplamak için literatürden de faydalanılarak hazırlanan bir anket form kullanıldı. Anket formlar gözlem altında hastalar tarafından dolduruldu. Çalışmanın bağımlı değişkeni sağlık haberleri algısı iken; bağımsız değişkenleri sosyodemografik özellikler, sağlık haberleri algısıyla ilişkili bazı özellikler ve sağlık okuryazarlığı bağımsız değişkenler olarak kabul edildi. Çalışmamızda sağlık haberleri algısı düzeyi, Sağlık Haberleri Algısı Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Sağlık okuryazarlık düzeyinin değerlendirilmesinde ise Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği kullanılmıştır. Veriler, SPSS (v20.0) İstatistik Paket Programında değerlendirilmiş olup, analizler için Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis testi, Spearman korelasyon analizi ve çok değişkenli lineer regresyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık değeri olarak $p<0.05$ kabul edildi.

Bulgular: Çalışma grubunu oluşturanların 231'i (%58,0) kadın, 167'i (%42,0) erkektir. Yaşları 18-78 arasında değişmekte olup, ortalama 37,0±14,8 yıl idi. Hastaların Sağlık Haberleri Algısı Ölçeği'nden aldıkları puanlar 36,0-126,0 arasında değişmekte olup, ortalama 78,9±14,8 (ortanca: 79,0) puandır. Sağlıkla ilgili haberlerin en çok edinildiği kaynaklar sırasıyla; internet, sağlık profesyonelleri ve TV/radyo idi. Hastalardan 245'i (%61,6) sağlıkla ilgili haberlerin doğruluğunu araştırdığını, 167'si (%42,0) ise daha önce sağlıkla ilgili herhangi bir haber ve programda tavsiye edilenleri uyguladığını bildirmiştir. Yapılan analizlerde sağlık haberleri algısı ile ilişkili olduğu saptanan değişkenlerle oluşturulan çoklu doğrusal regresyon analizine göre erkek olma ve 45 ve üzeri yaş grubu sağlık haberleri algısının önemli yordayıcıları olarak bulunmuştur (p:0,002, R^2: 0,051, F: 3,469). Çalışma grubundakilerin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinden aldıkları puanlar 10,0-50,0 arasında değişmekte olup, ortalama 31,6±7,8 (ortanca: 30,5) puan idi. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ile Sağlık Haberleri Algısı Ölçeğinden alınan puanlar arasında negatif yönde düşük düzey bir ilişki saptandı (r=-0,011, p=0,028).

Sonuç: Çalışma grubundakilerin sağlık haberleri algısı orta düzeyde olduğu söylenebilir. Erkeklerde, 45 ve üzeri yaş grubunda sağlık haberleri algısının daha olumsuz olduğu saptanmıştır. Sağlık haberleri algısıyla sağlık okuryazarlığı arasında düşük düzeyde bir ilişki bulundu. Sağlık haberleri algısını artırmak için farklı hedef kitlelerine yönelik bilimsel dayanağı olan bilgilerin doğru yer ve zamanda iletilmesi için uygun kitle iletişim araçları ve stratejilerin kullanılması, sağlık okuryazarlığını artıracak eğitim programları, kamu spotlarının hazırlanmasının faydalı olabileceği kanaatine varıldı. Sağlık haberleri algısıyla sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin ortaya konabilmesi için daha kapsamlı araştırmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık haberleri, sağlık okuryazarlığı, Eskişehir

[S032]
BİR TIP FAKÜLTESİ 2 VE 5. SINIF ÖĞRENCİLERİNDE DİJİTAL OYUN BAĞIMLILIĞI DÜZEYİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Hasan Alparslan Topçu, Ezgi Çebi Kalaycı, Meltem Çöl
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş ve Amaç: Davranışsal bağımlılıklar fiziksel bir maddeye dayandırılamayan insan-makine etkileşiminin kurulduğu teknolojik bağımlılıkları kapsayan internet, oyun ve kumar gibi bağımlılıklardır. Yaygınlığı artan bu bağımlılık türlerinden biri de dijital oyun bağımlılığıdır ve tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de giderek önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmektedir. Bu çalışmada Ankara'da bir tıp Fakültesi 2 ve 5. sınıf öğrencilerinde dijital oyun bağımlılık düzeyinin ve ilişkili faktörlerinin ortaya konması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma Temmuz – Eylül 2023 tarihleri arasında Ankara'da bir tıp fakültesinde yapılmış olup kesitsel tiptedir. Bilinen evren büyüklüğünde %5 hata payı için önceki araştırmalardan bağımlı ve yüksek düzeyde bağımlı prevalansı %11,8 kabul edilerek minimum örneklem hacmi 2. sınıf için 111, 5. sınıf için 110 hesaplanmış ve her sınıfın rastgele %70 i örnekleme alınmış olup (toplam 506 kişi) 2. sınıflardan 178, 5. sınıflardan 237 kişi olmak üzere toplam 415 kişiye (örneklemin %82'si) ulaşılmıştır. Anket, kişisel bilgilere yönelik 14 sorudan ve Hazar E. ve Hazar Z. tarafından geliştirilen Üniversite Öğrencileri İçin Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği'nden oluşmaktadır. Ölçek 21 soruluk 5'li Likert tipi olup, puanın derecelendirmesi "21: Normal, 22-42: Az riskli, 43-63 Riskli, 64-84 Bağımlı, 85-105 Yüksek düzeyde bağımlı" şeklindedir. Anket, Google Forms ile uygulanmıştır. Bağımlı değişken katılımcıların ölçek puanına göre bağımlılık düzeyleri, bağımsız değişkenler ise yaş, cinsiyet, sınıf, kaçıncı çocuk olduğu, kardeş sayısı, annenin ve babanın eğitim durumu, ailenin gelir durumu, kendini başarılı bulma düzeyi, okuduğu bölümden hoşnut olma durumu, son 1 ayda oynadığı dijital oyun sayısı, okul ve yaz tatili döneminde ayda ortalama dijital oyun oynadığı süre ve temel ihtiyaçlar hariç aralıksız dijital oyun oynadığı süredir. Analizler SPSS ile yapılmış, tanımlayıcı istatistiklerde sayı ve yüzde, kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi, ileri analiz için ikili lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden Etik Kurul onayı alınmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza alınan toplam 415 kişiden %55,9'u 22 -28 yaş aralığında, %53,5'i kadındır. Dijital oyun bağımlılığı açısından katılımcıların %21,2'si normal, %52,3'ü az riskli, %22,7'si riskli, %3,9'u ise bağımlıdır. Bağımlı oranı az olduğu için risklilerle birleştirilip riskli-bağımlı grup olarak değerlendirilmiştir. Öğrencilerin yaşı ve sınıfı ile dijital oyun bağımlılık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Kadınlarda riskli-bağımlı olma oranı %16,2 erkeklerde ise %38,3'tür (p=0,000). Katılımcıların %51,8'inin anne eğitim durumu lise ve altı olup riskli-bağımlı olma oranı bu kişilerde %20, üniversite ve üstü olanlarda %35,5 olarak hesaplanmıştır (p=0,002). Babanın eğitim durumu, ailenin gelir düzeyi, kardeş sayısı, kaçıncı çocuk olunduğu ve kendini başarılı bulma durumuyla dijital oyun bağımlılığı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Katılımcıların %61'i okuduğu bölümden hoşnut olup, bu grupta riskli-bağımlı olma oranı %22,1'ken hoşnut olmayan grupta %33,3'tür (p=0,012). Son 1 ayda oynadığı oyun olmayanlar, okul ya da yaz döneminde hiç oynamamış olanlar çıkarılarak oyun sayısı ve süresinin bağımlılık düzeyi ile ilişkisi incelendiğinde, oynanan oyun sayısı ve süresi arttıkça riskli-bağımlı olma oranı yükselmiştir (p=0,000). Yapılan tekli analizlerde ilişkili bulunan değişkenlere lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Erkek olmak 3,2; anne eğitim düzeyinin üniversite veya üstü olması 2,1; bölümünden hoşnut olmamak 1,8; son 1 ayda iki ve üstü dijital oyun oynamak 7,4; okul döneminde ayda 31 saat ve üstü dijital oyun oynamak 10,5; yaz döneminde ayda 61 saat ve üstü dijital oyun oynamak 7,3; 7 saat ve üstü aralıksız dijital oyun oynamak ise 6,2 kat riskli-bağımlı olma ihtimalini istatiksel olarak anlamlı düzeyde artırmaktadır.

Sonuç: Araştırılan grupta dijital oyun bağımlılığı düzeyleri ve ilişkili faktörler ortaya konmuştur. Dijital oyun bağımlılığı çok yüksek oranda olmamakla birlikte riskli olanların fazlalığı, bağımlılığın giderek artma olasılığı ve çeşitli sonuçları açısından önem göstermektedir. Online anket yanıtlarının kişilerin teknoloji kullanım bec-

erilerinden ve hızlıca cevaplama eğilimlerinden etkilenmesi çalışmamızın kısıtlılığıdır. Çalışmada bulunan ilişkili faktörler de göz önüne alınarak konu ile ilgili çalışmalar yapmak, önlemler almak ve sonuçlarını değerlendirmek gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Dijital oyun, Bağımlılık, Tıp öğrencileri

[S033]
İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ÇALIŞANLARININ GETAT UYGULAMALARIYLA İLGİLİ GÖRÜŞ VE TUTUMLARI

Betül Yılmaz[1], Ahsenur Durak[1], Buse Beynur Sönmez[1], İlke Alimoğlu[1], Emir Kaya[1], Sabanur Çavdar[2]
[1]İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye
[2]İstanbul Medipol Üniversitesi Uluslararası Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye; İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Sistemleri ve Politikaları Araştırma Merkezi (SASPAM), İstanbul

Giriş ve Amaç: Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) uygulamaları -Dünya Sağlık Örgütü'nün ilgili dokümanlarında- sağlığın sürdürülmesi, korunması, hastalıkların tanı ve tedavisinde kullanılan, farklı kültürlere özgü teori, inanç ve deneyimlere dayalı, açıklanabilir veya açıklanamayan, bilgi, beceri ve uygulamalar olarak tanımlanmaktadır. Ülkemizde ilgili yönetmelikte tanımlanmış 15 GETAT uygulaması, Sağlık Bakanlığınca yetkilendirilmiş merkezlerde, sertifikalı uzmanlarca uygulanabilmektedir. Bu araştırmanın amacı, İstanbul'da bir İlçe Sağlık Müdürlüğü çalışanlarının GETAT uygulamalarıyla ilgili görüş ve tutumlarını değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel-tanımlayıcı türdeki bu araştırmanın evreni İstanbul'daki bir İlçe Sağlık Müdürlüğü çalışanları olup evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiş, örneklem yapılmamıştır. Ekim 2023'te yürütülmüş olup araştırma döneminde aktif çalışan sayısı 98'dir. Analiz 70 katılımcının verisi ile yürütülmüştür. İlçe Sağlık Müdürlüğünde aktif çalışan, 18 yaş üstü, araştırmaya katılmayı kabul eden, anadili Türkçe olan çalışanlar dahil edilmiş; İlçe Sağlık Müdürlüğüne bağlı Göçmen Sağlığı Merkezinde çalışanlar hariç tutulmuştur. Bağımsız değişkenler yaş, cinsiyet, gelir düzeyi, kronik hastalık, sürekli ilaç kullanımı, eğitim durumu, sağlık mensubu olup olmaması, medeni durumu, sigara kullanımı, alkol kullanımı, en uzun süre yaşanılan yerleşim yeri, GETAT uygulamaları ile tecrübeleri ve görüşleridir. Bağımlı değişken GETAT ile ilgili tutum düzeyidir. Araştırmada kullanılan veri toplama aracı araştırmacılar tarafından literatürden yararlanılarak geliştirilmiştir. Yüz yüze uygulanan ankette, 19 anket sorusu ile Köse ve ark. tarafından geçerlilik-güvenilirliği yapılan 27 maddeli 7'li likert tipi -en az 27 en çok 189 puan alınabilen- "Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeği" bulunmaktadır. Ölçeğin 3 alt boyutu vardır: Tamamlayıcı tıbba düşünsel bakış, Modern tıbba karşı memnuniyetsizlik, Sağlığa bütüncül bakış. Ölçek puanı arttıkça, geleneksel ve tamamlayıcı tıbba karşı olumlu tutum artmaktadır. Geçerlilik-güvenilirlik çalışmasında 0,80 olan Cronbach-alfa değeri bu araştırmada 0,82 olarak hesaplanmıştır. İstatistiksel analiz SPSS'te yapılmış, normallik değerlendirmesi Shaphiro-Wilk testi ile yapılmış, tanımlayıcı veriler sayı, yüzde, ortalama±standart sapma, önemlilik testlerinden t-testi, ANOVA testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir. Etik kurul onayı alınmıştır. Araştırma bir tıp fakültesi intörn araştırması olup yazarların bildireceği bir çıkar çatışması ve finansal destek bulunmamaktadır.

Bulgular: Katılımcıların %67,1'i (n=47) kadın, ortalama yaş 36,3±8,9'dır. %65,7'si (n=46) sağlık meslek mensubudur. %68,6'sı (n=48) evli; %42,9'unun (n=30) geliri giderinden az;%75,7'si (n=53) lisans ve üzeri öğrenim düzeyinde; %75,7'sinin (n=53) kronik bir hastalığı yok; %75,7'si (n=53) sürekli ilaç kullanmıyor; %67,1'inin (n=47) en uzun süre yaşadığı yerleşim yeri büyükşehirdir. GETAT hakkında öncelikli bilgi kaynağı %41,4 (n=29) internet ve diğer medya kaynakları iken, %25,7 (n=18) tıbbi kaynaklar ve sağlık uygulayıcılarıdır. En fazla bilgi sahibi olunduğu belirtilen GETAT uygulamaları akupunktur (n=15, %22), kupa uygulaması (n=15, %22) ve müzik terapi (n=9, %13) uygulamasıdır. Katılımcıların ikisinin GETAT sertifikaları varken, bir kişi aktif GETAT uygulayıcısıdır. GETAT uygulamalarıyla ilgili olası engelleri değerlendirmeleri istendiğinde, en sık belirtilen eğitimli profesyonellerin eksikliği (n=24, %21,4), ikinci sıklıkta belirtilen ise bilgi eksikliği (n=19, %17) iken, katılımcıların %26,8'i (N=30) herhangi bir uygulama engeli olduğunu düşünmediğini belirtmiştir. Katılımcıların %44,3'ü (n=31) en az bir GETAT uygulaması yaptırmış/kullanmıştır. En sık kullanılan yöntemler akupunktur (n=15, %22) ve kupa terapidir (n=15, %22); en sık uygulama nedeni (n=22, %43,1) kronik ağrıdır. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeği toplam puanı 109,04±20,54'dir. Alt boyut puanları, Tamamlayıcı Tıbba Düşünsel Bakış 32,54±9,29, Modern Tıbba Karşı Memnuniyetsizlik 31±11,27, Sağlığa Bütüncül Bakış 45,5±9,24 olarak hesaplanmıştır. Yaş ve ölçek puanları arasında istatistiksel önemli bir korelasyon yoktur. To-

plam ölçek puanı sosyodemografik özelliklere ve GETAT kullanımına göre farklı değildir. Erkek katılımcılarda Tamamlayıcı Tıbba Düşünsel Bakış alt boyut puanı kadınlara göre istatistiksel önemli olarak yüksektir.

Sonuçlar: Araştırma grubunun Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeği puanlarının (109,04±20,54) ülkemizde farklı gruplarda [birinci basamak sağlık hizmeti alan erişkin bireyler (103,99±22,03), öğretmenler (112,04±16,46)] yapılan çalışmalara benzer olması ilçe sağlık müdürlüğü çalışanlarının GETAT tutumunun toplumdan ayrışmadığını düşündürmektedir. Sonuçlar, hem GETAT hem diğer sağlık uygulamalarıyla ilgili temel bilgi kaynağı olma rolündeki sağlık çalışanlarının GETAT ile ilgili bilgi ihtiyacını da ortaya koymaktadır. Sadece bir ilçede sınırlı sayıda katılımcı ile yapılmış olan bu araştırmanın farklı basamakta ve il/bölgelerde görev yapan sağlık çalışanlarıyla tekrarlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: GETAT, Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeği, sağlık çalışanları

[S034]
MANİSA'DA 18 YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERİN GÜNEŞİN ZARARLI ETKİLERİNE İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİ VE DAVRANIŞLARI

İlknur Oruç Özdemir, Berna Bilgin Şahin, Gülşen Alkan, Harun Sami Ergün, Hilal Kökçü, Ilgın Balaban, Gülsüm Tekin, Gülce Ersoy, Sami Gönülcan

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Manisa

Giriş ve Amaç: Güneş ışınlarının, sağlıklı osteoblastik eylemlerin oluşmasında gerekli D vitamini sentezlemek, deride melanin yapımını uyarmak, görme fonksiyonunda rol oynamak, antiseptik özelliğe sahip olmak gibi birçok yararlı etkisi olduğu gibi akut dönemde güneş yanığı, bronzlaşma, pigmentasyon, uzun dönemde ise, fotoyaşlanma, kataraktve deri kanseri gibi olumsuz etkileri görülmektedir. Bireylerin güneşten korunmayı davranış biçimi haline getirebilmeleri için öncelikle güneşin zararlı etkilerini ve güneşten korunma yollarını bilmeleri gerekmektedir. Bu çalışmanın amacı Manisa'da seçilen ASM bölgelerinde 18 yaş ve üstü bireylerin güneşin zararlı etkileri ve korunma yolları ile ilgili bilgi ve davranışlarını saptamaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmanın tipi kesitseldir. Araştırmanın evrenini Manisa'da üç farklı ASM'ye ayaktan başvuran, 18 yaş üstü bireyler oluşturmaktadır. Araştırmanın örnek büyüklüğü beş gün sürecek veri toplama periyodu boyunca ayaktan başvuracağı tahmin edilen 2500 kişilik evren üzerinden %95 güven düzeyinde, %50 sıklıkla ve %5 hata payı ile 334 kişi olarak belirlenmiş, 350 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Ankete katılmak isteyip istemediği sorulan ilk 350 kişiden 231 kişi çalışmaya katılmayı kabul etmiştir katılım oranı %66.0'dır. Veri toplamaya 350 kişiye ulaşılıncaya kadar devam edilmiştir. Çalışmanın bağımlı değişkenleri "18 yaş ve üstü bireylerde güneş ışınlarının zararlı etkileri hakkındaki bilgi düzeyi ve güneş ışınlarından korunma davranış skorudur". Bilgi düzeyi 21 soru ile değerlendirilmiş, 21 sorudan 11 puan ve üzeri alanların bilgi düzeyi yeterli kabul edilmiştir. Güneşten korunma davranışını ölçmek için güneşten korunma davranış ölçeği (GKDÖ) kullanılmıştır. Ölçekten en az 8 en fazla 40 puan alınabilir. Ölçeğin kesme noktası yoktur. Ölçekten alınan puan arttıkça güneşten korunma davranışı artmaktadır. Çalışmanın bağımsız değişkenleri ise sosyodemografik özellikler, kronik hastalık varlığı, sigara kullanımı, alkol kullanımı, kişinin deri tipi özellikleri, sahip olduğu cilt hastalıkları, güneşten korunma hakkındaki tutumu ve güneşten korunma davranışlarıdır.

Veriler araştırmacılar tarafından oluşturulmuş anket formu ile yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmış ve SPSS 23.0 ile değerlendirilmiştir. Tek değişkenli analizlerde Ki-kare, Student's T ve ANOVA testi yapılmış, tek değişkenli analizlerde anlamlı bulunan kategorik değişkenlerde lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Tip 1 hata değeri 0.05 kabul edilmiştir. Araştırmanın etik kurul onayı ve anket uygulanan kişilerden gönüllü onam formu alınmıştır.

Bulgular: Araştırma grubunun yaş ortalaması 36.94±14.18, %60.3'ü kadın ve %42.9'u yarı-kentsel bölgede yaşamakta, %51.1'u evli, %38.3'ü çocuk sahibi, %79.3'ü lise ve üzeri eğitime sahip, %55.4'ü çalışmakta ve %50.9'u alt sosyal sınıfta bulunmaktadır.

Araştırma grubunun bilgi puanı ortalaması 12.63± 5.48, % 70.0'inin bilgi düzeyi yeterli ve GKDÖ toplam puan ortalaması 23.19±6.08'dir.

Çalışmamızda kadınlarda, eğitim durumu lise ve üstü olanlarda, bekarlarda, üst sosyal sınıfta olanlarda, alkol kullanmayanlarda, açık tenli olanlarda, yarı kentsel bölgede yaşayanlarda, deri tipi kızarır ve bronzlaşmaz olanlarda, Manisa'ya göçle gelmiş olanlarda, güneş yanığı geçirmiş olanlarda, güneşten korunmakla ilgili tutumu iyi olanlarda, güneş kremi ve güneş gözlüğü kullananlarda, güneş kremini tüm yıl ve doğru zamanlarda kullananlarda güneşten korunma konusunda bilgi düzeyleri anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Aynı zamanda kadınlar, bekarlar, 18 yaş altı çocuğu olmayanlar, Manisa'ya göçle gelmemiş olanlar, tutumu iyi olanlar, bilgi düzeyi yeterli olanlar, güneş gözlüğü kullananlar, güneş kremi kullananlar, güneş kremini sa-

dece deniz kenarında kullanmayanlar, güneş kremini doğru zamanda kullananlar güneşten korunma davranışı açısından anlamlı düzeyde daha iyi bulunmuştur ($p<0.05$).

Çok değişkenli analizlerde erkekler kadınlara göre 3.04 kat ($p<0.001$), ortaokul ve altı eğitim düzeyi olanlar lise ve üstü olanlara göre 6.85 kat ($p<0.001$), kentsel bölgede yaşayanlar yarı kentsel bölgede yaşayanlara göre 5.69 kat ($p<0.001$), göçle gelmeyenler gelenlere göre 3.13 kat ($p=0.005$), hiç güneş yanığı olmayanlar en az bir kez olanlara göre 3.15 kat ($p=0.002$), güneş gözlüğü kullanmayanlar kullananlara göre 4.25 kat ($p<0.001$), güneşten korunma bilgi düzeyi açısından daha riskli bulunmuşlardır.

Sonuç: Araştırma grubunun %70.0'i güneşin zararlı etkileri konusunda yeterli bilgiye sahip ve %52'si güneş kremi kullanmaktadır. Bilgi düzeyi azaldıkça kişilerin güneşten korunma davranışı azalmaktadır. Bunun için görsel ve işitsel medyadan faydalanılabileceği gibi birinci basamak sağlık kuruluşlarında kişilere ve topluma yönelik eğitimler düzenlenmeli, yaz dönemlerinde hatırlatıcı uyarılarda bulunulmalıdır. Çalışmada erkekler kadınlara göre daha az bilgili ve daha az güneşten korunma davranışı sergilemektedir. Toplumun bilgi düzeyini artırmaya yönelik yapılan çalışmalarda erkekler öncelenebilir. Araştırmanın ASM'ye başvuranlar üzerinden yapılmış olması ve topluma genellenememesi en büyük kısıtlılığımızdır.

Anahtar Kelimeler: Güneşten korunma, Güneş kremi, Güneşin zararlı etkileri

[S035]
TEMİZLİK PERSONELLERİNİN HASTANE HİJYENİNDE STANDART ÖNLEMLERE UYUMU VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Şehbal Yeşilbaş, Rabia Güven Cengiz, Metin Pıçakçıefe, Bahadır Dede, Emine Tiriç, Didem Mülayim Güllü, Şule Erbay
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Hastane temizlik personelinin hijyenik uygulamaları kişiden kişiye ve çevreden bulaşın önlenmesinde önemlidir. Bu çalışma bir eğitim ve araştırma hastanesi temizlik personellerinin hastane hijyeninde standart önlemlere uyumu ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki araştırmanın evrenini bir eğitim ve araştırma hastanesi temizlik personelleri oluşturmaktadır (n:301). Örneklem seçilmemiş, evrenin %85,3'üne (n:257) ulaşılmıştır. Ankette, sosyodemografik özellikler, çalışma koşulları, hijyen eğitimi ile ilgili sorular ve Hastane Hijyeninde Standart Önlemler Ölçeği (HHSÖ): Temizlik Personeli Versiyonu bulunmaktadır. Onam alındıktan sonra anket formu kendi kendine doldurma yöntemi kullanılarak, 29 Eylül-17 Ekim 2023 tarihleri arasında uygulanmıştır. Bağımlı değişken hastane hijyeninde standart önlemlere uyum, bağımsız değişkenler; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, temizlik personeli olarak çalışma süresi, haftalık çalışma süresi, çalıştığı birim (yüksek riskli: ameliyathane, yoğun bakım vb., düşük riskli: poliklinikler, idari birim), kişisel koruyucu ekipman kullanımı, genel önlemlere uyması, hastane hijyeni ile ilgili işe girişte eğitim alması, düzenli eğitim alması, hijyen eğitimini yeterli bulmasıdır. HHSÖ: Selma Demirel tarafından (2022) geçerlilik-güvenirlik çalışması yapılan, 19 sorudan (5'li likert tipinde) ve beş alt boyuttan (Genel temizlik-3 soru, Atık yönetimi-5 soru, Kişisel önlem-3 soru, El hijyeni 2-soru, Kişisel koruyucu ekipman kullanımı 6-soru) oluşan ölçek, 19-95 puan aralığında puanlanmakta, puan arttıkça temizlik personelinin standart önlemlere uyumu artmaktadır. Verilerin analizinde SPSS 27.0 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler; sayı ve yüzde, ortalama, standart sapma olarak verilmiştir. Verilerin analizinde Kolmogorov- Smirnov testi, Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testi, Spearman testi kullanılmıştır. Anlamlılık sınırı $p<0,05$ kabul edilmiştir. Etik onay ve kurumsal izin alınmıştır. Çıkar çatışması ve finansal destek yoktur.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 41,5±9,4, %63,8'i kadın, %77,0'si evli, %54,9'u ortaokul ve altı eğitim düzeyinde, %46,9'unun geliri giderine eşit, temizlik personeli olarak çalışma süresi 10,4±7,5 yıl, haftalık çalışma süresi 50,7±7,9 saat, %85,6'sı yüksek riskli alanlarda çalışmakta, %99,2'si kişisel koruyucu ekipman kullanmakta, %91,4'ü hastane hijyeni konusunda genel önlemlere uyduğunu düşünmektedir. Katılımcıların %86,4'ü işe girerken hastane hijyeni ile ilgili eğitim aldığını, %86,0'sı düzenli eğitim aldığını, düzenli eğitim alanların %34,7'si yılda bir eğitim aldığını ve %85,4'ü aldığı hijyen eğitiminin yeterli olduğunu belirtmiştir. HHSÖ toplam puan ortalaması 89,0±6,6, alt boyut puanı ortalamaları; genel temizlik 14,5±1,0, atık yönetimi 23,9±1,8, kişisel önlemlere uyum 14,0±1,9, el hijyeni 9,8±0,7, kişisel koruyucu ekipman kullanımı 26,8±3,7'dir. Korelasyon analizinde HHSÖ toplam puan ortalaması ile yaş ($r=0,185$, $p=0,004$), temizlik personeli olarak çalışma süresi arasında ($r=0,127$, $p=0,049$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. HHSÖ toplam puan ortalaması ile haftalık çalışma süresi arasında ($r=0,004$, $p=0,956$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. HHSÖ toplam puan ortalaması; ortaokul ve altı eğitime sahip olanlarda lise ve üstü eğitime sahip olanlara göre ($p=0,009$), düşük riskli birimlerde çalışanlarda yüksek riskli birimlerde çalışanlara göre ($p=0,011$), çalıştığı süre içerisinde hastane hijyeni ile ilgili düzenli eğitim alanlarda almayanlara göre ($p=0,004$) ve aldığı eğitimi yeterli bulanlarda yeterli bulmayanlara göre ($p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır. HHSÖ toplam puan ortalaması ile cinsiyet ($p=0,166$), gelir durumu ($p=0,345$) ve işe girerken hastane hijyeni ile ilgili eğitim alma durumu arasında ($p=0,112$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Sonuç: Temizlik personellerinin hastane hijyeninde standart önlemlere uyumu yüksek bulunmuştur. Ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip, düşük riskli birimlerde çalışan, çalıştığı süre içerisinde hastane hijyeni ile ilgili düzenli eğitim alanlarda hastane hijyeni ile ilgili standart önlemlere uyum daha yüksek saptanmıştır. Temizlik

personellerine sık aralıklarla ve düzenli olarak teorik ve uygulamalı hijyen eğitimi verilmesi ve başta yüksek riskli alanlarda çalışanlar olmak üzere tüm temizlik personellerinin katılımının sağlanması, eğitimle ilgili geri bildirimler alınarak eksiklerin belirlenmesi ve tamamlanması önerilir.

Anahtar Kelimeler: hastane hijyeni, hastane hijyeninde standart önlemlere uyum ölçeği, temizlik personeli

[S036]
BİR ÜNİVERSİTEDEKİ ÖĞRENCİLERİN FLÖRT ŞİDDETİ KONUSUNDA TUTUM VE DAVRANIŞLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Burcu Ecem Uğuz[1], Burak Aykın[2], Gülçin Yapıcı[1]
[1]Mersin Üniversitesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Mersin
[2]Mersin Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Mersin

Giriş ve Amaç: Flört şiddeti "Yakın ilişki içinde olan iki kişi arasında ortaya çıkan ve fiziksel, duygusal veya cinsel olabilen bir tür yakın eş şiddeti" olarak tanımlanmaktadır. Flört şiddetinin; fiziksel, duygusal, cinsel ve ekonomik şiddet gibi alt türleri bulunmaktadır. Flört şiddetinin yeni bir alt türü olan Siber flört şiddeti ise, online ortamlarda gerçekleşen, "Partneri veya eski partnerini kontrol etmek, taciz etmek veya zarar vermek amacıyla gerçekleştirilen tekrarlanan davranışlar bütünü" olarak tanımlanmaktadır. Yaşam boyu yakın partner şiddetinin yaygınlığı DSÖ bölgelerine göre değerlendirildiğinde; Batı Pasifik'te %20, Avrupa'da %22, Amerika'da %25, Doğu Akdeniz Bölgesi'nde %31, Afrika Bölgesi'nde ve Güneydoğu Asya Bölgesi'nde %33 olduğu tahmin edilmektedir. Türkiye'de üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmalarda flört şiddetine maruziyet sıklığının %13.8-%30 olduğu görülmektedir. Siber flört şiddetini sıklığı ise %20-%73'dür. Flört şiddetinin en yaygın üniversite yıllarında olduğu belirtilmektedir. Bu çalışmada bir üniversitedeki öğrencilerin flört şiddetine maruz kalma durumları, flört şiddeti konusundaki tutumları ve davranışlarının değerlendirilmesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte olan çalışmanın evrenini Mersin Üniversitesi'ndeki fakültelerde öğrenim gören 18139 öğrenci oluşturmaktadır. En küçük örnek büyüklüğü; %50 sıklık, %95 güven aralığı, ±3 hata payı ile 1008 olarak hesaplandı. 1018 öğrenci çalışmaya katıldı, 1002 anket değerlendirmeye alındı. Mersin Üniversitesi'ndeki 16 fakülteden kura ile belirlenen 10'u çalışmaya dahil edildi. Fakülteler; Eğitim Fakültesi, Güzel Sanatlar Fakültesi, Sağlık Bilimleri, Sosyal Bilimler ve Fen Bilimleri Fakülteleri şeklinde gruplandırıldı. Çalışmaya alınacak öğrenci sayıları her fakültedeki öğrenci sayısına göre ağırlıklandırılarak hesaplandı. Çalışmaya her fakültenin birinci ve son sınıf öğrencileri alındı. Veri toplama araçları; öğrencilerin sosyodemografik bilgileri, şiddete maruz kalma ve tanık olma bilgilerini içeren anket, Flört Şiddeti Tutum Ölçeği (FŞTÖ) ve Siber Flört Şiddeti Ölçeği(SFŞÖ) idi. FŞTÖ'den en yüksek beş, en düşük bir puan alınabilmektedir. Ölçek puanın beşe yaklaşması katılımcıların tutumlarının flört şiddetini desteklemediğini göstermektedir. SFŞÖ zorbalık ve mağduriyet olarak gruplanmaktadır. Ölçekten en düşük yedi, en yüksek 42 puan alınabilmektedir. Puan arttıkça zorbalık ve mağduriyet durumları artmaktadır. Veriler Ekim-Aralık 2022 tarihleri arasında araştırmacılar tarafından fakültelerdeki dersliklere gidilerek toplandı. Çalışmanın amacı anlatıldı ve gönüllü olanlar anketleri kendileri doldurdu. Verilerin değerlendirilmesinde; Ki-kare testi, Student t testi, Mann-Whitney U testi, ANOVA testi, Pearson korelasyon testi, Lojistik regresyon analizi kullanıldı.

Çalışmanın yapılabilmesi için Mersin Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurul'undan 20/09/2022 tarih, 2022/345 sayılı onay ve Mersin Üniversitesi Rektörlüğü'nden 29/09/2022 tarih ve E-11704106-044-2135517 sayılı izin alındı.

Bulgular: Katılımcıların %58.2'si kadın, %60.2'si ilk sınıfta, %38.3'ü fen bilimleri bölümlerindeydi. Katılımcıların %37.1'i flört şiddetine maruz kalmıştı. En sık karşılaşılan şiddet türü %87.7 ile duygusal şiddetti. Flört şiddetine maruz kalanların en sık yaşadığı problemler; duygusal çöküntü (%45.6), uyku bozukluğu (%32.1), akademik başarı düşmesi (%28.4), utanç ve güvensizlik duyguları (%26.6), düzensiz yeme alışkanlığıydı (%22.6). Flört şiddetine maruz kalanların %45.3'ü bu durumu kimseyle paylaşmamıştı. En az bir kez alkol denemiş olmak 1.44 kat, en az bir kez madde denemek 1.88 kat, ailede şiddete maruz kalmak 1.92 kat, şiddete maruz kalmış arkadaş varlığı 3.16 kat ve her bir yaş artışı 1.07 kat flört şiddetine maruziyeti arttırmaktaydı. Katılımcıların FŞTÖ toplam puan ortalaması 4.50±0.41'dir ve genel olarak flört

şiddetini desteklemeyen tutum içindeydiler. Cinsiyet, yaş, okunan fakülte, anne-baba çalışma durumu, aile tipi, bağımlılık yapıcı madde kullanımı flört şiddeti tutumu üzerinde etkiliydi. SFŞÖ mağduriyet ve zorbalık puan ortalamaları 9.19±4.21 ve 8.22±3.26 idi. Flört şiddeti konusunda olumsuz tutumda olanlar daha fazla siber flört şiddetine maruz kalmış ve daha fazla uygulamıştı.

Sonuç: Öğrencilerin üçte birinden fazlasının flört şiddetine maruz kaldığı, bu kişilerin psikolojik ve bedensel problemler yaşadığı görüldü. Ailede şiddeti önleyecek eğitimler düzenlenmeli, öğrencilerin alkol, bağımlılık yapıcı madde gibi alışkanlıklar edinmesinin önüne geçecek eğitimler verilmeli ve olumlu çevre oluşturulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Flört şiddeti, Flört Şiddeti Tutum Ölçeği, Siber Flört Şiddeti Ölçeği, Üniversite Öğrencileri

[S037]
BİRİNCİ BASAMAK AİLE HEKİMLERİ ARASINDA RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞINI GELİŞTİRMEDE KISA ONLİNE EĞİTİM PROGRAMININ ETKİNLİĞİNİ DEĞERLENDİREN TEK KÖR RANDOMİZE KONTROLLÜ BİR ÇALIŞMA

Emel Güden[1], Arda Borlu[2], Özlem Olguner Eker[3], Saliha Özsoy[3], Zeynep Baykan[4]
[1]Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kayseri
[2]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Kayseri
[3]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Kayseri
[4]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Kayseri

Giriş ve Amaç: Ruhsal bozukluklar hakkında sağlık personelinin bilgi eksikliği ve damgalayıcı tutumlarının olması, ruhsal bozuklukların erken dönemde etkili bir şekilde tedavi edilememesine sebep olmaktadır. Araştırmada aile hekimlerini (AH) ruh sağlığı okuryazarlığı, ruhsal hastalıklara yönelik inançları ve tutumlarının kısa bir eğitim müdahalesiyle değişiminin incelenmesi için, paralel gruplu, randomize kontrollü bir çalışma amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Çalışmanın hipotezleri: AHlerinin ruh sağlığı okur-yazarlık düzeyi eğitim müdahalesi ile artar, ruhsal sorunları olan bireylere yönelik toplum tutumları ölçeğinin iyi niyet, toplum ruh sağlığı ideolojisi alt ölçeklerinden alınan toplam puanı eğitim müdahalesi ile artar, korku/dışlama alt ölçeğinden alınan toplam puan eğitim müdahalesi ile düşer. Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde görev yapan 461 AHnin randomizasyona alınması planlandı ancak 46 aile hekiminin dâhil etme kriterlerini karşılamaması (dâhil etme kriterleri:1-Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı aile hekimliği alanında pratisyen aile hekimi olarak çalışıyor olmak. 2- Eğitim saatlerinde online eğitime erişebilecek altyapıya sahip olmak, 3- Eğitim programının en az %90'ına katılmak, 4- Araştırmaya katılmayı kabul etmek iken Dışlama kriterleri: 1. Araştırma amaçlı eğitim ve anket başvurusuna katılmayı kabul etmemek, 2. Eğitim programının %10'undan fazlasına katılmamış olmak 3. Aile hekimi uzmanı olmak şeklindeydi), 145 aile hekiminin ise araştırmaya katılmak istememesi nedeniyle 270 AH randomizasyona alındı. Müdahale ve kontrol gruplarında 135 er AHye öntest yapıldı, çalışmayı terk edenlerden sonra müdahale grubunda 91, kontrol grubunda ise 93 AHye eğitimden 3 ay sonra son test uygulandı. Araştırmanın ön testleri Ağustos 2022, son testleri Haziran 2023 tarihlerinde AHlerinin iş yerlerine kurumsal posta yolu ile gönderildi ve aynı şekilde geri toplandı. AHlerine RSOYunu geliştirmek için tasarlanmış online bir eğitim modeli kullanıldı. Eğitim içeriği öntestlerin ve odak grup görüşmelerinin çıktılarına göre Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Tıp Eğitimi Anabilim Dalı öğretim üyeleri tarafından geliştirildi. Eğitim müdahalesi Mart 2023'de online platformdan yapıldı.Bu çalışmada bilgi ve tutum üzerine amaçlanan değişikliğe ulaşma düzeyi için üç farklı ölçek (RSOY Ölçeği, Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ), Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği (RSTTÖ)) ve AH lerin sosyodemografik özellikleri ile daha önce Ruh sağlığı ile ilgili hizmet içi eğitim alma durumlarının sorgulandığı bir anket aracılığıyla veriler toplandı. RSOY Ölçeğininbilgi, inanç ve kaynak olmak üzere 3 alt RHİÖnin tehlikelilik, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ve utanma olmak üzere 3 ve RSTTÖnin "Korku/Dışlama", "Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi" ve "İyi Niyet" bölümleri olmak üzere 3 alt ölçeği vardır. Veriler bilgisayar ortamında SPSS 25 bilgisayar programı kullanılarak değerlendirildi. Demografik değişkenlere ait verilerin gösterilmesinde frekans ve yüzde, bağımsız değişkenler arasındaki farkı belirlemek için ki-kare testi veya Fisher'in kesin testi kullanıldı. Araştırmada kullanılan ön ve son test ölçek maddelerine verilen cevapların normal dağılıma uygun olmadığı görüldü. Sürekli değişkenlere ilişkin gruplar arasındaki farklılıkları karşılaştırmak için Mann-Whitney U Test, bağımlı değişkenlerin ön-son test incelemesinde Wilcoxon İlişkili İki Örneklem Testi kullanıldı. Araştırma için Erciyes Üniversitesi Etik Kurulundan 2021/643 sayı ile onay, Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü'nden idari izin alınmıştır. Bu çalışma TÜBİTAK-3005 Sosyal ve Beşeri Bilimlerde Yenilikçi Çözümler Araştırma Projeleri Destekleme Programı tarafından 122G055 proje numarası ile desteklenmektedir.

Bulgular: Araştırmaya katılan AH'lerinin yaş ortalamaları 48,98±7,35 (kontrol:50,04±6,68 ve müdahale: 47,91±7,87), mesleki yıl ortalamaları 23,90±7,38 (kontrol:25,09±6,73 ve müdahale: 22,69±7,84), %65,8'i erkek (kontrol:73,1 ve müdahale:58,2), %92,9'u (kontrol:96,8 ve müdahale:89,0) il merkezi aile sağlığı merkezinde görev yapmaktadır.

Araştırmaya dâhil edilen AHlerinin kontrol ve müdahale gruplarının tanımlayıcı özellikleri arasında bir fark yoktu. Araştırmaya katılan AHlerinin %52,2'si mezuniyet sonrası ruh sağlığı hakkında eğitim aldığını (kontrol:54,8 ve müdahale:49,5) belirtmişti. Koruyucu ruh sağlığı hizmetlerini birinci basamak sağlık hizmetleri arasında görevi olduğunu belirtenlerin oranı %71,2'idi (kontrol:67,7 ve müdahale:74,7). Ön test bulgularına göre kontrol ve müdahale gruplarındaki aile hekimlerinin RSOY, RHİÖ ve RSTTÖ toplam ölçek ve alt boyutları puanları arasında fark bulunmadı. Müdahale grubundaki aile hekimlerinin Müdahale grubundaki aile hekimlerinin son test bulgularına göre toplam RSOY (p=0,035), bilgi (p=0,001), inanç (p=0,041) ve kaynak (p=0,001) alt boyutlarında puan ortalamasında artış görüldü. RHİÖ ölçeğinde; toplam RHİÖ (p=0,034) ve tehlikelilik alt boyutu (p=0,046) puanları arasında fark olduğu belirlenmiş olup, diğer alt boyutlarda fark anlamlı değildi. RSTTÖ ölçeği son test sonuçlarına göre ölçek toplamı (p=0,003) ile iyi niyet (0,001) ve korku (0,006) alt boyutlarına ait puan ortalamalarında değişim olduğu görülmüştü. İdeoloji alt boyutunda (p=0,056) puan artışına rağmen eğitimin yeterince etkin olmadığı belirlendi. Kontrol ve müdahale gruplarındaki AHlerinin bilgi (p=0,032), kaynak (0,043) ve toplam RSOY (0,005) son test ölçek puanları arasında fark bulundu. Kontrol ve müdahale gruplarının RSTTÖ ideoloji (p=0,261) ve korku (p=0,201) alt boyutu son test puan ortalamaları arasında fark bulunmadı. İyi niyet alt boyutu (p=0,032) ve RSTTÖ toplam (p=0,044) ölçek puan ortalamaları arasında fark bulundu. Kısa süreli bir RSOY eğitim programı AHlerinin RSOY düzeyini artırdı. Damgalamaya yönelik RHİÖ ve RSTTÖ düzeyleri için kısa süreli eğitim müdahalesinin etkisi ise daha düşüktü. Araştırmanın Sınırlılıkları: sadece bir şehirde uygulanmış olması, katılımcıların gönüllülerden oluşması, eğitimin online yapılmış olması

Sonuç: Kısa süreli online AHlere yönelik hazırlanan bir eğitim programı, AH'lerin RSOY'unu ve koruyucu ruh sağlığı hizmetlerini geliştirebilir.

Anahtar Kelimeler: Toplum ruh sağlığı, koruyucu sağlık hizmetleri, aile hekimi

[S038]
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN KAHRAMANMARAŞ DEPREMİ SONRASINDA YAŞADIKLARI İKİNCİL TRAVMA DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Zeynep Aydın, Elçin Balcı
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Kayseri

Giriş ve Amaç: Travmatik yaşantılar, ölüm veya ölüm tehdidinin bulunduğu, ağır yaralanma veya fiziksel sağlığa bir tehdit oluşturan ve kişinin yaşadığı ya da şahit olduğu olaylar olup, kişilerin bu felaketlerden sorumlu tutulmaları ya da kendilerini sorumlu tutmaları sonucunda ikincil travma oluşabilir. Bu çalışma, deprem bölgesine çok yakın olarak sarsıntıyı yüksek seviyede hisseden, göçlerle ve yardım organizasyonlarıyla bölgeyle irtibatı neredeyse hiç kesilmeyen Kayseri ilindeki bir tıp fakültesinde son sınıf (intern doktor) öğrencilerinin 2023 Kahramanmaraş depremi sonrasında sosyal medya kullanımı ile gelişen ikincil travma durumlarını değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte olup Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerine 1 Mayıs 2023-1 Haziran 2023 arasında uygulanmıştır.

Örneklem büyüklüğü G*power 3.1.9.7 ile depremden etkilenenlerin %50 olduğu düşünülerek difference from constant testi ile düşük etki (0.1) büyüklüğünde β %80 alınarak 199 olarak hesaplanmıştır. Eksik ve hatalı veriler olabileceği düşünülerek örneklemin %10 fazlasıyla toplam 220 kişi dahil edilmiştir. 9 kişi eksik veri girdiği, 6 kişi sosyal medya kullanmadığı için çalışmaya dahil edilmemiştir. Toplamda 205 kişi ile çalışma tamamlanmıştır.

Erciyes Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu'ndan etik kurul izni (394 başvuru no ile) alınmıştır.

Veri toplama aracı olarak sosyodemografik özellikler, depremden etkilenme durumuna yönelik sorular ile "Sosyal Medya Kullanıcıları İçin İkincil Travmatik Stres Ölçeği" içeren anket formu kullanılmıştır(Mancini,2019-Balcı Çelik&Altınışık,2021). Ölçekten alınan yüksek puan sosyal medya kaynaklı yüksek ikincil travmatik stresi ifade etmektedir.

Bağımsız değişkenler sosyodemografik özellikler ve bağımlı değişken ikincil travmatik stres ölçek puanıdır.

Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogrov-Smirnov testi, bağımsız grupların ikincil travmatik stres ölçek puan ortancalarını karşılaştırmak için ikili gruplarda Mann-Whitney U Testi, ikiden fazla gruplarda Kruskal Wallis Testi kullanılmış olup $p<0.05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların %57,6'sı kadın, %96,6'sı bekar, %61,0'i ekonomik durumlarını orta olarak belirtmiştir. Yaş ortalaması 24,4±1,38 olup %47.8'i ailesi ile birlikte yaşamaktadır.

%82,9'u kronik hastalığı olmadığını, %87,3'ü düzenli kullandığı ilaç olmadığını, %76,6'sı sigara içmediğini ve %7,3'ü tanı konulmuş bir ruhsal hastalığı bulunduğunu belirtmiştir.

Sigara kullanan (%23,4) katılımcıların %17,1'i deprem sonrası sigara kullanımlarının arttığını ifade etmişlerdir. Katılımcıların %96,1'i deprem esnasında Kayseri'de, %2,5'i diğer deprem bölgelerinde bulunmaktadır.

Kaldıkları bina hasarlanmış olan (%19,5) katılımcıların %80.0'i hasar derecesini hafif olarak belirtmiştir. %98,5'inin depremde yaralanan birinci dereceden yakını yoktur, %99,0'unun birinci dereceden vefat eden yakını bulunmamaktadır.

Deprem mağdurlarına temas/yardım eden katılımcılara (%54,1) nasıl temas/yardım ettikleri sorgulandığında

%31,2'si ayni ve nakdi yardımda bulunduğunu, %19,0'u sağlık hizmeti verdiğini, %12,7'si sosyal destek sağladığını ve %2.9'u arama kurtarma çalışmalarına katıldığını belirtmiştir.

Katılımcıların sosyal medya kullanımlarına bakıldığında; %93,2'si WhatsApp, %85,4'ü Instagram kullanmakta olup %56,1'i sosyal medyada 2-3 saat zaman geçirdiğini ifade etmiştir. %39.5'inin günlük ekranda vakit geçirme süreleri 4-5 saat olup günlük ortanca ekran süresi 5.00 (Q1:3.00-Q3:6.00)'tir. %68,3'ünün deprem sonrasında ekran süreleri değişmemiştir.

Kadınların erkeklere göre, kronik hastalığı olanların olmayanlara göre ve deprem sonrası ekran süresi artanların değişmeyenlere göre ikincil travmatik stres puanları yüksek bulunmuştur. Medeni durum, ruhsal hastalık varlığı, sigara kullanım durumu, deprem mağdurlarına temas/yardım etme ve ekonomik durum anlamlı bulunmamıştır.

Sonuç: Bu çalışma deprem sonrası artan ekran süresinin ikincil travma stresini artırdığını göstermiştir. Afet gibi travmatik süreçler sonrasında ekran süresinin azalmasının ikincil travma stresiyle ilişkisini değerlendirmek için örneklem büyüklüğü genişletilerek yapılacak çalışmalara ihtiyaç olabilir. Ekran süresi artışını fırsata çevirip; infodemiyle mücadeleye de fayda sağlayacak şekilde sosyal medya aracılığıyla kişilere travma sonrası kaygıları azaltacak, bozulan ruh sağlıklarının iyileşmesini hızlandıracak, doğru bilgilenmeyi sağlayacak programlar izleyici ile buluşturulabilir.

Anahtar Kelimeler: Deprem, ikincil travma, ikincil travmatik stres ölçeği, sosyal medya

[S039]
MEZUNİYET SONRASI PSİKİYATRİ VE HALK SAĞLIĞI EĞİTİMLERİNDE TOPLUM RUH SAĞLIĞININ YERİ: YENİ BİR YAN DAL PROGRAMI GELİŞTİRİLEBİLİR Mİ?

Irmak Polat[1], Özge Karadağ[2], Azize Tiryakioğlu Engin[3], Merve Altıner Yaş[4], Özge Başak Karazağ[2], Bülent Coşkun[5], Selma Karabey[6]
[1]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul
[2]Bahçeşehir Üniversitesi (BAU Istanbul) Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul
[3]İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul
[4]İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul
[5]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Kocaeli
[6]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş ve Amaç: "Toplum Ruh Sağlığı (TRS)", toplumların ruh sağlığını geliştirmeyi amaçlayan ve sağlıklı toplumlar üreten politika ve uygulamalar olarak tanımlanmaktadır. Toplum ruh sağlığı sorunları hem nedenleri hem de çözümleri açısından sosyal belirleyicilerin doğrudan rol oynadığı karmaşık bir örüntüye sahip olduğu için çok disiplinli bir yaklaşım gerektirmektedir. Buna karşın sağlık çalışanlarının TRS konusunda eğitimi, pek çok ülkede halen yeterli düzeyde değildir. Başta ruh sağlığı ve halk sağlığı profesyonelleri olmak üzere tüm karar verici ve hizmet planlayıcıların toplum ruh sağlığını geliştirme yaklaşımına sahip olmasının önemine istinaden bu araştırmanın amacı, mezuniyet sonrası eğitimlerini Türkiye'de alan ruh sağlığı ve halk sağlığı profesyonellerinin TRS'ye ilişkin farkındalık düzeyi ve mezuniyet sonrası eğitim sürecinde TRS'ye ilişkin aldıkları eğitime ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesidir. Çalışmadan elde edilen sonuçların, tıp ve hemşirelik alanlarında, ruh sağlığı ve halk sağlığı mezuniyet sonrası eğitim programlarının geliştirilmesi için yol gösterici olması beklenmektedir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı bir niceliksel çalışma deseni ile yürütülen araştırma, çalışmaya gönüllü olarak katılan psikiyatri ve halk sağlığı uzmanı hekimler ve Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans/Doktora diploması ile Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans/Doktora diplomasına sahip hemşireler ile yürütülmüştür. Çalışmanın bağımsız değişkenleri sosyodemografik ve mesleki özellikler ile TRS konusunda mezuniyet sonrası eğitim alma durumu, bağımlı değişkenleri ise TRS konusuna mesleki yaklaşım ve bu konuda algılanan bireysel bilgi düzeyidir. Araştırmaya dahil edilme kriterleri: tanımlanmış araştırma grubu içerisinde olmak ve gönüllü onam formu imzalamış olmak; araştırmaya dahil edilmeme kriterleri: bilişsel işlevleri etkileyecek düzeyde psikiyatrik ve/veya nörolojik bozukluğa sahip olmak ve onam formunu imzalamamış olmaktır. Katılımcılara Türkiye Psikiyatri Derneği, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, Halk Sağlığı Hemşireliği Derneği, Psikiyatri Hemşireleri Derneği ve ilgili bölümlerin mezunlar dernekleri aracılığıyla duyurular yapılarak ulaşılmış ve elektronik ortamda hazırlanan anket formunu doldurmaları istenmiştir. Üniversite etik kurul izni alınan ve herhangi bir finansal destek alınmayan çalışma, 2023 yılında yürütülmüş ve çalışma kriterlerine uyan toplam 131 hekim (%43,5) ve hemşirenin (%56,5) verileri analize dahil edilmiştir. Araştırma verilerinin analizinde SPSS istatistik paket programı ile tanımlayıcı istatistikler yapılmış, gruplar arası ilişkileri incelemeye yönelik ki-kare, t testi ve ANOVA kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alınmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan 25-65 yaş arası hekim ve hemşirelerin %65,6'sı üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında çalışmakta olup, diğer katılımcılar birinci ve ikinci basamak kuruluşları ile Bakanlık merkez ve taşra teşkilatında görevlidir. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %50,4'ü psikiyatri veya halk sağlığı eğitimlerinde TRS ile ilgili bir ders aldığını belirtirken, on katılımcıdan yalnızca dördü Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde rotasyon yapma imkanı bulmuştur. Çalışmaya katılan hekim ve hemşirelerin %37,4'ü bu konuda yeterli bilgisi olduğunu düşünürken, on katılımcıdan yalnızca biri Türkiye'de merkez ve taşra teşkilatındaki TRS hizmetlerini yeterli düzeyde bildiğini belirtmiştir. Ruh sağlığının sosyal belirleyicileri ile ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünenler %33,6 düzeyindedir. Katılımcıların %96,2'si halk sağlığı ve psikiyatri eğitimlerinde TRS'ye özel dersler ve uygulamaların olması gerektiğini düşünmekte, yaklaşık üçte biri TRS'nin bir yan dal eğitimi olmasını önermektedir. Çalışmaya katılan hemşirelerin hem TRS konusunda eğitim alma düzeyleri hem de bu konuda kendi algıladıkları bilgi düzeyleri, hekimlere göre anlamlı olarak

yüksek bulunmuştur (p<0,05). Çalışmanın, Türkiye'deki tüm halk sağlığı ve psikiyatri hekim ve hemşirelerini temsil etmemesi bir sınırlılık oluşturmaktadır ve gönüllü sağlık profesyonelleri ile yürütülmesi, olası bir taraf tutma kaynağıdır.

Sonuç: Halk sağlığı ve psikiyatri hekim ve hemşirelerinin mezuniyet sonrası eğitimlerinde TRS konusu, psikiyatri hemşireliği eğitiminde daha fazla olmakla birlikte halen sınırlı düzeyde yer almakta olup, ülkemizdeki eğitim müfredatlarının daha kapsamlı TRS eğitimi açısından geliştirilmesine gereksinim bulunmaktadır. Çalışmanın bulguları, bu eğitimlerin Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri de dahil olmak üzere uygulamalı saha eğitimlerini de içermesi gerektiğini, ayrıca halk sağlığı ve psikiyatri alanında bir yan dal eğitim programı geliştirilmesi açısından sağlık profesyonelleri arasında var olan potansiyeli göstermektedir. Bu konuda daha geniş çaplı örnekler ile ileri niceliksel çalışılmalar yürütülmesi, konunun niteliksel çalışmalarla daha derinlemesine değerlendirilmesi ve gerek tıp gerekse hemşirelik alanında mezuniyet sonrası eğitim programlarının TRS açısından gözden geçirilerek zenginleştirilmesi, ülkemizde toplum ruh sağlığını koruma ve geliştirme açısından büyük öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Toplum ruh sağlığı, psikiyatri eğitimi, halk sağlığı eğitimi, mezuniyet sonrası eğitim, yan dal eğitimi

[S040]
MANİSA'DA KENTSEL VE YARI KENTSEL ASM'LERE BAŞVURAN 18 YAŞ ÜZERİ BİREYLERDE DEPRESİF BELİRTİ SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Sedat Yiğit, Beyhan Cengiz Özyurt, İlknur Oruç
Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi,Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı,Manisa

Giriş ve Amaç: Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı, "sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil; fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik halidir" biçiminde tanımlamaktadır. Bu tanım, çağdaş sağlık anlayışının ruh sağlığına verdiği önemi gösterir. Ruhsal bozukluklar toplumda yaygın olarak görülmeleri, kronikleşme eğilimi göstermeleri, pek çok bedensel hastalık kadar yeti kaybı ile sonuçlanabilmeleri nedeniyle üzerinde durulması gereken hastalıklardandır. Bu hastalıklar içinde depresyonun, toplumda en yaygın görülen ruh sağlığı sorunu olması nedeniyle önemli bir yeri vardır. Bu çalışmanın amacı; Manisa'da kentsel ve yarı kentsel bölgelerden seçilen 18 yaş ve üzeri bireylerde depresyon sıklığını ve ilişkileri faktörleri belirlemektir

Gereç ve Yöntem: Manisa'da yürütülen kesitsel tipteki bu araştırmanın evrenini iki farklı ASM' ye ayaktan tedavi için başvuran, 18 yaş üzeri kişiler oluşturmaktadır. Araştırmanın örnek büyüklüğü G. Power 3.1.9.4 yazılımı kullanılarak %95 güven aralığında, etki büyüklüğü 0.30, alfa(α) değeri 0.05 alındığında 220 kişi olarak hesaplanmıştır. Veriler intern hekimler tarafından literatür gözden geçirilerek oluşturulan anket formu aracılığıyla olasılıksız örneklemle ASM'ye başvuran 18 yaş üzeri kişilerden yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Veri toplama örnek büyüklüğüne ulaşıncaya kadar devam etmiş toplamda 220 kişiye ulaşılmıştır. Çalışmanın bağımlı değişkeni depresif belirti varlığıdır. Bu bağımlı değişkeni ölçmek için "CES-Depresyon Ölçeği (CES-D) ve Beck Depresyon ölçekleri kullanılmış olup çalışma soruları bu kapsamda değerlendirilerek oluşturulmuştur. CES-Depresyon Ölçeği: likert türü olan 20 maddeden oluşmaktadır ve toplam puan aralığı 0 ile 60 arasındadır. (0 = Hiçbir Zaman-Nadiren, 3 = Çokça-Çoğu Zaman). Ölçekten 0 ile 60 arasında toplam puan elde edilmekte, yüksek puan depresyon düzeyinin yüksekliğine işaret etmektedir. Beck depresyon ölçeği: kendinizi son 1 hafta içerisinde nasıl hissettiğinizle ilgili 21 adet sorudan oluşmaktadır. Her soru 0 ile 3 arasında puan almaktadır. Toplam puanın yüksek oluşu depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksek oluşunu gösterir. Çalışmada toplam puanının 17 ve üzerinde olması depresif belirti olarak kabul edilmiştir. Veriler SPSS 23.0 istatistik paket programı ile değerlendirilmiştir. Bağımlı ve bağımsız değişkenlerin analizi: kategorik verilerde Ki kare, sürekli verilerde Student's t testi kullanılarak yapılmıştır. Tek değişkenli analizlerde anlamlı bulunan sürekli değişkenlerde lineer, kategorik değişkenlerde lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Tip 1 hata değeri 0.05 kabul edilmiştir. Araştırmanın etik kurul onayı Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulundan alınmıştır. Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

Bulgular: Araştırma grubunun yaş ortalaması 39.5±13.9 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %57.7'sini kadınlar oluşturmaktadır. Katılımcıların %4.1'i eğitimsizken, % 70.9'u lise ve üzeri okul mezunudur. Katılımcıların %61.4'ü evli, %69.1'i alt sosyal sınıfta, %37.3'si bölgeye göçle gelmiş olduğunu belirtmiştir. Hanede yaşayan kişi sayısının ortalaması 3,14±1,16 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %29.1'inin kronik hastalığı,%6.8'inin hayatını etkileyen engellilik durumu vardır. Katılımcıların %7.3'ü son 1 sene içinde hastaneye yatışı mevcuttur. Katılımcıların % 51,4'ü yeterli uyku uyumadığını,% 15'i sağlığından hoşnut olmadığını, %5,9'u sağlıklı beslenmediğini, %44.5'i yeterli su içmediğini, %50.9'u hiç egzersiz yapmadığını, %16.3'ü dış görünüşünden ve %22.3'ü yaşam kalitesinden hoşnut olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların. %19,5 'inin hiç sosyal aktivitede bulunmadığı saptanmıştır. Katılımcıların evlenme yaşının ortalaması 23.1±3.9' dur. Katılımcıların %35,9'u isteyerek evlenirken, %29,5'u görücü usulü, %3,2'si kaçarak, %1,4'ü istemeden evlenmiştir. Katılımcıların %3,2'si eşi ile, %8,2'si eşinin ailesi ile görüşmemektedir. Katılımcıların % 8.2' si evlilik içi şiddete maruz kalırken, %25.9'u hayatının herhangi bir döneminde fiziksel/sözel/cinsel şiddete maruz kalmıştır. Katılımcıların %18.2'si kendi şiddet uygulamıştır. Katılımcıların %28,6'sı son 6 ayda kayıp/üzücü olay yaşamıştır. Katılımcıların %23,2'si psikiyatrik amaçlı yardım almıştır. Bu kişilerin %15.9'unun psikiyatrik hastalık tanısı mevcuttur. Katılımcılardan intihar girişiminde bulunanlar ise %4.1 olarak bulunmuştur.

Katılımcıların CES-D ve Beck depresyon ölçeğine göre depresif belirti ortalaması 21.3±8.3 ve 11.2±8.8'tür. Beck depresyon ölçeğine göre depresif varlığı olma durumu %22.7'dir. CESD ölçeğinin depresif belirtiler ile ilgili değişkenlerin lojistik regresyon son modele göre CESD ölçeğinin depresif belirtiler ile ilgili değişkenlerin lojistik regresyon son modele göre R2'si 0,490, çok değişkenli analizlerde medeni durumu evli olmayanlar 6,862 kat (%95GA 1,971 – 23,886), sosyal güvencesi olmayanlar 8,214 kat (%95GA 1,627 – 41,470), sağlıklı beslenmeyenler 2,066 kat (%95GA 0,932 – 5,514), dış görünüşünden memnun olmayanlarda 2,446 kat (%95GA 1,132 – 5,284) depresif belirtiler açısından riskli bulunmuştur. Beck Depresyon ölçeğinin depresif belirtiler ile ilgili değişkenlerin logistik regresyon son modele göre R2'si 0,605, çok değişkenli analizlerde evli olmayanlar 8,452 kat (%95 GA: 2,537-28,160), sosyal güvencesi olmayanlar 10,609 kat (%95 GA: 2,360-47,684), yeterli uyku uyumayanlar 4,947 kat (%95 GA: 1,536-15,931), dış görünüşünden memnun olmayanlar 5,718 kat (%95 GA: 1,774-18,431) depresif belirtiler açısından riskli bulunmuştur.

Sonuç: Araştırmamızda ASM' ye başvuran 18 yaş üstü bireylerde Beck depresyon ölçeğine göre % 22.7 depresif belirtilerin varlığı saptanmıştır. Depresif belirti ile ilgili en önemli değişkenler: medeni durum, sosyal güvence, dış görünüşten memnuniyet, sağlıklı beslenme ve yeterli uykudur. Depresif belirtilerin iyileştirilmesi açısından yeterli uyku ve sağlıklı beslenme gibi sağlığı geliştirici faaliyetler açısından farkındalığın artırılması, birinci basamak tarafından bu faaliyetlerin desteklenmesi ve danışmanlık verilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Depresyon sıklığı, CES-Depresyon ölçeği, Beck depresyon ölçeği

[S041]
HAVA KİRLİLİĞİ VE ERGENLERDE İNTİHAR GİRİŞİMİ: ÇAPRAZ-VAKA ÇALIŞMASI

Enes Sarıgedik[1], Buğra Taygun Gülle[2]
[1]*Sakarya Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sakarya*
[2]*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Epidemiyoloji Bilim Dalı, İzmir*

Giriş ve Amaç: İntihar, özellikle ergenlerde önemli bir mortalite sebebidir. İntihar girişiminde bulunmanın getirdiği sosyal ve psikolojik etkiler de hem bireyler hem aileler için önemli bir yük oluşturmaktadır. İntihar girişiminde bulunmanın sebepleri kişinin fiziksel, psikolojik durumunun yanı sıra sosyal, kültürel ve çevresel faktörlerle de ilişkilidir. Çevresel faktörler, bu faktörler içerisinde en az araştırılandır. Yapılan bazı çalışmalarda hava kirliliği ile intihar arasında ilişki olabileceği gösterilse de bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç bulunmaktadır. Bu çalışmada Türkiye'nin en yüksek seviyede hava kirliliğine sahip illerden biri olan Düzce'de hava kirliliği ile ergenlerdeki intihar girişimi arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, çapraz vaka kontrol çalışmasıdır. Çalışmamıza ilçenin tek Devlet Hastanesi'ne 2016 Ocak ile 2021 Nisan arasında intihar girişimi sebebiyle başvuran 18 yaş altı kişiler alınmıştır. Hastane kayıtlarından bu kişilerin yaş, cinsiyet, eşlik eden tanı ve intihar girişiminde bulunma yöntemlerine erişilmiştir. Hava kirliliği verilerine (PM10, PM2.5, SO_2, CO, NO_2, NO_X) ise Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı resmi sitesinden ulaşılmıştır. Her kişinin intihar girişiminde bulunduğu tarih vaka (o günün hava kirliliği değerleri vaka günü değerleri) aynı kişinin intihar girişiminde bulunduğu tarihin bir hafta öncesi, sonrası, iki hafta öncesi ve sonrası ise kontrol olarak seçilmiştir (o günün hava kirliliği değerleri kontrol günü değerleri). Böylece her vakaya karşılık aynı kişiye ait dört adet kontrol seçildi. Bağımlı değişken olarak intihar girişimde bulunma, bağımsız değişken olarak da hava kirliliği parametreleri belirlendi. Çalışmamızın analizleri SPSS 29 programında yapılmış olup, gruplar arası karşılaştırmalar için Mann Whitney U testi kullanıldı. Çalışmamızın etik kurul izni alınmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza intihar girişiminde bulunan 373 kişi alınmıştır. Bu kişilerin yaş ortalaması 15,8±1,6 yıl olup yaşları 11 ile 18 arasındadır. Kişilerin 311'i kadındır (%83,4) ve en çok kullanılan intihar girişimi yöntemi (n=345, %92,5) ilaç alımıdır. Bu intihar girişimlerine en çok eşlik eden tanıların depresyon (n=47, %12,6) davranış bozukluğu (n=39; %10,5) ve anksiyete (n=33, %8,8) olduğu görülmektedir. Vaka grubundaki 373 günün, 326'sında SO_2 ölçüm sonucu bulunmakta olup bunların ortanca değeri 5,6 µg/m3 (IQR:3,4-8,6) olarak tespit edilmiş, seçilen kontrol tarihlerindeki 1316 SO_2 ölçümünün ortanca değeri ise 5,2 µg/m3 (IQR:3,5-8,1) olarak bulunmuş; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,426). Vaka grubundaki 373 günün, 326'sında PM10 ölçüm sonucu bulunmakta olup bunların ortanca değeri 51,3 µg/m3 (IQR:33,7-85,9) olarak tespit edilmiş, seçilen kontrol tarihlerindeki 1313 PM10 ölçümünün ortanca değeri ise 50,2 µg/m3 (IQR:32,4-85,4) olarak bulunmuş; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,715). Vaka grubundaki günlerin, 190'ında PM2.5 ölçüm sonucu bulunmakta olup bunların ortanca değeri 28,2 µg/m3 (IQR:20,5-42,9) olarak tespit edilmiş, seçilen kontrol tarihlerindeki 715 PM2.5 ölçümünün ortanca değeri ise 26,6 µg/m3 (IQR:20,1-37,6) olarak bulunmuş; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,413). Daha az sayıda ölçüm sonuçları bulunan CO, NO_2, NO_x parametrelerinin de vaka ve kontrol dönemleri arasında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir saptanmamıştır (sırasıyla p= 0,095; 0,657; 0,508).

Sonuç: Araştırmamızda, intihar girişiminde bulunulan günlerle bulunulmayan günler arasında hava kirliliği parametreleri açısından fark olmadığı görülmüştür. Ancak, çalışmamızda karıştırıcı olabilecek sıcaklık, mevsim gibi değişkenler kontrol altına alınmadı ve bağımlı değişken olarak başarıya ulaşan intihar değil, intihar girişimleri kabul edildi. Hava kirliliği ile intihar arasındaki ilişki daha fazla araştırılması gereken bir konudur. Çapraz vaka yöntemi böyle bir ilişkiyi incelemek için kullanılabilecek bir yöntem olmakla beraber ülkemizde yapılan çalışmalarda nadiren kullanıldığı görülmektedir. Farklı yaş gruplarında, başarılı olmuş intihar girişimlerinde, sıcaklık gibi faktörleri de kontrol altında tutarak başka bölgelerde de benzer çalışmalar yapılmasının hava kirliliği ile intihar arasındaki ilişkiyi anlamaya yardımcı olabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Çapraz-vaka çalışması, hava kirliliği, intihar

[S042]
ŞARKI SÖZLERİNDE SAĞLIĞA ZARARLI DAVRANIŞLARA YAPILAN GÖNDERMELERİN İNCELENMESİ KARMA YÖNTEMLİ BİR ARAŞTIRMA

Mahmut Talha Uçar[1], **Elif Dönmez**[2], **Temmuz Gönç Şavran**[3]
[1]*Sağlık Bilimleri Üni. Hamidiye Tıp Fak. Halk Sağlığı AD*
[2]*Sağlık Bilimleri Üni. Hamidiye Hemşirelik Fak. Onkoloji Hemşireliği AD*
[3]*Anadolu Üni. Edebiyat Fak. Sosyoloji AD*

Giriş ve Amaç: Müzik, kimliği oluşturma, muhafaza etme veya değiştirme süreçlerinde işlevsel bir olgudur. Müzik aynı zamanda büyük bir tüketici kitlesine sahip olan önemli bir kültür endüstrisi alanıdır ve dinleyicileri harekete geçirebilme kapasitesi nedeniyle bir politik araç niteliğine de sahiptir. Farklı müzik türlerindeki şarkıların sözlerinde içerilen mesajlar ve semboller farklılık göstermekte ve bu mesajlar müzik dinleyicilerinin zevk, beğeni, tüketim ve davranış kalıplarını şekillendirmede etkili olmaktadır. Son yıllarda Türkiye'de popüler olan şarkıların sözlerinde uyuşturucu/uyarıcı madde ve alkol kullanımı, şiddet, kadının metalaştırılması, kendine zarar verme davranışı gibi sağlık açısından riskli davranışlarla ilgili mesajların iletildiği görülmektedir. Bu mesajların ne sıklıkta kullanıldığının ve zaman içinde artma eğilimi gösterip göstermediğinin incelenmesi, geniş kitlelerin sağlık açısından riskli davranışlarla ilgili düşünceleri hakkında önemli ipuçları sunabilir. Bu çalışmanın amacı, Türkiye'de son yedi yılda en çok dinlenen şarkıcıların en çok dinlenen şarkılarının sözlerinde alkole, madde kullanımına, kumar vb. davranışsal bağımlılığa, suça, şiddete ve yoksulluğa yapılan atıfları tespit etmek ve müzik türüne göre farklılıklarını incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma karma yöntemle yürütülmüştür, önce nitel, sonra nicel yöntemle yapılan iki fazdan oluşmaktadır. Nicel araştırma yöntemlerinden olan tanımlayıcı - ekolojik (korelasyonel) araştırma yöntemi kullanılmıştır. Araştırma evreni dünyada ve Türkiye'de en çok kullanılan müzik dinleme uygulaması olan Spotify verilerine göre son yedi yılda en çok dinlenen şarkıcıların en çok dinlenen şarkılarıdır. Örneklem amaçsal örnekleme tekniğiyle seçilmiştir ve dahil etme kriterleri Spotify'ın her yılın sonunda yayınladığı wrapped listesinde yer alan, son yedi yılda en çok dinlenen 19 şarkıcının, en çok dinlenen ilk 10'ar şarkısından biri olmaktır. Toplam 190 şarkı seçilmiştir. Şarkı sözlerine açık veri olarak müzik platformundan erişilmiştir bu nedenle etik kurul izni alınmamıştır. Nitel araştırma kapsamında şarkı sözleri iki araştırmacı tarafından ayrı ayrı deşifre edilmiş, karşılaştırma yapılmış, esrar, yasadışı ilaçlar, uyuşturucu/uyarıcı madde, alkol, kumar, silah, cinayet, dayak, gasp, tehdit, kadının cinsel obje olarak görülmesi, yoksulluk gibi sağlık açısından risk teşkil eden ifadeler şarkının bağlamı içinde içerdikleri mesaj açısından incelenmiş ve kodlanmıştır. Bu kodlara ve kodlardan meydana gelen kategorilere dayanılarak altı tema oluşturulmuştur. Bu temalar alkole, madde kullanımına, suça, şiddete, kadının metalaştırılmasına, yoksulluğa yapılan atıflardır. İkinci fazı oluşturan nicel araştırmada ise ilk aşamada oluşan temalara giren ifadeler istatistiksel analize tabi tutulmuş, hangi müzik türlerindeki şarkı sözlerinde daha sık ifade edildiği ve ifade edilme sıklığının son yedi yıl içinde ne yönde değiştiği frekans tabloları ve çapraz tablolar ile gösterilmiştir. Araştırmanın analizinde şarkılara ilişkin tanımlayıcı özellikler sayı ve yüzdeleri hesaplanmış ve normal dağılıma uygunluk Kolmogrov Simirov ve histogram grafik yöntemi kullanılmıştır. Karşılaştırmalı verilerde Mann-Whitney U ve Kruskall Wallis testleri ve korelasyon değerlendirilmesinde Spearman analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmanın öne çıkan ilk bulgularından ilki son yedi yılda en fazla dinlenilen müzik türü'nün %63,2 ile rap, %36,8 ile pop müzik olmasıdır. İkinci olarak alkole, madde kullanımına, suça, şiddete ve davranışsal bağımlılığa yapılan atıfların müzik türüne göre farklılaştığı ve rap türündeki şarkı sözlerinde bu tip ifadelerin diğer müzik türlerine oranla daha sık yer aldığı ortaya konmuştur. Rap ve pop müzik türünde incelenen alkole, madde kullanımına, suça, şiddete ve davranışsal bağımlılığa yapılan atıflar karşılaştırıldığında suç, şiddet, madde kullanımının rap müziklerde istatistiksel olarak daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p<0,01$). Üçüncü olarak, yıllara göre alkole, madde kullanımına, suça, şiddete ve davranışsal bağımlılığa yapılan atıfların ne yönde değiştiğine ilişkin yapılan korelasyon analizinde yıllara göre madde kullanımı ile ilgili temada orta

düzeyde pozitif yönde ilişki (r=0,329, p<0,001), yoksullukla ilgili orta düzeyde pozitif yönde ilişki (r=0,502, p<0,001), kadının metalaştırılması ile orta düzeyde pozitif yönlü bir ilişki (r=0,374, p<0,001), suç ile zayıf düzeyde pozitif yönlü bir ilişki (r=0,297, p<0,001) saptanmıştır. Yıllara göre alkol kullanımı, şiddet temaları arasındaki korelasyon analizinde anlamlı ilişki görülmemiştir. Temaların kendi arasındaki korelasyona bakıldığında en güçlü ilişki madde kullanımı teması ile yoksulluk teması arasında olduğu saptanmıştır (r=0,539, p<0,001). Kadının metalaştırılması teması ile madde kullanımı arasında orta düzeyde pozitif yönlü anlamlı ilişki saptanmıştır (r=0,380, p<0,001).

Sonuç: Araştırma sonucunda son yedi yılda en çok dinlenen şarkıcıların en çok dinlenen 10'ar şarkısında sağlık açısından riskli davranışlara ilişkin ifadelerin giderek daha sıklıkla yer aldığı sonucuna varılmıştır. Rap müziklerde sağlıkla ilgili olumsuz temalar pop müziklere göre daha çok geçmektedir ve rap müziklerin dinlenme oranı yıllara göre artmaktadır. Müziklerde toplum ruh sağlığı açısından olumsuz nitelikteki temaların birlikte yer aldığı, aralarında korelasyonel ilişki olduğu da görülmüştür. Araştırmada son yedi yılda en fazla dinlenilen şarkıcıların sadece en fazla dinlenilen 10'ar şarkısının analiz edilmesi diğer şarkıların dışlanması ve ekolojik araştırmalarda doğrudan nedensellik bağı kurulamaması araştırmamızın sınırlılıklarındandır. Müzikler bize toplumun yıllara göre neler dinlediği, hoşlandığı, ilgi duyduğu, bu müziklerde geçen temaların nasıl evrildiği verilerini analiz ederek toplum ruh sağlığını takip etme açısından bir değerlendirme ölçütü olabilir. Sağlık açısından neden olabileceği riskler ve ilişkisi nedensellik bağı kurulabilecek daha farklı araştırma tipleri ile çalışılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Müzik, Rap, Alkol, Uyuşturucu Uyarıcı Madde, Riskli Davranış

[S043]
TIP ÖĞRENCİLERİNDE TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU İÇİN BİR STRES FAKTÖRÜ OLARAK COVID-19 PANDEMİSİ

Tahsin Gökhan Telatar
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), stresli deneyimler altında kronik bir yanıt olma eğiliminde olan ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Genel popülasyonda TSSB prevalansı %25,3 ile %76,0 arasında değişmektedir. TSSB'nin mevcut sağlık yükünün yanı sıra, depresyon gibi diğer ruhsal bozukluklarla da yakın ilişki göstermektedir. TSSB'nin tedavi edilmemesi durumunda yaşam kalitesinde düşüş, işlevsel bozukluklar, kronik bir duruma dönüşme ve hatta ölüm gibi birçok sonuç ortaya çıkabilir. Türkiye'de 11 Mart 2020 tarihinde ilk Covid-19 vakasının tespit edilmesinin ardından birçok önlemin yanı sıra okullar kapatılmış ve kalan okul süresi uzaktan eğitim yoluyla tamamlanmıştır. Herkes gibi öğrenciler de böyle bir duruma hazırlıksız olarak yakalanmıştır. Bu kaotik sürece eşlikeden belirsizlikler üniversite öğrencileri için ciddi bir stres faktörü olarak değerlendirilmektedir. Bu araştırmanın amacı, pandeminin beşinci ayında ve ilk tespitin bir yıl sonrasında bir tıp fakültesi öğrencileri arasında TSSB mevcudiyeti ile değişimini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma kesitsel tiptedir ve izlem içermektedir. Tüm katılımcıların bilgilendirilmiş gönüllü onamları alınmıştır. Araştırmanın verileri 2020 ve 2021 yıllarında akademik takvimlerinin son ayı olan Temmuz ayında iki oturumda çevrimiçi anket yöntemiyle toplanmıştır. Araştırmanın evrenini 2020 yılında dönem 6'daki öğrenciler hariç kayıtlı olan 560 öğrenci oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü hesaplanmamış ve tüm öğrenciler dahil edilmeye çalışılmıştır. Öğrenciler her iki evrede eşleştirilmiştir. İlk evrede 427 (%76,3) öğrenci araştırmaya katılmıştır. İkinci evrede bu öğrencilerin 345'i (%61,6) katılım göstermiştir.Bulgular 345 öğrenci için verilmiştir. Veriler, üç bölümden oluşan yapılandırılmış bir anket aracılığıyla toplanmıştır. İlk bölüm sosyo-demografik özelliklerle, ikinci bölüm ise öğrencilerin travma deneyimleriyle ilgilidir. Travma, "maruz kalındıktan sonra sorunlara yol açabilen aşırı stresli deneyimler veya olaylar" olarak tanımlanmış ve öğrencilere hayatlarında hiç böyle bir durum yaşayıp yaşamadıkları sorulmuştur. Daha sonra katılımcılara DSM-4 tanımına göre 13 travma türünden herhangi birini yaşayıp yaşamadıklarını sorulmuştur. Covid-19 pandemisini travma olarak değerlendirme durumu ve pandemi sırasındaki temel endişeler bu bölümde değerlendirilmiştir. Son bölümde ise dokuz maddelik Ulusal Stresli Olaylar Anketi TSSB Kısa Ölçeği (NSESSS-PTSD) yer almıştır. NSESSS-PTSD, 2014 yılında geliştirilmiştir ve DSM-5 tarafından tanımlanan tüm tanı kriterlerini kapsamaktadır. Ölçeğin bir kesme noktası bulunmamaktadır ve yüksek puan TSSB için yüksek riski göstermektedir. Ortalama puan, toplam puanın toplam madde sayısı olan dokuza bölünmesiyle hesaplanmaktadır. Ölçeğin Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirliği değerlendirilmiş ve uygun bulunmuştur. Veriler R 4.2.1 yazılımı ile analiz edilmiştir. Her iki gözlem arasındaki ölçek puanlarının değişimi ilişkili örneklerde Wilcoxon İşaret Testi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık değeri $p<0,05$ kabul edilmiştir. Araştırma için herhangi bir finansal destek alınmamıştır ve yazarın bir çıkar çatışması bulunmamaktadır. Araştırma için 01 Temmuz 2020 tarihinde 2020/125 kayıt numarası ile Etik Kurul onayı alınmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 21,4±1,8'dir ve %50,7'si kadındır. Katılımcıların %45,2'si kendilerine verilen tanıma göre hayatlarında en az bir kez travma geçirdiklerini belirtmiştir ve %46,7'si COVID_19 sürecini bir travma olarak tanımlamaktadır. Pandemi dönemindeki en önemli kaygılarını kendilerinin ve ailelerinin sağlığı (%74,2) ve üniversitedeki öğrenim süreçlerindeki belirsizlik (%22,3) olarak belirtmişlerdir. Öğrencilerin tamamı DSÖ tarafından tanımlanan 13 travma türünden en az birisini geçirmiştir. En sık yaşanmış olan travmalar "diğer herhangi stresli bir olay ya da deneyim" (%31,8) ve "yakın bir kişinin ani ve beklenmedik ölümü" dür (%17,4). Temmuz 2020'de NESSS-PTSD ortalama puanı 1,53±0,81, Temmuz 2021'de ise 0,93±0,42 hesaplanmıştır. İki gözlem arasındaki ortalama puan değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Sonuç: Covid-19 pandemisi TSSB için potansiyel bir etiyolojik faktör olarak düşünülebilir. TSSB genellikle araştırılmadıkça tespit edilmemektedir ve daha karmaşık ruh sağlığı sorunları geliştirme eğilimindedir. Bir yıl arayla yapılan değerlendirme sonucunda TSSB puanlarında anlamlı azalma bulunmuştur. Bu durum özellikle yakın dönemde pandeminin önemli bir stres faktörü olduğunu göstermektedir. Gelecekte yaşanacak benzer olası durumlarda öğrencilerin ruh sağlığının korunmasına yönelik tedbirlerin erken evrede alınması faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, izlem, NSESSS-PTSD, Posttravmatik Stres Bozukluğu, tıp öğrencisi

[S044]
HACETTEPE SAĞLIK KOHORTU KATILIMCILARININ RUH SAĞLIĞI DURUMU VE OLASI ETKENLERİN BEYANA GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ

Şeyma Aliye Kara[1], Mustafa Enes Özden[2], Mithat Temizer[3], Ahmet Sertçelik[4], Eda Karadoğan[4], Hanife Uzar[4], Damla Özyürek[5], Bilal Buzgan[2], Alparslan Alp[6], Aslı Pınar[7], Bahar Güçiz Doğan[2], Burçin Şener[6], Deniz Yüce[8], Duygu Ayhan Başer[9], Hilal Aksoy[9], İzzet Fidancı[9], Lütfiya Hilal Özcebe[2], Murat Akova[10], Nursel Çalık Başaran[11], Oytun Portakal[7], Şehnaz Alp[10], Volkan Arslan[12], Zeliha Günnur Dikmen[7], Banu Çakır[4]

[1]Pursaklar İlçe Sağlık Müdürlüğü
[2]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
[3]Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü
[4]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Epidemiyoloji Bilim Dalı
[5]Ardahan Toplum Sağlığı Merkezi
[6]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı
[7]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı
[8]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kanser Enstitüsü ve Prevantif Onkoloji Anabilim Dalı
[9]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
[10]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı
[11]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[12]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: COVID-19 pandemisi boyunca yeni ortaya çıkan bir enfeksiyona ait tehdidin yarattığı stres, hastalıkla mücadele kapsamında alınan (tam) kapanma önlemleri, sağlık alanında çalışanların yaşadıkları iş yükü artışı gibi pek çok sebep tıp ve diş hekimliği fakültelerinde aktif sağlık bakımı veren öğrencilerin ruh sağlığı iyilik hallerinde değişime yol açmıştır. Bu araştırmada öğrencilerin psikolojik sağlamlıklarını ve olası faktörleri belirlemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Açık, prospektif kohort tipi araştırmada Hacettepe Öğrenci Sağlık Kohortu (HU-CoVaCS) verileri, kişi özelinde, toplamda 1223 öğrenci için kesitsel olarak analiz edilmiştir. Kohorta katılan Diş Hekimliği Dönem 4,5 ve Tıp Fakültesi Dönem 4-6 öğrencileriyle dört ardışık vizit (Haziran '21, Ekim '21, Mayıs '22, Haziran '23) gerçekleştirilmiştir. Araştırma için sırasıyla Sağlık Bakanlığı, HÜ-Klinik Araştırmalar Etik Kurulu ve TİTCK'dan onay alınmıştır. Aydınlatılmış onam verenlerden, onayladıkları maddelere göre: (çevrimiçi, bireye özel anonim kodlarla doldurulan) sosyodemografik özellikler ve sağlık anketi, DSÖ Yaşam Kalitesi-, Kısa Psikolojik Sağlamlık(KPS)- ve COVID-19 Korku Ölçekleri uygulanmış; antropometrik ölçümler ve laboratuvar testleri tamamlanarak, istatistik analizler yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistik olarak sayı (%) ya da [ortanca, (Çeyrekler arası dağılım aralığı)] değerler sunulmuştur. Katılımcıların KPS ölçeğinden (alınabilecek en düşük-en yüksek puan = 6-30) aldıkları puan grubun genel ortalamasına göre düşük veya yüksek olarak gruplandırılmış ve bu grupların karşılaştırılmasında Pearson Ki-Kare ve Mann Whitney U Testi kullanılmıştır; tip 1 hata payı 0,05(çift-yönlü) olarak alınmıştır. Araştırma bütçesi HÜ-BAP tarafından karşılanmış olup, yazarların herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Bulgular: Kohorta katılan öğrencilerden, 2021-2023 yıllarında eğitime devam edenlerin, ölçek (n=1195), fizik muayene (n=1157), kan sonuçlarının (n= 963) tam olanlar analizlerde incelenmiştir. Ruh sağlığı değerlendirmeleri katılımcıların en güncel verileri esas alınarak yapılmıştır. Buna göre, analizlerde yer alanların sırasıyla %28,8, %36,9, %22,6 ve %11,7'si 1,2,3 ve 4. vizit verileri esas alınarak incelenmiştir. Bu şekilde dolaşımda varyantlar kaynaklı hastalık sıklık ve şiddetindeki değişikliklerin ruh sağlığındaki olası etkileri konusunda da fikir sahibi olunması hedeflenmiştir. KPS ölçeği grup ortalama puanına (19,2) göre hesaplanan ruh sağlığı sağlamlık durumu (ortalamaya göre yüksek-altında) hesaplanmıştır. Katılımcıların araştırmaya katıldıkları vizit (p=0,613), cinsiyet (p=0,760), fakülte (p=0,437) ve beyanlarına göre; sosyoekonomik durum (kötü-orta-iyi) (p=0,383), baba kaybı (p=0,576), konaklama şartları (evde tek, evde ailesiyle, yurtta) (p=0,920), kendisini sağlıklı hissetme durumu (kötü, orta, iyi) (p=0,995), doktor tarafından konmuş bir tanısının olması (p=0,253), düzenli bir ilaç kullanma durumu (p=0,710), ruh sağlığı için düzenli ilaç kullanma durumu (p=0,946),

beslenme durumu (dengeli, düzenli, yetersiz) (p=0,672), haftada en az 3 kere fiziksel aktivite yapma durumu (p=0,245), uyku durumu (düzenli veya düzensiz) (p=0,054), sigara kullanma (p=0,343) ve alkollü içki içme durumu (p=0,348) ve COVID-19 geçirme durumu (p=0,512) incelendiğinde öğrencilerin KPS ölçeği puanına göre hesaplanan ruh sağlığı sağlamlık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Katılımcıların vücut kitle indeksi değerleri ruh sağlığı sağlam olarak değerlendirilenlerde [22,5 (5,2)] diğer gruptakine [23,2 (5,0)] benzerdir (p=0,345). Vitamin D değerleri ruh sağlığı sağlamlığı düşük olan grupta [19,7 (13,0)], diğer gruptakinden [20,5 (11,8)] anlamlı fark göstermemiştir (p=0,293). Ruh sağlığı sağlam olarak değerlendirilenler ile gruptaki diğer kişiler karşılaştırıldığında DSÖ Yaşam Kalitesi ölçeği toplam puan (p=0,015), fiziksel sağlık (p<0,001), ruh sağlığı (p=0,006), sosyal çevre (p=0,001) ve çevre (p<0,001) alt grup puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. COVID-19 Korku Ölçeği puanı ile ruh sağlığı sağlamlık durumu (kötü;iyi) arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki bulunmuştur (14;12 puan, p<0,001)

Sonuç: Araştırmada COVID-19 Korku Ölçeği puanı ile ruh sağlığı sağlamlık durumu arasında anlamlı negatif bir ilişki bulunmuştur. KPS ölçeği puanı ile DSÖ yaşam kalitesi ölçeği alt puanları arasında pozitif ilişki vardır. İncelenen bireysel faktörler arasında öğrencilerin ruh sağlığı sağlamlık durumunu bağımsız olarak açıklayan saptanmamıştır. İleride yapılacak çalışmalarda ruh sağlığının belirleyicisi olabilecek çevresel faktörlerin detaylı olarak incelenmesi ve niteliksel çalışmalar ile desteklenmesi değerlidir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19 Korku Ölçeği, öğrenci, Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği, kohort

[S045]
ASİSTAN HEKİMLERDE ŞİDDETE MARUZ KALMA VE İŞ DOYUMU İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Uğur Ülgen, Ahmet Alp Aker, Naime Akdaş, Durdunaz Ok, Merve Kayabaşı, Huriye Çoban, İbrahim Kapan, Hüseyin Sami Toprak
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Kocaeli

Giriş ve Amaç: Görev yerinde, yapılan görev nedeniyle maruz kalınan şiddet, hemen hemen tüm sektörleri ve tüm çalışanları etkilerken sağlık çalışanları büyük risk altındadır. Çalışanların şiddete maruz kalması ciddi zihinsel, duygusal ve davranışsal sorunlara yol açabilmektedir. Yapılmış çalışmalarda, işyerinde şiddet veya saldırganlığa maruz kalmanın çalışanlarda stres, depresyon, kaygı düzeyinin artması, tükenmişlik, ailevi sorunlar, özgüvenin düşmesi, sosyal izolasyon, alkol problemleri ve konsantrasyonun bozulması gibi olumsuz sonuçlar ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. İş doyumu, bireylerin işlerinden ne ölçüde memnun olduklarını ifade etmektedir. İşyerinde şiddetin, çalışanların iş doyumlarını bozarak işe karşı tutumlarını değiştirebileceği öne sürülmektedir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız kesitsel nitelikte olan bir araştırmadır. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı izinler alındıktan sonra Ağustos- Ekim 2023 tarihleri arasında uygulanmıştır. Üçüncü basamak bir sağlık tesisinde hasta ve hasta yakınları ile doğrudan ve daha uzun süreli temas ettiği için dahili ve cerrahi bilimlerde çalışan 685 asistan hekim çalışmanın evreni olarak belirlenmiş ve örneklem büyüklüğü 246 kişi olarak hesaplanmıştır. Hekimlerin yoğun çalışma şartları nedeniyle asistan hekimlere ulaşmakta güçlük çekilmiştir ve 201 asistan hekime ulaşılmıştır. Araştırmanın bağımsız değişkenleri; yaş, cinsiyet, çalışılan bölüm, çalışma saatleri, psikososyal tehlikelere maruz kalma durumu ve son bir yılda sağlık çalışanlarına yönelik şiddete maruz kalma durumudur. Araştırmanın bağımlı değişkeni; Minnesota İş Tatmin Ölçeği puanıdır. Minnesota İş Tatmin Ölçeği içsel ve dışsal doyum faktörlerini ortaya çıkarıcı özelliklere sahip, 20 maddeden oluşan beşli likert tipi (1'den 5'e kadar değişen puanlamaya sahip) bir araçtır. Verilerin analizinde SPSS 21.0 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı veriler sürekli değişkenler için ortalama ± standart sapma, kategorik değişkenler için sayı ve yüzde olarak gösterilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygun olup olmadığı Shapiro Wilk testiyle değerlendirilmiştir. Verilerin dağılımın normal olduğu durumlarda bağımsız değişkenlerde student t testi uygulanmıştır. Kategorik değişkenlerin analizinde Ki-kare testi kullanılmıştır. İstatiksel anlamlılık için $p<0,05$ değeri anlamlı olarak kabul edilmiştir. Araştırmada finansal destek alınmamıştır ve herhangi bir çıkar çatışması yoktur

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 28,63±2,42'dir. Katılımcıların 89'u (%44,3) erkek, 112'si (%55,7) kadındır. Katılımcıların 108'i (%53,7) bekar, 93'ü (%46,3) evli olup 33 kişinin çocuğu vardır. Çalışmaya katılanların sigara kullanım oranı %29,4 (n=59), alkol kullanım oranı ise %49,8 (n=100)'dir. Katılımcıların 23'ünün (%11,4) kronik hastalık öyküsü bulunmaktadır. Araştırmaya katılan doktorların 114'ü (%56,7) dahili bilim dalında, 87'si (%43,3) cerrahi bilim dalında çalışmaktadır. Çalışmaya dahil edilenlerin haftalık ortalama çalışma süresinin 56,91±19,32 saat olduğu görülmüştür. Katılımcıların 147'si (%73) bölümlerinde nöbet tuttuklarını belirtmiştir. Katılımcılardan 92'si (%45,8) çalıştığı zamanlarda şiddetle karşı karşıya kalma konusunda önemli derecede endişeli olduğunu belirtmiştir. Araştırmaya katılanlardan 152 kişi (%75,6) sağlık çalışanı arkadaşına yönelik şiddete tanık olduğunu ifade etmiştir. Katılımcılardan 99'u (%49,3) meslek hayatı boyunca, 68'i (%33,8) son 1 yıl içerisinde hekimlik görevini yaparken şiddete uğradığını belirtmiştir. Son 1 yıl içerisinde şiddete uğradığını belirten 68 asistan hekimin hepsi (%100) sözel şiddete, 8'i (%11,8) fiziksel şiddete, 4'ü (%5,9) cinsel şiddete uğradığını belirtmiştir. Son 1 yıl içerisinde yaşanan 68 şiddet olayının 40'ı (%58,8) muayene odasında, 51'i (%75) hasta yakını tarafından gösterilmiş olup şiddet uygulayanların 59'u (%86,8) erkektir. Araştırmamızda 68 asistan hekimin 44'ü (%67,7) güvenlik önlemleri yetersiz olduğu için, 35'i (%51,5) hasta ve yakınları kendileri ile ilgilenilmediğini düşündükleri için şiddet olayının yaşandığını ifade etmiştir. 68 olaydan yalnızca 8'i (%11,8) için herhangi bir işlem yapılmıştır. Çalışmamızda, şiddet olayının kurum veya adli merciler tarafından ele alınma şeklinden 68 hekimden 51'inin (%75) memnun

kalmadığı görülmüştür. Araştırmamıza katılan cerrahi branşta çalışan asistan hekimlerin iş doyumu düzeyi (60,54±13,49), diğer bölümlerde çalışan asistan hekimlere göre (64,75±13,82) daha düşüktür (p=0,032). Çalışmamızda son bir yıl içinde sağlık çalışanlarına yönelik şiddete maruz kalan asistan hekimlerde saptanan iş doyumu düzeyi (59,07±13,41), şiddete maruz kalmayan asistan hekimlere göre (64,90±13,63) daha düşüktür (p=0,04). Cinsiyetler arasında şiddete maruziyet, şiddet türü ve iş doyumu düzeyinde anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,836).

Sonuç: Araştırmaya katılan asistan hekimlerin şiddete uğrama düzeyinin yüksek olduğu ve hekimlerin şiddete uğrama konusunda endişeli oldukları görülmüştür. Şiddete maruziyet arttığında iş doyumunun azaldığı tespit edilmiştir. Şiddetin önlenmesi için gerekli ve yeterli önlemler alınarak hekimlerin iş doyumunun artırılması sağlanmalıdır. Araştırmanın kısıtlılıkları; hedeflenen örnekleme asistan hekimlerin yoğun iş temposundan dolayı ulaşılamamıştır ve sadece bir sağlık tesisindeki asistan hekimlerde yapılmış olması nedeni ile bulguların diğer asistan hekimlere genellenmesinde dikkatli olunması gerekmektedir. Şiddet haricinde mobbing, ücretlendirme ve psikiyatrik sorunlar da iş doyumu üzerinde etkili olabilir, bu faktörler iş doyumu ölçeğinde belirtilmiştir ama araştırmamızda iş doyumu ile detaylı ilişkisi incelenmemiştir.

Anahtar Kelimeler: Asistan, sağlıkta şiddet, iş doyumu

[S046]
COVID-19 GÖLGESİNDE EBEVEYNLERİN GELENEKSEL TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TIP UYGULAMALARINA BAKIŞI

Ayşe Nur Taştekin Ayvalı[1], Neriman Aydın[1], Elif Okşan Çalıkoğlu[1], Nilgün Çöl[2]
[1]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Gaziantep
[2]İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Gaziantep

Giriş ve Amaç: COVID-19 enfeksiyonu erişkinleri olduğu kadar çocukları da etkilemiştir. COVID-19 özelinde hakkında çok fazla bilgi sahibi olunmayan hastalıklarda kişiler kendileri ve çocukları için tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerine başvurabilmektedir. Bu araştırmanın amacı 5 yaşından küçük çocuğu olan ebeveynlerin; COVID-19 salgını döneminde çocuklarının aşı ve izlemlerini yaptırma durumlarını ve salgından korunmak için ne gibi önlemler aldıklarını, duydukları veya kullandıkları geleneksel tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerini ve bazı geleneksel inanışlar hakkındaki düşüncelerini saptamaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma kesitsel tipte bir çalışmadır. Çalışma için Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır (Karar no: 2021/79, Tarih: 07.04.2021). Evren Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Pediatri Polikliniği'ne Nisan 2021-Haziran 2021 tarihleri arasında başvuran 5 yaş altı çocuğu olan ebeveynlerden oluşmaktadır. Daha önce yapılan benzer bir çalışmada tamamlayıcı ve alternatif tıp tedavisinin çocuklarda kullanımı %58.6 olarak bulunmuştur. Bu oran dikkate alınarak Medcale (version 11.5.1) programında %80 güç,α=0.05 ve etki büyüklüğü %10 alınarak minimum örneklem büyüklüğü 176 olarak hesaplanmış ve gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Çalışma da sözlü onam veren 180 kişiye literatür taranarak; ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri, COVID-19 salgını sırasında çocuklarının aşı ve izlemlerini yaptırma durumları ile salgından korunmak için yaptıkları uygulamalar, duydukları ya da kullandıkları geleneksel tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemleri ve bazı geleneksel inanışlar hakkındaki düşüncelerini içeren anket formu uygulanmıştır. Verilerin analizinde SPSS 25.0 paket programından yararlanılmıştır. Normal dağılıma uygunluk testleri ile değişkenler incelenmiştir. Tanımlayıcı istatistikleri belirtmek için ortalama, ortanca, standart sapma, minimum-maksimum değerler kullanılmıştır. Analizlerde ise Ki-Kare testi kullanılmıştır. P değeri 0,05'in altında olduğunda istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan ebeveynlerden anne ve babaların yaş ortalaması sırasıyla 29,70±6,43 yıl ve 33,94±7,16 yıldır. Katılımcıların sahip oldukları çocuk sayısı en az 1,en çok 7 ve hane başına düşen toplam kişi sayısı en az 2,en çok 13 kişidir. Çocuklar ortalama 21,54±15,13 aylıktır. Ebeveynlerin öğrenim durumu en yüksek oranda ortaokul-lise mezunudur. Bu oran annelerde %38,3 (n=69) iken babalarda %50'dir (n=90). Çalışma durumlarına baktığımızda annelerin %7,8'i (n=14) babaların ise %91'i (n=162) çalışmaktaydı. Ebeveynlerin 163'ü (%90,6) COVID-19 salgını döneminde çocuklarının rutin aşılama ve izlemlerini yaptırdığını belirtti. Katılımcıların 111›i (%61,7) salgın döneminde çocukları hastalandığında hastaneye götürmekten çekindiğini belirtti.129 kişi (%71,7) ise toplu oyun alanlarına gitmelerine sınırlama getirdiğini bildirdi. Salgın döneminde çocuğun bakımı ile ilgili olarak ebeveynlerin 75›i (%49) çocuğun beslenmesine daha çok dikkat ettiğini,22'si (%14,4) ek olarak D vitamini verdiğini belirtti. Anne ve babaların eğitim düzeyiyle salgın döneminde çocuklarının rutin aşı ve izlemlerini yaptırma durumları arasında anlamlı bir fark bulunmadı (Anneler için p=0,576, babalar için p=0,694). Katılımcıların hastalıkların tedavisi için tıbbi ilaç dışında en sık duyduğu yöntemlerin başında bitkisel çay (%62,8) ve ılıca-kaplıca (%41,1) uygulamaları gelmektedir. Ebeveynlerin çocuklarını hasta olduğunda doktora götürmek dışında en sık kullandıkları yöntemlerin dua okutmak (%10,6) ve gözüne sürme çekme (%3,9) olduğu belirlendi. Ebeveynlerin çoğu çocukları için takviye edici gıda olarak vitamin (%14,4) ve omega-3 (%11,1) kullandığını belirtti. Ebeveynlere bazı geleneksel inanışlar hakkındaki düşünceleri sorulduğunda %61,1'i (n=110) bebekleri kundaklamanın doğru olduğunu, %4,4'ü (n=8) emzirmek için doğumdan sonra üç ezan beklenmesi gerektiğini, %6,7'si (n=12) ağız sütünün bebeğe verilmemesi gerektiğini belirtti.

Sonuç: Çalışmamızda COVID-19 salgını sırasında ebeveynlerin çocuklarını hastaneye ve toplu oyun alanlarına götürme konusunda sınır getirdikleri gözlenmektedir. Bu durum çocukların normal gelişimlerini olumsuz etkileyecektir. Aynı zamanda kronik hastalığa sahip olan çocukların kontrollerinin ve tedavilerinin aksamasına sebep olabilir. Bazı ebeveynler emzirmek için doğumdan sonra üç ezan beklemek ve ağız sütünün bebeğe verilmemesi gerektiğini düşünmektedir. Bu konuda kolostrumun, anne sütünün ve emzirmenin bebek için olan faydası hakkında annelerin bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Yine ebeveynlerin çocukları hastalandığında doktora götürmek dışında başka uygulamalar yaptığı gözlenmektedir. Uygulanan bu yöntemler hekimler tarafından sorgulanmalı ve kişiler bu konuda da bilinçlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, Geleneksel, Alternatif, Tamamlayıcı, Tıp

[S047]
HEALTH LITERACY AND SELF MANAGEMENT BEHAVIORS OF DIABETES' PATIENTS DURING THE PANDEMIC

Selma Ceylan[1], Gülay Yılmazel[2]
[1]*Hitit University Graduate Education Institute, Çorum, Türkiye*
[2]*Faculty of Health Science, Hitit University, Çorum, Türkiye*

Introduction and Aim: Low health literacy is a modifiable risk factor for Type 2 diabetes.Health literacy has been shown to impact health outcomes in patients with diabetes. On the other hand, it was stated that the level of health literacy in Turkish society is at an insufficient level. In addition, individuals with Type 2 diabetes in the Turkish population had an insufficient or limited/problematic level of health literacy. In light of all this information, in the pandemic period, self management of diabetes may be a predictor for health literacy levels. This study was conducted to determine the level of health literacy and self-management behaviors among Type 2 diabetes patients during pandemic.

Materials-Methods: This cross-sectional study was conducted between April 2021 and April 2022 in Çorum City, Türkiye.

Sampling and data collection

The study population consisted Type 2 diabetes patients who were admitted to the two hospitals, who were 20 years of age or older, were at least literate, could speak Turkish, had no visual, hearing and speech disabilities, and had no psychiatric diagnosis. Based on the knowledge that the prevalence of diabetes is 15% in our country, the minimum sample size was calculated as 195. The study was completed with the participation of 210 volunteer Type 2 diabetes patients.

Ethics committee approval was obtained from the Non-Interventional Research Ethics Committee (2021-113) for implementing the study. Necessary research permissions were obtained from Çorum Provincial Health Directorate. The researcher obtained the data by filling in a questionnaire form by face-to-face interview method. Answering the questionnaire took an average of 15-20 minutes.

Data Collection and Measures

The researcher prepared a questionnaire form, and a face-to-face interview was used to collect the data.

The first part of the questionnaire includes the socio-demographic and clinical characteristics of the patients. In the second stage of the questionnaire, the "European Health Literacy Scale (ASOY-TR-47)", the "Modified Morisky" Scale and COVID-19 check list was used.

Variables of the Study

Dependent variables of the study

The level of health literacy, adherence to treatment and preventive COVID-19 behaviours of type 2 diabetes patients are the dependent variable of this study.

Independent variables of the research

The study's independent variables included demographic variables such as age, gender, education, marital status, family structure, number of people in the household, health insurance, economic status, general health perception, and clinical characteristics of the patients. Time spent with the disease, genetic history, comorbidities other than type 2 diabetes, history of COVID-19 infection, some health-related lifestyle behaviours, regular blood sugar controls, smoking and alcohol use, routine control periods for diabetes, following current

developments about the disease, treatment used regimen, complications of diabetes, FPG value, HgA1c value, height (cm), weight (kg) are other independent variables that include clinical characteristics.

Data Analysis: Evaluation of the research data was made through the SPSS 22.0 program. Percentage, mean, standard deviation and median were used in descriptive analyses. The chi-square and Fisher's exact tests were used to analyze categorical variables. Spearman's Correlation analysis was performed to determine the strength and direction of the relationship between the variables. A p-value of <0.05 was considered statistically significant in the evaluations.

Results: Of the participants, 84.3% had high adherence to treatment with a mean score of 4.79±1.35. The mean health literacy score was 28.04±9.74, and 36.7% of the participants had insufficient and 37.1% had limited health literacy. It was determined that the preventive COVID-19 behaviours were weak in 45.2% of the participants, with a median score was 14. A positive significant relationship was found between adherence to treatment (r: 0.053), preventive COVID-19 behaviours (r: 0.178) and health literacy levels (p< 0.05). A negative significant relationship was found between the participants' age (r: -0.237), disease years (r:-0.211), and health literacy levels (p<0.05). Conclusion: Adherence to treatment and preventive COVID-19 behaviours are associated with health literacy. Improving the health literacy skills of diabetes patients will facilitate disease management during pandemics.

This study was limited to Type 2 diabetic patients who applied to a research hospital clinics.

Conclusion: Compliance with diabetes-specific protective COVID-19 behaviors does not coincide with high adherence to treatment. The health literacy levels of these patients are a reflection of their adherence to treatment and protective COVID-19 behaviors.

Keywords: Type 2 diabetes, adherence to treatment, health literacy, COVID-19, behaviors

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S048]
KANAL HASUDER'DE 2021-2022 VE 2022-2023 YAYIN DÖNEMLERİNDE YAYINLANAN WEBİNERLERİN İZLENME ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Nuri Alp Özünlü[1], Salih Keskin[1], Bengü Nehir Buğdaycı Yalçın[2], İpek Gündoğdu[1], İlke Karadağlı Üçüncü[3], Mine Yenice[4], Beyhan Cengiz Özyurt[5], Lütfi Saltuk Demir[6], Alp Ergör[1]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD., Türkiye
[2]Adıyaman Besni İlçe Sağlık Müdürlüğü, Türkiye
[3]İstanbul Büyükçekmece İlçe Sağlık Müdürlüğü, Türkiye
[4]Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Türkiye
[5]Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD., Türkiye
[6]Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD., Türkiye

Giriş ve Amaç: Dijital platformların yükselişi, halk sağlığı eğitimine yeni perspektifler sunmaktadır. Bu bağlamda, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği'nin YouTube kanalı (Kanal HASUDER), 2012 yılından itibaren izleyicilere yalnızca bilgi sağlamakla kalmayıp, güncel mesleki konulardan afet iletişimine kadar çeşitli temalar üzerinde tartışma fırsatı da sunmaktadır. İletişim kanalının etki alanı genişledikçe, hedef kitleye yönlendirilen mesajların aktarımı kolaylaşabilmektedir. Kanalın izlenme özelliklerinin detaylı bir şekilde anlaşılması, etki alanının genişlemesine ve bu doğrultuda yeni politikaların geliştirilmesine katkı sağlayabilecektir. Bu nedenle, çalışmamızın odak noktası Kanal HASUDER'de son iki yayın dönemi (2021-2022 ve 2022-2023) içerisinde gerçekleştirilen webinerlerin izlenme özelliklerini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tanımlayıcı tipteki bu araştırmada Kanal HASUDER'de 2021-2022 (02.09.2021-01.09.2022) ve 2022-2023 (02.09.2022-01.09.2023) yayın dönemlerinde canlı olarak yayınlanmış webinerlerin ilgili dönemlere ait izlenme verileri YouTube Studio üzerinden elde edilerek incelenmiştir. Webinerler; araştırmacılar tarafından sınıflanan konu, toplam görüntüleme, toplam izlenme süresi, izleyicilerin cinsiyeti, izleyicilerin yaş grubu, izlenme için kullanılan cihaz, izlenme konumu, ortalama gösterim, ortalama gösterim tıklama oranı, ortalama görüntüleme ve ortalama görüntüleme süresi değişkenleri açısından değerlendirilmiştir. YouTube, 2021-2022 dönemi için cinsiyet, yaş grubu ve konum verilerinin sağlıksız olduğunu açıkladığı için bu veriler değerlendirmeye dahil edilmemiştir. Görüntüleme, her video için yapılan geçerli görüntüleme sayısıdır. Toplam izlenme süresi, görüntülemelerde kaydedilen toplam izlenme süresidir. Gösterim, video küçük resimlerinin YouTube'daki izleyicilere gösterilme sayısıdır. Ortalama gösterim tıklama oranı, gösterim başına izlenme sayısıdır. Ortalama görüntüleme süresi, görüntüleme başına ortalama izlenme süresidir. Tanımlayıcı bulgular; sürekli sayısal veriler için ortalama ve standart sapma, kategorik veriler ise sayı ve yüzde ile sunulmuştur. Sayısal veriler t-testi ile karşılaştırılmış, anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir. Analizler için R versiyon 4.1.0 kullanılmıştır. Çalışma için etik kurul izni gerekmemektedir. Çalışma için finansal destek alınmamıştır. Herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Bulgular: Kanalda her iki yayın döneminde de 25 webiner olmak üzere iki dönemde toplam 50 içerik yayınlanmıştır. 2021-2022 döneminde profesyonel gelişim (%24), bulaşıcı hastalıklar (%16) ve bulaşıcı olmayan hastalıklar (%16) en sık işlenen üç konu iken, izleyen dönemde; sırasıyla afetler (%48), bulaşıcı hastalıklar (%8), çevre sağlığı (%8), iletişim (%8) ve sağlık politikaları (%8) yayınlarda en çok işlenen konulardır. Toplam görüntüleme sayısı 2021-2022 döneminde 9802, 2022-2023 döneminde 13047 olarak bulunmuştur. Toplam izlenme süresi 2021-2022 döneminde 2049 saat, izleyen dönemde 3576 saattir. 2022-2023 yayın döneminde videoları görüntüleyen izleyicilerin özellikleri incelendiğinde; %65,5'inin kadın, %64,6'sının 25-34 yaş grubunda olduğu tespit edilmiştir. Bu grup, en geniş izleyici kitlesini oluşturmakta ve grubun ortalama görüntüleme süresi 25 dakikadır. 45-54 yaş grubu toplam izleyicilerin %5,2'sini oluştururken bu grubun ortalama görüntüleme süresi 40 dakikadır. 2021-2022 döneminde izleyicilerin %43,5'inin kanala abone iken, bu oran 2022-2023 dönemi için %50,6'dır. 2021-2022 döneminde toplam görüntülemelerin içinde cep telefonun payı %59,6 iken, izleyen dönemde bu oran %63,4 bulunmuştur. Bilgisayarın izlenme içindeki payı iki dönem için sırasıyla %35,9 ve %31,1'dir. 2021-2022 döneminde cep telefonundan ortalama görüntüleme süresi 8 dakika iken

sonraki dönem için 11 dakikadır. Bilgisayar için bu süreler sırasıyla 18 ve 24 dakikadır. 2022-2023 dönemi için toplam görüntüleme sayısına bakıldığında kanalın en çok izlendiği üç il; sırayla Ankara, İstanbul ve İzmir'dir. İlgili dönemlerde yayınlanan webinerlerin özellikleri incelendiğinde; 2021-2022 dönemindeen çok görüntülenen üç webiner sırayla; Hastalık Yönetim Platformu, Halk Sağlığı Uzmanlarının Görev Tanımı ve İstihdamı ile Türkiye'de Serviks Kanserinin Eliminasyonu'dur. 2022-2023 döneminde ise; FORUM: Deprem Bölgesinde HSU, Deprem Sonrası Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolü ve Deprem Sonrası HASUDER Ekibi Hatay Ziyareti Değerlendirmesi'dir. Webinerler için ortalama gösterim tıklama oranı, 2021-2022 döneminde %3,6 iken izleyen dönemde %4,4 olarak bulunmuştur. Ortalama görüntüleme 2021-2022 döneminde 392, 2022-2023 döneminde ise 522'dir. Ortalama görüntüleme süresi 2021-2022 döneminde 11,4 dakika iken izleyen dönemde 12,2 dakika olarak tespit edilmiştir. İzlenme süresi, görüntüleme, paylaşım, beğeni, yeni aboneler, ortalama görüntüleme süresi, gösterim tıklama oranı ve gösterimler yönünden iki döneme ait videolar karşılaştırılmıştır. Yalnızca, 2022-2023 dönemi içerikleri 2021-2022 dönemine kıyasla daha fazla ($p<0.001$) gösterilmiş, diğer kıyaslamalarda istatistiki olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunamamıştır.

Sonuç: 2021-2022 döneminde en sık profesyonel gelişim konusu işlenmişken sonraki dönemde yaşanan büyük depremlerin etkisiyle webinerlerin afetler başlığı altında toplandığı tespit edilmiştir. Hastalık Yönetim Platformu gibi uzmanlık alanı dışına da hitap edebilecek pratik yayınların daha geniş kitlelere ulaştığı tespit edilmiştir.

Hem toplam görüntüleme hem de toplam izleme süresi 2022-2023 döneminde önceki döneme kıyasla artmıştır. Kanal izleyicilerinin üçte ikisinin 25-34 yaş grubunda olması kanalın asistan ve genç uzman hekimlerce de takip edildiğini işaret ediyor olabilir.

45-54 yaş grubunun (40 dk) videoları 25-34 yaş grubuna (25 dk) kıyasla daha uzun süre izlediği saptanmıştır Yayınların izlenmesinde en sık (%63,4) cep telefonu kullanılmaktadır ve cep telefonu kullanımının arttığı gözlenmektedir. 2022-2023 döneminde cep telefonu üzerinden ortalama görüntüleme süresi 11 dakikadır. İletilmek istenen mesajların hedefine ulaşması bağlamında izleyicilerin ortalama izleme süresi ve cihaz tercihleri dikkate alınmalıdır. Daha geniş kitlelere ulaşmak amacıyla uzmanlık alanı dışında içerikler tercih edilebilir.

Anahtar Kelimeler: çevrimiçi toplantı, halk sağlığı iletişimi, kitle etkileşimi, webiner, YouTube

[S049]
MANİSA'DA AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN ERİŞKİNLERDE UYKU KALİTESİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Kübra Çiçek, Şehmus Savat, Talatcan İkizoğlu, Tahsin Yalçın, Taha Orcan Sporcu, Umut Cem Kılınçarslan, Uğurcan Çakıcı, Yağmur Kılıçdere, Erhan Eser
Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Manisa

Giriş ve Amaç: Uyku kalitesi, uyanıkken dinlenmiş olma hissi ve uykudan uyanırken uykunun nasıl yaşandığına dair hissedilen duyguların öznel endekslerini ifade eder. Kişi uyandıktan sonra kendini güne başlamak için dinlenmiş ve zinde hissediyorsa uykusu kaliteli olarak değerlendirilebilir. Bu çalışmanın amacı, Manisa'da seçilen Aile Sağlığı Merkezleri'ne başvuran 18-64 yaş aralığındaki bireylerde uyku kalitesini ve etkileyen faktörleri belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Bu kesitsel araştırmanın evrenini Manisa'da beşi kentsel, ikisi yarıkentsel bölgede bulunan 7 Aile Sağlığı Merkezine (ASM) kayıtlı, araştırma dönemi boyunca ASM'ye başvurusu beklenen 18-64 yaş arası 3000 kişi oluşturmaktadır. Örnek büyüklüğü %95 güven, %20 kötü uyku kalitesi prevalansı ve %4 hata payı ile Epi İnfo 7 programı kullanılarak 341 kişi olarak hesaplanmıştır. 350 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir (n=350). Araştırmanın bağımlı değişkeni uyku kalitesi, uykuya dalmakta zorlanma ve uykunun istem dışı bölünmesidir. Uyku kalitesini ölçmek için Pittsburgh uyku kalitesi indeksi (PUKİ) kullanılmıştır. Ölçeğin 7 alt boyutu bulunmaktadır ve her alt boyut 0-3 arasında puan almaktadır. PUKİ puanının 5'in altında olması iyi uyku kalitesi, 5 ve üzerinde olması kötü uyku kalitesi olarak değerlendirilmektedir. Çalışmanın 2. bağımlı değişkeni uykuya dalmakla ilgili sorun yaşamadır. Bu bağımlı değişkeni ölçmek için "Uykuya dalmakla ilgili ne kadar sıklıkla sorun yaşarsınız?" sorusu kullanılmıştır. Cevap şıkları "1) Hiçbir zaman, 2) Nadiren, 3) Ara sıra, 4)Çoğunlukla, 5)Her zaman" olarak oluşturulmuştur. Çalışmanın 3. Bağımlı değişkeni ise "Uykudan istem dışı uyanma" dır. Bu bağımlı değişken "Uykudan istem dışı uyanma sıklığınız nedir?" sorusu ile değerlendirilmiştir. Cevap şıkları ise " 1) Hiçbir zaman, 2) Nadiren, 3) Ara sıra, 4)Çoğunlukla, 5)Her zaman" şeklinde oluşturulmuştur. Bağımsız değişkenler; sosyodemografik ve yaşam biçimi özellikleri, kronik hastalık ve tanı almış psikiyatrik hastalık varlığı, uyumadan 4-6 saat önce kafeinli içecek tüketme durumu, uyumadan önce işlenmiş gıda tüketimi, uykuya dalmadan yarım saat önce teknolojik alet kullanımı, uyuduğu odadaki kişi sayısı, uyuduğu odanın ışık durumu, uyuduğu odanın sessizlik durumu gibi uyku ile ilişkili özelliklerdir. Veriler SPSS 23.0 istatistik programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Tek değişkenli analizlerde Ki-Kare testi; çok değişkenli analizde lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Tip 1 hata değeri $p<0.05$ olanlar anlamlı kabul edilmiştir. Etik onay Manisa Celal Bayar ÜTF Etik kurulundan alınmıştır. Çalışma için finansal destek alınmamıştır. Yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Bulgular: Araştırma grubunun yaş ortalaması 40.56±12.87; %58.6'sı kadındır. Katılımcıların %63.4'ü evli; %51.1'i alt sosyal sınıfa dahildir. PUKİ'ye göre katılımcıların %69.1'i kötü uyku kalitesine sahiptir. Katılımcıların %47.4'ü uykuya dalmakta güçlük çekmekte; %48.6'sı ise uykudan istem dışı uyanmaktadır. Çalışmamızda yaptığımız tek değişkenli analizlere göre evli olmayanlarda, 18-40 yaş aralığında olanlarda, aile büyükleri ile yaşayanlarda, sigara kullananlarda, alkol kullananlarda, çalışanlarda, psikiyatrik tanısı bulunanlarda, iş yeri stresli olanlarda, son bir ayda fazladan mesai yapanlarda, uyuduğu odada gürültü olanlarda, uyumadan önce 0-3 saat içerisinde yemek yiyenlerde kötü uyku kalitesi sıklığı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. ($p<0.05$) Çalışmamızda uyku apnesi olanlarda, kronik ağrısı olanlarda, psikiyatrik tanısı olanlarda ve uyuduğu odada gürültü olanlarda uykuya dalmakla ilgili sorun yaşama sıklığı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmamızda kadınlarda, çalışmayanlarda, alt sosyal sınıfta, gelir giderden az olanlarda, kronik ağrısı olanlarda, tanılı psikiyatrik rahatsızlığı bulunanlarda, uyumadan 4-6 saat önce kahve tüketmeyenlerde ve gürültülü odada uyuyanlarda uykudan istem dışı uyanma sıklığı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Çok değişkenli analizlerde sigara kullanmanın 2.00 kat (%95GA: 1,03-3,89), evli olmamanın 2,52 kat (%95GA: 1,20-5,30), uyunan oda gürültülü olmasının 3,19 kat (%95GA: 1,13-9,04) uyku kalitesinin kötü olma riskini arttırdığı bulunmuştur.

Kronik ağrı sahibi olmanın 2.02 kat (%95GA: 1.08-3.75), psikiyatrik tanı sahibi olmanın 3.95 kat (%95GA: 1.62-9.63), uyunan odada gürültü olmasını 1.68 kat (%95GA: 0,98-2.88) uykuya dalmakta sorun yaşama riskini arttırdığı bulunmuştur. Çok değişkenli analizlerde kadın olmanın 1.65 kat (%95GA: 1.03-2.65), kronik ağrı sahibi olmanın 4.96 kat (%95GA: 2.40-10.25), psikiyatrik tanı sahibi olmanın 3.58 kat (%95GA: 1.48-8.68), ve uyumadan önce kahve tüketmemenin 1.71 (%95GA:1.07-2.73) kat uykudan istem dışı uyanma riskini arttırdığı bulunmuştur.

Sonuç: Araştırmamızda toplumun yarısından fazlasının uyku kalitesinin kötü olduğu saptanmıştır. Uykuya dalmakta sorun yaşama ve uykudan istem dışı uyanma durumu da çalışmamızda tespit ettiğimiz diğer sorunlardır. Uyku bozuklukları, toplumumuzda oldukça yaygın bir sorundur. Kadınlar, evli olmayanlar, psikiyatrik tanısı olanlar, kronik ağrısı olanlar, sigara içenler, uyuduğu odada gürültü sorunu yaşayanlar uyku kalitesi ve bozukluğu açısından riskli gruplardır. Uyku bozukluğunda bireyi fiziksel ve psikolojik açıdan ele alırken aile hekimleri hastalarına bütüncül yaklaşarak kronik ağrı yönetimi yapılabilir ve uyku hijyeni hakkında bilgilendirme yapılabilir.

Anahtar Kelimeler: Uyku, uyku kalitesi, uyku hijyeni

[S050]
FİZİK TEDAVİ REHABİLİTASYON VE TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK TEKNOLOJİSİ BİLGİ DÜZEYLERİ

Gonca Gül Özdemir[1], **Bülent Kılıç**[2]
[1]*Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir*
[2]*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir*

Giriş ve Amaç: Bu çalışmanın amacı, bir üniversitede, 2022-2023 eğitim yılında öğrenim gören Tıp ve Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon (FTR) fakülteleri son sınıf öğrencilerinin sanal gerçeklik, sağlıkta teknoloji kullanımı ve etik boyutu konusunda bilgi düzeylerini ve etkileyen etmenleri saptamaktır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki bu çalışmada veriler önceden yapılandırılmış bir anket formuyla, yüz yüze görüşmeler yapılarak toplanmıştır. Araştırmanın evrenini FTR ve Tıp Fakültesi 2022-2023 eğitim dönemi son sınıf öğrencileri oluşturmaktadır ve toplam 420 öğrencidir. Örnek seçimi yapılmayıp evrenin tamamına ulaşmak hedeflenmiştir. Ulaşılabilirlik oranı 242 öğrenci ile %58'dir. *Öğrencilerin bilgi düzeyini belirlemek için sekiz soru bulunmaktadır ve toplam puanlama* 100 *üzerinden yapılmıştır.* Araştırmanın bağımlı değişkenleri; Sağlıkta Teknoloji Kullanımı (STK), Sanal Gerçeklik (SG) ve Etik Sorunlar (ES) hakkındaki bilgi düzeyleridir. Yeterli bilgi düzeyi puanı bu bölümlerdeki soruların her birinden en az yüzde elli puan alınması koşulu ile toplamda en az 50 puan ve üstü olarak belirlenmiştir. Araştırmanın bağımsız değişkenleri yaş, cinsiyet, fakülte, anne-baba mesleği, sağlık teknolojileriyle ilgili bilgi düzeyini yeterli görme durumu, STK ile ilgili yeterli eğitim alma durumu, SG uygulamasını tecrübe etme durumu ve ES ile ilgili eğitim alma durumudur. Bağımsız gruplarda iki grup arasındaki ortalamalar arası farklılık için t testi yapılmıştır. Sayımla belirtilen gruplar arasındaki farklılık için ki-kare testi uygulanmıştır. Lojistik regresyon testlerinde bilgi düzeyi iki kategoride (Bilgili/Bilgisiz) olarak belirlendikten sonra bağımsız değişkenlerin bilgi düzeyini ne kadar etkilediğine bakılmıştır. Değişkenler arasındaki korelasyon ilişkisi Spearman korelasyon analizi ile incelenmiştir. Araştırmanın etik kurul onayı DEÜ Girişimsel Olmayan Araştırmalar etik kurulundan alınmıştır (2022/34-38).

Bulgular: Öğrencilerin sadece %23.6'sının yeterli bilgi düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Kız ve erkek öğrenciler arasında yeterli bilgi düzeyine sahip olmada (sırasıyla %29'a %17) anlamlı fark bulunmuştur. Kız öğrenciler daha yüksek oranda bu değere ulaşmıştır. FTR ve tıp öğrencileri arasında yeterli bilgi düzeyine sahip olmada istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (sırasıyla %45'e %14). FTR fakültesinde okuyan öğrencilerin tıp öğrencilerine göre daha yüksek oranda yeterli bilgi düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Bilgi düzeylerine bakıldığında tıp fakültesinde okuyan öğrenciler STK kullanımı bilgi düzeyi açısından anlamlı olarak daha yüksek puan alırken, SG ve ES bölümlerinin puan ortalamalarında FTR fakültesinde okuyan öğrenciler anlamlı olarak daha yüksek bilgi düzeyi puanları almıştır. FTR öğrencileri toplam bilgi düzeyi açısından da anlamlı olarak daha yüksek puan ortalamasına sahiptir. Kız ve erkek öğrenciler arasında ise STK kullanımı bilgi düzeyi puanı erkek öğrencilerde kızlara göre daha yüksek iken, SG ve ES düzeyinde kız öğrencilerin aldığı ortalama puanlar erkek öğrencilere göre anlamlı olarak daha fazladır. Toplam bilgi düzeyi puanında da kız öğrenciler erkek öğrencilere göre daha yüksek bilgi düzeyine sahiptir. Logistic regresyon analizine göre tıp fakültesinde okumak STK, SG ve ES konularında yeterli bilgi düzeyine sahip olmama riskini 2,97 kat (%95 GA 1,5-6,0) ve SG uygulamasını sağlık alanında görmemek de bu riski 5,18 kat (%95 GA 2,5-10,6) arttırmaktadır.

Sonuç: Çalışma sonucunda günümüzde kullanım sıklığı artan ve çalışma alanları genişleyen teknoloji olan SG hakkında tıp öğrencilerine daha fazla eğitim verilmesi önerilmektedir. Ayrıca etik problemlerle ilgili tıp öğrencilerinin gördükleri eğitimler daha fazla detaylandırılmalıdır. STK sonrası oluşabilen etik sorunlar konusunda tıp öğrencileri daha detaylı bir eğitim almalıdır. FTR öğrencilerinde de STK ile ilgili birçok eksiklikler görülmüştür. Bunun başlıca sebepleri müfredat ve staj uygulamalarında bu teknolojilere uzak olmaları ile sadece FTR'ye özgü teknolojilerin öğretilip kullanılması olarak düşünülebilir. Bunun için de FTR öğrencilerine de STK ile ilgili daha kapsamlı eğitim verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlıkta Teknoloji Kullanımı, Sanal Gerçeklik, Etik, Bilgi Düzeyi

[S051]
MANİSA'DA AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN 30-70 YAŞ ARASI KADINLARIN KANSER TARAMA PROGRAMLARINA KATILIMI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Kübra Çiçek, Pınar Erbay Dündar, Onur Balaban, Osman Nuri Ak, Ömer Deniz, Övgü Sıla İmamoğlu, Özlem Bayrak, Pelin Metin, Muhammed Durmuş Atılgan
Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Manisa

Giriş ve Amaç: Kanser, dünyada meydana gelen ölümlerin önde gelen nedenlerindendir. Kalp-damar hastalıklarından sonra, Türkiye'de %15.2 ile ikinci sırayı alan ölüm sebebidir. Birçok kanserin iyileşme olasılığı, erken tanı ve uygun tedavi ile yükselir. Çalışmamızda seçilen aile sağlığı merkezlerine (ASM) başvuran 30-70 yaş arası kadınların tarama programındaki kanserler ve tarama programı hakkındaki bilgi düzeyleri, davranışları ve bunları etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki bu çalışma Manisa'nın Şehzadeler ilçesindeki 3 ASM'de yürütülmüştür. Çalışmanın evrenini, üç ASM'ye başvuran, 30-70 yaş grubu kadınlar oluşturmaktadır. Örnek büyüklüğü, evreni belli olmayan durumda Manisa İl Sağlık Müdürlüğü 2018 kanser tarama verisinden en düşük tarama oranına sahip meme kanseri tarama sıklığı olan %25, %95 güven düzeyi, %5 hata payı ile 290 kişi olarak hesaplanmıştır. Veri toplanan ASM'lere araştırma periyodunda (20-23 Şubat 2023) başvuran, katılımı kabul eden, 30-70 yaş aralığında ve koopere-oryante olan kadınlar çalışmaya dahil edilmiştir (n=249). Katılım oranı %85.8'dir. Çalışmanın bağımlı değişkenleri; düzenli mamografi çektirme (iki yılda bir), düzenli smear aldırma (beş yılda bir) ve düzenli GGK testi yaptırmaktır (iki yılda bir). Çalışmanın bağımsız değişkenleri; yaş cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyal sınıf (Korkut Boratav'ın sınıflamasına göre) gibi sosyodemografik özellikler, yaşam biçimi özellikleri, kanser taramalarıyla ilgili bilgi düzeyi, kanser taramalarıyla ilgili davranışlar (üç kanser taraması için de bilinen yöntemler, düzenli yapılıp yapılmaması, yapılıyorsa nerede yapıldığı, kimin yönlendirdiği, yapılmıyorsa sebepleri) ile sağlık hizmet kullanımı (SHM'yi bilip bilmediği, aile hekimi tarafından bilgilendirilme) ve pandemi sürecinde kanser taramalarına katılımdır. Veriler SPSS 23.0 ile değerlendirilmiştir. Analizlerde kategorik verilerde Ki kare testi ve anlamlı bulunan değişkenlerle, lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Tip 1 hata 0.05 kabul edilmiştir. Etik onay Celal Bayar ÜTF Etik kurulundan alınmıştır. Çalışmada finansal destek alınmamıştır. Yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 48.9±9.7'dir. Katılımcıların %42.1'i yarıkentsel bölgede yaşamakta ve %51.4'ü evlidir. Katılımcıların %15.2'si eğitimsiz, %37.3'ü ilkokul/ortaokul mezunu ve %59.8'i alt sosyal sınıftadır. Araştırma grubunun %39.4'ü düzenli mamografi çektirmektedir. Katılımcıların %54.4'ü mamografi çekimi için devlet hastanesine başvurmuştur. Mamografi çektirmeyenlerin %31.0'i çektirmesi gerektiğini bilmediği için, %31.0'i kendini riskli görmediği için ve %22.4'ü zamanı olmadığı için çektirmemiştir. Katılımcıların %47.7'si düzenli smear testi yaptırmaktadır. Smear testi yaptıranların %84.6'sı aile hekimi/ebe tarafından yönlendirilmiştir. Katılımcıların %12.1'i smaer testini SHM'de, %30.6'sı devlet hastanesinde ve %32.5'i ASM'de yaptırmıştır. Smear testi yaptırmayanların %54.6'sı yaptırması gerektiğini bilmediği için, %34.8'i kendini riskli görmediği için yaptırmamıştır. Katılımcıların %34.5'i düzenli GGK yaptırmaktadır. Katılımcıların %27.2'si testi devlet hastanesinde, %52.7'si ASM'de yaptırmıştır. GGK yaptırmayanların %79.0'u yaptırması gerektiğini bilmediği için ve %22.5'i kendini riskli görmediği için yaptırmamıştır. Katılımcıların %23.5'i daha önce kolonoskopi yaptırmıştır. Katılımcıların %31.7'si SHM'yi daha önce duymuştur; %40.9'u kanser taramaları hakkında aile hekimi tarafından bilgilendirilmiştir. Çalışmamızda yarıkentsel bölgede yaşayan, eğitim düzeyi ilkokul altı olan, çalışmayan, alt sosyal sınıfta yer alan, alkol kullanmayan, kanserin önlenebilir olduğunu düşünmeyen, meme kanseri tarama yöntemini bilmeyen, KKMM yapmayan, herhangi bir zamanda hekime meme muayenesi yaptırmayan, SHM'yi duymayan, kanser taraması için aile hekimi tarafından çağrılmayan, pandemiden önce ve pandemide tarama yaptırmayan kadınlarda düzenli mamografi çektirmeme sıklığı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmamızda eğitim düzeyi düştükçe, alt sosyal sınıfta, yarıkentsel bölgede yaşayan, geniş aile tipine sahip olan, alkol kullanmayan, kanserin önlenebilir

olduğunu düşünmeyen, HPV aşısını bilmeyen ve yaptırmayı düşünmeyen, SHM'yi duymayan, kanser taraması için aile hekimi tarafından çağrılmayan, pandemiden önce ve pandemide tarama yaptırmayan, algılanan sağlık durumunu kötü/çok kötü olarak belirten kadınlarda düzenli smear testi yaptırmama sıklığı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p<0.05). Çalışmamızda, kanserin önlenebilir olduğunu düşünmeyen, SHM'yi duymayan, pandemiden önce ve pandemide tarama yaptırmayan kadınlarda düzenli GGK testi yaptırmama sıklığı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p<0.05). Kurduğumuz çok değişkenli modelde; yarıkentsel bölgede yaşayanlarda (OR:6.52 %95GA:1.87-22.69) ve meme kanseri tarama yöntemini bilmeyenlerde (OR:2.92, %95GA:1.03-8.23) düzenli mamografi çektirmeme riski daha fazla bulunmuştur (p<0.05). Düzenli smear testi yaptırma değişkeni için kurduğumuz çok değişkenli modelde; aile hekimi tarafından bilgilendirilmeyenler (OR:2.48, %95GA:1.08-5.68) ve eğitim seviyesi lise ve altı olan kadınlarda (OR:2.22,%95GA:1.43-3.44) düzenli smear testi yaptırmama riski daha fazladır (p<0.05). Düzenli GGK testi yaptırma değişkeni için kurduğumuz çok değişkenli modelde; SHM'yi duymayanların (OR: 14.0,%95 GA:3.64-53.77) düzenli GGK testi yaptırmama riski daha fazla bulunmuştur (p<0.05).

Sonuç: Araştırmamızda 40-70 yaş kadınların düzenli mamografi çektirme yüzdesi %39.4, 30-65 yaş kadınların düzenli smear yaptırma yüzdesi %47.7 ve 50-70 yaş arası kadınların düzenli GGK yaptırma yüzdesi %34.5'tir ve istenen düzeyden uzaktadır. Çalışmamızdaki üç kanser taramasına düzenli katılmama ile ilgili değişkenler; tarama yöntemini bilmeme, gecekonduda yaşama, düşük eğitim ve aile hekimi tarafından yönlendirilmeme olarak belirlenmiştir. Ülkemizde önemli bir mortalite ve morbidite nedeni olan kanserin erken tanısı için tarama oranlarının özellikle yarıkentsel bölgede, eğitimsiz kadınlara öncelik verilerek artırılması; aile hekimlerinin kanser tarama hizmetleri açısından yakından değerlendirilmesi kritik bir öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Kanser, kanser taraması, meme kanseri

[S052]
SİNDEMİK SORUNLARA İLİŞKİN BİBLİYOGRAFİK İÇERİK ANALİZİ

Meltem Urlu, Hatice Tan, Ece Çetinkaya, Ali Golab Foroush, Uğur Alsancak, Osman Hayran
İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş ve Amaç: Sinerji ve epidemi sözcüklerinden türetilen ve ilk kez 1996'da Merrill Singer tarafından kullanılan sindemi kavramı iki veya daha çok hastalık veya sağlıkla ilgili sorun epidemisinin, karşılıklı etkilerini ve etkileşimlerini arttırıcı sosyal-çevresel koşullar kapsamında bir araya gelmesi ve toplam hastalık yükünün artması anlamına gelmektedir. Bu kavram ile anlatılan sinerjik ilişki dinamiktir ve epidemi, endemi, pandemi ve komorbidite sözcükleri ile tam olarak anlatılamayan farklı bir türde, çok değişkenli ve karmaşık bir etkileşimdir. Tanımlanan ilk sindemi olan ve adını Substance Abuse, Violence, AIDS sözcüklerinin baş harflerinden alan SAVA bu özellikler açısından tipik bir örnektir. Bu yaklaşıma göre AIDS tek başına bir hastalık olmaktan öte, yoksulluk, işsizlik, şiddet ortamı gibi koşulların, madde kullanımı ve kişiler arası şiddet gibi risk alıcı davranışları arttırması ile yakından ilişkilidir. Bireysel düzeydeki bu etkileşimler, toplumsal düzeyde bir sindemi çıkarmaktadır ve toplumda hastalık yükü oluşturmaktadır. SAVA'nın tanımlanmasından sonra konuya ilişkin yayın sayısında hızlı bir artış olmuş ve yeni sindemik ilişkiler tanımlanmıştır. Bu çalışmanın amacı sindemi kavramının ilk kullanıldığı tarihten beri yapılan PubMed'deki yayınların incelenerek sindeminin günümüzde halk sağlığı için ne ifade ettiğini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Bibliyografik içerik analizi türündeki bu araştırmada nicel ve nitel yöntemler kullanılmıştır. Eylül 2023 tarihinde yapılan araştırmanın evreni PubMed veri tabanında 2022 yılı sonuna kadar yer alan ve "syndemic[s]" anahtar sözcüklerini içeren tüm yayınlardır (n=1125). Örnekleme yapılmamış, tüm yayınlar gözlemciler arası uyumu sağlama amaçlı eğitim ve ön uygulamadan geçen 5 intörn doktor tarafından incelenmiştir. Yayınlar özetleri üzerinden incelenmiş, özeti olmayan veya özetinde yeterli bilgi bulunmayan yayınların tam metinlerine ulaşılarak incelenmesi sağlanmıştır. Özetine ya da tam metinlerine ulaşılamayan yayınlar (n=6), basım hatası nedeniyle düzeltmeleri yayınlanmış makaleler (n=6), birebir aynısı yayınlanmış makaleler (n=2), "Syndemic[s]" anahtar sözcüğüne yer verildiği halde özel bir sindemi ya da sindemik ilişkinin incelenmediği yayınlar (n=117) çalışma dışı bırakılmıştır. Sonuçta evrende yer alan yayınların %88.3'ü incelenmiştir. Bulunan yayınlar; yayın yılı, yayın türü, yayının çıkış ülkesi, çalışmada incelenen ülke, incelenen grup, sindemik ilişkilere konu olan sorunlara göre sınıflandırılmış; sindemi ile kastedilen durumların niteliği ile etkileşimler için çizilen çerçevelerin sınırları tartışılmıştır. Toplanan verilerin kayıt ve sınıflandırmasında Excel kullanılmış, içerik analizleri araştırmacılar tarafından yapılmıştır. Tereddütlü durumlarda görüş birliği sağlanması için ortak değerlendirme yoluna gidilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler olarak yüzde ve oranlar kullanılmış, herhangi bir istatistiksel analiz yapılmamıştır. İnsanlar veya hayvanlar üzerinde bir inceleme yapılmadığından Etik Kurul Onayı gerekmemiştir. Sadece PubMed veri tabanının kullanılmış olması en önemli sınırlılıktır.

Bulgular: PubMed veri tabanında "Syndemic[s]" anahtar sözcüğü içeren ilk yayının yer aldığı 2003 yılından 2022 yıl sonuna kadar 1125 yayın yapıldığı görülmüştür. Bu yayınların yöntem bölümünde açıklanan nedenlerden dolayı 994'ü incelenmiştir. İncelenen yayınların %60.5'i araştırma makalesi, %22.9'u derleme, %11.9'u yorum, %2.4'ü sistematik derleme, %0.6'sı sistematik derleme ve meta-analiz, %0.7'si rapor, %0.6'sı tarihi makale ve %0.2'si kitap türlerinden oluşmaktadır. Sindemi konusundaki yayınların %61.9'u Amerika Birleşik Devletleri kaynaklıdır. Bunu Kanada ve İngiltere kaynaklı yayınlar izlemektedir. İncelenen yayınların %44.7'si HIV/AIDS enfeksiyonlarına odaklanmıştır. HIV/AIDS dışında sıklık sırasına göre Covid-19, madde kullanımı, tüberküloz, diyabet ve obezite ile ilgili sindemiler ele alınmıştır. Son 2 yılda Covid-19'a sindemik açıdan odaklanan yayınların yoğunluğu göze çarpmaktadır. Covid-19'dan 'sindemi' olarak söz eden 22 yayının yanında çeşitli psikososyoekonomik değişkenlerle sindemik ilişkisinin incelendiği 61 yayın bulunmaktadır. Madde kullanımı-HIV/AIDS sindemik ilişkisi 35 yayında yer almaktadır. Bunun dışında madde kullanımının; HIV/AIDS-Depresyon (n=28), HIV/AIDS-Şiddet (n=25), Yakın partner şiddeti-Depresyon (n=18) ve HCV (n=19)

ile sindemik açıdan ilişkisi incelenmiştir. Sindemik ilişkileri sık incelenen bir diğer konu olan Tüberkülozun ise; HIV (n=33), Covid-19 (n=11), Diyabet (n=7) ile ilişkileri üzerinde daha çok durulmuştur. Yazarları tarafından sindemik ilişkileri nedeniyle ele alınan diğer sorunlar; Obezite, İklim Değişikliği, Yetersiz Beslenme, Kalp Yetmezliği, Metabolik Sendrom şeklindedir. Bazı sindemik ilişkiler sıklıkla bir arada bulunduğundan özel isimler almışlardır. İncelenen yayınların 45'inde SAVA, VIDDA, SUNIC, SAVID, PHAMILIS gibi 14 farklı özel isim verilmiş sindemi ve/ya potansiyel sindemi yer almaktadır. Sindemik açıdan ilişkisi incelenen başlıca psikososyal faktörler; madde kullanımı, şiddet, kaygı, intihar, istismar, ırkçılık, damgalanma, ayrımcılık, mağduriyet, akıl sağlığı bozuklukları, kompülsif cinsel davranış, cinsellik, gıda güvencesizliği, mahkumiyet, düşük benlik saygısı gibi konulardır. Yayınlarda tanımlanan risk grupları arasında ilk sırayı MSM (erkeklerle cinsel ilişkiye giren erkekler) grubu (n=178) almaktadır. Öne çıkan diğer risk grupları ise siyah ırk, Latin/Hispanik etnik kökenliler, PLWHA (HIV/AIDS ile yaşayanlar), gençler, madde kullananlar veya bunların çeşitli birlikteliklerine sahip olanlardır.

Sonuç: Sindemi konusundaki araştırma ve yayınlarda her geçen yıl hızlı bir artış söz konusudur. Halen en çok ele alınan sindemiler HIV/AIDS ile Covid-19 ile ilişkili olsa da sindemik yaklaşımın çok geniş bir sağlık sorunu ve psikososyoekonomik değişken yelpazesi için geçerli olduğu görülmektedir. Sindemik yaklaşımların teorik zorlamalar mı yoksa somut olgular mı olduğu konusunda tartışmalar ve farklı görüşler bulunmaktadır. Tüm tartışmalara rağmen sindemi kavramının halk sağlığı sorunlarının geleneksel belirleyicisi olan psikososyal özellikleri bir kez daha öne çıkarma anlamında önemli bir işlevi olduğu kesindir.

Anahtar Kelimeler: Psikososyal belirleyiciler, sindemi, sinerjik epidemi

[S053]
İSTANBUL'DA BİR YAŞAM ALANI SAKİNLERİNİN DOĞRU GÜNEŞLENME VE ETKİN D VİTAMİNİ DÖNÜŞÜMÜ ÜZERİNE BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: KESİTSEL ARAŞTIRMA

Meltem Yaşar[1], Melih Burak Memiş[1], Sercan Oduncu[1], İntizar Dadashova[1], Çağdaş Kement[1], Sabanur Çavdar[2]
[1]İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul
[2]İstanbul Medipol Üniversitesi Uluslararası Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul; İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Sistemleri ve Politikaları Araştırma Merkezi (SASPAM), İstanbul

Giriş ve Amaç: D vitamini eksikliği, olumsuz tıbbi sonuçları bilinen, sık görülen, doğru güneşlenme ile önlenebilir bir durumdur. Literatürde güneşlenme ile ilgili araştırmalar güneşe fazla maruziyetin olumsuz etkilerine yönelik bilgi-tutum-davranışı sorgularken, doğru güneşlenmeyi etkin D vitamini dönüşümü ile birlikte ele alan çalışma kısıtlıdır. Araştırmanın amacı, İstanbul'da bir yaşam alanı sakinlerinin güneşlenme, etkin D vitamini dönüşümü ve D vitamini eksikliği ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel türdeki bu araştırma Ağustos 2023'te yapılmıştır. Araştırmanın evreni İstanbul Üsküdar'da bir yaşam sitesi sakinleridir. Herhangi bir örnekleme yapılmamış, sitede yaşayan 18 yaş üstü bireylerin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Üsküdar ilçesi ildeki yüksek sosyoekonomik düzeydeki ilçelerdendir; araştırmanın yürütüldüğü site ise ilçenin orta-yüksek sosyoekonomik düzeyde yerleşim yerlerindendir. Soru formu, araştırmacılar tarafından literatürden geliştirilmiş, online olarak Google Forms aracılığıyla yürütülmüştür. Bağımlı değişkenler, D vitamini ve güneşlenme ile ilgili bilgi, tutum ve davranış sorularıdır. Bağımsız değişkenler, cinsiyet, yaş, öğrenim düzeyi, gelir düzeyi, sağlık çalışanı/öğrencisi olma, iş hayatına aktif katılma durumlarıdır. Araştırmaya gönüllü katılım daveti, standart davet mesajı ve soru formu linkini içeren bir mesaj hazırlanmıştır. Hazırlanan mesaj çalışmanın 1.,3. ve 5. günlerinde saat 18:00'da Whatsapp üzerinden bina temsilcileri aracılığıyla paylaşılmıştır. Yaklaşık 1400 kişilik evrendeki 18 yaş üstü birey sayısı kesin olarak bilinememekle birlikte araştırmadaki katılımcı sayısı 222'dir. Araştırmanın yürütüldüğü yaşam alanının toplumu temsil etmemesi ve muhtemelen konuya ilgisi olan katılımcıların araştırmaya daha çok katılması nedeniyle genellenemez. İstatistiksel analizler SPSS programında yapılmış, anlamlılık düzeyi $p<0,05$ kabul edilmiştir. Tanımlayıcı verilerin yanı sıra, önemlilik testi olarak ki-kare uygulanmıştır. Etik kurul onayı alınmıştır. Araştırma bir tıp fakültesi intörn araştırması olup yazarların bildireceği bir çıkar çatışması ve finansal destek bulunmamaktadır.

Bulgular: Katılımcıların %59'u (n=131) kadın, %50,5'i (n=112) 50 yaş ve üzeri, %77'si (n=171) lisans ve üzeri öğrenim düzeyinde, %59,5'i (n=132) iş hayatına aktif katılmakta, %18,5'i (n=41) sağlık alanında çalışan/öğrencidir. Katılımcıların %19,4'ü (n=43) bilgi sorularının tamamına doğru cevap vermişken, %5,4'ü (n=12) soruların tamamına yanlış cevap vermiştir. En düşük oranda (%59,5; n=132) doğru bilinen soru etkin Vitamin D sentezi için güneş ışınlarının cilde temasının direkt olması gerektiğidir. Katılımcıların etkin D vitamini sentezi için güneşlenme tutumları değerlendirildiğinde, 30-49 yaştakilerin diğer yaş gruplarına göre, lisans ve üzeri öğrenim düzeyindekilerin de lise ve altı öğrenim düzeyine göre daha olumlu tutumu olduğu, tutumun cinsiyete, sağlık çalışanı/öğrencisi olup olmamaya ve işgücüne katılıp katılmamaya göre farklı olmadığı görülmüştür. Katılımcıların güneşlenme ve D vitamini ile davranışları değerlendirildiğinde, %48,2'sinin (n=107) günlük güneşe maruziyetinin 1 saatten fazla olduğu, %37'sinin (n=82) sıklıkla veya her zaman güneşe çıkarken güneş kremi/yağı kullandığı, %10,4'ünün (n=23) D vitamini eksikliğinden korunmak için hiçbir şey yapmadığını belirttiği, %50,9'unun (n=113) D vitamini takviyesi kullandığı tespit edilmiştir. Güneş kremi kullanma ve D vitamini takviyesi kullanma oranlarının kadın katılımcılarda yüksek olduğu görülmüştür. Davranışlar diğer bağımsız değişkenlere göre farklı değildir. 112 katılımcı (%50,5) güneşlendiğini belirtirken, bunların %41,1'inin (n=46) güneşlenmeye yılda 1-2 hafta vakit ayırdığı, en sık güneşlenilen ayın Temmuz olduğu, en sık güneşlenilen saatlerin 15:00-20:00 olduğu görülmüştür.

Sonuç: Bu araştırmanın sonuçları, topluma genellenemese de, görece yüksek sosyoekonomik düzeyde ve yüksek eğitim düzeyinde bir popülasyon olan araştırma grubunda D vitamini eksikliğinin önlenmesi amacıyla etkin güneşlenmeyle ilgili bilgi ihtiyacına işaret etmekte, bu konudaki tutum ve davranışların sosyodemografik özelliklere göre net olarak ayrışmadığını göstermektedir. Literatürde kısıtlı olarak yer bulan bu konuyla ilgili daha kapsamlı ve temsiliyeti yüksek araştırmaların planlanması, ayrıca D vitamini eksikliğinden korunma amacıyla etkin güneşlenme yöntemlerini içeren mesajlara sağlık eğitimi faaliyetlerinde ve sağlığın geliştirilmesi programlarında yer verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: D vitamini eksikliği, etkin güneşlenme, güneşe maruziyet, vitamin D3

[S054]
SAĞLIKTA CİNSİYET EŞİTLİĞİNİN SAĞLANMASINDA DİJİTAL SAĞLIK UYGULAMALARININ ROLÜ

Ömrüm Ergüven[1], Şule Koç[3], Beşir Sefa Mumay[1], Bülent Kılıç[2]
[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir/Türkiye
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir/Türkiye
[3]İstinye Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, İstanbul/Türkiye

1.GİRİŞ

Günümüz sağlık hizmetlerinin sunumunda sağlık teknolojisinin hızlı gelişimiyle birlikte dijital sağlık uygulamaları da önem kazanmıştır. Öte yandan sağlık hizmetlerinin sunumunda sağlığın *önemli bir* sosyal belirleyicisi olarak "toplumsal cinsiyet" eşitsizliği Türkiye'de giderek artmaktadır. Buna bağlı olarak kadınlarda morbidite ve mortalite artmakta, hastalık yükü ağırlaşmaktadır. Bu nedenle dijital sağlık uygulamalarının bu eşitsizlikleri gidermede önemli bir rol oynaması sağlanabilir. Bu amaçla mobil sağlık uygulamaları, giyilebilir sağlık uygulamaları ve yapay zeka önemli bir araç olabilir.

Dijital sağlık uygulamaları cinsel yolla bulaşan hastalıklarla mücadele, kadın sağlığının iyileştirilmesi, gebelerin ve riskli kadınların izlemi, koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması, sağlık stratejilerinin protokollerinin geliştirilmesi gibi pek çok alanda kullanılabilir. Bu bildiride toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin sağlığa olan etkileri ve dijital sağlık uygulamalarının bu alandaki rolü ele alınacaktır.

2. TOPLUMSAL CİNSİYET EŞİTSİZLİĞİ VE SAĞLIK

Cinsiyet kelime anlamı olarak; kadın ya da erkeğin göstermiş olduğu genetik, biyolojik ve fizyolojik özellikler bütünüdür. Toplumsal cinsiyet ise bireyin yaşadığı toplumun sosyo-kültürel özellikleri çerçevesinde belirlenir. Erkek ya da kadın büyürken toplumun cinsiyetlere tanımladığı özelliklere göre yetiştirilir ve üzerlerine bir rol atanır. Bu yüzden toplumsal cinsiyet tanımı kültürden kültüre farklılık gösterebilirken aynı kültürler içerisinde zamanla da değişebilmektedir (1). Toplumsal cinsiyet eşitliği, herhangi bir konu ile ilgili kaynak veya hizmet kullanımında ya da hizmetlerin elde edilmesinde bireylerin sahip olduğu cinsiyet sebebi ile ayrıştırılmamasıdır. Toplumsal hakkaniyet ise, kadın ve erkek arasındaki kazanç ve sorumlulukların adil dağıtılması, iki cinsiyete karşı da hakkaniyetli olunmasıdır (1).

Türkiye'de 1980'li yıllardan sonra cinsiyet eşitliğini sağlamaya yönelik çalışmalar hızlanmış, birçok stratejik plan yapılmıştır. Tüm bunlara rağmen Dünya Ekonomik Forumu Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Uçurum Endeksi'ne göre 144 ülke arasında 131. sırada Türkiye bulunmaktadır (2). Cinsiyete dayalı ayrımcılıklar henüz ailede başlamaktadır. Kadınlar için belirlenen roller ve yapılan ayrımcılık toplumda kadını daha az önemli kılmaktadır. Toplumun kadın için uygun gördüğü roller kadınların eğitim, evlilik, çalışma hayatı ve karar verme mekanizmalarını etkilemektedir. Bu davranış tutumunun en büyük yansımalarından biri sağlık alanında gözlemlenmektedir. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği, tam sağlıklı olabilmenin önünde hem kadınlar hem de erkekler için büyük bir engeldir. Kadınlar ve erkekler aynı sağlık koşullarından etkilenmektedir ancak geliri olmama ya da gelirini kontrol edememe, şiddete maruziyet, karar almada aktif olamamak, kendi cinsel ve üreme haklarındaki sınırlı güçleri gibi faktörler kadınların sağlığını olumsuz etkilemektedir (1, 2, 3). Yapılan bir araştırmaya göre toplumsal cinsiyet kavramının anlamını bilmeyen ve bu konu hakkında herhangi bir eğitim almamış kişiler, erkekleri kadınlardan üstün görmekte, kadının erkeğe bağımlı yaşaması gerektiğini savunmaktadır (4).

Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin en ürkütücü sonuçlarından biri kadına yönelik şiddettir. Kadına şiddet vakaları devam etmekte, maruz kaldıkları şiddet yüzünden sakat kalabilmekte hatta ölebilmektedir. Aile içinde fiziksel, psikolojik, ekonomik ya da cinsel şiddet yaşayan kadınlar bulunmaktadır. Ayrıca bu şiddet, silahlı çatışma ortamında tecavüz, cinsel kölelik, mobing, gebeliğe zorlama, töre-namus cinayetleri ya da gebeliklerin zorla sonlandırılması olarak görülebilir. Doğu ve Güneydoğu bölgesinde yapılan bir çalışma kadınların eşlerinden

izin almadan hastaneye gidemediklerini göstermiştir. Bu bölgede yaşayan erkeklerin %57'si kadınların eşlerine itaat etmediklerinde dövülebileceklerini düşünmektedir (1).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2021 yılında kadına yönelik şiddet raporunda kadınların maruz kaldıkları şiddet sonrası sağlık sorunlarına değinmiştir. Bu raporda, fiziksel veya cinsel istismara uğramış kadınların, cinsel yolla bulaşan bir hastalığa yakalanma olasılığının, eş şiddeti yaşamamış kadınlara kıyasla 1,5 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir. Aynı raporda şiddet gören kadınlarda, görmeyen kadınlara göre ölüm ve yaralanma oranlarının %42 daha fazla olduğu, depresyon ve alkol sorunu yaşama ihtimalinin neredeyse iki katı olduğunu belirtmiştir (5).

Toplum tarafından kadına biçilen salt eş ve anne olma rolü, kadını erken yaşta yapılan evliliklere zorlamaktadır. Erken yaşta çocuk sahibi olmak anne ve bebek için yüksek riskli olarak değerlendirilir ve daha fazla anne-bebek ölümünün görülmesine neden olur. Kadın sağlığında toplumsal cinsiyet eşitsizliği en çok üreme sağlığı alanında görülmektedir. Yapılan bir çalışma kadınların üreme sağlığı sorunlarını erkeklerden daha çok yaşadığını göstermiştir. 2014 verilerine göre Türkiye'de üreme sağlığı açısından hastalık yükü erkeklerde %12,3 iken kadınlarda bu oran %36,6'dır. Hindistan'da yapılan bir çalışma aile içinde şiddete uğrayan kadınların üreme sağlığı hastalıklarının önemli ölçüde arttığını göstermiştir. Toplumsal olarak kadın vücudunun mahremiyet alanı olarak görülmesi, kadınların hekim muayenesinden çekinmesine sebep olduğundan kanser gibi önemli hastalıkların erken teşhisinin yapılmasına engel olmaktadır (1).

''Kadın ve sağlık'' başlığının gelişebilmesi için devletlerin izlemesi gereken adımlar beş başlık ile toplanmıştır (2)

1. Kadınların hayatının tümünde, maliyetli ve kaliteli sağlık bakımına, bilgiye ve gerekli hizmetlere erişebilirliği arttırmak
2. Kadın sağlığını geliştiren önleyici programları geliştirmek
3. Toplumsal cinsiyete duyarlı ve cinsel sağlık ve üreme sağlığını konu alan girişimleri üstlenmek
4. Kadın sağlığı ile ilgili araştırmaları yaygınlaştırmak
5. Kadın sağlığı ile ilgili çalışmaları ve kaynakları arttırmak.

3. DİJİTAL SAĞLIK Kavramı VE DİJİTAL SAĞLIk uygulamaları

Endüstri 4.0 çağı, sağlık alanındaki gelişmeleri de etkilemiş, teknolojik gelişmelerin sağlığa olan yansımaları Sağlık 4.0 kavramı ile dijitalleşme olarak kendini göstermiştir. Dijital sağlık, günümüz sağlık hizmetlerinin hasta ve sağlık personeli çıkarına olacak şekilde dijitalleştirilmesidir. Dijital sağlığın içeriğinde halk sağlığını analiz etmek, veri havuzu oluşturmak, hasta ve sağlık personeli arasındaki iletişimi hızlandırmak, bulaşıcı hastalıkları önceden analiz etmek, hasta ve hastalık takibi yapmak gibi kavramlar yer alır. Günümüzde sağlık hizmetlerinin anlayışı iyileştirme ve tedavi odaklı olmaktan daha çok koruyucu sağlık hizmetlerine doğru kaymaktadır. Değişen bu bakış açısı teknolojinin sağlık hizmetlerine hasta odaklı olacak şekilde entegrasyonunu gerektirir. Hasta odaklı dijital sağlık uygulamalarını 3'e ayırmak mümkündür (6, 7).

a) Giyilebilir Sağlık Uygulamaları:

Giyilebilir cihazlar, insanların üzerlerine giydiği ürünler ile sağlığın takibini kolaylaştırabilen cihazlardır. Sağlığın korunması, hastalıkların teşhisi ve takibi, hastanın takibi konularında sağlık hizmetlerini destekleyen bu ürünler kablosuz olarak bilgisayar ya da mobil cihazlar ile entegredir. Akıllı saatler, akıllı bileklikler, yüzükler, sensör yamalar bu cihazlara örnek olarak verilebilir (7).

b) **Yapay Zeka Uygulamaları:**

Yapay zeka (YZ), makinelerin insan beyninin çalışma mekanizmasına benzer bir işleyişle kurgulanmış sistemlerdir. Yapay zeka, sağlık yönetiminde, verilerin hızlıca değerlendirilmesinde, hastalık teşhisinin kolaylaştı-

rılmasında hatta erken teşhişte karar destek mekanizması olarak çalışabilmektedir. YZ tabanlı uygulamalar, hastaların mevcut sağlık kayıtlarına ulaşmada ve bunları değerlendirmede hekime ve diğer sağlık personeline yardımcı olmaktadır. Günümüzde sağlıkta yapay zeka en çok BT görüntülerinin yorumlanmasında ve sağlık verilerinin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır (7).

c) **Mobil Sağlık Uygulamaları**

Mobil sağlık uygulamaları sağlık ve zindelik amacı ile kullanılan ve mobil marketlerde bulunan uygulamalardır. Adım sayısı, kan basıncı, regl, ovülasyon takibi yapan mobil uygulamalar bulunmaktadır. Mobil uygulamaların içeriğinde telesağlık uygulamaları da yer almaktadır. Telesağlık uygulamaları içinde teletıp, hastaların doktoraları ile çevrimiçi bir ortamda görüşebilecekleri, hastalıkları hakkında yönlendirme alabilecekleri bir kavramı ifade etmektedir. Telefarmasi kavramı ise, eczaneye erişim olmayan bölgelerde hastaların reçetelerini girerek evlerine ilaç teslim alabilecekleri ve eczacıları ile 7/24 iletişim kurabilecekleri bir kavramı ifade eder. Telesağlık kavramı ile sağlık hizmetlerinin sunumu daha hızlı ve daha kolay hale gelmektedir. Pandemi döneminden sonra artan telesağlık hizmetleri sonucunda 2022 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından ''Uzaktan Sağlık Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik'' isimli bir yönetmelik yayınlanmıştır (7,8).

2004-2009 yılları arasında Kanada, İtalya, İngiltere ve Almanya'da yapılan klinik çalışmaların sonuçlarına göre dijital sağlık hizmetlerinin olumlu sonuçlarına rastlanmıştır. Bu sonuçlar aşağıdaki gibidir:

- Tedavi sonrasında hastaneye yatış yerine uzaktan aktif izlem tercih edilmiş ve bu sayı %90'lara çıkmıştır.
- Mobil sağlık uygulamalarını kullanan hastaların hastaneye yatış sıklığı %45 azalmıştır.
- Bir hastanede sağlık teknolojilerinin bütünü ile entegrasyonu sağlandıktan sonra yaklaşık bir yıl içerisinde hastaların yaşam kalitesinin, psikolojilerinin ve sosyal iyilik hallerinin arttığı görülmüştür.
- Kamuda telesağlık uygulamalarının aile hekimlerinin memnuniyetini arttırdığı ve bu hekimlerin yaşam kalitesinin iyileştiği görülmüştür.
- Kullanılan yapay zeka uygulamaları, ilaç tedavisinin tam zamanında uygulanmasına ve akılcı ilaç kullanımı kavramına katkı sağlamıştır.
- Hastalık danışmanlığı amacıyla kullanılan telesağlık uygulamalarının zaman tasarrufu sağladığı bildirilmiştir (6).

4. DİJİTAL SAĞLIK UYGULAMALARININ Sağlıkta CİNSİYET EŞİTLİĞİ ÜZERİNE KATKILARI

Sağlık hakkı, toplumsal cinsiyet eşitliği temelinde hayata geçirilmelidir. Bunun için sağlıkla ilgili yasa ve politikaların geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinin sunumu, üreme sağlığı ve cinsel sağlık, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve HIV/AIDS, kadınlara yönelik şiddet ve çocuk yaşta evlilikler gibi konuların güçlendirilmesi gerekmektedir. Dijital sağlık, sağlık hizmetlerine erişimin artması, kişinin kendi sağlığını takip edebilmesi sebebi ile cinsiyet eşitliğini artırabilir (2).

Tablo-1'de sağlık yasaları, politikaları ve stratejilerinin oluşturulmasına ilişkin standartlar ve toplumsal cinsiyet eşitliğinin gerçekleşebilmesi için güçlendirilmesi gereken standartlara dijital sağlık uygulamalarının katkıları sunulmaktadır (2,7,9).

Buna göre dijital sağlık uygulamalarıyla mobil sağlık hizmetleri ve uzaktan sağlık hizmetleri sunarak hamile, lohusa ve yeni doğum yapmış kadınlar sağlık profesyonellerine hızlı bir şekilde ulaşıp kaliteli hizmet alabilir. Ayrıca mobil sağlık uygulamaları, giyilebilir cihazlar ve yapay zeka destekli uygulamalar kadınların kendi cihazlarından sağlıklarını kendilerinin takip etmelerine yardımcı olabilir.

Tablo 1. *Sağlık Yasa/Politikalarının/Stratejilerinin Oluşturulmasına İlişkin Standartlar*

İçerik	Dijital Sağlığın Katkısına Dair Öngörüler
Kadınlara, hamilelik, lohusalık ve doğum sonrası dönemde gerekli hizmetlerin sağlanması, ücretsiz hizmet verilmesi konusunda tedbirlerin düzenlenmesi gerekmektedir.	Mobil sağlık hizmetleri ve uzaktan sağlık hizmetleri ile hamile, lohusa ve yeni doğum yapmış kadınlar sağlık profesyonellerine hızlı bir şekilde ulaşıp kaliteli hizmet alabilir.
Kadınların sağlık kuruluşlarına erişim olanaklarının; kocalarının, partnerlerinin, ebeveynlerinin ya da sağlıkla ilgili mercilerin müsaadesi olmadığı gerekçesiyle veya sadece kadın olmaları nedeniyle kısıtlanmaması gerekmekte ve kadın bu konuda özgür bırakılmalıdır.	Mobil sağlık uygulamaları, giyilebilir cihazlar ve yapay zeka destekli uygulamalar kadınların kendi cihazlarından sağlıklarını kendilerinin takip etmelerine yardımcı olabilir.
Kadın sağlığı konusunda çalışan hükümet dışı kuruluşlar desteklenmeli, sağlığı etkileyen tüm sektörler arasında koordinasyon ve iş birliği güçlendirilmelidir.	Sağlıkta dijitalleşme sağlığı etkileyen bileşenlerin iş birliğini güçlendirecek bir alan olarak kullanılabilir.

Tablo-2'de sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin standartlar ve toplumsal cinsiyet eşitliğinin gerçekleşebilmesi için dijital sağlık uygulamalarının katkıları sunulmaktadır (2,7,9).

Buna göre dijital sağlık uygulamalarının hepsi sağlık hizmetlerini geliştirmek amacı ile tasarlanabilir. Özellikle giyilebilir cihazlar tarafından toplanan veriler hekimin hastanın sağlık gidişatına dair karar vermesini kolaylaştırabilir. Telesağlık uygulamaları özellikle hastaların hızlı bir şekilde eğitilmesi ve doğru bilgiye erişebilmesi amacıyla fayda sağlayabilir. Mobil sağlık uygulamaları ve giyilebilir cihazlar kadınların kendi sağlığını yönetme noktasında büyük bir konfor alanı sağlayabilir ve sağlık okuryazarlığına katkı sunabilir. Dijital sağlık uygulamalarından biri olan teleeczacılık eczaneye erişimi olmayan hastalara ilaç tedariği sağlamaktadır. Bu kavram kadınların ihtiyacı olan ilaç ve kontraseptif ürünlere eczacı kontrolünde erişebilmesine katkı sunabilir.

Tablo 2. *Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Standartlar*

İçerik	Dijital Sağlığın Katkısına Dair Öngörüler
Birinci basamak sağlık hizmetleri başta olmak üzere sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, gerekli hizmetlerin, sağlık sisteminin her düzeyinde bulunmasının sağlanması gerekmektedir.	Dijital sağlık uygulamalarının hepsi sağlık hizmetlerini geliştirmek amacı ile tasarlanır. Özellikle giyilebilir cihazlar tarafından toplanan veriler hekimin hastanın sağlık gidişatına dair karar vermesini kolaylaştırabilir.
Kadınların, cinsel sağlık ve üreme sağlığı dahil olmak üzere sağlık hizmetleri, eğitim ve bilgiye erişimlerinin önündeki tüm engellerin kaldırılması gerekmektedir.	Telesağlık uygulamaları özellikle hastaların hızlı bir şekilde eğitilmesi ve doğru bilgiye erişebilmesi amacıyla fayda sağlayabilir.
Tüm sağlık hizmetlerinin kadınların kendi hayatlarını yönetme, mahremiyet, gizlilik, bilgilendirilmiş onam ve seçim haklarını içermesi ve insan haklarına uygunluğunun sağlanması gerekmektedir.	Mobil sağlık uygulamaları ve giyilebilir cihazlar kadınların kendi sağlığını yönetme noktasında büyük bir konfor alanı sağlayabilir ve sağlık okuryazarlığına katkı sunabilir.
İlaç tedariğinin modernleştirilmesi ve DSÖ Temel İlaçlar Örnek Listesi'ni rehber alarak yüksek kaliteli farmakolojik, kontraseptif ve diğer malzeme ile araç gerecin güvenilir, sürekli tedariğinin sağlanması gerekmektedir.	Dijital sağlık uygulamalarından biri olan teleeczacılık eczaneye erişimi olmayan hastalara ilaç tedariği sağlamaktadır. Bu kavram kadınların ihtiyacı olan ilaç ve kontraseptif ürünlere eczacı kontrolünde erişebilmesine katkı sunabilir.

Tablo-3'de sağlık durumunun belirlenmesine ilişkin standartlar ve toplumsal cinsiyet eşitliğinin gerçekleşebilmesi için dijital sağlık uygulamalarının katkıları sunulmaktadır (2,7,9).

Buna göre sağlık verilerinin toplanıp analiz edilmesinde yapay zeka uygulamaları hızlı ve sistemli bir süreç yaratabilir. Giyilebilir cihazlar, yapay zeka ve mobil sağlık uygulamaları kadınların sağlığının takibinde, sağlık eğitiminde ve kişiselleştirilmiş risk analizlerinde bu standartlara katkı sunabilir. Yapay zeka günümüzde hastalıkların erken teşhisinde ve radyolojik görüntülerin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Kadın sağlığı ile ilgili konularda yapay zeka kullanılması erken teşhis oranını arttırabilir, ayrıca giyilebilir cihazlar kadınların sağlık, egzersiz ve beslenme durumlarını takip ederek hekimlere veri sunabilir.

Tablo 3. *Sağlık Durumunun Belirlenmesine İlişkin Standartlar*

İçerik	Dijital Sağlığın Katkısına Dair Öngörüler
Cinsiyete göre ayrıştırılmış hastalık verilerinin toplanması gerekmektedir.	Sağlık verilerinin toplanıp analiz edilmesinde yapay zeka uygulamaları hızlı ve sistemli bir süreç yaratabilir.
Kadın sağlığı açısından risk yaratan koşulların belirlenmesi gerekmektedir.	Giyilebilir cihazlar, yapay zeka ve mobil sağlık uygulamaları kadınların sağlığının takibinde, sağlık eğitiminde ve kişiselleştirilmiş risk analizlerinde bu standartlara katkı sunabilir.
Daha çok kadınları etkileyen bir durum olan kemik erimesi, meme, rahim ve üreme sisteminin diğer kanser türlerinin önlenmesi, erken teşhisi ve tedavisi için, medya kampanyaları dahil program ve hizmetlerin güçlendirilmesi ve/veya oluşturulması gerekmektedir.	Yapay zeka günümüzde hastalıkların erken teşhisinde ve radyolojik görüntülerin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Kadın sağlığı ile ilgili konularda yapay zeka kullanılması erken teşhis oranını arttırabilir, ayrıca giyilebilir cihazlar kadınların sağlık, egzersiz ve beslenme durumlarını takip ederek hekimlere veri sunabilir.

Tablo-4'de cinsel sağlık, üreme sağlığı durumunun belirlenmesine ilişkin standartlar ve toplumsal cinsiyet eşitliğinin gerçekleşebilmesi için dijital sağlık uygulamalarının katkıları sunulmaktadır (2,7,9).

Buna göre telesağlık uygulamaları kadınların güvenli bilgiyi sağlayacak uzman sağlık personellerine hemen ulaşmasında fayda sağlayabilir. Bilimsel içeriği sağlık profesyonelleri tarafından oluşturulmuş mobil sağlık ve telesağlık uygulamaları sağlık hizmetine erişimin hızlandırılması için katkı sunabilir. Sağlık okuryazarlığının arttırılması amacıyla kadın ve erkek cinsel sağlığını konu alan mobil uygulamalar yapılabilir ve bu platformda alanında uzman kişiler tarafından eğitici içerikler paylaşılabilir.

Tablo 4. *Cinsel Sağlık ve Ürüme Sağlığı, Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklara İlişkin Standartlar*

İçerik	Dijital Sağlığın Katkısına Dair Öngörüler
İstemeden gebe kalmış kadınların, (tekrarlayan düşüklere de engel olmak için) güvenilir bilgiye ve aile planlaması ve danışmanlığına hemen ulaşabilmelerinin sağlanması gerekmektedir.	Telesağlık uygulamaları kadınların güvenli bilgiyi sağlayacak uzman sağlık personellerine hemen ulaşmasında fayda sağlayabilir.
Kırsal bölgelerde yaşayan kadınların yeterli sağlık hizmetlerine erişiminin sağlanması gerekmektedir.	Bilimsel içeriği sağlık profesyonelleri tarafından oluşturulmuş mobil sağlık ve telesağlık uygulamaları sağlık hizmetine erişimin hızlandırılması için katkı sunabilir.

Erkekleri ve kadınları HIV/AIDS ve cinsel yolla geçen diğer hastalıklardan kaçınma sorumluluğunu kabul etmeleri, cinsel yolla geçen hastalıklardan kaçınmaları için, uygun ve etkili yöntemleri içeren, güvenli ve sorumlu cinsel ve üreme davranışını yerleştirecek tam ve doğru bilgiler sunan özel programların düzenlenmesi gerekmektedir.	Sağlık okuryazarlığının arttırılması amacıyla kadın ve erkek cinsel sağlığını konu alan mobil uygulamalar yapılabilir ve bu platformda alanında uzman kişiler tarafından eğitici içerikler paylaşılabilir.

Tablo-5'te kadınlara yönelik şiddet ve erken yaşta evliliğe ilişkin standartlar ve toplumsal cinsiyet eşitliğinin gerçekleşebilmesi için dijital sağlık uygulamalarının katkıları sunulmaktadır (2,7,9).

Buna göre giyilebilir cihazlar ile kadınların fiziksel şiddete maruz kalma durumu analiz edilebilir ve telesağlık uygulamaları sağlık uzmanlarından çevrimiçi bakım ve destek olma noktasında katkı sağlayabilir. Telesağlık uygulamaları psikologlar ve psikiyatristler ile hastalar arasında hızlı bir iletişim aracı olabilir. Böylece kadınlar danışmanlık hizmetlerinden kesintisiz faydalanabilir.

Tablo 5. *Kadınlara Yönelik Şiddet ve Erken Yaşta Evliliğe İlişkin Standartlar*

İçerik	Dijital Sağlığın Katkısına Dair Öngörüler
Ruh sağlığı hizmetlerini birinci basamak sağlık bakım hizmetleriyle veya diğer uygun düzeylerle bütünleştirmek, ev içi şiddet başta olmak üzere herhangi bir türden şiddette, cinsel tacize veya silahlı ve silahsız çatışma sonucu başka türden tacize maruz kalmış her yaştan kadın ve kız çocuklarının sorunlarını tanıma ve bakım sağlama amacıyla destekleyici programlar geliştirilmesi gerekmektedir.	Giyilebilir cihazlar ile kadınların fiziksel şiddete maruz kalma durumu analiz edilebilir ve telesağlık uygulamaları sağlık uzmanlarından çevrimiçi bakım ve destek olma noktasında katkı sağlayabilir.
Şiddet, tecavüz, cinsel saldırıya maruz kalmış kadınlar için uygun koruyucu ve destek hizmetleri sağlanması için gerekli alt yapının oluşturulması (Özel eğitim almış sağlık çalışanları yetiştirilmesi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetleri sunulması ve bu hizmetlerin kırsal kadınlar tarafından erişilebilir olması) gerekmektedir.	Telesağlık uygulamaları psikologlar ve psikiyatristler ile hastalar arasında hızlı bir iletişim aracı olabilir. Böylece kadınlar danışmanlık hizmetlerinden kesintisiz faydalanabilir.

5. SONUÇ

Görüldüğü üzere dijital sağlık uygulamaları toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanmasında, kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli bir potansiyele sahiptir. Türkiye'de politika yapıcıların, bilim insanlarının ve bu alanda çalışan özel-kamu tüm sektörlerin bir araya gelmesi ve iş birliği yapması gerekmektedir.

Halk sağlığı açısından önemli bir alan olan toplumsal cinsiyet eşitsizliğiyle mücadelede günümüz gelişmeleri ışığında dijital sağlık uygulamaları yeni ve ufuk açıcı bir halk sağlığı uygulama alanı olarak çok önemli bir gelecek potansiyeline sahiptir. Bu konuların gelişebilmesi için öncelikle dijital halk sağlığı kavramının geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması gerekmektedir. Toplumun bu uygulamaları kullanabilmesi için öncelikle dijital sağlık okuryazarlığının arttırılabilmesi gerekir. Bunun için otoriteler tarafından yapılan regülasyonlara ihtiyaç duyulmakta ve dijital sağlık uygulamalarının bir standarta oturtturulması gerekmektedir. Bu uygulamaların doğru ve bilimsel çatıda kurgulanması için hekimler ve eczacılar başta olmak üzere tüm sağlık personelinin bu alanlara ilgi duyması ve üreticiler arasında yer alması gerekir.

Kaynaklar

1. *Eryılmaz, S. (2020). Toplumsal Cinsiyet Rolü ve Kadın Sağlığı. Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(1), 5-13.*
2. *Akın, A. & Türkçelik, E Sağlık Hizmetlerine Erişimde Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Haritalama ve İzleme Çalışması. CEİD Yayınları: 9. 2018. Erişim linki:* https://dspace.ceid.org.tr/xmlui/handle/1/173
3. *Varol, Z. S., Çiçeklioğlu, M. Sağlık hizmet sunumunda toplumsal cinsiyet eşitsizliği. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2016, 25(4), 161-166.*
4. *Taş, M. Ö., Ekinci, N., ve Aksan, E. Sağlıkta Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğine İlişkin İnternete Yansıyan Türkçe Haberlerin İçeriklerinin Değerlendirilmesi. Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi, 2020, 2(2), 65-75.*
5. *World Helath Organization. Violence against women, Health consequences. Erişim linki: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women*
6. *Şimşir, İ., Mete, B. The Future of Healthcare Services: Digital Health Technologies. Journal of Innovative Healthcare Practices, 2021, 2(1), 33-39.*
7. *Büyükgöze, S., & Dereli, E. Toplum 5.0 ve Dijital Sağlık. VI. Uluslararası Bilimsel ve Mesleki Çalışmalar Kongresi-Fen ve Sağlık, 2019; 07-10.*
8. *Mumay, B.S., Ergüven, Ö. Eczacılık İletişiminde Yeni Dönem: Eczacılık 4.0 ve Telefarmasi Kavramlarının İncelenmesi. 2. Uluslararası Tıp, Sağlık ve İletişim Bilimleri Kongresi, 2022, (1), 117-124.*
9. *Figueroa, C. A., Luo, T., Aguilera, A., & Lyles, C. R. The need for feminist intersectionality in digital health. The Lancet Digital Health, 2021, 3(8), e526-e533.*

[S055]
DETERMINATION OF DISASTER LITERACY STATUS OF EMERGENCY HEALTH SERVICE PERSONNEL

Suzan Yıldız[1], **Fatma Zehra Genç**[2], **Can Gökay Yıldız**[3], **Naile Bilgili**[4]
[1]*Reşadiye Vocational School, Tokat Gaziosmanpasa University, Tokat, Turkey*
[2]*Department of Public Health Nursing, Faculty of Nursing, Necmettin Erbakan University, Konya, Turkey*
[3]*Provincial Ambulance Department, Tokat Provincial Health Directorate, Tokat, Turkey*
[4]*Department of Public Health Nursing, Faculty of Nursing, Gazi University, Ankara, Turkey*

Introduction and Aim: Emergency health service personnel are essential health workers who take part in combating disasters. This professional group plays a valuable role in reducing the possible damage of disasters and in disaster management with their knowledge and experience in guiding society, and raising and strengthening awareness. This study was conducted to determine the disaster literacy status of emergency health services personnel.

Materials and Methods: This research was a descriptive and relation-seeking research conducted with 252 personnel working in the Provincial Ambulance Service Headquarters and the units affiliated to the Headquarters in a province of Turkey. Data were collected in April-May 2023 using a personal information form and disaster literacy scale. Before starting the research, ethics committee approval, institutional permission from the Provincial Health Directorate, and participants' consent were obtained. The variables of this research were disaster literacy status, age, sex, marital status, educational status, membership of any non-governmental organization dealing with disasters, experiencing any disaster before, having received previous training on disasters, and invlovement in any disasters. Descriptive statistics, the Mann-Whitney U test, independent samples t-test, Kruskal-Wallis test, and linear regression analysis were used to evaluate the data.

Results: There was a wide variety of professions working in emergency health services, and more than half of the participants worked as emergency medical technicians. Only 14.3% of the participants stated that they were members of non-governmental organizations related to disasters, and almost all of this group were members of UMKE. It was determined that 79% of the participants had not experienced any disasters, that those who had experienced earthquakes had experienced earthquakes most frequently, and that 19.8% of those who had experienced disasters had experienced loss (such as injury, life, or property). It was determined that 75.4% of the personnel had received training on disasters before, and almost all of those who did not receive training wanted to receive training on this subject. The mean disaster literacy scale score of the emergency health service personnel was 36.82, and the participants had a minimum score of 12.5 and a maximum score of 50 from the scale. It was determined that 17.3% of the participants had insufficient disaster literacy, 21.2% had limited literacy, 36.7% had sufficient literacy, and 24.8% had excellent literacy. Just over one-third (38.5%) of emergency health service personnel have insufficient/limited disaster literacy. The disaster literacy score of the participants differed according to their education level and their involvement in disasters. In the regression model for disaster literacy, however, socio-demographic variables in the model had no statistically significant effect on the disaster literacy scale score ($p>0.05$).

Conclusion: Turkey is in a disaster area and it can be concluded that the disaster awareness of society, especially emergency health service personnel, has increased due to the February 6th 2023 earthquake and the aftershocks experienced during the year. However, 38.5% of emergency health service personnel have insufficient/limited disaster literacy scores. The disaster experience of the participants, their status of bring involved in disasters, and their membership in non-governmental organizations related to disasters are low. It is important to determine the disaster literacy level of all health workers, especially emergency health service personnel, who take direct responsibility in disaster events, and to plan necessary initiatives to increase it.

Future research can reveal the situation more clearly in a way to cover all emergency health service personnel in Turkey, especially by providing variations in this respect. Subsequent research can also identify critical factors affecting disaster literacy and develop structured response programs accordingly.

Keywords: emergency health, emergency health service personnel, disaster, disaster literacy

[S056]
DEPREMLE İLİŞKİLİ TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU VE İŞ STRESİ İLİŞKİSİ: ADIYAMAN ÖRNEĞİ

Osman Kurt[1], **Ayşe Ferdane Oğuzöncül**[2]
[1]*Adıyaman Merkez Toplum Sağlığı Merkezi, Adıyaman*
[2]*Arel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, İstanbul*

Giriş ve Amaç: 6 Şubat Kahramanmaraş depremlerinden en çok etkilenen illerden biri olan Adıyaman'da deprem sonrası sağlık çalışanları sağlık hizmeti vermek durumunda kaldılar. Bu durum onların travmaya bağlı stresini etkilediği gibi iş streslerine de olumsuz yansıması olmuştur. Bu çalışmada deprem sonrasında Adıyaman il merkezi ve ilçelerde olan hemşirelerin travma sonrası stres düzeyi (TSSB) ve iş stresi ilişkisi incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte olan bu araştırmanın evrenini; Adıyaman merkez ve ilçelerde bulunan hemşireler oluşturmuştur. Sağlık müdürlüğünden alınan bilgiye göre Adıyaman'da toplam 2567 hemşire çalışmaktadır. Yapılan güç analizinde evreni belli olan örneklem hesabı kullanılarak %95 güven aralığında Travma sonrası stres bozukluğu prevalansı %50 kabul edilerek en az 335 hemşireye ulaşılması gerektiği bulunmuştur. Hemşirelere gelişigüzel (haphazard) örnekleme yöntemi ile ulaşılmıştır. Çalışmanın saha aşaması Ağustos-Eylül 2023 tarihlerinde yapılmıştır. Çalışma için Fırat Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar etik kurulundan etik onay ve kurum izni alınmıştır. Çalışmada katılımcılara online anket uygulanmış olup sosyodemografik özellikleri sorgulayan sorular ve depremle ilişkili soruların yanı sıra Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ölçeği ve İş Stresi Ölçeği-20 ölçeği uygulanmıştır. Online anket uygulandığı için çalışmaya katılmayı ret eden hemşirelerin varlığı tespit edilememiştir. TSSB ölçeği toplam 17 maddeden oluşmakta olup cevaplar "hiç yok" ile "aşırı derecede'' arasında değişen skala üzerinden (1-5) verilmektedir. Puan arttıkça stres artmakta olup kesme puanı 37 olarak alınmıştır. İş Stresi Ölçeği-20 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçek "Hiç Uygun Değil" ile "Tamamen Uygun" (1-5) arasında beşli Likert tipi değerlendirme ile uygulanmaktadır. Ölçeğin kesme noktası bulunmamakla birlikte puan arttıkça stres artmaktadır. Çalışmanın bağımsız değişkenleri yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, yaşanılan yer, deprem anında Adıyaman'da olma durumu, depremden dolayı ailede kayıp durumu, çalışma yeri iken bağımlı değişkenler ise TSSB ve İş Stresi olarak belirlenmiştir.

Analizler SPSS 22 paket programında değerlendirilmiştir. Çalışmada tanımlayıcı veriler n, %, ortalama±standart sapma değerleri ile gösterilmiştir. Kikare, student t testi, One Way ANOVA, Pearson korelasyon testi, Lineer Regresyon analizi ve lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 245'i (%73,8) kadın ve 87'si (%26,2) erkek olmak üzere toplam 332 hemşire dahil edilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 34,7±7,6 (min=23-maks=51) yıldır. Hemşirelerin %69'unda travma sonrası stres bozukluğu olduğu görülmüş olup TSSB puan ortalaması 48,6±17,0 ve iş stres ölçeği puan ortalaması ise 46,1±17,0 olarak tespit edilmiştir.

Kadınların ($p<0,001$), evli olanların ($p<0,001$), çocuğu olanların ($p<0,001$), konteynerda kalanların ($p=0,008$), deprem anında Adıyaman'da olanların ($p<0,001$), depremden dolayı ailesinde vefat olanların ($p<0,001$) TSSB puanı anlamlı şekilde yüksektir. Çalışılan yer arasında TSSB puanı açısından anlamlı farklılık görülmüş olup bu farklılık sadece ASM'de çalışanlar ile müdürlüğe bağlı kurumlarda çalışanlar arasındaki farktan kaynaklanmıştır ve ASM'de çalışanların daha düşüktür ($p=0,018$).

Kadınların ($p=0,028$), evli olanların ($p=0,005$), çocuğu olanların ($p<0,001$), deprem anında Adıyaman'da olanların ($p<0,001$), depremden dolayı ailesinde vefat olanların ($p<0,001$) iş stresi ölçek puanı anlamlı şekilde yüksektir. Çalışılan yer arasında iş stresi ölçek puanı açısından anlamlı farklılık görülmüş olup bu farklılık

ASM'de çalışanlar ile diğer iki kurumda çalışanlar arasındaki farktan kaynaklanmıştır ve ASM'de çalışanların daha düşüktür (p<0,001).

TSSB puanı ile iş stres ölçek puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir korelasyon görülmüştür (r=0,599; p<0,001).

Yapılan multiple lineer regression analizine göre; TSSB ölçek puanını iş stres ölçek puanı (β=0,571, p<0,001) yordamaktadır. İş stres ölçeği puanını ise TSSB puanı (β=0,507, p<0,001) ve çalışılan işten memnuniyet durumu (β=-4,918, p<0,001) yordamaktadır.

Kadın olmak, evli olmak, çocuk sahibi olmak, hastanede ve müdürlüğe bağlı diğer kurumlarda çalışmak, konteynerda kalmak, deprem anında Adıyaman'da olmak ve depremde yakınını kaybetmek univariate analiz sonucunda TSSB varlığı için risk oluşturmuştur. Yapılan multivariate analizde evli olmak, hastanede ve müdürlüğe bağlı diğer kurumlarda çalışmak, konteynerda kalmak ve deprem anında Adıyaman'da olmak TSSB varlığı için risk oluşturmuştur.

Sonuç: Kadın, evli, çocuk sahibi olmak ve konteynerda kalmak TSSB için risk faktörü olarak görülmüş olup iş stresinin de bu gruplarda fazla olduğu görülmüştür. TSSB ile iş stresi arasında ilişki bulunmuştur. TSSB için riski yüksek olan grubun öncelikli olarak psikolojik destek almaları oldukça önemlidir. Aynı zamanda konteynerlardan evlere geçişin hızlandırılmasının koruyucu etkisi olabilir.

Çalışmada gelişigüzel örneklem kullanılması ve online anket uygulanmış olması çalışmamızın kısıtlılığı olarak sayılabilir. Fakat depremin etkisinin hala geçmemiş olması nedeni ile hemşirelere fiziki olarak ulaşmak zor olacağından ötürü bu şekilde bir yöntem denenmiştir. Aynı zamanda çalışmamız kesitsel çalışmanın içerdiği tüm kısıtlılıkları da barındırmaktadır.

Anahtar kelimeler: Adıyaman, Deprem, İş stresi, TSSB

[S057]
KAHRAMANMARAŞ DEPREMİNDEN ETKİLENEN SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU: TANIMLAYICI BİR ÇALIŞMA

Çağrı Nafız Aktaş[1], Mehmet Salih Ekemen[1], Elnur Hashimov[1], Elmin Habibli[1], Ayşe Seval Palteki[2]
[1]İstanbul Medipol Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İstanbul
[2]İstanbul Medipol Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş ve Amaç: Yapılan çalışmalar, travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) deprem sonrası en sık karşılaşılan psikolojik sorun olduğunu ortaya koymaktadır. Deprem sonrası TSSB prevalansı %11,7 ile %82,6 arasında değişmektedir. 6 Şubat 2023 tarihinde merkez üssü Kahramanmaraş olan, 50.000'in üzerinde kişinin öldüğü 7,7 ve 7,6 MW büyüklüğündeki iki deprem yaşandı. Bölgede yaşayan sağlık çalışanları bu afetten etkilenen bireyler olmalarının yanı sıra, zamanla yarışılan bir ortamda, zaman zaman artçılar eşliğinde yaralılara müdahale etmek durumunda kaldı. Bu çalışmada, söz konusu depremi yaşamış ve Adana'daki özel bir hastanede görev yapmakta olan sağlık çalışanlarının TSSB açısından değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın evrenini Adana'daki bir özel hastanede çalışmakta olan 273 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmadan, çalışanların tamamına erişilmesi hedeflendi. Çalışmanın verileri Google forms üzerinden anket yoluyla 1-28 Nisan 2023 tarihleri arasında toplandı. Anket formu; 2013 yılında Weathers ve ark. tarafından geliştirilen, 2017 yılında Boysan ve ark. tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış olan, 20 soruluk DSM-5 için Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi (PCL-5) ölçeğinin yanı sıra katılımcıların mesleki ve demografik özelliklerini belirlemeye yönelik toplam 30 sorudan oluşmaktaydı. PCL-5 soruları 5'li likert tipinde olup, 47 eşik değeri ile en fazla 80 puan alınabilmekteydi. Buna göre 47 puanın altı TSSB yok, 47 ve üstü TSSB var şeklinde kategorize edildi. Çalışmanın bağımlı değişkeni TSSB yaşama durumu olup, bağımsız değişkenleri ise katılımcıların yaşı, cinsiyeti, mesleği, medeni hali, hangi bölümde çalıştıkları, meslekte kaç yıldır çalışmakta oldukları, iş yükü değişimi, yaşadıkları evin hasar durumu, depremde fiziksel hasar alma durumları ve yakınlarını kaybetme durumlarıydı. Verilerin analizinde SPSS v. 26.0 kullanıldı. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde ile, sürekli değişkenler ise ortalama ± standart sapma ile gösterildi. Gruplar arası önemli fark olup olmadığı ki-kare önemlilik testiyle değerlendirildi. İstatistiksel önemlilik düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya katılım oranı %80,2 (n=219) olarak hesaplandı. Katılımcıların yaş ortalaması 40,68 ± 9,97, meslekteki geçirdikleri yıl ortalaması ise 16,20 ± 9,13 olup; %65,3'ü kadındı. Çalışmaya katılanların %39,3'ünde TSSB varlığı belirlendi. Kadın katılımcıların TSSB yaşama durumları (%49,9), erkeklere (%21,1) kıyasla istatistiksel olarak önemli şekilde yüksek bulundu ($X2=16,196$; $p<0,001$). TSSB %64,1 ile en fazla hemşirelerde görülmekte olup bu grubu %63,6 ile tıbbi sekreterler takip etmekteydi. Hekimler %18,4 ile TSSB görülme sıklığı açısından en düşük grupta yer almaktaydı. Çalışanların %58,4'ü deprem sonrası iş yükü artışı yaşadığını belirtti. İş yükü artışı yaşayan sağlık çalışanlarında (%49,2), yaşamayanlara kıyasla (%25,3) TSSB görülme sıklığı istatistiksel olarak önemli şekilde yüksek bulundu ($X2=12,786$; $p<0,001$).

Sonuç: Bu çalışmada, dünyanın farklı bölgelerindeki daha önceki depremler sonrasında sağlık çalışanlarında yapılan çalışmalara kıyasla daha yüksek bir TSSB görülme sıklığı bulundu. Bu durum yaşanan afetin boyutundan kaynaklanıyor olabilir. Çalışmanın depremden görece daha az etkilenen bir şehirdeki sadece bir hastane çalışanlarında gerçekleştirilmesi nedeniyle sonuçlarının genellenebilmesi mümkün değildir. Ayrıca çalışanların altta yatan başka bir psikolojik sorununun olup olmadığının sorgulanmamış olması çalışmanın kısıtlılıklarındandır. Elde edilen bulgular doğrultusunda, söz konusu hastanede çalışanlara, öncelikle hemşireler ve tıbbi sekreterler olmak üzere TSSB açısından psikososyal destek sağlanması önerilebilir. Ayrıca iş yükü artışı olanlarda olmayanlara kıyasla daha sık TSSB görüldüğü bulgusu doğrultusunda, koşulların el verdiği ölçüde afetzede sağlık çalışanlarının iş yükünü dengeleyecek mekanizmaların oluşturulması düşünülebilir.

Anahtar Kelimeler: Deprem, Sağlık çalışanı, Travma sonrası stres bozukluğu

[S058]
LİSE ÖĞRENCİLERİNİN DEPREM BİLGİ DÜZEYLERİNİN VE İLİŞKİLİ ETMENLERİN BELİRLENMESİ

Kamil Koçak[1], Hatice Şimşek Keskin[2], Abdullah Erdal Tümer[3], Şerife Reyhan Uçku[2]
[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir
[3]Necmettin Erbakan Üniversitesi Mühendislik Fakültesi, Bilgisayar Mühendisliği Bölümü Bilgisayar Yazılımı Anabilim Dalı, Konya

Giriş ve Amaç: Doğal afet türlerinden biri olan depremler, dünyada ve Türkiye'de en yüksek mortaliteye sahip afet türüdür. Türkiye nüfusunun büyük çoğunluğu deprem tehdidi altında yaşamakta sanayi kuruşları ve barajlar gibi yapıların büyük çoğunluğu deprem bölgesinde yer almaktadır. Deprem, doğal ve önlenemez bir olay olmasına karşın alınan önlemler ile depremin afete dönüşmesi ya da olumsuz sonuçlar doğurması büyük oranda engellenebilmektedir. Bunu sağlamak için toplumun deprem bilgi düzeyinin belirlenmesi ve deprem bilgi düzeyini artırıcı yönde müdahalelerin yapılması gerekmektedir. Bu araştırma lise öğrencilerinin deprem bilgi düzeyini ve ilişkili etmenleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki araştırmanın evrenini, 2022-2023 eğitim öğretim yılında Konya Meram'daki bir lisede 10,11 ve 12. sınıfta öğrenim gören 470 öğrenci oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimi yapılmayıp, evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmanın bağımlı değişkenleri deprem bilgi düzeyi ve deprem risk algısıdır. Deprem bilgi düzeyi formu literatürden derlenmiştir. Formda yer alan maddelerin her birinin doğru yanıtına 1, yanlış ya da fikrim yok yanıtına 0 puan verilmektedir. Formdan alınan toplam puan en düşük 0 ve en yüksek 25'tir. Deprem bilgi düzeyi formu, afet yönetimi alanında 7 uzmanın görüşüne sunulmuş ve kapsam geçerlik indeksi (KGİ: 0,97) belirlenmiştir. Deprem risk algısı ölçeğinin Türkçe uyarlama çalışması Mızrak ve ark. (2021) tarafından yapılmıştır. 5'li likert tipindeki ölçek 8 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten en fazla 40 puan en düşük 8 puan elde edilmektedir. Araştırmanın bağımsız değişkenleri, sosyodemografik özellikler, deprem deneyimleri ve not ortalamalarıdır. Araştırmada veri, anket aracılığıyla öğrencilere dağıtılıp kendi kendilerine yanıtlandıktan sonra geri toplanmış, t testi, one way ANOVA ve Spearman Korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Deprem risk algısı ölçeğini Türkçeye uyarlayan yazardan ölçek kullanım izni, Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu izni (Karar No: 2022/35-19) ve Konya İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden kurum izni alınmıştır. Bu araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi TSA-2023-3231 kodlu BAP projesi tarafından desteklenmiştir.

Bulgular: Araştırmaya toplam 293 öğrenci katılmış ve evrenin %62.3'üne ulaşılmıştır. Öğrencilerin %73.4'ü kız ve %49.5'i 11. sınıftır. Öğrencilerin % 85'i deprem deneyimi yaşamış ve 4 (%0.1) öğrencinin depremde yakınları yaralanmış ya da ölmüştür. Öğrencilerin deprem risk algısı puan ortalaması 28.8±6.8 ve deprem bilgi düzeyi puan ortalaması 18.1±2.9'dur. Öğrencilerden kendisi ya da ailesi deprem deneyimi yaşayanların deprem bilgi düzeyi puan ortalaması deprem deneyimi yaşamayanlara göre anlamlı olarak yüksektir (p değerleri sırasıyla; 0.007, 0.004). 11.sınıf öğrencilerinin deprem bilgi düzeyi 10. sınıflara göre anlamlı olarak yüksektir (p=0.001). Öğrencilerin cinsiyetine, depremde yakınlarının etkilenme durumuna (ölüm/yaralanma), ebeveynlerin çalışma ve eğitim durumlarına göre deprem bilgi düzeyi puan ortalaması değerlendirildiğinde anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05). Öğrencilerin aile tipi ve algılanan gelir durumuna göre deprem bilgi düzeyi ortalamasında anlamlı fark saptanmamıştır (p>0.05). Öğrencilerin not ortalaması ile deprem bilgi düzeyi puanı arasında anlamlı olarak pozitif yönde zayıf bir ilişki belirlenmiştir (r=0.288, p<0.001). Kız öğrencilerin deprem risk algısı erkeklere göre anlamlı olarak yüksektir (p<0.001). Babasının eğitim düzeyi lise ve üzeri olan öğrencilerin deprem risk algısı anlamlı olarak yüksektir (p=0.006). Deprem nedeniyle yakını ölen/yaralanan öğrencilerin risk algısı anlamlı olarak düşüktür (p=0.010). 11. sınıf öğrencilerinin deprem risk algısı 12. sınıflara göre anlamlı olarak yüksektir (p=0.001). Öğrencilerin aile tipi, algılanan gelir durumu, deprem deneyimleri, anne eğitim durumları ve ebeveynlerinin çalışma durumlarına göre deprem risk algısı puan ortalamasında anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05).

Sonuç: Araştırma sonucunda, lise öğrencilerinin deprem bilgi düzeyinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Ailesi ya da kendisi deprem deneyimi yaşayan ve 11. sınıfta okuyan öğrencilerin deprem bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Öğrencilerin deprem ile ilgili bilgi düzeyini artırmak, bilgilerin kalıcılığını sağlamak için afet eğitimi çalışmaları disiplinler arası yaklaşımla farklı sınıf seviyelerinde ele alınmalıdır. Öğrencilerin afet okuryazarlığını artırmak için çeşitli müdahalelerin yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Afetler, deprem, öğrenciler, risk yönetimi

[S059]
HALK SAĞLIĞI UZMANLARININ KAHRAMANMARAŞ DEPREMİ SONRASI BÖLGEDEKİ HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİYLE İLGİLİ DENEYİMLERİ

Ceyda Şahan[1], Ahmet Can Bilgin[2], Bülent Kılıç[1], Pelin Bulut[1], Esra Mert[1], Seçil Nur Kantaş[1], Nuri Alp Özünlü[1], Tuğrul Erbaydar[3]
[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, İzmir
[3]Okan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş ve Amaç: Ülkemizin jeolojik yapısı nedeniyle sık yaşanan depremler, halk sağlığı sorunlarına sebebiyet vermesinin yanı sıra bu sorunların çözümüne doğrudan dâhil olan halk sağlığı uzmanlarının birçok açıdan etkilenmesi ile sonuçlanmaktadır. Bu çalışmanın amacı 6 Şubat 2023 depremleri sonrası, deprem bölgesinde çalışmakta olan halk sağlığı uzmanlarının deprem sonrası halk sağlığı hizmetleriyle ilgili yaşadıkları deneyim ve düşüncelerini saptamaktır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma fenomenolojik yaklaşımla kurgulanmış niteliksel bir araştırmadır. 6 Şubat depremleri sonrası en çok etkilenen 5 ilde (Hatay, Kahramanmaraş, Adıyaman, Gaziantep, Malatya) görev yapan halk sağlığı uzmanlarına (toplam 43 uzmandan 15'ine) çevrimiçi olarak ulaşılmıştır. Katılımcılar amaca uygun örnekleme yoluyla (halk sağlığı uzmanı olmak, deprem sırasında veya sonrasında deprem bölgesinde aktif olarak çalışıyor olmak ve çalışmaya katılmaya gönüllü olmak) seçilmiştir. Çalışmada örnek büyüklüğü hesaplanmamıştır. Çalışmada her ilden en az 2 kişi olmak üzere 8'i kadın ve 7'si erkek, 15 halk sağlığı uzmanı ile görüşülmüştür. Uzmanların yaş ortalamaları 34.5'tir. Görüşmeler Ağustos-Eylül 2023'te gerçekleştirilmiştir. Veriler yarı yapılandırılmış formlar ile derinlemesine görüşmeler yapılarak toplanmıştır. Çalışma için tüm katılımcılardan aydınlatılmış onam alınmış, görüşmelerde ses kaydı yapılmış ve sorasında metne dönüştürülmüştür. Ortalama görüşme süresi 58 dakikadır. Veriler manuel olarak kodlanmış ve tematik içerik analizi yöntemi ile analiz edilmiştir. Analizler veriler toplandıkça devam etmiş ve veriler doygunluğa ulaştığında çalışma 15 kişi ile sonlandırılmıştır. Araştırmada geçerlilik ve güvenilirlik sağlanması için görüşmeler metne çevrildikten sonra katılımcılara gönderilerek "katılımcı teyidi" alınmış, her görüşmenin en az 2 araştırmacı tarafından kodlanması sağlanmıştır. Araştırma için etik kurul onayı alınmıştır.

Bulgular: Bu çalışmada araştırma öncesinde belirlenen 7 ana kod halk sağlığı uzmanlarının iş yükü ve çalışma koşulları; halk sağlığı uzmanlarının uzmanlık eğitimi; HASUDER çalışmalarıyla ilgili düşünceler, halk sağlığı uzmanlarının mesleki deneyimleri; halk sağlığı hizmetlerinin durumu, ulusal ve uluslararası kurumların deprem çalışmalarıydı. Analizler sonucunda ek olarak 3 ana kod daha elde edilmiştir. Bunlar halk sağlığı uzmanlarının duygu-durumu, birinci basamak sağlık hizmetlerindeki sorunlar ve yönetim sorunlarıdır. Bu çalışmadan çıkan temalar ise "dayanışma", "halk sağlığı uzmanlığı", "halk sağlığı hizmetleri" ve "sağlık yönetimi" olarak belirlenmiştir. Halk sağlığı uzmanlarının bu dönemde işyükü artışı, yorgunluk ve çalışma koşullarının zorluğu yanında barınma sorunlarıyla birlikte stres, endişe, korku, üzüntü, çaresizlik, hayal kırıklığı ve tükenmişlik duygu-durumunda bulunduğu saptanmıştır. Bunun yanısıra halk sağlığı uzmanlarının uzmanlık eğitimlerinin teorik açıdan yeterli olduğu ancak afet durumlarında saha uygulamalarının farklı yanları olduğu vurgulanmıştır. Halk sağlığı uzmanlarının, soğukkanlı bir yaklaşımla kriz ve afet yönetimi konusunda mesleki deneyimlerini kullanması nedeniyle manevi bir tatmin elde ettikleri de saptanmıştır. Sahada önceliklerin belirlenmesi, organizasyon, koordinasyon, sürveyans, veri toplama ve filyasyon işleri halk sağlığı uzmanlarının öncelikle yaptığı işler olarak saptanmıştır. Uzmanlar her aşamada bireysel çabaların yanı sıra işbirliği, ekip çalışması ve iletişimin olumlu yanlarına dikkat çekmiştir. Halk sağlığı uzmanları kriz masasında çalışmanın, ek sorumluluklar üstlenmenin, planlama ve organizasyon yapmanın önemli bir mesleki deneyim kazandırdığını belirtmektedir. Halk sağlığı hizmetleri açısından ise özellikle geçici barınma merkezleri kurulurken halk sağlığı uzmanları ile yeterli işbirliği yapılmamış olduğu ve bu merkezlerin farklı sorunları olduğu saptanmıştır. En sık rastlanan halk sağlığı sorunları bulaşıcı hastalıklar alanında bağışıklama eksikliği, hijyen sorunları, uyuz, kızamık ve akut gastroenteritlerdir. Bulaşıcı olmayan hastalıklar alanında ise kronik hasta takibi ve ilaç

sorunu yaşanmaktadır. Çevre sağlığı alanında toz ve asbest, su, kanalizasyon, atık yönetimi sorunları vardır. Üreme sağlığı hizmetleri genellikle sağlanmamaktadır. Mobil hizmetlerin sağlanması gerekli ve olumlu bulunurken, göçmen sağlığı, ruh sağlığı, yaşlı sağlığı, iş sağlığı ve KETEM hizmetleri genelde eksikler içermektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin; ASM'lerin hasarlı olması, ASM çalışanlarının şehri terk etmesi, kalan personelin dönüşümlü çalışması, personel yetersizliği ve hizmet planlama sorunları nedenleriyle aksadığı bildirilmiştir. ASM'lerde performans uygulamasının düşürülmemesinin sağlık hizmetleri açısından iyi ve kötü sonuçları olduğu ifade edilmiştir. Sağlık yönetimi konusunda özellikle halk sağlığı uzmanı görevlendirmesindeki yetersizlikler, iş tanımlarındaki belirsizlikler, uzman eksikliği ve koordinasyon sorunları, teknik ve altyapı eksiklikleri ile ilgili sorunlar saptanmıştır. Hizmet içi eğitim eksikliği, izinlerin yönetilmesindeki yetersizlikler, motivasyon düşüklüğü, imkanların yanlış dağıtımı ve depremzede sağlık çalışanlarının çalışmaları için zorlanması gibi yönetsel sorunlar da belirtilmiştir. HASUDER'in çalışmalarının bu dönemde dayanışmayı ve aidiyet duygusunu olumlu yönde etkilediği, afet yönetimi konusunda iletişim gruplarının varlığını, akademik destek ve danışmanlık faaliyetlerinin oldukça olumlu karşılandığı görülmüştür. Uzmanlar HASUDER'in etkinliğinin giderek arttığını, HASUDER'e olumsuz bakışın kırıldığını, HASUDER yayınlarının yararlı olduğunu belirtmişlerdir.

Sonuç: Bu araştırma halk sağlığı uzmanlarının afetlerle ilgili aldıkları teorik eğitimlerin yeterli olmasına karşın afet sonrasındaki kaos, iş yükünün artışı, yetki sorunu ve yetersiz yönetime dair önemli bulgular içermektedir. Özellikle halk sağlığı uzmanlarının sağlık sistemi içinde görevlendirme ve rol tanımlarının net belirli olmaması afet yönetimini zorlaştırmaktadır. Her ilde halk sağlığı uzmanlarının gerek afet dönemlerinde kriz yönetiminde ve gerekse afet öncesinde görev tanımlarının ve yetkilerinin önceden planlanması ve buna uygun düzenlemeler yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Afet tıbbı, halk sağlığı uzmanlığı, halk sağlığı hizmetleri, sağlık yönetimi

[S060]
ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DÖNEM 3 VE 6 ÖĞRENCİLERİNDE AFET BİLİNCİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Zeynep Irmak, Zehra Çakıl, Seher Çayar, Cemal Koçak, Meltem Çöl
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi,Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara

Giriş ve Amaç: Afetler, tıp fakültesi öğrencilerinin gelecekteki hekimlik dönemlerinde karşılaşabilecekleri durumlar olarak kabul edilir. Tıp fakültesi öğrencileri için afet bilinci ve hazırlıkları, afetlerden korunma ve afet durumlarında etkili müdahalede bulunma kapasitelerini artırmak adına büyük bir önem taşır. Bu nedenle, tıp fakültesi öğrencilerinin afetlere karşı bilinçli olmaları, afetlerin sağlık hizmetleri üzerindeki etkilerini anlamaları ve uygun tepkileri verebilmeleri son derece önemlidir. Bu araştırma, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 3 ve 6 öğrencilerinin afet bilincini ve bu bilinci etkileyen faktörleri değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Ağustos-Ekim 2023 döneminde kesitsel bir araştırma olarak yürütülmüştür. Fakültemizde dönem 5 öğrencilerine "Afetlerde Sağlık Hizmetleri Yönetimi" dersi verildiği için bu dersi alan ve almayan iki grup seçilmek istenmiştir. Ayrıca klinik öncesi ve klinik dönemlerdeki öğrencilerin farkı yansıtılmak istenmiştir. Örneklem büyüklüğü, dönem 3 ve dönem 6 öğrencilerinden oluşan toplam 768 kişilik bir evrende, Epi-İnfo programıyla hesaplanmış ve minimum örneklem hacmi 257 bulunmuş ve gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Çalışmaya, katılmaya onam veren dönem 3'ten 210, dönem 6'dan 142 olmak üzere 352 kişi katılmıştır. Katılımcılara kişisel bilgilere yönelik 20 soruluk anket ve Dikmenli, Y. ve ark. (2018) geliştirdiği 36 madde ve 4 alt faktörden oluşan "Afet Bilinci Algı Ölçeği" Google Forms ile uygulanmıştır. Bağımlı değişken tıp fakültesi öğrencilerinin ölçek puanına göre afet bilinci düzeyleri, bağımsız değişkenler ise yaş, cinsiyet, sınıf, kendisinin veya yakın çevresinin afetlerle karşılaşma durumu, annenin ve babanın eğitim durumu, ailenin gelir durumu, afet eğitimi alma ve afet tatbikatına katılma durumudur. İstatistiksel analizler SPSS 26.0 kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı değerler sıklık, yüzde, ortanca, minimum-maksimum olarak belirtilmiştir. Kategorik değişkenler ki-kare testi ile sürekli değişkenler ise nonparametrik testler (Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis Testi) ile karşılaştırılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden etik kurul onayı alınmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan toplam 352 kişinin %54,4'ü kadındır. Depremle karşılaşma (%48,6'ya karşı %65,7) ve deprem hakkında bilgi sahibi olma (%92,3'e karşı %97,1) dönem 3'lerde anlamlı şekilde fazladır ($p<0,05$). Okulda afet acil durumu planı varlığından haberdar olmama dönem 3'lerde %80,4 iken dönem 6'da %62,7 olup fark istatiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). Buna karşın afet ile ilgili tıp fakültesinde bir eğitim alma durumu %11,4 "evet" yanıtı veren dönem 3'lere göre, %35,9 "evet" diyen dönem 6'larda fazladır ($p<0,001$). Dönem 3 ve dönem 6 öğrencileri arasında anne-babanın hayatta olması, bilgi almak için kullanılan kaynak, afet ile ilgili tatbikata katılma, afet-acil durum çantasına sahip olma durumu açısından istatiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir ($p>0,05$). Ortanca ölçek puanı dönem 6 öğrencilerinde 153,0 (97-177) olup dönem 3'lerdeki 148,0 (71-180) değerine göre anlamlı yüksektir ($p=0,001$). Afetle karşılaşanlarla karşılaşmayanlar arasında ölçek puanı açısından istatiksel olarak anlamlı fark yoktur. Bilgi sahibi olunan afet türleri incelendiğinde ortanca değerler; deprem için 150,0 (71-180), sel için 153,0 (87-180), yangın için 151,0 (87-180) ve toprak kayması için 153,5 (97-180) olup bu afet türleri hakkında bilgi sahibi olanların, olmayanlara (sırasıyla ortanca değerler: 141,0; 147,0;147,0; 148,0) göre ölçek puanı anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Afet bilgi kaynağı olarak internet/sosyal medya, televizyon ve kitap kullananlar (sırasıyla ortanca değerler: 150,0; 151,0; 153,0), kullanmayanlara (sırasıyla ortanca değerler: 141,0; 148,0; 149,0) göre daha yüksek puan almıştır ($p<0,05$). Fakat seminer/eğitim ve radyo açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Afet ile ilgili tatbikata katılanların 150,0 (71-180) katılmayanlardan 147,0 (87-174) ($p=0,002$), tıp fakültesinde afet konusunda eğitim alanların 152,0 (107-178) almayanlardan 149,0 (71-180) ($p=0,048$) ölçek puanı yüksektir. Okulda afet acil durum planı olmadığını söyleyenler, olduğunu söyleyenlere ve "bilmiyorum" diyenlere göre yüksek puan

almıştır (p=0,011). Karşılaşılan afet türü, yaşadığı ülkede afetle karşılaşma hakkında endişeli olma, afet/acil durum çantasına sahip olma, yakın çevresinde afetle karşılaşma ve afet ile ilgili tıp fakültesi haricinde bir eğitim alma açısından ölçek puanları kıyaslandığında anlamlı fark bulunmamıştır.

Sonuç: Sonuç olarak bu çalışmada; afet ile ilgili tatbikata katılanlar, tıp fakültesinde afet eğitimi alanlar daha yüksek afet bilincine sahiptir. Deprem hakkında bilgi sahibi olma sıklığı dönem 3'lerde fazlayken dönem 6'ların afet bilinci ölçek puanı yüksektir. Ayrıca deprem, sel, yangın ve toprak kayması hakkında bilgi sahibi olanların ve afet bilgi kaynağı olarak internet/sosyal medya, televizyon ve kitap kullananların da ölçek puanı yüksek bulunmuştur. Başta tıp fakülteleri olmak üzere tüm eğitim kurumlarında afetler konusunda eğitimler yaygınlaştırılmalı, yüz yüze veya internet/sosyal medya üzerinden tıp öğrencilerine yönelik afet ile ilgili bilgilendirici yayınlar yapılmalı; kurslar, kongreler düzenlenmelidir. Afet tatbikatları belirli aralıklarla yapılmalı ve öğrencilerin de katılımı sağlanmalıdır. Çalışma, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem 3 ve 6 öğrencilerini temsil etmekle birlikte tüm tıp öğrencilerine genellenememesi çalışmanın kısıtlılığıdır.

Anahtar Kelimeler: Afet, afet bilinci, afet eğitimi, tıp öğrencisi

[S061]
DEPREM HAZIRLIK VE RİSK ALGISININ DEĞERLENDİRİLMESİ: TOPLUM TABANLI BİR ÇALIŞMA

Selin Davun[1], **Mehmet Akif Sezerol**[2]
[1]*Sultanbeyli İlçe Sağlık Müdürlüğü, İstanbul*
[2]*İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul*

Giriş ve Amaç: Toplumun tamamı veya belli bir kesimi için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplara neden olan, teknolojik veya insan kaynaklı olaylar afet olarak nitelendirilir. Türkiye özellikle deprem riski bakımından dünyanın önde gelen ülkelerinden bir tanesi olup önemli can kayıplarına ve yapısal hasarlara neden olan depremler fiziki etkilerinin yanı sıra psikolojik, sosyolojik ve ekonomik yıkımlara da neden olmuştur. 6 Şubat 2023'te Kahramanmaraş merkezli ve büyük oranda yıkıcı etkileri olan deprem felaketinden sonra bu konuda yapılacak çalışmalar da önem göstermiştir. Bu çalışma sosyodemografik düzeyi düşük bir ilçede deprem risk algısı ve hazırlık durumlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma kesitsel tipte olup Nisan – Haziran 2023 tarihlerinde, İstanbul ili Sultanbeyli ilçesinde ikamet etmekte olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 18-65 yaş arasındaki kadınlarda yapılmıştır. Araştırmanın evrenini 121 514 kişi oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemi %95 güven aralığı %5 hata payı ile 384 kişi olarak belirlenmiştir. Araştırmanın bağımlı değişkeni deprem risk algısı ve hazırlık düzeyi olup bağımsız değişkenleri ise yaş, medeni durum, gelir, ev sahibi olma durumu, daha önce deprem yaşama, deprem nedenli yakınını kaybetme gibi değişkenlerdir. Katılımcılara yöneltilmek üzere araştırmacılar tarafından hazırlanan anket 3 bölümden oluşmaktadır. Anketin ilk bölümünde sosyodemografik sorular, ikinci bölümde, Şentuna ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş 13 maddelik Afet Hazırbulunuşluk Ölçeği, son bölümde ise Mızrak ve arkadaşları tarafından geliştirilen 8 maddelik Deprem Risk Algısı ölçeği kullanılmıştır. Veri toplama yöntemi olarak kişiler telefonla aranmıştır. İstatistiksel analizinde sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov analizi ile belirlenmiş olup iki değişkenli bağımsız örnekler normal dağılıma sahip ise t testiyle, normal dağılıma sahip olmayan örnekler ise Mann-Whitney U testiyle karşılaştırılmıştır. İkiden fazla değişkenler için ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin birbirleriyle ilişkisini belirlemek amacıyla Pearson Korelasyon testi yapılmıştır. Tüm istatistiksel analizlerde p değeri <0,05 anlamlı kabul edilmiştir. Çalışmamızın etik onayı, 02.03.2023 tarihi ve 201 protokol kodu ile İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır.

Bulgular: Bu çalışma 273 kişiyle tamamlanmış olup yaş ortalaması 36,9±11,5'tir. tanımlayıcı özelliklerine bakıldığında %76,6'sı evlidir. Katılımcıların %85'inin evinde afet çantası bulunmamaktadır. Katılımcıların %65,9'u evinde yıkılabilecek eşyalara karşı bir tedbir almamış olup %60,4'ü ise olası bir afet durumu için aile içinde bir planlama yapmamıştır. Çok büyük bir oranda %94,2'si ise daha önce hiç afet ile ilgili bir eğitim almamıştır. Katılımcıların deprem risk algısı ölçeğinden aldıkları ortalama puan 29,28±5,01'dir. Olası bir deprem için evlerinin sağlam olduğunu düşünenlerle düşünmeyenler arasında deprem risk algısı açısından anlamlı bir fark bulunmuştur(p<0,05). Deprem hazırbulunuşluk ölçeğinden alınan ortalama puan ise 30,41±4,66'dır. Kronik bir hastalığın olup olmaması ile hazırbulunuşluk düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur(p<0,05). Psikiyatrik bir hastalığın olup olmaması ile hazırbulunuşluk düzeyleri arasındaki fark da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(p<0,001). Deprem nedeniyle herhangi bir yakınını kaybetmiş olanların hazırbulunuşluk ölçek puanları daha yüksek olup aradaki fark anlamlı bulunmuştur(p<0,05). Deprem risk algısı ile hazırbulunuşluk ölçeği puanları arasında ise pozitif fakat düşük düzeyde anlamlı bir korelasyon saptanmıştır(p<0,05).

Sonuç: Bu çalışma bir deprem ülkesi olarak kabul edilen Türkiye'de toplum düzeyindeki deprem risk algısı ve hazırlık düzeylerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Buna göre sosyodemografik düzeyi düşük bir ilçede kadınların risk algısının yüksek olduğu fakat hazırlık düzeylerinin yeterince olmadığı, daha önce deprem

yaşayanların daha yüksek risk algısı ve hazırlık gösterdiği saptanmıştır. Bu çalışmanın kısıtlılıkları sadece kadınlarda yapılmış olması ve tek bir bölgede olmuş olmasıdır. Deprem hazırlığı ve afet yönetimi konularında toplumla işbirliği içerisinde sürekli olarak çalışmalar yapılması gerekmektedir. Bu çalışma toplumun depreme yönelik sorumluluklarının önemini ve bu konuda daha fazla eğitim ve bilgilendirmeye ihtiyaç duyulduğunu göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Afet, deprem, risk algısı, toplum sağlığı, yönetim

[S062]
METAL İŞÇİSİ KADINLARIN TOPLUMSAL CİNSİYET TEMELLİ SAĞLIK RİSKLERİ: KESİTSEL BİR ARAŞTIRMA

Melike Yavuz[1], **Nuran Gülenç**[2], **Ferit Serkan Öngel**[3], **Elif Altundaş Hatman**[4]
[1]*Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul*
[2]*Birleşik Metal İş Sendikası*
[3]*Gaziantep Üniversitesi İslahiye İİBF, Kamu Yönetimi Bölümü, Kentleşme ve Çevre Sorunları Anabilim Dalı*
[4]*Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

Giriş ve amaç: Metal sanayi, insan yaşamı için gerekli ürünlerin üretilmesinde, farklı sanayilerin gelişiminde ve toplumsal kalkınmada önemli bir rol oynamaktadır. Geleneksel olarak erkek egemen olan bu iş kolunda azımsanmayacak ve giderek artan sayıda kadın çalışmakta ancak iş yerlerinde kadınlar daha farklı sağlık riskleri ve zorluklarla karşılaşmaktadır. Bu araştırma Türkiye'de metal endüstrisinde çalışan kadınların sağlık risklerini tanımlayarak cinsiyete özgü olarak farklılaşan ihtiyaçlarını saptamayı ve müdahalelere rehberlik etmeyi amaçlamıştır.

Gereç ve yöntem: Kesitsel çalışmamızda, Türkiye metal iş kolunda üçüncü büyük işçi sendikası olan Birleşik Metal İş (BMİS) üyeleri arasında gerçekleştirilen "Metal İşçilerinin Mesleki Sağlık Riskleri ve Sağlık Durumları Saha Araştırması" verileri kullanılmıştır. BMİS, 2019 yılında 121 farklı iş yerinde örgütlü olup, sendikanın 22.095 üyesi bulunmaktaydı. Örneklem büyüklüğü OpenEpi versiyon 3'te n=[DEFF*Np(1-p)]/[(d2 /Z2 1-α/2*(N-1)+p*(1-p)] formülü ile (N =22.095, prevalans=%5, güven aralığı %95, güven sınırı (d) %1) 1686 olarak hesaplandı. Katılımcı sayısı işyerlerine göre ağırlıklandırılarak, BMIS üye listesinden rasgele seçilmiştir. Veri toplanmasında demografik bilgiler, yaşam tarzı, iş deneyimi, işyeri riskleri ve sağlık sonuçlarını içeren beş bölümlü, 30 soruluk bir anket kullanılmıştır. İşçilere anketler, kapalı zarf içinde iletilmiş ve doldurulduktan sonra aynı yöntemle toplanmıştır. Çalışmanın etik onayı İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulundan alınmıştır (YAEK/(2022/183)/2022.01.06). Veri analizi IBM SPSS 25.0 kullanılarak; tanımlayıcı istatistikler, Student t-testi, Mann-Whitney U testi ve ki-kare testi ile yapılmış; anlamlılık düzeyi p<0,05 olarak belirlenmiştir.

Bulgular: Ankete katılım %81,5 olup (n=1374), katılımcıların %6,7'si (n=92) kadın ve yaş ortalamaları 36,7'ydi. Kadın işçilerin en çok çalıştıkları sektörler, otomotiv (%32,6), bilgisayar ve elektronik ürün imalatı (%31,5) ve elektrik ekipmanlarıydı (%14,1). Kadınlar haftada ortalama 46,9 saat çalışıyor, %40'ı fazla mesai yapıyordu. İşçi kadınlarda sigara içme sıklığı (%38,0) ve alkol tüketimi (%32,6) yaygındı. Vücut kitle indeksine (VKİ) göre %30,3'ü fazla kilolu ve %9,0'ı obezdi. Kronik hastalıklar %40,2'sini etkilemiş ve iş kazası insidansı %20,7'ydi. Çalışmamız, metal endüstrisi çalışanları arasındaki cinsiyete dayalı farklılıkları ortaya koymuştur. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte kadınlar daha fazla meslek hastalığı tanısı almış (%4,4 vs %3,7) ve erkeklerden daha çok kas iskelet sistemi hastalığına sahipti (%13,0 vs %11,0) (p>0,05). Kadın işçiler daha fazla lise ve üzeri eğitimli olup (%75,6 vs. %73,6) (p>0,05); erkekler anlamlı bir şekilde daha fazla meslek lisesi mezunuydu (%41,2 vs %26,7) (p<0,05). Kadınların %54,3'ü, erkeklerin %77,9'u evliydi. Kadın işçilerin önemli bir bölümü bekar (%32,6) ya da boşanmıştı (%12,0) (p<0,05). Kadınlar daha sağlıklı bir VKİ profiline sahipti. Kadınların %38,5'i,erkeklerin %52,1'i sigara (p<0,05); kadınların %35,8'i erkeklerin ise %46,7'si içki içiyordu (p>0,05). Kadın işçilerin ortalama istihdam süreleri daha kısa (12,5 yıl vs 17,4 yıl) ve işyerindeki kıdem süreleri daha düşüktü (7,2 yıl vs 9,1 yıl) (p<0,05). Kadın işçiler daha az ana metal imalatında çalışıyorken (%1,7) erkeklerde bu oran %20,4'tü (p<0,05). Her üç kadından biri (%31,9) montaj hatlarında çalışırken, bu oran erkeklerde %13,9'du (p<0,05). Ayrıca, kadın işçiler işyerinde cinsel tacizi, bir risk olarak (%5,7) erkeklere göre (%1,7) daha yüksek görüyordu (p<0,05).

Sonuç: Çalışmamız, sendikalı metal işçileri arasında cinsiyete dayalı önemli farkları ortaya koymaktadır. Kadınların en çok bilgisayar, elektrikli ve elektronik ekipmanların ve otomotiv üretiminde, montaj hattında çalışmaları; bu işlerin daha incelikli ve dikkat gerektiren işler olması, kadınlara aftedilmiş cinsiyetçi rollerle uyumludur. Erkek

işçilertoplumsalişbölümügereğidahakolayişsahibiolmakiçinmeslekieğitimalmışken;meslekieğitimdenyoksun olankadınlarındahafazlaeğitimliolmaları,sektöregirişte kadınlariçinyüksekolaneğitimbariyeriyleaçıklanabilir. Metal işçisi kadınların yaş ortalaması yüksekken kıdem sürelerinin düşüklüğü, toplumsal cinsiyet rolleri gereği çocuk bakımı gibi yüklerini geride bıraktıktan sonra yada boşanmış olanların yaşamlarını sürdürmek için daha geç çalışmaya başlamalarının sonucu olabilir. İşçi kadınların topluma göre artmış sigara ve alkol tüketimi erkek egemen bir sektörde var olma mücadelesinin yansıması olabilir. Şiddet ve tacizi kadınların daha fazla risk olarak görmesi ise toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin farkındalığıyla ilgili olabilir. Sendikalar bu başlıkları gözeterek, toplumsal cinsiyet rollerinden kaynaklanan eşitsizliklerle mücadeleyi de gündemlerine almalıdırlar.

Anahtar Kelimeler: Metal sanayi, toplumsal cinsiyet, mesleki sağlık riskleri, kadın işçiler

[S063]
COVID-19 PANDEMİSİNİN ANNE ÖLÜMÜ ÜZERİNE ETKİSİ: BİR İL ÖRNEĞİ

Semiha Zeynep Özsaydı[1], **Hasan Durmuş**[2], **Leyla Tekdemir**[3], **Seçkin Özsaydı**[4], **Arda Borlu**[2], **Fevziye Çetinkaya**[2]
[1]*Kocasinan İlçe Sağlık Müdürlüğü, Kayseri*
[2]*Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Kayseri*
[3]*Muş Toplum Sağlığı Merkezi, Muş*
[4]*Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Başkanlığı, Kayseri*

Giriş ve Amaç: COVID-19'un gebelikteki etkileri incelendiğinde COVID-19 pozitif gebelerin, diğerlerine kıyasla erken doğum yapma, yoğun bakım ünitesine yatış ve bebeklerinin yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatış olasılığının daha yüksek olduğu görülmüş ayrıca anne ölümü riskinde de artış gözlenmiştir. COVID-19 tanısı olan gebelerde, tanısı olmayanlara göre maternal ve perinatal mortalite riskinin arttığı bulunmuştur. COVID-19'un gebe ve lohusa kadınları doğrudan etkileyerek daha ciddi hastalığa ve çeşitli komplikasyonlara neden olması yanında dolaylı etkileri ile de, anne sağlığını olumsuz etkilediği ve maternal ölümleri artırdığı gözlenmiştir. Dolaylı etkiler; pandemi sürecindeki seyahat yasakları, malzemelerin sınırlı olması, yetersiz enfeksiyon kontrol uygulamaları, kişilerin enfeksiyona yakalanma korkusu ile herhangi bir sağlık kuruluşlarına gitmek istememeleri, sağlık sistemlerinin rutin işleyişinin bozulması ile sağlık hizmet sunumunda yaşanan aksaklıklar gibi nedenlerle meydana gelmektedir. COVID-19 pandemisinde, kişileri hastalıktan korumak ve hasta bireyleri tedavi etme amaçlı alınan önlemlerden dolayı gebelerin hem temel hem diğer sağlık hizmetlerine yeterli düzeyde ulaşamamaları mortalite riskini artırmaktadır. Diğer yandan birçok ülkede yapılan araştırmalarda pandemide anne ölüm oranlarının beklentinin üstünde olduğu sonucuna ulaşılsa da, COVID-19 enfeksiyonunun gebelikte yoğun bakım ünitesine kabul ve mekanik ventilasyon riskinde artış ile ilişkili olduğunu, ancak mortalite riskinde artış ile ilişkili olmadığını gösteren yayınlar da bulunmaktadır. Türkiye'de ise bildiğimiz kadarıyla bu konuyla ilgili az sayıda hastane tabanlı çalışmalar yapılmış olup il genelini kapsamamaktadır. Bu çalışmanın amacı, Kayseri ilinde COVID-19 pandemisinin anne ölümlerine olan etkisini incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada Ocak 2017 ile Aralık 2021 tarihleri arasında Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü bünyesindeki tüm sağlık kuruluşlarında gerçekleşen anne ölümleri retrospektif olarak incelenmiştir. Bu incelemede Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü 'Anne ölümü kayıt formları' verilerinden yararlanılmıştır. Olguların bazı sosyodemografik özellikleri, gravida, parite, düşük sayısı, yaşayan çocuk sayısı, doğum öncesi izlem sayısı, bir önceki gebeliği ile son gebelik arasındaki süre, annelere ait risk faktörleri, anne ölüm zamanları ve gebelik sonlanma şekilleri, doğumun ve anne ölümlerinin gerçekleştiği yerlere ait bilgilere ulaşılmıştır. Yıllara ait toplam canlı doğum sayısı ve anne ölüm sayıları esas alınarak anne ölüm hızı 100.000 canlı doğumdaki anne ölüm oranı olarak hesaplanmıştır. Yıllara ait canlı doğum sayılarında Türkiye İstatistik Kurumu verileri esas alınmıştır. Pandemi öncesi ve sırasında doğum öncesi izlem sayılarına ulaşılmış, verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk ile test edilmiş ve gruplar arası ortalama farkı Student's t testi ile değerlendirilmiştir. $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Anne ölümlerinin nedenleri, tipleri ve önlenme durumları incelenmiştir. Olguların Sağlık Bakanlığı (Merkez) ve İl Sağlık Müdürlüğü tarafından raporlanan ölüm tipleri doğrudan, dolaylı, tanımlanamamış ve bilinmiyor şeklinde 4 gruba ayrılmış iken ölüm nedenleri önlenebilir, önlenemez ve bilinmiyor şeklinde 3 gruba ayrılmıştır. Bilinmiyor olarak belirtilenler raporları henüz tamamlanmamış olanlardır. Araştırma için Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin, Erciyes Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS istatistik programı kullanılmıştır.

Bulgular: Ocak 2017- Aralık 2021 yılları arasında Kayseri'de gerçekleşen 28 anne ölümünün 2 tanesi tesadüfi olduğu için değerlendirmeden çıkarılmıştır. Değerlendirmeye alınan anne ölümlerinde, annelerin ölüm esnasında yaş ortalaması 32.1 ± 6.6'dır (min:19, max:44). COVID-19 nedeniyle ölen annelerin risk faktörleri incelendiğinde ilk 3 sırada obezite (% 22.7), 35 yaş üstü olmak (% 18.2) ve geçirilmiş C/S öyküsü

(% 13.6) yer almaktadır. Gerçekleşen anne ölümlerinden elde edilen verilerle yıllara göre anne ölüm hızları hesaplanmıştır. 2017 yılı için anne ölüm hızı 100 binde 18.6, 2018 yılı için 100 binde 9.7, 2019 yılı için 100 binde 20.4, 2020 yılı için 100 binde 11, 2021 yılı için 100 binde 80'dir. Ölümlerin % 7.7'si antepartum, % 7.7'si intrapartum dönemde gerçekleşmiştir. Antepartum dönemde ortalama 28.0 ± 15.5 haftada ölüm olmuştur. Anne ölümlerinin % 73.1'i postpartum 42 gün içinde gerçekleşmiş ve postpartum ortalama 9.2 ± 11.4 günde ölüm olmuştur. İntrapartum-postpartum dönemde ölenlerde gebelik sonlanma şekli en çok C/S'dir (% 65.3). Doğumu gerçekleşen annelerde, doğum en çok 3.basamak sağlık kuruluşunda gerçekleşirken (% 85.7), 2. sırada ise 2.basamak sağlık kuruluşları yer almıştır (% 14.3). Gebeliği sonlanan annelerde gebelik sonlanma haftası ortalama 31.2 ± 8.8 haftadır. Gebelik sonlandığında yenidoğanların % 71.4'ü canlı durumdadır. Anne ölümlerinin en çok gerçekleştiği yer 3. Basamak sağlık kuruluşudur (% 84.6). Türkiye'de ilk vaka görüldüğü yıl olan 2020 yılı baz alınarak izlem sayıları değerlendirildiğinde; pandemi öncesi doğum öncesi izlem (DÖİ) sayısı ortalaması 9.7 ± 6.3 iken pandemi döneminde DÖİ sayısı ortalaması 9.9 ± 4.2 olarak bulunmuş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0.05$). Ölüm nedenlerinde ilk sırada COVID-19 kaynaklı ölümler (% 30.6) yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından raporlanan ölüm tiplerinde doğrudan ve dolaylı anne ölümlerinin her ikisinin de oranı % 26.9 olarak bulunmuş ve ölümlerin % 15.4'ünün önlenebilir olduğu tespit edilmiştir. İl Sağlık Müdürlüğü raporlarına bakıldığında ise ölümlerin % 73.1'i dolaylı olup, % 38.5'i önlenebilirdir.

Sonuç: Kayseri'de COVID-19 pandemisinde özellikle delta varyantın aktif olduğu sene olan 2021 yılında anne ölüm hızı olağan dışı bir artış göstermiştir. Dolaylı anne ölümleri ön planda olup, çoğunun önlenemez olduğu raporlanmıştır. Artan ölümlerin COVID-19'un doğrudan etkisinden kaynaklı olabileceği düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Anne ölümü, COVID-19, koronavirüs

[S064]
MENOPOZ BİLGİSİ ÖLÇEĞİ GELİŞTİRME ÇALIŞMASI: GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Ayşe İnaltekin[1], **Burak Mete**[1], **Mete Sucu**[2], **Fatma Atun Ütük**[1], **Hakan Demirhindi**[1], **Ferdi Tanır**[1]
[1]*Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Adana*
[2]*Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Adana*

Giriş ve Amaç: Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre, menopoz overlerin foliküler aktivitelerini yitirmeleri sonucu menstruasyonun kalıcı olarak durmasıdır. Kadınlar için kardiyometabolik hastalık riskinde biyopsikososyal bir dönüm noktasıdır. Dünyada menopoz yaşı ortalama 51, ülkemizde ise 48'dir. Postmenopozal yaşam süresinin uzaması menopozun önemini artırmaktadır. DSÖ'ye göre, 2030 yılına kadar >=50 yaş kadınların sayısı 1,2 milyarı bulacak ve bu kadınlar hayatlarının geri kalanını menopozla yaşayacaklardır. Bu durum, menopozun önemli bir halk sağlığı konusu olarak ele alınmasını gerektirmektedir. Literatür incelendiğinde, kadınların menopoz dönemi ve getirdiği sağlık sonuçlarıyla ilgili bilgilerini ölçen bir ölçeğe rastlanmamıştır. Bu çalışmanın amacı kadınların menopoz hakkındaki bilgilerini ölçen bir ölçek geliştirmektir.

Gereç ve Yöntem: Adana'da 2023 yılında yapılan bu çalışma, "Menopoz Bilgisi Ölçeği" nin kapsam geçerliliğini, yapı geçerliliğini ve iç tutarlılık güvenirlik katsayısını belirlemeye yönelik metodolojik tipte bir araştırmadır. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay (07.04.2023 tarih.132 sayı) alınmıştır. Çalışma yapılırken herhangi bir finansal destek alınmamıştır ve çıkar çatışması yoktur. Çalışma evreni Adana'da yaşayan >=18 yaş kadınlardır. Tip 1 hata düzeyi 0,05, tip 2 hata düzeyi 0,02, E.S: 0,08 kabul edilerek yapılan örneklem büyüklüğü analizinde minimum örneklem sayısı 247 olarak bulunmuştur; kolayda örnekleme yöntemiyle 397 kişiye yüzyüze ve online anket uygulanmıştır. Anket formu demografik bilgi soruları, menstruasyon ve doğurganlıkla ilgili sorular ile "Menopoz Bilgisi Ölçeği" taslağından oluşmaktadır. Ölçek yapısını belirlemek için temel bileşenler analizi ve varimax rotasyon tekniği kullanılmıştır. Güvenirlik analizinde iç tutarlılık (Cronbach alfa katsayısı) yöntemi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmamızda, ölçek için anlaşılır bir dille ifade edilen 30 maddeden oluşan madde havuzu oluşturulmuştur. Kapsam geçerliliğinde uzman görüşüne başvurulmuştur. Hazırlanan 30 maddelik taslak ölçek beş Kadın Hastalıkları ve Doğum öğretim üyelerine gönderilmiştir. Ayre ve Scally (2014)'nin ortaya koyduğu KGÖ (Kapsam Geçerlilik Ölçütü) değerlerinin esas alınmasına karar verilmiştir ve bu esas dikkate alınarak bakıldığında; α=0.05 anlamlılık düzeyinde 5 uzman için KGÖ=CVR critical değerinin 1 olduğu görülmektedir. Taslağın 12 maddesi KGÖ değerleri sıfır veya negatif olduğu için kapsam geçerliliğini geçememiştir. Diğer 18 madde kapsam olarak geçerli bulunmuştur. Çalışmamızda kullanılan örnek ölçeğe ait tek bir boyut olduğu varsayımı ile 18 maddeye ait KGİ değeri tek boyut için 1 olarak hesaplanmıştır. KGİ >=1 olduğundan ölçek kapsam açısından geçerlidir. Veri setinin faktör analizi için uygunluk analizlerinde Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy katsayısı 0.931, Bartlett›s Test of Sphericity p<0.001'dir; verilerin faktör analizi için uygun olduğu görülmektedir. Faktörlerin elde edilmesinde özdeğerler 1 kabul edilmiştir, 1'in üstünde olanlar faktör olarak kabul edilmiştir. Ölçek maddelerinin belirlenmesinde madde toplam korelasyon katsayılarının 0.50'un üzerinde olması, faktör analizinde faktör yükünün 0.50'nin üzerinde olması, binişiklik varsayımı için tek faktörde diğer faktör yapılarından en az 0.1 düzeyinde farklılık olması ölçütleri referans alınmıştır. Temel yapı analizinde ölçek 2 boyutlu olmaya zorlanmıştır. 18 maddelik ölçeğin dört maddesi (madde 8,13,16 ve 19) binişik olduğu için ölçekten çıkarılmıştır ve analizler 14 madde üstünden yeniden yapılmıştır. Faktör analizi yapılan 14 maddeden özdeğeri 1'nin üstünde 2 faktör elde edilmiştir; bunların toplam varyansı açıklama yüzdesi %60.08 olarak bulunmuştur. Faktör 1 toplam varyansın %49.26'sını, faktör 2 %10,81'ini açıklamaktadır. Birinci faktör 9 maddeden oluşup maddelerin faktör yükleri 0.633 ile 0.831 arasında değişmektedir ve Menopoz Belirtileri ve Yönetimi Bilgisi (Faktör 1) olarak adlandırılmıştır. İkinci faktörde ise faktör yükleri 0.633 ile 0.765 arasında değişen 5 madde toplanmıştır ve bu faktör Genel Menopoz Bilgisi (Faktör 2) olarak isimlendirilmiştir. Cronbach's alfa güvenirlik katsayısı 0.917 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu

söylenebilir. Ölçek her bir madde tek tek silindiğinde Cronbach's alfa değerinde önemli bir bozulma olmadığı da görülmektedir. Nonadditivity p=0.488 'dir ve ölçeğin toplanabilirlik özelliğinin olduğu görülmektedir.

Sonuç: Çalışmamızda değerlendirilen «Menopoz Bilgisi Ölçeği» nin kadınlarda menopoz bilgisi ölçülmesinde kullanılabilecek bir ölçme aracı olduğu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Bilgi, Kadınlar, Menopoz, Ölçek

[S065]
KADINLARDA HUMAN PAPİLLOMA VİRÜSÜ BİLGİ DÜZEYİ İLE SERVİKS KANSERİ VE PAP SMEAR TESTİ SAĞLIK İNANCININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Ezgi Salış[1], Oğuz Han Aydilek[1], Ezgi Yücel[1], Müşerref Amine Altındağ[2], Didem Arslantaş[1], Alaettin Ünsal[1], Melih Velipaşaoğlu[3]
[1]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Eskişehir
[2]Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp, Ankara
[3]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Eskişehir

Giriş ve Amaç: Human Papilloma Virüsü (HPV), en yaygın cinsel yolla bulaşan viral hastalık olup serviks kanserinin en önemli risk faktörüdür. Ülkemizde yapılan araştırmalarda HPV, pap smear ve serviks kanseri hakkında çok az bilgiye sahip olunduğu ve farkındalığın oluşmadığı bildirilmektedir. Bu sebeple bireylerin bilgi düzeylerinin ölçülmesi ve bireylerde HPV, pap smear ve serviks kanseri farkındalığının artırılması ve eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi için çalışmalar yapılması önemlidir. Çalışmada, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi (ESOGÜ) Sağlık, Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran hastaların HPV ile ilgili bilgi düzeylerinin saptanması, ilişkili olduğu düşünülen bazı değişkenlerin incelenmesi ile serviks kanseri ve pap smear testi sağlık inançlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma 02 Ocak – 28 Şubat 2023 tarihleri arasında, ESOGÜ Sağlık, Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı polikliniğine başvuran kadın hastalar üzerinde gerçekleştirilen kesitsel tipte bir araştırmadır. Çalışma için ESOGÜ Etik Kurulunun 17.01.2023 tarih ve E-25403353-050.99-2300014770 sayılı onayı ile idari izinler alınmıştır. Örneklem büyüklüğü, HPV enfeksiyonu hakkında bilgi düzeyi %53,6 alınarak, %95 güven aralığında ve %5 hata payı ile ulaşılması gereken minimum kişi sayısı 382 olarak hesaplandı. Veri toplama süresince hastaneye başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 389 kadın hasta çalışma grubunu oluşturdu. Veri toplamak için literatürden de faydalanılarak hazırlanan bir anket form kullanılmıştır. Hastaların HPV ile ilgili bilgi düzeyleri, Human Papilloma Virüsü Bilgi Ölçeği (HPV-BÖ) ile değerlendirildi. Serviks kanseri ve pap smear testi sağlık inançlarının değerlendirilmesi için Rahim Ağzı Kanseri ve Pap-smear Taraması Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (RAKPT-SİMÖ) kullanıldı. Veriler, SPSS (V15.0) İstatistik Paket Programında değerlendirildi. Normal dağılıma uygunluk testi olarak Kolmogrov-Smirnov kullanıldı. Analizler için Mann Whitney-U Testi, Kruskal Wallis Testi, Çoklu Doğrusal Regresyon analizi ve Spearman Korelasyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık değeri olarak p<=0,05 kabul edildi.

Bulgular: Hastaların yaşları 18-74 arasında değişmekte olup ortalama 38,8±13,0 yıl idi. Kadınların HPV-BÖ'den aldıkları puanlar 0,0-33,0 arasında değişmekte olup ortalaması 10,2±7,7 (ortancası 9,0) puan idi. Yapılan analizlerde HPV bilgi düzeyi ile ilişkili olduğu saptanan değişkenlerle oluşturulan çoklu doğrusal regresyon analizinde sigara içmek, düzenli olarak pap smear testi ve/veya HPV testi yaptırmak, HPV enfeksiyonu, HPV aşısı veya serviks kanseri hakkında eğitim almak, çocuğuna/çocuğu olursa HPV aşısı yaptırmamak ve HPV dışındaki diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar ile ilgili bilgi sahibi olmak, HPV bilgi düzeyinin önemli yordayıcıları olarak bulundu (R2=0,420, F=18,530, p<0,001). Çalışma grubundakilerin RAKPT-SİMÖ rahim ağzı kanserine karşı duyarlılık, rahim ağzı kanserini önemseme, pap smear yarar ve motivasyon, sağlık motivasyonu ve pap smear engeller alt boyutlarından aldıkları puanların ortalaması sırasıyla; 7,4±2,4 (ortanca:7,0), 23,3±5,5 (ortanca:24,0), 31,3±4,7 (ortanca:32,0), 9,7±2,4 (ortanca:10,0), 36,3±10,3 (ortanca:35,0) puan idi. Hastaların HPV-BÖ ile RAKPT-SİMÖ pap smear yarar ve motivasyon alt boyutlarından alınan puanlar arasında pozitif yönde orta düzeyde ve sağlık motivasyonu alt boyutlarından alınan puanlar arasında pozitif yönde düşük düzeyde bir ilişki olduğu bulundu (sırasıyla; r=0,32, p<0,001; r=0,13, p=0,009). HPV-BÖ ile RAKPT-SİMÖ pap smear engeller alt boyutundan alınan puanlar arasında negatif yönde orta düzeyde ve rahim ağzı kanserine karşı duyarlılık alt boyutundan alınan puanlar arasında negatif yönde düşük düzeyde bir ilişki olduğu saptandı (sırasıyla; r=-0,39, p<0,001; r=-0,11, p=0,025).

Sonuç: Hastaların yarısından fazlasının HPV ile ilgili bilgi düzeyleri ortalamanın altındaydı. HPV bilgi düzeyi arttıkça pap smear yarar ve motivasyonu ile sağlık motivasyonunun arttığı bulunurken pap smear yaptırmaya

yönelik engellerin ve serviks kanserine karşı duyarlılığın azaldığı saptandı. Bireylerin doğru bilgiye ulaşabilmeleri, ayrıca serviks kanseri tarama testlerini ve HPV aşısını yaptırmaya yönelik katılımı arttırmak amacıyla tanınmış kişilerin de yer alacağı kamu spotlarının hazırlanması, başta kadın hastalıkları ve doğum polikliniği olmak üzere tüm sağlık kuruluşlarına başvuran hastalara sağlık personelleri tarafından sağlık eğitimlerinin planlanması düşünülebilir.

Anahtar Kelimeler: Human papilloma virüsü, hpv, bilgi, sağlık inanç modeli

[S066]
KADIN İNFERTİLİTESİNDE BİLGİ KAYNAĞI OLARAK YOUTUBE

Buğra Taygun Gülle[1], Elif Belkıs Hoşcoşkun[2], Esra Mert[2], Fatih Tolga Ertürk[2], İpek Gündoğdu[2], Nuri Alp Özünlü[2]
[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Epidemiyoloji Bilim Dalı, İzmir
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir

Giriş ve Amaç: İnfertilite önemli bir halk sağlığı problemidir. Kadın infertilitesi, infertilitelerin %65'ini (tek başına veya erkek infertilitesiyle beraber) oluşturur ve damgalanma, depresyon, anksiyete, ev içi şiddet gibi bir çok durumla ilişkilidir. Son yıllarda bilgi kaynağı olarak sosyal medya ve internetin kullanımı, sağlık alanında özellikle infertilite gibi damgalamanın yüksek olduğu konularda artmaktadır. Bu sosyal platformların içerisinde Youtube; en çok içerik barındıran ve en çok kullanılan bilgi kaynaklarından biridir. Bu çalışmada kadın infertilitesiyle ilgili Youtube videolarını inceleyerek; kullanılan videoların genel özelliklerini göstermeyi ve güvenilir yüksek kalitede içeriklerin ilişkili olduğu faktörleri tespit etmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız kesitsel tipte bir çalışmadır. Youtube hesabı kullanmadan, çerezler silinerek, gizli pencere kullanılarak, Youtube'ta "women infertility" ve "female infertility" kelimeleri 11 Eylül 2023 tarihinde arandı. Her bir aramadan çıkan ilk 75 sonuç seçildi. Duplikasyonlar silindikten sonra İngilizce olmayan videolar, 45 dakikadan uzun videolar çalışma dışında bırakıldı. Eleme kriterlerini geçen videoların genel özellikleri (süre, görüntülenme sayısı, beğeni sayısı, kanal, kanalın abone sayısı, yüklenme tarihi, yorum sayısı, izlenme oranı), videonun amacı, tonu tespit edildi. Ayrıca videoların kalitesi Global Quality Score (GQS) ile değerlendirildi. GQS videonun hastalar için ne kadar yararlı olduğuna göre 1 ile 5 arası puanlanan bir kalite skorudur. En düşük puan olan 1 düşük kaliteyi en yüksek puan olan 5 ise mükemmel kaliteyi gösterir. Her video birbirinden bağımsız olarak iki çalışmacı tarafından değerlendirildi ve anlaşmazlık halinde son karar üçüncü bir çalışmacı tarafından verildi. Tanımlayıcı analizlerde sayısal verilerde normal dağılıma göre; ortanca ve çeyrekler arası aralık veya ortalama±standart sapma, kesikli verilerde sayı ve yüzde verilmiş olup, gruplar arası karşılaştırmada grup sayısına göre Mann-Whitney U testi veya Kruskal Wallis testleri uygulanmıştır

Bulgular: Youtube aramasında tespit edilen 150 videonun eleme kriterlerinden geçen 77 tanesi analize alındı. Videoların uzunluklarının ortanca süresi 3:49 (IQR: 1:55-6:58) dakikadır. Bu videoların ortanca görüntülenme sayısı 6.587 (IQR:1.316-41.751) toplam görüntülenme sayısı ise 12.540.452'dir. Videoların GQS ortalama puan 3,0±0,9 olup GQS puanı 4 veya 5 olan video sayısının 19 (%12,2) olduğu görülmüştür. Tonu negatif olan 13 (%16,9) nötr olan 32 (%41,6), pozitif olan 32 (%41,6) video olduğu görülmüştür. Tonu negatif olan videoların ortalama GQS puanının 2,5±0,5; nötr olan videoların 3,2±0,9; pozitif olan videoların 3±0,9 olduğu saptanmış olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,019). Videoların 66'sının (%85,7) temel amacı bilgi vermek, 11'inin (%14,3) amacı ise kişisel tecrübe paylaşmaktı. Bilgi vermeyi hedefleyen içeriklerin ortalama GQS puanı 3,1±0 iken kişisel tecrübe paylaşmayı hedefleyenlerin ise 2,6±0,5 olup; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,049). Sosyal eşitsizlik, damgalama gibi konulara vurgu yapan sadece 6 video (%7,8) olduğu saptanmış ve diğer videolarla arasında GQS puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,328). Alternatif ve tamamlayıcı tıp önerilerini içeren 6 (%7,8) videonun GQS puan ortalaması 2,2±0,8; içermeyen videoların ise 3,1±0,8 olup; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,018). Ayrıca video kalitesiyle izlenme oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmadı (r=0,105; p=0,363).

Sonuç: Youtube videoları kadın infertilitesinde önemli bir iletişim aracı olsa da Youtube'da yüksek kaliteli içerik sayısının az olduğu görülmektedir. Damgalanma, sosyal eşitsizlik gibi kadın infertilitesinde önemli sorunlara değinen video sayısı da son derece kısıtlıdır. Bu sebeple sağlık kuruluşlarının, üniversitelerin; infertiliteyi bütüncül bir şekilde ele alan yüksek kaliteli içerikler üretmesinin bu ihtiyaca yönelik olumlu bir adım olacağını düşünmekteyiz Kişisel tecrübeleri paylaşan, alternatif tıp yöntemlerini içeren, negatif bir tona sahip olan videoların kalitesinin daha düşük olduğunu görmekteyiz. İnfertilitenin çok boyutlu yapısına uygun olarak bu gruplardaki içeriklerin hastalara daha çok yardımcı olmak adına infertiliteyi daha bütüncül ele almasını önermekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Global Quality Score, infertilite, kadın, sosyal medya, Youtube

[S067]
MANİSA'DA YARI KENTSEL BİR BÖLGEDE AİLE PLANLAMASI YÖNTEM KULLANIMI VE KARŞILANMAMIŞ AİLE PLANLAMASI İHTİYACI

İlknur Oruç Özdemir, Berna Bilgin Şahin, Ceren Ceylan, Diğdem Oruçoğlu, Dilara Tulilak, Dilara Dikicigil, Adem Mert Atasever, Emre Çolak

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Manisa

Giriş ve Amaç: Aile planlaması (AP) bireylerin istenmeyen gebeliklerden korunmalarına, iki doğum arasındaki süreyi düzenlemelerine ve istedikleri zaman istedikleri sayıda çocuk sahibi olmalarına yardım eden uygulamalardır. Karşılanmamış AP ihtiyacı ise; gebe olmayan, doğum sonrası geçici kısırlık döneminde olmayan, doğum yapabilme yetisine sahip olan ve sonraki doğumunu 2 yıl ve ötesine ertelemek veya doğurganlığı sonlandırmak isteyen fakat herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanmayan veya yanlış zamanda veya istenmeyen mevcut gebeliği olan veya doğum sonrası geçici kısırlık döneminde olan ve son iki yıl içindeki son doğumlarını istememiş veya daha sonra istemiş olan kadın oranıdır. Bu çalışmanın amacı; Manisa'da seçilen Aile Sağlığı Merkezi (ASM) bölgesinde 15-49 yaş evli kadınların etkili AP yöntem kullanımı ve karşılanmamış AP ihtiyacı ve ilişkili faktörleri saptamaktır.

Gereç ve Yöntem: Manisa'da yürütülen kesitsel tipteki bu araştırmanın evrenini yarıkentsel bir ASM bölgesinde 4 hekime kayıtlı 15-49 yaş evli 2861 kadın oluşturmaktadır. Araştırmanın örnek büyüklüğü; %95 güven düzeyinde, %11.6 sıklıkta karşılanmamış AP ihtiyacı, %5 hata payı ve 1.45 desen etkisi ile 217 kişi olarak hesaplanmış, 225 kişiye ulaşılmıştır. Katılım oranı %78,2'dir. Örnek büyüklüğü küme örneklem yöntemi ile seçilmiştir. Kayıtlı adres listelerinden rastgele 23 asil, 6 yedek küme başı hane seçilmiş, küme büyüklüğü 10 hane olarak belirlenmiştir. Çalışmanın bağımlı değişkenleri etkili AP yöntem kullanımı ve karşılanmamış AP ihtiyacı; bağımsız değişkenleri ise sosyodemografik özellikler, kronik hastalık varlığı, sigara ve alkol kullanımı, evlilik, gebelik, doğum, aile planlaması yöntem kullanımıyla ilgili sorular, aile hekimliği birimi ile ilgili sorular ve AP yöntemine ilişkin tutumdur. Veriler SPSS 23.0 ile değerlendirilmiştir. Tek değişkenli analizlerde ki-kare, Student's T ve ANOVA testi yapılmış, tek değişkenli analizlerde anlamlı bulunan kategorik değişkenlerde lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Tip 1 hata değeri 0.05 kabul edilmiştir. Araştırmanın etik kurul onayı ve araştırma grubundan gönüllü onam formu alınmıştır.

Bulgular: Araştırma grubunun yaş ortalaması 33.87±7.85'tir. Kadınların %30.7'si ilkokul ve altı, %20.9'u ortaokul, %48.4'ü lise ve üzeri eğitim düzeyine sahiptir ve %68.9'u çalışmamaktadır. Araştırma grubunun eşlerinin %24.9'u ilkokul ve altı, %38.7'si lise ve üzeri eğitim düzeyine sahiptir ve %2.2'si işsizdir. Araştırma grubunun %50.2' si etkili ve %11.6'sı etkisiz AP yöntemi kullanmakta ve %18.3'ünün karşılanmamış AP ihtiyacı bulunmaktadır. Kadınların %52.4'ü AP tutum ölçeğine göre olumlu tutuma sahiptir. Katılımcılardan eşi gelir getiren bir işte çalışanlar, üst sosyal sınıfta olanlar, aile tipi çekirdek aile olanlar, yaşamının çoğunu kentsel bölgede geçirenler, eşiyle anlaşarak evlenenler, korunma yöntemine eşiyle birlikte karar verenler, korunma yöntemi kullandığı halde gebe kalanlar, en az bir kez ertesi gün hapı kullananlar, son 1 yılda ASM'de izlemi yapılanlar anlamlı olarak daha fazla etkili AP yöntemi kullanmaktadır ve İsteyerek gebelik sonlandırma sayısı arttıkça etkili AP yöntem kullanım oranı artmaktadır. Çok değişkenli analizlerde etkili yöntem kullanmama açısından alt sosyal sınıfta olanlar üst sosyal sınıfta olanlara göre 12.2 kat, AP yöntemine eşiyle beraber karar vermeyenler verenlere göre 2.9 kat daha risklidir. İlk evlilik yaşı 20 yaş altı olanların 21 yaş üstü olanlara göre, eşiyle görücü usulü evlenenlerin anlaşarak evlenenlere göre, doğum yapanların yapmayanlara göre karşılanmamış AP ihtiyacı anlamlı olarak daha fazla bulunmuş aynı zamanda canlı doğum sayısı, sahip olunan çocuk sayısı ve isteyerek gebelik sonlandırma sayısı arttıkça karşılanmamış AP ihtiyacı anlamlı olarak artmıştır. Çok değişkenli analizlerde sahip olunan her bir çocuk sayısı arttıkça kadınlar açısından karşılanmamış AP riski 1.4 kat artmaktadır.

Sonuç: Araştırma grubunun %50.2'si etkili ve %11.6'sı etkisiz yöntem kullanmakta ve %18.3'ünün karşılan-

mamış AP ihtiyacı bulunmaktadır. Sosyal sınıf ve yönteme eş ile birlikte karar verme etkili yöntem kullanımı konusunda en önemli değişkenler, sahip olunan çocuk sayısının artması ise karşılanmamış AP ihtiyacı açısından en önemli faktördür. Birinci basamakta AP hizmetleri konusunda alt sosyal sınıf öncelikli olmalı ve eşlerin AP danışmanlığını birlikte alması sağlanmalı, çocuk sayısı fazla olmasına rağmen hala yöntem kullanmayan kadınlara etkili bir AP yöntemi kullanması açısından aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları tarafından iyi bir danışmanlık verilmeli ve teşvik edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Aile planlaması, Etkili Aile Planlaması Yöntemi, Karşılanmamış Aile Planlaması

[S068]
RİSK DEĞERLENDİRMESİ YAPILAN GEBELERİN DOĞUM SONUÇLARININ İNCELENMESİ

Ufuk Acar, Hazal Kaya, Burcu Beyazgül, İbrahim Koruk
Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Şanlıurfa

Giriş ve Amaç: Anne ölümlerinin azaltılması ve ilişkili nedenlerin belirlenmesi uzun yıllardır küresel bir sağlık önceliği olmuştur. Ülkelerin anne ve çocuk sağlığına yönelik sürdürülebilir kalkınma hedeflerini gerçekleştirebilmesi için ulusal çapta atacakları adımların yanı sıra bölgesel ihtiyaçların belirlenerek yerel politikaların hedefe yönelik ve verimli işletilmesini önemli buluyoruz. Bu bağlamda bu çalışmada Türkiye'de anne ve çocuk sağlığı göstergeleri kötü seyreden bir ilçe özelinde gebelik ilişkili risk faktörlerini belirlemek ve bu faktörlerin olumsuz doğum sonuçlarına etkisini incelemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma Mart 2022-Ocak 2023 tarihleri arasında Şanlıurfa ili Suruç ilçesinde ikamet eden gebeler ile toplum tabanlı prospektif kohort çalışması olarak gerçekleştirilmiştir. 07-11 Mart 2022 tarihleri arasında gebe takip sistemine kayıtlı 2178 gebe araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Literatürde belirlenen ulusal tabanlı bir çalışma referans alınarak %37.8 beklenen sıklık, %5 hata payı ve %95 güven düzeyi temel alınarak, gerekli minimum örneklem büyüklüğü 310 olarak belirlendi. Her aile sağlığı merkezi için çalışmaya alınacak gebe sayısı hesaplandı ve gebeler, listelerden sistematik örnekleme ile seçildi. Anket soruları, literatür taramasının ardından, halihazırda kullanılan "Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi'nde yer alan toplam 37 risk faktörü çerçevesinde dizayn edildi. Anket formu, yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılarak katılımcılara yüz yüze 2 görüşme üzerinden uygulanmıştır. Çalışmanın bağımlı değişkeni ikinci görüşmede tespit edilen istenmeyen doğum sonucu yaşama olarak belirlenmiştir. İstatistiksel analizde, sürekli değişkenler yönünden farkın önemliliği bağımsız örneklem t-testi ile, kategorik değişkenler arasındaki ilişki ki-kare testi ile araştırıldı. Olumsuz doğum sonuçlarının belirleyicilerini daha iyi açıklayabilmek amacıyla çok değişkenli analiz yöntemi olarak ikili lojistik regresyon modelleri ve denetimli veri madenciliğinde karar ağacı algoritmaları kullanılmıştır. Çalışmanın yapılabilmesi için Harran Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Onay tarihi: 07/08/2023, Toplantı Karar No: HRÜ/23.14.20) etik kurul onayı ve Suruç İlçe Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni alınmıştır.

Bulgular: Çalışma 285 gebe ile tamamlanmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 22.88 yıl ve ilk gebelik yaşı ortalaması ise 22.09 yıl olarak tespit edilmiştir. Toplam gebelik sayısı ve toplam doğum sayısı ortalamasısırasıyla 2.35 ve 1.85'tir. Hane halkı özelliklerine göre dağılım incelendiğinde gebelerin %56.5'i kentsel alanlarda yaşamaktadır, %61.4'ü çekirdek aile formasyonuna sahiptir ve her hanede ortalama 4.6 kişi bulunmaktadır. Araştırma kapsamında 64 (%22.46) gebede belirlenen olumsuz doğum sonuçlarından en az bir tanesi gözlenmiştir. İstenmeyen doğum sonuçlarının oluşmasına neden olabilecek sosyal ve kültürel mekanizmaları açıklayabilmek için yapılan ikili lojistik regresyon analizinin sonuçları dört ayrı model üzerinden incelenmiştir. Kurulan tüm modeller ve modeller arası değişim anlamlı olarak izlenmiştir. Nihai model olan 4. modelde geniş ailede yaşama, kırsal bölgede ikamet etme, gebe yaşının ve gebelik sırasının artması, eşin eğitim almamış olması, eşin düzenli gelir getirici işinin olmaması ile çiftlerin akrabalık ilişkisinin olması olumsuz doğum sonucunu açıklamaya yardımcı belirleyiciler olarak tespit edilmiştir ($p<0.05$). Araştırmada belirlenen gebelik ilişkili risk faktörlerinin dağılımı incelendiğinde, hiçbir risk faktörüne sahip olmayan gebe oranı %8.42 iken, 3 ve üzeri risk faktörüne sahip gebe oranı %50.53 olarak tespit edilmiştir. Gebelerin sahip oldukları risk faktörlerinin istenmeyen doğum sonucu yaşama üzerindeki etkileri denetimli makine öğrenmesi içerisinde yer alan sınıflandırma ve regresyon ağaçları algoritmalarından CHAID, Exhausted CHAID, CART ve QUEST kullanılarak incelenmiştir. Çalışmada kullanılan algoritmaların performansını belirlemede; "risk katsayısı, duyarlık, özgüllük, genel doğruluk oranı ve ortalama mutlak hata" ölçütleri kullanılmıştır. Buna göre, kullanılan algoritmaların sınıflandırma performansları genel olarak birbirine yakın bulunmuştur. Genel anlamda algoritmaların performansları bakımından az değişken ile yüksek performans gösteren algoritmaların tercih edildiği göz önüne alındığında; CART'ın 3 ve CHAID'in 4 adet açıklayıcı değişken ile model oluşturması, diğer algoritmalara göre daha başarılı olduğu söylenebilir. CART ve

CHAID analizi sonuçlarına göre istenmeyen doğum sonucu yaşama üzerinde en etkili değişkenin "sağlık merkezine ulaşmada sıkıntı yaşama" olduğu tespit edilmiştir. Her iki analizde de bunu sırasıyla eşiyle akrabalık ilişkisine sahip olma, doğum sırası 3'ün üzerinde olma ve önceki gebeliklerinde evde doğum öyküsü bulunma izlemektedir. Sonuç: Bu çalışmada riskli gebeliklerin sosyal ve kültürel belirleyicilerine yönelik olarak yapılan nihai ikili lojistik regresyon modelinde geniş ailede yaşama, kırsal bölgede ikamet etme, gebe yaşının ve gebelik sırasının artması, eşin eğitim almamış olması, eşin düzenli gelir getirici işinin olmaması ile çiftlerin akrabalık ilişkisinin olması olumsuz doğum sonucunu açıklamaya yardımcı değişkenler olarak tespit edilmiştir. Sorgulanan risk faktörlerinin ayrıntılı analizinde ise "sağlık merkezine ulaşmada sıkıntı yaşama" bağımlı değişkeni açıklamada en etkili faktör olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmanın sonuçlarına benzer olarak Türkiye'de yer alan diğer bölgelerin de gereksinim duyduğu farklı ihtiyaçları ve özgün riskleri olacaktır. Konu ile ilgili yapılan ulusal ve yerel çalışmaların sonuçları çoğu zaman yalnızca bir boyutu üzerinden değerlendirilmiş ve ona yönelik uygulamalar yapılmıştır. Belki de bu çalışmanın literatüre ve politika yapıcılara en özgün katkısı, ulusal adımların yanı sıra bölgelerin ihtiyaçlarına yönelik özel uygulamaları belirlemenin önemi üzerine olacaktır. Bu bağlamda anayasanın fırsat eşitliği ilkesi ihlal edilmeden, sağlık hizmetlerinin hedef kitleye verimli olarak ulaşması amacıyla merkeziyetçi toptan yaklaşım yerine hizmet içeriğinde ve yoğunluğunda desantralizasyon temel önerimizdir.

Anahtar Kelimeler: Doğum, gebelik, risk faktörleri, yerel politikalar

[S069]
ADIYAMAN İL MERKEZ VE BESNİ İLÇELERİNDE DEPREM SONRASI RAHİM İÇİ ARAÇ UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Osman Kurt[1], Bengü Nehir Buğdaycı Yalçın[2]
[1]*Adıyaman Merkez Toplum Sağlığı Merkezi, Adıyaman*
[2]*Besni İlçe Sağlık Müdürlüğü, Adıyaman*

Giriş ve Amaç: Kontraseptif yöntemler arasında Rahim İçi Araçlar (RİA) oldukça etkin olan yöntemlerdir. Adıyaman ilinde uzun süredir kullanılan yöntem 6 Şubat depremi ile birlikte sekteye uğramıştı ve deprem sonrasında Mayıs ayından itibaren Adıyaman Merkezde ve Besni ilçesinde uygulama tekrar başladı. Bu çalışmada deprem sonrasındaki süreçte RİA takılan kadınların özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Retrospektif kayıtlara dayalı tanımlayıcı tipte olan bu araştırmada; RİA taktırmak için gelen kadınların bilgilerin kayıt defterinden ulaşılmıştır. Çalışma Mayıs-Ekim ayları arasında ve Besni ile Adıyaman Merkez'de yapılmıştır. 02.05.2023-25.10.2023 tarihleri arasında toplamda 263 kadına RİA takılmıştır. Kadınların verilerinde eksik olmadığı için tamamı çalışmaya dahil edilmiştir. Kadınların isimleri alınmadan yaşları, başvuru ayları, öğrenim durumu, gravida, parite, yaşayan çocuk sayısı, abortus öyküsü ve sayısı, son 3 ayda kullanılan yöntem ve son gebeliğin nasıl sonuçlandığı değerlendirilmiştir. Araştırmaya başlamadan önce Fırat Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan etik izin alınmış, araştırma sonucunda elde edilen veriler istatistik paket programına kaydedilerek, istatistiksel analizde değişkenlerin özelliklerine göre yüzde, ortalama, ki-kare, Student t ve Mann Whitney U testleri kullanılmıştır. Ortalamalar standart sapma ile birlikte verilmiş olup (ort±SS), $p<0.05$ istatistiksel anlamlılık olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Deprem sonrasında çalışma süresi arasında toplamda 263 kadına RİA takılmıştır. Kadınların yaş ortalaması 33,3±6,9 (min=19-maks=52) yıldır. RİA'ların %87,5'i Adıyaman Merkezde %12,5'i ise Besni'de takılmıştır. Takılan RİA'ların aylara göre oransal dağılımı incelendiğinde %7,2'sinin Mayıs, %15,6'sının Haziran, %27'sinin Temmuz, %29,7'sinin Ağustos, %11,8'inin Eylül ve %8,7'sinin ise Ekim ayında olduğu görülmüştür. Kadınların %3,8'i okuryazar değil iken %35'i ilkokul mezunu, %29,3'ü ortaokul mezunu, %16,3'ü lise mezunu ve %15,6'sı ise üniversite mezunudur. Kadınların gravida ortalaması 3,3±1,5 olarak, parite ortalaması 3,0±1,2 olarak ve yaşayan çocuk sayısı ortalama 3,0±1,2 olarak bulunmuştur. Kadınların %19,4'ünde abortus var ve ortalama abortus sayısı 1,6±,9 şeklindedir. Kadınların %59,3'ü son 3 ayda yöntem kullanmış iken bunların %75,6'ı geri çekme, %14,1'i kondom, %7,1'i RİA ve %3,2'si ise OKS kullanmıştır. Kadınların 7'si (%2,7) lohusa olduğu için korunma ihtiyacı hissetmemiş. Kadınların %55,5'inin son gebeliği normal doğum şeklinde sonuçlanmış iken %44,5'inin ise sezaryen doğum ile sonuçlanmıştır. Merkezde RİA takılan kadınların geçmişinde abortus görülme oranı (%21,3) Besni'de olanların oranından (%6,1) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=0,038). Merkezde RİA takılan kadınların son 3 ayda yöntem kullanma oranları (%57) Besni'dekilerin oranından (%75,8) anlamlı şekilde düşük görülmüştür (p=0,04). Merkezde RİA takılanların son gebeliğinin normal doğum olma oranı (%60,4) Besni'dekilerin oranından (%21,2) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p<0,001). Öğrenim durumu ortaokul ve altı olanların gravida (p<0,001), parite (p<0,001) ve yaşayan çocuk sayısı (p<0,001) öğrenim durumu lise ve üzeri olanların sayılarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Öğrenim durumu ortaokul ve altı olanların son 3 ayda yöntem kullanma oranı (%50,8) öğrenim durumu lise ve üzeri olanların oranından (%77,4) anlamlı şekilde düşük bulunmuştur (p<0,001). Öğrenim durumu ortaokul ve altı olanların son gebeliğinin normal doğum olma oranı (%64,2) öğrenim durumu lise ve üzeri olanların oranından (%36,9) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p<0,001).

Sonuç: Depremin meydana gelmesinden yaklaşık 3 ay sonra tekrardan RİA hizmetlerinin başlamış olması Adıyaman için çok önemli bir üreme sağlığı hizmeti olarak düşünülebilir. Kadınların %59,3'ü son 3 ayda herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmıştır ve en çok kullanılan yöntem geri çekmedir. Öğrenim durumu ortaokul ve altı olanların gravida, parite ve yaşayan çocuk sayısı ve son gebeliğinin normal doğum olma oranı

öğrenim durumu lise ve üzeri olanların oranından yüksek bulunmuş iken son 3 ayda yöntem kullanma oranı daha düşük bulunmuştur. RİA hizmetlerinin ulaşılabilirliğinin artması için diğer ilçelerde de RİA hizmetlerinin verilmeye başlanması faydalı olacaktır. Çalışma dosya taraması şeklinde olduğu için sonuçlar arasında nedensel bir ilişki kurulamaması çalışmanın kısıtlılığı olarak sayılabilir.

Anahtar Kelimeler: Adıyaman, Besni, Deprem, Rahim içi araç

[S070]
FİZYOTERAPİ DANIŞMANLIĞI ALANLARDA YAŞAM KALİTESİ VE BEDEN ALGISI: BİR SAĞLIKLI HAYAT MERKEZİ KOHORT ARAŞTIRMASI

Kamer Kalip, Hatice Eftal Şeyda Kanal, Şirin Çırak
TOKAT MERKEZ TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ

Giriş ve Amaç: Ülkemizde vatandaşların fiziksel aktivite (FA) danışmanlığı alabileceği Sağlıklı Hayat Merkezleri'nin (SHM) birinci basamak sağlık hizmetlerinde önemli bir yeri vardır. FA danışmanlığının yaşam kalitesinde (YK) artış, olumlu beden algısı gibi etkileri bulunmakla birlikte SHM'lerden alınan bu hizmetin toplumun hangi kesimine yönelik olduğuyla ilgili bilgiler net değildir. Çalışmamızda Tokat SHM'den FA danışmanlığı alanlarda, antropometrik ölçümlerin, beden algısının ve YK'nin zamanla değişiminin incelenmesi ve YK'deki değişimi etkileyebilecek faktörlerin ortaya konması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu prospektif kohort araştırmasında, SHM'deki fizyoterapi birimine 1 Haziran-31 Ağustos 2022 tarihleri arasında başvuran bireyler 3 aylık egzersiz programına alınmış, ilk başvuruda (T0), birinci ayın sonu (T1) ve üçüncü ayın sonunda (T2) görüşmeler yapılmıştır. Veri toplamak için demografik bilgiler ve antropometrik ölçümleri içeren bilgi formu, YK için WHOQOL-BREF ölçeği ve beden algısı için Stunkard ölçeği kullanılmıştır. Katılımcılar üç ay boyunca haftada üç gün birer saat olmak üzere fizyoterapist tarafından düzenlenmiş bireysel egzersiz programını uygulamıştır. Programın ilk yarım saatinde yürüyüş bandı, sonraki 15 dakikalık bölümde eliptik bisiklet, son 15 dakikalık bölümde ise (theraband, dumble ve kum torbaları ile) bölgesel kas kuvvetlendirme, germe ve postür egzersizleri uygulanmıştır. Yürüyüş bandı 5 dakikalık ısınma 20 dakikalık tempolu yürüyüş ve 5 dakikalık soğuma şeklinde uygulanmıştır. 20 dakikalık tempolu yürüyüş aşamasında maksimal kalp hızını (MKH) geçmeyecek düzeyde orta yoğunlukta egzersiz uygulanmıştır. MKH hesabında komorbid hastalığı olmayanlar için "(220-yaş)*0.80" formülü, olanlar için "(220-yaş)*0.60" formülü kullanılmış, egzersizin ilk yarım saatlik bölümü standardize edilmiştir. Tokat İl Sağlık Müdürlüğünden, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi etik kurulundan ve katılımcılardan gerekli izinler alınmıştır. Tanımlayıcı özellikler için yüzdelik dağılım, ortalama±standart sapma kullanılmıştır. Bedensel, Ruhsal, Sosyal ve Çevresel YK'nin T0, T1 ve T2 puan ortalamaları arasındaki farklar tekrarlayan ölçümlerde ANOVA testleriyle hesaplanmış, ikili karşılaştırmalarda bonferroni düzeltmesi kullanılmıştır. Etki büyüklüğü belirlemede Parsiyel Eta değeri (η2) kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi %5 olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Yaş ortalaması 42±11 olan 80 katılımcının tümü kadındır. Katılımcıların %44'ü ilkokul mezunudur. En sık endokrin sistem hastalığı (%27) ve kas iskelet sistemi hastalığı (%22) tanıları mevcuttur. Katılımcılar sağlıklı hayat merkezine daha çok zayıflama amacıyla (%72), kas zayıflığı (%9) ve ağrı (%8) nedeniyle başvurmuştur. Katılımcıların bel çevreleri, vücut ağırlıkları ve vücut kitle indeksleri (VKİ) zamanla azalmıştır (p<0,001). Üç zamanın ikili karşılaştırmalarında tüm ikili gruplar arasında ölçümler açısından anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir (p<0,001) Katılımcıların beden algılarına göre VKİ'leri sınıflanmıştır. Zamanla katılımcıların bedenlerini daha zayıf olarak algılamaya başladıkları görülmüştür. Bedensel YK (p:0,001), ruhsal YK (p<0,001) ve çevresel YK'nin zamanla değişimi (p<0,001) istatistiksel olarak anlamlıdır. Her üç alanın kendi içinde T0, T1 ve T2 zamanlarının tüm ikili karşılaştırmaları istatistiksel olarak anlamlıdır. Sosyal YK'nin (p: 0,072) zamana göre değişimi istatistiksel olarak anlamlı değildir. Hekim tanılı hastalığı olanların bedensel yaşam kalitelerindeki artış, hastalığı olmayanlara göre daha hızlıdır (p: 0,008, η2: 0,067). Çalışmayanların (p: <0,001, η2: 0,098) ve eğitim düzeyi ortaokul ve altı olan katılımcıların (p: 0,003, η2: 0,098) ruhsal YK'deki artış daha hızlıdır. Medeni durumu evli olanların çevresel yaşam kalitesinde bekar olanlara göre düzenli bir artış vardır (p: 0,004, η2: 0,075). Çalışmayanlarda çevresel YK'de çalışanlara göre daha düzenli bir artış vardır (p: 0,001, η2: 0,098). Eğitim düzeyi ortaokulun altında olan katılımcılarda ortaokul ve üzeri olan katılımcılara göre çevresel YK'de daha düzenli bir artış vardır (p: 0,020, η2: 0,053).

Sonuç: SHM'den alınan FA danışmanlığı kadınlarda bedensel, ruhsal ve çevresel YK'yi iyileştirmiş, antropometrik ölçümlerde önemli değişimlere yol açmıştır. Eğitim düzeyi düşük, çalışmayan ve hekim tanılı kişilerin FA danışmanlığından aldığı fayda daha fazladır.

Anahtar Kelimeler: Beden algısı, Egzersiz, Yaşam kalitesi

[S071]
DİYABETİK AYAK YARASI OLAN HASTALARDA YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ezgi Salış[1], Boran Yalçın[2], Mustafa Salış[2], Bülent Çağlar Bilgin[2], Alaettin Ünsal[1], Didem Arslantaş[1]
[1]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Eskişehir
[2]Eskişehir Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Eskişehir

Giriş ve Amaç: Diyabetik ayak yarası, kişilerin yaşam kaliteleriyle birlikte beden imajlarını, sosyoekonomik yapılarını olumsuz etkilemekte ve organ kaybına kadar gidebilmekte olan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu kişilerin yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi ve yükseltilmesinin sağlanması önemlidir. Çalışmada Eskişehir Şehir Hastanesi Yara Bakım Ünitesi'nde diyabetik ayak yarası olan hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma Şubat-Mayıs 2023 tarihleri arasında Eskişehir Şehir Hastanesi Genel Cerrahi Yara Bakım Ünitesi'ndeki diyabetik ayak yarası olan hastalarda yürütülen prospektif kesitsel tipte bir araştırmadır. Çalışma için Eskişehir Şehir Hastanesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 15.02.2023 tarih ve ESH/GOEK 2022/20 karar numaralı onayı ile idari izinler alınmıştır. Çalışma için gereken örneklem büyüklüğü, evreni bilinen örneklem büyüklüğü yöntemi kullanılarak OpenEpi programında sıklığı %50, güven aralığı %95 ve hata payı %5 alınarak minimum örneklem hacmi 207 hasta olarak hesaplandı. Çalışma sürecinde Yara Bakım Ünitesi'ne başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 209 hasta ile çalışma grubu oluşturuldu. Hazırlanan anket form araştırmacıların gözetiminde yüz yüze görüşme yöntemiyle hastalar tarafından cevaplandı. Anket form sosyodemografik özellikleri ve diyabetik ayak yarası ile ilişkili olduğu düşünülen değişkenleri ve Diyabetik Ayak Ülseri Ölçeği–Kısa Formu (DAÖ-KF) sorularını içermekteydi. Elde edilen verilerin analizi SPSS(v15.0) paket programıyla değerlendirildi. DAÖ-KF'den elde edilen puanların normal dağılıma uygunluğu açısından Kolmogorov Smirnov testi ve grafikler kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler, Mann Whitney-U ve Kruskal Wallis testleri, Spearman Korelasyon analizi ve çoklu doğrusal regresyon analizi kullanıldı. Model oluşturmadan önce ölçek puanlarının logaritması alındı. İstatistiksel anlamlılık değeri olarak p<=0,05 kabul edildi.

Bulgular: Çalışma grubunu oluşturanların yaşları 30-81 arasında değişmekte olup ortalama 62,5±11,0 yıldı. Çalışma grubunun %31,6'sı kadın, %88,5'i 50 yaş ve üzerinde ve %54,5'i ilkokul mezunuydu. Hastaların DAÖ-KF'den aldıkları puanlar 0,0-100,0 arasında değişmekte olup ortalama 64,7±24,0 (ortanca:65,9) puan idi. Çalışma grubunda diyabet dışında başka kronik hastalığı olanların sayısı 148 (%70,8) iken %42,2'sinde hipertansiyon ve %36,4'ünde kalp-damar hastalığı mevcuttu. Hastaların %51,2'si diyabete bağlı ayak yarası nedenli tedavi olduğunu belirtirken tedavi için 5'ten fazla başvuruda bulunanların sayısı 34 (%16,3)'tü. Çalışma grubunda diyabete bağlı ayak yarası nedenli 5'ten fazla başvuranların 1-2 kez başvuranlara göre diyabetik ayak yarasına bağlı yaşam kalitesi daha düşük bulundu (p=0,017). Yapılan analizlerde diyabetik ayak yarasına bağlı yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu saptanan değişkenlerle oluşturulan çoklu doğrusal regresyon analizinde gelir getirici işte çalışma durumu (p=0,012), diyabet dışı kronik hastalık varlığı (p=0,022), sosyal güvence varlığı (p<0,001), diyabet tanı süresi (p=0,033), ayak bakımı eğitimi alma durumu (p=0,031), Wagner sınıflaması (p=0,041) diyabetik ayak yarasına bağlı yaşam kalitesiyle ilişkili değişkenler olarak bulundu (R2:0,345,F:3,761,p<0,001).

Sonuç: Hastaların yaklaşık yarısının diyabetik ayak yarasına bağlı yaşam kalitesi ortalamanın altındaydı. Diyabeti ve diyabetik ayak yarası olan hastalara özellikle erken tanı için eğitim verilmesi, ayrıca hastaların ilk görüldükleri klinikte vakit kaybetmeden Yara Bakım Ünitesi'ne yönlendirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Diyabetik ayak, yaşam kalitesi, yara bakımı

[S072]
PSİKOSOSYAL RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ OLARAK KULLANILAN KOPENHAG RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİNE (COPSOQ) YÖNELİK BİR SİSTEMATİK DERLEME ÇALIŞMASI

Çagla Yabasun[1], Prof. Dr. Osman Alparslan Ergör[2], Doç. Dr. Ceyda Şahan[3]
[1]Prof. Dr. Osman Alparslan ERGÖR/Dokuz Eylül Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Halk Sağlığı Anabilim Dalı
[2]Doç. Dr. Ceyda ŞAHAN/ Dokuz Eylül Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Halk Sağlığı Anabilim Dalı
[3]Çağla YABASUN/Fen Bilimleri Enstitüsü/ İş Sağlığı ve Güvenliği Anabilim Dalı

Giriş,Amaç: Çalışma hayatının evrilmesi beraberinde olumsuz faktörler de meydana getirmiştir. Bu faktörler iş sağlığı ve güvenliği (İSG) disiplinine olan ihtiyacı meydana getirmiştir. İSG disiplininin amacı iş ve çalışma ortamını çalışana uygun hale getirmek ve bu olumsuz faktörleri minimize ederek yaşanılabilir bir çalışma ortamı sunmaktır. Burada, fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik tehlike faktörlerinin yanı sıra psikososyal tehlikeler de önemli bir sorundur. Bu tehlikelerin belirlenmesi ve buna yönelik önlemlerin geliştirilmesi için çeşitli ölçek ve materyaller geliştirilmiştir. Bunlardan biri de Kopenhag Risk Değerlendirme Ölçeği (COPSOQ)dir. COPSOQ ölçeği teorik bir arka plana ve güvenirliğe sahip olması nedeniyle sayısızca çalışmada kullanılmıştır. Ölçeğin zaman içindeki gelişimi yeni versiyonlarının geliştirilmesine katkı sağlamıştır. Söz konusu ölçeğin "kısa, orta ve uzun" versiyonları mevcuttur. Uzun versiyonu COPSOQ III'tür ve nicel talepler, bilişsel talepler, duygusal talepler, duyguları gizleme gereksinimi gibi toplamda 45 tane boyutu ölçmektedir. Bu çalışma, COPSOQ III kullanılarak belirli veri tabanlarında (Google Scholar, COPSOQ Network, YÖK Tez Merkezi, ScienceDirect, Pubmed) uluslararası hakemlerce yayımlanmış bilimsel araştırmaları çalışmanın amacına uygun olarak sistematik bir şekilde derlemeyi amaçlamaktadır. Araştırma, bu indekslenmiş çalışmaların ne zaman, nasıl, hangi ülke ve sektörlerde yapıldığı, ölçeğin kaç kişiye uygulandığı, daha çok tek başına mı yoksa diğer ölçeklerle entegre edilerek mi kullanıldığına ilişkin genel bir profil çıkararak ölçeğin geliştirildiği günden bu yana kullanımı konusunda gelinen noktada aydınlatma yapmayı hedeflemektedir. Çalışmanın bu ölçekle ilgili olmasının nedeni ölçeğin literatürdeki yaygın kullanımıdır. Böylece çalışmanın sonunda ölçeğin kullanımını aydınlatabilir ve gelecek çalışmalar için bir perspektif oluşturabilir.

Yöntem: Bu çalışma, sistematik derleme yöntemiyle yürütülmektedir. 'COPSOQ III' anahtar kelimesi kullanılarak 2018-2023 yılları arasında dili Türkçe ve İngilizce olan ve 'https://www.copsoq-network.org/validation-studies/, Google Scholar, YÖK Tez Merkezi, ScienceDirect, Pubmed' veri tabanlarında yayımlanmış ulusal ve uluslararası kaynaklardan tarama yapıldı. Araştırmanın amacına uygun olarak yapılan bu taramalarda "yayım yılı, ülke, uygulanan meslek, uygulanan sektör, katılımcı sayısı ve cinsiyet dağılımı, çalışmalardan dışlanan/ ayrılan katılımcı sayısı, veri toplama yöntemleri, araştırmanın tipi, araştırmanın metodu, veri değerlendirme araçları, ölçülen COPSOQ III boyutları" değişkenlerine yer verildi. Son olarak, mevcut araştırma kendine özgü dahil etme ve dışlama parametrelerine sahiptir ve uluslararası sistematik derleme klavuzu PRISMA (Preferred Reporting Items for Sistematik Reviews and Teta Analyses) yazım standartlarına uygun olarak yürütülmektedir. Araştırmanın kısıtları ise COPSOQ III ölçeğinin herhangi bir örneklem üzerinde uygulanmasıyla ve araştırmaların materyal/metot bölümünde COPSOQ III'ün kullandığına dair direk vurgu yapan ya da bunu herhangi bir atıfla kaynakçada belirten çalışmalar dahil edildi. Derleme, protokol anket doğrulama çalışmaları, teori veya anket geliştirme vb. çalışmalar araştırmanın dışında kalmıştır. Yalnızca açık erişimli ve Dokuz Eylül Üniversitesi Kütüphanesine açık kaynaklar dahil edilmiştir. Çalışma İSG anabilim dalında yürütüldüğü için COPSOQ III anketinin uygulandığı kişilerin herhangi bir işte istihdam ediliyor olması gerekli görülmüştür.

Bulgular: Sistematik taramaya beş farklı veri tabanından erişim sağlanmıştır. Derlemeye dahil edilen toplam çalışma sayısı 103'tür. Bu çalışmaların %21,3'ü 2023'te, %42,7'si 2022'de, %21,3'ü 2021'de, %10,6'sı 2020'de, 3,8'i ise 2019'da yayımlanmıştır. En fazla çalışma Almanya'da (20) yapılmıştır. İkinci sırada ise İsveç (19) bulunmaktadır. Diğer ülkelerdeki çalışmalar sırasıyla; Kanada ve Türkiye'de 7; İspanya ve Amerika Birleşik

Devletlerinde 6; Endonezya'da 5; Avusturalya'da 4; Hollanda'da 3; Pakistan, Portekiz ve Yeni Zelanda'da 2; Bangladeş, Belçika, Estonya, Etiyopya, Filipinler, İngiltere, İsviçre, İtalya, Hong Kong, Kore, Malezya, Norveç, Saray Bosna'da 1'er tane ve 7 çalışma ise en az iki farklı ülkenin katılımıyla yapılmıştır. Ülkeler bakımından karma örnekleme sahip olan bu 7 çalışmanın ise 2'si Türkiye ve İspanya'da; 1 tanesi Gürcistan ve Estonya'da; 1 tanesi Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada'da; 1 tanesi Avusturalya ve İsveç'te, 1 tanesi Türkiye, İsviçre ve Avusturalya'da ve son çalışma ise Avusturya, Belçika, Bosna Hersek, Bulgaristan, Hırvatistan, Danimarka, Finlandiya, Fransa, Almanya, Yunanistan, Macaristan, İrlanda, İsrail, İtalya, Hollanda, Norveç, Polonya, Portekiz'den katılımcılarla yapılmıştır. En fazla çalışmaya sahip ülkede (Almanya) yapılan bütün çalışmalar COPSOQ III ve diğer araştırma metotlarının birleştirilmesiyle yapılmıştır. Bu durum İsveç'te yapılan toplam 19 çalışmanın 18'i için geçerlidir. Yapılan çalışmalarda değerlendirilen katılımcı sayısı 142344'tür. Katılımcıların 95885'i kadın, 42150'si erkek, 450 kişi ise diğer seçeneğini işaretlemiştir. Yapılan çalışmaların 12'sinde verilere nasıl erişim sağlandığına dair bilgi bulunmamaktadır, 9'unda görüşme yoluyla veri erişimi sağlanmıştır. 11 çalışmada kâğıt form ile veri toplanırken 66 çalışmada ise WEB tabanlı anket yoluyla veri toplandığı tespit edilmiştir. Geri kalan 5 çalışmada ise karma veri toplama yöntemleri kullanılmıştır. Çalışmaların büyük bir çoğunluğu sağlık sektöründe yürütülmesine rağmen sanayi, inşaat, hizmet, kamu ve özel, ticaret, hukuk ve diğer sektörlerden de çalışmalar mevcuttur. COPSOQ ölçeği 5 çalışmada sadece demografik sorularla kullanılırken diğer 98 çalışmada diğer ölçeklerle entegre edilerek kullanılmıştır.

Sonuç: Edinilen bulgulara göre bu ölçeğin fazla sayıda kişiye uygulandığı görülmektedir. Özellikle yoğunlukta kullanıldığı ülkelerde diğer ölçeklerle entegre edilerek kullanıldığı görülmektedir. Buradaki sorun aslında sektörler özelinde psikososyal risklerin düzeyleri konusunda sınır değer olmadığı ve karşılaştırılabilir veri sunma olanağı olmadığı için işyerinde izlem yapılmadığı durumlarda değerlendirmenin zor olması önemli bir unsur olarak değerlendirilmştr

Anahtar Kelimeler: Kopenhag risk değerlendirme ölçeği, copsoq iii, psikososyal risk, sistematik derleme

[S073]
2023 ŞUBAT DEPREMLERİ SONRASI HATAY'DA PM10 DÜZEYLERİ

Mehmet Erdem, Tacettin İnandı, Nazan Savaş, Seçil Bal Cilli
Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Deprem sonrası Hatay'da 311 bin bağımsız konut çökmüş, ağır ya da orta hasar almıştır. Arkasından başlatılan yıkım, ayrıştırma, kaldırma ve taşıma çalışmaları önemli ölçüde tozumaya neden olmuştur. PM10 Uluslararası kanser ajansına göre grup 1 karsinojendir. Bu çalışmada deprem sonrası önemli bir hava kirliliği belirleyicisi olan PM10 düzeylerinin Hatay ilindeki durumunu ortaya koymak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın verileri 6 Şubat 2023 - 30 Eylül 2023 arasında Hatay İl'inde deprem sonrası ölçüm yapan, Çevre ve Şehircilik Bakanlığına ait olan 4 adet hava kalitesi izlem istasyonlarının verilerinden elde edildi. Deprem öncesi Hatay'da ikisi Antakya ilçe merkezi biri İskenderun ilçe merkezinde (İskenderun merkez istasyonu) bir diğeri ise İskenderun ilçe merkezine yaklaşık 20 km uzaklıktaki Karayılan beldesinde (İskenderun istasyonu) olmak üzere 4 adet istasyon mevcut idi. Bunlardan Antakya'da bulunan iki istasyon depremle birlikte devre dışı kaldı, yerine iki mobil istasyon eklendi. Deprem sonrası eklenen iki mobil istasyon, yıkımın fazla olduğu merkeze yaklaşık 20 km uzaklıktaki Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi (HMKÜ) kampüsünde ve Samandağ ilçesinin girişinde sabit olarak ölçüm yapmaktadır. Veriler http://www.havaizleme.gov.tr/ sunucusundan elde edilerek her istasyonun 24 saatlik PM10 değerleri aylara ve istasyonlara göre analiz edildi. HMKÜ istasyonunda 21 Mart 2023'de, Samandağ İstasyonunda ise 22 Şubat 2023'de ilk kez PM 10 ölçümüne rastlandı. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2021 yılında güncellediği PM10 için 24 saatlik limit değeri 45µg/m3'dir. Ölçülen parametrelerin, aylara ve istasyonlara göre DSÖ değerlerini aşım sayıları ve istasyonlara göre ortalamaları hesaplandı.

Bulgular: Mart 2023 sonrası (HMKÜ istasyonu Mart ayı hariç) tüm istasyonlarda aylık %70'in üzerinde veri bulundu. Tüm ölçümlere göre aşım yüzdesi incelendiğinde il genelindeki toplam ölçümlerin %37.7' sinde aşım saptandı. İl genelinin aşım yüzdeleri aylara göre bakıldığında, Ağustos %57.8, Nisan %48.2, Mart %47.8, Şubat %42.6, Temmuz %35.7, Mayıs %31.8, Eylül %25.2, Haziran %18.0 olarak saptandı İstasyonlara göre aşım sayılarına baktığımızda İskenderun merkez istasyonunda %78.8, Samandağ istasyonunda %38.6, HMKÜ'de %21.9, İskenderun istasyonunda ise %10.6 aşım bulundu. Aşımın en fazla olduğu ay İskenderun Merkez'de %85.7 ve HMKÜ istasyonunda %48.1 ile Nisan, Samandağ'da %73.7 ve İskenderun istasyonunda %58.3 ile en fazla aşım olan ay Ağustos idi. İncelediğimiz tüm süreçte İskenderun merkez istasyonu PM10 ortalaması 83.9±65.9, Samandağ 45.1±45.4, HMKÜ 37.7±18.7 ve İskenderun istasyonu 21.3±16.9 idi.

Sonuç: İstasyonların yarısı depreme dirençli değildir. Hatay İl'inde deprem sonrası incelediğimiz dönemin üçte birinden fazlasında 24 saatlik PM10 düzeylerinde DSÖ öneri limitleri aşılmıştır. Deprem sonrası PM10 düzeyleri Halk sağlığını tehdit edici boyutta olup hava kalitesini düşüren önemli etkenlerden biridir. Yerleşim yerlerine yakın istasyonların PM10 düzeyleri daha yüksektir. En fazla limit aşımının olduğu ay Ağustostur. PM10 düzeylerinde beklenen belirgin bir mevsimsel trend gözlenememiştir. Hava kirliliği hakkında topluma bilgi sağlayan Hava kalitesi ölçüm istasyonlarının tüm binalar gibi depreme dirençli olması gerekmektedir. Bu istasyonların özellikle nüfusun yoğun olduğu bölgelere yakın olması Halk sağlığı sorunlarını ortaya koyması açısından önemlidir. Depremzedelerin rüzgâr yönü de dikkate alınarak deprem ve buna bağlı enkaz kaldırma işlemlerinin yarattığı tozumaya maruz kalmayacak şekilde geçici ve kalıcı yerleşim yerlerine yerleştirilmeleri gerekmektedir. Özellikle insan faaliyetleri ile ortaya çıkan tozma işlemlerinin ıslak çalışma ile yapılması, moloz taşıyan kamyonların üzerinin branda ile örtülmesi, yolların temizlenmesi ve bu işlerde çalışanların maske gibi kişisel koruyucu önlemlere dikkat etmesi olası Halk sağlığı risklerini azaltmak açısından büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hava Kirliliği, Deprem, PM10

[S074]
POLİKLİNİKLERE BAŞVURANLARDA SOSYOEKONOMİK DEĞİŞKENLER, ÇALIŞMA DÜZENLEMELERİNİN COVID-19 GEÇİRME İLE İLİŞKİSİ

Hakan Tüzün, Merve Atik Şahin, Cansu Özbaş, Fatma Nur Baran Aksakal
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş: COVID-19 salgını, sağlık eşitsizliklerine katkıda bulunan yapısal faktörleri gün ışığına çıkarmıştır. Sosyoekonomik faktörler kişilerin COVID-19 geçirme durumlarını belirleyen etmenler arasında yer almıştır. COVID-19 pandemisi sürecinde uygulanan halk sağlığı önlemleri arasında hareketlilik kısıtlamaları da bulunmaktadır. Uzaktan çalışma ve dönüşümlü çalışmayı içeren çalışma düzenlemeleri hareketlilik kısıtlamaları kapsamında uygulanmıştır.

Bu çalışmada COVID-19 geçirme durumu ile sosyoekonomik değişkenler, çalışma durumu, uzaktan çalışma ve dönüşümlü çalışma uygulamalarını içeren çalışma düzenlemeleri arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Örneklem büyüklüğü hesaplanırken %50 bilinmeyen sıklık, %3 sapma payı, %95 güven düzeyi ve 1,0 tasarım etkisi, %25 ikame oranı dikkate alınmıştır. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi polikliniklerine başvuran 18 yaş üzeri hastalarda yüz yüze görüşme tekniği ile anket uygulanarak 1-8 Haziran 2021 tarihlerinde 1090 kişiye (%86,9) uygulanmıştır. Bu araştırmanın etik onayı Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu tarafından 2021-689 kodu ile onaylanmıştır.

Araştırmanın bağımlı değişkeni COVID-19 geçirme durumudur. COVID-19 geçirme durumu beyana dayalı olarak değerlendirilmiştir. Bağımsız değişkenler cinsiyet, yaş grupları, eğitim düzeyleri, gelir grupları, çalışma durumu, algılanan sağlık, kronik hastalık varlığıdır. Halen çalışanlar için çalışma düzenlemeleriyle ilgili bağımsız değişkenler uzaktan çalışma durumu, dönüşümlü çalışma durumu ve meslek gruplarıdır.

Gelir grupları çeyreklik değerlerine göre sınıflandırılmıştır. Gelirin ilk çeyrek değeri 4000 TL, ortancası 6000 TL ve üçüncü çeyrek değeri 10000 TL'dir.

Katılımcıların tümü için COVID-19 geçirmeyle ilişkili faktörlerin lojistik regresyon modeli (LRM) oluşturulmuştur. Çalışanlarda COVID-19 geçirmeyle ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yalnızca çalışanları içeren LRM oluşturulmuştur.

Bulgular: Katılımcıların tümünde COVID-19 geçirdiğini belirtenlerin sıklığı %19,9'dur. COVID-19 en sık 30-39 yaş grubunda (%29), en az 70 ve üzeri yaş gurubunda (%7,8) görülmüştür (p<0,001). Çalışanlarda COVID-19 görülme sıklığı %26,7, çalışmayanlarda ise %14,3'tür (p<0,001).

Katılımcıların tümünü içeren LRM'de incelenen değişkenler yaş grupları, eğitim düzeyleri, çalışma durumu ve gelir gruplarıdır. 30-39 yaş grubunda risk 18-29 yaş grubuna göre artarken (aOR: 1,669 %95CI:1,032-2,701), 70 ve üzeri yaş grubunda azalmaktadır. (aOR: 0,100 %95CI:0,013-0,773). Çalışanlar daha yüksek risk altındadır (aOR:1,719 %95CI:1,142-2,587).

Görüşülenlerin %45,4'i halen çalışmakta olduğunu bildirmiştir. Çalışanlar içinde, pandemi sürecinde bir süre uzaktan çalışanlara (%21,8) kıyasla, pandeminin tamamı boyunca işyerine gidenlerin (%31,3) COVID-19 geçirme sıklığı daha yüksektir (p<0,05). Pandemi döneminde hiç dönüşümlü olarak çalışmayanlarda (%33,5) sıklık, bir süre dönüşümlü olarak çalışanlara (%22,2) göre daha yüksektir (p<0,05). Çalışanlarda en alt gelir grubundan sırayla en üst gelir grubuna doğru COVID-19 geçirme sıklıkları %30,1, %36,3, %15,0, %18,6'dır (p<0,05).

Çalışanları içeren LRM'de incelenen değişkenler gelir grubu, uzaktan çalışma durumu, dönüşümlü çalışma

durumu, yaş grupları ve eğitim gruplarıdır. Hiç dönüşümlü çalışmamış olanlarda risk artmaktadır (aOR: 1,749 – %95CI: 1,091-2,804).

Sonuç: İncelenlerin tümünü içeren çok değişkenli modelde çalışanlarda COVID-19'a yakalanma riskinin 1,7 kat daha fazla olması, çalışanların pandemideki dezavantajlı konumunu ortaya koymaktadır. Çalışanları kapsayan çok değişkenli modelde, hiç dönüşümlü çalışmamış olanlarda riskin yaklaşık 1,7 kat daha fazla olması, çalışma düzenlemelerinin bulaşmayı önlemede ne kadar etkili olduğunu göstermektedir.

Diğer taraftan DİSK-AR (Devrimci İşçi Sendikaları Konfederasyonu Araştırma Enstitüsü) tarafından yapılan projeksiyonda, kısıtlama uygulamaları sürecinde istihdamın %61'inin kapatmadan muaf sektörlerde, %22'sinin kısmen muaf sektörlerde, %17'sinin kapatma kapsamındaki sektörlerde çalıştığı öngörülmüştür.

Sonuçlarımız bu tespitle birlikte değerlendirildiğinde, çalışma düzenlemeleri uygulamalarının dar kapsamlı uygulanmasının, çok sayıda önlenebilir ölüme yol açmış olabileceği düşünülebilir. Çalışma yaşamına ilişkin eşitsizliklerin pandemideki sağlık eşitsizliklerinin artışında etkili oldukları görülmektedir.

Anahtar kelimeler: COVID-19, uzaktan çalışma, dönüşümlü çalışma, sağlık eşitsizlikleri

[S075]
BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE İŞ SAĞLIĞI GÜVENLİĞİNE YÖNELİK SES VE IŞIK ŞİDDETİ İLE HAVA KALİTESİNİN ARAŞTIRILMASI

Esra Hacılar[1], Bilge Nur Cüce Mermer[1], Lütfi Saltuk Demir[1], Fatma Gökşin Cihan[2], Selma Şahin[3], Mustafa Kürşat Ayrancı[4], Halil Çelik[5], Hakan Kaban[6]

[1]Necmettin Erbakan Üniversitesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Konya
[2]Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Konya
[3]Halk Sağlığı Hemşireliği, Konya
[4]Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Konya
[5]İş Sağlığı ve Güvenliği Birimi, Konya
[6]Hastane Başmüdürü, Konya

Giriş: İnsanlar günlük yaşamlarının büyük bir kısmını kapalı ortamlarda geçirmektedir. Kapalı ortamların fiziksel özellikleri insanların psikolojik ve fiziksel sağlıklarında önemli etkilere sahip olmakta, iş performanslarını etkilemektedir. Bu fiziksel özellikler arasında iç mekan hava kalitesi, ışık şiddeti ve ses şiddeti sayılabilir. İç mekan hava kalitesi, binaların ve yapıların içindeki ve çevresindeki hava kalitesini ifade eder. Ses şiddeti, sesin kulak tarafından duyulan yüksekliğidir. Işık şiddeti bir ışık kaynağının belirli bir yönde yaydığı ışık miktarıdır. Yüksek ses ve ışık şiddeti insanların fiziksel ve psikolojik sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu sebeple özellikle kapalı alanlarda, iç ortam hava kalitesi, ses şiddeti ve ışık şiddetinin araştırılması önemlidir. Çalışmanın amacı NEÜ Tıp Fakültesi Hastanesi'nde belirlenen yerlerde hava kalitesi ile ışık ve ses şiddetinin araştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel türde tasarlanan araştırma için yerel etik kuruldan (Karar no: 2023/4346 Tarih:22.05.2023) izin alındı. Evreni NEÜ Tıp Fakültesi Hastanesi'nde bulunan yoğun bakım üniteleri, yataklı servisler, poliklinik alanları, atölyeler, laboratuvarlar ve kantin oluşturmaktaydı. Araştırmada örnekleme iş sağlığı ve güvenliği birimi tarafından önerilenlerle birlikte araştırmacılar tarafından seçilen yoğun bakım üniteleri, yataklı servisler, poliklinik alanları, atölyeler, laboratuvarlar ve kantin olmak üzere 53 farklı yer dahil edildi. Belirlenen yerlerde sıcaklık, nem, hava akım hızı, gürültü, aydınlatma düzeyi, havada bulunan partiküler madde, NO, H_2S, CO, SO_2 ve CO_2 gaz ölçümleri, hemşire veya sekreter bankosunda yerden 1 metre yüksekte yapıldı. Veriler Mayıs 2023 tarihinde toplandı. Ölçüm yapılan yerler eski ve yeni hastane olarak iki gruba ayrıca yoğun bakım-ameliyathane, tıbbi birimler, poliklinik-servis, teknik birim olarak dört gruba ayrıldı. Bağımsız değişkenler hastanenin bölümleri bağımlı değişkenler ölçüm sonuçlarıydı. Verilerin istatistiksel analizi için SPSS 27.0 paket programı kullanıldı. Verilerin özetlenmesinde; ortanca (min-maks) değerleri ile sayı ve yüzdelikler kullanıldı. Analizlerde Mann-Whitney-U, Kruskal-Wallis testi, post hoc Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi kullanıldı, $p<0,05$ olan durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Yapılan ölçümler sonucunda sıcaklık değeri 24,6 °C (20,5-26,7), nem %37,3 (24,6-50,8), hava akım hızı 0 mm/s (0-190), ışık şiddeti 225 lüx (57-690), ses 60,8 dB (49,5-95), CO_2 400 ppm (200-1000) olarak saptandı. Gaz ölçümleri sonucunda hastane iç ortam havasında NO, H_2S, CO, SO_2 tespit edilmedi. Hastanede yer alan 4 birim ile sıcaklık, nem,ses şiddeti, CO_2 seviyeleri arasında anlamlı farklılık tespit edildi (p değeri sırasıyla p=0,013, p=0,002, p=0,007, p=0,039). Hastane poliklinik-servis alanlarının sıcaklık değerinin teknik birimlerden istatiksel olarak anlamlı yüksek olduğu saptandı (p=0,038) . Yoğun bakım ve ameliyathane nem yüzdelerinin teknik ve poliklinik-servis birimleri nem yüzdelerinden yüksek olduğu tespit edildi (sırayla p=0,009; p=0,032). Teknik birim ses şiddetinin yoğun bakım-ameliyathane ve poliklinik-servis birimlerinden yüksek olduğu tespit edildi (sırayla p=0,015; p=0,006). Poliklinik-servis alanlarının CO_2 düzeyinin yoğun bakım ve ameliyathane alanlarından istatiksel olarak anlamlı yüksek olduğu tespit edildi (p=0,038). Yeni hastane yerleşkesinde saptanan 2,5 µm boyutundaki partikül madde miktarının eski hastane yerleşkesinden yüksek olduğu tespit edildi (p=0,018). Ölçümler sonucunda 0,03 µm, 0,05 µm, 1 µm, 5 µm, 10 µm boyutunda olan

partikül miktarlarında hastanenin birimleri arasında farklılık görülmedi.Yapılan ölçümler sonrasında olması gereken sınırlara göre sıcaklığın ameliyathane, bir tane tıbbi ve teknik birimde düşük, poliklinik alanlarında yüksek, nemin farklı bazı birimlerde düşük, ışık şiddetinin farklı bazı birimlerde düşük bazılarında yüksek, ses şiddetinin teknik birimlerde yüksek olduğu saptandı.

Sonuç ve Öneriler : Bu çalışmada hastanenin bölümleri arasında ölçüm sonuçlarında farklılıkların olduğu görülmektedir. Bazı alanlarda olması gereken sınırların dışında sonuçlar tespit edilmiştir. Bu sonuçlar göz önüne alındığında, başta çalışanların sağlığı açısından olması gereken sınırların dışında olan sonuçlar için sebeplerinin araştırılması, sorunların giderilmesi için gerekli düzenlemelerin yapılması sorunların giderilemediği durumlarda koruyucu ekipman verilmesi ve kullanımın teşvik edilmesi önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: İş sağlığı, hastane, hava kalitesi, ses şiddeti, ışık şiddeti

[S076]
BİR FABRİKA ÇALIŞANLARINDA UYKU KALİTESİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Mediha Bal[1], **Sevda Sungur**[1], **Didem Oktar**[2], **Muhammed Fatih Önsüz**[1], **Selma Metintaş**[1], **Müşerref Amine Altındağ**[3]
[1]*Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Eskişehir*
[2]*Giresun İl Sağlık Müdürlüğü, Giresun*
[3]*Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp, Ankara*

Giriş ve Amaç: Uyku, tüm yaşlarda sağlık ve yaşam kalitesinin en önemli bileşenlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Bireyin uyandıktan sonra kendini zinde, formda ve yeni güne hazır hissetmesi olarak tanımlanan uyku kalitesi, bireyin mesleği ve çalışma ortamıyla yakından ilişkilidir. Bireyin çalışma hayatında önemli bir yer alan, yaşamdaki stres ve zorluklarla etkili ve aktif bir şekilde başa çıkma kapasitesi olan psikolojik sağlamlığın uyku kalitesi üzerinde olumlu etkisi olabileceği üzerinde çalışılmaktadır. Çalışmanın amacı bir fabrika çalışanlarında uyku kalitesi, psikolojik sağlamlık durumları ve diğer ilişkili faktörleri belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma Mart-Nisan 2022 tarihleri arasında Eskişehir'de makina ve teçhizat üreten bir fabrika çalışanlarında gerçekleştirilen kesitsel tipte bir araştırmadır. Çalışmanın yapılabilmesi için Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 05.04.2022 tarih ve E-25403353-050.99-313282 sayılı onay ve çalışmanın yapılacağı fabrikadan izin alındı. Fabrika çalışan toplam 315 kişinin tamamına ulaşılması hedeflendi. Çalışma gündüz vardiya saatleri içerisinde gerçekleştirildi. Çalışmaya gündüz ve gece vardiyalarından çalışan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 252 (%80) fabrika çalışanı çalışma grubunu oluşturdu. Veri toplanması amacıyla araştırmacılar tarafından literatürden faydalanılarak bir anket form hazırlandı. Anket formu araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle dolduruldu. Çalışmanın bağımlı değişkeni uyku kalitesi, bağımsız değişkenleri sosyodemografik özellikler, uyku kalitesiyle ilişkili olabilecek durumlar ve psikolojik sağlamlıktır. Çalışanların son bir ay içindeki uyku kalitesini belirlemek için Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ve bireylerin psikolojik sağlamlığını ölçmek amacıyla Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (KPSÖ) kullanıldı. PUKİ'den alınan toplam puan 5'ten büyük olanların uyku kalitesi kötü olarak hesaplandı. Çalışma grubunda PUKİ ve KPSÖ için Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları sırasıyla 0,67 ve 0,91 olarak hesaplandı. Verilerin analizi SPSS (versiyon 20.0) istatistik paket programında yapıldı. Ölçülebilir verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk Testi ile değerlendirildi. İstatistiksel analizler için ki kare testi, Spearman korelasyon analizi ve çok değişkenli lojistik regresyon kullanıldı. Kötü uyku kalitesi ile ilişkili bağımsız değişkenleri belirleyebilmek için tek değişkenli analizlerde anlamlılık veren değişkenlerle çok değişkenli lojistik regresyon modeli oluşturuldu.

Bulgular: Çalışma grubunu oluşturan 252 işçinin 163 (%64,7)'ü erkekti. İşçilerin yaşları 18-65 arasında değişmekte olup, ortalama (SS) 38,14 (10,27) yıl idi. İşçilerin 139 (%55,2)'u 40 yaş ve altında, 63 (%25,0)'ü obez, 182 (%72,2)'si evli, 119 (%47,2)'unun öğrenim durumu lise idi. İşçilerin 157 (%62,3)'si sigara içtiğini, 216 (%85,7)'sı alkol tükettiğini, 179 (%71,0)'u gelir durumunun orta düzeyde olduğunu, 226 (%89,7)'sı ek geliri olmadığını bildirdi. Katılımcıların PUKİ' den aldıkları puanlar 1-21 arasında değişmekte olup, ortalama (SS) 6,56 (2,50), ortanca (Q1-Q3) 6,0 (5,0-7,0) idi. KPSÖ'den aldıkları puanlar ise 7-30 arasında değişmekte olup, ortalama 18,8 (5,7), ortanca 18,0 (16,0-23,0) idi. İşçilerin 180 (%71,4)'inin uyku kalitesi kötü bulundu. PUKİ'den alınan puanlar ile KPSÖ'den alınan puanlar arasında negatif yönde yüksek düzeyde bir ilişki olduğu saptanarak ($r=-0,724$, $p<0,001$), uyku kalitesi yüksek olanlarda psikolojik sağlamlık düzeyinin de yüksek olduğu bulundu. Kötü uyku kalitesi ile ilişkili belirleyiciler, 40 ve üzeri yaş grubu (OR; 95%GA:2,2; 1,0-4,9), sigara kullanma (2,6;1,2-5,7) ve psikolojik sağlamlığı düşük olması (47,6;16,8-134,9) olarak bulundu.

Sonuç: Çalışanlarda kötü uyku kalitesinin yüksek düzeyde olduğu bulundu. Çalışmada 40 ve üzeri yaş grubunda, sigara içenlerde, psikolojik sağlamlığı düşük olanlarda uyku kalitesinin kötü olma riskinin yüksek olduğu saptandı. Çalışanların uyku kalitesi açısından taramalarının yapılması, sigara içenlerin sigarayı bırakmaya teşvik edilmesi, uyku kalitesi kötü olanlara yaşam tarzı değişiklikleri önerilmesi uygun olur. Uyku kalitesi düşüklüğünün iş sağlığı ve güvenliği açısından önemi dikkate alındığında çalışanların ruh ve beden sağlığı açısından iş yerlerinde psikolojik sağlamlığı artırmaya yönelik eğitimlerin önemli olduğu kanaatine varıldı.

Anahtar Kelimeler: Fabrika çalışanları, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, uyku kalitesi

[S077]
GECE NÖBETİNİN SAĞLIK ÇALIŞANLARINA ETKİSİNİ İNCELEYEN PUBMED'DE DİZİNLENMİŞ YAYINLARIN İNCELENMESİ

Hatice Seymen Güngör, Didem Daymaz, Meral Saygun
Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kırıkkale

Giriş ve Amaç: Sağlık hizmetlerinin, topluma kurumlar tarafından kesintisiz olarak sağlanması sağlık çalışanlarına gece vardiyasını mecbur kılmıştır. Söz konusu olan gece vardiyası kimi zaman sadece gece çalışma, kimi zaman gece içinde vardiyalarla değişimli şekilde çalışma halinde farklı düzende olmaktadır. Sağlık sektöründe vardiya sistemlerinin çalışanlara etkileri çalışmalarla değerlendirilmektedir. Bu çalışmada gece nöbetinin sağlık çalışanları üzerine etkisini inceleyen randomize kontrollü müdahale çalışmaları incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan bu çalışmada, Pubmed veri tabanında dizinlenmiş, 'night shift', 'healthcare workers' anahtar kelimeleri ile 15.10.2023 tarihi itibariyle taranan 2013-2023 yılları arasında yayınlanmış, 113 adet yayın araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Randomize kontrollü çalışma olmayan 32, evreni sağlık çalışanı olmayan 13, konu ile ilgisiz bulunan 40, müdahale çalışması olmayan 3, müdahale çalışmasının taslağı olarak yayınlanmış 2, dili İngilizce olmayan 1 yayın çalışma dışında bırakılmış ve 22 yayın araştırmaya dâhil edilmiştir. 16 soruluk veri toplama formu aracılığıyla veriler kaydedilmiştir. İstatistiksel analizler SPSS programı kullanılarak yapılmıştır. Kırıkkale Üniversitesi kütüphanelerinden ulaşılan ve erişime açık olan yayınlar incelendiği için herhangi bir kurumsal izin alınmamıştır.

Bulgular: Değerlendirilen 22 araştırmadaki müdahalelerinin %52,2'si vardiya programı değişikliği, %21,7'si diyet uygulama, %13,0'ü çevresel faktörlerin düzenlenmesi, %8,7'si egzersiz/yoga, %4,3'ü sanal gerçeklik kullanılmasına ilişkindir. Çalışmaların veri toplama yöntemleri %77,3 gözlem altında, %13,6 yüz yüze, %9,1 online anket şeklindedir. Çalışmaların %36,4'ü hemşirelerle, %18,2'si tüm alanlardan sağlık çalışanlarının olduğu karma gruplarla, %18,2'si asistan doktorlarla, %13,6'sı uzman doktorlarla, %13,6'sı intern doktorlarla yapılmış olup; %68,2'si 0-50 kişilik örneklemle, %22,7'si 50-100 kişilik örneklemle %9,1'i 100 'den fazla sağlık çalışanının katılımıyla yapılmıştır. Çalışmaların %72,7'si sağlık çıktıları, %18,2'si hasta güvenliği, %9,1'i hem sağlık çıktısı hem hasta güvenliği açısından değerlendirme yapmış olup bunların %48,6'sı uyku/uykululuk, %25,7'si endokrin sistem, %17,1'i psikososyal, %5,7'si immun sistem, %2,9'u kardiyovasküler sistem açısından değerlendirme yapmıştır. Yayınların %45,4'ünde ölçek kullanılmıştır. En sık kullanılan ölçekler Pittsburgh Sleep Quality Index (%40) ve Psychomotor Vigilance Test (%20) olmuştur. Değerlendirilen çalışmalarda yapılan müdahaleler sonrasında 14 araştırmada daha az uykululuk/uyku kalitesinde artış, 11 araştırmada dikkat düzeylerinde artış/karar verme süreçlerinde iyileşme, 9 araştırmada stres düzeylerinde azalma, 6 araştırmada kan glukoz düzeylerinde azalma/kilo kontrolü bildirilmişken 1 araştırmada vardiya programı değişikliği artan tıbbi hata ve hasta ölümleriyle sonuçlanmıştır.

Sonuç: Bu inceleme sonucunda literatürde sınırlı sayıda müdahale çalışması olduğu, en çok çalışmanın Amerika Birleşik Devletleri'nde yapıldığı, örneklem olarak sıklıkla tıp fakültelerinin yoğun bakım ünitesi çalışanlarının seçildiği ve küçük değişikliklerle bile çalışanların performansı ve sağlık durumlarıyla ilgili olumlu sonuçlar elde edilebileceği değerlendirilmiştir. Yapılan taramada Türkiye'de bu alanda yapılmış herhangi bir müdahale çalışmasına rastlanmamıştır. Literatüre ülkemizden kazandırılacak müdahale çalışmaları ve bu çalışmaların sonuçlarıyla yapılacak yeni düzenlemeler sağlık alanındaki iş gücü kalitesinin arttırılması, tıbbi hataların önlenmesi, sağlık çalışanlarının sağlık sorunlarının engellenmesi yönünden önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Gece vardiyası, sağlık çalışanı, randomize kontrollü müdahale çalışması

[S078]
BİR BELEDİYE ÇALIŞANLARININ İŞ YAŞAM DENGESİ VE RUHSAL DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ (TEPEBAŞI ÖRNEĞİ)

Mediha Bal, Alaettin Ünsal, Didem Arslantaş, Sibel Sert, Selva Dilan Gölbaşı Koç
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Eskişehir

Giriş ve Amaç: İş yaşam dengesi, kişinin iş ile kişisel yaşamındaki rolleri ve sorumlulukları arasında bir denge sağlayarak her iki alandaki gereksinimleri ve beklentileri karşılayabilmesidir. İş yaşam dengesi, çalışanların fiziksel ve zihinsel sağlığı, iş verimliliği, aile ilişkileri ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkilere sahiptir. Çalışanların ruhsal durumları iş yaşam dengesinin sağlanmasında önemli faktörler arasında yer almaktadır. Bu çalışma ile belediye çalışanlarında iş yaşam dengesi ile ilişkili olduğu düşünülen bazı değişkenlerin incelenmesi ve ruhsal durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, 1 Mayıs-30 Haziran 2023 tarihleri arasında Eskişehir ili Tepebaşı İlçe Belediyesi çalışanları arasında yapılan kesitsel tipte bir araştırmadır. Çalışmanın yapılabilmesi için Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 24.05.2023 tarih ve E-64267429-929-2300100225 sayılı onayı, veri toplanabilmesi için ise Tepebaşı Belediyesi İnsan Kaynakları ve Eğitim Müdürlüğü'nden yazılı izin alındı. Tepebaşı Belediyesinde toplam 2120 personel çalışmaktadır. Çalışmada belediye çalışanlarının tamamına ulaşılması hedeflenmiş olup, çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 1104 (%52,0) kişi çalışma grubunu oluşturdu. Çalışmada veri toplamak için literatürden de faydalanılarak hazırlanan bir anket form kullanıldı. Anket formlar gözlem altında çalışanlar tarafından dolduruldu. Çalışmanın bağımlı değişkeni iş yaşam dengesi iken; bağımsız değişkenleri sosyodemografik özellikler, iş yaşam dengesiyle ilişkili bazı özellikler ve ruhsal durum olarak kabul edildi. Çalışmada iş yaşam dengesinin değerlendirilmesi için İş Yaşam Dengesi Ölçeği, ruhsal durum değerlendirilmesinde ise Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21(DASS-21) kullanıldı. Veriler, SPSS (v20.0) İstatistik Paket Programında değerlendirilmiş olup, analizler için Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis testi, Spearman korelasyon analizi ve çok değişkenli lineer regresyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık değeri olarak $p<0.05$ kabul edildi.

Bulgular: Çalışma grubunu oluşturanların 496'ü (%44,9) kadın, 608'i (%51,1) erkektir. Yaşları 19-63 arasında değişmekte olup, ortalama (SS) 38,6±8,9 yıl idi. Çalışanların İş Yaşam Dengesi Ölçeği' nden aldıkları puanlar 17-85 arasında değişmekte olup, ortalama (SS) 42,6±9,6 (ortanca:43,0) puan idi. Belediye çalışanlarının 535'i (%48,5) spor, sosyal faaliyet, arkadaş buluşması gibi iş-dışı aktivitelere zaman ayırabildiğini ve 560'ı (%50,7) çevresinden aldığı sosyal desteği yeterli bulduğunu ifade etmiştir. Ayrıca 344'ü (%31,2) çalışma ortamının fiziki koşullarından memnun olmadığını bildirmişlerdir. Yapılan analizlerde iş yaşam dengesi ile ilişkili olduğu saptanan değişkenlerle oluşturulan çoklu doğrusal regresyon analizine göre kadın olmak, lise ve üzeri öğrenim düzeyine sahip olmak, iş dışı sosyal aktiviteye zaman ayırmak ve çevresinden aldığı sosyal destek durumu iş yaşam dengesinin önemli yordayıcıları olarak bulunmuştur ($p<0,001$, R^2:0,073, F:14,394). Çalışmamızda depresyon şüphesi sıklığı %38,8, anksiyete bozukluğu şüphesi sıklığı %38,1, stres bozukluğu şüphesi sıklığı ise %22,6 olarak saptanmıştır. Depresyon, anksiyete ve stres bozukluğu şüphesi olanlarda iş yaşam dengesi düzeyinin daha düşük olduğu bulunmuştur (her biri için; $p<0.001$).

Sonuç: Belediye çalışanlarında iş yaşam dengesinin orta düzeyde olduğu söylenebilir. Kadınlarda, lise ve üzeri öğrenim düzeyine sahip olanlarda, iş dışı sosyal aktiviteye zaman ayıramayanlarda, çevresinden aldığı sosyal desteği yeterli bulmayanlarda, depresyon, anksiyete ve stres bozukluğu şüphesi olanlarda iş yaşam dengesi düzeyi daha düşük bulunmuştur. Çalışanların iş yaşam dengelerini daha da geliştirmek için iyi bir iletişim ve iş birliğini destekleyici bir çalışma ortamının sağlanması, stresle baş etme yöntemleri konusunda eğitimler verilmesi, depresyon ve anksiyete bozukluğu şüphesi olanlarda teşhis ve tedavilerinin sağlanması için ileri merkezlere yönlendirilmesi yararlı olabilir. İş yaşam dengesi ve ruhsal durum arasındaki ilişkinin ortaya konabilmesi için daha kapsamlı araştırmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: belediye çalışanları, DASS-21, iş yaşam dengesi

[S079]
BİR FABRİKA ÇALIŞANLARINDA KAS İSKELET SİSTEMİ RAHATSIZLIKLARI VE İŞ STRESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sibel Sert, Sevda Sungur, Mediha Bal, Muhammed Fatih Önsüz, Selma Metintaş
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Eskişehir

Giriş ve Amaç: Kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları (KİSR), uygun olmayan çalışma koşullarına ve psikososyal faktörlere bağlı olarak kaslar, kemikler, sinirler, tendonlar, kıkırdak ve omurga disklerinin yaralanmaları veya bozukluklarıdır. Çalışanların günlük yaşamlarını olumsuz etkileyen KİSR, iş ve aktivite bozukluklarına neden olmaktadır. Cinsiyet, egzersiz gibi bireysel özellikler, uygunsuz çalışma koşulları, uzun çalışma saatleri ve iş stresi gibi işle ilgili faktörler KİSR ile ilişkilidir. İş stresi nedeniyle hissedilen gerginlik ve salgılanan kortizol, adrenalin gibi hormonlar ağrı eşiğini düşürerek KİSR'ye neden olabilmektedir. Çalışmanın amacı bir demir döküm tesisi çalışanlarında KİSR, iş stresi ve diğer ilişkili faktörleri belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, Eylül-Ekim 2023 tarihleri arasında Eskişehir'de bir demir döküm üretim tesisi çalışanlarında yapılan kesitsel tipte bir araştırmadır. Çalışmanın yapılabilmesi için Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 26.09.2023 tarih ve E-25403353-050.99-2300188520 sayılı onay ve çalışmanın yapıldığı fabrikadan izin alındı. Araştırmanın evrenini çalışmanın yapıldığı fabrikada bulunan 500 çalışan oluşturdu. Hariç tutma kriterleri mevcut işin bir yıldan daha az süredir yapılması, son bir yılda travma, yaralanma, ameliyat, motorlu araç kazası geçirilmiş olması veya işe başlamadan önce kas-iskelet sistemi rahatsızlığı bulunması olarak belirlendi. Toplam 410 kişi çalışmaya katılmayı kabul etti. Önceden hazırlanmış olan anket form, belirlenen günlerde ve farklı vardiya saatleri içerisinde çalışanların kendileri tarafından dolduruldu. Hariç tutma kriterlerine göre 14 çalışan dışlandıktan sonra kalan 396 (%79,2) kişi çalışma grubunu oluşturdu. Çalışmada katılımcıların sosyodemografik özellikleri, KİSR ile ilişkili olduğu düşünülen sorular, çalışma hayatı ile ilgili sorular, İskandinav Kas-İskelet Sistemi Anketi (İKİSA) ve İş Stresi Ölçeği'nden (İSÖ) oluşan anket form kullanıldı. Çalışmada İKİSA'nın 3 alt boyutunun ve İSÖ'nün Cronbach's Alpha iç tutarlılık katsayıları sırasıyla 0,82, 0,84, 0,85 ve 0,89 idi. İKİSA'ya göre herhangi bir anatomik bölgede son 12 ayda acı, ağrı veya rahatsızlık şikayeti olması KİSR varlığı olarak kabul edildi. Verilerin analizi SPSS (versiyon 20.0) istatistik paket programında yapıldı. Ölçülebilir verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirildi. İstatistiksel analizler için Ki-kare testi, Mann-Whitney U testi kullanıldı. Tek değişkenli analizlerde anlamlı çıkan değişkenlerle KİSR ile ilişkili bağımsız değişkenleri belirlemek amacıyla çok değişkenli lojistik regresyon analizi yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya katılan 396 çalışanın %75,8'i erkek olup yaş ortalaması (SS) 37,6 (8,8) yıl idi. Çalışanların %73'ü tarafından en az bir bölgede ağrı veya rahatsızlık olduğu belirtildi. Son 12 ayda acı, ağrı veya rahatsızlık olan vücut bölgelerinde ilk üç sırada bel (%53,5), sırt (%45,7) ve boyun (%36,9) yer almaktaydı. Tek değişkenli analizde KİSR erkeklerde, evlilerde, düzenli egzersiz yapmayanlarda, ek mesai yapanlarda, vardiya usulü çalışanlarda, mekanik olarak zorlayıcı işler yapanlarda daha fazla; haftalık 40 saat ve altında çalışanlarda ise daha az görülmekteydi. Çalışanların İSÖ'den aldıkları puanlar 7,0-35,0 arasında değişmekte olup, ortalama (SS) 16,0 (6,7); ortanca (Q1-Q3) 15,0 (10,5-21,0) idi. Son 12 ayda acı, ağrı, rahatsızlığı olanların ve son 12 ayda işe engel olan ağrısı bulunanların İSÖ'den aldıkları puanlar daha yüksekti ($p<0,001$). Çok değişkenli lojistik regresyon analizine göre KİSR açısından evlilerin (OR; 95% GA: 2,4; 1,3-4,3), gideri gelirinden fazla olanların (5,4; 2,1-14,0), gideri gelirine eşit olanların (3,9; 1,5-10,2), egzersiz yapmayanların (2,6; 1,3-5,3), ek mesai yapanların (2,9; 1,5-5,7), işyerinde mekanik olarak zorlayıcı işler yapanların (5,1; 2,5-10,5), iş bedensel yükü orta (8,7; 3,7-20,7) ve ağır olanların (8,6; 4,1-18,1) daha riskli olduğu saptandı. İş stresinin yüksek olmasının da KİSR görülmesi açısından belirleyici olduğu tespit edildi.

Sonuç: Çalışmada demir döküm tesisi çalışanlarında KİSR'nin yaygın olduğu bulundu. KİSR'nin çalışma koşulları ve iş stresi ile ilişkili olduğu saptandı. İşyerinde çalışma koşulları ergonomik açıdan gözden

geçirilebilir, çalışanlara doğru postür alışkanlıkları ve düzenli egzersiz yapma konusunda eğitici programlar düzenlenebilir. İş sağlığını geliştirmek ve güçlendirmek adına çalışma hayatında iş stresini azaltmaya yönelik önlemlerin alınmasının önemli olduğu kanaatine varıldı.

Anahtar Kelimeler: Fabrika çalışanları, iş stresi, kas iskelet sistemi rahatsızlıkları

[S080]
ANKARA İLİNDE GÖREV YAPAN İŞYERİ HEKİMLERİNİN GENEL SAĞLIK DURUMLARI VE İLİŞKİLİ ETMENLER

Seher Baki[1], **Birgül Piyal**[2]
[1]*Ankara Atatürk Sanatoryum EAH, İş ve Meslek Hastalıkları Kliniği, Türkiye*
[2]*Ankara Üniversitesi TF, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Emekli, Türkiye*

Giriş ve Amaç: Çalışanların iş yerlerinde karşılaşabilecekleri risklerin çeşitliliği, sadece çalışanların sağlığını hayati derecede etkilemekle kalmamakta ayrıca topluma çeşitli sosyal sorunlar, önemli ekonomik maliyet kalemleri olarak yansımaktadır. Bu çalışma ile Ankara ilinde görev yapan işyeri hekimlerinin genel sağlık durumlarını belirlemek ve bazı etmenlerle ilişkilerini ortaya koymak, işyeri hekimlerinin genel sağlık durumlarının geliştirilmesini destekleyen çalışmalara bilimsel kaynak oluşturmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu tanımlayıcı tipte araştırma Aralık 2021-Haziran 2022 tarihleri arasında Ankara ilinde görev yapan 185 işyeri hekimiyle yürütülmüştür. Veriler elektronik olarak onam alındıktan sonra e-anket formu Google Formlar üzerinde hazırlanarak ve cevapların anonimleştirilmesi sağlanarak sosyal ağlar (WhatsApp, Facebook) ve/veya e-posta yolu ile gönderilerek uygulanmıştır. Çalışmada işyeri hekimi tanıtım formu ve GSA-12 ölçeği kullanılmıştır. GSA-12 ölçeği dörder seçenekli 12 sorudan oluşmaktadır. Araştırmada "2 ve üzerinde" puan alanlar, GSA-12 sonucuna göre ruhsal sorunlar açısından riskli grup olarak kabul edilmiştir. Ankara ilinde görev yapan işyeri hekimlerinin; genel sağlık anketine göre belirlenen genel ruhsal sağlık durumları bağımlı değişken olarak alınmıştır. Araştırma grubununun sosyo-demografik ve bazı sağlık özellikleri, bazı davranışsal özellikleri, eğitim ve çalışma durumuna ilişkin özellikleri, çalıştığı işyerine ilişkin özellikleri, çalışma ortamına ilişkin özellikleri, işyeri sağlık birimine ilişkin özellikleri, sağlık biriminde verilen hizmete ilişkin değerlendirme, işyerlerinin iş kazası ve meslek hastalıklarına ilişkin özellikleri, araştırma grubunun; bildirimlerine göre işyeri risk etmenleri, işyeri hekimliği görevine ilişkin bildirimleri, pandemi dönemine ilişkin bildirimleri diğer değişkenlerdir. Çalışma için gerekli izinler Ankara Üniversitesi Rektörlüğü Etik Kurulu Başkanlığı (no: 2021/167) ve pandemi ile ilgili sorular nedeniyle T.C. Sağlık Bakanlığı'ndan (2021-08-10T13_41_47) yazılı olarak alınmıştır. GSA-12 ölçeğinin kullanım izni Türkçe geçerlilik- güvenilirlik çalışmasını yapan Prof. Dr. Cengiz Kılıç'dan alınmıştır. Veriler, bilgisayarda SPSS 20.0 ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel değerlendirmede, Ki-Kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel olarak anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alınmıştır. Araştırma grubunu oluşturan aktif çalışan işyeri hekimi sayısının resmi kaynaklardan net öğrenilememesi nedeniyle temsiliyetin doğru değerlendirilememiş olması, çalışılan işyeri ortamı ve kayıtların incelenememiş olması ve verilerin sadece hekimlerin beyanına dayalı olarak alınmış olması araştırmanın kısıtlılıklarıdır.

Bulgular: Araştırmaya katılan 185 işyeri hekiminin ortalama katılımcı yaşı 47,64 (±11,2) olup, %74,1'i erkek, %81,1 evlidir. Çalışmada GSA-12 toplam puanlarına göre 83 (%44,9) katılımcı genel ruhsal sağlık durumu riskli gruptadır. İkili analizlerde; GSA-12'ye göre genel ruh sağlığı durumu riskli kişi oranı, yaş grubu 30-39 yaş olanlarda ($p<0,001$), şiddete maruz kalanlarda ($p<0,001$), meslekte çalışma süresi <=20 yıl olan grupta ($p<0,001$), işyeri hekimi olarak çalışma süresi 1-5 yıl ve 6-10 yıl olan gruplarda ($p<0,001$), işyeri tehlike sınıfı az tehlikeli olanlarda ($p=0,026$), işyeri değiştirme sıklığı 1-2 yıl olanlarda ($p=0,001$), mesai dışı çalışmak zorunda kalanlarda ($p=0,013$), İSG kurulu toplanmayan grupta ($p=0,035$), kişisel koruyucu donanım seçimine katılmayanlarda ($p=0,005$), kaza değerlendirmesi yapılmayan grupta ($p=0,002$), sağlık nedenli işe devamsızlık yapan grupta ($p=0,026$), mevzuata uygun şekilde görevleri yerine getirmede güçlük çeken grupta ($p=0,017$), işyeri hekimliği yapmaktan memnun olmayanlarda ($p<0,001$), reçete yazma isteği olmayan ve kararsız olan gruplarda ($p=0,035$), maaşını düşük olarak değerlendiren grupta ($p=0,048$), işyerinde risk etmenlerine maruz kalan grupta ($p=0,002$) yüksektir ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmüştür.

Sonuç ve Öneriler: Sonuç olarak çalışma grubunu oluşturan işyeri hekimlerinin yaklaşık yarısı ruhsal açıdan riskli grupta yer almıştır. Çalışma koşullarının işyeri hekimlerinin genel sağlık durumlarını etkilemedeki payı

nedeniyle bu alanda yapılacak ayrıntılı araştırmaların hekimlerin iyilik haline katkı sunacağı göz önünde tutularak bu kapsamdaki çalışmalar kurumsal ve ulusal ölçekte desteklenmelidir.

Bildiri Uzm. Dr. Seher Baki'nin İş Sağlığı doktora tezinden üretilmiştir (Tez No: 10558145). Çıkar çatışması: Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur. Finansal destek: Çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Ankara, genel sağlık anketi, işyeri hekimi

[S081]
KONYA EREĞLİ'DE MAYIS 2022'DE YAŞANAN AKUT GASTROENTERİT VAKA SAYILARI ARTIŞI

Rahşan Arslan, Bekir Büyükakın, Burak Kurt, Orhan Alper Koyu, Mehmet Bingöl, Gülşen Barlas, Fehminaz Temel, Mehmet Enes Gökler, Sedat Kaygusuz
T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Giriş ve Amaç: Akut barsak enfeksiyonu salgınları dünyada ve ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Ülkemizde halk sağlığı tehditlerine yönelik erken uyarı cevap sistemi kapsamında takip edilen veri kaynakları arasında Bulaşıcı Hastalık Sürveyans ve Erken Uyarı Sistemi (İZCİ) bulunmaktadır. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından 16 Mayıs 2022'de incelenen İZCİ sistemi Akut Barsak Enfeksiyonu Sürveyans verilerinde ilçeye ait 14 Mayıs 2022'de başlayan C4 sinyalleri görülmüştür. Vaka artışının ve salgının doğrulanmasının ardından; artışa neden olan etken ve/veya kaynakların belirlenmesi, koruma kontrol önlemlerinin alınması ve eğitim amacıyla yerinde salgın incelemesi yapılmıştır. Tanımlayıcı epidemiyolojik çalışma bulguları doğrultusunda salgının su kaynaklı olduğu düşünülmüş ve bu hipotezle analitik vaka-kontrol çalışması yürütülmüştür.

Gereç ve Yöntem: İnceleme kapsamında İl ve İlçe Sağlık Müdürlüğü'ndeki yetkililer ile görüşülmüş, hastane başvurularına ilişkin sıralı liste alınmıştır. Vakaların klinik bilgileri alınmış, hastalığın klinik seyri öğrenilmiştir. Vaka sayıları edinilmiş ve mahallelere göre atak hızları hesaplanmıştır. Atak hızlarına göre içme suyu isale hattında riskli görülen hatlar belirlenmiş ve yerinde incelenmiştir. Riskli hatlardan alınan 2 su numunesi, viral etkenler (Norovirüs ve Rotavirüs) açısından incelenmek üzere ilgili laboratuvara gönderilmiştir. Tanının doğrulanması amacıyla 5 hastadan alınan gaita örneklerinde viral, bakteriyolojik ve paraziter inceleme yapılmıştır. Araştırmacılar ve İlçe Sağlık Müdürlüğü Çevre Sağlığı Birimi çalışanları tarafından saha incelemesi yapılmış, su kaynağı ve depoları yerinde incelenmiştir. Yağış verileri alınmış, olası riskler açısından altyapı çalışmaları ve yapım aşamasında olan kapalı sulama kanalı projesi konusunda görüşmeler yapılmıştır. Yapılan vaka-kontrol çalışmasında, araştırmacılar tarafından sosyodemografik veriler, şikayetler, içme ve kullanma suyu tüketimi, ortak etkilenim, su ve elektrik kesintisi, su deposu kullanımı ve altyapı-kanalizasyon çalışmalarının sorulduğu bir anket formu oluşturulmuştur. Araştırma verileri, saha çalışması öncesi araştırmacılar tarafından eğitim verilen anketörlerce yüz yüze görüşme ile toplanmıştır. Vakalar (n=331) 9-17 Mayıs 2022 tarihleri arasında hastaneye akut gastroenterit şikayetleriyle başvuran kişilerden oluşan hasta listesinden rastgele seçilmiştir. Kontroller (n=331) ise 1:1 olacak şekilde, vakaların komşularından herhangi bir şikâyeti olmayan kişilerden seçilmiştir. Bu çalışma, 18-20 Mayıs 2022 tarihleri arasında 3 günde tamamlanmış olup toplam 680 kişiye ulaşılmıştır. Analizlerde; sayı, yüzde dağılımı, ortalama, ortanca (en kısa-en uzun), atak hızı, %95 güven aralığı (GA) ve tahmini rölatif risk (TRR) kullanılmış, istatistiksel anlamlılık düzeyi %5 olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: İlçe Devlet Hastanesi'ne başvuran vakaların %59,1'i kadın olup kaba atak hızı %4,2'dir. Vakaların %38,9'u 10-19 yaş grubundadır. Görülen semptomlar bulantı (%85,2), karın ağrısı (%81,0), kusma (%73,1), ishal (%59,2) ve ateştir (%26,0). İlk semptomlar bulantı, kusma ve karın ağrısıdır. İshali olan vakaların %96'sında sulu ishal görülmüştür. 8 hastaya yatış yapılmış, ölümlü ağır vaka gözlenmemiştir. Musluk suyu/şebeke suyu kullanımı, hastalıkla ilişkili bulunmuştur (p=0,002; TRR=3,1 %95 GA:1,5-6,6). Hazır/damanaca su kullanımının ise hastalıktan koruyucu olduğu görülmüştür (p=0,003; TRR=0,3 %95 GA:0,1-0,7). Gaita numunesinde 5 hastanın 4'ünde Norovirüs, bu hastaların 3'ünde E. coli saptanmıştır. Diğer 1 hastada ise Campylobacter ve Clostridium difficile saptanmıştır. Salgın öncesi dönemde riskli hatlarda bakiye klor ölçümlerinin rutin olarak yapılmadığı saptanmıştır. İsale hattı montaj ve arızaları hakkında sağlıklı bilgi alınamadığından kontaminasyon kaynağı saptanamamıştır.

Sonuç: Vakaların ilçede yaygın olarak dağılması, öykülerinde kümelenme ya da ortak etkilenim olarak herhangi bir özellik olmaması, analizlerde şebeke suyunun hastalıkla ilişkili bulunması ve hazır suyun hastalıktan

koruyucu olduğunun görülmesi; olayın su kaynaklı olduğuna işaret etmektedir. Alınan 5 gaita numunesinden 4'ünde Norovirüs saptanması, semptom dağılımında bulantı-kusma ve karın ağrısının ön planda olup ishalin daha az görülmesi; vaka artışının viral bir etken (Norovirüs) nedenli olduğunu düşündürmüştür. İçme ve kullanma suyu şebeke hattındaki su depoları ve çevresiyle ilgili koruma kontrol önlemleri alınmış ve süper klorlama yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Gastroenterit, Norovirüs, Salgın, Su Kaynaklı, Vaka Kontrol

[S082]
THE CORRELATION BETWEEN SOME VARIABLES OF THE COUNTRIES AND COVID-19 INCIDENCE OF CASES AND DEATHS

Deniz Erdal, Burcu Ecem Uğuz, Caferi Tayyar Şaşmaz
Mersin University Faculty of Medicine, Department of Public Health, Mersin, Turkiye

Introduction and Aim: The aim of this study is to evaluate the correlation between the incidence case/death rate of coronavirus disease 2019 (COVID-19) and some variables of the countries.

Materials-Methods: This research is an Ecological study. We analyzed the association of COVID-19 incidence of cases/deaths with population rates over 65, Gini index, GDP per capita (current US$), burden of disease (DALYs-2019), literacy rate of over 15 years old, Coefficient of Variation (CV) of caloric intake, prevalence of obesity among adults, total COVID-19 vaccine doses administered per 100 people, total test (per 1M). Furthermore, we analyzed the data on COVID-19 incidence of cases/death in the cross-sectionally for three periods: Alpha-Beta-Gamma, Delta and Omicron periods. Spearman correlation test was used for statistical analysis.

Results:: Data from countries provide significant correlations ($p < 0.001$) between COVID-19 cumulative incidence of cases (per 1M) and: Total test (1M) (rho = +0.881), GDP per capita (rho = +0.850), literacy rate of over 15 years old (rho = +0.755), population rates over 65 (rho = +0.773), prevalence of obesity among adults (rho = +0.634), total COVID-19 vaccine doses administered per 100 people (rho = +0.622), DALYs-2019 (rho = -0.761), CV of caloric intake (rho = -0.717), Gini index (rho = -0.378); COVID-19 cumulative incidence of death (per 1M) and: Total test (1M) (rho = +0.647), GDP per capita (current US$) (rho = +0.649), literacy rate of over 15 years old (rho = +0.648), population rates over 65 (rho = +0.768), prevalence of obesity among adults (rho = +0.592), total COVID-19 vaccine doses administered per 100 people (rho = +0.370), DALYs-2019 (rates per 100,000) (rho = -0.671), CV of caloric intake (rho = -0.580), Gini index (rho = -0.224, $p<0.01$). When the variant periods of COVID-19 were examined respectively (Alpha-Beta-Gamma, Delta and Omicron), the positive correlation and the negative correlation were further increased during the Omicron period.

Conclusion: As a result, there is a positive correlation between COVID-19 incidence of cases/death and population rates over 65 years old, GDP per capita, literacy rate over 15 years old, prevalence of obesity among adults, COVID-19 Total Test (per 1M) and total COVID-19 vaccine doses administered per 100 people; there is a negative correlation between COVID-19 incidence of cases/death and the Gini index, DALYs and Coefficient of Variation (CV) of caloric intake. The level of correlation is higher in the Omicron variant period than in other periods. It is recommended to consider the demographic and socioeconomic characteristics of the countries as well as the characteristics of the disease agent for the prevention and control of a possible pandemic in the future.

Keywords: Covid-19, DALYs, obesity, vaccine, correlation study

[S083]
İSTANBUL İLİNDE 4-8 YAŞ ARASI ÇOCUKLARIN KIZAMIK-KIZAMIKÇIK-KABAKULAK (KKK) AŞILILIK DURUMLARININ VE EBEVEYNLERİNİN KKK AŞISINA KARŞI BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Abdullah Emre Güner[1], Pelin Şavlı Emiroğlu[2], Selva Duzcan[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, İstanbul
[2]İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, İstanbul

Giriş ve Amaç: Aşılama halk sağlığının korunması için etkili ve önemli bir uygulamadır. Buna rağmen son yıllarda aşıya ilişkin tereddütler artmış ve ülkemizde 2019 yılında %97 olan KKK aşılama hızı, 2022 yılında %95,2'ye düşmüştür. Bu artışın hedeflenen bağışıklama oranını korumayı zorlaştırtıldığı bilinmektedir. Ayrıca DSÖ raporuna göre pek çok ülkede 2023 yılında kızamık vakalarında artış ve salgınlar raporlanmıştır. Bu çalışmanın amacı İstanbul'da yaşayan T.C. uyruklu 4-8 yaş arası eksik KKK aşısı olan çocukların ebeveynlerinin KKK aşısına yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Çalışmanın evrenini 4-8 yaş arası tam doz KKK aşısı olmayan, İstanbul ikametli T.C. uyruklu çocuklar oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü, OpenEpi (versiyon 3.01) programı kullanılarak %99 güven aralığında ve %50 prevalans öngörülerek 661 kişi olarak hesaplanmıştır. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığınca 2023 yılı Temmuz ayında 4-8 yaş arası eksik doz KKK aşısı olan çocuk listesinden sistematik örnekleme yöntemiyle örneklem belirlenmiş olup çalışma 1 Ekim-21 Ekim tarihleri arasında yapılmıştır. Örneklemdeki çocukların ebeveynlerine telefon yolu ile ulaşılıp onam alınarak 25 soruluk sosyodemografik bilgiler ve aşı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını sorgulayan anket formu ve Kılınçarslan ve ark. tarafından geliştirilen 21 soruluk Aşı Karşıtlığı Ölçeği uygulanmıştır. Ölçeğin kesme değeri bulunmamakta ve ölçek puanı yükseldikçe aşı karşıtlığı düzeyi artmaktadır. Çalışmada SPSS 26.0 paket programı kullanılmıştır. Çalışmanın etik kurul onayı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan alınmıştır. Bu çalışmada herhangi bir kurum, kuruluş ve kişi ile mali çıkar tartışması yoktur ve yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Bulgular: Çalışmaya 662 kişi katılmış olup ortalama Aşı Karşıtlığı Ölçek puanı (AKÖP) 51,46 ± 16,24'tür (en düşük=21, en yüksek=105). Çalışmaya katılan ebeveynlerin %80,2'si anne (n=531), %19,2'si baba (n=127) ve %0,6'sı (n=4) diğer akrabadır. Çalışmaya katılanların %66,5'i (n=440) çocuğuna tam doz KKK aşısı yaptırdığını, %33,5'i (n=222) tam doz aşılanmadığını ifade etmiştir. Aşı yaptırmayanların %24,7'si aşının güvenliği ile ilgili kaygıları olduğunu, %24,3'ü yan etkilerinden korktuğunu, %23,5'i yaptırması gerektiğini bilmediğini, %9,3'ü aşının etkisiz olduğunu düşündüğünü ve %8,5'i doğal bağışıklığa inandığını söylemiştir. %45,8'i (n=81) hekim önerisiyle aşı yaptıracağını belirtmiştir. Anketi cevaplayanların %91,8'i aşı yaptıracakları sağlık kurumuna ulaşımda sorun yaşamadığını belirtmiştir (n=483).

Katılımcılardan anne (t=5,63; p<0,01) ve babanın (t=5,42; p<0,01) eğitim düzeyi üniversite ve üstü olanların, eğitim düzeyi ilköğretim ve lise olanlara göre AKÖP'ü anlamlı olarak düşüktür. Aylık hane halkı ortalama geliri 40.000 TL ve üzerinde olanların AKÖP'ü 40.000 TL'nin altında olanlara göre anlamlı olarak düşüktür (F=19,16; p<0,01).

Ebeveynlerin kendilerinin çocukluk çağı aşılarını yaptırmayanların AKÖP ortalaması çocukluk çağı aşılarını yaptıranlara göre anlamlı olarak yüksektir (t=-4,05; p<0,01). Kendilerine COVID aşısı yaptırmamış anne (t=14,77; p<0,01) ve babaların (t=11,69; p<0,01) AKÖP ortalaması, yaptırmış olanlara göre anlamlı derecede yüksektir.

Çocuğuna ya da kendisine geleneksel tıp uygulamaları (hacamat, sülük, kupa…) yaptıranların (%55,6) geleneksel tıp uygulamalarını yaptırmayanlara (%33,3) göre tam doz KKK aşısı yaptırma oranları anlamlı olarak daha düşüktür (x2=25,17; p<0.001).

Sonuç: Ülkemizde aşı yaptırmanın yasalarla belirlenmiş bir zorunluluğu bulunmamakla birlikte aşı ile önlenebilir hastalıklardan arınmış bir ortamda büyümesi her çocuğun temel hakkıdır. Çalışmamızda katılımcıların üçte biri çocuklarına tam doz KKK aşısı yaptırmadığını belirtmiştir. Çocuğuna aşı yaptırmayan ebeveynlerin 5'te biri aşı yaptırması gerektiğini bilmediğini, bununla birlikte yaklaşık yarısı da aşıya güvenmediğini ve yan etkilerinden korktuğu için aşı yaptırmadığını ifade etmiştir. Çocuğun bakım verenleri tarafından aşılarının reddedilmesi, aşı ile önlenebilir hastalıklara bağlı mortalite ve morbiditelere yol açacaktır. Bu nedenle aşı karşıtlığına karşı yasal önlemler alınması oldukça önemlidir.

İleride meydana gelebilecek salgınların önüne geçmek, kızamık, kabakulak ve kızamıkçık gibi aşıyla önlenebilecek hastalıkların mortalite ve morbiditesini en aza indirmek için çocukluk çağı aşılarına tereddüt ile yaklaşan ebeveynlerin ret nedenlerinin saptanması, bunlara yönelik politikalar üretilmesi toplumun güvenli ve doğru bilgiye erişiminin sağlanması ve politikalara duyulan güvenin arttırılmasına yönelik çalışmalara ihtiyaç vardır. Çocukların aşılanma durumlarının ebeveynlerin beyanlarına dayanarak belirlenmiş olması çalışmanın kısıtlılığı olarak sayılabilir.

Anahtar Kelimeler: Kızamık-kızamıkçık-kabakulak, aşı karşıtlığı, ebeveyn tutumu

[S084]
İLK-ORTA EĞİTİM ÖĞRETMENLERİNİN ÇOCUKLUK ÇAĞI AŞILARI HAKKINDA BİLGİ, GÖRÜŞ VE DAVRANIŞLARI: TANIMLAYICI ÇALIŞMA

Nagihan Büşra Balaban, Yağmur Ünal, Bahar (Güçiz) Doğan
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş ve Amaç: Toplum sağlığını korumada temel bileşenlerden biri aşılamadır (1). DSÖ'ye göre aşılama ile her yıl difteri, tetanos, boğmaca, grip ve kızamık nedeniyle olabilecek 3,5-5 milyon ölüm engellenmektedir (2,3). DSÖ'nün 1974'te başlattığı ve Türkiye'nin 1981 yılında katıldığı "Genişletilmiş Bağışıklama Programı"'na göre ülkemizde 13 hastalığa karşı 18 doz aşılama ücretsiz olarak yapılmaktadır (4,5). Aşı kararsızlığı, dünyayı tehdit eden 10 sorunundan biridir (6). Ülkemizde 12-23 ya da 15-26 aylık çocukların tam aşılı olma yüzdesi 2013'te %74 iken 2018'de %67'ye düşmüştür (7). Rol model, velilerin ilk danışma noktası ve bir ebeveyn/ebeveyn adayı olmaları açısından öğretmenlerin aşılamanın öneminin topluma hatırlatılmasındaki rolü yadsınamaz. Bu araştırmada ilk ve ortaöğretim okullarında çalışan öğretmenlerin rutin aşılama programında olan aşılara ve rutin aşılama programında olmayan bazı aşılara dair bilgilerinin ve aşı reddi konusundaki görüşlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı nitelikteki bu araştırma Ankara İl'inde gerçekleştirilmiş; Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (Karar sayısı: 2023/10-38). Araştırmanın evrenini Ankara İli'ndeki resmi ve özel, okul öncesi, ilkokul, ortaokul ve orta öğretim kurumlarında çalışan toplam 75.543 öğretmen oluşturmuştur (8). Örnek seçilmemiş, veri toplama süresi olan 15 gün içinde sosyal medya öğretmen iletişim gruplarından erişilebilen ve araştırmaya katılmayı kabul edenler çalışmanın örneklemini oluşturmuştur (n= 146). Veriler, araştırmacılar tarafından geliştirilmiş, ön denemesi yapılmış, çevrimiçi uygulanan 31 soruluk anket formu ile toplanmıştır. Anket formuna erişim bağlantısı, öğretmenlerin üye oldukları sosyal platformlar üzerinden iletilmiştir. Katılımcılardan sözlü aydınlatılmış onam alınmış; kimlik bilgileri alınmamıştır. Veri analizi SPSS 25.0 programı kullanılarak yapılmış; tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, ortalama±standart sapma, ortanca, 1.-3. çeyrek, en küçük-en büyük değer olarak verilmiştir. İki değişkenli analizlerde, gözlenen farkların anlamlılığı Ki Kare veya Fisher'in Kesin testiyle değerlendirilmiş; anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların %85,6'sı kadın; yaş ortalaması 43,8±9,6; %69,9'u lisans mezunu; %71,2'si halen evli; %74,7'sinin çocuğu vardır. Grubun %16,5'i, geniş ailede yaşamakta olup annelerinin %9,6'sı okumaz-yazmaz, %45,9'u ilkokul mezunu iken, babaların %58,2'si en az lise mezunudur ve okuryazar olmayan baba yoktur. Katılımcıların %45,9'u ortaokul öğretmenidir. Öğretmenlerin %81,5'i çocukluk çağı aşılarının hepsini olduğunu, %93,2'si COVID-19 aşısı yaptırdığını (%43,4'ü 2 doz Biontech aşış) belirtmiştir. Çocuğu olan 109 öğretmenin %94,5'i çocuklarına Sağlık Bakanlığı aşı takviminde yer alan aşıların hepsini; %35,8'i aşı takviminde yer almayan herhangi bir aşı yaptırmıştır. Sadece 15 öğretmen çocuklarına HPV aşısı yaptırmıştır; aşı yaptırmayanların %41,5'inin aşı hakkında fikri yoktur. Çocuk sahibi olmayan öğretmenlerin %94,6'sı gelecekte çocuğuna Sağlık Bakanlığı aşı takviminde yer alan aşıları yaptıracağını belirtmiştir. Öğretmenlerin %93,2'sinin ilkokul 1. sınıf öğrencilerine dörtlü karma aşı yapılmadığını; %80,1'inin bebeklerin doğar doğmaz Hepatit B ile aşılandığını; %43,9'unun menenjitin aşı ile korunabilen bir hastalık olduğunu, %41,1'inin Rota virüsün ishalli hastalıklara neden olduğunu ve %32,2'sinin ortaokul 8. sınıf öğrencilerine Tetanos tekrar dozu yapıldığını bilmediği veya yanlış bildiği belirlenmiştir. Araştırmaya katılan öğretmenler aşı takviminde yer alan aşılardan en fazla kızamık (%93,2), suçiçeği (%86,3) ve polioyu (%85,6) belirtirken, HPV (%18,5), rotavirus(%24,7) ve hemofilus influenza tip b (%24,7) aşı takviminde yer alan aşılar olarak belirtilmiştir. Sadece 10 öğretmen (%6,8) velilerin kendilerine çocukluk çağı aşıları hakkında soru sorduğunu belirtmiştir. Çocukluk çağı aşıları konusunda bilgi kaynağı olarak hekim/hemşire/sağlık çalışanı (%79,5) ve internet siteleri/sosyal medya (%63,7) tercih edilmektedir.

Sonuç: Halkın sağlıkla ilgili konularda bilinçlenmesi ve yönlendirilmesinde öğretmenlerin kritik öneme sahip olması sebebi ile öğretmenlerin çocukluk çağı aşıları ile ilgili bilgilerini ve farkındalıklarını artırmak üzere Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı desteği ile eğitim programları düzenlemelidir. Ayrıca, öğretmenlik lisans eğitim programlarında ilgili derslere aşılar ve bağışıklama konuları eklenebilir.

Anahtar Kelimeler: Aşı, bağışıklama, çocukluk çağı, öğretmen

Kaynaklar:

1. *Yüksel, F. & Kara Uzun, A. (2021). Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Aşıları Hakkındaki Bilgi, Davranış ve Tutumları. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi, 15 (1), 35-42. DOI: 10.12956/tchd.825092*
2. *Altuntaş, M. & Şahin, M. K. (2022). Çocukluk Çağı Aşı Tereddüdü ile Karşılaşma Sıklığı, Nedenleri ve Çözüm Önerileri: Samsun İli Aile Sağlığı Merkezlerindeki Sağlık Çalışanlarıyla Kesitsel Bir Çalışma. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 16 (4), 761-771. DOI: 10.21763/tjfmpc.1110480*
3. *WHO vaccines and immunization [Internet] https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1 Erişim tarihi: 16.03.2023*
4. *Şimşek Orhon F. Genişletilmiş Bağışıklama Programına Her Yönüyle Bakış. Osmangazi Tıp Dergisi. 2020; 6-14.*
5. *Koçak, C., (2022). Vaccine Policies. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, no.61, 70-73.*
6. *İstanbul Tabip Odası, Aşı kararsızlığı ve Reddini Önlemekte Sağlık Çalışanlarının Rolü ve Önemi, https://www.istabip.org.tr/6429-asi-kararsizligi-ve-reddini-onlemekte-saglik-calisanlarinin-rolu-ve-onemi-marangoz-b-han-yekdes-d-eskiocak-m.html Erişim Tarihi: 01.09.2023*
7. *Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye: 129-138.*
8. *Ankara İl Milli Eğitim Müdürlüğü, Eğitim İstatistikleri. http://ankara.meb.gov.tr/www/egitim-istatistikleri/icerik/24 Erişim Tarihi: 16.03.2023*

[S085]
TÜRKİYE'DE HUMAN PAPİLLOMAVİRUS AŞI FARKINDALIĞI VE KABULÜ: 91 ÇALIŞMANIN META ANALİZİ

Buğra Taygun Gülle[1], Pınar Kıran[1], Saadet Göksu Çelik[2], Zeynep Sedef Varol[1], Neslişah Şiyve[2], Ahmet Naci Emecen[1], Hilal Adıgüzel[1]
[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Epidemiyoloji Bilim Dalı, İzmir
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir

Giriş ve Amaç: Human Papillomavirus (HPV) enfeksiyonu, kadınlarda en sık görülen ve mortalitesi en yüksek kanserlerden olan serviks kanserinin temel sebebidir. HPV aşısı ise birçok ülkede Ulusal Aşı Programı'na girmiş olsa da Türkiye'de henüz ulusal programa dahil edilmemiştir. Aşı tereddütü önemli bir halk sağlığı sorunu olup, yeni ve aşı programında olmayan aşılar için daha da ciddi bir tehdittir. Bu sebeple Türkiye'de HPV aşısının farkındalığını ve kabul düzeyini belirlemek için çeşitli araştırmalar yapılmıştır ancak bu konuda yapılmış bir meta analiz bulunmamaktır. Bu meta analizde, Türkiye'deki HPV aşı farkındalığı ve kabul düzeyini saptamayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızın protokolünün, International Prospective Register of Systematic Reviews'a (PROSPERO) kaydı 2 Eylül 2023 tarihinde yapılmıştır (CRD42023456653). MEDLINE, WoS, TRDIZIN, TürkMedline veri tabanları 23-29 Ağustos 2023 tarihileri arasında uygun arama kelimeleri kullanılarak tarandı. Duplikasyonlar çıkartıldıktan sonra, önce özetler sonra tam metinler incelendi. Yapılan elemelerden sonra; HPV aşı farkındalığı (aşıyı duydunuz mu/biliyor musunuz?) ve HPV aşı kabulü (aşı olmaya istekli misiniz?/olmayı kabul eder misiniz?) ile ilgili sayısal sonuç içeren, Türkiye'de yapılmış, Türkçe veya İngilizce yayınlanmış, kesitsel çalışmalar analize dahil edildi. Tahmini aşı farkındalığı ve kabulü prevalansını saptamak için yapılan meta analizde, random-efect model (restricted maximum likelihood) kullanıldı. Heterojenite I^2testi ve ki-kare testi ile değerlendirildi. Alt grup analizinde çalışmaların sağlık çalışanlarında yapılıp yapılmadığı değerlendirildi.

Bulgular: Dahil edilme kriterlerini sağlayan 2007 ile 2023 yılları arasında yapılmış 91 çalışma analize alınmıştır. Bu 91 çalışmanın 43'ünün (%47,3) popülasyonu sadece kadınlardan oluşurken, sadece 1 tanesi (%1,1) erkeklerden oluşan popülasyonda yapılmıştır. Yine bu çalışmaların 35'inin (%38,5) sağlık çalışanı veya sağlık alanında okuyan öğrencilerde yapıldığı görülmektedir. Toplam 40.455 kişiyi (%82,1'i kadın, %26,8'i sağlıkla ilişkili) içeren 74 makalenin birleştirilmiş HPV aşı farkındalığı %44,9 (%95GA:%39,2-%50,6; I^2=%99,6) olarak saptanmıştır. Tamamen sağlık çalışanlarında yapılan 25 çalışmada HPV aşı farkındalığı %59,8 (%95GA: %49,8-%69,8; I^2=%99,3), sağlık çalışanlarını içermeyen 37 çalışmada ise %33,4 (%95GA: %26,6-%40,3; I^2=%99,6) olarak bulunmuştur. Toplam 31.941 kişiyi (%79,7'si kadın; %32,7'si sağlıkla ilişkili) içeren 57 çalışmanın birleştirilmiş HPV aşı kabulü %39 (%95GA: %33,7-%44,3; I^2=%99,3) olarak bulunmuştur. Tamamen sağlık çalışanlarında yapılan 23 çalışmada HPV aşı kabulü %41,9 (%95GA: %34,3-%49,6; I^2=%98,4), sağlık çalışanlarını içermeyen 23 çalışmada ise %37,0 (%95GA: %28,1-%45,8; I^2=%99,6) olarak bulunmuştur.

Sonuç: Türkiye'de HPV aşı farkındalığı ve kabulü ile ilgili çok sayıda çalışma olsa da çalışmaların genellikle benzer popülasyonlarda yapıldığı görülmektedir. Bu sebeple konunun daha net bir şekilde anlaşılması için farklı gruplarda çalışmalar yapılmasını önermekteyiz. Sağlık çalışanı dışında yapılan çalışmalardaki katılımcıların 2/3'nün HPV aşısını duymadıkları veya aşıyı hiç bilmedikleri görülmektedir. Ulusal aşı programına alındığı taktirde kültürel sebeplerle yüksek ret oranı görülme ihtimali bulunan bir aşı olan HPV aşısı için öncelikle toplumda aşı farkındalığı oluşturulmalıdır. Aşı farkındalığı sağlık çalışanları ve sağlıkla ilişkili alanda okuyanlarda görece yüksek olsa da bu grupta aşı kabulünün sağlık çalışanı olmayan grup ile yakın olduğu görülmektedir (sırasıyla %41,9; %37). Bu sebeple sağlık çalışanlarının HPV aşısı konusundaki tereddütlerinin sebepleri daha detaylı olarak araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: aşı farkındalığı, aşı kabulü, HPV, meta analiz, Türkiye

[S086]
TÜRKİYE'DE COVID-19 PANDEMİSİ VE AŞI KARŞITLIĞI: GOOGLE TRENDS ANALİZİ

Şeyma Yüsra Soğanda[1], **Çağrı Emin Şahin**[2]
[1]*Sağlık Bakanlığı, Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü; İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü*
[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

Giriş ve Amaç: COVID-19 pandemisi, dünya genelinde büyük bir sağlık krizine yol açmıştır ve bu krizin üstesinden gelmek için hem ulusal hem de uluslararası düzeyde birçok önlem alınmıştır. Bu önlemler arasında aşı geliştirme ve dağıtımı çalışmaları da önemli bir rol oynamaktadır. Ancak, aşı tereddüdünün ve aşı reddinin, bu önlemlerin başarısı üzerine olası olumsuz etkilerinin yarattığı endişe de tırmanışa geçmiştir. Bu çalışmanın amacı, Türkiye'de COVID-19 pandemisi sırasında koronavirüs aşısına olan ilgiyi, aşı tereddüdü ve aşı reddini kapsayacak şekilde aşı karşıtlığı ile ilişkili terimlerin Google üzerinden aranma trendlerini incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma için Google Trends verileri kullanılmıştır. Google Trends, internet kullanıcılarının Google'da yaptıkları aramaların zaman içindeki değişimini izlemek için kullanılan bir araçtır. Bu veriler, belirli arama terimlerinin ne kadar popüler olduğunu ve hangi bölgelerde daha fazla arandığını gösterir. Araştırma sürecinde, COVID-19 ile ilgili çeşitli anahtar kelimeleri içeren arama terimleri belirlenmiştir. Bu terimler arasında "COVID-19 aşısı", "koronavirüs aşısı", "mRNA" gibi ifadeler bulunmaktadır. Ayrıca, aşı karşıtlarının yaygın olarak kullandığı argümanlardan seçilen "civa", "otizm", "yan etki", "güvenli" vb. terimler için de analizler yapılmıştır. Veriler, COVID-19 pandemisi sırasında belirli dönemlerdeki arama trendlerini incelemek için analiz edilmiştir. Özellikle, Sağlık Bakanlığı ve Bilim Kurulu tarafından açıklamaların yapıldığı tarihler, vaka sayılarının artış gösterdiği dönemler ve aşı ile ilgili gelişmelerinin duyurulduğu tarihler incelenmiştir. Araştırma, etik kurul onayı gerektirmeyen bir yöntemle yürütülmüştür.

Bulgular: Araştırmanın bulguları, pandemi süresince koronavirüs aşısına olan ilginin arttığını ve yüksek seviyede kaldığını göstermektedir. Bu ilgi, belirli dönemlerde zirvelere ulaşmıştır. Özellikle, hükümetin ve bilim kurulunun açıklamalarının yapıldığı tarihlerde, vaka sayılarının arttığı dönemlerde ve aşı gelişmelerinin duyurulduğu tarihlerde bu ilgi doruk noktasına çıkmıştır.

Bununla birlikte, aşı karşıtlığı ile ilişkilendirilen aramalar da pandemi süresince devam etmiş ve artmıştır. Aşı karşıtlığına dair aramaların devamlılığı, aşı tereddüdünün hala önemli bir konu olduğunu göstermektedir.

Sonuç: Bu çalışma, Türkiye'de COVID-19 pandemisi sırasında koronavirüs aşısına olan ilgiyi ve aşı tereddüdü ile aşı karşıtlığı aramalarını incelemiştir. Bulgular, aşının popülerliğinin yüksek olduğunu ve halkın aşılara büyük ilgi gösterdiğini ortaya koymaktadır. Ancak, aşı tereddüdü ve aşı karşıtlığı konularının hala gündemde olduğunu ve bu konuların dikkatle ele alınması gerektiğini vurgulamaktadır. Pandemi yönetimi ve aşı stratejileri oluştururken, halkın bu konulardaki endişelerini anlamak ve doğru bilgiyi yaymak son derece önemlidir.

Araştırmanın daha fazla detaylı analizlerle desteklenmesi ve diğer ülkelerle karşılaştırmaların yapılması, aşılama kampanyalarının daha etkili bir şekilde planlanmasına katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Aşı kabulü, aşı karşıtlığı, aşı tereddütü, coronavirus aşısı, google trends

[S087]
AŞI TEREDDÜDÜ VE REDDİ: TEK MERKEZLİ TANIMLAYICI BİR ÇALIŞMA

Yavuzalp Solak[1], Onur Acar[2], Hüseyin Üçer[3], Erhan Kaya[4]
[1]Ankara Şereflikoçhisar İlçe Sağlık Müdürlüğü, Ankara
[2]Bursa Orhangazi İlçe Sağlık Müdürlüğü, Bursa
[3]Kahramanmaraş İl Sağlık Müdürlüğü, Kahramanmaraş
[4]Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Kahramanmaraş

Giriş ve Amaç: Aşı tereddüdü ve reddi ülkemizde özellikle çocukluk döneminde görülen aşı ile önlenebilen hastalıkların tekrar ortaya çıkmasına yol açmasına neden olabilecek önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu çalışma; Hatay'da çocuğuna aşıyı yaptırmayan ailelerin aşı tereddüdü ve reddi konusunda bilgi, tutum ve davranış özelliklerini tanımlamak amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu çalışmada çocukluk dönemi aşılarını yaptırmayan ailelere araştırmacılar tarafından Ekim 2022 tarihinde ulaşılarak veriler toplanmıştır. Toplam 144 ebeveynden 21'i (11'i anne ve 10'u baba) araştırmaya katılmayı kabul etmiştir. Veri toplama aracı olarak sosyodemografik bilgiler ve literatürden yararlanılarak oluşturulan 35 soruluk anonim anket hazırlanmış ve kullanılmıştır. Etik kurul izni Mustafa Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (13.02.2020-02) ve çalışma izni Hatay İl Sağlık Müdürlüğü'nden (09.03.2021) alınmıştır. Verilerin analizinde merkezi eğilim ve dağılım ölçüleri sayı, yüzde, ortalama, ortanca, standart sapma, minimum ve maksimum değer kullanılarak tanımlayıcı özellikler verilmiştir. İstatiksel analizde SPSS 20.0 programı kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmada yer alan çocukların %57,1'i (12) kız ve yaş ortalaması 38,29 (32) ± 35,43 (2-180) aydı. %76,2 'sinin (16) en az bir kardeşi vardı ve kardeşlerin %50'sine (8) aşı yaptırılmamıştı. Çocukların %66,7'si (14) daha önce en az bir kez aşılanmıştı ve %14,3'ü (3) aşı ile korunabilen hastalıklardan birini geçirmişti. Ebeveynlerin %85,7'si (18) birlikte yaşıyordu. Annelerin yaş ortalaması 32,48 (33) ± 6,06 (22-44) yıl, %71,4'ü (14) lise ve üzeri mezunu ve %66,7'si (14) ev hanımıydı. Babaların yaş ortalaması 36,29 (35) ± 7,66 (23-54) yıl, %85,7'si (18) lise ve üzeri mezunu, %42,9'u (9) özel ve %33,3'ü (7) kamu sektöründe çalışıyordu. %66,7'sinin (14) aylık hane geliri asgari ücretin üzerindeydi. Ebeveynlerin % 66,7'si (14) aşı reddi ve %33,3 'ü (7) aşı tereddüdü olarak değerlendirildi. %71,4'ü çocukluk dönemi, %19,1'i (4) okul dönemi ve %9,5'i (2) tüm aşıları reddettiğini belirtti. %23,8'i (5) reddettiği aşının hangi hastalığa karşı koruyucu olduğunu bilmiyordu. %52,4'ü (11) çocuğu hasta olduğunda Geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT) uygulamalarını kullandığını bildirdi. Aşı yaptırmama nedenleri; Aşı içeriğine güvenmeme %61,9 (13), Aşı etkinliğine güvenmeme %38,1 (8), Yan etkilerinden korkma %33,3 (7), Otizme neden olma ve Önceki aşılamada kötü deneyim yaşama %28,6 (6), Hastalığı geçirmenin aşıdan daha iyi olduğunu düşünme %23,8 (5), Kısırlığa neden olma %19,0 (4), Aşı politikasına güvenmeme %14,3 (3), GETAT uygulamalarını daha güvenilir bulma %9,5 (2) ve Dini olarak uygun görmeme %4,8 (1) olarak sıralandı. Ebeveynlerin bilgi kaynakları; Sağlık çalışanı %38,1 (8), Sosyal çevre ile Bilimsel yayın %28,6 (8) ve Sosyal medya %19,0 (4) olduğu görüldü.

Sonuç: Bu çalışmada katılımcıların aşı ve aşı ile önlenebilen hastalıklar konusunda tutumlarını belirleyen ve üzerinde dikkatle çalışılması gereken çeşitli nedenlerin olduğu ve doğru bilgi kaynaklarına ulaşımda sıkıntılar yaşandığı görülmektedir. Geniş boyutta toplum tabanlı çalışmalar yapılarak bilgi ve farkındalık arttırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Aşı tereddüdü, Aşı reddi, Bağışıklama

[S088]
AĞRI İL MERKEZİNDE ŞEBEKE SUYU KAYNAKLI AKUT GASTROENTERİT SALGINI, VAKA-KONTROL ÇALIŞMASI, 2023

Mahmut Akdağ[1], Erhan Tiryaki[1], Onur Acar[2], Yusuf Çetin[2], Emin Gaffar Işık[2], Demet Furkan Sevindik[1], Berna Sezgin[1], Selmur Topal[1], Fehminaz Temel[1], Aysun Yalçı[1], Mehmet Enes Gökler[1]
[1]Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, TC. Sağlık Bakanlığı, Ankara
[2]İl Sağlık Müdürlüğü, Ağrı

Giriş ve Amaç: Akut barsak enfeksiyonları (ABE) tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir halk sağlığı sorunudur. 29 Mart 2023'de, Erken Uyarı Sistemi kapsamında kullanılan bilgi sisteminde (İZCİ) Ağrı il merkezinde vaka artışına dair bir uyarı tespit edilmiştir. Salgın varlığı, A09, K52 ve R11 ICD-10 tanı kodlarıyla hastaneye başvuran vaka sayıları 2021, 2022 yılları aynı dönemi ile karşılaştırılarak doğrulanmıştır. Bu salgın incelemesi, salgının boyutunu belirlemek, kaynak ve bulaş yolunu ortaya çıkarmak, koruma ve kontrol önlemlerini almak amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: 6-8 Nisan 2023 tarihleri arasında yapılan incelemede; sağlık kurumlarına başvuru sayıları, hasta listesi, meteorolojik veriler alınmış, vakaların klinik özellikleri, mahallelere göre atak hızları incelenmiştir. Şebeke suyu bakiye klor sonuçları, önceki tarihli kontrol izlem sonuçları ve altyapı çalışmaları hakkında bilgi alınmıştır. Su kaynakları, depolar ve klorlama üniteleri değerlendirilmiştir. İçme suyu kontrol izlem analizi için 21, viral etkenler (Norovirüs ve Rotavirüs) açısından incelenmek üzere 2 numune alınmıştır. Su numunelerinde çoklu viral etken analiz edilmiş, 5 gaita örneği real-time polimeraz zincir reaksiyonu multiplex (RT-PCR Mu) ve kültür ile değerlendirilmiştir.

Vaka, 29.03.2023 tarihinden itibaren ishal, bulantı, kusma, karın ağrısı şikayetlerinden herhangi birisi ile sağlık kuruluşuna başvuran kişi, kontrol ise semptomu olmayan en yakın komşusu olarak tanımlanmıştır. Sosyodemografik veriler, şikayetler, içme ve kullanma suyu tüketimi, ortak etkilenim, su kesintisi bilgisini içeren anket formu, araştırmacılar tarafından eğitim verilen anketörlerce yüz yüze görüşme ile uygulanmıştır. %95 güven aralığı (GA), %80 güç, %20 cevapsızlık hızı öngörülerek hesaplanan örnek büyüklüğünün (n=228, Vaka: n=114, kontrol: n=114) tamamına ulaşılmıştır. Analizlerde; sayı, yüzde dağılımı, ortanca, atak hızı, %95 güven aralığı (GA) ile tahmini rölatif risk (OR) ve düzeltilmiş tahmini rölatif risk (ORadj) kullanılmış, istatistiksel anlamlılık düzeyi %5 olarak kabul edilmiştir. Lojistik regresyon analizine damacana ve musluk suyu dahil edilmiştir. Sağlık Bakanlığı adına salgına hızlı müdahale amaçlı yapıldığından, etik kurul onayı alınmamıştır.

Bulgular: İl merkezinde akut gastroenterit nedeniyle sağlık kurumlarına toplam başvuran kişi sayısı 1880, kaba atak hızı %1,6'dır. Başvuranların %49,8'i kadın ve %50,3'ü 15 yaş altında olup, 15 yaş altında atak hızı %2,6 ve 65 yaş üstünde %2,1'dir. Vaka kontrol çalışmamızda vakalarda en sık görülen semptomlar; ishal (%89,8), bulantı (%78,6), karın ağrısı (76,5) kusma (%81,6), ve ateştir (%68,4). İlde şebeke suyu iki kaynaktan sağlanmakta olup, klorlama bir kaynakta ve dağıtım istasyonunda yapılmaktadır. Dağıtım merkezinde klorlama cihazında meydana gelen arıza, hava sıcaklığının kısa süre içinde düşmesi ve hızla yükselmesi sonucu şebekenin açık hatlarında donma ve ısınmaya bağlı arızalar ile su kesintileri olduğu, buna bağlı olarak yağmur ve eriyen kar sularının şebeke içine girmesine açık hale geldiği, şebekenin ve dağıtım istasyonun eski, bakımsız çok sayıda bilinen ve bilinmeyen hat bağlantıları içerdiği belirlenmiştir. Salgın öncesi ve sonrası alınan su numunelerinde mikrobiyolojik kirlilik saptanmış, Rotavirüs ve Norovirüs G1/G2 negatif bulunmuştur. 2 gaitada Enteropathogenic E.coli (EPEC) tespit edilmiştir. Musluk suyu içmek (OR=3,3 %95 GA:1,6-6,5) ve hazır damacana suyu içmek (OR=0,4 %95 GA:0,2-0,7) hastalıkla ilişkili bulunmuştur. Damacana suyu içmek kontrol edildiğinde; musluk suyu içme düzeltilmiş tahmini rölatif riski 5 kattır (ORadj: 4,7 %95 GA:1,1-11,2). Su isale hattının mahalle dağıtımında birbiriyle çok sayıda bağlantı olması, bölgeleri besleyen ana hatların ayrımının yapılamaması, çok noktada eşzamanlı arızalar nedeniyle kontaminasyon yeri/yerleri tespit edilememiştir.

Sonuç ve Öneriler: Su kaynaklı bu salgın, birçok tetikleyici faktörle birlikte klorlama cihazının arızalanması

sonucu meydana gelmiştir. Semptomlar, klinik ve çevresel numune sonuçları salgının etkeninin bakteriyel bir etken olduğunu desteklemektedir.

İçme ve kullanma suyu dağıtım merkezi ve depolarında klorlama cihazlarının çalıştırılması ile süper klorlama ve bakiye klor devamlılığı sağlanmıştır. Dağıtım merkezinin projelendirilmiş yenileme çalışmasının başlatılması, su sistemindeki arızalara müdahale edilirken yerel yönetimin yerel sağlık idaresine bildirmesi, klorlama işlemlerinin iş birliği içinde yürütülmesi önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: EPEC, Gastroenterit, Salgın, Su kaynaklı, Vaka-Kontrol

[S089]
BALIKESİR ALTIEYLÜL İLÇESİNDE YAŞAYAN YETİŞKİNLERDE AŞI TEREDDÜTÜ İLE KIZAMIK VE KIZAMIK AŞISI BİLGİ DÜZEYLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Emine Ayhan Akman, Alikemal Başol, Dursun Yasemin Yayla, Sultan Eser
Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Balıkesir

Giriş ve Amaç: Kızamık, aşı ile önlenebilen oldukça bulaşıcı bir hastalıktır. Kızamığın bulaştırıcılık gücü ve sonrasında yol açtığı hastalıklar göz önüne alınarak, toplumun hastalığa ve korunma yollarına yönelik bilgi düzeyinin saptanması ve hastalık/aşı hakkındaki bilgi eksikliklerinin giderilerek aşı tereddütünün önüne geçilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmanın amacı; Balıkesir Altıeylül ilçesinde yaşayan yetişkinlerde aşı tereddütü ile kızamık ve aşısı ile ilgili bilgi düzeyini etkileyen faktörleri değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki bu çalışma Ağustos 2023 tarihinde, Balıkesir ilinin Altıeylül ilçesi tüm merkez mahallelerinde yaşayan yetişkinlerde gerçekleştirildi. Çalışmanın evrenini Balıkesir ili Altıeylül ilçesinde yaşayan 18 yaş ve üzeri 107052 yetişkin oluşturmaktaydı. Örneklem büyüklüğü Epi Info 7.2 programı kullanılarak; %95 güven aralığı, %5 hata payı, %50 sıklık, 1,5 Desen etkisi, %20 yedek ile hesaplanan 690 kişiye çok aşamalı örnekleme yöntemiyle ulaşıldı. Her mahalle birer küme kabul edilip ulaşılması gereken kişiler mahalle nüfusuna göre tabakalandırıldı. Sokaklar basit rastgele yöntemle belirlendi. Belirlenen sokaklardaki hanelere sistematik rastgele yöntemle ulaşıldı. Araştırmacıların hazırladığı anket; Google Formlar üzerinden katılımcılarla yüz yüze görüşülerek araştırmacıların kendi telefonlarından dolduruldu. Araştırmanın bağımsız değişkenleri; sosyodemografik özellikler, sağlık durumu ve alışkanlıklar, kızamık ve aşı öyküsü, aşı hizmetleridir. Bağımlı değişkenler; Kızamık ve aşısı ile ilgili bilgi testi ile Aşı Tereddütü Ölçeği(ATÖ)'dir. Toplanan veriler SPSS 26.0 programıyla çözümlendi. Tanımlayıcı veriler için: sayı, yüzde; tek değişkenli analizlerde normal dağılanlar için T Testi, tek yönlü varyans analizi; çok değişkenli analizlerde lineer regresyon analizi kullanıldı. Son modele tek değişkenli analizlerde anlamlı çıkan değişkenler dahil edildi. Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ kabul edildi. Etik kurul onayı; Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan alındı (15/08/2023 tarih 2023/77 sayı).

Bulgular: Çalışmada 723 yetişkine ulaşıldı. Katılımcıların yaş ortalaması 43.31±15.54 olup %54.9'u kadın, %30.2'si 18 yaş altı çocuk sahibiydi. Ön lisans ve üzeri öğrenime sahip olanların oranı %35.3'tü. 18 yaş altı çocuğu bulunan 218 ebeveynden, daha önce herhangi bir çocuğunda en az 1 aşıyı reddeden kişi sayısı 11 (%5)'di ve bu 11 kişiden kızamık aşısını reddeden 1 kişi (%9.1) bulunmaktaydı. Kızamık ve aşıyla ilgili bilgiler %72.3 ile doktordan, %37.9 ile sosyal medya/internetten edinilmekteydi. Çalışmamızda kızamık ve aşısıyla ilgili bilgi testi puan ortalaması 63.93±6,98 olarak bulundu. Lineer regresyon analizinde; öğrenim düzeyi (B=1.345) ve ATÖ puanı (B=0.546), kızamık ve aşısıyla ilgili bilgi testi puanıyla ilişkili bulundu. Araştırmamızda aşı tereddütü yaşayanların sayısı 175 (%24.2)'ti. ATÖ puan ortalama±SS değerleri 34,90±4,86 olarak bulundu. Lineer regresyon analizinde; yaş (B=0.027), kızamık ve aşısıyla ilgili bilgi testi puanı (B=0.026), hane geliri (B=0.630), aşı yaptırmayı önerme durumu (B=3.666), aşı hizmetinden yararlanırken yeterince bilgi aldığını hissetmeme durumu (B=-0.657), bugün yeni çocuk sahibi olma durumunda önerilen aşıları yaptırma durumu (B=2.995) ile ATÖ puanı ilişkili bulundu.

Sonuç: ATÖ puanı daha yüksek olanlarda, öğrenim düzeyi önlisans ve üzerinde olanlarda kızamık ve aşısıyla ilgili bilgi düzeyi daha yüksekti. Yaş arttıkça, kızamık ve aşısıyla ilgili bilgi puanı daha yüksek olanlarda, hane geliri yoksulluk sınırı ve üzerinde olanlarda, aşı yaptırmayı önerenlerde, aşı hizmetinden yararlanırken yeterince bilgi aldığını hissedenlerde, bugün yeni çocuk sahibi olma durumunda önerilen aşıların kesinlikle hepsini yaptırırım diyenlerde aşı tereddütü daha az bulundu. Bireylerin genel aşı tereddütünü düşürüp kızamık ve aşısı hakkında bilgi düzeyini arttırmak için hekim ve sağlık çalışanlarının iyi iletişim kurup zaman ayırması için koşullar sağlanabilir. Ayrıca aşılar ve etkileri konusunda yapılan bilimsel çalışmaların sonuçları hakkında toplumun bilgilendirilmesinde sosyal medya/internet de kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Aşı tereddüttü, Bilgi düzeyi, Kızamık

[S090]
TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN ATIK GERİ DÖNÜŞÜMÜYLE İLGİLİ BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Besra Eren, Neriman Aydın, Elif Okşan Çalıkoğlu
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Gaziantep

Giriş ve Amaç: Tüm dünyada nüfus artışı ve kentleşmeye bağlı olarak üretilen atık miktarı her geçen gün artarak önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmektedir. Atıkların kimyasal ve fiziksel işleme tabi tutulmadan ekonomiye kazandırılmasına Geri Dönüşüm denilmektedir. Geri dönüşüm bilincinin oluşması ve sürdürülmesinde genç ve aktif nüfus olan üniversite öğrencilerinin etkisi çok önemlidir. Bu çalışmanın amacı Gaziantep Üniversitesi'nde öğrenim gören Tıp Fakültesi Öğrencilerinin geri dönüşüm konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını tespit etmek ve geri dönüşüm bilincine yönelik farkındalık oluşturmaktır.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma tanımlayıcı özellikte olup çalışma için Gaziantep Üniversitesi İlaç Dışı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 06.04.2022 tarihinde 2022/138 karar numarası ile onay alınmıştır. Araştırmanın evrenini Gaziantep Üniversitesi'nde 2022- 2023 yılları arasında öğrenim gören 1240 Tıp fakültesi öğrencisi oluşturmaktadır. Evreni bilinen bu çalışmada atık geri dönüşüm sıklığı % 50 kabul edilip % 95 güven aralığında ve 0,05 standart hata ile örnek seçilmiş olup minimum örnek büyüklüğü 384 kişi olarak hesaplanmıştır. Çalışmaya katılan tüm tıp fakültesi öğrencilerinden tabakalı örneklem seçme yöntemi ile kişi sayısı belirlenip gönüllülük esasına göre yüz yüze anket uygulanarak 409 öğrenciye ulaşılmıştır. Literatür taranarak oluşturulan anket formu üç bölümdür. Birinci bölüm öğrencilerin sosyodemografik özellikleri, ikinci bölüm atıkların geri dönüşümü ile ilgili bilgi düzeyi ve üçüncü bölüm ise geri dönüşüm ile ilgili tutum ve davranışlarını belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır. Elde edilen veriler SPSS 22.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Normal dağılıma uygunluk testleri ile değişkenler incelenmiş olup Tanımlayıcı istatistikleri belirtmek için ortalama, ortanca, standart sapma, minimum-maximum değerler kullanılmıştır. Analizlerde ise Ki-Kare testi kullanılmıştır. P değeri 0,05'in altında olduğunda istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan 409 öğrencinin 207'si kadın (%50,6), 202'si ise erkek olup (%49,4) yaş ortalamaları 21.97±2,303'tür. Geri dönüşümün tanımı hakkkında kadın öğrencilerin bilgi düzeyi (%98,1) erkek öğrencilerden (%95,5) yüksek saptanmış fakat cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Katılımcıların % 94,6'sı (n:387) geri dönüşüm işlemlerinin sürdürülebilir kaynaklar sağladığı için faydalı olduğunu belirtmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin %10,3'ü plastik poşet ve şişeleri tekrar kullanmayıp ürünleri çöpe attığını belirtmiştir. Geri dönüşüm için evde çöp ayrıştırma oranı kadın öğrencilerde %33,2 olup erkek öğrencilerde bu oran %21,0 olup cinsiyetler arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,007). Bununla beraber Satın alınan ürünlerde geri dönüşüm işaretlerinin olmasına dikkat etme oranı kadın öğrencilerde % 22,7 olup erkek öğrencilerde ise %14,4 olarak saptanmıştır ve cinsiyetler arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır(p:0,030). Ayrıca sınıf düzeyinde geri dönüşüme katkıda bulunma sıklığı 1.sınıf öğrencilerinde %48,8, 2.sınıf öğrencilerinde %49,2, 3. Sınıf öğrencilerinde %56,0, 4. Sınıf öğrencilerinde %60,3, 5. Sınıf öğrencilerinde %54,9 ve 6.sınıf öğrencilerinde % 61,0 olarak saptanmış ve sınıflar arasında geri dönüşüme katkı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır(p:0,562). Geri dönüşüme hiçbir zaman katkıda bulunmadığını belirten öğrencilerin % 73,3'ü (n=11) çevresinde geri dönüşüm kutularının olmadığı için katkıda bulunmadığını ifade etmiştir. Yine katılımcıların % 68,0'ı (n:278) geri dönüşüme katkıda bulunmama sebebi olarak ''yakınımda geri dönüşüm kutusu yok ''cevabını vermiştir. Toplumda geri dönüşüm bilincinin artması için ise öğrencilerin %89,5'i (n=366) ailelerin bilinçlendirilmesi gerektiğini düşünmektedir.

Sonuç: Bu araştırmanın sonuçlarına göre Tıp fakültesi Öğrencilerinin atık geri dönüşümü hakkında yeterli bilgiye sahip olduğu ancak geri dönüşüm davranışlarının yeterince gelişmediği sonucuna ulaşılmıştır.

Öğrencilerin çoğu geri dönüşüm kutularının eksikliğinden şikayet ettiğini belirtmekte ve bu durum onların geri dönüşüme katkı motivasyonlarını olumsuz etkilemektedir. Yürütülen bu çalışma sonucunda eğitiminin ailede başlanıp üniversite düzeyine kadar devam ettirilmesi ve çevre konusunda tıp fakültesi öğrencilerinin sorumluluk almaları sağlanmalıdır.Ayrıca geri dönüşüm kutu ve görsellerinin Tıp fakültesi öğrencileri başta olmak üzere topluma örnek olabilecek üniversite öğrencilerinde farkındalık oluşturacak şekilde yetkililer tarafından düzenlenmesi ve sayılarının arttırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Atık, çevre, geri dönüşüm, halk sağlığı, tıp öğrencileri

[S091]
KAYSERİ İLİNDE SU KULLANIM DURUMU VE BUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Tuğba Coşkun Aslan, Zeynep Aydın, İskender Gün, Fevziye Çetinkaya
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Günümüzde orantısız nüfus artışı, küresel ısınma ve suyun yanlış kullanımı gibi sebepler kısıtlı olan su kaynaklarının azalmasına neden olmaktadır. Bu durum önemli çevre ve sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Yapılan bu çalışmada yetişkinlerin su kullanım durumunun tespit edilmesi amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma tanımlayıcı-kesitsel niteliktedir. 2023 yılı Ekim ayında Kayseri İli 4 merkez ilçesinde yaşayan 18 yaş ve üzeri bireyler üzerinde yapılmıştır. Örneklem OpenEpi programıyla 1262 hesaplanmış olup, çalışma 1275 kişiyle tamamlanmıştır. Çalışmada bağımlı değişken ölçek puanı, bağımsız değişken sosyodemografik özelliklerdir. Veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır. Araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uygun bireylere intern doktorlar tarafından yüzyüze anket uygulanmıştır. Anket formunun birinci bölümünde araştırmacılar tarafından hazırlanan ve 12 sorudan oluşan katılımcıların sosyo-ekonomik ve demografik özelliklerin tespit edilmesine yönelik sorulara yer verilmiştir. İkinci bölümünde ise Akpınar ve ark. tarafından geliştirilmiş "Yetişkinlerin su kullanımına yönelik tutum ve davranış ölçeği" yer almaktadır. Ölçek 13 maddeden oluşan davranış ölçeği ve 12 maddeden oluşan tutum ölçeğini içermektedir. Davranış ölçeği 5'li likert (Çok sık-Hiçbir zaman), tutum ölçeği (tamamen katılıyorum-hiç katılmıyorum) şeklinde yanıtlanmaktadır. Likert tipi beşli dereceleme sistemi Tutumla ilgili "tamamen katılıyorum" (5 puan), "katılıyorum" (4 puan), "kararsızım" (3 puan), "katılmıyorum" (2 puan) ve "kesinlikle katılmıyorum" (1 puan) düzeyleri kullanılmıştır. Davranış ile ilgili "çok sık" (5 puan), "sıkça" (4 puan), "ara sıra" (3 puan), "oldukça az" (2 puan), "hiçbir zaman" (1 puan) düzeyleri kullanılmıştır. Ölçeğin güvenirliğini belirlemek amacıyla yapılan madde toplam korelasyonları sonuçlarına göre, 12 maddeden oluşan Su Kullanımı-Tutum alt ölçeğinin iç tutarlık katsayısı 0,82'dir. Su Kullanımı-Davranış alt ölçeği ise 13 maddeden oluşmaktadır ve ölçeğin iç tutarlık katsayısı 0,87 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin tümüne ilişkin Croanbach alpha iç tutarlılık kat sayısı 0.82 olarak hesaplanmıştır.

Araştırma için Erciyes Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulundan (Başvuru no:392, Tarih:26/0.9/2023) etik izin alınmıştır. Veri analizleri IBM SPSS Statistics version 25.0 ile yapılmıştır. Verilerin normal dağılımı Kolmogorov Smirnov testi ile kontrol edildikten sonra; ölçek puanı ve sosyodemografik özelliklere ilişkin verilerin karşılaştırılması yapılmıştır. Veriler normal dağılmadığı için Mann- Whitney U ve Kruskall-Wallis testleri kullanılmıştır. İstatistik analizlerde $p<0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalamaları 38.47±14.18 olup %61.6'sı kadın, %76.7'si çalışan, %61.3'ü evli, %74.9'unun ekonomik durumu orta, %62'sinin çocuğu var, %87.6'sı apartman dairesinde yaşamaktadır. Evde kullanılan su %71.7 ile şebeke suyu olup katılımcıların yalnızca %14.2'si arıtma cihazı kullanmaktadır. Arıtma cihazı kullanım sebepleri sorgulandığında %59.1'i suyun kireçli olduğunu, %58'i suyun tadının kötü olduğunu belirtmiştir.

Çalışmamıza katılan bireylerin davranış ölçeğinden almış oldukları puan ortalaması 39.77±8.98, tutum ölçeğinden almış oldukları puan ortalaması 49.65±4.97 'dir.

Tutum ölçek puan ortancası evli olanların (M:51, Q1-Q3:47-53, u:174208 , p:0.004), çocuğu olanların (M:51, Q1-Q3:47-53, u:171056 , p:0.001) daha yüksek bulunmuştur. Davranış ölçek puan ortancası eğitim durumu ortaokul ve altı olanların (M:42, Q1-Q3:36-48,: KW:16.93 , p<0.001), çalışmayanların (M:42, Q1-Q3:36-48, u:120729 , p: <0.001), evlilerin (M:42, Q1-Q3:35-47, u:143196 , p<0.001), çocuk sahibi olanların (M:42, Q1-Q3:35-48, u:139030 , p<0.001), arıtılmış su kullananların (M:42, Q1-Q3:35.50-49, KW:14.83, p:0.002), evde arıtma cihazı kullananların (M:42, Q1-Q3:35-48, u:88048, p:0.017) daha yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmamızda evlilerin ve çocuğu olanların su kullanım tutum ve davranışının daha iyi olduğu

görülmüştür. Dolayısıyla kişilerin ailevi sorumluluk arttıkça daha duyarlı hale geldiği söylenebilir. Bu konudaki bilincin artırılması için su kullanımı konusunda topluma eğitim verilmelidir.

Finansal destek: Araştırmacılar herhangi bir finansal destek almadığını beyan eder.

Çıkar çatışması: Araştırmacılar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan eder.

Anahtar Kelimeler: Su kullanım bilinci, Su hijyeni, Ambalajlı su, Su arıtma cihazı

[S092]
AIRQ + MODELLEMESİ İLE HATAY, OSMANİYE VE KAHRAMANMARAŞ'TA HAVA KİRLİLİĞİNE BAĞLI ÖLÜMLER, 2015-2019

Suat Mithat Mahşer, Tacettin İnandı
Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Hatay

Giriş ve Amaç: Hava kirliliği dünya genelinde başta gelen ölümcül sağlık riskleri arasında dördüncü sıradadır. Dünya Sağlık Örgütü dünya nüfusunun yaklaşık %99'unun hava kalitesi limit değerlerinin aşıldığı yerlerde yaşamakta olduğunu ve her 10 kişiden 9'unun yüksek düzeyde kirletici içeren hava soluduğunu bildirmektedir. Hava kirliliği kaynaklı nedenlere bağlı her yıl yaklaşık 4,2 milyon insanın öldüğünü tahmin edilmektedir. Türkiye'de ve bölgemizde de hava kalitesi endişe verici seviyelerdedir. IQAIR'ın yayınladığı 2021 tarihli raporlarda en kirli havaya sahip ülkeler arasında Türkiye 46. sırada yer almaktadır. Türkiye Çevre ve Şehircilik Bakanlığı'nın 2020 yılında yayınlanan raporda hava kirliliği Hatay, Osmaniye ve Kahramanmaraş'ta birinci öncelikli çevre sorunu olarak belirtilmiştir. Dünyada ve ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunu olan hava kirliliği ile ilgili planlamış olduğumuz araştırmayla, Hatay, Osmaniye ve Kahramanmaraş illerindeki hava kirliliğine bağlı önlenebilir ölüm sayılarını AIRQ+ programıyla hesaplamak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Ekolojik tipte olan araştırma; Hatay, Kahramanmaraş ve Osmaniye'nin 2015-2019 yılları arasındaki PM_{10} ölçümleri Çevre ve Şehircilik Bakanlığı'nın web sitesinden, nüfus ve ölüm verileri Türkiye İstatistik Kurumu'ndan alınarak 2022-2023 yıllarında yapılmıştır. Araştırmaya PM_{10} doluluk oranı %75 ve üzerinde olan 5 istasyon dahil edilmiştir. Hava kirliliğine atfedilebilir ölüm sonuçları, DSÖ'nün güncel limit değerleri üzerinden AIRQ+ programı kullanılarak hesaplanmıştır. PM_{10}, PM2,5'a dönüşüm katsayısı olan 0,67 ile çarpılarak çevrilmiştir.

Bulgular: Üç ilin hava kirliliğine atfedilebilir tahmini toplam ölüm sayısı 2015-2019 yıllarında 14288 ölüm olarak elde edildi. Ölümlerin illere dağılımı, Hatay 5172 ölüm, Osmaniye 2791 ölüm, Kahramanmaraş 6325 ölüm şeklindeidi. Tüm yıllar için hava kirliliğine atfedilebilir tahmini ölüm oranları Hatay'da %16,8, Osmaniye'de %26,4 ve Kahramanmaraş'da %30,7 olarak hesaplandı. Risk altındaki yüz bin kişiye atfedilebilir tahmini ölüm sayısı ise Hatay 136,8, Osmaniye 212,3, Kahramanmaraş ilinde 236,8 olarak elde edildi. Hatay'da en yüksek atfedilebilir tahmini ölüm sayısı 2015 yılında 1569, ölüm oranı %26,6 ve yüz bin kişiye atfedilebilir tahmini ölüm sayısı 214,4 idi. Osmaniye ilinde en yüksek atfedilebilir tahmini ölüm sayısı 2017 yılında 614, ölüm oranı %28,6 ve yüz bin kişiye atfedilebilir tahmini ölüm sayısı 232,8 idi. Kahramanmaraş ilinde en yüksek atfedilebilir tahmini ölüm sayısı 2018 yılında 1502, ölüm oranı %35,2 ve yüz bin kişiye atfedilebilir tahmini ölüm sayısı 274,1 olarak bulundu. İller bir bütün olarak değerlendirildiğinde 5 yıllık hava kirliliğine atfedilebilir tahmini ölüm oranı %23,6, risk altındaki yüz bin kişiye atfedilebilir tahmini ölüm sayısı 183,5 olarak hesaplandı. En yüksek atfedilebilir tahmini ölüm sayısı 2017 yılında 3365 ölüm, en yüksek atfedilebilir ölüm oranı 2015 yılında %27,8, en yüksek yüz bin kişiye atfedilebilir tahmini ölüm sayısı 2015 ile 2017 yıllarında 215,1 olarak bulundu. Beş yıllık trend incelendiğinde hava kirliliğine atfedilebilir tahmini ölüm sayısı ve oranı, yüz bin kişiye atfedilebilir tahmini ölüm sayısı hafif düşme eğilimindedir.

Sonuç: 2015-2019 yılları arasında 30 yaş üzeri nüfusta gerçekleşen her 10 doğal ölümden yaklaşık 2,4 ölüm hava kirliliğine atfedilmiştir. Hava kalitesi ölçüm istasyonlarının yerinin ve sayısının şehri temsil edecek şekilde olması önemlidir. Hava kalitesi kriter kirleticilerinin hepsinin istasyonlarda düzenli ve sürekli olarak ölçülebilmesi, hava kirleticilerinin sınır değerleri DSÖ ile tamamen uyumlu hale getirilmesi Türkiye'de yapılabilecek başlıca işler arasındadır. Kirlilik nedenlerine yönelik tedbirler almak, yenilenebilir enerjiye yönelmek ve fosil yakıtları azaltmak, uyarı sistemleri kullanılmak alınabilecek önlemler arasında sayılabilir.

Anahtar Kelimeler: AIRQ+ programı, Atfedilen ölüm, Hava kirliliği

[S093]
MANİSA KENT MERKEZİNDE HANELERİN İÇME SUYU TERCİHLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Gülsüm Şanlı Erkekoğlu, Berna Bilgin Şahin, Beyhan Cengiz Özyurt, Mehmet Tek, Hasan Hüseyin Şahan, Cemil Denizli, Beyza İnce, Bünyamin Enes Korucu, Zeynep Zülal Aktaş, Büşra Karahan
Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Manisa

Giriş ve Amaç: İçme suyu olarak şebeke, kaynak, damacana suyu ve ambalajlı, arıtılmış su gibi kaynaklar tercih edilmektedir. Fiyat, tat, hijyen, mineral içeriği ve ulaşım gibi etkenler içme suyu tercihinde etkilidir. Türkiye'de 2014-2020 yılları arasında yapılan çalışmalarda bu tercihler %12.2-44.9 şebeke, %21.3-40.5 kaynak, %6.3-27.5 arıtma suyu ve %21.5-32.3 ambalajlı su olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu çalışmayla Manisa'da kent merkezinde seçilen hanelerin içme suyu tercihleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki çalışmanın evrenini; Manisa'da basit rastgele yöntemle seçilen iki kentsel iki yarıkentsel mahallede yaşayan 18 yaş ve üzeri 20120 kişi oluşturmaktadır. Araştırmanın örnek büyüklüğü %95 güven, %18 prevalans, %5 hatayla 225 hesaplanmış, 230 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırma 27.09.2023 ile 04.10.2023 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmada küme örneklem yöntemi kullanılmış ve 23 kümebaşı hane belirlenmiştir. Basit rastgele yöntemle mahallelerin nüfuslarına göre ağırlıklandırılarak yarıkentsel mahallelerden 12 kümebaşı, kentsel mahallelerden 11 kümebaşı hane belirlenmiştir. Veriler küme başı haneden başlayarak 2'şer hane atlanıp; her kümede 10 haneye ulaşılarak, yüz yüze görüşme tekniğiyle veriler toplanmıştır. Araştırmanın katılım oranı kentsel ve yarıkentsel mahalleler için sırasıyla 84.6 ve 83.9'dur. Çalışmanın bağımlı değişkeni içme suyu tercihidir. Şebeke suyu ve kaynak/yayla suyu tercih edenler 'birinci grup su kullanıcılar' ve damacana, arıtılmış şebeke suyu, ambalajlı su tercih edenler 'ikinci grup su kullanıcılar' olarak ele alınmıştır. Sosyodemografik özellikler, su tüketim alışkanlıkları, içme suyu tercihleri çalışmanın bağımsız değişkenleridir. Tek değişkenli analizlerde Student's t testi, ki-kare testi ve çok değişkenli analizlerde lojistik regresyon kullanılmış; tip-1 hata 0.05 kabul edilmiştir. Manisa Celal Bayar ÜTF Etik kurulu tarafından onaylanmıştır. Çalışmada herhangi bir çıkar çatışması veya anlaşmazlık bulunmamaktadır ve ayni katkı veya parasal destek alınmamıştır.

Bulgular: Katılımcıların %47.8'i kentsel bölgede yaşamakta, yaş ortalamaları 43.5±13.9, %57.0'si kadındır. Katılımcılar %31.7 birinci, %68.3 ikinci grup suyu tercih etmektedirler. Su tercihinde %96.1 hijyen, %92.6 tat, %90.4 koku, %71.7 maliyet ve %80.0 kolay ulaşılabilirlik önemli görülmektedir. Şebeke suyu kullanım nedenleri en çok %67.0 maliyet-kolay ulaşılabilirlikken; kullanmama nedenleri en çok %62.2 tadını beğenmeme ve %57.8 hijyenik bulmamadır. Ambalajlı su seçerken %67.8 tada, %53.5 hijyene, %48.3 kokuya, %39.1 taşıması-ulaşımı kolay oluşuna, %36.5 markaya, %32.6 fiyatına, %27.8 içeriğe dikkat edilmektedir. Ambalajlı suyun etiketini okumama sıklığı %52.4'tür. İkinci grup suyu katılımcıların %67.4'ü evde, %88.3'ü ev dışında içmek; %39.6'sı içecek hazırlamak, %28.3'ü yemek pişirmek, %2.6'sı diş fırçalamak, %37.0'si çocuğu için tercih etmektedir. Katılımcıların %25.2'si şebeke, %60.9'u damacana, %60.5'i kaynak suyuna ve %72.6'sı ambalajlı suya güvenmektedir. Şebeke suyunu güvenli bulmadığı zamanlarda; katılımcıların %55.2'si temiz, güvenilir ve tadının daha iyi olması durumunda; %34.8'i güvenilirliği yerel yetkilerce kanıtlanırsa; %7.0'si çevresindeki insanların hepsi kullanırsa; %3.0'ü televizyon ve sosyal medyada şebeke suyunun kullanımı ile ilgili teşvik olursa tekrar şebeke suyu kullanabileceklerini belirtmişlerdir. Çoklu analizde birinci grup su tercihini, ilkokul ve altı eğitime sahip olmak 3.6 kat (OR:3.58 %95GA:1.39-9.20); alt sosyal sınıfta olmak 3.5 kat (OR:3.51 %95GA:1.29-9.52); hanede yaşayan kişi sayısının 3 ve daha fazla olması 1.4 kat (OR:1.4 %95GA:1.05-1.87) artırmakta ve şebeke suyuna güven konusunda kararsız olma 0.25 kat (OR:0.25 %95GA:0.10-0.60), güvenmeme 0.07 kat (OR:0.07 %95GA:0.03-0.18) etkilemektedir.

Sonuç: Her üç kişiden ikisi damacana, arıtılmış şebeke suyu, ambalajlı su tercih etmektedir. Su tercihindeki en etkili faktör hijyendir. Şebeke suyu kullanımındaki birincil etken maliyet, kolay ulaşılabilirlik ve

kullanılmamasındaki etkenler tadını beğenmeme, hijyenik bulmamadır. Ambalajlı su seçerken en çok tada, hijyene ve markaya dikkat edilmektedir. Her dört katılımcıdan üçü ambalajlı suya güvenirken, sadece biri şebeke suyuna güvenmektedir. Şebeke suyunun kişilerce güvenli bulunmadığı durumlarda; temiz, güvenilir, tadının daha iyi olması halinde katılımcıların yarısı şebeke suyunu tekrar kullanabileceğini belirtmiştir. Eğitimin ve sosyal sınıfın düşük olması, hanede yaşayan kişi sayısının ve şebeke suyuna güvenin fazla olması birinci grup su tercihini artırmaktadır.

Yerel yetkililerce kaynaktan evlere kadar suyun izlediği yolların ve denetim mekanizmalarının anlatılması şebeke suyuna olan güveni artırabilir. Sağlık Bakanlığı tarafından şebeke suyunun güvenilirliği ve sağlık açısından önemini anlatıcı kamu spotları hazırlanabilir. Böylece şebeke suyu içen kişi oranında artış sağlanabilir. Ambalajlı su tercihinin azalmasıyla plastik atıklarda olacak azalma da çevre sağlığı açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Ambalajlı su, İçme suyu, Tüketici tercihi

[S094]
KAYSERİ İLİ HAVA KALİTESİNİN SOLUNUM YOLU HASTALIKLARI NEDENİYLE ACİL SERVİS BAŞVURULARINA ETKİSİ

Ebru Tan[1], Hasan Durmuş[1], Bahtiyar Efe[2], Arda Borlu[1], Özkan Çapraz[2], Yaşar Burak Öztaner[3], Fevziye Çetinkaya[1]
[1]Erciyes Üniversitesi
[2]İstanbul Teknik Üniversitesi
[3]University of Carleton

Giriş ve Amaç: Havanın doğal bileşiminde bulunmayan maddelerin bulunması ya da normal koşullarda çok az miktarda bulunan maddelerin miktarının artmasına bağlı olarak insanların ve diğer canlıların sağlığını tehlikeye sokacak düzeye erişmesine hava kirliliği denilmektedir ve küresel olarak önde gelen çevresel risk faktörlerinden birisidir. Hava kirliliğine atfedilebilen hastalık yükü global değerlendirmede 87 risk faktörü arasında ilk beşte yer almaktadır. Çevresel risk faktörlerinin belirlenebilmesi, halk sağlığının korunmasına yönelik politikalar belirleme konusunda büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmayla acil servise solunum yolu hastalıkları sebebiyle başvurular ile hava kirliliği arasındaki ilişkinin gösterilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma tanımlayıcı ve ekolojik bir çalışmadır. Çalışmanın evrenini Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Kayseri Şehir Hastanesi erişkin acil servisine 1 mart 2022-1 mart 2023 tarihleri arasında başvuran 18 yaş ve üstü hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini evren içinden seçilen J00-J99 aralığında ICD-10 tanı kodlu solunum sistemi hastalıklarıyla başvuranlar oluşturmaktadır. Başvuranların demografik özellikleri ve başvuru bilgileri hastanelerin bilgi işlem biriminden alınmıştır.

Şehir dışında yaşayıp sevkle gelmiş, 18 yaş altı, J00-J99 dışındaki tanı kodlu başvurular araştırmaya dahil edilmemiştir.

Örneklem büyüklüğü G*Power 3.1.9.7 programı ile hesaplanmış, hava kalitesinin solunum yolu hastalıkları başvurularına orta etkili olduğu düşünülerek %80 güç, α: 0.05 alınarak korelasyon yöntemi ile hesaplanmış ve 782 bulunmuştur. Dahil edilme kriterlerine göre çalışmaya Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nden 11803 kişi; Kayseri Şehir Hastanesi'nden 33489 kişi dahil edilmiş olup toplam 45292 hastanın verileri kullanılmıştır. Çalışma için Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan etik kurul onayı (2023/100 sayılı) alınmıştır.

Hava kalitesi verileri T.C Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığının sitesinden (https://sim.csb.gov.tr/STN/STN_Report/StationDataDownloadNew) Kayseri iline ait 6 istasyonun günlük ortalama değerleri alınarak elde edilmiştir.

Bağımlı değişkenler; hastane başvuruları; bağımsız değişkenler; hava kalitesi verileridir. Verilerin analizleri R programıyla yapılmış, tek kirletici Genelleştirilmiş Doğrusal Modelde (GLM) Poisson regresyonu ile Dağıtılmış Gecikme Modeli kullanılmıştır ve GLM'nin hangi serbestlik derecesinin kullanılacağına karar vermek için ise Akaike Bilgi Kriteri(AIC) kullanılmıştır. $p < 0.05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 45292 hasta dahil edilmiştir, %74'ü Kayseri Şehir Hastanesi, %26'sı Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesine başvurmuştur. Başvuranların %51.3 ü kadın ve %83.8'i üst solunum yolu hastalıkları olarak değerlendirilmiştir. Başvuranların yaş ortalaması 37.9 (min:18-max:100) yıldır. Hava kirleticileri ve sıcaklık verilerinin %100'üne, bağıl nem verilerinin %98.36'sına ulaşılmıştır. Yıllık ortalama kirletici konsantrasyonları; 52.32 µg/m3 PM10, 14.28 µg/m3 PM2.5, 10.47 µg/m3 SO2, 758.8 µg/m3 CO, 47.67 µg/m3 NO2, 35.91 µg/m3 O3 ve günlük ortalama sıcaklık 10.99°C, günlük ortalama nem % 60.68 dir. Hava kirletici konsantrasyonlarındaki her 10 µg/m3 artış için her iki cinsiyet ve toplam hastane başvuruları üzerine kümülatif aşırı risk(ER)' i 9 günlük gecikme süresi boyunca % 95 güven aralığında değerlendirilmiştir. Hava kirleticilerinden PM2.5(p=0.03), NO2(p=0.03), O3(p<0.001), CO(p=0.001) total başvurular üzerine etkisi anlamlı bulunmuştur. Toplam kümülatif ER en yüksek CO; en düşük PM2.5' dir. O3 ve CO hava kirletici

konsantrasyonlarının hastane başvuruları üzerine etkisi her iki cinsiyet ve total olarak incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

CO' in oluşturduğu kümülatif ER; erkeklerde 15.65(p=0.003), kadınlarda 14.92(p<0.001) ve totalde 15.25(p=0.001) şeklinde bulunmuştur.

PM2.5'in oluşturduğu kümülatif ER; kadınlarda 9.13(p=0.01), totalde 9.20(p=0.03) bulunmuştur. PM2.5' in erkeklerdeki hastane başvuruları üzerine anlamlı bir etkisi bulunmamıştır(p=0.07).

Sonuç: Bu çalışma; hava kirleticilerinden PM2.5, NO2, O3, CO' in solunum yolu hastalıkları nedeniyle yapılan hastane başvurularına etkisi olabileceğini ve en yüksek riske sahip kirleticinin CO olabileceğini göstermiştir. Diğer kirleticiler için çalışmanın yürütüldüğü süre ve örneklem büyüklüğü artırılarak yapılacak çalışmalara ihtiyaç olabilir. Hava kirliliği dışındaki başka faktörlere bağlı solunum sistemi hastalıklarının dışlanamaması çalışmanın kısıtlılığıdır.

Anahtar Kelimeler: Hava Kirliliği, Hastane Başvuruları, Solunum Yolu Hastalıkları

[S095]
ERGENE NEHRİNDEN ETKİLENEN VE ETKİLENMEYEN YERLEŞİM YERLERİNDE İÇME KULLANMA SUYU KALİTESİ VE SAĞLIK ETKİLERİ

Mustafa Helvacı[1], **Galip Ekuklu**[2], **Burcu Tokuç**[3]
[1]*Kırklareli Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO, Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü, Kırklareli*
[2]*Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Edirne*
[3]*Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi Ana Bilim Dalı, Tekirdağ*

Giriş ve Amaç: Çalışmamız, Trakya Bölgesi Edirne, Kırklareli ve Tekirdağ illerinde Ergene nehrine kıyısı bulunan 25 ve Ergene nehrine kıyısı bulunmayan 25 olmak üzere toplam 50 yerleşim yerinde, içme kullanma suyunun kalitesini belirlemek için pH, sıcaklık, iyon, ağır metal ve pestisitler açısından ve burada yaşayan kişilerdeki mevcut sağlık sorunları açısından farklılık olup olmadığını araştırmak amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız kesitsel analitik bir araştırmadır. Belirlenen yerleşim yerlerindeki şebeke sularından su örnekleri araştırmacı tarafından toplanarak TÜTAGEM'de, pH, sıcaklık, element ve pestisit analizleri yaptırılmıştır. Bu bölgelerde yaşayan halkın sağlık durumu ve sağlık algıları için görüşülecek popülasyon için; güven düzeyi %95, rölatif kesinlik 0,05 olarak alınmış ve en küçük örnek büyüklüğü 812 olarak belirlenmiştir. Örnekleme alınacak kişi sayısı, su örneği alınacak olan yerleşim yerlerinin nüfusuna göre ağırlıklandırılarak ve yerleşim yerlerinde yaşayan 18-65 yaş arası yetişkinlerden sistematik örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. Araştırmacılar tarafından geliştirilen anket araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yolu ile uygulanmıştır. Araştırma sonunda elde edilen bulgular IBM SPSS Ver. 22.0 paket programında analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler ve normal dağılıma uygunluk analizlerinin ardından; su kalitesi ve buralarda yaşayan kişilerin sağlık durumları Student T testi, Mann Whitney U Testi ve Ki Kare testi ile karşılaştırılmıştır.

Bulgular: İçme kullanma suyu numunelerinde yapılan kimyasal tam iyon analizinde; Klorit (p=0.007) ve Bromat (p=0.036) iyonları Ergene nehrinden etkilenen bölgelerde, Nitrit (p=0.017) ve Bromür iyonları Ergene nehrinden etkilenmeyen bölgelerde anlamlı düzeyde yüksektir. Ağır metal analizi sonucunda; Be, B, Na, Si, K, V, Cr, Mn, Fe, Co, Ni, Zn, As, Se, Sr, Mo, Cd, Ba, Tl ve Pb konsantrasyonları Ergene nehrinden etkilenen yerleşim yerlerinde anlamlı düzeyde yüksektir, Al ve Cu konsantrasyonları Ergene nehrinden etkilenmeyen yerleşim yerlerinde anlamlı düzeyde yüksektir. Pestisit konsantrasyonlarının Ergene nehrinden etkilenime bağlı olarak değişiminde; Trifloxystrobin (p=0.013) ve Propamocarb-hydrochloride (p=0.043) konsantrasyonları etkilenmeyen bölgelerde anlamlı olarak yüksek düzeydedir. Araştırmaya katılanlarda, son bir yıldaki bedensel ve ruhsal sağlık algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Sonuç: Yapılan çalışmanın devam ettirilmesi, kısa, orta ve uzun dönemde sonuçlarının karşılaştırılması ile bölgede yaşayanların sağlığının içme kullanma suyundan ne kadar etkilendiğinin belirlenmesi için önemli olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Ergene Nehri Havzası, içme kullanma suyu kalitesi, ağır metal, pestisit, sağlık etkileri

[S096]
TURKISH ADAPTATION OF ENVIRONMENTAL HEALTH LITERACY SURVEY INSTRUMENT: VALIDITY-RELIABILITY STUDY

Sümeyye Nur Budak[1], Dilek Yapar[2], Burkay Budak[3], Hakan Tüzün[3], Seçil Özkan[3]
[1]Kahramankazan District Health, Ankara
[2]Muratpasa District Health, Antalya; Akdeniz University, Institute of Health Science, Medical Informatics, Antalya
[3]Gazi University Faculty of Medicine Department of Public Health

Introduction and Aim: Environmental health literacy is a discipline that begins with understanding the relationship between environmental exposures and health, combining elements of health literacy, environmental health sciences, and risk communication. Environmental health literacy creates awareness of health risks arising from environmental factors and provides individuals and communities with useful knowledge to prevent or reduce exposure, thereby focusing on preventing negative impacts on health. Assessing environmental health literacy levels with valid and reliable psychometric tools is an important need in order to identify deficiencies and develop appropriate intervention strategies. This study aims to evaluate the validity and reliability of the Turkish version of the "Environmental Health Literacy Survey Instrument" measurement tool.

Materials-Methods: Following the linguistic validation of the scales into Turkish using the translation-back translation method, cultural and linguistic adaptation was evaluated by 6 experts and the final versions of the scales were determined by an expert committee. Subsequently, the scales were administered to 833 individuals who had presented to the clinics at a tertiary university hospital. The construct validity of the scales was tested using exploratory factor analysis (EFA) and discriminant validity analysis between groups. The reliability of the scales was evaluated using Cronbach's alpha for internal consistency. The test-retest reliability was assessed using the intra-class correlation coefficient.

Results: The mean age of the 833 participants included in the study was 36.7±14.4 years. EFA analyses showed that the factor loadings for the 3-factor structure of the General Environmental Health Scale (GEHS) ranged from 0.766 to 0.900; the factor loadings for the 2-factor structure of Air Scale (AS) ranged from 0.657 to 0.821; the factor loadings for the 3-factor structure of Food Scale (FS) ranged from 0.624 to 0.818; and the factor loadings for the 3-factor structure of Water Scale (WS) ranged from 0.514 to 0.903. The ICC values for the test-retest reliability of the scales were greater than 0.8, indicating a satisfactory level of reliability. The Cronbach's alpha values for internal consistency were 0.736 for GEHS, 0.605 for AS, 0.760 for FS, and 0.752 for WS, indicating a satisfactory level of internal consistency for the scales.

Conclusion: Turkish versions of the 7-item GEHS, 7-item AS, 8-item FS, and 13-item WS were found to be valid and reliable. Given the complex nature of environmental exposures, it is invaluable to raise awareness that adverse health conditions can be associated with environmental exposures. In addition, it is of great importance to disseminate information on this subject and even to reach the dimensions of attitude and behavior. Considering the broad spectrum of the Environmental Health field, this tool is a valuable measurement tool and an important step forward for other scales to be developed.

Keywords: Cross-cultural adaptation, Environmental Health, Environmental Health Literacy, Validity, Reliability

[S097]
İSTANBUL'UN BİR İLÇESİNDEKİ MAHALLE ÇEŞMELERİNİN GASTROENTERİT VAKALARIYLA İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Beyza Nur Ataoğlu[1], Cemre Hilal Kesen Yurtcanlı[1], Mehmet Akif Sezerol[2], Selin Davun[2], Ahmet Topuzoğlu[1]
[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı
[2]Sultanbeyli İlçe Sağlık Müdürlüğü

Giriş ve Amaç: İşlenmemiş su tüketimi gastroenterit riski taşımaktadır. Su güvenliği konusunda kişisel önlemlerle birlikte, insanların güvenli suya erişiminin sağlanması için çevresel denetimler yapılmalı ve gerekli müdahaleler uygulanmalıdır. Bu çalışma İstanbul'un bir ilçesindeki akut barsak enfeksiyonu vakalarının artmasının mahalle çeşmesi kullanımı ile ilişkisini araştırmak amacıyla hazırlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: u bir olgu kontrol çalışmasıdır. İlçe Devlet Hastanesi'ne 13-26 Şubat 2023 tarihlerinde A09 (Enfeksiyöz Gastroenterit), R11 (Bulantı-Kusma), K52 (Enfeksiyöz Olmayan Gastroenterit) ICD-10 tanı kodlarından biri ile tanı alan kişiler arasından olgu grubu seçilmiştir. Daha önceden yapılmış bir çalışmaya göre vaka grubunda maruziyet oranı %66,9, kontrol grubunda %37,0 olmak üzere %80,0 güç ve tip 1 hata 0,05 kabul edilerek minimum örneklem sayısı 50 vaka, 50 kontrol olarak hesaplanmıştır. Ancak görüşmeyi reddetme, evde bulunamama, taşınma gibi sebeplerle 120 şüpheli vaka seçilmiştir. Şüpheli vakalar telefonla aranarak belirlenen tarihlerde ishal veya kusması olduğu teyit edilerek olası vaka kabul edilmiş ve çalışmaya dahil edilmiştir. Kontrol grubu 12–26 Şubat tarihleri arasında bulantı, kusma, karın ağrısı, ateş, ishal şikâyetlerinden hiç birisi bulunmayan, seçilen vakaların bağlı olduğu ASM birimlerinden 1:1 oranında ve yaş grubu eşleştirmesi yapılarak seçilmiştir. Katılımcılara telefon ile görüşülerek sosyodemografik özellikler, semptomlar, semptom başlama tarihi, içme ve kullanma suyu tüketimi ile ilgili sorular sorulmuştur. Çalışmanın bağımsız değişkenleri yaş, cinsiyet, gelir düzeyi, eğitim durumu, içme suyu tercihleri iken gastroenterit olup olmaması bağımlı değişkenidir. Değişkenlerin değerlendirilmesinde Ki-kare testi kullanılmıştır. Çalışmaya katılım oranı vaka grubunda %55,0, kontrol grubunda %53,3 olmuştur. Düşük katılım oranı ve çalışmanın salgın döneminde yapılmamış olması çalışmanın kısıtlılıklarındandır. Bu çalışmada istatistiksel önemlilik düzeyi 0,05 kabul edilmiştir. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır.

Bulgular: Toplam 66 vaka ve 64 kontrol ile çalışma tamamlanmıştır. Katılımcıların gelir düzeylerine göre içme suyu tercihlerine bakıldığında, gelir düzeyi daha düşük olanların daha fazla oranda mahalle/sokak çeşmesinden içme suyu temin ettiği bulunmuştur (p=0,038). Vaka ve kontrol grupları arasında içme suyunu musluk suyundan temin etme, damacana/şişe/market suyundan temin etme, mahalle/sokak çeşmesinden temin etme, kişiye ait kuyu suyundan temin etme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05). Yaş gruplarına göre musluk suyu kullanımı 1-5 yaş için vaka-kontrol arasında istatistiksel anlamlılık gösterirken 6-15 ve 16 yaş ve üzeri grupta göstermemektedir (sırasıyla p=0,011, p=0,392, p=0,337). Damacana/şişe/market suyundan temin etme, kişiye ait kuyu suyundan temin etme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05). Vaka- kontrol arasında içme suyunu mahalle/sokak çeşmesinden temin etmede yaş gruplarına göre istatistiksel anlamlılık yoktur (1-5 yaş: p=0,060, 6-15 yaş: p=0,772, 16 yaş ve üzeri: p=0,087).

Sonuç: Vaka ve kontrol grupları arasında içme suyunu mahalle/sokak çeşmesinden temin etme açısından fark yoktur. Çevresel ve laboratuvar incelemeler ile sorunu bir bütün olarak ele alan nedenselliği ortaya koyabilecek yeni çalışmalar yapılabilir. Su güvenliği konusunda kişisel yapılması gereken önlemler önemli olmakla birlikte, insanların güvenli suya erişiminin sağlanması için çevresel denetimler yapılmalı ve gerekli müdahaleler planlanmalı ve uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Gastroenterit, içme suyu, su kirliliği

[S098]
YEŞİL KOZMETİK TÜKETİMİ ÖLÇEĞİ TÜRKÇE FORMUNUN GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİĞİ

Hasan Durmuş[1], Arda Borlu[1], Eda Öksüm Solak[2], Egemen Ünal[3], Murat Borlu[2]
[1]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D
[2]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji A.D
[3]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D

Giriş ve Amaç: Yeşil kozmetikler, çevreye ve insan sağlığına daha az zarar vermek amacıyla doğal, organik veya çevre dostu bileşenlerden üretilen kozmetik ürünleridir. Birçok firma tüketici taleplerini karşılamak ve yeşil tüketimi teşvik etmek amacıyla yeşil ürünler sunmaktadır. Bu çalışmanın amacı Yeşil Kozmetik Tüketimi Ölçeği'nin Türk toplumunda kullanımının geçerlilik ve güvenilirliğini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma metodolojik tipte bir geçerlilik güvenilirlik çalışmasıdır. Çalışma Kayseri ili Merkez İlçe Sağlık Müdürlükleri (Melikgazi, Kocasinan, Talas, Hacılar) ve bağlı birimlere başvuran, aydınlatılmış onamı alınan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 18 yaş üstü kadınlar üzerinde yürütüldü. Minimum örneklem büyüklüğü soru sayısının en az 10 katı olacak şekilde 180 olarak hesaplanmıştır. Sürdürülebilir tüketim davranışları ölçeği (STDÖ): Toplam 17 maddeden ve 5'li likert yapıdan oluşan ölçek Çevre Duyarlılığı, İhtiyaç Dışı Satın Alma, Tasarruf ve Yeniden Kullanılabilirlik şeklinde 4 alt boyuttan oluşmaktadır. İhtiyaç dışı satın alma alanı puanları ters olarak kodlanmaktadır. Çevre Duyarlılığı, Tasarruf ve Yeniden Kullanılabilirlik alt boyutlarında puan arttıkça sürdürülebilir tüketim davranışı da o denli yükselmektedir. Yeşil kozmetik tüketim ölçeği (YKTÖ): YKTÖ 5'li likert tarzında planlanmış, kadınların yeşil kozmetik tüketimini değerlendirmek için geliştirilmiş 18 sorudan oluşan bir ölçektir. Ölçeğin motivasyonel faktörler, satın alma tercihleri ve sağlık bilinci olmak üzere 3 alt boyutu vardır. Ölçekte yer alan 7., 11. ve 18. Sorular ters puanlanmıştır. Ölçekten alınan puan toplamı soru sayısına bölünerek ortalama puan hesaplanmakta ve puan arttıkça yeşil kozmetiklerin kullanımı noktasında bilincin arttığı kabul edilmektedir. Geçerlik ve güvenirlik çalışması 2 aşamada gerçekleştirilmiştir. İlk aşamada geçerlilik analizleri için dil geçerliliği, içerik geçerliliği, eşdeğer form geçerliliği ve yapı geçerliliği [Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)] kullanılmıştır. İkinci aşamada güvenirlik analizi kapsamında iç tutarlılık (Cronbach alfa) ve test-tekrar test güvenirliği değerlendirildi. Öncelikle ölçeğin dil geçerliliğini yapılabilmesi için ölçek iyi derecede İngilizce bilen iki kişi tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiş, yine iyi derecede İngilizce bilen farklı bir kişi tarafından Türkçe'den İngilizce'ye tekrar çevirisi yapılarak anlam değişikliğinin ve çeviri hatasının olmaması sağlandı. İçerik geçerliliği açısından ölçeğin konu alanına uygunluğu için uzman kişilerden (Halk sağlığı ve Dermatoloji akademisyenleri ve asistanları) görüş alındı. Eşdeğer form geçerliliğini test etmek için sürdürülebilir tüketim davranışları ölçeği ile yeşil kozmetik tüketim ölçeği arasındaki korelasyon incelendi. İç tutarlılığı test etmek için Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı testin zamana göre değişmezliğini test etmek için test-retest yöntemi kullanıldı. Örneklem grubundan rastgele seçilen 20 (%10) kişiye üç hafta arayla yeşil kozmetik tüketim ölçeği uygulandı. İstatistiki analizlerde IBM-SPSS versiyon 20 ve Jamovi versiyon 2.4.8 kullanıldı. Erciyes Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik kurulundan 2023/501 sayı ve 09.08.2023 tarih ile etik onay alınmıştır.

Bulgular: Çalışma, 209 katılımcı üzerinde yürütüldü. Katılımcıların yaşları 18-56 arasında değişirken, yaş ortalaması 32.51±8.65 yıl olarak belirlendi. Katılımcıların %55.5'i evli, %78.0'i gelir getirici bir işte çalışıyor, %34.4'ü ekonomik durumunu iyi üzerinde ifade ediyordu. Katılımcıların %98.6'sı iklim değişikliğinin yaşandığını düşünürken, %88'i bu değişiklik üzerinde etkisi olacağını düşünüyordu. YKTÖ ile STDÖ arasında pozitif yönde orta büyüklükte bir korelasyon olduğu saptandı ($r=0.467$; $p<0.001$). Ölçeğin yapısal geçerliliğinin sınanması için gerçekleştirilen DFA'da 3 alt boyutlu modelde uyum indeksleri x2/df=3,34, CFI=0.80, TLI=0.769, SRMR=0.09, RMSEA=0.10 şeklinde kabul edilebilir uyumu göstermekteydi. Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.856 olarak belirlendi. Test-retest analizinde ölçeğe ait her iki ölçümünde birbiri ile benzer olduğu tespit edildi ($p=0.665$).

Sonuç: Çalışmamız sonucunda YKTÖ'nün Türkçe sürümünün yeterli psikometrik değerlere sahip, geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu belirlenmiştir. Yeşil kozmetik tüketim ölçeğinin ilerleyen çalışmalarda kullanılması kişilerin bu konu hakkındaki davranış düzeylerini belirlemede fayadalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Yeşil Kozmetik Tüketim Ölçeği, Geçerlilik, Güvenilirlik

[S099]
TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN HEKİMLİK MESLEĞİNE YÖNELİK GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Kerim Baltacı[1], Meltem Şengelen[3], Eda Karadoğan[3], Can Karabıçak[4], Onur Orhan[5], Muhsin Güllü[6], Kaan Aksu[2], Muradiye Cengiz[2], Evrim Özge Demircioğlu[2], Büşra Bestegül Ünal[8], Selin Doğan Kamil[7], Duygu Çekici[7], Aslı Araz Güngör[9], Elif Aktı[10], Mehmet Ertan Güner[11], Banu Çakır[3]

[1]Ardahan İl Sağlık Müdürlüğü
[2]Hacettepe Üniversitesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Ankara
[3]Hacettepe Üniversitesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Epidemiyoloji Bilim Dalı,Ankara
[4]Kastamonu İl Sağlık Müdürlüğü
[5]Pamukkale Üniversitesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Denizli
[6]Uludağ Üniversitesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Bursa
[7]Marmara Üniversitesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Ankara
[8]Ankara Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Ankara
[9]Hacettepe Üniversitesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı İş ve Meslek hastalıkları Bilim Dalı,Ankara
[10]Ankara Üniversitesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Ankara
[11]Kocaeli Üniversitesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Kocaeli

Giriş ve Amaç: Hekimler sadece hastalık durumlarında tanı ve tedaviden sorumlu olmayıp, doğumdan ölüme kadar toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi konusunda hizmet sunarlar. Hekimlerin mesleklerine olan bağlılık ve istekleri ile kendilerini mesleki açıdan yetkin hissetmeleri genel sağlık durumları ve motivasyonlarını doğrudan etkileyerek, sundukları hizmetin kalitesi ve toplum sağlığı açısından büyük önem taşır. Bu nedenle, tıp fakültesi öğrencilerinin tıp eğitimi sürecinde mesleğe ilişkin algı ve tutumları önemlidir. Bu çalışmanın amacı, eş zamanlı olarak beş farklı tıp fakültesinin halen birinci ve beşinci sınıfa devam eden öğrencilerine ulaşarak, hekimlik mesleğine yönelik görüşlerinin değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu çalışmanın evrenini 2021-2022 Eğitim Öğretim yılında Hacettepe, Pamukkale, Bursa Uludağ, Marmara ve Kocaeli Üniversiteleri Tıp Fakülteleri birinci ve beşinci sınıfta öğrenim gören 3059 öğrenci oluşturmaktadır. Örneklem hesabı yapılmamış olup evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiş, ancak katılım düşüklüğü nedeni ile evrenin %13,2'sinden tamamlanmış veri sağlanabilmiştir; bu nedenle analizler hipotez yaratmak üzere kullanılmıştır, bulgular gelecek çalışmalar için pilot özellikte olup, yol göstericidir. Katılımcıların hekimlik mesleğine yönelik tutumları ile öğrencilerin sosyodemografik bilgileri, hekimlik mesleğini tercih etme nedeni ve üniversite sınavında tıp fakültesini tercih sırası, meslek seçimi ile ilişkili faktörler, aldıkları eğitimin hekimlik mesleği açısından yeterli olup olmadığı konusundaki düşünceleri, tercih etmeyi düşündükleri uzmanlık dalı ve nedeni arasındaki potansiyel ilişkilerin incelenmesi yoluyla hipotezler oluşturulması hedeflenmiştir. Öğrenciler, Google forms aracılığıyla online olarak Hekimlik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği (HMTÖ) dahil olmak üzere toplam 53 sorudan oluşan anket formunu 1-15 Aralık 2022 tarihleri arasında doldurmuşlardır. HMTÖ 2006 yılında Batı ve ark. tarafından geliştirilmiş, geçerliliği gösterilmiştir. Ölçek 5'li Likert tipinde 12 olumlu ve 12 olumsuz, toplam 24 maddeden oluşmakta; cevaplara göre 24 ile 120 arasında toplam puan alınabilmektedir; yüksek puan olumlu tutum ile ilişkilidir. Çalışma öncesinde etik kurul ve gerekli kurumsal izinler alınmıştır. Veriler SPSS 29.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiş, tanımlayıcı istatistiklerde kategorik değişkenler için sayı, yüzde; sayısal değişkenler için ortanca, 25-75. çeyrek verilmiştir. Ölçümsel verilerin normal dağılım uyumları Kolmogrov-Smirnov testi ile incelenmiş, analizlerde Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Hekimlik mesleğine yönelik tutum düzeyi ile ilişkili faktörlerin saptanması amacıyla Jamovi paket programı kullanılarak, lineer regresyon analizi yapılmıştır. Tip 1 hata düzeyi 0,05 olarak tanımlanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan 404 öğrencinin yaşlarının ortancası 21 yıldır (25-75. Çeyrek= 19,24) Katılımcıların Hekimlik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği (HMTÖ) puan ortancası 94 (25-75. Çeyrek= 83-102) olarak hesaplanmıştır. Cinsiyete göre HMTÖ puan ortancaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Öte yandan, öğrencinin devam ettiği dönem, üniversite sınavında tıp fakültesi tercih sırası, gelecekte çocuğunun

hekim olmasını isteme, tıp fakültesinde aldıkları eğitimi hekimlik mesleğini yapabilme açısından yeterli bulma ve tıp eğitimi sırasında psikiyatrik destek ihtiyacı olması ile HMTÖ puan ortancaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Lineer regresyon analizinde öğrencilerin yaş, cinsiyet, devam ettikleri dönem, tıp fakültesinde aldıkları eğitimi hekimlik mesleğini yapabilme açısından yeterli bulma, üniversite sınavında tıp fakültesini tercih sırası, tıp eğitimi sırasında psikiyatrik destek ihtiyacı eş zamanlı değerlendirildiğinde; okula yeni başlanan dönemde, tıp fakültesini ilk sırada tercih edenlerde, tıp fakültesinde aldıkları eğitimi yeterli bulanlarda ve eğitimleri sırasında psikiyatrik destek ihtiyacı olmadığını belirtenlerde hekimlik mesleğine yönelik tutumlar daha olumlu bulunmuştur.

Sonuç: HMTÖ puanlarının okuldaki kıdeme göre azalması, eğitimi yeterli bulamama ve süreçte psikolojik destek ihtiyacı ile olan negatif ilişkisi dikkat çekicidir. Öğrencilerin kendi istekleri ile, severek başladıkları tıp fakültesinde hekimlik mesleğine yönelik tutumlarının ilerleyen dönemlerde değişmemesi açısından eğitimin içeriği, uygulama özelliklerinin gözden geçirilerek, eğitim sürecinde ruhsal/sosyal desteğin sağlanması açısından planlamalar önemli olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Hekim, Tutum, Meslek Eğitimi

[S100]
BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNE BAŞVURAN BİREYLERDE AFET HAZIRBULUNUŞLUK DURUMU VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Cansu Özbaş, Müberra Erkaya Tosun, Hakan Tüzün, Fatma Nur Baran Aksakal
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş ve Amaç: Afet; fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplara neden olan, normal yaşamı durdurarak veya kesintiye uğratarak halkı olumsuz etkileyen doğal, teknolojik veya insan kökenli olaylardır. 2022 yılında dünya genelinde meydana gelen doğal afetlerde yaklaşık 30 bin can kaybı meydana gelmiş, 185 milyon insan etkilenmiştir. Türkiye jeolojik ve meteorolojik yapısı sebebiyle başta deprem olmak üzere heyelan, sel, çığ gibi birçok doğal afetle sıklıkla karşı karşıya kalmaktadır.

Afet hazırbulunuşluk, afetlerin sebep olacağı yıkımları azaltmayı amaçlayan planlar geliştirmeyi ve etkili bir şekilde uygulamayı, toplumu afetlere yönelik önlemler almaya hazırlayarak afetlerin şiddetinin azaltılmasını ifade eder. Literatürde, afet risk yönetim sistemlerinin güçlendirilmesi ve toplumun farkındalık düzeyinin arttırılmasının toplumsal direnci de arttıracağı belirtilmiştir. Ülkemizin risk durumu da göz önünde bulundurulursa afetlerin bireysel ve toplumsal etkilerinin azaltılması için afet hazırbulunuşluk durumunun ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi, geliştirilecek politikaların ve uygulamaların başarısında ve afetlere dirençli toplumlar oluşturulmasında gereklidir. Bu çalışmada bir üniversite hastanesine başvuran 18 yaş ve üzeri bireylerde afet hazırbulunuşluk durumu ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte olan bu araştırmanın evrenini; Ankara ilinde bulunan Gazi Hastanesi'ne 11-15 Eylül 2023 tarihleri arasında ayaktan başvuran 18 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. EpiInfo programı ile %95 güven aralığında, α= 0,05, d=%3, tasarım etkisi 1.0 ve %50 bilinmeyen sıklık ile hesaplanan örneklem sayısı 1024'tür. %20 kayıp veri olacağı öngörülerek 1229 kişiye yüz yüze görüşme yöntemi ile anket uygulanması planlanmıştır ve 1300 kişiye ulaşılmıştır. Kayıp veri nedeniyle 1291 kişinin verileri analize dahil edilmiştir. Veriler SPSS 20.0 istatistik paket programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler yüzde, ortalama (standart sapma) verilerek sunulmuştur. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel ve analitik yöntemler kullanılarak değerlendirilmiştir. İki grup karşılaştırmaları bağımsız gruplarda t testi, ikiden fazla grup karşılaştırmaları ise ANOVA Testi ile değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenlerin analizinde Pearson Korelasyon testi kullanılmıştır. Korelasyon katsayıları 0-0,25 zayıf, 0,26-0,50 orta, 0,51-0,75 güçlü ve 0,76-1,00 çok güçlü korelasyon olarak kabul edilmiştir. İstatistik anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir. Araştırma için herhangi bir finanasal destek alınmamıştır. 21.08.2023 tarihli 2023-988 No'lu etik kurul onayı alınmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %43,7'si afetlere hazırlıkla ilgili bilgi düzey durumunu yeterli/çok yeterli, %29,2'si ev halkının afetlere hazırlık durumunu yeterli/çok yeterli olarak değerlendirmektedir. Türkiye'de gelecek on yılda herhangi bir afet olma olasılığı ve bu olasılık düşünüldüğünde hissedilen endişe düzeyi için ayrı ayrı 0'dan 10'a kadar verilen puanların ortalama değeri 8,3±1,78 ve 7,7±2,14 olarak bulunmuştur. Afet hazırbulunuşluk ortalama değeri 30,1±4,7 olarak saptanmıştır.

Öğrenim durumu yükseldikçe, hanenin aylık toplam gelir durumu arttıkça afet hazırbulunuşluk ölçek puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı artış göstermektedir. 18-65 yaş grubunda bulunan, çocuk sahibi olmayan, ailesinde özel bakıma muhtaç kişi olmayan, çalışan, afetler ile ilgili eğitim alan, afet sonrası müdahale ekibinde bulunan, 6 Şubat depreminden ruhsal olarak etkilendiğini belirten, daha önce afet yaşamış olan ve afet nedeniyle aile bireyi/yakınlarından birini kaybeden katılımcıların afet hazırbulunuşluk ölçeği puanı ortalama değerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır($p<0,05$).

Katılımcıların ülkemizde gelecek on yılda herhangi bir afet olma olasılığı için verdikleri puanlar ve ülkemizde gelecekte büyük bir afet yaşanma ihtimalini düşündüklerinde hissettikleri endişe düzeyi için verdikleri

puanlar ile afet hazırbulunuşluk puanları arasında pozitif yönde, düşük düzeyde korelasyon olduğu saptanmıştır($p<0,05$). Yapılan ileri analizlerde öğrenim durumunun artması, afetlere hazırlık ile ilgili eğitim alınması, daha önce yaşanan afetlerde aile bireyi/yakınlarından herhangi birinin kaybı gibi faktörlerin afet hazırbulunuşluk puanı üzerinde etkili olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Katılımcılar gelecek on yıl içerisinde Türkiyede afet olma olasılığına oldukça yüksek puan vermelerine rağmen afete hazırlık konusunda çoğunlukla kendilerini yeterli bulmamaktadır. Bununla birlikte katılımcıların afet hazırbulunuşluk ölçeğinden toplam 52 puan üzerinden 30 puan alarak ortalama düzeyde kaldıkları söylenebilir. Afet sonucu aile bireyi/yakın kaybı gibi dramatik tecrübelerin ve afetlerle alakalı eğitim alma durumunun afet hazırbulunuşluk düzeyini yükselttiği görülmüştür. Ülkemizin afet riski yüksek bölgede olma durumu da göz önünde bulundurulduğunda toplumun belirli aralıklar ile afet eğitimlerine ve programlarına dahil edilerek bilgi düzeylerinin yükseltilmesi ve taze tutulması afet konusunun güncelliğini kaybetmesine engel olabilir, hazırlık düzeyinin arttırılmasına yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Afet, hazırbulunuşluk, deprem

[S101]
SAĞLIK ÇALIŞANLARININ TOPLUMSAL CİNSİYET ROL TUTUMLARI VE SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU: İKİ HASTANE ÖRNEĞİ

Kübra Ataş[1], Sevil Turhan[2], Murat Topbaş[2], Behiye Şahbaz[2], Nazım Ercüment Beyhun[2]
[1]Menteşe Devlet Hastanesi, Muğla
[2]Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Trabzon

Giriş ve Amaç: Toplumsal cinsiyet, erkeklere ve kadınlara atfedilen ve toplum tarafından dayatılan, yükümlülük ve davranışları belirtir. Türkiye'nin Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Karnesi'ne göre Türkiye'nin ortalama endeksi 0,471'dir (1,0 eşitlik). Ülkemizde eşitlikte ilk sırada yer alan il 0,542 ile Muğla'dır. Rize, 0,460 ile 51. sıradadır. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği sağlığın en önemli sosyal belirleyicilerinden olup önemli bir halk sağlığı sorunudur. Sağlık çalışanlarının cinsiyet eşitliği temelinde yaklaşımı eşitlikçi görünse de toplumsal cinsiyet rolleri açısından eşitlikçi olmayabilir. Bu durum sağlık hizmetlerinden faydalanma açısından engel oluşturabilir. Bu araştırmada, Muğla ve Rize'deki iki hastanenin sağlık çalışanlarının toplumsal cinsiyet rol tutumları ile sağlık hizmeti sunumu sırasındaki tutumlarını değerlendirmek amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Evreni Rize Kaçkar Devlet Hastanesi (KDH) ve Muğla Menteşe Devlet Hastanesindeki (MDH) sağlık çalışanlarından oluşan tanımlayıcı bir araştırmadır (N=449). Örneklem seçilmeyip >=6 ay çalışan, onam veren tüm çalışanlar dahil edildi. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (22.05.2023-2023/99) etik onay ve hastanelerden izin alındı. Mayıs-Haziran 2023 tarihleri arasında katılımcılarla yüz yüze görüşülerek formlar dağıtıldı. Katılımcılar formları kendileri doldurarak araştırmacıya teslim etti (%72,4 (n=325/449)). 2008'de Zeyneloğlu tarafından geliştirilen "Toplumsal Cinsiyet Rol Tutum Ölçeği" (TCRTÖ) kullanıldı. Ölçekten alınan yüksek puanlar eşitlikçi, düşük puanlar geleneksel tutuma işaret etmektedir. Ayrıca araştırmacılar tarafından oluşturulan birincisi (1) "4 yaşındaki kız" ikincisi (2)"4 yaşındaki oğlan" çocuğunu hastaneye getiren baba refakati" hakkında ikili senaryo sunuldu. a "ebeveynlerin uygunluk durumuna göre babanın getirdiğini düşünürüm", b "erkeğin çok ilgili bir baba olduğunu düşünürüm", c "erkeğin ev beyi / işsiz olduğunu düşünürüm", d "kız ya da oğlan olsun, bir çocuğu mutlaka babasının hastaneye getirmesi gerektiğini düşünürüm" seçeneklerinin kendi düşüncelerine uygunluk durumu soruldu. IBM SPSS 25 kullanıldı. Tanımlayıcı analizler ort(min-mak) ve yüzdeleri ile belirtildi. Karşılaştırmalarda kikare ve Mann Whitney U testleri kullanıldı. Önemlilik değeri p<0,05 alındı.

Bulgular: Her iki hastanedeki katılımcıların cinsiyet (Kadın KDH %76,4 MDH %67,7 p=0,08), eğitim düzeyi (lisans ve üstü KDH %73,3 MDH %80,0 p=0,163) medeni durum (evli KDH %60,5 MDH %64,6 p=0,455) ve hane paylaşımı (yalnız KDH %23,1 MDH %19,2 p=0,409) dağılımı benzerdir (Kikare). Sağlık çalışanlarının TCRTÖ puanı ortanca (min–mak) MDH'de 172,0(107,0-190,0), KDH'de 156,0(81,0-190,0) olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.001, Mann Whitney U). Birinci ve ikinci senaryodaki a seçeneğine katılmayanların TCRT puanı, katılanlardan düşüktür (1a p=0.003, 2a p=0.007). b seçeneğine katılmayanların TCRT puanı, katılanlar ile benzerdir (1b p>0,05, 2b p>0,05). c seçeneğine katılmayanların TCRT puanı, katılanlardan yüksektir (1c p<0.001, 2c p<0.001). d seçeneğine katılmayanların TCRT puanı, katılanların puanından yüksek olup 2. senaryoda istatistiksel olarak önemlidir (1d p=0.083, 2d p=0.033)(MWU).

Sonuç: Rize'deki sağlık çalışanları Muğla'dakilere göre daha geleneksel tutuma sahiptir. Bu durum Türkiye profili ile benzerlik göstermektedir. Toplumsal cinsiyet rolünün önemi sağlık çalışanları tarafından fark edilmediğinde, sağlık hizmeti sunumu sırasındaki davranışlar, toplumsal cinsiyet eşitliği dengesizliğini kadınlar aleyhine daha da derinleştirebilir. Özellikle daha yüksek risk taşıyan sağlık çalışanlarına toplumsal cinsiyet eşitliği ve sağlık sunumu sırasında yaratabileceği sağlık eşitsizliği hakkında eğitim verilmesi hem toplumun sağlık düzeyine hem de toplumsal cinsiyet eşitliğine katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık çalışanları, Toplumsal cinsiyet eşitsizliği, Toplumsal cinsiyet rol tutum, Sağlık hizmet sunumu

[S102]
COVID-19 PANDEMİSİ ÖNCESİ VE SONRASI MEME KANSERİ TARAMALARI: İSTANBUL ÖRNEĞİ

Bekir Aktura[1], **Ali Kırbaş**[2], **Abdullah Emre Güner**[2]
[1]*Başakşehir İlçe Sağlık Müdürlüğü*
[2]*İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı*

Giriş ve Amaç: Meme kanseri ülkemizde kadınlarda en sık görülen kanser türüdür. Tanı konulan her 4 kadın kanserinden 1'i meme kanseridir. Meme kanseri evreleri incelendiğinde vakaların %48.2'sinin lokalize evrede tanı aldığı görülmektedir. Ülkemizde ulusal kanser tarama programı çerçevesinde 40-69 yaş arası kadınlara 2 yılda bir mamografi çekimi ile meme kanseri taraması önerilmektedir. 11 Mart 2020'de Dünya Sağlık Örgütü COVID-19 pandemisini ilan etmiştir. Ülkemizde ve dünyada salgın kontrolü için çeşitli önlemler alınmıştır. Küresel olarak COVID-19 yönetimi için birçok zorunlu olmayan tıbbi hizmetin kapatılması veya askıya alınması uygulanmıştır. O zamandan bu yana salgının sağlık hizmetlerinin kullanımı üzerindeki etkisine ilişkin endişeler gündeme gelmiştir. Araştırmamızın amacı, COVID-19 pandemisi öncesindeki üç yıllık ve COVID-19 pandemisi ilanı sonrasındaki 3 yıllık periyotta İstanbul İl sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı uhdesinde yapılan mamografi taramalarını değerlendirmek ve COVID-19 pandemisinin meme kanseri taraması sonucu raporlanan riskli tarama sonucu ile ilişkisini araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Retrospektif kesitsel bir çalışma ile İstanbul ilinde 2017-2022 yılları arasında meme kanseri taraması amacı ile İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığına bağlı Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezlerinde (KETEM) mamografi çekimi yaptıran kişiler araştırmaya dahil edilmiştir. 2017-2019 yılı verileri COVID-19 pandemisi öncesi, 2020-2022 yılı verileri de COVID-19 pandemi sonrası verileri olarak kullanılmıştır. Veriler İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Kanser Birimi'ne mamografi taramaları veri tabanıyla (mmtarama) aktarılmaktadır. Meme kanseri tarama programı, çekimlerin ve raporlamanın yapıldığı "mmtarama" sistemi üzerinden sürdürülmektedir. Yapılan tarama çekimleri ve sonuçları mmtarama sistemi üzerinden kontrol edilmekte ve sonuçlar BIRADS(Breast Imaging Reporting And Data System) sınıflandırmasına göre verilmektedir. Mamografi sonuçlarına göre BIRADS-0 "Ek Tetkik Gereken", BIRADS-1,2,3 "Risksiz", BIRADS-4,5,6 "Riskli" olarak kategorize edilmiştir. Çalışmamızda "mmtarama" sistemine 2017-2022 yılları arasında gönderilen ve sonuçlandırılan tarama mamografileri kullanılmıştır.

Çalışmamızın etik kurul onayı İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır. "mmtarama" ve "portal" sistemlerinin kullanımı için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı'ndan onay alınmıştır.

Bulgular: Taramaların %63.2'si(103695) pandemi öncesi yapılmışken, %36.8'i(60428) pandemi sonrası yapılmıştır. Toplam 164123 taramanın %7.4'ü(12155) Ek Tetkik Gereken, %91.6'sı(150267) Risksiz, %0.9(1498)'u Riskli olarak raporlanırken %0.1'inin(203) ise sonucuna kayıtlardan ulaşılamamıştır. Pandemi öncesi yapılan taramaların %5.7'si(5932) Ek Tetkik Gereken, %93.4'ü(96853) Risksiz, %0.8'i(795) Riskli olarak raporlanırken %0.1(115)inin sonucuna kayıtlardan ulaşılamamıştır. Pandemi sonrası yapılan taramaların %10.3'ü(6223) ek Tetkik Gereken, %88.4'ü(53414) Risksiz, %1.2'si(703) Riskli olarak raporlanırken %0.1(88)inin sonucuna kayıtlardan ulaşılamamıştır. Pandemi öncesi ve sonrası raporlanan sonuçlar ki-kare testi ile kıyaslandığında anlamlı olarak farklı bulunmuştur.($p<0.001$ χ^2:1254.4)

Sonuç: COVID-19 pandemisi sonrasında mamografi ile meme kanseri taraması sayısı daha azdır. Anlamlı olarak pandemi sonrası yapılan taramalarda raporlanan riskli oranı ya da Ek Tetkik Gereken oranı artmıştır. Bu durum pandemi sebebi ile koruyucu sağlık hizmet sunumu ya da koruyucu sağlık hizmetlerine başvurunun gecikmesi ile ilişkilendirilebilir. Bu durum sonucunda meme kanserinde erken tanı fırsatı kaçırılabilir. Bu durum bir halk sağlığı problemi olarak tarafımızca değerlendirilmektedir. Bu sebeple hedef yaş gruplarındaki pandemi sebebi ile gecikmiş ertelenmiş mamografi taramalarını gerçekleştirmek öncelenmelidir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, meme kanseri, mamografi, tarama

[S103]
COVID-19 PANDEMİSİ DÖNEMİNDE MEDİKAL ESTETİK İŞLEMLER İÇİN BAŞVURANLARIN HALK SAĞLIĞI BAKIŞ AÇISI İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Ayşe Gökşin Pekyalçın[1], **Ayşe Emel Önal**[2], **Emel Rüya Önal**[3]
[1]*İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul*
[2]*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul*
[3]*Okan Üniversitesi Tıp Fakültesi, 5. sınıf öğrencisi*

Giriş ve Amaç: Medikal Estetik; herhangi bir operasyona gerek kalmaksızın girişimsel olmayan yöntemlerle kişilerin genel ve özellikle cilde ait, yaşlanma problemlerini akne, leke, sarkma, kırışıklık sorunlarını, doğumsal kusurlarını, yanlış beslenme ile ortaya çıkan bölgesel ve yaygın kilo alıp vermeye bağlı sorunlarını ve bedensel deformasyonlarını önlemek ve tedavi etmekle ilgilenen bir disiplindir. Medikal Estetik kavramı ve işlemleri Dünya'da son 40 yılda yavaş yavaş gelişmiş; Türkiye'de ise 2003 yılında Sağlık Bakanlığının açtığı eğitimler ve sertifikasyon ile yasal kimlik kazanmıştır. Sağlık; bedensel ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halidir. Medikal estetik alanının gün geçtikçe hızla gelişmesinin nedenlerini de bu tanım net olarak anlatmaktadır. İnsan bedeni ve cildi zamanla iç ve dış etkenlere maruz kalarak bazen yavaş bazen hızlı bir şekilde yaşlanmaktadır. Tabii ki bu yaşlanma süreci kişi tarafından çoğunlukla istenmemekte ve çözümler aranmaktadır. Eskiden kişiler sadece bedensel sağlıklarını düşünürken günümüzde gelişen iletişim olanakları, sosyal medya ve iş dünyasında daha fazla yer bulmak için genç, güzel ve bakımlı olma ihtiyacı insanların dış görünüşleri ile daha çok ilgilenmelerini sağlamıştır. Ciltlerindeki kırışıklar, lekeler, sellülitler, burun, dudak şekilleri için çözüm aramaya başlamışlardır ve basit, kolay erişilebilen, nispeten ekonomik, herhangi bir operasyon geçirmeden ama güvenilir, etkili tıbbi yöntemler arayışına girmişlerdir. Bu arayış Medikal Estetik alanında karşılık bulmuş ve böylece büyük bir ivme ile Medikal Estetik alanında hizmet sunumu çeşitliliği ve erişilebilirlik artmıştır. Önceleri talepler mevcut oluşmuş problemlerin giderilmesi şeklindeyken sektörün de etkisi ile artık insanlar yaşlılık belirtileri veya sorunlar ortaya çıkmaması için hizmet almak istemektedirler. Bu bir anlamda koruyucu hekimlik hizmeti olarak düşünülebilir. Eğer bu önlem alınmazsa kişiler yaşlanma sürecindeki istenmeyen görüntünün önüne geçemeyecek ve geçen yıllar boyunca durumundan mutsuz olarak ruh sağlıkları etkilenecektir. COVID-19 Pandemisi döneminde dahi bu ihtiyaç devam etmiştir. O nedenle bu çalışmanın amacı pandemi döneminde medikal estetik uygulamalarından hangilerine devam edildiği ya da talebin artması/azalması ve bu etkilerin demografik özelliklere göre dağılımının durum tespiti yapılmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma 2023 yılında bir medikal estetik merkezinde gerçekleştirilmiş kesitsel tanımlayıcı bir çalışmadır. 2019-2023 zaman diliminde araştırma yapılan medikal estetik merkezine 3000 başvuru olduğu kayıtlardan saptanarak pandemi nedeniyle medikal estetik hizmet sunumuna olan talebin %75 azaldığı ön görülerek %95 güven düzeyinde +_5 hata payı ile desen etkisi 1 olacak şekilde Open Epi istatistik programı kullanılarak örnek büyüklüğü 263 kişi olarak belirlenmiştir. Örnek büyüklüğü belirlenirken merkeze başvuran erkek sayısının az olduğu bilindiği için, 13 erkek ve 250 kadın başvuranın araştırmaya alınmasına karar verilmiştir. Çalışmaya dahil edilme kriterleri 18 yaşını bitirmiş olmak, araştırmaya katılmaya gönüllü olmak, ulaşılabilir olmak olarak belirlenmiştir. Araştırmanın veri toplanması Ekim-Aralık 2023 zaman aralığında yapılacak şekilde planlanmıştır. Görüşme formunda pandemi dönemi (11 Mart 2020-01 Temmuz 2021) sorgulanmıştır. 11 Mart 2020 DSÖ nün COVID-19 pandemisini ilan ettiği tarihtir. Ayrıca, Türkiye'de tespit edilen ilk COVID-19 vakası da Sağlık Bakanlığı tarafından 11 Mart 2020 günü açıklanmıştır. 01 Temmuz 2021 tarihinde ise Türkiye'de Sağlık Bakanlığı COVID-19 Pandemisi önlemlerinin sona erdiğini ilan etmiştir. Kliniğin kayıt altındaki bütün bireyleri mail/wattsap/sms yolu ile araştırmadan haberdar edilerek, rızası olup geri dönüş yapanlardan 70 kişi ile Ekim ayı içinde telefonla ve yüz yüze görüşülmüştür, anket formları doldurulmuştur. Geri dönüş oranı %86'dır. Aralık ayı sonuna kadar görüşme sayısı 263'e tamamlanacaktır. Ekim 2023'te toplanan veriler bu bildiride ön sonuçlar olarak verilmektedir. Anket formu demografik özellikleri, medikal estetik uygulamaları ve COVID-19 önlemlerini sorgulayan 30 sorudan oluşmaktadır. Medikal estetik uygulamaları bağımlı değişken, demografik özellikler ve COVID-19 önlemleri bağımsız değişkenlerdir. Bu bir

tez çalışmasıdır. Etik kurul onayı İstanbul Üniversitesi, Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 19.09.2023 tarih 2119604 sayı ile kabul edilmiştir.

Bulgular: Ön çalışmaya katılan 70 kişinin yaş ortalaması 47 idi. Grubun % 78'i üniversite ve üzeri eğitim almıştı, sadece % 1'i ilkokul mezunu idi. Grubun yarısının geliri aylık 20000 TL nin altında, diğer yarısının %40'ının geliri 20000-30000 TL arasında, %60'ının 30 000 TL nin üstünde idi. Başvuranların % 43'ü pandemide medikal estetik uygulamalarına eskisi gibi devam etmişti. Devam etme nedenleri sırasıyla cildinin ve görüntüsünün bozulmasını istememek, kliniğe hijyen açısından güvenmek idi. Covid-19 döneminde eskisi gibi devam edemeyenlerin başlıca nedenleri ise Covid-19 geçirmekten korkmak idi. Başvuranların % 35'i 5-10 yıldır, % 34'ü ise on yıldan uzun süredir medikal estetik uygulamalar yaptırmakta idi. En çok istenen uygulamalar sırasıyla botoks, mezoterapi, cilt bakımı idi. Hastaların vaz geçmek istemediği uygulamanın botoks olduğu saptanmıştır. Başvuranların % 85'i pandemi döneminde 2 doz ve üzerinde Covid-19 aşısı olmuştu. Covid-19 aşısı yaptırmayanlardan 1 kişi aşı karşıtıydı, diğerleri Covid-19 aşısına karşı tereddütlüydü.

Sonuç: Bu çalışma ile medikal estetiğe başvuranların beklentileri tespit edilmiştir. COVID-19 pandemisi sırasında uygulamalara olan ilgi ve güvenin kısmen devam ettiği saptanmıştır. Pandemi dönemlerinde başvuranların medikal estetik uygulamalardan vaz geçmediği de anlaşılmıştır. Enfeksiyon kontrolü önlemlerine devam edilerek medikal estetik uygulamalarına devam edilmesi konusunda talep vardır. Bu araştırma medikal estetik kliniklerinin hizmet alanları ve bu alandaki hizmetin nereye evrileceğini görebilmek açısından tutum, davranış ve önlemlerin netleşmesine fayda sağlayacaktır. Ayrıca başvuran birey- hekim beklentilerinin netleşmesi ve öncelikli durumlardaki özel yönelim konularında fikir verecektir.

Anahtar Kelimeler: Medikal estetik, COVID-19, botoks, mezoterapi

[S104]
EVLİLİK ÖNCESİ SPİNAL MUSKÜLER ATROFİ TAŞIYICI TARAMA SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: ADIYAMAN ÖRNEĞİ

Osman Kurt[1], **Fatma Sena Konyalıoğlu**[2]
[1]*Adıyaman Merkez Toplum Sağlığı Merkezi, Adıyaman*
[2]*Adıyaman İl Sağlık Müdürlüğü, Adıyaman*

Giriş ve Amaç: Spinal musküler atrofi (SMA), kraniyal sinir motor çekirdekleri ve omurilikte yer alan ön boynuz motor nöron hücrelerinin geri dönüşümsüz kaybı ve bunun sonucunda ortaya çıkan kas atrofisi ve güçsüzlüğü ile karakterize olan bir grup genetik hastalıktır. Ülkemizde 2022 yılından itibaren Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü ve HSGM'nin ortak çalışması ile aile hekimlerinden evlilik öncesi taramalarla ilgili daha sağlıklı bilgi toplayabilmek amacıyla bir veri toplama sistemi oluşturulmuştur. Taramanın amacı evlilik öncesi dönemde SMA açısından her ikisi de taşıyıcı çiftleri belirleyerek, ailelere genetik danışma vermek, SMA hastalığının uzun dönem morbidite ve mortalitesini azaltmaktır. Tarama için erkeklerden numune alınmış ve şüpheli sonuç geldiğinde ise kadından da numune alınmaktadır. Biz de bu çalışmada 2022 yılından beri taranan bireylerin özelliklerinin değerlendirilmesini amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Retrospektif kayıtlara dayalı tanımlayıcı tipte olan bu araştırmada; Adıyaman genelinde SMA açısından taranan tüm hastaların verilerine sistem üzerinden ulaşılmıştır. Çalışma 01.01.2022-31.07.2023 tarihlerini kapsamıştır. Taramaya katılanların verilerinde eksik olmadığı için tamamı çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcıların isimleri alınmadan cinsiyetleri, başvuru yılı, başvuru ayı, alınan yer, numune sonucu, eş adayından alınma durumu ve eş adayının numune sonucu değerlendirilmiştir. Araştırmaya başlamadan önce Fırat Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan etik izin alınmış, araştırma sonucunda elde edilen veriler istatistik paket programına kaydedilerek, istatistiksel analizde değişkenlerin özelliklerine göre yüzde, ortalama, ki-kare testleri kullanılmıştır. Ortalamalar standart sapma ile birlikte verilmiş olup (ort±SS), $p<0.05$ istatistiksel anlamlılık olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: 1 Ocak 2022 ile 31 Temmuz 2023 tarihleri arasında toplamda 3329 kişiden erişkin SMA taraması için kan alınmıştır. Bunların %81,1'i 2022 yılında, %18,9'u ise 2023 yılında alınmıştır. Aylara göre dağılım incelendiğinde 2022 yılında en fazla Ağustos ayında (%16,2) alınmış iken en az da Ocak ayında (%0,7) alınmıştır. 2023 yılında depremden dolayı Mart ve Nisan aylarında numune alımı olmamıştır. Mayıs ayında alımlar başlamış ve tüm numunelerin %5,8'i 2023 Mayıs ayında alınmıştır. Numunelerin %97'si erkeklerden ve %3'ü ise kadınlardan alınmıştır. Numune alımlarının ilçelere göre dağılımı incelendiğinde %55'inin Adıyaman Merkez ilçesinden, %17,6'sı Kahta'dan, %11,4'ü Gölbaşı'ndan, %9,3'ü Besni'den, %2,3'ü Çelikhan'dan, %1,6'sı Samsat'tan, %1,5'i Tut'tan, %0,7'si Gerger'den ve %0,6'sı ise Sincik'ten alınmıştır. Sonuçların açıklanma süresi ortalama 78,9±27,3 (min=19,6-maks=172,4) aydır. Sonuç olarak tüm numunelerin 93'ü (%2,8) şüpheli gelmiştir. 2022 yılında şüpheli sonuç alınanların oranı %3 iken 2023 yılında bu oran %1,9 olup aralarında anlamlı farklılık görülmemiştir (p=0,134). Kadınların %2'sinde erkeklerin ise %2,8'inde şüpheli sonuç çıkmış ve aralarında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir (p=0,625). Merkezde olanların %2,8'inde, Kahta'da olanların %3,1'inde, Besni'de olanların %1,6'sında, Çelikhan'da olanların %5,3'ünde şüpheli sonuç gelmiş iken Samsat, Tut, Gerger ve Sincik'ten şüpheli sonucu gelmemiştir. Alınan yer arasında sonuç açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (p=0,420). Şüpheli sonucu gelen 93 kişinin 65'inin (%69,9) eşinden de numune alınmış olup alınanların 1'inden (%1,5) şüpheli sonucu gelmiştir.

Sonuç: İlk defa Bakanlık tarafından 2022 yılında başlatılan erişkin SMA Adıyaman ilinde de hızlıca başlamış ve en fazla Adıyaman Merkez olmak üzere tüm ilçelerde alımlar yapılmıştır. Tüm numuneler arasında şüpheli sonuç görülme prevalansı %2,8 olarak hesaplanmıştır. Cinsiyet, alınan yer ve yıl arasında prevalans açısından

anlamlı farklılık görülmemiştir. Tarama programı olarak başlatılan bu uygulama sadece deprem döneminde 2 aylık kesintiye ulaşmış olup burdaki kayıpların tespit edilerek henüz çocuk sahibi olmadan taramaya devam ettirilmeleri önem arz etmektedir.

Anahtar kelimeler: Adıyaman, Deprem, SMA

[S105]
TÜRKİYE ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRELERİNDE SUNULAN BİLDİRİLERİN BİBLİYOMETRİK ANALİZİ (1988-2022)

Mahmut Talha Uçar[1], Yasemin Denizli[2], Abdullah Uçar[3], Muhammet Yunus Tunca[4]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Türkiye
[3]Sakarya Üniversitesi Halk Sağlığı AD, Türkiye
[4]Hemşin Toplum Sağlığı Merkezi, Türkiye

Giriş ve Amaç: Bilimsel kongre ve konferanslar, bilim insanları arasında iletişim dili (scientific discourse) oluşturulması, yeni çalışmaların paylaşılması, farklı bilimsel ve felsefi düşüncelerin etkileşmesi açısından büyük bir öneme sahiptir. Günümüzde Halk Sağlığı alanındaki konferansların 19.yy'ın ikinci yarısında başladığı görülmektedir. Bu bağlamda ilklerden biri ilki 1851'de Paris'te düzenlenen Uluslararası Sağlık Konferansları'dır. Bu konferaslar, uluslararası halk sağlığı düzenlemelerinin ve iş birliğinin gelişmesinde önemli bir rol oynamıştır. Amerikan Halk Sağlığı Derneği (APHA), ilk ve en bilinen halk sağlığı derneklerinden biri olarak 1872'de kurulduğundan beri yıllık toplantılar düzenlemekte, halk sağlığı profesyonelleri için önemli bir etkileşim ve paylaşım fırsatı oluşturmaktadır. 1948'de kurulan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), kuruluşundan bu yana halk sağlığı konularına odaklanan birçok uluslararası bilimsel etkinlik düzenlemektedir. Bu konferanslar, dünya genelinde sağlık politikalarını, girişimleri ve iş birliklerini şekillendirmede kritik bir rol oynamaktadır. Bu bilimsel etkinliklerde ortaya konulan gündemler yıllara ve bölgelere göre değişim göstermekle birlikte bölgesel veya küresel sağlık gündeminin belirlenmesini sağlamakta, böylece tüm paydaşları gündeme odaklanmaya davet etmektedir. Bir çalışmasında 2023 yılında on küresel halk sağlığı önceliğine yönelik sunulan teklife göre ilk 10 öncelik sağlık sistemleri, zihin sağlığı krizi, üreme ve cinsel sağlık, yetersiz beslenme ve gıda güvenliği, diyabet, kanser, çevre kirliliği, madde kullanımı, bulaşıcı hastalıklar ve iklim değişikliğidir.

Türkiye Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER)'nin öncülüğünde 1988 yılından beri gerçekleştirilmekte, Türkiye özelindeki sorunlar başta olmak üzere küresel sağlık sorunları da gündeme alınmaktadır.

Halk sağlığı kongrelerinde gündeme gelen çalışmaların halk sağlığının hangi alt alanlarında gerçekleştiği, bu konuların yıllar içindeki değişimi, tüm konular içinde spesifik bir konunun ağırlığı vb. soruların ele alındığı çalışmalar, alandaki tarihi akışı ve bilimsel birikimin fazla odaklandığı veya ihmal ettiği alanların görünür kılınması açısından da önem arz etmektedir.

Çalışmamızda 1988'den itibaren gerçekleştirilmiş Türkiye Ulusal Halk Sağlığı Kongreleri'nde sunulmuş bilimsel bildirilerin bibliyometrik analizini yaparak Türkiye'de gündeme gelen halk sağlığı alt konularının tarihsel süreçteki gelişimi ve değişimi ortaya konmaya çalışılmış, alan profesyonellerinin farklı yıllardaki konuları inceleyebilmesi için çevrimiçi interaktif görsel araçlar oluşturulmuştur.

Gereç ve Yöntem: Araştırma kesitsel tipte tanımlayıcı niteliktedir, açık veri kaynakları kullanıldığından etik kurul başvurusu gerekmemiştir. Araştırma'da 1988'den itibaren gerçekleştirilen 24 ulusal kongrede yayınlanan kongre kitapları referans alınarak 7.943 bildiriye ait metaverilerle veriseti oluşturulmuş, halk sağlığındaki 32 konuya göre her bir bildiri en az 1 en fazla 3 altkonu etiketi alacak şekilde araştırmacılar tarafından etiketlenmiştir. Analizde frekans tabloları kullanılmış, temel istatistik veriler sayı, aritmetik ortalama, ortanca, tepe değer, min-mak, standart sapma (SS) ölçütleri ve grafikler & tablolar şeklinde sunulmuştur.

Bulgular: Araştırmada 7.943 bildiri için 8.864 adet çoklu etiketleme yapılmıştır. 1988'den itibaren yapılan kongrelerde kongre başına ortalama bildiri sayısı 331'dir (Min: 54 Mak:555). En fazla bildiri 2007 yılında sunulmuştur. Tüm konu etiketleri içinde Sağlığın Geliştirilmesi (%10,4), Bulaşıcı Hastalıklar (%8,6), Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar (%7,6), İş sağlığı (%7,4), Beslenme (%6,3), Ana Çocuk Sağlığı (%6,29), Toplum Zihin

Sağlığı (%5,3) etiketleri toplam etiket sayısının %51,91'ini oluşturmaktadır. En az etiket sayısına sahip konular ise Halk Sağlığı Etiği (0,37%), Halk Sağlığı Bilişimi (0,30%), Sağlık Hukuku & Mevzuatı (0,15%), Küresel Sağlık (0,09%), Seyahat Sağlığı (0,02%) konularıdır. Bildiri ortalama yazar sayısı 4,04'tür (SS:2,61).

Sonuç: Bu çalışma, Türkiye'de gerçekleştirilen ulusal halk sağlığı kongrelerindeki bildirilerin analizine yönelik yapılmış en kapsamlı çalışmadır. Çalışmada uygulanan çoklu etiketleme orjinal olup yıllara göre konu sıklığı analizi alandaki eğilimleri ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Bibliyometrik Analiz, Halk Sağlığı, Kongre, Sözlü Bildiri, Poster

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S106]
AFET DÖNEMİ ANNE SÜTÜ VE EMZİRME DANIŞMANLIĞI

Erdoğan Öz[1], Osman Küçükkelepçe[2], Osman Kurt[3], Melek Kılıç[4]
[1]İstanbul Şişli ilçe sağlık müdürlüğü, İstanbul
[2]Adıyaman İl Sağlık Müdürlüğü, Adıyaman
[3]Adıyaman Merkez Toplum Sağlığı Merkezi, Adıyaman
[4]TEMAS Derneği Genel Başkanı, Ankara

Amaç: Anne sütü, bebeklerin sağlığını koruyarak büyüme ve gelişmelerine destek olan en önemli besin kaynağıdır. Yenidoğanların optimal sağlık ve gelişim seviyelerine ulaşabilmesi için vazgeçilmez bir rol oynar. Bu çalışmada Kahramanmaraş depremi sonrası Adıyaman'da yaşayan annelerin emzirme durumlarının tespit edilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel tipte olan bu araştırmanın evrenini, 6 Şubat 2023'te Kahramanmaraş'ta meydana gelen deprem sebebiyle Adıyaman merkez veya ilçelerinde depremi yaşamış 2,5 yaşından küçük çocuğu olan anneler oluşturmaktadır. Çadır veya konteynırda kalsa da deprem anında Adıyaman'da olmayan bireyler çalışma dışında tutulmuştur. Depremden sonra emzirme danışmanları sahada hem gebelere hem de 2,5 yaş altı çocuğu olan annelere emzirme danışmanlığı hizmeti vermiş ve bu çalışmanın veri toplama aşaması danışmanlar aracılığı ile yapılmıştır. Yapılan güç analizinde evreni belli olmayan örneklem hesabı kullanılarak %95 güven aralığında ve en az 6 ay emziren anne oranı %50 kabul edilerek en az 384 kişiye ulaşılması gerektiği bulunmuştur. Katılımcılara gelişigüzel (haphazard) örnekleme yöntemi ile ulaşılmıştır. Çalışma 15.04.2023-15.05.2023 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çalışma için Fırat Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar etik kurulundan etik onay ve kurum izni alınmıştır. Analizler SPSS 22 paket programında değerlendirilmiştir. Çalışmada tanımlayıcı veriler kategorik verilerde n, % değerleri, sürekli verilerde ise ortalama±standart sapma (Ort±SS) değerleri ile gösterilmiştir. Gruplar arası kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare analizi (Pearson Chi-kare) uygulanmıştır. Analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi p<0,05 olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 352'si (%92,9) TC vatandaşı ve 27'si (%7,1) yabancı uyruklu olmak üzere toplam 379 kadın dahil edilmiştir. Kadınların yaş ortalaması 30,3±5,5 (min=19-maks=53) yıldır. Annelerin çocuklarının yaş ortalaması 5,8±4,8 aydır ve çocukların %71,3'ü 6 ay ve altı iken %28,7'si 6 aydan büyüktür. Görüşülen gebelerin gebelik haftası ortalama 23,1±8,4 haftadır. Bebeklerin %59,5'i sadece anne sütü, %7,5'i sadece mama, %8,1'i sadece ek gıda, %9,3'ü Anne sütü+mama, %9,7'si Anne sütü+ek gıda ve %5,9'u ise Mama+ek gıda almaktadır. Katılımcıların %12,9'u evde, %15'i konteynerda ve %72'si ise çadırda kalmaktadır. Altı ay ve altı olan bebeklerin %83,4'ü sadece anne sütü alıyor iken %3,5'i sadece mama, %3,5'i sadece ek gıda, %4,4'ü anne sütü+mama, %4,4'ü anne sütü+ek gıda ve %0,9'u ise mama+ek gıda almaktadır. Altı aydan büyük bebeklerin hiçbiri sadece anne sütü almıyor iken %17,4'ü sadece mama, %19,6'sı sadece ek gıda, %21,7'si anne sütü+mama, %22,8'i anne sütü+ek gıda ve %18,5'i ise mama+ek gıda almaktadır. Bebeğin yaş grubu arasında beslenme çeşidi açısından anlamlı farklılık görülmüştür (p<0,001). Altı ay ve altı olan bebeklerin anne sütü alma durumları uyruğa göre karşılaştırıldığında TC vatandaşı olanların ilk 6 ay sadece anne sütü verme oranı (%85,5) yabancı uyruklu olanların oranından (%33,3) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=0,001). Kalınan yer arasında sadece anne sütü ile besleme durumu açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (p=0,770).

Sonuç: Sonuç olarak 6 ay ve altı bebekleri olan annelerin sadece anne sütü verme ile alakalı davranışlarında eksiklikler bulunmaktadır. TC vatandaşı olanların ilk altı ay sadece anne sütü verme oranı yabancı uyruklulardan fazladır. Anne sütünün öneminin vurgulanması için toplum eğitiminin arttırılması gerekmektedir. İlk 6 ay sonrasında uygun zamanda uygun ek gıda ile beslemenin devamının sağlanması sahada yapılan emzirme danışmanlığının etkinliğini arttıracaktır.

Çalışmada gelişigüzel örneklem kullanılması çalışmamızın kısıtlılığı olarak sayılabilir. Fakat depremin etkisinin hala geçmemiş olması nedeni ile annelere rastgele örneklem yöntemi ile ulaşmak zor olacağından ötürü bu şekilde bir yöntem denenmiştir. Aynı zamanda çalışmamız kesitsel çalışmanın içerdiği tüm kısıtlılıkları da barındırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Anne sütü, Emzirme danışmanlığı, Deprem, Adıyaman

[S107]
İSTANBUL'DA BİR FABRİKA ÇALIŞANLARINDA UYUZ HASTALIGI BİLGİ DÜZEYİ: KESİTSEL TANIMLAYICI BİR ARAŞTIRMA

Çağla Dönmez[1], Sıla Naz Başar[1], Abdullah Dündar[1], Hüseyin Emre Karasu[1], Berkay Tütüncüler[1], Sabanur Çavdar[2]
[1]İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye
[2]İstanbul Medipol Üniversitesi Uluslararası Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye; İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Sistemleri ve Politikaları Araştırma Merkezi (SASPAM), İstanbul

Giriş ve Amaç: Her yaş ve sosyoekonomik düzeydeki bireyleri etkileyebilen uyuz hastalığı, özellikle gelişmekte olan ülkelerde, dirençli uyuz vakaları ve hastalık sıklığında artış bildirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2021-2030 ihmal edilen tropikal hastalıklar yol haritası içerisinde yer almaktadır. Ülkemizde de son yıllarda uyuz vakalarında artış bildirilmektedir. Sık rastlanılan bir hastalık olmasına rağmen tanınmasında gecikmeler olabilmektedir. Araştırmanın amacı, işyeri hekimi tarafından fabrikada uyuz vakaları artışı olduğu bildirilen İstanbul'da bir fabrikadaki çalışanlarında uyuz hastalığı bilgi düzeyinin değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı nitelikteki bu kesitsel araştırma Ağustos 2023'te İstanbul'daki bir plastik fabrikası çalışanlarında yüz yüze anket ile yapılmıştır. Fabrikanın tüm çalışanlarına (N=290) ulaşılması hedeflenmiş olup örnek seçimine gidilmemiştir. Dahil etme kriterleri, 18 yaştan büyük olmak, aktif çalışan olmak; hariç tutma kriterleri 18 yaş altı olmaktır. Araştırmaya katılmayı kabul eden 266 kişinin verisi ile analiz yapılmıştır. Bağımlı değişkenler, uyuz hastalığı bilgisi ve bilgi düzeyidir. Bağımsız değişkenler, yaş, cinsiyet, medeni durum, aynı evde yaşayan kişi sayısı, öğrenim düzeyi, hastalığı duyma, hastalığı kendisi/yakını geçirme, hastalıkla ilgili eğitim alma ve eğitim alma isteğidir. Literatürde, Seetan ve ark.'ın 2021'de yaptıkları uyuz bilgi düzeyi araştırmasındaki bilgi düzeyi puanlama sistemi kullanılarak doğru cevaplanan her soru için bir puan verilmiştir. Buna göre katılımcıların bilgi düzeyleri 0-3 doğru: az, 4-7 doğru: orta, 8-11 doğru: iyi olarak tanımlanmıştır. Veriler Microsoft Excel'de düzenlenmiş, istatistiksel analiz SPSS paket programda yapılmıştır. Tanımlayıcı veriler, sayı ve yüzde; ortalama, standart sapma, en küçük değer, en büyük değer ve medyan değerleri ile sunulmuştur. Pearson ki-kare testi, Fisher'in kesin ki-kare testi yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir. Post-hoc testlerin değerlendirilmesinde Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır. Etik kurul izni İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (02.08.2023-620) alınmış olup bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Bulgular: Katılımcıların %79,3'ü (n=211) erkek, %56,8'i (n=151) 35 yaş altı, %60,5'i (n=161) evli, %3,8'i (n=10) yalnız yaşamakta, %62,8'inin (n=167) hanesinde yaşayan kişi sayısı 5'ten az, %63,5'i (n=169) ortaokul ve altı öğrenim düzeyindedir. Katılımcıların yaş ortalaması 34,8±8,2 (medyan:34, en küçük:18, en büyük:63)'dir. Hanede yaşayan kişi sayısı ortalaması 4,1±1,4 (medyan:4, en küçük:1, en büyük:9)'tür. Hastalığı önceden duyma oranı %95,5 (n=254), kendisi/yakını geçirme oranı %37,2 (n=99)'dir. Uyuzla ilgili 11 bilgi ifadesine verilen ortalama doğru cevap sayısı 6,4±2,8 (medyan:7, en küçük:0, en büyük11)'dir. Doğru cevaplama oranları değerlendirildiğinde en yüksek oranda doğru bilinen ifadeler "Uyuz kaşıntı yapar."(D)(%93), "Uyuz tanısı aldıktan hemen sonra tedaviye başlanmalıdır."(D)(%76) ve "Uyuz sadece yaşlı kişilerde görünür"(Y)(%74) iken en düşük oranda doğru bilinen ifade "Uyuz hastası kişi her gün banyo yaparak hastalıktan kurtulabilir."(Y) (%38) ve "Uyuz, uyuz hastası olan birisinin giysi, havlu gibi eşyalarının ortak kullanımı ile bulaşmaz."(Y) (%49) olmuştur. En fazla bilmiyorum cevabı verilen ifade " Uyuz hastası kişilerin eşyalarının tamamı en az 50 derecede yıkanmalıdır."(D)(%50) olmuştur. Uyuz bilgi düzeylerine göre katılımcıların %16,9'unun (n=45) bilgi düzeyi "az", %41,4'ünün (n=110) "orta", %41,7'sinin (n=111) "iyi"dir. Bilgi düzeyleri cinsiyete göre ($p<0,001$) ve öğrenim düzeyine göre ($p=0,002$) anlamlı olarak farklıdır. Kadınların erkeklere göre; ayrıca lise ve üzeri öğrenim düzeyindekilerin ortaokul ve altı öğrenim düzeyi grubuna göre bilgi düzeyinin "iyi" düzeyde olması anlamlı olarak yüksektir. Kendisi/yakını hastalığı geçiren, uyuzla ilgili eğitim almış olan ve uyuzla ilgili eğitim almak isteyenlerin bilgi düzeyinin iyi düzeyde olması anlamlı olarak yüksektir.

Sonuç: Bu araştırma, ilgili fabrikanın çalışanlarının uyuz hakkında bilgi düzeylerini ve müdahale ihtiyacını

ortaya koymakta olup eğitim içeriğinin şekillendirilmesi ve etkin eğitimler planlanması açısından faydalıdır. Fabrikada uyuz vakaları görünmesine rağmen bilgi düzeyinin iyi olma oranı %41,7'dir. Bu sonuç fabrikada uyuzdan korunma ve tedavi konularında eğitimi ihtiyacını göstermektedir. Zaten düşük bilgi düzeyi olanların eğitim alma beklentilerinin de düşük olması planlanacak eğitimlerle ilgili olası bariyerler hakkında uyarı oluşturmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Skabies, uyuz, bilgi düzeyi, sağlık eğitimi

[S108]
EFFECTS OF COVID-19 VACCINATION TYPE AND DOSES ON SYMPTOMS AND HOSPITALIZATION OF HEALTHCARE PROFESSIONALS HAVING SARS-COV2 INFECTION

Fatma Betül Akçakaya, Sezanur Nazlı Türkoğlu, Ceyda Acar, Bedia Özyıldırım
Department of Public Health, Bezmialem Vakıf University, Istanbul, Turkey

Introduction and Aim: It is an important issue for public health to protect healthcare prefessionals who are fighting the virus most closely in the COVID-19 pandemic from illness and hospitalization with vaccines. It was aimed to investigate the effects of different types and numbers of vaccines administered for COVID-19 in isolated healthcare professionals in Turkey on symptoms and hospitalization.

Method: Between February2021-March2022, questionnaire were applied to hospital staffs who tested positive for COVID-19 infection, at home or on the first day of the isolation process in the hospital, by telephone interview. The data obtained were evaluated as a retrospective cohort study.

Result: 71.3%of the people in the study(N=690) were female, mean age was 31.6 ± 8.9 years. 634people(91.9%) said they had at least one dose of vaccine, 150people(21.7%) said they had COVID at least once before our follow-up. 182people(26.4%) who had at least one dose of vaccine received only sinovac vaccine,112people(16.2%) received only biontech vaccine and 293people(42.5%) received both vaccine types. The most common symptoms on the first day of our calls among 690people were nasal discharge/congestion(58.8%), cough(57.0%), musculoskeletal pain(56.5%), sore throat(55.5%) and fever/chills/chills(43.2%). After the diagnosis of COVID-19 14people(2.0%) were hospitalized. Hospitalization was found to be statistically higher in those who were not vaccinated(p=0.003). The rate of loss of taste and smell and dizziness were found to be statistically higher in the unvaccinated compared to the vaccinated(respectivelyp=0.036,0.032,0.030)

Conclusion: The high rate of hospitalization, loss of taste and smell, and dizziness in unvaccinated patients is an important indicator of workforce loss in healthcare professionals and poses a serious threat to public health. Giving priority to healthcare professionals in vaccination programs is extremely important for the uninterrupted continuation of health services in future pandemics. The continuation of this study with a larger sample is an significant issue that should be considered in terms of protecting public health.

Keywords: COVID-19, SARS-CoV2, Vaccine, Occupational Health, Healthcare Professionals

[S109]
EBEVEYNLERİN AŞILARA YÖNELİK TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Gülhan Yiğitalp[1], **Vasfiye Bayram Değer**[2]
[1]*Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Diyarbakır*
[2]*Mardin Artuklu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Mardin*

Giriş ve Amaç: Aşılar bulaşıcı hastalıkların önlenmesinde ve kontrol altına alınmasında anahtar rol oynayan en önemli araçlardan biri olmasına rağmen toplumda aşılara karşı olumsuz tutumlar gelişebilmektedir. Bu nedenle bu çalışma ebeveynlerin aşılar ile ilgili tutumlarını değerlendirmek amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı, kesitsel çalışma Ocak-Mart 2022 tarihleri arasında Mardin il merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran 2 yaş ve altında en az bir çocuğu olan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan ebeveynler ile yürütüldü. Örneklem büyüklüğü evreni bilinmeyen örneklem formülü kullanılarak %24.8 prevelans, %95 güven ve %5 hata ile 287 kişi olarak hesaplandı. Çalışma 325 ebeveyn ile tamamlandı. Örnek seçiminde basit tesadüfi örnekleme tercih edildi. Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan "Kişisel Bilgi Formu" ve "Aşılara Yönelik Tutum Formu" kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Aşılara Yönelik Tutum Formu, araştırmacılar tarafından hazırlanan "Hiç Katılmıyorum, katılmıyorum, Kararsızım, Katılıyorum, Tamamen Katılıyorum" şeklinde likert tipte hazırlandı. Bulgular "Hiç Katılmıyorum-Katılmıyorum" birleştirilerek "Katılmıyorum", "Katılıyorum-Tamamen Katılıyorum" ise "Katılıyorum" olarak sunuldu. Çalışmaya Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı olan ve 2 yaş ve altında en az bir çocuğu olan ebeveynler dahil edildi. Çalışma bir Üniversitenin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (13/12/2021/2021-3) tarafından onaylandı. Çalışmanın yapıldığı ilgili kurumdan izin alındı. Tüm katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alındı. Veriler bilgisayar ortamında SPSS 22.0 istatistik programında değerlendirildi. Çalışmada frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma hesaplandı. Çalışma Mardin il merkezinde yapıldığı için sonuçların tüm evrene genellenememesi çalışmanın sınırlılığıdır.

Bulgular: Katılımcıların %36,6'sı 31-40 yaş grubunda, %72,6'sı kadındır. Katılımcıların %95,4'ü evli, %36,9'unun geliri giderinden az, %6,8'i okuryazar değil, %40,6'sı üniversite mezunudur. Katılımcıların %82,5'i çocuklarının zorunlu aşılarını yaptırdığını, %13,8'i çocuklarının zorunlu olmayan aşılarını yaptırdığını, %18,5'i çocuğa aşı yaptırmada tereddüt yaşadığını, %84,9'u kendine erişkin aşısı yaptırdığını, %24,6'sı kendine aşı yaptırmada tereddüt yaşadığını belirtmiştir. Katılımcıların %59,7'si "Aşılar hastalıklardan korunmada etkili ve yeterlidir" ifadesine katıldıklarını, %31,7'u "Aşılar her zaman faydalı değildir" ifadesine katıldıklarını, %50,1'i "Aşılar yaş, meslek, hastalık vb. özel durumlarına göre sadece belirli kişilere yapılmalıdır" ifadesine katıldıklarını, %55,1'i "Güvendiğim birinin bir aşı yaptırması yada bu konuda olumlu düşüncelere sahip olması aşı olup olmama konusundaki kararımı etkiler" ifadesine katıldıklarını, %57,2'si "Yakınlarıma aşı olmasını tavsiye ederim" ifadesine katıldıklarını, %69,5'i "Aşı yapılan merkezin acil müdahaleler için yeterli donanıma sahip olması aşı olma kararımı etkiler" ifadesine katıldıklarını, %62,4'ü "Ülke veya dünya çapında salgın olursa aşı yaptırmayı kabul ederim" ifadesine katıldıklarını, %55,7'si "Medyada yer alan haberler aşının etkinliği konusundaki düşüncelerimi etkiler" ifadesine katıldıklarını, %55,7'si "Topluma örnek olan kişilerin aşı konusundaki düşünceleri bu konudaki kararımı etkiler" ifadesine katıldıklarını, 67,4'ü "Aşı ile ilgili önceki deneyimlerim tekrar aşı olmak konusundaki kararımı etkiler" ifadesine katıldıklarını, %25,5'i "Aşıların yan etkileri ciddi boyutta olduğu için yapılmaması gerekir" ifadesine katıldıklarını, %57,9'u "Aşıyı güvendiğim bir firmanın üretmiş olması aşı olup olmama kararımı etkiler" ifadesine katıldıklarını ifade etmişlerdir.

Sonuç: Ebeveynler aşılarla ilgili genellikle olumlu tutuma sahip olmalarına rağmen olumsuz tutum sergileyen veya kararsız olan ebeveynlerin sayısı da azımsanmayacak kadar fazladır. Olumsuz veya kararsız tutum sergileyen ebeveynlerin aşılar ile ilgili doğru ve güvenilir bilgilere ulaşabilmeleri için halk sağlığı profesyonellerine önemli sorumluluklar düşmektedir. Bu çalışma ebeveynlerin aşı tutumu ile ilgili daha kapsamlı çalışmalara ışık tutacaktır.

Anahtar Kelimeler: Aşı, ebeveyn, tereddüt, tutum

[S110]
BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞUNA BAŞVURAN BİREYLERDE AŞI KARŞITLIĞI VE SAĞLIK ALGISININ İNCELENMESİ

Şehide Arslan, Ebru Tan, Hasan Durmuş, Elçin Balcı, İskender Gün
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Kayseri

Giriş ve Amaç: Sağlık durumunun algılanması, bireye sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması ve devam ettirilmesinde katkı sağlamaktadır. Sağlık algısı sadece bireye etkileri olan bir anlayıştan ziyade aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren, erken tanı koyduran, sağlıklı olma odaklı bir yaklaşımdır. Günümüzde bireysel ve toplumsal sağlığı tehdit eden ve sıklığı gittikçe artan önemli bir sorun da aşı karşıtlığıdır. Bu araştırmanın amacı aşı karşıtlığının, kişilere sağlık sorumluluğu ve sağlıklı olma davranışı kazandırabilen sağlık algısı ile ilişkisini incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma tanımlayıcı-kesitsel nitelikte olup 2023 yılı Eylül ayında, Kayseri ili merkez ilçelerinde bulunan aile sağlığı merkezlerine herhangi bir nedenle başvuran, 18 yaş ve üzeri bireylerde yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak 3 bölümden oluşan anket formunun birinci bölümünde sosyodemografik özelliklerin tespit edilmesine yönelik 12 soruya yer verilmiştir. Anket formunun ikinci bölümünde Kılınçarslan vd. tarafından geliştirilmiş 12 sorudan oluşan "Aşı Karşıtlığı Ölçeği (AKÖ)" kısa formu yer almaktadır. Anket formunun üçüncü bölümünde Diamond vd tarafından geliştirilen, Kadıoğlu ve Yıldız tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış 15 maddeden oluşan "Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ)" yer almaktadır. Örneklem büyüklüğü G-Power 3.1.9.7 programıyla hesaplanmış olup, korelasyon testi yapılacağı planlanarak $\alpha= 0.05$, $\beta=0.90$ ve düşük etki düzeyi (0.1) alınarak yapılan örneklem hesabında 1046 kişi bulunmuş ve çalışmaya 1241 birey dahil edilmiştir. Çalışmada bağımlı değişken ölçek puanları, bağımsız değişken sosyodemografik özelliklerdir. İstatistiksel analizlerde Mann Whitney U, Kruskal Wallis ve Spearman Korelasyon testi kullanılmış olup $p <0.05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir. İstatistik analizler SPSS 25 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Çalışma için Erciyes Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Etik Kurulu'ndan etik onay (25/07/2023 tarihli, 287 sayılı) alınmıştır. Finansal bir destek kullanılmamıştır ve yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Bulgular: Araştırmaya katılan bireylerin %56.4'ü kadın, %62.9'u evli olup yaş ortalaması 39,04±14.35 yıldır. Katılımcıların %66.0'ı ekonomik durumunu orta, %39.6'sı eğitim durumunu üniversite ve lisansüstü olarak belirtmiştir. Katılımcıların %29.5'i en az bir kronik hastalığının olduğunu ve %63.3 'ü en az bir çocuk sahibi olduğunu ifade etmiştir.

Katılımcılara aşılar hakkındaki düşünceleri sorulduğunda %65.4'ü aşının gerekli bir uygulama olduğunu, %33.9'u yaptırırken tereddüt ettiğini ve %0.7 si aşı yaptırmaya karşı olduğunu belirtmiştir. Grubun %43.1'i aşılarla alakalı yeterli bilgiye sahip olmadığını ifade etmiştir. Birden fazla seçilebilecek şekilde bilgilenme kaynakları değerlendirildiğinde; %66.3'ü bilgiyi bir doktordan aldığını belirtmiş, %39.9 ile internet kaynakları ve %31.7 ile TV-radyo-gazeteden bilgi alma takip etmiştir. Katılımcıların %5.0'ı ise aşılar hakkında "hiç bilgim yok" cevabını vermiştir.

Katılımcıların sağlık algısı ölçek puan ortalaması 49.58 ± 7.13 iken aşı karşıtlığı ölçek puan ortalaması 30.28±8.03' tür. Sosyodemografik özelliklerine göre SAÖ puan ortancaları ve AKÖ puan ortancaları değerlendirildiğinde; çocuk sahibi olmayanlarda, kronik hastalığa sahip olmayanlarda, bekar olanlarda, öğrenim durumu üniversite-lisansüstü olanlarda ve ekonomik durumu iyi olanlarda SAÖ puan ortancalarının anlamlı düzeyde yüksek, AKÖ puan ortancalarının ise anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur.(SAÖ $p<0.001$, AKÖ $p<0.05$) Katılımcıların sigara içme durumu değerlendirildiğinde, hiç sigara kullanmamış katılımcıların kullananlara göre sağlık algısının yüksek olduğu gözlenmiştir. ($p=0.024$) Sağlık algısı ölçek puan ortancası ile aşı karşıtlığı ölçek puan ortancası arasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde negatif yönlü, zayıf düzeyde ($r=-0.365$, $p<0.001$), bir ilişki saptanmıştır. Katılımcılarda sağlık algısı yükseldikçe aşı karşıtlığı azalmaktadır.

Sonuç: Bu çalışma ile sosyodemografik özelliklere göre sağlık algısının daha düşük olduğu gruplar ve bu gruplarda aşı karşıtlığı düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sağlık algısının yükseltilmesinin sağlanması, aşı karşıtlığını azaltmak ve önlemek için yapılacak çalışmalarda başarıyı artırabilir. Bu da aşı ile önlenen hastalıklarla mücadele için çok önemli katkılar sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Aşı, aşı karşıtlığı, sağlık, sağlık algısı

[S111]
AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN BİREYLERDE ERİŞKİN AŞILANMA FARKINDALIĞI VE SAĞLIK ALGISI İLİŞKİSİ

Ebru Tan, Şehide Arslan, Elçin Balcı, Hasan Durmuş, İskender Gün
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Kayseri

Giriş ve Amaç: Bağışıklama, her yıl milyonlarca hayat kurtaran küresel bir sağlık ve kalkınma başarısı olup aşı ile önlenebilir hastalıkların ergenlerde ve erişkinlerde daha fazla görülmeye başlandığı belirtilmektedir. Sağlık algısının yüksek olmasının fiziksel aktivite gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını desteklediği; sosyal iletişim ve stres yönetimini olumlu etkilediği görülmüştür. Bu çalışma; bireylerin erişkin aşılama konusundaki bilgi, tutum, davranış ve farkındalık düzeyi ile sağlık algısı ilişkisini değerlendirerek erişkin aşılama çalışmaları konusunda fikir verici olmayı amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte olup Kayseri ili merkez ilçe sağlık müdürlüklerine bağlı Aile Sağlığı Merkezlerinde 1 Eylül 2023-1 Ekim 2023 tarihleri arasında herhangi bir nedenle başvuran 18 yaş ve üstü bireylerde yapılmıştır. Örneklem büyüklüğü G-Power 3.1.9.7 programıyla hesaplanmış olup one sample case iki yönlü, α= 0.05, β=0.95 ve düşük etki büyüklüğü (0.1) alınarak yapılan örneklem hesabında 1302 kişi bulunmuştur ve olasılıksız gönüllü örnekleme yöntemiyle çalışmaya katılımı kabul eden 1314 kişi dahil edilmiştir.

Erciyes Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu'ndan etik kurul izni (314 başvuru no ile) alınmıştır.

Veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır ve sosyodemografik özellikler, erişkin aşılanmaya yönelik sorular ile Diamond ve arkadaşları tarafından geliştirilen, Kadıoğlu ve Yıldız tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış "Sağlık Algısı Ölçeği" yer almaktadır (JJ. Diamond,2007-Kadıoğlu.H,2022).

Çalışmada bağımsız değişkenler; sosyodemografik özellikler ve sağlık algısı ölçek puanı, bağımlı değişkenler; erişkin aşılanma farkındalığı ve erişkin aşılanma durumudur.

Varyasyon katsayısı<0.20, normal Q-Q plot, detrended Q-Q plot, histogramla normallik değerlendirilmiştir. Bağımsız grupların sağlık algısı ölçek puan ortalamalarını karşılaştırmak için ikili gruplarda İndependent T Test, ikiden fazla gruplarda One Way ANOVA, kategorik değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için Ki-kare testi kullanılmış p<0.05 değeri anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılanların %58.1 kadın, %62.3'ü evli, %42.5'u yüksekokul mezunu, %65.1'i ekonomik durumlarını orta olarak belirtmiştir. %72.1'i herhangi bir kronik hastalığı olmadığını, %70.6' sının düzenli kullandığı bir ilaç olmadığını, %53.2' si sigarayı hiç kullanmadığını ifade etmiştir. Katılımcıların %85.9'u erişkin yaşta herhangi bir aşı yaptırmış ve çocuk sahibi olan (%62.5) katılımcıların %76.2' si çocuklarına devletin ödediği tüm aşıları yaptırdığını belirtmiştir. Erişkin dönemde en çok yaptırılan aşılar sırasıyla Covid-19, tetanoz, hepatit aşılarıdır. En çok aşı yaptırma sebebi doktor önerisi (%72.9) iken en çok aşı yaptırmama sebebi aşıların güvenilir olmadığının düşünülmesidir (%34.2). Katılımcıların %72.7'si bulaşıcı hastalıklarla ilgili, %48.8'i erişkin dönemde yapılan aşılarla ilgili bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir.

Cinsiyetin, çocuklarına aşı yaptırma durumunun, bireylerin sağlığına dikkat etmesinin, sağlıklı beslenmesinin, düzenli fiziksel aktivite yapmasının ve sağlıklı olduklarını düşünmesinin erişkin aşılanma üzerine anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Kronik hastalığı olanların, düzenli ilaç kullananların, erişkin dönemde yapılan aşılarla ve bulaşıcı hastalıklarla ilgili bilgi sahibi olanların erişkin aşılanma oranları daha yüksek bulunmuştur. Katılımcıların sağlık algısı ölçek puan ortalaması 49.55±6.71' dir. Erişkin yaşta aşı olma durumunun ve cinsiyetin sağlık algısı ölçek puanı üzerine anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Ekonomik durumu iyi ve yüksekokul mezunu olanların, herhangi bir kronik hastalık sahibi olmayanların, düzenli ilaç kullanımı olmayanların sağlık algısı

anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Bu çalışmada sağlık algısının erişkin aşılanma davranışı üzerine etkisi olmadığı, erişkin dönem aşıları hakkında bilgi sahibi olanların erişkin aşılanma oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Katılımcıların en çok bilgi aldığını belirttiği doktorların erişkin aşılanma konusunda yapacağı bilgilendirmeler erişkin aşılanma oranlarını artırabilir.

Anahtar Kelimeler: Aşı, bağışıklama, erişkin aşılama, sağlık algısı

[S112]
BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN HASTALARDA COVID-19 PEKİŞTİRME AŞISI TEREDDÜTÜYLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Hakan Tüzün[1], Mehmet Alperen Özçelik[1], Cansu Özbaş[1], Mustafa Necmi İlhan[2]
[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Ankara
[2]Türkiye Cumhuriyeti Mesleki Yeterlilik Kurumu, Ankara

Giriş ve Amaç: Aşı tereddütü, aşı hizmetlerinin mevcut olmasına rağmen aşının kabul edilmesinde gecikmeyi veya reddedilmesini ifade eder. Aşı tereddütü, pandemi yönetimi sırasında mücadele edilmesi gereken bir sorun olarak karşımıza çıkmıştır. Aşı tereddütü ile ilişkili faktörler ülkelerin koşullarına göre değişen özgüllükler gösterebildiği için, bunların farklı toplumlara yönelik olarak saptanması önemlidir.

Hastaneye yatışı ve ölümleri azalttığı için Dünya Sağlık Örgütü tarafından COVID-19 aşısının pekiştirme dozu önerilmiştir. Pekiştirme dozu tereddütüyle ilişkili faktörler, birinci ve ikinci doz aşıya yönelik olanlardan faklı olabilmektedir.

Çalışmamızda, COVID-19 pekiştirme aşısı tereddütüyle ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Örneklem büyüklüğü hesaplanırken %50 bilinmeyen sıklık, %3 sapma payı, %95 güven düzeyi ve 1,0 tasarım etkisi, %25 ikame oranı dikkate alınmıştır. Bu çalışmaya dahil edilme kriteri, birincil şemanın iki doz COVİD-19 aşısı olarak tamamlanmasıdır. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi polikliniklerine başvuran hastalarda yüz yüze görüşme tekniği ile anket uygulanarak, 2022 yılı Ocak ayında, 1210 katılımcıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırma kesitsel tipte bir araştırmadır.

Bağımlı değişken COVID-19 pekiştirme dozu aşı tereddütüdür. Bağımsız değişkenler, tanımlayıcı değişkenler grubunda yer alan yaş, cinsiyet, eğitim grubu, kronik hastalık varlığı, hane halkı gelir grubu; COVID-19 pandemisiyle ilgili bazı özellikler grubunda yer alan COVID-19 bulaşından endişe düzeyi, en son olunan aşı, Omikron varyantını duyma durumu, COVID-19 geçirme durumu, aşı sonrası yan etki yaşama durumu ve pekiştirme dozuyla ilgili sağlık okuryazarlığı yeterlilikleridir. Pekiştirme dozuyla ilgili bilgi kaynaklarına "erişebilme", "anlayabilme", "güvenirliklerini değerlendirebilme", "bilgilerin karar vermeye yardımcı olma durumları"na ilişkin 4 farklı yeterlilik, likert tip yanıtlara sahip birer soru ile sorgulanarak değerlendirilmiştir.

Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi kullanılmıştır. Ki-Kare testi sonucunda p değeri 0,25'in altında olan değişkenler ile COVİD-19 pekiştirme dozu tereddütüne ilişkin faktörlerin lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur. Lojistik regresyon modeli için "Backward LR" yöntemi seçilmiştir.

Çalışma Gazi Üniversitesi Etik Kurulu tarafından Araştırma Kodu No: 2022 – 270 ile onaylanmıştır.

Bulgular: İki değişkenli analizde eğitim grupları, hane halkı gelir grupları, COVID-19 bulaşından endişe düzeyi, en son olunan aşı, Omikron varyantını duyma durumu, erişilen bilginin aşıyla ilgili karar vermeye yardımcı olması durumu değişkenlerinin seçenekleri arasında pekiştirme dozu aşı tereddütü bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Çok değişkenli analizde; COVID-19 bulaşı endişe durumu bakımından en çok endişe eden grup referans alındığında, "ne endişe edip ne etmeyen" grupta (OR:2,65 %95 GA:1,09-6,45), "biraz endişe eden" grupta (OR:3,01 %95 GA:1,26-7,18), "hiç endişe etmeyen" grupta (OR:5,69 %95 GA:2,27-14,27) tereddüt riski artmaktadır. En son aşısını Sinovac-Coronovac olanlarda, Pfizer-Biontech aşısını olanlar referans alındığında tereddüt riski artmaktadır (OR:3,67 %95 GA:2,04-6,61). Erişilen bilginin karar vermeye yardımcı olması durumu için "her zaman yardımcı olduğunu" belirtenler referans alındığında "bazen yardımcı olduğunu" belirten grupta (OR:2,55 %95 GA:1,30-4,99) ve "hiç bir zaman yardımcı olmadığını" belirten grupta (OR:11,61 % 95GA:3,02-44,58) risk artmaktadır.

Sonuç: COVID-19 bulaşından daha az endişe duyanlarda tereddüt riski artmaktadır. Bu sonuç risk yönetimine dayalı bir sağlık iletişimi stratejisi ile bireylerin endişe düzeylerinin uygun biçimde yönlendirilmesinin pandemi yönetiminde önemini göstermektedir.

Son oldukları aşı Sinovac-Coronovac olanlarda tereddüt riski artmaktadır. Bu aşı, Türkiye'de risk gruplarına öncelik verilerek başlanan aşılama programında acil kullanım onayı alan ilk aşıdır. En son bu aşıyı olanlarda pekiştirme dozu tereddütünün daha yüksek olması, duyarlı grupların toplumda daha yaygın ve daha kırılgan olabileceğine dair bir endişe kaynağı olabilir.

Erişilen sağlık bilgilerinin aşı olmaya karar vermede daha az sıklıkta yardımcı olduğunu belirtenlerde, pekiştirme dozu tereddütünün artması, sağlık okuryazarlığı yeterlilikleri içinde uygulama ile ilişkili bileşenin işlevini açığa çıkartmaktadır. Sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik girişimler, uygun biçimde tasarlandıklarında, aşılar için yeni bir adjuvan olarak da işlev görebiliriler.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, pekiştirme dozu, aşı tereddütü, sağlık okuryazarlığı

[S113]
ANKARA İLİNDE 12 ŞANTİYEDE MEYDANA GELEN GIDA KAYNAKLI SALGIN, ANKARA 2023

Kamer Kalip[1], Gökçen Uslu Türkkan[1], Fatma Durmuş[1], Gülşen Barlas[1], Kerime Altunay[2], Demet Furkan Sevindi[1], Fehminaz Temel[1], Aysun Yalçı[1], Mehmet Enes Gökler[1], Sedat Kaygusuz[1]
[1]Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
[2]Ank ara İl Sağlık Müdürlüğü

Giriş ve Amaç: Akut barsak enfeksiyonları, dünya genelinde ve ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Ülkemizde, bu tür enfeksiyonların vaka sayılarındaki artışları takip etmek için kullanılan Olay Yönetim Sisteminden, Ankara ilinde 13 Ağustos 2023'de benzer semptomlarla (bulantı, kusma vb.) çeşitli hastanelere başvurularda artış olduğu, hastaların şantiyelerde kümelendiği bilgisi alınmıştır. Şantiyelere yemek dağıtımı yapan ortak bir firmanın olduğu, semptomların 13.08.2023 Pazar günü dağıtılan öğle yemeğinden sonra başladığı öğrenilmiştir. Bu inceleme, salgının boyutunu belirlemek, kaynak ve bulaş yolunu ortaya çıkarmak, olası benzer salgınların tekrarını önlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: 13-18 Ağustos tarihleri arasında yürütülen bu retrospektif kohort çalışmasında veriler öğle yemeğini yiyen şantiye çalışanlarından anket yöntemi ile, Sağlık Bakanlığı ve Tarım Bakanlığına bağlı kamu kurumlarından, yemek firmalarından resmi yazılarla edinilmiştir. Ankette demografik bilgiler, öğle yemeği ve bir gün önceki öğünlerin içerikleri, miktarları, içme suyuna ilişkin bilgiler ve klinik bilgilere ilişkin sorular yer almaktadır. Öğle yemeğinden (tavuk suyu çorbası, Arnavut ciğeri, makarna, meyve suyu) yemiş kişilere ulaşmak için yemeği hazırlayan firmadan yemek dağıttığı şantiyelerin listesi istenmiştir. Şantiyeler ziyaret edilmiş, hastane sistem kayıtları incelenmiştir. İki gıda numunesi Salmonella spp., *E.coli O 157*, *B. cereus*, *Campylobacter* spp., sülfit indirgeyen anaerob bakteriler, koagülaz pozitif stafilokok, *L.monocytogenes*, Stafilokokal enterotoksin açısından incelenmiştir. En çok hastanın başvurduğu şantiyedeki mutfaktan 2 su numunesi, yemek firmasının mutfağından 2 su numunesi bakiye klor, kimyasal ve mikrobiyolojik açıdan değerlendirilmiş, iki gaita numunesi ise RT-PCR ile analiz edilmiştir.

Coğrafi bilgi sisteminden yemek firmasının bulunduğu mahalledeki su şebeke hattı kontrol edilmiştir. Firma sorumlusu ile görüşülmüş, gıdaların hazırlanma ve dağıtım koşulları yerinde incelenmiştir. Firmanın 2 çalışanı öğle yemeğinden yediği için çalışmaya dahil edilmiş, öğle yemeğini yiyen tüm kişilere (n=201) ulaşılmıştır. Arnavut ciğerinin pişmiş halde bir gün önce başka bir firmadan temin edildiği öğrenilmiş, bu firma yerinde ziyaret edilmiştir. 13.08.2023 tarihli öğle yemeğini yiyen ve kusma veya ishali olanlar hasta (n=105), herhangi bir semptomu olmayanlar ise (n=62) sağlam olarak kabul edilmiştir. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünden, Ankara İl Sağlık Müdürlüğünden, şantiye ve gıda işletmesi sorumlularından ve şantiye çalışanlarından gerekli izinler alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzde dağılımları, grup karşılaştırmalarında ki-kare testi, rölatif risk kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi %5 olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Atak hızı %62,9'dur. Hastalarda en sık bulantı (%88,6), karın ağrısı (%86,7), kusma (%81,0), halsizlik (%78,1), ishal (%73,3) saptanmıştır. Ortalama inkübasyon süresi 3,2±2,2 saattir. Arnavut ciğeri 12.08.2023 tarihinde bir lokantada saat 06:30'da pişirilmiş, 11:20'de yemek firmasına taşınmıştır. Diğer yemekler yemek firmasının mutfağında hazırlanmış olup, 10:00-12:00 saatleri arasında şantiyelere dağıtılmıştır. Yemeklerin her biri ayrı metal küvetlerde 19 şantiyeye teslim edilmiştir. Çoğunlukla ayrı servis kaşığı kullanılarak plastik tabldotlarla şantiyedeki sorumlular tarafından servis edilmiştir. Yemeğin hazırlanması, saklanması ve dağıtılması aşamalarında uygunsuzluklar tespit edilmiştir. Yapılan hızlı testlerde iki gaita numunesinde de Salmonella, Enteroaggregative *E.coli* (EAEC), Enteropathogenic *E.coli* (EPEC), Enterotoxigenic *E.coli* (ETEC); Arnavut ciğeri numunesinde *E.coli* O157, koagülaz pozitif Stafilokok, Stafilokokal enterotoksin, Sülfit indirgeyen anaerob bakteri; tavuk suyu çorbası numunesinde *E.coli* O157 tespit edilmiştir. Alınan su numunesinde

bakiye klor düzeyleri uygun bulunmuştur. Arnavut ciğeri yiyenlerde hastalanma riski yemeyenlere göre 3,2 kattır (%95 GA:1,3-7,8). İncelemede yemeği hazırlayan aşçı izinde olduğu için ulaşılamamış ve numune alınamamıştır.

Sonuç: Bu tek kaynaklı gıda salgınında, kısa inkübasyon süresi, semptomlar, etkenin S.aureus ve enterotoksini olduğunu desteklemektedir. Yemek firmasının hijyen ve gıda saklama koşulları uygun bulunmamıştır. Çalışanlar için hijyen eğitimi, ısı çizelgesi bulundurulması, yemek dağıtımı listelerinin düzenli tutulması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Gastroenterit, Gıda Kaynaklı Salgın, Kohort, Salgın

[S114]
DAĞITILAN MEVLİT YEMEĞİ SONRASI GIDA KAYNAKLI SALGIN, DENİZLİ, 2023

Orhan Alper Koyu[1], Erhan Tiryaki[1], Gülsüm Zoroğlu[1], Hüseyin Değirmenci[2], Yasemin Demirbilek[1], Fehminaz Temel[1], Demet Furkan Sevindi[1], Aysun Yalçı[1], Mehmet Enes Gökler[1], Sedat Kaygusuz[1]
[1]T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Ankara
[2]T.C. Sağlık Bakanlığı Denizli İl Sağlık Müdürlüğü, Denizli

Giriş ve Amaç: Akut barsak enfeksiyonu salgınları dünyada ve ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Ülkemizde halk sağlığı erken uyarı cevap sistemi kapsamında Olay Yönetim Sistemi (OYS) ve sendromik sürveyans Hızlı Sinyal Tespit Sistemleri takip edilmektedir.

Olay Yönetim Sisteminden Denizli ilinde 30 Temmuz 2023'de Göveçlik Mahallesinde dağıtılan mevlit yemeğini yiyenlerin sağlık kuruluşlarına akut gastroenterit semptomları ile başvurduğu öğrenilmiştir. Bu bilgi, akut barsak enfeksiyonu sendromik sürveyansı Hızlı Sinyal Tespit Sistemi ile de doğrulanmıştır. Bu inceleme, salgının boyutunu belirlemek, kaynak ve bulaş yolunu ortaya çıkarmak, olası benzer salgınların tekrarını önlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu retrospektif kohort çalışması, 1-4 Ağustos 2023 tarihleri arasında yapılmıştır. Mevlit yemeğinden (tavuklu pilav ve irmik helvası) yemiş olan kişilere ulaşmak için yemeğin dağıtıldığı tüm haneler ziyaret edilmiş, aile hekimliği ve hastane otomasyon sistem kayıtları incelenerek 182 kişiye ulaşılmıştır. Veri; sosyo-demografik özellikler, tüketilen gıda/sular, hastalanma durumu ve semptomlara ilişkin değişkenleri içeren anket formu ile yüz yüze görüşme veya telefon aracılığıyla toplanmıştır. İki gıda numunesi Salmonella spp., Escherichia coli O 157, Bacillus cereus, sülfit indirgeyen anaerob bakteriler, koagülaz pozitif stafilokok (KPS), Listeria monocytogenes, stafilokokal enterotoksin açısından incelenmiştir. On su numunesi bakiye klor, kimyasal ve mikrobiyolojik açıdan değerlendirilmiş, bir gaita numunesi ise eş zamanlı polimeraz zincir reaksiyonu (RT-PCR) ve kültür ile analiz edilmiştir. Mahallenin su şebeke hattı kontrol edilmiş, aşçı ile görüşülmüş, gıdaların hazırlanma ve dağıtım koşulları yerinde incelenmiştir. Mevlit yemeği dağıtılmadan önce semptomları olan bir kişi analiz dışı bırakılmıştır. Hasta (mevlit yemeğinden yiyen ve bulantı, kusma, karın ağrısı, 3'ten fazla ishal şikâyetinden en az birine sahip olan 85 kişi) ve sağlam (mevlit yemeğinden yiyen ve semptomu olmayan 96 kişi) grupları karşılaştırılmıştır. Analizlerde; sayı, yüzde dağılımı, ortanca (en kısa-en uzun), atak hızı, %95 güven aralığı (GA) ile rölatif risk (RR) ve düzeltilmiş tahmini rölatif risk (TRRadj) kullanılmış, istatistiksel anlamlılık düzeyi %5 olarak kabul edilmiştir. Lojistik regresyon analizine tavuklu pilav yeme ve şebeke suyu içme dahil edilmiştir. İnceleme, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü adına görevlendirme ile salgına müdahale amacıyla yapıldığından, etik kurul onayı alınmamıştır.

Bulgular: Kaba atak hızı %47,0'dir. Görülen semptomlar kusma (%78,8), bulantı (%64,7), ishal (%51,8), karın ağrısı (%49,4) ve ateştir (%8,2). Ateş şikâyeti olan vakaların tamamı hastaneye başvurmuş ve vücut ısılarının 38°C'den fazla olmadığı tespit edilmiştir. Ortanca inkübasyon süresi 3,5 saattir (en kısa-en uzun: 0,5-11). Vakaların %87,1'i acil servise başvurmuş ve bunların %83,8'i yatarak tedavi almıştır. Ortanca yatarak tedavi alma süresi 2 saattir (en kısa-en uzun: 1-8). Yemeklerin bir işyerinin malzemeleri ve şebeke suyu kullanılarak sokakta hazırlandığı ve tavuk ile pilavın tek bir plastik kap içinde karışık dağıtıldığı öğrenilmiştir. Yemeğin hazırlanması, saklanması ve dağıtılması aşamalarında bazı uygunsuzluklar olduğu tespit edilmiştir. Gaita numunesinde Enteroagregatif E. coli, tavuklu pilav numunesinde KPS ve Stafilokokal enterotoksin tespit edilmiştir. Mahallenin şebeke suyu hattında su kalitesini olumsuz etkileyebilecek bakım çalışmaları olduğu görülmüştür. Mevlit yemeğini dağıtan evin ve yemeklerin hazırlandığı işyerinin şebeke suyunda serbest klor olmadığı tespit edilmiştir. Tavuklu pilav yemek hastalıkla ilişkili bulunmuştur (p=0,030; RR=1,6 %95 GA:1,0-2,5). Şebeke suyu içme kontrol edildiğinde; tavuklu pilav yeme hastalık açısından 2 kat riskli bulunmuştur (TRRadj 2,2; %95 GA:1,1-4,5; p=0,035).

Sonuç: Salgın, yemek dağıtımından sonra başlayan, tek kaynaklı salgın özelliği göstermektedir. Semptom

dağılımında bulantı-kusmanın ön planda olması, ishalin daha az görülmesi, ateşin nadir olması ve inkübasyon sürelerinin kısa olması B.cereus ve KPS etkenlerinin neden olduğu gıda intoksikasyonlarını düşündürmüştür. Tavuklu pilav yemeğinde KPS ve enterotoksininin gösterilmesi bu düşünceyi desteklemektedir. Vakalardan yeterli sayıda gaita numunesi alınamaması ve gaita numunesinde KPS veya enterotoksini saptanmaması çalışmanın sınırlılığıdır. Yemek hazırlama ve saklama sırasında hijyen kurallarına yönelik halk eğitimi yapılması ve toplu yemek hazırlayan ve dağıtan kişilere hijyen ve gıda numunesi saklanması eğitiminin verilmesi önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Gastroenterit, gıda kaynaklı, salgın, stafilokokal enterotoksin

[S115]
BAYBURT İL MERKEZİNDE MUSLUK SUYU KAYNAKLI BİR SALGIN, TEMMUZ 2023

Gülser Doğan Türkçelik[1], Muammer Beslen[1], Gökçen Uslu Türkkan[1], Selmur Topal[1], Fehminaz Temel[1], Yavuz Kazık[2], Merve Minnet[2], Aysun Yalçı[1], Mehmet Enes Gökler[1], Sedat Kaygusuz[1]

[1]T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Ankara

[2]T.C. Sağlık Bakanlığı, Bayburt İl Sağlık Müdürlüğü, Bayburt

Giriş ve Amaç: Akut barsak enfeksiyonu (ABE) salgınları dünyada ve ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunu olup Erken Uyarı Sistemi kapsamında izlenmektedir. Bu izlem sırasında 15 Temmuz 2023 tarihinde Bayburt il merkezindeki Devlet Hastanesine karın ağrısı, bulantı, kusma ve ishal şikâyetleri ile başvuruların arttığı saptanmıştır. 2022 yılı temmuz ayı ile karşılaştırıldığında, A09, K52 ve R11 ICD-10 tanı kodlarıyla hastane başvurularında artış görülmüştür. Su ve elektrik kesintisinin olduğu ve klorlamada aksama yaşandığı öğrenilmiştir. Bu inceleme, salgının boyutunu belirlemek, kaynak ve bulaş yolunu ortaya çıkarmak, benzer salgınların tekrarını önlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu vaka kontrol çalışması, 19-22 Temmuz 2023 tarihlerinde yapılmıştır. Veriler; sosyo-demografik özellikler, şikâyetler, içme ve kullanma suyu tüketimi, ortak etkilenim, su kesintisi, su deposu/kuyu kullanma durumu ve kanalizasyon-alt yapı çalışması bilgilerini içeren bir anket formuyla yüz yüze toplanmıştır. 21 gaita numunesi hızlı antijen testiyle, 8 gaita numunesi ise real-time polimeraz zincir reaksiyonu (RT-PCR) ve kültür ile analiz edilmiştir. İl merkezinin su şebeke hattı kontrol edilmiş, klorlama merkezi, kaynaklar ve depoların fiziki koşulları yerinde incelenmiştir. 28 su numunesi bakiye klor, kimyasal ve mikrobiyolojik açıdan değerlendirilmiş, şüphelenilen kaynaktan alınan su numunesi Norovirüs ve Rotavirüs açısından incelenmiştir. Vaka kontrol çalışması için örnek büyüklüğü; %95 güven aralığı (GA), %80 güç, %20 cevapsızlık hızı öngörülerek hesaplanmıştır. Kontroller semptomu olmayan en yakın komşulardan seçilmiştir. Analizlerde; sayı, yüzde dağılımı, ortanca (IQR), atak hızı, %95 GA ile tahmini rölatif risk (OR) ve düzeltilmiş tahmini rölatif risk (ORadj) kullanılmış, istatistiksel anlamlılık düzeyi %5 olarak kabul edilmiştir. Lojistik regresyon analizine yaş, damacana/kaynamış su ve musluk suyu dahil edilmiştir. İnceleme, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü adına salgına müdahale amaçlı yapıldığından, etik kurul onayı alınmamıştır.

Bulgular: İl merkezinde ABE nedeniyle başvuran kişi sayısı 6474 olup kaba atak hızı %9,2'dir. Vakaların bir kısmı yatarak tedavi edilirken, ölüm olmamıştır. Vakaların %56'sı kadın ve %36,4'ü 15 yaş altındadır. 15 yaş altında atak hızı %17,5'tir. Olası vakaların (n=336) semptomları; ishal (%92,3), bulantı (%88,4), kusma (%87,5), karın ağrısı (%86,6) ve ateştir (%41,1). İlde şebeke suyu iki kaynaktan sağlanmakta ve tek bir merkezde klorlama yapılarak dağıtılmaktadır. Su kaynaklarından birine sulama kanalından sızıntı olduğu, klorlama merkezinde arıza yaşandığı, depolarda su kalitesini olumsuz etkileyebilecek bakım eksiklikleri olduğu belirlenmiştir. Ortak bir etkilenimi gösteren etkinlik veya yemek yeme öyküsü tespit edilmemiştir. Şebeke ve mahalle çeşmelerinden alınan su numunelerinde mikrobiyolojik kirlilik tespit edilmiştir. Kaynak noktasından alınan su numunesinde Rotavirüs pozitif ve Norovirüs GI/GII negatiftir. Gaitada hızlı tanı antijen testlerinde bir kişide Rotavirüs ve bir kişide de RT-PCR ile Norovirüs GI/GII tespit edilmiştir. Musluk suyu içmek hastalıkla ilişkili bulunurken (p<0,001; OR=1,7 %95 GA:1,3-2,3), damacana veya kaynamış su içmek koruyucu bulunmuştur (p<0,001; OR=0,5 %95 GA:0,4-0,7). Yaş ve damacana/kaynamış su içmek kontrol edildiğinde; musluk suyu içme ORadj 1,7 (p=0,011; %95 GA:1,1-2,4) kat ilişkili bulunmuştur.

Sonuç: Salgın, klorlama merkezindeki arıza ve klorlamanın kesintiye uğramasından sonra başlayan, tek kaynaklı salgın özelliği göstermektedir. Semptom dağılımında bulantı-kusmanın ve ishalin ön planda olması, vakaların 3'te birinin 15 yaş altında olması ve vakaların il merkezinde yaygın olarak bulunması salgının su kaynaklı Rotavirüse bağlı bir salgın olabileceğini düşündürmüştür. Vaka kontrol çalışmasında musluk suyu içmenin hasta olmak ile ilişkili olması ve kaynak noktasından alınan su numunesinde Rotavirüs tespit edilmesi bu düşünceyi desteklemektedir. Kaynak noktasında yapılan çevre ıslah çalışmaları, klorlamanın devamlılığının sağlanması ve şebeke suyunun sürekli izlenmesi sonrasında vaka sayıları düşmüştür. Vakalardan salgının erken döneminde gaita numunesi alınamaması çalışmanın sınırlılığıdır.

Anahtar Kelimeler: Gastroenterit, Rotavirüs, Salgın, Vaka-Kontrol

[S116]
TÜRKİYE'DE CİNSİYETE GÖRE İDRAR KAÇIRMA SORUNU: TOPLUM TEMELLİ BİR ÇALIŞMA

Melike Yavuz[1], **Nilay Etiler**[2]
[1]*Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul*
[2]*İstanbul Okan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul; University of Nevada Reno, School of Public Health, Nevada, United States*

Giriş ve Amaç: İdrar kaçırma, genellikle kadınların sorunu olarak görülmesine rağmen her iki cinsiyeti de etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu çalışma, idrar kaçırmanın erkeklerde ve kadınlarda yaygınlığını ve belirleyicilerini, cinsiyet faktörlerini dikkate alarak kapsamlı bir şekilde incelemeyi amaçlamıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu kesitsel çalışmada, Türkiye'de idrar kaçırma sıklığını ve ilişkili faktörleri araştırmak için, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yürütülen 2019 Türkiye Sağlık Araştırması'ndan (TSA) elde edilen mikro veriler analiz edilmiştir. TSA, ulusal temsili bir örneğe dayanmaktadır. Bu çalışmadan, 9740 hanede yasayan ve yaşları 15 ile 74 arasındaki 13.383 kişi (6.038 erkek ve 7.345 kadın) analize alınmıştır. TSA verileri, örneğe seçilen hanelerin ziyaretleri sırasında yapılan yüz yüze görüşmeler yoluyla toplanmıştır. Veri seti, idrar kaçırma, vücut kitle indeksi (VKİ), fiziksel aktivite, sigara içme durumu ve kronik hastalıklar gibi çeşitli sosyodemografik ve sağlıkla ilgili değişkenleri içermektedir. İdrar kaçıma ile ilişkili faktörleri belirlemek için yapılan istatistiksel analizlerde, ki-kare testi ve lojistik regresyon modeli kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışma sonuçlarına göre 13.383 kişi arasından 1172 (%8,8)›sinin son 12 ayda idrar kaçırma sorunu yaşadığı saptanmıştır. Bu prevalans cinsiyetler arasında önemli ölçüde farklılık göstermektedir. Kadınlarda prevalans %11,4 (n= 835) ile önemli ölçüde daha yüksekken, erkeklerde %5,5 (n=337) ile nispeten daha düşüktür (p =0,000). Bu cinsiyet farkı yaşla birlikte azalmaktadır. Örneğin, 34-44 yaş grubundaki kadın/erkek oranı 6,9 iken 65-74 yaş grubunda bu oran 1,4'e gerilemektedir. Medeni durum idrar kaçırma sıklığında etkilidir (erkek ve kadın için sırasıyla p=0,000 ve p=0,000). Ayrılmış, boşanmış veya dul bireylerde, özellikle de kadınlarda, %19,3 (n=1030) ile en yüksek yaygınlığa sahiptir. İstihdam durumu da idrar kaçırma sıklığını etkilemektedir (erkek ve kadın için sırasıyla p=0,000 ve p=0,000). Çalışan erkekler %2,5 (n=88) ile en düşük sıklığa sahipken, emekli kadınlar %20,0 (n=101) ile en yüksek sıklığa sahiptir. Lojistik regresyon analizi, kadınlarda idrar kaçırmanın yaş, düşük eğitim düzeyi, yüksek VKİ, düşük algılanan sağlık durumu, KOAH ve diyabet varlığı, düşük fiziksel aktivite düzeyi ve sigara kullanımı ile arttığını göstermektedir. Erkeklerde ise idrar kaçırma, yaş, düşük eğitim düzeyi, düşük algılanan sağlık durumu, KOAH ve diyabet varlığı ile artmıştır.

Sonuç: Bu çalışma, idrar kaçırma ile mücadelede cinsiyete özgü sağlık hizmetleri stratejilerinin öneminin altını çizmektedir. İdrar kaçırma sıklıkla kadınlarla ilişkilendirilse de bu araştırma, bunun özellikle yaşlandıkça erkekleri de eşit derecede etkilediğini ortaya koymaktadır. İdrar kaçırmanın temel belirleyicileri; yaş, eğitim, istihdam, yaşam tarzı ve sağlık koşullarıdır. Düşük eğitim, işsizlik ve sigara içme, özellikle kadınlarda idrar kaçırma riskini artırırken, bireylerin sağlık durumu algısı ve kronik durumlarının yönetimi her iki cinsiyet açısından da önemlidir. Özellikle kadınlar arasında sağlıklı bir VKİ ve aktif bir yaşam tarzının sürdürülmesi, idrar kaçırmanın önlenmesinde faydalı görünmektedir. Sonuç olarak, bu çalışma, idrar kaçırmanın çok yönlü yapısını göz önünde bulundurarak buna yönelik özel müdahaleler için önemli bilgiler sunmaktadır. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, bir halk sağlığı sorunu olan idrar kaçırmanın önlenmesine katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: İdrar kaçırma, toplumsal cinsiyet, prevalans

[S117]
YETİŞKİN BİREYLERİN KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR RİSK FAKTÖRLERİ BİLGİ DÜZEYİNİN RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI VE BİYOFİZYOLOJİK ÖLÇÜMLERLE İLİŞKİSİ

Nurbanu Odacı[1], Belgin Akın[1], Feyza Kocakurt[2]
[1]Lokman Hekim Üniversitesi,Sağlık Bilimleri Fakültesi,Halk Sağlığı Hemşireliği Bölümü, ANKARA/TURKEY
[2]Lokman Hekim Üniversitesi,Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Halk Sağlığı Hemşireliği, ANKARA/TURKEY

Giriş ve Amaç: Bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) tüm ülkeleri ve tüm yaş gruplarını etkilemesi nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Bu çalışmanın amacı, yetişkinlere yönelik kardiyovasküler hastalık risk faktörleri taraması yaparak bireylerin kardiyovasküler hastalık risk faktörlerine yönelik davranışları ve bilgi düzeyleri arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, tanımlayıcı tipte yürütülmüş olup Ankara Mamak Belediyesi'ne bağlı 5 Aile Merkezi'ne kayıtlı 18 yaş üstü bireylerle Nisan-Haziran 2023 tarihleri arasında yürütülmüştür. Merkezlere kayıtlı 5353 birey çalışmanın evrenini oluşturmaktadır. Çalışmanın minimum örneklem büyüklüğü G*Power paket program ile hesaplanmıştır. Güç analizi hesaplaması sonucunda minimum örneklem büyüklüğü %95 güç için 0,05 anlamlılık düzeyinde 119 birey olarak bulunmuştur. Çalışmada herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmamış olup evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışma 487 kişi ile tamamlanmıştır. Çalışmanın tanımlayıcı verileri 487 kişi üzerinden verilmiş olup bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişki incelenirken kadın ve erkek sayısını dengelemek için minimum örneklem sayısı göz önünde bulundurularak 120 kişiden oluşan ikinci bir veri seti oluşturulmuştur. Bu veri seti oluşturulurken kadın katılımcılardan 367 kişi rastgele olacak şekilde veri setinden çıkarılmıştır. Araştırmaya Türkçe konuşan ve 18 yaş üstü bireyler dahil edilmiştir. Dışlama kriterleri ise iyi düzeyde Türkçe konuşamayan kişilerdir. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulmuş "Anket Formu" ve Arıkan ve arkadaşları (2009) tarafından geliştirilen "Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRIF-BD) Ölçeği" kullanılmıştır. Anket formu; Sosyodemografik Bilgiler, Sağlık Bilgileri, Sağlık Davranışları ve Sağlık Hizmeti Kullanımı olmak üzere toplamda 4 bölümden ve 22 sorudan oluşmaktadır. KARRIF-BD Ölçeği ise 3 alt boyut ve 28 sorudan oluşmaktadır. Bu ölçekten alınabilecek en düşük toplam puan 0, en yüksek toplam puan 28'dir. Ölçeğin alt boyutları ise "KVH'nin özellikleri", "KVH risk faktörleri" ve "KVH'den korunabilirlik"tir. Ölçeğin test iç tutarlılık katsayısı (Cronhbach alfa) 0.768'dir. Biyofizyolojik ölçümler için ise tüm merkezlerde standart marka glukometre, yetişkin boy manşonlu manuel tansiyon aleti, mezura, 100 gr'a duyarlı dijital baskül kullanılmıştır. Verilerin toplanmasında Lokman Hekim Üniversitesi Hemşirelik bölümü 4.sınıf öğrencileri görev almıştır. Anket formları Google Forms üzerinden bireylerle yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. Biyofizyolojik veriler ise literatüre dayalı olarak araştırmacılar tarafından hazırlanan yönergeye uygun olarak toplanmıştır. Veriler SPSS 27.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin analizinde tanıtıcı veriler yüzdelik ve sıklık analizleri ile verilmiştir. Bağımsız değişkenler ile ölçek puanları arasındaki ilişki ölçek normal dağılıma uymadığı için nonparemetik testlerden Kruskal-Wallis ve Mann-Witney U (2 samples) testleri analizi ile incelenmiştir. Araştırma Lokman Hekim Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 16.05.2023 tarih ve 2023/69 sayılı kararı uyarınca araştırma etik olarak uygun bulunmuştur. Ayrıca Mamak Belediyesi ve katılımcılardan da gerekli izinler alınmıştır. Araştırmada erkek bireylere ulaşamamak bir sınırlılık olarak değerlendirilmiştir. Buna ilişkin ilişkisel analizlerde erkek ve kadın sayısı eşitlemek için örneklem güç analizine dayalı olarak 120 kişiden oluşan örneklem sayısına düşürülmüştür.

Bulgular: Araştırmaya katılanların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde yaş ortalaması 42,02±13,4'dir. Çalışmaya katılanların çoğunluğu %91,0'ı kadın; %78,2'si evli; %41,7'si ilkokul mezunu; %69,6'sı ev hanımı; %73,5'inin algılanan gelir durumu orta; %70,2'sinin en uzun süre yaşadığı yerin il olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılanların sağlık bilgileri incelendiğinde %41,7'sinin bir veya daha fazla kronik hastalığı bulunmakta ve en çok %20,1 ile kardiyovasküler hastalıklar, ikinci sırada %19,5 ile endokrin hastalıklar bulunmaktadır. Katılımcıların %20,5'inin günlük olarak sigara kullandığı ve %1,6'sının hemen hemen her gün alkol kullandığı

görülmüştür. Katılımcıların %39,4'ü bir tepeleme çay kaşığından (5 gr) fazla tuz tüketmekte; %34,1'ise günde 5 porsiyondan az meyve ve sebze tüketmektedir. Çalışmaya katılanların %48,3'ü her zaman/sık sık stresli hissettiğini bildirmiştir. Katılımcıların %48,8'inin haftada 150 dk'den az fiziksel aktivite yaptığı görülmüştür. Katılımcıların sağlık hizmetlerine en sık başvurma nedeninin %76,4 ile tedavi ve rehabilite edici hizmetler olduğu görülmüştür.

Bel çevresi ölçümünde kadınların %49,9'unun yüksek risk altında, erkek katılımcıların ise %31,8'inin ise yüksek risk altında olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %32,4'ünün fazla kilolu, %41,5'inin ise obez olduğu görülmüştür. Katılımcıların %44,8'inin sistolik kan basıncının yüksek olduğu, %36,8'inin ise diastolik kan basıncının yüksek olduğu görülmüştür. Diyabeti olmayan bireylerin %10,2'sinin tokluk kan şekerinin yüksek, %2,8'inin ise açlık kan şekerinin yüksek olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılanlar KARRIF-BD Ölçeğinden ortalama 20,0 ±3,7 puan almıştır. Katılımcıların KARRIF-BD ölçeğinin KVH'nin Özellikleri alt boyutundan ortalama 20,3 ±1,0, KVH'nin Risk Faktörleri alt boyutundan ortalama 11,3 ±2,3; KVH'den Korunma boyutundan ortalama 6,3 ±1,5 puan almıştır. Araştırmaya katılanların KARRIF-BD ölçeğinden aldıkları puanların dağılımı incelendiğinde; sistolik kan basıncı ölçümüne göre (p=0,031) ve kolon taraması durumuna göre (p=0,001) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

Sonuç: Çalışmamız katılımcıların kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyinin iyi olduğunu göstermektedir. Buna rağmen riskli davranış yaygınlığının ve obezite oranının yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca bireylerin tedavi edici hizmetleri daha sık kullandığı saptanmıştır. Bölgede sağlıklı yaşam davranışlarını teşvik edecek girişimlere ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Bulaşıcı olmayan hastalıklar, kardiyovasküler hastalıklar, Sağlık Davranışları

[S118]
MARDİN İLİ ARTUKLU İLÇE MERKEZİNDE YAŞAYAN 18 YAŞ VE ÜZERİ YERLİ VE GÖÇMEN BİREYLERDE KRONİK HASTALIK RİSK FAKTÖRLERİ, SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Vasfiye Bayram Değer[1], **İbrahim Dağ**[1], **Hülya Keskin**[1], **Havva Kaçan**[2], **Mehmet Zülkif Karahan**[3]
[1]*Mardin Artuklu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi*
[2]*Kastamonu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi*
[3]*Mardin Artuklu Üniversitesi Tıp Fakültesi*

Giriş Kronik hastalıklar tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunu olup en önemli küresel mortalite ve morbidite nedenlerindendir. Bu araştırmanın amacı Mardin İli Artuklu İlçe merkezinde yaşayan 18 yaş ve üzeri yerli ve göçmen bireylerde kronik hastalık risk faktörleri, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi' dir.

Greç ve Yöntem: Kesitsel ve tanımlayıcı tipte olan bu araştırmanın evrenini yerli nüfusta Mardin Artuklu ilçe merkezindeki ASM' lere ve Göçmen Sağlığı Merkezine kayıtlı 18 yaş ve üzeri bireyler oluşturmuştur. Araştırma yerli nüfusta 540, göçmen nüfusta 385 birey ile tamamlanmıştır. Araştırma için Mardin Artuklu Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan 09.11.2022 tarih ve 2022/13-7 sayılı etik, İl Sağlık Müdürlüğünden kurum izni alınmıştır. Veriler 4 bölümden oluşan bir veri formu aracılığıyla yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Veriler SPSS programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, Ki-Kare ve Fisher exact testleri, t testi, stepwise regresyon analizi kullanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenmiştir.

Bulgular: Yerli ve göçmen bireylerde gruplar yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir (X^2=24,607; p=0,000<0.05). Göçmen bireylerin en fazla %37,7 ile 25-34 yaş grubunda toplandığı, yerli bireylerin ise en fazla %26,9 ile 25-34 yaş grubunda olduğu görülmektedir. Yerli ve göçmen bireyler çalışma durumuna göre (X2=12,871; p=0,000<0.05), sosyal güvencesine göre (X^2=298,168; p=0,000<0.05), gelir düzeyine göre (X^2=94,141; p=0,000<0.05), konut tipine göre (X^2=32,976; p=0,000<0.05), tütün ve mamülleri kullanma durumunagöre(X^2=0,525;p=0,258>0.05),alkollüiçecektüketimdurumunagöreanlamlıfarklılıkgöstermektedir (X^2=37,971; p=0,000<0.05). Gruplar BKİ değerine göre (X^2=11,943; p=0,008<0.05), egzersiz yapma durumuna göre (X^2=11,961; p=0,003<0.05), tanı konulmuş kronik hastalık varlığına göre anlamlı farklılık göstermektedir. (X^2=4,706; p=0,018<0.05). Göçmen bireylerin %73,5'inde tanı konulmuş kronik bir hastalık söz konusuyken, yerli bireylerin %66,9'u tanı konulmuş kronik hastalığının olmadığını ifade etmiştir. Yerli ve göçmen bireyler tüketilen yağ türüne göre anlamlı farklılık göstermektedir (X^2=63,516; p=0,000<0.05). Gruplar arasında yemeğin tadına bakmadan tuz atma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık söz konusudur (X^2=19,834; p=0,000<0.05). Gruplar tüketilen ekmek türüne göre anlamlı farklılık göstermektedir (X^2=31,687; p=0,000<0.05). Gruplar günlük meyve/sebze tüketimine göre anlamlı farklılık göstermektedir (X^2=50,735; p=0,000<0.05). Yerlilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanları ($\bar{x}$=140,626), göçmenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanlarından ($\bar{x}$=123,146) yüksek bulunmuştur. Katılımcıların gruba göre bel/kalça oranı puanları ($t_{(923)}$=2.005; p=0.042<0.05), toplam met puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($t_{(923)}$=-6.198; p=0.000<0.05). Katılımcıların gruba göre anksiyete puanları ($t_{(923)}$=-5.260; p=0.000<0.05), depresyon puanları (t(923)=-5.850; p=0.000<0.05), olumsuz benlik puanları (t(923)=-2.840; p=0.002<0.05), somatizasyon puanları (t(923)=-6.424; p=0.000<0.05), hostilite puanları (t(923)=-6.386; p=0.000<0.05) anlamlı farklılık göstermektedir. Göçmenlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Toplam puanları düzeyindeki toplam değişim %40.8 oranında kronik hastalık hakkında bilgi sahipliği, olumsuz benlik, toplam met, sosyal güvence, bel çevresi, cinsiyet, konut tipi tarafından açıklanmaktadır (R^2=0,408). Yerli bireylerde Sağlıklı

Yaşam Biçimi Davranışları Toplam düzeyindeki toplam değişim %12.1 oranında hostilite, gelir düzeyi, aktivite rahatsızlığı varlığı, kronik hastalık hakkında bilgi sahipliği, tütün ve mamülleri kullanma durumu tarafından açıklanmaktadır (R^2=0,121).

Sonuç: Kronik hastalıkların önlemesine odaklanılması durumunda sağlık faydaları ve ekonomik faydalar bakımından büyük bir kazanç mevcuttur. Müdahale paketlerinin uygulanması, sağlık, finans, ekonomi ve tarım gibi multisektöryel yaklaşım gerektirmektedir. Hastalığın erken teşhisi için tarama programları, İnsanları uzun vadeli çoklu kronik durumları yönetme konusunda desteklemek, Daha sağlıklı yaşam tarzlarının benimsenmesini desteklemek (örn. sigarayı bırakmak, fiziksel aktiviteyi artırmak, beslenme) öneriler arasındadır.

Anahtar Kelimeler: Kronik hastalıklar, risk faktörleri, sigara, alkol, fiziksel aktivite, göçmen

Not: Bu araştırma BAP PROJESİ verileridir.

[S119]
BİR TARAMA PROGRAMINDA MEME KANSERİ TANISI ALANLARDA VE ALMAYANLARDA RİSK DEĞERLENDİRMESİ: OLGU KONTROL ÇALIŞMASI

Seda Şaşmaz[1], Sultan Eser[2]
[1]Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi KETEM Birimi
[2]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Meme kanseri, dünyada ve ülkemizde en sık görülen kadın kanseridir ve önemli bir halk sağlığı sorunudur. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde insidans ve mortalite hızlarında ciddi artışlar gözlenmektedir. Öte yandan pek çok ülkede meme kanserini erken yakalamak için yapılan tarama programlarında taramaya katılım için tek belirleyici faktör yaştır. Oysaki kadınların genetik yapısı, yaşam tarzı ve çevresel faktörlerinin farklılığına bağlı olarak risk düzeyleri de farklıdır. Etkinliği ve maliyet etkinliği tartışmalı olan kitlesel meme kanseri tarama programları yerine risk gruplarına göre tabakalı programlar uygulamak etkinliği ve maliyet etkinliği artırabilir. Çalışmamızda, ülkemizde, tabakalı tarama modellerinin uygulamasında kullanılmak üzere en uygun risk tahmin modelini saptamak veya oluşturmak üzere, doğruluğu kanıtlanmış mevcut risk ölçüm araçlarının toplumumuza uygunluğunun belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Olgu kontrol tasarımında olan araştırma Ağustos 2021-Ocak 2023 tarihleri arasında Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi KETEM Birimi'nde yapılmıştır. Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi KETEM Birimi'ne Ocak 2018-Temmuz 2021 tarihleri arasında meme kanseri taramasına katılmış 11,683 kadın çalışmanın evrenini oluşturmaktadır. 57 meme kanseri hastası almış kadın, olgu grubunu ve yaşa tabakalı rastgele sistematik örnekleme yöntemiyle seçilen 228 meme kanseri tanısı almamış katılımcı, kontrol grubunu oluşmuştur. Çalışma Balıkesir Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (04.03.2022 ve e-11811414-050.03-122894 sayılı) etik kurul onayı alınarak gerçekleştirilmiştir. Çalışma gerçekleştirilirken destekleyen ve finansman sağlayan herhangi bir kuruluş bulunmamaktadır.Veriler; tanıtıcı bilgi formu, Gail modeli, Sağlık Bakanlığı formu ve Tyrer Cuzick modeli kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Meme kanseri tanısı almış olup olmama bağımlı değişkeni ve Gail risk puanı, Tyrer Cuzick risk puanı, T.C. Sağlık Bakanlığı risk değerlendirme puanı bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır. Verilerin değerlendirilmesinde Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 25 programı kullanılmıştır. Gail modelinin, Sağlık Bakanlığı formunun ve Tyrer Cuzick modelinin toplumumuz için uygunluk durumunun değerlendirilmesi Roc analizi ile yapılmıştır.

Bulgular: Gail modeli, önümüzdeki 5 yıl içinde ve yaşam boyunca invaziv meme kanseri gelişimi tahmini açısından toplumumuz için uygun ölçüm yapmamaktadır (sırasıyla p=0.23 ve p=0.92). Sağlık Bakanlığı formu toplumumuz için uygun ölçüm yapmaktadır (P=0,017). Tyrer Cuzick modeli ile yapılan ölçümle önümüzdeki 10 yıl içinde invaziv meme kanseri gelişme risk puanları ve Tyrer Cuzick modeli ile yapılan ölçümle ömür boyu invaziv meme kanseri için bulunan risk puanları toplumumuz için uygun ölçüm yapmaktadır (sırasıyla p=0.045 ve p=0.032).

Sonuç: Gail modelinin toplumumuz için uygun ölçüm yapmadığı, Sağlık Bakanlığı risk ölçüm formunun ve Tyrer Cuzick modelinin toplumumuz için uygun ölçüm yaptığı belirlenmiştir. Çalışma KETEM Biriminde tarama sonrasında, riskli katılımcıların takiplerinin yapılarak meme kanseri teşhisi alan ve tarama sonrası sağlıklı katılımcıları kapsaması açısından öncü çalışma olması ve toplumumuz için uygun meme kanseri risk ölçüm araçlarının belirlenebilmiş olması ile literatüre katkı sağlamaktadır. Belirlenen risk faktörlerinin meme kanseri üzerine etkisini incelemek için daha büyük örnek büyüklüğü ile çalışmalar, çok merkezli olgu kontrol çalışmaları ve ülkemizde yapılan meme kanseri çalışmalarının dahil edildiği sistematik değerlendirme ve meta analiz çalışmalarının yapılması önerilebilinir. Ulusal ya da Bölgesel Tarama Kayıt Merkezleri (screening registry) kurulması bu tür çalışmalara büyük katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Gail risk modeli, meme kanseri, Sağlık Bakanlığı Formu, Tyrer-Cuzick risk modeli

[S120]
KAMU KURUMLARINDA ÇALIŞAN KADINLARIN MEME KANSERİNDEN KORUNMA DAVRANIŞLARININ ARAŞTIRILMASI

Kezban Yavuz Emik[1], **Neşe Yürekli**[2], **Nidal Sapmaz**[3]
[1]*Çanakkale İl Sağlik Müdürlüğü*
[2]*Bursa Yıldırım İlçe Sağlık Müdürlüğü*
[3]*Şanlıurfa Eyyübiye İlçe Sağlik Müdürlüğü*

Giriş ve Amaç: Kamu kurumları, toplumun farklı kesimlerinden gelen kadınların çalışma hayatına dahil olduğu önemli bir platformdur. Kadınların kamu sektöründe çalışma oranındaki artış, bu kesimin sağlık konularına yönelik duyarlılığını ve ihtiyacını vurgulamaktadır.Kadınlarda en sık görülen meme kanseri hakkında önleyici sağlık davranışlarının bu grupta çalışılması öncelikli hedefler arasında olmalıdır.

Meme kanserinde en önemli koruyucu sağlık davranışları kendi kendine meme muayenesi ve mamografi ile taranmadır. Bu davranışları etkileyecek olan kişilerin kendi sağlığı üzerinde geliştirdikleri inançlarıdır.Sağlık İnanç Modeli, kişilerin sağlık davranışlarına olan yaklaşımlarını ve eğilimlerini, riskleri değerlendirmelerini, hastalık algısını, tedaviye uyumu ve koruyucu davranışları anlamak amacıyla kullanılan bir modeldir. Çalışmamızın amacı kamu kurumlarında çalışan kadınların meme kanserinde erken tanı aracı olan kendi kendine meme muayenesi yapma ve mamografi taramasına katılımlarını etkileyen sağlık inanç ve davranışlarının değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan çalışmamız Ocak-Haziran 2023 tarihlerinde bir kaymakamlığa bağlı sekiz kamu biriminde gerçekleştirilmiştir. Örneklem seçilmemiş, çalışmaya katılmayı kabul eden tüm kadın çalışanları araştırmaya dahil edilmiştir. 41 kadın çalışan ile yüz yüze anket uygulanmıştır. Katılımcılara sosyodemografik özellikler, gebelik ve emzirme öyküsü, meme ile ilgili hastalık öyküsü, kendi kendine meme muayenesi (KKMM) bilgi ve uygulama durumları ve Sağlık İnanç Modeli ölçeğinden oluşan anket soruları sorulmuştur. Meme kanserinde Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Gözüm ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirliği çalışılmış bir ölçektir. "duyarlık (3 madde), önemseme(6 madde), sağlık motivasyonu (5 madde), KKMM yararları (4 madde), KKMM engelleri (8 madde), KKMM öz etkililiği (10 madde), mamografi yararları (5 madde) ve engelleri (11 madde)" olmak üzere sekiz alt boyuttan oluşan 5'li likert tipi bir ölçektir. Her alt boyut kendi içerisinde puan ortalamaları alınarak yüksek ya da düşük olma durumlarına göre değerlendirilmektedir. Verinin analizinde frekans, aritmetik ortalama, standart sapma, yüzde gibi tanımlayıcı istatistikler ile normal dağılım gösteren verilerde tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve t testi, normal dağılım göstermeyen verilerde Kruskall Wallis ve Mann Whitney U testleri kullanılmıştır.Gerekli etik kurul izni alınmıştır.

Bulgular: Katılımcıların ortalama yaşı 31,7(±15,3) olup, 8 farklı kamu biriminden katılım sağlanmıştır. En fazla katılım oranına sahip meslek grubu büro personelidir. Ortalama çalışma yılı 3,51 (±3,07), %48,8'i evli, hepsi lisans ve üzeri eğitim almıştır. İlk adet yaşı ortalaması 13,5 (±1,0) olup ilk doğum yaşı ortalaması 27,5 (±2,2)'tir. %41,4'ü en bir kez doğum yaşamış olup, doğum yapanların %79,9'u bebeklerini emzirmiştir, ortalama emzirme süresi 12,5 (±7,0) aydır. Klinik meme muayenesi yaptıranların oranı %9,7 olup %14,6'sı en az bir kez mamografi çektirmiştir. Katılımcılardan %75,6'sı kendi kendine meme muayenesi nedir bilirken, %51,2'si nasıl yapıldığını bilmekteydi. Kadınların meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeği alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; duyarlılık 7.59 (±2,2), önemseme 18,8 (±6,0), sağlık motivasyonu 18,67 (±5,8), KKMM yararları 14,29 (±4,2), KKMM engelleri 18,34 (±6,2), KKMM öz etkililiği 26,38 (±9,6), mamografi yararları 17,29 (±3,8), mamografi engelleri 27,6 (±9,4) olduğu belirlenmiştir.

Sonuçlar: Bu çalışmada, kamu kurumlarında çalışan kadınların meme kanserinden korunma davranışlarını etkileyen sağlık inançlarını anlamaya yönelik bir adım atmak amaçlanmıştır. Bulgular, katılımcıların sağlık inanç modeli alt boyutlarında farklılıklar gösterdiğini ortaya koymuştur. Eğitim seviyesi lisans ve üzeri olan katılımcıların kendi kendine meme muayenesi yararları ve öz etkililiği konularındaki düşük puanları, bu

grubun meme kanseri korunma davranışlarını etkileyen inançlarına dikkat çekmektedir. Bununla birlikte, meme kanseri korunma davranışlarına yönelik algılanan engeller ve mamografi engelleri konularında yüksek puanlar elde edilmiştir, bu da belirli faktörlerin bu davranışların benimsenmesindeki engelleri vurgulamaktadır. Bu çalışma bir ilçede kamuda çalışan kadınlarda yürütülmüştür. Bu nedenle sonuçlar sadece bu populasyona genellenebilir. Ayrıca kadınların KKMM yapma, uygulama, bilme durumları kendi bildirimlerine göre değerlendirilmiştir. Çalışmanın sınırlamaları da göz önüne alındığında farklı yaş grupları, meslekler ve coğrafi bölgeler üzerinde daha kapsamlı çalışmalar yürütülerek, meme kanseri korunma davranışlarını etkileyen faktörlerin daha iyi anlaşılması hedeflenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık İnanç modeli, kendi kendine meme muayenesi, meme kanseri

[S121]
KANSER KONULU 21. YÜZYIL SİNEMA FİLMLERİNDE KANSERİN İŞLENİŞİ: TANIMLAYICI BİR ÇALIŞMA

Meltem Şengelen, Muradiye Cengiz, Nagihan Büşra Balaban, Zeynep Gülhan Teke, Nihat Doğa Pamuk, Gülistan Yeşilyurt, Melisa Yıldırım
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş ve Amaç: Sinema filmlerinde çeşitli boyutlarıyla yer alan kanser önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu araştırmada, kanserin sinema filmlerinde nasıl işlendiğinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: International Movies Database (IMDB) platformunda 2000 yılından itibaren "cancer" anahtar kelimesi ile ulaşılan 357 film araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Bunlardan 280'i ana karakter veya yakınının kanser tanısı olmayan, kanser tanısının ana konu olmadığı filmler olduğu; 16'sı İngilizce dışında yabancı dilde oldukları; 12'si kanser tanısı alan hastaların son aylarını konu aldıkları için dışlanmıştır. Çalışma grubunu 24 film oluşturmuştur. Filmlere, üye olunan online platformlardan Türkçe altyazılı olarak erişim sağlanmıştır. Etik kurul izni gerekmemiştir. Ön deneme yapılarak araştırmacılar arasında uyum sağlanmıştır. Filme ve karaktere ilişkin özellikler, hastalık sürecindeki bireysel faktörler, hastalık sürecindeki çevresel faktörler, hastalık süreci, hekimin rolü ve hastalık sürecinin filme yansıması başlıkları altında 57 soruluk veri toplama formu kullanılmıştır. Her film iki araştırmacı tarafından değerlendirilmiş, veri formları karşılaştırılarak fikir birliği sağlanmıştır. Veri analizinde SPSS v.26 programı kullanılmış, tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde ile sunulmuştur.

Bulgular: Araştırmada, 2000-2023 yılları arası 24 filmdeki 25 karakterin analizi yapılmıştır. Çoğunluğu (n=20) Amerika Birleşik Devletleri (ABD) yapımı filmlerdir. Film süreleri ortalama 102,3±11,4; ortanca 100,5; minimum 78,0; maksimum127,0 dakikadır. Karakterlerin 12'si yetişkin, 10'u çocuk ve 2'si yaşlı; 13'ü kadın, 12'si erkektir. Karakterlerin 15'i ötimik, 7'si çökkün, 3'ü taşkın duygu durumuna sahiptir. Sosyoekonomik durumu kötü olan 1 karakter, ailesinde kanser hastası olan 2 karakter vardır. En sık hastalık belirtisi halsizlik (n=16), ağrı (n=14), depresyondur (n=12). Sağlık kuruluşuna başvuran 21 karakter vardır. Karakterlerin 19'u tedavi almakta (ikisi ilerleyen zamanda tedaviyi reddetmiş), 6'sı almamaktadır. Halsizlik, kusma, ağrı, bulantı ve saç dökülmesi en sık tedavi yan etkileridir. Karakterlerin 20'si (%80) ölmüştür. Hekimin rolünün işlendiği 22 film vardır, bunlardan 11'inde hekim bilgilendirici iletişim türünü kullanmakta, 21'inde tıbbi destek vermekte, 8'inde sosyal destek sağlamaktadır. Karakterlerin tama yakını hastalıkla başa çıkmak için sosyal destek -en çok aile desteği (n=18)- almaktadır. Kanser hastası olan 10 çocuk karakterden 6'sı lösemi, 15 erişkin ve yaşlı karakterden 2'si meme, 1'i akciğer kanseridir. Lösemi hastası 6 karakter ve akciğer kanseri olan 1 karakter filmin sonunda ölmüştür. Karakterlerin 14'ü alkol, 3'ü uyuşturucu madde, 2'si sigara tüketmektedir, bunlardan sırasıyla 11'i, 2'si, 2'si ölmüştür.

Sonuç: Akciğer kanseri dünya genelinde erkeklerde ve kadınlarda en sık 2. sırada görülen ve en çok öldüren kanser olmasına karşın sadece bir karakterde izlenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre lösemi fatalitesi %15 iken filmlerde lösemi tanısı alan 6 karakterin tamamı ölmüştür. Tüm karakterlerin %80,0'inin ölmesi de sinema sektörünün kanseri ölüm ve olumsuzluklarla eşleştirdiğini göstermektedir. Araştırmada kanserin özellikle tütüne bağlı gösterilmemesi gerçekle örtüşmemektedir. Tedaviyi ekonomik sebeplerden ötürü karşılayamayan karakter olmaması izlenen filmlerin çoğunun yapımcı ülkesinin (ABD) sağlık sistemi göz önüne alındığında gerçekçi bulunmamıştır. Kanser tanısının, sinema filmlerinde sıklıkla dramatizasyon için kullanılan bir konu olarak kişiye hayatın kıymetini hatırlatan bir felaket, bir nihai son gibi işlendiği görülmektedir. Gerçeklikle bağdaşmayacak derecede olumsuz resmedilen kanser tabloları hem kanser hastaları hem de yakınları için oldukça damgalayıcı olabilir. Sinemanın bazı konularda hem kanser hastası olmayanlar hem de kanser hastasının çevresi ve hatta hekimler için bir farkındalık oluşturma potansiyeli mevcuttur, topluma kanserin önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalık olduğu anlatılmalıdır. Tütün kontrolü

konusunda sinema sektörüne iş düşmektedir, tütün şirketlerinin kârı değil insan sağlığı öncelenmelidir. Yapılan analizler, kanserle ilgili bilinçli ve dengeli iletişim kurma konusunda sağlık profesyonellerine, yapımcılara ve senaristlere rehberlik edebilir. Filmlerde örnek hekimler gösterilmesi hem hekimler hem de toplum için eğitici bir rol oynayabilir. Hekimlerin de kanser konusunu işleyen sinema filmlerinden hastalarının kanser algısına, damgalamaya ve hatta hayata dair öğrenecekleri olduğuna inanmaktayız.

Anahtar Kelimeler: Kanser, sinema, damgalama

[S122]
TIP FAKÜLTESİ 6.SINIF ÖĞRENCİLERİNİN KÜRESEL ISINMA İLE İLGİLİ BİLGİ,TUTUM,DAVRANIŞ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Meryem Acele Akpek, Neriman Aydın, Elif Okşan Çalıkoğlu
Gaziantep Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Küresel ısınma, atmosferin dünya yüzeyine yakın kısımlarında ortalama sıcaklığın doğal nedenlerle ve ya insan etkisiyle artması olarak tanımlanmaktadır. İklim değişikliği ise Dünya'nın iklim sisteminde küresel ısınma sonucu meydana gelen değişiklikleri kapsamaktadır. DSÖ iklim değişikliğini 21. yüzyılda küresel sağlığa yönelik en büyük tehdit olarak tanımlıyor. İklim değişikliği sonucunda hava kalitesini düşer, gıda güvenliğini azalır ve su kaynakları ile sanitasyonda aksaklıklar meydana gelir. Bu araştırmanın amacı yakın geleceğin hekimleri olan son sınıf tıp fakültesi öğrencilerinin, küresel ısınma hakkında bilgi, tutum, davranış ile etkileyen faktörleri değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma kesitsel tipte bir çalışmadır. Çalışma için Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi İlaç Dışı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır (Karar no:2023/284, Tarih: 04.10.2023) Araştırmanın evrenini 2023-2024 eğitim öğretim yılı Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi 6.Sınıf 213 öğrenci oluşturmaktadır. Gönüllülük esasına göre yüz yüze anket uygulanarak 193 (katılım oranı %90) öğrenciye ulaşılmıştır. Literatür taranarak oluşturulan anket formu dört bölümdür. Birinci bölüm öğrencilerin sosyodemografik özellikleri, ikinci bölüm küresel ısınma bilgi ölçeği, üçüncü bölüm küresel ısınma tutum ölçeği, dördüncü bölüm ise çevre dostu davranış ölçeği sorularından oluşmaktadır. Elde edilen veriler SPSS 22.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Normal dağılıma uygunluk testleri ile değişkenler incelenmiş olup tanımlayıcı istatistikleri belirtmek için ortalama, ortanca, standart sapma, minimum-maximum değerler kullanılmıştır. Analizlerde ise Student T testi ve Ki-kare kullanılmıştır. P değeri 0,05'in altında olduğunda istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan 193 öğrencinin 91'i kadın (%47,2), 102'si ise erkek (%52,8) olup yaş ortalamaları 24,41 ±1.573'tür. Çalışmaya katılan kadın öğrencilerin küresel ısınma bilgi ölçeği puan ortalamalarının(113) erkek öğrencilerden(110) yüksek olduğu saptanmıştır ve cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır(p=0,047). Öğrencilerin % 68,9'unun sera gazlarının neler olduğunu bildiği ancak % 25,4'ünün bu konuda fikir sahibi olmadığı saptanmıştır. %94,8'i küresel ısınmadan dolayı iklim değişikliği ile karşı karşıya olduğumuz bilgisine sahip ve % 93,8'i küresel ısınmanın nedeni olarak insan kaynaklı faktörler olduğunu bilirtmiştir. Katılımcıların % 93,8'i küresel ısınma ve iklim değişikliğinin insan sağlığını olumsuz yönde etkilediğini ve %78,8'inin küresel ısınma ile birlikte hastalık taşıyıcı organizmaların daha geniş alanlara yayılacağını bilmektedir. Çalışmaya katılan kadın öğrencilerin küresel ısınma tutum ölçeği puan ortalamalarının(145) erkek öğrencilerden(134) yüksek olduğu saptanmıştır ve cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır(p=0,004). Öğrencilerin %72,1'inin küresel ısınmanın çevreye olan etkilerine karşı ilgi duyduğu ve %73,1'inin etkileri azaltmak için önlem aldığı saptanmıştır. Ancak %19,6'sı küresel ısınmanın nedenlerine karşı merak duymuyordu ve %10'u haber bültenlerinde küresel ısınma sonucu ortaya çıkan bir olayı takip etmiyordu. Çalışmaya katılan kadın öğrencilerin çevre dostu davranış ölçeği puan ortalamalarının(47) erkek öğrencilerden(45) yüksek olduğu saptanmıştır ancak cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır(p=0,132). Katılımcıların %59,1'i daha az enerji tüketmeye çalıştığını belirtmiş ve %72,5'inin odadan çıkan son kişi ise ışıkları kapattığı, %68,9'unun banyo yaparken az su tüketmeye özen gösteriyor olduğu saptanmıştır. Ancak öğrencilerin sadece %31,1'inin tekrar kullanılabilir ya da geri dönüştürülebilir paketlerde bulunan ürünleri almaya özen gösterdiği bununla birlikte %52,8'inin cam şişe, alüminyum kutu ya da kağıtları geri dönüşüm kutusuna attığı saptanmıştır.

Sonuç: Araştırmamızın sonucunda son sınıf Tıp Fakültesi öğrencilerinin küresel ısınma ve iklim değişikliği konusunda bilgi sahibi olduğu halde tutum ve davranış olarak farkındalıklarının yeterli olmadığı saptanmıştır.

Aynı zaman da öğrencilerin büyük bir çoğunluğu küresel ısınmanın canlı yaşamına olan olumsuz sonuçlarını anlamak ve küresel ısınmanın azalması için ne yapması gerektiğini öğrenmek istidiğini belirtmiş ancak çevre ile ilgili konuları içeren bilimsel yayın okuyanların oranının düşük olduğu saptanmıştır. Bu çalışma sonucunda hekim adaylarının tutum ve davranış farkındalığının arttırılması gerektiği ortaya çıkmaktadır. Bu bağlamda tıp eğitimi başta olmak üzere eğitim müfredatlarında küresel ısınma ve iklim değişikliği konusuna yer verilmesi yararlı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Küresel ısınma, iklim değişikliği, halk sağlığı, çevre, tıp

[S123]
EVDE KAN BASINCI TAKİBİNDE BİR EĞİTİM MÜDAHALESİNİN ETKİSİ

Hülya Şirin[1], **Ahmet Arslan**[1], **Gamze Ketrez**[2], **Fatma Sena Konyalıoğlu**[3], **İbrahim Sefa Güneş**[1], **Cem Barçın**[4]
[1]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
[2]*Muş İl Sağlık Müdürlüğü*
[3]*Adıyaman İl Sağlık Müdürlüğü*
[4]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Bilim Dalı*

Giriş ve Amaç: Hipertansiyon, küresel mortalite ve morbiditenin önde gelen önlenebilir bir nedenidir(1). Klinikte kan basıncının ölçümü, hipertansiyonun tanı ve yönetiminin temeli ancak önemli sınırlılıkları vardır. Klavuzlar, hipertansiyon tanısının ve yönetiminin klinik dışındaki kan basıncı ölçümleri ile doğrulanmasını tavsiye etmektedir(2,3).

Kan basıncı ölçümünün bütün kılavuzlarda belirtildiği gibi belirli koşullar altında gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle doğru ölçüm konusunda hastaların eğitim alması gerekir. Eğitim verildikten sonra yapılan ölçümlerin daha standardize olduğu bilinmektedir(4). Bu çalışma, evde kan basıncı izleminde doğru metotlar konusunda verilen eğitimin etkisini değerlendirmek ve hipertansiyon tanı ve yönetimine etkisini incelemek amacıyla tasarlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Polikliniklerinde 1 Ocak 2021- 30 Haziran 2021 tarihleri arasında gerçekleştirildi. GEAH Etik Kurulu'ndan izin alındı. Örneklem Büyüklüğü 120 hasta olarak hesaplandı (EpiInfo Computer Programme, CDC, Atlanta, USA) ve analizleri SPSS programı ile yapıldı. Polikliniğe başvuran hastalardan 18 yaşından büyük, daha önce hipertansiyon tanısı almamış, ofis kan basıncı ölçümü sistolik 140 – 180 mmHg ve/veya diyastolik 90-110 mmHg arasında olanlardan 129 birey çalışmaya dahil edildi.

Çalışmaya katılan bireylere standart otomatik tansiyon aleti ve kan basıncı takip formu verildi ve 1 hafta boyunca sabah akşam kan basıncı ölçümü yapması ve kan basıncı takip formuna kaydetmesi istendi. 1 hafta sonra kılavuzlarda belirtilen doğru ölçüm yöntemleri ile ilgili hazırlanmış sorulardan oluşan ön test uygulandı. Sonrasında, evde doğru kan basıncı ölçümü eğitimi verildi. 1 hafta süreyle, eğitimde anlatıldığı gibi kan basıncı ölçümü yapması ve takip formuna kaydetmesi ve 1 hafta sonra gelmesi istendi. 1 hafta sonra ise ön testte uygulanan soruların aynısı son test olarak uygulandı.

Bulgular: Hastaların doğru tansiyon ölçüm skoru ortancası eğitim verilmeden önce 19 (14-26) iken eğitimden sonra 26 (23-26)'ya yükselmiştir. Bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası evde kan basıncı, nabız ölçümleri karşılaştırılmıştır. Buna göre hem sabah hem akşam sistolik ve diyastolik kan basıncı değerleri ile nabız değerlerinin tümü, eğitim sonrasında eğitim öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüş göstermiştir ($p<0.001$). Klinikte yapılan ölçümlerde 92, eğitim öncesi ev takibinde 71, eğitim sonrası ev takibinde 54 bireye hipertansiyon tanısı konulmuştur ve istatistiksel olarak fark bulunmuştur($p<0.001$).

Sonuç: Evde kan basıncı ölçümü için hazırlanan klavuzlar öncelikle valide edilmiş bir cihaz ve uygun boyutta manşon kullanımını ve doğru ölçüm yöntemleri ile yapılmış tüm ölçümlerin kaydedilmesi gerektiğini önermektedir. Bizim çalışmamızda eğitim verilmeden yapılan ölçümlerde bu kurallara dikkat edilmediği, ancak eğitim sonrası katılımcıların neredeyse tamamı kurallara uyarak ölçüm yaptığı görülmüştür. Eğitim öncesinde standardize edilmemiş olarak yapılan ölçümlerde hem sistolik hem de diyastolik kan basıncı değerleri eğitim sonrasında yapılan doğru ölçümlerden anlamlı olarak yüksektir. Çalışmamızda, evde kan basıncı takibinde verilen eğitimin etkinliği yapılan ön test ve son test arasındaki anlamlı fark ile görülmüştür. Bu eğitimin sonucunda hipertansiyon tanısı alan birey sayısının eğitim sonrasında anlamlı olarak düşük olarak görülmesi doğru ölçüm yöntemlerinin hipertansiyon tanı ve yönetimini doğrudan etkilediği değerlendirilmiştir. Sonuç olarak hastalara evde kan basıncı takibinin uygun ölçüm yöntemleri anlatıldıktan sonra önerilmesi gereksiz

tanı ve ilaç kullanımının da önüne geçilebilir. Etkin müdahale yöntemlerinden olan hasta eğitimin fayda maliyet oranının da olumlu yönde iyileştirilebileceği değerlendirilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, evde kan basıncı ölçümü, sağlık eğitimi

Kaynaklar:

1. *Zhou B, Perel P, Mensah GA, Ezzati M. Global epidemiology, health burden and effective interventions for elevated blood pressure and hypertension. Nat Rev Cardiol. 2021 Nov 28;18(11):785–802.*

2. *Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. Hypertension. 2020 Jun;75(6):1334–57.*

3. *Rabi DM, McBrien KA, Sapir-Pichhadze R, Nakhla M, Ahmed SB, Dumanski SM, et al. Hypertension Canada's 2020 Comprehensive Guidelines for the Prevention, Diagnosis, Risk Assessment, and Treatment of Hypertension in Adults and Children. Canadian Journal of Cardiology. 2020 May;36(5):596–624.*

4. *Hodgkinson J, Mant J, Martin U, Guo B, Hobbs FDR, Deeks JJ, et al. Relative effectiveness of clinic and home blood pressure monitoring compared with ambulatory blood pressure monitoring in diagnosis of hypertension: systematic review. BMJ. 2011 Jul 26;342(jun24 1):d3621–d3621.*

[S124]
İSTANBUL'DA BİR SİVİL TOPLUM KURULUŞUNA BESLENME DANIŞMANLIĞI İÇİN BAŞVURAN SURİYELİ GÖÇMEN KADINLARIN BESLENME VE DOĞURGANLIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLERİ

Buse Gürbüz[1], **Derya Çamur**[2]
[1]*Sığınmacılar ve Göçmenlerle Dayanışma Derneği (SGDD-ASAM)*
[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara*

Giriş ve Amaç: Göçün sağlık üzerinde pek çok olumsuz etkisi söz konusudur. Bu çalışmada sağlık açısından dezavantajlı bir grup olan bir sivil toplum kuruluşuna (STK) beslenme danışmanlığı almak üzere başvuran 18 yaş üzeri ve evli Suriyeli göçmen kadınların beslenme ve doğurganlıkla ilgili bazı özelliklerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma, İstanbul ilinin bütününde göçmenlere hizmet sunan bir STK'da yürütülmüştür. Örneklem seçilmemiştir. İlgili STK'da beslenme danışmanlığı hizmeti veren araştırmacıya 1 Ocak-30 Haziran 2022 tarihleri arasında beslenme danışmanlığı almak üzere başvuran, Suriyeli, 18 yaş üzeri, evli ve çalışmaya katılmayı kabul eden 173 kadınla görüşülmüştür. Bu dönemde dahil edilme kriterlerini taşıyan ancak çalışmaya katılmayı kabul etmeyen 16 kadın olmuştur. Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu kullanılarak toplanmıştır. Anket formu katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini, doğurganlıkla ilgili özelliklerini, ailenin besin tüketim sıklığını, annelerin beslenme bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır. Veri toplama aşamasının pandemi dönemi ve bundan kaynaklı kapanma dönemlerine denk gelmesi nedeniyle, veriler Arapça bilen tercüman aracılığı ile araştırmacı tarafından telefonla konferans görüşme şeklinde yapılan beslenme danışmanlığı öncesinde toplanmıştır. Tek bir tercüman ile çalışılamaması ve görüşmelerin yüz yüze olmaması çalışmanın sınırlılıklarıdır. Araştırmacı tarafından görüşme öncesi tercümanlara bilgilendirme yapılarak görüşmenin mümkün olduğunca stardart olması sağlanmıştır. Çalışmanın yapılabilmesi için Etik Kurul izni ve ilgili STK'dan izin, katılımcılardan onam alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzde dağılımları, gruplararası karşılaştırmalarda ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 30,9±7,9 olup %38,2'si ilkokul mezunudur. Türkiye'de bulunma süresi ortalama 7,4±2,0 yıl, hanede yaşayan kişi sayısı ortalama 5,7±2,0'dır. Katılımcıların %42,2'si düzenli geliri olmadığını; sadece %10,4'ü son bir haftadaki gelirinin gıda ihtiyaçlarını karşıladığını belirtmiştir. Katılımcıların %51,5'i kırmızı eti, %38,2'i beyaz et ve balığı hiç tüketmemektedir. Haftada 4-7 kez sıklıkla en fazla tüketilen besinler çorba-ekmek (%80,3) ve pilav/makarna (%61,8) olmuştur. Kadınların %34,7'si ilk gebeliğini 18 yaşından önce yaşamıştır ve %74,5'inin son iki gebeliği arasındaki süre 24 aydan kısadır. Ortalama çocuk sayısı 3,4±1,8'dir. Katılımcıların %64,2'si (%76,6'sı modern yöntem) gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanmaktadır. En çok tercih edilen modern aile planlaması yöntemi rahim içi araç (%56,5), en az tercih edilen ise kondomdur (%10,6). Türkiye'ye geldikten sonra kadınların %13,3'ü gebe kalmamış, %13,9'u doğum yapmamıştır. Bebeklerde ek gıdalara 6. aydan itibaren başlanacağını kadınların %64,2'si bilmektedir. Altı aydan küçük bebeği olan 34 kadından %41,2'si (14 anne) bebeğini sadece anne sütü ile; %32,4'ü (11 anne) anne sütü ve yaşa uygun formüla mama ile; %20,6'sı (7 anne) anne sütü ve ek gıda ile beslemektedir. İki anne ise hiç anne sütü vermemektedir. Lise ve üzeri eğitim alanlarda ilk gebelik yaşı yükselmekte; çocuk sayısı azalmaktadır ($p<0,05$). Bebek beslenmesine ilişkin sorulara verilen doğru yanıtlar lise ve üzeri eğitim alanlarda ve ilk gebelik yaşı >=18 olanlarda daha fazladır ($p<0,05$).

Sonuç: Çalışmaya katılan Suriyeli göçmen kadınların eğitim ve gelir düzeyleri düşüktür. Beslenme konusundaki bilgileri yetersizdir. Bununla birlikte besinlere erişimleri de kısıtlıdır. Aile planlaması, anne sütünün teşviki, sağlıklı beslenme konularında eğitime gereksinimleri vardır. Üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetlerine erişimleri artırılmalıdır. Bu konuda kamu kurumları ve STK'lar birlikte çalışabilir. Göçmenlerin birinci basamakta hizmet aldıkları Göçmen Sağlığı Merkezleri bu konuda desteklenmeli ve güçlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Aile planlaması, beslenme, kadın, Suriyeli göçmen, üreme sağlığı

[S125]
SURİYELİ GEBELERİN DOĞUM ÖNCESİ BAKIM MEMNUNİYETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sibel İçke, Sema Çifçi
Mardin Artuklu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Giriş ve Amaç: Doğum öncesi bakım (DÖB), tüm gebelik boyunca annenin ve fetüsün düzenli aralıklarla bir sağlık profesyoneli tarafından gerekli muayene ve önerilerde bulunularak izlenmesi olarak tanımlanmaktadır. Doğum öncesi bakımın asıl amacı, gebenin sağlıklı bir gebelik geçirmesi ve sağlıklı bir bebeğin doğmasının sağlanmasıdır. Doğum öncesi bakım hizmetlerine yetersiz erişim, önlenebilir anne ve perinatal ölümlere neden olabilmektedir. Hasta memnuniyeti, hastanın beklenen sağlık bakım ihtiyaçlarının ne ölçüde karşılandığıyla ilgili subjektif ve dinamik bir algı olmakla beraber aynı zamanda bakım kalitesinin ölçütlerinden biridir. Dünyada, gebe kadınların %87'si deneyimli sağlık personelinden en az bir kez DÖB hizmeti alırken, sadece %59'u en az dört kez bakım almaktadır. Bu çalışma ile savaş nedeniyle ülkemize göç etmek zorunda kalan Suriyeli gebelerin doğum öncesi bakım memnuniyetlerinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı kesitsel tipte olan bu çalışmanın evrenini, Mardin il merkezinde yaşayan Suriyeli gebe kadınlar oluşturmaktadır. Çalışmada herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmamıştır. 15 Ağustos 2023 - 16 Eylül 2023 tarihleri arasında Mardin Eğitim ve Araştırma Hastanesine başvuran ve 36-40. hafta arası gebe olan, dil sorunu olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm Suriyeli gebeler kadınlar çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Çalışmada 146 gebeye ulaşılmıştır. Çalışmada iki bölümden oluşan anket formu kullanılmış olup birinci bölümde sosyo-demografik bilgiler ikinci bölümde ise Türkçe geçerlilik ve güvenirliği Aslantekin Özçoban ve arkadaşları tarafından 2020 yılında yayınlanan Doğum Öncesi Bakım Memnuniyet Ölçeğinden yararlanılmıştır. Ölçek, literatüre dayalı olarak bakım sanatı, teknik kalite, fiziksel çevre, ulaşılabilirlik ve uygunluk olmak üzere 5 alt boyutta, likert tipinde öz bildirime dayalı olarak tasarlanmış ve 22 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınan puan yükseldikçe memnuniyet yüksek, azaldıkça memnuniyet düşük olarak değerlendirilmektedir. Araştırmaya başlamadan önce, Mardin Artuklu Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 01/08/2022 tarih ve 2022-9 sayılı karar ile izin alınmıştır. Araştırmanın yürütülebilmesi amacıyla hazırlanan MAÜ.BAP.22.SBF.026 no'lu proje ile Mardin Artuklu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Projeleri Koordinatörlüğünden finansal destek sağlanmıştır. Çalışma verileri, Mardin Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Poliklinikleri, NST polikliniği ve Gebe Okuluna başvuran, araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uyan gebelere, araştırma hakkında bilgi verilerek yazılı ve sözlü onamları alındıktan sonra yüz yüze anket yöntemi uygulanarak toplanmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler IBM SPSS paket programı kullanılmış olup analizinde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir. Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

Bulgular: Çalışmaya katılan gebelerin yaş ortalaması 27.23±5.89'dur (Max:41; Min:16). Gebelerin %19.2'sinin T.C. vatandaşlığı vardır; gebelerin %28.8'inin eşlerinin ise %21.9'unun okuma yazması yok ve sadece %8.2'si çalışmaktadır. %58.2'sinin geliri giderinden düşüktür. %21.2'sinin sosyal güvencesi var ve %45.9'u ilçe merkezinde oturmaktadır. Gebelerin %65.1'i son 6-10 yıl arasında Türkiye'de yaşamaktadır. Gebelerin evlilik yaşı ortalaması 20.01±5.89 (Max:33; Min:13), ilk gebelik yaşı ortalaması 21.02±4.05 (Min:13; Max:37)'tir. Gebelerin doğum öncesi bakım memnuniyet ölçeği puan ortalaması 73.39±14.77 (Max:104.00; Min:35.00), alt boyutlarının puan ortalamaları sırası ile bakım sanatı 16.69±3.75 (Max:25.00; Min:7.00), teknik kalite 17.27±14.77 (Max:24.00; Min:7.00), ulaşılabilirlik 9.11±2.66 (Max:15.00; Min:3.00) fiziksel çevre 13.6±3.21 (Max:20.00; Min:5.00), uygunluk 10.27±2.24 (Max:15.00; Min:4.00) olarak bulunmuştur. Bebeğin cinsiyeti, sosyal güvence, gelir durumu, Türkiye'de yaşadığı süre, beş yaş altı çocuk sayısı, gebeliğin planlı olması doğum öncesi bakım memnuniyet ölçeği (DÖBMÖ) ile alt boyutlar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır. Yaş, eğitim, eşin eğitimi, evdeki kişi sayısı, gebelik haftası, evlilik yaşı, ilk gebelik yaşı, evlilik yılı, bir önceki gebeliği arasında geçen süre, çocuk sayısı, vatandaşlık alma, kendisi ve eşinin çalışması, konut tipi, aile tipi, kronik

hastalık, gebelikte sorun yaşama, beklenen ve tercih edilen doğum şekli doğum öncesi bakım memnuniyet ölçeği ve alt boyutlar arasında istatiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Sonuç: Gebelerin doğum öncesi bakım memnuniyeti orta düzeyde bulunmuş olup bebeğin cinsiyeti, sosyal güvence, gelir durumu, Türkiye'de yaşadığı süre, beş yaş altı çocuk sayısı gebeliğin planlı olması gibi faktörler doğum öncesi bakım memnuniyetini etkilemektedir.

Anahtar Kelimeler: Göçmen, Gebe, Doğum Öncesi Bakım, Memnuniyet

[S126]
HASTANEDE DOĞUM YAPAN SURİYELİ KADINLARIN FETAL-MATERNAL VE DOĞURGANLIK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Batu Ersavaş, Zehra Kılınç
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

Giriş ve Amaç: Suriyeli gebe kadınlar, yüksek doğurganlık hızına sahip olmaları ve doğum öncesi, sırası ve sonrasında sağlık hizmeti erişiminde zorlanmaları ya da kullanımlarındaki eksiklikler nedeniyle üreme sağlığı sorunları yaşamaktadır. Bu çalışmada, hastanede doğum yapan Suriyeli kadınların fetal-maternal ve doğurganlık özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, tanımlayıcı kesitseldir. Örneklem hacmini belirlemek için t tests -Means: Wilcoxon signed rank testi ve örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında G.Power 3.1.9.4. programı kullanılmıştır. Buna göre, %95 güven düzeyi ve 0.05 yanılma payı ile minimum örneklem 98 kişi olarak belirlenmiştir. Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 28.02.2022 ve 11.04.2022 tarihleri arasında doğum yapan 100 Suriyeli kadın ile gerçekleştirilmiştir. Etik kurul (Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 15.02.2022 tarih ve 196 sayılı karar) ve idari izinler alınmıştır. Bu çalışmada başlıca hipotez, düzenli antenatal takibi olmayan Suriyeli gebelerde, gebelikte ve doğumda risklerin artması ve komplikasyonların gelişebilmesidir. Çalışmaya gönüllü olanlardan onam alındıktan sonra yüz yüze görüşme tekniği ile üç bölümden oluşan bir anket uygulanmıştır. Birinci bölüm sosyodemografik ve kişisel bilgiler, ikinci bölüm doğurganlık özellikleri ile ilgili bilgiler, üçüncü bölüm fetal–maternal özellikler ile ilgili hastane kayıtlarından elde edilen bilgilerden oluşmaktadır. Çalışmanın bağımlı değişkenleri Doğum Öncesi Bakım hizmeti alma durumu, doğum şeklidir. Bağımsız değişkenler yaş, eğitim durumu, ekonomik durum algısı, çalışma durumu, doğum kontrol yöntemi kullanma durumları, doğum kontrol yöntemi türü, doğum kontrol yöntemi bilgi kaynağı, gebelikte sağlık sorunu yaşama durumları, APGAR skorları, doğum şekli, bebek emzirme planları, emzirme hakkında eğitim alma durumu, bebek bakımı hakkında eğitim alma durumudur. Veriler, IBM SPSS 21 programı ile analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler, kategorik değişkenler için sayı ve yüzdeler ortalama ve standart sapma şeklinde gösterilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnow testi ile değerlendirilmiştir. İkili ve çoklu karşılaştırılmalarda kategorik değişkenlerde Ki-kare testi ve Fisher ki-kare testi, niceliksel değişkenler için Independent t-testi, OneWayAnova testi kullanılmıştır. Sonuçlarda $p<0.05$ değeri anlamlı bulunmuştur. Çalışmaya dahil edilme kriterleri, Suriyeli olmak, ilgili kurumda doğum yapmış olmak ve herhangi bir iletişim sorunu olmamaktır. Çalışmanın sınırlılıkları tek merkezli olmasıdır. Çalışmada finansal destek ve herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Bulgular: Katılımcıların yaşları ortalama 26,55±5,47 yıl ve Türkiye'deki yaşam süreleri ortalama 5,48±1,63 yıldır. Katılımcıların %52'sinin ilkokul mezunu, %6'sının T.C. vatandaşı, %52'sinin orta düzeyde gelire sahip ve %24'ünün Kızılay Kart ile sosyal yardım aldıkları saptanmıştır. Evlenme yaşlarının ortalama 18,33±2,17 yıl (min-max:14-24), ilk doğum yaşlarının ortalama 19,68±2,17 yıl (min-max:16-25), gebelik sayılarının ortalama 3,41±1,73 (min-max:1-10), doğum sayılarının ortalama 2,91±1,26 (min-max:1-8) olduğu tespit edilmiştir. Önceki doğumlarının üzerinden ortalama 2,94±1,18 yıl geçtiği (min-max:0-7), %36'sının en az bir kere kendiliğinden düşük yaptığı, %3'ünün bir tane ölü doğum ile sonuçlanan gebeliği olduğu, %3'ünün doğum sonrası bir bebeklerinin öldüğü, toplam istenen çocuk sayılarının ortalama 3,78±1,02 (min-max:2-7) olduğu bulunmuştur. Son doğumlarında %36'sının Doğum Öncesi Bakım hizmeti aldıkları ve %70'inin normal doğum yaptığı saptanmıştır. Katılımcıların çocuklarının APGAR skorlarının normal olduğu saptanmıştır.

Çalışmaya katılanların Doğum Öncesi Bakım alma durumları ile doğum kontrol yöntemi kullanma durumları, doğum kontrol yöntemi türü, doğum kontrol yöntemi bilgi kaynağı, gebelikte sağlık sorunu yaşama durumları, APGAR skorları, doğum şekli, bebek emzirme planları, emzirme hakkında eğitim alma durumu, bebek bakımı hakkında eğitim alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Katılımcıların

doğum şekilleri ile gebelikte sağlık sorunu yaşama durumları, yaşanan sağlık sorunun türü, APGAR skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05). Katılımcılarda Doğum Öncesi Bakım hizmeti alımı arttıkça, doğum kontrol yöntemi kullanımı, normal doğum ve bebek emzirme tercihi artmaktadır. Normal doğum tercihi arttıkça, anne ve bebeğin sağlık sorunları azalmakta ve APGAR skorlarına yansımaktadır.

Sonuç: Çalışmamızda Doğum Öncesi Bakım hizmeti almanın, Suriyeli kadınların gebelik sürecini sağlıklı bir şekilde tamamlamasında önemli bir etken olduğu saptanmıştır. Suriyeli gebelerin düzenli takiplerinin ve tedavilerinin yapılması anne ve bebek sağlığı için önemlidir. Suriyeli gebelerin Doğum Öncesi Bakım hizmeti almamasının nedenleri tespit edilerek, sorunun giderilmesi yönünde çalışmalar yapılabilir.

Anahtar Kelimeler: Hastane, Doğum, Suriyeli Kadınlar, Fetal-Maternal, Doğurganlık-

[S127]
GÖÇMEN YAŞLILARIN BESLENME, YAŞAM AKTİVİTELERİ VE KIRILGANLIK DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Mehmet Sait Değer[1], Mehmet Akif Sezerol[2], Muhammed Atak[3]
[1]Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Çorum
[2]Sultanbeyli İlçe Sağlık Müdürlüğü, İstanbul
[3]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş ve Amaç: Dünya'da göçmen nüfusu giderek artmaktadır. Göçmenler içerisinde daha dezavantajlı durumda olan grupların sağlık durumları ile ilgilenmek önemlidir. Yaşlı göçmenlerin karşılaştıkları fiziksel ve psikososyal problemler sağlık durumlarını ve yaşam kalitelerini belirgin şekilde etkilemektedir. Bu çalışma ile İstanbul'un bir ilçesi olan Sultanbeyli'de yaşayan göçmen yaşlıların beslenme, günlük yaşam aktiviteleri ve kırılganlık durumlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma kesitsel tipte bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini Sultanbeyli'de kayıtlı bulunan ve orada ikamet eden 65 yaş üstü 213 Suriyeli oluşturmuştur. Söz konusu 213 kişiden 14 kişi vefat ettiği, 8 kişi hastanede yattığı ve 38 kişi araştırmaya katılmayı reddettiği için çalışma 153 göçmen ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara sosyodemografik özellikler ve sağlık durumu ile Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri, Klinik Kırılganlık ve Mini Nütrisyonel Değerlendirme ölçeklerinden oluşan anket Arapça bilen tercümanlar aracılığıyla katılımcılarla yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Ayrıca sosyal hizmet uzmanları ve sağlık çalışanlarından (hemşire, ebe, sağlık memuru) oluşan bir ekip aracılığıyla boy, kilo, tansiyon, parmak ucundan kan şekeri ölçümleri yapılmıştır. KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği yaşlıların günlük yaşamını değerlendirmek için kullanılan bir ölçektir ve ölçekten 0 ile 6 arasında puan alınmaktadır. Ölçekten 5- 6 puan alanlar, "bağımsız" olarak değerlendirilirken, 3-4 puan alanlar, "kısmi bağımlı", 2 ve altında puan alanlar ise "tam bağımlı" olarak değerlendirilmiştir. Klinik Kırılganlık Ölçeği yaşlıların fiziksel aktivite, zihinsel işlev kapasitesi ve bağımlılık durumlarını değerlendiren bir skaladır. Klinik Kırılganlık skoru değerlendirmesi 1 "çok aktif" ile 9 "son dönem hastalık" arasında dağılmaktadır. Ölçekten <=4 puan alınması bireyin kırılgan olmadığını, >=5 puan alınması ise bireyin kırılgan olduğunu ifade etmektedir. Mini Nütrisyonel Değerlendirme ölçeği; yaşlıların beslenme durumunu değerlendirmek için geliştirilmiş 18 maddeden ve 2 bölümden oluşan bir ölçektir. Birinci aşamada 0 ile 14 arasında puan alınmaktadır. Birinci aşamada <=11 puan alanlara ölçeğin ikinci aşaması uygulanır ve ölçekten en fazla 30 puan alınabilir. Düşük puan yüksek malnütrisyon riskini ifade etmektedir. Araştırma Ocak-Temmuz 2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. İstatiksel analiz için KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri, Klinik Kırılganlık Skoru ve Mini Nütrisyonel değerlendirme ölçekleri bağımlı değişken, sosyodemografik özellikler ve sağlık durumları bağımsız değişken olarak kabul edilmiş ve verilerin analizi SPSS 22 ile yapılmıştır. Sürekli değişkenler ortalama ± standart sapma (SD) ve medyan olarak, kategorik değişkenler sayı ve yüzde (%) olarak ifade edilmiştir. İstatistiksel analizlerde p<0,05 anlamlı kabul edilmiştir. Bu çalışma için İstanbul Medipol Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 24.11.2022 tarih ve 990 protokol numarası ile Etik Kurul Onayı alınmıştır.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 71,64 ± 6,20 olarak tespit edilmiştir. Araştırma grubundakilerin %49,7'si kadın, %75,5'i 75 yaştan küçük, %47,7'si ilkokul altı eğitim düzeyinde, %56,3'ü evli, %42,4'ü düşük gelir düzeyine sahip ve %56,9'u 5 ve daha fazla kişi ile aynı hanede yaşamaktadır. Araştırma grubundaki katılımcıların; %29,8'inin HT, %24,5'inin DM, %9,9'unun nörolojik problemi, %47'sinin yürüme ve denge problemi, %29,1'inin son 1 yılda düşme öyküsü, %10,6'sının engelli, %69,5'inin ağrı şikâyeti, %82,8'inin kronik bir rahatsızlığı ve %43'ünün polifarmasi (günde düzenli olarak >= 4 ilaç kullanımı) durumu olduğu görülmüştür. KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri ölçeği medyan değeri 6, Klinik Kırılganlık Skoru ölçek ortalama puanı 3,25 ± 1,25 ve Mini Nütrisyonel Değerlendirme ölçek ortalama puanı 12,40 ± 2,15 olarak tespit edilmiştir. Günlük Yaşam Aktiviteleri ölçek puanlarına göre; < 75 yaş, ortaokul ve üstü eğitim düzeyine sahip, evli olanlar ve aynı evde 3-4 kişi ile yaşayanlar anlamlı olarak daha yüksek puan almışlardır (p<0,05). Ayrıca nörolojik

ve denge problemi olmayan, son 1 yılda düşme öyküsü, engellilik ve kronik ağrı durumu bulunmayan yaşlılar da anlamlı olarak daha yüksek puan almışlardır (p<0,05). Klinik Kırılganlık Skoru'nda; > 75 yaş, ilkokul altı eğitim düzeyine sahip, nörolojik problemi ve denge problemi olan, engelli, kronik hastalığı ve ağrısı bulunan yaşlılar anlamlı olarak daha yüksek puan almışlardır (p<0,05). Mini Nütrisyonel Değerlendirme ölçeğinde; < 75 yaş, VKİ <=18,5 olan, nörolojik problemi ve denge problemi olmayan, engellilik ve ağrı sorunu bulunmayan ve sigara içmeyen yaşlılar anlamlı olarak daha yüksek puan almışlardır (p<0,05).

Sonuç: Göçmen yaşlıların %7,3'ü yaşamını başkalarına bağımlı olarak idame ettirmekte, %13,9'u klinik olarak kırılgan, %20,5'i malnütrisyon riski altında ve %3,3'ü malnütrisyonlu olarak tespit edilmiştir. Göçmen yaşlılar gibi dezavantajlı gruplarda bireylerin fiziksel, bilişsel ve sosyal kapasitelerinin geliştirilmesi daha sağlıklı ve günlük yaşantılarını başkalarına bağımlı olmadan sürdürmelerine olanak sağlayacağı gibi beslenme ile ilgili sorunların önlenmesinde de önemli bir rol oynayabilir. Göçmen yaşlıların beslenme durumlarının değerlendirilmesi ve risk faktörlerinin tespiti için daha geniş katılımlı saha araştırmalarının yapılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Göçmen yaşlı, Beslenme, Günlük Yaşam Aktiviteleri, Kırılganlık, Mini Nütrisyonel Değerlendirme

[S128]
BİR HASTANE YEMEKHANESİ ÇALIŞANLARININ GIDA GÜVENLİĞİ KONUSUNDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI İLE NAZAL S.AUREUS TAŞIYICILIĞI VE İZOLE EDİLEN SUŞLARIN KAREKTERİZASYONU

Hüseyin Bektaş[1], Fatma Mutlu Sarıgüzel[2], Arda Borlu[3]
[1]Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Yüksek lisans öğrencisi, Kayseri, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastane Yemekhanesi, Kayseri
[2]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi,Tıbbi Mikrobiyoloji AD, Kayseri
[3]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi,Halk Sağlığı AD, Kayseri, Erciyes Üniversitesi İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi Araştırma ve Uygulama Merkezi, Kayseri

Giriş Amaç: Gıdalara hastalık yapıcı ajanlar gıdanın üretimi, işlenmesi, hazırlanması, dağıtımı aşamalarından herhangi birinde bulaşabilir. Gıda sektöründe çalışanların konu hakkındaki bilgi düzeyleri, alışkanlık ve davranışları gıda kaynaklı hastalıkların yayılmasında veya önlenmesinde belirleyici olabilir. Gıda kaynaklı Staphylococcus aureus'un neden olduğu hastalıklar sık görülen, önlenebilir bir halk sağlığı problemidir. S.aureus toplumda yaygın olarak görülen ve sağlıklı bireylerde herhangi bir enfeksiyona neden olmadan burun mukozasının ön bölümünde yaşayan bakteridir. S.aureus özellikle direnci düşmüş bireylerde ağır hastalıklara ve besin zehirlenmesi tablolarına neden olabilir. Özellikle " Methicilin ve daha bir çok antibiyotiğe karşı hassasiyet göstermeyen türler" (MRSA) tehlikeli hastane enfeksiyonlarına neden olabilmektedir. Bu çalışmada Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (ERÜSUAM) görevli personelin kişisel hijyen ve gıdaların kontaminasyonuna dair bilgilerinin ve davranışlarının sorgulanması, nazal kültür örneklerinin alınması ve izole edilen suşların S.aureus olup olmadığının tanımlanması ve S.aureus tanımlananların da metisilin direncinin bakılması amaçlanmıştır.

Gereç Yöntem: Çalışma, kesitsel tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Çalışmanın evrenini ERÜSUAM yemekhanelerinde (2 adet yemekhane; biri anabinada diğeri çocuk hastanesi binasında) yemek hazırlama ve yemek dağıtımından sorumlu toplam 132 personel oluşturmaktadır. Çalışma için örneklem seçimi yapılmamış olup tüm evrene ulaşılmaya çalışılmıştır. Çalışma kapsamında Ağustos-Eylül 2023 tarihleri arasında çalışanlar işyerlerinde ziyaret edilmiş, çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve çalışma için gönüllü olanlardan araştırmacı tarafından yüzyüze görüşme tekniği ile anket uygulanmış ve nazal sürüntü alınmıştır. Çalışma süresince izinli olan iki personel ve çalışmaya katılmayı red eden yedi personel çalışmaya dahil edilmemiş, toplam 121 personele ulaşılmıştır (ulaşma oranı:%91.6). Veri toplamak için kullanılan 27 soruluk anket formunda çalışanların sosyodemografik özellikleri ve gıda çalışanlarının kişisel hijyen bilgileri, besin hazırlama pişirme sırasında genel hijyen kurallarına uyup uymadığı, gıdaların nasıl kontamine olduğu gibi konulardaki bilgileri sorgulanmıştır. Çalışanlardan alınan nazal sürüntü numuneleri ERÜSUAM bünyesindeki Mikrobiyoloji Laboratuarında %5'lik koyun kanlı agar besiyerine ekilerek 37°C'de 24 saat inkübasyona bırakılmıştır. İnkübasyon sonrasında şüpheli kolonilerden Gram boyama, katalaz, koagülaz ve latex aglütinasyon testleri yapılmıştır. Suşların tanımlanmasında moleküler yöntemlerden Matris Destekli Lazer Desorpsiyon/İyonizasyon Uçuş Süresi Kütle Spektrometrisi (MALDI-TOF MS) kullanılmıştır. S.aureus olarak tanımlanan izolatların metisilin duyarlılıkları Clinical Laboratory Standards Institude'nün önerileri doğrultusunda disk difüzyon yöntemiyle incelenmiştir.

Veriler bilgisayar ortamına aktarılmış ve SPSS 25.0 bilgisayar programı kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışmanın tanımlayıcı bulguları sayı ve yüzdelerle ifade edilmiş, istatistiki karşılaştırmalarda ki-kare testi kullanılmış ve $p<0.05$ anlamlı kabul edilmiştir. Çalışma için Erciyes Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan etik izin (2022/768) ve ERÜSUAMdan idari izin alınmıştır. Çalışma bir yükseklisans tez projesinden üretilmiştir ve Erciyes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri uygulaması tarafından da desteklenmektedir (TYL-2023-12477).

Bulgular: Yaş ortalaması 40.87±6.78 yıl olan çalışanların %82.6'sı anabina yemekhanesinde çalışıyordu, %74.4'ü erkekti, %81.0'i evliydi, %54.5'i lise mezunuydu, %82.6'sının çocuğu vardı ve %46.3'ü sigara içmek-

teydi. Çalışanların gıda sektöründe çalışma ortalaması 15.61±7.62 yıldı. Çalışanların %54.5'i yemek hazırlama %45.5'i ise yemek servisinde çalışmaktaydı. Çalışırken sürekli eldiven kullananların oranı %61.2, maske kullanan oranı ise %32.2 idi. Gıda güvenliği konusunda herhangibir zamanda eğitim almış olanların oranı %76.9 iken bu yemekhanede çalışmaya başlarken gıda güvenliği eğitimi alanların oranı %38.8 idi. Ayrıca çalışanların %49.6'sı kişisel hijyen, %45.5'i işyeri hijyeni konularında işe başlarken eğitim almıştı. Çalışanların %82.6'sı gıdaların hastalık kaynağı olabileceğini düşünmekteydi. Çalışanların %80.2'si daha önce burun kültürü yaptırmıştı. Çalışanlar kişisel hijyen ile gıda güvenliği bilgi ve uygulamaları ile ilgili soruların çoğunu %95'in üzerinde doğru cevaplandırmıştır. Çalışanlar arasında çiğ yiyecekleri elledikten sonra ellerini yıkadığını söyleyenlerin oranı %83.5, ellerini kurulamak için kağıt havlu kullandığını söyleyenlerin oranı %87.6, çiğ ve pişmiş etler için farklı kesme tahtaları kullandığını söyleyenlerin oranı %84.3 idi. Çalışanların %43.0'ı gıda güvenliği konusunda eğitime ihtiyacı olduğunu düşünmekteydi.

Çalışmaya dahil olan 121 kişinin 25'inin nazal sürüntü kültüründe S. aureus izole edildi (%20.7). Bu suşların üçünde metsilin direnci olduğu belirlendi.

Nazal sürüntü sonuçları çalışanların bazı özellikleri ile karşılaştırıldığında;

- Hastane anabina yemekhanesi çalışanlarında çocuk hastanesi yemekhanesinde çalışanlarından,
- sigara içenlerde içmeyenlerden
- yemek hazırlamada görevli olanlarda yemek servisinde görevli olanlardan

daha sık S. aureus izole edilmiştir.

Sonuç: Hastane yemekhanesinde çalışanların beşte birinin nazal sürüntü kültüründe S. aureus izole edilmiştir. Aynı mekanda çalışanlar arasında daha sık olması bireylerin birbirlerine de bulaştırıcı olabileceğini düşündürmektedir. Sigara da bu konuda da bir risk faktörü olarak görülmektedir. Metisiline duyarlı veya dirençli S. aureus ile enfekte olan hastaların hastanede kalış süresi uzaması ve bunun sonucu olarak morbidite ve mortalitenin artması nedeniyle hastalar ile yakın temas halinde olan ve onlar için yemek hazırlayan ve servis eden bu kritik personelde bu bakterinin tespit edilenlerin tedavi edilmesi kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: gıda güvenliği, iş sağlığı ve güvenliği, S.aureus, MRSA

[S129]
FABRİKA ÇALIŞANLARININ SAĞLIKLI YAŞAM DAVRANIŞLARI VE AŞI KARŞITLIĞI İLİŞKİSİ

Rabia Sohbet, Mehtap Balcı
Gaziantep Ünv. SBF Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Giriş ve Amaç: Her birey, kendi sağlığını korumak ve geliştirmek için olumlu sağlık davranışları benimsemeli ve sağlıklı bir yaşam tarzı oluşturmalıdır. DSO'nün tahminlerine göre, gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %70-80'i ve az gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %40-50'si yaşam biçimine bağlı ortaya çıkan hastalıklardan kaynaklanmaktadır. Sağlıklı yaşam tarzı, bireylerin sağlığı üzerinde etkili olabilecek tüm davranışları kontrol etmelerini, günlük aktivitelerini düzenlemelerini ve sağlık odaklı davranışları seçmelerini içermektedir. 2021'de Türk Tabipleri Birliği tarafından yayınlanan "Türkiye'de Bağışıklık Hizmetlerinin Durumu" başlıklı raporda, aşı reddine ilişkin en sık belirtilen nedenler arasında aşı içeriğine güven eksikliği ve aşıya güven eksikliği yer almaktadır. Bunun yanı sıra, dini nedenler, alerji, ateş ve otizm gibi yan etkilerle ilgili endişeler, aşıların yurtdışı kaynaklı olması ve aşıların zararlı olduğu düşüncesi gibi başka nedenler de raporda belirtilmiştir. Fabrikalarda çalışan işçilerin sağlıklı yaşam biçimleri bireysel ve toplumsal açıdan önemlidir. Sağlıklı yaşam sürdürme, fabrika çalışanlarının yaşamına olumlu katkı sağlayacak, daha üretken bireyler olmalarını sağlayacaktır. Bu çalışma; fabrika çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve tetanos aşısı durumunun ilişkisini incelenmeyi amaçlamıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma kesitsel tanımlayıcı nicel araştırmadır. 2022 yılı Eylül-Aralık ayları arasında Büyük Anadolu Osgb'ye bağlı 5 fabrikadaki 3000 fabrika çalışanından; 0.05 yanılgı düzeyinde %95 güven aralığında evreni 0.95 temsil gücüyle örneklem büyüklüğü 834 belirlenmiş, basit rastgele örnekleme yöntemi ile çalışmaya katılmayı kabul eden kişilerden sözel onamları alınmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve aşı karşıtlığı ölçeği, sosyodemografik özellikleri anketi ile veriler gözlem altında toplamıştır. Katılan kişilerden sözlü onamaları alınmıştır. Fabrikalar yapı-inşaat, mobilya, tekstil, filtre ve plastik sektörlerinden seçilmiştir. Bağımlı değişkenler; fabrika çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ve aşı karşıtlığı ölçeğinden aldıkları puanlardır. Bağımsız değişkenler; fabrika çalışanlarının sosyodemografik özellikleri(yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitimi, yaşadıkları bölge, gelir ve sosyal güvence), alkol ve sigara kullanma, çalışma yılları ve günlük uyku süreleri, tetanos aşısını yaptırma durumlarıdır. Çalışma yapılan Osgb fabrika çalışanlarının tetanos aşısı yaptırmaları takip ederek işe girişte sorgulama yaptıkları ve koruyuculuğu geçmiş, daha önce hiç aşı yaptırmamış, rapel doz yaptırması gereken bireylere tetanos aşısı yaptıkları belirlenmiştir. 3 Haziran 2022'de Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul izini alınmıştır. SPSS programında bağımsız gruplar için x^2 testi, ortalama standart sapma incelenmiş $p<0,05$ istatistiksel açıdan anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların %94,2'si erkek, %72,4'ü evlidir. Katılımcıların %33,8'i 30-39 yaş aralığındadır. Eğitim düzeyleri %31,8'i ortaokul mezunudur. Katılımcıların %56,6'sının gelirinin giderinden azdır. %33,1'i 3-4 çocuğa sahiptir ve %62,4'ü kirada oturmaktadır. Araştırmaya katılan fabrika çalışanlarının %31,2'si 11-20 yıl arası çalışanlar olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %41,5'i hiç tetanos aşısı yaptırmamış ve %7,4'ü 11-20 yıl önce yaptırdıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %87,9'unun kronik hastalığı bulunmamaktadır. Araştırmaya katılan çalışanların %84,6'sı alkol kullanmıyorken, %60,9'u sigara kullanmaktadır. Aşı sağlığı korumak için etkili bir yöntemdir ifadesine katılımcıların %33,5'i katılırken, %14,9'u kesinlikle katılmadıklarını belirtmişlerdir. Herkes aşılanırsa hastalıklar azalır ibaresine katılımcıların %34,1'i katıldıklarını belirtmişlerdir. Salgın hastalıklara karşı en güçlü önlem aşıdır ifadesine fabrika çalışanlarının %16,0'ı katılmamaktadır. Aşı insanların sağlığından çok aşı üretenlere kazanç sağlar ifadesine katılımcıların %25,4'ü katılmaktadır. Aşıların yan etkileri beni endişelendiriyor ifadesine %23,8'i; Aşı birçok hastalığa neden olabilir ifadesine %32,4'ü, Aşıların içeriğinde zehirli maddeler vardır ifadesine %34,8'i katılmadıklarını belirtmişlerdir. Çocukluğuma dönsem aşı olmazdım ifadesine katılımcıların %8,1'i kesinlikle katıldıklarını, %31,5'i katılmadıklarını belirtmişlerdir.

Katılımcıların sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim ifadesine %50,1'i bazen cevabını vermiştir. Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım ifadesine katılımcıların %48,8'i bazen, doktora/sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım ifadesine %23,2'si düzenli demiştir. Düzenli bir egzersiz yaparım ifadesine araştırmaya katılan fabrika çalışanlarının %48,2'si bazen; Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım ifadesine katılımcıların %12,0'ı düzenli olarak yanıtını vermiştir. Her gün rahatlamak için zaman ayırırım araştırmaya katılan fabrika çalışanlarının %19,8'i hiçbir zaman dediği ve yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım ifadesine katılımcıların %24,9'u sık sık cevabı vermiştir. İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm ifadesine katılımcıların %40,4'ü bazen demiştir.

Sonuç: Tetanos aşısını yaptırma oranının en düşük olduğu grubun fabrikalarda 11-20 yıldır çalışanlardır. 30-39 yaş grubunun tetanos aşısına verdiği önemin diğer gruplara göre daha düşüktür. Eğitim düzeyi arttıkça tetanos aşısı yaptırma oranının da arttığı ancak üniversite mezunlarında bu oranın düşüktür. Tetanos aşısını 21-45 yıl önce yaptıran fabrika çalışanlarının sağlıklı yaşam davranışları ortalamanın altında kalmıştır. Hiç çocuğu olmayan ve 3-4 çocuğu olan çalışanların sağlıklı yaşam davranışları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kronik bir hastalığı olmasına rağmen araştırmaya katılanların çoğunluğu sağlıklı yaşam davranışlarında ortalamanın altında kalmıştır. Bu durum halk sağlığı açısından büyük bir tehdit oluşturmaktadır. Kronik hastalığı olan bireylerin sağlıklı yaşam davranışları hakkında daha fazla bilgilendirilmeye ihtiyaçları vardır. Hiç çocuğu olmayanlarının aşı karşıtlığı daha yüksek olma sebebi çocuğu olan bireylerin daha özverili ve bilgili olduğu sonucunu ortaya çıkarmıştır.

Anahtar Kelimeler: Aşı, Aşı Karşıtlığı, Fabrika Çalışanları, Sağlıklı Yaşam Davranışları

[S130]
THE EFFECT OF FATIGUE ON QUALITY OF WORK LIFE AND HEALTH IN SHIFT-WORK NURSES

Sevgi Tulupcu[1], **Emine Ergin**[2]
[1]*Vocational School of Health Services, Karamanoğlu Mehmetbey University, Karaman, Türkiye*
[2]*Public Health Nursing. Department of Midwifery, Hamidiye Faculty of Health Sciences, University of Health Sciences, Istanbul, Türkiye*

Introduction and Aim: This study aims to explore the effects of fatigue on quality of work life and health in shift-work nurses. Insufficient number of nurses increases their workload and number of shifts, negatively affecting their physical and psychosocial health and posing a risk on patient safety.

Materials-Methods: This is a cross sectional study. The data were collected using a self-reported sociodemographic questionnaire, the Piper Fatigue Scale, the Work-Related Quality of Life, and the General Health Questionnaire-12.

Results: Of the shift-work nurses, 59.4% were severely tired and 83.4% were at risk of depression. Their Work-Related Quality of Life mean score was 51.87 ± 14.74. A statistically significant weak negative correlation was found between their Piper Fatigue Scales, its subscales and Work-Related Quality of Life mean scores. There was a statistically significant moderate positive correlation between their their Piper Fatigue Scales, its subscales and General Health Questionnaire-12mean scores.

Conclusion: Shift-work nurses have high fatigue and low quality of work life and are at risk for depression. Workload should be decreased to reduce fatigue in nurses. Health policies should be structured to employ a sufficient number of nurses in hospitals.

Keywords: Fatigue, General health, Nurse, Shift, Quality of work life

[S131]
VERİ GİRİŞ PERSONELİNDE SÜREKLİ SEÇİCİ DİKKAT, MUHAKEME VE ÇARPIŞMA ZAMANI TAHMİNLERİ

Muhammed Atak, Fatma Betül Boylu, Beyza Püren Selcan Gündoğdu, Özkan Ayvaz, Halim İşsever, Servet Yüce
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç: İş sağlığı ve güvenliği günümüz çalışma hayatının önemli bir parçasıdır. Özellikle hastane veri giriş personelinin psikoteknik becerilere sahip olması, iş kazalarını azaltabilir ve verimliliği artırabilir. Psikoteknik değerlendirme, zihinsel ve psikomotor yetenekleri ölçmek için bilgisayar destekli test sistemlerini kullanır. Sürekli dikkat testi, kişilerin dikkat gerektiren uyarıcıları seçme yeteneklerini ölçer. Seçici dikkat testi, benzer uyarıcıları ayırt etme becerisini ölçer. Muhakeme testi, genel muhakeme yeteneğini geometrik şekiller kullanarak değerlendirir. Çarpışma zamanı tahmin testi, nesnelerin çarpışma zamanlarını tahmin etme yeteneğini ölçer. Bu çalışma, üniversite hastanesinde çalışan veri giriş personelinin muhakeme, problem çözme, dikkat özellikleri ve tepki hızlarını değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Haziran 2022 – Haziran 2023 tarihleri arasında gerçekleşen bir çalışma, veri giriş personelinin psikoteknik yeteneklerini incelemiştir. Kesitsel çalışma tasarımıyla, Istanbul Tıp Fakültesi Hastanesinde veri giriş elemanı olarak çalışan gönüllü katılımcılarla yürütülen bu çalışmada, psikoteknik testler uygulanmıştır. Test sistemi olarak ALG psikoteknik (https://www.algpsikoteknik.com) tarafından geliştirilen lisanslı değerlendirme sistem yazılımı kullanılmıştır. Sürekli dikkat, seçici dikkat ve muhakeme testleri, katılımcıların dikkat becerilerini ve mantıksal yeteneklerini ölçmek için kullanılmıştır. Ayrıca, çarpışma zamanı tahmin testi, nesnelerin hızlarını ve çarpışma zamanlarını tahmin etme yeteneğini değerlendirmiştir. Örneklem büyüklüğü hesaplamaları sonucunda 126 kişi hedeflenmiş, ancak çalışmayı tamamlayan 118 kişi üzerinde analizler yapılmıştır. Verilerin analizi için SPSS 29.0 kullanılmış, korelasyon analizi sürekli değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemiş ve Pearson ki-kare testi ise kategorik değişkenlerin ilişkisini test etmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi tüm testler için $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Bu çalışma, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi'nde 118 katılımcı üzerinde gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların %66.9'u kadın, %33.1'i erkek olarak dağılmıştır. Ortalama yaş 40±7 yıl ve ortalama çalışma süresi 14±6 yıldır. Eğitim seviyelerine göre, %58.5'i lise mezunu, %39'u üniversite mezunu ve %3'ü üniversite üstü eğitim almıştır. Çalışma, sürekli dikkat, seçici dikkat (görsel süreklilik), muhakeme, çarpışma zaman tahmini, çarpışma yer tahmini ve hız mesafe tahmini testlerini içermiştir. Yaş ve iş deneyimine göre gruplar oluşturulmuş, bu gruplar arasındaki test sonuçları karşılaştırılmıştır. Yaşa göre farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir. Cinsiyete göre, sürekli dikkat, görsel süreklilik ve hız mesafe tahmini test sonuçları benzerdir. Ancak muhakeme testinde kadınların daha başarılı olduğu (p: 0.017), çarpışma zaman ve yer tahmininde ise erkeklerin daha başarılı olduğu gözlemlenmiştir (sırasıyla p: 0.008 ve p: 0.006). Eğitim düzeyine göre, lise mezunlarının görsel süreklilik (p: 0.035) ve çarpışma zaman tahmininde (p: 0.022) daha başarılı olduğu görülmüştür. Çalışma yılına göre, daha tecrübeli çalışanlarda çarpışma zaman tahmininin daha başarılı olduğu belirlenmiştir (p: 0.020).

Sosyodemografik parametreler ile psikoteknik test sonuçları arasındaki ilişkiler incelenmiş ve yaş ile muhakeme arasında negatif korelasyon (r: -0.194, p: 0.039) olduğu belirlenmiştir. Çalışma yılı ile muhakeme arasında benzer şekilde negatif korelasyon gözlemlenmiştir (r: -0.222, p: 0.018). Eğitim durumu ile sürekli dikkat arasında ise pozitif korelasyon saptanmıştır (r: 0.188, p: 0.042). Eğitim durumu ile muhakeme arasında pozitif korelasyon (r: 0.270, p: 0.004), eğitim durumu ile çarpışma yer tahmini arasında negatif korelasyon bulunmuştur (r: -0.234, p: 0.011). Ayrıca, psikoteknik testlerin kendileri arasında da bazı korelasyonlar belirlenmiştir, örneğin, sürekli dikkat testi ile görsel süreklilik testi arasında pozitif korelasyon (r: 0.197, p: 0.033) tespit edilmiştir.

Sonuç: Bu çalışmanın sonuçları veri giriş elemanlarının standart olarak belirlenen dikkat, muhakeme ve çarpışma zamanı tahmini testlerinde yeterince başarılı olduklarını göstermiştir. Sosyodemografik faktörlerden cinsiyet ve eğitim düzeyinin bazı test sonuçlarına etkisi olduğu görülmüştür. Özellikle muhakeme testinde kadınlar, çarpışma testlerinde ise erkekler daha başarılı sonuçlar elde etmiştir. Çalışma yılı olarak daha tecrübeli çalışanlarda çarpışma zaman tahmini testinde daha başarılı sonuçlar elde edilmiştir. Halkla etkileşim ve iletişimin yoğun olduğu, yapılacak hataların daha önemli ve riskli sonuçlara neden olabileceği, hastane veri giriş personeli gibi kritik görevlerde çalışanların işe alınmadan önce, gerektiğinde psikolojik durumlarının değerlendirilmesinin yanı sıra psikoteknik değerlendirme yapılmasının da yararlı olacağı değerlendirilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Psikoteknik, muhakeme, sürekli ve seçici dikkat, çarpışma testi, veri giriş personeli

[S132]
MUTFAK ÇALIŞANLARINDA ERGONOMİK VE PSİKOSOSYAL RİSKLERİN KAS İSKELET SİSTEMİ RAHATSIZLIKLARI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Aylin Çifci[1], Buket Yıldırım Üstüner[2], Sema Çeliker[3], Tuğba Demirel[3], Merve Demirci Atik[4], Yücel Demiral[2]
[1]Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İş ve Meslek Hastalıkları, Hatay
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, İzmir
[3]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İş Sağlığı ve Güvenliği Birimi, İzmir
[4]Konya Şehir Hastanesi, İş ve Meslek Hastalıkları, Konya

Giriş ve Amaç: Kas-iskelet sistemi hastalıkları (KİSH), işle ilgili hastalıklar arasında ilk sıralarda yer almaktadır. KİSH çalışanın sağlığının bozulması yanında; iş performansının azalması, sağlık harcamalarının artması ve işe devamsızlık nedeniyle ekonomik sorunlara neden olmaktadır. KİSH gelişiminde ağrı ve rahatsızlık hissi öncül ve uyarıcı bulguları oluşturmaktadır. Etyolojide ergonomik riskler ve kişisel özellikler suçlanırken, güncel araştırmalar iş yaşamındaki psikososyal risklerin de etkili olabileceğini savunmaktadır. Mutfak çalışanlarında KİSR sıklığının yüksek olduğu bildirilmektedir. Bu araştırmayla; mutfak çalışanlarının ergonomik ve psikososyal risklerinin KİSR ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Bu kesitsel araştırma, Mayıs 2021 ile Aralık 2022 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin mutfak çalışanları arasında gerçekleştirildi. Tüm çalışanlara (n=95) ulaşılması amaçlandı. Çalışma süresi 6 aydan kısa olan çalışanlar dışlandı. Toplam 72 (%75,8) çalışan çalışmaya dahil edildi. Katılımcılardan aydınlatılmış onam alındı. Araştırmanın etik kurul onayı Dokuz Eylül Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alındı. Katılımcıların demografik özellikleri, çalışma yaşamı özellikleri ve koşulları, psikososyal riskleri yüz yüze yapılan 60 soruluk bir anket ile değerlendirildi. Psikososyal risk değerlendirmesi için Kopenhag Psikososyal Risk Değerlendirme Ölçeği-3 (KOPSOR III) kısa formu kullanıldı. KİSR; Cornell Kas İskelet Sistemi Rahatsızlığı Ölçeği ile değerlendirildi. Ölçekte 11 vücut bölgesinde son bir haftada ağrı hissetme sıklığı, ağrının şiddeti ve işe etkisi sorgulandı. Frekans, şiddet, işe etki katsayıları çarpılıp, tüm vücut bölge puanları toplanarak hesaplanan toplam ağırlık skoru elde edildi. Ergonomik risk değerlendirme, hızlı tüm vücut analiz (REBA) ölçeği kullanılarak; iş ve meslek hastalıkları uzmanı, işyeri hekimi ve hemşiresi, halk sağlığı uzmanından oluşan bir ekip tarafından yapıldı. Veriler SPSS 25.0 paket programıyla değerlendirildi. Tek değişkenli analizlerde ki-kare ve t testi (normal dağılıma uymuyorsa Mann-Whitney u testi) kullanıldı. Olgu sayısı yetersizliği nedeniyle çoklu analizler uygulanamadı.

Bulgular: Katılımcıların %30.5'i (n=22) aşçı ve aşçı yardımcısı, %15.3'ü (n=11) gıda mühendisi, teknisyeni ve besleme ve diyetetik uzmanı, %15.3'ü (n=11) temizlikçi ve bulaşıkçı, %38.9'u (n=28) ise garsondu. Katılımcıların yaklaşık yarısı (%51.4) 10 yıldan uzun süredir mutfakta çalışmaktaydı. Çalışma süresi ortalaması 122.1 ± 8.6 aydı. Katılımcıların %84.7'si (n=61) son bir hafta içinde vücudunun en az bir bölgesinde ağrı yaşamıştı. Ağrının en sık görüldüğü bölgeler; ilk sırada bel (%66.7) bölgesiyken, sırasıyla boyun, sırt ve sağ el bileğiydi. Kadınlar, fiziksel egzersiz yapanlar, lise ve üzeri öğrenim görenlerde kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları daha fazla gözlendi ($p<0.05$). REBA ergonomik risk puanları arttıkça kas-iskelet rahatsızlığı toplam ağırlık skorunun (TAP) arttığı saptandı. İş özel hayat çatışması ($p<0.001$), çalışma hızı ($p=0.027$), niceliksel talepler ($p=0.003$) ve duygusal talepler ($p=0.003$) risk puanları yüksek olan çalışanların TAP'ın yüksek olduğu saptandı. Sosyal destek, işin öngörülebilirliği, liderliğin kalitesi, güven, iş güvencesizliğinin ve iş doyumunun azalması yüksek TAP ile ilişkili bulundu.

Sonuç: Kas iskelet sistemi rahatsızlığı prevalansının yüksek olduğu mutfak çalışanlarında, kişisel özelliklerin yanı sıra; işyerlerinde maruz kaldıkları ergonomik riskler ve psikososyal risklerin de buna neden olduğu saptanmıştır. Ergonomik ve psikososyal risklerin etkileşiminin inceleneceği çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: ergonomik riskler, iş ilişkili hastalık, kas iskelet sistemi rahatsızlığı, psikososyal riskler

[S133]
BALIKESİR ALTIEYLÜL İLÇESİNDE YAŞAYAN KADINLARDA EV KAZASI SIKLIĞI, EV TEMİZLİĞİ ALIŞKANLIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Emine Ayhan Akman, Dursun Yasemin Yayla, Sultan Eser
Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Balıkesir

Giriş ve Amaç: Ev kazaları ülkemizde ve dünya çapında önde gelen ölüm ve sakatlık nedenlerinden biridir ve önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Toplumsal beklentiler kadınlara evde daha çok vakit geçirme, ev işlerini yapma gibi ev içi toplumsal cinsiyet rolleri yüklemiştir. Bu duruma bağlı olarak kadınlar erkeklere göre daha sık ev kazası geçirmekte ve literatürde bunu destekleyen birçok araştırma bulunmaktadır. Kadınlar hem evde geçirdikleri zaman dolayısıyla hem de ev işlerinin dengesiz dağılımı nedeniyle ev kazaları için daha fazla risk altındadır. Ev temizliği fiziksel, kimyasal ve ergonomik pek çok tehlike barındırdığı için ev kazaları açısından yüksek riskli bir aktivitedir. Ev kazalarını önlemede uygunsuz temizlik malzemeleri kullanımı gibi bireylerin kazaya neden olabilecek davranışlardan kaçınmaları son derece önemlidir. Ev kazaları ile ilgili tutum ve davranışların ilişkili olduğu faktörlerin bilinmesiyle ev kazalarının olumsuz sonuçları azaltılabilir. Bu çalışmanın amacı; Balıkesir ili Altıeylül ilçesinde yaşayan kadınlarda ev kazası sıklığı ile temizlik alışkanlıklarının belirlenmesi ve temizlik alışkanlıklarının son bir yılda ev kazası geçirme durumuna etkisini tespit etmektir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki bu çalışma Aralık 2022-Ocak 2023 tarihlerinde, Balıkesir ilinin Altıeylül ilçesi tüm merkez mahallelerinde 15 yaş ve üzeri kadınlarda gerçekleştirildi. Çalışmanın evrenini Balıkesir ili Altıeylül ilçesinde yaşayan 15 yaş üzeri 54822 kadın oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü Epi Info 7.2 programı kullanılarak; %95 güven aralığı, %5 hata payı, %12,8 ev kazası sıklığı, 1,5 Desen etkisi, %20 yedek hesaba katılarak 308 olarak hesaplandı. Ardından çok aşamalı örnekleme yöntemi ile her bir mahalle içinde ulaşılması gereken kişi sayısı mahalle nüfusuna göre tabakalandırıldı. Her sokaktan 4 kişi alınmasına karar verildi ve o mahallede ulaşılması gereken kişi sayısı 4'e bölünerek o mahallede kaç sokağa gidilmesi gerektiği hesaplandı. Her mahalledeki tüm sokaklar 1'den başlayarak numaralandırıldı. Numaralandırılmış sokaklar içerisinden basit rastgele yöntem ile gidilmesi planlanan sokaklar belirlendi. Her sokağın iki tarafındaki girişinde ve yolun karşı tarafında olmak üzere ilk haneler başlangıç noktası olarak belirlendi. Mahalledeki toplam sokak sayısı gidilmesi gereken sokak sayısına bölünerek sistematik örnekleme ile kaç hane atlanacağı belirlendi. Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından hazırlanan anket; Google Formlar platformu üzerinden katılımcılarla yüz yüze görüşülerek araştırmacıların kendi telefonları üzerinden dolduruldu. Araştırmanın bağımsız değişkenleri; sosyodemografik özellikler, sağlık durumu ve alışkanlıklar, ev kazalarına yönelik değerlendirme formu, temizlik davranışları, güvenli temizlik uygulamaları; bağımlı değişkeni ise son bir yılda en az 1 kez ev kazası geçirmiş olma durumudur. Bağımsız değişken olarak aldığımız evde son bir yıl içinde günlük işleri etkileyecek kadar ciddi yaralanma geçirme durumunda ciddi yaralanma; kişinin hastaneye gidecek kadar tıbbi müdahaleye gereksinim duyması durumu olarak belirtildi. Toplanan veriler SPSS 26.0 programıyla çözümlendi. Tanımlayıcı veriler için: sayı, yüzde; kategorik değişkenler için ki-kare testi, çok değişkenli analizler için binary lojistik regresyon analizi (backward yöntemiyle) kullanıldı. Son modele tek değişkenli analizlerde anlamlı çıkan değişkenler dahil edildi. Analizlerde anlamlılık düzeyi $p<0.05$ kabul edildi. Etik kurul onayı; Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan alındı (06/12/2022 tarih 2022/121 sayı).

Bulgular: Çalışmada 338 kadına ulaşıldı. Katılımcıların yaş ortalaması 41,9±15,1 olup %72,8'i çocuk sahibiydi. Ön lisans ve üzeri öğrenime sahip olanların oranı %38,8'di ve katılımcıların %56,2'si ücretli bir işte çalışmamaktaydı. Bireylerin %36,4'ü sigara, %13,9'u alkol kullanmaktaydı. Araştırmamızda son bir yılda ev kazası geçirenlerin oranı %26,3'tü. Ev kazası geçirenlerin içinde ciddi yaralananların oranı %21,3'tü. Son 1 yılda 1 kez ev kazası geçirenlerin oranı %39, 2 kez geçirenlerin oranı %25, 3 kez ve üzeri geçirenlerin oranı ise %36'dır. Katılımcıların %63,0'ü haftada 1-3 gün ev temizliği yapmaktadır, ev temizliği yaparken yardım

almayanların oranı %73,0'tür. Temizlik maddelerinin etiket ve ambalajındaki bilgileri hiç okumayanlar %47,9, kimyasal malzemeleri yiyecek/içecek kaplarında bulunduranlar %2,7'dir. Temizlik ürünleri talimatlarına uymayanlar %21.9, temizlik ürünlerini karıştıranlar %18.9, konsantre ürünleri seyreltmeden kullananlar %40.2, çıplak ciltle kimyasala maruz kalınca yıkamayanlar %5.3, temizlik sonrası havalandırma yapmayanların oranı ise %2,0'dir. Lojistik regresyon analiz sonucuna göre bağımsız değişkenler ile son bir yılda ev kazası geçirme durumu karşılaştırıldığında; temizlik ürünlerini karıştırma (OR:1,8 %95 GA:1.1–3.4)(p=0,037) ve çıplak ciltle kimyasallara maruz kalındığında cildini hemen yıkamama (OR:3.0 %95 GA:1.1–8.1)(p=0,029) son bir yılda ev kazası geçirme ile ilişkili bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmamızda son 1 yılda en az 1 kez ev kazası geçirme sıklığı %26,3'tür. Temizlik ürünlerini karıştıranlar ve çıplak ciltle kimyasala maruz kalınca yıkamayanlar daha çok ev kazası geçirmektedir. Bunun yanında katılımcıların %47,9'u ambalajları okumamakta ve %40,2'si konsantre ürünleri seyreltmeden kullanmaktadır. Ev temizliğinin de yer aldığı ev işlerinin çoğunluğunun sorumluluğunu üstlenen ve evde daha fazla zaman geçirmeleri gereken kadınlarda kısa vadede ev kazalarını önlemeye yönelik güvenli temizlik uygulamaları konusunda eğitimler verilerek temizlik sonucu oluşabilecek zararlar önlenebilir. Güvenli temizlik davranışları kamu spotlarıyla teşvik edilebilir veya temizlik ürünlerinin etiketleri üzerinde gösterilebilir. Bunun yanında etiket ve ambalajdaki bilgileri okuma konusunda bilinçlendirme çalışmaları yapılabilir. Araştırmamızın şehir merkezinde yapılmış olması nedeniyle kırsal nüfus temsiliyeti yoktur, hafta içi mesai saatlerinde yapıldığından çalışan kesim yeterince temsil edilememiştir ve veri toplama formunun hatırlama yanlılığına sebep olabilecek geçmişe yönelik sorular içermesi çalışmamızın bazı sınırlılıklarıdır.

Anahtar Kelimeler: Ev kazası, Ev temizliği alışkanlıkları, Kadınlar

[S134]
HEALTHCARE WORKERS' COMPLIANCE WITH COVID-19 PREVENTIVE AND CONTROL MEASURES AT DE MARTINO HOSPITAL, MOGADISHU, SOMALIA

Abdullahi Ibrahim Janay, Belgin Ünal, Bülent Kılıç
Department of Public Health, Institute of Health Sciences, Dokuz Eylul University, Izmir, Turkey

Introduction and Aim: Healthcare workers are a high-risk group for COVID-19 and protecting them is crucial for healthcare delivery. Limited studies have explored compliance with infection prevention and control (IPC) practices among Somali healthcare workers. This study aimed to determine compliance with IPC practices in De Martino Public Hospital, Somalia.

Materials and Methods: A cross-sectional study was conducted at De Martino Public Hospital in Mogadishu, Somalia's capital from August to October 2022, with the participation of 204 healthcare workers (response rate = %97). Compliance was assessed using responses to 25 questions (PPE: 12 questions, HH: 7 questions and other COVID-19 IPC: 6 questions) on a five-point Likert-type scale. The scores of each person's responses were categorized into two categories and the answers "always" and "most of the time" were taken as compliance. Then, the compliance responses of each participant were summed, and the median was taken into account as the cut-off point; scores above the median were considered "high compliance". Chi-square test was performed to check the associations between healthcare workers' sociodemographic information, related factors to IPC, work conditions and practices on COVID-19, and IPC compliance during healthcare interventions. Logistic regression analysis was used to identify the key independent factors associated with a high level of compliance with COVID-19 IPC measures. Statistical Package for Social Sciences (SPSS 23) program was used in data analysis. P values lower than 0.05 were considered significant. Ethical approval was received from Dokuz Eylül University's Non-Interventional Research Ethics Committee.

Results: In total, 58.3% of the participants had good compliance with IPC, 55.9% with PPE, 55.4% for hand hygiene (HH), and 52% for other COVID-19 IPC measures during healthcare interactions.

Age and educational status were significantly associated with overall COVID-19 IPC compliance and HH ($P<0.05$ for all). Educational status was associated with compliance with PPE ($p<0.01$) and other COVID-19 IPC measures ($p=0.03$). Younger age groups and higher education level groups expressed better compliance. There was no association between any of the IPC, PPE, HH compliance and marital status, having a child at home, having an old/chronic disease patient at home, or having COVID-19 vaccination. There was no significant association between the IPC measure dimensions and work experience years. Participants who received training on COVID-19 reported higher compliance with total IPC and PPE than those who did not receive training ($p<0.05$).

There was a significant association between the type of HCWs and overall compliance with COVID-19 IPC, PPE and HH; nonclinical staff showed significantly lower levels of compliance for all three dimensions ($p<0.01$ for all). The same pattern was observed in the departments where HCWs worked; non-clinical departments showed lower compliance ($p<0.01$ for all). HCWs not providing direct care to COVID-19 patients, not having face-to-face contact, and not being present during the AGP performance reported lower compliance ($p<0.01$ for all). HCWs not having direct contact with the COVID-19 environment reported lower compliance in total IPC and PPE use ($p<0.01$ for all). There was no significant association with any of the working conditions and practices on COVID-19 and compliance with other IPC measures except the type of HCW ($p=0.01$).

In the logistic regression model, profession, having training on COVID-19, providing direct care to COVID-19 patients and presence when performing AGP were independent factors associated with total IPC compliance in HCWs. Doctors and doctor assistants and nurses and paramedical staff expressed a higher level of compliance with overall IPC compared to non-clinical staff (Doctors OR: 12.11, 95% CI: 2.23 – 65.84, nurses and

paramedical staff OR: 21.38, 95% CI: 4.23 – 108.01).

For PPE; profession, the source of COVID-19 material and providing direct care to COVID-19 patient were independent factors. Compliance with PPE showed significant differences among HCWs in various roles. Doctors and doctor assistants (OR: 11.59, 95% CI: 1.94 – 69.01) and nurses and paramedical staff (OR: 17.91, 95% CI: 3.22 – 99.64) exhibited higher compliance compared to non-clinical staff.

For HH, source of COVID-19 material, providing direct care and the presence at AGP performance were independent factors. For Other IPC compliance, profession was the only predictor.

Conclusion: Enhancing awareness and behavior change interventions among healthcare workers, particularly non-clinical staff, is critical for preventing COVID-19 infections in hospitals.

Keywords: Compliance, Healthcare workers, COVID-19 prevention and control, Hospital

Ethical Approval: An ethical approval was received from Dokuz Eylül University's Non-Interventional Research Ethics Committee (approval date: 17.08.2022, decision number: 2022/26-08).

Conflict of Interest: There is no conflict of interest in this study.

Financial support: There is no financial support for this study.

[S135]
SAĞLIK BAKANLIĞI İNTERNET SİTESİNİN AŞI İÇERİKLERİNİN İNCELENMESİ

Buğra Taygun Gülle[1], Zeynep Sedef Varol[1], Saadet Göksu Çelik[2], Ecem Başoğlu Şensoy[2], Belgin Ünal[3]
[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Epidemiyoloji Bilim Dalı, İzmir
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir
[3]Dünya Sağlık Örgütü Azerbaycan Ülke Ofisi, Bakü

Giriş ve Amaç: Aşı tereddütü en önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. İnternet, kullanımının yaygınlaşmasıyla aşı ile ilgili bilgi almak için en sık kullanılan yollardan biri olmuştur. Aşıyla ile ilgili internet sitelerinde yapılan çalışmalarda genellikle aşı karşıtı argümanları içeren siteler ve içerikler incelenmiş olmakla beraber; sağlık otoritelerinin aşıyı teşvik etmek için kullandıkları online içerikler genellikle göz ardı edilmiştir. Oysa ki, bilginin resmi kurumlar tarafından doğrudan halka iletilmesinde kullanılan yöntemlerin incelenmesi ve bu iletim yollarının optimize edilmesi dikkate alınması gereken bir konudur. Bu sebeple bu çalışmada; Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın resmi sitesindeki aşıyla ilgili içeriklerin incelenmesi amaçlanmıştır

Gereç ve Yöntem: Araştırma nitel bir içerik analizi çalışmasıdır. Sağlık Bakanlığının resmi sitesinin aşıyla ilgili temel sayfası olan "https://asi.saglik.gov.tr/" ana sayfa olarak alınmıştır. Ana sayfa üzerinden ulaşılabilir olan başlıklara ve linklere erişilerek bu sayfalar analize dahil edilirken, COVID-19 aşısıyla ilgili olan sayfalar çalışmaya alınmamıştır. Çalışmaya dahil edilen içerikler 16.08.2023 tarihinde kayıt altına alınmış ve MAXQDA 2022 programına aktarılmıştır. Aktartılan içerikler kodlanmış ve daha sonra kodlar uygun şekilde tema haline getirilerek içerik analizi yapılmıştır. Ayrıca içerikler risk iletişim tekniğine uygunluk açısından değerlendirilmiştir. Çalışma, TÜBİTAK 1004 programı çerçevesinde desteklenen KorTUP (Korunma ve Tedavi Ulusal Platformu) Projesinin alt projesi olan "Araştırma Programının Toplumsal Etkisi" kapsamında yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmada 44 web sayfası ve 1 video analize dahil edilmiştir. İncelenen sayfalardaki içeriklerin iki tema altında toplandığı görülmüştür. İlk tema "işlevsel bilgiler" olarak adlandırılmıştır. Bu tema kapsamında internet sayfalarında; hangi yaş gruplarında hangi aşıların yapılacağı, aşılama faaliyetlerinin nerede yapılacağı, erişkin aşılama faaliyetleri, meslek gruplarına özel olarak hangi aşıların yapılacağı, aşıların kimlere yapılmaması gerektiği, seyahat aşıları, aşı kartının kullanımı gibi bilgiler yer almaktaydı. İkinci tema ise "güvenlik ve fayda" olarak isimlendirilmiştir. Bu temada; aşı takip sistemi, aşının işleyişi ve içeriği, aşı ile önlenebilen hastalıklar, aşı sonrası istenmeyen etkiler, aşı ile ilişkilendirilen yanlış düşünceler ve aşı tarihi yer alıyordu.

Aşı takip sisteminin ülke genelindeki işleyişi ile ilgili bir video 8 fotoğraf, 1 şekil varken; aşının tarihçesinde yedi fotoğraf, aşının yolculuğunda bir adet çizim, aşı takviminde ise bir adet takvim olduğu görülmüştür. Bilgilerin halk tarafından daha kolay algılanmasını sağlayabilecek infografik, animasyon videoları, sağlık çalışanlarının verilen bilgileri görsel materyaller yardımıyla anlattığı videolar gibi içeriklerin sayfalarda bulunmadığı görülmüştür. Genişletilmiş bağışıklama programında yer alan aşılar, meslek ve yaş durumuna göre yapılacak aşılardan bahsedilirken halkın bilgisinin daha az olabileceği Humanpapilloma virüs, Rotavirüs gibi aşıların nerelerden temin edilebileceği kimlere tavsiye edildiği gibi bilgilere rastlanmamıştır. İncelenen web sayfalarında son güncelleme tarihinin bulunmadığı, bazı sayfalarda verilen linklerin artık çalışmadığı, verilerin bazılarının güncel olmadığı (2017 yılı tetanoz vaka sayısı, 2010-2014 yılı vaka sayıları), 2020 yılında yapılan bağışıklama programı değişikliğinden hala yapılacak değişiklik olarak bahsedildiği görülmüştür. Otizm, Alzheimer, Guillain-Barre, romatizmal hastalıklar gibi durumlarla aşılar arasındaki ilişkilere yönelik iddialara ayrıca açıklama getirildiği ve bunların kaynaklarla desteklendiği görülmüş ancak çoğu sayfada (aşı içerikleri gibi) kaynak gösterilmediği saptanmıştır. Bazı sayfalarda verilen kısaltmaların açık halinin yazmadığı (EMA, TİTCK, SSPE), yine anlaşılması güç bazı terimlerin açıklanmadan kullanıldığı (adjuvan, flakon, morbidite gibi) görülmüştür. Aşıların yararlarından bahsedilirken aşılama sayesinde düşen hastalık sayıları, aşı ile önlenebilir hastalıklardan bahsedilmiş ancak aşılanmanın önemli faydalarından biri olan sürü bağışıklığı sayesinde aşı olamayan kişilerin korunmasındaki katkıdan bahsedilmemiştir. Aşı takip sisteminin anlatıldığı sayfada "soğuk zincir kalitesi tartışmasız dünyanın en iyisidir", "halkın… aşı güvenliğine duyduğu güveni artırmıştır", "halkımız

aşılara güvenmekte" gibi sayısal ifadelerle desteklenmeyen nesnel olmayan ifadelerin geçtiği görülmektedir.

Sonuç: Sağlık Bakanlığı'nın internet sayfasının; aşıyla ilgili birinci elden, güncel, nesnel, halkın anlayabileceği şekilde düzenlenmiş, açık, anlaşılır bilgileri sunmasının aşı konusunda tereddüt yaşayan veya aşı ile ilgili bilgi almak isteyen kişiler için önemli olduğu açıktır. Bu sebeple internet sitesindeki aşı içeriğini geliştirmek için aşağıdaki öneriler sunulmuştur:

1. Bilgilerin güncelliğini ve sitenin dinamik bir yapıda olduğunu göstermek için sayfalarda son güncellenme tarihinin yer alması ve gerekli yerlere son yıllardaki verilerin ve kaynakların eklenmesi, bağlantı sağlamayan linklerin düzeltilmesi ve sitenin belli aralıklarla güncellenmesi
2. Özellikle doğrudan pratiğe yönelik sayfalarda eğitim seviyesi yüksek olmayan insanların da anlayabileceği şekilde infografik ve/veya video eklenmesi, niteliksel açıklamalar da kullanılması ve ifadelerin kolay anlaşılması için %10 yerine 10 kişiden 1'i gibi açıklamalar kullanılması
3. Daha detaylı bilgiye ulaşmak isteyen özellikle devlet kaynaklarına güveni az, aşı tereddütü olan kişiler için ilgili sayfalara güvenilir bilimsel kaynakların eklenmesi
4. Öznel olan yorumları nesnel olarak gösterecek cümleleri kullanmamak veya bunları nesnel veriler haline dönüştürecek kaynakları vererek güvenirliğin sağlanması
5. Kısaltmaların veya tıp eğitimi olmayan insanların anlaması zor olabilecek terimlerin yanına kısa bir şekilde açıklama eklenmesi veya bu kelimelere link vererek anlaşılır açıklamaların olduğu bir sayfaya yönlendirilmesi
6. Bakanlık tarafından sağlanmayan ancak ülkemizde yapılan diğer aşılarla ilgili de temel bilgilere yer verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: aşı, aşı tereddütü, içerik analizi, Sağlık Bakanlığı, Türkiye

[S136]
BİR AKUT BARSAK ENFEKSİYONU SALGIN İNCELEMESİ, KOZAN, 2022

Bekir Büyükakın, Gülşen Barlas, Fatma Durmuş, Gülsüm Zoroğlu, Fehminaz Temel
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Ankara

Giriş ve Amaç: Akut barsak enfeksiyonu (ABE) ülkemizde bildirimi zorunlu bir sendromdur. Klinik tanıma uyan vakalar "akut gastroenterit" olarak bildirilir. Klinik tanımlama şu şekildedir: Etkeni spesifik olmayan ve enfeksiyöz kaynaklı olduğu tahmin edilen son 14 gün içinde günde üç ya da daha çok yumuşak, sulu dışkılama durumudur. Beraberinde bulantı-kusma, ateş ve karın ağrısı görülebilir.

Vaka sayısının beklenenden fazla olması, ortak bir etkene maruz kalma ve kümelenme görülmesi, daha önce görülmeyen yeni hastalık tanısı almış en az bir vaka görülmesi, eliminasyon veya eradikasyon programında olan hastalıktan tek bir vaka görülmesi ve uluslararası sağlık tehdidi olan bir hastalık görülmesi durumunda salgın olduğu kabul edilir.

Su kaynaklı salgın, ortak kaynaktan su kullanan epidemiyolojik bağlantısı olan iki veya daha fazla kişide benzer hastalık durumunun oluşması şeklinde tanımlanabilir. 2009-2012 yılları arasında ülkemizde görülen salgınlarda, klinik örneklerden izole edilen etkenlerin dağılımında norovirüslerin %48 ile birinci sırada yer aldığı görülmüştür. Bulaşıcı Hastalık Sürveyans ve Erken Uyarı Sistemi (İZCİ), bulaşıcı hastalıklar sürveyansı kapsamında bulaşıcı hastalık ve etken bildirimlerinin, sendromik sürveyans verilerinin ve saha çalışmalarının (saha inceleme, vaka incelemesi, temaslı takibi, vb.) zamanında, etkin ve doğru şekilde yürütülebilmesi amacı ile tanı konulan bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalık vakaları ve etken bildirimleri ile sendromik sürveyans kapsamında yer alan semptom ve hastalıklara ait verilerin toplanması, bu vakalara yönelik yürütülen saha çalışmalarının kayıt altına alınması, raporlama ve analizlerin elektronik ortamda yapılabilmesi için oluşturulan sistemdir. Vakaya dair ihtiyaç duyulan tüm veriler, mahremiyet esaslarına uygun olarak, doğru kaynaklardan, hızlı şekilde sağlanıp kullanıcının hizmetine sunulmaktadır. Karar vericilerin sürveyans verilerinden, faydalanması için ileri analiz teknikleri ile hazırlanmış raporlar (Hızlı Sinyal Tespit Sistemi(HSTS) analiz raporları vs.) anlık ve dinamik olarak oluşturulabilmektedir. Sendromik sürveyans sisteminden alınan veriler otomatik olarak analiz edilerek, sonuçlar grafikler ve katmanlar halinde kullanıcılara gösterilmektedir. Ortalamadan sapma değerleri C1-C2-C3 ve C4 sinyalleri şeklinde gösterilir. C1 sinyalinden C4 sinyaline doğru duyarlılık artar. C1 sinyali izlenmesi gereken durumlar hakkında erken uyarı verir. C4 ise en yüksek duyarlılıkta, hafta sonu oluşan düşük verilerin salgınları maskelemesini önleyen algoritmadır ve araştırılması gereken durumu ifade eder.

Bu çalışmada, Adana ili Kozan ilçesinde 28 Kasım-07 Aralık 2022 tarihleri arasında vaka artışına neden olan etken ve/veya kaynakların belirlenmesi, koruma ve kontrol önlemlerin alınması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Salgın incelemesi, 7-11 Aralık 2022 tarihleri arasında Adana'nın Kozan ilçesinde yapılmıştır. Devlet hastanesi acil servisinden, ICD-10 kodlamasına göre bulantı-kusma, enfektif olmayan gastroenterit ve karın ağrısı şikayetiyle başvuran kişilerin listesi temin edilmiştir. Bu vakaların semptomu olmayan sağ komşusu kontrol olarak alınmıştır. Vaka ve kontrollere içme suyu tercihi sorulmuştur. Klinisyen ve hastalarla görüşülmüştür. Su depoları incelenmiş ve kroki çizilmiştir. Su ve kanalizasyon işleri yetkilisi ile görüşülmüştür. Hava durumu ve yağış bilgisi alınmıştır. Su numunesi alınıp fiziksel, bakteriyolojik, kimyasal analiz ve bakiye klor ölçümü yapılmış ve viral inceleme için Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Tüketici Laboratuvarına gönderilmiştir. Alınan gaita örnekleri Mikrobiyoloji Referans Laboratuvar'ına (MRL) gönderilmiş ve salgın paneli çalışılmıştır.

Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistik ve Ki-Kare testi kullanılmış, atak hızları ve rölatif risk hesaplanmıştır. Salgın insidans eğrisi ve mahallelere göre epidemiyolojik harita çizilmiştir. İZCİ sistemi sendromik sürveyans verilerinden hazırlanan HSTS analiz raporları kullanılmıştır.

Salgın incelemesi olduğu için etik kurul iznine ihtiyaç duyulmamıştır. Çalışma yapılması için yetkili kurum izni alınmıştır. Çıkar çatışması yoktur.

Bulgular: 28 Kasım'da, İZCİ sistemi ABE surveyansında ilk C4 sinyali alınmıştır. 7 Aralık'a kadar C4 sinyali devam etmiştir. İlk sinyalden itibaren vaka sayıları artmaya başlamış ve 5 Aralık'ta 209 vaka ile pik yapmıştır. 28 Kasım'dan, incelemenin başladığı 7 Aralık'a kadar 1307 vaka görülmüştür. 28 Kasım-14 Aralık tarihleri arasında toplam vaka sayısı 1949' dur. Vakaların %57' si kadın, %43'ü erkektir. Kozan ilçe nüfusu 129.242' dir. İlçede kaba atak hızı (AH) 15,08'dir. AH kadınlarda daha yüksektir. AH en yüksek 40-49 yaş grubunda olup, yüksekten düşüğe sırasıyla 0-9, 10-19, 20-29, 30-39 ve 80-89 yaş gruplarında görülmüştür. Vakaların %50,2' sinin R11 tanı kodu (Bulantı-kusma), %47'sinin K.52 tanı kodu (Enfeksiyöz Olmayan Gastroenterit ve Kolit) başvurduğu tespit edilmiştir. Genel semptomlar bulantı-kusma ve sulu ishaldir. Vakalarda kontrollere göre içme suyu olarak çeşme suyu kullanma sıklığı 1,45 kat fazla bulunmuştur (O.R =1.45, p=0,015).

Vakaların mahallelere göre dağılımı ve atak hızları hesaplandığında en yüksek atak hızının sırasıyla Yarımoğlu, Varsaklar, Şevkiye, Çanaklı, Türkeli, Taş, Karacaoğlan mahallelerinde olduğu, ilçe merkezi genelinde görüldüğü saptanmıştır.

MRL' na gönderilen gaita numunelerinden 7 hastanın 5'inde Norovirüs, EPEC, EAEC, Sapovirüs ve Rotavirüs saptandığı öğrenilmiştir. Su örnekleri mevzuata uygun bulunmuş ve bakiye klor düzeylerinin yeterli olduğu tespit edilmiştir. Su numunesinde viral etken saptanamamıştır.

Su depolarının genelinin mevzuata uygun olmadığı gözlenmiştir. Yakın zamanda ilçede su ve kanalizasyon altyapı çalışması yapılmadığı bilgisi alınmıştır. 24-25 Kasım tarihlerinde sağanak yağış olduğu, son yağışın 30 Kasım'da görüldüğü öğrenilmiştir.

Sonuç: Vakaların ilçe geneline dağılımı, sudan başka ortak maruziyet olmaması, semptomların viral etken düşündürmesi ve çeşme suyu kullanmanın riskli bulunması nedeniyle salgının su kaynaklı olduğu düşünülmüştür.

Yağmur ve sel gibi olaylardan sonra şebeke suyu bakiye klor ve laboratuvar analizleri ivedilikle yapılmalı ve numune alım sıklığı artırılmalıdır. Su depoları mevzuata uygun hale getirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Su, gastroenterit, salgın

Kaynaklar

1. *https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/mikrobiyoloji-referans-laboratuvarlari-ve-biyolojik-urunler-db/Dokumanlar/Rehberler/0_sahada_calisan_hekim_lab_rehberi.pdf 10.10.2023 tarihinde erişilmiştir.*
2. *https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/27034/0/bulasici-hastaliklare39189df2-1e9b-4866-8c87-919b02695fd5pdf.pdf 10.10.2023 tarihinde erişilmiştir.*
3. *Kireçci E, Özer A. Norovirüsler, salgınları ve mücadele. Van Tıp Derg, 2011;18 (1): 49-56.*
4. *https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/59773/0/kilavuzpdf.pdf 31.10.2023 tarihinde erişilmiştir.*

[S138]
HALK SAĞLIĞI KONGRELERİNDE SUNULAN İSHAL BİLDİRİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Esra Çiçek
Konya İl Sağlık Müdürlüğü, Konya

Giriş ve Amaç: İshal, günde üç veya daha fazla gevşek veya sıvı dışkının çıkması (veya birey için normalden daha sık dışkılama) olarak tanımlanır. İshal genellikle bağırsak sisteminde çeşitli bakteriyel, viral ve parazit organizmaların neden olabileceği bir enfeksiyonun belirtisidir. Enfeksiyon, kontamine yiyecek veya içme suyu yoluyla ya da kötü hijyen nedeniyle kişiden kişiye yayılır. Güvenli içme suyu, gelişmiş sanitasyon kullanımı ve ellerin sabunla yıkanması dahil olmak üzere ishalin önlenmesine yönelik müdahaleler hastalık riskini azaltabilir. İshal, temiz su, şeker ve tuzdan oluşan bir çözelti olan oral rehidrasyon çözeltisi (ORS) ile tedavi edilmelidir. Kongreler belli bir konuda bilimsel düzeyin niceliksel ve niteliksel gelişimini, o bilimin ilgi alanlarını yansıtması açısından önemlidir. Türkiye'de ilki 1988'de sonuncusu 2022'de olmak üzere toplam 22 Ulusal ve Uluslararası Halk Sağlığı Kongresi gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada Halk Sağlığı Kongrelerinde ishal başlığı adı altında sunulan bildirilerin nicel ve nitel bazı özelliklerinin ve bu özelliklerinin yıllar içindeki değişiminin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: 25-26 Ekim 2023 tarihleri arasında planlanıp yürütülen bu tanımlayıcı çalışmanın evrenini 1988-2022 yıllarında yapılan Halk Sağlığı Kongrelerinde metin arama kısmına "ishal" ve "diarrhea" terimleri girilerek bildiri başlıklarında geçen bu konuda sunulan 24 bildiri oluşturmaktadır. Çalışmanın değişkenleri; kongre yılı, ilk yazarın çalıştığı kurum, araştırmanın yapıldığı yer, etik kurul izni, araştırmanın tipi, örnekleme yönteminin veya büyüklüğünün belirtilmesi, karşılaştırma grubu kullanımı, kongrede sunum biçimi, veri toplama aracı, araştırmanın yapıldığı yıl, ilk yazarın cinsiyeti, bulguların istatistiki önemi, yazar sayısı, kullanılan istatistiki testler, merkez sayısı ve çalışmanın yazım dilidir. Çalışmanın verisi 16 sorudan oluşan bir veri toplama formu ile toplanmıştır. Verilerin analizi IBM SPSS 22.0 paket program ile yapılmıştır. Tanımlayıcı bulgular sayı değerleri ile sunulmuştur. Çalışma verileri için HASUDER'in resmi internet sayfasında bulunan elektronik bildiri kitapçıkları ve sayfada bulunmayan 2 kongre kitabı (bir Halk Sağlığı öğretim üyesi hocamızdan temin edilerek) olmak üzere toplamda 24 Halk Sağlığı Kongre kitabı incelenmiştir. Elektronik veya basılı halde kopyasına ulaşılamayan 4. Ulusal Halk Sağlığı Kongre kitabının ilk 82 sayfası web sayfasında yer almamakta olup araştırmaya dahil edilememiştir. Kamuya açık veriler kullanıldığı için etik kurul izni alınmamıştır.

Bulgular: İshal ile ilgili olan toplam 24 bildiri çalışma kapsamına alınmıştır. Kongre yıllarına göre 3 bildiri 1988, 2 bildiri 1990, 2 bildiri 1992, 1 bildiri 1998, 1 bildiri 2000, 1 bildiri 2002, 2 bildiri 2004, 3 bildiri 2007, 4 bildiri 2008, 1 bildiri 2010, 2 bildiri 2015, 1 bildiri 2017 ve 1 bildiri 2018 yılında sunulduğu görülmüştür. Araştırmaların yapıldığı yeri belirtilen 21 bildiri vardır. Etik kurul izni sadece 3 bildiride belirtilmiştir. Araştırmaların tipine göre 2'si prospektif, 6'sı kesitsel, 1'i retrospektif, 1'i tanımlayıcı ve 14'ünün araştırma tipi belirtilmemiştir. Örnekleme yönteminin veya büyüklüğünün belirtilmesi sadece 8 bildiride mevcuttur. Karşılaştırma grubu sadece 2 bildiride kullanılmıştır. Kongredeki sunum biçimi incelendiğinde 8 bildiri poster şeklinde, 2 bildiri sözlü olarak ve 14 bildiride sunum biçimi belirtilmemiştir. Veri toplama aracına göre 14 bildiride anket, 1 bildiri anket ve ölçek birlikte, 1 bildiri eğitim müdahalesi olarak, 1 bildiri nicel ve nitel birlikte, 2 bildiri kayıtlardan ve 5 bildiride de veri toplama aracı belirtilmemiştir. Araştırmanın yapıldığı yıllara göre ise 2 bildiri 1987, 1 bildiri 1997, 3 bildiri 2006, 4 bildiri 2008, 1 bildiri 2014, 2 bildiri 2015 ve 11 bildiride araştırmanın yapıldığı yıl belirtilmemiştir. İlk yazarın cinsiyetine göre 9 bildiri kadın iken, 8 bildiri erkek, 7 bildiride bu konuda bir bilgi net değildir. Bulguların istatistiki önemi sadece 1 bildiride belirtilmiştir. Yazar sayısı 2 bildiride bir, 7 bildiride iki, 2 bildiride üç, 4 bildiride dört, 3 bildiride beş, 2 bildiride altı, 2 bildiride yedi, 1 bildiride dokuz ve 1 bildiride on olarak bulunmuştur. Kullanılan istatistiki testler incelendiğinde 2 bildiri tanımlayıcı, 5 bildiri temel düzey (parametrik, parametrik olmayan, korelasyon, ki-kare) ve 17 bildiride de istatistik testi belirtilmemiştir. Çalışmaların 23'ü tek merkezli yapılmıştır. Yazım dili Türkçe olan toplam 23 bildiri sunulmuştur.

Sonuç ve Öneriler: İshal ile ilgili bildirilerin bazı Halk Sağlığı Kongre yıllarında (1994, 1996, 2006, 2011, 2012, 2013, 2014, 2019, 2020, 2021, 2022) hiç yapılmadığı tespit edilmiştir. Bazı bildirilerde yazarın hangi kurumda çalıştığı da belirtilmemiştir. Araştırmaların yapıldığı yer büyük çoğunlukla belirtilmiştir. Etik Kurul izni ise neredeyse hiç belirtilmemiştir. Araştırmalar çoğunlukla kesitsel tipte yapılmıştır. Örnekleme yöntemleri ve büyüklüğünün belirtilmesi ise çok azdır. Araştırmacılara araştırma yöntemleri derslerinin hem teorikte hem de pratik uygulamalı olarak öğretilmesi gerekmektedir. Bildirilerin sunum biçimi çoğunlukla belirtilmemiştir. Araştırmalar büyük çoğunlukla anket yöntemi ile yapılmıştır. Bildirilerde ilk yazar kadın ve erkek dağılımı benzerdir. Bildirilerin neredeyse tamamında bulguların istatistiki önemi (p değeri) belirtilmemiştir. Analizlere geçilmeden önce normal dağılımın değerlendirilmesi çok önemli olup bildirilerde gösterilmesi gerekmektedir. Kontrol listeleri yapılarak bu sorun giderilebilir. Yazar sayısı genellikle iki kişidir. Kullanılan istatistiki testlerin belirtilmesi çok azdır. Bildirilerin yaklaşık yarısı temel düzey istatistik ile yapılmıştır. Çalışmalar büyük çoğunlukla tek merkez de yürütülmüştür. Bildirilerin dili çoğunlukla Türkçedir. Araştırmamızda resmi sitede yer alan 1996 yılına ait Kongre kitabında 3 bildiri mevcut olmasına rağmen sayfaların eksik taratılması sonucunda ulaşılamamış ve değerlendirilememiştir. Halk Sağlığı Kongre bildiri kitaplarının daha ulaşılabilir olması sağlanmalıdır. Çalışmamıza sadece bildiri başlığında "ishal" kelimesi geçen bildirilerin alınması araştırmamızın bir kısıtlılığıdır.

Anahtar Kelimeler: Bildiri, Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı, İshal

[S139]
BRUSELLOZ ÜZERİNDEN TÜRKİYE'DE ZOONOTİK HASTALIKLARIN KONTROLÜNE YÖNELİK BİR DEĞERLENDİRME

Öykü Turunç
İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı, Bulaşıcı Hastalıklar Kontrol Programları Birimi, Mardin

Özet

Bruselloz, Türkiye'de ve dünyada yaygın görüldüğü, olumsuz sağlık çıktılarına ve ekonomik kayıplara neden olduğu için önemli bir halk sağlığı sorunudur. Brusellozun da dahil olduğu zoonotik hastalıklara yönelik kontrol programlarının, etkili olabilmesi için Tek Sağlık yaklaşımını benimsemesi, insan, hayvan, çevre ve gıda sağlığını koruyan ve geliştiren çok sektörlü, disiplinler arası, iş birliğine dayalı stratejiler içermesi gerekmektedir.

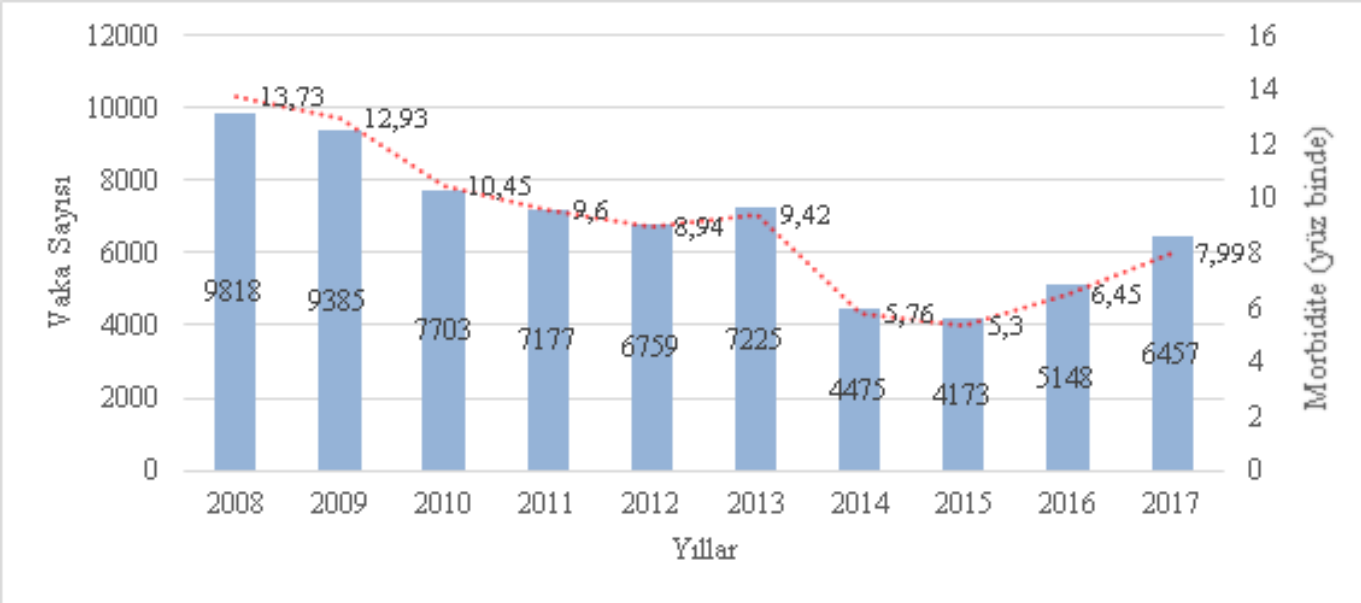
Türkiye'de Tarım ve Orman Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı bruselloz kontrolünde görev almaktadır. Ulusal düzeyde oluşturulan politikaların Tek Sağlık yaklaşımını benimsediği fakat toplum katılımına yönelik faaliyetlerinin eksik olduğu, yerel düzeye yansımasının yetersiz olduğu gözlenmektedir. Yerel düzeyde ve yerel ihtiyaçlar doğrultusunda, kurumlar arası iletişim kanallarının oluşturulması, eşgüdümün ve iş birliğinin güçlendirilmesi, sivil toplum kuruluşlarının, meslek odalarının, muhtarların, ilgili dernekler ve birliklerin aktif rol almasının sağlanması vasıtasıyla toplum katılımının güçlendirilmesi, zoonotik hastalıklara yönelik kontrol programlarının etkinliğini arttıracaktır.

Giriş

Bruselloz, Brucella cinsi bakterilerin neden olduğu, Asya ve Afrika ülkelerinde sık olmak üzere dünya genelinde yaygın olarak görülen zoonotik bir hastalıktır[1,2]. Enfekte hayvanlar ile direkt temas ya da bu hayvanların ürünlerinin tüketimi ile insanlara bulaşır. En sık gözlenen bulaş yolu enfekte çiftlik hayvanlarının pastörize edilmemiş süt ve süt ürünlerinin tüketilmesidir[3]. İnsan popülasyonunun %44'ü bruselloz riski altındadır. Yıllık ortalama insidans bir milyon kişide yaklaşık 500 yeni vaka olarak hesaplanmıştır. Yıllık insidansın en yüksek olduğu bölgeler ise Orta Doğu ve Sahra Altı Afrika bölgeleridir[4]. Bruselloz riski, toplumların ekonomik durumları, yaşam koşulları, kültürleri ve eğitim durumları ile farklılık göstermektedir. Tarım ve hayvancılıkla geçinen daha düşük sosyoekonomik seviyeye sahip gruplarda daha sık görülmekte, ekonomik kayıplara neden olarak fakirliği derinleştirmekte, genel sağlık düzeyinin düşük olduğu bu gruplarda daha olumsuz sağlık çıktılarına neden olarak sağlıkta eşitsizliği arttırmaktadır[1,2,5–7].

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünün verilerine göre Türkiye'de bruselloz morbidite hızının en sık olduğu bölgeler Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu bölgeleridir. 2017 yılında brusellozun morbidite hızı yüz binde 7,99 iken en sık görüldüğü Kars ilinde yüz binde 82,4'tür. 2008 ile 2015 yılları arasında bruselloz hastalık yükünde azalma dikkat çekerken takip eden yıllarda morbidite hızının ılımlı oranda arttığı gözlenmektedir[8] (Grafik 1.).

Grafik 1. *Türkiye'de Bruselloz Vaka Sayıları ve Morbidite Hızlarının Yıllara Göre Değişimi*



Brusellozun Kontrolü

Bruselloz ve diğer zoonotik hastalıkların, etkin bir şekilde kontrolünün sağlanması için Tek Sağlık yaklaşımı benimsenmelidir. Tek Sağlık yaklaşımı; insanlar, hayvanlar, bitki örtüleri ve ortak çevrelerinin arasındaki ilişkiyi tanıyan, yerel, bölgesel, ulusal ve küresel düzeyde sağlık çıktılarının iyileşmesini hedefleyen, disiplinler arası, çok sektörlü ve iş birliğine dayalı bir yaklaşımdır. İnsan sağlığı, hayvan sağlığı, bitki sağlığı ve çevre sağlığı arasındaki etkileşimleri irdeleyerek bu alanlardaki sorunları ele alır, hastalık kontrolünü, gıda güvenliğini, çevresel sürdürülebilirliği ve genel sağlık sonuçlarını iyileştirmeyi hedefler[9]. İnsanlarda bruselloz kontrolünün en önemli stratejilerinden biri, hastalığın insanlar için tek kaynağı olan hayvanlarda brusellozun kontrol edilmesidir. Çiftlik hayvanlarına yönelik bağışıklama çalışmalarının insan popülasyonunda da bruselloz yükünü azalttığı saptanmıştır[4,5,10,11]. Küçük baş hayvanlara yönelik tarama, kesim ve aşılama programları hayvan popülasyonunda hastalık yükünü büyük oranda azaltmaktadır. Hayvan sahiplerinde ekonomik kayıplara neden olabildiği için büyük baş hayvanlara yönelik tarama ve kesim uygulamasının toplum tarafından kabul edilebilirliği daha düşüktür ve bu durum bahsedilen programların büyük baş hayvan popülasyonunda etkinliğini azaltmaktadır[12]. Brusellozun, akut ateşli hastalıktan kronik eklem ve kas ağrılarına kadar geniş ve spesifik olmayan bir kliniğe neden olması tanı koymayı, inkübasyon süresinin 6 aya kadar uzayabilmesi hastalık kaynağını saptamayı güçleştirmektedir[13]. Bahsedilen sebepler neticesinde, etkili bir bruselloz kontrolü için insan sağlığı, hayvan sağlığı, gıda güvenliği ve çevre sağlığı ile ilişkili otoritelerin işbirliği güçlendirilerek, hayvanlara yönelik tarama ve aşılama programlarının hem yerel hem de ülke düzeyinde yaygınlaştırılması, kabul edilebilirliğinin arttırılması; bruselloz kontrolünde görev alan personelin güçlendirilmesi, bruselloz vaka sürveyansı ve filyasyonunun güçlendirilmesi, toplumda bruselloz riskini azaltmaya yönelik davranış değişikliğinin sağlanması gerekmektedir[12,14].

Türkiye'de Bruselloz Kontrolüne Yönelik Uygulamalar

Bruselloz kontrolünde, ulusal düzeyde Tarım ve Orman Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı görev almaktadır. Ülkemizde hayvan popülasyonunda brusellozun önlenmesine yönelik çalışmalar 1950'li yıllara kadar dayanmaktadır. 1984 yılında Ulusal Brusella Kontrol ve Eradikasyon Projesi başlatılmıştır[15]. 2012 ve 2022 yıllarında da Brusellanın Konjuktival Aşı ile Kontrol ve Eradikasyonu Programı Genelgesi yayımlanmıştır[16,17]. 2018 yılında Tarım ve Orman Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı katılımı ile Türkiye Zoonotik Hastalıklar Milli Komitesi kurulmuş ve 2019 yılında Türkiye Zoonotik Hastalıklar Eylem Planı yayımlanmıştır[18]. Türkiye Zoonotik Hastalıklar Eylem Planı'nın bruselloz kontrolüne yönelik hedef, strateji ve aktivitelerinin; hayvan popülasyonunda, in-

san popülasyonunda ve çevresel örneklerde bruselloz sürveyansını güçlendirmeyi hedeflemesi ve enfeksiyon kaynağı kontrolüne yönelik multidisipliner aktiviteler içermesi nedeniyle Tek Sağlık yaklaşımını benimsediği gözlenmektedir.

Yerel Düzeyde Bruselloz Kontrolüne Yönelik Uygulamalar

Bruselloz, saha incelemesi gerektiren, bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklardan biridir; yerel düzeyde tüm sağlık kuruluşlarından, Sağlık Bilgi Sistemleri üzerinden, Toplum Sağlığı Merkezleri veya İlçe Sağlık Müdürlükleri ve İl Sağlık Müdürlüklerine bildirimi sağlanır[19]. Bruselloz bildirimi olduğunda ilgili birinci basamak sağlık çalışanları saha incelemesine çıkarak, olası hayvan kaynağını ya da besin gıdasını saptamak ve gerekli veteriner hekimlik uygulamalarının yerine getirilmesini takip etmek ile yükümlüdür. Bruselloz tanısı alan vaka, hayvancılık ile uğraşıyorsa, çiftlik hayvanları ile teması varsa, kendi beslediği bir hayvanın pastörize edilmemiş süt ürünlerini tükettiyse ya da çiğ süt ve süt ürünleri satışı yapan bir işletmeden aldığı ürünleri pastörize etmeden tükettiyse saha incelemesi yapan sağlık ekibi İlçe Tarım ve Orman Müdürlükleri ile temasa geçerek kaynak kontrolüne yönelik çalışmaların yürütülmesini sağlamaktadır[20]. İlçe Tarım ve Orman Müdürlükleri saha incelemesinde şüpheli hayvan kaynaklarında tanı çalışmaları yapmakta ve bruselloz tanısı kesinleşen hayvanların rayiç bedelinin 9/10'u olacak şekilde tazminat karşılığı kesimini sağlamaktadır[21]. Tarama ve kesim uygulaması, hayvan sahiplerinin kontrol önlemleri için yetkililer ile iş birliği yapmasının önündeki en büyük engeldir. Ayrıca hastaların geç tanı aldığı ve inkübasyon süresinin 6 aya kadar uzayabildiği göz önüne alındığında[13] saha ekiplerince bahsedilen risklerin saptanamadığı durumlar da gözlenmekte ve kaynağa yönelik kontrol çalışmaları sekteye uğramaktadır.

Hayvan sahipleri, hayvanlarında hastalıktan şüphelenirse ya da hayvanı düşük yaparsa İlçe Tarım ve Orman Müdürlüklerine haber verebilmekte, İlçe Tarım ve Orman Müdürlüklerince hastalık kontrolüne yönelik gerekli işlemler yapılmaktadır. Fakat ekonomik kayıp kaygısı ile hayvan sahipleri, hayvanlarında gözlediği hastalık bulgularını yetkililere bildirmekten imtina edebilmektedir. Bir hayvan brusella tanısı aldığı takdirde sahiplerinin de bruselloz açısından değerlendirilmesi gerekmektedir, fakat bruselloz tanısı alan hayvanların sahiplerinin yerel sağlık otoritelerine çoğunlukla bildirimi yapılmamaktadır. Bu durum, insanlardaki olası bruselloz vakalarının saptanmasına engel olmaktadır.

Büyük baş ve küçük baş hayvanlarda bruselloz prevalansı ve bağışıklama oranı verileri ulusal düzeyde yayımlanırken, il ve ilçe düzeyinde bu verilere erişilememektedir. İnsan bruselloz riskinin en önemli göstergesi olan hayvan popülasyonundaki bruselloz prevalansı ve dağılımı[4] yerel düzeyde bruselloz açısından riskli toplulukları saptamak ve koruyucu, önleyici faaliyetleri yürütmek için önemli bir gereksinimdir.

Değerlendirme ve Öneriler

Politika metinleri incelendiğinde bruselloz kontrolüne yönelik Tek Sağlık yaklaşımını benimseyen ulusal düzeyde strateji ve hedeflerin olduğu gözlenmiştir; fakat bu politika ve stratejilerin il ve ilçe düzeyine yansıması istenilen ölçüde değildir. Bruselloz ve diğer zoonotik hastalıkların kontrolü çalışmalarının güçlendirilmesi için yerel düzeyde kurumlar arası eşgüdümün ve iş birliğinin arttırılması gerekmektedir. Çok sektörlü ve çok disiplinli, yerel ihtiyaçlara uyarlanmış kontrol programlarının oluşturulmasında ve yürütümünde kamu kurum ve kuruluşlarının yanı sıra sivil toplum kuruluşlarının, üniversitelerin, meslek odalarının ve ilgili dernek ve birliklerin de katılımının sağlanması önemlidir.

İl Kurban Hizmetleri Komisyonu, İl Hayvan Sağlığı ve Zabıtası Komisyonu gibi yerel düzeyde zoonozların kontrolünde kurum ve kuruluşların eşgüdümünü ve iş birliğini sağlamayı amaçlayan iyi uygulama örnekleri mevcuttur. Bahsi geçen komisyonlarda Tek Sağlık yaklaşımına uygun koruma ve kontrol önlemlerinin alınmasının sağlanması, alınan kararların il ve ilçe düzeyinde uygulanmasının takibi, yerel düzeyde zoonozların kontrolünü olumlu yönde etkileyebilir. İl düzeyindeki komisyonlar aracılığı ile kurulmuş olan kurumlar arası iş birliğinden faydalanarak, hastalık yükü yüksek olan il ve ilçelerde, morbiditesi yüksek olan hastalıkların öncelendiği, bilimsel çalışma grubu içeren, zoonotik hastalıklar için ayrı bir komisyon kurulması, bruselloz ve diğer zoonozların kontrolü için önemli bir uygulama olacaktır. Zoonozlara yönelik kurulan yerel komisyon-

larda toplum katılımını güçlendirmek için ilgili derneklerin ve birliklerin, sivil toplum kuruluşlarının, meslek odalarının ve üniversitelerin katılımı sağlanmalıdır. Toplum katılımını güçlendirmek için bir diğer önemli adım, hayvancılığın yüksek olduğu kırsal bölgelerde, muhtarların hayvan, insan ve çevre sağlığı konularında bilinçlendirilmesi, zoonotik hastalıklar kontrol uygulamalarında ve savunuculuk faaliyetlerinde görev almasının sağlanması olacaktır. İl veya ilçe düzeyinde oluşturulacak olan Zoonotik Hastalıklar Komisyonu altında yer alan bilimsel çalışma grubu, bölgesel prevalans çalışmalarının yürütülmesinde, hayvan ve insan popülasyonunda gözlenen hastalık verilerinin paylaşımı ile risk altındaki grupların belirlenmesinde, ileriye yönelik tahminlerin oluşturulmasında, toplum yönelimli girişimlerin planlanmasında ve etkinliğinin ölçülmesinde önemli rol oynayacaktır.

Ulusal ve yerel düzeyde yürütülen zoonotik hastalıklar kontrol programlarında toplum katılımı düşük düzeydedir. Programlarda yer alan aktiviteler çoğunlukla kamu kurum ve kuruluşları tarafından yürütülmekte, profesyonellerden topluma doğru, tek taraflı ve geleneksel bir iletişim içermektedir. Zoonotik hastalıklara yönelik programların etkinliğinin arttırılması için Tek Sağlık yaklaşımı ve Sağlığın Geliştirilmesi perspektifinin harmanlanması gerekmektedir[22] (Tablo 1.).

Sonuç

Bruselloz, Türkiye'de ve dünyada yaygın olarak görülmekte, olumsuz sağlık çıktılarına ve ekonomik kayıplara neden olmaktadır. Etkin bir bruselloz kontrol programı, toplum katılımını güçlendiren, disiplinler arası, çok sektörlü ve iş birliğine dayalı, insan, hayvan, çevre ve gıda sağlığına yönelik girişim ve düzenlemeleri içermelidir. Türkiye'de bruselloz kontrolüne yönelik politika belgeleri, kurumlar arası eşgüdümü ve iş birliğini önceleyen düzenlemeler ve aktiviteler içerse de bu düzenleme ve aktivitelerin yerelde uygulamaya yansıması istenilen ölçüde değildir. Yerel ihtiyaçlar doğrultusunda, yerel düzeyde kurumlar arası iletişim kanallarının oluşturulması, eşgüdümün ve iş birliğinin güçlendirilmesi ve toplum katılımını güçlendiren girişimlerin planlanmasına ihtiyaç vardır. Sahada çalışan halk sağlığı uzmanlarının il ve ilçe düzeyinde ilgili paydaşları belirlemesi, gerekli iletişim kanallarını oluşturması ve bu alanda savunuculuk yapması zoonotik hastalıkların kontrolünün yerel ve ulusal düzeyde etkinliğini arttıracak önemli bir adım olacaktır.

Kaynaklar

1. *Franc KA, Krecek RC, Häsler BN, Arenas-Gamboa AM. Brucellosis remains a neglected disease in the developing world: a call for interdisciplinary action. BMC Public Health. 2018 Jan 11;18:125.*

2. *Khoshnood S, Pakzad R, Koupaei M, Shirani M, Araghi A, Irani GM, et al. Prevalence, diagnosis, and manifestations of brucellosis: A systematic review and meta-analysis. Front Vet Sci. 2022 Dec 22;9:976215.*

3. *de Figueiredo P, Ficht TA, Rice-Ficht A, Rossetti CA, Adams LG. Pathogenesis and immunobiology of brucellosis: review of Brucella-host interactions. Am J Pathol. 2015 Jun;185(6):1505–17.*

4. *Laine CG, Johnson VE, Scott HM, Arenas-Gamboa AM. Global Estimate of Human Brucellosis Incidence. Emerg Infect Dis J. 2023 Sep 29;29.*

5. *Cleaveland S, Sharp J, Abela-Ridder B, Allan KJ, Buza J, Crump JA, et al. One Health contributions towards more effective and equitable approaches to health in low- and middle-income countries. Philos Trans R Soc B Biol Sci. 2017 Jul 19;372(1725):20160168.*

6. *Grace D, Mutua FK, Ochungo P, Kruska RL, Jones K, Brierley L, et al. Mapping of poverty and likely zoonoses hotspots. International Livestock Research Institute; 2012 Jul.*

7. *Dean AS, Crump L, Greter H, Hattendorf J, Schelling E, Zinsstag J. Clinical Manifestations of Human Brucellosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS Negl Trop Dis. 2012 Dec 6;6(12):e1929.*

8. *T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Dairesi Başkanlığı. İstatistikler [Internet]. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/dokumanlar-zoonotik.html*

9. *CDC. One Health Basics [Internet]. 2023. Available from: https://www.cdc.gov/onehealth/basics/index.html*

10. *Blackburn JK, Kracalik IT, Fair JM. Applying Science: Opportunities to Inform Disease Management Policy with Cooperative Research within a One Health Framework. Front Public Health. 2016 Jan 8;3:276.*

11. *Godfroid J, DeBolle X, Roop RM, O'Callaghan D, Tsolis RM, Baldwin C, et al. The quest for a true One Health perspective of brucellosis. Rev Sci Tech Int Off Epizoot. 2014 Aug;33(2):521–38.*

12. *FAO. Regional Workshop on Brucellosis Control in Central Asia and Eastern Europe [Internet]. Rome; 2015. Available from: https://www.fao.org/3/i4387e/i4387e.pdf*

13. *Carugati M, Kilonzo KG, Crump JA. Fever, bacterial zoonoses, and One Health in sub-Saharan Africa. Clin Med. 2019 Sep;19(5):375–80.*

14. *Ghanbari MK, Gorji HA, Behzadifar M, Sanee N, Mehedi N, Bragazzi NL. One health approach to tackle brucellosis: a systematic review. Trop Med Health. 2020;48.*

15. *Yumuk Z, O'Callaghan D. Brucellosis in Turkey an overview. Int J Infect Dis. 2012 Apr 1;16(4):e228–35.*

16. *T.C. Tarım ve Orman Bakanlığı. Brusellanın Konjuktival Aşı ile Kontrol ve Eradikasyonu Projesi Genelgesi (2012/03) [Internet]. Available from: https://www.tarimorman.gov.tr/Belgeler/Mevzuat/Genelgeler/BRUCELLA.pdf*

17. *T.C. Tarım ve Orman Bakanlığı. Brusellanın Konjuktival Aşı ile Kontrol ve Eradikasyonu Genelgesi (2022/05) [Internet]. Available from: https://www.tarimorman.gov.tr/Konu/2136/Brusella_Asi_Kontrol_Eradikasyon*

18. *T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Dairesi Başkanlığı. Türkiye Zoonotik Hastalıklar Eylem Planı 2019-2023 [Internet]. Ankara; 2019. Available from: https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/564*

19. *Bulaşıcı Hastalıklar Surveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği. T.C. Resmi Gazete, 26537, 30/5/2007.*

20. *T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Bulaşıcı Hastalıklar ile Mücadele Rehberi. 2018.*

21. *Tazminatlı Hayvan Hastalıkları ve Tazminat Oranlarına Dair Yönetmelik. T.C. Resmi Gazete, 28173, 14/1/2012.*

22. *WHO. Ottawa Charter for Health Promotion. 1986.*

Tablo 1. *Sağlığın Geliştirilmesi Perspektifi ile Türkiye'de Bruselloz Kontrolüne Yönelik Uygulamaların Değerlendirilmesi*

Öncelikli Eylem Alanları	Geliştirilmesi Gereken Alanlar
Sağlığı Önceleyen Kamu Politikaları	Yerel düzeyde kamu kurum ve kuruluşları arasında iş birliğinin, iletişim kanallarının güçlendirilmesi, bilgi ve veri alışverişinin arttırılması Zoonotik hastalık yükü yüksek olan illerde Zoonotik Hastalıklar Komisyonunun ve zoonotik hastalıklar bilimsel çalışma grubunun kurulması Paydaş kurumlarda görev alan personelin yer aldığı saha inceleme ekiplerinin oluşturulması Tarama ve kesim düzenlemelerinin toplum tarafından kabul edilebilirliğinin arttırılması, hızlı ve adil tazminat olanaklarının sağlanması Pazar ve marketlerde satılan taze süt ve süt ürünlerine yönelik denetimlerin arttırılması Sürveyansın yerel düzeyde güçlendirilmesi, hayvanlarda ortaya çıkan bildirimi zorunlu zoonozlarda bildirim yolları ile ilgili süreçlerin kolaylaştırılması, toplum tarafından bildirim yollarının bilinilirliğinin arttırılması
Sağlığı Destekleyici Çevre	Küçük ölçekli çiftlikler ve kırsal bölgelerde hayvancılık ile uğraşan kesimlere yönelik düzenlemelerin ve denetimlerin güçlendirilmesi Hayvancılık ile uğraşan kırsal bölgelerde/köylerde hasta hayvan atıkları için alanların oluşturulması
Toplum Katılımının Güçlendirilmesi	Önleyici ve koruyucu aktivitelerde kamu kurum ve kuruluşları dışında sivil toplum örgütlerinin, ilgili birliklerin, derneklerin, meslek odalarının ve üniversitelerin katılımının sağlanması Taze süt ve süt ürünlerinin satışı ve tüketiminin önlenmesi, hayvan sağlığının korunması, çiftçi ve hayvancıların sağlığının korunması konusunda savunuculuk yapan organizasyonların geliştirilmesi Kırsal bölgelerde muhtarların, hayvan, insan ve çevre sağlığı konularında bilinçlendirilmesi ve savunuculuk faaliyetlerinde görev almalarının sağlanması
Kişisel Becerilerin Geliştirilmesi	Zoonotik hastalıkların belirtileri, bulaş yolları, pastörizasyon, kontaminasyonun engellenmesi, salamura yapımı gibi korunma yolları ile ilgili toplumun bilgi ve beceri düzeyinin arttırılması Çiftçilerin, hayvancılıkla uğraşan kişilerin ve kırsal bölgelerde görev alan muhtarların hayvan sağlığı, hastalık belirtileri, hastalıktan şüphe edildiği zaman hangi kurumlar ile iletişime geçileceği ve hangi önlemleri alacağı konusunda bilgi ve beceri düzeyinin arttırılması
Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Düzenlenmesi	Sağlık çalışanlarının, tanı koyma, bildirim, alınması gereken biyolojik örnekler, tedavi ve vakaya yönelik sağlık eğitimi gibi zoonotik hastalıklar konusunda bilgi ve beceri düzeyinin arttırılması Saha incelemesi ekibinin olası hastalık kaynakları, salgın yönetimi, gerekli durumlarda iletişime geçilmesi gereken kurum ve kuruluşlar, aktif vaka tarama ve sağlık eğitimi konularında bilgi ve beceri düzeyinin arttırılması Sağlık çalışanı sirkülasyonunun yüksek olduğu bölgelerde çalışmaya yeni başlayan sağlık çalışanlarının öncelenerek eğitimlerin planlanması

[S140]
SALGININ ÜÇ FARKLI DALGASINDA COVID-19 OLGULARININ EPİDEMİYOLOJİK ÖZELLİKLERİNİN VE HASTALIĞIN KLİNİK SONUÇLARI İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Ezgi Emli Alpay[1], Belgin Ünal[2], Ahmet Naci Emecen[2]
[1]Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş ve Amaç: Çalışmada Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi (DEÜTF) Hastanesi'nde Eylül 2020-Ekim 2021 tarihleri arasında COVID-19 salgının üç farklı dalgasında, erişkin COVID-19 olgularının epidemiyolojik özelliklerinin ortaya koyulması ve hastalığın klinik sonuçları ile ilişkili risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Sürveyans verilerine dayalı izlem çalışmasında, evren DEÜTF'nde Eylül 2020-Ekim 2021 tarihleri arasında COVID-19 tanısı alan erişkin bireylerden oluşmaktadır ve örnek seçilmeyip tüm evrene ulaşılması planlanmıştır. Araştırmada ikinci dalga 14 Eylül 2020-4 Ocak 2021 dönemini, üçüncü dalga 5 Ocak-21 Haziran 2021 dönemini, dördüncü dalga 22 Haziran-21 Ekim 2021 dönemini kapsamaktadır. Araştırmada hastaların prognozunu etkileyebileceği düşünülen iki farklı düzeyden bilgiler elde edilmiştir. Birinci düzeyde COVID-19 tanısı alan olgulara, ikinci düzeyde ise Türkiye'ye ait veriler bulunmaktadır. Olgu düzeyindeki veriler için DEÜTF COVID-19 İzlem Merkezi (COVIMER) yetişkin ilk izlem formu veri tabanı; ülke düzeyindeki veriler için Global Initiative on Sharing Avian Influenza Data (GISAID), The Oxford COVID-19 Government Response Tracker (OxCGRT), Türkiye COVID-19 Pandemi İzlem Ekranı (TURCOVID19) isimli veri platformları kullanılmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkenleri COVID-19 nedenli hastaneye yatış varlığı, yoğun bakım ünitesine yatış varlığı ve ölüm durumudur. Olgu düzeyindeki bağımsız değişkenler yaş, cinsiyet, gelir algısı, öğrenim durumu, çalışma durumu, medeni durum, sigara kullanma durumu, eşlik eden hastalık varlığı, başvuruda semptom varlığı ve türleridir. Ülke düzeyindeki bağımsız değişkenler ise COVID-19 aşı kapsayıcılığı, COVID-19 kontrol puanı ve tespit edilen SARS-CoV-2 varyant türleridir. Tanımlayıcı bulgular sayı, yüzde ve ortalama ± standart sapma olarak sunulmuştur. Tek değişkenli analizlerde ki-kare testi ve Mann Whitney U testi; çok değişkenli analizlerde iki düzeyli lojistik regresyon analizi kullanılmış, sonuçlar OR ve %95 Güven aralığı ile sunulmuştur.

Bulgular: Bu çalışmada 8208 olgu incelenmiştir. Ulaşma oranı %84'tür. Dalga 2'de 3842 olgu, dalga 3'te 2613 olgu, dalga 4'te 1753 olgu yer almaktadır. Araştırma grubunun %51.4'ü kadın, %23.1'i 35-44 yaş grubundadır. Olguların %36.3'ünde eşlik eden en az bir kronik hastalık bulunmaktadır. Olguların %10.1'i COVID-19 servisine, %3.5'i ise yoğun bakım servisine yatırılarak tedavi edilmiştir. COVID-19 nedenli mortalite oranı %2.2'dir. Salgın dalgaları arasında olguların cinsiyet dışındaki diğer epidemiyolojik özellikleri ve hastalığın klinik sonuçları açısından anlamlı fark bulunmaktadır. Dalga 2 ve dalga 4'te ileri yaş olguların oranı ile COVID-19 nedenli yoğun bakıma yatış ve mortalite oranı Dalga 3'e göre anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0.001$). Son dalgaya doğru, kötü gelir durumu bildiren ve asemptomatik olguların oranı artmakta iken düşük öğrenim düzeyine sahip, en az bir kronik hastalığı olan ve hastanede yatırılarak tedavi gören olguların oranı azalmaktadır ($p<0.05$). Hastalığın klinik sonuçları ile ilişkili risk faktörlerinin değerlendirildiği çok değişkenli analiz sonucunda; tüm değişkenlere göre düzeltildikten sonra COVID-19 nedenli mortalite riskini, yaştaki her bir birim artış 1.15 (%95 GA: 1.12-1.18) kat, erkek cinsiyet 2.05 (%95 GA: 1.17-3.58) kat, diyabet 2.16 (%95 GA: 1.2-3.89) kat, kalp yetmezliği 2.61 (%95 GA: 1.08-6.29) kat, kanser 4.1 (% 95 GA: 1.83-9.19) kat, böbrek yetmezliği 5.87 (%95 GA: 2.48-13.9) kat artırmakta iken toplumsal aşı kapsamındaki artış (OR: 0.76; %95 GA: 0.59-0.98) mortalite riskini azaltmaktadır. COVID-19 nedenli hastaneye yatış riskini, yaştaki her bir birim artış 1.05 (%95 GA: 1.04-1.06) kat, erkek cinsiyet 1.78 (%95 GA: 1.43-2.22) kat, ilkokul altı eğitim düzeyi 1.30 (%95 GA:1.01-1.70) kat, diyabet 1.35 (%95 GA: 1.04-1.76) kat, koroner arter hastalığı 1.35 (%95 GA:1.01-1.82) kat, kanser

2.33 (%95 GA: 1.47-3.7) kat, böbrek yetmezliği 4.29 (%95 GA: 2.36-7.81) kat, kronik akciğer hastalığı 2.25 (%95 GA: 1.38-3.68) kat artırmaktadır.

Sonuç: Bu çalışmaya göre ileri yaş, erkek, düşük öğrenim düzeyine sahip ve kronik hastalığı olan bireylerin SARS-CoV-2 ile enfekte olmaları durumunda hastalığı ağır geçirme ya da ölüm gerçekleşme riski daha yüksektir. Belirlenen bu duyarlı gruplara karantina, izlem ve bağışıklama gibi COVID-19'a yönelik halk sağlığı uygulamalarında öncelik verilmeli ve klinik uygulamalarda bu olgular ilk başvuru anından itibaren daha yakından takip edilmelidir. Araştırmada toplumsal aşı kapsayıcılığının mortalite riskinde azalma ile ilişkili olduğu gözlenmiştir. Bu bağlamda; aşı tereddüttü ve karşıtlığının önüne geçerek toplumsal aşı kapsayıcılığını arttırmak için aşının önemi, yan etkileri konusunda kamuya açık mesajlar ile toplumun bilinçlendirilmesi ve COVID-19 hastalık ve aşı sürveyansı sonuçlarının kamuoyuyla paylaşılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, SARS-CoV-2, Klinik Sonuçlar, Risk Faktörleri

[S141]
TÜRKİYE'DE BEŞ YAŞ ALTI ÇOCUKLARDA BODURLUK: TNSA-2018 İKİNCİL ANALİZ ÇALIŞMASI

Emine Şeyma Karaketir[1], **Ayşegül Ekemen**[2]
[1]*İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
[2]*İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Buca İlçe Sağlık Müdürlüğü*

Giriş ve Amaç: Yetersiz beslenme (malnütrisyon), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından "besin alımındaki eksiklik veya fazlalığı, temel besin öğelerinin dengesizliği veya besin öğesi kullanımının bozulması" olarak tanımlanmaktadır (1). Malnütrisyon, gelişimsel, ekonomik, sosyal ve tıbbi sorunlar doğurarak bireyleri ve toplumları etkilemektedir. Ayrıca üretkenliği azaltır, sağlık harcamalarını artırır ve ekonomik büyümeyi yavaşlatarak yoksulluk ve sağlıksızlık döngüsünü devam ettirir (2). Yetersiz beslenmenin bodurluk, düşük kiloluluk, fazla kiloluluk ve mikro besin eksiklikleri olarak çeşitleri vardır. Yaşa göre boyun kısa olması olarak tanımlanan bodurluk ise; yoksulluk, anne sağlığının ve beslenmesinin kötü olması, hastalıklar nedeniyle erken çocukluk döneminde iyi beslenememe ve kronik yetersiz beslenme nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Bodur çocuklar fiziksel ve bilişsel potansiyellerine tam olarak ulaşamazlar (1). Global olarak 2022 yılı itibariyle beş yaş altı çocuklarda bodurluk sıklığı %22,3'tür ve bu sıklık 148,1 milyon çocuğa karşılık gelmektedir (3).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) her beş yılda bir tekrarlanan, kesitsel araştırmalar serisidir. Sağlık, nüfus, demografi konularında ulusal bazda yürütülen ve ülkemizin tamamını temsil eden örneklemiyle önemli veri kaynaklarıdır. Bu çalışmada 2018 yılında yapılan TNSA verileri kullanılarak beş yaş altı çocuklarda bodurluk ve ilişkili sosyal belirleyicilerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, TNSA verilerinin ikincil analizi şeklinde gerçekleştirilmiştir. Hanehalkı listesindeki 15-49 yaşındaki kadınlara soru formu uygulandıktan sonra hanedeki beş yaş altı çocukların boy ve kilo ölçümlerinden elde edilen veriler kullanılmıştır. 2006 DSÖ Çocuk Büyüme Standartları'na göre "yaşa-göre-boy" göstergesi Z skoru referans grubun ortancasından iki standart sapma altı olan çocuklar "bodur" olarak tanımlanmıştır. Bağımsız değişkenler yerleşim yeri (kır/kent), beş demografik bölge, hanehalkı refah düzeyi, anne yaşı, anne çalışma durumu, anne eğitim durumu, baba eğitim durumu, yaş, cinsiyet, kreşe gitme durumu, biberonla beslenme, doğum ağırlığı, doğum öncesi ve sonrası bakım alma durumu olarak belirlenmiştir. Çalışmanın evreni 2018 veri tabanında yer alan beş yaş altı çocuğu olan 15-49 yaş kadınların bulundukları haneler; örneklemi ise görüşülen kadınların beş yaş altı çocuklarıdır. 2568 çocuktan boy, kilo ölçümü yapılabilen ve DSÖ kriterlerine göre, yaşa-göre-boy Z-skoru < -5 SD ve /veya> +5 SD gibi uç değerler haricindeki 2081 çocuk çalışmaya dahil edilmiştir. TNSA'da örneklem seçimi ağırlıklı, çok aşamalı, tabakalı küme örneklemesi ile yapılmaktadır. Bu sebeple analizler örneklem ağırlığı göz önüne alınarak uygulanmıştır ve complex sample modülü kullanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede ki-kare ve lojistik regresyon testleri kullanılmıştır. Çok değişkenli analize dahil olma kriterleri; tek değişkenli analizlerde p değerinin 0,20'den küçük olması ve/veya literatürde olası ilişkinin istatistiksel anlamlılığının birden çok çalışmada bildirilmesi olarak kabul edilmiştir. Kamuya açık veri olduğu için etik kurul izni alınmamış, kurum izni alınmıştır.

Bulgular: TNSA 2018'te yaşa-göre-boy göstergesine göre hanedeki tüm beş yaş altı çocuklarda bodur olma sıklığı %6,2'dir. Bodurluk ile bağımsız olarak ilişkilendirilen faktörler şunlardır: 0-12 aylık olmaya kıyasla 13-24 aylık olmak (adjusted Odds Ratio (aOR) = 3, %95 Güven Aralığı (GA) = 1,4 - 6,3) ve 37-48 aylık olmak (aOR = 2,8, %95GA = 1,3 - 6,3); sezaryen doğumla doğmuş olmak (aOR = 1,6, %95GA = 1,03 - 2,6) ve yüksek doğum ağırlığına kıyasla düşük doğum ağırlığında olmak (aOR = 3,4, %95GA = 1,5 - 7,7). Ayrıca doğum öncesi bakım almamış veya dört kereden az almış çocuklarda bodurluk oranı (aOR = 2,1, %95GA = 1,2 - 3,8), dört ve daha fazla doğum öncesi bakım almış çocuklara göre daha yüksek bulunmuştur (Sağlık Bakanlığı tarafından en az dört kez doğum öncesi bakım izlemi önerilir).

Sonuç: Annenin doğum öncesi bakım alma sayısının ve doğum şeklinin bodurlukla ilişkili olması değiştirilebilir

risk faktörleri açısından önemlidir ve halk sağlığı müdahaleleri planlanırken aile temelli yaklaşım benimsenmesinin gerekliliğini vurgular. İleri analiz sonucu doğum ağırlığı ile bodurluk arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir; bu nedenle, etkilenen çocukların doğumdan itibaren rutin sağlık takiplerinde yaşa-göre-boy göstergesi kullanılarak değerlendirilmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Bodurluk, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Çocuk, Malnütrisyon

Kaynaklar:

1. *World Health Organization. Malnutrition Overview. 2023. URL: https://www.who.int/health-topics/malnutrition#tab=tab_1*
2. *World Health Organization. Malnutrition. 2023. URL: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition*
3. *World Health Organization. Levels and trends in child malnutrition: UNICEF/WHO/World Bank Group joint child malnutrition estimates: key findings of the 2023 edition. 2023. URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789240073791*
4. *World Health Organization Multicentre Growth Reference Study Group. Methods and development: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Geneva: World Health Organization, 2006.*

[S142]
HATAY'DA DEPREM SONRASI İÇME VE KULLANMA SULARININ MİKROBİYOLOJİK ANALİZ VE BAKİYE KLOR DÜZEYİ SONUÇLARI (ŞUBAT-EYLÜL 2023)

Mehmet Erdem[1], **Nazan Savaş**[1], **Tacettin İnandı**[1], **Fatma Öncü Dönmez**[2], **Mehmet Güzelşemme**[2]
[1]*Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
[2]*Hatay Büyükşehir Belediyesi Su ve Kanalizasyon İşleri Genel Müdürlüğü*

Giriş ve Amaç: İçme suları İnsan sağlığını tehlikeye düşürecek (mikrobiyolojik, kimyasal, fiziksel) hiçbir şey içermemelidir. Dünya Sağlık Örgütü ''genel olarak, acil durumlarda, günde kişi başına 20 litre su sağlamak uygundur, fakat bu kural çok görecelidir ve şartlara uygun olarak düzenlenmelidir.'' önerisinde bulunmuştur. 6 Şubat depremleri sonrasında yıkımın çok fazla olması, deprem sonrası dönemde hem enkaz kaldırma çalışmaları hem de ağır hasarlı binaların ağır iş makinaları ve dinamitle yıkımları sonucunda Hatay'da altyapı, içme ve kullanma suyu şebekeleri ağır hasar görmüştür. Şebeke hasarının yanı sıra insan gücü, teçhizat gibi kayıpların olması, geçici yerleşim alanlarına düzensiz yerleşim ve kamu hizmet kapasitesinin azalması gibi nedenlerden dolayı, içme ve kullanma sularının temininde güçlükler doğmuştur. Resmi makamlar; 7 Mart 2023 tarihinde 'Hatay'da şebeke suyunun bu dönemde içme suyu olarak kullanılmamasını telkin ediyoruz. Şebeke suyunun genel amaçlı kullanımında bir sorun yok. Temizlik amaçlı olarak kullanılabilir' açıklamasında bulunmuş fakat nicel bir veri paylaşmamıştır. Bizim bu çalışmadaki amacımız depremden sonraki dönemde Hatay ilinin içme ve kullanma suları bakteriyolojik analiz ve bakiye klor durumunu ortaya koymaktır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışmada veriler Hatay Büyükşehir Belediyesi Su ve Kanalizasyon İdaresi Genel Müdürlüğü HATSU'dan alınmıştır. HATSU aylık olarak İl Sağlık Müdürlüğü'nün ve kendi bünyelerindeki ekiplerin uç noktalardan aldığı su numunelerinin sonuçlarını internet sitesinde yayınlamaktadır. Verilerde alınan numunenin nereden ve ne zaman alındığı(tarih,ilçe mahalle,sokak), bakiye klor düzeyi, bakteriyolojik uygunluk durumu, ve uygunsuz ise hangi bakterilerin tespit edildiği mevcuttur. Tüm Bakteriyolojik analizler Halk Sağlığı Laboratuvarlarında Membran Filtre Yöntemi ile yapılmaktadır. Verilerde kimyasal kirlilik ile ilgili bilgi mevcut değildir. Mevcut veriler 6 Şubat-30 Eylül 2023 tarihleri arasında HATSU'nun yetki ve sorumluluğu altında olan şebekelerden alınan örnekleri temsil etmektedir. Özel ya da kaçak su kaynaklarından alınan örnekleri temsil etmemektedir. Verilerde bakiye klor düzeyi 0,3 ppm ve üzeri ise yeterli klorlanma olarak değerlendirildi. Verilerde ilçelere ve aylara göre bakteriyolojik uygunluk yüzdeleri ve iki yüzdenin karşılaştırılmasında da Pearson Ki Kare testi kullanıldı.

Bulgular: Toplam 12599 analiz sonucu incelendi. Antakya ilçesine ait Şubat ayı verilerine rastlanmamış olup diğer aylarda ise tüm ilçelere ait veriler mevcuttur. Tüm süreçteki incelenen örneklerin %2,7'si bakteriyolojik olarak uygun değildi. Süreci İlçelere göre incelediğimizde en fazla uygunsuz çıkan üç ilçe Kırıkhan %14.8, Yayladağı 10.4 ve Arsuz %6.8 idi. Tüm örneklerin %20.4'ü Mart ayına, %19.7'si Nisan ayına %13.2'si ise Mayıs ayına aittir. Numunelerin Şubat ayında %10.1'i, Haziran ayında %3.2'si, Eylül ayında %2.9'u, Ağustos ayında %2.5'i, Mayıs ayında %2.1'i, Temmuz ayında %2.0'ı, Mart ayında %1.6'sı, Nisan ayında ise %1.5'i bakteriyolojik açıdan uygunsuzdu. Bakiye klor ölçümlerinin %11.9'u 0.3 ppm'in altında idi. Şubat'ta numunelerin %21.6'sında, Ağustos'ta %16.2'sinde, Eylül'de %16.2'sinde, Temmuz'da %12.8'inde, Haziran'da %11.8'inde, Mayıs'ta %7.2'sinde, Nisan'da ise %6.7'sinde bakiye klor düzeyi 0.3 ppm altında idi. Bakteriyolojik numune sonucu uygun olanların %10.0'ında bakiye klor düzeyi 0.3 ppm ve altında iken, uygun çıkmayanların %81.3'ünde bakiye klor düzeyi 0.3 ppm ve altında idi ($p<0.001$). Uygunsuz çıkan numunelerin %96.4'ünde koliform bakteri, %65,6'sında sadece koliform bakteri, %28,4'ünde Escherichia Coli ve koliform bakteri birlikteliği saptandı.

Sonuç: Örneklerin % 97.3'ü bakteriyolojik açıdan uygun ve %88.1'i ise klor açısından yeterlidir. Yeterli klorlama ile bakteriyolojik uygunluk arasında önemli bir ilişki mevcuttur. Deprem sonrası ilk 3 ay numune alım sayısı arttırılmıştır. İl genelinde en yüksek uygunsuz numune çıkan ay depremin olduğu ay olan Şubat ayıdır. En fazla uygunsuz numune Kırıkhan ilçesindedir. Bakteriyolojik olarak uygunsuz numunelerde en sık neden

koliform bakteridir. Afet müdahale planlarında geçici yerleşim alanlarının bilimsel verilere dayanarak planlanması, buralar için altyapı açısından bir ön hazırlık ve deprem sonrası yerleşimin bir plan içerisinde yapılması, deprem ve afet sürecinde suların klorlanması, yeterli sayıda örnek alınması, afet bölgesine cihaz ve personel desteğinin sağlanması, personel eğitimlerinin arttırılması ve uygunsuzluklara hızlı müdahale başlıca öneriler arasında sayılabilir.

Anahtar Kelimeler: Bakiye klor, Deprem, İçme suyu

[S143]
PUBMED'DE 2018-2023 YILLARINDA DİZİNLENMİŞ, DEPREM HALK SAĞLIĞI İLİŞKİSİNİ DEĞERLENDİREN YAYINLARIN İNCELENMESİ

Didem Daymaz
Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Kırıkkale

Giriş ve Amaç: Halk sağlığının en temel konulardan birisi afetler olup, ülkemizde etki alanı ve sonuçları itibariyle en büyük yıkıma neden olan afet türü de depremlerdir. Depremler sonuçları itibariyle hem akut dönem hem de uzun vadede toplum sağlığını tehdit eden büyük bir halk sağlığı sorunudur. Tüm dünyada depremlerin halk sağlığı etkilerinin takibi, yönetimi ve afet zararlarının en aza indirilmesi için yapılan çalışmalar oldukça büyük bir önem sahiptir. Yakın dönemde ülkemizde yaşanan 6 Şubat depremlerinin etkileri de göz önünde bulundurularak, bu çalışmada son beş yılda dünyada deprem ve halk sağlığı ilişkisini değerlendiren araştırmaların incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:, Pubmed veri tabanında dizinlenmiş, 'earthquake' ve 'public health' anahtar kelimeleri ile taranan 2.10.2023 tarihi itibariyle 2018-2023 yılları arasında dizinlenmiş, 53 yayın araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Tanımlayıcı tipte olan bu çalışmada, özgün araştırma olmayan, konu ile ilgisiz bulunan, dili İngilizce olmayan, tam metne ulaşılamayan, deprem dışında diğer afet türlerini inceleyen yayınlar çalışma dışında bırakılmıştır. Çalışmaya dahil edilen 37 araştırma, içerik ve bibliyometrik açıdan değerlendirilmiştir. Çalışmaların; yayın adı, yayın yılı, yayınlandığı dergi, kullanılan anahtar sözcükler ve sayısı, yazar sayısı, çalışmanın ilgili olduğu deprem tarihi ve yeri, çalışmanın yapıldığı yer, araştırma yönteminin tipi, veri toplama alanı, çalışılan ana konu alanları, çalışmada ölçek kullanılma durumu gibi değişkenler ve yayının temel bulguları yönünden değerlendirilesi yapılmıştır. İstatistiksel analizler SPSS programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde olarak verilmiştir. Üniversite kütüphanesinden ulaşılan ve erişime açık olan yayınlar incelendiği için herhangi bir kurumsal izin alınmamıştır.

Bulgular: Yapılan 37 araştırmanın 14 farklı ülkede yapıldığı ve en çok 16 çalışma ile (%43,2'si) Japonya kaynaklı olduğu görülmüştür. Bunu sırasıyla İtalya ve Çin kaynaklı dört çalışma (%10,8), Nepal'de yapılan üç çalışma (%8,1) takip etmektedir. Literatürde Türkiye kaynaklı iki çalışma olduğu ve ikisinin de hastane verisi kaynaklı çalışmalar olduğu saptanmıştır. Çalışmaların en çok %32,4'i ile 2020 yılında yayınlandığı, ayrıca 2023 yılına ait üç çalışmanın ikisinin Türkiye kaynaklı olduğu tespit edilmiştir. En fazla hakkında çalışma yapılan deprem kaynaklı afet etkileri değerlendirmesinin 15 araştırmayla 2011 yılında gerçekleşen Büyük Doğu Japonya Depremi olduğu ve bu deprem sonrasında gelişen tsunami ve nükleer kazayı da içeren etkilerin değerlendirildiği, çoklu afetin sağlık etkilerine yönelik dokuz çalışma yapıldığı tespit edilmiştir. Araştırmaların %83,7'si gözlemsel çalışma, %13,5'i müdahale çalışması bir çalışma ise niteliksel çalışma olarak tasarlanmıştır. Araştırmaların %32,4'ü retrospektif çalışmalardır. Çalışmalarda ortanca yazar sayısı 7 (8,41-4,7) olup en çok 21 yazarlı çalışmaya rastlanmıştır. Çalışma verilerinin %43,2'si saha çalışmalarından, %43,2'si hasta kayıtlarından, %13,5'i ise ulusal veri kayıtları ve toplum tabanlı geniş veri kayıtlardan elde edilmiştir. Yayınların geliş tarihinden itibaren en kısa 1 ay, en uzun 13 ay içinde yayınlanmış olduğu tespit edilmiş olup, yayınların geliş tarihinden itibaren yayınlanma süre ortancası 5'tir. Çalışmaların 12'si deprem kaynaklı afet ve ruh sağlığı ilişkisini, altısı dahili hastalıklarla ilişkisini, beşi sırasıyla kardiyovasküler hastalıklarla ilişkisini ve yaşam kalitesi değerlendirmelerini içermektedir. Araştırmaların %54,1'inde ölçek kullanılmıştır. Araştırmaların %45,1'inde anahtar kelime olarak deprem kelimesi kullanılmış olup sadece bir çalışmada halk sağlığı sözcüğünü içeren anahtar kelime mevcuttur. Bu araştırmanın içeriğinin, deprem sonrası oluşturulan barınakların yönetimde halk sağlığı hemşirelerinin rolünü değerlendiren niteliksel bir çalışma olduğu görülmüştür. Ayrıca sekiz yayında anahtar sözcük yer almamaktadır.

Sonuç: Dünyada yapılan çalışmalar deprem kaynaklı afetin birçok sağlık sorununda artış, temel halk sağlığı uygulamalarında düzensizlikler, sağlık takiplerini olumsuz yönde etkilenmesi, kısa ve uzun dönem ruh

sağlığı sorunları tespit edilmiş, ayrıca afet yaşayan bireylerde yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir. Afet sonuçlarını iyileştirmeye yönelik yapılan müdahalelerin de çoğunlukla olumlu sağlık çıktıları sağladıkları gösterilmiştir. Ülkemizin son yılda yaşadığı depremler ve halk sağlığı sonuçları göz önünde bulundurulduğunda ve yayın geliş ve yayınlanma süresi bulguları da göz önüne alındığında literatürde ülkemizden yapılan çalışma sayısının oldukça yetersiz olduğu ve saha çalışmalarına yönelik herhangi bir yayının olmadığı dikkat çekmektedir. Ancak depremler sonrasında yapılmış olası çalışmalar ile ilgili başvuru yayın süreçlerinin devam ediyor olma olasılığı da göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Afet, deprem, halk sağlığı, özgün araştırma

[S144]
112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ ÇALIŞANLARINDA DEPREM SONRASI TRAVMA DÜZEYİ

Hamza Hızmalı[1], **Hıdır Sarı**[2]
[1]*Diyarbakır İl Ambulans Servisi Başhekimliği Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu*
[2]*Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

Giriş ve Amaç: Deprem, ölüme, yaralanmalara, ekonomik ve psikolojik sorunlara neden olabilen bir doğal felakettir. Hayatta kalanlar travma, depresyon ve kaygı gibi psikolojik sorunlarla karşılaşabilirler. Afetler, bireylerin yaşam bütünlüğünü kesintiye uğratarak güven duygusunu sarstığı için uzun vadeli psikolojik etkilere yol açabilir. Hayatta kalanlar, aile ve yakın kaybı, yaralanma, yaşam değişiklikleri ve ekonomik kayıplar gibi zorluklarla ilk anda mücadele ederken; uzun vadede Travma Sonrası Stres Bozukluğu, depresyon ve anksiyete gibi sorunlar görülebilir. Acil sağlık ve kurtarma ekipleri gibi yardım çalışanları da depremin dolaylı psikolojik etkilerini yaşayabilirler. Bu çalışanlar, ruhsal travma riski taşıyan bir meslek grubundadır. Bu nedenle sağlık çalışanlarının psikolojik ihtiyaçlarına odaklanmak, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği ve etkinliği açısından önemlidir. Bu çalışmada amaç, 6 Şubat 2023 tarihinden itibaren ilimizde yaşanan depremlerden sonra 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının travma düzeyini tespit etmektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, gözlemsel tanımlayıcı tiptedir. Çalışma, Diyarbakır Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında ve Komuta Kontrol Merkezinde 112 acil sağlık hizmetlerinde görevli 300 bireyden çalışmaya gönüllü katılan 96 kişiden oluştu. Örneklem seçilmedi. Araştırma, 21 Mayıs – 21 Haziran 2023 tarihlerinde gerçekleştirildi. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, meslek, meslekte çalışma süresi), kronik ve ruhsal hastalık varlığı, deprem anında bulunduğu yer, hissedip hissetmediği, korku yaşayıp yaşamadığı, ailesinde veya yakınlarında can ve mal kaybı olup olmadığı, ikamet ettiği yer, konutunun depremden etkilenme durumu, deprem sonrası kurtarma çalışmalarına katılma durumu sorgulandı. Ayrıca, Tanhan F. ve Kayri M. tarafından 2013 yılında Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan Deprem Sonrası Travma Düzeyi Belirleme Ölçeği (DSTDBÖ) kullanıldı. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 20 en yüksek puan ise 100'dür. Ölçekten alınan puanların artması bireylerin depremden etkilenme düzeylerinin de arttığını göstermektedir. Veriler, Google form aracılığıyla katılımcılara araştırma linki sunularak toplandı. Veriler, SPSS paket programı ile analiz edildi. Tanımlayıcı değişkenler sayı(n) ve yüzde(%), sürekli veriler ortalama ± standart sapma (minimum-maksimum) olarak gösterildi. Sürekli değişkenlerin normal dağılıp dağılmadığı Kolmogorov-Smirnov testi, Varyansların homojenliğinin değerlendirilmesi için Levene testi kullanıldı. Parametrik varsayımlar gerçekleşmediğinden bağımsız iki grup ortalamalarının karşılaştırılmasında Mann-Whitney U-testi uygulandı. Analizler sonucunda, $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Katılımcıların %45,8'i kadın, %59,4'ü 30 yaş ve altı, %51,8'i evli ve %95,8'i lise ve üzeri, %98,0'i paramedik, ATT ve sağlık memuru idi. Meslekte çalışma süresi 6 yıl ve üzeri olanlar %29,2'sini oluşturdu ve %58,3'ü kendi konutunda ikamet etmekteydi. Katılımcıların %99,0'nın depremi hissettiği, %92,7'sinin deprem anında binada olduğu, %22,9'nun yakınlarında can kaybı olduğu, %60,4'ünün deprem sonrası arama kurtarma çalışmalarına katıldığı gözlendi. Katılımcıların evlerinin %37,5'inin az, %6,3'ünün orta ve %2,1'nin ağır hasarlı olduğu, %13,5'nin deprem sonrası yeni bir evde kaldığı ve %17,7'sinin mal ve ciddi ekonomik kayıp yaşadığı tespit edildi. Depremden sonra, korku yaşayanlar %96,9'u oluşturdu. Ortalama DSTDBÖ puanı 53,08±22,09 (minimum 20, maksimum 100) saptandı. En yüksek ortalama ölçek puanı (62,88 ±22,68) (minimum 31, maksimum 93) 30-35 yaş grubu ve hemşirelerde (62,50 ±14,85) (minimum 52, maksimum 73) gözlendi. Cinsiyet, eğitim, meslekte çalışma süresi ve yaşanılan konut değişkenlerine göre ölçek puanları birbirine yakın saptandı. Katılımcıların yaş grubu (18-30 ve 30 üzeri yıl), cinsiyet, eğitim (lise ile üniversite ve üzeri), meslek (hekim ve sağlık personeli), medeni durum ve yaşanılan konut (kiralık ve kendisine ait) değişken gruplarının ortalama DSTDBÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Meslekte çalışma

süresi 5 yıl ve altı ile 6 yıl ve üzeri gruplar arasında ortalama DSTDBÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (Mann Whitney U test=426,5; p=0,036).

Sonuç: Sonuç olarak; katılımcıların büyük bir kısmının depremi hissettiğini, korku yaşadığını ve deprem sonrası arama kurtarma çalışmalarına katıldığını göstermektedir. Ortalama DSTDBÖ puanı, katılımcıların deprem sonrası etkilenme düzeyinin orta düzeyde olduğunu söylenebilir. Bu çalışma, depremin psikolojik etkileri üzerinde daha fazla araştırma ve sağlık çalışanlarının psikolojik destek ihtiyaçlarına odaklanma gerekliliğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: deprem, travma düzeyi, anksiyete, stres, acil sağlık çalışanı

[S145]
CİNSEL SAĞLIK VE ÜREME SAĞLIĞI SAHA UYGULAMASI (HASUDER- HBB- UNFPA)

Tacettin İnandı[1], **Nazan Savaş**[1], **Eda Gülüm**[2], **Nergizcan Emir**[2], **Meryem Kuh**[2], **Derya Çamur**[3], **Tuğrul Erbaydar**[4], **Bülent Kılıç**[5]

[1]*Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi. Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Hatay*
[2]*Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu -Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Birimi, Hatay*
[3]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi. Gülhane Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara*
[4]*Okan Üniversitesi. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul*
[5]*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir*

Özet

Üreme sağlığı hizmetlerine erişim temel bir insan hakkıdır. Afetlerde bu hizmetlere erişim daha da güçleşir ve hizmete erişememek ana çocuk sağlığı düzeyi üzerinde önemli bir olumsuz etkiye yol açar. İstenmeyen gebelik, isteyerek düşük, istenmeyen çocuk başta olmak üzere ana çocuklarda ölüm ve hastalıklarda artışa neden olabilir. Bu çalışmada Halk Sağlığı Uzmanları Derneği›nin Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu ve Hatay Büyükşehir Belediyesi ile birlikte Antakya'da yürüttüğü hizmetin Ağustos-Eylül 2023 ayları sonuçları ve deneyimleri paylaşılmıştır. Bir doktor, bir ebe, bir hemşire ve bir şoförden oluşan mobil ekip ile Koç Konteyner Kentte ilçe sağlık müdürlüğüne ayrılan konteynerlerden birinde hizmet sunulmuştur. Üreme Sağlığı için Kurumlararası Çalışma Grubu (IAWG) tarafından geliştirilen hizmet paketi MİSP bu çalışmaların ortaya çıkmasında esas alınmıştır İki aylık dönemde toplam 981 kadına ulaşılmıştır. Kadınların % 84'ü evli ve % 86'su Türkiye vatandaşıdır. Hizmet talebi nedenleri sıklık sırası ile aile planlaması hakkında danışmanlık (%74,7), kişisel hijyen (%72,7), vajinal akıntı, kaşıntı (%54,7) ve sık idrara (%16,1) çıkmadır. Yüksek tansiyon (%8,1) ve şeker hastalığı (%7,1) en sık gözlenen ilk iki hastalıktır. En sık kullanılan aile planlaması yöntemi % 17,5 ile geri çekmedir. Afetlerde üreme sağlığı hizmetleri önemli bir gereksinimdir. Meslek örgütü, yerel yönetim ve uluslararası bir kuruluşun işbirliğinde bir hizmet modeli başarılı olabilir. Afetlerde bu tür projelerin değerlendirilebilmesi açısından kamu yönetiminin hazırlık yapması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Üreme sağlığı, aile planlaması, afet, deprem, Antakya

Giriş

Üreme Sağlığı "üreme sistemi, onun fonksiyonları ve işleyiş süreciyle ilgili, sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, mental ve sosyal yönden bütünüyle iyi olma durumu" şeklinde tanımlanabilir.1 Afet döneminde üreme sağlığı hizmetleri değişen koşullar nedeniyle daha önemli hale gelir. Mahremiyet alanlarının daralması, kaybolması, sağlık hizmetlerine erişimde güçlük, sağlık kurumlarının kapasitesinde azalma bunun başlıca nedenleri arasındadır.

Üreme sağlığı hizmetlerinin gerilemesi, ve bu hizmetlere erişimdeki güçlükler anne ve çocuk ölümlerinde artışa, istenmeyen gebeliklere, isteyerek düşüklere, ya da istenmeyen çocuklara neden olur.2-3 Genel olarak anne ve çocuk sağlığı olumsuz etkilenir.

Afet durumlarında üreme sağlığı cinsel sağlık hizmetine ilişkin, Kriz Durumlarında Üreme Sağlığı için Kurumlararası Çalışma Grubu (IAWG) tarafından geliştirilen hizmet paketi MİSP bu çalışmaların ortaya çıkmasında esas alınmıştır.4-5 Afetlerde Cinsel Sağlık ve *Üreme Sağlığı* için Asgari Sağlık *Hizmet Paketinin* altı hedefi şu şekildedir:

1. Sağlık Sektörünün/Kümelenmesinin MISP'nin uygulanmasına liderlik edecek bir kuruluş belirlemesini sağlayın.
2. Cinsel şiddeti önleyin ve hayatta kalanların ihtiyaçlarına yanıt verin.
3. HIV ve diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların bulaşmasını önleyin ve bunlara bağlı hastalık ve ölüm oranlarını azaltın.

4. Aşırı anne ve yenidoğan hastalık ve ölümlerini önleyin.
5. İstenmeyen gebelikleri önleyin.
6. Mümkün olan en kısa sürede birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilecek kapsamlı CSÜS hizmetlerinin planlanması. Altı sağlık sistemi yapı taşını ele almak için Sağlık Sektörü/Kümelenme ortaklarıyla birlikte çalışın.

Şiddetli depremler sonrasında Hatay'da sağlık dahil pek çok kamu hizmetinde önemli ölçüde kapasite gerilemesi olmuştur. Sağlık hizmetlerinin birinci basamak dahil tüm basamakları ağır biçimde etkileniş, sağlık kuruluşları ve hastanelerin büyük bir kısmı hizmet veremez duruma gelmiştir. Depremin 8. ayında bile bu hizmetler büyük ölçüde yetersizdir ve öyle gözüküyor ki daha uzun zaman bu hizmetlerin kamu tarafından sunulmasında yetersizlikler olacaktır.

Aksayan sağlık hizmetlerinin başında da üreme sağlığı, gebe lohusa izlemi, çocuk izlemi, aile planlaması, cinsel sağlık gibi hizmetler yer almaktadır. Bu proje büyük bir afet sonrasında birinci basamak dahil tüm sağlık kurumlarında önemli kapasite kaybının oluştuğu Antakya'da üreme sağlığı hizmetlerine katkı sunmak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Proje Hakkında Genel Bilgiler

Proje Halk Sağlığı Uzmanları Derneği'nin (HASUDER) yöneticiliğinde Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) ve Hatay Büyükşehir Belediyesi'nin (HBB) işbirliğinde gerçekleştirilmiştir. Projenin ekonomik desteğini Amerika Birleşik Devletleri Nüfus, Mülteciler ve Göç Bürosu (PRM) sağlamıştır. Projeye Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Öğretim üyelerinden saha koordinatörleri atanmıştır. Proje Ağustos 2023 tarihinde uygulamaya başlamış ve burada Ağustos ve Eylül ayı verilerinin sonuçları paylaşılmıştır.

Proje ekibi bir doktor, bir hemşire, bir ebe ve bir şoförden oluşmaktadır. Şoför hariç ekip üyeleri kadındır. Şoför aynı zamanda sağlık çalışanı bir acil tıp teknisyenidir. Ekip doktoru, ebe ve hemşiresi Sağlık Bakanlığı tarafından verilen üreme sağlığı kursunu tamamlamıştır.

Koç Konteyner Kentte yerleştirilen hizmet birimi hem sabit hem de mobil olarak hizmet sunmuştur. Hizmet ekibinden bir ebe ya da hemşire mobil hizmet sırasında sabit birimde hizmet sunmaya devam etmektedir. Mobil hizmet ekibi genellikle 3 kişiden oluşmaktadır. Mobil hizmet için özel düzenlenen 8 kişilik bir minibüs kiralanmış ve hemen her gün geçici yerleşim alanlarına hizmete gidilmiştir. Hizmet aracı hasta hekim görüşmesine uygun haldedir. Birime ait bir mobil telefon ve hattı alınmış, bu numara üzerinden de telefon ile danışmanlık yapılmıştır. Ağırlıklı olarak Antakya ilçesi ve çevresine hizmet sunulmuştur.

İki tür geziler planlanmıştır. Birincisi ziyaret planlama ve tanıtım amacı ile yapılan kısa gezilerdir. Genellikle geçici yerleşim biriminin sorumlusu, aile hekimi ya da "akıllı kadın" olarak adlandırılan önder kişilerle temas kurularak hizmetin içeriği tanıtılmakta ve kabul edilir ise hizmet için bir planlama oluşturulmaktadır. İkincisi ise hizmet ziyaretidir. Planlanan yerlerde hizmet ziyareti sırasında genellikle toplu eğitimler yapılmakta arkasından şikâyeti olanlar birim doktoruna muayene olmakta ve tanısı doğrultusunda ilaçları temin edilmektedir. Tanı ve tedavi için sendromik yaklaşım kullanılmaktadır. Ancak ilerleyen süreçte birimde isteyenlere jinekolojik muayene de yapılmaya başlanmıştır.

Aile planlaması danışmanlığı sonrasında yöntem seçimi yapanlara, kondom, Hap ve enjektabl form (Depo-Provera) ücretsiz olarak temin edilmektedir. Ayrıca rahim içi araç (RİA) uygulaması için Üniversite hastanesinden randevu alınarak hastalar nakledilmiş ve RİA'ları temin edilmiştir.

Hizmetin eşgüdüm ve koordinasyonu için ilçe sağlık müdürü, halk sağlığı başkanlığı ve sağlık müdürlüklerine bilgi verilmiştir. Hizmetin erken başlayabilmesinde Antakya ve Defne İlçe Sağlık Müdürlerinin olumlu desteği önemli rol oynamıştır. Koç Holding Konteyner kentte İl Sağlık müdürlüğü için ayrılan konteynerlerden birini hizmet birimine vermişlerdir.

Bulgular

Ağustos -Eylül 2023 tarihlerinde toplam 981 kadına ulaşılmıştır. Hizmet alanların 793'ü mobil hizmet şeklindedir.

Kadınların medeni duruma dağılımı % 83,4''ü evli, % 9,0'ı bekar, % 4,5'i eşinden ayrılmış ve % 3,2'sinin eşi vefat etmiş şeklindedir. Tablo 1. Hizmet sunulanların % 86'sı Türkiye vatandaşı iken, % 14'ü Hatay'da yaşayan Suriye vatandaşıdır.

Tablo 1: *Hizmet Alanların Medeni Durumları*

Medeni Durum	Sayı	Yüzde
Evli	818	83,4
Bekar	88	9,0
Eşinden ayrılmış	44	4,5
Eşi vefat etmiş	31	3,2
Genel Toplam	981	100,0

Eğitim durumları açısından bakıldığında ilk, orta ve lise mezunu olanların yüzdesi sırası ile % 35,0, 22,2 ve 21,4 şeklindedir. Kadınların % 9.7'si okur yazar değildir. Tablo 2.

Tablo 2: *Hizmet Alanların Öğrenim Durumu*

Öğrenim Durumu	Sayı	Yüzde
Okuma yazma bilmiyor	95	9,68
Okuma yazma biliyor	38	3,87
İlkokul	343	34,96
Ortaokul	218	22,22
Lise	210	21,40
Üniversite	77	7,85
Genel Toplam	981	100,0

Hizmet alanların hizmete başvuru nedenleri Tablo 3'de sunulmuştur. Buna göre en sık nedenler aile planlaması hakkında danışmanlık (%74,7), kişisel hijyen (%72,7), Vajinal akıntı, kaşıntı (%54,7) ve sık idrara (%16,1) çıkmadır.

Tablo 3: *Hizmet Alanların Başvuru Nedenleri (n=981)*

Başvuru Nedeni	Sayı	Yüzde
Aile Planlaması Danışmanlık	733	74,7
Kişisel Hijyen	716	72,7
Vajinal Akıntı Ve Kaşıntı	537	54,7
İdrar Yaparken Yanma Sık İdrara Çıkma	158	16,1
Gebe Sağlığı	149	15,2
Gebelikten Korunma Yöntemleri	133	13,7

Anne Sağlığı	108	11,0
Adet Düzensizliği	87	8,9
Yenidoğan Sağlığı	32	3,3
Gebelik Testi Ve Gebelik Şüphesi	30	3,1
Kasıklarda Ağrı	20	2,0
Menapoz Şikayetleri	17	1,7
Ağrılı Adet Görme	16	1,6
İlişki Sonrası Ağrı Yanma	11	1,1
İlişki Sırasında Ağrı Yanma Kanama	7	0,7
Düşük/Düşük Sonrası Bakım	5	0,5
İstenmeyen Gebelik	4	0,4
İdrar Kaçırma	3	0,3

Hizmet alanlardan % 5.4'ü (53 kişi) gebedir ve % 18.6'sı (182 kişi) en az bir kere kürtaj olmuştur. Toplam 206 düşük yapan kadından en son düşük nedenleri sorulduğunda 114 kişi kendiliğinden, 78 kişi tıbbi nedenli, 14 kişi de isteyerek düşük şeklinde bildirdi. Toplam gebelik sayısı sıfır olan kadın yüzdesi 13.6 (133 kişi) dır.

Kadınların 187'sinin süreğen (kronik) bir hastalığı mevcuttur ve 162 kadın ise son bir ay içerisinde tütün ürünü kullanmıştır.

Başvuru sonucu yapılan işlemler Tablo 4'de sunulmuştur. Buna göre en sık yapılan işlemler eğitim ve genital yol enfeksiyon tedavisidir. Bunları aile planlaması malzemesi temini izlemektedir.

Tablo 4: *Başvuru Sonucu Yapılan İşlemler (n=981)*

Verilen Hizmet	Sayı	Yüzde
Eğitim	957	97,6
Vajinal mantar enfeksiyonu tedavisi	360	36,7
Bakteriyel vajinal enfeksiyon tedavisi	214	21,8
Kişisel hijyen malzemesi verildi	152	15,5
Kondom verildi	91	9,3
Oral kontraseptif verildi	61	6,2
Gebelik testi yapıldı	32	3,3
Sağlık kuruluşuna yönlendirilen	16	1,6
Üç aylık iğne uygulandı	11	1,1
RİA için randevu	10	1,0
Anne bebek kiti verildi	7	0,7
Üç aylık iğne önerildi	3	0,3

Toplam eğitim verilen kişi sayısı 981, muayene edilen kişi sayısı 790'dır. Verilen eğitimlerin dağılımı Tablo 5'de sunulmuştur. Buna göre aile planlaması, beslenme, hijyen, Kegel egzersizi ve kendi kendine meme muayenesi ilk 5 sırayı oluşturmaktadır. Bunları el hijeyni, genital hijyen ve emzirme eğitimi izlemektedir.

Tablo 5: *Hizmet Alanlara Verilen Eğitimlerin Konusu (n=981)*

Eğitimin konusu	Sayı	Yüzde
El Hijyeni ve Genital Hijyen Eğitimi	950	96,8
Aile planlaması yöntemi	925	94,3
Kendi Kendine Meme Muayenesi	923	94,1
Hijyen	923	94,1
Kegel Egzersizi	915	93,3
Beslenme	713	72,7
Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar	367	37,4
Çocuk İzlemi	63	6,4
Gebelik İzlemi	54	5,5
Emzirme Eğitimi	30	3,1
Menopoz Süreci	16	1,6

En sık gözlenen ilk 10 hastalık Tablo 6'da sunulmuştur. İlk sırayı %8,1 ile yüksek tansiyon alırken, Şeker hastalığı %7,1 ile ikinci sıradadır.

Tablo 6: *Hizmet Sunulanlarda Sık Gözlenen İlk 10 Hastalığın Dağılımı (n=981)*

Hastalık	Sayı	Yüzde
Yüksek tansiyon	79	8,1
Şeker Hastalığı	70	7,1
Hiperkolesterolemi	20	2,0
Astım	20	2,0
Guatr	17	1,7
Anemi	14	1,4
Tiroit hastalıkları	9	0,9
Onkolojik hastalıklar	7	0,7
Psikiyatrik hastalık	7	0,7
Kalp yetmezliği	6	0,6

Kadınların başvuru anındaki aile planlaması yöntemi kullanma durumları Tablo 7'de verilmiştir. Buna göre en sık kullanılan yöntem % 17,5 ile geri çekme iken, rahim içi araç % 10,2 ile ikinci sırada yer almaktadır. Bunları % 9,1 ile erkek kondomu ve % 7,7 ile tüp ligasyonu izlemektedir. Aile planlaması yöntemi kullanan toplam kişi sayısı 316'(%35,5)dır.

Tablo 7: *Hizmet Sunulanların şu Anda Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumları (n=981)*

Aile Planlaması Yöntemi	Sayı	Yüzde
Geri Çekme	172	17,5
Rahim içi Araç	100	10,2
Erkek kondomu	89	9,1
Tüp Ligasyon	75	7,7
Oral kontraseptif	53	5,4
Enjeksiyon	4	0,4
Emzirme	2	0,2
Diyafram	1	0,1
Toplam	496	55,7

Sağlanan aile planlaması yöntemleri oral kontraseptif 69, kondom (erkek- kadın): 68, RİA 7 ve 3 aylık iğne 11 adettir. Verilen hijyen kiti sayısı 107, gebe lohusa kiti sayısı 56'dır. Çocuk izlemi sayısı 5, gebe izlemi sayısı 5'tir.

Sonuç ve Öneriler

Üreme sağlığı hizmetleri hizmetin başlangıcından itibaren kısa sürede önemli sayıda kişiye ulaşabilmiştir. Hizmetin özellikleri arasında ücretsiz sunulması ve gezici olması hizmetin başarısında önemlidir. Ancak bu durum aynı zamanda hizmete olan talebin de bir sonucudur. Toplumda bu hizmet kolaylıkla kabul görmektedir.

Bir uzmanlık derneği olarak HASUDER'in yerel yönetim ve uluslararası bir kuruluşla yaptığı bu çalışma afet döneminde sunulabilecek hizmetler için iyi bir model olabilir. Sivil toplum örgütlerinin afet dönemlerinde katkısı çok değerlidir. Bu nedenle afete dirençli toplum yaklaşımında sivil toplum, meslek kuruluşları, yerel yönetim, merkezi yönetim, kamu ve özel hep birlikte çalışabilme yeteneği gösterebilmelidir.[6]

İlgili tüm tarafları birleştiremeyen hiçbir organizasyon, özellikle bu boyuttaki bir afette başarıya ulaşamaz. Yerel, ulusal ve uluslararası düzeydeki tüm kaynakları birlikte, eşgüdüm ve koordinasyon içerisinde kullanmak tek çözüm yoludur. Bunu sağlayabilmek için paydaşların rollerinin açık olması gereklidir.[6]

Toplumun farklı paydaşlarının bir araya gelebilmesinin önündeki engellerin kaldırılması, toplumun evrensel hukuk, eşitlik, adalet, ahlak ve etik değerler çevresinde bir ortak payda yaratabilmesi ve birlikte çalışabilmesi dirençli bir toplumun temel koşullarındandır.

Bununla birlikte merkezi otoritenin bu tür yapılarla nasıl çalışacağını ilişkin açık yasal düzenlemelere ihtiyacı vardır. Kamu denetleyici düzenleyici, koordinasyon ve eşgüdüm sağlayıcı bir rol ile bu hizmetlere açık olmalı ve bu yönde düzenlemeler yapmalıdır.

Afet sonrasında da üreme sağlığı hizmetleri önemli bir gereksinimdir. Etkin bir üreme sağlığı hizmeti ile istenmeyen gebelikler, isteyerek düşükler ve istenmeyen çocuklar önlenebilir. Anne ve çocuk ölümleri azaltılabilir, sağlık düzeyleri iyileştirilebilir.

Büyük bir afet sonrasında kamu ve sivil toplum ilişkileri, sorumluluk ve rolleri konusunda buradan çıkarılabilecek önemli deneyimler mevcuttur.

Kaynaklar

1. *World Health Organization. Regional Office for Europe. (2000). Definitions and indicators in Family Planning Maternal & Child Health and Reproductive Health used in the WHO Regional Office for Europe. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe.*

2. *Kalanlar B. Afetlerde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı. Turkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics. 2018;4(1):54-60* https://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-afetlerde-cinsel-saglik-ve-ureme-sagligi-81225.html

3. *The United Nations Population Fund (UNFPA. Reproductive Health for Communities in Crisis UNFPA EMERGENCY RESPONSE. ISBN 0-89714-619-0 E/10,000/2001* https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/crisis_eng.pdf

4. *IAGW, Expanding access to sexual and reproductive health in crises. Erişim Adresi (13.10.2023): https://iawg.net/*

5. *Minimum Initial Service Package (MISP) for Reproductive Health in Crisis Situations: https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/MISP-Reference-English.pdf*

6. *Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015 – 2030. UNISDR/GE/2015 - ICLUX EN5000 1st edition.* https://www.preventionweb.net/files/43291_sendaiframeworkfordrren.pdf

[S146]
CUMHURİYETİN YÜZ YILINDA HASTANE ÖNCESİ ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ'NİN GELİŞİM SÜRECİ

Devran Karpuz, Bülent Kılıç
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, İzmir

1. Giriş

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri (HÖASH), morbibite ve mortaliteye etkileri açısından halk sağlığının önemli alanlarından biridir. Tedavi edici bir sağlık hizmeti olarak görülebilse de, esasında önleyici bir sağlık hizmetidir. Hizmetlerin sunumunda ciddi ekonomik, beşeri ve teknik kaynağa ihtiyaç duyulmaktadır. Kaynak yönetimi, organizasyon, izleme ve değerlendirme açısından diğer halk sağlığı alanındaki uygulamalarla benzeşir. Oluşturulan ve uygulanan politikalar, vatandaşların sağlığına olumlu veya olumsuz yönde doğrudan etki göstermektedir. Bu yönden, bu ciddi ihtiyaca yönelik planlanması ve sunulması gereken sağlık hizmeti, bir ülke için stratejiktir.

Türkiye'de acil sağlık sisteminin modern anlamda oluşturulup yerleşmesi süreci aslında çok kısa gibi gözükse de, temeli yüz yıllar öncesine dayanmaktadır. Bu çalışmayla Cumhuriyet öncesi dönemden başlayıp günümüze kadar uzanan süreçte yaşanan gelişmeler sağlık politikaları açısından kısaca ele alınmış; ülkemizde hastane öncesi acil sağlık hizmetleri alanında gerçekleşen gelişmelerin kısa bir kronolojisini oluşturmak ve güncel döneme Cumhuriyetimizin son asırının ışığıyla bakmak amaçlanmıştır. Mevcut durum genel hatlarıyla değerlendirilmiş, yapılabilecek bazı çalışma alanlarına dikkat çekilmiştir.

2. Tarihçe

2.1. Cumhuriyet Öncesi Dönem

Osmanlı Devleti'nde hastane öncesi sağlık hizmetleri genel olarak vakıflar, darüşşifalar ve bölgesel hekimler tarafından verilmektedir. Batı standartlarında bir tıp fakültesinin varlığı, 1827 yılında kurularak 1839'a kadar şartlara uygun hale gelen Askeri Tıp Okulu ile ancak mümkün olmuştur. 1861'deki "Tababeti Belediye İcrasına Dair Nizamname" ile hekimlerin ihtiyaç sahiplerine ulaşmaları sağlanmıştır. 1871'de çıkarılan başka bir kanunda, görevleri belirlenen hekimlerin, taşraya gönderilmesi; hekime ulaşamayacak durumda olan hastalara hekimlerin ulaşmasının öngörüldüğü izlenir. 1866'da açılan Sivil Tıp Okulu ilk mezunlarını 1874'de vererek hizmete başlamış, ancak cumhuriyet dönemine kadar yıllık ortalama 15-20 mezun verebilmiştir. (1, 2)

1865'de o günlerin modern tıp savaş yasalarından olan Cenevre Sözleşmesi imzalanarak yürürlüğe girmiştir. 1867'de ise "*Mecruhin* ve *Mardayı Askeriyeye İmdat* ve *Muavenet* Cemiyeti (Yaralı ve Hasta Askerlere Yardım Cemiyeti)" kurulmuştur. Uzun süre savaşlarda görev alacak bu cemiyet daha sonra 1877 yılında "Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti (Osmanlı Kızılayı)" adını almıştır. Siviller için acil sağlık hizmetlerinin ilk örneği, 1911 yılındaki Aksaray yangınında Osmanlı Kızılayı'nın kurduğu ilk yardım ekiplerinin verdiği hizmette görülecektir. Ülkemizde sivil ilk yardım hizmetlerinin başlangıcı bu tarih kabul edilmektedir. (1, 2, 3)

2.2. Cumhuriyet Dönemi

2.2.1 Yerel Yönetimler Dönemi (1923 - 1952)

Cumhuriyet dönemindeki ilk atılım 1930 Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile belediyelere "Tıbbi İmdat ve Yardım Teşkilatının" kurulması, yönetilmesi ve yürütülmesi görevinin verilmesiyle olmuştur. İktisadi olarak yeterli şehirlerde ambulans servisleri kurulmuş olsa da bu dönemde ülke genelinde bir uygulama görülmemiştir. Belediyeler maddi altyapıyı kurmuş olsalar da beşeri kaynakların oluşturulması ve kullanılmasında zayıf kalmışlar; uzun yıllar önemli bir ilerleme veya gelişme ortaya çıkmamıştır. (4)

1935 Yılında Osmanlı Kızılayı, Türkiye Kızılay Cemiyeti'ne dönüştürülmüş, kapasite ve organizasyonunda köklü

iyileştirmeler yapılmıştır. 1938 yılında Cemiyet tarafından oluşturulan "İlk Sıhhi Yardım" kitabı ile müdahalelerin sivil topluma ulaşması açısından bir öncül olmuştur. (4)

2.2.2. Çok Aktörlü Bağımsız Örgütlenme Dönemi (1952 - 1984)

1953'de 47 hastane ve kaynakları il idarelerinden Sağlık Bakanlığı'na devredilmiş, hizmetlerin yönü merkezi anlayışa çevrilmiştir. Yerel yönetimlerin etkinliği yine de devam etmiş, 1955'te İstanbul merkezli ilk bölgesel acil sağlık sistemi 15 cankurtaran aracı ile faaliyetlerine başlamıştır. (1, 4)

1960'lı yıllarda Kızılay ve üniversiteler ilk yardım kursları açmaya başlamış ve zamanla genişletmişlerdir. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile sağlık ocaklarının acil müdahale yapmak ve gerekirse hastanelere sevk yapılması yükümlülüğü ortaya konmuştur. (1, 4)

1968 yılında, yurt dışında yaşanan gelişmeleri takiben; İçişleri Bakanlığı'na bağlı Sivil Savunma Genel Müdürlüğü'nce hazırlanan, ambulans hizmetleri alanında ilk Türkçe kılavuz eser olan "İlk Yardım ve Ambulans Servisi" yayınlanmıştır. Genel hatlarıyla askeri anlatıya sahip olan bu cep kitabı, üyesi olduğumuz NATO'nun ilgili rehberleriyle paralellik göstermektedir. Ambulans hizmetleri ile ilgili detaylı açıklamalar yapılmış olsa da, uygulamada yerleşik bir etki oluşturmamıştır. (4)

1980'li yılların ortalarına kadar Türkiye'de ambulans hizmetleri, kamu ve özel kuruluşlarda faal olan çok sayıda ambulansa rağmen; verimsiz, heterojen, hastane odaklı, modern anlayış ve şartlardan uzak bir durumdadır. Tıbbi, teknik ve beşeri olarak ciddi eksiklikler mevcuttur. Çoğu kamu ambulansı resmi mesai saatleri haricinde görev yapmamakta; özel ambulanslar da işleyiş ve denetim bakımından standardize edilmemiş bir yapıda bulunmaktadır. Ambulanslar genel olarak değerlendirildiğinde verilen hizmet, sağlık hizmeti sunumundan ziyade hasta nakline yöneliktir. (1, 4, 5, 6)

2.2.3. Yeniden Örgütlenme Dönemi (1985 - 1992)

1985 yılında dönemin Sağlık Bakanlığı bünyesinde; bakanlıklar, yerel idareler ve üniversitelerle koordineli yapılan çalışmalarla, ülkemizde modern anlamda HÖASH'nin başlangıcı olan "077 Hızır Acil Servis" uygulaması başlar. Pilot uygulama Ankara Numune Hastanesi bünyesinde yürütülür ve daha sonra Ankara, İstanbul ve İzmir'de hizmet verilmeye başlanır. Bu hizmetlerin ambulans, yakıt, iletişim, şöförler gibi teknik altyapısı belediyeler tarafından, sağlık personeli ve tıbbi malzeme gibi kaynaklar da Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanır. Oluşturulan sistem bütün çabalara rağmen; kurumlar arası koordinasyon problemleri, kaynak sıkıntıları, çalışan personelin eğitim ve bilgi düzeylerindeki eksiklikler nedeniyle uygulamada hasta nakli üzerine yürütülür. Yapısal olarak kalıcı bir etki oluşturulamaz. (4, 6)

1986'da Acil Tıp alanında ilk hizmet Gülhane Tıp bünyesinde, askeri alanla kısıtlı olmak üzere İlk ve Acil Yardım Eğitim Merkezi Başkanlığı ile verilmeye başlanır. (5)

Ulusal ve uluslararası uygulamalar Bakanlıkça yakından takip edilmiş, 1987 yılında Sağlık Bakanlığı Yüksek Sağlık Şurası, acil durumlar ve ilk yardım konusunda ülke genelindeki eksikliklere dikkat çekmiştir. İlk yardım derslerinin eğitim müfredatına dahil edilmesi tavsiyeleri, "077 Hızır Acil" isimli 1988 yılında TRT'de yayınlanan televizyon dizisi gibi gelişmeler topluma yönelik atılan adımlara güzel örnekler teşkil eder. (1, 4, 6)

En güçlü adım, Bakanlık tarafından 1992'de düzenlenen I. Ulusal Sağlık Kongresi ile atılır. Acil yardım hizmetleri bir bütün olarak ele alınmış, ülke genelinde yaşanan sıkıntılar ortaya konmuş ve gereklilikler vurgulanmıştır. Aynı yıl kurulan Acil Yardım ve Kurtarma Hizmetleri Kurulu ile beraber modern anlamda acil sağlık hizmetleri örgütlenmesinin önü açılmıştır. (1, 6)

2.2.4. Merkezileşme Dönemi (1993 - 2013)

1998'de ilk uzmanını verecek Acil Tıp Anabilim Dalı, 1993 yılında ilk defa Dokuz Eylül Üniversitesi'nde kurulmuştur. Aynı yıl üniversite bünyesinde ilk paramedik programı açılmış, bu program da 1995 yılında 10 kişilik ilk mezunlarını vermiştir. (1, 4, 5, 6)

1994 yılında 077 Hızır Acil sistemi değiştirilip, merkezi bütçeye alınarak Bakanlık bünyesinde "112 Acil Yardım ve Kurtarma Merkezleri" kurulmuştur. Önceleri Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı olarak verilen bu hizmet; Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne aktarılmış, bütün illerde Acil Yardım ve Kurtarma Hizmetleri Şube Müdürlükleri ile faaliyetlerine başlamıştır. 1994-1995 yıllarında İstanbul, Ankara ve İzmir'de ilk 112 ekipleri kurulmuştur. (6, 16)

1997 yılında İlkyardım ve Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı kurulmuş; daha sonra bu yapı 2008'de Afetlerde Sağlık Organizasyonu Daire Başkanlığı ile birleşerek Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı olmuş, 2011'de de kurumsal yapısı değişerek Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü olarak günümüze gelmiştir. (6, 16)

1998 yılına gelinen süreçte üç il ile başlayan örgütlenme 49 ilimize yayılmış, örgütsel yapılanma oturmaya başlamış ve belirli ulusal ve uluslararası standartlara uyum sağlanmıştır. Aynı yıl bakanlığa bağlı meslek liselerinde "İlkyardım ve Acil Bakım Teknisyenliği" bölümü açılmış, 2000 yılında ilk mezunlara, ilk defa verilen Acil Tıp Teknisyenliği (ATT) ünvanı verilmiştir. (6, 14, 16)

2000 yılında yapılan düzenlemeler ile günümüzde de geçerliliğini sürdüren "Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği" yayınlanmıştır. Bu yönetmelikle, acil sağlık hizmetlerinin genel yapılanması ortaya konmuş, iş akışı ve kurumsal yapı belirlenmiştir. Artık verilecek hizmet, kesintisiz ve kısa sürede ulaşılabilir olma esasıyla faaliyet gösteren özelleşmiş ekiplerce; hastaların sadece nakline yönelik değil, tıbbi araç gereç desteği ile olay yerinde ve nakil esnasında sağlık hizmeti sunumu yapılarak verilecektir. Yapılan planlama, hastane öncesi ve hastane alanlarını kamu ya da özel fark etmeksizin kapsamaktadır. (6, 7, 14, 16)

Ülke geneli afet ve acil sağlık hizmetlerinin yönetim, sevk ve idaresi Bakanlığa verilmiştir. Yerel düzeyde yapılacak koordinasyon ve yürütme Şube Müdürlükleri ve İl Ambulans Servisi Başhekimliği aracılığıyla sağlanacaktır. Hastaneler ve acil sağlık hizmetine destek verebilecek sağlık kurumları da (Aile Sağlığı Merkezi, muayenehaneler gibi) sisteme dahil edilmiştir. Ulusal düzeydeki bütün ambulans ekipleri ile sağlık kurumlarının yönetim ve denetimi merkeze aktarılmıştır. Temel işleyişin çerçevesi çizilerek, olası hasta nakillerinde yapılacaklar belirtilmiştir. (7)

İstihdam edilecek personelin niteliği ve rolleri belirlenmiş; yapılan değişikliklerle Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri (AABT) ve ATT'ler sisteme dahil edilse de, örgütlenme hekim merkezli anlayışla devam etmiştir. (7)

Acil sağlık çağrılarının karşılanıp değerlendirildiği, ambulansların sevk ve idare edildiği, olağan, olağandışı durum ve afetlerde kurum içi ve kurumlararası koordinasyonun sağlandığı, hastaneler arası koordinasyon, hastanelerdeki birim ve personelin takibini yapma görevlerinin verildiği Komuta Kontrol Merkezi; idareyi rutinde Başhekimlik adına yürütmektedir. İstasyonlar ise, hekim bulundurma, hizmet verdiği saatler ve bağlı bulunduğu kurumlara göre ayrılacak; fiili hizmeti Merkez'in verdiği ve denetlediği talimatlarla sunacaktır.

2004'de o güne kadar sadece hastane personeli bulunan 112 istasyonları ve hastane acil servislerine AABT ve ATT atamaları yapılmıştır. (5, 6)

2006 yılında "Ambulans ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği" yayınlanmış, özel ve kamudaki aktörlerin verecekleri ambulans hizmetinin yasal altyapısı oluşturulmuştur. İlk defa AABT'lerin görev alanları hakkında düzenlemeler yapılmıştır. (5, 6, 8)

2007'de Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'nde yapılan düzenlemelerle AABT'ler ambulanslarda hekim olmadan görev yapmaya başlamışlardır. (7)

2008 yılında yayınlanan Acil Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ile ilgili 2008/13 sayılı Genelge ile, hükümetçe yürütülmekte olan Sağlıkta Dönüşüm Programı bünyesinde amaç ve doğrultular ortaya konmuştur. İhtiyaçlar göz önüne alınarak, sorunların giderilmesi için aksiyon alındığı izlenmektedir. Acil sağlık hizmetlerinin hala hastane merkezli, hastaların hastaneye hızlıca ulaştırılması ekseninde kurgulandığı gözlenir. (9)

2009'de "Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenlerinin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliğ" yayınlanır. AABT ve ATT'lerin eğitim şartları, görev, yetki ve sorumlulukları belirlenmiştir. Yetki sınırlamaları göreve özel olup hekim denetimindedir. (10)

2009 Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, yapılan değişikliklerle beraber günümüzde hala yürürlüktedir. Genel anlamda hastane içi acil sağlık hizmetlerini düzenlese de, HÖASH ile ilgili hükümler de bulunmaktadır. (11)

2014 yılında Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'da "Acil Tıp Teknikeri" tanımı yapılmıştır. (12)

2.2.5. Güncel Dönem (2014 – *Günümüz*)

2.2.5.1. 112 Acil Çağrı Merkezi Kuruluş, Görev ve Çalışma Yönetmeliği (2014) (13)

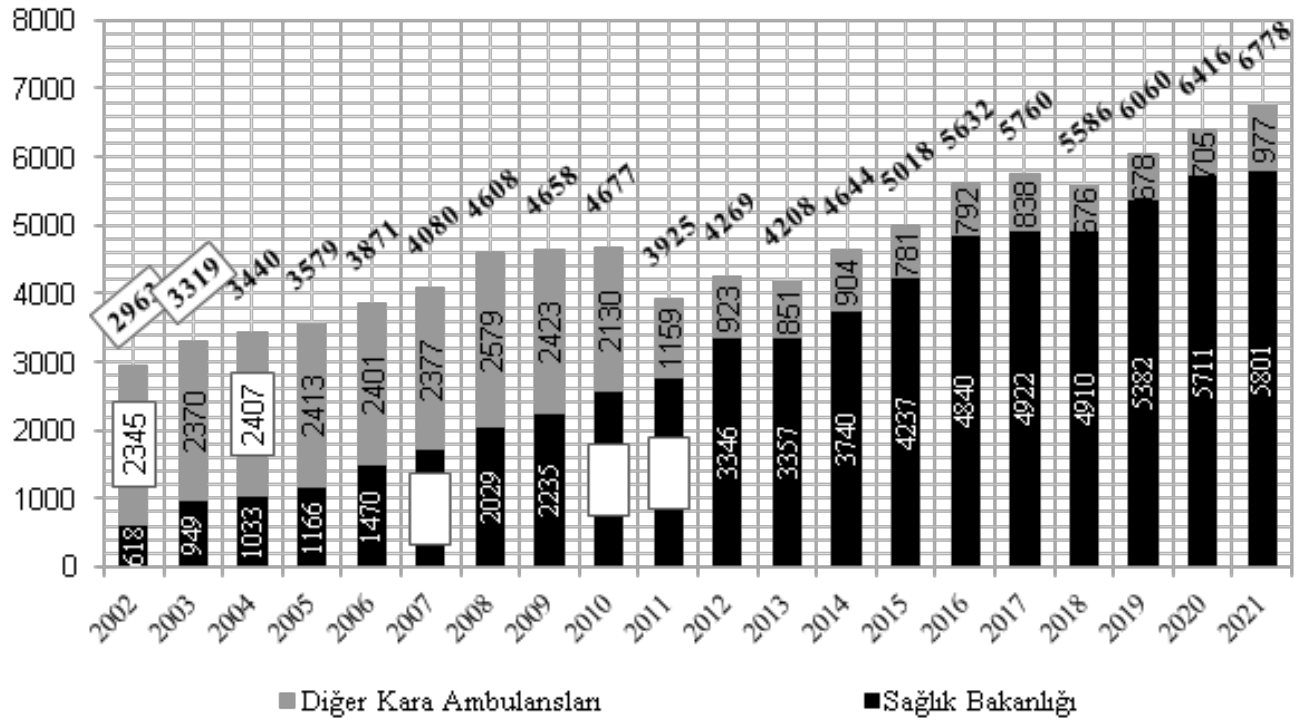
112 Acil Çağrı Merkezleri'ne ilişkin usul ve esaslar belirlenmiştir. Afet ve Acil Durum, Jandarma, Emniyet, Sahil Güvenlik, Belediye, Orman, Doğa Koruma, Sağlık gibi acil yardım kurumlarının görev alanına giren, 24 saat kesintisiz verilecek hizmetlerin tek çatıda toplanması amaçlanmıştır.

Oluşturulan 112 Acil Çağrı Merkezi (AÇM) Müdürlüğü, kurumların doğrudan yönetimini ele almamaktadır. 112 sisteminin fiziki ve idari altyapısını oluşturarak hizmet sunan kurumlar arasında koordinasyonu sağlayan bir yapıdır. Bünyesinde idari birimler, muhasebe ve satın alma, bilgi işlem ve teknik hizmetler, kalite koordinasyon ve değerlendirme, operasyon birimleri bulunmaktadır. Bütçeleme ve idari açıdan valiliklerin yönetim ve koordinasyonuna bağlanmıştır.

2.2.5.2. 2021 Yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı (17)

Acil Sağlık Hizmetleri ile ilgili son 2002-2021 arası döneme ait temel verilerin bulunduğu Bakanlık dökümanıdır. Üç adet grafik ile incelenecektir.

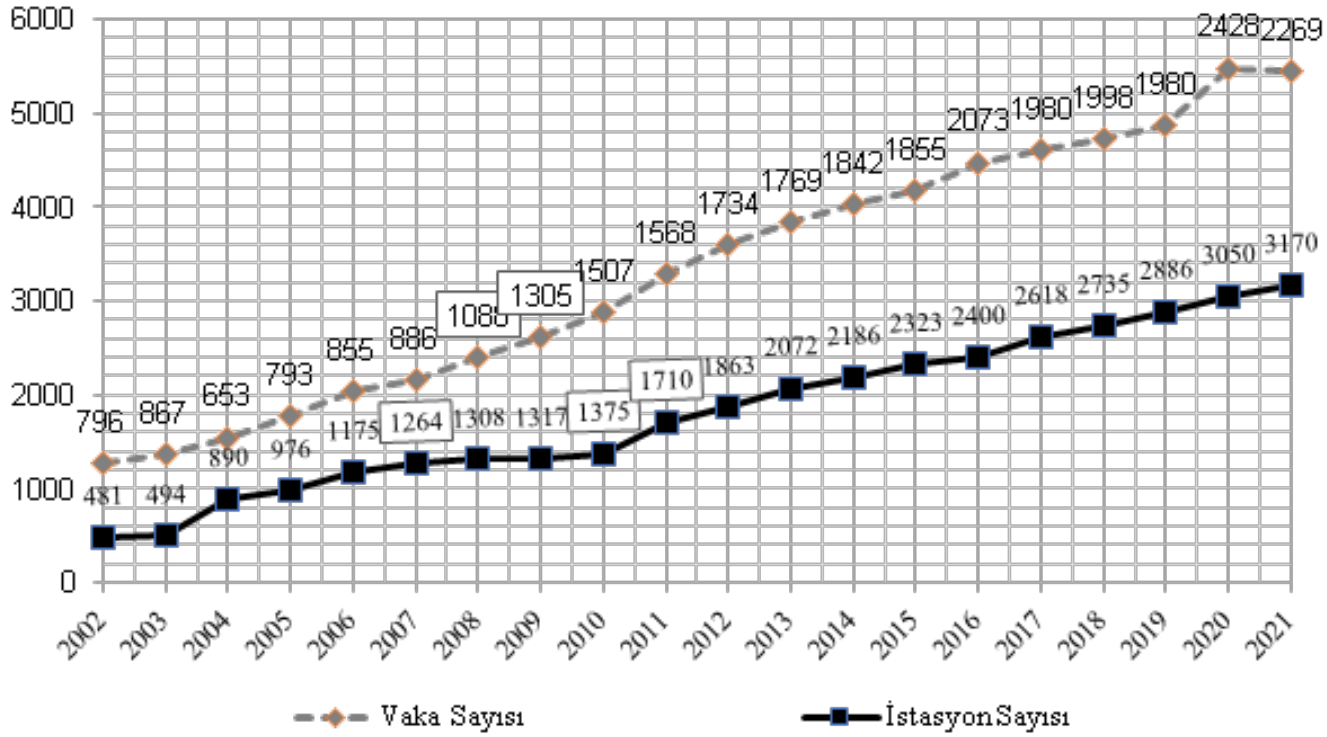
Grafik 1: *Yıllara Göre Ambulans Sayısı (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021)*



Grafik 1 incelendiğinde, 2002'de olan 2345 adet Bakanlık dışı kara ambulansının; giderek azalarak 2011'de 1159 adede düştüğü, izleyen yıllarda sayısı azalarak yaklaşık 2020'de 705 olduğu, 2021 yılında artışla 977'ye yükseldiği görülmektedir. Aynı zamanda, 2002'de 618 adet olan Bakanlık ambulans sayısının, atılan adımlara paralel olarak 2021'de 5801'e ulaştığı görülmektedir. 2002'de toplam ambulans sayısı 2963 iken düzenli artışla 2010 yılına kadar 4677'ye ulaşmış, izleyen yılda Bakanlık ambulans sayısı artmasına rağmen toplam sayı 3925'e düşmüş, bu yıldan itibaren artışlarla 2021 yılında toplam 6778 adet olmuştur.

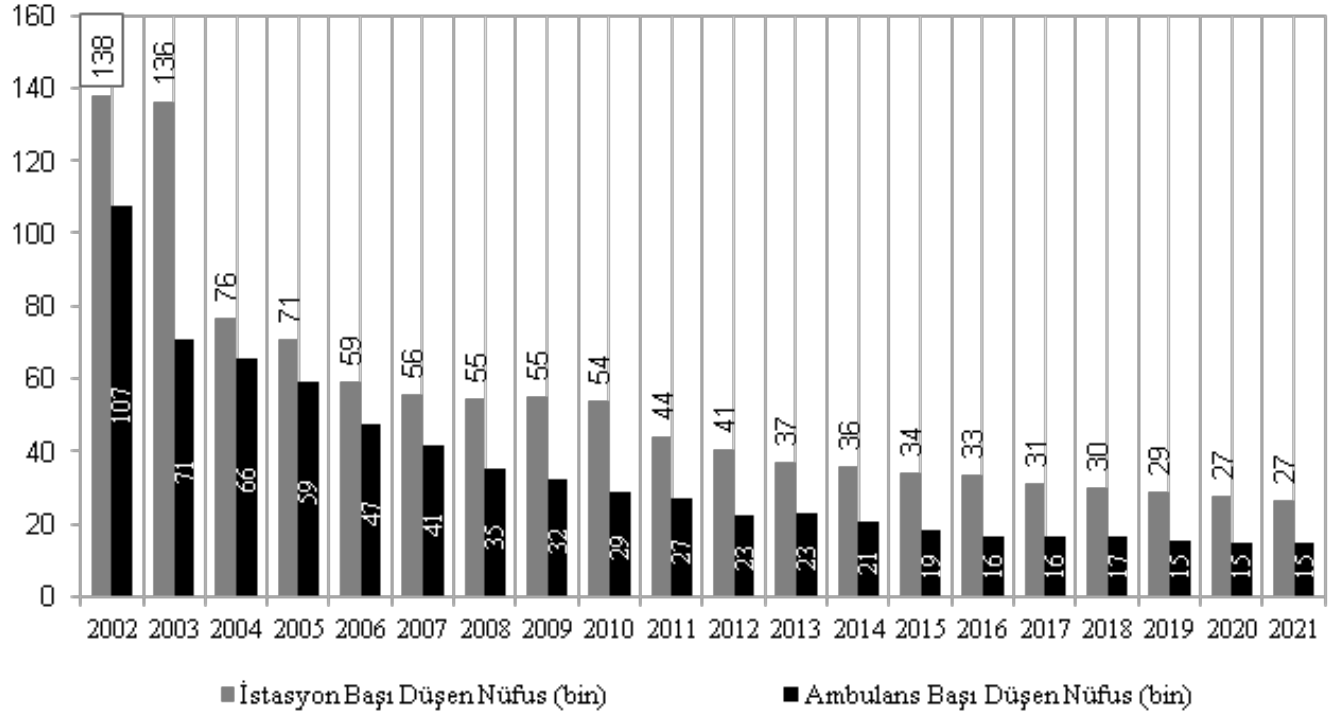
2002 yılında Bakanlığa ait ambulansların oranı %20.8 iken, 2010 yılında %54.5 olmuş, 2010-2011 yıllarındaki gelişmelerle %70.4'e yükselmiştir. Bakanlığın ambulans hizmetlerindeki ağırlığı izleyen yıllarda düzenli artarak 2021 yılında %85.6'ya çıkmıştır.

Grafik 2: *Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Acil Yardım İstasyonu Sayısı & İstasyon Başına Düşen Vaka Sayısı (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021)*



Grafik 2 incelendiğinde, 2002 yılında ambulans hizmetlerinin verildiği istasyon sayısı 481, istasyon başı düşen vaka sayısı 796 iken; 2010'e kadar artarak sırasıyla 1375 ve 1507 olmuştur. İzleyen 2011 yılında istasyon sayısı 1710'a çıkmıştır. Sonraki yıllarda sayılar artarak 2021'de istasyonlar 3170, vaka sayılları 2269 adede ulaşmıştır.

Grafik 3: *Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı'na Bağlı İstasyon ve Ambulans Başına Düşen Nüfus Sayısı (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021)*



Grafik 3'de görüldüğü üzere, 2002 yılında ambulans başına 107 bin, istasyon başına 138 bin nüfus düşerken; 2021 yılına gelindiğinde ambulans başına 15 bin ve istasyon başına 27 bin nüfus düşmektedir.

Tablo 1: *Sağlık Bakanlığı'na Ait Özellikli Ambulans Türlerine Göre Araç ve Nakledilen Hasta Sayıları (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021)*

Araç	Araç Sayısı	Nakledilen Hasta Sayısı
Yoğun Bakım & Obez Ambulansı	92	9080
Motosiklet Ambulans	61	11040
4 Sedyeli Ambulans	62	2289
Snow Track Ambulans	21	20
Kar Paletli Ambulans	237	6691
Uçak Ambulans	3	1204
Helikopter Ambulans	12	2980
Deniz Ambulansı	6	3954
Toplam	494	37258

Tablo 1 incelendiğinde, 2021 yılında Sağlık Bakanlığı'na ait hava ambulansı olarak 15 adet, deniz ambulansı olarak 6 adet, kara ambulansı olarak 473 adet olmak üzere toplam 494 adet özellikli ambulansın, toplam 37258 hasta naklettiği bilgisine ulaşılmaktadır. Nakledilen hastaların niteliği ile ilgili bir veriye ulaşılamamıştır.

Tablo 2: *2021 Yılı Acil Yardım Ambulansı ile İl İçi ve İl Dışı Nakil Nedenlerinin Dağılımı (%) (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021)*

Neden	İl İçi (%)	İl Dışı (%)
Özelleşmiş & Uzman Hekim İhtiyacı	65.7	54.2
Yoğun Bakım İhtiyacı	15.4	24.9
Boş Yer Olmaması	9.7	6.2
Tıbbi Ekipman İhtiyacı	7.3	8.9
Yenidoğan Nakli	0.8	2.7
Diğer	1.1	3.1

Tablo 2'de ambulans ile hastaneler arası nakilde taşınan hastalara ait sevk nedenleri ve il içi-dışı durumlara göre dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, yapılan sevklerin yarısından fazlasının hekim ihtiyacı nedeniyle olduğu, yoğun bakım ve yatak ihtiyaçlarının il içi nakillerin yaklaşık dörtte birini, il dışı nakillerin ise yaklaşık üçte birini oluşturduğu tespit edilir.

3. Tartışma

Osmanlı döneminde HÖASH daha çok sağlık kurumları eksenlidir. Batılı tarzda tıp fakültelerinin açılışı geç olmuş, mezun sayısı da yetersiz kalmıştır. Cumhuriyet ile birlikte, erken dönem politik anlayıştaki bağımsız yönetim, merkezi denetim anlayışı bu konuya da yansımıştır. Ancak kaynak yetersizlikleri, beşeri insan gücündeki niteliksel ve niceliksel yokluklar, organizasyon yapısının yeteri kadar oluşmayışı, sosyokültürel sermayeden söz edilememesi, herhangi bir bilimsel anlayış ve/veya ihtiyaç çerçevesinde yapılanma gerçekleştirilememesi gibi nedenlerle yeterli sonuç alınamamıştır. İkinci dünya ve kore savaşı sonrası politik yön değiştirilmiştir.

1960'lı yıllar, yaşanan teknik gelişmelerle birlikte askeri sistem içerisinde günümüz HÖASH'nin temelinin atıldığı yıllardır. Kurumlar bünyesinde ulusal düzeyde ilk yardım eğitimleri ile resmi adımlar atılmaya başlanmıştır. 1980'li yıllarda ilk HÖASH uygulamalarına başlanmış ancak aktörler arası koordinasyon, malzeme, insangücü, teknik altyapı gibi konularda yaşanan güçlükler nedeniyle oluşan yapı hedeflenen sistematik yapının gerisinde kalmıştır.

Modern anlamda acil sağlık hizmetleri ancak 1993 yılında başlatılabilmiştir. 112 acil sağlık sisteminin oluşturulması, Bakanlık içerisinde planlama ve organizasyon güdüsüyle merkezileştirme çalışmalarının başlaması önemlidir. 1994-1998 arası süreç ile üç büyük ilde başlayan hizmet kırk dokuz ile kadar ulaşmış, HÖASH fikri artık bürokraside de yer etmeye başlamıştır. Bu dönemde hızlı adımlar atılıyor olsa da faaliyet hastane güdümünde ilerlemekte, tam anlamıyla müstakil bir yapılanmadan bahsedilememektedir.

2000 yılı, başta Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği ile bir dönüm noktasıdır. 112 sistemi temeliyle ele alınır. Artık profesyonel ekipler etrafında sağlık hizmeti sunumu kurgulanır, sadece hastaneye nakil hizmeti verilmeyecektir. Kaynak ve yürütme bakımından merkezi bir yapıya geçilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile beraber örgütlenme yapısında değişikliğe gidilmiş, Bakanlık HÖASH sunumunda baş aktör olmuştur. Ülke genelinde 2014'den 2021'e kadar acil yardım hizmetleri veren kurumlar tek çatı altına toplanmaya başlamıştır. Sistemin verimliliği ve kurumsal altyapının değerlendirmesi üzerine çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Sağlık İstatistikleri Yıllığı verileri incelendiğinde, 2002'den itibaren toplam ambulans sayısının yaklaşık iki buçuk kata çıktığı, bakanlığın ambulans hizmetlerindeki payı %85'e ulaştığı, istasyon sayılarının 6 kat arttığı, istasyon başı vaka sayısının üç katına çıktığı tespit edilir. İstasyon başı nüfus yaklaşık 4'te 1 e, ambulans başı nüfus sayıs yaklaşık 8'de 1'e düşmüştür. Ancak arzda yaşanan bütün bu gelişmelere rağmen vaka sayısının artıyor olması düşündürücüdür. Politik tutum, halkın artan talebi, sistem ve hizmetlerin yaygınlaşması, kurumlara entegrasyonu nedeniyle bu durum ortaya çıkmış olabilir; alanda çalışmalar yapılması gerekir. Bakanlığın elinde 8 tip özellikli ambulans bulunmaktadır. Ancak ülkemiz yapısı düşünüldüğünde oluşacak potansiyel ihtiyaçları karşılama konusundaki yeterliliğini

değerlendirmede mevcut veriler yeterli değildir, çalışmalarla desteklenmelidir.

Hastaneler arası nakiller incelendiğinde, yapılan nakillerin yarısından fazlasının hekim ihtiyacı nedenli olması düşündürücüdür. Oluşan acil durumlarda, başvurulan hastanelerde gerekli acil müdahaleler için ilgili alanların hekimlerinin bulunmadığı, ve/veya verilecek sağlık hizmetinin mevcut koşullarla sağlanamadığı yorumu yapılabilir. Yapılan nakil sayısı, nakillerin hastaneye başvurulara oranı gibi niteliksel değerlendirme yapılacak veriler mevcut olmadığından, durum değerlendirmesi net olarak yapılamamaktadır, çalışmalarla desteklenmelidir.

4. Sonuç

Cumhuriyetimizin geçtiğimiz asırında, hastane öncesi sağlık hizmetleri sunumu, esasında tıbbi-teknik bir halk sağlığı konusudur. Bu nedenle, Cumhuriyetin ilk dönemlerinde Umumi Hıfzısıhha Kanunu ile ele alınması sürpriz olmamıştır. Ancak gelişmeler ağırlıklı olarak siyaset etkisinde gerçekleşmiş, sayısız aktörlerin iradeleri ile atılan adımlarla modern bir anlayışla belirli uluslararası standartları da kapsayan bir yapı ortaya çıkartılabilmiştir.

Ortaya çıkan bu yapının geliştirilebilir pek çok yanı vardır. Yaşanan aksaklıkların büyük bir bölümü kaynakların yetersizliği ve verimsiz kullanımından kaynaklıdır. Kaynakların bol, altyapı ve üstyapının oturmuş olduğu gelişmiş ekonomiler için uygun olan modeller bizlere uygun olmayabilir. Ülkemiz için yerel ihtiyaç, kaynak ve kalkınma üzerinden oluşturulacak bir örgütlenme daha uygun olabilir. Bu konuda kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Türkiye'nin coğrafyası, sosyoekonomik yapısı ile değerlendirilirse hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin kurgulanması ve örgütlenmesi konusunda erken cumhuriyet döneminin anlayışının aslında uygun bir çerçeve oluşturduğu düşünülebilir. Genç cumhuriyetin ısrarcı kalkınmacı anlayışı, günlük ihtiyaçlara karşılık vermede zayıf kalacak olsa da, geçen bir yüz yıla rağmen uzun vadeli vizyon açısından hala güncelliğini korumaktadır.

Finansal Kaynak & Çıkar Çatışması

Bildirinin hazırlanmasında herhangi bir finansal destek alınmamıştır. Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Kaynaklar

1. *Numanoğlu SC, Elçioğlu Ö, Özden H, İnlüoğlu İ. 19. Yüzyılda Acil Tıp Hizmetleri, Cumhuriyet Sonrası Türkiye'de Acil Yardım Hizmetlerinin Sunumu. V. Türk Tıp Tarihi Kongresi. Ankara; 1998:99-105*
2. *Gün MF. Osmanlı İmparatorluğunda Sunulan Sağlık Hizmetlerinde Vakıfların Rolü. USAYSAD Derg, 2021; 7(3):574-584*
3. *Kaba H, Elçioğlu Ö. Acil Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi Sürecinde İlk ve Acil Yardım Teknikerliği ve Acil Tıp Teknisyenliği Mesleklerinin Ortaya Çıkışı ve Gelişimi. Türkiye Klin Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi. 2013;21(3):127-135.*
4. *Erbay H. Türkiye'nin İlk Ambulans Servisi: 077 Hızır Acil. Turkiye Klinikleri J Med Ethics. 2021;29(3):323-30*
5. *Balcı T. Dünyada ve Türkiye'de Paramedik Mesleğinin Gelişimi. Journal of ADEM 2020;1(1);37-43*
6. *Demirbilek Ö, Hatik SH. Dünyada ve Türkiyede Acil Sağlık Hizmetleri ve Tarihçesi. Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi – I. İksad Yayınları; 2020. p. 41-58.*
7. *Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği. Resmi Gazete. Tarih: 11.05.2000, Sayı:24046. Erişim linki:* https://mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4798&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5 *Erişim tarihi: 29.10.2023.*
8. *Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları İle Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği. Resmi Gazete. Tarih: 07.12.2006, Sayı: 26369. Erişim linki:* https://mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=10834&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5. *Erişim tarihi: 29.10.2023.*
9. *AcİI Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ile ilgili Genelge. Sayı: 2008/13. Sağlık Bakanlığı, 2008.*
10. *Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenlerinin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliğ. Resmi Gazete. Tarih: 26.03.2009. Sayı:27181. Erişim linki: https://mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=12941&MevzuatTur=9&MevzuatTertip=5 Erişim tarihi: 29.10.2023.*
11. *Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ. Resmi Gazete, Tarih: 20.02.2018, sayı:30338. Erişim linki:* https://mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=10834&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5. *Erişim tarihi: 29.10.2023.*
12. *Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. Resmi Gazete. Tarih: 14.04.1928. Sayı:863. Erişim linki:* https://mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=10834&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5. *Erişim tarihi: 29.10.2023.*

13. *112 Acil Çağrı Merkezleri Kuruluş, Görev Ve Çalışma Yönetmeliği. Resmi Gazete. Tarih: 16.05.2014. Sayı: 29002. Erişim linki:* https://mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=10834&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5. *Erişim tarihi: 29.10.2023.*

14. *Ünlüoğlu İ, Ekşi A, Elçioğlu Ö. Acil Tıp Hizmetleri Paralelinde Ambulansların Gelişimi. Sendrom. 2002;14(2):18-***15.** *Aydin E. 19. Yüzyılda Osmanli Sağlık Teşkilatlanması. Osmanlı Tarihi Araştırma ve Uygulama Merkezi Dergisi OTAM. 2004;15 (15), 185-207*

16. *Erbay, H. Türkiye'de Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinin Numarası Niçin 112? Tarih Perspektifinden Bir Değerlendirme. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi. 2017; (1), 28-32*

17. *T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021. Erişim Linki:* https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/45317,siy2021-ingilizcepdf.pdf?0. *Erişim Tarihi: 29.10.2023*

[S147]
HATAY'DA AFET SONRASI DİRECT RELİEF VE HASUDER İŞBİRLİĞİYLE YAPILAN ÜREME SAĞLIĞI HİZMETLERİ UYGULAMASI

Nazan Savaş[1], Tacettin İnandı[1], Leman Önder[2], Zeynep Güzey[2], Aycan Reyhanoğulları[2], Derya Çamur[3], Tuğrul Erbaydar[4], Bülent Kılıç[5]

[1]Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi. Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Hatay
[2]Direct Relief -Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Birimi, Hatay
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi. Gülhane Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara
[4]Okan Üniversitesi. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul
[5]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir

İnsani kriz ve afetlerde gebelikler ve komplikasyonları, cinsel yolla bulaşan hastalık (CYBH) riski ve aile planlaması (AP) hizmetlerine gereksinim durmaz. Güvenli olmayan kürtaj ve doğumlar, cinsel ve toplumsal cinsiyete dayalı şiddet riski, kadın ve kız çocukları ile dezavantajlı ya da yetersiz hizmet alan grupların savunmasızlığı daha da artabilir.[1] Bu nedenle afetlerde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı (CSÜS) ihtiyaçlarının yeterince sunulmaması anne ve yeni doğan sağlığı açısından ciddi sonuçlara neden olur.[2] Bu bağlamda afetlerde CSÜS hizmetlerinin planlanması, koordinasyonu, sunulması ve hizmetlere erişimin sağlanması öncelikli ve önemlidir.[3]

Birleşmiş Milletler (BM) rehberliğinde Uluslararası İnsani Yardım Topluluğu üyeleri tarafından 1995 yılında kurulan "Krizlerde Üreme Sağlığı Üzerine Kurumlar Arası Çalışma Grubu" (IAWG), krizlerin başlangıcında uygulamaya konulmak üzere CSÜS için Asgari Başlangıç Hizmet Paketi (ABHP-MISP) olarak bilinen bir dizi sağlık müdahalesi geliştirmiştir. IAWG ayrıca insani kriz ve afetlerin ilk günlerinden itibaren müdahale ve iyileşme süreci boyunca CSÜS için ABHP'nin her insani müdahale ile entegre edilmesine de vurgu yapmıştır.[3]

CSÜS için ABHP'in içeriği altı temel faaliyet alanından oluşur. Bunlar;

1. Uygulama için liderlik yapacak kuruluşun belirlenmesi,
2. Cinsel şiddetin önlenmesi ve şiddet gerçekleşirse ihtiyaçların karşılanması,
3. CYBH ve HIV bulaşının önlenmesi, morbidite ve mortalitesinin azaltılması,
4. Aşırı anne ve yenidoğan morbidite ve mortalitesinin azaltılması,
5. İstenmeyen gebeliklerin önlenmesi,
6. Mümkün olan en kısa sürede birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilecek kapsamlı CSÜS hizmetlerinin planlanması ve tüm bu faaliyetlerin gerçekleşebilmesi için sağlık sektörü ve kümelenmeleriyle ortak çalışılmasıdır.[4]

Ülkemizde 1999 Marmara Depremi'nden sonra afet dönemlerinde CSÜS sorunlarına yönelik hizmetlerin en kısa sürede faaliyete girmesi "Bütünleşik Afet Yönetim Sistemi" çerçevesinde ele alınmıştır.[5] Bütünleşik afet yönetim sisteminde; afet yönetiminde yer alan risk azaltma, hazırlık, zarar azaltma, müdahale ve iyileştirme faaliyetlerinin yanı sıra bu faaliyetlerde bilgi ve iletişim teknolojilerinin etkin kullanılması da yer alır.[6] Ancak günümüze kadar tüm bu modern afet yönetim tekniklerinin risk faktörlerini göz önüne alan yaklaşımların yetersiz kaldığı görülmektedir.[6] Kahramanmaraş merkezli 6 Şubat depremlerinden sonra yıkımın olduğu bölgelerde CSÜS hizmetleri aksamış, yeterince sunulamamış, çadır kent, konteyner kent ve düzensiz geçici barınma alanlarında CSÜS hizmetlerinin verilmediği görülmüştür.[5-7] Var olan hizmetin ise yalnızca gebelik izlemi ve doğum odaklı olduğu, aile planlaması ve cinsel sağlık alanında danışmanlık, yöntem sunumu ve klinik hizmetlerin yetersiz olduğu görülmüştür.[7]

6 Şubat depremleriyle yaşanan afetin ilk ayında Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) Hatay'da CSÜS-ABHP'yi sunmak üzere uluslararası bir kuruluş olan International Planned and Parenthood Federation (IP-

PF)'den üç aylık (15.Mart-15.Haziran) bir fon sağlayarak Hatay Büyükşehir Belediyesi (HBB) ile bir işbirliği protokolü imzalamıştır.[8,9] Protokolün 5. maddesinde gerekli finansman sağlanması ve taraflarca uygun görülmesi durumunda hizmetin uzatılacağı da belirtilmiştir. IPPF fonuyla HASUDER-CSÜS Biriminin personel (iki hemşire) maaşları, araç-gereç, malzeme, ilaç vb. giderlerinin karşılanması sağlanırken, HBB desteği ile de birimin hizmet konteynırı, personelin barınma konteynırı, personelin beslenmesi ve gerektiğinde mobil hizmet için araba-ambulans ihtiyacının karşılanması sağlanmıştır. HASUDER-CSÜS Birimi bölgedeki diğer sağlık kurumları ve sivil toplum kuruluşlarıyla işbirliği yaparak, bu kurumlara AP malzeme desteği de sağlanmıştır.

6 Şubat depremleri Hatay'ın Antakya, Defne, Kırıkhan, Samandağ ilçelerinde çok daha fazla yıkıma neden olmuş, bu ilçelerde 61.718 bina yıkık, acil yıkılması gereken ya da ağır hasarlı hale gelmiştir.[10] IPPF destekli HASUDER-CSÜS hizmeti sunulurken saha gözlemlerinde bölgede Aile Sağlığı Merkezlerinin (ASM) büyük bir kısmının da yıkımdan etkilendiği, Haziran ayına kadar hizmete başlayamadığı ve CSÜS hizmetlerinin büyük ölçüde verilemediği tespit edilmiştir. Bu durum üzerine HASUDER yönetim kurulu üyeleri yeni bir fon bularak bölgede CSÜS hizmeti sunmaya devam etme kararı almıştır. Haziran ayında yine bir uluslararası yardım kuruluşu olan Direct Relief (DR) ile temasa geçilerek, 15.Haziran.2023-15.Mart.2024 dönemi için fon sağlamıştır.[11]

DR fonlu HASUDER-CSÜS Birimi 15.Haziran'da hizmet vermeye başlamış, böylece IPPF fonlu HASUDER-CSÜS hizmetine ara verilmeden devamı sağlanmıştır. Ayrıca HBB ile yapılan protokolun 5.maddesi işletilerek protokol devam ettirilmiştir. DR fonuyla 12 Temmuz'da mobil hizmet de sunulabilmesi için bir ulaşım aracı satın alınmış, iki hemşireden oluşan ekibe, bir doktor ve sağlık lisesi mezunu bir şöför de dahil edilmiştir.[11] Birim 17 Temmuz 2023 tarihinde ROTARY konteyner kente taşınmış, birime başvuranların yanı sıra transporter araç ile Defne ve Samandağ Bölgesinde bulunan konteyner kent ve çadır kentlere, düzensiz çadır yerleşkelerine ve mahalle/köylere planlama yapılarak düzenli mobil hizmete başlanmıştır.

Mahalle ve köylere yapılan mobil hizmetlerde Defne İlçe Sağlık Müdürlüğü (haftada bir mobil yeri) ve HBB Muhtarlık Dairesi Başkanlığı'ndan (haftada iki mobil yeri) destek alınarak, sunulacak hizmetten kadınların haberdar edilmesi, sağlık eğitimi verilecek salonun hazırlanması, muayene yapılacak ortamın ayarlanması sağlanmıştır.

DR fonlu HASUDER-CSÜS Biriminin hedef nüfusu 15-49 yaş üreme çağı kadınlardır. Ayrıca birime başvuran ya da mobil hizmetlerde tespit edilen ve eğitimlere katılan gebe, lohusa ve menapoz sonrası kadınlara da hizmet verilmektedir. Hizmet kapsamında bireysel ya da grup şeklinde kişisel hijyen, el yıkama, kendi kendine meme muayenesi, emzirme ve Kegel egzersizi eğitimleri yapılmakta, AP yöntemleri tanıtılmakta, kadına yönelik şiddet konusunda bilgilendirme yapılmaktadır. Grup eğitimlerine ortalama 30-40 kadın alınmaktadır. Eğitim sonrasında AP yöntemi kullanmak isteyen kadınlara bire bir genel ve yönteme özel AP danışmanlığı yapılarak uygun yöntem verilmektedir. Ayrıca şikayeti olan kadınlardan anamnez alınarak, muayene yapılmakta, CYBH, enfeksiyon ve idrar yolu enfeksiyonu (İYE) tanısı konulanlara tedavileri verilmekte, gebelik testi uygulanmakta ve gerekli görülen vakalar MKÜ Kadın Doğum Kliniği'ne sevk edilmektedir. İhtiyacı olan kadınlara iç çamaşırı ve hijyen paketi de verilmektedir. Tüm bu hizmetler ücretsiz olarak sunulmaktadır.

Birimin tüm faaliyetleri günlük hekim raporları ve kişisel formlarla kayıt altına alınmaktadır. Kayıt için 15 Haziran – 30 Temmuz 2023 tarihleri arasında günlük hekim raporları kullanılmış, 31 Temmuz tarihinden itibaren bu raporlara HASUDER proje ve saha koordinatörleri tarafından geliştirilen kişisel form da eklenmiştir. Kişisel formlar mobil hizmetler sırasında elle doldurulmakta, daha sonra birimde google-form olarak dijital alana aktarılmaktadır.

15.Haziran – 30 Temmuz 2023 döneminde günlük hekim raporlarına göre 131 kadına (birimde 25 kadın, mobil hizmetlerde 106 kadın), 31 Temmuz - 29 Eylül döneminde google form kayıtlarına göre 1124 kadına (birimde 30 kadın, mobilde 1094 kadın), toplamda ise 1255 kadına CSÜS hizmeti sunulmuştur. **Tablo 1**'de HASUDER-DR CSÜS Biriminin yerinde ve 39 farklı yere yapılan mobil ziyaretlerde sunulan hizmetler ve yararlanan kadın sayıları gösterilmiştir.

Tablo 1. *Hatay'da Direct Relief Fonlu HASUDER Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Birimi Hizmetleri ve Yararlanan Kadın Sayıları (15.Haziran-29.Eylül) (N=1255)*

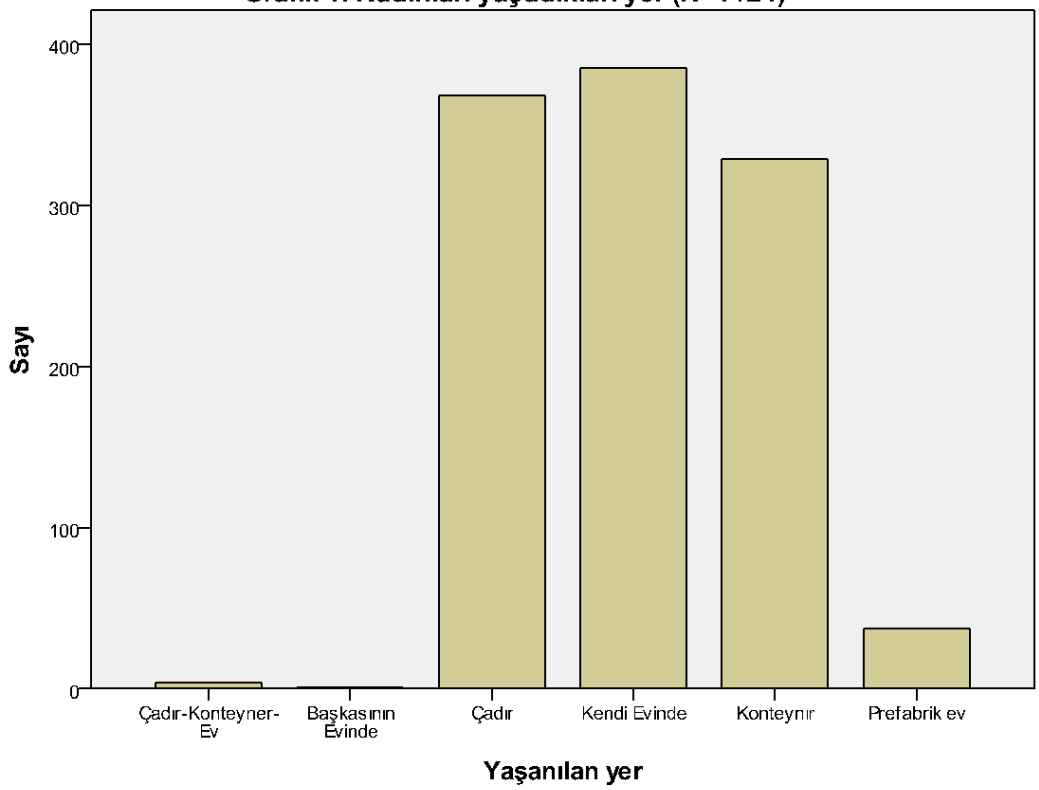
	Kadın Sayısı	Yüzde
Mobil hizmet verilen	1200	95,6
Eğitim verilen	1195	95,2
Cinsel yolla bulaşan infeksiyon tedavisi verilen	535	42,6
Kondom verilen	263	20,9
İdrar yolu infeksiyonu tedavisi verilen	68	5,4
Birimde hizmet verilen	55	4,4
Oral kontraseptif verilen	22	1,7
Gebelik ve gebelik sonrası takip edilen	11	0,9
Depo-Provera uygulanan	10	0,8
Rahimiçi araç uygulanan	8	0,6
Gebelik testi yapılan	8	0,6
Abalove tablet verilen	2	0,2

Yapılan CSÜS hizmetlerine göre; kadınların %42,6'sında (535) vaginal akıntı, genital bölgede kaşıntı, kasıklarında ağrı şikayetleri vardı. Bu kadınlara mobil hizmetlerde sendromik tanı konularak, antibakteriyal ve antifungal tedavileri verildi. Gerekli vakalara eşli tedavi uygulandı, kondom verildi. Ayrıca pamuklu iç çamaşırı, ped ve hijyen kiti verildi. Kadınların %5,4'ünde (68) de idrar yaparken yanma, sık idrara çıkma gibi şikayetleri mevcuttu. Bu kadınlarda İYE tanısı konulanlara tedavileri verildi. Gerek görülen vakalar sevk edildi.

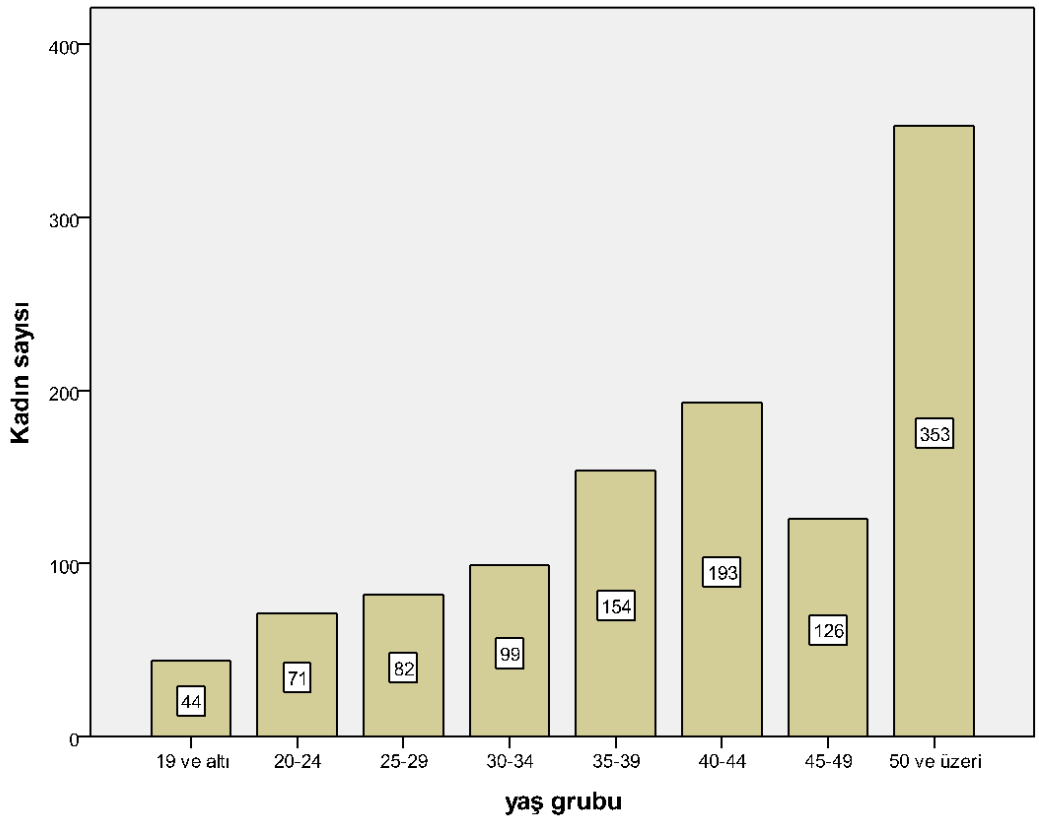
Toplamda kadınların %24,3'üne (305) AP yöntemi verildi. Bunlardan %86,2'si kondomdu. En fazla kondom verilme sebebi CYB infeksiyon bulaşının önlenmesi idi. Rahim İçi Araç (RİA) yöntemi uygulaması planlanan 41 kadın oldu, bu kadınlardan 8'ine (%19,5) MKÜ Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne götürülerek Araştırma Görevlisi doktorları tarafından RİA uygulaması gerçekleştirildi

31.Temmuz - 29.Eylül.2023 arasında kişisel google-form kayıtlarına göre; CSÜS hizmeti sunulan 1124 kadının %95,6'sı (1074) TC uyruklu, %4,4'ü (50) Suriyeli idi. Kadınların %32,7'si (368) çadır, %29,3'ü (329) konteyner, %3,3'ü (37) prefabrik evlerde kalmaktaydı. (**Grafik 1**). Hizmet verilen kadınların en küçüğü 11, en büyüğü 89 yaşında olup, yaş ortalaması 42,7±13,4 idi.. Kadınların %0,6'sı (7) 15 yaşından küçük, %67,8'i (762) 15-49 yaş grubunda, %31,4'ü (353) ise 50 yaş ve üzerindeydi. Kadınların yaş gruplarına göre dağılımı ise **Grafik 2**'de gösterilmiştir.

Grafik 1. Kadınları yaşadıkları yer (N=1124)



Grafik 2. Kadınların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı (N=1122)



Medeni duruma göre değerlendirildiğinde; kadınların %82,5'i (927) evli, %9,6'sı (108) bekar, %4,2'si (47) boşanmış, %3,7'sinin (42) eşi ölmüştü. Adölesan evlilikler bakımından; 19 yaş ve daha küçük yaşta olan 44 kadının %25'i (11) evliydi.

Öğrenim durumuna göre değerlendirildiğinde; kadınların %28'i (122) okuryazar değil, %10.9'u (28) okuryazar, %33,6'sı (378) ilkokul mezunu idi **(Tablo 2).** Üreme çağındaki kadınların %37,7'si, 50 yaş ve üzeri kadınların ise %68,0'ı okuryazar değil-okuryazar-ilkokul mezunu idi (p<0,001).

Tablo 2. *Kadınların Öğrenim düzeyine Göre Dağılımı*

ÖĞRENİM DÜZEYİ	Kadın Sayısı	Yüzde
Okuma yazma bilmiyor	122	10,9
Okuma yazma biliyor	28	2,5
İlkokul	378	33,6
Ortaokul	382	34,0
Lise	133	11,8
Üniversite	78	6,9
Yüksek Lisans/Doktora	3	0,3
Toplam	1124	100,0

Kadınların %20,0'ının (225) kronik hastalığı bulunmaktaydı. Sırasıyla en çok kronik hastalıklar; hipertansiyon (77), diabetes mellitus (51), astım (38), guatr (21) ve kalp hastalığı (12) idi. Sigara kullanım durumu değerlendirildiğinde; %9.2'si (103) son bir ayda sigara kullanmıştı.

Cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmeti sunulan kadınların %3,1'i (35) gebe iken, %15,5'i (174) hiç gebelik geçirmemişti. Gebelik geçiren kadınların (n=946) ortalama toplam gebelik sayısı 3,7±1,9 olup, en az 1, en çok 17 gebelik idi. Ayrıca kadınların %16,4'ü (184) hiç canlı doğum yapmamış, canlı doğum yapan kadınların (n=931) ortalama canlı doğum sayısı 3,2±1,6 (en az 1-en çok 15) idi. Yaş gruplarına göre gebelik ve canlı doğum sayılarının ortalama ve standart sapma değerleri **Tablo 3**'de sunulmuştur. Dokuz kadının canlı doğum sayısına ait veri kişisel Google-forma girilmemişti.

Tablo 3.*Yaş Grubuna Göre Kadınların Ortalama Gebelik ve Canlı Doğum sayıları*

YAŞ GRUBU	**Gebelik geçiren kadınlarda gebelik sayısı** Ortalama±SS (n=946)	**Canlı doğum yapan kadınlarda canlı doğum sayısı** Ortalama±SS (n=931)
19 ve altı	1,2±0,4	1
20-24	2,5±1,6	2,0±0,9
25-29	2,7±1,4	2,4±1,2
30-34	3,0±1,1	2,7±0,9
35-39	3,4±1,4	2,9±1,1
40-44	3,5±1,6	2,9±1,2
45-49	3,8±1,5	3,0±1,0
50 ve üzeri	4,6±2,6	4,0±1,9

Kadınların %20,3'ü (228) daha önce kürtaj olmuştu. Bu kadınların %53,5'i (122) bir kez, %30,2'si (69) iki kez, %8,3'ü (19) üç kez kürtaj olmuştu. Son kürtaj olunan yer en çok Devlet Hastanesi iken, son kürtajın en çok nedeni kendiliğinden düşüktü.

Gebe, bekar, eşi ölmüş olan kadınlar halen doğum kontrol yöntemi kullanmıyorken, boşanmış kadınların %89,4'ü toplamda 192 kadın halen doğum kontrol yöntemi kullanmıyordu. Gebe olmayan 15-49 yaş evli kadınların ise %50,0'ı (468) halen doğum kontrol yöntemi kullanmıyor, %18,8'i (174) geri çekme yöntemi, %12,6'sı (117) tüp ligasyonu, %8,0'ı (74) RİA, %4,1'i (38) kondom, %2,7'si (25) oral kontraseptif ve %0;1'i (1) de halen implant kullanıyordu **(Grafik 3).**

Sonuç olarak; 6 Şubat Kahramanmaraş depremleri sonrasında yaşanan afette HASUDER'in IPPF fon desteğiyle 15 Mart'ta Antakya'da kurduğu ve 3 ay hizmet verdiği ABHP-CSÜS Birimi, bölgede özellikle birinci basamakta yeterli CSÜS hizmetlerinin sunulamadığının gözlenmesi üzerine, mobil hizmet sunulmak üzere Direct Relief fonuyla 15.Mart.2024 tarihine kadar uzatılmıştır. Bir hekim, iki hemşire ve bir şöförden oluşan DR fonlu CSÜS ekibi ile ağırlıklı olarak bölge tabanlı mobil hizmet sunulmaktadır. Birim, Defne ve Samandağ ilçelerinde 15-49 yaş kadınların yanısıra, menapoz sonrası kadınlara da hizmet vermektedir. 15.Haziran-29.Eylül.2023 tarihleri arasında 1255 kadına sağlık eğitimi ve ABHP-CSÜS hizmeti sunulmuştur. Bu kapsamda kadınların beşte ikisinden fazlasına CYB enfeksiyon tanısı konulmuş, yaklaşık dörtte birine modern AP yöntemi başlanmıştır. Bu uygulama afetler sonrasında uzmanlık derneklerinin özellikle üreme sağlığı alanındaki hizmet açığının giderilmesinde çok önemli bir rol oynayabileceğini göstermesi açısından örnek bir uygulama olmuştur.

Kaynaklar

1. *IPPF, MISP Readiness Assessment. Assessing Readiness to Provide the Minimum Initial Service Package (MISP) for Sexual and Reproductive Health in Emergencies. 2020 Version for field testing. s.4. Erişim adresi (14.10.2023); https://wordpress.fp2030.org/wp-content/uploads/2023/07/MISP_readiness_assessment.pdf*

2. *World Health Organization (WHO). Gender and health in disasters. Geneva: WHO; 2002*

3. *IAGW, Expanding access to sexual and reproductive health in crises. Erişim Adresi (13.10.2023): https://iawg.net/*

4. *Minimum Initial Service Package (MISP) for Reproductive Health in Crisis Situations: https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/MISP-Reference-English.pdf*

5. *Gökçe İ, Gerçek Öter G. Bütünleşik Afet Yönetim Sisteminde Afetlerde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmetleri, 1 st International Conference on Frontiers in Academic, February. 18-21, 2023: Konya: Turkey. İnternet Erişim Adresi (12.10.2023):*

https://as-proceeding.com/index.php/icfar/article/view/157/108

6. *Macit İ. Bütünleşik Afet Yönetim Sistemleri İçin Karar Destek Sistemi Geliştirilmesi: Mobil Uygulama Örneği. Uluslararası Yönetim Bilişim Sistemleri ve Bilgisayar Bilimleri Dergisi, 2018, 2(1):23-41*

7. *Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, 6 Şubat 2023 Depremleri Üçüncü Saha Raporu. 12 Mayıs 2023, Ankara.s.9. İnternet Erişim Adresi (15.10.2023): https://hasuder.org/Dokumanlar/EkIndir/fd603927-a389-a219-d620-3a0b3590822b*

8. *Halk Sağlığı Uzmanları Derneği'nin resmi twitter hesabı. Erişim adresi: (16.10.2023):https://twitter.com/hasuder. https://x.com/hasuder/status/1636519302915301376?s=20*

9. *Ankahaber.net. https://ankahaber.net/haber/detay/hatay_buyuksehir_belediyesi_ve_hasuder_arasinda_depremzedelere_ureme_sagligi_hizmeti_verilmesi_icin_protokol_imzalandi_133727*

10. *Anadolu ajansı. https://www.aa.com.tr/tr/asrin-felaketi/depremlerin-vurdugu-hatayda-en-agir-yikim-antakyada/2866977*

11. *Direct Relief. News>Turkey-Syria Earthquake 2023. https://www.directrelief.org/2023/06/direct-relief-disburses-2-million-in-funding-for-groups-continuing-earthquake-response-in-turkey-syria/*

[S148]
AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN YETİŞKİNLERİN AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI KONUSUNDAKİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Ebru Tan[1], Leyla Tekdemir[2], Elçin Balcı[1], İskender Gün[1]
[1]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Kayseri
[2]Muş İl Sağlık Müdürlüğü, Muş

Giriş ve Amaç: Ağız ve diş hastalıkları, diş çürüğü ve kaybı, periodontal hastalıklar, kanser, travma ve doğumsal anomalileri içeren birçok hastalık ve durum olarak tanımlanır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre nüfusun 3,5 milyar kadarını etkileyen yaygın görülen bulaşıcı olmayan hastalıklardan biridir. Yüksek insidans ve prevalans hızları, çoğunlukla geri dönüşümsüz olmaları, tedavisinin para, zaman ve uzmanlık gerektirmesi gibi nedenlerle halk sağlığı görüşü ile yaklaşmak zorunludur.

Bu çalışmayla ağız ve diş sağlığı hakkında toplumun tutum ve davranışlarını öğrenmenin halk sağlığı uygulamaları konusunda yol gösterici olacağı düşünülmüş ve aile sağlığı merkezlerine (ASM) başvuran bireylerin ağız ve diş sağlığı konusundaki tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı nitelikte olan bu araştırmanın evrenini Kayseri ili merkez İlçe Sağlık Müdürlükleri'ne bağlı aile sağlığı merkezlerine herhangi bir nedenle başvuranlar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemi, evren içinden seçilen 1 Aralık 2022-1 Ocak 2023 tarihleri arasında başvuran, araştırma hakkında bilgilendirme yapıldıktan sonra katılmayı kabul eden 18 yaş ve üstü erişkinlerdir.

Örneklem büyüklüğü G*Power 3.1.9.7 programıyla hesaplanmış olup ki-kare tablo yapılacağı öngörülerek düşük etki büyüklüğünde(0,1), α=0,05, β=0,80 alınarak yapılan örneklem hesabında 1283 kişi bulunmuştur. Merkez ilçe sağlık müdürlüklerine (Kocasinan, Melikgazi, Talas, Hacılar) bağlı 10 asm kura ile belirlenmiştir. Melikgazi 4 ASM, Kocasinan 3 ASM, Talas 2 ASM, Hacılar 1 ASM olacak şekilde alınmış olup her ASM'den yaklaşık 150 kişi dahil edilmesi hedeflenmiştir. Çalışmaya katılımı kabul eden ve dahil edilme kriterleri sağlayan toplam 1440 kişiyle çalışma tamamlanmıştır.

Veri toplama aracı olarak sosyodemografik özellikler, araştırmacılar tarafından literatüre uygun olarak hazırlanan ağız ve diş sağlığı konusundaki olumlu ve olumsuz bilgi, tutum ve davranışlara yönelik sorular ve önermeleri içeren anket formu yüzyüze görüşme yöntemiyle doldurulmuştur.

Araştırmanın etik izni; Erciyes Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 2022/798 sayılı etik kurul onayı ile alınmıştır.

Çalışmada bağımsız değişkenler: sosyodemografik özellikler ve bağımlı değişkenler: ağız ve diş sağlığı konusundaki bilgi, tutum, davranış özellikleridir.

Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogrov-Smirnov testiyle değerlendirilmiştir. Kategorik verilerin değerlendirilmesinde Ki-kare testi kullanılmış olup $p<0,05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların %55,1'i erkek, %61,5'i evli, %67,9'u şehir merkezinde yaşamakta, %41'i yüksekokul mezunu ve %63,5'i ekonomik durumunu "orta" olarak değerlendirmektedir. Yaş ortalaması 39,04±15,40 yıldır ve %74,2'si kronik bir hastalığa sahip olmadığını, %74,4'ü düzenli kullandığı bir ilaç olmadığını, %55,5'i hiç sigara kullanmadığını, %28,5 ise halen sigara kullanmakta olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %96,3'ü düzenli yapılan diş temizliğinin ağız ve diş sağlığı için gerekli olduğunu, %86'sı ağız ve diş sağlığının genel vücut sağlığıyla ilişkili olduğunu ve %80'i ağız ve diş sağlığının tamamen şansa bağlı olmadığını düşündüğünü belirtmiştir. Katılımcıların

%73,4'ü dişlerini düzenli fırçaladığını belirtmiştir ve dişlerini düzenli fırçaladığını belirten katılımcıların %55.2'si günde 2 kez diş fırçaladıklarını ifade etmişlerdir. Düzenli yapılan diş temizliğinin ağız ve diş sağlığı

için gerekli olduğu önermesine katılanların %74.8(p<0,001), ağız ve diş sağlığının genel vücut sağlığıyla ilişkili olduğu önermesine katılanların %75.8'si (p<0,001), ağız ve diş sağlığı tamamen şansa bağlıdır önermesine katılmayanların %77.1'i(p<0.001) dişlerini düzenli fırçalamaktadır. Katılımcıların %61,5'i ağız diş sağlığıyla ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunu söylemiştir, bu bilgileri kim/kimlerden aldıkları birden fazla seçenek işaretleyebilecek şekilde sorulduğunda bilgi kaynaklarını sırasıyla doktordan (%64,5), internetten (%41.7), tv-radyo-gazeteden (%33,6) olarak belirtmişlerdir. Yeterli bilgiye sahip olduğunu belirten

katılımcıların %82,4'ü dişlerini düzenli fırçaladığını ifade etmiştir(p<0,001).

Katılımcıların %29,8'i düzenli diş hekimi kontrolüne gitmediğini belirtmiş olup kontrole gitmeme sebepleri sorulduğunda %63.9'u ihmal ettiği için gitmediğini söylemiştir. En sık diş hekimine başvuru sebebi %47,1 ile diş ağrısı ve apsedir. Katılımcıların %38'i iki yıl ve daha uzun süredir diş hekimine gitmediğini belirtmiştir.

Katılımcıların %71'inin pandemi döneminde, ağız ve diş temizliği alışkanlıkları değişmemiştir.

Hiç sigara kullanmayan katılımcıların %94'ü; halen sigara kullanan katılımcıların ise %86,6'sı sigaranın ağız ve diş sağlığını bozduğu önermesine katılmaktadır(p<0,001).

Sonuç: Ağız ve diş sağlığı hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünen katılımcılar dişlerini düzenli olarak fırçalamaktadır. Aile sağlığı merkezlerine dolayısıyla doktora başvuranlar üzerine yapılmış bu çalışmada en fazla bilgi alma kaynağı olarak belirtilen doktorların daha aktif rol alması ağız ve diş sağlığı için olumlu katkı sağlayabilir.

Anahtar kelimeler: Ağız ve diş sağlığı, aile sağlığı merkezi, diş fırçalama, diş hekimi kontrolü

[S149]
MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İNTERN DOKTORLARDA AĞIZ DİŞ SAĞLIĞI TUTUM VE DAVRANIŞLARININ ARAŞTIRILMASI

Altuğ Civan[1], Burcu Ecem Uğuz[1], Matin Dolatabadi[2], Burak Ak[3], Caferi Tayyar Şaşmaz[1]
[1]Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
[2]Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 6
[3]Mersin Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji AD

Giriş ve Amaç: Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre; ağız sağlığı, bireylerin yemek yeme, nefes alma ve konuşma gibi temel işlevleri yerine getirmesini sağlayan ağız, dişler ve orofasiyal yapıların durumunu kapsamaktadır. Ağız sağlığı aynı zamanda kişinin kendine güven, kendini iyi hissetme, sosyalleşebilme, ağrı rahatsızlık ve utanç olmadan çalışabilme gibi psikososyal boyutlarını da içermektedir. Erken yaşlardan yaşlılığa kadar yaşam boyunca değişiklik gösteren ağız sağlığı, genel sağlığın da ayrılmaz bir parçasıdır. Literatür taraması yapıldığında ülkemizde diş hekimleri ve tıp doktorlarında ağız diş sağlığı konusunda araştırmalar bulunmakla beraber, Tıp Fakültesi öğrencilerinde ağız ve diş sağlığı tutum ve davranışları konusunda bir araştırmaya ulaşılamamıştır. Bu çalışma ile Tıp Fakültesi intern doktorlar da ağız diş sağlığı konusunda tutum ve davranışlarının araştırılması ve etki eden risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel tipte planlanan bu çalışma 2023-2024 Eğitim Öğretim yılında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 6 öğrencilerinde yapılmıştır. Çalışmanın evrenini Dönem 6'da eğitim gören 293 öğrenci oluşturmaktadır. Çalışmaya örnekleme yapılmadan, evrende bulunan öğrencilerin tamamının alınması kararlaştırılmıştır. 45 sorudan oluşan ankette, birinci bölümde sosyodemografik bilgiler, ikinci bölümde ise Doğan ve arkadaşları tarafından Türkçe diline çevirisi yapılan Hiroşima Üniversitesi Diş Davranış Envanteri (HU-DBI) yer almıştır. Envanterden en düşük 0 puan, en yüksek 12 puan alınmakta ve alınan puanın yükselmesi kişinin ağız diş sağlığı davranışının daha iyi olduğunu göstermektedir. Veri formu Google anket programı kullanılarak toplanılmıştır. Ankete google üzerinden ulaşamayanlara veri formu elden verilmiş vekendileri tarafından doldurması istenilmiştir. Çalışmaya katılım oranı %81.2 olarak gerçekleşmiştir. Verilerin özetlenmesinde yüzde, ortalama, standart sapma, oran gibi tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluk değerlendirilmesi Histogram ve Kolmogrow Smirnow testi ile yapılmıştır. Sürekli değişken parametrik test koşullarını sağladığı için değişkenlerin karşılaştırılmasında t testi ve ANOVA testleri ile sürekli değişkenlerin birbiri ile karşılaştırılmasında Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. $p<0.05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 135'i (%56.7) erkek toplam 238 kişi katılmıştır. Çalışmaya katılanların yaş ortalamasının 24.7±2.7, ortalama kardeş sayısının 3.45±2.5 ve yıllık ortalama kitap okuma sayısının 7±9.6 olduğu tespit edilmiştir. Öğrencilerin 128'i (%53.8) çocukluğunu il merkezinde geçirirken, 65'i (%27.3) ilçe merkezinde, 16'sı (%6.7) belde ve 29'u da (%12.2) köyde geçirmiştir. Öğrencilerin 27'sinin (%11.3) düzenli olarak diş ipi kullandığı, 59'unun (%24.8) düzenli olarak ağız gargarası kullandığı ve günlük ortalama 1.8±0.8 defa diş fırçaladığı tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan öğrencilerin Hiroşima Üniversitesi Diş Davranış Envanter puan ortalamasının 5.4±1.7 olduğu hesaplanmıştır. Ağız diş sağlığı davranış puanı ile yaş ve cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmezken ($p>0.05$); diş ipi kullananlarda ($p<0.05$), ağız diş sağlığı konusunda eğitim alanlarda ($p<0.001$), ağız diş sağlığı konusunda eğitime ihtiyaç duymayanlarda ($p<0.01$), eşi olanlarda ($p<0.05$), 6 ayda ya da daha kısa sürelerle diş hekimine gidenlerde ($p<0.05$) ağız diş sağlığı ölçek puanın daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç: Çalışmaya katılan 6. Sınıf İntern Doktorların ağız diş sağlığı davranışları konusunda ölçekten alınan puana göre orta düzeyde bir ağız diş sağlığı davranışı içinde olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç sağlık hizmetlerinin merkezinde yer alacak olan hekim adaylarında ağız diş sağlığı davranışlarının yeterli olmadığını göstermektedir. Çalışmanın veri toplama aşamasında online olarak ulaşılamayan kişilerde veri formunun elden verilerek doldurulması, veri toplama açısından bir bias oluşturabileceği için, bu durum çalışmanın bir kısıtlılığı olarak değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: ağız sağlığı, davranış, diş sağlığı, tıp öğrencileri, tutum

[S150]
ANTALYA İLİNDE 2021 YILI ÖLÜM BİLDİRİM SİSTEMİNDE KAYITLI ÖLÜMLERİN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ

Gamze Akın Özkara[1], Mehmet Rıfkı Aktekin[1], Mestan Emek[1], Hacer Nur Yüce[2], İsmail Başıbüyük[3]
[1]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilimdalı, Antalya
[2]Antalya İl Sağlık Müdürlüğü
[3]Üroloji Uzmanı

Giriş ve Amaç: Bir bölgenin sağlık düzeyini değerlendirmek için en sık kullanılan ölçütler arasında ölüm verileriyle hesaplanan ölçütler yer almaktadır. Ölüm verileri, ölüm sayılarının yanı sıra; ölen kişilerin çeşitli özellikleri, ölümler açısından riskli grupların kimler olduğu, ölüme en çok neden olan hastalıkların neler olduğu gibi bilgileri sağlaması açısından önemlidir.

Ülkemizde ölüm bildirimleri, Ölüm Bildirim Sistemi (ÖBS) kullanılarak elektronik olarak yapılmaktadır. ÖBS'ye kaydedilen ölüm belgelerinin doğruluğu kontrolör hekimce kontrol edildikten sonra Türkiye İstatistik Kurumu ve Merkezi Nüfus İdaresi Sistemi'ne iletilmektedir. Ölüm belgeleri; ölen kişiye ait sosyodemografik özellikler ve ölüm nedeni bilgilerini içermektedir.

Bu araştırma ile Antalya ilinde 2021 yılında gerçekleşen ölümlerin tanımlayıcı özelliklerini incelemek ve en sık görülen ölüm nedenlerini belirlemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırma verilerini Antalya il sınırları içerisinde 2021 yılında ölen 16.614 kişi oluşturmaktadır. Antalya İl Sağlık Müdürlüğü Ölüm Bildirim Sistemi'ndeki kayıtlar kullanılarak Antalya ilinde 2021 yılında ölen kişilere ait ölüm nedenleri ve sosyodemografik özellikler incelenmiş ve önceki iki yılla karşılaştırılmıştır. Ölüm nedenleri; ÖBS'de bulunan yaş, cinsiyet, ölüm tarihi, ölüm yeri, ölüm şekli, ölüm nedenleri değişkenlerine göre tanımlayıcı olarak sunulmuştur.

Araştırma için Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan ve Antalya İl Sağlık Müdürlüğü Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu'ndan onay alınmıştır.

Araştırmayı destekleyen ve finansman sağlayan herhangi bir kuruluş bulunmamaktadır.

Bulgular: ÖBS'de Antalya ilinde 2021 yılına ait 16.614 ölüm kaydı bulunmaktadır. Ölüm sayıları 2021 yılında 2020 yılına göre %13,8; 2019 yılına göre ise %25,9 artmıştır.

Ölümler arasında bulaşıcı hastalıklardan ölenlerin oranı %20,7'dir. Bu oran 2020 yılındaki oranın 1,9 katı iken 2019 yılındaki oranın 6,9 katına ulaşmıştır. Adli olaylar nedeniyle ölenlerin oranı ise %8,5'tir.

Ölümlerin %71,5'i hastanede, %23,7'si ise evde gerçekleşmiştir. Cinsiyete göre ölüm oranları incelendiğinde; erkeklerin oranı %55,1 olarak bulunmuştur.

Ölenlerin %5,2'si yabancı uyrukludur. Yabancı uyruklu olan kişilerin de %18,7'si Suriye, %18,5'i Rusya, %17,3'ü Almanya, %6,8'i Ukrayna, %6,8'i Kazakistan vatandaşıdır.

Kaba ölüm hızı binde 6,3'tür. Ölenlerin yaş dağılımına bakıldığında, tüm ölümlerin %3,8'i 18 yaş altında, %28,7'si 18-65 yaş aralığında, %67,4'ü ise 65 yaş ve üzerindedir. Yaşa özel ölüm hızları ise; 18 yaş altı için binde 0,9, 18-65 yaş için binde 2,7 ve 65 yaş üstü için binde 46,3'tür. Bebek ölüm hızı bin canlı doğumda 8,7 iken beş yaş altı ölüm hızı bin canlı doğumda 11,2'dir.

2021 yılında ölümler en çok %10,9 (1.815) ile Ağustos ayında, en az ise %6,7 (1112) ile Şubat ayında gerçekleşmiştir. Gün başına düşen ölüm sayısı en fazla 58 ölüm ile Ağustos ayında, en düşük ise 38 ölüm ile Haziran ayındadır.

İlk 5 sırada yer alan ölüm nedenleri dolaşım sistemi hastalıkları (%34,4), Covid-19 (%15,0), iyi huylu ve kötü huylu tümörler (%12,8), solunum sistemi hastalıkları (%12,2) ve dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmelerdir (%6,3).

Sonuç: 2021 yılında hem toplam ölümler hem de bulaşıcı hastalıklar nedeniyle gerçekleşen ölümler sayısal ve oransal olarak önceki yıllara göre artmıştır. Covid-19 nedeniyle gerçekleşen ölümlerde de önceki yıla göre belirgin bir artış görülmüştür. Ölüm nedenlerinin incelenmesi pandeminin etkisini ve fazladan ölümleri (excess mortality) değerlendirmek için önemli bir araçtır. Bu aracın kullanımının pratikleştirilmesi ile bu değerlendirmeler yapılabilir olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Ölüm nedeni, ölüm kayıtları, ölüm bildirim sistemi, ölüm hızı, Antalya

[S151]
EGE ÜNİVERSİTESİ İNTÖRN HEKİMLERİNDE SOSYAL HİZMETLERE DAİR BİLGİ, TUTUM VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

İrem Şevik[1], Simge Kuyucu[2], Özgün Torcu[2], Meltem Çiçeklioğlu[1]
[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, İzmir
[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir

Giriş ve Amaç: Bütüncül sağlık hizmeti ancak meslekler arası iş birliği ve ekip çalışmasıyla sunulabilir. Meslekler arası iş birliği için temel engellerden biri, ekip çalışanlarının mesleki rol ve becerilerine dair bilgi eksikliğidir. Uzmanlaşmanın artmasıyla öğrencilikten itibaren diğer mesleklerle etkileşime girmek zorlaşmaktadır. Sosyal hizmet, toplum sağlığıyla yakın ilişkisine ve dezavantajlı gruplara sağlık hizmeti sunumundaki yerine rağmen, tıp müfredatında yeterince yer almamaktadır.

Bu araştırmanın amacı, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi (EÜTF) intörn hekimlerinde sağlık kurumlarındaki sosyal hizmet uygulamalarına dair bilgi ve tutumları değerlendirip ilişkili faktörleri belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma kesitseldir. Araştırma evreni, 2023-2024 akademik yılı EÜTF intörn hekimleridir. Araştırma Temmuz – Eylül ayları arasında yürütülmüştür. Minimum örneklem büyüklüğü, %50 prevalans, %5 hata payı, %95 güven aralığı ve desen etkisi 1,0 kabul edilerek 180 olarak hesaplanmıştır. İntörn gruplarından dördü kurayla seçilerek bu gruplardaki öğrencilerin tümüne ulaşılması hedeflenmiş, 181 katılımcıya yüz yüze ulaşılmıştır. Sağlık kurumlarındaki sosyal hizmetlere yönelik literatür taranarak 36 sorudan oluşan bir anket formu oluşturulmuştur. Anket formunda sosyodemografik özellikler, sosyal hizmet mesleğine yönelik deneyim, tıp fakültesinde sosyal hizmet uygulamalarına yönelik deneyim, sağlık kurumlarındaki sosyal hizmetlere ilişkin bilgi düzeyi, sağlık kurumlarında meslekler arası işbirliğine ilişkin tutum sorgulanmıştır. Bilgi soruları sosyal hizmet uzmanlarının çalıştığı sağlık kurumları, hizmet sunduğu kitle ve görevlerine dair bilgiyi ölçmeye yöneliktir. Katılımcılar, çoktan seçmeli bilgi sorularına verdikleri yanıtlar üzerinden puanlandırılmıştır. Tutumu değerlendiren beşli likert şeklindeki sorulara verilen yanıtlar üzerinden bir tutum puanı hesaplanmıştır. Yüksek tutum puanı, olumlu tutum olarak değerlendirilmiştir. Bilgi puanı ve tutum puanı için eşik değer kullanılmamıştır. Veri analizinde SPSS 28.0 kullanılmıştır. Tanımlayıcı bulgular sayı, yüzde, ortalama, standart sapma ile sunulmuştur. İki bağımsız ortalama arasındaki farkın karşılaştırılmasında student t-testi, bilgi puanı ve tutum arasındaki lineer ilişkiyi değerlendirmek için ise Spearman korelasyonu kullanılmıştır. $p < 0,05$ anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

Çalışma için etik onay alınmıştır. (Onay Kararı: 23-6.1T/35) Finansal destek alınmamıştır. Çıkar çatışması yoktur.

Bulgular: Katılımcıların %51.4'ü erkek, %50.3'ünün geliri giderlerine denk ve %44.2'sinin en uzun süre yaşadığı bölge Ege'dir. Katılımcıların %34.8'i sosyal hizmet mesleğini duymamıştır. Sosyal hizmet mesleğini duymuş katılımcılar arasında en çok bildirilen bilgi kaynağı internettir (%46.6), tıp fakültesi ise beşinci sırada yer almaktadır (%34.7). Katılımcıların %91.2'si EÜTF'de dezavantajlı hastalarla karşılaşmıştır ancak yalnızca %9.9'u ihtiyacı olan bir hastayı sosyal hizmet birimine yönlendirmek için yeterli bilgisi olduğunu düşünmektedir. Katılımcıların %96.7'si tıp eğitiminin sağlık alanındaki sosyal hizmetlere dair yetersiz bilgi içerdiğini düşünmekte ve %55.8'i EÜTF'de hizmet veren sosyal hizmet uzmanı varlığından habersizdir. Katılımcıların bilgi puan ortalaması 28.15±8.25'tir. Kadın cinsiyet ve dezavantajlı hastalarla karşılaşmış olmak, daha yüksek bilgi puanına sahip olmakla ilişkilidir. Katılımcıların tutum puanı ortalaması 48.86±7.63'tür. Kadın cinsiyet ve sosyal hizmet mesleğini daha önce duymuş olmak, sosyal hizmet uzmanlarıyla çalışmaya dair daha olumlu tutuma sahip olmakla ilişkilidir. Katılımcıların %72.4'ü doktorun hastanın sosyal ihtiyaçlarını bilmesini; %84.5'i doktorların toplumda sunulan sosyal hizmetleri bilmesini ve %85.1'i doktorların hastanede sunulan sosyal hizmetleri bilmesini destekler tutuma sahiptir. Katılımcıların %23.2'si diğer sağlık emekçileriyle çalışmayı zorlayıcı bulurken, %60.8'i doktorların diğer sağlık emekçileriyle etkili çalışmayı teşvik etmede öncü

olduğuna inanmaktadır. Bilgi puanı ve tutum puanı arasında pozitif yönde zayıf bir korelasyon vardır. ($p < 0,001$, $r=0,248$)

Sonuç: Tıp öğrencileri, sağlık alanında sosyal hizmetlere dair olumlu tutum benimsemesine rağmen sosyal hizmet uzmanlarının hizmet sunumundaki rolüne dair yeterli bilgi sahibi değildir. Bütüncül bir sağlık hizmeti için tıp eğitiminde sosyal hizmetlere daha fazla yer verilmelidir. Kadının toplumdaki bakım verici rolünün sosyal hizmet bilgi düzeyi ve tutumuyla ilişkisi daha detaylı araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ekip çalışması, iş birliği, sağlık emekçileri, sosyal hizmet, tıp eğitimi

[S152]
OCCUPATIONAL STRESS AND QUALITY OF LIFE OF DOCTORS AND NURSES IN A UNIVERSITY HOSPITAL IN ISTANBUL: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Abdulrahman Masri[1], Serra Coşkun[1], Yasemin Ceylan[1], Sarah Sabbagh Sharif[1], Ayşe Zülal Tokaç Farımaz[2], Sabanur Çavdar[2]
[1]International School of Medicine, Istanbul Medipol University, Istanbul, Türkiye
[2]Department of Public Health, School of Medicine, Istanbul Medipol University, Istanbul; Research Center for Healthcare Systems and Policies (SASPAM), Istanbul Medipol University, Istanbul, Türkiye

Introduction and Aim: Healthcare workers (HCW) are continuously subjected to high levels of occupational stress on a daily basis which may cause a serious negative impact on their quality of life (QoL). Measuring the quality of life of medical professionals is important since decreased QoL can lead to many consequences on both a personal and professional level. The objective of the present study is to identify the level of occupational stress and the factors in relation with occupational stress among doctors and nurses and its relationship with their quality of life.

Materials-Methods: This descriptive cross-sectional research conducted between 5-21 April 2023 and specifically targeted doctors and nurses who are working in a University Hospital in Istanbul. While the population size was 842, the sample size was calculated as 265. Data was collected by convenience sampling method. In this study the Turkish version of General Work Stress Scale (GWSS) and WHOQOL-BREF were utilized. WHOQOL-BREF included 4 domains, Physical Health (PH), Psychological Health (PSH), Social Relationships (SR), Environmental Health (EH). The independent variables were gender, age group, educational level, marital status, the presence of underlying diseases, and occupational factors (doctors/nurses, surgical/non-surgical); while the dependent variables were occupational stress and QOL. Kolmogorov–Smirnov test was performed to examine the data normality. Mann-Whitney U Test and Kruskal-Wallis test were used to compare the participants' WHOQOL-BREF and GWSS score with the demographic characteristics. The Spearman's correlation was used to analyze the correlation between the scores of the WHOQOL-BREF domains and GWSS. The research received ethical approval and was conducted as a medical school intern research. The authors declare no conflict of interest or financial support.

Results: 265 HCW participated in the research and the majority of them were nurses (66.8%) and working in a non-surgical department (75.1%). The results of the GWSS showed that nurses (median=3.0) and females (2.9) have higher occupational stress scores in comparison to doctors (2.3) and males (2.6) ($p<0.001$ and $p=0.009$). Also, age, educational status, and marital status had a significant difference with the GWSS, but scores did not differ depending on the working field. The results of the WHOQOL-BREF showed that doctors get better scores (PH median: 12, PSH: 14, SR: 15, EH: 14) in all domains compared to nurses (PH: 11, PSH: 13, SR: 13, EH: 12). Males had higher scores (PH: 12, PSH: 14, EH: 14) than females (PH: 11, PSH: 13, EH: 13) in all domains except SR. Healthcare workers working in the surgical field had higher scores (PH: 12, PSH:15) than working in non-surgical field (PH:11, PSH:13) in two domains. Presence of an underlying disease showed to have a significant increase in PH only while marital status showed no significant difference in this domain only. The result obtained a week negative correlation between the GWSS and PH domain (Spearman's rho: -0.382) and moderate correlations with PHS (-0.497), SR (-0.474), EH (-0.585) domains ($p<0.001$ in all comparisons).

Conclusion: These results show that, in addition to demographic variables, occupational factors can also have an impact on both work stress and quality of life. Considering that the increase in work stress negatively affects the QoL, it is crucial to maintain good physical and mental health of HCW's and also to keep work stress under control in order to provide the best care possible to their patients. In addition, these are also important in terms of protecting the personal health of HCW's. This study also emphasizes the importance of implementing distinct preventive measures to address occupational stress and enhance quality of life for these HCW based on their specific stressors. Due to their high level of occupational stress and low level of quality of life, female HCWs should also be specifically targeted during these preventive measures. However, since it's a cross-sectional study conducted in only one hospital and convenience sampling was used, results cannot be generalized and causality cannot be established.

Keywords: Occupational stress, quality of life, healthcare workers

[S153]
CERRAHİ BRANŞLARDA GÖREV YAPMAKTA OLAN ASİSTAN HEKİMLERİN İŞ-YAŞAM DENGESİ ÜZERİNE NİTEL BİR ÇALIŞMA

Ayşe Nur Balcı Yapalak[1], Cansu Özbaş[2], Aida Poladova[2], Muhammet Alperen Uğur[2], Mehmet Furkan Ünlü[2], İrem Keskin[2], Ayşe Seval Palteki[1]

[1]İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, İstanbul
[2]İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

Giriş ve Amaç: Çalışan bireylerin iş yaşamı ve özel yaşam arasındaki denge; iş hayatında verimliliği, bireysel hayatta da mutluluğu yakalamak açısından oldukça önemlidir. Bu çalışma ile uzun çalışma süresi ve yoğun çalışma koşullarına en çok maruz kalan mesleklerden cerrahi asistan hekimlerin iş-yaşam dengelerini ve bunun iş ve özel hayatlarına etkisini incelemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Nitel türdeki bu çalışmada, bir görüşmeci tarafından, bir vakıf üniversite hastanesinin cerrahi branşlarından çalışmaya katılmayı kabul eden 6 kadın ve 6 erkek asistan hekim ile yarı yapılandırılmış bir soru formu kullanılarak, Şubat 2023'te görüşmeler yapılmıştır. Aynı branştan katılımcılarda farklı cinsiyet veya farklı yıl asistanları seçilmeye özen gösterilmiştir. Yeni kodların ortaya çıkmadığı ve bulguların doygunluğa ulaştığı görüldüğünde araştırma sonlandırılmıştır.

Katılımcıların sosyodemografik olarak cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sayısı, asistan olduğu bölüm ve asistanlık yılı bilgileri sorgulanmıştır. Nitel soru formundaki konular ise 5 ana başlıkta toplanmıştır; iş ile ilgili beklentileri, iş hayatı, iş dışındaki hayatı, iş ve iş dışı hayat arasındaki dengesi, geleceğe yönelik plan ve tavsiyeleri.

X Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 2023/168 protokol nosu ile onay alınmıştır. Katılımcıların tümü gönüllü onam formunu okuyup, imzalamıştır. Görüşmeler ses kaydına alınmış, Sonix platformu üzerinden transkripte edilmiş ve tematik analiz yöntemi ile kodlanmıştır.

Araştırmanın en önemli kısıtlılığını cerrahi asistanlarının yoğun iş temposunda görüşme için kısıtlı zamanlarının olması ve bu nedenle bir kısmının çalışmaya katılmayı kabul etmemesi, bir kısmının ise sorulara çok acele cevap vermesi söz konusu olmuştur. Görüşmeleri deneyimsiz olmasına rağmen tek kişinin yapması ise katılımcılar arasında görüşmeciye göre değişebilecek beyanların varlığını azaltmıştır.

Bulgular: 7 ayrı branşa mensup katılımcıların yaş ortancası 28 (25-30) idi. Medeni hali evli olan 3 katılımcının da cinsiyetleri erkekti. Hiçbir katılımcının çocuğu yoktu. Asistanlık yılları ise 6 ay ile 5 yıl arasında değişmekteydi.

İş ile ilgili beklentiler temasının altında "eğitim", "sevdiği işi yapmak" ve "ekonomik durum" kategorileri yer almıştır.

İş hayatı temasının altında "iş temposu" ve "iş motivasyonunu arttıran faktörler" kategorileri yer almıştır. İş temposu ile ilgili en sık tekrar edilen kodlar, "işten geç çıkış saati", "kıdem artınca iş yükünün azalması", "yoğun ve bunaltıcı" olmuştur:

"Kıdem atladıkça, yıl ilerledikçe bunlar azalıyor. Hem sabah biraz daha geç gelmeye başlıyorsun, hem gün içerisindeki işin biraz daha azalıyor, hem akşam biraz daha erken çıkma şansın oluyor. Ama yine de çok aşırı erken bir çıkma şansın olmuyor. Genelde beş-altı arası en erken çıkıyoruz." Ortopedi ve Travmatoloji 5. yıl asistanı, Erkek

Bıkkın bir ifadeyle; *"Şu an artık kıdemli asistan oluğum için yemek ve dinlenme aralarım olabiliyor."* KBB 4. yıl asistanı, Erkek

İş motivasyonunu arttıran faktörler arasında ise "vakalarla ilgili okumak", "hızlı ve olumlu sonuç almak", "işi bilerek yapmak" ve "iş dışı hayata zaman ayırmak" en çok tekrar eden kodlardır:

"En önemli şey düzenli okumak. Çok önemli tabi ki. Ama en güzeli gördüğün vakayı unutmadan okumak...Neyi neden yaptığımı bildiğim zaman bu gerçekten keyif veriyor. Her şey aslında böyle..." Beyin ve Sinir Cerrahisi 3. yıl asistanı, Kadın

"Vakit oldukça arkadaşlarımla dışarı çıkıyorum sürekli. Hani iş temposundan kendimi uzaklaştırabilecek şeyler yapmaya çalışıyorum. Boş bir hafta sonuysa tatile kaçmaya çalışıyorum mesela..." Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi 8. ay asistanı, Erkek

İş dışındaki hayat temasında; "iş dışında yaptıkları ", "iş dışındaki hayata ayrılan süre ve yetersizliği", "asistanlık sonrası iş dışındaki hayatın değişimi" ve "ek mesai saatlerinin etkisi" kategorilerinden bahsedilmiştir. İş dışında yapılanlar arasında en sık tekrarlanan kod "dinlenmek ve uyumak" olmuştur:

"İlk iki yılımda işten arta kalan vaktimde genelde uyuyordum ya da eşimle geziyordum. Ama çoğu uyumak ve dinlenmekle geçiyordu." KBB 5. yıl asistanı, Kadın

İş dışındaki hayata ayrılan süre ve yetersizliği ile ilgili en sık "aileye ayrılan sürenin yetersizliği", "arkadaşlara ayrılan vakit" ve "uykunun yetersizliği" kodlarından bahsedilmiştir:

"Sekiz aylık asistanım daha. Bir kere ailemin yanına gittim görmek için, o da 2 günlüğüne. Bir hafta sonum boştu, çok yetersiz." Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi 8. ay asistanı, Kadın

"Arkadaşlarımla çok görüşemiyoruz ama bu aslında sadece ben alakalı değil. Onların da programları yoğun oluyor. Benim çoğu arkadaşım da doktor. Nöbetler denk gelmiyor..." Ortopedi ve Travmatoloji 2. yıl asistanı, Erkek

"Uykuya ayırdığım süre çok değişiyor. Mesela akşam atıyorum onda uyuyup altıda uyansam da rahatlamış hissetmiyorum. Birde uyuyup altıda uyansam da rahatlamış hissetmiyorum. İkisi de yeterli gelmiyor yani." Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi 8. ay asistanı, Kadın

Katılımcılar iş ve iş dışı hayat arasındaki denge temasından bahsederken ise "dengeyi kurma yöntemi", "geleceğe yönelik öngörüler", "dengelerken karşılaşılan sorunlar", "dengelerken görülen destekler" kategorileri ortaya çıkmıştır. Geleceğe yönelik öngörülerde en çok tekrarlanan kod "uzmanlıkta daha iyi olacak" olmuştur:

"Asistanlık sonrası bunun değişeceğini düşünüyorum çünkü uzmanlıkla asistanlığın çok farklı olduğuna inanıyorum. Sosyal hayata daha çok vakit ayrılabileceğini düşünüyorum kesinlikle..." Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi 8. ay asistanı, Kadın

Sonuç: Cerrahi asistan hekimleri ile yapılan görüşmelerde tümü iş dışında kalan hayatlarına ayırdıkları vakti yetersiz olarak nitelendirmektedir. Bu nedenle kimisi uykusundan, kimisi arkadaşlarından, kimisi ailesinden kısmaktadır. Buna rağmen iş dışında en çok uyku ve dinlenmeye zaman ayırmaktadırlar. Çoğunluğu bu yoğunluğun asistanlığa mahsus bir problem olduğu ve iyi bir planlama ile bu geçici sürecin atlatılabileceği kanısındadır.

Anahtar Kelimeler: asistan hekimlik, iş motivasyonu, iş yaşam dengesi

[S154]
İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ÇALIŞANLARI PERSPEKTİFİNDEN COVID-19 FİLYASYON ÇALIŞMALARININ NİTELİKSEL İNCELENMESİ

İkbal Hümay Arman[1], Şeyma Yüsra Soğanda[2], Azize Tiryakioğlu Engin[3], Nuray Özgülnar[4], Selma Karabey[4], Meryem Merve Ören Çelik[4]

[1]İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; Şanlıurfa Birecik İlçe Sağlık Müdürlüğü
[2]İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; Sağlık Bakanlığı, Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü
[3]İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
[4]İstanbul Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: COVID-19 pandemisi 2020-2022 arasında, hava yolu ile bulaşan ve tüm dünyayı etkileyen bir salgın sürecini ifade etmektedir. Salgının kontrol altına alınması için sürveyans ve filyasyon çalışmaları en önemli basamaktır. Türkiye'de de COVID-19 pandemisinde tüm İlçe sağlık müdürlüklerinde (İSM) filyasyon çalışmaları yürütülmüştür. Araştırmanın amacı COVID-19 ile mücadelede İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı altı ilçede İSM çalışanlarının bakış açısıyla filyasyonun irdelenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma niteliksel tipte olup, fenomenolojik türdedir. Çalışmada yer alan kişiler amaca yönelik maksimum çeşitlilik örneklemesi ile seçilmiştir. Araştırmanın İstanbul'da farklı sosyokültürel özelliklere sahip, Anadolu ve Avrupa yakasından üçer olmak üzere, toplam 6 ilçede yapılması planlanmıştır. Belirlenen ilçelerde filyasyonda görev alan, yönetici kademesi, merkez koordinasyon-arama-saha ekiplerinden sağlık çalışanı ve destek personeli araştırmaya dahil edilmiştir. Örneklem hekim-ebe-diğer personel olacak şekilde tabakalandırılmış, Haziran-Ekim 2021 arasında, her ilçeden 5, toplamda 30 kişi ile, uzaktan video bağlantısı ile 45 dakika süren derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Görüşmeciler veri toplama süreci öncesinde derinlemesine görüşme tekniği hakkında tecrübeli akademisyenlerden eğitim almış ve görüşmeci standardizasyonu sağlanmıştır. Görüşme öncesinde katılımcılar bilgilendirilmiş, kişi-yer-zaman bilgilerinin anonimleştirileceği bilgisi verilmiş ve aydınlatılmış onamları alınarak görüşmeler ses kayıt cihazı ile kaydedilmiştir. Görüşmelerde yarı-yapılandırılmış soru formu kullanılmıştır. Filyasyonun iş akışı, çalışma şartları, temaslı sorgulaması ve diğer saha uygulamaları hakkındaki deneyimleri, filyasyonun etkinliği hakkındaki duygu ve düşünceleri, kurumların geliştirilmeye açık ve başarılı yanları, kurumlararası işbirliği ve rehberler hakkındaki düşünceleri katılımcılara yöneltilen soru başlıklarıdır. Derlenen transkriptlerin ve gözlemci notlarının ortak analizinde geçerlilik ve güvenilirliğin sağlanması için triangulasyon ile tematik analiz yapılmıştır. Herhangi bir analiz programı kullanılmamış olup, her bir araştırmacı tarafından tüm görüşmeler ayrı ayrı okunup, kodlanarak tablolar oluşturulmuş ve tematik analiz ile değerlendirilmiştir. Üç araştırmacı tarafından bireysel olarak kodlanan veriler tartışılarak, bazıları ortaklaştırılmış, kategoriler oluşturulmuş ve temalar belirlenmiştir.

Bulgular: Görüşmelerin tematik analizinin triangulasyon ile ortaya koyduğu temalar şu şekilde belirlenmiştir: Filyasyon işleyiş şeması, bilgi işletim sistemleri, kaynak yönetimi ile uygulamanın güçlü ve zayıf yanları. Temaslı sorgulaması, ilaç kararı ve diğer filyasyon uygulamalarının saha yansımaları ve hukuki çekinceler. Kurumlar arası işbirliği, oryantasyon, organizasyon, koordinasyon ve kurumlar arası ilişkiler. Pandeminin dinamik süreci, filyasyon uygulamasına ilişkin sahadaki değişimler, kılavuzlar ve güncellemeler. Filyasyonun etkinliği ve ilişkili faktörler. Esnek çalışma saatleri çalışanların motivasyonunu arttırırken; araç, koruyucu ekipman yetersizliği ve personel eksiklikleri gibi başlangıçtaki altyapı sorunları, kişileri zorlayan durumlar olmuştur. FİTAS, HSYS gibi sistemlerinin saha çalışmalarını kolaylaştırdığı ifade edilmiştir. Temasın beyana bağlı oluşu ve sonrasında temaslı ekleme-çıkarma talepleri, saha çalışanlarının karşılaştığı en sık sorun olarak öne çıkmakla birlikte, ilaç kararı hakkında çekinceler ve istirahat raporları konusundaki problemler de sahada en çok karşılaşılan saha yansımalarıdır. İlçe Sağlık Müdürlüğünün diğer kamu kurumları ile iş birliği; kaymakamlık, emniyet ve vefa destek grubu ile ilişkisi katılımcıların tekrar ettiği kodlar arasındadır. Ayrıca kurum içi ve dışı görevlendirmelerin süresi ve oryantasyon eksikliği sıklıkla gündeme gelmiştir. Koordinasyon eksiklikleri ve organizasyon sorunlarının ilk başlarda daha sık yaşandığı, süreç içerisinde sistemin daha kararlı hale geldiği tüm katılımcılar

tarafından ifade edilmiştir. Başlangıç dönemlerindeki zorluklar, karantina ve izolasyon sürelerinin sürekli değişmesi ile artış gösterdiği tespit edilmiştir. Rehberlerin kapsamı ve faydası da çoğu katılımcı tarafından belirtilmiştir. Ancak yardımcı sağlık personelinin rehberi sadece bildirildiği kadar bildiği, kendi kendine okumadığı görülmüştür. Filyasyonun etkinliği ve arttıran-azaltan faktörler konusunda katılımcılar farklı görüşler ortaya konmuştur. Sahada çalışan personelin mevcut deneyimlerine dayanarak dile getirdikleri fiziksel altyapı eksikliklerinin zaman içerisinde düzeltilmesi en çok vurgulanan kodlamadır. Katılımcıların çoğunlukla iş yükü ve dinamik sürece atıf yaptığı, salgının en yoğun dalgalanma dönemlerinde, üst makamların beklentileri ile saha çalışmalarının örtüşmediği zamanlarda ve güncellemelere ayak uydurmakta zorlandığı ifadeleri tekrar etmiştir.

Sonuç: Bu çalışma, pandemi ile mücadele dönemi içerisinde, COVID-19 salgın yönetiminin dinamikleri ile sağlık çalışanlarının bakış açısından filyasyon çalışmalarında başarıya/başarısızlığa neden olan etmenlere ilişkin deneyimler aktarılmıştır. Ancak resmi olarak filyasyon çalışmaları tamamlandıktan sonra kişilerin fikirleri değişmiş olabilir. Çalışmanın çıktılarının, bölgesel ve zamansal değişkenlerden yüksek oranda etkilenmesi önemli bir kısıtlılık olabilir. Ayrıca niteliksel araştırmalar doğası gereği sonuçlarda genelleme yapılamaz. Kurumsal hafızanın sahadaki izdüşümlerinin sağlanması için nitel çıktılar da önem arz etmektedir. Pandemi yönetiminde öne çıkan bilgi işletim sistemlerinin geliştirilmesi, etkili kaynak yönetimi, insan gücünün verimli kullanılması, iş birliklerinin ön hazırlık ile belirlenmesi ve bir sonraki salgına hazırlık aşamalarının hız kesmeden uygulanması, gelecekte filyasyonun daha kararlı şekilde uygulanmasını sağlayabilir. Pandemi yönetiminde aktif görev almış katılımcıların deneyimlerinin irdelenmesi, gelecekteki olası salgınlarla mücadelede filyasyon çalışmalarının geliştirilmesine ve salgınların daha iyi yönetilmesine katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık çalışanları, filyasyon, pandemi yönetimi, ilçe sağlık müdürlüğü, niteliksel araştırma

[S155]
COST-UTILITY ANALYSIS OF PROGRAMMED DEATH LIGAND-1 BASED TREATMENT FOR NON-SMALL CELL LUNG CANCERS

Mert Abay[1], **Melih Kaan Sözmen**[2], **Sedef Akgüngör**[1], **Bülent Kılıç**[3]
[1]*Faculty of Business Administration Department of Economics (English), Dokuz Eylül University, İzmir, Türkiye*
[2]*Faculty of Medicine Internal Medicine Department of Public Health, İzmir Katip Çelebi University, İzmir, Türkiye*
[3]*Faculty of Medicine Internal Medicine Department of Public Health, Dokuz Eylül University, İzmir, Türkiye*

Introduction and Aim: This study aims to conduct the economic evaluation of the PD-L1 (Programmed Death Ligand-1) based cancer treatment that will be developed under TÜBİTAK 1004 target specific pan-cancer therapies (PAN-TER) project for Türkiye. A cost-utility analysis is performed to assess the potential economic and health outcomes of the new treatment when used for treating non-small cell lung cancer (NSCLC). The economic feasibility of the new treatment is evaluated by comparing its cost and utility with existing treatments.

Materials-Methods: Cost-utility analysis is conducted to assess the economic aspects of the new treatment to be developed. The method is based on comparing the costs per unit of health gain (utility) generated by the new and control treatments. The effectiveness of the treatments is calculated using quality-adjusted life year (QALY) measure, which includes factors such as life years gained and quality of life. By comparing the new and control treatments, incremental cost-effectiveness ratio (ICER) is calculated, which represents the cost per additional unit of QALY gained with the new treatment. Then, cost-utility condition of the new treatment is determined by comparing the ICER value to a willingness-to-pay threshold, which represents the maximum value one is willing to pay for an additional unit of QALY gain. Markov model with 3 health states is used to evaluate the economic effectiveness of the new treatment.

Sensitivity analyses are conducted to account for possible changes in the values of key model parameters and assumptions. Firstly, a one-way sensitivity analysis is applied. In this context, base case values of the variables in the model are varied across a certain percentage range (±20%), measuring the potential impact of different parameters and identifying the most influential factors. Secondly, Probabilistic Sensitivity Analysis (PSA) is applied to analyze parameter uncertainty in the model. Distributions are defined for key parameters with uncertainty in the model, allowing for the assessment of the overall impact of uncertainty in the model. The probability of the new treatment being cost-effective for different willingness-to-pay thresholds is determined using the Monte Carlo simulation method. The data used in the analysis are obtained from various sources including the literature, clinical studies, and Turkish Ministry of Health.

Results: Findings reveal that the new treatment is cost-effective provided that its utility is at least 10% higher than the control treatment and its cost is at least 30% lower. In that case the cost of gaining an additional 1 unit of QALY with the new treatment compared to the control treatment (i.e., ICER) is €9281. The ICER value is below €10000, which is the willingness-to-pay threshold determined for Türkiye. According to the one-way sensitivity analysis results, the cost of the new drug and the utility loss due to adverse effects have the most significant impact on ICER values. When these two values decrease by 20%, the ICER value decreases to €6746 and €7067, respectively. PSA results reveal that the 95% confidence interval for the obtained ICER values ranges from €5204 to €18169. The expected cost values are €55015 for the new treatment and €39501 for the control treatment. The expected QALY values are 9.18 for the new treatment and 7.46 for the control treatment. The expected ICER value is €9031, which is below the willingness-to-pay threshold in line with the deterministic model.

Conclusion: The results indicate that for the new treatment to be cost-effective, an attainable performance target could be to increase the utility by 10% while reducing the costs by 30%. Under these conditions, the PD-L1-based new treatment, which is to be developed as a result of the PAN-TER project, can be considered as a cost-effective option for the treatment of NSCLC in Türkiye.

Ethical Approval: Since this study used publicly available data in the literature, no ethics committee application was realised.

Conflict of Interest: There is no conflict of interest in this study.

Financial support: This study supported by TÜBİTAK 1004 Project (target specific pan-cancer therapies PANTER)

Keywords: Anticancer drugs, Cancer immunotherapy, Health Economics

[S156]
KANITA DAYALI KARAR VERME ARACI OLARAK TÜRKİYE'NİN SAĞLIK TEKNOLOJİSİ DEĞERLENDİRME RAPORLARININ İNCELENMESİ

Sabanur Çavdar
İstanbul Medipol Üniversitesi Uluslararası Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul; İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Sistemleri ve Politikaları Araştırma Merkezi (SASPAM), İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç: Sağlık teknolojisi, sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, tanısı, tedavisi, rehabilitasyonu ve/veya uzun süreli bakımı için yapılan her türlü müdahaledir. İlaçlar, biyolojik ürünler, cihazlar, ekipman ve sarf malzemeleri, tıbbi ve cerrahi prosedürler, halk sağlığı programları, destek sistemleri, organizasyonel ve yönetimsel sistemler başlıkları altındaki her türlü uygulama sağlık teknolojisi olarak kabul edilmektedir. Sağlık Teknolojisi Değerlendirme (STD) çalışmalarıyla, bir sağlık teknolojisiyle ilgili tüm bilgiler, sistematik, şeffaf ve çok boyutlu bir şekilde özetlenir. STD raporları etkili sağlık politikalarının oluşturulması için kullanılan araçlardır. Araştırmanın amacı, Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'na bağlı birim ve kurumlar tarafından yayınlanmış olan STD raporlarının incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı bu araştırma Ekim 2023'te yürütülmüştür. Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanmış olan STD raporlarının tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (SHGM) Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme (Ar-Ge ve STD) Dairesi Başkanlığı tarafından hazırlanan 14 rapor ve Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK) Ekonomik Değerlendirmeler Daire Başkanlığı Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Birimi tarafından yayınlanan 3 raporun tamamının değerlendirilmesi planlanmıştır. Ancak, Ar-Ge STD Daire Başkanlığı'nın websitesinde paylaşılmamış olan raporları mail ile talep edilmiş, bunlardan 2 raporun "hizmete özel" olması nedeniyle paylaşılamadığı bilgisi alınmıştır. Sonuçta çalışma 15 raporla tamamlanmıştır. İncelenen STD raporları, konusu, yayın yılı, yayın dili, ortak kurum varlığı, sayfa sayısı, literatür taramasının kapsamı, 'HTA Core model' varlığı, raporda yer alan STD bileşenleri (Sağlık Sorunu ve Teknolojinin Güncel Kullanımı (CUR), Teknolojinin Tanımı ve Teknik Özellikleri (TEC), Güvenlik (SAF), Klinik Etkinlik (EFF), Maliyetler ve Ekonomik Değerlendirme (ECO), Etik Analiz (ETH), Organizasyonel Yönler (ORG), Hasta ve Sosyal Yönler (SOC), Hukuki Yönler (LEG)) açısından değerlendirilmiştir. HTA Core Model® EUnetHTA (European Network for Health Technology. Assessment - Avrupa Sağlık Teknoloji Değerlendirme Ağı) tarafından geliştirilmiştir. Buna göre, CUR, TEC, SAF ve EFF bileşenlerini içeren bir STD analizi yapıldığında "Hızlı Göreceli Etkinlik Değerlendirme" yapılmıştır olur; kısaca "REA". Kapsamlı/Tam STD analizi ise belirtilen 9 bileşenin tamamının değerlendirilmesiyle yapılmaktadır. Bu araştırmada incelenen raporlar, HTA Core model kullanımı ve içerilen bileşenler değerlendirilerek çalışmalar "tam STD", "kısa STD" ve -bu iki tanıma da uymayan- "özet rapor" olarak gruplandırılmıştır. Veriler Microsoft Excel programına girilmiş, tanımlayıcı veriler sayı (n) ve yüzde (%) olarak sunulmuştur. Kamuya açık veriler kullanıldığı için araştırma için herhangi bir etik kurul onayı veya idari izin gerekmemektedir. Çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Bulgular: İncelenen 15 rapor 2013 ile 2023 yılları arasında yayınlanmıştır. Konularına göre değerlendirildiğinde, 5'i bir müdahale/tıbbi uygulama/cerrahi ile ilgiliyken, 3'ü yeni bir tedaviyle, 3'ü ilaç fiyatlarıyla, 1'i tarama testi, 1'i tanı testi, 1'i de tıbbi cihazla, 1'i STD karar verme modeli ile ilgilidir. En güncel rapor bir STD analizi olmayıp 'Çok kriterli karar analizi bazlı STD modeli' geliştirilme çalışmasıdır. İlaç fiyatlarının satışlar, pazar payı, bütçe, vd. etkisinin incelendiği 3 rapor (%20) TİTCK bünyesindeki 'Makro STD' çalışmaları olup bu raporlarda 'HTA Core model' yoktur. Raporların 2'si (%13,3) "özet rapor" niteliğinde olup STD bileşenlerinden SAF, EFF ile ECO başlıklarında özet bilgiler içermektedir. Raporların 5'ü (%33,3) "kısa STD" raporu, 4'ü (%26,7) ise "tam STD" raporudur. Kısa STD raporlarının 2'si EUnetHTA işbirliğiyle bölgesel olarak yayınlanmış İngilizce raporlardır. Diğer tüm raporlar Türkçe yayınlanmıştır.

Sonuç: Sağlık Bakanlığı bünyesinde ilgili birimler bünyesinde geçtiğimiz 10 yıl içerisinde farklı konularda STD raporları üretilmiştir. Bu araştırmada tam metnine ulaşılabilen 15 rapordan sadece 4'ü ülke düzeyinde

kapsamlı ve çok yönlü değerlendirmenin yapıldığı tam STD raporudur. TİTCK bünyesinde yayınlanan makro STD raporları spesifik bir konuda karar verme aracı olmak yerine karar vericiler için daha geniş perspektiften kanıt oluşturmaktadır. Karar verme aracı olarak sağlık teknoloji değerlendirmelerinin daha geniş konularda daha kapsamlı olarak yapılması ülkemizde kanıta dayalı kararları destekleyecektir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık teknolojisi değerlendirme, HTA Core Model, kanıta dayalı karar verme

[S157]
TÜRKİYE'DE TOPLUM RUH SAĞLIĞI POLİTİKALARI

Pınar Artukoğlu Kayacan, Bülent Kılıç
Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç

Günümüz toplumlarında giderek artan şiddet, kronik stres ve benzeri nedenler toplum ruh sağlığı hizmetlerini gündemin ilk sırasına almamızı gerektirmektedir. Toplum temelli ruh sağlığı hizmeti bu hizmetlerin toplumun içinde, sosyal boyutu ön plana alarak, sadece başvuranlara değil kuruma başvurmayanlara da yönelik olarak ve koruyucu sağlık hizmetlerini ön plana alarak sunmak demektir (1). Bu aşamada özellikle sosyalleşme, ailenin rolü ve alevlenme döneminden önce ortaya çıkan bulguların takibi ve erken müdahalenin rolü büyüktür(2). Özellikle Avrupa ülkelerinde toplum temelli birinci basamak ruh sağlığı hizmetleri giderek yaygınlaşırken Türkiye'de ağırlıklı olarak hastane tabanlı ruh sağlığı hizmetleri sunulmaktadır. Ayrıca ülkemizde kapsayıcı bir "Ruh Sağlığı Yasası"nın bulunmaması, ruh sağlığı hizmetlerinin toplum temelli olmaması, entegrasyon sorunları, finansman yetersizliği, birinci basamak ruh sağlığı alanında insan gücünün yetersizlikleri gibi sorunlar mevcuttur (3). Bu sorunları ülkemizde ruh sağlığı alanında görülen zorluklar olarak tanımlayabiliriz.

Öte yandan toplum ruh sağlığı Türkiye'de geçmişten günümüze sağlığın diğer alanlarına kıyasla üzerinde geç konuşulmaya başlanmış ve sağlığın önemli ve değerli bir bileşeni olarak geç kabul görmüş bir alandır (4). Bunun en önemli sebeplerinden biri olarak, çoğu sağlık alanının aksine ruh sağlığının ölçülebilir yani niceliksel yönünün görece ölçümünün ve izlenmesinin zor olması söylenebilir. Sağlığın tanımında olan sosyal ve psikolojik komponentler uzun bir süre fiziki-biyolojik alanla aynı derecede önemli görülmemiş ve fiziki sağlık bağımsız bir öğe gibi ele alınmıştır.

Dünyada toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçiş 1961 yılında İtalya'daki ruh sağlığı hizmetleri alanındaki reformlarla başlamış ardından İngiltere, Almanya, Fransa gibi ülkelere yayılmıştır (5). ***İtalya'da*** 1978 yılında kabul edilen 180 numaralı yasa ile birlikte ruh sağlığı hastalarının akıl hastanelerine kabulleri sınırlanmış, depo hastaneler kademeli olarak kapatılmış ve toplum temelli ruh sağlığı hizmeti sunacak olan merkezlerin planlaması yapılarak, hastaneye yatışlar azaltılmıştır (5). Öte yandan ülkemizde de son 15 yıl içinde bu alanda bazı önemli gelişmeler ortaya çıkmaya başlamıştır. Türkiye'de birinci basamak ruh sağlığı kurumları olarak Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) 2008 yılından itibaren açılmaya başlamış ve günümüzde halen 177 adet TRSM hizmet vermektedir. TRSM'ler hastaların ve ailelerinin bilgilendirildiği, eğitimlerin verildiği, ayakta tedavilerin yapıldığı, iş ve uğraşı terapisi, bireysel ve grup terapilerinin yapıldığı, toplum içinde yaşama, mobilize ekiplerle hastaların yaşadıkları yerde takip edilmesi gibi hedeflerle yola çıkmış ancak ne yazıkki bu hedeflerin çoğu gerçekleştirilememiştir. Sağlık Bakanlığının Ulusal Ruh Sağlığı eylem planında sistemin birinci basamağa entegrasyonu dile getirilmiş ancak TRSM'ler hastanelerin birer "polikliniği" gibi hizmet veren yerler halini almıştır (3). Ayrıca TRSM'de hastanede çalışan psikiyatristlere göre azalan poliklinik sayısı hekimlerde performans kaygısı oluşturmakta ve hekimler TRSM'de görev yapmayı daha az tercih etmektedir (6).

Sağlık harcamaları açısından bakıldığında İngiltere'de toplam sağlık harcamaları Gayri Safi Yurtiçi Hasıla'nın (GSYİH) %9.6'sını oluşturmakta ve ruh sağlığı hizmetlerine bu oran içinde ayrılan pay %13 civarında gerçekleşmektedir (5). Türkiye'de ise toplam sağlık harcamasının GSY***İ***H'ye oranı 2021 yıl***ı verilerine*** %4.9 olup, bu oranın içinde ruh sağlığına ayrılan pay bilinmemekte ancak çok düşük olduğu tahmin edilmektedir (7). Ruh sağlığı hizmetleri cepten harcamaların en yoğun olduğu sağlık hizmetlerindendir. ***İşlek ve ark.*** Tarafından yap***ılan*** bir çalışmada Türkiye'de ruh sağlığı polikliniklerine başvuran hastalarda başvuru başına cepten yapılan harcama miktarı SGK'lı olmayan hastalarda ortalama 46 USD olarak saptamıştır (8). Ülkeler sağlık bütçelerinin ortalama sadece %2›sini ruh sağlığına harcamaktadır. Dünya'da sağlıkta yapılan bilimsel araştırmaların ise yalnızca % 4.6'sı ruh sağlığı alanında yapılmaktadır (9). Oysa ki ruh sağlığı bozukluğu olan kişiler, daha yüksek bir hastalık yüküne sahiptir. Ayrıca intihar, dünya çapında gençler arasında görülen ikinci en yaygın ölüm

nedenidir (10). Ruh sağlığı alanında tedavi ihtiyacı ile tedavinin sağlanması arasındaki uçurum tüm dünyada büyüktür. Düşük ve orta gelirli ülkelerde şiddetli ruhsal bozukluğu olan kişilerin %76-%85'i hastalıkları için tedavi görmemektedir; yüksek gelirli ülkeler için buna karşılık gelen oranlar %35 ile %50 arasındadır (10). Benzer şekilde, yüksek gelirli ülkelerde, düşük gelirli ülkelerden çok daha yüksek oranda ruh sağlığına ilişkin bir politika, plan ve mevzuat bulunmaktadır. Bu bağlamda düşük gelirli ülkelerde yaşayan insanların yalnızca %36›sı ruh sağlığı mevzuatı kapsamındadır, bu oran yüksek gelirli ülkelerde ise %92›dir (10). Bu nedenle Türkiye'de ruh sağlığı için daha etkili, hesap verebilir ve kapsamlı politikalara ihtiyaç vardır.

Ruh sağlığı bozuklukları toplumların kalkınmasını engeller ve özellikle dezavantajlı bir grup olan yoksulların bu durumunu ağırlaştırır (11). Ruh sağlığı politikaları geliştirmek ülkenin hem ekonomisine hem de sağlık göstergelerine olumlu etkiler sağlar. Devlet politikası belgelerine ruh sağlığının dahil edilmesi bu sorunun bir halk sağlığı sorunu olması, ekonomik ve toplumsal bir yük taşıması, ruh sağlığının genel sağlığın bir parçası olması ve yaşam kalitesini doğrudan etkilemesi açısından önem taşımaktadır (12). Halkın ruh sağlığını geliştirmek zamana, kaynaklara ve sahada hizmet vermek için çalışanlarla güçlü ortaklıklara yatırım yapılmasına ihtiyaç duymaktadır (13). Geliştirilen politikalar toplumun ruh sağlığına olan algısını, hizmetlere erişimi, bireylerin ve ailelerin hastalığı yönetme şeklini, damgalama ve ayrımcılığı etkilemektedir (14).

Türkiye'de hastalık yükü nedenlerinin temel hastalık gruplarına ***göre dağılımında*** kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada psikiyatrik hastalıklar gelmektedir (5). Bu durum toplum ruh sağlığının güçlendirilmesinin önemini göstermektedir. Ülke yöneticileri bir sorunla doğrusal ya da doğrudan bir neden sonuç ilişkisi ile başa çıkmak isterler ancak toplum ruh sağlığı doğrusal olmaktan çok karmaşık ağlara sahip bir ulaşım sistemi gibidir. Bu sebeple geliştirilecek olan politikadaki amaçlar doğrudan tek tek müdahaleler yerine aynı anda ve birlikte gerçekleşmelidir. Literatürdeki ruh sağlığı politika amaçları şu şekilde sıralanabilir: Ruhsal bozukluğun görülme sıklığını ve yaygınlığını azaltmak, ruh sağlığını geliştirmek, damgalamayı azaltmak, hizmetlerin geliştirilmesini sağlamak, rehabilitasyonu sağlamak, ruh sağlığı sorunu olan kişilerin insan haklarını ve onurunu korumak, geliştirmek ve ruh sağlığına bağlı ölüm hızını azaltmak (14). Ayrıca tüm bunlara ek olarak damgalama ve ayrımcılığa yönelik çalışmalar yapılmalı ve ruh sağlığını etkileyen diğer konulardaki politikalar gözden geçirilmelidir (15). Ulusal mevzuat konusunda ise 2011 yılında Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı yayınlanmış ve bu eylem planını 2021-2023 dönemi olarak ikinci bir Eylem Planı takip etmiştir. Ancak her iki eylem planının da henüz hedeflerine ulaşamadığı görülmektedir. Bunun nedenlerinin saptanması, ülkemizdeki bundan sonra yapılacak ruh sağlığı eylem planlarını ve politikalarını belirlemek açısından da büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle bu çalışmanın amacı Türkiye'de 2000 yılı sonrasında uygulanan ruh sağlığı politikalarının analiz edilmesi olarak belirlenmiştir.

Yöntem

Bu çalışmada öncelikle 2000-2023 yılları arasında uygulanan politika dökümanlarının bir analizi yapılmıştır. Doküman analizi, araştırma konusuyla ilgili yazılı/görsel materyallerin çözümlenmesi anlamına gelmektedir. Bu araştırmada; doküman analizi aşamasında PubMed ve Google Akademik'te "toplum ruh sağlığı", "ruh sağlığı hizmetleri", "ruh sağlığı politikası" anahtar sözcükleriyle (Türkçe-İngilizce) yapılmış ayrıca T.C. Sağlık Bakanlığı ve benzeri kurumların web sayfalarında toplum ruh sağlığı politikaları ile ilgili mevzuat, rapor, eylem planı ve benzeri sağlık politikası dokümanları taranmıştır.

Çalışmada toplum ruh sağlığı politikalarının analizi için Gill Walt'ın gelişmekte olan ülkeler için kullanılan politika analizi yöntemi (16,17) kullanılmıştı***r. Walt'a göre birçok sağlık politikası içeriğ***e odaklanmakta, aktörleri ve bağlamı yeterince dikkate almamaktadır. Walt'ın önerdiği analiz modelindeki başlıklar özetle şu anlamlara gelmektedir:

İçerik (Content): Politik hedefler, stratejiler, eylem planları, bilimsel kanıtlar gibi konu ile ilgili yazılı dokümanlar, strateji belgeleri, araştırmalar, yayınlar.

Aktörler (Actors): Politikanın oluşturulması ve uygulanmasında rolü olan ulusal-uluslararası kurumlar, bireyler ya da gruplar.

Bağlam (Context): Politikanın uygulandığı ülkedeki siyasi, ekonomik, sosyokültürel ve demografik koşullar. Politikanın ve uygulamaların kurgulanma biçimi, konu ile ilgili planlamalar ve uygulama önerilerinin teorik durumu.

Süreç (Process): Hizmetlerle ilgili y***ürütülmekte olan süreç ve*** uygulamalar.

Bulgular

Çalışmanın bulguları Walt'un politika analizi yöntemine uygun olarak Türkiye'de toplum ruh sağlığı politikalarının içeriği, aktörler, bağlam ve uygulama başlıkları altında sunulacaktır.

1. Türkiye'de toplum ruh sağlığı politikalarının içeriği

Bu alanda mevcut 2000 yılı sonrası ilk ***önemli düzenleme 2006 yılında*** yayınlanan Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası dokümanıdır (18). Bu politikanın temel hedefi hastane hizmetlerinin ve toplum ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak kuruluşlarla entegrasyonunu sağlamaktır. Ayrıca toplumda sıkça görülen ruh sağlığı sorunlarına yönelik taramalar yapılması, kurumlar arası iş birliği, ulaşılabilirlik, kanıta dayalı olarak hizmet sunumu gibi temel amaçlar da belirlenmiştir. Politika metnindeki diğer amaçlar ise damgalama ve ayrımcılığın azaltılması ve önlenmesi, toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerini geliştirmek ve sağlık hizmetlerini sosyal hizmetlerle bir araya getirmektir (18). Türkiye'de sağlık hizmetleri aşırı merkeziyetçi bir organizasyona sahiptir. Bu durumun bir sonucu olarak koordinasyon eksikliği, yetki kargaşası gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır. Yönetim ayrı bir disiplindir ve sağlık bakanlığı organizasyon yapısı bu disiplinden hareketle işlememektedir. Bu politika metni bu soruna yönelik aşağıdaki ***öneriler***i sunmuştur (18).

1. Ruh sağlığının organizasyonunda, ulaşılabilirliği ve koordinasyonu arttırarak, insan hakları ve hakkaniyet temelli bir hizmet sunumu sağlamak.

2. Tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinde, birinci basamağı güçlendirerek, insan odaklı bir yaklaşım benimsemek, madde kullanım bozukluklarıyla mücadele etmek, mesleki rehabilitasyonu ve ruh sağlığı bozuk bireylerin istihdamını arttırmak.

3. ***Çocuk ve ergen ruh sağlığı politikasında, yüksek riskli grupları belirleyerek önlem alma***k, bu yaş grubuna verilen hizmetin kalitesini arttırmak, farkındalığı yükselterek çocuk ve ergenlerin ruh sağlığına yönelik savunma sistemleri oluşturmak.

4. Ruh sağlığı hizmetlerinin finansmanı için kaynakları belirlemek, bütçe planlaması ve gerektiğinde hizmet satın alımı sağlamak.

5. Hizmet sunumunda kaliteyi arttırmak için uygulama standartlarını belirlemek, standartların uygulanmasında yetkilendirme ve kalite standartında ***sürekliliği sağlama***k.

6. Ruh sağlığında yasal düzenlemeler alanında, psikiyatrik hasta hakları yasasının çıkarılmasını sağlama, insanlık dışı tedavi ve bakımları sonlandırmak, ruh sağlığı yasasının oluşturulmasına öncü olmak.

7. Ruh sağlığı alanında savunuculuk için, ayrımcılık ve damgalamanın önlenmesi, insan haklarına saygılı olunması, sivil toplum kuruluşlarıyla iş birlikli çalışmalar yapılması, politikacıların ve diğer karar vericilerin bilinçlendirilmesi ve toplumun ruh sağlığı alanında bilinç düzeyinin arttırılması için çalışmalar yapmak.

8. Araştırmalar yapılması, insan gücü alanında, yeterli ve nitelikli meslek elemanlarının yetiştirilmesi, insan gücünün planlanması, istihdamın arttır***ılması*** ve veri akışının iyileşmesi adına etkin ve özgün araştırmalar yapılmasını sağlamak(18).

Ruh sağlığı politikaları hakkında ikinci önemli belge Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge olarak ilk önce 2011 yılında yayınlanmış ardından 2014 yılında güncellenmiştir. ***Yönergeye göre m***erkezdeki personel en az "1 ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı, 1 sosyal çalışmacı, 1 psikolog, 2 hemşire, l sağlık memuru, 1 tıbbi

sekreter, 1 idari ve teknik personel, ihtiyaç duyulan temizlik elemanı, güvenlik görevlisi ve iş uğraş terapisti" olmak üzere yeteri kadar personel ilgili mevzuata uygun olarak hastane yöneticisi tarafından görevlendirilir. Ayrıca bu merkezler, hizmet verdiği bölgede ikamet eden ağır ruhsal bozukluğu olan hastaları tespit ederek kendi veri tabanlarını oluşturmak üzere görevlendirilmiştir. Merkezin çalışma esasları, hasta hakları, hizmetin sonlandırılması ve eğitimler üzerinde ayrıca durulmuş, ekip anlayışı, hasta takibi hakkında bilgi verilmiştir. Yönergenin son bölüm***ü-*** ise merkezlerin denetimi, diğer kurumlarla iş birliğine yönelik bilgi sunmaktadır (14).

Bu alandaki diğer en önemli dokümanlar Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planlarıdır (2011-2019 ve 2021-2023). Her iki eylem planında da en temel amaç toplum temelli ruh sağlığı hizmet modelini uygulanabilir hale getirmektir (19,20). Eylem planlarında hizmet sunumunu güçlendirmek, koruyucu ve birinci basamak ruh sağlığı hizmetlerini iyileştirmek, hastanelerdeki hizmetleri ve yataklı tedavi hizmetleri geliştirmek, uzun süreli bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin iyileştirmek, yüksek güvenlikli adli psikiyatri birimlerini geliştirilmek ve yeni planlamalarla mevcut ruh sağlığı programlarını iyileştirmek hedefleri mevcuttur (20).

İlk eylem plan***ın***da her 200-500 bin ***nüfus***a bir TRSM planlaırken, son eylem planında 250 bin ***nüfusa 1 TRSM açılması planlanmış***tır (19,20). Eylem planlarında TRSM'ye gelen ağır ruhsal rahatsızlığı olan kişilerin bilgilendirilmesi, ayaktan tedavilerinin gerçekleştirilmesi, iş-uğraş terapileri ile hastanın toplum içinde tedavisi amaçlanmıştır (20).

Ulusal ruh sağlığı eylem planına göre amaç ve hedefler şöyle sıralanmaktadır (20) :

- Ruh Sağlığının Geliştirilmesine Yönelik Hizmetlerin Güçlendirilmesi

  Örn: İntiharı önleyici, şiddeti önleyici, yaşlı ruh sağlığına yönelik programlar … gibi.

- Koruyucu ve Birinci Basamak Ruh Sa*ğlığı* Hizmetlerinin Güçlendirilmesi

  Örn: Birinci basamakta ruh sağlığını geliştirme programları ve bu alanda çalışan kişi sayısını arttırma… gibi.

- Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Güçlendirilmesi

  Örn : TRSM sayısını arttırma, toplum temelli ruh sağlığı alanında hizmet sunumunda iş gücünü arttırma… gibi.

- Hastaneler İçinde Verilen Hizmetler ve Yataklı Tedavi Hizmetlerinin Geliştirilmesi

  Örn: Genel hastanelerdeki psikiyatri yatak sayısını artırma tekrar yatışları azaltma… gibi.

- Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Hizmetlerinin Geliştirilmesi

  Örn: Evde bakım hizmetlerini yaygınlaştırma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinde işgücü kapasitesinin geliştirme …gibi.

- Adli Psikiyatri ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Birimlerinin Geliştirilmesi

  Örn: Planlamadaki YGAP birimlerinin açılması, sağlık personeli için eğitim

modülleri oluşturma… gibi.

Ancak bu eylem planlar***ı uygulanırken*** belirlenen amaçlara uyulmamış, hizmetler geçen toplum temelli olmaktan uzak olmuştur. Meslek örgütlerinin ve alanda söz sahibi kişilerin önerileri yeterince dikkate alınmamıştır. Gereken finansal, donanımsal ve insan gücü desteğini alamayan merkezler yeterince işlememektedir.

Türkiye'de ruhsal bozukluklara dair veri akışında çeşitli sorunlar mevcuttur. Verilerin tam ve doğru kayıtlarının yapılamaması, başvuruların yetersiz olması ve verilerin uygun işlenememesi sorunları mevcuttur. Türki-

ye'de tüm ülkeyi temsil eden, psikiyatrik tanı ölçeği kullanılarak veri toplanan ilk çalışma Sağlık Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi'nin iş birliği ile yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasıdır. Bu araştırma ancak 1995 sonrasında yapılabilmiştir. Bu araştırma ile ayrıca ilk kez hizmete başvuruya yönelik de bilgiye ulaşılabilmiştir (ruhsal sorunu olan 7 kişiden 1'i hizmete başvurmaktadır) (21). Bu çalışmanın ardından henüz tamamlanmış bir toplum genelini kapsayan ruh sağlığı profili çalışması bulunmamaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından 2019 yılında duyurulan ikinci bir ruh sağlığı profili çalışması olduğu bilinse de bu konuda henüz tamamlanmış bir çalışma yoktur ve eldeki veriler günümüz toplum ruh sağlığı durumunu ifade etmek için oldukça eski kalmaktadır. Nüfusun artması ve Türkiye'ye yakın bölgelerdeki savaşlar ve buna bağlı göçler ayrıca göçlere bağlı olarak nüfus yapısındaki değişiklikler toplumun genel profilini etkilemiştir.

Türkiye'de Yüksek Öğretim Kurulu başkanlığı Tez Merkezi web sitesi incelendiğinde toplum ruh sağlığı üzerine yapılan çalışmaların daha çok insidans ve prevelans üzerine odaklandığı görülmektedir. Önleyicilik ve koruyuculuk üzerine odaklanılmamakta ve yapılan çalışmalarda çoğunlukla bireyler üzerinden incelemeler yapılmaktadır (22). 2010-2022 yılları arasında bu alanda yapılan 48 tez çalışmasından sadece bir tanesi toplum ruh sağlığı politikalarını farklı bir bağlamda incelemiştir (22).

2. Türkiye'de toplum ruh sağlığı alanındaki aktörler

Türkiye'de bu alandaki en önemli aktörler ve beklenen rolleri aşağıda özetlenmiştir:

- Birinci basamakta uygulanabilecek kanıta dayalı psikososyal müdahale programlarının geliştirilmesi/yaygınlaştırılması: Milli Eğitim Bakanlığı (MEB), Sağlık Bakanlığı (SB), Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (ASHB)
- Yüksek riskli gruplara yönelik koruma ve erken müdahaleye yönelik çalışmaların yürütülmesi, Aile Sağlığı Merkezlerinin bulunduğu bölgelerdeki okullarda görev yapan rehber öğretmenler ile aile hekimleri arasında çocuk ve ergen gruplarına yönelik çalışmalarda iş birliği çalışmaları: SB
- TRSM'ler ile ilgili tüm iş ve işlemler: SB
- Hastaneler ve yataklı ruh sağlığı hizmetleri: SB
- Evde bakım, bakım ve rehabilitasyon hizmetleri: ASHB
- Adli Psikiyatri ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Birimleri: SB (20)

3. Türkiye'de toplum ruh sağlığı politikalarının bağlamı

Türkiye'nin Toplam Doğurganlık Hızı son yıllarda 2.3 civarındadır. Öte yandan TNSA çalışması Suriyeli sığınmacı kadınlarda bu hızın 5.3 olduğunu göstermektedir (23,24). Bu nedenle önümüzdeki yıllarda Türkiye'nin demografik yapısı ve ruh sağlığı gereksinimleri değişecektir. Nüfusun artması ve Türkiye'ye yakın bölgelerdeki savaşlar ve buna bağlı göçler ayrıca göçlere bağlı olarak nüfus yapısındaki değişiklikler toplumun ruh sağlığı hizmetlerine olan ihtiyaçlarını etkilemektedir.

Ruh sağlığı hizmetleri açısından, Türkiye'nin insan gücünün, pskiyatri yatak sayısının, Avrupa bölgesinin çok altında olduğu bilinmektedir (20). Birinci basamak sağlık hizmetleriyle entegrasyonu sağlanamamış olan ruh sağlığı hizmetleri, 2. ve 3. basamakta da ihtiyacın tamamını karşılayabilir düzeyde değildir.

TÜİK verilerine göre Türkiye'de Kaba İntihar Hızı yüz binde 3.9'dur (20). İntihar bireysel bir olgu gibi görülse de aslında toplumsal bir olgudur. Bireylerin ihtiyacı olan hizmete ulaşamaması, toplumda yeterli desteği görmemesi, yoksulluk, işsizlik gibi birçok değişkenle yakından bağlantılıdır. Yine benzer şekilde aile içi şiddet ve yaşlılarda ruh sağlığı gibi alanlarda özel hizmet sunumuna ihtiyaç vardır.

4. Türkiye'de toplum ruh sağlığı politikalarının s*üreci*

Uygulamada karşılaşılan temel sorunlar personel yetersizliği, bütçe yetersizliği, hem kurumlar arası hem de

kurum içi koordinasyonun sağlanamaması ve damgalama olarak göze çarpmaktadır. Bu konuda daha önce yapılmış çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (6, 20). 2023 yılında gelindiğinde yapılan eylem planlarındaki amaç ve hedeflerin ne kadarının gerçekleştirilebildiğine yönelik sağlıklı bir bilgi ise mevcut değildir.

2011'deki ruh sağlığı eylem planında önerildiği gibi ruh sağlığı alanında eğitim veren kurumların sayısı ve bu alanda eğitimli kişi sayısı 2011'den günümüze kadar artmıştır. Örneğin ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı sayısı yüz bin kişiye 2.20'den 3.43'e, çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı sayısı yüz bin kişiye 1.50'den 1.63'e, psikolog sayısı benzer *şekilde* 1.85'den 5.04'e ve sosyal çalışmacı sayısı yüz bin kişiye 0.92'den 2.64'e çıkmıştır (20). Ancak *özellikle doktor dışındaki çalışanların tam olarak* istihdamı ve toplum temelli ruh sağlığı alanında çalışma oranlarında yeterli bir artış gözlemlenememektedir.

Var olan uygulamadaki bir diğer problem ise TRSM'lerde personel sayısının yetersizliği ve sık gerçekleşen yer değişiklikleridir. Bu kurumlarda personel sayısının artırılması ve eğitim almış personelin yer değişikliğinin minimuma indirilmesi, TRSM'de çalışmanın cazip ve istenir hale getirilmesi, bu kurumlardaki iş yükünün dengelenmesi gereklidir. TRSM'ler şu anda yalnızca ağır psikotik bozuklukluklara (bipolar ve şizofreni) hizmet vermektedir bu hizmet şekli toplum temelli olmaktan uzak olup, bu kurumları hastanelerin bir kliniği olmaktan öteye taşımamaktadır (25)

Sayıları hızla artan şehir hastanelerinin ruh sağlığı birimlerinin, TRSM'ler ile çalışma bağlantıları net değildir. Daha da önemlisi bu hastanelerle, toplum temelli ruh sağlığı hizmet sunumundan uzaklaşılmaktadır.

Türkiye'nin ilk Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri (YGAP) Birimi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2018 itibariyle açılmıştır. Ardından Kayseri, Elazığ Fethi Sekin, Eskişehir ve Bursa Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde YGAP birimleri hizmete girmiştir. Bu birimlerin *açılması ile* Adana ve Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesindeki adli servisler kapatılmıştır (20).

Ayrıca Türkiye'de ruhsal bozuklukların toplumdaki genel seyri ile ilgili sağlıklı bir veri akışının bulunmayışı da bu konuda izlenecek politikaları belirlemede ve uygulamada sorun yaratmaktadır.

Sonuç ve Öneriler

Toplum ruh sağlığının güçlendirilmesi temel olarak sosyo-politiktir: işsizliğin ve yoksulluğun azaltılması, okulların ve barınma olanaklarının iyileştirilmesi, damgalamanın ve ayrımcılığının azaltılması gibi girişimleri içermelidir. Anahtar aktörler politikacılar, sağlık çalışanları, eğitimciler ve sivil toplum kuruluşlarıdır. Halk sağlığı ve ruh sağlığı uzmanları bu ***önemli*** değişkenlerin önemine dair kanıtları politika geliştiricilere hatırlatmalı ve hastalığın önlenmesinde, temel sağlık hizmetleri ve diğer sağlık alanlarında programların tasarlanmasında, uygulanmasında ve sağlık politikalarının geliştirilmesinde rol oynaması gerektiği göz ardı edilmemelidir (26).

Özellikle toplum ruh sağlığı alanında çalışan insan gücünün nicelik ve niteliğinin artırılması gerekmektedir. Bunun için öncelikle hizmet içi eğitimlere ağırlık verilmeli, vaka yönetimi ve ekip çalışması güçlendirilmeli, ayrıca TRSM'lerde çalışma koşulları da özendirilmelidir. Başhekimliğe bağlı bir TRSM yapılanması toplum temelli hizmet yaklaşımıyla uyuşmamaktadır. Bu merkezlerin yeniden örgütlenmeye ihtiyacı vardır (25). Bu örgütlenme, gerek yönetim gerekse de merkezlerin konumlandırılışı açısından gerçekleştirilmelidir. Mahalle/semt temelli bir yapılanma toplum temelli bir hizmet sunumu için hem önemli hem de gereklidir. Ayrıca hastalar toplum içinde var olabilen bireyler olmaları için sosyal açıdan desteklenmeli ve koruyucu ruh sağlığı hizmetlerine ağırlık verilmelidir. Hastane ağırlıklı hizmetler toplum temelli hizmetlere dönüşmelidir (2). Bu alanda yapılan çalışmalar toplum temelli birinci basamak ruh sağlığı hizmetlerinin hastaların yaşam kalitesini ve sosyal işlevselliğini artırdığı; yeti yitimini ise önemli oranda azalttığı görülmektedir. TRSM'den hizmet alan hastalar da hastalıklarının alevlenmesinin azaldığını, hastane yatışlarının azaldığını, tıbbi tedavi maliyetlerinin düştüğünü belirtmektedir (6). Mevzuat konusunda Ruh Sağlığı kanunu hızla çıkartılmalı, varolan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planlarının hedeflerine ulaşması için özel bir çalışma yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Koruyucu Ruh Sağlığı, Politika Analizi, Doküman Analizi

Etik Onay

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 07.06.2023 tarih ve 2023/19-27 sayılı karar ile etik kurul onayı alınmıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışmada herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Finansal Destek

Bu çalışmada herhangi bir kurumdan finansal destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. *Kılıç B. Birinci Basamak Ruh Sağlığı Hizmetleri: Fırsatlar / Zorluklar, LVIII. Ulusal Psikiyatri Kongresi (Panel), 19-23 Ekim 2022, İzmir*
2. *Alataş G, Karaoğlan A, Arslan M, Yanık M . Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli ve Türkiye'de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Projesi. Nöropsikiyatri Arşivi 2009; Özel Sayı, 46:25-29*
3. *Soygür H. Türkiye'de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri: Quo Vadis? Arch Neuropsychiatr, 2016; 53:1-3*
4. *Nişancı, A. Ruh Sağlığı Alanında İyileşme Yaklaşımı Ve Psikiyatrik Sosyal Hizmet. Toplum Ve Sosyal Hizmet 2019; 30(1): 231-259*
5. *Songur C, Saylavcı E, Kıran Ş. Avrupa'da Ve Türkiye'de Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi, Social Sciences Studies Journal (SSSJournal) 2017; 3(7): 276-289*
6. *Artukoğlu P, Kılıç B. Türkiye'de Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Durumu:Kalitatif Bir Çalışma. XXI. Ulusal - III. Uluslararası Halk Sağlığı Kongresi, 26-30 Kasım 2019, Antalya, Kongre Kitabı, Sözlü Bildiri, s:799-806*
7. *Türkiye İstatistik Kurumu. Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2021; https://data.tuik.gov.tr Erişim Tarihi: 10.09.2023*
8. *İşlek D, Kılıç B, Akdede BB. Out-of-Pocket Health Expenditures in patients with bipolar disorder, anxiety, schizophrenia and other psychotic disorders: Findings from a study in a Psychiatry Outpatient Clinic in Turkey. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2018; 53:151-60*
9. *World Health Organization. World Mental Health Report: Transforming Mental Health For All. Geneva: World Health Organization; 2022*
10. *World Health Organization. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030. Geneva: World Health Organization; 2021*
11. *Jenkins R. Supporting Governments To Adopt Mental Health Policies. The Mental Health Review 2005;10(1): 33-38*
12. *Solin P, Lehto J. Betting On A Different Horse: A Qualitative Analysis Of Mental Health In Health Promotion Policies. Journal Of Mental Health Promotion 2004; 3(3): 8-17*
13. *Annor S, Allen P. Why is it Difficult To Promote Public Mental Health? A Study Of Policy İmplementation At Local Level 2008; 7(4):17-29*
14. *T. C. Sağlık Bakanlığı. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2011. https://www.saglik.gov.tr*
15. *Stansfield J, Cavill N, Marshall L, Robson C, Rutter H. Using Complex Systems Mapping To Builda Strategic Public Health Response To Mental Health In England. Journal Of Public Mental Health 2021;20(4): 286-297*
16. *Walt G, Gilson L. Reforming The Health Sector in Developing Countries: The Central Role Of Policy Analysis. Health Policy Plan. 1994;9(4):353–70*
17. *Kılıç B, Kalaça S, Ünal B, Phillimore P, Zaman S. Health Policy Analysis For Prevention And Control Of Cardiovascular Diseases And Diabetes Mellitus İn Turkey. Int J Public Health. 2015 Jan; 60(S1):47–53*
18. *T. C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2006. https://www.saglik.gov.tr*
19. *T.C. Sağlık Bakanlığı. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011-2019. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı; 2011. https://www.saglik.gov.tr*
20. *T.C. Sağlık Bakanlığı. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2021-2023. Ankara: T. C. Sağlık Bakanlığı; 2021. https://www.saglik.gov.tr*
21. *Kılıç C. Türkiye'de Ruhsal Hastalıkların Yaygınlığı Ve Ruhsal Tedavi İhtiyacı Konusunda Neredeyiz? Toplum Ve Hekim 2020;35(3):179-187*

22. *YÖK. Ulusal Tez Merkezi. https://Tez.Yok.Gov.Tr/Ulusaltezmerkezi/ Erişim Tarihi: 25.12.2022*

23. *Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Ankara.. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü; 2019. Yayın No: NEE-HÜ.19.04*

24. *Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Suriyeli Göçmen Örneklemi, Ankara. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü; 2019. Yayın No: NEE-HÜ.19.03*

25. *Artukoğlu P. Türkiye'de Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Durumu: Kalitatif Bir Çalışma. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, 2019.*

26. *Türkiye Psikiyatri Derneği. Ruh Sağlığını Güçlendirme: Kavramlar, Kanıtlar, Uygulamalar. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği; 2020. ISBN: 978-605-81674-8-3*

[S158]
TÜRKİYE'DE 81 İLDE İL SAĞLIK MÜDÜRÜ VE HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANININ HALK SAĞLIĞI UZMANI OLMA DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Esra Çiçek
Konya İl Sağlık Müdürlüğü, Konya

Giriş ve Amaç: Halk Sağlığı, toplumların sağlığıyla ilgilenen bir tıp dalıdır. Halk Sağlığı uzmanı, toplumun sağlığı ve refahının sürdürülmesinde ve iyileştirilmesinde öncü ve işbirlikçi roller oynamak için toplum sağlığı bilgi ve becerilerini kullanır. Halk Sağlığı uzmanı, disiplinler arası ve sektörler arası ortaklıklar aracılığıyla toplumların sağlık ihtiyaçlarını ölçer ve sağlığın teşviki, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın korunması yoluyla sağlık ve refahın iyileştirilmesine yönelik stratejiler geliştirir. Halk Sağlığı uzmanı, liderlik, kamu politikasının geliştirilmesi ve sağlık programlarının tasarlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi konularında beceriler sergiler ve bunları çok çeşitli toplum sağlığı sorunlarına uygular. Halk Sağlığı tıbbı uzmanları, hastalıkların ve yaralanmaların önlenmesi ve sağlıklı davranışın teşvik edilmesi için sağlık hizmetinin diğer disiplinleri ve alanlarındaki ve farklı sektörlerdeki meslektaşlarıyla birlikte çalışır. Ayrıca sağlık politikasının geliştirilmesi, hizmet ve programların planlanması, uygulanması, izlenmesi ve değerlendirilmesi, bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü, üreme sağlığı ve hastalıkları, çevre sağlığı ve sürdürülebilir kalkınma, iş sağlığı ve sağlık ekonomisi alanlarında da çalışırlar. Araştırma yöntemleri konusunda eğitimlidirler ve halk sağlığı politikası ve klinik müdahale için araştırma bulgularının yorumlanması ve tercüme edilmesi konusunda özel becerilere sahiptirler. Sağlık yönetimi ve davranış bilimleri alanındaki eğitimleri, sağlık hizmetlerine adil erişime yönelik devlet ve sivil toplum hizmetleri kapsamındaki temel halk sağlığı işlevlerine katkıda bulunmalarını sağlar. Türkiye'de 81 ilde İl Sağlık Müdürü ve Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı vardır. Kongreler belli bir konuda bilimsel düzeyin niceliksel ve niteliksel gelişimini, o bilimin ilgi alanlarını yansıtması açısından önemlidir. Bu çalışmada İl Sağlık Müdürünün ve Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanının tanımlayıcı bilgilerinde Halk Sağlığı uzmanı olma durumunun değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu tanımlayıcı çalışmanın evrenini 81 ilin İl Sağlık Müdürleri ve Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanları oluşturmaktadır. Google arama motoruna 15 Ekim 2023 tarihinde "… İl Sağlık Müdürlüğü" yazılarak ulaşılan web sayfalarında "Kurumsal" ya da "Yönetim" butonuna tıklanıp "Başkanlarımız" sekmesinden "Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı" seçilerek Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlarına ve "Müdürümüz" ya da "İl Sağlık Müdürü" seçilerek İl Sağlık Müdürlerine ulaşılmıştır. Çalışmanın değişkenleri; cinsiyet, ünvan ve uzmanlık alanıdır. Çalışmanın verisi standart bir veri toplama formu ile toplanmıştır. Verilerin analizi IBM SPSS 22.0 paket program ile yapılmıştır. Tanımlayıcı bulgular sayı (n) ve yüzde (%) değerler ile sunulmuştur. Çalışma verileri için İl Sağlık Müdürlükleri'nin resmi internet sayfasında bulunan Başkan ve Müdürün tanımlayıcı bilgileri incelenmiştir. Kamuya açık veriler kullanıldığı için etik kurul izni alınmamıştır.

Bulgular: Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı ve İl Sağlık Müdürü ile ilgili olan toplam 81 il çalışma kapsamına alınmıştır. Halk sağlığı hizmetleri başkanının %60,5'i erkek ve %21'i kadındır. Ayrıca il sağlık müdürlüklerinin web sayfalarında "Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı" butonu %17,3'ünde yoktur. Bir tane ilin web sitesinde de buton olduğu halde başkana ait hiçbir veri belirtilmemiştir. Başkanların ünvanlarına göre dağılımı incelendiğinde %56,8'inin Dr., %19,8'inin Uzman Dr., %2,5'inin Doç. Dr., %1,2'sinin Dr. Öğr. Üyesi ve %1,2'sinin de Op. Dr. olduğu görülmüştür. Başkanların uzmanlıklarına göre dağılımı incelendiğinde ise %55,6'sının pratisyen hekim, %3,7'sinin Halk Sağlığı uzmanı, %1,2'sinin aile hekimliği uzmanı, %1,2'sinin enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanı, %1,2'sinin radyoloji uzmanı, %1,2'sinin ise yüksek lisans mezunu yapmış pratisyen hekim olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca web sitelerinde %18,5'inin uzmanlık alanı belirtilmemiştir. İl Sağlık Müdürlerinin %97,5'i ise erkektir. Müdürlerin ünvanlarına göre dağılımı incelendiğinde %44,4'ünün Dr., %32,1'inin Uzman Dr., %7,4'ünün Op. Dr., %6,2'sinin Doç. Dr., %6,2'sinin Prof. Dr. ve %3,7'sinin Dr. Öğr. Üyesi olduğu görülmüştür. Müdürlerin uzmanlıklarına göre dağılımı incelendiğinde ise %32,1'inin pratisyen hekim, %12,3'ünün yüksek lisans mezunu pratisyen hekim, %6,2'sinin çocuk

sağlığı ve hastalıkları uzmanı, %4,9'unun iç hastalıkları uzmanı, %3,7'sinin aile hekimliği uzmanı, %3,7'sinin kardiyoloji uzmanı, %2,5'inin acil tıp uzmanı, %2,5'inin anestezi ve reanimasyon uzmanı, %2,5'inin genel cerrahi uzmanı, %2,5'inin göğüs hastalıkları uzmanı, %2,5'inin üroloji uzmanı, %1,2'sinin beyin cerrahisi uzmanı, %1,2'sinin çocuk cerrahisi uzmanı, %1,2'sinin enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanı, %1,2'sinin fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı, %1,2'sinin kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, %1,2'sinin kalp damar cerrahisi uzmanı, %1,2'sinin kulak burun boğaz uzmanı, %1,2'sinin radyasyon onkolojisi uzmanı ve %1,2'sinin göğüs cerrahisi uzmanı olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca web sitelerinde %13,6'sının uzmanlık alanı ise belirtilmemiştir.

Sonuç: Başkanların yarısından çoğunun erkek olduğu görülmüştür. Ünvanlarının çoğunlukla Dr. ve Uzman Dr. olduğu tespit edilmiştir. Halk Sağlığı uzmanı oranı ise çok düşük bulunmuştur. Halk Sağlığı uzmanlarının özellikle kendi alanlarında yöneticilik yapamadıkları görülmüştür. Ayrıca bazı illerin web sitelerinde "Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı" ibaresi hiç yoktur. Bu illerde Halk Sağlığı hizmetlerinin nasıl yürütüldüğü, izlendiği ve değerlendirildiğinin araştırılması toplum sağlığı açısından önemlidir. Müdürlerin neredeyse tamamının erkek cinsiyette olduğu görülmüştür. Aynı şekilde ünvanların çoğunlukla Dr. ve Uzm. Dr. olduğu tespit edilmiştir. Müdürlerin uzmanlık alanları incelendiğinde ise Halk Sağlığı uzmanı hiç yoktur. Sağlık yönetimi gibi önemli bir görevi olan Halk Sağlığı uzmanının yöneticilik görevinde yer alamamış olması çok düşündürücüdür. Ayrıca bazı illerin web sitelerinde il sağlık müdürünün uzmanlık alanı belirtilmemiştir. Bu illerin web sitelerine müdürlerinin uzmanlık alanını eklenmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı, Halk Sağlığı Uzmanı, İl Sağlık Müdürü

[S159]
BİR TIP FAKÜLTESİNDE SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ VE BULAŞICI HASTALIKLAR İLE İLGİLİ BİLGİ DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Burak Kurt[1], **Meltem Çöl**[2]
[1]*Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Ankara*
[2]*Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara*

Giriş ve Amaç: İklim değişikliği, bulaşıcı hastalıkların mevsimselliğini, dağılımını ve yayılımını etkilemektedir. Daha önce görülmeyen hastalıklar, yeni coğrafyalarda izlenmektedir. Son yıllarda iklim değişikliği farkındalığı artmış olsa da, iklim değişikliğinin bulaşıcı hastalıklar üzerine etkisine ilişkin bilgi açığı devam etmektedir. Araştırmanın amacı, tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin iklim değişikliği ve bulaşıcı hastalıklar konusunda bilgi durumlarını ortaya koymak, ilişkili faktörleri belirlemek, tıp eğitimine konuyla ilgili katkıda bulunmaktır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel nitelikteki araştırmanın evrenini, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi son sınıf öğrencisi 336 kişi oluşturmaktadır. Bu kişilerin 279'una (%83) ulaşılıp Google Forms üzerinde hazırlanan 19 soru ve alt sorulardan oluşan anket formu Temmuz 2023'te uygulanmıştır. Bu formla demografik bilgiler ve eğitim durumları toplanmış, bilgi değerlendirmesinde her doğru soruya 1 puan verilmiş ve alınabilecek toplam puan bulaşıcı hastalıklar bölümünde 17 ve iklim değişikliğinin bulaşıcı hastalıklar üzerine etkileri bölümünde 12 olarak belirlenmiştir. Veri analizinde Microsoft Excel ve IBM SPSS 23 programı kullanılmış, tanımlayıcı veriler sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma olarak ifade edilmiş, gruplar arası karşılaştırmada Mann Whitney U testi kullanılmış, $p<0,05$ düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Araştırma için Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan ve Tıp Fakültesi Dekanlığı'ndan onay alınmış, herhangi bir finansal destek kullanılmamıştır.

Bulgular: Katılımcıların %52,7'si kadın, %45,9'u erkekti. %46,2'si bulaşıcı hastalıklar hakkında, %21,1'i iklim değişikliği hakkında, %14,7'si ise iklim değişikliğinin bulaşıcı hastalıklar üzerindeki etkisi hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünüyordu. %90,7'si iklim değişikliğinin gelecekte daha şiddetli olacağı, %91'i küresel ısınmanın insan sağlığına zarar verdiği, %78,5'u aşırı hava koşullarının bulaşıcı hastalıkların yayılması üzerine etkisi olduğu ifadelerine katılıyordu. %17,9'u iklim değişikliği ile ilgili, %10,4'ü iklim değişikliğinin sağlık etkileri ile ilgili eğitim almıştı. Bulaşıcı hastalıklarla ilgili bilgi sorularının puan ortalaması 12,6±3,2, iklim değişikliğinin bulaşıcı hastalıklar üzerindeki etkileri ile ilgili bilgi sorularının puan ortalaması 7,2±2,3 idi. Eğitim alanların iklim değişikliğinin bulaşıcı hastalıklar üzerindeki etkisi hakkındaki bilgi puanları ($p=0,001$) daha yüksek, bulaşıcı hastalıklar konusundaki genel bilgi puanları ise benzerdi ($p=0,323$). Cinsiyetle bilgi puanları arasında anlamlı fark bulunmuyordu. İklim değişikliğinin bulaşıcı hastalıklar üzerindeki etkisi hakkında en çok bilgi edinilen kaynak sosyal medya (%73,1) idi. Katılımcıların %59,9'u bu konularda eğitim almak istiyor, bunların %69,5'u çevrimiçi, %18'i ise yüzyüze dersleri tercih ediyordu.

Sonuç: Hekim adaylarının büyük çoğunluğu iklim değişikliğinin yol açtığı sorunların önemini algılasa da, bu konuda herhangi bir eğitim almamıştı ve bilgi eksikliği yaşamaktaydı. Ders veya kurs alan küçük kesimin ise bilgi düzeyleri anlamlı derecede yüksekti. Mevcut tıp fakültesi müfredatı gözden geçirilerek iklim değişikliği konuları daha detaylı şekilde ele alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İklim değişikliği, bulaşıcı hastalıklar, tıp öğrencisi, bilgi düzeyi

[S160]
DENİZLİ İLİNDE COVID-19'A YÖNELİK BİLGİ DURUMU VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Nevzat Atalay Çelikyürek[1], **Özgür Sevinç**[2]
[1]*Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Denizli; Pamukkale İlçe Sağlık Müdürlüğü, Denizli*
[2]*Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Denizli*

Giriş ve Amaç: Çin'de 2019 yılının sonunda ortaya çıkan yeni Koranavirüs türü SARS-CoV-2 olarak adlandırılmış ve hastalığının ismine de Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) adı verilmiştir. COVID-19 hastalığının hızlı bir şekilde pandemiye dönüşümü, insanları yeni virüs hakkında bilgi edinmeye, uygulama ve davranışlarını hızlı bir şekilde değiştirmeye zorlamıştır ve bununla birlikte bir infodemi salgını da ortaya çıkmıştır. Salgın yönetiminde, insanların mevcut kontrol önlemlerine bağlılıkları esas olup hastalığa karşı bilgi, tutum ve davranış özellikleri ile yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığının (SOY) da bulunması da bu başarıya büyük ölçüde katkı sağlamaktadır. Araştırmanın amacı bireylerin COVID-19'a yönelik bilgi düzeylerini sorgulamak ve çeşitli faktörlerle ilişkisini incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma kesitsel tipte analitik bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini Denizli merkez ilçelerindeki Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran kişiler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem büyüklüğü hesabı G*Power 3.1 programı ile yapılmıştır. COVID-19'a Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği'nin alacağı değerlerin ortalama ve standart sapma dağılımı düşük etki büyüklüğünde (d=0,3) alınarak; Tip 1 hata düzeyi (α) 0,05; Çalışmanın gücü (1-β) değeri de 0,90 alınarak 470 kişi olarak hesaplanmıştır. Bu sayıya %20 yanıtsızlık oranı eklenerek araştırmaya katılması gereken kişi sayısı en az 564 kişi olarak hesaplanmıştır.

Araştırmanın uygulanması için basit rastgele örneklem yöntemi ile Denizli'nin iki merkez ilçesinde her ilçe için 3'er adet Aile Sağlığı Merkezi seçilmiştir. Araştırma 2022 Ağustos ayında başlamış olup Ocak 2023 tarihinde tamamlanmıştır. Veri toplama işlemi 2022'de Eylül ile Aralık ayları arasında tamamlanmıştır.

Araştırmanın bağımlı değişkeni COVID-19'a yönelik bilgi düzeyidir. Araştırmanın bağımsız değişkenleri; yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim düzeyi, çalışma durumu, sağlık güvencesi, en uzun süre yaşadığı yerleşim yeri, aylık gelir algısı, kronik veya düzenli ilaç kullanmayı gerektiren bir hastalık varlığı, sağlık kuruluşlarına başvuru tercihleri ve sağlık okuryazarlığı düzeyidir.

Araştırmanın verileri yüz yüze anket yöntemi ile toplanmıştır. Anket formunda 20 soru katılanların sosyodemografik ve sosyoekonomik özelliklerini, 2 soru sağlık kuruluşlarına başvurma özelliklerini ve 5 soru da COVID-19 ile ilgili özellikler sorgulanmaktadır. Araştırmaya katılanların COVID-19'a yönelik bilgi özelliklerini sorgulamak amacıyla ise 16 maddelik COVID-19'a Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranış Ölçeği'nin ilk 12 maddelik bilgiye yönelik soruları kullanılmıştır ve sağlık okuryazarlığı düzeyini tespit etmek amacıyla da 32 maddelik TSOY-32 ölçeği kullanılmıştır.

Araştırma için Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onay alınmıştır. Araştırma için Denizli İl Sağlık Müdürlüğü'nden ve Sağlık bakanlığından gerekli izinler alınmıştır. Araştırmanın uygulanacağı Aile Sağlığı Merkezleri'ne ardışık olarak başvuran kişilerde anket uygulama öncesi yapılan ön bilgilendirme sonrası araştırmaya katılmayı kabul edenlere anket uygulanmıştır.

Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca, en küçük ve en büyük değerler ile verilmiş; sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. COVID-19'a yönelik bilgi düzeyine etki eden faktörleri saptamak için çoklu doğrusal regresyon analizi (backward) yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi p<0,05 anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmada 565 kişiye ulaşılmıştır. COVID-19 ile ilgili bilgi sorularına toplam doğru yanıt verilme yüzdesi %74,6; puan ortalaması da 8,95±1,75'tir. COVID-19'a yönelik bilgi puanı en uzun yaşadığı yerleşim birimi kentsel bölge olanlarda (B=0,690 %95 GA=0,322-1,058 p<0,001), birinci derece yakınında herhangi

bir kronik hastalık varlığı bulunanlarda (B=0,420 %95 GA=0,162-0,679 p=0,001), düzenli olarak gazete veya kitap okuyanlarda (B=1,210 %95 GA=0,922-1,498 p<0,001) ve Yeterli ya da Mükemmel SOY'u bulunanlarda (B=0,566 %95 GA=0,290-0,842 p<0,001) yüksek olarak bulunmuştur.

Sonuç: Katılımcıların COVID-19 hastalığına yönelik bilgi düzeyleri orta düzeyde bulunmuş olmasına karşın, önceki araştırmalara kıyasla genel olarak düşük saptanmıştır. Salgın hastalıklar ve pandemilerle mücadele etmek için düşük bilgi seviyesi yönünden dezavantajlı gruplara yönelik araştırmalar ve müdahaleler planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, pandemik, bilgi, sağlık okuryazarlığı

[S161]
KAYSERİ'DE YAŞAYAN 25-64 YAŞ GRUBU ERİŞKİNLERİN FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tuğba Coşkun Aslan[1], Halime Şentürk[1], Neslihan Öner[2], Hasan Durmuş[1], Arda Borlu[1]
[1]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri
[2]Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik, Kayseri

Giriş ve Amaç: Fiziksel aktivite; bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarını iyileştirmede, yaşam kalitesini artırmada, hastalıklardan korunmada, risk faktörlerinin azaltılmasında ve hastalıkların tedavisinde önemli bir rol oynamaktadır. Günümüzde teknolojinin gelişmesi ve imkanların artması sağladığı kolaylıklara rağmen toplumun her yaş grubunda sedanter yaşam tarzına yatkınlık oluşturmaktadır. Bu nedenle çalışmamızda toplumun fiziksel aktivite düzeyini ve bunu etkileyen faktörleri belirlemek amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: 2023 yılının Mart-Nisan ayında Kayseri'de yapılan bu çalışmada örnekleme 25-64 yaş aralığındaki yetişkin bireyler alınmış olup çalışma tanımlayıcı niteliktedir. Literatüre göre yetişkin bireylerde çok aktif fiziksel aktivite düzeyinin yaklaşık olarak %25 olacağını varsayarak; tolerans değerini 0,025, güven düzeyini % 95 alarak örneklem büyüklüğü 1152 kişi olarak hesaplandı. Veri toplama alanları olarak Kayseri merkez ilçelerine bağlı basit rastgele yöntem ile belirlenen 10 aile sağlığı merkezi (asm) seçilmiştir. Kayseri il merkezinde 4 tane merkez ilçe (Melikgazi, Kocasinan, Talas, Hacılar) bulunmakta olup hangi ilçeden kaç kişi alınacağı nüfus ağırlıklarına göre karar verilmiştir. Her ilçeden asmlere herhangi bir sebeple başvuran ve o ilçede ikamet eden 25-64 yaş aralığındaki kişiler üzerinden örnekleme ulaşılmasına karar verilmiştir. Çalışmanın yapıldığı süre içerisinde 10 asmde 2 ay boyunca araştırmaya katılmayı kabul eden herkese anket uygulanmış olup çalışmamız 1517 kişi ile tamamlanmıştır.

Veri toplama aracı olarak erişkinlerin sosyodemografik özelliklerini içeren 17 soru ve Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi kısa formunun birlikte yer aldığı anket formu kullanıldı. Anket formunun uygulanmasından sonra bireylerin ağırlık ve boy ölçümleri boy ölçer ve baskül kullanılarak yöntemine uygun şekilde gerçekleştirilmiştir. Fiziksel Aktivite Anketinin kısa formu yedi sorudan oluşmaktadır. Bütün aktivitelerin değerlendirilmesinde her bir aktivitenin tek seferde en az 10 dakika yapılıyor olması ölçüt alınarak elde edilen bu sürelerden MET-dakika/hafta skoru hesaplanmıştır. Fiziksel aktivite düzeylerinin sınıflandırması aşağıdaki gibi yapılmıştır.

Minimal aktif olanlar; 3 veya daha fazla gün en az 20 dakika şiddetli fiziksel aktivite yapanlar, 5 veya daha fazla gün orta şiddetli fiziksel aktivite veya yürüme süresi günde en az 30 dakika olanlar ile minimum 600 MET-dk/haftayı sağlayan 5 veya daha fazla gün yürüme ve orta şiddetli aktivite gerçekleştirenler.

Çok aktif olanlar; minimum 1500 MET-dk/haftayı sağlayan en az 3 gün şiddetli aktivite yapanlar ve minimum 3000 MET-dk/haftayı sağlayan 7 veya daha fazla gün yürüme, orta şiddetli veya şiddetli fiziksel aktivite toplamı gerçekleştirenler.

İnaktif; Yukarıdaki sınıflamalar dışında kalan bireyler.

Araştırma için Erciyes Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 29.03.2023 tarih ve 2023/219 sayı ile etik izin alınmıştır. İstatiksel analiz IBM SPSS Statistics Versiyon 24.0 programı ile gerçekleştirilmiştir. Fiziksel aktivite sınıflaması yapıldıktan sonra fiziksel aktiviteye etki ettiği düşünülen değişkenler arasındaki ilişki Ki-kare testi ile değerlendirildi. Ki-kare sonucunda anlamlı ($p<0.05$ anlamlı kabul edilecektir.) çıkan değişkenler ileri analize alındı. İleri analizde anlamlı çıkan değişkenler logistik regresyona dahil edilerek eleme yöntemi olarak Backwald: Wald kullanıldı.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 40.57±12.03 olup %51'i kadın, %67'si evli, çocuk sahibi olanların oranı %64.1 olup ortalama çocuk sayısı 2.32±1.01'dir. Kronik hastalık oranı %25.6 ve %35.1 ile en sık hipertansi-

yondur. Sigara içme oranı %30, ekran başında geçirilen süre 190.14±137.86 dk'dır.

İnaktif bireylerin oranı %39.9'dur. Toplam MET puan ortalaması 2288.41±3739.11'dir. Erkekler kadınlara göre anlamlı olarak daha fazla fiziksel aktiviteye sahiptir. 35-44 yaş grubu ile 45-64 yaş grubunun benzer oranda inaktiftir. Medeni durumu eşi ölmüş-boşanmış olanlar (%47.8), kronik hastalığı olanlar (%42.8), çocuk sahibi olanlar (%44), ekonomik durumu orta olanlar (%40.7) ile BKI'leri ≥25 olanların (%41.5) fiziksel olarak daha inaktif oldukları görülmüştür.

Fiziksel aktiviteye etki ettiği belirlenen değişkenlerin çoklu lojistik regresyon analizi sonucunda erkekler 1.91 kat, 25-34 yaş grubunda olanlar 45-64 yaş grubuna göre 1.72 kat, eğitim durumu 12 yıl ve altı olanlar 0.71 kat daha fazla fiziksel olarak aktif oldukları görülmüştür.

Sonuç: Fiziksel inaktivitenin kadınlarda ve ileri yaşlarda daha sık olduğu ve yapılacak müdahalelerde bu grupların önceliklendirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Finansal destek: Araştırmacılar herhangi bir finansal destek almadığını beyan eder.

Çıkar çatışması: Araştırmacılar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan eder.

Anahtar kelimeler: Fiziksel aktivite, egzersiz, inaktivite, beden kitle indeksi

[S162]
MANİSA'DA AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN KADINLARDA FİZİKSEL İNAKTİVİTE SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Kübra Çiçek, İlknur Oruç, Pınar Erbay Dündar, Pınar Angı, Rabia Berçem Yaşa, Seçil Tatlıdil, Rümeysa Buran, Ramazan Ekim, Saffet Güler, Selami Akbulut
Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Manisa

Giriş ve Amaç: Sağlıklı yaşam davranışları içerisinde fiziksel aktivite sıklıkla ihmal edilmekte; bununla birlikte birçok sağlık sorununun hareketsiz yaşamdan kaynaklandığı da bilinmektedir. Hareketsiz yaşam tarzı, sağlık üzerine olumsuz etkileri nedeniyle üzerinde önemle durulması gereken bir halk sağlığı sorunu olarak kabul görmektedir. Bu çalışmanın amacı, Manisa'da seçilen aile sağlığı merkezlerine (ASM) başvuran 18-64 yaş arası kadınlarda fiziksel inaktivite sıklığı ve ilişkili faktörleri belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Bu kesitsel araştırmanın evrenini Manisa'da iki kentsel ve bir yarıkentsel bölgede bulunan 3 Aile Sağlığı Merkezine (ASM) kayıtlı, araştırma periyodunda (25-31.01.2023) ASM'ye başvurması beklenen 18-64 yaş arası kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmanın örnek büyüklüğü Epi İnfo 7 programı ile evreni belli olmayan örneklemden %95 güven düzeyinde, %69 kadınlarda fiziksel inaktivite prevalansı (13) ve %5 hata payı ile 330 kişi olarak hesaplanmıştır. Çalışmanın katılım oranı %92.1'dir (n=304). Çalışmanın bağımlı değişkeni " kadınlarda fizik aktivite yapma durumudur". Bu bağımlı değişkeni ölçmek için "Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ) Kısa Formu" kullanılmıştır. IPAQ kısa formu, bireylerin hafif, orta ve şiddetli aktivitelerde harcadıkları zaman ve oturma süreleri hakkında bilgi vermektedir. Araştırmanın bağımsız değişkenlerini ise katılımcıların sosyodemografik ve yaşam biçimi özellikleri, fizik aktivite ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları, çevresel altyapı ve sosyal destektir. Fizik aktivite ile ilgili bilgi ve tutum değerlendirilirken her ikisi için de katılımcılara beşer soru sorulmuş; doğru cevap/olumlu tutum 1, yanlış cevap/olumsuz tutum 0 puan olarak değerlendirilmiş; alınan toplam puan medyandan ikiye bölünmüştür.

Veriler SPSS 23.0 istatistik programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Bağımlı ve bağımsız değişkenlerin analizi, kategorik verilerde Ki kare testi yapılmıştır. Tek değişkenli analizlerde anlamlı bulunan değişkenlerde lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. İleri analiz öncesinde, tek değişkenli analizlerde istatistiksel olarak anlamlı bulunup kolineer olduğu tespit edilen değişkenlerden birisi modele alınmıştır. Çözümleyici analizlerde tip 1 hata 0.05 olarak kabul edilmiştir. Etik onay Manisa Celal Bayar ÜTF Etik kurulundan alınmıştır. Bu çalışmada herhangi bir kurum veya kişiden finansal destek sağlanmamıştır. Yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Bulgular: Araştırma grubunun yaş ortalaması 41.2 ± 13.5'tir. Katılımcıların %42.8'i yarı-kentsel bölgede yaşamakta; %69.1'i evli ve %60.2'si çalışmamaktadır.

Katılımcıların %46.1'i normal kilolu, %32.9'u fazla kilolu ve %21.1'i obezdir Araştırmaya katılanların %19.1'i sigara, %24.3'ü alkol kullanmaktadır. Katılımcıların %20.1'i her zaman sağlıklı beslendiğini; %16.1'i ise hiçbir zaman sağlıklı beslenmediğini belirtmiştir. Katılımcıların %76.6'sı kısa mesafeleri yürüyerek kat etmekte; %18.8'i gideceği yere varmadan birkaç durak önce inmektedir. Katılımcıların %56.6'sı mümkün olan her şartta yürüyüş yapmakta; %68.8'i çevrelerindeki park ve yürüyüş alanlarını kullanmaktadır. Araştırma grubunun %31.6'sı asansör yerine merdiven kullandığını belirtmiştir. Katılımcıların %64.5'inin evinde egzersiz yapmaya yardımcı bir alet veya telefon uygulaması bulunmamaktadır. Katılımcıların %45.7'sinin çevresinde/iş yerinde yeterli fiziksel aktivite alanı bulunmamaktadır. Katılımcıların %63.5'i kullandıkları yolların güvenli olmadığını belirtmiştir. Katılımcılar en çok yürüyüş parkuru, açık yeşil alan ve kapalı spor tesisi olması durumunda daha çok fiziksel aktivite yapmak isteyeceklerini belirtmiştir. Katılımcıların %55.6'sı fiziksel aktivite yapmada ekonomik faktörlerin etkili olduğunu belirtmiştir.

IPAQ sonuçları incelendiğinde araştırma grubunun %61.5'inin düşük düzeyde fiziksel aktivite yaptığı

tespit edilmiştir. Katılımcıların günlük hareketsiz kalma süresi ort. 5.94 ± 3.05 saat olarak bulunmuştur. Çalışmamızda yaş arttıkça, evlilerde, eğitim seviyesi azaldıkça, çalışmayanlarda, alt sosyal sınıfa dahil olanlarda, yarı kentsel bölgede yaşayanlarda, geliri giderinden az olanlarda, sağlık güvencesi olmayanlarda, sigara ve alkol kullanmayanlarda, kronik hastalığı olanlarda, BKİ'ye göre obez olanlarda, algılanan fizik aktiviteye göre kendini hiç aktif değil- hareketsiz olarak değerlendirenlerde, sağlıksız beslendiğini ifade edenlerde, fizik aktivite alışkanlığı olan bir çevrede büyümeyenlerde, fizik aktivite bilgisi yetersiz olanlarda, fizik aktivite tutumu olumsuz olanlarda, mümkün olan her şartta yürümeyi tercih etmeyenlerde, merdiven yerine asansör kullananlarda, çevredeki yürüyüş alanlarını kullanmayanlarda, eşi tarafından fizik aktiviteye teşvik edilmeyenlerde, fizik aktivite yaparken çevresi tarafından görülmeyi/yargılanmayı önemseyenlerde, kısa mesafelerde yürümeyi tercih etmeyenlerde inaktivite sıklığı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Çok değişkenli analizlerde çalışmayanlar 3.32 kat (%95GA: 1.52-7.24), bazen sağlıklı beslendiğini düşünenler 2.69 kat (%95GA: 1.34-5.38) ve hiç sağlıklı beslenmediğini düşünenler 3.02 kat (%95GA: 1.09-8.44) fiziksel inaktivite açısından riskli bulunmuştur ($p<0.05$).

Sonuç: Araştırmamızda 18-64 yaş kadınların %61.5'i düşük düzeyde; %35.5'i orta düzey, %3'ü yüksek düzey fiziksel aktivite yapmaktadır. Fiziksel inaktivite hem kentsel hem yarıkentsel bölgede yaygın bir sorundur. Fiziksel inaktivite ile ilişkili en önemli değişkenler kadının çalışma yaşamı ve beslenme durumudur. Kadınlarda yaygın görülen fiziksel inaktivite sorunu için kadınlara sağlığı geliştirme faaliyetleri kapsamında birinci basamak başvurularında beslenme ve fizik aktivite danışmanlığı verilmesi; ayrıca kadınların yaşamları içinde aktif olmalarını sağlayacak çevresel ve yapısal değişikliklerin hayata geçirilmesi önerilir.

Anahtar Kelimeler: Egzersiz, fiziksel aktivite, kadın

[S163]
KAN BAĞIŞÇILARININ SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYLERİ: KAYSERİ İLİ ÖRNEĞİ

Halime Şentürk, Hasan Durmuş, Arda Borlu, Fevziye Çetinkaya
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Kayseri

Giriş ve Amaç: Sağlık okuryazarlığı; insanların sağlık hizmetleri, hastalıkları önleme, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili olarak günlük yaşamda karar verme ve değerlendirme yeteneği olarak tanımlanmaktadır. Dünya genelinde düşük sağlık okuryazarlığı hakim olmakla birlikte önemli bir halk sağlığı sorunudur. Sağlık eşitsizliklerinin ve sağlık maliyetlerinin azaltılmasında önemli etkileri bulunan sağlık okuryazarlığı, sağlığın en güçlü sosyal belirleyicilerindendir.

Bu çalışma kan bağışı yapanlarda sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemeyi amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı nitelikteki araştırmanın evrenini, Erciyes Üniversitesi Kan Merkezi'ne 10 Şubat 2023-1 Nisan 2023 tarihleri arasında başvuran 18 yaş ve üstü kan bağışçıları oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü Epi Info programıyla hesaplanmış olup, Türkiye genel yeterli ya da mükemmel sağlık okuryazarlığı prevalansı %30.6 (yeterli %24.8 ve mükemmel %5.8) ve %5 hata, %95 güvenirlik düzeyi esas alınarak 326 kişi bulunmuştur. Olasılıksız gönüllü örnekleme yöntemiyle Erciyes Üniversitesi Kan Merkezi'ne çalışma süresi içinde kan bağışında bulunan ve çalışmaya katılımı kabul 330 kişiye anket yapılmış olup 5 kişinin anketi eksik doldurması nedeniyle çalışma 325 kişi ile tamamlanmıştır (P. Okyay, F. Abacıgil,2016).

Anket formu, katılımcılarla yüzyüze görüşme yöntemiyle doldurulmuştur. Veriler Erciyes Üniversitesi Kan Merkezi'nde toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak sosyodemografik özelliklere yönelik sorular ile Okyay ve Abacıgil (2016) tarafından geliştirilmiş Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğini (TSOY-32) içeren anket formu kullanılmıştır.

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) değerlendirilmesi; 0 ile 50 puan arasında olacak şekilde standardize edilmiştir. Hesaplama formülü olarak, "İndeks=(ortalama-1)x (50/3)" kullanılmıştır. Yapılan puanlamaya göre sağlık okuryazarlığı; 0-25 puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı, 25-33: sorunlu– sınırlı sağlık okuryazarlığı, 33-42: yeterli sağlık okuryazarlığı, 42-50: mükemmel sağlık okuryazarlığı olarak tanımlanmaktadır (P. Okyay, F. Abacıgil,2016)

Çalışmada bağımsız değişkenler; sosyodemografik özellikler, bağımlı değişken; sağlık okuryazarlığı ölçek puanıdır.

Varyasyon katsayısı<0.20, Normal Q-Q Plot, detrended Q-Q plot ve histogramla normallik değerlendirilmiştir. Bağımsız gruplar ile sağlık okuryazarlık ölçek puan ortalamalarını karşılaştırmak için ikili gruplarda İndependent T Test, ikiden fazla gruplarda ise One Way ANOVA kullanılmıştır. Türkiye genel sağlık okuryazarlığı puanı ile kan bağışçıları sağlık okuryazarlığı puanı ortalaması Tek örneklem T testi ile karşılaştırıldı ve Tip 1 hata değeri 0.05 kabul edilmiştir.

Araştırma için Erciyes Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 08.02.2023 tarih ve 2023/101 sayı ile etik izin alınmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %95.1'i erkek, %80.9'u evli, %95,4'ü işçi, %42.5'i lise mezunu, %66.5'inin ekonomik durumu ortadır. Katılımcıların yaş ortalaması 37.54±8.18'dir.

Katılımcıların %91.1'i herhangi bir kronik hastalık bulunmadığını, %93.2'si düzenli kullandığı bir ilaç olmadığını, %28.6'sı sigarayı hiç içmediğini belirtmiştir. Hastalandıklarında hekime başvurma oranı %78.5 olup en sık başvuru nedeni tanı ve tedavi edici sağlık hizmetlerine ulaşım (%72.9) amaçlı olmuştur. Sağlık bilgisine ulaşmak için internetten (%48.0) ve doktordan (%45.5) bilgi alma fazladır.

Katılımcıların %93.5'i kan bağışının sağlığa faydalı olduğunu belirtmiştir. Katılımcılara ailelerinde veya çevrelerindeki kişilerin kan ve organ bağışı ihtiyacı olan kimse olup olmadığı sorulmuş olup %25.8'inin çevresinde kan bağışı ihtiyacı olan, %8.3'ünün çevresinde ise organ bağışına ihtiyacı olan kimseler olduğunu beyan etmişlerdir.

Sağlık okuryazarlık puan ortalaması 34.64±6.88'dir. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı puanına göre yetersiz ya da sınırlı-sorunlu oranı %47, yeterli ya da mükemmel sağlık okuryazarlığı puanı %53 olarak bulunmuştur. Kan bağışçılarının sağlık okuryazarlığı 34.64 (%95:33,9-35,4) Türkiye genel sağlık okuryazarlığı puanından 29,5 (%95:28,8-30,3) yüksek bulunmuştur ($p<0.001$) (P. Okyay, F. Abacıgil,2016).

Katılımcı özelliklerinin, sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında; cinsiyet, yaş grupları, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durum, kronik hastalığa sahip olma durumu ve sigara kullanım durumu ile arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Hastalandıklarında hekime başvuranların(%78.5) sağlık okuryazarlık puan ortalamaları hekim dışı tedavi seçenekleri deneyenlere (%21.5) göre yüksek bulunmuştur ($p<0.05$)

Sonuç: Kan bağışçılarının sağlık okuryazarlık puan ortalamaları Türkiye geneline göre yüksek bulunmuş olup sağlık okuryazarlığı artırıldıkça kan bağışının da artabileceği düşünülmektedir.

Araştırma sınırlılıkları: Kan bağışçılarının erkek cinsiyeti ve işçi yoğunluklu olması toplumun genelini yansıtmayabilir.

Anahtar Kelimeler: Kan bağışı, sağlık okuryazarlığı, TSOY-32

[S164]
GLOKOM HASTALARININ SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYLERİ, HASTALIK FARKINDALIKLARI VE TEDAVİYE UYUMLARI

Şehide Arslan[1], Mahmut Erkam Arslan[2], Medine Gündoğan[2], Nuhkan Görkemli[3], Hasan Durmuş[1], Arda Borlu[1], Fevziye Çetinkaya[1]

[1]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Kayseri
[2]Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği
[3]Kayseri Devlet Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği

Giriş ve Amaç: Glokom geri dönüşü olmayan körlüğün önde gelen nedenlerinden biridir. Genellikle asemptomatik olması ve tedavi ile görmenin artmaması nedeniyle tedaviden elde edilen fayda algılanamamaktadır. Bu durum tedaviye uyumu güçleştirmekte ve kalıcı körlüğe neden olabilmektedir. Sağlık okuryazarlığı tedaviye uyum da dahil olmak üzere hastalık yönetimindeki davranışları iyileştirmek için etkili bir eğitim ve önleme aracıdır. Bu çalışmada glokom hastalarının hastalık ve tedavi hakkındaki bilgi düzeylerini, tedaviye uyumlarını değerlendirmek ve sağlık okuryazarlığı ile ilişkisini incelemek amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma tanımlayıcı kesitsel nitelikte olup Kayseri'de yapılmıştır. Çalışmanın evrenini göz polikliniğinde en az 1 yıldır glokom tanısı ile takipli 410 hasta oluşturmaktadır. Yapılan bir çalışmada glokom hastalarının tedaviye uyumunun %69.1 bulunduğu göz önüne alınarak örneklem büyüklüğü %80 güven aralığında, desen etkisi 1 kabul edilip örneklem hesabında 105 kişi bulunmuş ve 2023 yılı Şubat ve Mayıs ayları arasında göz polikliniğine başvuran 119 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Veri toplama aracı olarak katılımcılara yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanan ankette sosyodemografik bilgiler, hastalık farkındalığı ile ilgili önermeler ve Okyay vd. tarafından geliştirilen Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) yer almaktadır. Damlalarını doğru zamanda, miktarda ve doğru şekilde kullanan, kaç damla kullanması gerektiğini bilen hastalar göz hastalıkları uzmanı tarafınca tedaviye uyumlu kabul edilmiştir. SOY ölçek puanı 0-33 arası: yetersiz, >33-50 arası: yeterli şeklinde iki kategori olarak değerlendirilmiştir. Bağımlı değişkenler sağlık okuryazarlık ve tedaviye uyum, bağımsız değişken sosyodemografik özelliklerdir. İstatistiksel analizlerde SPSS 25 paket programı yardımıyla ki kare testi ve student t testi kullanılmış olup $p < 0.05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir. Erciyes Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay (18/01/2023 tarihli, 2023/41 sayılı) alınmıştır. Finansal bir destek kullanılmamıştır ve herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Bulgular: Katılımcıların %50.4'ü kadın, %79.8'i evli, %60.5'i ilkokul mezunu olup yaş ortalaması 64.50 ±11.01'dir. Glokom tanısı alma ortalaması 6.79±6.45'tir. Katılımcıların %85.7'si düzenli olarak kontrole gelmiştir ve %61.3'ü kontrol zamanı olduğu, %20.2'si gözünde rahatsızlık hissettiği, %17.6'sı ilaçları bittiği için polikliniğe başvurmuştur. Hastaların %25.2'si glokom hakkında yeterli bilgiye sahiptir. Bilgi kaynakları %68.9'unun doktorlardır, bunu %11.8 ile internetten, %10.1 ile akraba-arkadaştan bilgi alma takip etmiş ve %29.4'ü ise glokom hakkında "hiç bilgim yok" cevabını vermiştir. Katılımcıların SOY puan ortalaması 23.34±9.06'dır. Katılımcıların %85.7'si yetersiz, %14.3'ü yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahiptir. %42.9'u tedaviye uyumsuz, %10.9'u kaç tane glokom damlası kullanması gerektiğini bilmemekte, %43.7'si kullandığı damlaların adını bilmemektir. Hastaların %19.3'ü göz damlasını doğru zamanda, %11.8'i doğru miktarda damlatmamakta ve %29.4'ü iki damla arası yeterli süre bırakmamaktadır.

Tedaviye uyumlu hastaların SOY puan ortalaması 27.09±8.27 olup uyumsuz hastalara göre daha yüksek bulunmuştur ($t=-5.929$, $p<0.001$). SOY düzeyi yeterli olan hastaların %94.1'inin tedaviye uyumlu olduğu gözlenmiştir ($x2=11.072$, $p=0.001$). Erkeklerde, kadınlarda, 65 yaş altı bireylerde, şehir merkezinde yaşayanlarda ve ekonomik durumu orta olanlarda yeterli SOY düzeyine sahip olan katılımcıların tedaviye uyumları yüksek bulunmuştur ($x2=5.503$/ $p=0.020$, $x2=5.875$/ $p=0.027$, $x2=4.629$/ $p=0.047$, $x2=5.639$/ $p=0.025$, $x2=6.520$/$p=0.020$, sırasıyla). Düzenli kontrole gittiğini düşünenler %61.8 ile, glokom hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünenler %76.7 ile tedaviye daha yüksek uyum oranına sahiptir ($x2=6.228$/ $p=0.013$, $x2=6.243$/ $p=0.012$, sırasıyla). "Glokom ile oluşan görme kaybı uygun ilaç tedavisi ile geri dönmektedir"

önermesine katılımcıların sadece %23.5'i katılmıyorum diyerek doğru cevabı vermiştir. "Glokom ameliyatı ile hem göz tansiyonu düşürülmekte hem de görme kaybı düzeltilmektedir" önermesine ise katılımcıların sadece %10.9'u katılmıyorum diyerek doğru cevabı vermiştir.

Sonuç: Tedaviye uyumlu hastaların sağlık okuryazarlık düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Sağlık okuryazarlık düzeyi ile olan ilişkisi göz önüne alınarak uyumun artırılması ile glokom hastalığının geri dönüşü olmayan endişe verici sonuçlarını önlemek ve tıbbi tedavi maliyetlerini düşürmek mümkün olabilir.

Anahtar Kelimeler: Glokom, Sağlık, Sağlık Okuryazarlığı, Tedaviye Uyum

[S165]
SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNDE ÇALIŞAN PERSONELLERİN GELENEKSEL, TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TIP KONUSUNDA BİLGİ VE DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ

Berrin Akşahin Doğan[1], Aslı Ayça Özyazgan Tokay[2], Gülseda Boz[3], Berfin Oktay[4], Merve Sülü[5], Ayşe Gökçe[5]
[1]İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya
[2]Akçadağ Şehit Gökhan Aslan Devlet Hastanesi, Malatya
[3]Ordu İl Sağlık Müdürlüğü, Ordu
[4]Malatya Turgut Özal Üniversitesi, Malatya
[5]İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Malatya

Giriş ve Amaç: Geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT) uygulamalarının kullanımı çok eski zamanlara dayanmakla birlikte son yıllarda dünyada ve ülkemizde yaygınlaşmaktadır. Çalışmanın amacı sağlık müdürlüğünde çalışan personellerin geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp konusunda bilgi ve davranışlarını incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Malatya il Sağlık Müdürlüğünden kurum izni ve İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan 2022/4124 karar sayısı ile etik kurul onayı alınmıştır. Bu çalışmaya Şubat- Mart 2023 tarihleri arasında Malatya İl Sağlık Müdürlüğü'nde çalışan 530 personel dahil edilmiştir. Çalışmada örneklem seçilmemiş olup personellerin tümüne ulaşmak hedeflenmiştir. Ancak yaşanan deprem nedeniyle çalışma 294 kişi ile yürütülmüştür. Google Docs aracılığıyla çalışmanın verileri online anket yoluyla toplanmıştır. Hazırlanan anket formunda personellerin sosyodemografik özelliklerini içeren sorular, GETAT kullanımı ile ilgili bilgi ve davranışlarını içeren sorular ile Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbba Yönelik Tutum Ölçeği yer almaktadır. Çalışmanın bağımlı değişkenleri Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbba Yönelik Tutum Ölçeği puanı iken bağımsız değişkenleri cinsiyet, eğitim düzeyi, GETAT uygulamalarını yaptırma durumu gibi değişkenlerdir. Veriler SPSS 22.0 programında değerlendirilmiş olup, $p<0,05$ anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan bireylerin %52,0'ı erkek, %48,0'ı kadındır. Bireylerin yaş ortalaması 34,89±9,20'dir. Bireylerin %57,1'i GETAT hakkında bilgisi olduğunu, %29,6'sı GETAT uygulaması yaptırdığını ifade etmiştir. GETAT uygulaması yaptıran bireyler amaçlarının %36,8'i koruyucu, %77,0'ı tedavi edici, %21,8'i detoks ve %19,5'i diğer sebepler olduğunu belirtmiştir. Bireyler GETAT hakkında bilgiyi en fazla aile ve arkadaş çevresinden (%59,2), sosyal medyadan (%57,8) ve televizyondan (%31,3) edindiğini belirtmiştir. Bireylere sorulan GETAT uygulamalarından en çok bilinenleri kupa (hacamat) (%82,7), hirudoterapi (sülük) (%73,5), fitoterapi (%57,5) ve akupunkturdur (%57,1). Çalışmaya katılan bireylerin GETAT'a yönelik tutum ölçeği ortalaması 22,36±2,99'dur. GETAT hakkında bilgisi olan bireylerin GETAT tutum ölçek puanı anlamlı olarak daha yüksektir. Eğitim düzeyi lisans olan bireylerin GETAT tutum ölçek puanı, lise ve altı ile lisansüstü eğitimi olanlardan anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,05$). Yaş, cinsiyet, kronik hastalık varlığı ve sağlık durumu ile GETAT tutum ölçeği arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$).

Sonuç: Çalışmaya katılan bireylerin GETAT tutum ölçeğine göre orta düzeyde ve olumludur. Eğitim düzeyi lise olanlarda ve GETAT hakkında bilgi sahibi olan bireylerin GETAT uygulamalarına yönelik tutumunun daha olumlu olduğu görülmüştür. Bireylerin GETAT uygulamaları hakkında doğru bilgilendirilmesi önemlidir. Bu kapsamda çalışmada en fazla bilgi kaynağı olarak aile arkadaş, sosyal medya olarak ifade edilmiştir. Ancak bu alanda uzman sağlık profesyonellerinden bilgi edinmek önemlidir.

Anahtar Kelimeler: GETAT, tutum, bilgi, davranış

[S166]
GENÇ YETİŞKİN BİREYLERİN SAĞLIKLI OLMA KÜLTÜRÜ DÜZEYLERİ İLE SAĞLIKLI BESLENME TUTUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Feyza Bardak[1], Kübra Sultan Dengiz[2], Filiz Hisar[2]
[1]Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Isparta
[2]Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Bu çalışmanın genç yetişkin bireylerin sağlıklı olma kültür düzeyleri ile sağlıklı beslenme tutumları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yürütülmüştür.

Gereç ve Yöntem: Çalışma Türkiye'de yaşayan genç yetişkin bireyler ile kesitsel ve tanımlayı tasarımda yürütülmüştür. Veriler 18-26 yaş aralığındaki genç yetişkinlerden çevrim içi anket ile elde edilmiştir. Örneklem hesabında standart hale getirilmiş cohen d orta etki büyüklüğü (d=0.15), %5 hata payı (α=0.05), %95 güç (1- β= 0.95) alınarak korelasyon (Correlation: Point biserial model) analizi için örneklem 472 bulunmuştur. Çalışma 507 genç yetişkin bireyle tamamlanmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında sosyodemografik özellik formu, sağlık özellikleri, Sağlıklı Olma Kültürü Ölçeği, Sağlıklı Beslenme Tutum Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için bir üniversitenin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (2022/281) karar nolu yazılı etik kurul izni alınmıştır. Analizlerde SPSS 25 paket programı kullanılarak sayı, yüzde dağılımları, bağımsız gruplarda t testi ve One-Way Anova analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmadaki genç yetişkin bireylerin yaş ortalaması 21.42±2.22, %75'i kadın, %95.7'si bekardır. Bireylerin %79.3'ü gelir getiren herhangi bir işte çalışmamakta ve %65.3'ü ekonomik durumunu orta düzeyde olduğunu belirtmiştir. Bireylerin %88.2'si herhangi bir kronik hastalığa sahip değilken; %38.9'u nadiren spor yaptığını, %59.0'ı toplu yapılan spor etkinliklerine hiç katılmadığını, %48.1'nin spor merkezine hiç gitmediğini belirtmiştir. Bireylerin %94.3'ü diyetisyen danışmanlığı almadığını ve %79.3'ü sigara, %83.8'i alkol kullanmadığını belirtmiştir. Bireylerin %68.9'u normal kilolu iken; %53.7'si iki ana öğün, %38.4'ü iki kere ara öğün yaptığını belirtmiştir. Genç yetişkin bireylerin sağlıklı olma kültürü ölçek puanı 52.23±6.84 ve bireysel eylem eleştiri alt boyutu 30.26±3.83; yargı alt boyutunun 21.29±3.97dir. Sağlıklı beslenmeye ilişkin tutumların toplam puanı ise 71.44±9.79'dur ve beslenme hakkında bilgi alt boyutu 19.65±3.67; beslenmeye yönelik duygu alt boyutu 16.35±4.18; olumlu beslenme alt boyutu 17.34±4.05 ve kötü beslenme alt boyutu 18.10±4.24 puan bulunmuştur. Sağlıklı olma kültürü ölçeğinin puanları toplu yapılan spor etkinliklerine katılım sağlama ile karşılaştırıldığında (F: 3.025, p=0.029), spor merkezine gitme durumu ile karşılaştırıldığında (F:2.759, p=0.042), sigara içme durumu ile karşılaştırıldığında (t: 1.875, p=0.044) istatiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Sağlıklı olma kültürü bireysel eylem alt boyutu ile karşılaştırıldığında (F:3.702, p=0.012), yargı alt boyutunda ise spor merkezine gitme durumu (F:3.288, p=0.021) istatiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Sonuç: Genç yetişkin bireylerin sağlıklı olma kültürü düzeyleri ile sağlıklı yaşam davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Bireylerin sağlıklı yaşam davranışlarınızı olan spor yapma davranışı, düzenli ve dengeli beslenme davranışı kazandırılmasıyla birlikte olumsuz sağlık davranışı olan sigara kullanımının azaltılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Beslenme tutumları, Genç yetişkin bireyler, Sağlıklı olma kültürü, Sağlıklı yaşam davranışları

[S167]
BİR ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN ERGENLERİN VE EBEVEYNLERİNİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Mahmut Talha Uçar[1], Busenur Ergül[2], Selman Aktaş[3], Çağatay Nuhoğlu[2]
[1]SBÜ Hamidiye Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı
[2]SBÜ Haydarpaşa Numune SUAM Çocuk Kliniği
[3]SBÜ Hamidiye Tıp Fakültesi Biyoistatistik Ana Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Sağlık okuryazarlığı(SOY) Dünya Sağlık Örgütü tarafından "Bireylerin iyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi amacıyla sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması; bilgiyi anlaması ve kullanması için gerekli olan bilişsel ve sosyal beceri kapasitesi" olarak tanımlanmaktadır. Düşük SOY kişilerin sağlık hizmetinden etkin yararlanamamasına, sağlık göstergelerinin kötüleşmesine, morbidite ve mortalite artışına yol açmaktadır. Gençler, sağlık mesajları, müdahaleler ve sağlık profesyonelleri ile düzenli olarak etkileşime girmektedir. Sağlık okuryazarlık becerileri mevcut ve gelecekteki davranışlarını değiştirebilir; daha yüksek düzeyde sağlık okuryazarlığı ile çocuklar ve ergenler kendi alışkanlıklarını ve kararlarını daha fazla kontrol ederek sorumluluk alabilirler. Bu çalışmanın amacı bir eğitim araştırma hastanesi(EAH) çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvuran çocuklar ve çocukları polikliniğe getiren ebeveynlerinin SOY düzeylerini saptamak, bazı kan parametreleri, sosyodemografik özellikleri ve SOY düzeyleri arasında ilişki olduğu hipotezini test etmektir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu çalışmaya Haydarpaşa Numune EAH genel pediatri polikliniğine Kasım-Aralık 2022 tarih aralığında ayaktan başvuran, 14 yaş ve üzeri, çalışmaya katılmaya onam veren, okuma yazma bilen 302 çocuk ve bu çocukların ebeveynleri (302 kişi) dahil edilmiştir. Bu kriterlere uymayan bireyler çalışma dışında bırakılmıştır. Görüşme formu sosyodemografik özelikleri içeren sorular ve SOY ölçeklerinden oluşmuştur. Erişkinler için geçerlilik ve güvenirliği Özvarış, B. ve ark tarafından 2018 yılında gerçekleştirilen Hacettepe Üniversitesi SOY Ölçeği(HÜ-SOY) uzun formu, çocuklarda Norman ve Skinner tarafından 2006'da geliştirilen ve Coşkun ve Bebiş H tarafından 2015'te Türkçe'ye uyarlanan Adolesanlarda E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği(E-SOY) kullanılmıştır. HÜ-SOY uzun formu 71 maddenin yer aldığı 38 sorudan oluşur, 0-32 puan: Düşük; 33-52 puan: Orta; 53-71 puan: Yüksek düzey SOY ifade eder. Veriler gözlem altında kendi kendine doldurma yöntemiyle toplanmıştır. E-SOY ölçeğinin kestirim değeri yoktur; en düşük 8 puan, en yüksek 40 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puan, e-sağlık okuryazarlığının yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir. Çalışmanın bağımsız değişkenleri yaş, çocukların cinsiyeti, çocukların B12 ve D vitamini seviyeleri, ebeveynlerin cinsiyeti, bağımlı değişkenler çocukların e-sağlık okuryazarlığı ve ebeveynlerin SOY düzeyleridir. Veriler normal dağılmadığı için analizde SPSS programında non-parametrik testler kullanılmıştır.

Bulgular: Çocukların yaş ortalamaları 15,48∓1,1'dir, %56'sı kız çocuğudur. Ebeveynlerin yaş ortalaması 44,49∓5(ss)'tir ve %84,8'i kadındır yani çocuklar çoğunlukla anneleri tarafından kliniğe getirilmiştir. Ebeveynlerin %21,2'si düşük, %57,3'ü orta ve % 21,5 yüksek SOY düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Çocukların E-Sağlık Okuryazarlığı Toplam Puanı 27,57∓5,54(ss) olarak ölçülmüştür. Ebeveynlerin cinsiyetleri arasından HÜ-SOY ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmıştır(p=0,003) ve kadınların SOY erkeklerden yani annelerin SOY puanı babalardan yüksektir. Adölesan E-SOY ile ebeveynlerin SOY arasında korelasyon bulunamamıştır (r= 0,093, p=0,106). D vitamini seviyeleri düşük, yetersiz ya da normal olan çocukların E-SOY puanları (p=0,634) ve ebeveynlerinin HÜ-SOY puanları (p=0,649) ilişkisinde gruplar arası anlamlı fark görülmemiştir. Çocukların BKİ ile E-SOY puanları (p=0,658) ve ebeveynlerinin HÜ-SOY puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (p=0,083). Kız çocuklarının ebeveynlerinin SOY puanı erkek çocukların ebeveynlerinin SOY puanından yüksektir ve sonuçlar istatistiksel açıdan anlamlıdır (p=0,013). Hem Tedavi ve Sağlık Hizmetine Ulaşma(p=0,026) hem de Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi alt boyutlarında kız çocuklarının ebeveynleri erkek çocukların ebeveynlerinden yüksek puan almıştır.

Sonuç: Çalışmamız çocuklar ve ebeveynlerinin SOY arasındaki ilişkiyi değerlendirme açısından literatürde benzer çalışma göremediğimiz için ülkemizde yapılan ilk çalışma olma özelliği taşımaktadır ve halk sağlığının önemli konularından biri olan sağlığın geliştirilmesi alanına katkı sunmaktadır. Çalışmamızın ilgi çekici bulgularından birisi kız çocuklarının (n=169) ebeveynlerinin SOY puanı erkek çocukların (n=133) ebeveynlerinin SOY puanından yüksektir ve sonuçlar istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,013). Bununla birlikte küçük bir grupta yapılması, katılımcıların hastaneye başvuran çocuklar ve ebeveynlerinden oluşması çalışmamızın önemli bir sınırlılığıdır. Toplumun tamamını temsil eden geniş örneklemler üzerinde yeniden yapılmasını önermekteyiz. Ayrıca çocuklar için geliştirilmiş ülkemiz için SOY ölçüm aracı sayısı yeterli değildir. Elde ettiğimiz analiz sonuçları kullandığımız E-SOY ölçeğinin iyi çalışması konusunda tereddüt oluşturmuştur. Alternatif ölçme araçlarının bilim dünyasına kazandırılması ve çalışmaların tekrarlanması faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Okuryazarlığı, Ergen Sağlığı, Vitamin D, Vitamin B12

[S168]
BİR TIP FAKÜLTESİNDEKİ 6. SINIF ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE İLGİLİ FARKINDALIK VE BECERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hülya Şirin[1], Arzum Şahin Koca[1], İbrahim Sefa Güneş[1], Ebru Korkmazgöz[1], Asiye Çiğdem Şimşek[1], Seçil Özkan[2]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı
[2]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Dünya Sağlık Örgütü, sağlık okuryazarlığını "Bireylerin iyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi amacıyla sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması; bilgiyi anlaması ve kullanması için gerekli olan bilişsel ve sosyal beceri kapasitesi" olarak tanımlamaktadır. Hekimlerin iletişim becerilerinin ve hastaların sağlık okuryazarlığı ile ilgili farkındalığının yüksek olması ile; hastaya vereceği mesaj karşı tarafın anlayabileceği bir şekilde ifade edilebilecek ve hastalarla iletişim gelişecektir. Böylece hastaların; sağlık durumlarıyla ilgili farkındalığı ve hastalık süreçlerini yönetme becerileri, tıbbi önerilere ve talimatlara uyma durumu, özbakım düzeyi artacaktır. Bu çalışmada, tıp fakültesi 6. Sınıf öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı hakkında farkındalık ve becerilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma tanımlayıcı niteliktedir. Araştırmanın evrenini Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi'nin 2022-2023 akademik yılındaki 6. sınıf öğrencileri oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü hesaplanmamış olup, evrenin tamamına ulaşmak hedeflenmiştir. Söz konusu dönemde 6. sınıfta 225 öğrenci bulunmakta olup, öğrencilerin 172'si çalışmaya katılmıştır (katılım oranı: % 76,4). Veri toplama 1 Temmuz 2022-30 Haziran 2023 arası gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmıştır. Veriler, halk sağlığı stajında, yüz yüze, literatür taranarak oluşturulmuş 4 bölümden oluşan 61 soruluk anket ile toplanmıştır (sosyodemografik özellikler ve tıp eğitimi süreci ile ilgili bilgiler; sağlık okuryazarlığının önemi ile ilgili farkındalığı; sağlık okuryazarlığını değerlendirme becerisini ve sağlık okuryazarlığı düzeyine göre hasta ile iletişim becerisi). Çalışmanın bağımsız değişkenleri yaş, cinsiyet, yaşanılan yer, sosyoekonomik durum, kendi sağlık düzeyini değerlendirmesi, kronik hastalık durumu, ailede sağlık çalışanı olması durumu gibi sosyodemografik özellikler ve tıp eğitimine dair özelliklerdir. Bağımlı değişkenler ise; hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyinin önemi hakkındaki farkındalık düzeyi, hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyini değerlendirme becerisi ve sağlık okuryazarlığı düzeyine göre başvuran/hasta ile iletişim becerisidir. Araştırma için, Gazi Üniversitesi Etik Komisyonundan ve fakülte dekanlığından izin alınmıştır. Anketten elde edilen veriler SPSS programı kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde dağılımları, ortalama ± standart sapma ve ortanca (minimum-maksimum) şeklinde verilmiştir.

Bulgular: Öğrencilerin yaş ortalaması 23,65±1,51 olup kadın ve erkek öğrenci yüzdesi eşittir. Tıp fakültesi eğitimi sürecinde öğrencilerin %29,1'i sağlık okuryazarlığı eğitimi, %33,1 iletişim becerileri eğitimi aldığını belirtmiştir. Öğrencilerin %90,1'i yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinin önemli bir halk sağlığı sorunu olduğuna katılmaktadır, ancak %54,1'i toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyini bildiğini belirtmiştir. Öğrencilerin %89'u başvuranların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre uygun iletişimin bireylerin hastalıklarını ve tedavilerini daha iyi anlamalarını sağlayacağını düşündüğünü, %88,9'u, başvuranların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre uygun iletişimin bireylerin daha sağlıklı olmasını sağlayacağını düşündüğünü belirtmiştir. Öğrencilerin %87,2'si mezuniyet öncesi tıp eğitiminde sağlık okuryazarlığı hakkında dersler ve uygulamaların yer alması gerektiğini düşünmektedir.

Öğrenciler, mezuniyet öncesi tıp eğitiminde sağlık okuryazarlığı eğitimi içeriğinin; doğru bilgiye ulaşma ve bu bilgiyi doğru kullanıp aktarma, nitelikli bilgiyi ayırt etme, hasta ile iletişim becerileri ve sağlık eğitimi konularını kapsaması gerektiğini belirtmiştir.

Öğrencilerin başvuranın sağlık düzeyini değerlendirme hakkındaki tutumları değerlendirildiğinde; öğrencilerin %19,8'i başvuranın sağlık okuryazarlık düzeyini her zaman değerlendirdiğini, %20,9'u ise başvuranların sağlık okuryazarlık düzeylerini belirlemek için her zaman mevcut ölçekleri/araçları kullandığını belirtmiştir.

Öğrencilerin %30,8'i başvuranın sağlığını etkileyen risk faktörleri, hastalık ve tedavi hakkındaki bilgileri kavrayışlarını her zaman değerlendirdiğini belirtmiştir. Öğrencilerin sadece %22,1'i başvurana her zaman sağlık bilgi kaynaklarını sormaktadır.

Öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeyine göre başvuran ile iletişim becerisine dair özellikleri değerlendirildiğinde; öğrencilerin % 54,7'si her zaman görüşme sırasında başvuranı gözlemleyerek onunla ilgili ipuçlarını yakalamaya çalıştığını, % 20,9'u her zaman tıbbi terimler kullanmamaya dikkat ettiğini, %32,6'sı her zaman başvurana ihtiyacı olduğu kadar bilgilendirme yaptığını, %16,3'ü her zaman geliştirilmiş eğitim ve bilgilendirme materyallerini (broşür, kitapçık vb. gibi) kullandığını, %25'i her zaman başvuranın söylenenleri ya da önerileri nasıl uygulaması gerektiğini tekrar etmesini ya da göstermesini istediğini, %32,6'sı her zaman başvuranların ilaçlarını doğru kullanımını anlama düzeyini değerlendirdiğini, %33,7'si başvuranı uygun sağlık bilgi kaynaklarına yönlendirdiğini, %35,5'i her zaman bilgi verdikten sonra başvuranın kendisi için en uygun tedavi seçenekleri/ sağlık bakımını seçmesini desteklediğini, %47,1'i her zaman başvurana sağlık bakımı veya tedavi tercihlerinde son kararın kendilerinde olduğu belirttiğini ifade etmiştir.

Sonuç: Bulgulara göre, öğrencilerin büyük bir kısmı hastaların yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde olmasının önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu ve başvuranların sağlık okuryazarlığı düzeyine göre uygun iletişimin bireylerin daha sağlıklı olmasını sağlayacağını düşünmektedir. Hekim adaylarına tıp eğitimi sürecinde; hastanın sağlık okuryazarlığı düzeyini tespit etme ve bu düzeyi geliştirme-iyileştirme becerisi kazandırılmalıdır. Böylece hekim-hasta iletişiminin, hastaların sağlık durumlarıyla ilgili farkındalıklarının ve hastalık süreçlerini yönetme becerilerinin güçleneceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık okuryazarlığı, tıp öğrencileri, tıp eğitimi

[S169]
ÇOCUK İŞÇİLERİN MOTİVASYON VE İLİŞKİLERİNE YÖNELİK TANIMLAYICI BİR ÇALIŞMA

İlkay Soykal
Dokuz Eylül Üniversitesi

Giriş ve Amaç: İstanbul Zeytinburnu Muhsin Ertuğrul Mesleki Eğitim Merkezi'nde 15-18 yaş arasındaki öğrencilerde 3 alt grup halinde (15-16, 16-17, 17-18 yaş) mesleki doyum, aile ilişkileri ve gelecekten beklentileri değerlendirilmiştir. Bu doğrultuda, çalışma anketlerle yürütülmüştür. Öğrencilerin uğraştıkları alandan sağladıkları kazanımlar, deneyimler; ailenin ondan bekledikleri, gelecekle ilgili düşünceleri, çevredeki ve çalıştığı ortamdaki güven duygusu, ailesiyle ve okuluyla ilgili düşünceleri değerlendirilmiştir. "Etki etmek, yardım sağlamak öncelikle anlayıştan başlar." ilkesiyle hareket edip anketler yoluyla bilgileri alıp, değerlendirip uzmanlara sunmak çalışmanın amacıdır. Bu amaçtan hareketle, çalışma nisan 2014'ten okulların tatile gireceği haziran ayına kadar sürdürülmüştür. Bu aşamaların her birinde, İstanbul İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ndeki yetkililere bilgi verilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Etik kurul kararı ve izni alınmıştır. Araştırmada anket kullanılmıştır. Anket içeriğinde 21 soruluk kişisel bilgi formu, 64 soruluk anket formu, 24 soruluk iş yeri bildirim formu, okul dönemi anketi, istismar ölçeği uygulanmıştır. Toplamda 182 item uygulanmıştır. 132 öğrenciye ulaşılmıştır. 15-18 yaş arası ölçütü karşılamayan öğrencilerin anketleri analiz dışında tutulmuştur. 89 tane geçerli veri bilgileri SPSS 15 paket programına girilmiştir. Öğrencilere, anketleri nasıl dolduracağı araştırmacı tarafından açıklanmıştır. Öğrenciler, ölçekleri kendileri doldurmuştur. Ham verilerin tablosu düzenlenirken konsodalizasyon yapılmıştır. Soru 5.4, 6.1, 6.2 beş şıktan oluşmaktadır: Hiçbir zaman, nadiren, bazen, sıklıkla, her zaman. İlk 2 yanıt, "hayır" olarak puanlanmış; sonraki 3 yanıt "evet" olarak puanlanmıştır. Soru 23.1'de 3 şık vardır: Benim için geçerli değil, bazen, sık sık. İlk yanıt, "hayır" olarak; sonraki iki yanıt "evet" olarak puanlanmıştır. Anket 1'de 3 meslek grubundan yanıt verenler "evet" olarak puanlanmıştır.

Bulgular: Okula devam nedeni açısından bakıldığında, zorunluluk bakımından % 76'lık oranla ilk önce kuyumculuk mesleğindeki öğrenciler gelmektedir. Diploma bakımındansa % 44 oranla kuaför mesleğindeki öğrenciler ilk önce gelmektedir. Yeni şeyler öğrenmek bakımındansa % 58'lik oranla kuaför mesleğindeki öğrenciler ilk önce gelmektedir. Yeni şeyler öğrenme ve üniversiteye gidebilme nedeni olmayan öğrencilerin tamamı elektrik mesleğindendir. Üniversiteye gidebilmek bakımındansa % 56'lık oranla kuyumculuk mesleğindeki öğrenciler ilk önce gelmektedir. % 92 oranında her zaman öğretmenleriyle-yöneticileriyle konuşabilenler erkek öğrencilerdir. Sadece rehber öğretmeniyle konuşabilenlerin tamamı kadın öğrencilerdir. Hiçbir öğretmen ve yöneticiyle konuşamadığını belirten öğrencilerin tamamı erkektir. Ailesinin "Oku adam ol." dediği öğrencilerin tamamı erkektir. Okul durumunu "iyi" olarak ailenin görmesi bakımından % 91'lik oranla erkek öğrenciler gelmektedir. Ailesinin okul durumunu "olumlu" olarak gördüğü öğrencilerin tamamı erkektir. Okul durumunu "notlarla" değerlendiren ailelerin çocuklarının tamamı kadın öğrencilerdir. Okul durumunu "çok iyi" ve "normal" olarak değerlendiren ailelerin çocuklarının tamamı erkek öğrencilerdir. Okul durumunu "güzel" olarak değerlendiren ailelerin çocuklarının tamamı kadın öğrencilerdir. Öğretmenlerden ders eğlencesi-dersi sıkmadan anlatma beklentisinde % 75 oranıyla ilk olarak 16-17 yaş grubundaki öğrenciler gelmektedir. Öğretmenlerden sorun paylaşımı-çözüm yolları bekleyen öğrencilerin tamamı 16-17 yaş grubundaki öğrencilerdir. Öğretmenlerden güler yüz-kızmama bekleyenlerin % 80'i 16-17 yaş grubundadır. Öğretmenlerden yetenek ve ilgi keşfi-yönlendirme-destekleme bekleyenlerin % 83'ü 16-17 yaş grubundadır. Elektrik ve kuyumculuk mesleğinden, işyerinde diğer çıraklar tarafından işten çıkarmayla ilgili bazen tehdit edilen hiçbir öğrenci yoktur.

Sonuç: Çocuk işçiliği, yoksullukla ve çocuk istismarıyla bağlantılı olan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Yalnızca çocuğu ilgilendirmeyip, onun ailesini de doğrudan etkileyen bir yönü vardır. Bunun yanında, işçi olarak çalıştığı dönemde, istismara, ihmale, duygusal ve fiziksel örselenmelere maruz kalan çocuk gençlik ve yetişkinlik evresine de psikopatolojik durumlarla geçecektir. Çocuk işçinin ailevi durumları, göç, gelir, eğitim, yaşam yeri, anne-baba ilişkisi, iş yerindeki ruhsal, sosyal, fiziksel ortam, istismar olasılığı sürekli olarak denetlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk işçiliği, istismar, travma

[S170]
BİR İLÇE MERKEZİNDEKİ 6-18 YAŞ ÖĞRENCİLERİN BOY, KİLO, BEDEN KÜTLE İNDEKSİ DEĞERLERİNİN İNCELENMESİ

Fatma Nur Karaçorlu
Muş Bulanık İlçe Sağlık Müdürlüğü

Giriş ve Amaç: Beden kütle indeksi (BKİ), vücut ağırlığı ve boy ölçüsü ile hesaplanan ve vücudun sağlık durumunu yansıtan önemli bir göstergedir. Çocuk ve ergenlerde, zayıflık ve obezitenin varlığını saptamak için sıklıkla kullanılmaktadır. Bu çalışmada Muş Bulanık ilçe merkezindeki okullarda öğrenim gören 6-18 yaş öğrencilerin boy, kilo ve beden kütle indeksi değerlerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki bu çalışmanın evrenini 2022-2023 eğitim öğretim döneminde Muş Bulanık ilçe merkezinde bulunan okullarda öğrenim gören 6-18 yaş öğrenciler oluşturmaktadır. Örneklem seçim yöntemi kullanılmadan evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir.

Çocuk ergen izlemleri kapsamında 5728 öğrencinin aile hekimleri tarafından 2022-2023 eğitim öğretim dönemi periyodik muayeneleri 18.11.2022-05.05.2023 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Öğrencilerden 238'i 6 yaş altında, 26'sı 18 yaş üstünde olması ve 1'i muayene formunda muayene tarihinin 2018 yazması nedeniyle çalışmaya dâhil edilmemiştir. Toplamda 5463 öğrenci çalışmaya dâhil edilmiştir. Muş Bulanık ilçe merkezindeki okullarda öğrenim gören 6-18 yaş öğrenci sayısı bilinmediğinden evrenin yüzde kaçına ulaşıldığı hesaplanamamaktadır.

Öğrencilerin cinsiyet, doğum tarihi, boy (cm), kilo (kg), BKİ [kilo(kg)/boy2(m)], izlem yaşı ve izlem tarihi bilgileri aile hekimleri tarafından 2022-2023 eğitim öğretim dönemi çocuk ergen izlemleri kapsamında öğrencilere verilen gençlik sağlığı izlem çıktılarından elde edilmiştir.

Etik kurul onayı Fırat Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 01.06.2023 tarihli 16311 sayılı yazı ile, kurum izni Muş İl Sağlık Müdürlüğü'nden 28.07.2023 tarihli komisyon kararı ile alınmıştır. Elde edilen veriler SPSS 21.0 ve WHO AnthroPlus programları ile analiz edilmiştir. Boy, kilo ve BKİ değerleri Z-skor (SD) kesişim noktalarına göre yorumlanmış olup, Yaşa Göre Beden Kütle İndeksi incelenmiştir. Buna göre; <-2SD: çok zayıf; >=-2SD-<-1SD: zayıf; >=-1SD-<+1SD: normal; >=+1SD-<+2SD: hafif şişman; >=+2SD: şişman olarak değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler kategorik değişkenler için frekans ve yüzde, sürekli değişkenler için Ortalama ± Standart sapma ve Ortanca ile En küçük değer - En büyük değer olarak sunulmuştur. İstatistiksel analizde ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık p<0,05 düzeyinde değerlendirilmiştir.

Çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamıştır. Yazar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmektedir.

Bulgular: Öğrencilerin %43,8'i (n=2395) erkek olup, tüm öğrencilerin yaş ortalaması 11,39 ± 3,43'tür (ortanca = 11, en küçük değer = 6, en büyük değer = 18). Öğrencilerin 25,8'i (n = 1412) 6-8 yaş, %25,3'ü (n = 1382) 9-11 yaş, %26,4'ü (n = 1443) 12-14 yaş ve %22,4'ü (n = 1226) 15-18 yaş grubundadır. Öğrencilerin boy ortalaması 146,26 ± 16,90 cm (ortanca = 148,00, en küçük değer = 98,00, en büyük değer = 196,00), kilo ortalaması 40,92 ± 14,80 kg (ortanca = 40,00, en küçük değer = 16,00, en büyük değer = 123,00) ve BKİ ortalaması 18,43 ± 3,44'tür (ortanca = 17,83, en küçük değer = 11,15, en büyük değer = 37,96). BKİ sınıflamasına göre öğrencilerin %2,9'u (n = 161) çok zayıf, %13,3'ü (n = 725) zayıf, %65,7'si (n = 3591) normal, %13,7'si (n = 746) hafif şişman ve %4,4'ü (n = 240) ise şişman sınıfındadır. BKİ sınıflaması ile cinsiyet ve yaş grupları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p < 0,001). Normal BKİ sınıfında olma sıklığı kadınlarda (%67,7) erkeklere (%63,3) göre; şişmanlık sıklığı erkeklerde (%6,0) kadınlara (%3,1) göre anlamlı olarak daha fazladır. Normal BKİ sıklığı 6-8 (%67,5) yaş grubunda 9-11 (%62,0) yaş grubuna göre, 15-18 (%70,9) yaş grubunda 9-11 ve

12-14 (%63,2) yaş gruplarına göre anlamlı olarak daha fazladır. Hafif şişmanlık sıklığı 9-11 (%16,4) ve 12-14 (%16,1) yaş gruplarında 6-8 (%10,5) ve 15-18 (%11,3) yaş gruplarına göre anlamlı olarak daha fazladır. Şişmanlık sıklığı 6-8 (%5) ve 9-11 (%5,6) yaş gruplarında 15-18 (%2,5) yaş grubuna göre anlamlı olarak daha fazladır.

Sonuç: Öğrencilerin önemli bir kısmının normal BKİ değerlerine sahip olmadığı görülmektedir. Hafif şişmanlık sıklığın hızlı kilo artışının görüldüğü ergenlik döneminin başladığı dönem olan 9-14 yaş aralığında en yüksek olması dikkat çekicidir. Şişmanlık sıklığı erkek ve 6-11 yaş öğrencilerde daha fazladır. Okul çağı çocuklarında sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite konularında eğitimlerin verilmesi daha sağlıklı bir toplumun oluşturulması için faydalı olacaktır.

Evrenin tamamına ulaşılamamış olması ve öğrencilerin periyodik muayenelerinin farklı aile sağlığı merkezlerinde yapılmış olması çalışmanın kısıtlılığıdır.

Anahtar Kelimeler: Öğrenciler, beden kütle indeksi, zayıflık, şişmanlık

[S171]
ESKİŞEHİR'DEKİ İLKÖĞRETİM ÖĞRETMENLERİNİN BESLENME BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Seval Çalışkan Pala[1], **Muhammed Fatih Önsüz**[2], **Sevil Aydoğan Gedik**[3], **Rukiye Gözde İzmir**[3], **Kadir Ayberk Karagöz**[4], **Ayşe Şimşek**[3], **Emre Uman**[3], **Gülseren Üstündağ**[3]

[1]*Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü*
[2]*Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
[3]*Eskişehir Odunpazarı İlçe Sağlık Müdürlüğü*
[4]*Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı*

Giriş ve Amaç: Beslenme yaşamın her döneminde sağlığın temelini oluşturmak ile birlikte çocuklar için ayrı bir değere sahiptir. Bunun en öncelikli nedeni ise büyüme ve gelişme süreci içinde olan çocukların kazanacakları beslenme alışkanlıklarının yaşam boyu sürdürülmesidir. İlköğretim çağındaki çocuklara yeterli ve dengeli beslenme konusunda bilgi aktarmada ve rol model olmada öğretmenler temel görev üstlenmektedir. Bu çalışmada Eskişehir'de görev yapmakta olan ilköğretim öğretmenlerinin beslenme bilgi düzeyleri ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Çalışma 2022-2023 eğitim öğretim yılında Eskişehir'deki ilköğretim öğretmenlerinde gerçekleştirilen kesitsel tipte bir araştırmadır. Evreni bilinmeyen örnekleme yöntemine göre en az 384 öğretmene ulaşılması gerektiği hesaplandı (%95 güven aralığı, %5 hata payı). Çalışma için gerekli etik ve idari izinler alındı. Veri toplama amacıyla hazırlanan anket form sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum), ilişkili olabilecek faktörler (çalışma süresi, Vücut Kitle İndeksi (VKİ), beslenme eğitimi alma durumu), Beslenme Bilgi Ölçeği (BBÖ), Besin Seçim Testi (BST) ve Chew'in Sağlık Okuryazarlığı Tarama Anketi'ni (CSOY) içermekte idi. Çalışmada bağımlı değişken beslenme bilgi düzeyi; bağımsız değişkenler ise yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma süresi, VKİ, beslenme eğitimi alma durumu, BST ve CSOY olarak belirlendi. BBÖ puanı <79=yetersiz, 79-89=düşük, 90-100=orta, >101=yüksek bilgi düzeyi olarak değerlendirildi. BST "sağlık, duygu durum, uygunluk, duyusal çekicilik, doğal içerik, fiyat, ağırlık kontrolü, aşinalık, etik kaygı" olmak üzere dokuz faktörden oluşmakta olup her alt alanın puanı büyükten küçüğe sıralanarak bireylerin besin seçiminde hangi alt bileşene daha fazla önem verdiği belirlenmektedir. CSOY puanının artması ise sağlık okuryazarlığının azaldığını göstermektedir. Anket form katılımcılar tarafından dolduruldu. Verilerin analizinde normal dağılıma uygunluk testlerinden sonra ki-kare testi ve Spearman korelasyon testi kullanıldı.

Bulgular: Çalışma grubunu oluşturan 578 öğretmenin yaş ortalaması (SD) 44,25 (7,77) yıl olup %72,5'i (n:419) kadın idi. Öğretmenlerin BBÖ'den aldıkları puan ortancası (min-maks) 94,0 (32,0-124,0), ortalaması (SD) 94,0(13,2) idi. Öğretmenlerin %10,7'si yetersiz, %18,5'i düşük, %42,8'i orta ve %28,0'i yüksek beslenme bilgi düzeyine sahip idi. BBÖ ile yaş, medeni durum, VKİ, çalışma süresi, beslenme eğitimi alma durumu arasında herhangi bir fark saptanmaz iken yüksek bilgi düzeyi sıklığının kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu saptandı (p=0,007). BST'ye göre ise besin seçimi etkileyen en önemli üç faktör doğal içerik, sağlık, duyusal özellik olarak saptanmış olup en az öneme sahip olan belirleyici faktör ise etik kaygılar olarak bulundu. BBÖ ile BST faktörlerinden doğal içerik arasında pozitif yönde zayıf (r:0,171; p<0,001), sağlık arasında pozitif yönde zayıf (r:0,146; p<0,001) bir ilişki saptandı. CSOY'dan aldıkları puan ortancası (min-maks) 5,0 (1,0-15,0), ortalaması (SD) 5,4 (2,0) idi. BBÖ ile CSOY arasında ise negatif yönde zayıf bir ilişki saptandı (r:-0,160; p<0,001).

Sonuç: İlköğretim okullarında görev yapmakta olan her dört öğretmenden birinin beslenme bilgisi yetersiz/düşük olarak saptandı. Öğretmenlerin beslenme konusundaki bilgi düzeyini geliştirmede özellikle doğal içerik ve sağlık gibi besin seçiminde önem arz eden faktörlerin ve sağlık okuryazarlığının birlikte ele alınması faydalı olacaktır. Çalışmanın kısıtlılığı olarak; sadece Eskişehir'deki ilköğretim öğretmenlerinde yapıldığından genellenmesi mümkün değildir. Daha büyük çalışma grupları ile ayrıntılı olarak yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Beslenme bilgi düzeyi, Besin Seçimi, Öğretmen, Sağlık okuryazarlığı

[S172]
BALIKESİR ALTIEYLÜL İLÇE MERKEZİNDE YAŞAYAN YETİŞKİNLERDE GIDA GÜVENLİĞİNE YÖNELİK BİLGİ DURUMU İLE BUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE GIDA TÜKETİM ALIŞKANLIKLARININ BELİRLENMESİ

Emine Ayhan Akman, Çağdaş Sonat, Murat Aysin, Sultan Eser
Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Balıkesir

Giriş ve Amaç: Gıda güvenliği, gıdaların insan sağlığına zarar verebilecek maddeler içermesini önleyen bilime dayalı bir disiplin, süreç veya eylemdir. Güvenli gıdaya erişim sorunları dünya genelinde her yıl yaklaşık 600 milyon insanın hastalanması ve yaklaşık 420.000 kişinin ölümüyle doğrudan ilişkilidir. Tüketiciler gıda güvenliğinin en son halkasını oluşturmaktadır. Bu nedenle, tüketicinin bilinçli olması gıda güvenliğini sağlamanın en önemli faktörlerinden biridir. Çalışmamızın amacı; Balıkesir ili Altıeylül ilçesi merkezinde yaşayan yetişkinlerin gıda güvenliği bilgi düzeyi ile bunları etkileyen faktörleri değerlendirmek ve gıda tüketim alışkanlıklarını belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki bu çalışma Şubat ve Mart 2023 tarihlerinde, Balıkesir ilinin Altıeylül ilçesi merkez mahallelerinde 18 yaş ve üzeri yetişkinlerde gerçekleştirildi. Çalışmanın evrenini Balıkesir ili Altıeylül ilçesi merkezinde yaşayan 106.671 yetişkin oluşturmaktaydı. Örneklem büyüklüğü; Epi Info 7.2 programı kullanılarak, %95 güven aralığı, %5 hata payı, %50 prevalans, 1,5 desen etkisi, %20 yedek ile 690 olarak hesaplanmış olup 707 katılımcı araştırmaya dahil edildi. Çok aşamalı örnekleme yöntemi kullanıldı. Ulaşılması gereken kişi sayısı mahallelerin nüfusuna göre tabakalandırıldı. Her mahallede gidilecek sokaklar basit rastgele yöntemle belirlendi. Sistematik örnekleme ile hanelere ulaşıldı. Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından hazırlanan anket katılımcılarla yüz yüze görüşülerek dolduruldu. Araştırmanın bağımsız değişkenleri; sosyodemografik özellikler, sağlık durumu ve alışkanlıklar, gıda tüketim alışkanlıkları, gıda güvenliği ile ilgili bilgi kaynakları; bağımlı değişkeni ise gıda güvenliğine yönelik bilgi düzeyiydi. Toplanan veriler SPSS 26.0 programıyla çözümlendi. Tanımlayıcı veriler için sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanıldı. Tek değişkenli analizlerde t testi ve tek yönlü varyans analizi; çok değişkenli çözümlemelerde lineer regresyon analizi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ kabul edildi. Etik kurul onayı; Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan alınmıştır (07/02/2023 tarih 2023/19 sayı).

Bulgular: Katılımcıların %60,1'i kadın, %67,6'sı evliydi. Yaş ortalaması 45,0±15.7'idi. %40,2'si önlisans ve üstü öğrenim düzeyine sahipti. %41,3'ü ücretli bir işte çalışmakta olup %62,8'inin hane geliri asgari ücret ile yoksulluk sınırı arasındaydı. Katılımcıların %74,3'ü her gün evinde yemek hazırlamakta, %13,6'sı haftada iki veya daha fazla kez dışarıdan yemek yemekteydi. Dışarıdan yemek yeme nedenleri en sık sosyal sebepler (aile, arkadaşlarla beraber yemek) (%76,0) ve zamandan tasarruf etmek(%41,9) olarak saptandı. Katılımcıların %66,9'u organik gıda tükettiğini, tüketenlerin %78,4'ü organik gıdaları düzenli olarak temin ettiğini belirtti. Organik gıda tüketen katılımcıların %94,1'i bu gıdaları sağlıklı bulduğu, %61,9'u lezzetli bulduğu için tüketmekteydi. Araştırmamıza katılanların %47,9'u gıda güvenliği kavramını daha önce duyduğunu bildirdi. Duyduğunu bildirenlerin %59,9'u gıda güvenliği tanımını tam olarak doğru bildi. Katılımcıların gıda alışverişinde en fazla dikkat ettikleri özellik %84,9 ile tazelikti. Dikkat ettikleri özellik bakımından hijyen (%58,7) ve gıda güvenliği (%29,7) son iki sırada yer almaktaydı. Gıda kaynaklı bakterilerden en sık duydukları Brucella'ydı (%65,5). Katılımcılar gıda güvenliği ile ilgili bilgilerini en sık radyo/televizyon (%59,4) ve internetten (%51,5) edindiklerini; gıda satın alırken %69,2 ile en çok aile ve arkadaşlarından etkilendiklerini belirttiler. Katılımcılar evlerinde gıdaları en sık cam kaplarda (%88,3), ikinci sıklıkta plastik kaplarda (%49,6) saklamaktaydı. Katılımcıların %48,8'i son bir yılda para veya başka kaynakların eksikliğinden dolayı yeterli gıda bulamayacağı için en az bir kez kaygılandığını; %29,0'u aynı sebepten sağlıklı ve besleyici gıda yiyemediğini bildirdi. Alım gücü yetersizliğinden dolayı katılımcıların %10,2'si son bir yılda bir veya iki kez, %4,2'si her ay olmasa da bazı aylarda, %1,7'si neredeyse her ay aç olmasına rağmen yemek yiyemediğini belirtti. Lineer regresyon analiz sonucuna göre bağımsız değişkenler ile gıda güvenliğine yönelik bilgi düzeyi karşılaştırıldığında; öğren-

im düzeyi (unstandardized B:0,958, %95 GA:0,202 – 1,715); dışarıdan yemek yeme sıklığı (unstandardized B: 1,603, %95 GA:0,680 – 2,525), gıda güvenliği ile ilgili bilgilerini gazete ve dergiden edinme (unstandardized B: -2,095 GA:-3,347 – -0,843) ve gıda güvenliği ile ilgili bilgilerini bilimsel yazı, kitap ve sağlık bakanlığından edinme durumu (unstandardized B: 1,809 GA:0,649 – 2,970) ile gıda güvenliğine yönelik bilgi düzeyi ilişkili bulundu.

Sınırlılıklar: Veriler mesai saatleri içinde ve şehir merkezinde toplandığı için çalışan nüfusun bir kısmını ve kırsal alanı temsil etmemektedir. Geçmişe yönelik sorulan anket sorularımız nedeniyle hatırlama faktörü kaynaklı yanlılık sonuçlarımıza bir miktar yansımış olabilir.

Sonuç: Çalışmamızda, önlisans ve üzeri öğrenim düzeyine sahip olanlar ve gıda güvenliği ile ilgili bilgilerini bilimsel yazı, kitap ve sağlık bakanlığından edinenlerin gıda güvenliğine yönelik bilgi düzeyi daha yüksek saptandı. Hiçbir zaman dışarıda yemek yemeyen ve eve yemek sipariş etmeyenlerin ve gıda güvenliği ile ilgili bilgilerini gazete ve dergilerden edinenlerin gıda güvenliğine yönelik bilgi düzeyleri daha düşük saptandı. Gıda güvenliğine yönelik bireysel ve grup eğitimlerinin düzenlenmesinin halkın bilgi düzeyine katkısı olabilir. Eğitimlerde öğrenim düzeyi düşük bireylere öncelik verilmeli ve kişiler sağlık bakanlığı, bilimsel yazılar gibi güvenilir kaynaklara yönlendirilmelidir. Bilimsel yazıların sadeleştirilerek halkın çoğunluğunun anlayabileceği şekilde broşürler halinde dağıtılması da faydalı olabilir. Gazetelerin doğru bilginin kaynağı olması adına; gazetelerin gıda içerikli yazılarındaki kaynakların güncel ve geçerli olması, ilgili yazı ve haberlerdeki reklam, abartı ve çarpıtmaların önüne geçilmesi sağlanmalı, gerekirse bu konudaki denetim mekanizmaları gözden geçirilmelidir. Gıda güvenliği konusunda kurumlar ve sektörler arası işbirliği yapılması toplum sağlığı çıktıları açısından faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Bilgi düzeyi, Gıda güvenliği, Tüketim alışkanlıkları

[S173]
İSTANBUL›DA BİR KÖY OKULUNDA İLKOKUL ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK TARAMASI SONUÇLARININ İNCELENMESİ: TANIMLAYICI BİR ÇALIŞMA

Mahmut Talha Uçar[1], Buse Ergül[2], Mustafa Öztürk[1]
[1]SBÜ Hamidiye Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı
[2]İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Okul sağlığı hizmetleri, çocukların beden sağlığı, ruh sağlığı ve sosyal sağlıklarında tam bir iyilik hali sağlamayı, sağlıklarını korumayı ve geliştirmeyi hedefleyen, toplumun sağlık düzeyini yükselten bir halk sağlığı hizmetidir. Okul döneminde sık görülen sağlık sorunlarının taramalarla belirlenmesi, görme, işitme, denge, büyüme-gelişme, ağız sağlığı, tansiyon sorunlarının aralıklı sağlık muayeneleri ile değerlendirilmesi önerilmektedir. Çocuklar sürekli büyüme ve gelişme içindedir, bu dönemde alınan tedbirler hayat boyu sağlıklarında önemli bir belirleyicidir ve eğitim hayatlarındaki başarıyı etkilemektedir.

Çocukluk çağı hipertansiyon sıklığı %2-5 arasında olduğu düşünülmektedir. Çocukluk Çağı Obezite Araştırmasında Türkiye genelinde 2015-16 öğretim yılı 2. sınıf öğrencisi erkek çocukların %9,9'u şişman, %14,6'sı kilolu olarak bulunmuştur. Ülkemizde yapılan ağız diş sağlığı taramalarında 6 yaş çocuklarda süt dişi çürük görülme sıklığı %83 olarak belirlenmiştir. İstanbul'da 3568 ilköğretim öğrencisinin göz taramasında herhangi bir göz patolojisi sıklığı %11 olarak saptanmış, bu bireylerin yaklaşık yarısı taramada tespit edilmiştir. Bu çalışma bir köy okulundaki ilkokul öğrencilerinin tek günde boy, kilo, görme, işitme, kan basıncı, ağız-diş sağlığı durumlarını taramak, sağlık sorunu olan öğrencileri belirleyerek gerekli tedbirleri almayı amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma İstanbul ili Beykoz ilçesindeki bir köy okulunda 26.04.2022 tarihinde gerçekleştirilen sağlık taraması verilerinin retrospektif olarak değerlendirildiği tanımlayıcı bir çalışmadır. Tarama ve eğitim programından bir gün önce velilere aydınlatılmış onam mektubu gönderilerek programın amacı, kazanımları ve basamakları aktarılarak 'Veli İzin Belgesi' ile onamları alınmıştır. Velisi onam veren ve o gün okulda olan tüm öğrenciler çalışmaya dahil edilmiş onamı olmayan öğrenciler tarama dışında bırakılmıştır. Okul mevcudu 64 olup 4 veli onam vermemiş 8 öğrenci o gün okula gelmemiş, 52 öğrenciye ulaşılmıştır (%82,25). Tarama sonuçları, cinsiyet, doğum tarihi, sınıf, boy, kilo, kan basıncı, görme, ağız-diş sağlığı ve kulak-denge muayenesi bilgilerini içeren 'Sağlıklı Çocuk İzlem Tarama Formu'na kaydedilmiştir. Tarama ekibinde bir halk sağlığı, bir pediatri asistan hekimi, bir göz hastalıkları uzmanı, bir diş hekimi, 10 intörn doktor, 4 intörn diş hekimi, bir fizyoterapsit bulunmuştur. Tüm muayeneler için ayrı gruplar oluşturulmuş, tarama öncesi oryantasyon eğitimleri gerçekleştirilmiştir. Tarama ekipleri sınıfları sırayla gezerek muayeneler ve ölçümler sınıflarda gerçekleştirilmiş, sadece görme muayenesi karanlık bir odada göz hastalıkları uzmanı tarafından gerçekleştirilmiştir. Muayenede Ulusal Görme Taraması Rehberine uygun olarak görme keskinliği, kayma muayenesi, göz hareketleri, pupil muayenesi, kırmızı refle testi, fundus muayenesi gerçekleştirilmiştir. Görme keskinliği muayenesi midriyatik damlatılmadan önce yapılmış, E Snell'i kullanılmıştır. Göz dibi muayenesi yapılırken velisi onam veren öğrencilerin pupillerine midriyatik damlatılarak muayene kalitesi artırılmıştır. Kilo ölçümü giysiler hafifletilerek elektronik tartı ile yapılmıştır. Boy ölçümü ayakkabılar çıkarılarak, topuk, baş ve sırt duvara yaslanarak sert bir mezura ile yapılmıştır. Tansiyon ölçümleri pediatrik manşon kullanılarak elektronik cihaz ile koldan yapılmıştır. Veriler değerlendirilirken Çedd Çözüm Çocuk Endokrinolojisi ve Diyabet Derneği'nin web sitesi kullanılmış, Boy, Kilo ve BKİ değerlendirmelerinde Olcay Neyzi Persantilleri kullanılmıştır. Hipertansiyon değerlendirmesinde DSÖ z skorları kullanılmıştır. Ağız Diş sağlığı muayenesi bir diş hekimi ve intörn diş hekimleri tarafından gerçekleştirilmiş muayenede Çürük-Dolgulu Süt Diş, Çürük-Dolgulu Kalıcı Diş, Çekilmiş Kalıcı Diş, Maloklüzyon muayenesi yapılmış, diş fırçalama durumları sorgulanmıştır. Denge muayenesi fizyoterapist tarafından yapılmıştır.

Olumsuz tarama sonuçları saptanan çocukların velilerine bilgi verilmek üzere sınıf öğretmenlerine geri bildirimde bulunulmuştur. Çalışmanın gerçekleştirilmesi için Beykoz Kaymakamlığı'ndan gerekli izinler alınmıştır.

Etik kurul izni Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan alınmıştır. Veriler SPSS'te analiz edilmiş, nitel değişkenler, frekans, yüzdelik değerler, nicel değişkenler medyan, aritmetik ortalama (±standart sapma) değerleri ile sunulmuştur.

Bulgular: Öğrencilerin 31'i kızdır, yaş ortalamaları 8,4(ss ± 1,2)'tür. % 25'i 1. sınıf, %23,07'si 2. sınıf, %23,07'si 3. sınıf, %28,86'sı 4. Sınıfta olduğu görülmüştür. Görme muayenesinde 52 öğrenciden 11'inde her iki gözde kırıcılık kusuru; 2'sinde sadece sağ gözde, 2'sinde sadece sol gözde kırıcılık kusuru saptanmıştır. 15 öğrencinin sadece 8'i bu durumu bilmekte ve gözlük kullanmaktadır, 7'si muayene sırasında saptanmıştır (%46,7). 2 öğrencide ekzotropya saptanmıştır. 52 öğrenciden 28'i dişlerini düzenli fırçalamamaktadır. Öğrencilerin 15'inde maloklüzyon, 48'inde süt dişi veya kalıcı dişlerinden birinde çürük saptanmıştır. Kulak muayenesinde bir öğrencinin bir kulak zarının perfore olduğu, 12'sinde buşon olduğu görülmüştür. 3 çocuğun +2,33 ve 2 çocuğun +2,05 olmak üzere 5 çocuğun sistolik tansiyon basınçları ortalamadan +2 standart sapmanın dışında saptanmıştır. Boy, kilo ve BKİ değerlendirmesinde 6'sının obez (ortalamadan Ss 4,08; 3,58; 2,65; 2,43; 2,23; 2,19); 9'unun fazla kilolu (ortalamadan Ss 1,95; 1,94; 1,85; 1,84; 1,58; 1,45; 1,07; 1,06; 1,04) ve 3'ünün zayıf-kavruk (ortalamadan Ss -2,45; -2,56; -2,75) olduğu görülmüştür. Denge muayenesinde 7 öğrencinin ince motor hareketleri yapamadığı saptanmıştır.

Sonuç: Tarama bulgularına göre ilkokul öğrencilerinde çeşitli sağlık sorunları olduğu, bunların bazılarının daha önce bilinmediği tarama sırasında saptandığı görülmüştür. Bu taramamızda elde ettiğimiz bazı ölçümlerin tekrarlanması gerektiği göz önünde bulundurulmalıdır, tek ölçüm çalışmamızın bir sınırlılığıdır. Sağlık taramaları ile çocukluk çağında karşılaşılan sağlık sorunları erken dönemde tespit edilebilir ve önlenebilir. İlçe sağlık müdürlükleri uhdesinde yürütülen okul sağlığı tarama programları genişletilmeli, ülke genelinde sağlık taramaları rutin aralıklarla uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Okul Sağlığı, Sağlık Taramaları, Çocuk Sağlığı

[S174]
İLKOKULLARDA EKOLOJİ OKURYAZARLIĞI DEĞİŞİMİNİN SAĞLIĞI GELİŞTİRMEYE ETKİSİ: BİR MÜDAHALE ÇALIŞMASI

Ece Elif Öcal Yanık[1], Muhammed Fatih Önsüz[2]
[1]Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uşak
[2]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Eskişehir

Giriş ve Amaç: Ekoloji okuryazarlığının temelini doğa ve ekolojik sistemlerin nasıl çalıştığı hakkındaki bilgi ve anlayışın oluşturduğu kabul edilmekte olup, amacı doğal dünya ile ilişkileri ve karşılıklı bağımlılığı tanımlayan ve sürdürülebilir yaşam biçimlerinin temini için yeni kapasitelerin geliştirilmesini destekleyen bir fikir çerçevesi oluşturulmasıdır. Ekolojik okuryazarlık ciddi çevre problemlerine cevap vermekte ve ekolojik bilgiye dayanarak bu problemleri ele alma potansiyeli sunmaktadır. Çalışmada, ilkokul öğrencilerinde ekolojik okuryazarlık düzeyini artırmaya yönelik bir müdahale programının öğrencilerin sağlığı geliştirme tutumuna etkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, Eskişehir ilinde bulunan, eko-okul olmayan 4 ilkokulda öğrenim görmekte olan 271 dördüncü sınıf öğrencisi (müdahale grubu (n:141)/ kontrol grubu (n:130)) ile yürütülen bir müdahale çalışmasıdır. Çalışmanın yapılabilmesi için, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 10.09.2019 tarihli ve 22 karar sayılı Etik Kurul onayı alınmıştır. Çalışmada uygulanan eğitimin değerlendirilmesi için araştırmacılar tarafından hazırlanan anket form İlkokul Öğrencileri için Ekolojik Okuryazarlık Ölçeği (İÖEOYÖ) ve Çocuklarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (ÇSYBDÖ)'ni içermekteydi. Müdahale grubundaki öğrencilere ekolojik okuryazarlık konusunda yaklaşık 40-45 dakikalık bir sunum şeklinde eğitim uygulandı. Müdahale ve kontrol gruplarına eğitim öncesinde ve 1 ay sonrasında aynı soruları içeren anket form uygulandı. Ölçülebilir verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogrov-Smirnov testi ile değerlendirildi ve normal dağılım göstermediği saptandı. Kategorik verilerin değerlendirilmesinde ki-kare testi, sürekli verilerin değerlendirilmesinde Mann Whitney U testi kullanıldı. Çalışmanın müdahale aşaması ile ilgili kategorik verilerin değerlendirilmesinde Mc Nemar testi, sürekli verilerin değerlendirilmesinde Wilcoxon eşleştirilmiş iki örnek testi kullanıldı.

Bulgular: Çalışmada müdahale öncesinde kontrol ve müdahale gruplarındaki öğrencilere "İnsan kaynaklı çevresel sorunlar hangileridir?" sorusu sorulduğunda, "su kaynaklarının kirlenmesi" seçeneği hariç iki grup arasında fark saptanmadı ($p>0.05$). Müdahale sonrasında, aynı soruya kontrol grubundaki öğrencilerin doğru cevap verme sıklıklarında fark saptanmazken ($p>0.05$), müdahale grubunda yer alan öğrencilerin "su kaynaklarının kirlenmesi", "düzensiz çimen ve çitler" ile "katı atıklar" seçeneklerine doğru cevap verme sıklıklarının arttığı bulundu ($p<0.05$). Müdahale ve kontrol grupları arasında müdahale öncesinde İÖEOYÖ'den aldıkları puan ortancaları arasında fark saptanamadı ($p>0.05$). Müdahale sonrasında ise, müdahale grubu öğrencilerinin İÖEOYÖ'den aldıkları puan ortancalarının müdahale öncesine göre arttığı saptandı ($p<0.05$). Kontrol grubunda ise fark saptanamadı ($p>0.05$). Müdahale öncesinde müdahale ve kontrol grubu öğrencilerinin ÇSYBDÖ'den ve hijyen alt alanı hariç diğer alt alanlardan aldıkları puan ortancaları arasında fark bulunamadı ($p>0.05$). Müdahale sonrasında ise, müdahale ve kontrol grubu öğrencilerinin ÇSYBDÖ'den aldıkları puan ortancalarının arttığı saptandı ($p<0.05$).

Sonuç: İlkokul öğrencilerinde yapılan eğitim müdahalesinin ekolojik okuryazarlığı olumlu yönde etkilediği görüldü. Bu yaş grubu çocuklara verilecek eğitimlerin ekolojik okuryazarlık ve çevre konusunda daha duyarlı bireyler yetiştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Konu ile ilgili eğitimlerin ilkokul ve sonrasında bir süreklilik içerisinde eğitim müfredatlarına da eklenmesinin önemli olacağı kanaatine varıldı.

Anahtar Kelimeler: ekolojik okuryazarlık, sağlığı geliştirme, ilkokul öğrencisi

[S175]
MANİSA'DA BİR MERKEZ İLÇEDE İLKÖĞRETİM 5. VE 7. SINIF ÖĞRENCİLERİNDE AKRAN ZORBALIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Damla Akman[1], **Beyhan Cengiz Özyurt**[2], **Şermin Yalın Sapmaz**[3]
[1]*Mardin İl Sağlık Müdürlüğü*
[2]*Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı*
[3]*Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı*

Giriş ve Amaç: Akran zorbalığı hakkında öncü çalışmaları İskandinav okullarında 1970'lerde başlatan Olweus'a göre akran zorbalığı "Bir ya da daha fazla öğrenci tarafından başka bir öğrenciye sürekli olarak olumsuz eylemlerde bulunulması ve bu olumsuz eylemlerin kasıtlı bir biçimde zarar verme ve rahatsız etme amacı taşımasıdır. Bu araştırmada Manisa ili Şehzadeler merkez ilçedeki kentsel ve yarı kentsel okullarındaki 5. ve 7. sınıflara devam eden öğrencilerde akran zorbalığı sıklığını saptamak ve akran zorbalığını etkileyen faktörleri belirlemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki bu araştırma Manisa'da merkez bir ilçenin okullarında 5. ve 7. Sınıf öğrencileri arasında 17.03.2022-12.05.2022 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini ilçede 5. ve 7. sınıfa devam eden toplam 3902 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmaya alınması gereken en az öğrenci sayısı; OpenEpi Programı'nda %95 güven düzeyinde, %20.3 sıklık (Tıpırdamaz Sipahi H. 2008), %4 hata payı ve desen etkisi 2 alınarak 707 öğrenci olarak hesaplanmıştır. Örnek seçiminde tabakalı-rastgele örneklem yöntemi kullanılmıştır. İlçede bulunan okullar kentsel ve yarı kentsel olmak üzere iki tabakaya ayrılmış, araştırmanın yapılacağı sınıf seviyelerinde tabakalarda bulunan toplam öğrenci sayıları hesaplanmış ve buna göre 4 kentsel ve 3 yarı-kentsel okul basit rastgele yöntemle seçilmiş ve araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmanın verileri oluşturulan anket formuyla okul idaresinin uygun gördüğü bir ders saatinde araştırmacı tarafından akran zorbalığı hakkında bilgi verildikten sonra araştırmaya katılmayı kabul edilen öğrencilerden gözetim altında anket yöntemi ile toplanmıştır. Araştırma toplam 32 sınıftan 718 öğrencinin katılımıyla sonlanmıştır.

Araştırmanın akran zorbalığına uğrama (kurban), akran zorbalığı yapma (zorba) ve hem zorbalığa uğrama hem de zorbalık yapma (zorba/kurban) olmak üzere üç tane bağımlı değişkeni vardır. Bağımlı değişkenler Olweus Öğrenciler İçin Akran Zorbalığı Anket aracılığı ile belirlenmiştir.

Bağımsız değişkenler; sosyodemografik özellikler, sosyal sınıf (Borotav Sosyal sınıf şemasına göre),öğrencinin eğitim gördüğü sınıf türü (Kaynaştırma sınıfı-değil), kaynaştırma öğrencisi olup olmamak, okul ve ikametgah bölgesi (kentsel-yarı kentsel), ebeveyn ve aileye yönelik özellikler (sosyal sınıf, iş, çocukla iletişim özellikleri, eğitim), sınıf içi ve dışı arkadaşlık ilişkileri, okul başarısının öz değerlendirmesi, öğrencinin fiziksel ve sosyal aktiviteleri, ailede ruhsal hastalık varlığı, Güçler ve Güçlükler Anketinden (GGA) elde edilen çocuğun yaşamına dair yaşadığı sorunlar ve güçlü yanlarıdır.

Araştırmanın verilerinin analizi için SPSS 15.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Veriler tanımlayıcı istatistikler ile değerlendirilmiştir. Tek değişkenli analizlerde Ki-kare, Eğimde Ki-kare, Fisher's Exact Test ve Student's t testi kullanılmıştır. Çok değişkenli analizlerde lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Tip 1 hata 0.05 olarak alınmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan öğrencilerin %51.4'ü 5.sınıf ve yaş ortalaması 11.5±1.2'dir. Araştırma grubunun %51.3'ünü kızlar oluşturmaktadır. Öğrencilerin %49.6'sı kaynaştırma sınıflarında eğitim görmektedir. Araştırma grubunun annelerin %36.7'si lise ve üstü eğitime sahiptir babalarda ise bu oran %49.4'tür. Öğrencilerin %17.1'i anneleriyle ve %22.3'ü babalarıyla canlarını sıkan konularda konuşmanın zor/çok zor olduğunu belirtmişlerdir. Öğrencilerin %26.2'si derslerinin orta ve %6.1'i kötü/çok kötü olduğunu, %2.5'inin hiç yakın arkadaşı olmadığını ve %5.8'i sınıf arkadaşlarıyla iyi anlaşmadıklarını belirtmiştir.

Araştırmada öğrencilerin %24.2'sinin akran zorbalığına uğradığı, %11.1'inin akran zorbalığı yaptığı ve

%7.0'ının zorba/kurban olduğu bulunmuştur.

Araştırma grubunda akran zorbalığı yapan öğrencilerin; %43.7'sinin kurbanlarla aynı sınıftan olduğu, %43.1'inin 2-3 öğrencili bir grup olduğu ve %29.3'ünün hem kızlar hem de erkekler olduğunu saptanmıştır. Araştırma grubunda akran zorbalığına uğrayan öğrenciler zorbalığa en çok %64.4 ile bahçe ya da spor sahasında uğradığını ve %40.8'i bu durumu kimseye anlatmadığını belirtmiştir. Akran zorbalığına uğrayan öğrencilerden bu durumu anlatanların ise en sık %32.0'ı sınıf öğretmenine ilettiği ancak öğretmenler ne sıklıkla bunu durdurmaya çalışır diye sorulduğunda ise öğrencilerin; %30.4'ü neredeyse hiçbir zaman, %11.3'ü nadiren, %13.5'ü bazen diye yanıtlamıştır.

Araştırma grubu GGA'nın toplam güçlük puanı ortalaması 11.9 ± 5.9'dur. Araştırma grubundaki öğrenciler toplam güçlük puanı açısından değerlendirildiğinde; %78.2'si ortalama, %17.1'i düşük riskli, %10.0'ı yüksek riskli olarak bulunmuştur.

Çok değişkenli analizde akran zorbalığına uğrama sıklığının alt sosyal sınıfta 1.5 kat(%95GA 1.1-2.2), kaynaştırma öğrencisi olanlarda 3.8 kat(%95 GA 1.4-10.3), düzenli spor yapanlarda 2.1kat(%95GA 1.4-3.1), arkadaşı olmayanlarda 4.6 kat(%95GA1.4-14.9) ve sınıf arkadaşları iyi anlaşamayanlarda 3.1 kat(%95GA 1.4-6.7) daha fazla olduğu bulunmuştur. GGA toplam güçlük puanı klinik risk sınıflamasına göre düşük riskli olanlar ortalama olanlara göre 2.2(%95GA 1.4-3.5) ve klinik risk sınıflaması yüksek riskli bulunanlar ortalama olanlara göre 5.1(%95GA 2.8-9.4) kat riskli bulunmuştur.

Çok değişkenli analizde akran zorbalığı yapma erkeklerde 2.2kat(%95GA 1.3-3.7), kaynaştırma sınıflarında eğitim görenlerde 1.8 (%95GA 1.1-3.0), kendilerine göre okul başarısı çok kötü/kötü olanlarda 3.7 kat (%95GA 1.7-8.1) ve arkadaşı olmayanlarda 3.7(1.3-10.8) kat daha fazla bulunmuştur.

Çok değişkenli analizde hem akran zorbalığı yapma hem de uğrama sıklığı erkeklerde 2.3 kat(%95GA1.2-4.3), kendine göre okul başarısı çok kötü/kötü olanlar 4.2 kat(%95GA 1.7-10.4) ve sınıf arkadaşları iyi anlaşmayanlarda 3.3 kat(%95 GA 1.3-8.7) daha fazla bulunmuştur

Sonuç: Araştırmada her dört öğrenciden birinin akran zorbalığına uğradığı saptanmıştır. Kentsel ve yarı kentsel okullar akran zorbalığı açısından farksızdır.

Araştırmada özellikle kaynaştırma öğrencilerinin akran zorbalığına yoğun bir şekilde maruz kaldığı bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin üçte biri sınıf öğretmenlerinin akran zorbalığını neredeyse hiç bir zaman durdurmadığını belirtmişlerdir.

Anahtar Kelimeler: Akran zorbalığı, Kurban, Olweus Öğrenciler İçin Akran Zorbalığı Anketi, Zorba

[S176]
STRES ÜRİNER İNKONTİNANSTA ABDOMİNAL-KEGEL EGZERSİZLERİNİN UYGULANMASINA TELETIBBIN ETKİSİ

Sevda Sungur[1], **Mustafa Sungur**[2], **Mehmet Erhan Aydın**[3], **Selma Metintaş**[1]
[1]*Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Eskişehir SUAM Üroloji Anabilim Dalı*
[3]*Eskişehir Şehir Hastanesi Üroloji Kliniği*

Giriş ve Amaç: Üriner inkontinans (ÜİĬ); kadınlarda daha sık görülen, yaşam kalitesini düşüren, bir sağlık sorunudur. Hastalara öncelikle yaşam tarzı değişiklikleri ve abdominal-Kegel egzersizleri önerilmektedir. Çalışmada teletıp uygulamalarının stres üriner inkontinans (SÜİ)'li hastalarda abdominal-Kegel egzersizleri ve yaşam tarzı değişikliklerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, Mart 2022-Ağustos 2023 tarihleri arasında, Eskişehir Şehir Hastanesi Üroloji polikliniğine başvuran ve SÜİ tanısı alan hastalarda yapılan randomize kontrollü bir araştırmadır. Çalışma için gerekli etik (Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 11.03.2022 tarih ve 2022-12 sayılı kararı) onay ve idari izinler alındı. Çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi BAP tarafından 2520 nolu proje ile desteklendi. Çalışmadaki müdahale ve kontrol gruplarına alınacak hasta sayısı tip 1 (α) hata %5 ve tip 2 hata (1-β) %95 alındığında, etki büyüklüğü 0,44 olarak kabul edilerek en az 47 kişi olarak hesaplandı. Üroloji polikliniğinde SÜİ tanısı alan 20-65 yaş arası kadın hastalar seçim yanlılığını ortadan kaldırmak, gruplar arasında homojenliği sağlamak için yaşa göre tabakalama ve blok randomizasyon yöntemleri kullanılarak müdahale (n=50) ve kontrol (n=50) gruplarına ayrıldı. Araştırmacı tarafından SÜİ, abdominal-Kegel egzersizleri, yaşam tarzı değişiklikleri ile ilgili broşür ve benzer bilgileri içeren; ismi çeşitli disiplinlerden uzmanlar ve ÜİĬ'si olan hastalarla yapılan anket neticesinde "Mutlu Mesane" olarak belirlenen web sitesi hazırlandı. Hazırlanan broşür ve web sitesinin içerik ve kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla DISCERN ölçüm aracı kullanıldı. Ateşman yöntemi kullanılarak web sitesinin Türkçe okunabilirlik indeksi "9-10.sınıf tarafından kolayca anlaşılabilir" olarak hesaplandı. Poliklinikte ilk görüşmede müdahale öncesi (MÖ)'nde ÜİĬ tanı anketi (QUID test), SÜİ'li hastalarda risk belirleme anketi, inkontinans kısa testi (İKT), hastalarda ÜİĬ'nin yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF) uygulandı. Sonra her iki gruba da broşür verildi. Müdahale grubuna ayrıca web sitesi tanıtıldı, hastaya özel web site erişim linki iletildi, eğitim videoları gösterildi. Müdahale ve kontrol grubunun eğitim programını Vizüel Analog Skala ile değerlendirmesi ve müdahalenin hemen sonrası (MS-1)'nda İKT'yi tekrar cevaplaması istendi. Üç aylık takip süresi boyunca müdahale grubuna her gün abdominal-Kegel egzersizleri yapmalarını hatırlatan ve yaşam tarzı değişikliklerini içeren mesajlar WhatsApp ile gönderildi. Üç aylık takip sonrası (MS-2) her iki grupta dönüş yapan 40 hastaya İKT, ICIQ-SF uygulandı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile değerlendirildi. Veriler Ki-kare, McNemar, Mann Whitney U testi, Friedman, Wilcoxon Eşleştirilmiş iki örnek testi ve etki büyüklüğü ile analiz edildi. Intent to treat (ITT) analizi de yapıldı.

Bulgular: Müdahale ve kontrol grupları arasında MÖ sosyodemografik özellikler, SÜİ ile ilişkili olabilecek değişkenler, QUID test puanı ve ICIQ-SF puanı açısından fark bulunmadı (p>0,05). Kontrol grubunda MS-1'de İKT'den alınan puan MÖ'ye göre daha yüksek (p<0,001), MS-2'de MÖ ye göre daha düşük (p=0,011) bulundu (MS-2<MÖ<MS-1). Müdahale grubunda MS-1'de (p<0,001) ve MS-2'de (p<0,001) İKT'den alınan puan MÖ'ye göre daha yüksek bulundu (MÖ < MS-1, MÖ < MS-2). Müdahale grubunda MS-2'de ICIQ-SF'den alınan puan MÖ'de alınan puana göre anlamlı bir düşüş gösterip, yaşam kalitesinin artmış olduğu bulundu (p<0,001; etki büyüklüğü r= -0,75) Kontrol grubunda yaşam tarzı değişikliklerine uyumda MÖ ve MS-2 arasında fark bulunmadı (p>0,05). Müdahale grubunda beden kitle indeksi MS-2'de MÖ'ye göre anlamlı düşüş (p<0,001; etki büyüklüğü r=-0,58), sigara kullanma (%7,5; p=0,031), uygun olmayan miktarda sıvı alımı (%10, p=0,008), sedanter yaşam (%13,7; p<0,001) azalarak, olumlu yönde yaşam tarzı değişiklikleri saptandı (Etki büyüklüğü η2sigara= 0,71, η2sıvı alımı= 0,66 ve η2sedanter yaşam= 0,56). Intent to treat analizlerinde de benzer sonuçlar elde edildi.

Sonuç: Çalışmada teletıp uygulamalarının hastaların yaşam kalitesinde, ÜİĬ ile ilgili bilgilerinde artışa, yaşam tarzlarında olumlu değişikliklere neden olduğu bulundu. Maliyeti düşük bu uygulama ile hastaların şikayetlerinin azaltılması sağlanabilir. Ayrıca yaşam tarzı değişikliklerinin, SÜİ'nin yanısıra kadın sağlığının diğer alanlarını da olumlu etkileyebileceği kanaatine varıldı.

Anahtar Kelimeler: Kegel, Randomize kontrollü çalışma, stres üriner inkontinans, teletıp

[S177]
PANDEMİ HAKKINDA BİLGİ EDİNMEDE KAYNAK OLARAK YOUTUBE VİDEOLARININ İNCELENMESİ

İsmail Hakkı Tunçez[1], **Esra Tunçez**[2]
[1]*Konya İl Sağlık Müdürlüğü, Konya*
[2]*Meram Devlet Hastanesi, Konya*

Giriş ve Amaç: Geçmişten günümüze gelinceye kadar çok sayıda pandemi yaşanmıştır. COVİD-19 pandemisi de sonuncu pandemi olmayacaktır. Gelecekte yeni pandemilerin ortaya çıkacağı konusunda görüş birliği söz konusudur. İnsanların bu konudaki bilgi ve farkındalığının güncel tutulması çok önemlidir. İnternet ortamında pandemiler ile ilgili farklı düzeylerde bilgiler yer almaktadır. YouTube bu bilgilere ulaşma yöntemleri arasında en önemli araçlardan biri durumundadır ve kullanım yaygınlığı günden güne artmaktadır. Bu araştırmada YouTube platformunda pandemiler hakkında bilgi sunan videoların içerik ve kalitesinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Bu nitel araştırma için 07.10.2023 tarihinde, önbelleği temizlenmiş bir web tarayıcısı üzerinden yeni bir YouTube hesabı açılıp arama çubuğuna "pandemi" ve "salgın" kelimeleri yazılarak çıkan videolar alaka düzeyine göre sıralandı. İnternet arama motorları üzerine yapılan araştırmalarda, kullanıcıların %90'dan fazlasının arama sonucu çıkan ilk üç sayfaya baktıkları bilindiğinden çalışmada her bir arama terimi için ilk üç sayfada yer alan 60 video iki araştırmacı tarafından izlendi ve değerlendirildi. Yinelenen veya süresi 20 dakikayı aşan videolar değerlendirmeye alınmadı. Çalışmaya dahil edilen videoların başlığı, URL'si, süresi, eklenmeden sonra geçen gün sayısı, görüntülenme sayısı, uzman görüşü içerip-içermediği, beğenme ve beğenmeme sayıları kaydedildi. Videoların popüleritesinin belirlenmesinde Video Power Index (VPI) değeri ((Beğenme oranı X Görüntülenme oranı) / 100) hesaplandı. Beğenme oranı; (Beğenme sayısı X 100 / (Beğenme sayısı + Beğenmeme sayısı)) formülü ile, görüntülenme oranı ise; ((Görüntülenme sayısı / Video eklendikten sonra geçen gün sayısı)) formülü ile hesaplandı. Videoların kalitesinin belirlenmesinde görsel medya bilgisinin güvenilirliğini saptayan, 5 kriterden oluşan (1. Video açık, kısa ve anlaşılır mı? 2. Geçerli kaynaklardan elde edilmiş mi? 3. Sunulan bilgiler dengeli ve tarafsız mı? 4. İzleyici için ek bilgi kaynakları belirtilmiş mi? 5. Video tartışmalı veya belirsizlik içeren konuları değerlendirmiş mi?) ve her kriterin 1 puan olarak değerlendirildiği modifiye DISCERN ölçeği kullanıldı. Bu web sitesi kamuya açık, ücretsiz bir servis olduğundan araştırmada etik kurul izni alınmadı. Veri analizinde tanımlayıcı istatistiklerle birlikte normallik analizinde Kolmogorov-Smirnov testi, sürekli verilerin analizinde Mann-Whitney U testi, sayısal veriler arasındaki ilişkiyi belirlemede ise Spearman korelasyon testi kullanıldı. İstatistiksel analiz IBM SPSS 22.0 bilgisayar programı ile yapıldı ve tüm testler için istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Araştırmaya dahil edilen en yenisi 1 gün, en eskisi 1396 gün önce eklenen videoların sürelerinin ortancası 193,00 (119,25-486,50) saniye olarak tespit edildi. Videoların görüntülenme sayısı ortancası 4855,50 (1799,25-15688,50), beğenme sayısı ortancası 45,50 (16,00-203,50), VPI ortancası 81,31 (6,96-278,48) ve modifiye DISCERN puan ortancası 2 (2-3) olarak hesaplandı. Uzman görüşü içeren video oranı %36,7 idi. Bu videoların VPI ortancasının 87,14 (4,29-203,66), modifiye DISCERN puan ortancasının 3,5 (3-4) olduğu belirlendi. Uzman görüşü içermeyen videoların VPI ortancası 79,80 (8,94-507,55), modifiye DISCERN puan ortancası 2 (2-2) idi. Her ne kadar VPI değeri uzman görüşü içeren videolarda, içermeyen videolara göre daha yüksek saptanmış olsa da bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($z=-0,87$; $p=0,384$). Modifiye DISCERN puanı açısından baktığımızda ise iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($z=-9,21$; $p<0,001$). Hem uzman görüşü içeren ($r=-0,146$; $p=0,350$), hem de içermeyen videolarda ($r=-0,021$; $p=0,857$) VPI değerleri ile modifiye DISCERN puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmadı.

Sonuç: Bu çalışmada değerlendirilen pandemi ile ilgili videoların çoğunun uzman görüşü içermediği belirlendi. Uzman görüşü içeren videoların kalitesinin içermeyenlere göre daha yüksek olduğu saptanmasına

rağmen, bu videoların popülariteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bulundu. Aynı zamanda çalışmanın bir diğer bulgusu olan VPI değerleri ile modifiye DISCERN puanları arasında korelasyon olmadığının tespiti de, video kalitesinin popülariteyi değiştirmediğini göstermektedir. YouTube platformunda dinamik olarak yeni yüklenen, silinen videolar ya da değişen video sıralamaları nedeniyle ortaya çıkan değişimler, çalışmanın sonuçlarını etkileyebilecek bir kısıtlılık durumudur. Ayrıca çalışmada sadece Türkçe videoların analiz edilmiş olması, araştırmanın bir başka kısıtlılığını oluşturmaktadır. Sonuç olarak en çok izlenen sosyal medya ağlarından biri olan YouTube'a özellikle sağlık alanında videoların eklenmesinin kabulü aşamasında mümkünse bir süzgeçten geçirilmesi uygun olacaktır. Aynı zamanda izleyicilerin doğru bilgiye ve yüksek kaliteli içeriklere ulaşmaları adına bu konudaki farkındalıklarının artırılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Pandemi, YouTube, Video Power Index, Modifiye DISCERN Ölçeği

[S179]
TÜRKİYE CUMHURİYETİ SAĞLIK MEVZUATININ HASTA HAKLARINI KORUYAN VE İHLAL EDEN UNSURLAR AÇISINDAN İNCELENMESİ

Cemal Hüseyin Güvercin
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD, İzmir

Özet

Hasta haklarının kökeni Hipokrat dönemine kadar uzansa da 1970'lerden itibaren gündeme gelmiş, 1980'lerde uluslararası alana taşınmış ve 1990'lı yıllarda ulusal düzenlemelere konu olmuştur. Cumhuriyetin kuruluşundan günümüze, Türk sağlık mevzuatında ilk yasal düzenlemelerle birlikte hasta hakları unsurlarının ortaya çıkması ve olgunlaşma süreci yaşanmıştır. Bir insan hakkı kümesi olan hasta haklarının, sağlık mevzuatında nasıl bir gelişim gösterdiği ve hakların ne ölçüde yer aldığı ya da hangi aykırı unsurların olduğunun incelenmesi, aynı zamanda insan haklarının sağlığa yansımalarını göstermesi açısından da önemlidir. Bu çalışmada sağlık mevzuatında, hasta haklarını gündeme getiren veya koruyan düzenlemeler yanında, hasta haklarını ihlal eden unsurlar da incelenmiştir.

Türk Sağlık mevzuatında 1920 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı kuruluş yasasından başlayarak, 1998 yılında Hasta Hakları Yönetmeliği'nin yayınlanmasına kadar olan dönem incelenmiştir. Çalışmada 2002 yılında Roma'da yayınlanan Avrupa Hasta Hakları Şartı'nda yer alan 14 hasta hakkı esas alınmıştır. Bu haklar; önleyici tedbirlerin alınması, sağlık hizmetlerine erişim, bilgi alma, onam, özgür seçim, mahremiyet ve gizlilik, hastanın zamanın saygı, kalite standartlarının sağlanması, güvenlik, yeniliğe erişim, gereksiz acı ve ağrıdan korunma, kişiye özel tedavi, şikâyet etme ve tazminat hakkıdır. Araştırma, Resmî Gazete, Cumhurbaşkanlığı, Sağlık Bakanlığı ve Türk Tabipleri Birliğinin resmî sitesinde yer alan sağlık mevzuatının, hasta hakları unsurları açısından incelenmesiyle gerçekleştirilmiştir.

Çalışmada, son iki anayasa da olmak üzere konuyla ilgili toplam 20 yasal düzenleme bulunmuştur. Sağlık mevzuatı hasta haklarının gelişimi açısından kronolojik açıdan; Erken dönem (1920-1950), Gelişme dönemi (1950-1980) ve Yasalaşma dönemi (1980 sonrası) olmak üzere üç döneme ayrılarak incelenmiştir.

Erken dönemde 4 temel yasa yürürlüğe girmiştir. Bu dönemdeki sağlık mevzuatının genel özellikleri, sağlık hizmetlerinin kamusal bir hizmet olarak planlanması, hizmetlerin çerçevesinin oluşturulması, sağlık çalışanlarının görev tanımları ve temel halk sağlığı sorunlarıyla mücadele olmuştur. Hizmetlerin kurumsallaşma süreci olan bu dönemde sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı yanında, -sınırlı da olsa- tıbbi uygulamalarda onam alınması, özel yaşamın gizliliğinin korunması, hekim seçme gibi hasta hakları unsurları gündeme gelmiştir.

Gelişme döneminde 1961 Anayasası ve 7 yasal düzenleme bulunmuştur. Bu dönem, sağlık meslekleri yasaları ve ilişkili olarak Tıbbi Deontoloji Tüzüğü yayınlanmıştır. Söz konusu düzenlemelerde, sağlık profesyonellerinin görev ve sorumlulukları tanımlanırken, bu görevlerin işaret ettiği pek çok hasta hakkı da ortaya çıkmıştır. Yine bu dönemde sağlık hizmetlerinden yararlanma bir insan hakkı olarak kabul edilmiş ve aydınlatılmış onam çağdaş anlamıyla ilk kez, Organ ve Doku Nakli Hakkındaki Yasada yer almıştır.

Yasalaşma döneminde 1980 Anayasası ve konuyla ilgili 7 yasa incelenmiştir. Bu dönem liberal reformlarla bakanlığın değişen işlevi, sağlık hizmetlerinin reorganizasyonu ve kamusal sağlık hizmetlerinin serbest piyasa açılması anlamında yasal düzenlemeler hayata geçirilmiştir. Bu reformlar sağlık hizmetlerinden yararlanmayı olumsuz etkilediği için, hasta hakları ihlallerine de zemin hazırlamıştır. Yine bu dönemde üreme sağlığı ve ilaç araştırmaları alanlarının düzenlenmesi gibi hasta haklarının öne çıktığı yasalar da yürürlüğe girmiştir. Hasta haklarının sağlık mevzuatındaki tarihsel ve kavramsal gelişiminin en önemli aşaması 1998'de Hasta Hakları Yönetmeliği'nin yayınlanmasıdır. Hasta haklarının dünyadaki gelişimine paralel bir zaman ve içerikte olan yönetmelik önemli hükümler getirmiştir.

İncelenen mevzuattaki 6 yasada, hasta hakları açısından tartışmalı hatta hak ihlaline yol açacak maddeler bulunmuştur.

Türk sağlık mevzuatında hasta hakları unsurları başlangıçta birkaç yasa maddesinde bulunurken, özellikle 1980 sonrası artan bir ivme ile ağırlıklı bir konu haline gelmiştir. Türk Deontoloji Tüzüğü'nden sonra Organ ve Doku Nakli Yasası, Nüfus Planlaması Yasası ve İlaç Araştırmaları Yasası hasta hakları açısından zengin hükümler getirmiştir. Dağınık halde bulunan tüm hasta hakları unsurları Hasta Hakları Yönetmeliği ile bir araya getirilmiş ve özgün bir düzenlemeye kavuşmuştur. En fazla vurgu yapılan hak, en temel hak olan sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı iken, aydınlatılmış onam ilk kez 1920'lerde dillendirilmiş, geçen yüzyılın son çeyreğinden itibaren ağırlıklı bir hak olmuştur. Ancak tüm bu yasal düzenlemelerde, hasta hakları açısından tartışmalı ve özerkliğe saygı, zarar vermemek, dürüstlük ilkeleriyle uyumlu olmayan metinler de yer almaktadır. Bulaşıcı hastalıklarda zorunlu olarak muayene, izolasyon, tedavi ve aşı uygulaması, belli durumlarda hastaya tanısının söylenmemesi, gebeliğin sonlandırılmasında eş izninin istenmesi, hastanın onamı olmadan işlem yapılması gibi hasta hakları ihlaline yol açan maddeler mevzuatta yer almıştır. Tüm bu unsurların çağdaş hasta hakları kavramı ve uluslararası düzenlemeler ışığında mevzuattan ayıklanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hasta hakları, Türk sağlık mevzuatı, yasal düzenlemeler, hasta hakkı ihlali, sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı Hasta Hakları Yönetmeliği

Giriş

Hasta hakları, 20. yılın son çeyreğinden itibaren gündeme gelen bir kavram olarak, sağlık alanında insan haklarının yeniden onaylanması ve benimsenmesidir. Gündeme gelmesinde, tıptaki bilimsel ve teknolojik gelişmelerin getirdikleri riskler, insanlar üzerinde sorumsuzca yapılan tıbbi deneyler ve sonrasında bu konuda oluşturulan yasal düzenlemeler, hekim hasta ilişkisinde ortaya çıkan hukuki sorunlar ve mahkeme kararları tetikleyici etkenler olmuştur (1). 1980'lerden itibaren uluslararası metinlere konu olan hasta hakları, 1990'larda ulusal düzenlemelerde de yer almaya başlanmış ve 2000'li yıllardan itibaren sağlık kurumlarında uygulamaya girmiştir (2). Sağlık alanında insan haklarının yansıması olması nedeniyle hasta haklarıyla ilgili düzenlemeler sağlık mevzuatının en önemli belgeleridir.

Ülkemizde Cumhuriyetin ilanından günümüze sağlık mevzuatında hasta hakları ne ölçüde yer almış ve nasıl bir gelişme göstermiştir? Sağlık mevzuatında, çağdaş hasta hakları belgelerine ters düşen, hasta hakları açısından tartışmalı ve hak ihlaline yol açacak metinler var mıdır? Bu açıdan sağlık mevzuatının incelenmesi hem bir durum saptaması hem de öğretiye aykırı unsurların düzeltilmesi yolunda bir adım olabilecektir.

Türk Sağlık mevzuatında 1920 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı kuruluş yasasından başlayarak, 1998 yılında Hasta Hakları Yönetmeliği'nin yayınlanmasına kadar olan dönem incelenmiştir. Çalışmada 2002 yılında Roma'da yayınlanan Avrupa Hasta Hakları Şartı'nda yer alan 14 hasta hakkı esas alınmıştır (3). Bu haklar; önleyici tedbirlerin alınması, sağlık hizmetlerine erişim, bilgi alma, onam, özgür seçim, mahremiyet ve gizlilik, hastanın zamanın saygı, kalite standartlarının sağlanması, güvenlik, yeniliğe erişim, gereksiz acı ve ağrıdan korunma, kişiye özel tedavi, şikâyet etme ve tazminat hakkıdır. Araştırma, Resmî Gazete, Cumhurbaşkanlığı, Sağlık Bakanlığı ve Türk Tabipleri Birliğinin resmî sitesinde yer alan sağlık mevzuatının, hasta hakları unsurları açısından incelenmesiyle gerçekleştirilmiştir.

Çalışmada, son iki anayasa da olmak üzere konuyla ilgili toplam 20 yasal düzenleme bulunmuştur. Sağlık mevzuatı hasta haklarının gelişimi açısından kronolojik olarak; Erken dönem (1920-1950), Gelişme dönemi (1950-1980) ve Yasalaşma dönemi (1980 sonrası) olmak üzere üç döneme ayrılarak incelenmiştir.

1. Erken Dönem (1920-1950)

Ülkemizdeki sağlık mevzuatının başlangıcı olan ilk düzenleme henüz Cumhuriyetin ilanından önce Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının kuruluş yasasıdır. Bu dönemde hasta hakları unsurlarını içeren 4 yasa bulunmaktadır.

1.1. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın Kurulmasına Dair Kanun (1920)

Ülkemizde Cumhuriyetin ilanından önce Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının kurulması çarpıcı bir gelişmedir (4). Sağlık hizmetleri sunumunun kamusal bir görev olarak bakanlık düzeyinde yürütülmesi, sağlık hizmetlerine ulaşma anlamında önemli bir adım olmuştur.

1.2. Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun (1928)

Bu yasa ülkede Cumhuriyet'ten sonra hekimlik alanını düzenleyen ve halen de geçerli olan ilk hukuksal düzenlemedir (5). Yasa, hasta haklarının merkezinde bulunan "onam" kavramını (Md:70) yaklaşık 100 yıl önce ilk kez gündeme getirmesi açısından önemlidir. Hekimlere tıbbi uygulama öncesi hastadan, hastanın yeterliliği yoksa yasal temsilcisinden onam alma zorunluluğu getiren düzenlemede, onam, bir yetki verme süreci olarak ifade edilmektedir. Ancak yasanın yürürlüğe girdiği dönem dikkate alındığında hasta hakları açısından önemli bir adım olduğu kabul edilebilir.

Madde: 70- "*Hekimler, diş hekimleri ve dişçiler yapacakları her çeşit ameliye için hastanın, hasta küçük veya hacir altında ise, veli veya vasisinin* ***önceden rızasını alırlar****. Büyük cerrahi ameliyeler için bu rızanın yazılı olması gereklidir. (Veli ya da vasi olmadığı veya bulunmadığı veya üzerinde ameliye yapılacak kişi görüş belirtecek durumda değil ise, rıza koşulu aranmaz) ...*"

1.3. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (1930)

Genel Sağlığın Korunması Yasası'nda (6) sağlık hizmetlerinin devletin kamusal görevi olduğu ve herkesin sağlıklı olma hakkının bulunduğu vurgulanmıştır. Önemli bir halk sağlığı belgesi olan yasada sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı, koruyucu tedbirlerin alınması, mahremiyet gibi temel hasta hakları ilkeleri ile örtüşen hükümler bulunmaktadır.

Madde: 1- "*Memleketin sıhhi şartlarını ıslah ve milletin sıhhatine zarar veren bütün hastalıklar veya sair muzır amillerle mücadele etmek ve müstakbel neslin sıhhatli olarak yetişmesini temin ve halkı tıbbi ve içtimai muavenete mazhar eylemek umumi devlet hizmetlerindendir.*"

Yasada, bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklardan olan frengi (sifilis) hastalığında, "mahremiyet" kavramı üzerinde durulmuştur. Hastaya ait bilgiler devletin gizli bilgileri ile eşdeğer tutulmuş ve hasta kayıtlarının korunmasının ve gizliliğinin esas olduğu belirtilmiştir.

Madde: 104- "*.... Her tabip ...kendilerine müracaat eden frengili hastaların ismini, yaşını ve hastalığın devrini, evvelce bir tabip tarafından tedavi edilip edilmediğini ...Sıhhat ve İçtimai Muavenet Müdürlüğüne yazı ile bildirir. Mahrem olarak alınacak bu ihbaratı ifşa eden memurlar hakkında devletin mahrem kayıtlarını ifşa ve vazifei memuriyetini suistimal etmenin istilzam ettiği mücazat tayin olunur.*"

Ancak yasanın kimi maddeleri günümüz hasta hakları kavramı açısından tartışmalı hükümler içermektedir. Bulaşıcı hastalığı olanlar/şüphesi olanların zorla izolasyonu, zorla tedavi ve aşı verilmesi, bireyin özerk seçimi ve tedaviyi ret hakkı açısından tartışmalıdır. Yeterliliği olan birey için zorla tedavi ve zorla izolasyon, etik açıdan haklı çıkarılması güç bir durumdur. Yine bulaşıcı hastalık sebebiyle kişilerin evlenmesinin yasaklanması üreme hakları bağlamında tartışmalı ve doğuracağı sonuçlar açısından ayrımcı bir uygulama olacaktır.

Madde 72- "*... zikredilen hastalıklardan biri zuhur ettiği veya zuhurundan şüphelenildiği takdirde aşağıda gösterilen tedbirler tatbik olunur:*

1- Hasta olanların veya hasta olduğundan şüphe edilenlerin ve hastalığı neşrü tamim eylediği tetkikatı fenniye ile tebeyyün edenlerin fennen icap eden müddet zarfında ve sıhhat memurlarınca hanelerinde veya sıhhi ve fenni şartları haiz mahallerde tecrit ve müşahede altına vaz'ı.

2- Hastalara veya hastalığa maruz bulunanlara serum veya aşı tatbiki"

Madde 73- "... *Kolera, veba, ruam musaplariyle bulunduğu mahallerde tecridi mümkün ve kafi görülmiyen sair hastalık musapları ve kolera ve vebayı neşir ve sirayet ettirmeleri muhtemel olanlar icap ederse cebri tecride tabi olurlar. Cebri tecrit, hastaların veya bu maddede zikredilen şüphelilerin Hükümetçe tayin edilecek mahallerde, her türlü ihtilattan memnu olarak ve zabıta murakabesi altında bulundurulmalarıdır.*"

Madde 123- "*Frengi, belsoğukluğu ve yumuşak şankr ve cüzzama ve bir marazı akliye müptela olanların evlenmesi memnudur. Bu hastalıklar usulü dairesinde tedavi edilip sirayet tehlikesi geçtiğine veya şifa bulduğuna dair tabip raporu ibraz olunmadıkça musapların nikahları aktolunmaz.*"

1.4. Hususi Hastaneler Kanunu (1933)

Özel hastaneler alanını düzenlemek amacıyla çıkarılan bu yasada, (7) sınırlı bir kesim için de olsa hastaların tedavisini yapacak hekimini seçme haklarının olduğu gündeme getirilmiştir. Ancak hastaların ödeme gücüne göre sınıflandırılması (Md:31) eşitlik ilkesiyle uyumlu olmayacaktır.

Madde: 12-"*Hususi hastaneler, almağa mezun oldukları hastalar için bu hastaların istedikleri hekimi davete ve tedavinin bu hekimler tarafından yapılmasını kabule mecburdurlar...*"

Madde: 31-"*Hususi hastanelere ruhsat kağıtlarında yazılan parasız yatak sayısı kadar her zaman parasız hasta kabul ve bu hastalar kabul edildikleri sınıflara göre yurttaki paralı hastalar gibi ihtimamla tedavi olunur. Parasız kabul olunan hastalar kendi arzularıyla dışarıdan davet olunacak tabiplere ait ücretlerden başka bir para veya başka bir şey vermeyecekleri gibi kendilerinin veya veli ve vasilerinin yazılı muvafakatleri olmaksızın paralı kısma kaldırılamazlar.*"

Tablo-1: *Erken Dönem Sağlık Mevzuatının Hasta Hakları Açısından İncelenmesi*

Tarih	Yasal Düzenleme	Hasta Hakları Unsurları	Hasta Hakları Açısından Tartışmalı/Riskli Unsurlar
1920	Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın Kurulmasına Dair Kanun	Sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı, eşitlik	
1928	Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun	Onam alınması (Md:70)	
1930	Umumi Hıfzıssıhha Kanunu	Sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı (Md:1), koruyucu önlemlerin alınması, eşitlik, özel yaşamın gizliliği (Md:104)	Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalığı olanlara zorunlu olarak muayene, izolasyon, tedavi ve aşı uygulaması (Md:72, 73). Evlilik yasağı (Md:123)
1933	Hususi Hastaneler Kanunu	Hekim seçme hakkı (Md:25), acil tedavi alma hakkı (Md:32)	Hastaların paralı ve parasız olarak ayrılması (Md:31)

2. Gelişme Dönemi (1950-1980)

1950'lerden itibaren Türk sağlık mevzuatında sağlık ile ilgili mesleklerin alanlarını düzenleyen yasaların yürürlüğe girmeye başladığı görülmektedir. 1960 tarihli Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi bu açıdan özel bir öneme sahiptir. Bu düzenlemelerde hasta haklarını vurgulayan hükümler ne ölçüde bulunmaktadır? Bu değerlendirmeyi yaparken yasaların ilgili meslek üyelerine verdiği görev veya sorumluluğun, hangi hasta hakkına işaret ettiği belirlenmeye çalışılmıştır. Her hak, sahibine bir yarar sağlarken, başkalarına da ilgili bir görev vermektedir. Hasta hakları konusunda hak sahibi "hasta" ise "başkaları" da sağlık meslek üyeleri ve devlet organları olmaktadır.

2.1. Türk Tabipleri Birliği Kanunu (1953)

Yasada (8), hekimliğin özveri ile kamu ve insan yararına uygulanması ve hekimler arasında mesleki deontoloji ve dayanışmanın korunmasına vurgu yapılmaktadır. Yasanın işaret ettiği hasta hakları unsurları, sağlık hizmetlerinden yararlanma, nitelikli hizmet alma ve şikâyet hakkıdır.

Madde:1- *"...Türk Tabipleri Birliği, tabipler arasında mesleki deontolojiyi ve dayanışmayı korumak, tabipliğin kamu ve kişi yararına uygulanıp geliştirilmesini sağlamak ve meslek mensuplarının hak ve yararlarını korumak amacıyla kurulmuş kamu kurumu niteliğinde mesleki bir kuruluştur."*

Madde: 4a- "*Halk sağlığına ve hastalarına fedakârlık ve feragatle hizmeti ideal bilen meslek geleneklerini muhafaza ve geliştirmeye çalışmak"*

Madde: 28-III c- *"Oda üyeleri ile hastalar ve hasta sahipleri arasında ücret veya tedavi ile ilgili çeşitli anlaşmazlıkları tıp topluluğunun şerefini esas tutarak, hastalığın önemine, tedavi ve hizmetin gerektirdiği çalışmaya, hastanın ve oda üyesinin vaziyetlerine göre uzlaştırma yolu ile çözüme çalışmak veya hakem yöntemine başvurmak."*

2.2. Hemşirelik Kanunu

Hemşirelerin görev tanımı bildiren yasada (9) koruyucu önlemlerin alınması ve sağlık eğitimi hakkına vurgu yapılmaktadır.

Madde: 4c- *"Hemşireler dispanserler ve sağlık kurumlarınca görevlendirildikleri koruyucu hekimlik işlerinde halka bilcümle sıhhi tedbirleri, sağlık korunma çarelerini ve müracaat etmeleri lazım gelen sağlık kurumlarını bildirirler."*

2.3. Türk Eczacılar Birliği Kanunu (1956)

Eczacılık meslek yasası olan bu düzenleme, (10) sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı ve şikâyet hakkına vurgu yapmaktadır.

Madde: 20e- *"Oda âzaları ile hasta ve hasta sahipleri arasında çıkabilecek ilâç bedeli ve saireden mütevellit ihtilâfları meslek şerefi ile mütenasip olmak üzere isin ehemmiyetine, hasta veya oda âzasının vaziyetine göre uzlaştırma yolu ile halletmeye çalışmak veyahut hakem usulüne başvurmak"*

2.4. Sıtmanın İmhası Hakkında Kanun (1960)

Bu yasa (11) sıtma hastaları özelinde sağlık hizmetinden yararlanma hakkını gündeme getirmiştir. Ancak sıtma için yapılacak muayene, kan alınması ve ilaç tedavisi uygulamalarının zorunlu olması, hasta hakları açısından tartışmalı bir durum yaratmaktadır.

Madde: 7- "*Herkes, teşkilat tarafından mahallinde yapılacak umumi veya kısmi muayenelere icabet etmeye ve hastalığın teşhisi veya kütlenin sıtma paraziti endeksinin tayini maksadıyla yapılacak bakteriyolojik muayeneler için her talep vukuunda kan alınmasına ve ilaçların tatbikine müsaade etmeye mecburdur. Bu madde tatbikatından dolay, reşit olmayan veya temyiz kudretini haiz bulunmayan kimselerin veli veya vasileri mesuldürler."*

2.5. Tıbbi Deontoloji Tüzüğü (Nizamnamesi) (1960)

TTB Yasası'na dayanarak hazırlanmış olan Tıbbi Deontoloji Tüzüğü (12) hekimler ve diş hekimlerinin uymakla yükümlü oldukları deontoloji kurallarını açıklayan ilk yasal düzenlemedir.

Düzenleme özünde hekimlere yönelik kurallar getirmekle birlikte, doğuracağı sonuçlar itibarıyla da hasta hakları unsurlarını da ortaya koymaktadır. Tüzüğü oluşturan 46 maddenin yarısı hekim-hasta ilişkisini düzenlemektedir. Bu tüzük, çoğu temel hasta haklarını ilk kez somut olarak ifade etmesi nedeniyle, ülkemizde hasta haklarının gelişiminde önemli bir kilometre taşı olmuştur.

Düzenlemede (Madde: 2), hekimlerin temel görevlerinin insan sağlığına, yaşamına ve kişiliğine özen ve saygı göstermek olduğu ve insanlar arasında hiçbir şekilde ayrımın yapılamayacağı belirtilerek sağlık ve insan hakları ilişkisine de önemli bir vurgu yapılmaktadır.

Madde: 2- *"Tabip ve diş tabibinin başta gelen vazifesi, insan sağlığına hayatına ve şahsiyetine ihtimam ve hürmet göstermektir. Tabip ve diş tabibi, hastanın cinsiyeti, ırkı, milliyeti, dini ve mezhebi, ahlaki düşünceleri karakter ve şahsiyeti, içtimai seviyesi, mevkii ve siyasi kanaati ne olursa olsun, muayene ve tedavi hususunda azami dikkat ve ihtimamı göstermekle mükelleftir."*

Düzenlemede, (Madde: 3) hekimlere acil durumda hastasına koşulsuz olarak bakım verme zorunluluğu getirilmekte, hastaların da acil yardım alma hakkına vurgu yapılmaktadır.

Madde: 3- *"Tabip vazifesi ve ihtisası ne olursa olsun, gerekli bakımın sağlanamadığı acil hallerde mücbir sebep olmadıkça, ilk yardımda bulunur..."*

Hekimin sır saklama yükümlülüğü (Madde: 4), hastanın özel yaşamının gizliliğine saygıyı gündeme getirmekte ve güvence altına almaktadır.

Madde: 4- *"Tabip ve diş tabipleri meslek ve sanatının icrası vesilesiyle muttali olduğu sırları, kanuni mecburiyet olmadıkça ifşa edemez. Tıbbi toplantılarda takdim edilen veya yayınlarda bahis konusu olan vakalarda, hastanın hüviyeti açıklanamaz".*

Hastanın var olan kurallara bağlı kalmak koşuluyla hekimini seçme hakkı olduğu (Madde: 5) ifade edilmektedir.

Madde: 5- *"Sağlık müesseselerinde tatbik olunan usul ve kaideler mahfuz olmak üzere, hasta tabibini ve diş hekimini serbestçe seçer."*

Düzenlemede, (Madde: 6) hekimin mesleğini uygularken hiçbir baskı ve etki altında kalmadan özgürce karar verme hakkı savunulurken, hastaların da özgür karar verebilen bir hekimden sağlık hizmet alma hakkı gündeme gelmektedir.

Madde: 6- *"Tabip ve diş tabibi, sanat ve mesleğini icra ederken, hiçbir tesir ve nüfuza kapılmaksızın, vicdani ve mesleki kanaatine göre hareket eder. Tabip ve diş tabibi, tatbik edeceği tedaviyi tayinde serbesttir."*

Tüzükte (Madde: 10, 11) deneysel amaçlarla veya geçerliliği kanıtlanmamış tanı ve tedavi yöntemlerinin hastalara uygulanamayacağı, ancak yeterli hayvan deneylerinden sonra yararlı görülen tedavilerin uygulanabileceği ifade edilmiştir. Düzenleme, hastaları zarar görebilecekleri uygulamalardan korumayı da amaçlayarak hastanın güvenlik hakkını gündeme getirmektedir.

Madde: 10- *"Araştırma yapmakta olan tabip ve diş tabibi, bulduğu teşhis ve tedavi usulünü, yeter derecede tecrübe ederek faydalı olduğuna veya zararlı neticeler tevlit etmeyeceğine kanaat getirmedikçe, tatbik veya tavsiye edemez..."*

Madde: 11- *"Tecrübe maksadı ile insanlar üzerinde hiçbir cerrahi müdahale yapılamayacağı gibi aynı maksatla, kimyevi, fiziki veya biyolojik şekilde herhangi bir tedavi de tatbik edilemez ..."*

Hekimin hastasına özen gösterme yükümlülüğü olduğu (Madde: 14), ölümcül bir hastalıkta hastanın sağlığının korunamadığı durumlarda da acısını azaltmaya çalışması gerektiği belirtilmektedir. Bu hüküm ile hastanın gereksiz acı ve sıkıntıdan sakınma hakkı olduğu sonucu vurgulanmaktadır.

Hastanın bilgilendirilmesinin, aktarılacak bilgiden zarar görmemesi koşuluyla yapılabileceği ancak hastalığın kötü prognozu varsa bilgi verilmemesinin uygun olacağı belirtilmektedir (Madde: 14). Belli koşullarda tanı ve tedavinin hastalardan gizlenmesi, hastanın tedavi kararlarına katılamaması günümüz hasta haklarının kavramına uymamaktadır. Düzenlemede, kötü prognozlu hastanın ailesine bilgi verilmemesi konusunda bir ter-

cih yapmamışsa sağlık durumu ile ilgili bilgilerin ailesine verilebileceği (Madde: 14) ifade edilmektedir. Bu durum, hastanın bilgilerinin gizliliği ve mahremiyet hakkı açısından tartışmaya değer bir durum yaratmaktadır. Bütün bu ifadeler düzenlemenin "paternalistik" felsefesini yansıtmaktadır.

Madde: 14- *"Tabip ve diş tabibi, hastanın vaziyetinin icap ettirdiği sıhhi ihtimamı gösterir. Hastanın hayatını kurtarmak ve sıhhatini korumak mümkün olmadığı takdirde dahi, ıstırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmakla mükelleftir.*

Tabip ve diş tabibi hastasına ümit vererek teselli eder. Hastanın maneviyatı üzerinde fena tesir yapmak suretiyle hastalığın artması ihtimali bulunmadığı takdirde, teşhise göre alınması gereken tedbirlerin hastaya açıkça söylenmesi lâzımdır. Ancak, hastalığın, vahim görülen akıbet ve seyrinin saklanması uygundur..."

Hekimin hastasının özel yaşamına saygı göstermesi gerektiği (Madde: 17) vurgulanmıştır.

Madde: 17- *"Tabip ve diş tabibi, hastanın hususi veya ailevî işlerine karışamaz..."*

2.5. 1961 Anayasası

İnsan hakları açısından önemli bir sıçrama olarak kabul edilen 1961 Anayasası'nda, devletin temel nitelikleri açıklanırken (Madde:2) insan haklarına dayalı ve sosyal bir hukuk devleti olduğu belirtilmiştir (13). İnsan haklarına dayalı olması ve sosyal devlet olması hem sağlık hakkının kabul edilmesi hem de hasta haklarına giden yolda önemli bir açılım sunmaktadır.

Madde: 2- *"Türkiye Cumhuriyeti, insan haklarına ve başlangıçta belirtilen temel ilkelere dayanan, millî demokratik, lâik ve sosyal bir hukuk devletidir."*

Anayasa'da yaşama hakkı, varlığını geliştirme hakkı ile kişi dokunulmazlığı (Madde:14) anayasal güvence ile korunan unsurlar olmuştur. Yaşama hakkı en temel insan hakkı olup, sağlık hakkı ve hasta hakları bu hakkı bütünlemektedir.

Madde:14- *"Herkes, yaşama, maddî ve mânevî varlığını geliştirme haklarına ve kişi hürriyetine sahiptir. Kişi dokunulmazlığı ve hürriyeti, kanunun açıkça gösterdiği hallerde, usûlüne göre verilmiş hâkim kararı olmadıkça kayıtlanamaz."*

Sağlık hizmetlerinden yararlanmayı etkileyen en önemli etmenlerden biri sosyal güvencenin varlığıdır (14). Anayasa'da (Madde:48) sosyal güvenlik bir hak olarak tanınmış ve bu hakkı sağlamada devlet yükümlü kılınmıştır.

Madde: 48- *"Herkes; sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Bu hakkı sağlamak için sosyal sigortalar ve sosyal yardım teşkilatı kurmak ve kurdurmak devletin ödevlerindendir."*

Sosyal devletin temel unsurlarından olan sağlık hakkı anayasada vurgulanmıştır. Yasada, hiçbir ayrım olmadan herkese sağlıklı olma hakkı, hasta olunması durumunda da gerekli tıbbi bakımı alma hakkı tanınmıştır. Kişilerin sağlıklı olarak yaşaması ve sağlık hizmetlerinden yararlanmasının sağlanması devletin görevi olarak belirtilmiştir.

Madde 49- *"Devlet herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla görevlidir..."*

2.6. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (1961)

Yasa (15) 1961 Anayasası hükümlerine dayanarak, İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'ne de atıfta bulunarak hazırlanmış ve sağlık hizmetlerinden yararlanma bir hak olarak anayasal güvenceye alınmıştır.

Madde: 1- *"İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın, sosyal adalete uygun bir şekilde ifasını sağlamak maksadıyla tababet ve tababetle ilgili hizmetler bu kanun çerçevesinde hazırlanacak bir program dahilinde sosyalleştirilecektir."*

Bu yasanın öngördüğü temel unsurlardan olan sevk sisteminin (Madde:5, 14) dışına çıkanların, ücretini ödemek koşulu ile istediği sağlık kurumu ve sağlık çalışanını seçebileceği belirtilmektedir.

Madde 5- *"Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde yaşayanların -ücretini şahsen ödemek şartıyla- sağlık hizmetlerini gördürmek üzere istedikleri sağlık personelini veya müessese ve eczaneyi seçmek hakları mahfuzdur."*

Madde 14- *"a) Sağlık ocağı tarafından sevk edilmedikleri halde sağlık merkezlerine veya hastanelere veya sağlık merkezi ve bir hastaneden diğer bir hastaneye sevk edilmeden hastanelere müracaat edenler (Acil vakalar hariç)"*

2.7. Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılanması ve Nakli Hakkında Kanun (1979)

Yasa (16) on sekiz yaşını doldurmuş ve yeterliliği olan kişilerin (Madde: 6) özgürce, bilinçli ve dış etkilenmelerden uzak olarak yazılı veya iki tanık önünde sözel beyanda bulunarak organ bağışı yapabileceğini belirterek, ilk kez günümüz anlamındaki onam kavramını gündeme getirmiştir. Hekimlere organ vericisine, işlemin riskleri, yararları ve her türlü sonuçları hakkında uygun ve yeterli bilgi verme zorunluluğu getirerek (Madde: 7) onamın bilgi aktarımı ve aydınlatma sürecini tarif etmiştir.

Madde: 6- *"On sekiz yaşını doldurmuş ve mümeyyiz olan bir kişiden organ ve doku alınabilmesi için vericinin en az iki tanık huzurunda açık, bilinçli ve tesirden uzak olarak önceden verilmiş yazılı ve imzalı veya en az iki tanık önünde sözlü olarak beyan edip imzaladığı tutanağın bir hekim tarafından onaylanması zorunludur."*

Madde: 7- *"Organ ve doku alacak hekimler:*

a) Vericiye, uygun bir biçimde ve ayrıntıda organ ve doku alınmasının yaratabileceği tehlikeler ile, bunun tıbbi, psikolojik, ailevi ve sosyal sonuçları hakkında bilgi vermek;

b) Organ ve doku verenin, alıcıya sağlayacağı yararlar hakkında vericiyi aydınlatmak;

Tablo-2: *Gelişme Dönemi Sağlık Mevzuatının Hasta Hakları Açısından İncelenmesi*

Tarih	Yasal Düzenleme	Hasta Hakları Unsurları	Hasta Hakları Açısından Tartışmalı/Riskli Unsurlar
1953	Türk Tabipleri Birliği Kanunu	Sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı (Md:4)	
1954	Hemşirelik Kanunu	Koruyucu önlemlerin alınması, sağlık eğitimi (Md:4)	
1956	Türk Eczacılar Birliği Kanunu	Sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı (Md:4-a) şikâyet hakkı (Md:20-e)	
1960	Sıtmanın İmhası Hakkında Kanun	Ücretsiz sağlık hizmeti (Md:3)	Zorunlu kan ve biyolojik test yapılması, zorunlu tedavi (Md:7)

1960	Tıbbi Deontoloji Tüzüğü	Saygı görme hakkı, ayrımcılık yapılmama, acil yardım alma, özel yaşamın gizliliğine saygı, hekim seçme, özgür karar veren hekim tarafından bakım alma hakkı, güvenlik hakkı, acı ve sıkıntıdan sakınma hakkı, kişi dokunulmazlığı	Hastalığın kötü prognozunun hastadan saklanması (Md:14)

3. Yasalaşma Dönemi (1980 Sonrası Dönem)

3.1. 1982 Anayasası

1982 Anayasası'nda (17) (Madde: 2) 1961 Anayasası'nda ifade edilen insan haklarına dayanan devlet yerine, insan haklarına saygılı devlet anlayışı getirilmekte, sosyal devlet olma niteliği de açıkça belirtilmektedir. Böylece hasta hakları anayasanın bu niteliklerine dayanarak hukuki bir zemin bulmaktadır.

Madde: 2- "Türkiye Cumhuriyeti, toplumun huzuru, millî dayanışma ve adalet anlayışı içinde, insan haklarına saygılı, … demokratik, lâik ve sosyal bir hukuk devletidir."

Kişilerin yaşama hakkı ve varlığını koruma, geliştirme hakları anayasal güvenceye alınmıştır. Bu hakların tamamlayıcısı olan, vücut bütünlüğünün dokunulmazlığı ilkesi de kabul edilmiştir. Bilimsel veya tıbbi amaçlı deneylerin ancak kişilerin onamı ile yapılabileceği hükme bağlanmıştır (Madde: 17). Yaşama hakkının bireyin kendisi hakkında karar verme hakkını da içereceği, böylece hekimin hastayı iyileştirme ödevi ile hastanın kendisi hakkında karar verme hakkı arasında bir bağın kurulmuş olduğu ileri sürülmektedir. (18)

Madde: 17- *"Herkes, yaşama, maddî ve manevî varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbî zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbî deneylere tabi tutulamaz."*

Anayasa'da uluslararası antlaşmaların TBMM'de onaylanmasıyla ulusal yasa haline geleceği belirtilmiştir. Böylece hasta hakları konusunda imzalanmış ve meclis tarafından onaylanmış uluslararası antlaşmalar, yasa niteliğinde olacaktır.

Madde: 90- *"… Usulüne göre yürürlüğe konulmuş milletlerarası antlaşmalar kanun hükmündedir …"*

3.2. Nüfus Planlaması Hakkında Kanun (1983)

Yasaya göre (19) sterilizasyon operasyonu yeterliliği olan kişinin isteği yani onamı ile yapılabilir. Ancak, ameliyat sırasındaki bir tıbbi zorunluluktan dolayı kastrasyon (sterilizasyon) yapılması gerekiyorsa kişinin onamının aranmayacağı (Madde:4) ifade edilmektedir. Oysa, kalıcı bir işlem olan sterilizasyon öncesi bireyden alınan onamın daha özenli ve detaylı olması, her türlü risk ve komplikasyonlar konusunda kişinin bilgilendirilmesi ve bu bilgiyi anladığının denetlenmesi gerekir. Dolayısıyla uygun onam alınması ile böyle bir sorun önlenmiş olacaktır.

Madde: 4- *"… Sterilizasyon ameliyatı, tıbbi sakınca olmadığı takdirde reşit kişinin isteği üzerine yapılır. Bir ameliyatın seyri sırasında tıbbi zaruret nedeniyle bir hastalığın tedavisi için kastrasyonu gerektiren hallerde, kişinin rızasına bakılmaksızın kastrasyon ameliyesi yapılabilir."*

Gebeliğin sonlandırılmasında gebe kadından onam alınması zorunluluğu getirilirken, yeterliliği olmayanlarda da yasal temsilci ve hâkim kararının gerekli olduğu ifade edilmektedir. Acil durumlarda ve mental hastalığı olanlarda onam alınması şart görülmemiştir. Evlilik durumunda ise eşinin onamının da gerekli olduğu belirtilmektedir (Madde 6).

Madde: 6- *"5. maddede belirtilen müdahale, gebe kadının iznine, küçüklerde küçüğün rızası ile velinin iznine, vesayet altında bulunup da reşit veya mümeyyiz olmayan kişilerde reşit olmayan kişinin ve vasinin rızası ile birlikte sulh hakiminin izin vermesine bağlıdır. Ancak akıl maluliyeti nedeni ile şuur serbestisine sahip olmayan gebe*

kadın hakkında rahim tahliyesi için kendi rızası aranmaz. ….. kişiler evli iseler, sterilizasyon veya rahim tahliyesi için eşin de rızası gerekir ...”

3.3. Kan ve Kan Ürünleri Kanunu (1983)

Bu yasa (20) kan vericisi ve alıcısının sağlığının korunmasını belirterek (Madde:3-b) bir hasta hakkı olan güvenli sağlık hizmeti alma hakkını gündeme gelmektedir.

Madde: 3- *b) Kan alınmasında, kan ve kan ürünlerinin verilmesinde verici ve alıcının sağlığının tehlikeye düşürülmemesi ve korunması esastır ...”*

3.4.Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (KHK) (1983)

Bu kararname (21) ile (Madde:1, 2) sağlık alanının düzenlenmesi, herkesin sağlıklı bir şekilde yaşaması, sağlığının korunması ve sürdürülmesi kamusal bir görev olarak S.B.'na verilmiştir. Herkesin sağlıklı yaşaması için sağlık hizmetlerinin sunulması gerektiği vurgulanmaktadır.

Madde: 1- *“Bu KHK'nın amacı, herkesin hayatının beden ve ruh sağlığı içinde devamını sağlamak, ülkenin sağlık şartlarını düzeltmek, fertlerin ve cemiyetin sağlığına zarar veren amillerle mücadele etmek ve halka sağlık hizmetlerini ulaştırmak, sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini temin etmek için Sağlık Bakanlığının kurulmasına, teşkilat ve görevlerine ilişkin esasları düzenlemektir.”*

Madde: 2- *“Sağlık Bakanlığının görevleri şunlardır:*

a) Herkesin hayatını bedenen, ruhen ve sosyal bakımdan tam iyilik hali içinde sürdürmesini sağlamak için fert ve toplum sağlığını korumak ve bu amaçla ülkeyi kapsayan plan ve programlar yapmak, uygulamak ve uygulatmak, her türlü tedbiri almak, gerekli teşkilatı kurmak ve kurdurmak,

b) Bulaşıcı, salgın ve sosyal hastalıklarla savaşarak koruyucu, tedavi edici hekimlik ve rehabilitasyon hizmetlerini yapmak, ……”

3.5. Türk Diş Hekimleri Birliği Kanunu (1985)

Önceleri 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği yasasına tabi iken, bu yasa (22) ile diş hekimleri de kendi yasalarına sahip olmuşlardır. Yasada (Madde:19), diş hekimi-hasta ilişkisinde dürüstlük ve güveni sağlamanın amaç olarak belirtilmesi, hasta hakları açısından dikkate değer bir yaklaşımdır.

Madde 19- *“Birlik,….. meslek mensuplarının birbirleri ve hastaları ile olan ilişkilerinde dürüstlüğü ve güveni hâkim kılmak üzere meslek disiplini ve ahlâkını korumak maksadı ile kurulan tüzel kişiliğe sahip kamu kurumu niteliğinde meslek kuruluşlarıdır.”*

3.6.Sağlık Hizmetleri Temel Kanun (1987)

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi konusunda temel esasları ortaya koyan bu yasa (23), getirdiği hükümler itibarıyla hasta haklarına ilişkin önemli bir yasal zemin sağlamaktadır. Sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı (Md:3-a) yanında, hekim ve sağlık kuruluşunu seçme hakkına da vurgu yapılmaktadır (Md:3-d).

Madde 3 – a - *“Sağlık kurum ve kuruluşları yurt sathında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunacak şekilde… planlanır, koordine edilir, mali yönden desteklenir ve geliştirilir.”*

Madde 3-d- *“Sağlık kurum ve kuruluşları, kişilerin hekim ve sağlık kuruluşunu seçme hakkı kısıtlanmaksızın sağlık hizmet zinciri oluşturulacak şekilde düzenlenir...”*

3.7. İlaç Araştırmaları Yönetmeliği (1993)

İlaç Araştırmaları Yönetmeliği (24), hasta haklarının gelişiminde önemli bir düzenlemedir. Hasta haklarının merkezinde yer alan aydınlatılmış onam kavramı açık bir şekilde gündeme getirilmiştir. Düzenlemede (Mad-

de:8) Dünya Hekimler Birliği Helsinki Deklarasyonu ve Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'ne atıfta bulunulmaktadır.

Madde 8- "*İnsanlar üzerinde bilimsel amaçla ilaç kullanılarak yapılacak tıbbi araştırmaların yürütülmesinde aşağıdaki hususlara uyulur:*

a) İnsan üzerinde yapılacak ilaç araştırmalarında Helsinki Deklarasyonu ve ekleri kararlar ile Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'ne tam olarak uyulur.

b) Dokuzuncu maddede belirtilen I., II., III. Dönem denemeler, gönüllülerde vekilinin yazılı rızası ile yapılır.

c) Yapılacak araştırmaların kapsamı, amacı, zarar ve tehlikeleri, gönüllülere tam ve yazılı olarak anlatılır.

d) Kesin bir zorunluluk olmadıkça, 18 yaşını tamamlamamış olanlar ile gebeler ve mümeyyiz olmayanlar üzerinde I. ve II. Dönem ilaç denemeleri yapılmaz. III. Dönem denemeler, velayet veya vesayet altında bulunanlar için, ancak veli ve vasilerinin yazılı muvafakati ile yapılır ..."

Düzenleme (Md:23), araştırmaya onam vererek katılan gönüllünün fiziksel veya psikolojik yönden zarar görmesi durumunda, tazminat talep edebileceğini belirmektedir.

Madde: 23- *"İnsanlar üzerinde yapılacak ilaç araştırmalarından doğan cezai ve hukuki sorumluluklar genel hükümlere tabidir. Araştırmaya tabi tutulan kişinin rızası, bu yüzden uğradığı zararların tazminini talep hakkını ortadan kaldırmaz."*

3.8. Hasta Hakları Yönetmeliği (1998)

Hasta Hakları Yönetmeliği (25) Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkındaki KHK (1983) ve Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa (1987) dayanılarak hazırlanmıştır. Bu yönetmelik sağlık mevzuatımızda hasta hakları ile ilgili olarak gelinen en önemli noktadır. Farklı yasa, tüzük ve yönetmelikte kısmi olarak bulunan hasta hakları unsurları, bu yönetmelikle özgün ve bütünsel bir nitelik kazanmıştır. Yönetmelik 9 bölüm ve toplam 51 maddeden oluşmaktadır.

Yönetmelik, hasta haklarını insan haklarının sağlık alanındaki uzantısı olarak kabul etmekte ve hasta hakları ile ilgili uluslararası belgelere göndermede bulunmaktadır (Madde: 1). Hasta hakkının bir insan hakkı olduğunun yasal olarak onaylanması önemli bir aşamadır.

Madde 1-*"Bu Yönetmelik; temel insan haklarının sağlık hizmetleri sahasındaki yansıması olan ve başta Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nda, diğer mevzuatta ve milletlerarası hukuki metinlerde kabul edilen "hasta hakları"nı somut olarak göstermek ve sağlık hizmeti verilen bütün kurum ve kuruluşlarda ve sağlık kurum ve kuruluşları dışında sağlık hizmeti verilen hallerde, insan haysiyetine yakışır şekilde herkesin "hasta hakları"ndan faydalanabilmesine, hak ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesine dair usul ve esasları düzenlemek amacı ile hazırlanmıştır."*

Düzenlemede hasta hakları; kişinin sadece insan olması nedeniyle sahip olduğu ve anayasa, uluslararası antlaşma ve diğer mevzuat ile güvence altına alınmış haklar olarak tanımlanmaktadır (Md. 4- e).

Madde4-e- *"Hasta hakları: Sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertlerin, sırf insan olmaları sebebiyle sahip bulundukları ve T.C. Anayasası, milletlerarası antlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmış bulunan haklarını, ifade eder."*

Tablo-3: *Yasalaşma Dönemi Sağlık Mevzuatının Hasta Hakları Açısından İncelenmesi*

Tarih	Yasal Düzenleme	Hasta Hakları Unsurları	Hasta Hakları Açısından Tartışmalı/Riskli Unsurlar
1983	Nüfus Planlaması Hakkında Kanun	Sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı, aydınlatılmış onam, mahremiyet ve özel yaşamın gizliliğine saygı hakkı	Kişinin onayı olmadan kastrasyon yapılabilmesi (Md:4) Gebeliğin sonlandırılmasında eşten izin alınması koşulu (Md:6)
1983	Kan ve Kan Ürünleri Kanunu	Sağlığın korunması, güvenli sağlık hizmeti alma hakkı, (Md:3)	
1983	Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK	Sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı	
1985	Türk Diş Hekimleri Birliği Kanunu	Sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı	
1987	Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu	Sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı (Md:3-a), hekim ve sağlık kuruluşunu seçme hakkı (Md:3-d)	
1993	İlaç Araştırmaları Yönetmeliği	Aydınlatılmış onam, tazminat hakkı, ayrımcılığa uğramama, acil yardım alma, mahremiyet ve özel yaşamın gizliliğinin korunması hakkı, güvenlik hakkı, acı ve sıkıntıdan sakınma hakkı, kişi dokunulmazlığı, bilgi edinme hakkı,	
1998	Hasta Hakları Yönetmeliği	Hasta haklarının insan hakkı olarak kabulü, sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı, mahremiyet ve özel yaşamın gizliliğinin korunması hakkı, aydınlatılmış onam, başvuru, şikâyet ve dava hakkı, bilgi edinme hakkı, tedaviyi reddetme hakkı, seçme hakkı, tıbbi özen gösterilmesi, tıbbi araştırmalardaki haklar ve diğer haklar (güvenlik, refakatçi bulundurma vs.)	Hastalığın tanısının hastadan saklanması (Md:19) Hastanın onamı olmadan, hâkim/savcı kararıyla hastaya tıbbi girişim yapılabilmesi (Md:22) Gebeliğin sonlandırılmasında eşten izin alınması koşulu (Md:30)

Tartışma ve Sonuç

Türk sağlık mevzuatında hasta haklarının gelişimi kronolojik olarak üç dönemde incelenmiştir. Erken dönemde 4 yasa içinde, sağlık hizmetlerinden yararlanma, onam alma, özel yaşamın gizliliği, koruyucu önlemler alma, hekim seçme gibi hasta hakları yer almıştır (Tablo-1). Ancak Hıfzıssıhha Yasası'nda yer alan ve halk sağlığı uygulamalarında zorunlu olarak muayene, tedavi, izolasyon ve zorunlu aşı gibi müdahalelerle, bulaşıcı hastalık taşıyan kişilere evlilik yasağı bireysel haklar ve hasta hakları ihlaline örnek olacak maddelerdir. Yine hastaların gelir durumuna göre ayrılması eşitlik ilkesine uymamaktadır.

Gelişme döneminde 1961 Anayasası ve 7 yasal düzenleme bulunmuştur (Tablo-2). Bu dönemde, sağlık meslekleri yasaları ve ilişkili olarak Tıbbi Deontoloji Tüzüğü yayınlanmıştır. Söz konusu düzenlemelerde, sağlık profesyonellerinin görev ve sorumlulukları tanımlanırken, bu görevlerin işaret ettiği pek çok hasta hakkı da

ortaya çıkmıştır. Yine bu dönemde sağlık hizmetlerinden yararlanma bir insan hakkı olarak kabul edilmiş ve aydınlatılmış onam çağdaş anlamıyla ilk kez, Organ ve Doku Nakli Hakkındaki Yasada yer almıştır. Bu dönemde hasta hakları açısından tartışmalı olan, zorunlu test ve tedavi yaptırılması ile prognozun hastadan gizlenmesi yasal metinlerde yer almıştır.

Yasalaşma döneminde 1982 Anayasası ve 7 yasa bulunmuştur, özellikle Nüfus Planlaması Yasası ve İlaç Araştırmaları Yasası hasta hakları açısından zengin hükümler getirmektedir (Tablo-3). Bu dönemin sonunda dağınık halde bulunan tüm hasta hakları unsurları Hasta Hakları Yönetmeliği ile bir araya getirilmiş ve özgün bir düzenlemeye kavuşulmuştur. Tüm düzenlemelerde en fazla vurgu yapılan hak, en temel hak olan sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı iken, ilk kez 1920'lerde dillendirilmiş olan aydınlatılmış onam, geçen yüzyılın son çeyreğinden itibaren yasal metinlerde yer almıştır. Ancak tüm bu yasal düzenlemelerde, hasta hakları açısından tartışmalı ve özerkliğe saygı, zarar vermemek, dürüstlük ilkeleriyle uyumlu olmayan metinler de yer almaktadır. Bulaşıcı hastalıklarda zorunlu olarak muayene, izolasyon, tedavi ve aşı uygulaması, belli durumlarda hastadan tanısının gizlenmesi, gebeliğin sonlandırılmasında eş izninin istenmesi, hastanın onamı olmadan işlem yapılması gibi hasta hakları ihlaline yol açan maddeler mevzuatta yer almıştır. Tüm bu unsurların çağdaş hasta hakları kavramı ve uluslararası düzenlemeler ışığında mevzuattan ayıklanması gerekmektedir.

"*Bu bildiri metninin hazırlanmasında yazarın "Güvercin CH. Cumhuriyetin Kuruluşundan Günümüze Türk Sağlık Mevzuatında Hasta Haklarının Gelişimi. Öztürk H, Editör. Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2023. p.22-32." olarak künyesi verilen kitap bölümünden yararlanılmıştır."*

Kaynaklar

1. *Güvercin CH. (2007) Türkiye'deki Gelişimi Açısından Hasta Hakları Kavramı. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Tıp Tarihi ve Deontoloji Anabilim Dalı. Doktora Tezi. Ankara. Tez No:203080.* https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=TADvzEVqTWYxIPX1qIL_Dg&no=PziqDinRGpb3mpxCOxTbYA

2. *Önal G. (2012) Hasta Haklarının Anatomisi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012(3):7-14.*

3. *Emre Ö, Sert G, Avrupa Hasta Hakları Şartı. Türkiye Biyoetik Dergisi, 2014 Vol. 1, No. 4, 198-205.* https://jag.journalagent.com/tjob/pdfs/TJOB_1_4_198_205.pdf *Erişim 10.03.2023*

4. *Sağlık Bakanlığı. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 80. Yılda Tedavi Hizmetleri. (1923- 2003) Ankara 2004. 2 Mayıs 1920 Büyük Millet Meclisi İcra Vekillerinin Sureti İntihabına Dair Kanun. Kanun No:3.* https://saglik.gov.tr/Eklenti/1441,80yc4b1l20kitap-sonpdf.pdf*?*

5. *T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi. (CMBS) 1219 sayılı yasa, Resmî Gazete (RG) yayın tarihi 14.4.1928 ve sayı 863* https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat? MevzuatNo=1219&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=3 *Erişim 10.03.2023*

6. *T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi. (CMBS) 1593 sayılı yasa, Resmî Gazete (RG) yayın tarihi 24.4.1930 ve sayı 1489* https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=1593&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=3 *Erişim 10.03.2023*

7. *T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi. (CMBS) Hususi Hastaneler Kanunu 2219 sayılı yasa RG yayın tarihi 05.06.1933 ve sayı 2419* https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=2219&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=3 *Erişim 10.03.2023*

8. *T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi. (CMBS) Hemşirelik Kanunu 6083 sayılı yasa ve RG yayın tarihi 02.03.1954 ve sayı 8647* https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=6283&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=3 *Erişim 29.10.2023*

9. *T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi. (CMBS) Türk Tabipleri Birliği Kanunu 6023 sayılı yasa ve RG yayın tarihi 31.03.1953 ve sayı 8323* https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=6023&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=3 *Erişim 14.03.2023*

10. *Sağlık Bakanlığı. Türk Eczacılar Birliği Kanunu 6643 sayılı yasa, RG yayın tarihi 02.02.1956 ve sayı: 9223* https://www.saglik.gov.tr/TR,10394/eczacilar-birligi-kanunu.html *Erişim 14.03.2023*

11. *T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi. (CMBS) Sıtmanın İmhası Hakkında Kanun 7402 sayılı yasa, R.G. yayın tarihi:11.01.1960 ve sayı:10402* https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=7402&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=3 *Erişim 11.03.2023*

12. *Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi. RG yayın tarihi 19.2.1960, No: 10436* https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/2.3.412578.pdf *Erişim 12.04.2023*

13. *T.C. Anayasa Mahkemesi. Önceki Anayasalar* https://www.anayasa.gov.tr/tr /mevzuat/onceki-anayasalar/1961-anayasasi/ *Erişim 10.03.2023*

14. *Güvercin, C. H. (2004). Sosyal Güvenlik Kavramı ve Türkiye'de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 57 (2) 89-95.*

15. *T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi. (CMBS) Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun 224 sayılı ve RG yayın tarihi 12.01.1961 ve sayı: 10705*https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=224&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=4 *Erişim 21.03.2023*

16. *Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılanması ve Nakli Hakkında Kanun 2238 sayılı yasa, RG yayın tarihi: 03.06.1979 ve sayı: 16655* https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=2238&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5 *Erişim 21.03.2023*

17. *TC Anayasası. 18.10.1982.* https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.2709.pdf *Erişim 12.04.2023*

18. *Ersoy N. (2003). Aydınlatılmış Onam. Çağdaş Tıp Etiği. Ed. Erdemir A.D., Öncel Ö., Aksoy Ş., Nobel Tıp Kitabevleri. s: 204-230*

19. *T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi. Nüfus Planlaması Hakkında Kanun 2827 sayılı yasa, RG yayın tarihi 27.05.1983 ve sayı: 18059* https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=2827&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5 *Erişim 12.04.2023*

20. *Kan ve Kan Ürünleri Kanunu. 2857 sayılı yasa, RG yayın tarihi 25.06.1983 ve sayı: 18088* https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/18088.pdf *Erişim 21.04.2023*

21. *Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (KHK). 181 sayılı KHK RG yayın tarihi 14.12.1983 ve sayı: 18251* https://www.saglik.gov.tr/TR,10369/tarihi13121983--sayisi181--rg-tarihi14121983--rg-sayisi18251-saglik-bakanliginin-teskilat-ve-gorevleri-hakkinda-kanun-hukmunde-kararname.html Erişim 21.04.2023 *Erişim 21.04.2023*

22. *T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi* **Türk Diş Hekimleri Birliği Kanunu** *3224 sayılı yasa, RG yayın tarihi 25.06.1985 ve sayı: 18792* https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=3224&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5 *Erişim 21.04.2023*

23. *T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi Sağlık Hizmetleri Temel Kanun 3359 sayılı yasa, RG yayın tarihi 15.05.1987 ve sayı: 19461* https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=3359&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5 *Erişim 22.09.2023*

24. **İlaç Araştırmaları Yönetmeliği.** *RG yayın tarihi 29.01.1993 ve sayı 21480* http://sakur.uludag.edu.tr/files/07.pdf Erişim 22.09.2023

25. *T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi. Hasta Hakları Yönetmeliği RG yayın tarihi 01.08.1998 ve sayı: 23420* https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4847&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5 *Erişim 22.09.2023*

[S180]
2022-2023 YILLARI ARASINDA ANKARA İLİ PERFORMANS DEĞERLENDİRME KOMİSYONUNA AİLE HEKİMLERİ TARAFINDAN YAPILAN İTİRAZLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

İrem Medeni[1], Hasan Gül[2], Reşit Özgür Türkmenoğlu[3], Ayşenur Erduran[3]
[1]Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Çalışan Sağlığı Dairesi Başkanlığı,Ankara
[2]İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı, Ankara
[3]İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı, İzleme,Değerlendirme ve İstatistik Birimi, Ankara

Giriş ve Amaç: Sağlık hizmetleri temelde, "koruyucu", "tedavi edici" ve "rehabilite edici" hizmetler olmak üzere üçe ayrılmakta olup sağlık hizmetlerinin sunumunda "koruyucu sağlık hizmetleri", diğerlerine göre daha öncelikli bir konumda yer almaktadır. İnsanları hastalıklardan koruma ve sağlığı geliştirmeye yönelik tedbirlerden biri olan kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri; duyarlı kişilerin aşılanması, kişilerin uygun beslenmelerini sağlama, sağlam kişilerin erken teşhis amacıyla periyodik muayenesi, kişilerin sağlık konusunda eğitilmeleri şeklinde sıralanabilir.

Aile Hekimliği; doğumdan ölüme kadar yaşamın tüm dönemlerini içeren, kişinin sağlığının korunmasına yönelik önlemlerin alındığı, toplumu ve bireyi bir bütün olarak gören, meydana gelebilecek tüm sağlık problemlerinin tanı ve tedavisinin yapılabildiği bilgi ve beceriye sahip olmayı gerektiren bir tıp disiplinidir. Ülkemizde 2004 yılında 5258 sayılı ''Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun'' resmi gazetede yayınlandıktan sonra 2010 yılında tüm Türkiye'de Aile Hekimliği uygulamasına geçilmiştir.

Ülkemizde 25.01.2013 tarih ve 28539 sayısı ile resmi gazetede yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde Performans ve Hizmet Kalite Standartları başlıklı üçüncü bölümde; Madde 13'ün 1. fıkrasında "Aile hekimlerinin performans değerlendirmeleri bireye yönelik olarak vermiş oldukları koruyucu sağlık hizmetleri dikkate alınarak yapılır." hükmü yer almaktadır.Ayrıca 30.06.2021 tarih ve 31527 sayısı ile resmi gazetede yayımlanan Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliğinde Aile hekiminden yapılacak kesintiler başlığı altında 20. Maddesi 1. Fıkrasında "Koruyucu hekimlik hizmetlerinden; aşılama, gebe, bebek-çocuk takibi için ayrı ayrı, başarı oranına göre kesinti uygulanır." hükmü yer almaktadır.

Biz de bu çalışmada performans değerlendirme komisyonuna aile hekimleri tarafından yapılan itirazları değerlendirerek verilen birinci basamak sağlık hizmetlerinde aksayan ve işleyen yönleri saptamayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Performans İtiraz Komisyonuna 01 Ocak 2022-31 Aralık 2022 tarihleri arasında yapılan başvurularla yürütülmüştür. Retrospektif olarak yapılan kesitsel-tanımlayıcı tipteki bu araştırmaya belirtilen tarih aralığında komisyona gelen toplam 5343 başvurunun tümü incelenerek çalışma yürütülmüştür. Ankara ilinde görev yapan aile hekimleri koruyucu hekimlik hizmetleri kapsamında; gebe izlem, bebek izlem, aşı ve çocuk izlemleri ile ilgili performans itirazlarını dört başlık altında komisyona ulaştırmaktadır. Çalışmamızda aile hekimleri tarafından en çok itiraz konusu olan izlemler, itiraz nedenleri, kabul edilip edilmeme durumları ve bunları etkileyen faktörler değerlendirilmiştir. Bu çalışma, 17/05/2023 tarih ve 2023/124 nolu karar numarası ile Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu tarafından da 12/06/2023 tarih ve 217695948 sayılı verilerin kullanılmasına yönelik gerekli izinler alınmıştır.

Araştırma verileri, IBM SPSS 22 programına girilmiştir. Tanımlayıcı bulgular kısmında kategorik değişkenler sayı, yüzde ve sürekli değişkenler ise ortalama ± standart sapma ve ortanca ile sunulmuştur. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare testi ve Fisher'in kesinlik testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmıştır.

Bulgular: Tablo 1'de, performans itiraz komisyonuna yapılan başvuruların bazı tanımlayıcı özellikleri sunul-

muştur. Başvuruda bulunan hekimlerin %79,2'si aile hekimi uzmanı değildir, aile hekimliği birimlerinin %45,6'sı A grubudur, başvuruların %22,3'ü Çankaya ilçesinden yapılmıştır, %84,6 sıklıkla aşılama ile ilgili itiraz olmuştur. Yapılan itirazların %97,8'i kabul edilmiştir. İtirazların %25,5'i ikametgah değişikliği nedeni ile %21,1'i aşı reddi nedeniyle yapılmıştır. Tablo 2'de yapılan başvuruların bazı özelliklerine göre kabul edilme durumları sunulmuştur. Gebe izlemine yapılan itirazların %67,7'si,bebek izlemine yapılanların %97,3'ü, aşılamaya yapılanların % 99,'i, çocuk izlemine itirazların % 96,1'i kabul edilmiştir. İkametgah değişikliği nedeniyle yapılan itirazların %98,8'i, doğum tarihi uyuşmazlığı nedeniyle yapılanların %92,9'u, tıbbi nedenlere bağlı olanların % 100'ü, performans aralığı dışında olanların % 99,0'ı, başka sağlık kuruluşunda yaptırması nedeni ile olanların % 99,7'si, aşı reddi kaynaklı ve ölüm nedeniyle yapılan itirazların %100'ü, gebeliğin geç tespiti nedeniyle olanların %21,3'ü kabul edilmiştir. İtiraz konuları ve itiraz nedenlerine göre başvuru itirazlarının kabul edilme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$).

Sonuç: Çalışmamızın sonuçlarından birisi gebe izlemlerindeki eksiklik nedeniyle yapılan itirazların komisyon tarafından kabul yüzdesinin diğer sebeplerden dolayı itirazlara göre daha düşük olduğudur. 15- 49 yaş grubundaki tüm kadınların; doğurganlık davranışlarına dair bilgi edinmek ve erken dönemde gebeliği tespit etmek amacıyla altı ay aralıklarla yılda 2 kez izlemleri aile hekimleri tarafından düzenli yapılır ise performans itiraz sayılarının azalacağı düşünülmektedir.

Önemli diğer bir sonuç ise itirazların yaklaşık beşte birinin aşı reddi nedeniyle yapılan başvurular olmasıdır. Aşı yaptırmak istemeyen kişi ya da ailelere yararları ve yapılmaması durumunda bireysel ve toplumsal sakıncaları aile hekimleri tarafından anlatılabilir. Bunun ötesinde konu ile ilgili Sağlık Bakanlığı tarafından politikalar oluşturulup toplumda farkındalık oluşturulması gerekmektedir. İtiraz nedenlerinin yaklaşık dörtte birinin kişilerin ikamet değişikliği nedeniyle olduğu tespit edilmiştir. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde aile hekimlerinin kendisine kayıtlı kişileri ilk altı ayda ilk değerlendirmesinin yapılması gerekliliğini belirtmiştir. İlk değerlendirme geciktirmeden yapılırsa kişi yerinden ayrılacaksa tespit edilip ilçe sağlık müdürlüklerine göç bildirimi yapılarak performans itirazına gerek kalmaması sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Koruyucu Sağlık Hizmetleri, Performans Değerlendirme

[S181]
COVID-19 PANDEMIC MANAGEMENT AT DE MARTINO HOSPITAL, MOGADISHU, SOMALIA: A QUALITATIVE STUDY

Abdullahi Ibrahim Janay, Bülent Kılıç, Belgin Ünal
Department of Public Health, Institute of Health Sciences, Dokuz Eylul University, İzmir, Türkiye

Introduction and Aim: Since hospitals are relatively closed environments with often dense populations and too many patient application may be a suitable environment for COVID-19 transmission among the hospital workers. Thus, determination of COVID-19 pandemic management in the hospitals is important for the prevention of health staff. Studies assessing COVID-19 pandemic management in Somali hospitals could not be found in the literature. Because of that, this study aimed to assess COVID-19 pandemic management at De Martino Public Hospital, Mogadishu, Somalia in order to improve COVID-19 pandemic management at hospitals.

Materials and Methods: In this qualitative study, in-depth interviews were conducted at De Martino hospital. This hospital is one of the most important hospitals in the country and dedicated to COVID-19 patients. Five health managers, 12 healthcare providers and 12 patients were selected from the hospital and interviewed in accordance with this purpose. The in-depth interview form was created using literature review. Semi-structured survey forms have been prepared for the three participant categories. All interviews realized between October and November 2022 through online. After data collection began, new emerging questions were added to the survey forms. For the analysis, the interview audio recordings were converted into text before analysis. Then, the texts were manually analyzed for thematic content. Ethics committee approval for the research was received from DEU Non-Interventional Research ethics committee.

Results:: The following ten themes were obtained in this research: hospital environment, testing facilities, training and education, COVID-19 prevention and control, hospital services, communication, fear of COVID-19 infection, hospital infrastructure, hospital management, salary and motivation.

Good COVID-19 pandemic management in the hospital was reported from the participants, resulting in good COVID-19 Infection Prevention and Control (IPC) practices in the hospital. Fear of COVID-19 infection may have increased the adherence of IPC practices by the individuals. This might be enhanced by the prominent role of hospital administration regarding the fight against COVID-19, including supervision activities, strengthening communication in the hospital and providing training and motivations. However, Some IPC procedures like public education including low motivation of hospital customers to take COVID-19 vaccines were not adequate. This may be due to the weakened fear of COVID-19 and perceiving low risk at the late pandemic.

On the other hand, the study expressed poor COVID-19 infrastructure despite some improvements. There were shortages in lab supplies including COVID-19 tests, medicines, and isolation rooms. While lack of oxygen and electricity problem was the biggest challenge for the hospital at a time, oxygen was made available, fans and air conditions were installed resulting in improved care and better environment. Fortunately, there were no significant shortages in PPE and hand washing supplies reported from the participants.

Related to that, adequate budget was not allocated for COVID-19 IPC in the hospital. Subsequently healthcare workers complained from salary problems including no salary, uncontineous salary, unfair salary and insufficient salary which may cause burnout for them. Healthcare workers blamed this issue primarily to the ministry of health. In addition, managers stressed that they don't have autonomy to manage the budget.

Some quotations obtained during the meetings are as follows:

«Most of what needs to be done to reduce COVID-19 infection is done in the hospital. However, now since the pandemic has decreased and there are no signs of its return, people are not as careful as before. Before, people were very afraid" (Nurse.(

«There is a daily activity person who oversees whether IPC procedures are performed in all departments every morning" (Manager).

«The communication between healthcare workers and management was good. There were also supervisors and assistant supervisors like me in the hospital; we were between the management and staff, and we were passing the information to both parties" (Manager).

«During the COVID-19 emergency, everyone was working 8 hours a day. So, there was time to rest. Also, the on-duty staff was eating a good three meals a day free of charge, the motivating was very good" (Doctor).

«Since we came to the hospital, health care workers did not talk to us about COVID-19. Like cleaning, everyone knows, it's not necessary to tell us. But there are COVID-19 posters I think they are good…… We were not given information about the COVID-19 vaccine. But I don't know if it's written on the posters, because I didn't read it. There is a poster outside, when I was coming, I had a pain and couldn't read it" (Patient).

«As I remember, after COVID-19 was spread throughout the country, COVID-19 tests were mostly done only to people with COVID-19 symptoms in order to save test materials" (Doctor).

«There were and still are major problems in terms of materials, there are no continuing supplies such as medicine, except personal protective equipment (PPE)" (Manager).

«During the COVID-19 emergency, the biggest challenge was the lack of oxygen, but now the hospital has two factories producing oxygen" (Manager).

«The Ministry of Health deals with the budget for COVID-19. However, since we are an African country, our budget will not be 100%" (Manager).

"Although the hospital is a public hospital, it is program-based and the expenses of hospital workers are financed by donor organizations, which sometimes cut. The Ministry of health supports as much as it can in terms of medicine but does not pay the salaries of the staff" (Doctor).

Conclusion: Health workers and community should be educated to apply COVID-19 IPC guidelines. Sufficient funds must be allocated in order to obtain necessary hospital materials, equipment and meet the needs of human resources for better COVID-19 pandemic management in hospitals. Ministry of Health and donor organizations must equally contribute to this process. Ministry of Health should give hospital managers some autonomy to manage obtained funds.

Key Words: Health Policy, Health Workers, Africa, communicable diseases, hospital management

Ethical Approval: Ethics committee approval for the research was received from DEU Non-Interventional Research ethics committee (approval date: 17.08.2022, decision number: 2022/26-08).

Conflict of Interest: There is no conflict of interest in this study.

Financial support: There is no financial support for this study.

[S182]
EVALUATION OF EMERGENCY DEPARTMENT ADMISSIONS AT A FOUNDATIONAL UNIVERSITY HOSPITAL IN ISTANBUL BY EMERGENCY STATUS: A RETROSPECTIVE DESCRIPTIVE STUDY

Muhammed Musab Güzel[1], Lütfiye Merve Çakıl[2], Cemile Zerrin Usalan[2], Hanife Elif Okuducu[2], Dicle Karabalık[2], Ayşe Zülal Tokaç Farımaz[3], Sabanur Çavdar[4]

[1]International School of Medicine, Istanbul Medipol University, Istanbul, Türkiye
[2]School of Medicine, Istanbul Medipol University, Istanbul, Türkiye
[3]Department of Public Health, School of Medicine, Istanbul Medipol University, Istanbul, Türkiye
[4]Department of Public Health, International School of Medicine, Istanbul Medipol University, Istanbul, Türkiye

Introduction and Aim: While emergencies are considered situations that require medical intervention within the first 24 hours, otherwise risking life and health integrity, non-emergencies occupy a significant place among emergency department admissions. The aim of this research is to evaluate the proportion and characteristics of non-emergency admissions among all emergency department admissions.

Materials-Methods: In this descriptive research, the admissions to the emergency department of a foundation university hospital in Istanbul were retrospectively analyzed between April 1, 2022, and April 1, 2023. The study population consists of admissions to the emergency department during a one-year period from 23:00 to 08:00. It was aimed to reach the entire population without selecting a sample. Included individuals were those aged 16 and over, who presented to the emergency department between 23:00 and 08:00, with recorded diagnosis-treatment-triage information. Excluded individuals were those under 16 years old, those who presented to the emergency department during outpatient hours, those with no diagnosis-treatment-triage information, and duplicate admissions. A total of 8,436 admission records were accessed and after excluding (202 records of patients under 16 years old, 349 records with no diagnosis-treatment-triage data, and 1,668 duplicate red triage records) the analysis of the research was completed with 6,217 patient data. The independent variables included age, gender, marital status, hospital admission date, day, season, insurance status, and the dependent variable was the emergency status. Red and yellow triage admissions were grouped as "emergency," and green triage admissions were categorized as "non-emergency" for analysis. The data were organized in Excel, and statistical analysis was performed using SPSS. In addition to descriptive statistics (number and percentage), chi-square was used as a significance test. The significance level was set at $p<0.05$. The research received ethical approval and was conducted as a medical school intern research. The authors declare no conflict of interest or financial support.

Results: Out of the analyzed 6,217 emergency department admissions, 72.6% (n=4,514) were non-emergencies (green), 18.5% (n=1,153) were emergencies (yellow), and 8.9% (n=550) were very urgent (red) admissions. Among non-emergency admissions, 49% (n=2,211) were due to upper respiratory tract infections, 21.9% (n=987) were due to gastroenteritis, and 9.7% (n=440) were due to abdominal pain. The rate of non-emergency admissions among female patients was 74.5%, while it was 70.5% among male patients ($p<0.001$). According to age groups, the rate of non-emergency admissions was 79% in the 16-39 age group, 64.4% in the 40-64 age group, and 42.6% in the 65 and over group ($p<0.001$). According to insurance status, the rate of non-emergency admissions was 83% for those with Public+Private insurance, 66.2% for those with only Public insurance, 59.8% for those with only private insurance, and 55.2% for those without insurance ($p<0.001$). When admissions were evaluated by season, 71.6% of spring admissions, 67.1% of summer admissions, 69.7% of autumn admissions, and 79.4% of winter admissions were non-emergencies ($p<0.001$). The rate of non-emergency admissions did not differ based on the time of admission being between 23:00-02:00 or 02:00-08:00 ($p=0.456$). According to marital status, the rate of non-emergency admissions was 71% for married individuals, 30.1% for singles, and 59.9% for divorced/widowed individuals ($p<0.001$). The rate of non-emergency admissions did not differ based on whether the admission occurred on a weekday or weekend

(72.7% and 72.3%, respectively; p=0.715).

Conclusion: The density of non-emergency admissions to the emergency department can occur among different demographic groups and for different reasons. In this study, it was observed that groups with more difficult access to primary healthcare services (married individuals, the working-age group) and groups with high utilization of services (female gender, those with private insurance) had a higher rate of non-emergency admissions. In this context, it is important to clarify the reasons behind non-emergency admissions and improve access to healthcare services and their appropriate use. However, due to the lack of diagnosis and treatment data, it was not possible to fully assess the urgency of admissions. Additionally, since this study only includes emergency department admissions during specific time intervals at a foundation university hospital, generalization is not possible.

Keywords: Emergency department, triage, non-emergency visits, health service utilization

[S183]
BALIKESİR ALTIEYLÜL İLÇE MERKEZİNDE YAŞAYAN YETİŞKİNLERİN GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP KULLANIMININ BELİRLEYİCİLERİ VE SAĞLIK HİZMETLERİ SİSTEMİNE DUYULAN GÜVEN İLE İLİŞKİSİ

Emine Ayhan Akman, Çağdaş Sonat, Murat Aysin, Sultan Eser
Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Balıkesir

Giriş ve Amaç: Geleneksel tıp farklı kültürlere özgü teorilere, inançlara ve deneyimlere dayalı, açıklanabilir olsun veya olmasın, sağlığın korunmasında olduğu kadar fiziksel ve ruhsal hastalıkları önleme, tanı, iyileştirme ve tedavide kullanılan bilgi, beceri ve uygulamaların tümüdür. Tamamlayıcı veya alternatif tıp ise o ülkenin kendi geleneğinin veya konvansiyonel tıbbın parçası olmayan ve baskın sağlık sistemine tam olarak entegre edilmemiş geniş bir sağlık bakımı uygulamaları kümesini ifade eder. Sağlık sistemine güveni azalan bireyler modern tıptan uzaklaşarak alternatif/tamamlayıcı tıp uygulamalarına yönelim gösterebilmektedir. Bu çalışmada Balıkesir ili Altıeylül ilçe merkezinde yaşayan 18 yaş ve üstü bireylerin geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanımı ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi, sağlık hizmetlerine duyulan güven ile getat kullanımı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki bu çalışma Ekim ve Kasım 2022 tarihlerinde, Balıkesir ilinin Altıeylül ilçesi merkez mahallelerinde yetişkinlerde gerçekleştirildi. Çalışmanın evrenini Altıeylül ilçe merkezinde yaşayan 102.780 yetişkin oluşturmaktaydı. Örneklem büyüklüğü; Epi Info 7.2 programı kullanılarak, %95 güven aralığı, %5 hata payı, %50 prevalans, 1,5 desen etkisi, %20 yedek ile 690 olarak hesaplanmış olup 715 katılımcı araştırmaya dahil edildi. Çok aşamalı örnekleme yöntemi kullanıldı. Ulaşılması gereken kişi sayıları mahalle nüfuslarına göre tabakalandırıldı. Basit rastgele yöntem ile gidilmesi planlanan sokaklar belirlendi. Sistematik örnekleme ile hanelere ulaşıldı. Araştırmacılar tarafından hazırlanan anket katılımcılarla yüz yüze görüşülerek dolduruldu. Sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyini ölçmek için 17 maddeden oluşan "Sağlık Hizmetleri Sistemi Çok Boyutlu Güven Ölçeği" kullanıldı. Araştırmanın bağımsız değişkenleri; sosyodemografik özellikler, sağlık durumu ve alışkanlıklar, sağlık hizmetlerinden yararlanma özellikleri, sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyi; bağımlı değişkeni ise getat kullanım durumuydu. Toplanan veriler SPSS 26.0 programıyla çözümlendi. Tanımlayıcı veriler için sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanıldı. Tek değişkenli analizlerde ki-kare testi; çok değişkenli çözümlemelerde lojistik regresyon analizi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ kabul edildi. Etik kurul onayı; Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan alınmıştır (04/10/2022 tarih 2022/91 sayı).

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 44,5±15,1'di. %69'u evli ve %72,4'ü çocuk sahibiydi. %44,9'u önlisans ve üzeri öğrenim düzeyine sahip olup %46,4'ü özel sektörde çalışmaktaydı. %45,6'sının geliri açlık sınırı ile yoksulluk sınırı arasındaydı. %38'inin hekim tanılı kronik hastalığı bulunmaktaydı. Katılımcıların %91,3'ü sosyal güvenceye dayalı olarak sağlık hizmetlerinden yararlanabiliyordu. %90,1'i aile hekimliği hizmetlerinden, %42,1'i hastane poliklinik hizmetlerinden, %75'i acil servis hizmetlerinden, %76,1'i 112 acil çağrı hizmetlerinden kolayca yararlanabildiğini düşünüyordu. Katılımcıların %41,7'si daha önce kendisinde veya çocuğunda herhangi bir geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemi kullandığını belirtmişti. Bu kişilerin %45'i kendisinde halen bu yöntemleri kullandığını bildirdi. %70,5'i bu yöntemleri ev ortamında kullandığını, %59,7'si bu yöntemler için para ödediğini belirtti. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerine yönelik en sık bilgi edinme kaynağı komşu/arkadaş/akrabaydı (%57,4). Destekleyici uygulamalar arasında en sık kullanılan diyet desteği (tüm katılımcıların %16,6'sı) iken destekleyici tedaviler içinde yer almayan yöntemler arasında en sık fitoterapi (%24,3) ikinci sıklıkta hacamat/kupa uygulaması(%16,6) yer almaktaydı. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanmaya yönelten en sık sebep çevredeki insanların önermesiydi (%23,1). Lojistik regresyon analiz sonucuna göre bağımsız değişkenler ile hayatının herhangi bir döneminde kendisi veya çocuğu için geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemleri kullanımı karşılaştırıldığında; lise öğrenim düzeyine sahip olmak 1,805 kat (%95 GA: 1,159 – 2,811); hane gelirinin açlık sınırı ile yoksulluk sınırı arasında olması 1,552 kat

(%95 GA:1,103 – 2,184), yoksulluk sınırı ve üzerinde olması 2,559 kat (GA:1,386 – 4,724), kronik hastalık varlığı 2,192 kat (GA: 1,575 – 3,052) artırmaktaydı. Sağlık hizmetlerine güven puanının bir birim artışı Getat kullanım olasılığını %1,9 (OR:0,981) azaltmaktaydı.

Sonuç: Lise öğrenim düzeyine sahip olmak, hane gelirinin artması ve kronik hastalık varlığı getat kullanım olasılığını artırırken sağlık hizmetlerine duyulan güvenin artışı bu olasılığı azaltmaktadır. Topluma yönelik bilimsel temellere dayalı bilgilendirme faaliyetleri yapılmasının yanı sıra sağlık hizmetlerine güveni artırmak adına yapılacak çalışmalar kişilerin konvasiyonel tıptan uzaklaşarak geleneksel ve tamamlayıcı tıbba yönelmelerinin önüne geçmek ve onları evde yapılan uygulamalar gibi kontrolsüz uygulamalardan uzak tutmak için önemli bir yol olabilir.

Anahtar Kelimeler: Geleneksel, Güven, Sağlık Hizmetleri, Tamamlayıcı tıp

[S184]
HALK SAĞLIĞI UZMANLIK EĞİTİMİNDE HALK SAĞLIĞI LABORATUVARLARININ YERİ: ANTALYA HALK SAĞLIĞI LABORATUVARI ÖRNEĞİ

Kevser Erdoğan
SBÜ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Antalya Halk Sağlığı Laboratuvarı Sorumlusu, Antalya

Halk Sağlığı Laboratuvarları

Halk Sağlığı Laboratuvarları (HSL), T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü altında Tüketici Güvenliği ve Halk Sağlığı Laboratuvarları Dairesi Başkanlığı'na bağlı olarak hizmet vermektedir. Halk Sağlığı Laboratuvarları, bireylerin ve toplumun sağlığını etkileyen faktörleri araştırarak, toplum sağlığının korunması ve iyileştirilmesi amacıyla klinik ve klinik dışı laboratuvar hizmetleri sunan kuruluşlardır. Bu laboratuvarlar, sağlık politikalarının geliştirilmesi ve halk sağlığı sorunlarının çözülmesi konusunda önemli bir rol oynamaktadır. Halk Sağlığı Hizmetlerine Yönelik Laboratuvarların Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik'te her ilde bir halk sağlığı laboratuvarı kurulması gerektiği ve nüfus büyüklüğü, ulaşım koşulları, coğrafi konum, mevsimsel nüfus hareketliliği göz önüne alınarak, aynı il sınırları içinde birden fazla halk sağlığı laboratuvarı veya ek hizmet binası kurulabilir olduğu belirtilmiştir.[1]

Klinik dışı laboratuvarlar; 22.01.2015 tarih ve 29244 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "Halk Sağlığı Laboratuvarları ve Yetkilendirilmiş Laboratuvarların Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik" hükümlerine tabi iken[1] tıbbi laboratuvarlar; 09.10.2013 tarih ve 28790 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği" hükümlerine tabidir.[2] Halk Sağlığı Laboratuvarları klinik ve klinik dışı laboratuvar hizmetleri vermektedir (Şekil 1).

Halk Sağlığı Laboratuvarlarının Sayısı

Ülkemizde her ilde 1 adet, İstanbul'da 3 adet, Antalya'da 2 adet olmak üzere toplam 84 adet Halk Sağlığı Laboratuvarı ve merkezde Ulusal Halk Sağlığı Referans Laboratuvarı hizmet vermektedir. Hizmet tipine göre L1 ve L2 olmak üzere iki grup laboratuvar yer almaktadır.

-L1 Tipi Halk Sağlığı Laboratuvarları

19 adet L1 tipi HSL bulunmaktadır. Bulunduğu iller; Adana, Afyonkarahisar, Ankara, Antalya, Aydın, Bursa, Diyarbakır, Erzurum, Gaziantep, İstanbul 1-2-3, İzmir, Kayseri, Konya, Nevşehir, Samsun, Trabzon ve Van'dır.

-L2 Tipi Halk Sağlığı Laboratuvarları

65 adet L2 tipi HSL bulunmaktadır. L1 tipi HSL'nın bulunduğu iller dışında kalan illerde ve Alanya ilçesinde L2 tipi HSL bulunmaktadır.[3]

L1 Tipi Halk Sağlığı Laboratuvarlarının Görevleri

L1 Laboratuvarları, Halk Sağlığı Hizmetlerine Yönelik Laboratuvarların Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliğe uygun olarak TS EN ISO/17025 Deney ve Kalibrasyon Laboratuvarlarının Yetkinliği için Genel Gereklilikler standardı kapsamında akredite olma zorunluluğuna tabidir. Akredite L1 Laboratuvarları, kendine bağlı L2 Laboratuvarlarına doküman, eğitim ve hizmet konularında ihtiyaç duyduğu desteği sunmaktadır. L1 tipi HSL'larında;

1. İçme-kullanma suyu, içme suyu, kaynak suyu, doğal mineralli su ve kaplıca sularının ruhsat, denetim ve kontrol izlemesi amacıyla gerekli analizler yapılır.

2. Havuz suyu, talassoterapi amaçlı deniz suyu, hemodiyaliz çözeltilerinin dilüsyonunda kullanılan sular, yüzme suları, içme suyu amaçlı ham sular ve benzeri suların ilgili mevzuat çerçevesindeki analizleri ile

peloid analizleri gerçekleştirilir.

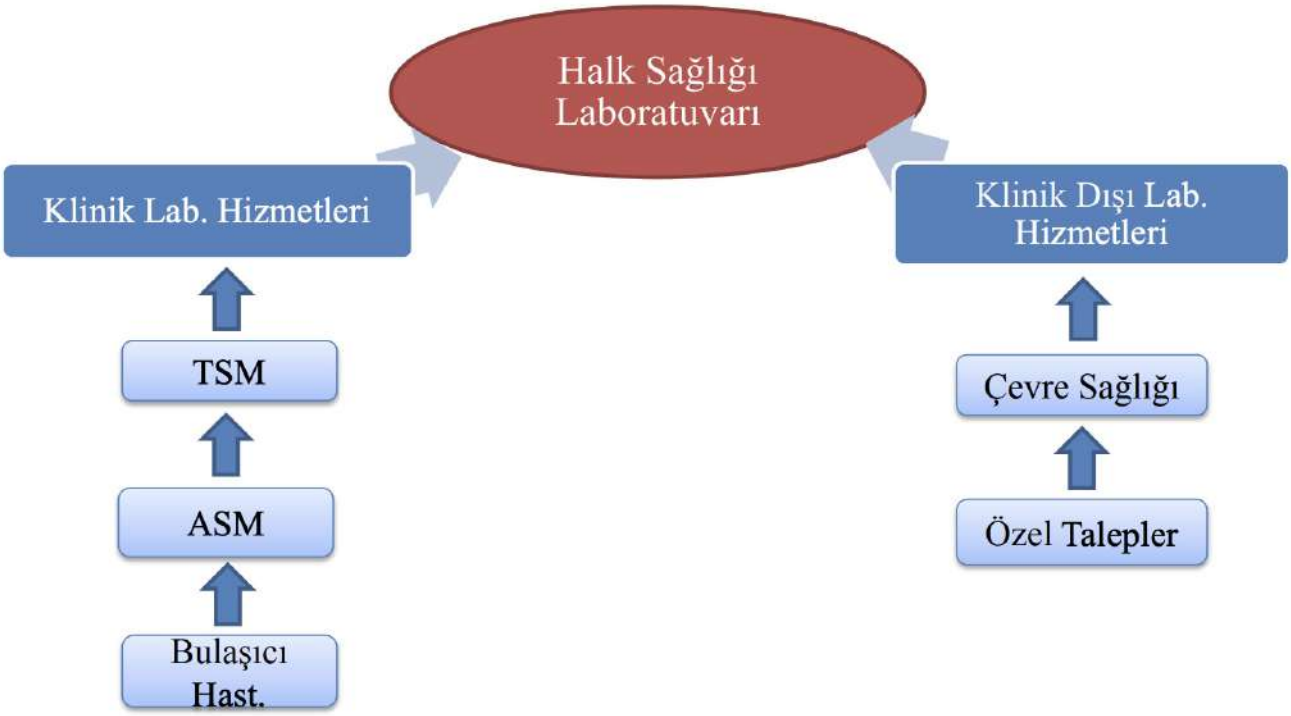
3. Toksikolojik araştırmalara yönelik analizler yapılır.
4. Biyosidal ürün analizleri yetkilendirilmiş laboratuvarlar tarafından gerçekleştirilir.
5. Legionella analizleri yetkilendirilmiş laboratuvarlar tarafından yürütülür.
6. Klinik laboratuvar hizmetleri sunulur, özellikle idrar numunelerinde yasadışı ve kötüye kullanılan ilaç ve maddelerin analizleri (İstanbul 3 Nolu Halk Sağlığı Laboratuvarı'nda) yapılır.
7. Çalışan sağlığı ve güvenliği analizleri yapılır.
8. Yerel ve özel taleplere bağlı olarak istenen analizler yapılır.[3,4]

L2 Tipi Halk Sağlığı Laboratuvarlarının Görevleri

L2 Laboratuvarlarında, akreditasyon zorunluluğu olmamakla birlikte, kalite altyapısının kurulması ve analiz yeteneklerinin TS EN ISO/IEC 17025 standardı kapsamında geliştirilmesi için çaba harcanarak laboratuvar bilinci oluşturulmaktadır. L1 tipi HSL'larında;

1. İçme-kullanma suyu, içme suyu, kaynak suyu ve kaplıca sularının kontrol izleme analizleri yapılır.
2. Havuz suyu, yüzme suyu, hemodiyaliz çözeltilerinin dilüsyonunda kullanılan sular, içme suyu amaçlı ham sular ve benzeri suların ilgili mevzuat gereklilikleri çerçevesindeki analizler yapılır.
3. Kurumca yetkilendirilen diğer alanlardaki analizler, içme-kullanma sularının denetim izlemesinin mikrobiyolojik analizleri ile doğal mineralli suların mikrobiyolojik analizleri, peloid analizleri ve legionella analizlerini içermektedir.
4. Klinik laboratuvar analizleri de sunulan hizmetler arasında yer almaktadır.[3,4]

Şekil 1. *Halk Sağlığı Laboratuvarlarının Sunduğu Hizmetler*[5]



Halk Sağlığı Hizmetlerine Yönelik Laboratuvarların Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik'in beşinci bölümünde "Laboratuvar sorumlusu; tercihen mikrobiyoloji uzmanı, enfeksiyon hastalıkları uzmanı, tıbbi mikrobiyoloji uzmanı, tıbbi biyokimya uzmanı veya tabip, veteriner hekim, kimyager, kimya mühendisi, biyolog, tıbbi biyolog, moleküler biyolog, gıda mühendisi, gıda ve su ürünleri bölümlerinden mezun ziraat mühendisi ve çevre mühendislerinden tercihen laboratuvar çalışma alanında doktora/yüksek lisans eğitimi almış olanlar veya bu unvanlı personelden en az iki yıl laboratuvarda çalışmış olanlar arasından görevlendirilir." şeklinde belirtilmiştir.[1] https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/03/20190309-3.htm Yönetmelikte Halk Sağlığı Laboratuvar Sorumlusu olarak tercihen Halk Sağlığı Uzmanı ibaresinin geçmemesi eksiklik olarak karşımıza çıkmaktadır.

Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitiminde Halk Sağlığı Laboratuvarlarının Yeri

Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi (TUKMOS)'un 2019 yılında yayınladığı Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı'nda Halk Sağlığı Uzmanı'nın halk sağlığı laboratuvarlarının işletilmesinde doğrudan görev alır şeklinde yer verilmiştir. Halk Sağlığı Uzmanı'nın çalışabileceği yerler arasında halk sağlığı laboratuvarında hekim ve yönetici olarak çalışabilir ifadesi bulunmaktadır.[6]

Halk Sağlığı Uzmanı'nın temel yetkinlikleri arasında hizmet sunucusu temel yetkinliğinin klinik yetkinlik başlığı altında; "Halk Sağlığı Laboratuvarı Kurulum Prensipleri" yetkinlik düzeyi için saptar, planlar, uygular ve/veya yönetir, değerlendirir (S, P, U, D) şeklinde yer verilmiştir. Hizmet sunucusu temel yetkinliğinin girişimsel yetkinlik başlığı altında; "Halk Sağlığı Laboratuvarı Yönetimi" yetkinliği düzey 4: "Karmaşık olsun veya olmasın her tür olguda girişimi uygulayabilme düzeyini ifade eder." olarak belirtilmiştir. TUKMOS tarafından laboratuvar kurulum prensiplerini ve halk sağlığı laboratuvarı yönetimini öğrenme ve öğretme yöntemleri olarak; yapılandırılmış, uygulamalı, bağımsız ve keşfederek öğrenme etkinliklerinin kullanılması önerilmektedir. Ayrıca 6 ay zorunlu olan uygulamalı saha eğitiminin yapılabileceği birimler arasında halk sağlığı laboratuvarları bulunmaktadır.[6]

Halk Sağlığı uzmanlık eğitimi kapsamında uzmanlık öğrencileri; kantitatif test kavramını ve kalite kontrolünün nasıl yapıldığını, bir analizin doğruluğu ve kesinliğinin ne anlama geldiği, ölçüm belirsizliği ve hata kavramlarını, Levey-Jennings çizelgelerini ve kullanım amaçlarını, Westgard kurallarını ve ne anlama geldiklerini, metot validasyonu ve verifikasyonunu tanımlayabilirler.

Antalya Halk Sağlığı Laboratuvarı

Antalya L1 tipi Halk Sağlığı Laboratuvarı 212 Aile Sağlığı Merkezi'nde 650 Aile Hekimi'ne, 13 Toplum Sağlığı Merkezi/İlçe Sağlık Müdürlüğü'ne hizmet sunmaktadır. Aksu, Döşemealtı, Kepez, Muratpaşa, Konyaaltı merkez ilçelerine, Elmalı, Finike, Kaş, Kemer, Korkuteli, Kumluca, Manavgat, Serik olmak üzere diğer ilçelere klinik ve klinik dışı laboratuvar hizmeti verilmektedir. Ayrıca L2 tipi Alanya, Burdur, Isparta, Denizli HSL'larına hizmet, doküman ve eğitim konularında ihtiyaç duyduğu desteği sunmaktadır.

Antalya HSL'nda 2 kadrolu 2 geçici görevli 4 Biyokimya Uzmanı, 4 kadrolu 3 geçici görevli 7 Mikrobiyoloji Uzmanı, hizmet alımı kapsamında 14 firma çalışanı olmak üzere toplam 150 personel çalışmaktadır. Bünyesinde laboratuvar teknisyeni ve teknikeri, biyolog, kimya mühendisi, kimyager, gıda mühendisi, veteriner hekim, veri hazırlama ve kontrol işletmeni, tıbbi sekreter, temizlik personeli, güvenlik görevlisi gibi ünvanlarda personeller çalışmaktadır.

Antalya HSL'nda turizm sezonunda havuz suyu analizleri nedeniyle kimya laboratuvarı ve mikrobiyolojik su laboratuvarında, yayla dönüşü ve yaylaya çıkmadan önce de Antalya halkının aile hekimlerine başvurusunda artış nedeniyle biyokimya laboratuvarında yoğunluk yaşanmaktadır. Turizm sezonda günlük 400-500 havuz suyu numunesi, yaz sezonu dışında günlük 4000-5000 biyokimya kan numunesi laboratuvara ulaşmaktadır.

Antalya HSL kimya, biyokimya ve mikrobiyoloji laboratuvarlarında çeşitli analizleri çalışmaktadır. Şekil 2'de yer verilmiştir. 2022 yılı içerisinde kimya laboratuvarında kontrol izleme, denetim izleme, piyasa gözetimi

amaçlı 33.000'e yakın su analizi, biyokimya laboratuvarında 2,5 milyona yakın numune için yaklaşık 13 milyon test, mikrobiyoloji laboratuvarında 280.000'e yakın numune için yaklaşık 850.000 test çalışılmıştır.

Kimyasal ve mikrobiyolojik su laboratuvarında çalışılan testlerin üçüncü onayı yapıldıktan sonra laboratuvar raporlandırma birimi çalışanları tarafından analiz sonuçları Laboratuvar Bilgi Yönetim Sistemi'nden (LBYS) çekilip ilgili kurumlara iletilmektedir. Aile hekimlerinin istemi ile çalışılan testlerin sonuçları ilgili birimde onaylandıktan sonra aile hekimleri ve hastalar sonuçları hem LBYS hem de Aile Hekimliği Bilgi Yönetim Sistemi'nden elde edebilirler. Ancak Talasemi testi için "Kalıtsal Kan Hastalıkları Bilgi Formu" ve "Bilgilendirilmiş Onay Formu" ile hastanın LBYS kaydı kontrol edilerek numune kabulü yapılmaktadır. Daha sonra evlilik öncesi tarama testlerinde hastanın eşine ait kimlik numarası ile eş birleştirme işlemi yapılan hastaların sonuçları onaylanıp aynı ekranda her iki eşe ait test sonuçlarına ulaşılabilmektedir.[7]

Şekil 2. *Antalya Halk Sağlığı Laboratuvarında Yapılan Analizler*[7]

Antalya Halk Sağlığı Laboratuvarı Örneğinde Halk Sağlığı Uzmanı Laboratuvar Sorumlusu

Halk Sağlığı Uzmanlığı eğitimi sürecinde Halk Sağlığı Laboratuvarları kurulum prensibi ve laboratuvar yönetimi yetkinliklerinin kazandırılması esastır. Bu amaçla asistan hekimlerin saha rotasyonunun bir kısmını laboratuvarda geçirmeleri bilgi düzeyini artırmak ve yöneticilik becerilerini geliştirmek için güzel bir fırsat sunmaktadır. Laboratuvarda sunulan hizmetlerin her biri yönetmeliklerde belirlenmiş, kurulum esasları ve prototipi Halk Sağlığı Laboratuvarları Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan rehberle netleştirilmiştir.[8]

Laboratuvar tarafından sunulan hizmetler, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından her yıl Fiyat Tarifeleri ve Analiz Bilgileri Rehberi ile belirlenmektedir.[9] Antalya HSL'na ait müşteri şikayet formu, müşteri anket formu, karar kuralı talimatı, feragat beyanı, hizmet ve iletişim prosedürü gibi belge ve dökümanlar hizmet alıcılarına açık şekilde internet sayfasında yer almaktadır. Halk Sağlığı uzmanlık öğrencisinin laboratuvarda sunulan hizmetler, ilgili yönetmelikler, laboratuvar rehberi ve laboratuvar güvenliği hakkında bilgi sahibi olması günümüzde klinik tanıda laboratuvarın öneminin artması nedeniyle daha da önem kazanmıştır. Halk Sağlığı uzmanlık öğrencisi laboratuvarın doğru sonuç vermesi için, örnek alımından hatasız ve kaliteli test sonucu vermeye kadar olan tüm basamakların kontrol edilmesi gerektiğinin farkında olmalıdır. Bu sayede HSU müşterilerin ve halkın şikayetlerini göz önünde bulundurarak akılcı çözümler bulacak yetkinlikte olacaktır.[6]

Halk Sağlığı Laboratuvarlarına ilçe sağlık müdürlükleri çevre sağlığı birimi tarafından ya da özel istek üzerine getirilen su numunelerinde analiz öncesi yanlış numune alımı, yanlış yöntemle örnek alımı, yanlış kaba numune alımı, numunenin yanlış etiketlenmesi ya da etiketlenmemesi, numunenin uzun süre bekletilmesi, saklama ve

taşınma koşullarına uygun olmaması, reaktiflerin ve test kitlerinin uygun koşullarda saklanmaması gibi kaliteli ve doğru test sonucu vermeyi etkileyecek etmenlerin olduğunun farkında olunmalıdır. Analiz sonrası raporlama aşamasında yapılan yazım hataları, raporun yanlış yere gönderilmesi, raporun gönderilmemesi ya da okunaksız olması gibi hataların olabileceği uzmanlık eğitimi sürecinde öğrenilmelidir. Ekiplere gerekli eğitimlerin verilmesi ve ekiplerin denetimlerinin takibinin yapılması halk sağlığı uzmanlık eğitimi kapsamında bulunmalıdır.

Aile hekimlerine hizmet sunan Halk Sağlığı Laboratuvarlarında, numune alım merkezi sayısının fazla olması ve zaman içinde değişen aile sağlığı elemanları süreç yönetimini karmaşık hale getirebilmektedir. Pre-preanalitik ve "gerçek" preanalitik fazda bazı hata kaynakları olabilmektedir. Pre-preanalitik faz; uygun test seçimi ve istemini, numune alımını ve etiketlemeyi içermektedir. Bu aşamalar aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları tarafından yürütülmektedir. Öte yandan preanalitik faz; numune kabulü, santrifüjasyon, alikuotlama ve dilüsyon işlemlerini içerir. Bu ayrım genellikle hem sınıflandırma amacı taşır hem de laboratuvar dışı personelin sorumluluklarını ve görevlerini vurgular.

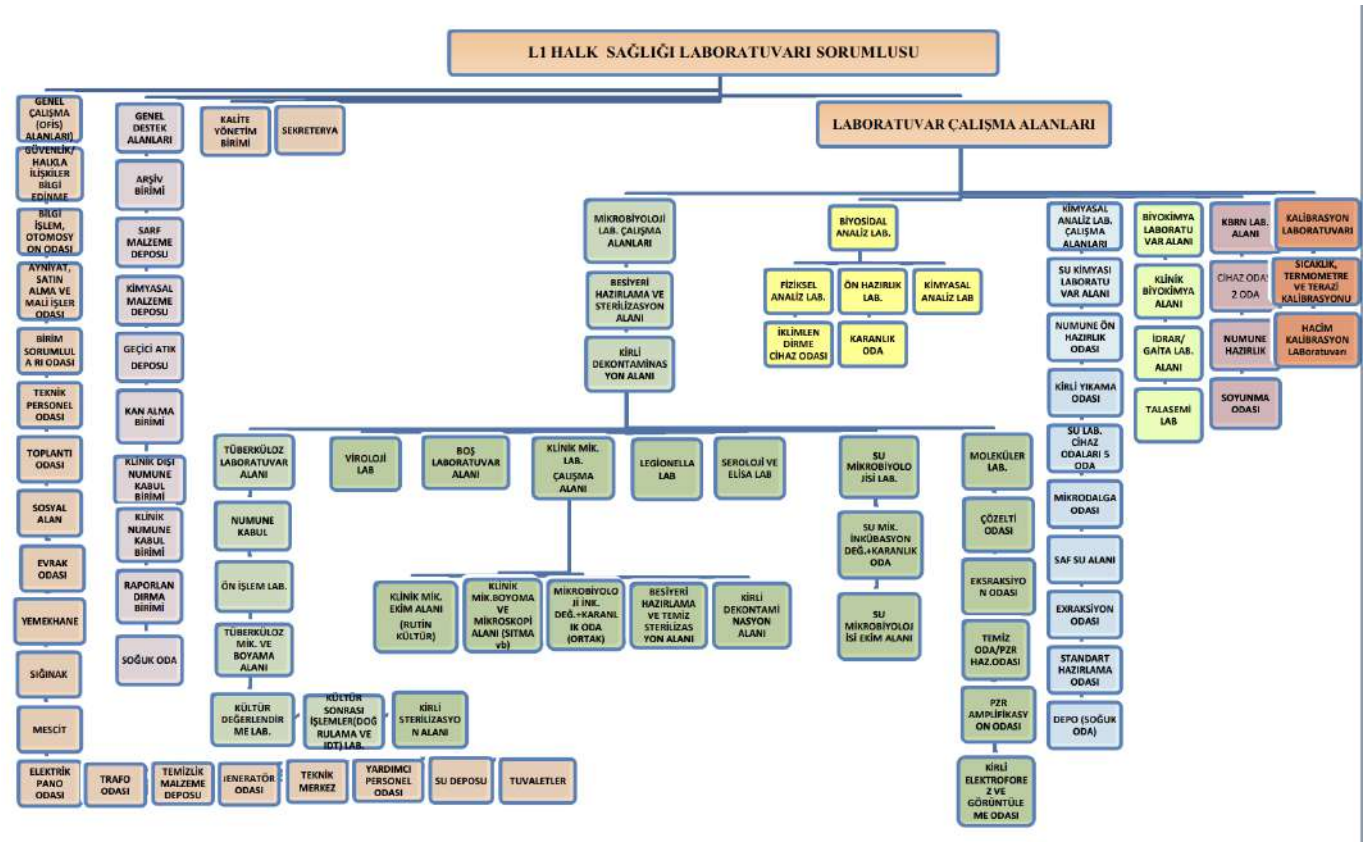
Antalya Halk Sağlığı Laboratuvarı'nda gözlenen preanalitik hatalar; hemolizli / ikterik / lipemik numuneler, pıhtılı numuneler, hatalı kayıtlar (kimliklendirme hatası), hatalı test istemi, yetersiz numuneler, uygunsuz sonuçlardır. Aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının sık değişimi sorunları artırarak iletişimi zorlaştırmaktadır. Bu durum gereksiz test taleplerine ve tekrarlarına yol açmaktadır. Bu nedenle, akılcı test istemlerinin hızla Bilgi Yönetim Sistemine entegre edilmesi gereklidir.

Birçok ilde biyokimya uzmanlarının laboratuvarda tek olması ve bu uzmanların laboratuvar sorumlusu olmaları, uzmanların kendi alanlarında etkin çalışmalarını engellemektedir. Halk Sağlığı Uzmanları laboratuvar sorumlusu olarak laboratuvar dışında ve içinde olan sorunları saptayıp çözümleyecek yetkinliktedir. Gerek laboratuvardaki personele iş güvenliği de dahil olmak üzere hataları düzeltici eğitimler, gerek çevre sağlığı teknisyeni, aile sağlığı elemanı ve aile hekimlerine yönelik eğitimlerle daha kaliteli ve doğru sağlık hizmeti sunumunu sağlayabilecek yetkinliktedir. Laboratuvarda yapılan testler sayesinde laboratuvar sorumlusu HSU, il ve bölge bazında sık görülen hastalıkları tespit ederek sağlık politikalarının geliştirilmesi ve halk sağlığı sorunlarının çözülmesi konusunda adımlar atabilir. Erken uyarı birimi ile iş birliği içerinde olup salgınların erken tespitinde yer alabilir. Analizleri yapılmış suların sonuçlarında halk sağlığını riske atacak durum tespit edildiğinde ilçe sağlık müdürlükleri ile iletişime geçerek alınacak önlemler ve yapılacaklar hakkında öneriler geliştirebilir.

Kalite yönetim sistemi oluşabilecek hataların saptanmasını ve tekrarlanmamasını sağlar. HSL kalite yönetim sisteminin kalite standartlarına uygun şekilde yürütülmesi ile doğru, tekrarlanabilir, zamanında sonuç üretilmesi sağlanmaktadır. Kalite yönetim sistemi 12 bileşenden oluşmaktadır (Şekil 3). HSU kalite yönetim sisteminin bileşenlerinin her basamağında aktif görev alabilir. Ayrıca laboratuvar çalışma alanlarında, laboratuvarda bulunan arşiv, tıbbi atık, su deposu, malzeme deposu, kafeterya gibi diğer alanların planlanması ve hizmetlerin yürütülmesinde yöneticilik ve koordinasyon yapabilir (Şekil 4).

Şekil 3. *Kalite Yönetim Sistemi Bileşenleri*

Şekil 4. *L1 Laboratuvarlarının ve Laboratuvar Sorumlusunun Genel Çalışma Alanları*[8]



Öneriler

Halk Sağlığı Laboratuvarı hakkında öneriler

HSL'lerin bağımsız ve yeterli büyüklükteki binalarda hizmet vermeleri sağlanmalıdır.

HSL bünyesinde çalışan personelin sık görev yeri değişikliği yapılmamalıdır ve yetkinlikleri kapsamında işlerde görevlendirilmelidir.

Kan alma görevlilerine (aile sağlığı elemanları), belirli standartlara uygun bir kan alma eğitimi verilmesi ve bu eğitimin sertifikalandırılması gerekmektedir.

Aile hekimliği yönetmeliğinde santrifüj cihazlarına ilişkin standartlar konusunda düzenlemeler yapılmalıdır.

Tıbbi laboratuvar yönetmeliğine preanalitik süreçlerin eklenmesi ve bu süreçlerin denetlenmesi, faaliyete esas ruhsat denetim kriterlerine dahil edilmelidir.

Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi hakkında öneriler

Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitiminde yer alan HSL saha rotasyonları daha etkin hale getirilmelidir.

Halk Sağlığı Laboratuvarları hakkında teorik bilgiler uzmanlık eğitimi kapsamında verilmelidir.

HSL ile üniversiteler iş birliği içerisinde çalışmalar yürütmeli ve sağlık politikaları geliştirmelidir.

Yaşanılan bölgedeki sık görülen hastalıklara yönelik HSL bünyesinde açılabilecek laboratuvar birimlerine halk sağlığı uzmanları öncülük etmelidir.

Olası salgın durumları oluştuğunda toplumu bilgilendirici içerikler üreterek koruyucu önlemler geliştirilmelidir.

Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü ile Halk Sağlığı Uzmanları Derneği iletişim halinde olmalı ve Laboratuvar Sorumlusu onayında HSU'larına öncelik verilmesinin olumlu sonuçları anlatılmalıdır.

Kaynaklar

1) *Halk Sağlığı Hizmetlerine Yönelik Laboratuvarların Çalışma Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik, 9 Mart 2019 Resmî Gazete Sayısı: 30709. (Available at:* https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/03/20190309-3.htm*)*

2) *Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği, 09.10.2013 Resmî Gazete Sayısı: 28790. (Available at:* https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=18933&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5*)*

3) *T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Eğitim ve Sertifikasyon Dairesi Başkanlığı Uzaktan Sağlık Eğitim Sistemi (USES) İL SAĞLIK YÖNETİCİLERİ EĞİTİMİ (2019-2022), Ankara, 2022.*

4) *Ahmet M, Önal A. HALK SAĞLIĞI LABARATUVARI ÇALIŞMALARI, İstanbul, 2016. (Available at:* http://cdn.istanbul.edu.tr/statics/toplumhekimligi.istanbul.edu.tr/wp-content/uploads/2016/01/HALK-SA%C4%9ELI%C4%9EI-LABORATUVARI-G%C3%96REVLER%C4%B0.pdf *)*

5) *Bozkurt EN. HALK SAĞLIĞI LABORATUVARLARI DAİRE BAŞKANLIĞI T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ankara, 2016. (Available at:* https://docplayer.biz.tr/5815887-Halk-sagligi-laboratuvarlari-daire-baskanligi-dr-edibe-nurzen-bozkurt-daire-baskani.html*)*

6) *TUKMOS Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma Ve Standart Belirleme Sistemi Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı, 11.09.2019. (Available at:* https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/34085/0/halksagligimufreadativ24pdf.pdf*)*

7) *Erkal F. Halk Sağlığı Laboratuvarlarında Preanalitik Süreçler ve Hata Kaynakları, Türk Biyokimya Derneği, 2018. (Available at:* https://www.turkbiyokimyadernegi.org.tr/upload/48/Dosyalar/tmp/2018510132148.pdf*)*

8) *T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Halk Sağlığı Laboratuvarları Daire Başkanlığı L1 Tipi Halk Sağlığı Laboratuvarı Prototip Proje Rehberi Eylül 2014, Ankara. (Available at:* https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/halk-sagligi-referans-laboratuvarlari-db/Dokumanlar/Rehberler/L1_Tipi_Halk_Sagligi_Laboratuvari_Prototip_Proje_Rehberi.pdf*)*

9) *T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2023 Yılı Fiyat Tarifeleri Ve Analiz Bilgileri Rehberi 2023, Ankara. (Available at:* https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ *)*

[S185]
YAŞLI BİREYLERE AKILCI İLAÇ KULLANIMI VE FARKINDALIĞIN GELİŞTİRİLMESİ İÇİN EVDE UYGULANAN HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİNİN ETKİSİ

Tuğçe Salbur[1], Büşra Altınel[2], Ayşe Çal[3]
[1]Selçuk üniversitesi sağlık bilimleri Enstitüsü, halk sağlığı hemşireliği yüksek lisans, Konya
[2]Selçuk üniversitesi hemşirelik fakültesi, hemşirelikte yönetim anabilim dalı, Konya
[3]Ankara medipol üniversitesi sağlık bilimleri fakültesi, halk sağlığı hemşireliği anabilim dalı, Ankara

Giriş ve Amaç: Bu çalışma; yaşlı bireylere ev ziyareti yolu ile akılcı ilaç kullanımı ve farkındalığın geliştirilmesi için uygulanan hemşirelik girişimlerinin etkisini değerlendirmek amacıyla prospektif, randomize kontrollü, ön test- son test kontrol grup desenli deneysel desende yürütülmüştür.

Gereç ve Yöntem: Kırsal bir alanda yaşayan 65 yaş ve üzeri 74 yaşlı birey (Müdahale grubu:37; Kontrol grubu:37) ile çalışma tamamlanmıştır. Yedi hafta boyunca müdahale grubuna uygulanan girişimler; akılcı ilaç kullanımını ve farkındalığını artırmaya yönelik ev ziyareti yolu ile eğitim, danışmanlık, broşür ve ilaç kutusu verilmesine yönelik uygulamalardan oluşmaktadır. Kontrol grubuna herhangi bir girişim uygulanmamıştır. Araştırma verileri Eylül- Aralık 2022 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yöntemi ile yaşlı tanıtım formu, Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği ve Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalığı Ölçeği ile toplanmıştır. Veriler Mann Whitney U ve Wilcoxon testi kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Evde uygulanan hemşirelik girişimleri sonrası müdahale grubunun Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği puan ortalamasının kontrol grubuna göre arttığı ve akılcı ilaç kullanımı ve farkındalık geliştirilmesine yönelik girişimlerin etkili olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Müdahale grubunun hemşirelik girişimleri sonrası Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalığı Ölçeği puan ortalamasının kontrol grubuna göre arttığı, akılcı ilaç kullanımı ve farkındalık geliştirilmesine yönelik evde uygulanan hemşirelik girişimlerinin etkili olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Sonuç: Sonuç olarak yaşlı bireylere ev ziyareti yolu ile akılcı ilaç kullanımı ve farkındalığın geliştirilmesi için uygulanan hemşirelik girişimlerinin yaşlı bireylerde akılcı ilaç kullanımı ve farkındalığını olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda yaşlı bireylere akılcı ilaç kullanımı ile ilgili eğitimler periyodik olarak düzenlenmeli ve ev ortamında da akılcı ilaç kullanımını denetlemek için düzenli aralıklarla hemşireler tarafından ev ziyaretleri planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akılcı ilaç kullanımı, ev ziyareti, hemşirelik, yaşlı

[S186]
PENDİK İLÇESİNİN YAŞLI DOSTU KENT ÖLÇÜTLERİNE UYGUNLUĞUNUN GÖMÜLÜ TEORİ YAKLAŞIMIYLA DEĞERLENDİRİLMESİ

Ayşe Seval Palteki[1], Selma Karabey[2], Ayşecan Terzioğlu[3], Ayşe Emel Önal[2], Handan Türkoğlu[4]
[1]İstanbul Medipol Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, İstanbul
[2]İstanbul Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, İstanbul
[3]Sabancı Üniversitesi, Sanat ve Sosyal Bilimler Fakültesi, Kültürel Çalışmalar Programı, İstanbul
[4]İstanbul Teknik Üniversitesi, Mimarlık Fakültesi, Şehir Bölge Planlama Bölümü, İstanbul

Giriş ve Amaç: Günümüzde, halk sağlığı müdahaleleri, gelişen tıp teknolojisi ve sosyal koşulların iyileşmesiyle birlikte erken ölümler önlenmekte, doğuşta beklenen yaşam süresi uzamaktadır. Buna bağlı olarak toplumdaki yaşlı nüfus oranı da artmaktadır. Bu çalışmada, İstanbul Anadolu Yakası'ndaki en yüksek nüfusa sahip olan Pendik İlçesi'nin Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) tarafından belirlenmiş olan "Yaşlı Dostu Kent" ölçütleri doğrultusunda nitel olarak değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Gömülü teori yaklaşımının izlendiği nitel türdeki bu araştırmada, triangülasyonun sağlanması amacıyla, Pendik'te Belediye ve Sağlık Bakanlığı'nda karar verici konumda olanlar, hizmet sunucular ve 65 yaş üstü bireyler paydaş olarak belirlenerek amaçlı örnekleme ile seçildi. Farklı paydaşlardan veri toplanmasının yanı sıra görüşülen kişilerin oturduğu ve çalıştığı binalar ile bölgeler başta olmak üzere hem görüşmeler sırasında hem de haricinde fiziki ve Google Maps Street View üzerinden gözlemler gerçekleştirildi. İlçedeki yaşlıların kenti tecrübe etme biçimlerini daha detaylı bir şekilde kavrayabilmek amacıyla, araştırmanın verileri yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler aracılığıyla; 65 yaş üstü 18 katılımcı, 8 hizmet sunucu ve 4 karar vericiden toplandı. Yaşlılarla derinlemesine görüşmelerde, 65 yaş üstü katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin yanı sıra yaşlı dostu kent bileşenleri hakkında, DSÖ'nün yaşlı dostu kentler metodolojisinin sunulduğu Vancouver Protokolü'nden yola çıkılarak hazırlanmış yarı yapılandırılmış 9 ana soru ve alt sorularından oluşan "Yaşlılar ile Derinlemesine Görüşme Soru Formu" kullanıldı. Belediye ve sağlık hizmet sunucuları ve karar vericileri için ise "Küresel Yaşlı Dostu Kentler Rehberi" baz alınarak hazırlanmış 11 ana soruluk yarı yapılandırılmış soru formundan yararlanıldı. Görüşmelerin tamamı bir araştırmacı tarafından, Pendik ilçesinde karar verici ve hizmet sunucuların çalıştıkları mekanda, 65 yaş üstü katılımcıların ise evlerinde, kafelerde ve Vefa Kıraathanesi'nde Ağustos 2019 ile Eylül 2021 arasında gerçekleştirildi. Görüşmeler sırasında katılımcıların onamı ile alınan ses kayıtları; görüşmeleri yapan araştırmacı tarafından deşifre edildi ve Atlas.ti programı kullanılarak tematik analiz yöntemiyle değerlendirildi. Çalışmanın etik kurul izni ve kurum izinleri alındı.

Bulgular: 65 yaş üstü katılımcılarla yapılan görüşme sürelerinin ortancası 32,5 (12-52) dakika, hizmet sunucularla yapılan görüşme sürelerinin ortancası 18 (11-45) dakika ve karar vericilerle yapılan görüşme sürelerinin ortancası 23 (20-43) dakika olarak hesaplandı. Öne çıkan temalar; "sosyal katılım", "kamusal alanlar ve binalar" ile "konut/barınma" olarak belirlendi. "Sivil katılım ve istihdam" ise en az değinilen temaydı. Kentin 65 yaş üstü sakinlerinin bir bölümünün haftanın belirli günlerinde belediyenin sunmuş olduğu Vefa Kıraathanesi'nin olanaklarından faydalanarak sosyalleşebildiği ve orada zaman geçirmekten hoşlandıkları anlaşıldı. Ayrıca kadınların erkeklere kıyasla kentin kullanımında dezavantajlı konumda olmalarının yanı sıra yaşlı yoksulluğundan da muzdarip oldukları saptandı. Hem hizmet sunucuların, hem de 65 yaş üstü katılımcıların aktarımlarından anlaşıldığı üzere, ilçedeki yaşlılarda teknoloji okur yazarlığının genel olarak düşük seviyede olduğu ve COVID-19 pandemisi döneminde de hizmet sunuculardan genellikle bu kapsamdaki işlemlerini gerçekleştirebilmek için yardım istedikleri anlaşıldı.

Sonuç: Yaşlı nüfusun payının gittikçe artması, bir tehdit yerine fırsat olarak değerlendirilmelidir. Bu çalışmada, Pendik'te yaşayan 65 yaş üstü katılımcıların kentten ve sunduğu imkanlardan genel olarak memnun olduğu, buna karşın finansal karşılanabilirlik açısından konut seçeneklerinin ilçede kısıtlı olduğu ve ilçenin mahalleleri arasında yapılı çevre başta olmak üzere belirgin eşitsizliklerin olduğu anlaşıldı. Bu bağlamda ilçede

erişilebilirliğin tüm bölgelerde hakkaniyetli şekilde sağlanmasıyla, başta yaşlılar ve engelliler olmak üzere ilçe sakinlerinin sağlığı korunup geliştirilebilir. Bunun dışında, 65 yaş üstü bireylerin diğer yaş gruplarıyla birlikte kültürel, sosyal ve ekonomik anlamda topluma katkı sunmalarının sağlanacağı fiziksel ve sosyal altyapının oluşturulması ön plana çıkmaktadır. Özellikle katılımcı kadınların yoksullukla mücadele ettiği anlaşıldığından, bu durumun giderilmesi amacıyla öncelikle kadınlar olmak üzere ihtiyaç duyan yaşlıların gelir sağlayabilecekleri fırsatların oluşturulması yararlı olabilir. Ayrıca 65 yaş üstü bireylere sosyal katılım açısından önemli bir fırsat sunan Vefa Kıraathanesi'nin iyi uygulama örneği olarak ele alınarak diğer yaş gruplarına tecrübe aktarımına da olanak tanıyacak şekilde benzer yapıların artırılmasının, yaşlı nüfustaki önemli bir eksiği kapatarak fayda sağlayabileceği düşünülmektedir. Yaşlıların teknoloji okuryazarlığını artırmak amacıyla, Vefa Kıraathanesi sakinlerinden başlanılarak eğitimlerin verilmesi yararlı olabilir. Araştırmanın nitel yöntemle gerçekleştirilmesi, katılımcıların kendilerini rahat hissettikleri ortamda tecrübelerini paylaşmaları ve araştırma sürecinin COVID-19 pandemisi dönemini de içeriyor olması çalışmanın üstünlüklerindendir. Kısıtlılık olarak ise, katılımcıların amaçlı örnekleme ile çoğunlukla Vefa Kıraathanesi sakinlerinden ve aktif hayat sürdürenlerden seçilmesi belirtilebilir. Bu nedenle izole ya da istihdam edilmiş yaşlılara erişim sağlanamamıştır.

Anahtar Kelimeler: Çevresel Tasarım, Pendik, Yaşlılık, Yaşlılar, Yaş Dostu Kent

[S187]
WEARABLE TECHNOLOGIES FOR THE ELDERLY POPULATION: A BIBLIOGRAPHIC ANALYSIS

Yasemin Demir Avcı
Public Health Nursing of the Department, Faculty of Nursing, Akdeniz University, Antalya and Turkey

Introduction and Aim: Wearable devices play an important role in the development of technology and modern life. This technology allows the monitoring of numerous health metrics such as blood pressure and body temperature, as well as early detection of potential risks such as the likelihood of falls in the elderly. The aim of this bibliographic analysis is to identify the studies on wearable technological products and systems available for the elderly population, to identify which health or quality of life problems they offer solutions to, and to make predictions about how these technologies may evolve in the future for the elderly population.

Materials-Methods: In this bibliometric study, we examined articles published in the Web of Science (WoS) database between 2003 and 2023 and screened all relevant studies regardless of language or publication status (published or preprint) until September 13, 2023, excluding non-health-related publications for which the full text or abstract was not available. The following keywords were used in our search strategies: (((“Wearable technology” OR “wearable devices” OR “smart wearables” OR “wearable health devices” OR “wearable sensors”) AND (“aging” OR “elderly” OR “gerontology” OR “aging population” OR “geriatric care” OR “elderly care”) AND “health”). Data were screened by the author and checked by two independent researchers. VOSviewer (Version 1.6.19) was used for data visualization and clustering. Network analyses such as co-authorship network, common keywords and co-authorship countries analyses were performed using VOSviewer. Descriptive statistics were generated using SPSS 25. The dependent variable of the study is the elderly population and the independent variable is wearable technologies. Ethics committee was not required since the study consisted of publications registered in the database.

Results: After filtering, 830 publications were obtained. Text mining identified 2207 keywords, and after processing these, the 85 items most important terms were grouped into five clusters. The top five most frequently used keywords are: wearable sensors: 135 occurrences; wearable devices: 70 occurrences; fall detection: 65 occurrences; machine learning: 57 occurrences; wearable technology 48 occurrences. The five countries with the most literature are USA 244 documents; China 127 documents; Italy 71 documents; Canada 70 documents; England 45 documents. The journals with the most publications on this subject are Sensors (66); Gerontology (19); Ieee journal of biomedical and health informatics and Ieee sensors journal (14); Jmır mhealth and uhealth (13).

Conclusion: This bibliographic analysis shows that wearable technologies are of increasing importance for the elderly population. Both for general health monitoring and for specific health problems, the potential of these technologies is great. Wearables integrated with modern technology trends can improve the quality of life of the elderly. In the future, personalized solutions and smarter devices will lead the innovation in this field.

Keywords: Bibliographic analysis, Elderly population, wearable technologies.

[S188]
TÜRKİYE'DE YAŞLILARDA DÜŞME SIKLIĞI VE DÜŞMEYİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER: SİSTEMATİK DERLEME VE META-ANALİZ ÇALIŞMASI

Pelin Bilgin Kahveci[1], Filiz Abacıgil[1], Pınar Okyay[1], Berna Bilgin Şahin[2]
[1]Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Aydın
[2]Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Manisa

Giriş ve Amaç: Yaşlılık dönemi kazalar, intihar ya da hastalıklar gibi erken ölüme sebebiyet veren nedenler olmadıkça yaşayan her bireyin tadacağı bir yaşam evresidir. Yaşlanmayla birlikte meydana gelen fizyolojik değişiklikler ve nörodejenaratif oluşumlar sonucunda yaşlılarda düşmelere eğilim artar. Bu çalışma ile Türkiye'de yaşlılarda düşme sıklığını belirlemeye yönelik yapılmış olan kesitsel çalışmaların sistematik derleme ve meta-analizini yaparak ülkemizde yaşlılarda düşme sıklığını ve risk faktörlerini belirlemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma bir sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasıdır. Çalışma ''Türkiye'de Yaşlılarda Düşme Sıklığı, Düşmeyi Etkileyen Faktörler Ve Fiziksel Aktivite Programlarının Etkisi: Sistematik Derleme Ve Meta-Analiz Çalışması'' adlı uzmanlık tezi çalışmasının ilk kısmını içermektedir. Türkiye'de yaşlılarda düşme sıklığının saptanması amacıyla 1 Ocak 2010 -31 Aralık 2021 tarihleri arasında yayınlanmış, yaşlılarda düşme prevalansını araştıran kesitsel veya tanımlayıcı çalışmalar ''Google Scholar, Web of Science, Science Direct, PubMed, Public Library of Science, Cochrane Library, Embase, Ulusal Tez Merkezi, DergiPark, Ulusal Veri Tabanları ve opengrey.eu '' veri tabanlarında, (age//65 OR eld* OR old people) AND (fall) AND (prevalence OR frequency) AND (cross-sectional OR descriptive) AND (Turkey) ingilizce anahtar kelimeleriyle, ''Yaşlı, düşme, sıklık, prevalans, kesitsel, tanımlayıcı, Türkiye'' Türkçe anahtar kelimeleriyle taranmıştır ve toplam 8.380 yayına ulaşılmıştır. Çalışmaya Türkiye'de 65 yaş ve üzerindeki katılımcılara uygulanmış, 1 Ocak 2010-31 Aralık 2021 tarihleri arasında yayınlanmış, yaşlılarda düşme sıklığının hesaplanması amacıyla yapılmış kesitsel/ tanımlayıcı, İngilizce ve Türkçe çalışmalardan toplam 49 çalışma meta-analize dahil edilmiştir. Dahil etme kriterlerini karşılamayan ve tam metne ulaşılamayan çalışmalar dışlanmıştır. Araştırmaya dahil edilen çalışmaların kalite değerlendirmesi için ''Analitik Kesitsel Çalışmalar İçin JBI Kritik Değerlendirme Kontrol Listesi'' kullanılmıştır. Değerlendirmeye alınan çalışmalardan, çalışmanın ilk yazar soyadı ve yayın tarihi, çalışmanın yürütüldüğü yer, çalışmanın özeti ve düşme risk faktörleri esas veriler olarak özetlenmiştir. Sonuç değerlendirmesinde değerlendirmeye alınan çalışmalardaki örneklem büyüklüğü ve düşme sıklığına ilişkin veriler kullanılmıştır. Değerlendirilen makalelerde düşme sıklığı daha önce düşme yaşama durumu, son bir yıl içinde düşme yaşama durumu, tekrarlı düşme yaşama durumu, cinsiyete göre düşme sıklığı olarak hesaplanmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde "Comprehensive Meta Analysis Version 4'' lisanslı yazılımı kullanılmış, düşme prevalansına ait veriler birleştirilmiş (pooled) prevalans olarak sunulmuştur. Heterojenite değerlendirilmesinde görsel olarak orman grafiği gösterimine, Cochrans Q testi ve Higgins' I^2 istatistiklerine bakılmıştır. Cochrans Q testinde $p<=0.05$ olması durumunda, makalelerde metodolojik ve klinik farklılıklar olduğu belirlenerek rastgele etkiler modelinin kullanılmış, Cochran Q $p>0.05$ olan durumlarda ise sabit etkiler modeli altında tüm çalışmaların etki büyüklükleri, çalışma ağırlıkları, %95 güven aralıkları ve genel etki büyüklüğü hesaplanmıştır.

Bulgular: Düşme prevalansının hesaplanması için analize 49 çalışma dahil edilmiş, Türkiye'de yaşlılarda birleştirilmiş düşme prevalansı %33,0 (%95 GA: %29,2-37,0) olarak hesaplanmıştır. Düşme durumları cinsiyete göre değerlendirildiğinde, Türkiye'de yaşlı kadınlarda birleştirilmiş düşme prevalansı %41,1 (%95 GA, % 35,6- 46,8), yaşlı erkeklerde birleştirilmiş düşme prevalansı %24,5 (%95 GA, %19,4-30,4) olarak hesaplanmıştır. Türkiye'de yaşlı bireylerde son bir yılda meydana gelen birleştirilmiş düşme prevalansı %33,8 (%95 GA, %28,7-39,2) olarak bulunmuş, Türkiye'de yaşlı bireylerde tekrarlayan düşmelerin yığılımlı (birleştirilmiş) prevalansı %13,0 (%95 GA, %10,3- 16,2) olarak hesaplanmıştır. Meta-analize dahil edilen 49 çalışmada, Türkiye'de yaşlılarda düşmeye neden olan risk faktörleri incelendiğinde, istatistiki olarak anlamlı bulunan en sık faktörler ileri yaş (n=9), kadın cinsiyet (n=8), yürürken yardımcı araç kullanmak (n=6), polifarmasi (n=6),

kronik hastalık öyküsünün olması (n=5), denge ölçek puanlarında iyi skora sahip olamamaktır (n=5).

Sonuç: Her üç yaşlıdan biri, hatta her iki yaşlı kadından biri düşme riski taşımaktadır. Düşme nedenleri komplekstir, tek bir nedene atfetmek güçtür. Değiştirilemez risk faktörleri olsa da düşmelere neden olan çoğu risk faktörlerinin değiştirilebilir veya modifiye edilebilir olduğu görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Düşme, Prevalans, Türkiye, Yaşlı

[S189]
TÜRKİYE'DE YAŞLILARDA FİZİKSEL AKTİVİTE PROGRAMLARININ DÜŞME ÜZERİNE ETKİSİ: SİSTEMATİK DERLEME VE META-ANALİZ ÇALIŞMASI

Pelin Bilgin Kahveci[1], Filiz Abacıgil[1], Pınar Okyay[1], Berna Bilgin Şahin[2]
[1]Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Aydın
[2]Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Manisa

Giriş ve Amaç: Yaşlılık dönemi erken ölüme sebebiyet veren bir neden olmadıkça her bireyin yaşayacağı bir evredir. Yaşlanmayla birlikte düşmelere eğilim artar. Dünya Sağlık Örgütü yaşlılarda fonksiyonel kapasiteyi artırmak ve düşmeleri engellemek için haftada en az üç gün orta veya yüksek yoğunlukta fonksiyonel denge ve kuvveti artırmaya yönelik antrenmanların yapılmasını önermektedir. Bu çalışma ile Türkiye'de yaşlılarda dengenin artırılması ve düşmelerin engellenmesi amacıyla yapılan farklı fiziksel aktivite müdahale programlarının (pilates, ev egzersizleri, yoga, tai chi, otago, kare adım egzersizleri, vestibüler egzersizler, aerobik) sistematik derlemesi ve meta-analizini yaparak bu programların etkililiğini araştırmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasıdır. Çalışma ''Türkiye'de Yaşlılarda Düşme Sıklığı, Düşmeyi Etkileyen Faktörler Ve Fiziksel Aktivite Programlarının Etkisi: Sistematik Derleme Ve Meta-Analiz Çalışması'' adlı uzmanlık tezi çalışmasının ikinci kısmını içermektedir. Türkiye'de yaşlılarda denge durumunun artırılması ve düşmelerin engellenmesi amacıyla yapılmış fiziksel aktivite programları ile ilgili randomize kontrollü müdahale çalışmaların sistematik derlemesi ve meta-analizi için 1 Ocak 2010 – 31 Aralık 2021 tarihleri arasında yayınlanmış, 65 yaş ve üzeri katılımcıların dahil edildiği, randomize kontrollü çalışmalar dahil etme ve dışlama kriterleri göz önüne alınarak ''Google Scholar, Web of Science, Science Direct, PubMed, Public Library of Science, Cochrane Library, Embase, Ulusal Tez Merkezi, DergiPark, Ulusal Veri Tabanları ve opengrey.eu '' veri tabanlarında, (age//65 OR elder* OR old people) AND (balance OR falls) AND (physical activity OR train* OR exercise OR yoga OR tai chi OR home exercise OR pilates OR pray*) AND (Turkey) AND (intervention OR prevention) AND (randomized controlled trials) ingilizce anahtar kelimeleriyle ve ''yaş, yaşlı, ihtiyar, düşme, denge, fiziksel aktivite, yoga, tai chi, ev egzersizleri, pilates, namaz, Türkiye, müdahale, girişim, önleme, randomize kontrolü çalışma'' Türkçe anahtar kelimeleriyle taranmış ve 19.504 yayının başlık ve özeti incelenmiştir. Çalışmaya Türkiye'de 65 yaş ve üzerindeki katılımcılara uygulanmış, 1 Ocak 2010- 31 Aralık 2021 tarihleri arasında Türkçe ve İngilizce dillerinde yayınlanmış, fiziksel aktivite yapmalarına engel olan bir sağlık sorununa sahip olmayan katılımcılara uygulanan, yaşlılarda denge durumumun artırılması ve düşmelerin engellenmesi amacıyla fiziksel aktivite egzersizlerini içeren toplam 25 randomize kontrollü çalışma dahil edilmiştir. Dahil etme kriterlerini karşılamayan çalışmalar dışlanmıştır. Araştırmaya dahil edilen çalışmaların kalite değerlendirmesi için ''Randomize Çalışmalar için Cochrane Yanlılık Riski Aracı (RoB 2)'' kullanılmıştır. Değerlendirmeye alınan çalışmalardan, çalışmanın ilk yazar soyadı ve yayın tarihi, çalışmanın yürütüldüğü şehir, örneklem büyüklüğü ve egzersiz tipi, gerçekleştirilen müdahalenin tipi ve süresi, denge durumunu değerlendirme aracı, müdahale sonrası denge puanları esas veriler olarak özetlenmiştir. Sonuç değerlendirmesinde değerlendirmeye alınan çalışmalardaki örneklem büyüklüğü, katılımcıların denge skorları, egzersiz tipleri ve egzersiz sürelerine ait veriler kullanılmıştır. Meta-analiz sonucuna göre Türkiye'de yaşlı bireylerde denge durumunun artırılması amacıyla yapılan fiziksel aktivite çalışmalarının birleştirilmiş etki büyüklüğü hesaplanmış ve farklı egzersiz tiplerinin denge puanları üzerindeki etkisi incelenmiştir. Verilerin istatistiksel analizinde "Comprehensive Meta Analysis Version 4'' lisanslı yazılımı kullanılmış, çalışmaların heterojenite değerlendirilmesinde görsel olarak orman grafiği gösterimine, Cochrans Q testi ve Higgins' I^2 istatistiklerine bakılmıştır. Cochrans Q testinde $p<=0.05$ olması durumunda rastgele etkiler modeli, Cochran Q testinde $p>0.05$ olan durumlarda ise sabit etkiler modeli altında tüm çalışmaların etki büyüklükleri, çalışma ağırlıkları, %95 güven aralıkları ve genel etki büyüklüğü hesaplanmıştır. İkili veriler için yapılan analizlerde genel etki büyüklüğünün değerlendirilmesinde "ortalamaların standartlaştırılmış farkı" değerleri esas alınmış, ortalamaların karşılaştırılmasında ve genel etki büyüklüğünün hesaplanmasında "Cohen's d" katsayısı kullanılmıştır. Yayın yanlılığını değerlendirmek için ''Egger'in Önleme Testi'' ve ''Duval ve Tweedie'nin Kırpma

ve Doldurma Yöntemi'' kullanılmıştır. Genel etkinin değerlendirilmesinde istatistiki anlamlılık sınırı p<=0.05 olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Türkiye'de yaşlı bireylerde denge durumunun artırılması amacıyla yapılan 25 çalışmadan elde edilen verilerle, 31 müdahale ve kontrol grubunun verileri analiz edilmiştir. Meta-analiz sonucuna göre Türkiye'de yaşlı bireylerde denge durumunun artırılması amacıyla yapılan fiziksel aktivite çalışmalarının birleştirilmiş standartlaştırılmış ortalama farkı 0.687 (%95 GA;0.467-0.906) olarak hesaplanmıştır. Çalışmalardan en büyük etkinin görüldüğü çalışmalar multikompanent (denge-kuvvetlendirme ve koordinasyon) egzersizleri, tai chi egzersizleri ve pilates egzersizleridir. Kontrol grubuna eğitim, öneri gibi de dahil olmak üzere hiçbir müdahalenin yapılmadığı 19 müdahale ve kontrol grubunun meta-analizinde birleştirilmiş standartlaştırılmış ortalama farkı 0,771 (%95 GA;0,480-1,062) olarak hesaplanmıştır. Alt grup analizlerinde 5 çalışmada pilates egzersizlerinin yaşlı bireylerde denge durumuna etkisi test edilmiş ve birleştirilmiş etki büyüklüğü 0.769 (%95 GA; 0.177-1.362) olarak hesaplanmıştır. 11 müdahale ve kontrol grubunun karşılaştırıldığı çok bileşenli egzersizlerde birleştirilmiş standardize ortalama farkı 0,738 (%95 GA;0,427-1,048) bulunmuştur. Yaşlılarda denge durumunun artırılması amacıyla gerçekleştirilmiş olan müdahale çalışmaları müdahale sürelerine göre ayrılarak değerlendirilmiş ve müdahale süresi uzadıkça denge puan ortalamaları farkında artış olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Türkiye'de yaşlılarda denge durumunu artırmaya yönelik yapılan fiziksel aktivite müdahale çalışmalarının denge puanları üzerinde olumlu etkisi olduğu gösterilmiştir. Müdahale süresi uzadıkça denge puanlarındaki olumlu etki artmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Düşme, Egzersiz, Türkiye, Yaşlı

[S190]
BİR TIP FAKÜLTESİ STAJYER VE İNTÖRNLERİNDE YAŞLI AYRIMCILIĞININ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Metin Pıçakçıefe, Emine Tiriç, Bahadır Dede, Şehbal Yeşilbaş, Rabia Güven Cengiz, Şule Erbay, Didem Mülayim Güllü
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş ve Amaç: Ülkemizde yaşlı nüfus oranı artarak, 2022 yılında %9,9'a yükselmiştir. Bu çalışmada, bir tıp fakültesi stajyer ve intörnlerinde yaşlı ayrımcılığının ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki araştırmanın evrenini 2023-2024 eğitim öğretim döneminde bir tıp fakültesinde eğitim alan, 495 stajyer ve 165 intörn hekim, toplamda 660 kişi oluşturmaktadır. Örneklem seçilmemiş, evrenin % 92,4'üne ulaşılmıştır. Veri, araştırmacılar tarafından literatür taranarak geliştirilen sosyodemografik özellikler, yaşlı bireyler ile ilgili özellikler ve Fraboni Yaşlı Ayrımcılığı Ölçeğini (FYAÖ) içeren anket ile 02-17 Ekim 2023 tarihleri arasında, kendi kendine doldurma yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Bağımsız değişkenler; yaş, cinsiyet, eğitim gördüğü sınıf, ailenin gelir durumu, aile tipi, yaşlı ayrımcılığının tanımı, belirtileri veya zararlı etkileri gibi konularda bilgi sahibi olup olmaması, 65 yaş ve üzeri yaşlılarla aynı evde yaşama, çocukluk döneminde büyükannelerinden veya büyükbabalarından bakım alma, gelecekte 65 yaş ve üzeri aile bireyleri ile beraber yaşamak isteyip istemediği, huzurevinde yaşlı ziyaretinde bulunup bulunmadığı, klinik uygulama sırasında yaşlı hastaya (≥ 65 yaş) sağlık hizmeti sunma, mezun olduktan sonra geriatri tıbbında (yaşlı sağlığı) kariyer yapma düşüncesidir. Bağımlı değişken; yaşlı ayrımcılığı düzeyidir. FYAÖ: Kutlu ve arkadaşları tarafından geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılan, 29 sorudan oluşan ölçektir. Ölçek soruları dörtlü likert türünde, 1-4 arasında puanlandırılmıştır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 29 ile 116 puan arasında olup, puanın artması daha fazla yaş ayrımcılığı anlamına gelmektedir. Verilerin analizinde SPSS 27.0 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, ortalama, standart sapma olarak verilmiştir. Normal dağılıma uygunluk testleri, sayısal değişkenler için grup sayısına göre t testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi ile değerlendirilmiştir. Anlamlılık sınırı $p<0,05$ kabul edilmiştir. Etik onay ve kurumsal izin alınmıştır. Çıkar çatışması ve finansal destek yoktur.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 23,11±1,68, %51,8'i erkek, %39,8'i 4. sınıf, %33,8'i 5. sınıf, %26,4'ü 6. sınıf, %50,5'inin geliri giderine eşit, %84,6'sı çekirdek aile tipine sahiptir. Öğrencilerin, %54,3'ü yaşlı ayrımcılığının tanımı, belirtileri veya zararlı etkileri gibi konularda bilgi sahibi, %50,7'si 65 yaş ve üzeri yaşlılarla aynı evde yaşamış veya yaşamakta, %53,1'i çocukluk döneminde büyükanne veya büyükbabalarından bakım almış, %69,0'ı gelecekte 65 yaş ve üzeri aile bireyleriyle yaşamak istememekte, %67,7'ü hiç huzurevi ziyaretinde bulunmamış, %73,4'ü klinik uygulama sırasında yaşlı hastaya sağlık hizmeti sunmuş ve %94,1'i gelecekte geriatri tıbbında kariyer yapmayı düşünmemektedir. Katılımcıların FYAÖ toplam puanı 69,26±9,69'dur. Katılımcıların FYAÖ toplam puanı; erkeklerde kadınlara göre, geliri giderinden az olanlarda eşit olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır ($p<0,05$). Katılımcıların aile tipleri ve FYAÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir. Katılımcıların FYAÖ toplam puanı; yaşlı ayrımcılığının tanımı, belirtileri veya zararlı etkileri gibi konularda bilgi sahibi olmayanlarda olanlara göre, 65 yaş ve üzeri yaşlılarla aynı evde yaşamayanlarda yaşayanlara göre, çocukluk döneminde büyükanne veya büyükbabalarından bakım almayanlarda alanlara göre, gelecekte 65 yaş ve üzeri aile bireyleriyle yaşamak istemeyenlerde isteyenlere göre, huzurevi ziyaretinde bulunmayanlarda bulunanlara göre, klinik uygulama sırasında yaşlı hastaya sağlık hizmeti sunmayanlarda sunanlara göre ve gelecekte geriatri tıbbında kariyer yapmayı düşünmeyenlerde düşünenlere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır ($p<0,05$).

Sonuç: Stajyer ve intörnlerde yaşlı ayrımcılığı düzeyi ortalamaya yakındır. Erkek cinsiyet, gelirin giderden az olması, yaşlı bireylerle birlikte yaşamama, büyükanne veya büyükbabalarından bakım almama, huzurevi ziyaretinde bulunmama, klinik uygulama sırasında yaşlı hastaya sağlık hizmeti sunmama ve geriatride kariyeri

düşünmeme yaşlı ayrımcılığı ile ilişkilidir. Tıp öğrencilerinin geriatri rotasyonu yapması, bu konuda öğrencilere danışmanlık verilmesi, eğitim içeriklerinde yaşlılık ve yaşlanma sürecine daha fazla yer verilmesi, klinik uygulamalarda ve saha çalışmalarında yaşlılarla etkileşimin arttırılması önerilir.

Anahtar kelimeler: Yaşlı ayrımcılığı, Tıp, İntörn , Stajyerler

[S191]
SİGARA BIRAKMA SÜRECİNDEKİ KADINLARDA DİYET VE VÜCUT KOMPOZİSYONU İLE STRES ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Münevver Başak Onat[1], **Hasan Selkan Taşkan**[2], **Derya Şaşman Kaylı**[3], **Hür Hassoy**[4], **Görkem Yararbaş**[2]
[1]*İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik (İngilizce) Bölümü, İstanbul*
[2]*Ege Üniversitesi, Madde Bağımlılığı, Toksikoloji ve İlaç Bilimleri Enstitüsü, Madde Bağımlılığı Anabilim Dalı, İzmir*
[3]*Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, Manisa*
[4]*Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir*

Giriş ve Amaç: Kadınların sigara bırakma süreçleri çeşitli nedenlerle zorlu geçebilmektedir ve bu konuda özelleşmiş çalışma sayısı sınırlıdır. Stresin aşermeyi artırarak sigara bırakma sürecini zorlaştırdığı bilinmektedir. Bu çalışma, sigarayı bırakmasının ya da azaltmasının üzerinden bir yıldan fazla zaman geçmemiş kadınlarda diyet ve vücut kompozisyonu ile algılanan stres ilişkisinin incelenmesini amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte tasarlanan araştırmada, çalışmanın evrenini Ekim 2022 ile Ekim 2023 arasında Ege Üniversitesi Madde Bağımlılığı Toksikoloji ve İlaç Bilimleri Enstitüsü Sigara Bırakma Polikliniği'ne başvuran 18 yaş üstü 65 kadın kontrol hastası oluşturmaktadır. Evrenin tamamı çalışmaya davet edilmiş, gönüllülük kapsamında 40 hasta çalışmaya dahil edilerek örneklemi oluşturmuştur. Bu sayı kadın kontrol hastalarının %61.5'idir.. Araştırmanın etik kurul onayı Ege Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır. Çalışma, Ege Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğü tarafından Çok Disiplinli Öncelikli Alan Araştırma Projesi (ÖNAP) olarak "Sigarayı Bırakma Sürecindeki Kadınlarda Diyetle Alınan Yağın Aşerme ile İlişkisinin İncelenmesi" başlığı altında desteklenmektedir. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri Demografik Bilgiler Formu ile, nikotin bağımlılık düzeyleri Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ile, stres düzeyleri Algılanan Stres Ölçeği ile, değerlendirilmiştir. Demografik Bilgiler Formu; yaş, doğum yeri, eğitim durumu, ailede kişi başına düşen aylık gelir, sigara kullanma süresi, ilk poliklinik randevu tarihi, sigara bırakma girişimi öncesi bir günde tüketilen sigara adedi, şu anda bir günde tüketilen sigara adedi, son sigaranın tüketildiği tarih, sigara bırakma için hekim tarafından önerilen farmakolojik tedavi, akut veya kronik rahatsızlıklar, kullanılmakta olan diğer ilaçlar, geçmiş veya güncel depresyon tanısı, sigara bırakma döneminde yaşanan kabızlık, sigara bırakma döneminde yaşanan kilo alımı, sigara bırakma döneminde yaşanan iştah artışı sorularından oluşmaktadır. Bu soruların oluşturulmasında literatür bilgilerinden yararlanılmıştır. 2006 yılında Uysal ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik güvenirliği yapılan Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi toplamda 6 sorudan oluşmaktadır. Sorulardan alınan puan bireyin nikotin bağımlılık düzeyini belirlemektedir ("0-2 puan: Çok az bağımlılık, 3-4 puan: Az bağımlılık, 5 puan: Orta derecede bağımlılık 6-7 puan: Yüksek bağımlılık 8-10 puan: Çok yüksek bağımlılık"). Türkçe geçerlik güvenirliği Eskin, Harlak, Demirkıran ve Dereboy tarafından 2013 yılında yapılan Algılanan Stres Ölçeği, 14 sorudan oluşmaktadır ve 5'li tipte Likert'tir (0: Hiçbir Zaman, 1: Neredeyse Hiçbir Zaman, 2: Bazen, 3: Oldukça Sık, 4: Çok Sık). Ölçekten alınabilecek minimum puan 0, maksimum puan 56'dır. Kesme noktası bulunmayan ölçekten alınan puan arttıkça stres düzeyi de artış göstermektedir. Katılımcıların diyet alımları besin tüketim kaydı formu ile araştırmadaki diyetisyen tarafından alınmıştır. Besin tüketim kayıtlarının analizi besin ögesi analizi yazılım programı ile yapılmıştır. Çalışma kapsamında katılımcıların vücut kompozisyonu vücut analiz tartısıyla ölçülmüştür. Çalışmada algılanan stres düzeyi bağımlı değişken; sosyo-demografik değişkenler, nikotin bağımlılık düzeyleri, diyetle alınan besin ögeleri ve vücut kompozisyon bilgileri bağımsız değişkenlerdir. Verilerin tanımlayıcı analizinde; sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma değerlerine yer verilmiştir. Sürekli veriler arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla Spearman Sıra Korelasyonu İşlemi, ikili karşılaştırmaların analizinde ise Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Verilerin analizinde Statistical Package for the Social Sciences 24.0 programı kullanılmıştır. $p < 0.05$ anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir. Çalışma sırasında besin tüketim kaydının kişisel beyana dayalı olarak toplanmış olması çalışmanın sınırlılığı olmakla birlikte bu yöntem literatürde yer edinmiş, geçerli bir yöntemdir.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 44,70 ± 12,43; Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'nden aldıkları puan ortalaması 7,05 ± 2,26; Algılanan Stres Ölçeği'nden aldıkları puan ortalaması ise 25,38 ± 8,99'dur. Stres düzeyi ile lignoserik asit (C24:0) (r=0,414), oleik asit (C18:1) (r=0,418), eikosadienoik asit (C20:2) (r=0,533), omega-3 yağ asidi (r=0,437) ve riboflavin (r=0,404) alımı arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0.05). Ek olarak, stres düzeyi ile protein (r=0,332), kükürt (r=0,319), ürik asit (r=0,384), pürin (r=0,382), yağ (r=0,347), araşidik asit (r=0,332), palmitoleik asit (r=0,332), tekli doymamış yağ asitleri (r=0,332), linolenik (r=0,376), araşidonik asit (r=0,325), uzun zincirli yağ asitleri (r=0,332), pantotenik asit (r=0,344) ve biotin (r=0,380) alımı arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0.05). Beden kütle indeksi obez kategoride olan (>= 30kg/m2) katılımcıların algılanan stres düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yüksektir (p<0.05).

Sonuç: Kadınların sigara bırakma sürecinde stres yaşamakta oldukları görülmüştür. Algılanan bu stres, katılımcıların diyetle aldıkları besin ögeleri ve beden kütle indeksleriyle ilişkilidir. Sigara bırakma sürecinde, diyet ve vücut kompozisyonunun takibi önemli görünmektedir. Bu değişkenlerin algılanan stresle olan ilişkilerini inceleyecek çalışmaların, kadınların sigara bırakma süreçlerine katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Sigara bırakma sürecinde diyet ve vücut kompozisyonu ile stres arasındaki ilişkinin farklı örneklem gruplarında incelenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: bağımlılık, diyet, obezite, stres, tütün kullanım bozukluğu

[S192]
TÜRKİYE'DE 11 İLDE BAZI İKRAM SEKTÖRÜ İŞLETMELERİNİN TÜTÜN KONTROLÜ KONULU 4207 SAYILI KANUN'A UYUM DÜZEYLERİ

Yağmur Ünal[1], Mahmut Talha Uçar[2], Elif Sızan[3], Beyza Püren Selcan Gündoğdu[3], Emir Atasoy[3], Özge Yaman Coşkun[4], Şeyma Duman[5], İlayda Kulaç Aksu[6], Burak Kahraman[7], Rabia Cansel Çetin[8], Elif Işık[9], İpek Gündoğdu[9], Muhammed Nur Özkan Tanrıverdi[7], Meryem Nisa Özdel[8], Ümit Kamacı[10], Mehmet Fatih Yılmaz[10], Evrim Arslan[11], Elçin Balcı[12], Ceren Varer Akpınar[13], Sevinç Sütlü[14], Hatice Nilden Arslan[6], Emine Baran Deniz[10], Raika Durusoy[7], İsmail Erdem Erkoyun[15], Türkan Günay[9], Günay Saka[4], Mehmet Ali Kurçer[8], Selma Karabey[3], Dilek Aslan[16]

[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul.
[3]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul.
[4]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Diyarbakır.
[5]İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul.
[6]Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Samsun.
[7]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir.
[8]Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Zonguldak.
[9]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir.
[10]Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Anabilim Dalı, Kars.
[11]Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Hatay.
[12]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri.
[13]Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Giresun.
[14]Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Burdur.
[15]İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, İzmir.
[16]Sorumlu Araştırmacı, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.

Giriş ve Amaç: Türkiye'de, 4207 Sayılı "Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun" bireylerin ve toplumun sağlığını koruyan ve geliştiren bir çerçeveye sahiptir. Kanun ile şimdiki ve gelecek nesillerin "tütünsüz" bir yaşam sürmesi hedeflenmektedir. Dolayısıyla, Kanun'a tam uyum son derece önemlidir. Bununla birlikte, Kanun'a uyumun olmadığına ve ikram sektörü işletmelerinde pasif içiciliğin gerçekleştiğine dair gözlemler mevcuttur. Bu alanda bilimsel çalışmaların sürekliliği de gereklidir. Toplumsal düzeyde, kamuya açık alanlarda, ikram sektöründe oluşan ihlallerin önlenerek Kanun'a tam uyumun sağlanması amacıyla mevcut ihlallerle ilgili yapılacak güncel tespitlerin yararlı olacağı düşünülmektedir. Bu araştırmada, Türkiye'de seçilmiş 11 ilde dışardan gözlem yapılabilecek kamuya açık ikram sektöründeki işletmelerin 4207 sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun'a uyum açısından incelenmesi ve değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 23.05.2023 tarih ve 2023/09-60 sayı ile onay alınmıştır. Araştırma kapsamında HASUDER Tütünle Mücadele Çalışma Grubundan gönüllülerin bulunduğu Ankara, Burdur, Diyarbakır, Giresun, Hatay, İstanbul, İzmir, Kars, Kayseri, Samsun, Zonguldak illerinde ikram sektörüne ait işletmelerin yoğun olduğu bilinen caddelerde yer alan işletmeler değerlendirilmiştir. İllerde birden fazla cadde değerlendirme kapsamına alınmıştır. Araştırmacılar tarafından illerin nüfusları da dikkate alınarak hesaplanan minimum işletme sayısı 758'dir. Çalışma sonunda gözlenen işletme sayısı 772 olmuştur. Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından geliştirilen veri toplama formu aracılığı ile 1 Ağustos-10 Ekim 2023 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplama formunun ön denemesi araştırmaya başlamadan önce 11 ilde tamamlanmış, gerekli düzenlemeler yapılarak form güncellenmiştir. Veriler Google forms aracılığı ile girilmiş, daha sonra Microsoft-Excel ve SPSS paket programlarında değerlendirilmiş ve analiz edilmiştir. Verilerin analizi Ekim 2023 döneminde tamamlanmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkeni Kanun'a ihlal varlığı olarak belirlenmiştir. İhlal ile ilişkili olarak işletmenin özellikleri ve işletmede gözlenen kişilerin özellikleri bağımsız değişkenler olarak tanımlanmıştır Çalışmanın gözleme dayalı olması, işletmelerle ilgili "anlık" değerlendirmelerin yapılmış olması, sadece seçilmiş illerde ve caddelerde yapılmış olması gibi nedenler araştırmanın temel kısıtlılıkları arasındadır.

Bulgular: Araştırmada 417 kafe-pastane, 271 lokanta-restoran, 62 bar-pub, 8 kıraathane ve 7 nargile kafe özelliğinde olan 772 işletme gözlenmiştir. İşletmelerin 400'ünde açılır-kapanır tavan düzeneği olduğu (%52,2), 450'sinde açılır-kapanır yan duvar varlığı (%58,6) ve 416'sında klima olduğu gözlenmiştir (%66,8). İşletmelerin 282'sinde (%36,5) 4207 Sayılı Tütün Ürünlerinin Önlenmesi ve Kontrolü Kanun'una aykırı şekilde tütün ürünü kullanıldığı saptanmıştır. En sık kullanılan tütün ürünleri arasında ilk üç sırayı sigara, nargile ve elektronik sigara almıştır. Gözlem yapılan işletmelerin 744'ünde yasal uyarılar değerlendirilebilmiş ve 425 işletmede yasal uyarı olmadığı belirlenmiştir (%57,1). Gözlem yapılan ve kül tablası olup olmadığı değerlendirilebilen 762 işletmenin 289'unda masalarda kül tablası bulunmaktadır (%37,9). Gözlem yapılan ve tütün dumanı olup olmadığı değerlendirilebilen 769 işletmenin 264'ünde tütün dumanı olduğu belirtilmiştir (%34,3).

Sonuç: Türkiye'nin dört bir yanında bulunan farklı illerinde toplumun sıklıkla kullandığı alanlarda yapılmış bu araştırma önemli veriler sunmaktadır. Mevcut ihlallerin en kısa sürede önlenebilmesi için 4207 sayılı Kanun'un denetlendiği mekanizmaların kamusal otorite tarafından ivedilikle canlandırılması ve sürekliliğinin sağlanması, toplumun tütün kontrolünün her yönü ile ilgili bilgilendirilmesi, benzer çalışmaların daha geniş kapsamlı ve düzenli olarak yapılması önerilmektedir. Yapılacak çalışma sonuçlarının da şeffaf, düzenli, sürekli olarak kamuoyu ile paylaşılması uygun olur.

Anahtar Kelimeler: Tütün kontrolü, İkram sektörü, Tütünsüz uygulama, Uyum

[S193]
TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNCE SAĞLIK YERLEŞKESİNİN TÜTÜN KULLANIMI KONUSUNDA MEKANSAL ANALİZİ: FOTOSES YÖNTEMİ

Edanur Sezgin, Gamze Bayrak, Buket Yıldırım Üstüner, Türkan Günay
Dokuz Eylül Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, İzmir

GİRİŞ

Tütün kullanımı her gün binlerce kişinin ölümüne yol açan, yalnızca kullananları değil maruz kalanları da etkileyen; küresel bir bağımlılık, ciddi bir sağlık sorunudur. Tütün endüstrisinin en önemli hedeflerinden biri gençlerdir. Bu nedenle tütün ve tütün mamulleri (TTM) ile mücadelede eğitim kurumlarının önemi büyüktür (1). Tütün kontrolüne yönelik düzenlemelere rağmen gençlerin sigara içme ya da başlama oranları üniversite yaşamında artış göstermektedir. Ülkemizde yedi milyondan fazla gencin yaşadığı kampüslerde tütün kullanım alışkanlığını değiştirecek uygulamaların başlaması akran etkileşimini olumlu etkileyecektir. Bu düşünce ile 2018-2023 Tütün Kontrolü Eylem Planı çerçevesinde yükseköğretim kurumlarında tütün ürünlerinin zararları ve bunlardan korunmaya yönelik eğitim çalışmaları ve etkinliklerin yapılması öngörülmüştür (2). "Küresel Gençlik Tütün Araştırması (KGTA)" 2017 raporuna göre; 13-15 yaş gençlerin %17,9'u (erkeklerin %23,2'si, kızların %12,1'i) halen bir tütün ürünü içmektedir. Gençlerin %7,7'si (erkeklerin % 9,9'u ve kızların % 5,3'ü) ise halen sigara içmektedir ve %51,8'i kanunla yasaklanmış halka açık kapalı alanlarda tütün dumanına maruz kaldığını ifade etmiştir. Gençlerin %74,5'i açık alanlarda da sigara kullanımının yasaklanmasını istemektedir (3). Bu nedenle kampüs gibi kapalı ve toplu alanlarda tütün kullanımı açısından farkındalık oluşturmak gençler açısından önleyici bir adım olabilir.

Fotoses (Photovoice), kişilerin toplumu tanıma, tanıtma ve geliştirmesini sağlayan özel bir fotografik yöntemdir (4). Fotoses'in üç ana amacı vardır:

1- Kişilere kendi toplumlarının güçlü yönlerini ve endişelerini kaydetme ve dile getirme şansı vermek

2- Fotoğrafların hakkında yapılacak küçük ve büyük grup tartışmaları ile önemli toplum sorunları hakkında bilgilenmeyi ve diyalogları teşvik etmek

3- Politika yapıcılara ulaşmak (4).

Fotoses yöntemi, uzun yıllardır sağlığı geliştirme çalıştırmalarında kullanılmaktadır. Fotoses, toplum katılımlı olması ve hedef grupların yöntem uygulayıcısı olabilmesi halk sağlığı girişimlerinde etkili bir yöntemdir (5).

Mekansal analiz, bir mekanın çeşitli kaynaklar, harita ve krokiler, gözlemlerden yararlanarak mekânsal yapısının belirlenmesi amacıyla değerlendirilmesidir. Sağlığı geliştirme çalışmalarında mekansal analiz kullanımı, öncelikle müdahale edilmesi gereken alanın ve topluluğun tanımlanması açısından önemlidir (6).

AMAÇ

Araştırmanın amacı, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi (DEÜTF) öğrencilerinin fakültelerinin de içinde bulunduğu Sağlık Yerleşkesi'ni tütün ürünlerinin kullanımı ve 4207 sayılı yasaya uyum açısından fotoses yöntemi ile mekansal olarak değerlendirmeleridir.

YÖNTEM

Bu çalışma, DEÜTF'nde Tütünsüz Kampüs konulu Sosyal Sorumluluk Özel Çalışma Modülü'nü (ÖÇM) seçen 1. sınıf Tıp Fakültesi öğrencileriyle gerçekleştirilmiştir.

Gözlem öncesi dönem: Çalışmaya katılan 10 öğrenciye tütün ve zararları, ülkemizdeki tütünle mücadele eylem planı ve ilgili yasalar (4207 sayılı yasa) konularında biri online biri yüz yüze olmak üzere iki farklı teorik eğitim

yapılmıştır. Öğrencilerle birlikte yerleşkenin krokisi çıkarılmış ve gözlem yapacakları alanlar belirlenmiştir. Buna göre öğrenciler 5 gruba ayrılarak belirlenen alanlarda tütün kullanımının yoğunlaştığı bölgeleri ve bu bölgelerin yasal olarak düzenlenen alanlar dahilinde mi olduğunu; levha, afiş gibi gerekli uyarıların varlığını ve görülebilirliğini değerlendirmeleri istenmiştir.

Gözlem dönemi: İlk olarak eğitimcilerle birlikte sahaya çıkılmasının ardından öğrenciler belirlenen tarih ve saatlerde belirlenen alanlarda gözlem yapmışlardır. Tütün ürünü kullanımının yasak olduğu ve olmadığı alanlarda tütün ürünü kullanımını gösteren sigara izmaritleri, sigara içen kişiler gibi görseller fotoğraflanarak kroki üzerinde işaretlenmiştir. Fotoğraflarda kareye giren bireylere çalışma hakkında bilgi verilerek ilgili materyalin kullanımı için onamları alınmıştır. İlgili materyal tartışmaya açılmadan önce kişilerin yüzü photoshop yöntemi ile bulanıklaştırılmıştır. ÖÇM grubuyla gözlemleri ve çektikleri fotoğraflar üzerinden haftalık tartışmalar yürütülmüş fotoses yöntemiyle mekânsal analiz yapılmıştır. Toplumun işaretlemelere uyumu, işaretlemelere uyulmuyorsa nedenleri, bunları önleme yöntemleri ve tütünsüz bir kampüs olma yolunda atılacak adımlar değerlendirilmiştir.

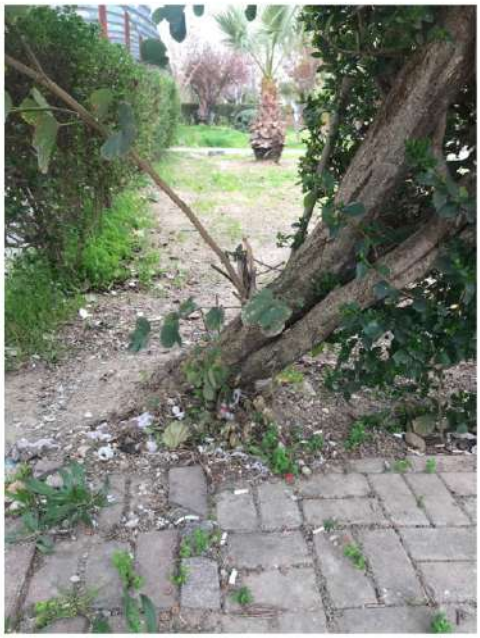
Gözlem sonrası dönem: Modülün bitiminde her grup yaptıkları gözlemleri çektikleri fotoğraflar ve önerilerle birlikte raporlamaları istenmiştir. Öğrencilerin yazdığı raporlar tematik analiz yöntemi ile analiz edilmiş, 2 ana tema ve bu temalara ait alt temalar belirlenmiştir. Bu raporla birlikte sağlık yerleşkesinde tütün ve ürünlerinin kullanımının durum tespiti yapılmış ve mekansal düzenlemeler için DEÜTF dekanlığına önerilerde bulunulmuştur.

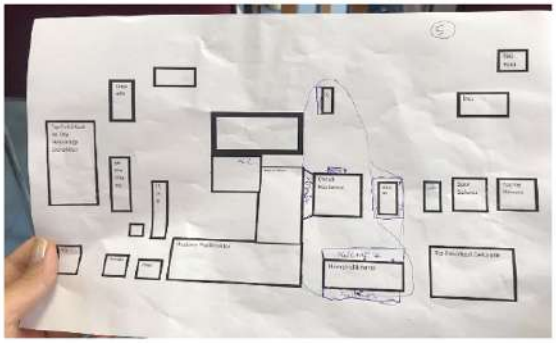
Araştırmanın başlangıç ve bitiş tarihi sırasıyla 02.03.2022-22.06.2022'dir. Araştırmada örnek grubu bulunmamaktadır. Araştırmanın etik kurul onayı Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan alınmıştır.

BULGULAR

Öğrencilerin yaptıkları gözlemler ve çektikleri fotoğraflar üzerine haftalık toplantılarda yapılan tartışmalar raporlanmış ve bu raporlardan bazı temalar belirlenmiştir. Değerlendirilen görseller ve tartışmalarda en çok vurgulanan yorumlar bulgular olarak sunulmuştur.

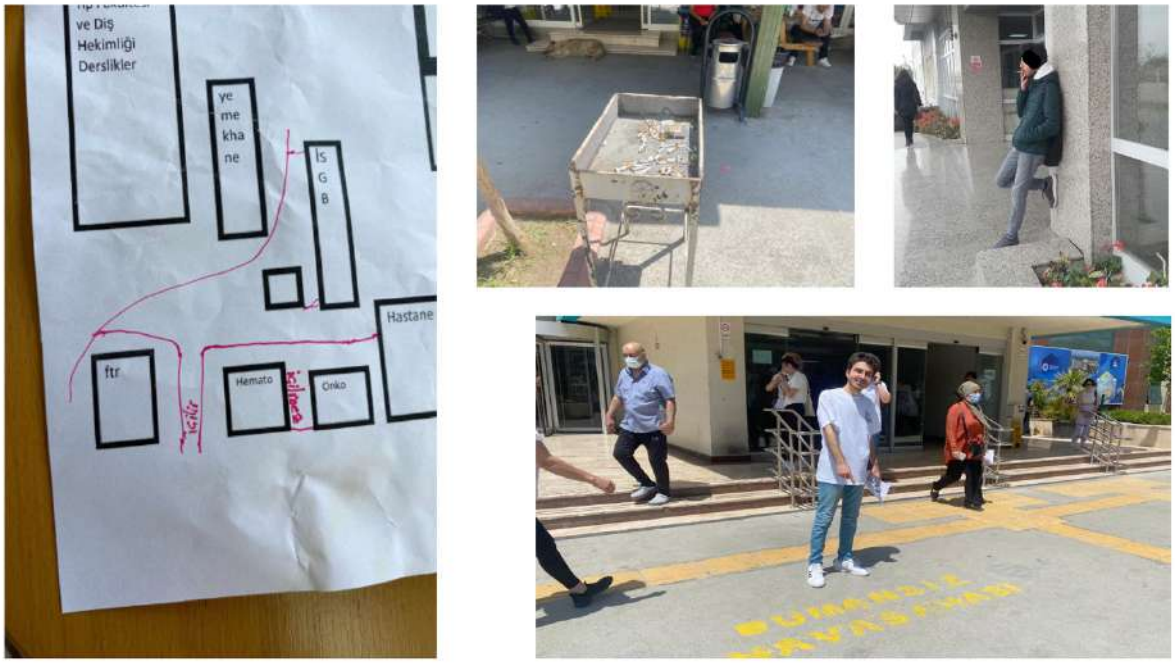
Şekil 1. *Sigara izmaritlerinin yoğun olduğu alanlara örnekler ve gözlem yapılan alanın krokisi*





Yapılan gözlemlerde öğrenciler dumansız hava sahası olmasına rağmen sınırların belli olmadığı, çizgilerin belirsizleştiği, kişilerin bu konuda yeterince bilgi sahibi olmadığını vurgulamıştır. Özellikle kişilerin molalarda gölge alanları tercih etmek adına bina önleri, ağaç altları gibi alanları sigara içmek için kullandıkları fark edilmiştir.

Şekil 2. *Dumansız hava sahası ve sigara içilebilir alanların kroki görünümünden örnekleri ve gözlemlerden örnekler*



Dumansız hava sahası olarak işaretlenen yerlerin çoğunda personelin ve öğrencilerin sigara içtiği saptanmıştır. Hastaneye başvuranların yoğun olarak sigara içtiği yerler; poliklinik girişi, servis girişi ve acil servis önüdür. Bina çevrelerinde sigara içilmeyen alanların Dumansız Hava Sahası olarak işaretlendiği, ancak sigara içilebilir alanların belirlenmediği görülmüştür. Ayrıca 15 Temmuz Sağlık ve Sanat Yerleşkesi Binası'nın çevresi dumansız hava sahası olarak işaretlenmemiştir.

Öğrencilerin ikişer kişiden oluşan 5 grup halinde yazdıkları raporların incelenmesi sonucunda elde edilen ana temalar "Nedenlerin Temsili" ve "Destekleyici Ortam" olarak belirlenmiştir.

Nedenlerin Temsili

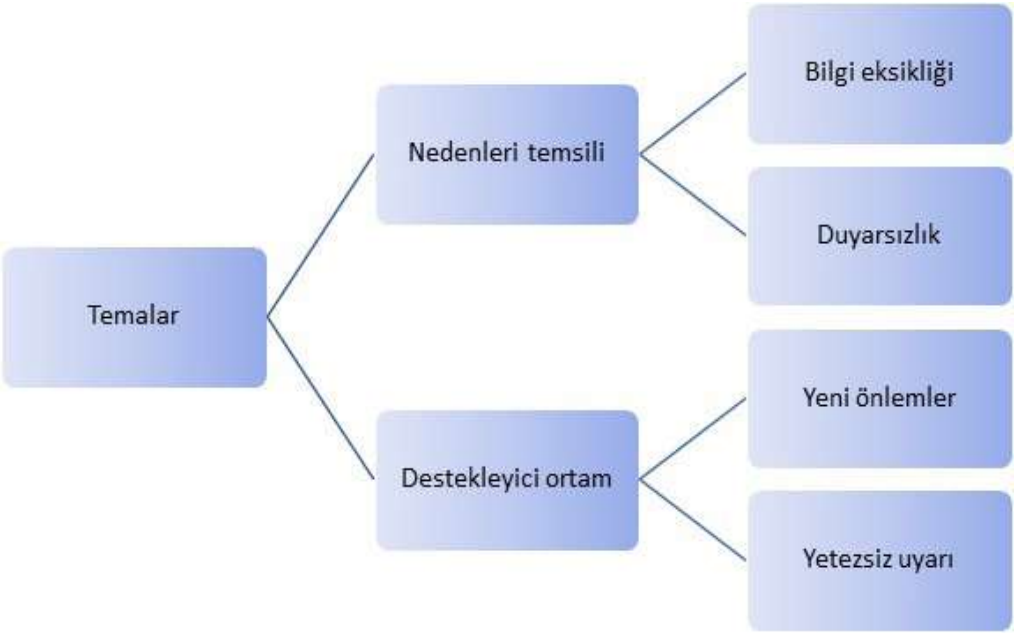
"Nedenlerin temsili" ana temasının altında "bilgi eksikliği" ve "duyarsızlık" değerlendirilmiştir. Buna raporlardan birinde geçen "Çalışmaya ilk olarak mevcut durumu tespit ederek başladık. Çevreyi araştırıp gözlemlediğimizde sigara içilmesi yasak olan sarı çizgi ile işaretlenmiş bölgelerde yoğun olarak sigara içildiğini gördük. Yasağı çiğneyen insanlarla konuştuğumuzda birçoğunun bu yasaktan haberi olmadığını gördük." alıntısını örnek verebiliriz. Bir başka grup ise bu temada "Çizgilerin belli olmadığı yerler var, çizgilerin belli olduğu yerlerde de insanlar çizgilere dikkat etmiyor. Hastane personelleri, hasta yakınları kapıdan çıkar çıkmaz sigaralarını yakıyor. Onlar için sadece açık hava olması yeterli." ifadelerini kullanmıştır. Öğrenciler sarı çizgiler ve "Sigara içilmez" tabelaları olmasına rağmen birçok yerde sigara içildiğini belirtmiştir.

Destekleyici Ortam

"Destekleyici ortam" ana temasının altında değerlendirilen iki alt başlık ise "yetersiz uyarı" ve "yeni önlemler" olmuştur. Raporlarda bazı sigara içilmeyen alanlarda uyarının olmaması, sarı çizgilerin silikleşmiş ve belirsiz olması, sarı çizgilerin ne anlama geldiğinin bilinmemesi, kişilerin fiziksel açıdan uygun koşulları bulamaması sebebiyle (güneşten korunma vb.) sigara içilmeyen alanlarda sigara içilmesi gibi örnekler olduğunu görme-

kteyiz. Bunlara yönelik olarak öğrenciler bazı önerilerde bulunmuşlardır. “Bizim tavsiyemiz sarı çizgilerin topluma ne anlama geldiğini öğretmek ve sarı çizgi yerine farklı bir renk kullanılmasıdır çünkü otopark ve yol çizgileriyle karıştırılabiliyor.” Buna örnek olarak verilebilir. Bir başka grup ise “Sigara içilmeyen alanlara işaret konulduğu gibi “sigara içilebilen alanlar” işaretlemeleri yapılabilir.” önerisinde bulunmuştur.

Bunların yanında öğrenciler bu çalışmanın kendileri ve çevresindeki arkadaşları adına farkındalık kazanmak açısından yararlı olduğunu belirtmişler, tütün kullanımı risk algılarının değiştiğini ve tütün kullanımının yasak olduğu bölgelere karşı daha duyarlı hale geldiklerini ifade etmişlerdir.



SONUÇ

Yapılan değerlendirmeler ve raporların analizi sonucunda bazı ortak temalar belirlenmiş ve bu temalardan çıkan sonuçlar doğrultusunda kampüs düzeninin sağlanması adına dekanlığa bildirilmek üzere öneriler listesi hazırlanmıştır.

Kampüs içerisinde tütün kullanımının düzenlenmesi amacıyla;

- Tüm yerleşkenin dumansız hava sahası olarak belirlenmesi, sigara içilecek alanların belirlenerek kırmızı çizgi ile işaretlenmesi, tabela konulması,
- Tüm yerleşkenin dumansız olması uygulamasına geçilene kadar, bina çevresindeki çizgi renklerinin otopark çizgileri gibi diğer sınır çizgileriyle karıştırılmaması için renklerinin değiştirilmesi,
- Bu çizgilerin ne anlama geldiği ile ilgili bilgilendirici afiş/broşür, uyarı, tabela vb uygulamalar,
- Yerleşkede herkesin görebileceği mekanlara tütünün zararlarına yönelik bilgilendirici afişler asılması,
- Hastaneye başvuranların, fakülte ve hastane personellerinin, öğrencilerin farkındalıklarını artıracak, tütün ve zararları, pasif etkilenim ve yasalara yönelik etkinliklerin yapılması gerekmektedir.

Araştırma aynı zamanda tütün kullanımı açısından riskli bir yaş grubunda olan öğrencilerin bu konuda duyarlılık kazanmış olmasını sağlayarak çevrelerindeki arkadaşlarına da bu farkındalığı kazandırma adına yararlı olabilir. Bu tür çalışmaların artması özellikle genç yaş grubundaki kişiler adına önemli etkiler sağlayabilir.

Araştırmada yer alarak katkıda bulunan tüm öğrencilerimize teşekkür ederiz.

Anahtar Kelimeler: tütünsüz kampüs, photovoice, mekânsal analiz

Kaynaklar:

1. *SÖZEN, F., ESER, Z., & DEMİR, E. (2021). Tütünle Mücadelede Yaratıcı Bir Uygulama: Bağımsız Kampüs Projesi Hazırlık Aşaması. Sağlık ve Toplum, 31(1), 78-83.*
2. *Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2018- 2023. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü,Ankara,2018*
3. *Küresel Gençlik Tütün Araştırması,(KGTA-2017)T. C.Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü,Ankara,2017*
4. *Wang C, Burris MA. Photovoice: Concept, Methodology, and Use for Participatory Needs Assessment. Health Education & Behavior. 1997;24(3):369-387.*
5. *Lofton S, Grant AK. Outcomes and Intentionality of Action Planning in Photovoice: A Literature Review. Health Promotion Practice. 2021;22(3):318-337.*
6. *Chaney RA, Rojas-Guyler L. Spatial Analysis Methods for Health Promotion and Education. Health Promotion Practice. 2016;17(3):408-415.*

[S194]
HEMŞİRELERDE SİGARA KULLANIMI, ETKİLEYEN FAKTÖRLER VE HEMŞİRELERE GÖRE TOPLUMUN SİGARA KULLANIMINA BAKIŞI

Mehmet Selim Özdemir, Günay Saka
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Dünyada ve Türkiye'de tütün kullanımı en önemli önlenebilir halk sağlığı sorunlarındandır. Dünyada her on yetişkinden ikisi ülkemizde ise on yetişkinden üçü tütün ürünü kullanmaktadır. Her yıl dünya genelinde 8 milyon ülkemizde ise 100 bin kişinin tütünün yol açtığı sorunlar nedeniyle öldüğü tahmin edilmektedir. Tüm dünyada tütün kullanımının azaltılması için gösterilen çabalar ülkeler arasında yaygınlaşmaktadır. Sağlık çalışanları tütün ürünü kullanmayarak topluma olumlu rol model olması gereken, tütün kullanan bireyleri bırakmaya teşvik etmeleri ve yardımcı olmaları gereken meslek grubudur. Sağlık çalışanlarında tütün ürünü kullanımı ile ilgili çalışmalar, bu grupta sorunun boyutlarının ve nedenlerinin belirlenmesi, tütün ürünü kullanmalarının engellenmesi ve kullananların bıraktırılması konularında yararlı olacaktır.

Bu çalışmada hemşirelerde sigara kullanma prevalansını saptamak, etkileyen faktörleri ve hemşirelere göre toplumun sigara kullanımına bakışını belirlemek amaçlanmıştır

Gereç ve Yöntem: Kesitsel olarak planlanan bu çalışma 15 Mayıs -15 Haziran 2023 tarihleri arasında bir araştırma ve uygulama hastanesinde hemşireler üzerinde yapılmıştır. Çalışmanın evrenini 1218 hemşire oluşturmuştur. Literatürde hemşirelerde sigara kullanma sıklığı ile ilgili %31 ila %68 arasında değerler verilmiştir. Bu çalışmada minimum örneklem hacmi;''http://openepi.com'' programı ile beklenen frekans %50±5 kullanılarak bulunmuştur. %95 güven limitleri aralığında 293 kişilik bir örneklem hacmi hesaplanmıştır. Örneklemin tümüne ulaşılmıştır.

Sistematik örneklem ile hastanenin bütün bölümlerinden her dört hemşireden biri listeden seçilerek (devir aralığı 1218/293:4,1 olarak hesaplanarak) çalışmaya dahil edilmiş bu yolla 294 kişiye ulaşılmıştır. Literatür bilgilerinden yararlanılarak sosyo-demografik bilgileri, tütün ürünleri kullanma durumları ve sigara kullanımına toplumsal bakış ile ilgili sorulardan oluşan kişisel bilgi edinme formu ile Fageström nikotin bağımlılık testleri uygulanmıştır. Araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme ile veriler elde edilmiştir.

Bağımlı Değişkenler: Tütün ürünü kullanma, sigara içme, sigarayı bırakma. Bağımsız Değişkenler: Yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, aile yapısı, eşinin öğrenimi, eşinin tütün kullanımı, çocuk sayısı, eşinin mesleği, kronik hastalık öyküsüdür. Günde en az bir kez tütünü kullananlar "her gün kullanan" haftada birkaç kez kullananlar "ara sıra kullanan" her gün ve ara sıra kullananların toplamı ise "halen kullanan" olarak değerlendirilmiştir. Günde en az bir veya ara sıra sigara içmek içicilik olarak kabul edilmiştir.

Veriler SPSS 22.0 programı ile bilgisayar ortamına aktarılarak analizleri gerçekleştirilmiş analizlerde kikare testi kullanılmıştır. $p< 0.05$ anlamlılık sınırı kabul edilmiştir.

Araştırma için Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar etik kurulundan onay ayrıca katılımcılardan da onam alınmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan 294 hemşirenin %76.5'i (225 kişi) 25-44 yaş grubunda olup yaş ortalaması 32.7±7.6 dır. Erkek hemşirelerin oranı %52.4 (154 kişi) olup hemşirelerin %54.8'i (161 kişi) evlidir. Katılımcıların %61,6'ı (181 kişi) lisans mezunu idi.

Herhangi bir tütün ürününü her gün kullananların oranı %34.0 (100 kişi), ara sıra kullananların oranı %6.8 (20 kişi) olarak saptandı. Yaşamında sigara içmeyi denemiş olan hemşirelerin oranı %77.2 idi. Her gün sigara içenlerin oranı %33.3 (98 kişi), ara sıra sigara içenlerin oranı %5.4 (16 kişi) olup hemşirelerin %38.7'si halen sigara kullanmakta idi. Erkek hemşirelerde bu oran %43.5'i, kadın hemşirelerde %33.6 olarak saptanmıştır

(p<0,05). Geçmişte sigara kullanmış olup bıraktığını ifade edenlerin oranı %5.4 (16 kişi) idi.

Sigara içenlerin oranı yaş ilerledikçe artmakta idi. 25 yaşın altındakilerde sigara içme oranı %31.9, 45+ yaş grubunda ise %59.1 olmuştur (p<0.05). Öğrenim durumu, medeni durum, aile yapısı, ekonomik durum, çocuk varlığı, kronik hastalık varlığı gibi değişkenlerle sigara içme sıklığı arasında istatistiksel olarak önemli düzeyde bir farklılık saptanmadı (p>0.05). Evde sigara içen başka birey olması, eşinin çalışma durumu, eşinin sigara içme durumu, eşinin öğrenim durumuna göre hemşirelerin sigara içme durumu anlamlı düzeyde farklılık göstermemekteydi (p>0.05).

Fagerstrom nikotin bağımlılık test örneğine göre sigara içen hemşirelerin %58.4'ünün orta ve yüksek düzeyde bağımlı olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin %87.3'üne göre toplum sigara kullanmayı "normal" karşılamaktadır. Hemşirelerin %45.6 sına göre ise sigara içmek "normal" dir. "Toplumsal tepki verilirse sigara kullanımının azalabileceğini ifade eden hemşirelerin oranı %38.9, değişmez diyenlerin oranı %56.6 idi.

Hemşirelerin %92.8'ine göre sigara sağlığa zararlı ve bağımlılık yapıcıdır. %86'sı pasif ekilenimin de zararlı olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin %46.1'i dinin sigarayı caydırdığını, %47.1'i sigara içmenin haram olduğunu düşünmekte idi. Sigara yasaklarına yeterince uyulmadığını belirten hemşirelerin oranı %89.9 olarak saptanmıştır. Sigara içmenin normal olduğunu ifade eden hemşirelerde sigara içme sıklığı %56.6; normal olmadığını ifade edenlerde ise %22.7 olup bu farklılık istatistiksel olarak ta önemlidir (p<0.05). Dini inancının sigara içmeyi caydırıcı olduğunu söyleyen hemşirelerin %27.4'ü; söylemeyenlerin %49.7 sigara kullanmakta idi (p<0.05).

Sonuç: Hemşirelerde tütün kullanımı önemli bir sorundur. Sigara içme oranı yüksek, bırakma oranı düşüktür. Yaş, cinsiyet, toplumun sigara kullanımına bakışı ve dini inanç hemşirelerde sigara kullanımını etkileyen faktörlerdir. Her 8-9 hemşireye göre toplumun sigara kullanımını "normal" olarak değerlendirmekte olması, hemşirelerin yarısının sigara içmeyi "normal" bir davranış olarak değerlendirmesi, tütün kontrolüne yönelik alınan önlemlere yüksek oranda uyulmaması sorunun toplumsal boyutunun da önemli olduğunu göstermektedir. Hemşirelerde sigara kullanımını önleyici ve sigara içenlerin bıraktırılması çalışmaları yapılmalıdır. Toplumun sigara kullanımına bakışını değiştirmeye yönelik farklı boyutlarda çalışmalar yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, sigara içme, toplumsal bakış

[S195]
ANKARA İLİ TÜTÜN DENETÇİLERİNİN SAHA DENEYİMLERİNİN VE DUMANSIZ HAVA SAHASI İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRMESİ

Yunus Emre Bulut, Ebru Erendur, Toker Ergüder, Derya Çamur, Hülya Şirin, Asiye Çiğdem Şimşek, Metin Hasde
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara

Giriş ve Amaç: Dünyada en önemli halk sağlığı tehdidi olan tütün salgını, geçen yüzyılda dünyada önlenebilir hastalık ve ölümlerin başlıca nedeniydi ve mevcut eğilimler devam ederse yirmi birinci yüzyılda da aynı şekilde olmaya devam edeceği anlaşılmaktadır. Türkiye'nin ise ilk dumansız hava sahası girişimi 1996 yılında çıkardığı yasa ile olmuş, 2008 yılında yasanın kapsamının genişlemesiyle 2009 yılında Avrupa'da tam dumansız üçüncü ülke olmayı başarmıştır. Hatta Türkiye'nin sergilediği bu başarı diğer ülkelere örnek gösterilmiştir. Dumansız hava sahası denetimleri yerel sağlık idareleri tarafından kurulan ekipler marifeti ile gerçekleştirilmektedir. Yerel sağlık idarelerinin ciddi çabalarına rağmen, denetimlerin her türlü organizasyonun sağlık personeli üzerinden yürütülmesi, denetimler sırasında ekipteki emniyet mensubunun pasif rol üstlenmesi, böylece güvenlik zafiyeti oluşması, işletmelerin ekiplerin nesnel denetim yapabilme çabalarını boşa çıkarak türlü hamleler yapmaları ve farklı yöntemler geliştirmeleri gibi nedenlerden dolayı denetimler etkisiz kalabilmektedir. Ayrıca özellikle seçim ve referandum dönemlerinde olmak üzere denetimlerde gevşemelerin olması, işletmelere ve halka uygulanan para cezalarının tahsilinde güçlükler yaşanması, işletme kapatma cezalarının bazı yetkililer tarafından göz ardı edilmesi dumansız hava sahası uygulaması denetim ekiplerinin moral ve motivasyonlarını olumsuz etkilemektedir. Bu çalışma, Ankara'da İli'nde dumansız hava sahası uygulamasında görev yapan tütün denetçilerinin saha deneyimlerinin ve dumansız hava sahası uygulamasının geliştirilmesi ile ilgili görüş ve önerilerinin değerlendirmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: 2023 yılı mart ayında Sağlık Bilimleri Üniversitesi ile Ankara İl Sağlık Müdürlüğü iş birliği ile Ankara İli ve 25 İlçe Sağlık Müdürlüklerine bağlı toplam 91 Dumansız Hava Sahası Denetim Koordinatörleri, tütün denetçileri ve kurumlar arası resmi yazışmalarda görevli büro personeline yönelik Kapasite Geliştirme Eğitimi verilmiştir. Kesitsel tipte planlanan bu çalışma için eğitime katılan personelin tamamı davet edilmiş ancak çalışma, çalışmaya katılmayı kabul edip onam veren 77 (%84,6) katılımcı ile yine 2023 yılı mart ayında tamamlanmıştır. Katılımcılara araştırıcılar tarafından literatüre dayalı olarak oluşturulan ve doldurulması yaklaşık 15 dakika süren veri toplama formu yüz yüze yöntem ile uygulanmıştır. Veri toplama formu katılımcıların yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, meslek, gelir durumu gibi sosyodemografik özellikler ile, sigara tüketimi, kronik hastalık varlığı, mesai düzeni, dumansız hava sahası denetimlerine katılma durumu ve denetimlerde karşılaştıkları sorunlar, ihbar ve rutin denetimler ile ilgili deneyimleri, denetlenen işletme türü dağılımları, denetimler ve mevzuat hakkındaki görüş ve önerilerini sorgulayan sorulardan oluşmaktadır. Çalışma öncesinde Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun 2023/109 kayıt numaralı uygunluk onayı alınmıştır. Araştırma için herhangi bir kurum veya kuruluştan maddi destek sağlanmamıştır. Veri analizi IBM SPSS 26 istatistik paket programı kullanılarak yapılmış, tanımlayıcı veriler kategorik değişkenler için sayı ve yüzde dağılımları, sürekli değişkenler için ise ortalama±standart sapma ile verilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya Ankara İl/İlçe Sağlık Müdürlüğü dumansız hava sahası uygulamasında görev alan 77 tütün denetim koordinatörü, tütün denetçisi ve kurumlar arası resmi yazışmalarda görevli büro elemanı katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 44.36±7.4 (min:24; max:63)'tür; %61,0 (n=47)'i erkek, %49,4(n=38)'ü 40-49 yaş arasında, %53,2 (n=41)'si üniversite ve üzeri mezunu, %33,8 (n=26)'i çevre sağlığı teknisyenidir. %70,1(n=54)'i İlçe sağlık müdürlüğünde çalışmaktadır. Katılımcıların %13,2(n=11)'si tütün denetim koordinatörü, %65,1(n=54)'i ise tütün saha denetçisi olduğunu belirtmiştir.

Katılımcılara rutin ve ihbar denetimleri ile ilgili deneyimleri sorulmuştur. Rutin denetimleri katılımcıların %3,9'u çok kolay, %3,9'u çok zor olarak tanımlamıştır. İhbar denetimlerini ise katılımcıların %2,6'sı çok kolay

ve %14,3'ü ise çok zor olarak ifade etmiştir.

Katılımcılar açık alan ile kapalı alan tanımının net olmaması, işletmelerin ve halkın kanuni düzenlemelerle ilgili bilgisinin hala yetersiz olması, tütün denetim ekip sayısının sınırlı olması, denetçilerin güvenlik endişelerinin olması gibi sorunlardan bahsetmişlerdir. Ayrıca, açık alan ile kapalı alan tanımının netleştirilmesi, denetim ekiplerine farklı kurumlardan denetçiler görevlendirilmesi, cezaların daha caydırıcı olması, cezai işlem uygulama ile ilgili denetçilerin yetkilerinin artırılması, tütün satılan ve sunulan işletmelerin ruhsatlarının gözden geçirilmesi, ruhsat alma şartlarının ağırlaştırılması, güvenlik önlemlerinin artırılması, Yeşil Dedektör Uygulamasının tanınırlığının artırılması, asılsız ihbarların önüne geçmek için önlemler alınması, asılsız ihbar yaptığı tespit edilenlere gerekli cezanın uygulanması, uygulamanın arayüzünün daha kolay kullanılır hale getirilmesi, kullanıcı dostu uygulamaya dönüştürülmesi gibi önerilerde bulunmuşlardır.

Sonuç: Dumansız hava sahası uygulamasında görev yapan tütün denetçilerinin saha deneyimlerinin ve uygulamanın geliştirilmesi ile ilgili görüş ve önerilerinin değerlendirildiği bu çalışmada, dumansız hava sahası uygulamasının etkinliğini artırmak için denetçilerin sesine kulak vermek gerekliliği ortaya çıkmıştır. Saha uygulaması sırasında tütün denetçilerinin yaşadıkları zorluklara, güvenlik kaygılarına, personel ve teknik aksaklıklara yönelik önlemlerin alınması ve ilgili mevzuatın güncel ihtiyaçlar gözetilerek güncellenmesi gerekmektedir. Ayrıca işletme sahipleri ve halkın dumansız hava sahası uygulaması hakkında bilgi düzeyleri ve farkındalıklarının artırılması sağlanmalıdır. Çalışmanın kısıtlılığı, ekip üyelerinden sadece sağlıkçıların çalışmaya dahil edilmesidir. Dumansız hava sahası uygulaması denetçi ekibinin sağlıkçı olmayan diğer üyeleri, hatta işletme sahipleri ve halkın görüş ve önerilerinin değerlendirildiği çalışmalar yapılabilir.

Anahtar Kelimeler: Tütün, Tütün Yasaları, Dumansız hava sahası, Tütün denetçileri

[S196]
TÜRKİYE'DE ÇOCUKLUK ÇAĞI BAĞIŞIKLAMASINDA EŞİTSİZLİK

Bahar Marangoz[1], Mehmet Zencir[2], Muzaffer Eskiocak[3]
[1]Edirne İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı, Edirne
[2]Türk Tabipleri Birliği, Halk Sağlığı Kolu
[3]SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Gaziantep

Giriş ve Amaç: Çocukların aşılanmasının, aşıyla önlenebilir hastalıkları azaltmanın ve sağlıkta eşitliği geliştirmenin uygun maliyetli bir yolu olduğu defalarca gösterilmiştir. Bağışıklamada eşitsizliği izlemek kimin arkada kaldığını belirlememizi sağlar. Böylece aşılamadaki eşitsizliği gidermek için politikaları, programları, hizmet sunumunu şekillendirmek ve talebi artırmak için bilgi sağlar. Bu çalışmada 2018 yılı aşılanma oranları; cinsiyet, yerleşim yeri, hanehalkı refah düzeyi, annenin eğitimi, doğum sırası boyutlarıyla eşitsizlik kaynakları ve ölçütleri üzerinden incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı kesitsel epidemiyolojik tipte olan bu araştırmada; Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmaları (TNSA)-2018 raporunda hiç aşılanmamış olma, tam aşılanmış olma, Kızamık 1.doz, DBT 3.doz kapsamı bilgileri verileri oluşturmaktadır. Araştırma kamuya açık verilerle yürütüldüğü için etik kurul onayı ve kurumsal izin alınmamıştır.

Araştırmada kullanılan ölçütler

Tam aşılı olma: Bir yaşına dek, aşı takvimindeki tüm aşıları eksiksiz yaptırmış olma halidir. 2018 TNSA'da ise tam aşılı olmada KKK aşısı dahil edilmemiştir.

Hiç aşılanmama: Bir yaşına dek, aşı takvimindeki aşılardan herhangi birini yaptırmamış olma halidir.

Eşitsizlik ölçütleri:

Hız oranı: Risk altında oluşun göreli büyüklüğünü verir.

Hız oranı=(En kötü durumdaki için risk (Rmax))/(En iyi durumdaki için risk (Rmin))

Atfedilen risk: Risk altında oluşun mutlak büyüklüğünü verir.

Atfedilen risk=Rmax-Rmin

Topluma Atfedilen Risk: Dezavantaj yaratan durum önlenirse riskin ne kadarının önlenebilir olduğunu verir.

Topluma Atfedilen Risk =((Türkiye için değer-Risk grubu için değer (Rmin))/(Türkiye için değer))*100

Bulgular: TNSA 2018'e göre ülkemizde 12-23 aylık çocukların 2018'de %66.9'u tam aşılıdır. 4. ve 5. sıra doğanlarda tam aşılanmama, ilk sıra doğanların 1.3 katıdır ve binde 62 daha fazladır. Türkiye genelinin tam aşılanma oranı, ilk sıra doğan bebeklerin tam aşılanma düzeyine erişseydi; tam aşılı olmayan 100 bebekten 13'ü daha tam aşılı olabilirdi. En yoksul olanlarda tam aşılanmama, en varsıl olanların 2,4 katıdır ve binde 195 daha fazladır. Türkiye genelinin tam aşılanma oranı, en varsıl bebeklerin düzeyine erişseydi; tam aşılı olmayan 100 bebekten 43'ü daha tam aşılı olabilirdi.

Kırda doğan bebeklerde KKK aşısı olmama, kentte doğan bebeklerden %4.1 daha fazladır. Türkiye genelinin KKK aşısı ile aşılanma oranı, kentteki bebeklerin KKK aşılanma düzeyine erişseydi enfeksiyon zincirini kırmak için hedeflenen düzeye erişmiş olacaktı.

Hanehalkı refah düzeyi en düşük bebeklerde DBT 3. Doz aşısı olmama, hanehalkı refah düzeyi en yüksek olan bebeklerden binde 84 daha fazladır. Türkiye genelinin DBT 3. Doz aşısı ile aşılanma oranı, hanehalkı refah düzeyi en yüksek olan bebeklerin aşılanma düzeyine erişseydi; DBT 3. Doz aşısını olmayan 100 bebeğin 83'ü

daha Difteri, Boğmaca ve Tetanoz hastalıklarına karşı aşılanmış olurdu.

TNSA 2018'e göre ülkemizde 12-23 aylık çocukların 2018'de %2.2'si hiç aşılanmamıştır. Erkek bebeklerde hiç aşılanmama, kız bebeklerin 8.2 katıdır ve binde 36 daha fazladır. Türkiye genelinin hiç aşılanmama düzeyi kız bebeklerin düzeyine erişseydi, hiç aşılanmayan 100 bebekten 77'si daha aşılanmış olacaktı.

Annesinin eğitimi ilkokul ve daha az olanlarda hiç aşılanmama, ilkokul ikinci kademe (ortaokul) olanların 2.3, lise ve üzeri eğitim almışların ise 2 katıdır. Türkiye genelinin hiç aşılanmama düzeyi, anne eğitimi ilkokul ikinci kademe olanların düzeyine erişseydi, hiç aşılanmayan 100 bebekten 27'si daha aşılanmış olacaktı. Ülkemizin doğusunda yaşayanlarda hiç aşılanmama, orta bölgede yaşayanların 5.4 katıdır. Türkiye genelinin hiç aşılanmama düzeyi, orta bölgede yaşayanların aşılanmama düzeyine erişseydi, hiç aşılanmayan 100 bebekten 64'ü daha aşılanmış olacaktı.

Sonuç: Yaşamın ilk yılında hiç aşılanmama açısından erkek, anne eğitimi düşük olan ve ülkemizin doğusunda yaşayan bebekler dezavantajlı durumdadır. Son yıllarda aşıya mal edilen olumsuzluklar toplumsal cinsiyet normu olarak erkek bebeklerin durumunu açıklayabilir. Ülkemizde tam aşılanmama açısından 4. ve 5. sıra doğanlar ve yoksullar en kötü durumdadır; bu haliyle toplumsal eşitsizliklerle bağdaşıktır. Bağışıklamanın faydalarının her çocuğa ulaşması için bağışıklamada eşitsizliğin kök nedenlerin belirlenmesine ve bağışıklamanın önündeki engelleri kaldırmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Bağışıklama, Çocukluk çağı aşıları, Eşitsizlik

[S197]
TIP FAKÜLTESİ DÖNEM 4,5 VE 6 ÖĞRENCİLERİNİN LGBT+ HASTALAR İLE İLGİLİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Damla Akman, Berna Bilgin Şahin, Beyhan Cengiz Özyurt, Adnan Abdullah Tokmak, Buğra Cidani, Dilara Güneş, Feyza Sergin, Furkan Aktay, Gizem Demir, Görkem Özen, Gözde Aktan, Uğurcan Toraman
Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Manisa

Giriş ve Amaç: LGBTİ+ kısaltması lezbiyen, gay, biseksüel, trans veya transseksüel, interseksüel anlamına gelir. Bu kısaltmanın sonunda bir de "+" işareti yer almaktadır. Bu işaret şemsiye terimlerden biri olan "Queer" 'i temsil eder. LGBTİ+ topluluğu, günümüzde insan hakları kapsamında bütün cinsel yönelim ve kimlikleri savunan sosyal bir yapılanmadır.

Sağlık hizmeti sektöründe farklılıkların yönetimini araştıran çalışmalarda, sosyal yaşamda en çok reddedilen farklılık grubunun farklı cinsel kimlik ve cinsel yönelim sahibi gruplar olduğu saptanmıştır.; LGBTİ+ bireyler cinsel yönelim/cinsel kimliklerini açıklamazlarsa uygun sağlık hizmetini alamayacaklarını düşünmekte, ancak karşılaşacakları tepkiden çekindikleri için bu bilgileri paylaşmaktan sakınmaktadırlar. Önceki hastane tecrübelerinde olumsuzluklar yaşayan LGBTİ+ bireyler, bunun tekrarlanacağı endişesiyle sağlık hizmetlerinden faydalanmayı ertelemektedirler. Oysa evrensel kapsayıcı sağlık hizmetinin amacı tüm birey ve toplulukların, ekonomik durum yaş, cinsiyet ve cinsel kimlik gibi bireysel ve toplumsal farklılıkları gözetmeksizin sağlık hizmetine ulaşmasıdır.

Bu çalışmada; Manisa Celal Bayar Üniversites (MCBÜ) Tıp Fakültesi Dönem 4,5 ve 6 öğrencilerinin LGBTİ+ bireylere yönelik bilgi, tutum ve davranışlarını incelemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan bu araştırmanın evrenini MCBÜ Tıp Fakültesi 4,5, 6. Sınıf öğrencilerinin toplam mevcudu olan 607 kişi oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçilmemiştir ve 607 kişinin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmaya dönem 4 öğrencilerinin % 39.9'u, dönem 5 öğrencilerinin %53.6'sı ve dönem 6 öğrencilerinin %46.1'i katılmıştır ve toplam katılım oranı %46.8'dir.

Araştırmanın verileri online anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Anket formu araştırmacılar tarafından oluşturulan sosyodemografik özelliklerle ilgili sorular ve öğrencinin LGBT+ bireylere karşı bilgi, tutum ve davranışlarını belirleyen sorulardan oluşmaktadır. 4, 5, 6. Sınıf öğrencilerine Whatsapp öğrenci grupları aracılığı ile iletilmiştir. Araştırma 25.05.2023-31.05.2023 tarihleri arasında araştırmaya katılmayı kabul eden öğrenciler ile yapılmıştır. Veriler tanımlayıcı istatistikler (sayı,yüzde,ortalama/ss) ile değerlendirilmiştir.

Araştırmanın etik kurul onayı MCBÜ Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan alınmıştır. Çalışmada herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır ve parasal destek alınmamıştır.

Bulgular: Araştırmamıza 284 öğrenci katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 23.4 ± 1.1'dir. Katılımcıların cinsel yönelimleri ise %90.1 heteroseksüel, %4.6 homoseksüel, %4.2 biseksüel ve %1.1'i aseksüel/diğer şeklindedir. Araştırmaya katılan öğrencilerin annelerinin % 48.3'ü üniversite ve üzeri ve %25.6'si ortaokul ve altı eğitime sahiptir ve öğrencilerin babaları için ise bu oranlar ise sırası ile %59.6 ve %17.2 olarak saptanmıştır. Öğrencilerin %40.5'i LGBTİ+ hakkında ulusal ve diğer ülkelerdeki yasal düzenlemeler hakkında, %15.1'i LGBTİ+ hakları hakkında ve %81.3'ü ise trans bireylerin genital muayenesinde dikkat edilecek noktalar hakkında bilgisinin olmadığını belirtmektedir. Araştırmamıza katılan öğrencilerin sadece %4.3'ü sağlık çalışanlarının LGBTİ+ bireyler hakkında bilgisinin yeterli olduğunu düşünmektedir. LGBTİ+ ile ilgili bilgileri öğrencilerin %88.2'si internet/sosyal medyadan, %72.5'i arkadaş çevresinden, %45.1'i görsel sanatlar ve sadece %7.8'i okul derslerinden öğrenmiştir. Öğrencilerin %41.5'i LGBT+ birey olmanın doğuştan geldiğini, %30.6'sı kişisel tercih olduğunu ve %8.8'i bunun bir hastalık olduğunu, %35.6'sı kişinin LGBTİ+ olmasının aldığı sağlık hizmetini etkileyeceğini ve %70.1'i LGBTİ+ bireylerin kapsayıcı bir sağlık hizmetine erişemediklerini düşünmektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %15.8'i çalıştığı kurumda LGBT+ hasta ile karşılaşmanın kaygıya sebep olacağını ya da bu konuda kararsız olduğunu, kaygı sebebinin de en yüksek oranda (%42.9) enfeksiyon bulaşı korkusu nedeniyle olduğunu ve %38.4'ü bu bireylere fizik muayene ya da girişimsel işlem yaparken kendisinin ekstra önlem alacağını belirtmişlerdir. Öğrencilerin %44.4'ü toplumsal cinsiyet eşitliği dersinin LGBTİ+ bireylere karşı farkındalıklarını arttırdığını ve %70.1'i LGBTİ+ bireylere yönelik derslerin gerekli olduğunu düşünmektedir.

Sonuç: Araştırmaya katılan öğrencilerin sadece yirmi beş tanesinden biri sağlık çalışanlarının LGBTİ+ bireyler hakkında bilgisinin yeterli olduğunu ve her on katılımcıdan yedisi LGBTİ+ bireylere yönelik derslerin gerekli olduğunu düşünmektedir. Tıp fakültesi eğitim müfredatına LGBTİ+ bireylere yönelik psikiyatri, plastik ve rekonstrüktif cerrahi gibi ilgili uzmanlık dallarından öğretim üyelerinin dahil olduğu entegre oturumlar planlanabilir, yapılabilir.

Anahtar Kelimeler: cinsel yönelim, LGBT bireyler, LGBT bireylere karşı tutum

[S198]
TAZELENME ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNDE SOSYAL MEDYA BAĞIMLILIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Şehbal Yeşilbaş, Didem Mülayim Güllü, Bahadır Dede, Metin Pıçakçıefe, Şule Erbay, Emine Tiriç, Rabia Güven Cengiz
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Sosyal medya bağımlılığı sadece gençler arasında değil ileri yaş bireylerde de gittikçe artan hızlarda görülmektedir. Bu çalışmada bir tazelenme üniversitesi öğrencilerinde sosyal medya bağımlılığı ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki araştırmanın evrenini 2023-2024 eğitim öğretim döneminde bir tazelenme üniversitesinde kayıtlı olup düzenli eğitimlere katılan öğrenciler oluşturmaktadır. Kayıtlı olup düzenli eğitime katılan öğrenci sayısı 60'dır. Örneklem seçilmemiş, devamlılık gösteren 55 öğrenci çalışmaya katılmıştır. Katılım oranı %91,6'dır. Veri literatür taranarak geliştirilen anket formu, Sosyal Medya Bağımlılık Ölçeği-Yetişkin Formu (SMBÖ-YF) ile 9-18 Ekim 2023 tarihleri arasında üç ziyaret yapılarak kendi kendine doldurma yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Bağımsız değişkenler; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, birlikte yaşanan kişiler, eğitim, meslek, gelir getiren işte çalışma, kronik hastalık, hobi, fiziksel aktivite, sosyal aktivite, haftalık sosyal aktivite süresi, kullandığı sosyal medya platformu, sosyal medyada geçirilen süre ve tercih edilen cihaz, sosyal medya kullanım amacıdır. Bağımlı değişken; algılanan sosyal medya bağımlılık düzeyidir. Sosyal medya bağımlılık düzeyleri SMBÖ-YF kullanılarak değerlendirilmiştir. SMBÖ-YF: Şahin ve Yağcı tarafından (2017) geliştirilmiş, 2 alt boyut (sanal tolerans-11 soru ve sanal iletişim-9 soru) ve 20 sorudan oluşmakta, her bir madde 5'li likert tipinde derecelendirilmekte, 20-100 puan aralığında puanlanmaktadır. Puanın yüksek olması bireyin kendisini "sosyal medya bağımlısı" olarak algıladığı biçiminde değerlendirilmektedir. İstatistiksel değerlendirmede SPSS 27.0 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler; sayı ve yüzde, ortalama, standart sapma olarak verilmiştir. Verilerin analizinde Kolmogorov- Smirnov testi, Student t testi, Pearson testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık seviyesi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir. Etik onay ve kurumsal izin alınmıştır. Çıkar çatışması ve finansal destek yoktur.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 66,90±5,23, %60,0'ı kadın, %63,6'sı evli, %98,2'si çocuk sahibi, %50,9'u eşiyle, %27,3'ü yalnız yaşamakta, %54,5'i üniversite mezunu, %90,9'u gelir getiren işle uğraşmamakta, %56,4'ü kronik hastalığa sahip, %89,1'i hobiye sahip, %65,5'i düzenli fiziksel aktivite yapmaktadır. Sık yapılan hobiler; el işi-örgü (%25,4), kitap okumadır (%23,6). Sık yapılan sosyal aktiviteler; arkadaşlarla vakit geçirme (%78,2), gezilere-turlara katılmadır (%63,6). Sosyal aktivite için haftada 9,54±8,97 saat geçirdikleri belirlenmiştir. Sosyal medya platformlarından en sık kullanılanlar; facebook (%85,5), whatsApp (%76,4), instagram (%61,8)'dır. Sosyal medya kullanırken geçirilen süre günlük 2,15±1,57 saattir. Çalışmaya katılanların tamamı sosyal medyaya girmek için cep telefonu kullanmaktadır. Sosyal medyayı kullanma amaçları en sık; %78,2'si haberleri, güncel gelişmeleri takip etme, %78,2'si arkadaşlarla iletişimde bulunma, %58,2'si yakınlarıyla haberleşmek ve paylaşımlarını takip etmektir. Katılımcıların SMBÖ-YF toplam puanı ortalaması 42,7±11,7, SMBÖ-YF sanal tolerans puanı ortalaması 24,1±6,4, SMBÖ-YF sanal iletişim puanı ortalaması 18,6±6,7'dir. SMBÖ-YF toplam puanı ortalaması ve günlük sosyal medyada geçirilen süre arasında ($r=0,28$, $p=0,38$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. SMBÖ-YF toplam puanı ortalaması ile yaş ($r=0,26$, $p=0,852$), sosyal aktivite için haftalık harcanan süre ($r=0,12$, $p=0,930$) arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. SMBÖ-YF toplam puanı ortalaması ile cinsiyet, yalnız yaşama, eğitim düzeyi, gelir getiren işte çalışma, kronik hastalık varlığı, hobi varlığı ve fiziksel aktivite durumu arasında ilişki saptanmamıştır. SMBÖ-YF sanal tolerans boyutu ve SMBÖ-YF sanal iletişim boyutu ile bağımsız değişkenler arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Sonuç: Tazelenme üniversitesi öğrencilerinin kendilerini sosyal medya bağımlısı olarak algılama düzeyleri düşük bulunmuştur. Ayrıca sosyal medya bağımlılığı ile sosyal medyada geçirilen süre arasındaki ilişki önemli bir sonuçtur. Katılımcı sayısının az olması çalışmamızı kısıtlayan önemli bir unsurdur. İleri yaş bireylerde so-

syal medya kullanımını ve bağımlılığının artış göstermesini göz önünde bulundurursak bu konuda daha fazla çalışma yapılması gereklidir. Yaşlı bireylerin sosyal medya ve internet kullanımı konusunda bilgilendirilmesi, sosyal medyada geçirilen sürenin yaşamı engellemeyecek boyutta tutulması konusunda farkındalıklarının artırılması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: İnternet kullanımı, sosyal medya bağımlılığı, sosyal medya kullanımı, yaşlılar

[S199]
SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ KISA FORMUNUN GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ

Hatice Şimşek Keskin[1], Celalettin Çevik[2], Hakan Baydur[3], İbrahim Kayabek[4], Geylan Doğan[4], Gizem Ay[4], Gülten Uçan[3], Pınar Okyay[5]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı
[2]Balıkesir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
[3]Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı
[4]Balıkesir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
[5]Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Sağlık okuryazarlığı birçok sağlık çıktısı ile ilişkisi olan önemli bir belirleyicidir. Araştırmanın amacı Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) olarak adlandırılan ölçeğin kısa formunun (TSOY-KF) geçerlilik ve güvenilirliğini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Bu metodolojik çalışma, "Balıkesir İlindeki Kentsel ve Yarı Kentsel İki Bölgede Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Kişilerde Sağlık Okuryazarlığı ile Sağlıkla İlişkili Davranışların, Sağlık Durumunun, Fonksiyonel Durumun ve Yaşam Kalitesinin İlişkisi" başlıklı bilimsel araştırma projesi (BAUN BAP No: 2019/057) kapsamında gerçekleştirilmiştir. Araştırma Ağustos 2019 - Temmuz 2020 tarihleri arasında Balıkesir il merkezinde belirlenen iki bölgede yürütülmüştür. Örnek büyüklüğü ölçek madde sayısının en az 5-10 katı olması, ve doğrulayıcı faktör analizinde en küçük örnek büyüklüğünün 300 kişi olması önerisi gözetilerek ve araştırmanın kesitsel bölümü de düşünülerek OpenEpi programında evren 6580 kişi, prevalans %25, sapma %3, Tip-1 hata %5, desen etkisi 1.5 kabul edilerek 1071 hesaplanmış, 1094 kişiye çok aşamalı örnekleme yöntemiyle ulaşılmıştır. Veriler Sosyodemografik Özellikler Formu, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Anketi – Yaşlı Modülü ve Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi kullanılarak toplanmıştır. Araştırmada her bir sokak (n=439) küme kabul edilmiş toplam 439 sokakta her birinde yaklaşık ≈ 2.49 kişiye (2 kişiye) bir yönerge çerçevesinde ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırmaya 1094 kişi katılmış, TSOY-32 formunun 8 alt boyutunu temsil edecek birer maddesi seçilerek oluşturulmuş kısa formunun psikometrik özellikleri analiz edilmiştir. Çözümlemede madde analizi, Rasch analizi, DIF analizi yanı sıra açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi, Cronbach's alfa, ayırt edicilik ve bilinen gruplar analizi gerçekleştirilmiştir. Balıkesir Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmıştır (07/08/2019 tarih, 2019/97).

Bulgular: Oluşturulan kısa form 8 maddeden oluşmaktadır. Form tek boyutlu olup taban ve tavan etkisi %2,1 ve %11,6'dır. Formun Cronbach's Alfa değeri 0,928, tek boyutlu yapının açıklanan varyansı %66,8'dir. Yapı geçerliliği için doğrulayıcı faktör analiz özet uyum değerleri RMSEA=0,007, CFI=1,00 ve ki-kare/sd=1,04'tür. Oluşturulan sekiz maddelik formun madde güçlük ve ayırt edicilik düzeyi yeterli, Rasch analizi madde güçlük ve dağılım özellikleri uyumlu, Person Reliabilitiy 0,93, PSI 3,59 düzeyindedir. Ölçek maddeleri cinsiyet ve yaş dağılımları DIF göstermemek, yerel bağımsızlığı ihlal etmemekte ve tek boyutlu yapıdadır. Ölçeğin TSOY-32 ile 0,835, Barthel ve WHOQOL-OLD ile anlamlı düzeyde korelasyonları vardır. Oluşturulan TSOY-KF puanının cinsiyet, yaş, eğitim durumu, gelir durumu ve sağlık durumunu anlamlı düzeyde ayırt ettiği belirlenmiştir.

Sonuç: Yaşlılar üzerinde uygulanan TSOY-KF sağlık okuryazarlığının değerlendirmede geçerli ve güvenilir bir ölçüm gerecidir.

Anahtar kelimeler: Sağlık okuryazarlığı, yaşlı, geçerlilik, güvenilirlilik.

Kaynaklar

1. *Floy, F. J., ve Widaman, K. F. (1995). Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instrument. Psychological Assesment, 7(3), 286-299.*

2. *Rouquette, A. ve Falisard, B. (2011). Psikiyatrik ölçeklerin iç geçerliliği için örneklem büyüklüğü gereksinimleri. Psikiyatrik araştırmalarda uluslararası yöntemler dergisi, 20 (4), 235-249.*

3. *Okyay P, Abacıgil F. Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Avrupa sağlık okuryazarlığı ölçeği Türkçe uyarlaması (ASOY-TR) Mayıs. 2016:24-41.*

4. *Küçükdeveci AA, Yavuzer G, Tennant A, Süldür N, Sonel B, Arasil T. (2000) Adaptation of the Modified Barthel Index for Use in Physical Medicine and Rehabilitation in Turkey. Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine, 32(2):87-92*

5. *Power M, Quinn K, Schmidt S ve ark. (2005) Development of theWHOQOL-Old module. Quality of Life Research, 14:2197–2214.*

6. *Eser, S., Saatli, G., Eser, E., Baydur, H. ve Fidaner, C. (2010). Yaşlılar için Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi modülü WHOQOL-OLD: çalışması Türkçe sürüm geçerlilik ve güvenirlilik sonuçları. Türk Psikiyatri Dergisi, 21(1):37-48.*

7. *J. Patrick Meyer. Applied Measurement with jMetrik. 1st ed. Published July 14, 2014 by Routledge) ve Rumm2030 (Andrich D, Sheridan B, Luo G. Rasch unidimensional measurment model. RUMM2030. In: RUMM laboratory Pty ltd.; 2003*

[S200]
CUMHURİYETTEN GÜNÜMÜZE TÜRKİYE'DE YAŞLI BAKIMI VE SOSYAL HİZMETLER

Beyza Püren Selcan Gündoğdu, Ayşe Emel Önal
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ

Yaşlılık bilindiği gibi fizyolojik, psikolojik, ruhsal değişikliklerin görüldüğü geri dönüşü olmayan doğal bir yaşam evresidir. Bu evrede biyolojik yaşlanma bireyin yaşam fonksiyonlarını yavaş yavaş azaltırken, emeklilik yaşlıyı ekonomik olarak zayıflatmakta, işten ayrılma çoğu zaman sosyal statüden ve sosyal yaşamdan da ayrılmayı beraberinde getirdiği için fizyolojik gerilemeye psikososyal sorunlar da eklenmektedir. Ülkelerde sunulan sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler yaşlılıkta meydana gelen bu biyopsikososyal gerilemeyi mümkün olduğu kadar hafifletmeyi hedeflemektedir.

Günümüzde koruyucu hizmetler, erken tanı ve tedavi olanaklarının artması, sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşım gibi nedenlerle bireylerin doğumda beklenen yaşam süresi artmakta, dolayısıyla toplumların yaşlı nüfus oranı artmaktadır. Ülkemizde de doğumda beklenen yaşam süresi TÜİK 2019 verilerine göre 78,3 yıldır.(1) Çalışma çağındaki yüz kişiye düşen yaşlı sayısını ifade eden yaşlı bağımlılık oranı, 2017 yılında %12,6 iken bu oran 2022 yılında %14,5'e yükselmiştir ve OECD tahminlerine göre Türkiye'de 2060 yılında yaşlı bağımlılık oranının %40 olması beklenmektedir. (1,2)

YÖNTEM

Ülkemizde ve Dünyada yaşlı bakımına yönelik yapılan sosyal hizmetleri değerlendirmek, artması beklenen yaşlı nüfusa yönelik hizmetleri geliştirmek açısından önemlidir.

Bu değerlendirmenin amacı; yaşlılık dönemi için planlanan sosyal hizmetleri Türkiye için Cumhuriyetin ilk yıllarından başlayarak geçmişten günümüze görmek, gelişmiş ve gelişmekte olan ülke örnekleri ile kıyaslamaktır.

BULGULAR

Türkiye'de Yaşlı Bakımı ve Sosyal Hizmetler

Türkiye'de 1930 yılında yürürlüğü giren 1580 sayılı yasa ile ilk defa kamu kuruluşu olan Belediyelere bakıma muhtaç kişilerin (yaşlılar dahil) korunması, yaşlı evleri yapma ve yönetme yükümlülüğü getirilmesi üzerine, değişik illerde aceze evleri, güçsüzler yurdu, düşkünler evi ve huzurevi adı altında yatılı yaşlı kuruluşları açılmıştır. (3)

Her türlü sosyal yardım ve güvenlik hizmetlerini düzenlemek, korunmaya muhtaç yaşlı, çocuk ve engellilerin bakımı, yerleştirilmesi ve rehabilitasyonu ile çalışma gücünden yoksun yoksul kimselerin sosyal güvenliğini sağlamak üzere o zamanki Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bünyesinde 225 sayılı yasa ile 1963 yılında Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Bu şekilde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına bağlı ilk huzurevi 1966'da Konya'da, ikincisi ise Eskişehir'de açılmıştır. (3)

Bugün ortadan kaldırılmış bulunan Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu bünyesinde Yaşlı Hizmetleri Daire Başkanlığı ve Özürlüler Daire Başkanlıkları kurulmuş, yaşlı, huzurevi tanımları ile özel kişilerce açılacak sosyal hizmet kuruluşlarının standart, kuruluş, işleyiş ve denetim esasları belirlenmiştir. (3)

Bugüne kadar aynı Kanun Hükmünde Kararname yetkisi ile adı birçok kez değiştirilen ve son olarak Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı olan bakanlık bünyesinde özürlü ve yaşlı hizmetleri birleştirilerek, Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Bu Genel Müdürlük bünyesindeki Yaşlı Hizmetleri Dairesi Başkanlığı; Bakanlığa bağlı yaşlı hizmet kurumlarının ve diğer kişilerle, özel sektör tarafından açılan kurumların standart, açılış, işleyiş ve denetim esaslarını belirlemektedir. (3)

Ülkemizde Engelli ve Yaşlı Hizmetler Genel Müdürlüğü tarafından yaşlı hizmetlerine harcanan bütçe 2012 yılında 253,9 milyon TL iken, 2020 yılında harcanan ödenek miktarı yaklaşık 4 kat artarak 1.033,7 milyon TL olmuş, 2022 yılında 2.781,7 milyon TL düzeyine ulaşmıştır.(4)

Türkiye'de Sosyal Hizmetler başlıca aşağıdaki ana başlıklarda toplanmaktadır:

- Koruyucu önleyici geliştirici hizmetler (Hayat boyu öğrenme/Yetişkin eğitimi/ Üçüncü Yaş (Tazelenme) üniversitesi, Yaşlılığa/Emekliliğe hazırlık, Aktif ve Sağlıklı Yaşlanma, Ücretsiz/İndirimli Seyahat, Sosyal-Kültürel Faaliyetler vs.),
- Emeklilik ve sosyal güvenlik/genel sağlık sigortası hizmetleri, Sosyal Yardımlar (2022 sayılı Kanunla Yaşlı Aylığı verilmesi, 2828 sayılı Kanunla Engelli Evde Bakım Desteği verilmesi, eşi vefat eden kadınlara yapılan sosyal yardımlar,
- Sosyal Yardım Dernekleri ve Vakıfların Yardımları, Belediye yardımları vbg.),
- Yaşlı Bakım Hizmetleri (Evde Bakım, Gündüz Bakım, Uzun Dönem Kurum Bakımı gibi).

Yaşlı bakımı konusunda yaşlının da içinde yer aldığı bir karar alma süreciyle ve tedavi edici anlayıştan ziyade koruyucu, önleyici hizmetlerin yer aldığı ve yaşlıların isteklerine cevap veren alternatifli modeller benimsenmektedir.

Bu çerçevede sırasıyla hedeflenen hizmet öncelikleri ve alternatifleri şu şekildedir:

- **Evde Bakıma Destek** (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı/Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları-Vefa, Belediyeler),
- **Evde Bakım/Evde Sağlık** (Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Belediyeler, Özel Sektör),
- **Gündüz Bakım Hizmetleri**: Bakım, Danışma, Dayanışma (Belediyeler, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Sivil Toplum Kuruluşları),
- **Huzurevleri** (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Belediyeler, Diğer Kamu Kurumları, Sivil Toplum Kuruluşları, Özel Sektör),
- **Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri** (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Belediyeler, Diğer Kamu Kurumları, Sivil Toplum Kuruluşları, Özel Sektör) (3)

Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'na bağlı huzurevi sayısı, kapasitesi ve bakılan yaşlı sayısının 2002 yılından beri artış gösterdiği görülmektedir. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'na bağlı huzurevi sayısı 2002 yılında 63 iken bu sayı 2023 yılı Temmuz ayı itibarıyla 169'a ulaşmıştır. Ülkemizde Temmuz 2023 itibari ile toplam 459 Huzurevi bulunmaktadır. 2023 yılı verilerine göre toplam huzurevlerinin yaklaşık % 37'si Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına bağlı huzurevleri, yaklaşık % 59'u ise özel huzurevleridir. Toplam bakılan yaşlı sayısının % 49,5'i Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına bağlı huzurevlerinde bakım hizmeti almakta iken, yaklaşık %39'u özel huzurevlerinde bakım hizmeti almaktadır. Genellikle üç büyük kentte yoğunlaşmış özel kuruluşların bakım ücretleri orta, orta üst grubunun karşılayabileceği bir düzeydedir. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'na bağlı huzurevlerinde bakılan yaşlı sayısı 2002 yılında 4.952 iken bu sayı 2023 yılı Temmuz ayı itibarıyla 14.550 olmuştur. Bakanlığımıza bağlı huzurevi sayısı ve kapasitesi 2002 yılına göre 2,7 kat, bakılan yaşlı sayısı ise 2,93 kat artmıştır. (3,4)

Diğer Kamu Kuruluşlarına Ait Huzurevlerinde kapasite 3504 kişi iken (Temmuz 2023), Özel Huzurevlerinde 17606 kişidir (Şubat 2022). (4,5)

Kuruluşa kabul edilecek yaşlılarda elli beş yaş ve üzeri yaşlarda olma şartı aranır. Belgeleri tamamlanan ve düzenlenen, sosyal inceleme raporuna göre değerlendirilmesi yapılan yaşlılar kuruluşa kabul edilir, sıraya alınır veya reddedilir. (6)

ASHB ve Belediyeler dışında Milli Eğitim Bakanlığı Validebağ Mustafa Necatibey Öğretmen Huzurevi (İstanbul) 66 kapasite, İçişleri Bakanlığı Darülaceze Müessese Müdürlüğü (İstanbul) 504 kapasite ile hizmet vermektedir. İstanbul'da Darülaceze adı ile birisi Büyük Şehir Belediyesinin, diğeri İçişleri Bakanlığının bünyesinde olmak üzere iki kuruluş bulunmaktadır. Kamuya ait huzurevlerinde yaşlılar ücretsiz veya aylık bakım maliyetinin çok altındaki ücretlerle hizmet alabilmektedir.(3)

ASHB na bağlı gündüzlü hizmet veren kuruluş sayısı ile bu kapsamda verilen hizmetlerle hayatı desteklenen yaşlıların sayısının arttırılması amaçlanmaktadır. Bu kapsamda 37 gündüz hizmet sunan kuruluşta 558 yaşlıya aktif olarak gündüz bakım hizmeti sunulmaktadır. (4)

Kamuoyunda yaşlı aylığı olarak bilinen 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz, Kimsesiz Türk Vatandaşına Aylık Bağlanması Hakkındaki Kanun'un uygulamaları 1977 yılından beri devam etmektedir. Hanede kişi başına düşen gelirin asgari ücretin 1/3'ünden az olması halinde verilen bu maaştan yararlanan yaşlı sayısı 2002 yılında 746.468 iken, 2023 yılı Temmuz ayı itibarıyla 793.117 olmuştur. Yaşlı maaşı için ayrılan kaynak miktarı yıllar içinde artmakla beraber 2023 yılında (10.682 Milyon TL) 2022 yılına (12.061 Milyon TL) göre daha düşük seviyede kalmıştır. Engelli-bakıma gereksinimi olan yaşlının yaşadığı hanede kişi başına düşen aylık gelir net asgari ücretin 2/3'ünden az ise engelli-yaşlının bakımını yapan kişiye her ay bir aylık net asgari ücret tutarında ödeme yapılmaktadır. Bu ödeme 1983 yılında kabul edilen 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu'na dayanarak 2018 yılından beri verilmektedir. Bu hizmetten yararlanan yurttaşlarımızın sayısı 2020 yılında toplam 523.068 kişi olmuştur ve bunun 153.893'ü 65 yaş üstü bireylerden oluşmaktadır. (2020) (3,4)

Yaşlı Hizmet Merkezleri, Genellikle sağlıklı yaşlılara hizmet veren, yerel yönetimlerde yaşlı kulübü- yaşlı kreşi gibi isimlerle de adlandırılan gündüzlü merkezlerdir. Yaşlıların psiko-sosyal doyumunu arttırmasının yanı sıra evde destek hizmetleri de sunanları vardır. ASHB bünyesinde 5 yaşlı hizmet merkezi vardır. İstanbul'da Şişli Belediyesine bağlı Alzheimerlı yaşlılara gündüz hizmet veren bir merkez daha bulunmaktadır. (3)

Yerel yönetimlerin yaşlılara yönelik hizmetleri içinde sosyal yardım karakterli (ayninakdi yardımlar, yakacak desteği gibi) hizmetler, gündüzlü evde bakım destekleri, ev temizliği, onarımı ve sayıları giderek artan ve farklı adlarla anılan yaşlı kulüpleri-kreşleri, ücretsiz, indirimli ulaşım, sanat kültür etkinlikleri, hasta nakil hizmetleri ilk dikkati çeken uygulamalardır. Yaşlılar haftası etkinlikleri başta olmak üzere özel gün kutlamaları, gezi ve kamplarda giderek daha çok uygulanmaktadır. (3)

Uluslararası alanda üçüncü yaş üniversitesi olarak bilinen yaşlı bireylere yönelik yükseköğretim programları, 60+ Tazelenme Üniversitesi Projesi adı altında ülkemizde 10 şehirde uygulanmaya başlanmıştır. Aktif ve sağlıklı yaşlanma perspektifiyle yaşlı bireylerin toplumsal hayata katılımını artıran ve hayat boyu öğrenmeyi destekleyen üniversitelerden tüm yaşlılar ücretsiz olarak yararlanabilmektedir. (4)

Diğer Bazı Ülkelerde Yaşlı Bakımı ve Sosyal Hizmetler

İsveç: Dünyada diğer ülkelere kıyasla kendi ülkelerinde bulunan yaşlıları için daha fazla gayri safi milli hâsıla ayırmaktadır. Çoğu yaşlı bakımı ise belediyeler ve devlet tarafından karşılanmaktadır. Yaşlıların yaşamını kolaylaştırmak için çeşitli destekler sunulmaktadır. Örneğin evlere hazır pişmiş yemek dağıtımı yapılmaktadır. Yaşlı kişiler günlük yaşamın ihtiyaçları ile baş edemeyecek duruma geldiklerinde ise belediyelerin ev yardım hizmetlerine başvurmaktadırlar ve bu tür hizmetler için herhangi bir bedel ödememektedirler. (7)

ABD 2009 yılı Assisted Living Federation of America verilerine göre **ABD**'de 36,000'den fazla destekli yaşam tesisleri mevcuttur ve 1 milyondan fazla yaşlı bu tesislerden hizmet almaktadır. Bu tesislerden bazıları ücretli kar amaçlı tesisler iken bazıları 22 eyalette kurulan Evangelist Lutheran Good Samarita Derneği gibi kar amacı gütmeyen çok büyük organizasyonlardır. (7)

Kanada: Yaşlı bakım evleri devlet eliyle yapılmaktadır. Evde bakımları yapılan veya bakım evlerinde bulunan yaşlı Kanadalıların bakım ödemeleri ise kazandıkları yıllık gelirlerine göre devlet tarafından yapılmaktadır. Kanada' da yaşlılar için birleştirilmiş hizmet modelleri vardır. Bu birleştirilmiş yardım modelleri içine; kişisel

bakım hizmetleri, ev işleri ve yaşam yönetimi faaliyetleri, çeşitli tıbbi-ruhsal sağlık, konut ihtiyacı ve gelir ihtiyacını karşılamak gibi sistemler girmektedir. Yaşlılara yönelik birçok bütünleşmiş bakım çeşitleri bulunmaktadır. İyi bilinen modelleri; yaşlı insanlar için her şeyi kapsayan bakım programı (PACE), sağlık- sosyal bakım programı (HMO), birleştirilmiş yaşlı bakım sistemi (SPA), bütünleştirilmiş özerklik bakım hizmetleri araştırma programı (PRISMA) ve birleştirilmiş bakım programı içeren evde bakım hizmetleri (CHOICE) programlarıdır. (7)

Nepal: Hükümet destekli programlar ve yaşlı bakım evleri yönüyle önemli eksiklikler bulunmaktadır. Yaşlılar için oluşturulan sağlık tesisleri programı 2061BS yoksulluk çeken yaşlılar için tıbbi destek ve ilaç yardımını tüm semtlerde sağlamaktadır. Hükümet yıllık bütçelerinden 75 yaşından büyük tüm kalp ve böbrek hastalarına sağlık hizmet fonu ayırmıştır. Ancak gelişmekte olan bir ülke olduğu için tüm bu yaşlılık ödeneği ile ilgili programları finanse etmekte zorlanmaktadır ve bazen de mümkün olamamaktadır. Yaşlı bireylere sağlanan ödenekler sağlık harcamalarını yeterince karşılayamayabilir ve mevcut sağlık uygulamaları yaşlı bireylere ve ailelerine büyük bir maliyet getirmektedir. Sağlık hizmeti sağlayıcılarının ve kurumlarının çoğunluğunun özel sektöre ait olması ve kar amacı gütmesi nedeniyle, ülkede yaşlılara yönelik uygun devlet sağlığı ve sosyal güvenlik sistemlerinde genel bir eksiklik bulunmaktadır. (7,8)

Tayland: Artan yaşlı nüfusu vardır ve Tayland hükümeti bu yaşlı nüfus büyümesinden endişe duymasına rağmen onlar için farklı politikalar oluşturmak yerine yaşlı bireyleri aile bireylerinin bakımına bırakma eğilimindedir.(7)

Yaşlı dostu ortamlar büyümek, yaşamak, çalışmak, oynamak ve yaşlanmak için daha iyi yerlerdir. Fiziksel ve sosyal engellerin kaldırılması ve sağlığın geliştirilmesi ve yaşam boyunca fiziksel ve zihinsel kapasitenin oluşturulması ve sürdürülmesi için politikalar, sistemler, hizmetler, ürünler ve teknolojiler uygulanarak yaratılırlar. Yaşlıların yaşam düzenlemeleri ve çevrelerinin yaşlılara uygun olması hakkında bilgi vermektedir. Yaşlıların yaşlı dostu ortam ve şehirlerde yaşama oranına bakıldığında en yüksek oranın İrlanda'da (%81) olduğu görülmektedir. İkinci sırayı ise Şili (%65) almaktadır. İngiltere ve İspanya ise diğer Avrupa ülkelerine kıyasla daha yüksek orana sahiptir. Kanada, ABD, Bolivya, Uruguay ortalaması genelden yüksektir. Afrika Bölgesinden veri alınamamıştır. Yaşlı dostu kentler ve topluluklar girişimi, Türkiye açısından da önem arz eden bir harekettir ve bu, yakın bir gelecekte toplumun gündeminde daha fazla yer almaya aday gibi görünmektedir. Daha şimdiden Türkiye'den üç belediyenin (Kadıköy, Muratpaşa ve Mersin) DSÖ tarafından oluşturulan Yaşlı-Dostu Kentler ve Topluluklar Küresel Ağı'nın (Global Network for AgeFriendly Cities and Communities) üyesi olması, bunun bir işareti olarak kabul edilebilir. (9,10,11)

2020 DSÖ verilerine göre; Ülkelerin yaklaşık yarısının yaşlanma ve sağlık ile ilgili ulusal bir planı, stratejisi bulunmamaktadır. Avrupa Bölgesindeki ülkelerin %70'inin planı bulunmaktayken, Doğu Akdeniz bölgesindeki ülkelerin sadece üçte birinde ulusal plan vardır. Türkiye'de Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın Yaşlı Hakları Ulusal Eylem Planı 2023-2025 vardır. (12,13)

TARTIŞMA

29 Ekim 1923 te Türkiye Cumhuriyeti'nin ilanı ile birlikte Türkiye çağdaş (muasır) medeniyetler seviyesine gelmek ve üzerine çıkmak **için ilk adımı atmıştır. Bu tarihten sonra sağlık ve sosyal hizmetler alanında kanunlar çıkarılarak** halkın sağlık ve sosyal refah düzeyi yükseltilmeye çalışılmıştır. O yıllarda genç nüfusun ülkenin demografik yapısında daha fazla yer tutmasına rağmen yaşlı nüfus düşünülerek 1930 yılında konu ile ilgili ilk kanun çıkarılmış, bunu 1963, 1977, 1983, 2018 yıllarında çıkarılan yasalar izlemiştir. Günümüzde ise yaşlı nüfus Türkiye'de % 15 civarındadır ve bu oranın hızla artacağı öngörülmektedir. Dünya ülkelerinden özellikle gelişmiş ülkelerin yaşlı bakımı ile Türkiye'deki yaşlı bakımı uzun yıllar karşılaştırılmış, yaşlı bakım merkezleri, gündüz bakım evleri, evde bakımın desteklenmesi, engelli, rehabilitasyona ihtiyaç duyan yaşlılar için merkezler kurulması, yaşlıların günlük yaşamlarını rahatlıkla sürdürebilecekleri tüm çevresel ve kişisel donanımların sağlanması için incelenmiştir. Günümüzde bu eksikliklerin tamamlanabilmesi için tüm bu ve benzer kurumların kurulmakta olduğunu ve hizmetlerine başladıklarını görmekteyiz. Ancak hizmet alan

nüfus yeterli değildir. **İhtiyacı olan yaşlılara ücretsiz yemek ve evde yardım hizmetlerinin** ABD'de ve İsveç'te olduğu gibi daha yaygınlaşması hedeflenmelidir. Bundan sonra Türkiye'de yaşlı nüfusun daha da artacağı göz önüne alınarak yaşlı bakım merkezlerinin ve huzurevlerinin sayılarının ve kapasitelerinin artırılması sağlanmalıdır. Evde bakım hizmetlerinin desteklenmesine devam edilerek yaşlıların yaşlı aylığı ve ailelerin engelli-yaşlı bakım aylığı alması için aileler bilgilendirilmeli ve bu alana daha fazla bütçe ayrılmalıdır.

Terminal dönem merkezleri, ruhsal rehabilitasyonu da içeren daha kapsamlı rehabilitasyon merkezleri gibi kurumlar incelenmeli ve eksikler tamamlanmalıdır. Son yıllarda yaşlılarda fiziksel ve sosyal rehabilitasyonun yanısıra psikososyal rehabilitasyona da çok fazla ihtiyaç olduğu görülmektedir. Çünkü demans, depresyon, anksiyete gibi yaşlılıkta sık görülen ruhsal bozukluklar işlev kaybına, yaşlı bireyin yaşam kalitesinin bozulmasına yol açmaktadır. En etkili şekilde geriatrik rehabilitasyon ile yaşlıların yaşam kalitesini artıracak merkezler çoğaltılmalıdır. Bazı ülkeler yaşlı bakımı açısından incelendiğinde Nepal ve Tayland gibi yaşlıların sağlık ve bakım hizmetlerinin büyük oranda özel sektör tarafından yürütüldüğü ülkelerde sosyo ekonomik durumu düşük olan yaşlıların yaşam kalitesinin oldukça düşük olduğu görülmektedir. Yaşlı bakımı sosyal devlet anlayışı ile daha çok devlet eli ile yürütülen bir hizmet alanı olmalıdır.

Türkiye'nin DSÖ tarafından oluşturulan Yaşlı-Dostu Kentler ve Topluluklar Küresel Ağı'nın (Global Network for AgeFriendly Cities and Communities) üyesi olması ve yaşlı dostu kentler ağına daha fazla şehir ile katılmaya çalışması sevindiricidir. Sonuç olarak yaşlı bakımının psikolojik yönü de dikkate alınarak, yaşlıların psikososyal koruma, tedavi ve rehabilitasyon olanaklarının artırılmasına devam edilmeli, terminal dönem merkezleri gibi ihtiyaç duyulan diğer merkezlerin de kurulmasına, yaşlı bakımının ve sosyal hizmetlerin devlet eli ile en üst düzeyde sağlanmasına gayret edilmesine devam edilmelidir.

Yaşlılık bilindiği gibi fizyolojik, psikolojik, ruhsal değişikliklerin görüldüğü geri dönüşü olmayan doğal bir yaşam evresidir. Bu evrede biyolojik yaşlanma bireyin yaşam fonksiyonlarını yavaş yavaş azaltırken, emeklilik yaşlıyı ekonomik olarak zayıflatmakta, işten ayrılma çoğu zaman sosyal statüden ve sosyal yaşamdan da ayrılmayı beraberinde getirdiği için fizyolojik gerilemeye psikososyal sorunlar da eklenmektedir. Ülkelerde sunulan sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler yaşlılıkta meydana gelen bu biyopsikososyal gerilemeyi mümkün olduğu kadar hafifletmeyi hedeflemektedir. Türkiye'de ve Dünyada yaşlı bakımına yönelik yapılan sosyal hizmetleri değerlendirmek, artması beklenen yaşlı nüfusa yönelik hizmetleri geliştirmek açısından önemlidir. Bu değerlendirmenin amacı; yaşlılık dönemi için planlanan sosyal hizmetleri Türkiye için Cumhuriyetin ilk yıllarından başlayarak geçmişten günümüze incelemek, gelişmiş ve gelişmekte olan ülke örnekleri ile kıyaslamaktır.

Anahtar Kelimeler: Türkiye, yaşlılık, bakım, sosyal hizmetler

Kaynaklar

1) *TÜİK Haber Bülteni sayı: 45592, Hayat Tabloları, 2019-2021.*

2) *OECD Yaşlanma ve Demografik Değişim. https://www.oecd.org/economy/ageing-inclusive-growth/ Erişim Tarihi: 26/10/2023*

3) *İlik B, İçağasıoğlu ÇA, Yaşlılık ve Sosyal Hizmetler Teknik Raporu Rapor no: (16-2021/2)*

4) *T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni, 2023*

5) *T.C., Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Diğer Kamu Kuruluşlarına Ait Huzurevleri. https://www.aile.gov.tr/media/44313/diger-resmi-huzurevleri.xls, Erişim Tarihi: 26/10/2023*

6) *Özel Huzurevleri ile Huzurevi yaşlı bakım merkezleri yönetmeliği, Tarih: 07-08-2008, No:26960.*

7) *Zıplar ÜT, Dünyada ve Türkiye'de Yaşlılık Hizmetleri, Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 6(2): 173-194, 2015.*

8) *Shrestha S, Aro AR, Shrestha B, Thapa S. Nepal'de yaşlı bakımı: Mevcut sağlık ve toplum destek sistemleri yeterli mi? SAGE Açık Tıp. 2021;9. doi: 10.1177/20503121211066381*

9) *WHO Yaşlanma- Yaş Dostu Şehirler ve Topluluklar. https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/mca/proportion-of-older-people-living-in-age-friendly-cities-and-communities, Erişim tarihi: 19/10/2023*

10) *WHO, Yaşlı dostu şehirlerde ve topluluklarda yaşayan yaşlıların oranı. https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/ageing-data/ageing---age-friendly-cities-and-communities Erişim tarihi 19/10/2023*

11) *Özgür, E. M., Kılınç, N. Yaşlı Dostu Kentler ve Topluluklara İlişkin Kuramsal Çerçevelerin Gözden Geçirilmesi, Coğrafi Bilimler Dergisi/ Turkish Journal of Geographical Sciences, 2022: 20 (1), 310-337, doi: 10.33688/aucbd.1078870*

12) *WHO Yaşlanma ve Sağlıkla İlgili Ulusal Planları, Politikaları veya Stratejileri Olan Ülke Sayısı. https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/mca/number-of-countries-with-national-plans-policies-or-strategies-on-ageing-and-health, Erişim tarihi: 19/10/2023*

13) *T.C., Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın Yaşlı Hakları Ulusal Eylem Planı 2023-2025. https://aile.gov.tr/media/133624/yasli_haklari_ulusal_eylem_plani.pdf, Erişim Tarihi: 25/10/2023.*

[S201]
YAŞLILARDA SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ VE YAŞLI DOSTU ŞEHİR ALGISI: İSTANBUL'DA BİR İLÇE ÖRNEĞİ

Muhammed Atak[1], Sevde Sancar[1], Ayşe Emel Önal[1], Meryem Ceyhan[2], Şeref Şeker[2]
[1]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[2]Beşiktaş Belediyesi, Beşiktaş, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç: Yaşlıların sağlığını koruma ve yaşlı dostu şehirler oluşturma önemli bir halk sağlığı meselesidir. Yaşlı bireylerin sağlığını ve yaşam kalitesini artırmak, yaşanabilir şehirler oluşturmak için fiziksel ve sosyal çevrelerinin uygunluğu çok önemlidir. Bu çalışmanın amacı, yaşlı bireylerin yaşlı dostu şehirler hakkındaki algılarını ve sağlık farkındalıklarını incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmanın evrenini Beşiktaş ilçesinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireyler oluşturmuştur. Örnekleme ulaşmak için Beşiktaş Belediyesi ile işbirliği yapılarak Mayıs-Ekim 2023 tarihleri arasında Beşiktaş'ta yaşayan yaşlı bireylerle anketler yapılmıştır. Anket formu, sosyodemografik bilgiler, Yaşlı Dostu Şehirler ve Toplumlar Anketi (AFCCQ-TR) ve Yaşlı Sağlığını Geliştirme Ölçeği içermiştir. Yaşlı sağlığı geliştirme anketi 22 sorudan oluşan, minimum 22 maksimum 88 puan alınabilen 4lü likert tipi bir ölçektir. Örneklem hesaplaması için openepi program ile hesaplamalar yapılmış, %95 güven düzeyinde ve %5 hata payı ile çalışma yapılması için en az 380 örnekleme ihtiyaç duyulduğu hesaplanmıştır. Çalışmamız, formları tam dolduran 377 katılımcının verisi ile tamamlanmıştır. Analizler SPSS 29.0 ile yapılmıştır, anlamlılık sınırı $p<0.05$ olarak belirlenmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza %67.1'i kadın olan toplam 377 katılımcı dahil edilmiştir. Eğitim durumu açısından katılımcıların %28.1'i lisans mezunu, %26.3'ü lise mezunu ve %26.3'ü de ilkokul mezunudur, %48'inin eşi vefat etmiş, %34.2'si evli, %11.1'i bekar ve %6.6'sı boşanmıştır. Katılımcıların %98.9'u kendi evinde yaşamaktadır, %33.4'ünün 2 çocuğu mevcuttur, %21.8'i üç çocuk, %18'i tek çocuk sahibi iken, %13.5'inin çocuğu yoktur. Katılımcıların %36.9'u çocuklarının kendileriyle aynı şehirde yaşadığını, %31.8'i ise kendileriyle aynı evde yaşadıklarını belirtmiştir. Katılımcıların %57.8'inin bakımlarından kendilerinin sorumlu olduğu belirlenirken, %13 katılımcının ise bakıcısı mevcuttur, %6.1'inin herhangi bir sosyal güvencesi olmadığı, %52.3'ünün emekli sandığı, %29.4'ünün SSK güvencesi mevcuttur. Evin erişilebilir olduğunu ifade eden katılımcı oranı %54.3, Evin ziyarete gelen ziyaretçiler için erişilebilir olma oranı %59.4 olarak belirlenmiştir. Etkinliklere ve organizasyonlara erişebildiğini ifade eden katılımcı oranı %48.8'dir. Yaşından ötürü rahatsız edici ya da olumsuz sözler duyma oranı %72.9, yaşı nedeniyle ayrımcılıkla karşılaşma oranı %74.3'tür. Belediyenin ve diğer sosyal kurumların basılı ve dijital bilgileri yazı tipi ve boyutu açısından okuması kolaydır diyen katılımcı oranı %42.7'dir. Şehrimdeki bakım ve sağlık sunumu benim için yeterlidir diyen katılımcı oranı %45.8, Hasta olduğumda ihtiyacım olan bakım ve yardımı alırım diyen katılımcı oranı %47.5, Gerekirse bakım ve sağlık hizmetlerine telefonla ve şahsen kolayca ulaşabilirim diyen katılımcı oranı %50.1 olarak belirlenmiştir. Semtim tekerlekli bir yürüteç ya da tekerlekli sandalye için yeterince uygundur diyen katılımcı oranı %36.8, Semtimdeki dükkânlar tekerlekli bir yürüteç ya da tekerlekli sandalye için yeterince uygundur diyen katılımcı oranı %37.7 olarak belirlenmiştir. Semtimde otobüse ya da tramvaya ya da kolaylıkla binebilirim diyen katılımcı oranı %50.4, Semtimdeki otobüs ve tramvay duraklarına ulaşmak ve kullanmak çok kolaydır diyen katılımcı oranı %51.7 olarak belirlenmiştir. Gelirim temel ihtiyaçlarımı sorunsuz karşılamaya yeterlidir diyen katılımcı oranı %36.1, Gelirimle iyi yaşarım diyen katılımcı oranı %35 olarak tespit edilmiştir. Yaşlı sağlığının geliştirilmesi ölçeği ve alt ölçekleri açısından yapılan değerlendirmede; katılımcıların ortalama puanı 54.7±12.2 (değişim aralığı 22-88) olarak belirlenmiştir. Sağlık alışkanlıkları alt ölçeğinde ortalama puan 16.0±3.3 (5-20), toplum katılımı alt ölçeğinde 12.4±5.0 (7-28), sağlık sorumluluğu alt ölçeğinde 8.5±3.2 (3-12), sağlıklı beslenme alt ölçeğinde 9.0±3.0 (3-12), düzenli egzersiz alt ölçeğinde 4.3±2.3 (2-8) ve ağız sağlığı alt ölçeğinde 4.5±2.1 (2-8) olarak belirlenmiştir. Çalışmamızdaki yaşlı bireylerin en düşük puan aldıkları alt ölçek, toplum katılımı alt ölçeğidir, düzenli egzersiz alt ölçeği ve ağız sağlığı alt ölçeği puanları da ortalamanın

altındadır. Buna karşın yaşlı bireylerin sağlık alışkanlıkları, sağlık sorumluluğu, ve sağlıklı beslenme alt ölçeği puanları ortalamanın oldukça üstünde bulunmuştur. Eğitim durumu yüksek olanlarda, medeni durum evli olanlarda, bakımından kendisi sorumlu olanlarda, özel sağlık sigortası olanlarda, sağlıklı alışkanlıkları ölçeğinden ve alt ölçeklerden alınan puanlar olumlu yönde artmaktadır ($p<0.05$). Korelasyon analizlerinde de barınma, sosyal katılım, iletişim ve bilgi, toplum desteği ve sağlık hizmetleri arttıkça sağlıklı yaşam davranışlarının anlamlı olarak arttığı belirlenmiştir.

Sonuç: Araştırma sonuçlarına göre, katılımcıların yaşları nedeniyle ayrımcılıkla karşılaşma oranı oldukça yüksek bulunmuştur. Beşiktaş'ta yaşlı bireylerin sağlık alışkanlıkları, sağlık sorumluluğu ve sağlıklı beslenme konularında oldukça bilinçli oldukları, ancak toplum katılımı, düzenli egzersiz ve ağız sağlığı konularında daha düşük puanlar aldıkları görülmüştür. Eğitim seviyesi yüksek olan, evli olan ve kendi bakımından sorumlu olan bireylerin sağlık alışkanlıkları ölçeğinden aldığı puanlar daha yüksektir. Özellikle barınma, sosyal katılım, iletişim ve bilgi, toplum desteği ve sağlık hizmetleri konularında olumlu algılara sahip bireylerin sağlıklı yaşam davranışlarında anlamlı bir artış olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular, yaşlı dostu şehirlerin oluşturulmasında ve yaşlıların sağlığının korunmasında dikkate alınması gereken önemli unsurları ortaya koymaktadır. Bu nedenle, yaşlı bireylerin fiziksel ve sosyal çevrelerinin yaşlı dostu hale getirilmesi, sağlık alışkanlıklarının teşvik edilmesi ve yaşlılara yönelik ayrımcılığın önlenmesi konularında yerel yönetimlerin ve ilgili kurumların daha aktif rol alması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı sağlığı, Yaşlıların yaşam kalitesi, Sağlık hizmetlerinde yaşlılar, Yaşlı dostu şehir

[S202]
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ 1.SINIF ÖĞRENCİLERİNDE AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Gözde Öztürk, Neriman Aydın, Elif Okşan Çalıkoğlu
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Gaziantep

Giriş ve Amaç: Cep telefonları pratikliği nedeniyle en çok tercih edilen iletişim aracıdır. Cep telefonlarına bilgisayarların özelliklerinin eklenmesiyle de akıllı telefonlar üretilmiştir. Teknolojinin gelişmesiyle hayatımıza giren akıllı telefonların her geçen gün kullanım alanı genişlemekte, akıllı telefon kullanan kişi sayısı ve telefonda geçirilen süre artmaktadır. Bunun sonucunda akıllı telefon bağımlılığı kavramı gündeme gelmektedir. Bu çalışmamızda Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi 1.sınıf öğrencilerinde akıllı telefon bağımlılık düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma kesitsel özellikte olup çalışma için Gaziantep Üniversitesi İlaç Dışı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 04.10.2023 tarihinde 2023/293 karar numarası ile onay alınmıştır. Araştırmanın evrenini 2023-2024 Eğitim-Öğretim yılı Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Türkçe Tıp 1.sınıfta öğrenim gören 292 öğrenci oluşturmaktadır. Çalışmamız 04.10.2023-12.10.2023 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmaya katılan tüm öğrencilere gönüllülük esasına göre yüz yüze anket uygulanarak 222 (%76,02) öğrenciye ulaşılmıştır. Literatür taranarak oluşturulan anket formu iki bölümdür. Birinci bölümde öğrencilerin sosyodemografik özellikleri sorgulanmış, ikinci bölümde ise Kwon M. ve arkadaşları tarafından geliştirilen, 2014 yılında Demirci K. ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılan akıllı telefon bağımlılık ölçeği uygulanmıştır. Bu ölçekte 33 soru bulunmakta ve birey kendisini ifade eden cevabı altı şık üzerinden değerlendirerek puan almaktadır. Her soruya kesinlikle hayır seçeneğini işaretleyen en düşük puan olan 33'ü, kesinlikle evet seçeneğini işaretleyen en yüksek puan olan 198'i alacaktır. Bu ölçekte kesme noktası yoktur. Ancak testten alınan puan yükseldikçe bağımlılık için riskin arttığı söylenebilmektedir.

Çalışmamızda bağımlı değişkenimizi; akıllı telefon bağımlılık ölçeğinden alınan puan oluştururken, bağımsız değişkenlerimizi; cinsiyet, akıllı telefon bağımlısı olduğunu düşünme durumu, sosyal paylaşım platformuna üye olma durumu, vücut kitle endeksi ve telefonun kullanım amaçları oluşturmaktadır. Tüm bu faktörlerin akıllı telefon bağımlılığını etkilediği düşünülmektedir. Çalışmanın sadece Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi 1. Sınıf öğrencilerinde yapılması çalışmamızın kısıtlılığını oluşturmaktadır.

Elde edilen veriler SPSS 22.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Normal dağılıma uygunluk testleri ile değişkenler incelenmiş olup tanımlayıcı istatistikleri belirtmek için ortalama, ortanca, standart sapma, minimum-maximum değerler kullanılmıştır. Analizlerde ise Student-t testi ve Ki-Kare testi kullanılmıştır. P değeri 0,05'in altında olduğunda istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 222 öğrenciden 129'u kadın (%58,1), 93'ü erkek(%41,9) olup yaş ortalamaları 18,45±0,853'tür.

Katılımcıların tamamı(n:222) telefon sahibi olduğunu belirtirken yalnızca 1 kişi akıllı telefon sahibi olmadığını belirtmiştir.

Katılımcıların ölçekten aldıkları minimum puan 33, maksimum puan ise 164 olarak hesaplanmıştır.

Akıllı telefon bağımlılık ölçeğinden kadınların aldıkları ortalama puan 83,91±23,233, erkeklerin aldıkları ortalama puan 83,35±19,712 olup cinsiyetler arasında ölçekten alınan puan açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p:0,85).

Akıllı telefon bağımlısı olduğunu düşünenlerin oranı %17,6 (n:39) olup ölçekten aldıkları puan ortalaması 104,82± 24,774 olarak hesaplanmıştır ve bu puan akıllı telefon bağımlısı olduğunu düşünmeyen veya bağımlı

olduğundan emin olmayanların ölçekten aldıkları ortalama puan olan 79,17 ± 18,214'ten yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05).

Ölçekteki ''Akıllı telefon kullanma süremi kısaltmam gerektiğini hep düşünürüm.'' sorusuna akıllı telefon bağımlısı olduğunu düşünenlerin %66,7'si (n:26) evet, %33,3'ü ise (n:13) hayır cevabını vermiştir.

Katılımcıların %40,5'i (n:90) telefonu en çok konuşmak için kullandıklarını belirtmiş olup bu kişilerin ölçekten aldıkları ortalama puan ise 79,86±22,292 olarak hesaplanmıştır. Bu puan telefonumu en çok konuşmak için kullanmam diyenlerin aldıkları ortalama puan olan 86,28±21,117'den düşük olup aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p:0,031)

Herhangi bir sosyal paylaşım platformuna üye olmadığını söyleyen kişilerin oranı %1,4 (n:3) olup bu kişilerin ölçekten aldıkları ortalama puan 54,33±12,897'dir. Bu puan herhangi bir sosyal paylaşım platformuna üye olanların ölçekten aldıkları ortalama puan olan 84,08±21,621'den düşük olup aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır(p:0,018).

Vücut kitle endeksi normalden fazla olanların oranı %21,2 (n:47) olarak bulunmuştur ve bu kişilerin ölçekten aldıkları ortalama puan 85,57±23,907 olarak hesaplanmıştır. Bu puan vücut kitle endeksi normal veya normalden daha düşük olanların ölçekten aldıkları ortalama puan olan 83,17±21,220'den yüksek bulunmuştur ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p:0,502).

Sonuç: Gelişen teknoloji ile birlikte akıllı telefonların özelliklerinin artacağı ve gündelik hayatımızı büyük ölçüde kolaylaştıracağı yadsınamaz bir gerçektir. Akıllı telefonun sesli iletişim harici amaçlarla kullanılması telefon ile geçirilen süreyi artırmaktadır. Çocuk yaşlardan itibaren de akıllı telefon sahibi olmanın giderek yaygınlaşmasıyla akıllı telefon bağımlılığı görülme sıklığının artması ve diğer bağımlıkların yanında yerini alması öngörülmektedir. Bunun önüne geçebilmek için toplumda akıllı telefon bağımlılığı farkındalığı oluşturulmalı ve toplum akıllı telefon kullanımı konusunda bilinçlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Akıllı telefon, bağımlılık, halk sağlığı, tıp fakültesi öğrencileri

[S203]
RESEARCH TRENDS IN PUBLIC HEALTH INFORMATICS: A BIBLIOMETRIC ANALYSIS

Dilek Yapar[1], Yasemin Demir Avcı[2], Esra Sonuvar[3], Ahmet Yardımcı[4]
[1]Muratpasa District Health, Antalya; Akdeniz University, Institute of Health Science, Medical Informatics, Antalya
[2]Akdeniz University, Faculty of Nursing, Antalya; Akdeniz University, Institute of Health Science, Medical Informatics, Antalya
[3]Akdeniz University, Institute of Health Science, Medical Informatics, Antalya
[4]Akdeniz University, Department of Biostatistics and Medical Informatics, Antalya

Introduction and Aim: Public Health Informatics is a discipline that integrates public health with information and communication technologies. This study presents a bibliometric analysis with the aim of identifying research trends, leading institutions, and countries in this field. It also aims to identify gaps in the literature and potential areas for further research.

Materials-Methods: This bibliometric analysis encompasses studies published in the Web of Science (WoS) database until 12.10.2023. The criteria chosen for the search field were "title" or "author keywords". The search query consisted of a combination of keywords related to public health ("public health", "community health", "population health", "health promotion", "preventive health", "global health", "environmental health", "epidemiology", "health policy", "health education", "community medicine", "health disparities", and "health prevention") and informatics and its associated areas ("informatics", "information science", "data science", "computer science", "information technology", "computational science", "bioinformatics", "health informatics", "data analytics", "artificial intelligence", "machine learning", "information system", "electronic health records", "deep learning", and "decision support system"). This query resulted in a total of 3,769 publications. VOSviewer (Version 1.6.19) was used for data visualization and clustering.

Results: Based on the search criteria, 11,873 keywords were examined in the 3,769 publications obtained. Focus was placed on 446 keywords that occurred at least 10 times, and these words were divided into 6 main clusters. Based on our analysis of the dataset, the top ten keywords with the highest occurrences are: 'public health' (759 occurrences), 'epidemiology' (754 occurrences), 'machine learning' (534 occurrences), 'electronic health records' (371 occurrences), 'public health informatics' (339 occurrences), 'covid-19' (324 occurrences), 'artificial intelligence' (297 occurrences), 'care' (290 occurrences), 'health informatics' (276 occurrences), and 'health policy' (208 occurrences). These prevalent keywords potentially underscore the main research themes within the dataset. A significant increase in the number of publications has been observed over the years ($p<0.001$). A rapid increase in publications has been noted since 2006. Especially after 2016, this increase has become more pronounced, and the number of publications after 2016 (n=2194) accounts for approximately 58.2% of the total publications. The network visualization underscores the dominant position of the USA, accounting for 47.4% of the total output. This was followed by England with 10.1%, Canada with 6.8%, China with 6.7%, Australia with 5.2%, and Germany with 3.9%. Based on the publication count, among the top 200 affiliations with more than 10 publications, the leading five institutions are as follows: Harvard University with 217 publications, the University of California System with 173, Harvard Medical School with 132, the University of London with 130, and Johns Hopkins University with 92. Notably, no institutions from Turkey are present in this top 200 list.

Conclusion: The field of Public Health Informatics has witnessed a notable upsurge in research activity over recent years, particularly post-2016. Terms like "machine learning," "electronic health records," "artificial intelligence," "big data," "informatics," "deep learning," and notably "public health informatics," underline the intensifying convergence of health research with avant-garde technological tools and methodologies. The prominence of "public health informatics" indicates a specific focus on the application of technology and information science for the betterment of public health. This fusion underscores a transformative direction in healthcare

research, stressing the potential of technology in shaping health outcomes. Additionally, the distinct presence of "covid-19" among the top keywords signifies contemporary concerns and highlights the relentless global efforts to research various dimensions of the pandemic. This bibliometric analysis offers a comprehensive overview of current research landscapes, highlighting both the progress and areas that might benefit from further scholarly attention.

Keywords: Bibliometric Analysis, Public Health Informatics, Research Trends, Technology

[S204]
POLİKLİNİKLERE BAŞVURAN BİREYLERDE DİJİTAL SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞI İLİŞKİSİ

Cansu Özbaş, Merve Tokatlı Doğan, Hakan Tüzün, Seçil Özkan
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş ve Amaç: Sağlığın önemli bir belirleyicisi olarak dijital sağlık okuryazarlığı, bireyin çevrimiçi sağlık bilgilerini arama, seçme, değerlendirme ve uygulama veya dijital sağlık uygulamalarını uygun şekilde kullanma becerisidir. Sağlık arama davranışı ise, bireylerin sağlıkla ilgili sorularına cevap bulmak için yaptıkları çeşitli araştırmaları kapsar. Bireylerin sağlık sorunları gibi hayati önem taşıyan konular söz konusu olduğunda internette güvenilir, yararlı bilgilere ulaşabilmesi ve bu bilgileri kullanabilmesi çok önemlidir. Diğer taraftan internetin sağlık arama davranışları üzerindeki etkisi giderek artmaktadır. İnternet sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırarak, sağlık arama davranışlarını farklılaştırmıştır ve sağlık alanında elektronik sağlık uygulamaları kullanımı her geçen gün artmaktadır. Bu sebeple bireylerin dijital sağlık okuryazarlığı düzeyinin saptanması ve sağlık arama davranışı ile ilişkisinin değerlendirilmesi bir ihtiyaç haline gelmiştir.

Bu çalışmada polikliniklerine başvuran 18-45 yaş arası bireylerde dijital sağlık okuryazarlığı ve sağlık arama davranışı düzeylerinin saptanması ve arasındaki ilişkinin değerlendirmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte bir araştırmadır ve evreni 12-14 Haziran 2023 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Hastanesi polikliniklerine ayaktan başvuran 18-45 yaş arası bireylerdir. Gazi Üniversitesi Hastanesi istatistik biriminden 3 günde 18-45 yaş arası 4200 ayaktan başvuru olduğu öğrenilmiş olup araştırmanın evreni 4200 kişi kabul edilmiştir. Çalışmanın örneklem sayısı EpiInfo bilgisayar programı ile hesaplanmıştır. %95 güven aralığında, α= 0,05, d=%3, tasarım etkisi 1.0 ve %50 bilinmeyen sıklık ile hesaplanan örneklem sayısı 851'dir. %15 kayıp veri öngörülerek 978 kişiye Gazi Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile anket uygulanmıştır. Ankette demografik özellikler ile ilgili sorular, "Dijital Sağlık Okuryazarlığı (e-SOY) Ölçeği" ve "Sağlık Arama Davranışı Ölçeği" yer almaktadır. Norman ve Skinner tarafından geliştirilen e-SOY ölçeğinin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması Gencer (2017) tarafından 18-45 yaş yetişkinlerde yapılmıştır. Sağlık arama davranışı ölçeği Kıraç ve Öztürk (2021) tarafından geliştirilmiştir. Araştırmanın bağımlı değişkenleri e-SOY ölçeği puanı (sınırlı (8–26) ve yeterli (27–40)), sağlık arama davranışı ölçeği puanıdır. Araştırmanın bağımsız değişkenleri yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, çocuk sahibi olma durumu, çalışma durumu, hanenin aylık gelir durumu, kronik hastalık varlığı, ailede kronik hastalık varlığı, algılanan sağlık durumu, sağlıkla ilgili bilgilere ulaşmada kullanılan kaynaklar ve çevrimiçi kaynak kullanma durumu, e-sağlık uygulamaları kullanma durumudur. Parametrik test varsayımlarını karşılayan iki grup Student T, ikiden fazla grup ANOVA testi ile karşılaştırılmıştır. Sürekli değişkenler için Pearson Korelasyon testi kullanılmıştır. Korelasyon katsayıları 0-0,25 zayıf, 0,26-0,50 orta, 0,51-0,75 güçlü ve 0,76-1,00 çok güçlü olarak kabul edilmiştir. 18.04.2023 tarihli 2023-642 No'lu Gazi Üniversitesi etik kurul onayı alınmıştır.

Bulgular: Katılımcıların sağlıkla ilgili bilgilere ulaşırken en sık kullandıkları kaynak %45 internet, %38 sağlık çalışanlarıdır. Sağlıkla ilgili bilgilere ulaşırken %40'ı haftada 1 kez ve daha sık, %24'ü ayda 1 kez, %24'ü nadiren çevrimiçi kaynakları kullanmaktadır. Katılımcıların %92'si e-sağlık uygulamalarını kullanmakta, %95'i bu uygulamaların hayatı kolaylaştırdığını düşünmekte ve %21'i bu uygulamaları kullanırken zorluk yaşamaktadır. Sağlık ile ilgili bilgileri ararken çevrimiçi kaynakları kullanan bireylerin %75'inin e-SOY düzeyi yeterlidir.

Yaş azaldıkça ve internette sağlıkla ilgili bilgi arama sıklığı arttıkça e-SOY düzeyi istatistiksel olarak anlamlı şekilde artmıştır. **Ü**niversite ve üzeri mezunların, geliri giderinden fazla olanların, kronik hastalığı olmayanların, e-sağlık uygulamaları kullananların ve bu uygulamaları kullanırken zorluk yaşamayanların e-SOY ölçeği puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$).

Kadın bireylerin, daha genç olanların, lise, **üniversite** ve üzeri mezunlarının, algılanan sağlık durumu **çok**

iyi ve iyi olanların sağlık arama davranışı puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$).

Dijital sağlık okuryazarlığı ile sağlık arama davranışı arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki bulunmuştur.

Sonuç: Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşırken bireylerin sıklıkla internet kullandığı, çoğunluğunun e-sağlık uygulamalarını kullandığı ve bu uygulamaların hayatını kolaylaştırdığını düşündükleri saptanmıştır. Yaş, eğitim düzeyi, gelir durumu, internet kullanımı ve e-sağlık uygulamaları kullanımının dijital sağlık okuryazarlığı ve sağlık arama davranışı ile ilgili etkili faktörler olduğu tespit edilmiştir. Dijitalleşen sağlık hizmetlerine kolay ulaşım ve uyumun artırılması olumlu bir durum olarak algılansa da, özellikle bu çalışmanın yapıldığı grup olan genç yaş grubu bireylerin internetten sağlık arama davranışının yüksek olması, yanlış bilgilere erişim ve bu bilgilerin yayılma ihtimali de göz önünde bulundurulduğunda toplumsal bir müdahale alanı oluşturmaktadır. Bu konuda hassas gruplara odaklanan, topluma genellenebilir, nedenselliği daha güçlü çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Dijital sağlık okuryazarlığı, e-sağlık, sağlık arama davranışı

[S205]
THE USE OF CHATGPT IN PUBLIC HEALTH RESEARCH: RESEARCHERS' KNOWLEDGE AND ATTITUDES

Kevser Erdoğan[1], **Dilek Yapar**[2]
[1]*Antalya Education and Training Hospital, Antalya Public Health Laboratory, Turkey*
[2]*Muratpasa District Health, Antalya; Akdeniz University, Institute of Health Science, Medical Informatics, Antalya*

Introduction and Aim: The purpose of this study is to understand the utilization of ChatGPT, an advanced language processing model, by health professionals engaged in public health research. This investigation aims to determine how frequently and for what purposes these professionals employ ChatGPT in their medical and health sciences research. Additionally, the study seeks to assess researchers' knowledge of and attitudes toward the use of ChatGPT in their work. Furthermore, it aims to uncover public health researchers' perceptions of the reliability of information provided by ChatGPT and any concerns they may have regarding its use.

Materials-Methods: In this descriptive study, a non-probability snowball sampling method was utilized to reach 412 participants. With an unknown population size, the sample size was calculated using a probability (p) of 0.5, a complementary probability (q) of 0.5, and an alpha error (α) of 0.05, which determined the required sample size as 384. The data collection ceased after reaching 412 individuals. Participants were recruited from online groups of Public Health Specialists and Nurses. These groups were accessed through platforms like Telegram, WhatsApp, Facebook, Twitter, and Instagram. All members were involved in public health research. The survey disseminated among these professionals included questions pertaining to their sociodemographic details, professional backgrounds, and their awareness and usage of ChatGPT. The study considered the usage of ChatGPT in public health research as the dependent variable, while independent variables included age, gender, level of education, occupation, number of publications, and the participants' knowledge and attitudes towards ChatGPT. Descriptive statistics were conducted using IBM SPSS Statistics 23.

Results: In the study, a total of 412 researchers participated, with 295 of them being female (71.6%). Out of the participants, 322 (78.2%) were doctors, and the remainder were nurses. Approximately 26.9% of the participants were academicians. The median number of published articles by researchers was 5. Among the participants of the study, 298 researchers (72.3%) reported having heard of ChatGPT before. Of those who had heard of it, 105 (35.2%) believe that it is necessary to use ChatGPT in health research. Additionally, 32.9% of researchers (n=98) who were aware of ChatGPT stated that they had used it in their public health research. Of the researchers who reported using ChatGPT for their public health research, approximately 85.71% (84 individuals) expressed satisfaction or high satisfaction with the tool, while about 47.96% (47 individuals) found it to be quite beneficial, and 65.3% (64 individuals) regarded the information provided by ChatGPT as reliable. About the use of ChatGPT in the field of Public Health, 78.6% of the participants (77 individuals) have reported conducting literature reviews as their primary purpose.

Conclusion: A significant majority of the researchers participating in this study are aware of ChatGPT, although its use in their research practice is not yet widespread. Despite the high level of satisfaction reported by those who have used the tool, concerns about the reliability of the information provided by ChatGPT remain notable. The most common reason for use among these researchers was to conduct literature reviews. This is a task for which ChatGPT has not proven to be a valuable tool. However, the lack of access to up-to-date databases poses a potential risk of misinformation and highlights a critical area for future improvement in research support.

Keywords: ChatGPT, Large Language Models, Publich Health, Research

[S206]
"BEŞERİ SERMAYE": CUMHURİYETİN İLK ONYILLARINDA NÜFUS TARTIŞMALARI EKSENİNDE SAĞLIK POLİTİKALARI

Ceren Gülser İlikan Rasimoğlu
Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi

Giriş ve Amaç: Bu sunum, dönemin orijinal kaynakları kullanılarak Cumhuriyet'in ilk onyıllarında Türkiye'de uygulamaya konmuş olan sağlık ve nüfus politikalarının genel bir çerçevesini sunmayı amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: Erken Cumhuriyet Dönemi'nde mecliste yapılan görüşmelerin zabıtları ile bu dönemde hekimler ve siyasetçiler tarafından kaleme alınan sağlık ve nüfus konulu yazılar incelenmiş ve söylem analizine tabi tutulmuştur.

Bulgular: Cumhuriyet'in ilk yıllarında, nüfusun büyük bir kısmının kırsal bölgelerde yaşadığı göz önüne alındığında, genç erkekler başta olmak üzere nüfusun yoğun olması, kalkınmanın temel koşullarından biri olarak görülmekteydi. Bu nedenle, Cumhuriyetin ilk onyıllarında belirleyici olan bakış açısı, yüksek ölüm oranlarına bir tepki olarak da ortaya çıkan pronatalist politikaları beraberinde getirdi. Nüfusun niceliksel ve niteliksel olarak kapasitesini artırmaya yönelik politika ve söylemler, sağlıklı ve ekonomik açıdan üretken bir nüfusun ortaya çıkarılması çabasını yansıtıyordu. Bu çerçevede, Özellikle Refik Saydam döneminde sistemli politikalar sunan Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti, sağlık hizmetlerinin programlanması ve tek elden yönetilmesi, koruyucu hekimliğin merkezi yönetimce üstlenilmesi ve iyileştirici hekimliğin yerel yönetimlere bırakılması, sağlıklı insan gücünün arttırılması ve salgın hastalıklarla mücadele edilmesine odaklanan bir program belirlemiş ve bu programın uygulamaya konabilmesi için hem mevcut kaynaklarını ayırmış hem de sağlık uygulamalarının toplum nezdinde benimsenebilmesi yönünde sağlık propagandası araçlarına başvurmuştu. Böylelikle yasal düzenlemeler, sağlık kurumları ve personelinin niteliksel ve niceliksel olarak geliştirilmesi ve salgın ve bulaşıcı hastalıklara karşı verilen mücadeleler siyasi otoritelerin desteğiyle gerçekleştirilebilmişti.

Sonuç: 1920'lerin başlarında, diğer çağdaş uluslar gibi, Türkiye Cumhuriyeti hükümeti nüfusa büyük bir önem veriyordu. Savaşın neden olduğu nüfus azalması sadece savaşlar ve göçlerden kaynaklanmıyor, aynı zamanda kolera, frengi, verem, tifo gibi hastalıklar ve genel olarak çocuk ölümlerinden kaynaklanıyordu. Bu durum, kamusal sağlığa doğru önemli bir kayma yaşanmasına neden olmuş ve önleyici sağlık hizmetleri başta olmak üzere sağlık hizmetlerinin sunumu hükümet için kritik bir çaba haline gelmişti. Savaş sonrasında ülkenin en temel ihtiyacı işgücünü yeniden sağlamaktı, bu da sağlık politikalarının mevcut koşullara göre ve nüfus odaklı olarak şekillenmesine yol açmıştı. 18. yüzyıldan itibaren modernleşen devletler, nüfusu zaten bir zenginlik kaynağı olarak görmüşlerdi ancak başta Birinci Dünya Savaşı olmak üzere yıkıcı savaşların ardından nüfusun artırılmasının elzem olduğu daha güçlü bir şekilde vurgulanmaya başlanmıştı. Bu doğrultuda, Türkiye dahil olmak üzere birçok devlet, büyük ve güçlü nesiller yetiştirmeyi amaçlamıştı ve bu çaba, başta hekimler olmak üzere sağlık profesyonellerine emanet edilmişti. Ayrıca, tıp alanı, günlük yaşama kolayca entegre olabilmesi nedeniyle toplumsal şekillendirme için modernleşme söyleminin en uygun alanı olarak ortaya çıkmıştı. Bu müdahale, nüfus artışını sağlamak amacıyla doğum ve ölüm oranları, doğumda beklenen yaşam süresi, hastalık yaygınlığı, beslenme alışkanlıkları ve konut uygulamalarını etkileme alanına kadar uzanmış, böylelikle tüm bu konular toplumların gündelik yaşamlarını şekillendirecek alanlar haline gelmişti.

Anahtar Kelimeler: Erken Cumhuriyet dönemi, sağlık politikaları, nüfus politikaları, Refik Saydam

[S207]
TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE SU TÜKETİM DAVRANIŞLARI

Emsal Çetin[1], Betül Özcan[2], Hilal Özen[2], Nalin Tuncel[2], Onur Çekli[2], Ali İhsan Bozkurt[1]
[1]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
[2]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş ve Amaç: Su yaşamın devamı ve sağlık için vazgeçilmezdir. Temel insan haklarından olan yeterli ve temiz suya erişim halk sağlığının temel konularındandır. Tüm insanların su tüketim alışkanlıkları ve suyun önemi konusundaki farkındalıkları önemlidir. Su ve sağlık ilişkisi göz önüne alındığında, sağlıkçıların özellikle de hekimlerin bu konudaki duyarlılıkları ayrı bir öneme sahiptir. Çalışmamızda Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi 4. ve 6. sınıf öğrencilerinin su kullanımıyla ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma tanımlayıcı-kesitsel tipte bir araştırma olup, 2023 yılında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi 4. ve 6. sınıf öğrencilerinde yapılmıştır. Araştırma için etik kurul izni alınmıştır (KAEK-493-2023). Örneklem seçilmemiş olup, tüm öğrencilere ulaşılmaya çalışılmıştır. Çalışmaya katılım için gönüllülük esas alınmıştır ve katılmayı kabul eden öğrencilere 33 sorudan oluşan elektronik anket uygulanmıştır. Ankette sosyo-demografik özellikler ve su tüketimi ile ilgili sorular ile "Su Tüketim Davranışları Ölçeği" yer almıştır. Ölçek beş alt faktörden (su tüketimi, su bilinci, su kirliliği, evde su yönetimi ve toplumsal sorumluluk) oluşmaktadır. Ölçekten alınacak minimum puan 16, maksimum puan 80'dir. Ölçekten alınan puanın yükselmesi bilincin arttığını göstermektedir. "Su tüketim davranışları ölçek puanı" bağımlı değişken olarak alınmış ve etkileyen faktörler araştırılmıştır. Verilerin analizi SPSS 23 programında yapılmış, analizlerde ki-kare ve t-testi kullanılmıştır.

Bulgular: Ankete tıp fakültesi dördüncü sınıf öğrencilerinden 292 kişi (%79)ve altıncı sınıf öğrencilerinden 302 kişi (%93) toplamda 594 öğrenci (%85) katılmıştır.

Öğrencilerin %73,6'sı ambalajlı su, %19'u çeşme suyunu arıtarak, %6,1'i ise çeşme suyunu direkt olarak kullandığını bildirmiştir.

İçme suyu ile ilgili düşünceleri incelendiğinde, evdeki çeşme suyunu içmek için güvenli bulanlar %12,8 oranında, okul/hastanedeki çeşme suyunu içmek için güvenli bulanlar ise sadece %7,1 oranındadır.

"Su Tüketim Davranış Ölçeği" puanları incelendiğinde cinsiyetin etkili olduğu ve toplam puanın kadınlarda (57,72±10,84) erkek öğrencilere göre (55.44±11,10) daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0,01).

"Su tüketim davranış puanı" 4.sınıf öğrencilerinde 57,35±10,89 olup 6.sınıf öğrencilerine göre (55,88±11,12) hafifçe yüksektir (p=0,10). Alt grup puanları incelendiğinde dönem 4 öğrencilerinin "su bilinci" ve "su yönetimi" puanları dönem 6 öğrencilerine göre yüksektir (p=0,01). Her iki cinsiyet ve her iki sınıfta da alt ölçekler içerisinde "kişisel ve toplumsal sorumluluk" puanlarının en düşük olduğu dikkat çekmektedir.

Öğrenciler arasında gelecekte "su kıtlığı endişesi taşıyanlar" %85,5 oranındadır. Öğrencilere "su ayak izi" kavramını duyup duymadıkları sorulmuştur. Öğrenciler arasında "su ayak izi" kavramını duyanlar %67'dir ve bu oran kız öğrencilerde %71,4'tür (p=0,02).

"Su ayak izi" kavramını duyanların "Su Tüketim Davranışları Ölçeği" toplam puanı 58,49±10,34 olup su ayak izi kavramını duymayanlara göre daha yüksektir (p<0,01). Aynı zamanda bu grubun tüm alt grup puanları duymayanlara göre yüksektir. Benzer olarak "gelecekte su kıtlığı endişesi" taşıyan öğrencilerin ölçek puanları da endişe duymayanlara göre daha yüksek olarak bulunmuştur.

Sonuç: Öğrenciler, çeşmeden akan suyu güvenli bulmamakta ve içme suyu olarak büyük oranda ambalajlı su kullanmaktadırlar. Bu güvensizliğe neden olan faktörler araştırılmalı, gerekli düzeltmeler ve eksikse bilgilendirmeler yapılmalıdır.

Kız öğrencilerin su tüketim davranışları ölçek puanının daha yüksek olması ve su ayak izi kavramını duyanların kızlarda fazla olması kadın cinsiyetin çevresel sorunlara daha duyarlı olduğunu göstermektedir.

Her iki cinsiyette de "su ayak izi" kavramını duymuş olanlarda su tüketim davranışları ölçek puanının olumlu düzeyde etkilendiğinin görülmesi bu alanlarda bilgilendirmenin etkili olduğunu göstermektedir. Çevresel konularda doğru bilgilendirmelerle farkındalık artışı sağlanmasına önem verilmelidir.

Ölçek alt puanları arasında en düşük olanı "kişisel ve toplumsal sorumluluk" bölümüdür. Topluma yönelik çevre ve su konulu eğitimler ile bu konudaki açığı gidermek üzere planlamalar yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: su tüketimi, tıp fakültesi, öğrenci

[S208]
BİR SAĞLIKLI HAYAT MERKEZİNDE MAMOGRAFİ TARAMA RANDEVULARINA GELMEME NEDENLERİ ÜZERİNE BİR İNCELEME

Ali İhsan Bozkurt[1], Emsal Çetin[1], Demet İmamoğlu[2]
[1]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Antalya
[2]Konyaaltı Sağlıklı Hayat Merkezi, Antalya

Giriş ve Amaç: Kanserle ilgili toplumda farkındalık sağlanması, toplum bilincinin geliştirilmesi ve kanser taramaları, kanserle mücadelede en etkili yöntemlerdir ve ülkemizde üç kanser türünde tarama yapılmaktadır. Bunlardan biri 40-69 yaş kadınlara mamografi yapılarak gerçekleştirilen meme kanseri taramalarıdır. Ulusal toplum tabanlı meme kanseri taramaları ülkemizde ağırlıklı olarak Sağlıklı Hayat Merkezlerinde (SHM) bulunan Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) tarafından yürütülmektedir.

Meme kanseri tarama çalışmaları hedef gruba ücretsiz sunulmasına rağmen ülkemizde mamografi tarama programlarına katılım düşük seyretmektedir. Türkiye Sağlık Araştırması 2019 verilerine göre ülkemizde 15 yaş üstü kadınlarda hayatlarında hiç mamografi çektirmemiş olanların oranı %65'tir. Ülkemizde tarama programlarına katılımın düşük seyretmesinin yanında bu alanda bir diğer sorun alınan mamografi randevularına gelmenin düşük seyretmesidir. Randevu alıp gelmemek katılımı azaltmasının yanı sıra hizmet sunumunu aksatan ve bu hizmete ulaşmayı bloke eden bir davranıştır.

Bu çalışmada Antalya il merkezinde Konyaaltı SHM'den mamografi taraması için randevu almış ancak bu randevusuna gelmemiş kişilerde randevuya gitmeme nedenlerinin araştırılması ve ilişkili etmenlerin belirlenmesi ve çözüm yolları geliştirilmesi hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Bu tanımlayıcı araştırmanın evrenini Konyaaltı SHM'de 1-31 Mayıs 2023 tarihleri arasında mamografi randevusu almış ancak randevusuna gelmemiş 150 kadın oluşturmaktadır. Bu grubun tümüne ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışma için gerekli resmi izin ve etik kurul onayları alınmıştır(Akd.Üniv. KAEK-542/2023). Randevu alma sırasında iletişim için bırakılan telefon numarası aranarak bu kişilere ulaşılmış ve gelmeme nedenleri ile ilgili 12 sorudan oluşan anket uygulanmıştır. Bir gün arayla iki kez aranmasına rağmen telefonla bağlantı kurulamamışsa "*ulaşılmayan*" olarak kabul edilmiştir. Çalışmamızdan elde edilen veriler SPSS 23.0 programında analiz edilmiştir.

Bulgular: Konyaaltı SHM'de 2023 Mayıs ayında 450 kadına mamografi için randevu verilmiş ancak 150 kişi bu randevusuna gelmemiştir(%33,3).Gelmeyen 150 kişiye randevu oluşturma sırasında bıraktıkları telefon numaraları aranarak ulaşılmaya çalışılmıştır ve ancak 100 kişiye ulaşılabilmiştir (%66,6).

Verilerimize göre bu 100 kişiden 7'si randevusuna bir başka tarihte gittiğini, 6'sı başka bir kurumda mamografi çektirdiğini, 8 kadın ise son iki yılda mamografi çektirdiğini ve bu yüzden gitmediğini beyan etmiştir. Özetle toplamda 79 kişi mamografi çekimine gelmesi gerekirken gelmemiştir.

Randevusuna gelmeyen 87 kadının yaş ortalaması 49,83 ±8,25 ve bu kişilerin 43'ü(%49,4) ev hanımıdır. Toplamda 37 kişi ilk/ortaokul, 27 kişi lise, 23 kişi yüksekokul/üniversite mezunudur. 8 kişi köyde, 79 kişi şehir merkezinde yaşadığını belirtmiştir.

Randevusuna gitmemiş ve kendisine ulaşılan 87 kişiye "randevunuzu nasıl almıştınız?" sorusunu, 78 kişi (%89,7) "aile hekimim aracılığıyla", 6 kişi (%6,9) "kendim SHM'yi arayarak telefon ile", 1 kişi (%1,1) "yakınım SHM'den aldı" diyerek yanıtlamıştır. Toplamda 57 kişi mamografi randevusu ile ilgili olarak telefonuna bilgilendirme mesajı geldiğini belirtirken, 15 kişi "mesaj gelmediğini", 15 kişi ise "hatırlamadığını" beyan etmiştir. "Randevuya gitmeme nedeni" olarak 40 kişi "işim çıktı" (%46,0), 17 kişi "hasta idim" (%19,5) ve 15 kişi "unuttum" (%17,2) mazeretlerini beyan etmiştir.

Randevuya gitmemiş ve kendisine ulaşılabilen, geçmişte mamografi çektirmemiş ya da son mamografi tarihinden itibaren 2 yıl geçmiş olan kadınlara (79 kişi) tekrar mamografi için randevu isteyip istemedikleri sorulmuş ve %40,5'i istediğini, %59,5'i ise yeniden mamografi randevusu oluşturulmasını istemediğini ifade etmiştir. Telefon görüşmesi sonucu tekrar randevu oluşturulan 37 kişiden 10'u (%27,0) verilen randevuya gelip mamografilerini çektirmişlerdir.

Sonuç: Mamografi randevusu alıp gitmemiş kişilerde telefonla ulaşılamayanların oranının yüksekliği dikkat çekicidir. Yine son iki yıl içinde mamografi çektirmiş olan kadınlara da randevu oluşturulmuş olması dikkat çekici bir diğer noktadır.

Verilerimiz gidilmeyen mamografi randevularının çok büyük kısmının aile hekimleri aracılığıyla oluşturulduğunu göstermektedir. Bulgularımız göstermektedir ki aile hekimliği sistemi randevuların oluşturulmasında anahtar role sahiptir. Ancak mamografi randevusuna gitmemiş ve kendisine ulaşılan kişilerin yarıdan fazlasının yeniden randevu oluşturma talebine "*olumsuz yanıt*" vermesi mamografi çektirmeye yönelik kadınlardaki isteksizliği göstermektedir.

Elde edilen bulgular ışığında SHM'lerde kanser tarama randevusu oluşturma süreci için bilgilendirmeyi de içeren bir standardizasyon oluşturulması(bir akış şeması oluşturulması) kişilerin randevularına uyumuna katkı sağlayacak önemli bir adım olacaktır. Telefonla arayarak yapmış olduğumuz küçük bir müdahale ile mamografi çektirme oranında %2,3 artış olması, bu konunun dikkate alınması ve randevu öncesi kadınlara gerekli eğitim/bilgilendirmelerin yapılarak bu konudaki isteksizliğin olumlu sağlık davranışına dönüştürülmesi çabalarına ağırlık/önem verilmesi gerektiğini göstermektedir.

Çalışmamızda bir SHM'nin sadece bir aylık randevuları incelenmiştir. Rakamlarımızın nispeten düşüklüğü ve 12 soruluk anketimizin randevuya katılımı etkileyebilecek olası diğer sosyodemografik bilgileri içermemesi yönüyle kısıtlıdır. Bu alanda daha geniş katılımlı çalışmalar yapılması faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Sağlıklı Hayat Merkezi, kanser, tarama, mamografi

[S209]
AZERBAYCAN WHO ÜLKE OFİSİ PANDEMİYE YANIT TEDBİRLERİ (APR) PROJESİ KAPSAMINDA COPC GİRİŞİMİ PLANI: BAKÜ ŞEHİRİ, NESİMİ KASABASINDA ERGENLERE YÖNELİK PERİYODİK İZLEMLERİN SİSTEMLEŞTİRİLMESİ

Letafet Dadashova[1], Zümrüd Rahimova[2], Tarlan Xalilova[3], Shahla Mirzazade[4], Kevser Vatansever[5]
[1]Azerbaycan Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı ve Reformlar Merkezi
[2]Azerbaycan Zorunlu Tıbbi Sigorta Kurumu
[3]Azerbaycan, Bakü, Mesini Kasabası Bir No.lu Çocuk Polikliniği Müdürü
[4]Azerbaycan Gümrük Hastanesi
[5]WHO Azerbaycan Ülke Ofisi

Giriş

Ergenlik 10-18 yaş arasında, çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemi olarak kabul edilirErgenlik döneminde olgunlaşma ve beyin gelişimi üzerindeki biyopsikososyal ve ekonomik etkiler, sağlıkla ilgili davranışların hangi yönde gelişeceğini belirler[1].

Ergenler dünya nüfusunun altıda birini ve yaşadıkları sağlık sorunları dünya çapındaki küresel hastalık ve yaralanma yükünün %6'sını oluşturmaktadır. 2015 yılında 1,2 milyondan fazla ergen ölmüştür ve toplam ölüm oranları ve kaybedilen DALY oranları erkeklerde kadınlardan yüksek ve özellikle daha geç ergen erkek çocukları için daha yüksektir. 10-14 yaş kız çocuklarında en sık ölüm nedeni alt solunum yolu enfeksiyonları (%7,3) olurken, 15-19 yaş ölüm nedenleri arasında ilk sırada anneliğe bağlı ölümler (%10,1) yer alır. DALY'de ise kızlarda demir eksikliği anemisi 10-14 yaş grubunda yüz binde 1161, 15-19 yaş grubunda ise yüz binde 836 ile ilk sırada yer almaktadır. 10-14 yaşlarında yüz binde 1365 ile demir eksikliği anemisi, 15-19 yaşlarında yüz binde 1674 ile trafik kazaları ilk sırayı almaktadır[1].

Ergenlerde problem davranışların önlenmesi, ergenlik ve yetişkinlik dönemindeki hastalık yükünü azaltabilir. Literatürde düzenli koruyucu sağlık hizmeti almanın ergen sağlığını iyileştirdiği gösterilmiştir[2].

Ergen yaş aralığındaki bireylerde ülkelere göre değişen aralıklarla (yılda bir veya iki yılda bir) ve bireysel fiziksel, zihinsel ve sosyal göstergeleri değerlendirmek amacıyla HEEADSSS değerlendirmesi, Tanner cetveline göre cinsel gelişim değerlendirmesi, aşılanma durumu, boy-ağırlık persantilinin belirlenmesi, BKİ hesaplanması, kan basıncı ölçümü, Hb, Htc ve HCV ölçümü, hiperlipidemi riski belirlenmesi, kas iskelet sistemi muayenesi, ağız diş sağlığı muayenesi ve danışmanlığı, gerektiğinde görme ve gerekli görülen diğer muayenelerin yapılması önerilmektedir[3 4].

Azerbaycan genelinde olduğu gibi Nesimi bölgesinde de ergenlerin periyodik sağlık gözetiminin niteliğinin ve kapsamlılığının tam olmaması önemli bir sorundur. Tablo 1'de Nesimi kasabasının yaşlara göre nüfus dağılımı verilmektedir.

---

1 *World Health Organization (2017). Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation. Summary. Geneva. (WHO/FWC/MCA/17.05). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.*

2 *Olds, D., Henderson Jr, C. R., Cole, R., Eckenrode, J., Kitzman, H., Luckey, D., ... & Powers, J. (1998). Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. Jama, 280(14), 1238-1244.*

3 *WHO Regional Office for Europe (2022). Pocket book of primary health care for children and adolescents: guidelines for health promotion, disease prevention and management from the newborn period to adolescence. Copenhagen, Denmark. Licence: CC BYNC- SA 3.0 IGO*

4 *Smith, G. L., & McGuinness, T. M. (2017). Adolescent psychosocial assessment: the HEEADSSS. Journal of psychosocial nursing and mental health services, 55(5), 24-27.*

Tablo 1. *Nesimi kasabasında nüfusun yaş gruplarına dağılımı*

Yaş qrupları	Sayı	%
0-4	10107	4,55
5-9	11586	5,22
10-14	11697	5,27
15-19	10531	4,74
20-24	12324	5,55
25-29	16461	7,41
30-34	26729	12,04
35-39	21970	9,89
40-44	18812	8,47
45-49	15173	6,83
50-54	15699	7,07
55-59	15534	7,00
60-64	14078	6,34
65-69	8374	3,77
70-74	5859	2,64
75-79	2913	1,31
80-84	3110	1,40
85 +	1107	0,50
TOPLAM	222064	100.00

Nesimi kasabası Bakü şehir merkezinde yer alan yaklaşık 222 bin nüfusa sahip bir bölgedir.10-18 yaş grubu ergen sayısı 22228'dir ve toplam nüfusun %10,49'unu oluşturmaktadır.

Tablo 2'de Nesimi kasabası, Azerbaycan ve Türkiye için 10 bin kişiye düşen hekim, sağlık çalışanı, hastane yatağı ve poliklinik kapasitesi verilmektedir.

Tablo 2. *Nesimi kasabası ve Azerbaycan'da ülke genelinde sağlık çalışanlarının dağılımı*

Değişkenler	**Nəsimi**	**Azərbaycan**	**Türkiye**
10.000 kişiye düşen hekim sayısı	265,2	31,8	20.5
10.000 kişiye düşen hekim dışı sağlık çalışanı sayısı	223,1	53,1	34.2
10.000 kişi başına düşen hastane yatağı sayısı	169.3	38,9	30.0
10.000 kişiye düşen poliklinik kapasitesi	121.4	106,6	-

Tablo 2'de görüldüğü gibi 10 bin kişi başına düşen birinci basamak sağlık çalışanı sayısı Azerbaycan ortalamasından çok yüksektir.

Nesimi kasabası birinci basamak sağlık kurumlarında ergen sağlığının izlenmesi ile ilgili olarak var olan durum değerlendirildiğinde aşağıdaki sorunlar saptanmıştır:

- Ergen erkek çocuklara askerlik öncesinde koruyucu muayeneler yapılmakla birlikte, ergen kız çocukları koruyucu muayenelere dahil edilmemekte ve gözden kaçırılmaktadır.
- Ergen kız çocuklarının eğitime devam ettirilmeyip erken evlendirilmeleri sık rastlanan bir sorundur.
- Birinci basamak kurumları olan çocuk polikliniklerinde ergen tanı ve tedavisini sadece ergen biriminde görevli çocuk doktoru yapmaktadır.
- Bütünleşik bir elektronik sağlık kayıt sistemi yoktur
- Ergen muayenesine yönelik uluslararası standartlara uygun fiziksel ve tanısal araçlar yoktur.
- Ergenlerde izlem sıklığı ve yöntemlerine ilişkin bilimsel esaslı standartlar yoktur.

Ergenlik döneminde sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi amacıyla, Nesimi kasabasında ergenlerde izlem sisteminin oluşturulması ve birinci basamak sağlık çalışanlarının eğitimi için müdahale planı geliştirilmiştir.

Bu çalışma Azerbaycan WHO Ülke Ofisi Pandemiye Yanıt Tedbirleri (APR) Projesi kapsamında yapılan beş Community-Oriented Primary Care (COPC) - Toplum Yönelimli Birinci Basamak Sağlık Hizmeti (TOYS) -girişim planından birisidir. TOYS yaklaşımı demografi, epidemiyoloji, sağlık hizmetleri yönetimi, çevre sağlığı ve sağlık eğitimi alanındaki bilgi ve becerileri tek çatı altında birleştirir[56].

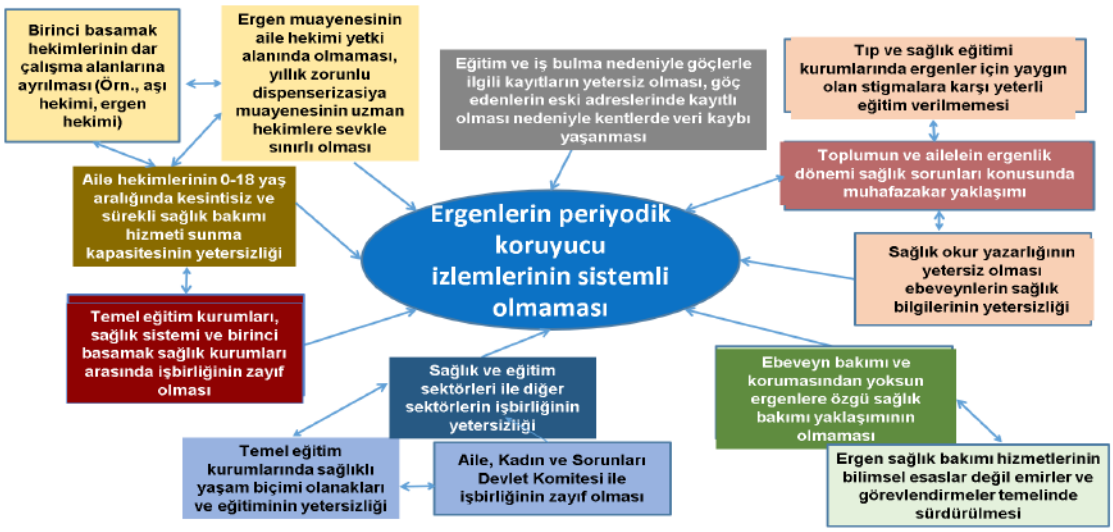
Yöntem

Genel Amaç: Nesimi bölgesinde bir yıl boyunca birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan tüm aile hekimleri (çocuk doktorları) ve hemşirelerin ergenlerin sağlığını aktif olarak izleme konusunda bilgi ve becerilerini geliştirerek ergenlerin birincil ve ikincil koruyucu muayene hizmetlerinin kalitesini ve kapsamlılığını artırmak ve bölgede yaşayan ergenlerin %25'inin izlemini gerçekleştirmek.

Hedef nüfus: 22 228 (Nesimi kasabasında yaşayan 10-18 yaş arası ergen nüfusu)

Program Süresi: 09 2023 – 10 2024

Şekil 1: *Azerbaycan, Bakü şehri Nesimi kasabasında ergenlerin sağlığını etkileyen sorunların ayrıntılı değerlendirmesi*



5 1. *Kılıç. B., Ünal B. (2019) (eds), TOYS: Toplum Yönelimli Sağlık (1st ed.). Izmir, Türkiye. HASAD Publications*

6 *Gofin, J., & Foz, G. (2008). Training and application of community-oriented primary care (COPC) through family medicine in Catalonia, Spain. Fam Med, 40(3), 196-202.*

Özel hedefler:

Hedef 1. Nesimi kasabasında birinci basamak sağlık kurumları sağlık çalışanlarının, ergenlerin fiziksel, ruhsal, sosyal ve üreme sağlığının geliştirilmesi ve ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde karşılaşabilecekleri hastalıkların önlenmesi konusundaki öğrenme gereksinimlerinin belirlenmesi

Hedef 2. Ergenlik döneminde birincil ve ikincil koruyucu muayenelere ilişkin Azerbaycan'da mevcut olan protokol, yasa ve talimatların gözden geçirilmesi ve uluslararası standartlara uyarlanmış yeni kılavuz ve protokollerin hazırlanması

Hedef 3. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan tüm sağlık çalışanlarının ergenlik döneminde birincil ve ikincil koruyucu muayenelere ilişkin bilgi ve becerilerinin geliştirilmesi.

Hedef 4. Ergen yaş grubunda sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi konusunda toplumun eğitilmesi

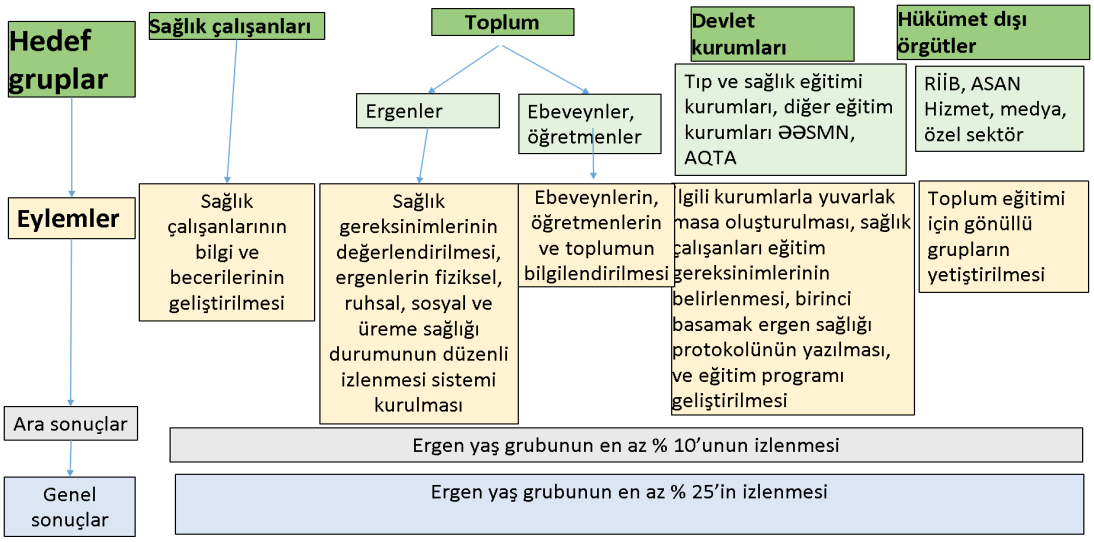
Hedef 5. Nesimi kasabasında birinci basamak sağlık kurumları sağlık çalışanlarının "ergenlerin sağlık durumlarının izlenilmesi" alanında uluslararası standartlara uygun prosedürleri ne ölçüde uyguladığının değerlendirilmesi

Hedeflere ulaşmak için geliştirilen Eylem Planı adımları aşağıdaki gibidir.

1. İlgili kurumlarla yuvarlak masa toplantısı düzenlenmesi
2. Birinci basamak sağlık çalışanlarının ergen sağlığına ilişkin öğrenme gereksinimlerinin saptanması
3. Ergen sağlığının izlenmesine ilişkin protokol geliştirilmesi
4. Birinci basamak sağlık çalışanlarını ergen sağlığı konusunda eğitimi
5. Toplumsal eğitim için gönüllü bir grubun oluşturulması
6. Toplum eğitimi materyallerinin geliştirilmesi
7. Toplumun, öğretmenlerin ve ebeveynlerin eğitilmesi
8. Eğitim sonuçlarının izlenmesi
9. Müdahalenin değerlendirilmesi

Müdahale programınını değerlendirilmesi için Şekil 2'de gösterilen model oluşturulmuştur.

Şekil 2: *Azerbaycan, Bakü şehri Nesimi kasabasında kasabasında ergenlere yönelik periyodik koruyucu izlemlerin sistemleştirilmesi girişiminin program değerlendirme modeli*



Çalışmada kamuya açık veriler kullanıldığı için Etik Kurul Onayı gerekmemiştir.

[S210]
ANTIBIOTIC RESISTANCE IN NEONATAL CHILDREN

Mutalibova N.f.[1], **Guliyeva M.z**[2]
[1]*Azerbaijan State Advanced Training Institute for Doctors, Baku, Azerbaijan named after A. Aliyev*
[2]*Liv Bonadea hospital, Baku, Azerbaijan, doctoral student at Khazar University, Baku, Azerbaijan*

Introduction: According to the WHO, infections caused by multidrug-resistant bacteria cause 700,000 deaths each year, of which about 200,000 are newborns.

With increasing antibiotic resistance, the world is facing a post-antibiotic era in which common infections once again prove to be deadly, especially for children who are frequently exposed to infections and therefore to selective antimicrobial treatment. Newborns under one week of age (early neonatal age) are at particular risk due to the presence of populations of multidrug-resistant bacteria in their gastrointestinal tract, likely due to exposure to bacteria entering their bodies during and immediately after birth.

The problem of antimicrobial resistance has become relevant in recent years in our country (Azerbaijan) as a result of the abuse of antibiotics in medicine, agriculture, animal husbandry, and veterinary medicine.

Purpose: The above led to the conduct of this study, the purpose of which was to study the resistance of bacterial isolates obtained from children under the age of 5 years. This observational study was conducted from December 2022 to February 2023. The study was approved by the decision of the ethical committee of the Khazar University of the Azerbaijan Republic.

Material-Methods: The studied bacterial strains were isolated from the urine, sputum, blood and bronchoalveolar aspirate of 14 sick children at the Liv Bonadea hospital. The pathogen was detected using an automated microbiological analyzer Vitek2 and a Vitek MS mass spectrometer, sensitivity to antibiotics was detected by the disk diffusion method. Muller-Hinton, Sabouraud, blood and eosin-methylene agars were used for cultivating bacteria.

Results: Resistant bacteria to all tested antibiotics were found in 3 neonatal children, namely Serratia marcescens in blood, Klebsiella pneumonia in blood and Acinetobacter baumanii in bronchoalveolar aspirate. Escherichia coli (4 children) and Kl.pneumonia (3 children) resistant to cephalosporins II and III generations were found in 7 children aged 2 months to 4 years. Enterococcus faecalis and E. coli sensitive to all of the above antibiotics were detected only in 2 children aged 4 and 6 years.

As can be seen from the results of the study, microorganisms from the list of "priority pathogens" recognized by WHO in 2017 as posing the greatest threat to human health - bacteria of the species A.baumannii, Kl.pneumonia, E.coli - showed a high degree of resistance to antibiotics. Bacteria of the species Acinetobacter baumannii, which until recently were isolated only from water bodies, from the skin of the armpits and feet of residents of hot climates, are now often the causative agents of various infections and are characterized by a high level of resistance to antibiotics, as was also found in our study.

In the scientific literature of recent years, the detection of gram-negative flora in blood and urine isolates of patients is approximately 53%, with E. coli leading in the number of occurrences, then Kl.pneumoniae and A.baumannii. In our study, more Kl.pneumoniae (43.2%) was sown in isolates from sick children.

Currently, Kl.pneumoniae among opportunistic microorganisms is distinguished by the largest number of resistance determinants, which, according to some authors, is often combined with virulence genes and hypermucoid type of strains.

Multidrug-resistant gram-negative bacteria were detected in 3 neonatal children, which causes extreme concern and requires an immediate search for ways to solve this problem. Children at this age can become infected

with resistant strains of bacteria from mothers during or immediately after childbirth or in medical hospitals.

The rather high sensitivity to the studied antibiotics, found in the bacterium of the species St.hominis, is apparently associated with the infrequent diagnosis of this pathogen in routine laboratory studies, since this type of opportunistic staphylococcus is part of the normal human microflora, and the trigger for its colonization of other tissues and organs of the body is a significant decrease in immunity.

E. faecalis and E. coli sensitive to all used antibiotics were found in children 4 and 6 years old who did not have a history of long-term hospital stay.

Conclusion: Thus, the multiresistant bacterial strains identified in this study in neonatal children require the development of an antimicrobial drug management strategy, including regular audit and revision of local antimicrobial prescriptions, antibiotic dosing accuracy, taking into account the physiological processes of child development, rapid and accurate determination of antimicrobial susceptibility drugs to prevent the spread of AMR and timely selection of an adequate antimicrobial agent.

Keywords: antibiotic resistance, neonatal children, multiresistant bacteria

[S211]
REDUCING THE PERCENTAGE OF NON-VACCINATION OR INCOMPLETE VACCINATION OF DTP3 AND MEASLES-CONTAINING VACCINE (1 AND 2) AMONG CHILDREN UNDER SIX YEARS OF AGE IN THE SHAMAKHI REGION TO LESS THAN 5%

Shabnam Hasanova[1], Dunya Bayramova[2], Abbasali Najafov[3], Halima Safarli[4], Rashad Chobanli[5], Mestan Emek[6]
[1]Baku Main Medical Center
[2]Caspian Event Organisers
[3]The Administration of Regional Medical Divisions
[4]WHO Azerbaijan Country Office
[5]State Agency on Mandatory Health Insurence Azerbaijan
[6]Akdeniz University Faculty of Medicine Department of Public Health

Vaccines have been one of the greatest advances in global health and development for two centuries, safely preventing the scourge of diseases such as polio, measles, and smallpox while helping children grow up healthy and happy.

Thanks to immunization efforts around the world, children can walk, play, dance, and learn. Vaccinated children perform better in school, leading to greater economic benefits. Today, vaccines are estimated to be one of the most cost-effective means of improving global well-being. They act as a protective shield, keeping families and communities safe. Despite these long-term benefits, low immunization rates persist. With the impact of the pandemic, global vaccine coverage in 2021, which includes 3 doses of diphtheria-tetanus-pertussis vaccine plus the first dose of measles, has fallen to an estimated 81%, the lowest level since 2008. Globally, 25.0 million children were unvaccinated or incompletely vaccinated in 2021, 5.9 million more than in 2019(1).

Shamakhi region is located in the southeastern foothills of the Greater Caucasus at an altitude of 800 meters above sea level, 118 km west of Baku. The Shamakhi region covers an area of 166.1 square kilometers with a population density of 65 people per square kilometer. Each person in the region has access to 1.1 hectares of agricultural land(2).

As of January 1, 2022, the total population of the region was 108,100 people, with 41,226 residing in the city of Shamakhi. Among the population, **54,400 are men,** and **53,700 are women**. Approximately 47.0 percent of the region's population lives in the city, while 53.0 percent resides in rural areas. There are 33 Rural Administrative Districts in Shamakhi. The percentage of children aged **0-4 years is 8.0%**. Shamakhi provides a substantial healthcare infrastructure with 44 healthcare facilities. In terms of healthcare workers per 10000 inhabitants, Shamakhi is below the Azerbaijani average. While the number of physicians per 10000 people is 32.4 in the country as a whole, it is 11.1 in Shamakhi. While the number of nurses per 10000 people is 58.1, it is 28.5 in Shamakhi. (3).

In Azerbaijan, the Hygiene and Epidemiological Centers, under the management of the Ministry of Health, are responsible for the supply, cold chain, and records of the vaccines, while vaccine implementation occurs at Primary Healthcare Centers managed by the Azerbaijani Management Union of Medical Territorial Units (TABIB). As of 2022, the vaccination coverage of Azerbaijan and Shamakhi is shown in Table 1 below(4).

Table 1. *The routine immunization coverage for the year 2022.*

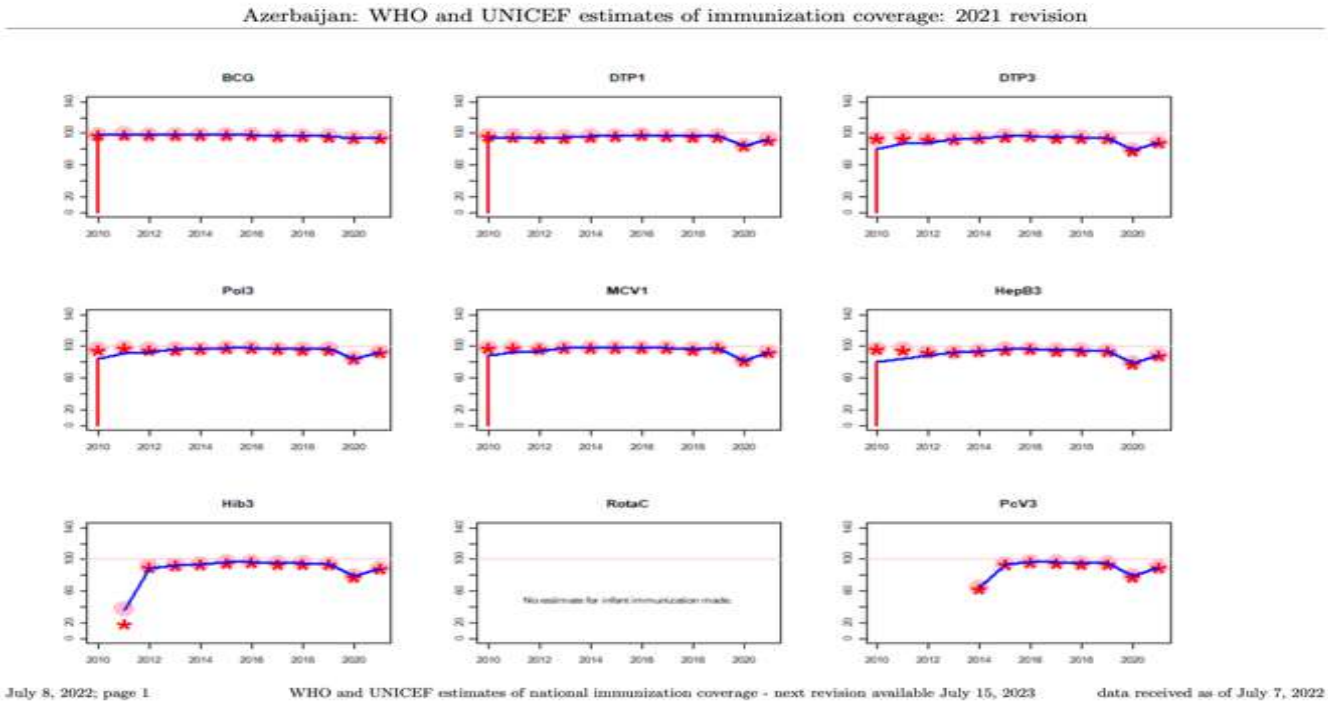
	Azerbaijan	Shamakhi
DTP1	89.9%	91.7%
DTP2	86.9%	91.5%
DTP3	83.1%	91.1%
MMR1	92.6%	86.3%
MMR2	90.7%	91.9%

Although the values presented here are high, the denominator used for the inclusion calculation is not fully known, so the extent to which the results reflect the real situation in society is open to debate.

Based on data provided by GAVI, 10,019 children in Azerbaijan were not vaccinated in 2021. Vaccination percentages of the Republic of Azerbaijan differ by region. Among these indicators, there are regions with a vaccination coverage of 70.0%(5).

WHO and UNICEF immunization coverage estimates for Azerbaijan in 2021 are shown below. The population targeted by vaccines in the graph below has decreased by 32 percent between 2016 and 2021. The main reason for this was the suspension of the service in 2020 and 2021 due to the COVID-19 pandemic(6). In summary, it is observed that problems related to vaccination coverage increased during the pandemic period.

Figure 1 *Azerbaijan: WHO and Unicef Estimates of Immunization Coverage 2021 Revision*



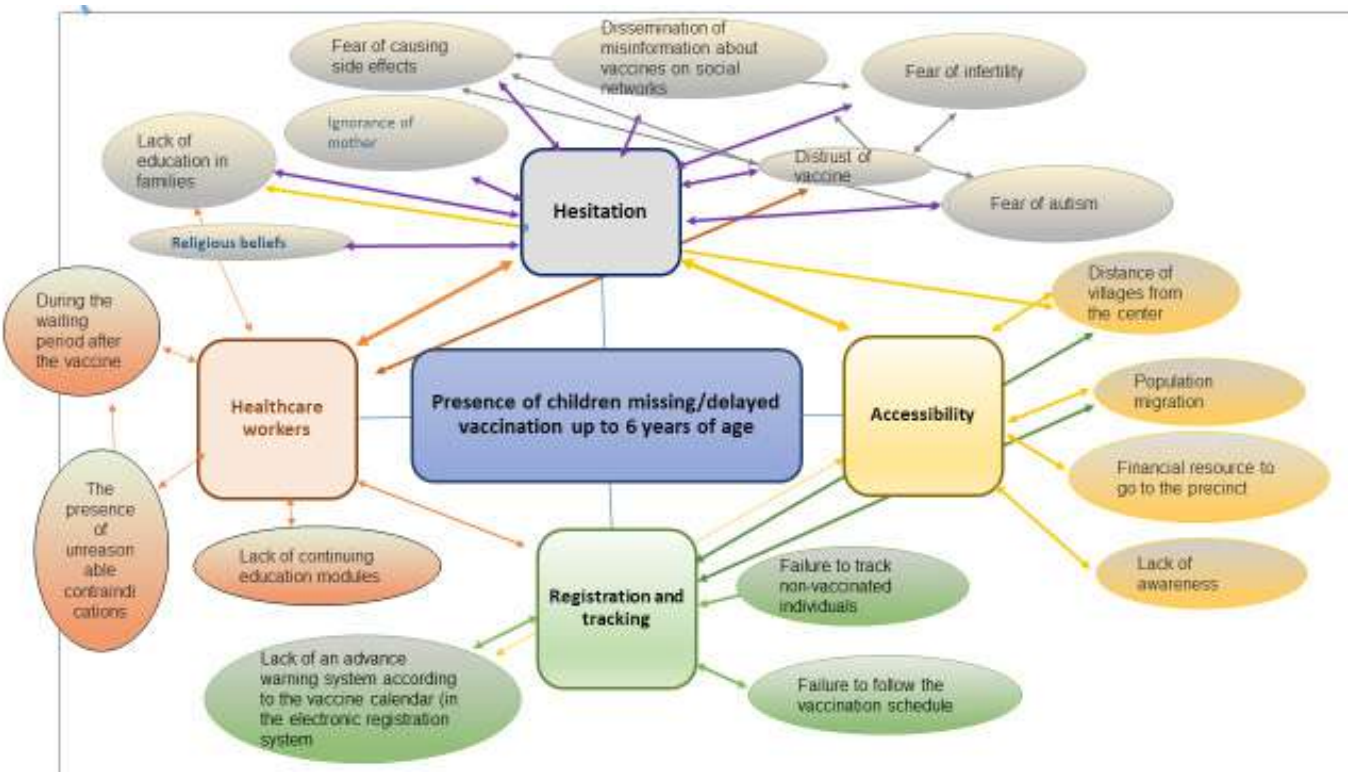
For whatever reason failure to vaccinate children can lead to the re-spreading of diseases that have not been seen in recent times and, in severe cases, can lead to their death or disability.

As a result of the literature review, four main groups of cases of non-vaccination or delay in vaccination of children were identified:

- Hesitation (fear of repercussions, misinformation, insecurity, religious views, low level of education of parents, etc.)
- Healthcare workers-related issues (lack of continuing education modules, presence of unjustified contraindications, waiting time after vaccination, etc.)
- Accessibility challenges (people with low welfare living in hard-to-reach villages, vaccination of the population only in institutions where they are registered, lack of vaccination visits in rural areas)
- Registration, follow-up, monitoring and coordination (deficiencies in the system, lack of follow-up of unvaccinated children)

Figure 2 below shows the causal network for the presence of children not vaccinated or delayed vaccination until age 6.

Figure 2. *Causal Network for The Presence Of Children Not Vaccinated or Delayed Vaccination Until Age 6.*



Action plan

After analyzing the detailed assessment results, unvaccinated children are assigned and involved in vaccination.

Aim: Reduce the percentage of non-vaccination or incomplete vaccination of DTP3 and measles-containing vaccine (1 and 2) among children under six years of age in the Shamakhi region to less than 5% during the next one year (01.01.24-31.12.24).

Objectives:

- Evaluation of the current situation regarding vaccination coverage in children under six years of age
- Investigating and evaluating the reasons for vaccine refusal or delay and taking appropriate action
- To make recommendations for the improvement of the vaccine registration system
- Preparation of updated continuous educational programs on vaccination to increase the knowledge of healthcare workers on vaccination (especially pediatricians)
- Increasing coordination between HEC(Hygiene Epidemiology Center) and TABIB
- Increasing accessibility

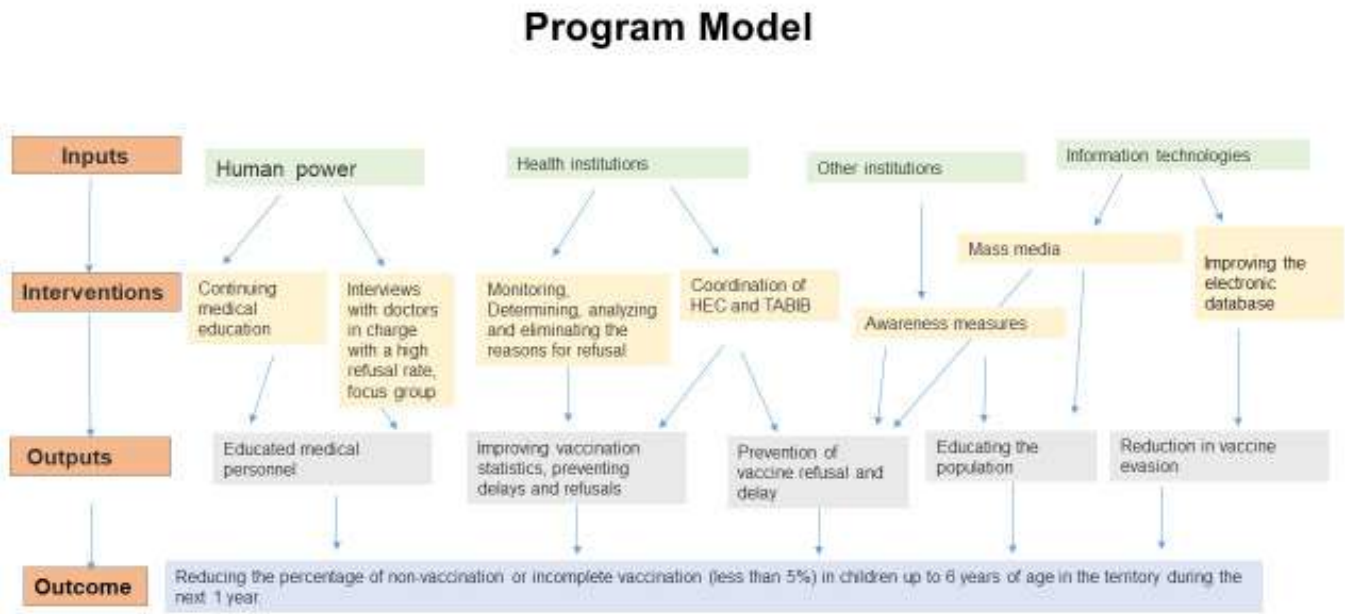
In the first phase, information on non-vaccination will be collected and analyzed from the TABIB, HECs, and nursery and kindergartens to assess the current situation. At this stage, a sample representative of Shamakhi will be selected and a vaccine coverage survey will be conducted. A coordination group will be established between HEC and TABIB to analyze the available data and monthly vaccination assessment meetings will be held. Analysis and monitoring of immunization practices will be developed as specified in the "Immunization

Program for the Prevention of Communicable Diseases between 2023-2027" dated 20 June 2023(7). Immunization practices and records in institutions will be closely monitored through institutional visits. In particular, real and false contraindications in immunization practices will be reviewed.

In cooperation with the immunization training team previously formed in Shamakhi, training will be started for health workers who have not received training. For those who have already received training, updated training will be provided. During the monitoring, suggestions for improving the existing Health Information system on immunization will be shared with TABIB and the Ministry of Health. To increase accessibility, the frequency of mobile services to remote villages and the number of vaccination visits will be increased.

The program model of the intervention is presented in Figure 3.

Figure 3. *Program model of intervention plan Reducing the percentage of non-vaccination or incomplete vaccination children in Shamakhi*



Vaccines have been one of the greatest advances in global health and development for two centuries, safely preventing the scourge of diseases such as polio, measles, and smallpox while helping children grow up healthy and happy.

Thanks to immunization efforts around the world, children can walk, play, dance, and learn. Vaccinated children perform better in school, leading to greater economic benefits. Today, vaccines are estimated to be one of the most cost-effective means of improving global well-being. They act as a protective shield, keeping families and communities safe. Despite these long-term benefits, low immunization rates persist. With the impact of the pandemic, global vaccine coverage in 2021, which includes 3 doses of diphtheria-tetanus-pertussis vaccine plus the first dose of measles, has fallen to an estimated 81%, the lowest level since 2008. Globally, 25.0 million children were unvaccinated or incompletely vaccinated in 2021, 5.9 million more than in 2019(1).

Shamakhi region is located in the southeastern foothills of the Greater Caucasus at an altitude of 800 meters above sea level, 118 km west of Baku. The Shamakhi region covers an area of 166.1 square kilometers with a population density of 65 people per square kilometer. Each person in the region has access to 1.1 hectares of agricultural land(2).

Keywords: COPC Action Plan, PublicHealth Intervention, Vaccination

Kaynaklar

1. *Rachlin A, Danovaro-Holliday MC, Murphy P, Sodha SV, Wallace AS. Routine Vaccination Coverage — Worldwide, 2021. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2022;71:1396–1400. DOI: http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7144a2.*

2. *The State Statistical Committee of the Republic of Azerbaijan. Regions of Azerbaijan. Statistical Yearbook 2023 Baku Available online: https://www.stat.gov.az/source/regions/ accessed on October 17, 2023*

3. *The State Statistical Committee of the Republic of Azerbaijan. Healthcare, Social Protection, Housing Conditions in Azerbaijan. Statistical Yearbook 2023 Baku avalable online: https://www.stat.gov.az/source/healthcare/?lang=en accessed on October 10,*

4. *Aliyeva A., "Vaccination Status in Azerbaijan (2018-2022)". Intervention Plan to Increase Vaccine Uptake in Azerbaijan Workshop, 31 May 2023, Baku, Azerbaijan.*

5. *https://www.gavi.org/programmes-impact/country-hub/europe/azerbaijan. Accessed on June 14, 2023*

6. *https://data.unicef.org/wp-content/uploads/cp/immunisation/aze.pdf. Accessed on June 14 2023*

7. *On the approval of the Action Program on the immunoprophylaxis of infectious diseases among children for 2023-2027 [Internet]. June 20, 2023. Avaliable online: https://nk.gov.az/en/senedler/serencamlar/2023-2027-ci-iller-uzre-usaqlar-arasinda-yoluxucu-7187/ accessed on October 26,2023*

[S212]
SELF-ASSESSMENT OF ASPHER PUBLIC HEALTH COMPETENCIES IN SENIOR STUDENTS OF AZERBAIJAN MEDICAL UNIVERSITY

Mestan Emek[1], Aydan Qadimli[2], Samir Cavadlı[2], Samira; Mammedova,[2], Muhammed Bayramov[2], Yakut Haciyeva[3], Nilüfer Mammedova[4], Sevgi Turan[4], Belgin Ünal[4], Halil İbrahim Durak[4], Hande Harmancı[4]

[1]Akdeniz University Faculty of Medicine Department of Public Health
[2]Azerbaijan Medical University Department of Medicine and Health Sciences Education
[3]Azerbaijan Medical University Department Faculty of Public Health
[4]WHO Azerbaijan Country Office

Introduction and Aim: WHO-ASPHER Competency Framework (WHO-ASPHER CF) for the Public Health Workforce in the European Region is a well-recognized, comprehensive framework. By taking a systems approach, the framework can address the complex and dynamic nature of the public health workforce and its various stakeholders, including employers, educators, and policymakers. The WHO-ASPHER CF is versatile, finding applications in education and policy measures at various career stages and within the labor market. It enhances education and performance and can also support planning, investment, capacity-building, as well as analysis and monitoring.

The WHO-ASPHER CF centers around three categories, guided by a public health perspective to address the public's needs and demands:

1. Content and Context: Scientific knowledge and theory that form the foundation of public health practice.
2. Relations and Interactions: Communication, collaboration, and networking competencies for effective leadership and building partnerships with various stakeholders.
3. Performance and Achievements: These competencies are crucial for making informed decisions and taking action to improve the health of the public.

The WHO-ASPHER CF categorizes competencies into hierarchical levels: competent (Level 3), proficient (Level 2), and expert (Level 1). Competencies at the competent level are deemed essential for all healthcare professionals. While the literature review reveals its utilization for assessing Master's and Doctoral education and graduates, its application for evaluating medical students' competencies remains unexplored. The aim of this study is to determine students' level of public health core competencies using Competent (Level 3) descriptors of WHO-ASPHER CF.

Materials and Methods: The study population for this descriptive study is the Azerbaijan Medical University last year students of the following faculties: Faculty of Medicine (n=1000), Faculty of Public Health (n=70), Faculty of Dentistry (n=270), and Faculty of Military Medicine (n=50).

The variables analyzed in the study are students' ASPHER public health competent level competency scores, faculty, age, gender, nationality, and education language.

A self-assessment questionnaire was adapted based on ASPHER public health competencies in three languages: Azerbaijani, English, and Russian. The English and Russian versions were accessible on the WHO website, while the Azerbaijani translation was provided by WHO Azerbaijan Country Office experts. Students were invited to evaluate themselves by electronically sending a link to Google Forms. They used a Likert-type scale, with scores ranging from 1 to 5, to rate items related to core competencies. Ethics committee approval and administrative permissions were obtained from the Azerbaijan Medical University. Descriptive tables were generated to summarize the data, including numbers, percentages, and means along with standard deviations.

Results: A total of 94 (6.8%) students answered the questions. Of the responding students, 78 (83.0%) are ed-

ucated in Azerbaijani, 10 (10.6%) in English, and 6 (6.4%) in Russian. Of the students who participated in the study, 27 (28.7%) were attending military medicine, 26 (27.7%) in public health, 22 (23.4%) in dentistry, and 19 (20.2%) in medical faculty. Half of the students were female. The mean age of the students was 23.6±2.3 years, 77 (81.9%) of the students were Azerbaijani, and 17 (18.1%) were foreign nationals.

The mean score and standard deviation of the content and context category is 3.47±0.98. The mean score for science and practice under this category is 3.36±0.99, promoting health is 3.43±1.07, law, policy, and ethics is 3.42±1.11, One Health and health security is 3.62±1.03.

The mean score of the relations and interactions category is 3.60±1.03. The mean score of leadership and systems thinking under this category is 3.62±1.08, collaboration and partnerships is 3,48±1,15, and communication, culture, and advocacy is 3.63±1.02.

The overall mean score of the performance and achievement category is 3.54±0.95. Governance and resource management 3.57±1.05, professional development and reflective ethical practice 3.66±0.97, organizational literacy and adaptability 3.62±1.01.

Conclusion: The assessment of students' PH competencies will contribute to the description of learning needs and gaps in the educational program. The findings of this study are expected to contribute to PH curriculum development studies in Azerbaijan by expanding the study with different stakeholders.

Keywords: ASPHER competencies, Azerbaijan Medical University, Public Health Professional

[S213]
AZERBAYCAN HÖVSAN KASABASINDA GEBELERİN İZLENME SAYISININ VE KAYITLARININ ARTIRILMASI PLANI

Adil Aliyev[1], Benövşe Abdullayeva[2], Könül İsmayılova[3], Aygül Aydınlı[4], Bülent Kılıç[5]
[1]İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, İstanbul
[2]Klinik Tıp Merkezi, Bakü
[3]Azerbaycan Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Bakü
[4]M.E.Mirgasimov adına Devlet Klinik Hastanesi
[5]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, İzmir

Gebe kadınların takibi ve kaydı, sağlıklı bir gebelik sürecini sağlamak ve potansiyel sağlık risklerini erken tespit etmek açısından kritik bir öneme sahiptir. Bu süreç, anne adayının genel sağlığını değerlendirmek, potansiyel risk faktörlerini belirlemek, beslenme ve yaşam tarzı danışmanlığı sağlamak ve düzenli tıbbi testlerle bebeğin sağlıklı gelişimini izlemek için kullanılır. Erken tanı ve müdahale, hem anne hem de bebeğin sağlığını korumak adına önemlidir. Ayrıca, hamilelik sürecinde stresi azaltmak, doğum planlaması yapmak ve doğum sonrası takibi sağlamak da bu sürecin önemli yönlerindendir. Hamile kadınların düzenli takibi, sağlıklı bir gebelik sürecinin yönetilmesi ve olası komplikasyonların önlenmesi açısından temel bir adımdır (1).

Hövsan kasabası, Azerbaycan'ın Suraxanı Rayonunda, Abşeron yarımadasının güneyinde bulunur. Hövsan'ın nüfusu toplam 67.514 kişidir. Kasabanın toplam 19.785 fertil kadın nüfusu bulunmakta olup, her 1000 kişi başına düşen doğum oranı 14.3'tür (2). Hövsan'da hamile kadınların takibi ve kaydının eksik olması önemli sorunlardan biridir. Hövsan'da 2 adet Kadın Sağlığı Merkezi (Qadın Maslahatxanesi) bulunmaktadır. Ancak toplam 19.785 kadına sadece 3 ebe-hemşire düşmektedir. Bu, her 6750 kadına 1 ebe-hemşirenin düştüğü anlamına gelir ki bu çok düşük bir sayıdır. Kasaba içinde büyükler için 23 numaralı şehir polikliniği, çocuklar için ise 16 numaralı çocuk polikliniği, hem profilaktik hem de tedavi amaçlı tıbbi hizmetler sunmaktadır. 23 numaralı şehir polikliniğinde 13 saha terapevti, 24 uzman hekim çalışmaktadır. Ayrıca Suraxanı Rayonu Kadın Maslahathanesinin 2 mama-ginekoloğu (ebe-hemşire) vardır. Burada 15 saha pediatristi, 17 uzman hekim çalışmaktadır. Görüldüğü üzere Hövsan kasabasında ebe sayısı yetersizdir. Her 2500 kadına 1 ebe düşecek şekilde, bölgede toplam 10 ebe-hemşireye ihtiyaç vardır. Ayrıca Hövsan'da Kadın Maslahathanesi olmadığı için hizmete ihtiyacı olan hamileler Suraxanı Tıp Merkezine (15 km) veya Sabunçu Tıp Merkezine (29 km) başvurmak zorundadır. Hövsan'da Kadın Sağlığı Merkezi olmaması nedeniyle Surakhanı rayonundaki 2 gebelik uzmanı, Hövsan kasabasının polikliniğinde çalışmaktadır. 2022 yılında Hövsan'da faaliyet gösteren gebelik uzmanlarının kayıt defterlerine göre, 1732 hamile kadın kaydedilmiş, 1689 kadın doğum yapmış, bunlardan 1281'i normal doğum yaparken, 386 kadın sezaryenle doğum yapmıştır (2). Hövsan kasabasında 23 numaralı poliklinik tarafından verilen bilgilere göre, 2022 yılında doğum yapmış kadın sayısı 573'tür (3). Ancak verilen bilgiler arasında uyumsuzluk olduğu görülmekte olup, bu durum doğum kayıtlarının eksikliğini kanıtlamaktadır.

Hövsan Kasabasında hamilelere bağlı sağlık düzeyi göstergeleri Tablo-1'de sunulmuştur (3):

Tablo-1: *Hövsan Kasabasında Hamile Kadınların Sağlık Düzeyi (2022)*

Sağlık Düzeyi Göstergesi	**sayı**
Canlı Doğum Sayısı (CDS)	573
Doğumların gerçekleştiği yerler	
Hastane	573
Diğer	0
Doğumların kimin yardımı ile yapıldığı	
Hastanede sağlık personeli yardımı ile	573
Evde sağlık personeli yardımı ile	0
Sağlık personeli yardımı olmadan	0
Doğum şekli	
Vaginal doğum (forceps, vakum vb dahil)	77%
Sezaryen Doğum	23%
Kaydı olan hamile sayısı (özel hastaneler dahil)	Kayıt yok
Hamile Kadın İzlem sayısı (toplam izlem/hamile kadın)	Kayıt yok
Düşük doğum ağırlıklı bebek sayısı	Kayıt yok
Prematüre doğum sayısı	Kayıt yok
Ana ölümü	0

Azerbaycan'da hamilelerin istatistikleri alınırken yaşa göre doğum istatistikleri yapılmamaktadır. Bu nedenle Toplam Doğurganlık Hızı hesaplanamamıştır. Ancak hamilelerin takibi, hamileliğin doğru bir şekilde izlenmesi ve muayenesinin zamanında yapılması amacıyla önemlidir. Hamilelerin takibi, hamileliğin gidişi üzerinde gözlem yapılması ve patolojik durumların zamanında tespiti amacıyla yapılır. Hamilelerin takibi, toplumun sağlık göstergelerinin iyileştirilmesi, sağlıklı bir şekilde doğan yeni bebeklerin sayısının artırılması ve anne-çocuk ölüm oranının azaltılması açısından önemlidir.

Hövsan'da yapılan araştırmalar, özellikle hamile sayısındaki uyumsuzluk, 35-39 yaş arasındaki kadınların verilerinde hamile sayısının 0 olarak gösterilmesi gibi ana-çocuk sağlığı koordinasyonunun zayıf olduğunu göstermektedir. Hövsan'ın merkeze uzak yerleşim bölgelerinde, bağ evlerinde ve yeni kurulan kasaba tipi bölgelerde yaşayan hamileler risk altında bulunmaktadır. Hamilelerin takibinin yetersiz olmasının nedenleri arasında kadınların kendi isteksizliği, ev ziyaretlerinin olmaması, elektronik tıbbi kayıtların eksik olması, tıbbi personel eksikliği ve tıbbi hizmetlere erişimin bazen zor olması sayılabilir.

Azerbaycan Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan protokol çerçevesinde hamilelerin en az 7 kez takip edilmesi gerekmektedir. Bu protokole göre hamilelerin haftalara göre takip planı şu şekildedir: 1. Trimesterde 1. İzleme, 18-20 haftada 2. İzleme, 26-28 haftada 3. İzleme, 30-32 haftada 4. İzleme, 34-36 haftada 5. İzleme, 38. Haftada 6. İzleme, 40. Haftada 7. İzleme (1). Kayıt sistemi, Sağlık Bakanlığı'nın Birleşik Sağlık Bilgi Sistemi'ne dayanmaktadır. Ancak elektronik kayıt olanaklı, ebe-hemşire sayısı artırılmalı, ev ziyaretleri yapılmalı ve izleme protokolüne uğramalıdır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), UNICEF, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) ve Dünya Bankasının ana ölümü (MMR) ile ilgili istatistikleri dünyada ana ölüm hızını 2000 yılından 2020 yılına kadar %34 azaltarak 100.000

canlı doğumda 342'den 223'e indirmeyi hedeflemektedir (4). Ayrıca 2030 yılına kadar MMR hızının her 100 000 canlı doğumda 70 olması hedeflenmiştir (5). Bu hedefler, Azerbaycan'da da yıllık ana ölüm hızında hızlı bir düşme gerektirmektedir. Aynı zamanda bebek ölüm hızı da Azerbaycan'da 2021 yılında binde 18 olup, 1990 yılındaki binde 37'e göre %50 azalma meydana gelmiştir ancak yetersizdir (6). Bu durum Azerbaycan'da hem anne hem bebek ölümünde daha fazla eylem gösterilmesi gerektiğini göstermektedir.

Bu nedenle Hövsan kasabasında temel sağlık sorunu olarak öncelikle hamilelerin kaydının eksik olması ve takibinin eksik olması belirlenmiştir. Eğer hamile kadın izlemi iyi yapılırsa bölgedeki hem anne ölümleri hem bebek ölümleri hızla düşürülebilir. Bu amaçla sorunun çözümü için "Hövsan kasabasında hamile kadınların takip sayısının artırılması ve kaydının tam olmasının düzenlenmesi için Eylem Planı"nın uygulanması hedeflenmektedir. Bu problemi çözmek amacıyla başhekim, kadın doğum uzmanı, ebe-hemşire, pediatr ve orta tıp çalışanları arasında mevcut durum ve koordinasyon sorunlarının çözülmesi amacıyla bir toplantı düzenlenmesi, kadro eksikliğinin giderilmesi gerekmektedir. Ayrıca, 15-49 yaş arasındaki kadınların, hamilelerin ve çocukların takibinin %100 oranında bilgi ve beceri artırma, doğuma hazırlanan ve doğumu gerçekleştiren kadınlar hakkında bilgilerin alan-ginekolog ve alan-pediatriste aktarılmasının Azerbaycan Sağlık Bakanlığı portalında entegrasyonu, Hövsanda yaşayan 15-49 yaş arasındaki kadınların en az %80'inin yılda iki kez dispanserizasyona ihtiyacı olduğu, ayrıca ebe-hemşire sayısının artırılmasına ihtiyaç duyulduğu belirlenmiştir.

Ana problem detaylı bir değerlendirmenin ardından özellikle ebe-hemşire sayısının az olması, Kadın Sağlığı Merkezinin uzakta olması, ebe-hemşirelerin motivasyon düşüklüğü, gebelerin ve kadınların kaydının az olması, İTSDA (İcbari Tıbbi Sigorta) yeni olması ve bu alandaki ek ödemelerin (bonusların) yeterli olmaması olarak belirlenmiştir. Bu Eylem Planının amacı Hövsan rayonunda 2024 yılında hamile kadınların kaydının tam olmasının sağlanması (%100 kapsama sağlanması) ve hamilelerin takip oranının 1,5 izlemden en az 7 izleme çıkarılması olarak hedeflenmiştir (7).

Eylem planının stratejisi:

1. Devlet ve devlet dışı kurumlar (özel sektör, uluslararası kuruluşlar) arasında işbirliğinin sağlanması
2. Tıbbi çalışanların ve halkın bilgilendirilmesi

Hedefler:

1. Konuyla ilgili ilgili devlet ve devlet dışı kurumların sorumlu kişilere bilgi verilmesi, denetim, kayıt ve sorunun çözümüne yönelik önerilerin sunulması;
    a. Sağlık Bakanlığı
    b. Acil Tıbbi Sigorta
    c. TABIB (Tıbbi Arazi Bölmeleri Bakü Ana Sağlık Merkezi)
    d. Suraxanı Rayon İcra Hakimiyyeti temsilcisi
2. Hövsan kasabasında bulunan sağlık kurumlarının yönetici ve idari kadrosuyla problemin sunulması için bir toplantı düzenlenmesi.
3. Hamile kadınların takibi ve kaydı konusunda bilgilendirme etkinliklerinin gerçekleştirilmesi;
    a. Evlenecek olanlara
    b. Kadınlara;
    c. Erkeklere;
    d. Lise öğrencilerine (eğitim kurumları yüksek sınıflar)

4. Hamilelikle ilgili tıbbi personel ile bilgi karakterli toplantıların yapılması;

   a. Kadın Doğum Uzmanlarıyla

   b.Ebe-Hemşirelerle;

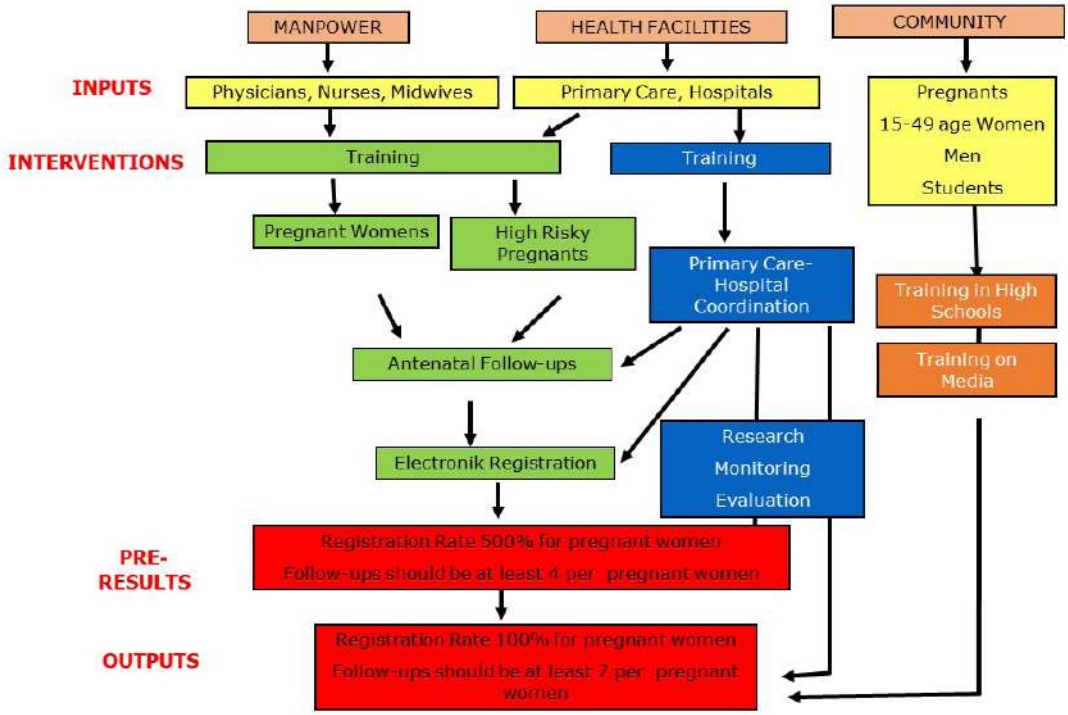
   c.Hemşirlerle;

   d. Aile hekimleriyle;

5. Çocuk ve şehir poliklinikleri, özel klinikler ve kadın sağlık merkezlerindeki sorumlu kişiler arasında kurumlararası karşılıklı ilişki kurulması, denetim hizmetinin yerine getirilmesi amacıyla elektron sistemin geliştirilmesi.

Uygulanacak programın modeli ise altta Şekil-1'de sunulmuştur:

Şekil-1: *Hövsan Kasabası Hamile Kadın İzlemi ve Kaydı Eylem Planı Program Modeli*



Eylem planının uygulanması için gerekli adımlar altta verilmiştir:

- DSÖ ile görüşülmesi ve planın ön görüşe sunulması
- Azerbaycan Sıhhiye Nazırlığı ile görüşülmesi ve planın onaya sunulması
- Planın kabul edilmesi ve bütçesinin kesinleşmesi
- Hövsan Eylem Planı ekibinin seçilmesi, eğitilmesi
- Hövsan'da müdahalenin başlatılma tarihinin kesinleştirilmesi (2024 yılı için)

Programın değerlendirilmesi için her ayın sonunda bir izleme ve istatistik verilerin toplanması, her ay veya 2-3 ayda bir döngüsel toplantıların düzenlenmesi, nitel ve nicel araştırmaların yapılması hedeflenmiştir. Bu Eylem Planının toplam bütçesi 7000 manat'tır.

Çalışmada kamuya açık veriler kullanıldığı için Etik Kurul Onayı gerekmedi.

Kaynaklar

1. *Səhiyyə Nazirliyi. Fizioloji Hamiləliyi Olan Qadinlara Antenatal Qulluq Üzrə Klinik Protokol. İSİM, 3-cü nəşr, yenilənmiş, 2022.*
2. *ÜST Azərbaycan Nümayəndəliyi. İcma Yönümlü Səhiyyə Xidməti (TOYS) Təlim Kursu. Bakı, 14-18.11.2022.*
3. *Hövsan 23 Saylı Poliklinika Statistikası, 2022.*
4. *UNICEF. Maternal Mortality Rates and Statistics. 2023.*
5. *https://data.unicef.org/topic/maternal-health/maternal-mortality/*
6. *United Nations. SDG Indicators, Metadata Repository, 2023.*
7. *https://unstats.un.org/sdgs/metadata/?Text=&Goal=3*
8. *UNICEF. Neonatal Mortality. 2023.*
9. https://data.unicef.org/topic/child-survival/neonatal-mortality/#:~:text=The%20first%2028%20days%20of,1%2C000%20live%20births%20in%201990.
10. *ÜST Azərbaycan Nümayəndəliyi. İcma Yönümlü Səhiyyə Xidməti (TOYS) Təlim Kursu. 3-cü Qrup, Bakı, 11-14.04.2023.*

[S214]
AZERBAYCAN NESİMİ BÖLGESİNDE BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLARIN RİSK FAKTÖRLERİNİN BİRİNCİL KORUMA YÖNTEMLERİYLE ÖNLENMESİ

Aygün Abıyeva[1], Nermin Elizade[1], Günel Hasanova[2], Aygün Abıyeva[3], Nigar Babazade[4], Mehmet Akman[5], Belgin Ünal[6]
[1]Azerbaycan N1 numaralı şehir polikliniği
[2]Azerbaycan N5 numaralı şehir polikliniği
[3]Azerbaycan N38 numaralı şehir polikliniği
[4]Azerbaycan zorunlu sağlık sigortası kurumu
[5]Marmara University · Department of Family Medicine MD, MPH, Professor
[6]DSÖ- Azerbaycan ofisi

Bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH), 2019 yılında DSÖ Avrupa bölgesindeki ölümlerin %90'ını oluşturmuştur. Bölgedeki BOH ölümlerinin %87'si altta yatan davranışsal ve biyolojik risk faktörleriyle ilişkilidir. Tütün kullanımı, aşırı alkol tüketimi, sağlıksız beslenme ve fiziksel hareketsizlik hastalık yükünün büyük bölümünden sorumludur. Örneğin; tütün kullanımı ve sigara dumanına maruz kalma, Avrupa bölgesinde 1,64 milyon ölüme neden olmuş; bu da tüm erkek ölümlerinin %25›ini ve kadın ölümlerinin %10'unu oluşturmuştur.

BOH'ların yaygınlık düzeyinin ve risk faktörlerinin eğitim, iş, ekonomi ve cinsiyet gibi sosyal faktörlere doğrudan bağlı olduğu kanıtlanmıştır. Dolayısıyla BOH'ların yayılmasını önlemek için gerekli önlemler geniş bir yelpazeye dayanmaktadır. İnsanların sağlıkla ilgili davranışlarını etkileyen faktörler, doğdukları, büyüdükleri, yaşadıkları, çalıştıkları yer, yaş koşulları, toplum ve sosyo-ekonomik faktörler üzerinde durulmalıdır.

BOH'lara yönelik başlıca risk faktörlerinin azaltılmasına yönelik kapsamlı bir sağlık bakımı yaklaşımıyla birçok hayat kurtarılabilir. Bazı çalışmalar, KVH risk faktörleri tanındığında, anlaşıldığında ve önlendiğinde felçlerin %80, kanserin %40 oranında azaldığını ve tip 2 diyabetin tamamen önlenebilir olduğunu göstermektedir.

Azerbaycan'da bulaşıcı olmayan hastalıklar ölüm ve sakatlıkların ana nedenidir. Azerbaycan İstatistik Komitesi'ne göre 2016 yılı sonunda Azerbaycan'da başlıca ölüm nedenlerini kardiyovasküler hastalıklar 34093 (%60), kanserler 8252 (%15), endokrin sistem hastalıkları 1433(%2,5) ve solunum sistemi hastalıkları 1815 (%3,2) oluşturmuştur.

Ulusal Risk Faktörleri Araştırması'na (2011) göre yetişkin nüfusun %62,7'sinde bulaşıcı olmayan hastalıkların gelişimi için en az 1-2 risk faktörü bulunurken, %32,4'ünde üçten fazla risk faktörü bulunmaktadır.

Nesimi Bölgesi

Bakü şehrinin Nesimi ilçesi güneydeki Sahil parkından kuzeydeki 20 Yanvar alanına kadar uzanan dar bir şeritte yeralmaktadır. Nesimi, gayrimenkul fiyatlarının yüksek olduğu, sosyal refahı yüksek sakinlerin yaşadığı bir bölgedir. Devlet kurumları ve özel işletmelerin en yoğun olduğu ilçelerinden biridir. Nesimi İlçesinde çok sayıda yüksek eğitim kurumu ve okul vardır. Bölgede 8 yüksek okul, 33 ortaokul, 4 ortaöğretim ihtisas ve meslek okulu, 8 okul dışı eğitim kurumu, 2 müzik okulu, 47 anaokulu, 6 kütüphane ve 13 mimari eser bulunmaktadır.

Nesimi ilçesinde ülke genelinde vatandaşlara hizmet veren 8 devlet ve 24 özel hastane faaliyet göstermektedir. Temel sağlık hizmetleri arasında 3 çocuk, 2 şehir aile sağlığı merkezleri, 1 kadın kliniği ve 1 çocuk diş kliniği merkezi bulunmaktadır. Nesimi ilçesinde 1 Hijiyen ve Epidemioloji Merkezi faaliyet göstermektedir. Nesimi İlçesinde hizmet veren doktor sayısı 5903 kişidir. Nesimi bölgesinde doktor başına düşen nüfus 2769, hemşire başına düşen sayı ise 891'dir.

Nesimi İlçesi'nin toplam nüfusu 222618'dir. Nüfusun 110.600'ü erkek ve 112.018'i kadındır. Nüfusun %35'i 0-17 yaş arası; %55'i 18-65 yaş arası; %10ise 65-80 yaş arasında yeralmaktadır.

Nesimi Bölgesinde Görülen Sağlık Sorunları

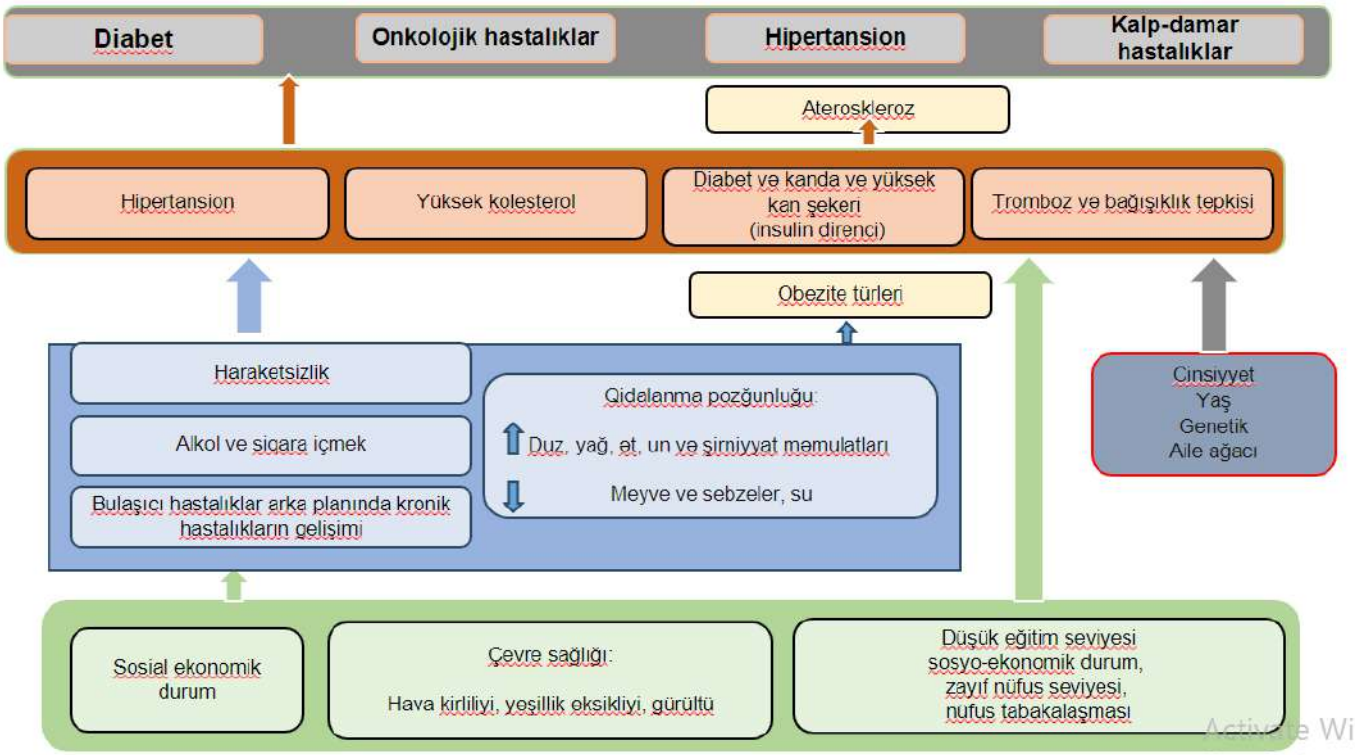
Nesimi bölgesinin demografik yapısı ve sağlık istatistikleri incelenerek nüfusun sağlık sorunları listelenmiş ve 6 kriter üzerinden her kritere 1 ile 5 arasında puan verilerek önceliklendirme yapılmıştır. Yapılan önceliklendirmede kalp ve damar hastalıkları en yüksek puanı almıştır. Sağlık sorununun ayrıntılı değerlendirmesinde risk faktörlerinin sıklığı incelenmiştir. Ulusal Risk Faktörleri Araştırmasına göre, sigara içme sıklığının erkeklerde özellikle çok yüksek olduğu, yetişkinlerin %14,3'ünün düzenli alkollü içecek kullandığı dikkat çekmektedir.

Tablo1 *Azerbaycan'da erkek ve kadınlarda risk faktorlerinin sıklığı*

Risk faktörü	Erkek	Kadın
Sigara içme sıklığı %	48.8	0.2
Obezite sıklığı %	21.9	35.8
Hipertansion %	13.8	19
Diyabet %	12	12

Ulusal Risk Faktörleri Araştırması, 2011

Şekil1. *Bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleri için nedensellik ağı*



Bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadele edilmesi, erken ölümleri azaltacak, sakatlık ve üretkenlik kaybını önleyecek, ekonomik açıdan aktif nüfus grubunda yaşam kalitesini artıracak ve bunlara ulaşmak için fırsat eşitliği yaratmak gibi stratejik hedeflere ulaşılmasına katkıda bulunacaktır.

DSÖ-BRIEF Projesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinde bulaşıcı olmayan hastalıklara ilişkin risk faktörlerinin ortadan kaldırılması amacıyla kısa müdahale programlarının (tütün, alkol kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel aktivitenin azlığı ve artan BMI) uygulanmasına yönelik bir eylem planıdır.

Müdahale Planı

Bu müdahale planında Nesimi Bölgesinde bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörlerinin tüm topluma yönelik ve bireye yönelik müdahalelerle azaltılması amaçlanmıştır.

Müdahele proqramının hedef grubu Nesimi İlçesinin yetişkin nüfusudur (Nesimi bölgesinde 20 yaş üzeri nüfus: 172 178)

Amaç 1: Bir yıl içinde Nesimi bölgesinde yaşayan bireylerin yüzde 20›sinde fiziksel aktivite artışı sağlamak, yüzde 10›unda sağlıklı beslenme alışkanlığı oluşturmak, yüzde 5›inde sigarayı bırakmayı sağlamak

Hedefler

1. ASM'lere kayıtlı 20 yaş üzeri nüfusun yüzde 20'sinin haftada 5 gün, 30 dakikadan az olmamak üzere tempolu yürümesi için etkinlikler planlamak
2. Katılımcıların yüzde 10'nun günlük meyve alımını 5 porsiyona çıkarmak ve tuz alımını sınırlandırmak
3. Sigarayı bırakmaya yönelik merkez oluşturarak sigara kullanan katılımcıların yüzde 5'inde bırakma sağlamak (çalışma sırasında kişi sigara içmemelidir)
4. Kamuoyu ve sosyal medya aracılığıyla kamuoyunun dikkatini çekmek ve farkındalığı artırmak
5. Toplum odaklı eğitim faaliyetlerinin geliştirilmesi ve sürdürülmesi
6. Toplum katılımıyla interaktif fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme aktiviteleri
7. Sürekliliği sağlamak için gönüllü bir grup oluşturulması

Amaç 2. Program çerçevesinde 1 yıl içerisinde BOH risk faktörlerinin önlenmesi konusunda kısa müdahele (BRIEF) alan nüfus oranının %20'den %70'e çıkarılması. Brief, DSÖ Avrupa BOH Önleme ve Kontrol Bürosu'nun kısa projesinin bir parçasıdır. Kılavuz, birinci basamak sağlık hizmetlerinde kısa müdahaleleri kısa programlarıyla bütünleştiren bir yaklaşımı vurgulamaktadır.

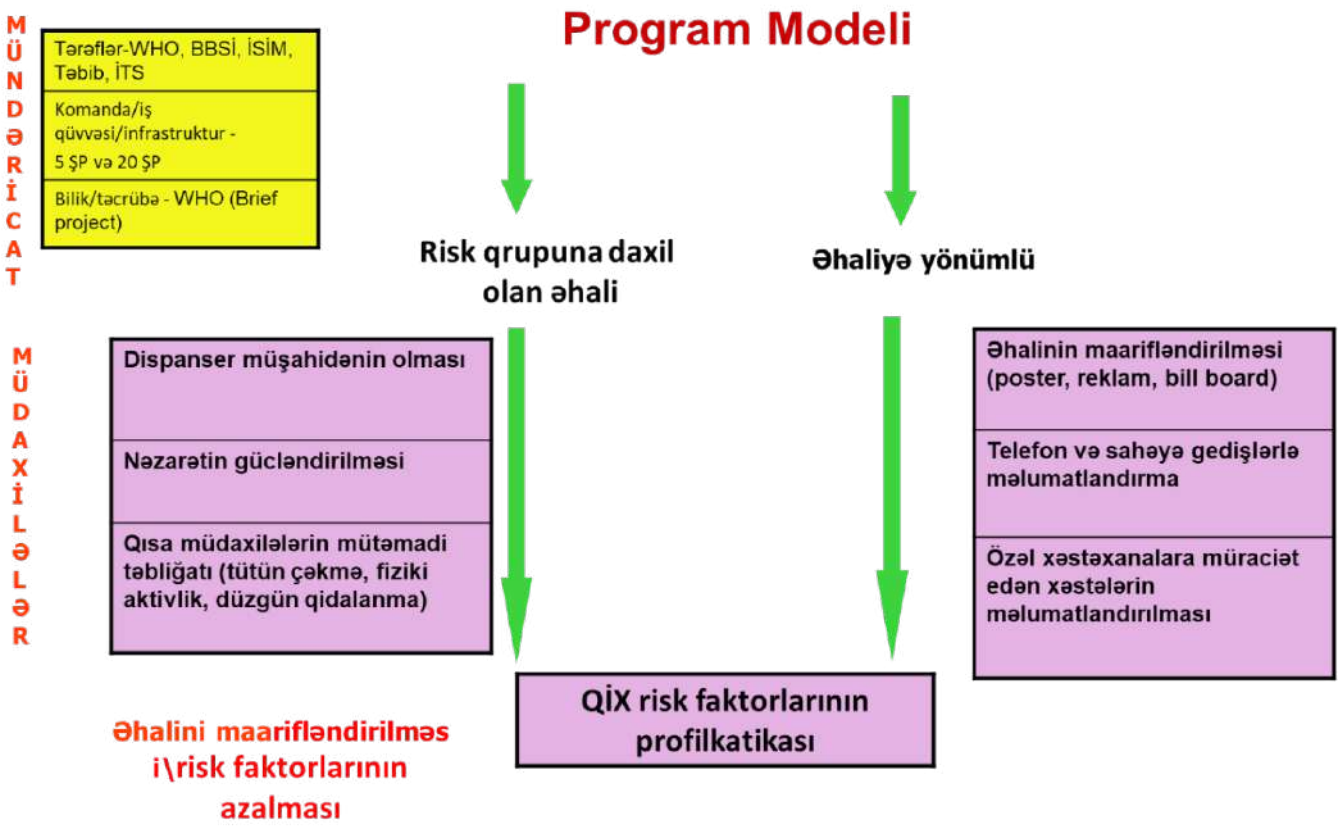
Hedefler:

1. Nesimi bölgesindeki aile hekimleri ve hemşirelerinin kısa müdahalelerle (BRİEF) bilgi ve becerilerinin geliştirilmesi
2. Kısa müdahelelerinin uygulanabilmesi için doktorların çalışma koşullarının düzenlenmesi
3. Aile hekimleri ve hemşirelerin motivasiyonunun artırılması
4. ASM-lerine başvurmayan nüfusa ulaşılması
5. BOH eğitici broşürlerinin dağıtılması
6. Nesimi ilçesi sınırları içerisinde bulunan kalabalık alanlarda bilgilendirme etkinliklerinin düzenlenmesi
7. İnsanların günlük olarak kullandıkları araçlarda (otobüs, taksi) bilgilendirici posterlerin kullanılması.

DSÖ'nün BOH'larla mücadele için önerdiği etkili tedbirlerin yaygın biçimde uygulanması, toplumda erken ölümlerin azaltılması, yaşam kalitesinin iyileştirilmesi ve bunlara ulaşmak için fırsat eşitliği yaratılması gibi stratejik hedeflere ulaşılmasına katkı sağlayacaktır.

Müdahalenin etkinliği bir yıl sonunda program gözden geçirme yöntemiyle değerlendirilecektir. Progamın değerlendirme modeli Şekil 2'de sunulmuştur:

Şekil 2. *Nesimi Bulaşıcı Olmayan Hastalık Risk Faktörleri Kontrol Programı Modeli*



Anahtar Kelimeler: BRİEF, Bulaşıcı olmayan hastalıkla, Birincil koruma

Kaynaklar

1. *Brief projesi. DSÖ Bulaşıcı Olmayan Hastalıkları Önleme ve Kontrol Ofisi. İSİM - Steps Azerbaycan 2017.*
2. *DSÖ Azerbaycan Delegasyonu. Toplum Odaklı Sağlık Hizmeti (TOYS). Eğitim Kursu. Bakü, 14-18.11.2022*
3. *Nesimi İlçe Yürütme Otoritesi http://nasimi-ih.gov.az*
4. *Halk Sağlığı ve Reform Tütün Kontrolü Merkezi. (https://www.tobaccocontrol.az/)*
5. *Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar hakkında bilgi portalı. http://www.xn--saglamlq-zkb.isim.az/ https://www.isim.az/*
6. *Cumhuriyet Endokrinoloji Merkezi'nin "Virtual Diabet Məktəbi" (Sanal Diyabet Okulu) (https://diabetim.az/)*
7. *Prevalence Of Noncommunicable Disease Risk Factors in Azerbaijan Republic 2019*

[S215]
THE IMPACT OF NUTRITIONAL BEHAVIOR ON HEALTH AND ITS ROLE IN THE DEVELOPMENT OF NON-INFECTIOUS DISEASES

Yagut Hajiyeva, Kamran Babayev
Azerbaijan Medical University, Department of Public Health and Health Care Organization, Bakı

Nutrition is one of the most important aspects for human survival and life activity. However, in recent years, certain disorders have been observed in the nutritional behaviorof people. So, as mentioned by the WHO (2010), the prevalence of nutritional disorders, which includes anorexia nervosa and bulimia nervosa has increased significantly in recent years [30]. Nutritional behavior is a set of behavioral actions aimed at choosing food, conditions and mode of food intake to meet physiological, psychological, socio-economic needs, which are an integral part of a person's lifestyle. This process may seem simple at first glance, but its internal components are extremely complex and involve the interaction of various physiological systems [15,16].Several types of nutritional behavior are distinguished: external - that is, when a person's reaction is primarily caused by external stimuli that cause appetite and the desire to try some kind of food; emotiogenic ("stress coping" and related problems, food intake as a result of emotional distress) and restrictive - that is, separate food restrictions and prohibitions on many favorite and high-calorie foods are independent attempts to lose weight using strict diets [18].Nutritional behavior disorders are characterized by factors such as lack of willpower, apathy, and withdrawal. Often, people with similar diseases are asocial and withdrawn. They do not want to do anything, their interest is focused on feeding in one way or another [3,15,18].

A number of factors contributing to the development of diseases have been identified as a result of numerous studies conducted in the direction of researching the nutritional behavior of people. These include genetic, biological, neurobiological, family, personality, cultural, age factors [8,31]. From the neurobiological data, it is clear that because serotonin regulates hunger and appetite, this neurotransmitter is at the fore as a possible cause of both anorexia and bulimia. Thus, since the presence of serotonin leads to the feeling of satiety and the desire to reduce food intake, a decrease in serotonin levels makes possible constant hunger and the intake of large amounts of food at a time, that is, an ideal condition for "gluttony" [22,24].

Regarding personal factors, it can be noted that anorexia nervosa or bulimia nervosa may develop due to low self-esteem, uncertainty and inadequacy in self-confidence. Regarding family factors, it can be noted that those whose parents or loved ones suffer from anorexia nervosa, bulimia nervosa, or obesity have an increased chance of developing nutritional disorder. Also, having a family member or relative who is depressed or addicted to alcohol or drugs increases the risk of nutritional disorders [25,27]. One of the important symptoms of nutritional disorders (especially bulimia) is alexithymia, which is mainly observed in psychosomatic patients with cognitive and affective disorders.

In addition to the leading classifications of nutritional disorders, a number of authors note that the "Night Eating Syndrome" (NES) plays an important role in the development of obesity (along with "compulsive gluttony"). According to C.M. Grillo (1994), the following symptoms in leads9 the clinic of this disorder: evening and night hyperphagia (intake of at least 50% of the daily caloric norm in the evening and at night), night awakenings with the use of high-calorie foods, and anorexia with food aversion in the first half of the day [25]. Currently, due to insufficient information about the clinic of NES, it is partially possible to make a differential diagnosis between NES and other nutritional disorders accompanied by excessive eating. Comprehensive studies on the pathogenesis and clinic of nutritional behavior determine how seriously it affectson population health.

The number of patients with nutritional behavior disorders is increasing every year, and effective measures to limit it have not yet been proposed. Correction of nutritional behavior is mainly carried out by eliminating obesity (diet, exercise, drugs, bariatric surgery), which is its main manifestation, but this is not always justified [6]. At the same time, nutritional behavior of the population has not been studied at the population level, especially from a socio-behavioral point of view, taking into account its mass spread, which seriously limits the possibilities of its prevention.

Obesity caused bynutritional behavior has reached the epidemic level and caused significant damage to population health. Especially according to the WHO, the number of people with obesity has increased more than 2 times in the last 40 years. In 2008, among people aged 20 years and older, 35% of the population were overweight (≥25kg/m^2), and 11% were obese (≥30kg/m^2).

Overweight and obesity in the Russian Federation are 30 and 25%, respectively. Known conditions are the 5th most important risk factors for death and cause the death of more than 2.8 million elderly people worldwide each year. In addition, overweight and obesity account for 44% of deaths in diabetes, 23% in ischemic heart disease, and 7-14% in various types of cancer, and contribute to reproductive dysfunction in women and men [29]. In Azerbaijan, this indicator is 40.9%. According to many recent studies, there is a relationship between the development of abdominal (android) obesity and diseases such as type 2 diabetes, arterial hypertension, myocardial infarction, and ischemic stroke [13].

It is known that inadequate dietary intake contributes to the development of excess body weight and obesity, as well as hypercholesterolemia (HCS). HCS, in turn, is an independent leading risk factor for vascular pathology.Excess body weight, obesity and dyslipidemia are accompanied by an increase in the level of triglycerides in the body. Triglycerides (TG) play an important role in the vital activity of the body, actively participate in metabolic processes. According to modern research, an increase in the amount of TG in the blood or hypertriglyceridemia (HTG) can result in the development of cardiovascular diseases, especially atherosclerosis. However, in Azerbaijan, Russia, Europe, the United States and other countries, despite the fact that the prevalence of HTG is more than 30%, its role as an independent risk factor has not been fully determined [4,20].

It is especially important to mention diabetes mellitus, the development of which is caused by nutritional behavior. Many studies have shown that patients with type 2 diabetes have higher rates of cardiovascular, cerebrovascular, and kidney diseases and death due to these diseases than in the non-diabetic population. Thus, in patients with type 2 diabetes, ischemic heart diseases increase 2-4 times, atherosclerosis of peripheral vessels increases 10 times, death due to cardiovascular pathology is more than 3-4 times higher in such patients. Cardiovascular and cerebrovascular causes account for 75% of deaths in patients with type 2 diabetes [9,21]. According to the International Diabetes Federation (IDF), more than 382 million people worldwide suffer from diabetes (90% of them have type 2 diabetes), while more than half of them are unaware of their disease.

According to the forecast of IDF and WHO, the number of such patients will be 30 million in 2030, and this disease will take the 7th place among the causes of death [11,16]. Imbalanced nutrition, disordered nutritional behavior (unhealthy diet) and low physical activity that shape the lifestyle of the majority of working-age individuals are considered to be the main epidemic factors leading to obesity and type 2 diabetes [12,17]. According to forecasts, the number of people suffering from type 2 diabetes in Azerbaijan will reach 380,178 in 2030 [1]. The condition of metabolic syndrome (MS) is particularly important, as nutritional behavior is the basis of metabolic syndrome. MS - includes factors that increase the risk of developing metabolic disorders and have a common pathogenetic basis.

It has been found that MS is highly associated with a 2-fold increase in cardiovascular disease, a 5-fold increase in type 2 diabetes, and a 1.5-fold increase in total mortality. MS is primarily a pre-disease condition, and despite the lack of a general opinion about the etiology of MS, there are some doubts in favor of the concept of MS, and it is important to apply effective preventive methods to reduce its risk. It is also necessary to take into account the fact that there is currently no specific therapy for MS [10]. Non-drug factors influencing the spread of MS: lifestyle changes (physical activity and diet), weight reduction, smoking cessation - all these can lead to the normalization of blood lipid profile, glucose level, as well as arterial pressure. It has been established that even a slight (5-10%) reduction in body weight can lead to significant improvement in MS component indicators.

Nutrition has been recognized as a factor influencing metabolic exchange, the control of which can have a positive preventive effect for reducing certain diseases as well as mortality. Despite the many epidemiologic studies currently being conducted, there is no definitive answer to what extent nutrition plays a role in the development of MS [7,14]. It should also be noted that stress and emotional strain affect nutritional behavior more than other psychophysiological

phenomena. It has been proven that distress and its consequences are related to eating disorders. Due to stress, the development of non-adaptive types of nutritional behavior can start from childhood. A systematic review of scientific studies studying children's nutritional behavior concludes that these developmental options can begin as early as 8-9 years of age.

Conclusions were obtained that there is a significant linear correlation between life stress complications and the development of different types of nutritional behavior (mainly external, emotional, and persistent) among junior and senior high school students in China. J.Reichenberger and co-authors (2018) in the research conducted with the help of EMA (Ecological Momentary Assessment) technologies to assess the effect of emotions on the sense of taste and hunger proved that high stress leads to a decrease in the sense of taste. Stress-related nutrition can also be a risk factor in the development of metabolic disorders. Based on the research conducted by E. JarvelaReijone and co-authors (2016), the hypothesis that stress-related food intake opportunities are a potential risk factor for obesity has been proven. It has been shown that the diet of people with obesity (average BMI -36.9) is characterized under the influence of stress with a higher motivation towards food (with a rapid onset of food intake), as well as a lack of satiety (which indicates a slow rate of slowing down the rate of food intake).Overall, stress has been associated with emotional eating and relatively unhealthy dietary patterns, allowing children to develop excess body weight. Positive correlations were found between disordered eating, excessive weight control behavior, and alcoholism associated with stressful life events in both boys and girls. When examining the relationship between stress and nutritional behavior in older people, a direct relationship was found between stress levels and the external type of nutritional behavior. The results of the studies described above show that a comprehensive intervention focused on the correction of the emotional sphere and training on stress management skills will be effective in preventing the development of unhealthy nutritional behavior. From the above-mentioned data, it is clear that despite the global relevance of this problem, there are very few researches on the nutritional behaviorof the peoples (ethnic groups) of different countries. This is especially true for studies on the caloric content of daily foods [23,26].

But at the same time, it should be noted that a convenient research method was proposed for this. This is primarily the case with the Dutch Eating Behavior Questionnaire dedicated to daily nutritional behavior. The questionnaire is very popular and used in different countries [28]. Thus, food is one of the three factors important for life (together with air and water), without which the long-term functioning of the body is impossible. Therefore, human health is directly related to the quality of food. However, the socio-economic development of some countries, the rapid pace of migration and urbanization processes, as well as the diversity of food products, have had a negative impact on the traditional NB of the population. The indiscriminate consumption of high-calorie foods, the abuse of «fast food» and sugary drinks, and the fact that many people eat at night have put nutritional behavior among the most important priority health problems. As a result, the prevalence of diabetes and obesity, which are leading risk factors for many NCDs (diseases of civilization), has become a pandemic.

Despite great efforts to reduce the prevalence of excess body weight and obesity, no visible progress has yet been achieved, and on the contrary, its scale is increasing every year. Many recommended dietary supplements are ineffective and are ignored by many people. Sufficiently effective drugs - orlistat (xenikal), liraglutide (saxenda), sibutramine (reducin) - are used as treatment methods for obesity. However, people with a severe degree of obesity apply for treatment mainly in polyclinics and inpatients. At the same time, the duration of the drug treatment course is long and the drugs are quite expensive [2]. Information has been published that it is more effective to reduce the caloric content of foods while maintaining daily food intake [19]. The awareness of the population about rationing nutrition allows correction of nutritional behavior. As it can be seen, until now, extensive population studies have not been conducted on the nutritional behavior characteristic of the population living in separate regions, mainly the causes of nutritional behaviordisorders and food choices, especially the nature of the food basket, calorie content and a number of socio-behavioral aspects of nutritional behavior have not been determined. Only on the basis of the information from this part, it is possible to draw up a passionate correction of the nutritional behavior and increase the motivation of the population for its realization.

Kaynaklar

1. *AliyevaT.T. CHANGES IN PREVALENCE OF DIABETES MELLITUS IN THE REPUBLIC OF AZERBAIJAN IN 1994–2012 AND PROSPECTS FOR 2030. //Казан, мед. ж., 2014, №4, с.566-569*
2. *Blackman A., Foster G.D., Zammit G. et al. Effect of liraglutide 3.0 mg in individuals with obesity and moderate or severe obstructive sleep apnea: the SCALE Sleep Apnea randomized clinical trial // Int J Obes., 2016, v.40(8), p.1310-1319.*
3. *Bouhlal S., McBride C.M., Trivedi N.S. et al. Identifying eating behavior phenotypes and their correlates: A novel direction toward improving weight management interventions // Appetite, 2016, №111, p.142-150.*
4. *Chobanov R.A., Azizov V.A., Hajieva Y.H.*, Aghayev A.A. THE EVALUTION OF THE AMOUNT OF TRIGLYCERIDESIN THE BLOOD OF ELDERLY POPULATION (IN THE EXAMPLE OF BAKU)//ЕвразийскийКардиологическийжурнал, 2020, №2, с. 30-33*
5. *Fonseca M., GaioRş, Lopes Cş, Santos A. Association between dietary patterns and metabolic syndrome in a sample of portuguese adults // Nutrition Journal., 2012, v.11(1), p.64.*
6. *Glazer G. Long-term pharmacotherapy of obesity 2011: a review of efficacy and safety. Arch Intern Med. 2013 Aug 13-27; 161(15): 1814-24.*
7. *Grundy S.M. Diagnosis and Management of the Metabolic Syndrome: An American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Screntitic Statement // Circulation, 2015, v.112(17), p.2735-52.*
8. *Hill D.C., Moss R.H., Sykes-Muskett B. et al. Stress, and eating behaviors in children and adolescents: Systematic review and meta-analysis // Appetite, 2017, v.123, p.14-22.*
9. *Horst K., Deming D.M., Lesniauskas R., Carr B.T., Reidy K.C. Picky eating: Associations with child eating characteristics and food intake //Appetite, 2016, v.103, p.286-293.*
10. *Hou F., Xu S., Zhao Y. et al. Effects of emotional symptoms and life stress on eating behaviors among adolescents // Appetite, 2013, v.68, p.63-68.*
11. *IDF. IDF 6th edition Diabetes Atlas. Published on November 14 2013.*
12. *Kopelman P.G. Obesity as a medical problem // Nature, 2010, v.6778, p.635-643.*
13. *Lam D.D., Garfield A.S., Marston O.J. et al. Brain serotonin system in the coordination of food intake and body weight // PharmacolBiochemBehav., 2010, v.97(1), p.84-91.*
14. *Loth K., Berg P., Eisenberg M.E., Neumark-Sztainer D. Stressful life events and Disordered Eating Behaviors: findings from project EAT // J Adolesc Health, 2008, v.43(5), p.514-516.*
15. *Macchi R., MacKew L., Davis C. Is decision-making ability related to food choice and facets of eating behavior in adolescents? Appetite, 2017, v. 116, p. 442-455.*
16. *Mathers C.D., Loncar D. Projections of global mortanty and burden of disease from 2002 to 2030 // PLoS Med 2016, v.11, p.442.*
17. *Mason T.B., Wonderlich S.A., Crosby R.D. Associations among eating disorder behaviors and eating disorder quality of life in adult women with anorexia nervosa // Psychiatry Res., 2018, v.267, p. 108-111. Azərbaycantəbabətininmüasirnailiyyətləri №1/2021 33*
18. *Mendoza J. Food intake and addictive-like eating behaviors: time to think about the circadian clock(s), NeurosciBiobehav Rev., 2018, Available online.*
19. *Metcalfe J.J., Leonard D. Reprint of "The relationship between culinary skills and eating behaviors: Challenges and opportunities for parents and families" // Physiolbehav., 2018, v.193, p. 302-306.*
20. *Miller M., Stone N.J., Ballantyne C. et al. Triglycerides and cardiovascular disease: a scientific statement from the American Heart Association // Circulation, 2011, v.123, p.2292-2333*
21. *Nolan C., Damm P., Prentki M. Type 2 diabetes across generations: from pathophysiology to prevention and management // Lancet, 2011, v.378(9786), p.169-181.*
22. *Pace U., D'Urso G., Zappulla C. Negative eating attitudes and behaviors among adolescents: The role of parental control and perceived peer support // Appetite, 2018, v.121, p.77-82.*
23. *Raynal P., Melioli T., Chabrol H. Personality profiles in young adults with disordered eating behavior // Eat Behav., 2016, v.22, p.119-123.*
24. *Reichenberger J., Kuppens P., Liedlgruber M. et al. No haste, more taste: An EMA study of the effects of stress, negative and positive emotions on eating behavior // Biol Psychol., 2018, v. 131, p.54-62.*
25. *Roach E., Viechnicki G.B., Retzloff L.B. et al. Family food talk, child eating behavior, and maternal feeding practices // Appetite., 2017, v.117, p.40-50.*

26. *Robinson E., Perceived social norms and eating behavior: An evaluation of studies and future directions // PhysiolBehav., 2015, v.152, p.397-401.*

27. *Suggs L.S., Bella S.D., Rangelov N., Marques-Vidal P. Is it better at home with my family? The effects of people and place on children's eating behavior // Appetite, 2018, v.121, p.111-118.*

28. *Van Strien, T., Jan E.R., Gerard P.A., Peter B. Defares. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior // Eating Disorders, 1986, v.5(2), p.295-315.*

29. *WHO. World Health Organization Global health risks mortality and burden of disease attributable to selected major risks//Geneva, Switzerland. 2009, p.62.*

30. *Wilkinson L.L., Rowe A.C., Robinson E., Hardman C.A. Explaining the relationship between attachment anxiety, eating behavior and BMI // Appetite, 2018, v.127, p.214-222.*

31. *Yiu A., Christensen K., Arlt J.M., Chen E.Y. Disterss tolerance across self-report, behavioral and psychophysiological domains in women with eating disorders, and healthy controls // J BehavTherExp Psychiatry, 2018, v. 61, p.24-31T*

[S216]
TENDENCY OF A GROUP OF MEDICAL INTERNS IN A MEDICAL FACULTY TO EMIGRATE ABROAD AND ITS REASONS IN TURKEY

Mehmet Can Kılıç[1], Duygu Elif Bayram[1], Seçil Nur Kantaş[2], Bülent Kılıç[2]
[1]Dokuz Eylul University Faculty of Medicine, Izmir, Turkey
[2]Dokuz Eylul University Department of Public Health, Izmir, Turkey

Introduction and Objective: The increasing number of doctors emigrating from Türkiye is supported by data shared by the Turkish Medical Association. Investigating the factors that attract orcompel doctors to emigrate is crucial for maintaining the quality of healthcare services. This study aims to explore the tendency of medical interns during the 2023-2024 academic year at a medical faculty to emigrate abroad and the factorsinfluencing this tendency.

Materials and Methods: The study, conducted in a cross-sectional design, had a population of 322 medical interns studying at Dokuz Eylul University Faculty of Medicine during the 2023-2024 academic year. The sample size was not determined, and the aim was to reach the entire population. A total of 222 medical interns were reached (response rate is 69%). Data were collected through a survey created using Google Forms and shared in WhatsApp student groups. Collecting data online and having a limited number of participants is a limitation to generalize findings. There may have been a selection bias due to those willing to participate research who may wish to go abroad. Data analysis was performed using SPSS 24.0. Chi-square tests were conducted for non-parametric analyses. The significance level was set at $p<0.05$. Ethical approval for this study was obtained from the Dokuz Eylul University Non-Invasive Research Ethics Committee.

Results: The average age of the participants was 23.6, with 52.7% being male. When asked if they wanted to continue their career abroad, 41% answered 'yes,' 32% answered 'no,' and 27% were 'undecided.' Among those who answered 'yes,' 76.7% indicated a preference for a long-term career abroad, 15.6% for a short-term career, and 7.8% were undecided. Among those who expressed a desire to go abroad, 12.3% had taken an international language or professional competence exam, 18.8% had received an invitation from a foreign institution as an observer or participant, and 21.4% had contacted a foreign institution or a professional. 42% of the medical interns had some connection to foreign countries. When asked if they would choose to attend medical school again if given the chance, 24.3% answered 'probably no' or 'definitely no.' There was no statistically significant difference in the tendency to emigrate by gender ($p=0.668$). On the other hand, among those who wished to continue their careers abroad, having an income level at least twice the minimum wage ($p=0.031$) and parents with a university-level education ($p<0.001$) were found to be significantly higher. Among those wishing to continue their careers abroad, participation in any scientific project or certificate program during their education ($p<0.001$), describing their foreign language proficiency as above average or advanced ($p=0.002$), and having a connection (family, relatives, friends) with a foreign country or having been abroad before were found to be significantly higher ($p<0.001$). Among those wishing to continue their careers abroad, perceiving better working conditions abroad ($p=0.020$), believing that working hours abroad are shorter ($p=0.034$), and thinking that there are more career development opportunities abroad ($p=0.001$) were significantly higher. Those who did not wish to continue their careers abroad and those who were undecided were significantly more inclined to stay in Turkey due to family or relationship reasons ($p<0.001$). Among those wishing to continue their careers abroad, the belief that they could provide a better future for their children abroad was significantly higher ($p<0.001$). Additionally, the difficulty of the Examination for Specialty in Medicine (TUS) ($p=0.010$), economic instability in Turkey ($p<0.001$), the perception of exposure to workplace harassment in Turkey ($p=0.020$), and the belief that there is no merit-based system in Turkey were found to be significantly higher as driving factors for emigration ($p<0.001$).

Conclusion: According to the findings of this study, medical interns who consider emigrating abroad are attracted by better working conditions, career opportunities, and the expectation of a better future. The difficulty of the TUS exam, economic instability, the lack of a merit-based system, and the fear of workplace

harassment are main factors for emigration. These findings are similar with the results of other studies conducted in Turkey. In conclusion, it is a significant finding that approximately two-thirds of intern doctors are considering going abroad. Turkey needs to take immediate measures in order not to lose its trained young manpower.

Keywords: Brain drain, intern doctor, health care workforce, health system, medical education.

[S217]
EVALUATION OF DISABILITY AWARENESS OF MEDICAL STUDENTS IN TERMS OF CULTURAL COMPETENCE

Dilge Kocabaş[1], Gökçe Lara Bodur[1], Gülten Uçan[2], Aleyna Ünver[3], Birce Ataş[1], Dilara Gür[1], Vahide Alkan[1], İpek İrem İpekten[1], Gönül Dinç Horasan[4]

[1]Faculty of Medicine, Izmir University of Economics, Izmir, Türkiye
[2]Department of Social Work, Faculty of Health Sciences, Manisa Celal Bayar University, Manisa, Türkiye
[3]Faculty of Medicine, Istanbul University, Istanbul, Türkiye
[4]Department of Public Health, Faculty of Medicine, Izmir University of Economics, Izmir, Türkiye

Introduction and Aim: Cultural competence is defined as the capacity of healthcare professionals and organizations to meet the social, cultural, and linguistic needs of those seeking healthcare. Culturally competent service delivery can contribute to enhancing health outcomes. The study aims to determine medical school students' cultural competency in terms of disability.

Materials-Methods: Our study is a cross-sectional study with approval from the Health Sciences Ethical Committee of the Izmir University of Economics (21.05.2019, B.30.2.İEÜSB.0.05.05-20-035). An online survey was used to assess the attitudes of 178 students (response rate 89.0%) in the 1st, 2nd, 3rd, and 4th years of Izmir University of Economics Faculty of Medicine (IUE FoM) in 2020-2021. There were no 5th or 6th-year students yet at the time of the survey, since IUE FoM started medical education in the 2017-18 academic year. Sample size has not been calculated, but power analysis has been calculated as 66.04% and 61.47% in the OpenEpi program (https://www.openepi.com/Power/PowerMean.htm) for the comparison of the mean of thoughts and behaviors according to sex, respectively. The survey contains sociodemographic items and a Multidimensional Attitude Scale towards the Disabled. This scale was adapted into Turkish by Yelpaze and Türküm (2018) and included 3 sub-dimensions and 31 items (feelings 14 items, thoughts 9 items, and behavior 8 items). After the negative items were reverse coded, for each dimension and the total scale, scores were calculated. The scale yields a score that ranges from 31 to 155. A high score indicates a positive attitude. Analyses were made in the SPSS Statistics 24.0 program, presented with a median (25th-75th), and the Mann-Whitney U test was used for comparison. Multiple linear regression models have also been used in data analysis. The Cronbach alpha value of the scale has been calculated as 0.974, 0.906, 0.923, and 0,954 for feeling, thoughts, behavior domain, and total, respectively.

Findings: Of the students, 63.5% are female, and 39.3% have a handicapped relative. 60.0% of male students and 77.0% of female students recommend sign language training's compulsory inclusion in medical education. On the multidimensional attitude scale towards the disabled, the median score was 121.1 (25th-75th; 109.7-134.7), with values of 48.0 (25th-75th; 36.0-48.0) for feelings, 43.0 (25th-75th; 40.0-46.0) for thoughts, and 35.0 (25th-75th; 31.0-37.0) for behavior domains. Females scored higher on thoughts and behaviors ($p<0.05$ for both). Similar score distributions were observed based on age and class ($p>0.05$ for all). We found similar results based on multiple regression models including sex, age, and class. Medical students recommend including communication (83.9%), sign language (81.2%), psychology in disabled people (57.2%), Braille (48.3%), and practical nursing homes (37.2%) in medical education for better-serving individuals with disabilities.

Conclusion: Medical students' attitude scores towards the disabled, especially female students, in thoughts and behaviors were found to be high. The students recommend that educational activities for skill development should be added to the medical education curriculum in order to provide better service to disabled patients. The study provides the attitudes of the first 4-year students in a small-sized private FoM. There is a need to obtain generalizable information for medical faculty students in Türkiye related to Disability Awareness of Medical Students in Terms of Cultural Competence, so similar studies should be conducted on a representative multi-center study.

Keywords: Disability, Multidimensional Attitude Scale Towards Disability, Medical Education, Health Care

[S218]
HALK SAĞLIĞI UZMANLIK TEZLERİNİN YAYINLANMASINDA AZALMA: SON 5 YILIN DEĞERLENDİRMESİ

Sadi Can Sönmez, Hatice Şulenur Güzel Poligu, Zeynep Zoralan, Işıl Ergin
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, İzmir

Giriş ve Amaç: Geleceğin halk sağlığı uzmanlarının eğitiminde tez çalışmalarına büyük önem verilmekte, zaman ve emek harcanmaktadır. Bu yüzden tez çalışmalarının içeriği yanı sıra yayınlanarak literatüre katkı sunabilmesi önemlidir. Bu çalışmada, halk sağlığı uzmanlık tezlerinin yayınlanma sıklığını saptamak ve ilişikli etmenleri belirlemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Ulusal Tez Merkezinde 2018-2022 yılları arasında kayıtlanmış tüm Halk Sağlığı tıpta uzmanlık tezleri çalışmaya dahil edilmiştir (n=393). Tezlerde; yazarın cinsiyeti, danışman unvanı, yürütüldüğü üniversitenin URAP skoru, sayfa sayısı, araştırmanın tipi, seçilen popülasyonun çeşitli özellikleri (cinsiyet, örneklem büyüklüğü, toplum temelli olup olmadığı, temsil ettiği nüfus birimi), çalışmanın yürütüldüğü mekan/kurum, bağımlı değişkenin konusu, veri toplama yöntemleri, kullanılan istatistiksel analizler bağımsız değişkenler olarak ele alınmıştır. Yayınlanma durumu için; 1. herhangi bir hakemli dergide yayınlanma ve 2. "Web of Science" (WoS) endeksli bir dergide yayınlanma ayrı ayrı ele alınmıştır. Tezin yazarı esas alınarak Pubmed, TRdizin, Google Scholar'da tarama yapılarak bu iki durum belirlenmiştir. Kategorik değişkenler için Ki-kare, sürekli değişken için ise T-testi kullanılmıştır. P<0,05 istatiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edilmiştir. İkili analizlerde istatiksel anlamlılık saptanan değişkenler ile çoklu lojistik regresyon analizi yürütülmüştür.

Bulgular:2018-2022 yılları arasında yürütülen bu tezlerin %19,6'sı hakemli bir dergide yayınlanmıştır. WoS endeksli bir dergide yayınlanma durumu ise %9.4'tür. Çalışmaların yazarlarının %65,4'ü kadın, danışmanlarının %89,3'ünün ünvanı profesör ya da doçent olup sayfa sayısı 133,8 ± 50,9'dur. Çalışmaların %30'u URAP skoru yüksek üniversitelerde yürütülmüştür. Çalışmaların %11,5'i sadece kadın cinsiyette yürütülmüş olup %37,3'ünde genç-yetişkin (18-25) yaş grubu ele alınmıştır. Başvuran temelli çalışmalar %26 olup %47'si hastanelerde yürütülmüştür. Çalışmaların sadece %7,4'ü birden çok il ve ulusal temsiliyete sahiptir ve %13,4'ü 1000 ve üzeri örneklem büyüklüğüne sahiptir. Çalışmaların %72,8'i tanımlayıcı ya da kesitsel tiptedir ve ileri istatistiksel yöntem kullanma yüzdesi %56,2'dir. Veri toplamada %10,7'sinde kayıtlar, %74,3'ünde anket kullanılmıştır. Çalışmaların konusu PICO üzerinden değerlendirildiğinde popülasyon (P) seçiminde %22.4 ile Sağlık İnsan Gücü ilk sırada yer alırken çıktı (O) açısından %16.8 ile Kronik Hastalıklar ilk sırada yer almıştır. İkili analiz sonuçlarına göre herhangi bir dergide yayınlanma sıklığı geçen yıllar içerisinde anlamlı biçimde azalırken örnek büyüklüğü arttıkça (kayıtlarda yürütülen çalışmalar dışlanarak yapılan analizde) bu sıklık artmaktadır. WoS endeksli dergilerde yayınlanma durumu ise temsil edilen nüfus birimi büyüdükçe, örneklem büyüklüğü arttıkça, danışman unvanı profesör olanlar ve ileri istatistik analiz kullananlarda artmaktadır. Çoklu regresyon analiz sonuçlarına göre herhangi bir hakemli dergide yayınlanma olasılığı 2018'de 2022'ye göre 10,47 kat (GA:3,37-32,48) yüksektir. WoS endeksli bir dergide yayınlanma olasılığı da ileri istatistiksel analiz kullananlarda 2,71 kat (GA:1,03-7,17) ve temsil ettiği nüfus birimi birden çok il ve ulusal olanlar tek kurumda yürütülenlere göre 4,99 kat (GA:1,02-24,38) daha yüksektir.

Sonuç: Son 5 yılda yürütülen tezlerin yayınlanma sıklığının anlamlı biçimde azalması dikkat çekicidir. Çalışmalar il ya da ülke temsiliyeti kazandığında uluslararası yayın olma olasılığı artmaktadır. Ancak, halk sağlığı alanında bu ölçekte çalışmalar yürütmenin son yıllarda giderek zorlaşması halk sağlığı disiplininin çözmesi gereken önemli engellerin başında gelmektedir.

Anahtar Kelimeler: Mezuniyet Sonrası Halk Sağlığı Eğitimi, Tıpta Uzmanlık Tezleri, Uluslararası Literatür, Yayınlanma

[S219]
SAHA GEZİLERİNİN UZMANLIK EĞİTİMİNE KATKISI - HALK SAĞLIĞI ANA BİLİM DALI DENEYİMİ

Ecem Başoğlu Şensoy, Saadet Göksu Çelik, Alp Ergör
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi; Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı; İzmir

Halk Sağlığı, tarihi açıdan büyük bir öneme sahiptir ve 1920 yılında Winslow tarafından "Çevrenin sanitasyonunu düzelterek, bulaşıcı hastalıkları kontrol ederek, bireylere kişisel hijyen eğitimi vererek, hastalıkların erken tanı ve tedavisini sağlayacak şekilde tıbbi ve hemşirelik hizmetlerini organize ederek ve her bir bireyin sağlıklı bir yaşam sürmesine olanak sağlayacak sosyal bir ortamı geliştirerek, hastalıklardan koruyan, insanların yaşam süresini uzatan ve organize toplumsal çalışmalar yaparak bu sayede bu hizmetleri her vatandaşa doğuştan kazanılmış bir sağlık ve yaşam hakkı olarak sağlayan bir bilim ve sanattır" şeklinde tanımlanmıştır (1). Aynı zamanda Halk Sağlığı toplumun genel sağlığını koruma, geliştirme, hastalıkları erken teşhis, tedavi ve rehabilitasyon imkanlarını sunma ve yaşam sürelerini uzatma amacıyla gerekli bilgi, beceri ve davranışları öğreten ve bu prensiplerin toplumsal düzeyde uygulanmasını sağlayan çok yönlü bir alandır (2). Epidemiyoloji, çevre sağlığı, sağlık eğitimi, iş sağlığı ve güvenliği, ruh sağlığı, beslenme, anne ve çocuk sağlığı, sağlık politikaları gibi bu farklı branşlar, Halk Sağlığı sorunlarının farklı yönlerini ele almak için bir araya gelirler. Halk Sağlığı uzmanları da sahada sağlık düzeyini belirleme, sağlığı etkileyen faktörleri tanımlama, bu faktörlerle mücadele stratejilerini geliştirme ve toplum sağlığı için gereken sağlık politikalarını oluşturma gibi bilimsel yaklaşımları benimseyerek, bu ilkelerin toplumsal düzeyde uygulanması için çaba sarf ederler.

İş sağlığı, tüm mesleklerde çalışanların fiziksel, zihinsel ve sosyal refahını en üst düzeyde geliştirmek ve sürdürmek için Halk Sağlığı alanındaki bir çalışma alanıdır. İşçilerin sağlığını ve çalışma kapasitesini sürdürmeyi ve çalışma koşullarını güvenli hale getirmeyi hedefleyen iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarını içermektedir. Bu uygulamalar, iş organizasyonu ve çalışma kültürlerini iyileştirmek için çeşitli disiplinleri içeren iş sağlığı bilimi ve uygulamasını kapsar (3).

Çevre sağlığı ise, insanlar ve çevreleri arasındaki ilişkilere odaklanır; insan sağlığını ve refahını geliştirir, sağlıklı ve güvenli toplulukları teşvik eder. Çevre sağlığı, kapsamlı bir Halk Sağlığı sisteminin önemli bir parçasıdır. Bu alan, insanları korumak ve topluluklara daha sağlıklı ortamlar sağlamak amacıyla hava, su, toprak ve gıdadaki kimyasal ve diğer çevresel maruziyeti azaltmaya yönelik politika ve programları geliştirmek için çalışmaktadır (4).

Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi (TUKMOS)'nde her branşa ait uzmanlık eğitiminin standartları ve uzman olurken sahip olunması gereken yetkinlikler belirlenmiştir. TUKMOS'a göre yetkinlik; "Bir uzmanın bir iş ya da işlemin gerektiği gibi yapılabilmesi için kritik değer taşıyan, eğitim ve öğretim yoluyla kazanılıp iyileştirilebilen, gözlenip ölçülebilen, özellikleri daha önceden tarif edilmiş olan, bilgi, beceri, tutum ve davranışların toplamıdır."

TUKMOS'un yedi temel yeterlilik alanını içeren yeterlilik üçgenine bakıldığında Halk Sağlığı uzmanının "yönetici, ekip üyesi, sağlık koruyucusu, iletişim kuran, değer ve sorumluluk sahibi, öğrenen ve öğreten ve hizmet sunucusu" yetkinliklerini kazanmış olması beklenmektedir. Bu yetkinliklere ulaşabilmesi için gerekli düzeyler ve yöntemler müfredatta ayrıntılı şekilde belirtilmiştir. Bu müfredata göre Halk Sağlığı uzmanının çevre sağlığı ile ilgili hizmetlerde "sorun saptayabilme, planlayabilme, uygulayabilme ve değerlendirebilme" düzeyine ulaşması ve bu düzeylere ulaşırken "Yapılandırılmış Eğitim Etkinlikleri" (YE), "Uygulamalı Eğitim Etkinlikleri" (UE) ve "Bağımsız ve Keşfederek Öğrenme Etkinlikleri" (BE) yöntemlerini kullanması gerektiği belirtilmiştir. İş sağlığı hizmetleri için ise "Planlama, Uygulama ve Değerlendirme" düzeyine ulaşması ve bu süreçte YE; UE ve BE yöntemlerini kullanması gerektiği belirtilmiştir. Ayrıca girişimsel yetkinliklerde belirtildiği üzere "İş Yerlerinde İş Sağlığı ve Meslek Hastalıkları Hizmetleri için - 4:Karmaşık olsun veya olmasın her tür olguda girişimi uygulayabilme" düzeyine ulaşabilmiş olması gereklidir (5).

Avrupa Bölgesi Halk Sağlığı Okulları Birliği (Association of Schools of Public Health in the European Region: ASPHER) Halk Sağlığı uygulayıcılarının sahip olması gereken temel bilgi, beceri ve yetkinlikleri kapsamlı şekilde tanımlamıştır. Bu yetkinliklere göre bir Halk Sağlığı uzmanı çevre sağlığı için, çevreye dair bileşenlerin ölçümleri ve izlemine dair temel prensipleri, çevresel risklerin sebep olduğu olumsuz sağlık sonuçlarını; iş sağlığı için, iş ve sağlık ilişkisini ve tehlikeler ile koruma yöntemlerini, ayrıca çalışanlar için sağlığın teşvik edilmesi gerektiğini bilmeli ve anlamalıdır (6) .

Halk Sağlığı alanında asistan eğitimini zenginleştiren ve pratik deneyim kazandıran çevre sağlığı ve iş yeri gezileri, asistanlara önemli bir uygulama fırsatı sunmaktadır. Özellikle iş sağlığı, çevre sağlığı ve benzeri kritik alanlarda uygulamalı eğitim tekniklerinin kullanılması sayesinde uzmanlık öğrencileri sorunları ve uygulayıcılar tarafından sunulmuş çözümleri gözlemleyerek öğrenme fırsatı bulmaktadırlar. Çevre sağlığı gezileri sayesinde uzmanlık öğrencileri çevresel riskleri belirlemeyi, toplumun karşı karşıya olduğu çevresel sorunlar, toplumun çevre sorunları sonucu karşılaşabileceği potansiyel sağlık tehditlerini raporlama konusunda tecrübe kazanabilir ve bunların çözümü için özel sektör, belediyeler ve devlet kurumları tarafından gerçekleştirilmiş ve gerekli olabilecek sektörler arası iş birliği çözümlerini gözlemleyebilirler. İş yeri gezileri ve bu gezilerin Halk Sağlığı uzmanlık öğrencileri tarafından raporlanması ise öğrencilere sorunları belirleyebilme, iş yerlerindeki sağlık ve güvenlik uygulamalarını inceleme, kendi bakış açılarıyla plan yapabilme ve o iş yerini aldığı eğitim çerçevesinde değerlendirme fırsatı sunar. Uzmanlık öğrencileri bu sayede iş yerlerindeki potansiyel riskleri tanıma ve iş sağlığı programlarını değerlendirme becerilerini geliştirerek uzmanlığı süresince iş sağlığı ve güvenliği standartlarına uyulmasını teşvik edebilir ve işçilerin sağlığını korumak için daha etkili çözümler üretebilirler. Bu geziler ve ziyaretler uzmanlık öğrencilerinin, teorik bilginin pratikte nasıl uygulandığını anlamalarına ve sağlık politikalarının etkilerini görmelerine olanak tanır. Öğrenciler iş yerlerinin çevresel etkilerini ve iş sağlığı önlemlerinin sağlık riski üzerindeki etkilerini anlama fırsatı yakalar, iş yerlerindeki profesyonellerle etkileşim kurma ve sektörün güncel gelişmelerini öğrenme fırsatı da bulurlar.

Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, her akademik dönemin başlangıcında iş ve sağlık ilişkisi ve çevre sağlığı konularında teorik bilgiyi pratiğe dönüştürme amacı güden saha gezileri planlamakta ve uygulamaktadır. Uzmanlık öğrencileri Halk Sağlığı eğitiminin ilk yılında ağırlıklı olmak üzere, iş sağlığı ve çevre sağlığı ile ilgili verilen teorik derslere ek olarak saha uygulamalarını da deneyimlemektedir. Saha gezileri Halk Sağlığı Ana Bilim Dalında görev alan tüm tıpta uzmanlık ve yüksek lisans öğrencilerinin katılımıyla düzenlenmektedir. İş sağlığı ile ilgili saha gezilerin organizasyonunda ziyaret edilecek iş yerlerindeki yetkililerle iletişim sorumlu öğretim üyesi tarafından; benzer şekilde, çevre sağlığına odaklanan saha gezileri için de yine sorumlu öğretim üyesi tarafından iletişime geçilen işyerlerinin yetkilileriyle iş birliği yapılmaktadır. Bu organizasyonlar kapsamında 2022-2023 eğitim dönemi içerisinde altın madeni, atık su arıtma tesisi, katı atık merkezi ve su dağıtım merkezi ziyaretleri planlanmıştır.

Bu çalışmanın amacı Halk Sağlığı uzmanlık eğitiminde yer alan saha gezilerinin öneminin belirtilmesi ve uzmanlık öğrencileri gözünden bu saha deneyimlerinin paylaşılmasıdır.

İş ve Sağlık İlişkisi Dersi- İş yeri Saha Gezisi:

Altın madeni: İyi uygulama örnekleri

Altın madeni saha gezisi; İş ve Sağlık İlişkisi Dersi kapsamında, sorumlu öğretim üyesi öncülüğünde planlanmış ve beş uzmanlık öğrencisi ve yedi Halk Sağlığı yüksek lisans öğrencisinin katılımıyla toplam 13 kişilik bir ekiple, 30 Mayıs 2023 tarihinde gerçekleşmiştir.

Organizasyon aşamasında öğrencilerin iş yeri tarafından sağlanacak olan uygun kişisel koruyucu ekipmana sahip olabilmeleri için ziyaret edilecek iş yerine kişi sayısı ve gerekli bilgiler ziyaret öncesinde iletildi. Saha gezisi öncesinde sorumlu öğretim üyesi ve öğrencilerin katılımıyla toplantı yapıldı, karşılıklı beklentilerle ilgili görüş alışverişinde bulunuldu. Uyulması beklenen kurallar ve gezi sonrası öğrencilerden beklenen raporlar hakkında bilgilendirme yapıldı. Altın madeni yönetim binasında tanışmanın ardından İş sağlığı ve Güvenliği Biriminin organizasyonuyla ziyaretçiler için zorunlu olan eğitimler gerçekleştirildi; madenin fiziksel yapısı,

kurulumu ve işleyişi hakkında bilgi alındı. Bu kısa eğitim dahilinde iş güvenliği ile ilgili talimatları içeren broşürler dağıtıldı. Madene giriş sırasında dikkat edilmesi gereken adımlar hem video gösterimleri hem de sözlü anlatımlarla katılımcılara aktarıldı. Katılımcılar, iş yeri görevlileri ile her 5 kişi bir grup olacak şekilde düzenlendi ve toplantı salonundan çıkarak giyinme odalarına geçildi. Burada herkes adına ayrılmış bulunan özel dolaplarda, önceden hazırlanmış olan kişisel koruyucu ekipmanlar giyildi ve maden sahasına araçlar ile geçildi. Ziyaret edilen iş yeri tarafından iyi organize edilen bu ziyaret esnasında maden iş koluna ait tehlikeler ve riskler tartışıldı, alınması gereken önlemler yerinde görüldü ve deneyimlendi. Maden sahasındaki risk ve önlemlerin ilgili kişilerce ayrıntılı şekilde anlatılmasının ardından iş yeri sağlık ve güvenlik birimine geçildi. İş yeri hekimi ile görüşüldü ve uygulamaları hakkında bilgi alındı.

Ziyaretin ardından katılan öğrenciler saha gezisi esnasında gözlemledikleri riskler, uygulamalar ve önlemler hakkında rapor hazırlayarak sorumlu öğretim üyesine sunmuşlardır.

Çevre Sağlığı Dersi- Saha Gezileri:

Tıpta uzmanlık eğitimi, Çevre Sağlığı Dersleri kapsamında sorumlu öğretim üyesi tarafından akademik yarıyıl başında üç adet saha gezisi organize edilmiştir. Paydaşlarla önceden görüşülmüş ve ziyaretler için gerekli izinler alınmıştır. Saha gezileri öncesinde konu ile ilgili dersler esnasında beklentiler, konu ile ilgili sorunlar ve sahadaki uygulamalardan ayrıntılı şekilde bahsedilmiştir.

Atık Su Arıtma Tesisi:

12 Nisan 2023 tarihinde, 17 uzmanlık öğrencisinin katılımıyla düzenlenen saha gezisinde büyük bir ilçede bulunan bölge atık su artıma tesisi ziyaret edilmiştir. Ziyaretin başlangıcında sorumlular tarafından tesisin işleyişi ayrıntılı şekilde anlatıldı. Ardından kaba ızgara, terfi merkezi, ince ızgara, havalandırmalı kum ve yağ tutucu, anaerobik tank, havalandırma havuzu, son çökeltim havuzu, deniz deşarj yapısı ve mekanik susuzlaştırma üniteleri görüldü ve iş güvenliğine uyacak şekilde gözlem yapıldı.

Su Dağıtım Merkezi:

14 Nisan 2023 tarihinde Su İşletme ve Dağıtım Merkezi'ne düzenlenen saha gezisine 17 uzmanlık öğrencisi katılmıştır. Gezi kapsamında; analiz laboratuvarı, SCADA (Supervisory Control and Data Acquisition) merkezi, klorlama ve arıtma tesisleri, su deposu ve arsenik arıtma tesisi gezildi. Su işletme ve dağıtımının Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü ile olan ilişkisinden ve konunun Halk Sağlığı ile olan ilgi ve öneminden bahsedildi. Analiz Laboratuvarında içme suyu kalitesinin belirlenmesi için yapılan testlerin nasıl gerçekleştirildiği hakkında bilgi edinildi. Laboratuvarın, suyun fiziksel, kimyasal ve mikrobiyolojik özelliklerinin analiz edilmesinde kullanılan ileri teknoloji cihazları ve teknikleri görüldü. Ayrıca, laboratuvarda yapılan analizlerin sonuçlarının, su kalitesinin kontrolü ve iyileştirilmesi için nasıl kullanıldığı öğrenildi. Hem kimyasal hem de mikrobiyolojik su örneklerinin nasıl olacağı uygulamaları olarak gösterildi. Ardından klorlama işlemi ile ilgili detaylı bilgi alındı. Klorlama tesisleri görüldü ve görevlilerle birlikte örnek klor ölçümü yapıldı. Suyun miktarı, kalitesi, pompalama işlemleri, basınç gibi birçok parametrenin kontrolü hakkında bilgi alındı. Ekiplerle koordinasyonun nasıl sağlandığı yerinde gözlendi. Arsenik arıtma tesisinde havuzlar görüldü ve arsenik arıtımı ile ilgili bilgi alındı.

Katı Atık Depolama Merkezi:

31 Mayıs 2023 tarihinde 9 uzmanlık öğrencisinin katılımıyla düzenlenen katı atık depolama merkezi saha gezisinde belediyeye ait düzenli katı atık depolama merkezi ziyaret edilmiştir. Katı atık merkezi yönetim binasında merkez sorumluları tarafından entegre atık yönetimi ve tesisin işleyişi ile ilgili bilgilendirici sunumun ardından saha gezilerek çalışanlarla görüşüldü ve çalışma alanları gözlendi. Tesiste atık sınıflandırma, geri dönüşüm, çevresel etkileri en aza indirme çalışmaları gibi çeşitli işlemleri yakından gözlem fırsatı bulundu. Atık yönetimi konusunda gözlem ve bilgiler paylaşıldı. Halk Sağlığı ve iş güvenliği açısından tesisin sorunları ve bu sorunlara karşı aldığı önlemlerle ilgili görüş alışverişi yapıldı.

Sonuç:

Bu rapor, Halk Sağlığı uzmanlık eğitiminde saha gezilerinin önemini ve bu gezilerin uzmanlık öğrencileri üzerindeki etkilerini vurgulamaktadır. Halk Sağlığı eğitimi, çeşitli yönleri içeren geniş bir alandır ve sağlık hizmetlerinin farklı boyutlarını kapsar.

Halk Sağlığı uzmanlarının da görev alabileceği "Sağlık Eğitim Araştırma Bölgelerinin (SEAB)" uygulamada işlevsel olmaması, Halk Sağlığı uzmanının sahip olması beklenen Halk Sağlığı yaklaşımı ve yetkinliklerinin kazanılmasıyla ilgili sınırlılıklar oluşturabilmektedir. Bu durum uzmanlık öğrencilerinin öğretim üyelerinin bakış açısı ile sahada karşılaşılabilecek sorunları gözlemleme, değerlendirme ve çözüm üretme deneyimini kısıtlamakta ve Halk Sağlığı eğitiminin sahadan ziyade üniversite koridorlarında kalmasına yol açmaktadır. Bu kısır döngünün kırılması örneğin; arıtma tesisinde yaşanan bir sorunun sebep olabileceği sağlık çıktılarının etkin bir şekilde yönetilmesi, asistan hekimlerinin öğretim üyeleriyle beraber sahada deneyim kazanmasına katkı sağlayabilmektedir. Saha gezilerinin aktif olarak yapılması bu bağlamdaki soruna yönelik "palyatif" de olsa bir açılım sağlayabilmektedir.

TUKMOS ve ASPHER tarafından belirlenen hedeflere ulaşım söz konusu olduğunda; saha gezileri, bu farklı alanlarda uygulamalı deneyim kazandırma, gerçek dünya problemleri ile öğrencileri karşılaştırma ve sağlık uzmanlarının temel yetkinliklerini geliştirme açısından kritik bir rol oynamaktadır. Uzmanlık öğrencilerine teorik bilgiyi pratik uygulama ile birleştirme fırsatı sunan ve sağlık politikalarının toplum etkilerini gözlemleme imkanı sağlayan saha gezileri ile öğrenciler; çevresel riskleri tanımak, çözüm yolları bulmak için özel sektör ve kamu kurumlarıyla yapılan işbirliğini gözlemleme şansına sahip olurlar. İş sağlığı alanındaki saha gezileri, iş yerlerindeki sağlık ve güvenlik uygulamalarını inceleme ve işçilerin sağlığını korumak için sorun belirleme, planlama ve daha etkili çözümler üretme becerilerini geliştirmeye yardımcı olur. Çevre sağlığı ziyaretleri, uzmanlık öğrencilerine çevresel maruziyeti gözlemleme ve bu maruziyetin yol açtığı sorunların yönetilme biçimlerini anlama fırsatı sunar. Su arıtma tesisleri, atık su arıtma tesisleri ve katı atık depolama merkezleri gibi alanlardaki saha gezileri, su ve çevresel sağlık politikalarının uygulanması ve etkilerini inceleme şansı sunar.

Sonuç olarak, Halk Sağlığı uzmanlık öğrencilerinin bakış açısından değerlendirildiğinde, saha gezilerinin uzmanlık eğitimine katkısı oldukça belirgindir. Bu saha gezileri, teorik bilgileri pratiğe dönüştürerek öğrencilere çözüm geliştirme becerisi kazandırır, geleceğin uzmanlarının karşılaşacakları zorluklar karşısında daha hazır ve kendine güvenli olmalarını sağlar. Ülkemizdeki Halk Sağlığı ana bilim dallarının saha gezilerini programlarına dahil etmeleri ve mevcut olan saha gezilerinin sayısını artırmaları Halk Sağlığı uzmanından beklenen yetkinliklere ulaşmak adına iyi bir araç olabilir. Uzmanlık eğitiminin saha deneyimleri ile desteklenmesi sayesinde, pekiştirilmiş teorik bilgiler ve saha tecrübesi ile donatılmış şekilde mezun olan uzmanlık öğrencilerinin Halk Sağlığı sorunlarını daha etkili ve başarılı bir şekilde ele almaları sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: çevre sağlığı, iş sağlığı, saha eğitimi

Kaynaklar:

1. *Institute of Medicine (US) Committee for the Study of the Future of Public Health. The Future of Public Health [Internet]. Washington (DC): National Academies Press (US); 1988 Erişim adresi:* http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK218218/ *Erişim tarihi: 09 Ekim 2023.*

2. *Bahadir H, Şahan C, Kılıç DDB. Dünyada ve Türkiye'de Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitiminin Tarihçesi, İçeriği ve İstihdam Politikaları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2014;13(6):495-504.*

3. *Occupational health [İnternet]. Erişim adresi:* https://www.who.int/health-topics/occupational-health *Erişim tarihi: 09 Ekim 2023.*

4. *Environmental Health [İnternet]. Erişim adresi:* https://www.apha.org/topics-and-issues/environmental-health *Erişim tarihi: 18 Ekim 2023.*

5. *Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı [İnternet]. Erişim adresi:* https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/34085/0/halksagligimufreadativ24pdf.pdf *Erişim Adresi: 11 Ekim 2023*

6. *ASPHER's European List of Core Competences for the Public Health Professional [Internet]. Erişim adresi:* https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/1403494818797072 *Erişim tarihi: 18 Ekim 2023.*

[S220]
TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNE AKRAN EĞİTİMİ YOLUYLA EĞİTİM BECERİLERİ EĞİTİMİ: BİLGİDEN DAVRANIŞA ÖZEL ÇALIŞMA MODÜLÜ

Begüm Koçpınar[1], Saadet Göksu Çelik[2], Türkan Günay[2]
[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dönem 4 Öğrencisi, İzmir
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, İzmir

Sağlığı geliştirme, Ottowa Sağlığı Geliştirme Bildirgesi'nde sağlığı hedefleyen herhangi bir sağlık davranışı ve yaşam tarzı için yapılan eğitim, ekonomik, örgütsel ve çevresel desteklerin bileşimi olarak tanımlanmaktadır(1). Sağlık eğitimi ise, bireylere ve topluma sağlıklı yaşam için alınması gereken önlemleri benimsetip uygulatmak, sunulan sağlık hizmetlerini kullanmaya alıştırmak, sağlıklarını ve çevrelerini iyileştirmek için insanları ikna etmek, ortak karara vardırmak ve eyleme yöneltmek amacıyla gerçekleştirilen eğitim uygulamalarıdır. Bu iki tanımda da sağlıklı yaşamla ilgili alınan bilginin davranışa yansıması; bireylerin sağlıklı yaşam tarzlarına yönelmeleri ve daha bilinçli kararlar almaları için verilecek eğitimin davranış değişikliği oluşturacak nitelikte olması vurgulanmaktadır. Davranış değişikliği oluşturmada etkili olan eğitim yöntemleri katılımcıyı da katan etkileşimli eğitim yöntemleridir.

Akran eğitimi, öğrencilerin birbirlerine öğretmeleri ve öğrenmeleri anlamına gelir ve tıp fakültelerinde giderek daha popüler bir strateji haline gelmiştir. Akran eğitiminin hem akran öğretmenler hem de akran öğrenciler için birçok faydası vardır. Akran öğretmenler, başkalarına öğretme deneyimi kazanır ve kavramları başkalarına öğretmek için konuları tekrar ele alarak kendi öğrenmelerini pekiştirirler (2). Akran eğitimi, öğrencilere sağlık bilgilerini öğretmek ve davranış değişikliği konusunda teşvik etmek için birçok avantaj sunar. Arkadaşlarının deneyimlerini paylaşarak, öğrenciler daha yakın bir ilişki kurma ve öğrenme sürecini daha samimi bir ortamda deneyimleme fırsatı bulurlar. Bununla birlikte, akranlar arası etkileşim, öğrenciler arasında olumlu bir rekabet ve motive edici bir ortam oluşturarak, sağlık bilgisinin davranışa dönüşmesini destekler. Akran eğitimi, öğrencilerin bilgiyi sadece öğrenmekle kalmayıp, aynı zamanda bu bilgiyi nasıl pratiğe dökebileceklerini ve toplumlarına nasıl katkı sağlayabileceklerini anlamalarına da yardımcı olur. Bu yöntem, öğrenciler arasında iş birliğini teşvik eder ve birlikte öğrenmeyi güçlendirir (3). Sağlık bilgisinin topluma etkili bir şekilde yayılmasını ve davranışa dönüşmesini sağlamak amacıyla, eğitim yöntemlerinin çeşitliliği, özellikle de akran eğitimi, büyük bir önem taşımaktadır. Bu yaklaşım, genç nesillerin sağlık bilgisini daha derinlemesine anlamalarını ve bunu hayatlarına entegre etmelerini desteklerken, aynı zamanda toplumda olumlu sağlık davranışlarına öncülük etmelerine olanak tanır.

Bu çalışmanın amacı; akran eğitimi yolu ile öğrencilere topluma verilen sağlık bilgisinin davranışa dönüşmesi için kullanılması gereken eğitim yöntemleri konusunda beceri kazandırmayı hedefleyen Özel Çalışma Modülü(ÖÇM)'nü tanıtmaktır.

Özel Çalışma Modülü Tanıtımı:

Üniversitemiz tıp eğitimi lisans programı içerisinde önemli eğitim etkinliklerinden olan Özel Çalışma Modülü (ÖÇM); öğrencilerin ilgisi olan ve tercih ettikleri alanlarda bilgi ve beceri kazanmasını sağlayan, çeşitli uygulamalar ve etkinlikler ile bilgi ve beceri kazanılmasının amaçlandığı eğitim etkinlikleridir. Özel çalışma modülü etkinlikleri kapsamında; öğrencilerin bilgiyi doğru kaynaktan arama ve bağımsız öğrenme becerilerini geliştirmesi, bilimsel metodolojik ilkeleri öğrenmesi ve uygulaması, eleştirel bir bakış açısı ile bilimsel yayın türlerini değerlendirme becerisi kazanması, yazılı ve sözlü sunum becerileri geliştirmesi, sosyal sorumluluk projeleri konusunda farkındalık ve beceri kazanması, toplumu tanıma ve duyarlılığın artması, bütüncül bir bakış açısı kazanarak insan bilimlerini aldığı tıp eğitimi ve öğrendiği uygulamalarla birleştirme becerisi kazanması amaçlanmaktadır (4).

Çeşitli anabilim dalları tarafından ilgili ders dönemi içinde tanımlanan eğitim faaliyetlerine eğitici ve öğrenciler

tanımlanarak eğitim faaliyetleri gerçekleştirilmektedir. Sorumlu öğretim üyesi tarafından ÖÇM faaliyetleri çerçevesinde öğrencilerin ulaşması planlanan hedefler, uygulama yöntemleri, ödevler ve öngörülen öğrenci sayısı "Sosyal Sorumluluk Özel Çalışma Modülü Öneri Formu" ile Tıp fakültesi dekanlığına bildirilmektedir.

2021-2022 Bahar yarıyılı içerisinde 1. Sınıf öğrencilerine yönelik açılan Sosyal Sorumluluk ÖÇM'si 10 öğrencinin katılacağı 28 saatlik bir program olarak açılmıştır. Grup içinde bazı katılımcılar kendi isteği ile bazı katılımcılar ise tercih yapmamaları sebebiyle atanarak "Bilgiden Davranışa" isimli özel çalışma modülüne dahil edilmiştir.

Özel çalışma modülü öğrencilerine topluma verecekleri sağlık bilgisi aktarımında kullanmaları gereken sunum becerilerini geliştirmek amacıyla uygulayabilecekleri bilgilendirme, afiş hazırlama, sunum yapma gibi eğitim teknikleri **akran eğitimi yoluyla** aktarılması planlanmıştır. Bu akran eğitimi ve topluma yönelik eğitim hazırlama deneyimi sonrası ÖÇM öğrencilerinin sağlık konusunda topluma yönelik yapacakları bilgilendirme ve eğitimlerde etkileşimli eğitimi kullanacak beceriyi kazanmaları hedeflenmiştir.

Sorumlu öğretim üyesi tarafından belirlenen ÖÇM hedefleri şunlardır: Bilgi kaynaklarına ulaşma, bilgiyi yorumlama (tartışma), çalışma planı oluşturma, yöntem/materyal hazırlama (sunum, el notu, broşür, fotoğraf vb.), etkinlik gerçekleştirme (sunum, eğitim, uygulama vb.), geri bildirim/rapor hazırlama. Eğitim başlıkları ise; etkileşimli sunum yöntemleri, iletişim, görselleştirme, kolaylaştırıcılık, çatışma yönetimi ve problem çözme olarak belirlenmiştir. Ayrıca öğrencilerden topluma yönelik bir sağlık eğitimi planlamaları, hazırladıkları materyal ve etkileşimli eğitim teknikleriyle grup içerisinde bu eğitimi gerçekleştirmeleri istenmiştir.

Akran eğitiminde benzer sosyal sorumluluk projelerinde çalışmış ve eğitim becerileri eğitimi almış olan Dönem 3 öğrencisi eğitici olarak aktif görev almıştır. Eğitimlerin planlanması ve uygulanması bir araştırma görevlisi ve sorumlu öğretim üyesi ile birlikte yapılmıştır.

Eğitimler kapsamında Halk Sağlığı Anabilim Dalı seminer salonunda 14:00-18:00 saatleri arası her biri ortalama dört saat süren toplamda sekiz adet toplantı yapılmış, öğrencilerin kazanması beklenen etkileşimli eğitim yöntemleri bu toplantılar esnasında kullanılarak akran eğitimleri düzenlenmiştir. Isınma oyunları, interaktif eğitimler, molalarda çay-kuru pasta ikramı ve her toplantı sonunda geri bildirimlerin çeşitli oyunlar ve yöntemlerle toplanması yoluyla özel çalışma modülü öğrencileri kazanmaları gereken eğitim becerilerini kendi eğitimleri esnasında deneyimleme imkânı da bulmuşlardır. Eğitimleri esnasında kullanabilecekleri Google Drive, Google Forms, Kahoot, Canva, Mindmeister ve Mentimeter gibi elektronik ortamda da eğitime fayda sağlayabilecek program ve uygulamalarla ilgili bilgi ve beceri kazanmaları da sağlanmıştır.

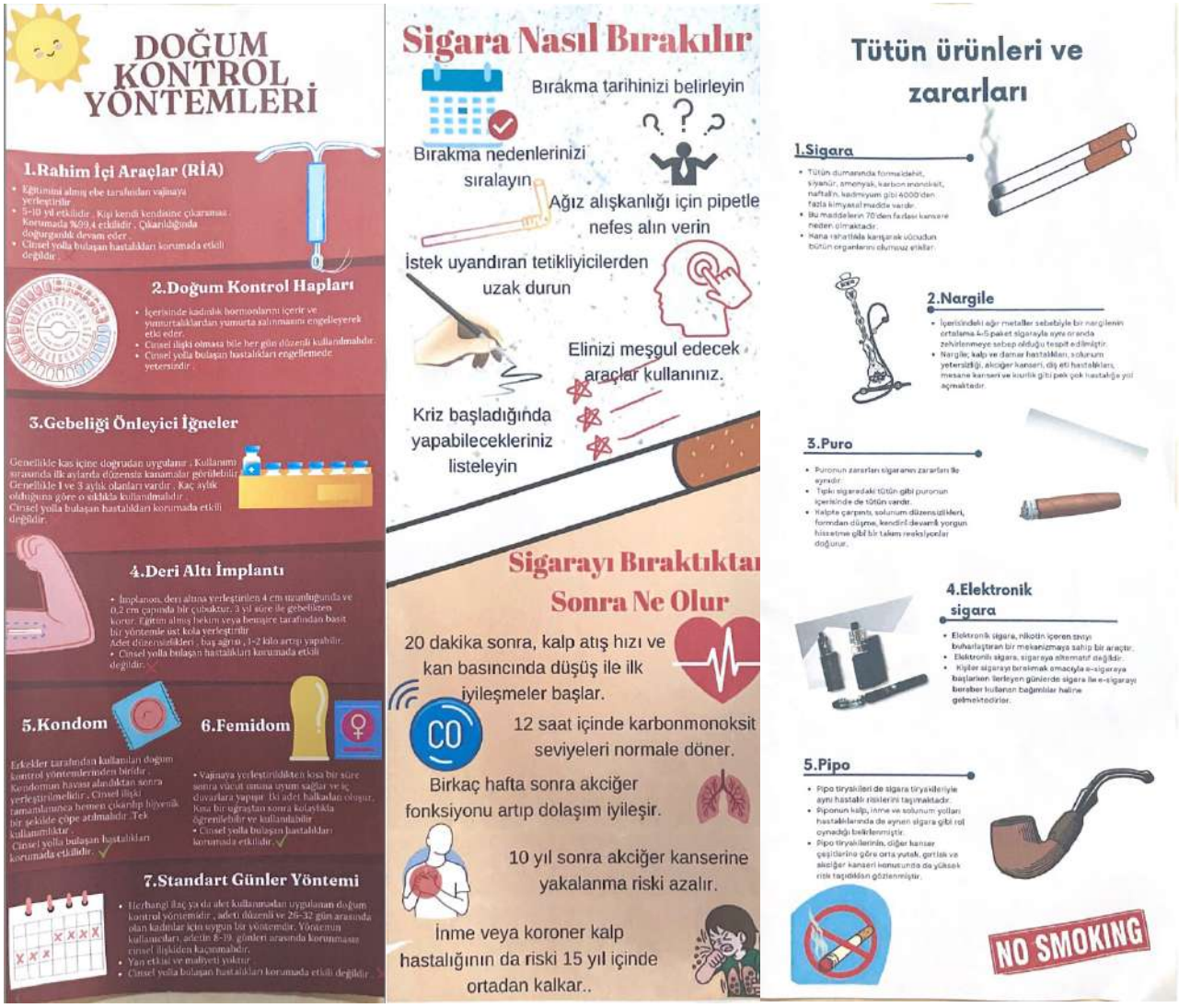
Verilen eğitimlerin ardından öğrenciler kendi içlerinde gruplara ayrılmış ve kazandıkları bilgi ve becerileri özel çalışma modülü katılımcısı arkadaşlarına tarafımızca önceden belirlenen konularda sağlık eğitimi hazırlayarak uygulama ve eğitim ortamı oluşturmayı değerlendirme fırsatı bulmuştur. Öğrenciler üç gruba ayrılarak "Tütün ve tütün ürünlerinin zararları", "Cinsel yolla bulaşıcı hastalıklar" ve "Doğum kontrol yöntemleri" ile ilgili sunumlar ve infografikler hazırlamaları ve öğrendikleri etkileşimli eğitim yöntemlerini ve kazandıkları becerilerini bu sunumlar esnasında kullanmaları istenmiştir. Öğrenciler tarafından hazırlanan infografikler ve yapılan sunumlar yine öğrenciler tarafından sunum değerlendirme formuyla değerlendirilmiş ve öğrencilere yaptıkları eğitimlerle ilgili hem özel çalışma modülü katılımcıları hem de tarafımızca geri bildirim yapılmıştır.

Eğitimci Gözlemleri ve Çıktılar:

Bilginin davranışa dönüşmesi amacıyla kullanılması gereken eğitim becerileri konusunda öğrencilerin yeterlik sağlamasını amaçlayan bu ÖÇM'de öğrencilerin önceki eğitim yaşamlarında bu konuda herhangi bir eğitim almadıkları görülmüştür. Öğrenciler bu süreçte etkileşimli sağlık eğitimi ve yöntemleri konusunda bilgi kazanmış, akranlarıyla bir arada bulundukları bir eğitim ortamı sağlandığından kendilerini daha güvenli şekilde ifade edebilmiş, grup çalışmaları sayesinde grubun parçası olma ve ortak bir çalışma ürünü oluşturma deneyimi kazanmışlardır. Aldıkları akran eğitiminin ardından kendi özel çalışma modülü gruplarına yönelik düzenledikleri sunum ve infografiklere dayalı sağlık eğitimleri sayesinde öğrendikleri becerileri uygulama-

lı kullanmaları sağlanmıştır ve sunum becerisi kazanmış olmanın öneminin farkına vardıkları görülmüştür. Sunumların ardından yapılan değerlendirme ve geri bildirimler ile öğrencilerin eksik oldukları ve geliştikleri noktalar vurgulanmıştır. Öğrencilerin geri bildirimleri sonucu sağlık çalışanı olarak meslek hayatları süresince yapacakları halka yönelik eğitimlerde davranış değişikliği oluşturmak için etkileşimli eğitim yöntemlerini kullanmalarının gerekliliğinin farkına vardıkları görülmüştür.

Şekil 1: *Öğrenciler tarafından hazırlanan infografik örnekleri*



Tartışma:

Yapılan çalışmalar etkileşimli öğrenme ve sağlık eğitimi yaklaşımlarının, öğrencilerde sağlığın geliştirilmesinin öneminin kavranması ve araştırma becerilerini geliştirmek için etkili olduğunu göstermektedir ve öğrencilerin veri toplama ve analizi yaparak politika savunuculuğu yapmak amacıyla "veriden eyleme" yaklaşımı kullanılmasının öğrencilerin politikanın sağlığa etkisini anlamalarına ve mesleki beceriler kazanmalarına yardımcı olduğu bildirilmekte, hizmet ederek öğrenme program modelinin hem topluma yönelik hem de öğrenci sonuçlarına ulaşmada etkili olduğu, hizmet odaklı öğrenme programlarının, örneğin hemşirelik lisans öğrencileri için aktif bir öğrenme stratejisi sağlarken aynı zamanda toplum sağlığına doğrudan katkıda bulunduğunu belirtmiştir (5) Sağlık iletişimi teorisini kullanarak bir hedef kitle için eğitim materyalleri oluşturulmasını sağlayan, böylece değerlendirme, iletişim ve paydaşlarla danışma becerilerini geliştirmiş birçok çalışma ve proje bu yaklaşımları desteklemektedir (6). Üniversite öğrencileri ile yapılan bir projede kurs sistemi içindeki web tabanlı eğitim/uygulamanın, kendi kendine yönetilen, esnek ve etkileşimli öğrenme sunan e-öğrenme

platformu aracılığıyla etkili bir şekilde gerçekleştirilebileceğini belirtilmiştir. Bu uygulama ile alıştırma ve uygulamalarla öğrencilerin çevrimiçi sağlık kaynaklarını edinme, seçme ve değerlendirme konusundaki rahatlık ve yeterlilik düzeyleri artmıştır. Ayrıca probleme dayalı yaklaşım eleştirel düşünmeyi teşvik etmiş, bilgi aramayı motive etmiş ve yaşam boyu öğrenme davranışının gelişimini kolaylaştırmıştır (7). Dokuz sömestr boyunca süren ve öğrencilerin topluluk ihtiyaçlarını karşılamak için kuruluşlarla iş birliği yaptığı ve ortak çalıştığı bir sınıf modeli oluşturulan bir çalışmada; araştırıcılar öğrencilerin bilginin uygulanması, ağ oluşturma, karar verme ve proje sahipliği gibi beceriler kazandığını belirtmiştir (8). Öğrencilere sağlık okuryazarlığını, araştırmayı, sağlık mesajlarını iletmek için animasyonlar oluşturmayı ve hedef kitle tarafından geri bildirim almayı içeren bir çalışmada iletilen mesajların etkililiği ile ilgili çalışmalar da etkileşimli eğitim yöntemlerini destekleyen literatüre katkı sağlamaktadır (9)the Unites States of America (4. Ergen öğrencilerde yapılan bir çalışmada, E-öğrenme etkinlikleri, bilgi ürünleri ve bilgi yazma araçları geliştirilerek ve kullanılarak ergenlere yönelik sağlık bilgi programlarının desteklenme potansiyelinin olduğu; eğitim, halk sağlığı ve sağlık bilişimi gibi alanların birleşerek; kişisel sağlık, sivil hareketlere katılıma ve akademik performansa kadar ergenlerin yaşamlarını birçok düzeyde olumlu yönde etkileyecek sağlık bilgisi girişimi yaratma potansiyeline sahip olduğu belirtilmiştir (10).

Akran eğitimi ile ilgili çalışmalara bakıldığında; bu yöntemin aktif öğrenmeyi benimseyen bir eğitim stratejisi olduğu, öğrenmeyi etkileyen sosyal dinamikleri ve etkileşimlerin yanı sıra iletişim ve kişilerarası becerileri de araştırdığı belirtilmiştir. Ayrıca öğrenciler, akran öğretimi sırasındaki etkileşimlerinde açıkça ortaya çıkan kendi iletişim ve kişilerarası becerileriyle yüzleşme fırsatına sahip olurlar ve soru sorma konusunda daha rahat hissederler (11). Aynı zamanda akran eğitiminin geleneksel eğitim yöntemleri ile benzer ya da daha iyi akademik sonuçlar sağladığı da birçok çalışmada belirtilmektedir (12). Literatürde bulunan çalışmalara bakıldığında akran öğretmenler aynı zamanda sınıf içi eğitimlere sınırlı kalmadan da eğitime destek olabilmektedirler. Eğitim için kaynak hazırlama, değerlendirme yöntemleri geliştirme, mentorluk ve sosyal destek sağlama gibi katkılarda bulunabilmektedirler (13). Etkileşimli sağlık iletişimi teknolojileri; sağlık eğitimini ve davranış değişikliklerini geliştirmeye, birden fazla davranış ile ilgili bilgiyi uygulanabilir ve kabul edilebilir şekilde sunmaya ve sağlık hizmeti sağlayıcının değerlendirme yapmasına olanak sağlamaktadır (14). Literatürde öğrencilerde davranış değişikliği ile ilgili dijital öğretim araçların kullanılmasının bilgi, güven, motivasyon ve becerileri geliştirdiği; öğrencilerde ve sağlık çalışanlarında eğitim becerileri ve öğrenme deneyiminin değerlendirilmesi için de çeşitli araçların geliştirilip kullanılmasının faydalı olabileceği belirtilmiştir (15).

Sonuç:

Sağlık bilgilerinin aktarılması sırasında kullanılan sunum yöntemleri ve etkileşimli eğitim yöntemleri bilgiyi davranışa dönüştürmede çok önemli olmasına rağmen Tıp eğitimi içerisinde bu konu yer almamakta, akran eğitimi etkili şekilde kullanılmamaktadır. Tıp Fakülteleri eğitim programı içerisine akran eğitimi yoluyla etkileşimli sağlık eğitimi, sunum becerisi kazanma ve eğitim becerileri kazanma konusunda eğitim programları ve etkinlikleri yerleştirmenin gerekliliği düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: etkileşimli eğitim, sağlık eğitimi, sunum teknikleri

Kaynaklar:

1. *Ottawa Charter for Health Promotion [Internet]. Erişim adresi: https://www.who.int/publications-detail-redirect/WH-1987*
2. *Kristen L. Benè GB. When Learners Become Teachers: A Review of Peer Teaching in Medical Student Education. Erişim adresi: https://www.stfm.org/FamilyMedicine/Vol46Issue10/Bene783*
3. *Guraya SY, Abdalla ME. Determining the effectiveness of peer-assisted learning in medical education: A systematic review and meta-analysis. Journal of Taibah University Medical Sciences. 01 Haziran 2020;15(3):177-84.*
4. *Özel Çalışma Modülleri | Tıp Fakültesi [İnternet]. Erişim adresi: https://tip.deu.edu.tr/tr/ozel-calisma-modulleri/*
5. *Batada A, Thomas AE, Holtz D. Utilizing a Data-to-Action Approach to Cultivate Policy Research and Advocacy Skills in Community-Engaged Health Promotion Courses. Pedagogy in Health Promotion. 01 Eylül 2022;8(3):216-23.*

6. *Bute JJ, Kopchick CL. Health Communication and Health Education: Empowering Students to Educate Their Communities. Communication Teacher. 01 Nisan 2009;23(2):71-6.*

7. *Chan, J.L.Y., Leung, A., Chiang, V.C.L., Li, H.C.W., Wong, E.M., Liu, A.N.C., Chan, S.S.C. A Pilot project to build e-health literacy among university students in Hong Kong. The 10th International Congress on Medical Librarianship (ICML 2009), Brisbane, Australia, 31 August-4 September 2009.*

8. *Felter EM, Baumann SE. Development of a Community-Engaged Classroom for Teaching Health Communications: Lessons Learned From Nine Semesters of Implementation. Pedagogy in Health Promotion. 01 Aralık 2019;5(4):246-53.*

9. *Pearce KL, Birbeck D, May E. The use of animations and the 'teach-back' technique to facilitate an understanding of health literacy levels within the general community. ergo [Internet]. 2013;3(2). Erişim adresi: https://ojs.unisa.edu.au/index.php/ergo/article/view/926*

10. *Keselman A. Health Information Literacy as a Tool for Addressing Adolescent Behaviors, Knowledge, Skills, and Academic Trajectories. Içinde: Patel VL, Arocha JF, Ancker JS, editörler. Cognitive Informatics in Health and Biomedicine: Understanding and Modeling Health Behaviors [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2017. s. 119-36. (Health Informatics). Erişim adresi: https://doi.org/10.1007/978-3-319-51732-2_6*

11. *Sukrajh V, Adefolalu AO. Peer Teaching in Medical Education: Highlighting the Benefits and Challenges of Its Implementation. European Journal of Education and Pedagogy. 18 Şubat 2021;2(1):64-8.*

12. *Brierley C, Ellis L, Reid ER. Peer-assisted learning in medical education: A systematic review and meta-analysis. Medical Education. 2022;56(4):365-73.*

13. *Furmedge DS, Iwata K, Gill D. Peer-assisted learning – Beyond teaching: How can medical students contribute to the undergraduate curriculum? Medical Teacher. 01 Eylül 2014;36(9):812-7.*

14. *Prochaska JJ, Zabinski MF, Calfas KJ, Sallis JF, Patrick K. PACE+: Interactive communication technology for behavior change in clinical settings. American Journal of Preventive Medicine. 01 Ağustos 2000;19(2):127-31.*

15. *Gosak L, Štiglic G, Budler LC, Félix IB, Braam K, Fijačko N, vd. Digital Tools in Behavior Change Support Education in Health and Other Students: A Systematic Review. Healthcare [Internet]. Ocak 2022;10(1). Erişim adresi: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8774876/*

[S221]
RELATIONSHIP BETWEEN ULTRA PROCESSED FOOD CONSUMPTION CLASSIFIED BY NOVA SYSTEM AND BODY MASS INDEX IN A PRIVATE UNIVERSITY

Büşra Çelik[1], **İrem Kaya Cebioğlu**[2]
[1]*Research & Development, Unilever, Istanbul, Turkey*
[2]*Nutrition and Dietetic, Yeditepe University, Istanbul, Turkey*

Introduction and Aim: With the recent replacement of processed foods for meals at home, there is an increase in the frequency of consumption of ultra-processed food in nations and associated prevalences of overweight, obesity, Type-2 diabetes, cardiovascular and intestinal diseases due to ultra-processed foods higher salt, added sugar, trans and saturated fat content, and lower fiber and protein content. It has been established that the period between high school and college or university is a crucial one for weight and fat accumulation due to dietary changes related to lifestyles such as poor cooking skills, meal skipping and replacement with indulgent products, migration, new social interactions, academic life intensity. Considering the studies on ultra-processed food consumption, there is no published study that determines the frequency of ultra-processed food consumption in any sample in Turkey in line with what is known. The aim of this study is to investigate the relationship between the frequency of ultra-processed food consumption, which is classified according to the NOVA system, and body mass index in university students and to contribute to the literature.

Materials-Methods: A total of 362 students studying at Yeditepe University were included. A Turkey-specific, validated, semi-quantitative food consumption frequency questionnaire containing 229 nutrients was administered to the students. The foods were classified according to NOVA system published by the Food and Agriculture Organization and developed by researchers at the University of São Paulo. The foods has been divided into 4 classes, including processing level as a unprocessed or minimally processed, processed culinary ingredients, processed foods, and ultra-processed foods. The caloric value calculations of the foods included in the survey were made with reference to TURKOMP, the National Food Composition Database of Turkey, and the contribution of calories from ultra-processed foods to total calories taken per day has been investigated. Cultural meals, which are not included in the TURKOMP national database, and the calorie values of standard Turkish meals were obtained from the BEBIS nutrition software program. The height (cm) and weight (kg) data obtained in line with the participants' declarations were used to calculate the body mass index according to the kg/m2 formula, and the data obtained were classified according to the body mass index classification determined by the WHO was appropriately classified.

Results: Students get almost a quarter of their daily energy from ultra-processed food and more than half from processed food. It was determined that men consumed more ultra-processed foods and had a higher body mass index ($p < 0.05$). Students studying in health-related faculties consumed less ultra-processed food compared to other faculties ($p < 0.05$). "Ready-to-eat" and "affordability" were the most important factors determining food consumption for those with the highest consumption of ultra-processed food, "healthy" was the main factor for those that consumed the least amount of ultra-processed food ($p < 0.05$). As a result, those have higher processed food consumption have significantly higher body mass index, and the faculty where the student is educated is one of the important factors determining this consumption.

Conclusion: Food processing is not the issue in terms of food safety and security. The extent to which the food is processed and the increase in the energy, sugar and fat contents of the food during the processing procedures and the unknown mechanisms of some added additives on obesity raise doubts. In line with what is known about nutrition profile of UPF, students should be made aware of UPFs and health awareness should be created among them

Keywords: Ultra-processed Foods, NOVA, Obesity, University Students

[S222]
BİR KAMU KURUMU ÇALIŞANLARININ BESLENME İLE İLGİLİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Esma Çevik[1], Gülhan Yiğitalp[2]
[1]Batman Gençlik ve Spor İl Müdürlüğü, Batman
[2]Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Diyarbakır

Giriş ve Amaç: Toplumun beslenme ile ilgili tutum ve davranışlarının bilinmesi sağlıklı toplumların oluşmasında önemli bir yere sahiptir. Bu araştırmada bir kamu kurumunda çalışan bireylerin beslenme ile ilgili tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte tasarlanan araştırma 01 Haziran-30 Eylül 2022 yılında Batman Gençlik ve Spor İl Müdürlüğünün bünyesinde çalışan personeller ile yapıldı. Çalışmanın yapıldığı tarihlerde toplam 374 personel çalışmaktaydı. Örneklem seçimi yapılmayıp tüm evrene ulaşılmaya çalışıldı. Toplam 319 (%85,29) personel ile çalışma tamamlandı. Çalışmaya 18-64 yaş arası, en az ilkokul mezunu çalışanlar dahil edildi. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından hazırlanan "Demografik Bilgi ve Beslenmeye Yönelik Tutum ve Davranış Formu" kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi kullanıldı. Çalışmada katılımcılara beslenmeye yönelik tutum (Örn: Beslenmeye neden ihtiyaç duyulur?) ve davranış (Örn: Fastfood gıdaları ne sıklıkta tüketirsiniz?) ile ilgili sorular soruldu. Verilerin analizinde frekans, yüzde, ortalama, standart sapma kullanıldı. Çalışma Dicle Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (21/01/2021/2022-20) tarafından onaylandı. Çalışmanın yapıldığı ilgili kurumdan izin alındı ve tüm katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alındı. Veriler bilgisayar ortamında SPSS 22.0 istatistik programında değerlendirildi. Araştırmanın tek bir kurumda yapılması araştırmanın sınırlılığıdır.

Bulgular: Katılımcıların %36,1'inin 31-40 yaş arasında, %55,5'inin erkek, %61,4'ünün evli, %53,0'ünün önlisans-lisans mezunu ve %58,6'sının gelirinin gederinden az olduğu belirlendi. Çalışmaya katılanların %32,9'unun halen sigara içtiği, %14,7'sinin bıraktığı, %93,1'inin hiç alkol kullanmadığı, %4,1'inin bıraktığı, %18,2'nin kronik hastalığının olduğu ve kronik hastalığı olanların %19,0'unun diyabeti, %24,1'inin hipertansiyonu ve %27,6'sının kalp damar hastalığı olduğu saptandı. Katılımcıların %46,7'si son bir yılda sağlık kontrolü yaptırmadığını, %70,2'si sağlık problemi olduğunda doktora gittiğini belirtti. Katılımcıların %37,9'unun fazla kilolu ve %9,1'inin birinci derece Obez olduğu, %55,5'inin kilosundan memnun olduğu belirlendi. Çalışmaya katılanların %23,5'i haftada 3 kez ve daha sık fastfood gıdaları tükettiği, %83,4'ü az tuzlu yiyecekleri tercih ettiği, günde ortalama 9,71±5,30 bardak su içtiği saptandı. Katılımcıların %62,9'u beslenme tavsiyesi almadığını, %75,9'u hasta olmamak için, %20,4'ü karın doyurmak için beslenmeye ihtiyaç duyulduğunu belirtti. Katılımcıların %74,9'u beslenme şekline en çok kendisinin karar verdiğini, %25,1'i ise başkalarından etkilendiğini belirtti. Çalışmaya katılanların %57,4'ü beslenme bilgi düzeyinin iyi olduğunu düşündüğünü, sağlıklı beslenme ile ilgili bilgiye erişimde %56,1'i internet, sosyal medyadan, %48,3'ü aile, arkadaştan, %41,7'si sağlık çalışanlarından yararlandığını belirtti.

Sonuç: Araştırmada katılımcıların yaklaşık yarısının normal kilonun üzerinde olduğu ve yine yarısına yakınının beslenme bilgisinin iyi olmadığı/kararsız olduğu, sağlıklı beslenme ile ilgili bilgiyi en çok sosyal medyadan daha sonra ise aile ve arkadaşlarından edindiği görüldü. Toplumun sağlıklı beslenme ile ilgili doğru bilgilere ulaşabilmesi için doğru kanallara yönlendirilmesi sağlıklı toplumların inşası için önemlidir. Bu çalışma toplumun sağlıklı beslenmesi ile ilgili yapılacak analitik araştırmalara katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Beslenme, kamu çalışanları, sağlık

[S223]
KENTSEL NÜFUSTA SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER, SAĞLIK DURUMU, SAĞLIKLI YAŞAM DAVRANIŞLARI VE YAŞANILAN YAŞAM ÇEVRESİNİN DEPRESYON, STRES VE ANKSİYETE İLE İLİŞKİSİ: KESİTSEL ÇALIŞMA

Feyza Kocakurt[1], Serhan Tuncel[2], Aliye Doğan Gangal[3], Sevilcan Başak Ünal[4], Gökçe Uğurlu[6], Sena Kaba[5], Sarp Üner[7], Hilal Özcebe[6], Nazan Yardım[8]

[1]Lokman Hekim Üniversitesi,Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Halk Sağlığı Hemşireliği Bölümü, Ankara, Türkiye
[2]Hacettepe Üniversitesi, Fen Fakültesi, İstatistik Bölümü, Ankara, Türkiye
[3]Gazi Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Kadın ve Doğum Sağlığı Hemşireliği Bölümü, Ankara, Türkiye
[4]Hacettepe Üniversitesi,Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Bölümü, Ankara, Türkiye
[5]Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Ensitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Bölümü, Ankara, Türkiye
[6]Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi,Halk Sağlığı Bölümü, Ankara, Türkiye
[7]Lokman Hekim Üniversitesi,Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Bölümü,Ankara, Türkiye
[8]Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Dairesi Başkanlığı, Ankara, Türkiye

Giriş ve Amaç: Kentlerdeki nüfusun artması ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkiler oluşturmaktadır. Bu çalışmanın amacı da, Ankara ilinde Depresyon, Stres ve Anksiyete (DASS)'ın Sosyodemografik Özellikler, Sağlık Durumu, Sağlıklı Yaşam Davranışları, Yaşanılan Yaşam Çevresinin Değerlendirilmesi ile ilişkisini incelemek ve toplum katılımlı bir model oluşturmaktır.

Gereç ve Yöntem: Ankara ilinde 9 ilçe, 378 mahallede 18 yaş ve üzeri nüfus evren kabul edilmiştir. Örneklem seçiminde mahalle içinde rasgele yol ve sokak numara/adları seçilmiştir. Çalışma 4015 kişi ile tamamlanmıştır. Veri toplama formu 4 bölüm 62 sorudan oluşmaktadır. Lovibond tarafından geliştirilen ve Sarıçam tarafından Türkçe geçerlilik çalışması yapılan DASS-21 ölçeği; depresyon, anksiyete ve stresi tarayan toplam 21 sorudur. Her alt boyut için toplam puan oluşturulmuştur ve puan artıkça düzey artmaktadır. Çalışmanın bağımlı değişkeni DASS iken, bağımsız değişkenler; Sosyodemografik Özellikler, Sağlık Durumu, Sağlıklı Yaşam Davranışları ve yaşam çevresinin özelliklerinden oluşmaktadır. Veri toplama anketörler tarafından yapılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikden ve katılımcıların puanları incelenirken veriler normal dağılma uymadığı için nonparemetik testlerden Independent Samplesdan; Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U uygulanmış olup gruplar arası farklılık için Tamhane's T2 analizi kullanılmıştır. İleri analizler için Binary Logistic Regression'dan yararlanılmıştır. TÜBİTAK "1003-218K371" kapsamında desteklenmektedir. Çalışmada herhangi bir çıkar çatışması ve sınırlılık bulunmamaktadır.

Bulgular: Bazı değişkenlerin depresyon puanı ile ilişkisi lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir. Buna göre yaş artıkça [OR=1,00; (CI %95 1,00-1,01)], erkek olmak [OR=1,31; (CI %95 1,13-1,51)], bekarlar [OR=1,70; (CI %95 1,37-2,11)], genel sağlık durumu çok kötü/kötü [OR=2,41; (CI %95 1,62-3,19)] veya orta olanlar [(OR=1,66) (CI %95 1,36-2,02)], ruhsal sağlık durumu çok kötü/kötü [OR=2,27; (CI %95 1,62-3,19)] veya ortalar [OR=1,81; (CI %95 1,50-2,19)], halen yaşam tarzından kararsızlar (OR=1,59) (CI %95 1,30-1,96) veya memnun değil/hiç memnun değiller den (OR=2.62) (CI %95 2,21-3,09), bahçesi olanların [OR=1,22; (CI %95 1,06-1,41), mahallede yeşil alanı olanlar [OR=1,63; (CI %95 1,40-1,90)], depresyon tanısı olmayanlar [OR=2,61; (CI %95 1,34-5,09)], fiziksel aktivitesi ortalar [OR=1,76; (CI %95 1,50-2,07)] veya yüksekler [OR=1,56; (CI %95 1,25-1,93)] mahalle memnuniyeti düşük olanlar [OR=1,50; (CI %95 1,25-1,80)] depresyon puanını arttırmaktadır. Ekonomik durum iyileştikçe ise depresyon puanı azalmaktadır. Bazı değişkenlerin anksiyete puanı ile ilişkisi lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir. Buna göre yaş artıkça [OR=1,01; (CI%95 1,01-1,02)], erkek olmak [OR=1,86; (CI %95 1,60-2,15)], genel sağlık durumu çok kötü/kötü [OR=2,21; (CI %95 1,36-3,29)] veya orta olanlar [OR=2,10; (CI %95 1,73-2,56)], ruhsal sağlık durumu çok kötü/kötü [OR=1,81; (CI %95 1,30-2,53)] veya ortalar [OR=1,41; (CI %95 1,16-1,70)], Halen yaşam tarzından memnun değil/hiç memnun değiller [OR=1.56; (CI %95 1,32-1,83)], bahçesi olanların [OR=1,17; (CI %95 1,01-1,35)], mahallede yeşil alanı kullanmayanlar [OR=1,60; (CI %95 1,37-1,86)] veya yeşil alan olmayanlar [OR=1,52; (CI %95 1,05-2,22)], kronik hastalığı olmayanlar [OR=2,76; (CI %95 2,27-3,35)], fiziksek aktivitesi ortalar [OR=1,81; (CI %95

1,54-2,13)] veya yüksekler [OR=1,30; (CI %95 1,05-1,62)] mahalle memnuniyeti düşük olanlar [OR=1,81; (CI %95 1,54-2,13] anksiyete puanını arttırmaktadır. Ekonomik durum iyileştikçe ve mahalle memnuniyeti orta olanlarda ise anksiyete puanı azalmaktadır. Bazı değişkenlerin stres puanı ile ilişkisi lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir. Buna göre erkek olmak [OR=1,32; (CI %95 1,15-1,52)], genel sağlık durumu çok kötü/kötü [OR=1,65; (CI %95 1,15-2,39)] veya orta olanlar [OR=1,38; (CI %95 1,14-1,66)], ruhsal sağlık durumu çok kötü/kötü [OR=1,66; (CI %95 1,24-2,30)] veya ortalar [OR=1,39; (CI %95 1,16-1,66)], Sigara içme durumu evet, eskiden arada içerdim, halen içmiyorum [OR=1,90; (CI %95 1,42-2,54)] veya Evet, halen arada içenlerden [OR=1,35; (CI %95 1,16-1,58)], apartmanda yaşayanların [OR=1,38; (CI %95 1,08-1,76)], fiziksek aktivitesi ortalar [OR=1,72; (CI %95 1,48-1,98)] veya yüksekler [OR=1,66; (CI %95 1,36-2,03)], mahalle memnuniyeti düşük olanlar [OR=1,76; (CI %95 1,49-2,08)], stres puanını arttırmaktadır. Ekonomik durum iyileştikçe ve mahalle memnuniyeti orta olanlarda ise stres puanı azalmaktadır.

Sonuç: Bazı Sosyodemografik Özellikler, Sağlık Durumu, Sağlıklı Yaşam Davranışları, Yaşanılan Yaşam Çevreleri ile DASS artmakta iken, sosyoekonomik durum iyileştikçe depresyon, stres ve anksiyete azalmakta, mahalle memnuniyet düzeyi orta olanlarda ise stres ve anksiyete azalmaktadır. Bireysel özellikler ve ekonomik düzey DASS için önemli bir değişken olarak bulunmuştur; yaşam alanlarında mahallede memnuniyet ile ilişki bulunmaktadır. Mahalle memnuniyetini artırmaya yönelik müdahalelere artırılabilir.

Anahtar Kelimeler: Depresyon stres anksiyete, Kentsel sağlık, ruhsal sağlık

[S224]
ANKARA'DA KENT SAĞLIĞI BAKIŞ AÇISIYLA OBEZİTE İNCELEMESİ: KESİTSEL ÇALIŞMA

Aliye Doğan Gangal[1], Gökçe Uğurlu[2], Feyza Kocakurt[3], Sevilcan Başak Ünal[4], Serhan Tunçel[5], Sena Kaba[6], Sarp Üner[7], Hilal Özcebe[2], Nazan Yardım[8]

[1]Gazi Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Kadın ve Doğum Sağlığı Hemşireliği Bölümü, Ankara, Türkiye
[2]Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi,Halk Sağlığı Bölümü, Ankara, Türkiye
[3]Lokman Hekim Üniversitesi,Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Halk Sağlığı Hemşireliği Bölümü, Ankara, Türkiye
[4]Hacettepe Üniversitesi,Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Bölümü, Ankara, Türkiye
[5]Hacettepe Üniversitesi, Fen Fakültesi, İstatistik Bölümü, Ankara, Türkiye
[6]Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Ensitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Bölümü, Ankara, Türkiye
[7]Lokman Hekim Üniversitesi,Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Bölümü,Ankara, Türkiye
[8]Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Dairesi Başkanlığı, Ankara, Türkiye

Giriş ve Amaç: Obezite mücadelesi her geçen gün önem kazanmaktadır. Obezite, her yaş grubunda çeşitli sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Obezite ve ilişkili hastalıklar için sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite gibi sağlıklı yaşam davranışları ve bu davranışları pekiştiren çevreler önleyici faktörlerdir. Bu çalışmada obezite ile ilişkili faktörler araştırılmıştır. Çalışma, TÜBİTAK 1003-218K371 kapsamında desteklenen yaşam çevreleri ve sağlık ilişkisini inceleyen bir projenin parçası olarak yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Ankara ilinde 9 ilçede 378 mahallede 18 yaş ve üstü nüfusun evren olarak kabul edilerek yapıldığı kesitsel bir araştırmadır. Örnekleme tasarımı için kümeleme analizinden faydalanılmıştır. Mahalle içinde rasgele yol ve sokak numara/adları seçilmiştir. Araştırma 4015 katılımcı ile anketörler tarafından 21.12.2021-15.03.2022 tarihleri arasında veri toplanarak tamamlanmıştır. Veri toplama formu dört bölümden oluşmaktadır. Bu bölümler; sosyodemografik özellikler, sağlık durumu, sağlıklı yaşam davranışları ve yaşanılan yaşam çevrelerinin değerlendirilmesidir. Analizlerde tanımlayıcı istatistiklerden ve ikili analizlerden faydalanılmıştır. İleri analizler için ikili lojistik regresyon uygulanmıştır. Çalışmada herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır. Bağımlı değişken olan beden kütle indeksi (BKİ) değerleri, katılımcıların beyanları üzerinden hesaplanmıştır. Çalışmanın sınırlılığı boy ve vücut ağırlığı bilgilerinin beyana dayalı olmasıdır, güçlü yönü sahada büyük grup tarafından yapılmasıdır.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 4015 kişinin yaş ortalaması 45.1 ±15.74 olup, katılımcıların %54,5'i kadındı. Katılımcıların beyanlarına göre %41,1'i fazla kilolu, %13,5'i obez ve %0,8'i morbid obezdi. Katılımcıların BKİ ortalaması 25,9± 4,29 olarak bulunmuştur. Yaş (30-44[OR=1,33; (CI %95 1,03-1,72)], 45-64[OR=1,68;(CI %95 1,32-2,13)] referans: 65 yaş ve üstü), medeni durum (evli olma[OR=1,28;(CI %95 1,00-1,64)] referans: halen evli olmama), eğitim düzeyi (okuryazar[OR=6,60;(CI %95 3,66-11,89)] ilkokul mezunu[OR=2,75; (CI %95 2,22-3,40) referans:üniversite/yüksek lisans/doktora mezunu], sosyoekonomik seviye(orta yüksek seviye [OR=1,34;(-CI %95 1,04-1,74)], yüksek seviye [OR=1,46; (CI %95 1,08-1,99)] referans: düşük seviye), sağlıklı beslenmeye uyum(orta [OR=1,39;(CI %95 1,18-1,64)], yüksek [OR=1,30;(CI %95 1,05-1,59)] referans: düşük), kronik hastalığı olma durumu[OR=2,21;(CI %95 1,82-2,67) referans: kronik hastalığı olmama durumu] ve yaşanılan mahallede yeşil alan/park alanı kullanımı [OR=1,57;(CI %95 1,35-1,82) referans: yaşanılan mahallede yeşil alan/park alanı kullanımı olmaması] ile yüksek BKİ değerlerinin (obezite ve fazla kilolu) ilişkili olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Katılımcıların yarısından fazlası, fazla kilolu/obez olarak saptanmıştır. Bu durumun çeşitli faktörler ile ilişkisi olduğu görülmüştür. Obezitesi olan katılımcıların beslenmelerine daha çok dikkat ettikleri ve park kullanımlarının daha fazla olduğu gözlemlenmiştir. Bireylerin obez veya fazla kilolu olduktan sonra sağlıklı yaşam davranışlarıyla ilgili farkındalıklarının arttığı düşünülebilir. Bulaşıcı olmayan hastalıklar için önemli bir risk faktörü olan obezite ve fazla kilolu olma durumu açısından bireylerde farkındalık, hastalıklar oluşmadan artırılmalıdır ve buna yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. Obez ve fazla kilolu bireylerin daha sağlıklı yaşam tarzına sahip olabilmesi için yaşam çevreleri ihtiyaca yönelik düzenlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: obezite, sağlık davranışları, şehir sağlığı

[S225]
ANKARA'DA ŞEHİR SAĞLIĞI BAKIŞ AÇISINDAN KRONİK HASTALIKLAR VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Gökçe Uğurlu[1], Aliye Doğan Gangal[2], Sevilcan Başak Ünal[3], Serhan Tunçel[4], Feyza Kocakurt[5], Sena Kaba[6] Sarp Üner[7], Hilal Özcebe[1], Nazan Yardım[8]

[1]Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi,Halk Sağlığı Bölümü, Ankara, Türkiye
[2]Gazi Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Kadın ve Doğum Sağlığı Hemşireliği Bölümü, Ankara, Türkiye
[3]Hacettepe Üniversitesi,Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Bölümü, Ankara, Türkiye
[4]Hacettepe Üniversitesi, Fen Fakültesi, İstatistik Bölümü, Ankara, Türkiye
[5]Lokman Hekim Üniversitesi,Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Halk Sağlığı Hemşireliği Bölümü, Ankara, Türkiye
[6]Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Ensitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Bölümü, Ankara, Türkiye
[7]Lokman Hekim Üniversitesi,Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Bölümü,Ankara, Türkiye
[8]Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Dairesi Başkanlığı, Ankara, Türkiye

Giriş ve Amaç: Kronik hastalıklar giderek artan bir halk sağlığı sorunudur ve her yaştan insanı etkilemektedir. Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri kapsamında öncelikli bir alandır. Bu çalışmada kronik hastalıklarla ilişkili faktörler araştırılmıştır. TÜBİTAK 1003-218K371 kapsamında desteklenen yaşam çevreleri ve sağlık ilişkisini inceleyen bir projenin parçasıdır. Şehirlerde yaşam çevrelerinin fiziksel,sosyal özellikleri ile yaşayanların iyilik hali ve sağlık düzeyleri arasında önemli bir ilişki bulunmaktadır, şehir sağlığı kapsamında şehirlerin özelliklerinin sağlık durumlarına etkisi incelenmektedir.

Gereç ve Yöntem: Ankara ilinde 9 ilçede 378 mahallede 18 yaş ve üzeri nüfusun evren olarak kabul edildiği kesitsel bir araştırmadır. Örnekleme tasarımı için kümeleme analizinden faydalanılmıştır. Mahalle içinde rasgele yol ve sokak numara/adları seçilmiştir. Araştırma 4015 katılımcı ile tamamlanmıştır. Anketörler tarafından hanelerde katılımcı olarak belirlenen kişiye anket formu fiziksel olarak bir zarf içerisinde bırakılmıştır, üç gün sonra hane üyesi tarafından doldurulmuş form ikinci bir ziyaretle teslim alınmıştır. Veri toplama formu dört bölümden oluşmaktadır. Bu bölümler; sosyodemografik özellikler, sağlık durumu, sağlıklı yaşam davranışları ve yaşanılan yaşam çevrelerinin değerlendirilmesidir. Analizlerde tanımlayıcı istatistiklerden ve ikili analizlerden faydalanılmıştır. İleri analizler için ikili lojistik regresyon uygulanmıştır. Çalışmada herhangi bir çıkar çakışması bulunmamaktadır. Bağımlı değişken olan kronik hastalık durumu değerlendirmeleri katılımcıların beyanı üzerinden yapılmıştır. Çalışmanın güçlü yönü sahada büyük grup tarafından yapılmasıdır.

Bulgular: Ulaşılan kişilerin yaş ortalaması 45.1 ±15.74 idi. Katılımcıların %24,4'ünde kronik bir hastalık vardı ve %23,3'ü düzenli ilaç kullanıyordu. Kronik hastalığı olan katılımcıların %62,3'ü kadındı ve yaş ortalaması 55,9±14,72 idi. Katılımcıların beyanına göre, en sık görülen üç hastalık hipertansiyon, diyabet ve kalp hastalığıydı. Yaş (45-64[OR=3,24;(CI %95 2,15-4,90)], >65[OR=7,67;(CI %95 4,89-12,02)] referans: 29 yaş ve altı), kadın [OR=1,46;(CI %95 1,19-1,80) referans: erkek], çalışmama [OR=1,58;(CI %95 1,24-2,02) referans: çalışma], fazla kilolu olma [OR=1,62;(CI %95 1,32-1,98) referans: normal ve zayıf], obezite [OR=4,10;(CI %95 3,18-5,29) referans: normal ve zayıf], düşük sağlıksız gıda tüketimi [OR=2,10;(CI %95 1,37-3,21) referans: yüksek sağlıksız gıda tüketimi], genel sağlık algısının düşük olması [OR=12,34;(CI %95 7,78-19,57) referans: genel sağlık algısının yüksek olması], orta düzey fiziksel aktivite [OR=0,78;(CI %95 0,64-0,95) referans: düşük düzey fiziksel aktivite], yürümek için yakın yeşil alan kullanılması [OR=1,54;(CI %95 1,19-1,99) referans: yürümek için yakın yeşil alan kullanılmaması] kronik hastalıklar ile ilişkili bulunmuştur. İkamet yeri ve ikamet yeri memnuniyeti ile kronik hastalık olma durumu arasında ilişki bulunamamıştır.

Sonuç: Katılımcıların yaklaşık dörtte biri kronik bir hastalığı olduğunu belirtmiştir. Bireysel faktörler, beslenme durumu, fiziksel aktivite ve sağlık algısı kronik hastalıklarla ilişkili olarak saptanmıştır. Önemli bir halk sağlığı sorunu olan kronik hastalıklar değişik faktörlerden etkilenmektedir, bu nedenle çözüm önerileri geliştirirken tüm faktörlere yönelik multidisipliner yaklaşıma ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: kronik hastalık, sağlıklı yaşam, şehir sağlığı

[S226]
COVID-19 AŞISI UYGULANAN KİŞİLERDE KISA-ORTA-UZUN DÖNEM SEMPTOMLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Serpil Poyrazoğlu[1], **Erhan Şimşek**[2], **Ali Ramazan Benli**[3]
[1]*İl Sağlık Müdürlüğü, Kayseri*
[2]*Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Ankara*
[3]*Aile Hekimliği-Kayseri Şehir Eğitim Araştırma Hastanesi Tıp Fakültesi, Kayseri*

Giriş ve Amaç: Covid 19 pandemisinde, plasebo kontrollü çalışmalarda değerlendirilerek güvenli ve etkili olduğu bulunan covid aşıları uygulanmaya başlandı Aşılamayı takip eden ve aşının kullanımıyla nedensel bir ilişkisi olması gerekmeyen herhangi bir istenmeyen tıbbi olay Dünya sağlık örgütü kriterlerine göre " aşı sonrası istenmeyen etki (ASİE) olarak tanımlanmıştır. Bu çalışmanın amacı pandemide öncelikli olarak aşılanan sağlık personelinin 6 ay boyunca ileriye izlenerek aşı sonrası istenmeyen etkilerin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Prospektif Kohort niteliğindeki bu çalışmaya 2021 yılında Covid 19 pandemi sürecinde Sağlık Bakanlığı tarafından öncelikli aşılama grubunda olduğu açıklanan sağlık personellerinin dahil edilmesi planlanmıştır. Çalışma öncesinde Sağlık Bakanlığından çalışma izini ve Kayseri Şehir Hastanesi Etik kurulundan onay alınmıştır Aşılamanın başladığı ilk 2 günde Kayseri İl sağlık müdürlüğü Kocasinan İlçe Sağlık Müdürlüğü ekiplerince aşılanacak olan kişiler araştırmaya alınması planlandı. Aşılama esnasında kişilere araştırmanın içeriği hakkında bilgi verildi. Çalışmaya katılmayı kabul eden 805 kişi çalışmaya dahil edildi. Kişilere 6 ay süre ile belirli aralıklarla aranacakları, her hangi bir zamanda çalışmadan ayrılabilecekleri bilgisi verildi. Arama planlaması aşılandıkları gün, takip eden iki hafta boyunca haftada bir kez, sonrasında 15 günde bir, 5 hafta sonrasında ayda bir olacak şekilde toplam 10 arama şeklinde planlanmıştır. Tüm katılımcılar her defasında bir önceki aramaya cevap vermese bile tekrar aranmıştır. Telefon görüşmeleri araştırma hakkında eğitim verilen sağlık personelleri tarafından plan dahilinde yapılmıştır. Veri toplama formunun ilk kısmında aşılanma tarihleri, iletişim bilgileri, yaş, meslek, ek hastalık varlığı, covid 19 geçirme durumu, emzirme durumu, sigara kullanım durumu ile ilgili sorular, ikinci kısımda Sağlık Bakanlığı tarafından bildirilen aşı sonrası istenmeyen etkilerinde içinde bulunduğu standart ve bunlara ek farklı bir semptomun sorgulandığı sorular yer almıştır ASİE toplam 15 semptomu içermektedir. Bildirilen semptomlar sistemlere göre sınıflandırılmıştır İl Sağlık Müdürlüğü Bilgi İşlem Biriminde çalışan birim uzmanı tarafından yapılan bilgisayar programına görüşmeler anlık olarak kaydedilmiştir. Program tüm verileri otomatik olarak excell programına aktaracak şekilde planlanmıştır. Veriler excell programında ve sonrasında SPSS 25.0 ile değerlendirilmiştir. Elde edilen bulgular frekans tablolarında sayı ve yüzdelikler ile gösterilmiştir.

Bulgular:: Çalışmaya toplam 805 kişi alınmış olup yaş ortalaması 42,5±13,4 idi. Katılımcıların %13,0 'ü hekim %6,7'si diş hekimi, %74,6'sı yardımcı sağlık personeliydi. Sigara içen kişi oranı %26,6 idi. Katılımcıların %14,2'si bu tarihten önce covid geçirmişti. Katılımcıların %71,5'inin ek bir hastalığı yoktu. İlk doz aşıdan sonra katılımcıların %43,5'i bir veya birden fazla semptom bildirimde bulunmuştur. En fazla bildirilen semptomlar nörolojik semptomlar %15,7, lokal ağrı %11,6, halsizlik %10,7, kas iskelet sistemi ile ilgili semptomlar %7,7, kardiyovasküler sistem semptomları %6,8 idi. Kardiyovasküler semptomlardan en sık bildirilen tansiyon yüksekliği (30 kişi) ve tansiyon düşüklüğü (6 kişi) idi. En yüksek tansiyon aşı sonrası 220/110 olarak bildirildi.Tansiyonları yükselen 16 kişiden 6'sının hipertansiyon öyküsü vardı. Alerjik reaksiyonlar arasında dudakta şişme, nefes darlığı, kaşıntı ve göz kapağında ödem bildirilen semptomlardandı. 2. aramada 1. aramada semptom bildiren 398 kişiden 294 ünün (%73,9) semptom bildirmediği, bildirmeyen 27 (%5,9) kişinin yeni semptom bildirdiği tespit edildi. 6 aylık bebeği olan ve emziren bir anne, sütünde azalma ve nefes darlığı bildirmiştir. Kas eklem ağrısı halsizlik ve yorgunluk gibi semptomların yanında 1 kişi unutkanlık ve konsantrasyon güçlüğü yaşadığını bildirirken 1 kişi de akut paralizi geliştiğini bildirdi. 3 kişide el ve ayaklarda uyuşma, ek hastalık olarak Wilson hastalığı olan bir kişide bulantı kusma ishal karaciğer fonksiyon testlerinde yükselme yaşandığı bilgisine ulaşıldı. 3. aramada 9 kişiye ulaşılamadı. 796

kişi üzerinden değerlendirme yapıldı. 2. Aramada semptom bildiren 6 kişinin şikayetinin devam ettiği görüldü. 3 kişide göğüs ağrısı olduğu bildirildi. 1. Ve 2. Aramada semptom bildirmeyen 6 kişi semptom bildirdi (üst solunum yolu enfeksiyonu belirtileri, eklem ağrısı, hipertansiyon, halsizlik, kas ağrısı). Bir kişi denge, huzursuzluk ve beyin sisi yaşadığını bildirdi. 4. Arama 16 Şubat 2020 tarihinde yapılmaya başlanan 2. doz aşılama sonrasına denk gelmiş olup 26 kişi 2. doz aşıyı yaptırmadığını bildirirken, 40 kişiye de ulaşılamamıştır. 739 kişi üzerinden değerlendirildiğinde semptom bildirme oranı %6,2 idi. Anne sütünde azalma bildiren kişi semptomunun devam ettiğini, daha önceki aramalarda semptom bildirmeyen bir kişi ise 2. aşı sonrası menstruasyon siklus bozukluğu olduğunu bildirmiştir. 5. aramada 679 kişi içinde semptom bildirme oranı %10,6 (72 kişi) idi. Ek hastalığı olmayan ve aramalarda her hangi bir semptom bildirmeyen bir kişi yapılan tetkiklerinde anti TPO ve TSH yüksekliği tespit edildiğini bildirmiştir. 6. aramada 740 kişi içinde semptom bildirme oranı %5,1 (38 kişi), 7. aramada 726 kişi içinde semptom bildirme oranı %3,3 (24 kişi), 8. aramada 674 kişi içinde semptom bildirme oranı %5,5 (37 kişi), 9. aramada 707 kişi içinde semptom bildirme oranı %4,0 (28 kişi) idi. En son aramada ise 651 kişi içinde semptom bildirme oranı %3,8 (28 kişi) olup en sık bildirilen semptomlar %1,2 ile kardiyovasküler, %1,1 nörolojik semptomlar, %0,9 kas iskelet sistemini ilgilendiren semptomlar olmuştur.

Sonuç: İlk doz aşıdan sonra katılımcıların %43,5'i aşı sonrası semptom bildirimde bulunurken giderek azalarak 6 ayın sonunda uzun dönem semptom bildirim oranı %3,8'e düşmüştür. Semptomların klinik ortamda değerlendirilmeyip bildirime dayalı olması, kişilerin bildirim sırasında önce yaşadıkları semptomları da bildirme ihtimalinin olması çalışmanın sınırlılığıdır. Kişilerin bildirmiş olduğu aşı sonrası istenmeyen etkilerin aşı kaynaklı olduğunu iddia etmek güçtür. Ancak bu bildirimler daha sonraki aşılama çalışmalarına kaynak olabilmesi açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Aşı, Aşı Sonrası İstenmeyen Etki, Covid 19

SONUÇ BİLDİRGESİ

SONUÇ BİLDİRGESİ

7. ULUSLARARASI 25. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

14-17 Aralık 2023

İçinde bulunduğumuz 2023 yılının Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluşunun 100. yılı olması nedeniyle, halk sağlığının Cumhuriyet dönemindeki yüz yıllık gelişiminin, güncel durumunun ve geleceğinin değerlendirilmesi özel bir önem taşımaktadır. Geride bıraktığımız yüzyılda her alanda olduğu gibi sağlık alanında da Türkiye'de ve Dünyada büyük değişimler yaşanmıştır. Halk sağlığı disiplini açısından bu alanları tanımlamak, geçmişi, günceli ve geleceği anlamak gelişim için kaçınılmazdır.

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) olarak düzenlediğimiz ve yukarıdaki nedenlerle temasını "Cumhuriyetin 100. Yılında Halk Sağlığı: Geçmişten Geleceğe" olarak belirlediğimiz 7. Uluslararası 25. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 14-17 Aralık 2023 tarihleri arasında başarıyla tamamlanmıştır. Yüz yüze düzenlenen Kongre'ye 304 kişi katılmıştır. Kongrede dört paralel salonda 31 oturum (panel, konferans, ikili konferans) ve 28 sözlü bildiri oturumu gerçekleştirilmiştir. Oturumlarda 11'i yurtdışından olmak üzere farklı disiplinlerden 86 bilim insanı sunumlarıyla kongremize zenginlik katmıştır. Kongrede 226 sözlü bildiri sunulmuştur. Bunlara ek olarak her biri tam gün süren iki kurs düzenlenmiştir.

Kongremizde Cumhuriyet'in kuruluşundan bugüne kadar geçen 100 yıllık dönemde Türkiye'de halk sağlığı hizmetleri ve politikalarıyla ilgili gelişmeler tartışılmış ve halk sağlığının ülkemizdeki geleceği, olanaklar, potansiyel tehditler ve sorunlara dayalı öneriler sunulmaya çalışılmıştır. Halk sağlığı disiplininin nasıl bir gelişim gösterdiği, uzmanlık eğitiminin, halk sağlığı insan gücünün şimdiki ve gelecekteki durumu da ele alınmıştır.

Tüm katılımcılara katkıları ve bilimsel üretimleri teşekkür ediyoruz.

Kongre teması ile ilgili güncel paylaşımların ve tartışmaların yer aldığı, sorunların ve çözüm önerilerinin ortaya konulduğu kongrede vurgulanan temel konular şunlardır:

1. Cumhuriyetin kurulmasının ardından Türkiye'de sağlık alanında yapılan işler bir sağlık devrimidir. Ekonomi, eğitim, kadın hakları gibi diğer alanlarda yapılanlar da sağlığın sosyal belirleyicileri üzerinden toplum sağlığı üzerine büyük etkiler yapmıştır. Cumhuriyetin kuruluş yıllarından itibaren, koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, tedavi hizmetlerinin düzenlenmesi, sağlık insangücünün arttırılması ve mevzuat düzenlemeleri alanında yapılan çalışmalar sağlığa verilen önemi ortaya koymaktadır.

2. Cumhuriyet ile kadın hakları açısından birçok gelişmiş ülkeden çok daha önce bir kadın devrimi gerçekleştirilmiştir. Cumhuriyetle kadınların elde ettiği kazanımlar kadın sağlığını doğrudan ve dolaylı olarak etkilemektedir. Bu kazanımlara sahip çıkılmalı ve geliştirilerek sürdürülmelidir.

3. Bulaşıcı hastalıklarla mücadele Cumhuriyetin ilk yıllarında özel bir öneme sahipken süreç içinde bu "savaş", yerini farklı sağlık sorunlarına bırakmıştır. Günümüzde ülkemiz için bulaşıcı hastalıklar alanında çok ilaca dirençli tüberküloz, kızamık, kuduz, bazı zoonotik ve vektörel hastalıklar önemini korumaktadır. Sahada bulaşıcı hastalıklar sürveyansı güçlendirilmeli ve bu alanda çalışan insan gücü kapasitesi arttırılmalıdır.

4. Günümüzde bulaşıcı olmayan hastalıklar (kalp damar hastalıkları, diyabet, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları gibi) küresel ölümlerin yaklaşık dörtte üçünü oluşturmaktadır. Buna nüfusun yaşlanmasının da eklenmesi sağlıkta yeni yaklaşımları zorunlu kılmaktadır. Sosyal bilimlerle halk sağlığı biliminin kesiştiği bu alanda eylem planlarının, yasal düzenlemelerin ve yeni hizmet sunumu modellerin zaman geçirmeksizin uygulamaya alınmasını gerektirmektedir.

5. Türkiye'nin son yıllarda yaşadığı ve giderek ağırlığını hissettiren göç olgusu, halk sağlığı profesyonellerinin ana gündemlerinden biri haline gelmiştir. İç ve dış göçlerin altında yatan dinamikler, göçlere bağlı sağlık sorunları ve sonuçları, uygulama alanları ve politikalar halk sağlığı bakış açısıyla değerlendirilmeli ve gerekli önlemler alınmalıdır.

6. Ülkemizin yaşadığı 6 Şubat Kahramanmaraş depremleri, halk sağlığı alanında bir uyarı olarak değerlendirilmelidir. Yaşananlar sağlıklı ve afete dirençli kentler, belediye hizmetleri, çocuk, kadın ve üreme sağlığı hizmetleri, bağışıklama ve bulaşıcı hastalıklara yönelik hizmetler, bulaşıcı olmayan hastalıkların yönetimi, toplum ruh sağlığı ve çevre sağlığı hizmetleri başta olmak üzere politikaların geniş bir perspektifte yeniden ele alınmasını gerekli kılmaktadır.

7. Yaşanan 6 Şubat Kahramanmaraş depremleri koruyucu sağlık hizmetlerinin, birinci basamak sağlık hizmetlerinin, halk sağlığı disiplininin ve uzmanlarının önemini bir kez daha ortaya koymuştur. Koruyucu sağlık hizmetleri ve birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilmeli, bölge tabanlı sağlık hizmet sunumuna dönülmeli, halk sağlığı uzmanları yönetici konumda daha fazla istihdam edilmeli ve bilgi ve becerilerine uygun görevleri yürütmeleri sağlanmalıdır.

8. Yaşam hakkını ortadan kaldıran her türlü şiddet ve savaş halk sağlığına yönelik temel bir tehdittir ve kabul edilemez. Dünyanın birçok yerinde ve özellikle ülkemizin bulunduğu coğrafyadaki savaş ve çatışma ortamları toplumları tehdit etmeye devam etmektedir. Ülkemiz Cumhuriyetin kuruluşundan bu yana olduğu gibi bugün ve gelecekte de Atamızın "Yurtta barış, dünyada barış" ilkesinden ayrılmamalıdır.

Halk sağlığı uzmanları ve halk sağlığı alanında çalışan, emek veren, bilim üreten tüm paydaşlarımızla, Cumhuriyetin 100. yaşını kutluyor ve ülkemizin daha nice yüz yıllarda bilimi rehber edinen, gelişmiş, çağdaş ve sağlıklı bir ülke olması için çabalarımızı sürdüreceğimizi beyan ediyoruz.

HALK SAĞLIĞI UZMANLARI DERNEĞİ
1995

www.hasuder.org

/hasuder