



---

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin  
Mezuniyet Sonrası Çalışma Koşulları Hakkındaki Bilgi  
ve Düşünceleri 79

Bir Adli Olguya Göre Adli Tıp ve Tıp Etiği İlişkisinin  
Değerlendirilmesi: Yaralamalı Trafik Kazası 86

Reformlar Sağlık Çalışanlarının  
Yaşamında Neyi Dönüştürüyor? 90

---



## Yayın Yönetmenleri

Dr. Orhan Odabaşı Prof. Dr. S. Songül Yalçın

## Yayın Kurulu

Doç. Dr. Özen Aşut Dr. Mehmet Özen  
 Dr. Aysun Balseven Odabaşı Dr. Fatih Sarıöz  
 Dr. Zeren Barış Dr. Murat Sincan  
 Dr. Şamih Demli Dr. Figen Şahpaz  
 Dr. Betigül Güliter Dr. Sevinç Yılmaz Yeltekin  
 Dr. R. Ekrem Kutbay Stj. Dr. Yılmaz Yıldız  
 Dr. Banu Mutlu

## Bilimsel Danışma Kurulu

Prof. Dr. Osman Abbasoğlu Prof. Dr. Nural Kiper  
 Doç. Dr. Dilek Aslan Yrd. Doç. Dr. Serdar Kula  
 Prof. Dr. Erdal Akalın Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal  
 Prof. Dr. Murat Akova Yrd. Doç. Dr. Esra Önal  
 Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu Doç. Dr. Nühket Örnek Büken  
 Prof. Dr. Berna Arda Prof. Dr. İmran Özalp  
 Prof. Dr. Semih Başkan Prof. Dr. Orhan Öztürk  
 Dr. Aylin Sena Beliner Doç. Dr. Şevkat Bahar Özvarış  
 Prof. Dr. Ufuk Beyazova Dr. Alfert Sağdıç  
 Doç. Dr. Ümit Biçer Yrd. Doç. Dr. Özlem Sarıkaya  
 Prof. Dr. Ayşen Bulut Prof. Dr. İskender Sayek  
 Dr. Alper Büyükakkuş Dr. Mustafa Sülkü  
 Doç. Dr. Ali Süha Çalikoğlu Doç. Dr. Figen Şahin  
 Yrd. Doç. Dr. Deniz Çalışkan Prof. Dr. Selahattin Şenol  
 Dr. Naciye Demirel Dr. Fatih Şua Tapar  
 Doç. Dr. Önder Ergönül Doç. Dr. Cem Terzi  
 Doç. Dr. Muzaffer Eskiocak Prof. Dr. İlhan Tezcan  
 Prof. Dr. Haldun Güner Prof. Dr. Çetin Turgan  
 Prof. Dr. Hamit Hancı Doç. Dr. Duygu Uçkan  
 Prof. Dr. Şükrü Hatun Prof. Dr. Fatih Ünal  
 Dr. Sema İlhan Prof. Dr. Serhat Ünal  
 Doç. Dr. Levent İnan Doç. Dr. Hakan Yaman  
 Dr. Remzi Karşı Prof. Dr. Muharrem Yazıcı  
 Prof. Dr. Zeki Kılıçarslan

## Okuyucu Danışma Kurulu

Dr. Hasan Değirmenci Dr. Sibel Serin Kılıçoğlu  
 Dr. Ayça Gümüş Dr. Çağlar Özdemir  
 Dr. Şükrü Güvenç Dr. Mesut Yıldırım

## Sayı Sorumlusu

Dr. Arzu Dursun Dr. Aysun Balseven Odabaşı

## Yayın Yönetim Merkezi ve İletişim Adresleri

Türk Tabipleri Birliği: Gazi Mustafa Kemal Bulvarı Şehit Daniş Tunalgil  
 Sok. 2 Kat: 4 Maltepe 06570 Ankara  
 Tel: (0.312) 231 31 79/33 Faks: (0.312) 231 19 52-53  
 E-posta: [sted@ttb.org.tr](mailto:sted@ttb.org.tr) İnternet: [www.ttb.org.tr/STED](http://www.ttb.org.tr/STED)  
 STED Okurları Haberleşme Listesi: [stedokur@yahoo.com](mailto:stedokur@yahoo.com)

## Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Prof. Dr. Gençay Gürsoy

## Yayın Türü

Yerel Süreli Yayın (Aylık)

## Hazırlık ve Tasarım

Yeter Canbulat

## Basımcının İletişim Bilgileri ve Basım Yeri

Matus Basımevi Reklam ve Yayın Ticaret Ltd. Şti. Tel: (0.312) 395 95 96  
 Adres: İvedik Organize Sanayi Matbaacılar Sitesi 558. Sok. No: 2 Yenimahalle - Ankara  
 Vergi Dairesi: Yenimahalle - Vergi No: 613 046 2266 - Ticaret Sicil No: 64/1828  
 Basım Tarihi: 05 Ekim 2007

## Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)

Türk Tabipleri Birliği tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin sürekli eğitimi için aylık olarak yayımlanmaktadır. STED, TÜBİTAK TÜRK TIP DİZİNİ içinde yer almaktadır. Abonelere ücretsiz gönderilir.

## Bu Sayıda

Cilt 16  
 Sayı 6  
 Haziran 2007

## Araştırma

**Celal Bayar Üniversitesi  
 Tıp Fakültesi Öğrencilerinin  
 Mezuniyet Sonrası Çalışma  
 Koşulları Hakkındaki Bilgi ve  
 Düşünceleri**

79

*Dr. Nasır Nesanır, Dr. Gökben Yaslı,  
 Dr. Gürol Gökel, Dr. Hakan Çakmak,  
 Dr. Hale Demirtaş,  
 Dr. Elif Dizen, Dr. Gönül Dinç*

## Derleme

**Bir Adli Olguya Göre  
 Adli Tıp ve Tıp Etiği İlişkisinin  
 Değerlendirilmesi:**

**Yaralamalı Trafik Kazası**

86

*Dr. Metin Pıçakçioğlu*

**Reformlar Sağlık Çalışanlarının  
 Yaşamında Neyi Dönüştürüyor?**

90

*Dr. Aslı Davas*



**Kapak Fotoğrafı:  
 "Ufaklık"**

**Dr. Ali Cans Bozacı, Ankara  
 TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2006  
 Başarı Ödülü**



### Merhaba,

Bu sayımızda yaralamalı trafik kazası durumunda adli tıp ve tıp etiği ilişkisinin incelendiği ve reformların sağlık çalışanı yaşamına etkisinin irdelendiği iki derleme ile tıp fakültesi öğrencilerinin mezuniyet sonrası çalışma koşulları hakkında bilgi ve görüşleri konulu bir araştırma makalesi yer almaktadır.

*Nesanır ve ark.* tıp fakültesi öğrencilerinin %97.1'inin uzman olmak istediğini saptamıştır. Türkiye genelinde bu oran üçte birdir. Bununla birlikte, öğrenciler birinci basamak hekimliğinin ana basamaklarını tıp eğitimi döneminde kazanmak istediklerini belirtmişlerdir. Öğrencilerin tıp eğitimleri sonunda (1) toplumda sık görülen hastalıkları tanımayı ve tedavi etmeyi, (2) birinci basamakta birey ve çevreye yönelik koruyucu hekimlik yapabilmeyi (3) ülkenin sağlık sorunlarını bilmeyi ve çözüm arayabilecek kapasitede olmayı hedefledikleri görülmektedir. Bu durum tıp fakültesi öğrencilerinin birinci basamak hekimliğinin önemini bildiklerini göstermektedir. Altı yıllık eğitim sonrası bir 3-5 yıllık eğitim daha istenmesinde yatan gerçek sahada birinci basamak hekimine yönelik hizmetlerin yeterli olmaması ve çok yönlü çalışma durumu olabilir. Bu çalışmanın ülkemizi kapsayacak bir örneklem ile uzman hekim ve pratisyen hekim olarak çalışanlarda yapılması varolan durumu ve sorunları göstermesi açısından gereklidir.

*Davas* derlemesinde reformların sağlık çalışanı üzerine etkilerini emek piyasası, istihdam, gelir ve beceri geliştirme güvencesi, çalışma saatleri, vardiyalı çalışma durumu, mesleki güvence, iş sağlığı ve güvenliği, iş stresi, şiddet konuları içinde işlemiştir.



Fotoğraf: "Kavuşma" Dr. Ali Uğur Ural  
STED Fotoğraf Yarışması 2006 Sergi Ödülü

Sigara sürekli sayfalarımızda *Bilir ve Dilek*'in "Sigara ve Yaşlılık" konusu ele alınmıştır. İnsan yaşam süresinin uzadığı günümüzde kaliteli yaşam önem kazanmaktadır. Sigara etkilerinin yaşlılık döneminde katlanarak arttığı düşünülecek olursa, bugünümüz, geleceğimiz ve gelecek kuşaklarımız için sigarasız bir yaşamın gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

"Kadın ve Sağlık" sayfamızda kadınların beslenme sorunları yaş dönemlerine göre ayrı ayrı verilmiş ve sorunların çözümünde bütüncül yaklaşımın gerekliliği vurgulanmıştır.

Böbrek hastalarında ilaç kullanırken dikkate edilmesi gereken noktaları *İskit*'in "ilaç" sayfasında olan yazısında bulabilirsiniz.

Mesleki beceri köşemizde el bileği, parmak ve ayak bileği travmalarında tesbit sargısının yapılma tekniği anlatılmaktadır.

*Hamzaoğlu* "Türkiye'nin Sağlığını Okumak" sayfasında 2001 ile 2006 yıllarında Sağlık Bakanlığı ve Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bütçe oranlarında değişimi sağlık politikaları ile karşılaştırmıştır.

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi birinci basamak hekiminin karşılaştığı sorunlara çözüm bulmayı, eğitimine katkıda bulunmayı, bilgisini güncellemeyi amaçlıyor. Yazılarımızı sizlerin beklentileri doğrultusunda yönlendirmeye çalışıyoruz. Sorunlarınızı bize yazarsanız, biz de o konularda yetkin görüşleri alıp sizlerle paylaşabiliriz.

Aynı zamanda, sizde iz bırakan anılarınızı yaşatmak ve paylaşmak için düzenlediğimiz bir sayfamız var. Hekimlik yaparken karşılaştığınız ve bizimle paylaşmak istediğiniz anılarınızı "Günlüğümden" köşemize bekliyoruz. STED yayın kurulu her salı saat 17:30-19:00'da toplanıp, yazıları değerlendirip sizden gelen önerileri inceliyor. Toplantılarımızda sizleri de aramızda görmek bizleri sevindirecektir.

STED, 2006 yılı başından beri Türk Tıp Dizini'ne girmiş bulunuyor. Başka bir deyişle, yayımlanan makalelerin Türkçe ve İngilizce özetleri Türk Tıp Dizini'nde yer almaktadır. STED'deki yazıların kaynak gösterilmesi, hem STED'in hem Türk Tıp Dizini'nin hak ettiği önemi vurgulamak açısından gereklidir. Bu nedenle, yararlandığınız STED yazılarını, başka makalelerinizde kaynak göstermeniz STED'e ve birinci basamak hekimliğine katkı sağlayacaktır.

**Bilimsel ve dostça kalın...**

# Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Mezuniyet Sonrası Çalışma Koşulları Hakkındaki Bilgi ve Düşünceleri

Knowledge and Opinions of the Students of Celal Bayar University Medical School about Postgraduate Working Conditions



*Dr. Nasır Nesanır\**, *Dr. Gökben Yaslı\**, *Dr. Gürol Gökel\*\**, *Dr. Hakan Çakmak\*\*\**,  
*Dr. Hale Demirtaş\*\*\**, *Dr. Elif Dizen\*\*\**, *Dr. Gönül Dinç\*\*\*\**

## Öz

Kesitsel tipteki araştırmanın amacı, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin mezuniyet sonrası çalışma koşulları konusunda bilgi ve düşüncelerini saptamaktır. Araştırma kapsamında öğrencilerin tümüne ulaşılması hedeflenmiş olup toplam 313 öğrencinin %84.6'sına ulaşılmıştır. Veriler bir anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Öğrencilere tıp eğitiminin amaçları konusundaki görüşleri sorulmuş, yanıtlarının "birinci basamakta birey ve çevreye yönelik koruyucu hekimlik yapabilmek" ve "toplumda sık görülen hastalıkları tanımak ve tedavi edebilmek" maddelerinde yoğunlaştığı gözlenmiştir.

Öğrencilerin yüzde 97.1'i uzman hekim ve yüzde 2.9'u pratisyen hekim olarak çalışmak istediklerini belirtmiş olup, uzman hekim olarak çalışmak isteyenlerin yüzde 73.1'i birinci basamakta tanı ve tedavi için gerekli koşulların iyileştirilmesi durumunda pratisyen hekim olarak çalışmayı tercih edeceklerini belirtmişlerdir.

Uzmanlaşma eğiliminde en etkili faktör tek alanda uzmanlaşarak hizmet sunulan alanı derinlemesine bilmektir. Öğrencilerin yüzde 63.4'ü zorunlu hizmet, yüzde 16.4'ü aile hekimliği, yüzde 27.1'i sözleşmeli çalışma ve yüzde 18.6'sı genel sağlık sigortası hakkında yeterince bilgi sahibi olduklarını söylemişlerdir. Sınıf yükseldikçe aile hekimliğini ve genel sağlık sigortasını "olumsuz" bulma oranı artmaktadır ( $p=0.001$  ve  $p=0.000$ ). Öğrencilerin yüzde 45.2'si zorunlu hizmetin kaldırılması gerektiği yönünde fikir belirtirken, yüzde 36.7'si mecburi hizmet uygulamasının değiştirilerek uygulanması gerektiği görüşündedir. Çalışmaya katılan öğrencilerin yüzde 72.8'i kamu ve özelde aynı anda çalışmak istediğini belirtmiştir.

Sonuç olarak, tıp fakültesi öğrencilerinde uzmanlaşma eğilimi yaygındır; hekimlerin, pratisyen hekim olarak çalışmayı tercih etmesi için birinci basamak tanı, tedavi ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi gerekmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Tıp eğitimi, mezuniyet sonrası çalışma koşulları, uzman hekim, pratisyen hekim.

## Abstract

The aim of this cross-sectional study was to determine the knowledge and opinions of Celal Bayar University Medical School students about postgraduate working conditions. It was aimed to reach all the students, but 265 (84.6%) of the 313 students were enrolled in the study. The data were collected by means of a questionnaire form. The students were inquired about the goals of medical education and it was observed that their answers concentrated around these items: "To give preventive care to individuals and the community in primary care" and "To diagnose and treat commonly-seen conditions".

97.1% of the students stated that they wanted to work as a specialist and 2.9% as a general practitioner. Among those who wanted to be specialists, 73.1% stated that they would prefer working as a general practitioner if the conditions for diagnosis and treatment in the primary care were improved as necessary.

The most important factor on the desire of becoming a specialist was "to specialize in one area of medicine and to know this area inside out." The percentages of students who stated that they had adequate information about obligatory duty, family medicine, contract labour and general health insurance were 63.4, 16.4, 27.1 and 18.6, respectively. Going up the phases of medical education, it was noted that the attitude towards family medicine and general health insurance became more negative ( $p=0.001$  and  $p=0.000$ ). 45.2% of the students declared that obligatory duty should be abolished while 36.7% thought that obligatory duty should be applied with some changes. 72.8% of the participants stated that they wanted to work in the public and private sectors simultaneously.

As a result, the tendency to specialise is common in medical students; and for physicians to prefer working as general practitioners, diagnosis, treatment and working conditions in the primary care should be improved.

**Key words:** Medical education, postgraduate working conditions, specialist, general practitioner.

\*Arş. Gör.; Celal Bayar Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Manisa

\*\*Patnos Merkez Sağlık Ocağı, Ağrı

\*\*\*İnt.; Celal Bayar Ü. Tıp Fak. Manisa

\*\*\*\*Doç.; Celal Bayar Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Manisa

## Giriş

Sağlık hizmetleri koruyucu, tedavi edici ve sağlığı geliştirici hizmetlerin bir bütünü olarak ele alınmalıdır. Çağdaş sağlık yönetimi anlayışına göre, sağlık hizmetlerinin ilk başvuru yeri birinci basamak sağlık kurumları olmak üzere basamaklandırılmış hizmet şeklinde sunulması önem taşımaktadır (1). Ülkemizde 1961 yılında yürürlüğe giren 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'a dayanarak birinci basamakta kişiye ve çevreye yönelik koruyucu hizmetler ve ayakta tanı ve tedavi hizmetleri sağlık ocağında pratisyen hekimin de içinde bulunduğu bir ekip tarafından sunulmaktadır. Birinci basamakta, kanunun öngördüğü şekilde sevk sisteminin işletilememesi, kişisel sağlık fişleri ile hasta bakımının yapılamaması ve hizmetin sürekliliğinin sağlanamaması sağlık hizmetlerinin kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Öte yandan hekimler arasında birinci basamak sağlık kurumlarında pratisyen hekim olarak çalışma yerine uzman hekim olarak çalışma isteğinin yaygın olduğu görülmektedir. Bu eğilimde hekimlerin tek bir dalda yoğunlaşma isteği, birinci basamaktaki olumsuz çalışma koşulları, ekonomik ve sosyal nedenlerin önemli olduğu görülmektedir (2,3).

Birinci basamak sağlık kurumlarında sunulan hizmetlerin başarılı olmasında hekimlerin birinci basamakta çalışma eğilimi yanı sıra, mezuniyet sonrası zorunlu hizmet uygulaması ve birinci basamak hizmet sunumunda yapılması planlanan değişiklikler konusundaki görüşleri de önem taşımaktadır. Ülkemizde 21.06.2005 tarihinde yürürlüğe giren 5371 sayılı yasaya göre tıp fakültesinden mezun olan hekimlerin ve uzmanlık eğitimi/yan dal uzmanlık eğitimi tamamlayan kişilerin hizmet sunulan bölgenin sosyoekonomik düzeyine göre süresi değişmek

üzere zorunlu hizmet yapmaları gerekmektedir (4). Zorunlu hizmet süresince hekimin devlet memuru ya da sözleşmeli personel olarak çalışması konusunda seçim yapma olanağı bulunmaktadır. Devlet memuru statüsünde çalışma hekime iş güvencesi ve diğer özlük hakları ile ilgili kazanımlar sunarken, sözleşmeli çalışma daha fazla gelir edinme olanağı getirmektedir. Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmet sunumunda şimdilik pilot bölgelerde uygulanmaya başlanan "aile hekimliği sistemi" ve 2007 Ocak ayından sonra yürürlüğe konulması planlanan "genel sağlık sigortası" yeni mezun hekimlere farklı çalışma koşulları getirecektir. Bu nedenle tıp fakültesi öğrencilerinin sağlıktaki dönüşüm programı ile değişecek çalışma koşulları hakkında bilgi sahibi olup olmamaları ve bu konudaki görüşleri de önemlidir.

Bu çalışma Tıp Fakültesi öğrencilerinin mezuniyet sonrası çalışma koşullarına yönelik tercihlerini, bu konudaki görüş ve bilgilerini saptamak amacı ile yapılmıştır.

## Gereç ve Yöntem

Bu çalışma 2006 yılında Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitimi sürdüren öğrenciler üzerinde yürütülmüş kesitsel bir araştırmadır. Çalışma kapsamında, öğrencilerin tümüne ulaşılması hedeflenmiş olup toplam 313 öğrencinin yüzde 84.6'sına (n=265) ulaşılmıştır (Tablo 1). Altısı çalışmaya katılmayı reddettiği (yüzde 3.2), 42'sine de ulaşılamadığı için (yüzde 12.2) toplam 48 öğrenciye anket uygulanmamıştır. Hazırlanmış olan anket formu, öğrenciler ayrı sınıflarda toplanarak, anketin amaçları anlatılarak, birbirlerinden etkilenmelerini önlemek amacıyla gözlem altında kendilerinin doldurması sağlanarak uygulanmıştır.

Anket formunda öğrencilerin sosyodemografik özellikleri ile ilgili sorular yanı sıra Edinburg Bildirgesinde yer alan hekim işlevleri sekiz alt başlık oluşturacak biçimde kapalı uçlu olarak sunulmuş ve öğrencilerin bu işlevleri önem sırasına göre sıralamaları istenmiş ve böylece onların tıp eğitiminin amacı hakkında ne düşündükleri saptanmıştır. Ayrıca mezuniyet sonrasında pratisyen ya da uzman hekim olarak çalışma tercihleri sorulmuş, pratisyen hekim ya da uzman hekim olarak çalışmak isteyenlere bu tercihlerinde etkili olabilecek nedenler kapalı uçlu olarak sorularak, öğrencilerden bu nedenleri önem sırasına göre sıralamaları istenmiştir. Ayrıca öğrencilerden uzman hekim olmayı tercih eden

**Tablo 1.** Tıp fakültesi öğrencilerinin sınıflarına göre çalışmaya katılma durumları

Sınıflar	Çalışmaya katılan n (%)	Çalışmaya katılmayan n (%)	Toplam n(%)*
1. Sınıf	69 (86.1)	11 (14.9)	80 (25.5)
2. Sınıf	69 (87.3)	10 (12.7)	79 (25.2)
3. Sınıf	34 (65.8)	18 (34.2)	54 (17.2)
4. Sınıf	46 (92.0)	4 (8.0)	50 (15.9)
5. Sınıf	44 (95.6)	2 (4.4)	46 (14.6)
6. Sınıf	51 (94.4)	3 (5.6)	54 (17.2)
Toplam	265 (84.6)	48 (15.4)	313 (100.0)

\*Sütun yüzdesidir, diğerleri satır yüzdesidir.

**Tablo 2.** Öğrencilerin tıp eğitiminin amaçları hakkındaki görüşlerinin sınıflara göre ortalama dağılımı\*

Hekimliğin işlevi	Ort±ss						
	1. Sınıf	2. Sınıf	3. Sınıf	4. Sınıf	5. Sınıf	6. Sınıf	Toplam
Birinci basamakta birey ve çevreye yönelik koruyucu hekimlik yapabilmek	5.8±2.2	5.4±2.3	6.3±2.4	6.9±1.5	6.0±2.4	5.5±2.7	5.9±2.4
Toplumda sık görülen hastalıkları tanımak ve tedavi edebilmek	5.5±1.8	5.8±1.5	6.2±1.5	6.5±1.6	6.1±1.7	5.7±2.0	6.0±1.7
Ülkenin sağlık sorunlarını bilmek ve çözüm aramak	4.5±1.6	4.3±2.0	3.9±1.7	4.4±1.7	4.5±1.8	4.8±1.5	5.0±1.7
Ekip çalışmasına önem vererek bir ekibi yönetebilecek ve yönlendirebilecek bilgiye sahip olup multidisipliner ve multisektöryel çalışabilmek	3.0±1.9	3.0±1.8	4.6±2.0	4.5±1.7	4.3±2.0	4.8±2.2	3.9±2.0
Toplumla iletişim kurabilmek ve toplum katılımını sağlayabilmek	4.5±1.6	4.3±2.0	3.9±1.7	4.5±1.8	4.4±1.8	4.0±1.7	4.3±1.8
Sürekli tıp eğitiminin önemini ve bilgiye nasıl ulaşılabileceğini bilmek	3.1±2.1	2.8±2.2	3.4±1.5	3.4±1.3	3.9±1.8	4.4±1.8	3.5±1.8
Uzmanlık eğitimi ve akademik çalışma yapabilmek için gerekli olan güncel ve bilimsel ön bilgi ve becerilere sahip olmak	5.0±2.2	5.1±2.2	3.9±2.5	2.8±2.3	3.8±2.7	3.4±2.5	4.1±2.4
Bilimsel araştırma planlayabilmek, yürütmek ve bilimsel doğruları bilmek	3.0±1.9	3.8±2.2	2.9±2.1	2.6±1.9	2.8±1.8	3.3±2.1	3.1±2.0

\*Tabloda belirtilen sekiz işlev ile tıp eğitiminin amacı önem sırasına göre belirlenmeye çalışılmıştır. Öğrenciler tarafından en önemli olarak belirtilen işlev sekiz puan, en önemsiz olarak belirtilen işlev bir puan olarak değerlendirilmiş ve her bir işlev için elde edilen puan ortalamaları sunulmuştur.

öğrencilere hangi koşulların sağlanması durumunda pratisyen hekim olarak çalışmayı tercih edecekleri sorgulanmıştır. Anketin son bölümünde, öğrencilerin aile hekimliği, genel sağlık sigortası, zorunlu hizmet ve sözleşmeli çalışma koşulları hakkındaki bilgi düzeyleri ve görüşleri sorgulanmıştır.

Veriler, SPSS for Windows 10.0 istatistik paket programı kullanılarak çözümlenmiş, istatistiksel karşılaştırmalarda ki kare testi kullanılmıştır.

### Bulgular

Araştırmaya katılan öğrencilerin yüzde 46.3'ü erkek, yüzde 53.7'si kadın olup, yaş

ortalaması 21.5±1,9'dur. Öğrencilerin yüzde 54.6'nın Anadolu lisesi, yüzde 18.8'i süper lise, yüzde 4.7'si normal lise, yüzde 1.7'si fen lisesi, yüzde 3.8'i özel lise ve yüzde 0.3'ü askeri lise mezunudur. Öğrencilerin yüzde 39.7'si ekonomik sıkıntı çekmediğini, yüzde 51.3 ü bazen, yüzde 7.4' ü sıklıkla, yüzde 1.6'sı her zaman ekonomik sıkıntı yaşadığını belirtmiştir.

Tabloda belirtilen sekiz işlev ile tıp eğitiminin amacı önem sırasına göre belirlenmeye çalışılmıştır. Öğrenciler tarafından en önemli olarak belirtilen işlev sekiz puan, en önemsiz olarak belirtilen işlev bir puan olarak değerlendirilmiş ve her bir işlev için elde edilen puan ortalamaları sunulmuştur.

Tıp eğitiminin (hekimliğin işlevi) amacı hakkındaki en yüksek ortalamalar tüm sınıflar için "birinci basamakta birey ve çevreye yönelik koruyucu hekimlik yapabilmek" ve "toplumda sık görülen hastalıkları tanımak ve tedavi edebilmek" işlevlerinde gözlenmiştir. En düşük ortalama ise "bilimsel araştırma planlayabilmek, yürütmek ve bilimsel doğruları bilmek" işlevi için elde edilmiştir (Tablo 2).

Çalışmaya katılan öğrencilerin yüzde 97.1'i uzman hekim, yüzde 2.9'u ise pratisyen hekim olarak çalışmak istediklerini belirtmişlerdir (Tablo 3). Pratisyen hekim olarak çalışmak isteyen öğrencilerden 7'si koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini sunmanın daha iyi bir

**Tablo 3.** Öğrencilerin mezuniyet sonrasında uzman hekim ya da pratisyen hekim olarak çalışma isteklerinin sınıflara göre dağılımı

Sınıflar (n)	Uzm. hekim olarak çalışmak (%)	Pratisyen hekim olarak çalışmak (%)	Toplam (%)
1. Sınıf (67)	97.0	3.0	100.0
2. Sınıf (69)	97.1	2.9	100.0
3. Sınıf (34)	94.1	5.9	100.0
4. Sınıf (46)	97.8	2,2	100.0
5. Sınıf (44)	100.0	0.0	100.0
6. Sınıf (51)	96.1	3.9	100.0
Toplam (311)	97.1	2.9	100.0

\*p=0.724, ki kare

**Tablo 4.** Öğrencilerin uzman hekim olmayı seçme nedenlerinin sınıflara göre ortalamaları

	Ort±ss						
	1. Sınıf	2. Sınıf	3. Sınıf	4. Sınıf	5. Sınıf	6. Sınıf	Toplam
Maddi açıdan tatmin olmak	3.4±1.7	4.2±2.1	3.8±1.9	4.5±1.7	3.7±2.1	4.4±2.2	4.0±2.0
Tek bir branşta uzmanlaşarak hizmet sunulan alanı derinlemesine bilmek	5.5±1.5	5.3±1.9	5.2±1.8	5.2± 2.0	5.2±2.0	4.9 ±2.0	5.3 ±1.8
Akademik kariyer yapmak	3.7±1.9	3.9±2.0	4.7±1.8	3.6±2.1	3.1±2.0	3.6±2.2	3.7 ±2.0
Pratisyen hekimliğe göre uzman hekimliğin statüsünün daha iyi olması	3.6±1.8	3.9±1.9	3.9±2.1	4.1 ±1.6	4.3±1.9	4.4±1.6	4.1 ±1.8
Uzmanlara toplumun güven duyması	3.4±1.7	3.3±1.3	3.6±1.4	4.0 ±1.5	4.2±1.5	3.7±1.4	3.7 ±1.5
Serbest çalışma olanağının olması	3.0±1.8	2.7±1.3	2.1±1.1	2.4 ±1.4	3.1 ±1.7	3.1 ±1.6	2.8 ±1.6
Uzman hekim olarak çalışarak topluma daha yararlı olacağına inanması	5.0±2.0	4.4±2.1	4.5±2.0	3.9 ±2.1	4.2 ±1.8	3.7 ±1.9	4.3±1.9

*\*tablodaki belirtilen 7 madde ile uzmanlık eğitimi seçme nedenleri önem sırasına göre belirlenmeye çalışılmıştır. Önem sırası en yüksek olan 7 puan, önem sırası en düşük olan ise 1 puan olarak değerlendirilmiş ve ortalamaları alınmıştır.*

**Tablo 5.** Uzman hekim olmayı tercih eden öğrencilerin bazı koşulların sağlanması durumunda pratisyen hekim kalmayı seçme yüzdelerinin sınıflara göre dağılımı (%)\*

Koşul	1. Sınıf (n=61)	2. Sınıf (n=67)	3. Sınıf (n=31)	4. Sınıf (n=45)	5. Sınıf (n=42)	6. Sınıf (n=49)	Toplam (n=295)
Birinci basamak sağlık kurumlarında tanı ve tedavi koşullarının iyileştirilmesi	81.7	76.1	80.6	80.0	61.9	57.1	73.1
Toplumun pratisyen hekim statüsünü uzman hekim statüsüne yakın görmesi	54.1	71.6	54.8	68.9	52.4	69.4	62.7
Sevk sisteminin düzenli çalışması	62.3	62.7	71.0	66.7	50.0	45.8	59.5
Pratisyen hekim gelirinin uzman hekim gelirine yakın olması	55.0	61.2	51.6	68.9	48.8	53.1	57.0

*\*Kişiler birden fazla yanıt vermişlerdir.*

hekimlik olduğunu düşündüğü için pratisyen hekimliği seçmiştir. Öğrencilerin yüzde 16.1'i Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) için dershaneye gitmektedir; bu yüzdeler dördüncü sınıfta 10.9, beşinci sınıfta 38.6 ve son sınıfta 51.0 olarak belirmektedir. İlk üç sınıfta TUS için dershaneye giden yoktur.

Uzmanlaşmayı istemenin en yüksek ortalaması tüm sınıflarda "tek bir branşta uzmanlaşarak hizmet sunulan alanı derinlemesine bilmek" maddesinde, en düşük ortalama ise "Serbest çalışma olanağının olması" maddesinde görülmüştür. (Tablo 4).

Çalışmaya katılan öğrencilerin önemli bir bölümü (yüzde 73.1) "birinci basamak sağlık kurumlarında tanı ve tedavi için gerekli koşulların iyileştirilmesi durumunda" pratisyen hekim kalmayı tercih edeceklerini belirtmişlerdir. İntörnler dışındaki tüm sınıflarda düzeltilmesi durumunda pratisyen hekim

olarak çalışmayı tercih etme açısından en önemli neden olarak bu neden belirtilmiştir. İntörn hekimler ise "toplumun pratisyen hekim statüsünü uzman hekim statüsüne yakın görmesi" durumunda önemli oranda pratisyen hekim olarak çalışmayı tercih edeceklerini belirtmişlerdir. (Tablo 5).

Öğrencilerin, yüzde 63.4'ü zorunlu hizmet, yüzde 16.4'ü aile hekimliği, yüzde 27.1'i sözleşmeli çalışma ve yüzde 18.6'sı genel sağlık sigortası hakkında yeterince bilgi sahibi olduklarını söylemişlerdir. Ayrıca altıncı sınıfta aile hekimliği, genel sağlık sigortası, zorunlu hizmet ve sözleşmeli çalışma koşulları hakkında yeterince bilgi sahibi olma durumu diğer sınıflara göre daha yüksektir (Tablo 6).

Aile hekimliği hakkında bilgi sahibi olan öğrencilerin yüzde 49.2'si aile hekimliğini olumsuz bulmuştur. Olumsuz bulma yüzdesi birinci sınıf için yüzde 35.1; ikinci sınıf için

**Tablo 6.** Sınıflara göre zorunlu hizmet, sözleşmeli personel olarak çalışma koşulları, genel sağlık sigortası ve aile hekimliği hakkında yeterli bilgisi olan öğrenciler(%)

	1.Sınıf (n=69)	2.Sınıf (n=68)	3.Sınıf (n=33)	4.Sınıf (n=46)	5.Sınıf (n=44)	6.Sınıf (n=51)	Toplam (n=295)
Zorunlu hizmet hakkında yeterli bilgi sahibi olma	68.2	46.4	66.7	58.7	63.6	82.4	63.4
Sözleşmeli çalışma hakkında yeterli bilgi sahibi olma	21.7	23.2	21.9	26.1	22.7	48.0	27.1
Genel Sağlık Sigortası (GSS) hakkında yeterli bilgi sahibi olma	19.1	13.0	15.2	15.2	18.)	31.4	18.6
Aile hekimliği hakkında yeterli bilgi sahibi olma	10.1	11.6	20.6	10.9	18.6	29.4	16.0

**Tablo 7.** Öğrencilerinin sınıflara göre zorunlu hizmet hakkındaki düşünceleri (%)\*

Sınıflar	Evet aynen devam etmeli	Hayır kaldırılmalı	Değiştirilerek uygulanmalı
1.sınıf (66)	31.8	25.8	42.4
2.sınıf (n=68)	23.5	44.1	32.4
3.Sınıf (n=33)	15.2	30.3	54.5
4.Sınıf (n=44)	6,8	56.8	36.4
5.Sınıf (n=43)	16,3	53.5	30.2
6.Sınıf (n=51)	5,9	64.7	29.4
Toplam (n=305)	18.0	45.2	36.7

$p < 0.001$ , \*Ki kare

**Tablo 8.** Zorunlu hizmetin değişmesi gerektiğini düşünen öğrencilerin önerdikleri değişikliklerin dağılımı\*

Önerilen değişiklikler	Sayı	%
Zorunlu hizmete uzman ya da pratisyen olarak yalnızca bir defa gidilmeli	110	90.9
Zorunlu hizmet sonrası nereye gidileceği belli olmalı	112	89.6
Zorunlu hizmet bitmeden TUS'a girilmemeli	28	21.7
TUS kazanılsa bile zorunlu hizmet bitmeden görev yerinden ayrılmamalı	19	15.2

$p < 0.001$ , \*Ki kare

yüzde 37. 8; üçüncü sınıf için yüzde 48.0; dördüncü sınıf için yüzde 50; beşinci sınıf için yüzde 53.6 ve altıncı sınıf için yüzde 76.2 olmuştur. Sınıf yükseldikçe aile hekimliğini "olumsuz" bulma yüzdesi artmaktadır; bu da istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0.01$ , eğitimde ki kare). Genel sağlık sigortası hakkında bilgi sahibi olan öğrencilerin yüzde 61.0'ı genel sağlık sigortasını olumsuz bulmuştur. Olumsuz bulma yüzdesi birinci sınıf için yüzde 42.5; ikinci sınıf için yüzde 42.9; üçüncü sınıf için

yüzde 63.6; dördüncü sınıf için yüzde 66,7; beşinci sınıf için yüzde 77,8 ve altıncı sınıf için yüzde 82,1 olmuştur. Sınıf yükseldikçe genel sağlık sigortasını "olumsuz" bulma yüzdesi artmaktadır ve bu da istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0.000$ ).

Öğrencilerin yüzde 45.2'si zorunlu hizmetin kaldırılması yönünde fikir belirtirken, yüzde 36.7'si yürürlükteki sistemin değiştirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir (Tablo 7).

"Değiştirilmelidir" diyenlerin yüzde 90.9'u "zorunlu hizmete uzman ya da pratisyen olarak yalnızca bir defa gidilmeli", yüzde 84.8'i "zorunlu hizmet sonrası nereye gidileceği belli olmalı", yüzde 21.7'si "zorunlu hizmet bitmeden TUS sınavına girilmemeli" ve yüzde 15.2'si "TUS kazanılsa bile zorunlu hizmet bitmeden görev yerinden ayrılmamalı" demişlerdir.

Çalışmaya katılan öğrencilerimizin yüzde 72.8'i "kamu ve özel sektörde aynı anda", yüzde 20.7'si "yalnızca kamuda" ve yüzde 6.5'i "yalnızca özelde" çalışmak istediğini belirtmiştir. Kamu ve özelde aynı anda ya da yalnızca kamuda çalışmak isteyen 289 öğrencinin yüzde 88.4'ü 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'na bağlı çalışmayı istemekte iken kamuda sözleşmeli çalışmak isteyenlerin oranı yüzde 11.6'dır.

### Tartışma

Tıp fakültesi öğrencilerinin tıp eğitiminin amacı konusundaki görüşlerine bakıldığında tüm sınıflarda "birinci basamakta birey ve çevreye yönelik koruyucu hekimlik yapabilmek" ve "toplumda sık görülen hastalıkları tanımak ve tedavi edebilmek" işlevlerinin en önemli işlevler olarak belirtildiği görülmektedir. Bu sonuçlar Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin tıp eğitiminin ana amaçlarının ne olması gerektiği konusunda yeterince bilgi sahibi olduklarını



göstermiştir. 2000 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin üzerinde yapılan çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuştur (5). Buna karşın öğrencilerin neredeyse tümü mezuniyet sonrasında uzman hekim olarak çalışmak istemektedir. Hatta intörn hekimlerden her iki öğrenciden birinin TUS dershanesine gitmesi, uzman hekim olmak için öğrencilerin önemli bir çaba içinde bulduklarını göstermektedir. Uzman hekim olarak çalışma eğiliminin yüksekliği tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yürütülmüş diğer çalışmalarda da saptanmıştır. Bu oran sırasıyla Uludağ Üniversitesi'nde yüzde 91.4, Fırat Üniversitesi'nde yüzde 92.0 ve Cerrahpaşa Üniversitesi'nde yüzde 89.6'dır (3,6,7).

Ülkemizde birinci basamak sağlık kurumlarındaki olumsuz çalışma koşullarının yanı sıra tıp fakültelerinde verilen eğitimin yetersizliği, hekim adayları ve hekimlerin uzmanlaşma yönünde çaba göstermesine yol açmakta ve bu durum birinci basamak sağlık hizmetlerinin gerektiği şekilde verilememesine neden olmaktadır (8). Yüksek yüzdede uzmanlaşmayı isteme eğilimi öğrencilerin tıp eğitiminin amaçları konusunda verdikleri yanıtlarla uyumsuzlukta olup, bu durum tıp eğitiminin amaçları ile ilgili verilen yanıtların doğruluğu konusunda şüphe uyandırmaktadır. Ancak, araştırma kapsamında öğrencilere birinci basamak sağlık kurumlarındaki çalışma koşullarının iyileşmesi durumunda pratisyen hekim olarak çalışmak isteyip istemedikleri sorulduğunda yaklaşık her dört öğrenciden üçü birinci basamak sağlık kurumlarında çalışmayı tercih edeceklerini belirtmiştir. Bu sonuç bize tıp eğitiminin amacı konusunda öğrencilerin gerçek görüşlerini yansıttıklarını düşündürmüştür.

Gerek bu çalışmanın sonuçları gerekse Cerrahpaşa Tıp Fakültesi öğrencileri ve İzmir'de tıpta uzmanlık eğitimi alan hekimler üzerinde yapılan çalışmaların sonuçları, uzman hekim olarak çalışmayı isteme nedenleri ile ilgili olarak, tek bir branşta uzmanlaşarak hizmet sunulan alanı derinlemesine bilmek, uzman hekimin topluma daha yararlı olacağına inanmak, maddi açıdan tatmin olmak, pratisyen hekimliğe göre uzman hekimliğin statüsünün daha iyi olması ve uzmanlara toplumun güven duymasının etkili olduğunu göstermektedir (2,3)

Çalışma kapsamında elde edilen bu

bulgular da öğrencilerin hangi koşullarda pratisyen hekim olarak çalışmayı tercih edecekleri ile ilgili verilerle uyumludur. Uzman hekim olmayı isteyen öğrencilerin dörtte üçü birinci basamak sağlık kurumlarının tanı ve tedavi koşullarının iyileştirilmesi, pratisyen hekimin uzman hekimle statü ve gelir düzeyinin benzer olması durumunda pratisyen hekim olarak çalışmayı tercih edeceklerini belirtmişlerdir. Nitekim pratisyen hekim ve uzman hekim gelir ve statüsü arasında önemli farklar olmayan ülkelerde uzmanlaşma eğiliminin çok düşük olduğu görülmektedir (9).

Öğrencilerin mezuniyet sonrası çalışma koşullarından zorunlu hizmet, aile hekimliği, sözleşmeli çalışma ve genel sağlık sigortası içinde en fazla bilgi sahibi oldukları konunun zorunlu hizmet uygulaması olduğu görülmektedir. Bunun nedeni zorunlu hizmetin meslek yaşamını çok fazla etkileyen bir olgu sayılması olabilir. Altıncı sınıfta bilgi düzeyinin diğer sınıflara göre daha yüksek olmasının nedeni meslek yaşamlarına yaklaştıkça öğrencilerin duyarlılıklarının artması şeklinde yorumlanabilir. Ancak genel olarak öğrencilerin gelecekle ilgili bu konularda yeterince bilgi sahibi olmadıkları görülmektedir. Sonuçlar, tıp eğitimi sırasında öğrencilerin gelecekle ilgili konularda bilgilendirilmesi gerektiğini göstermektedir (2).

Sınıf yükseldikçe aile hekimliği, genel sağlık sigortası, zorunlu hizmet ve sözleşmeli çalışma hakkında bilgi sahibi olduğunu söyleyenlerin yüzdesi artmakla birlikte son sınıf öğrencilerinin yaklaşık üçte biri genel sağlık sigortası ve sözleşmeli çalışma konusunda hiç bilgi sahibi olmadıkları görülmektedir. Ayrıca son sınıf öğrencilerinin beşte biri aile hekimliği uygulaması konusunda bilgi sahibi olmadıklarını belirtmişlerdir. Bu sonuçlar öğrencilerin oldukça yüksek olan uzmanlaşmayı isteme eğilimi ve TUS için dershaneye gitme yüzdeleri ile birlikte değerlendirildiğinde öğrencilerin mezuniyet sonrasında birinci basamakta çalışmayı planlamadıklarını da gösterebilir.

Aile hekimliği hakkında bilgi sahibi olan iki öğrenciden biri aile hekimliğine, genel sağlık sigortası konusunda bilgi sahibi olan yaklaşık her üç öğrenciden ikisi genel sağlık sigortasına "olumsuz" bakmakta ve sınıf yükseldikçe olumsuz görüş yüzdesi de artmaktadır. Hem aile hekimliği hem genel sağlık sigortası

uygulamasını hekimleri iş güvencesiz ve mesleki bağımsızlıktan yoksun duruma getirecek hükümler içermektedir. Bu durum olumsuz yaklaşımın nedeni olabilir (9,10).

Öğrencilerin büyük bir çoğunluğunun kamu ve özelden aynı anda çalışmak istemesinin nedeni kamuda ücretlerin düşük olmasına bağlanabilir. Kamuda çalışmak isteyenlerin büyük çoğunluğunun 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'na bağlı çalışmayı istemesi iş güvencesini önemli gördüklerini düşündürmektedir.

### Sonuç

Sonuç olarak, tıp fakültesi öğrencilerinde uzmanlaşma eğiliminin yaygın olduğu, hekimlerin pratisyen hekim olarak çalışmayı tercih etmesi için birinci basamak tanı, tedavi ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi gerektiği söylenebilir.

**İletişim:** Dr. Nasır Nesanır

**E-posta:** nasirnesan@hotmail.com

### Kaynaklar

- 1- Starfield B.PRIMARY CARE Concept, Evaluation, and Policy. 1992 Newyork s.3.
- 2- Terzi C, Çiçek C, Solak A, Nesanır N, Arsu G, Vatanserver K, Batu J, Bozdemir A.E, Aslan Ö, Akalın İ.S. İzmir'de Eğitim veren Kurumlarda Uzmanlık Eğitimi: Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Bakış Açısı İle (Ön Rapor). XI. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı, Ankara, 2005.
- 3- Köksal S, Vehit S, Tunçkale A, Çerçel A, Erginöz E, Kaypmaz A, Sipahioğlu F, Özbal AN. Cerrahpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Tıp Eğitimi ve Mezuniyet Sonrası ile İlgili Tutumlar. Cerrahpaşa J Med 1999; 30(4):251-258.
- 4- Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun, Devlet Memurları Kanunu Ve Tababet Ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun İle Sağlık Bakanlığının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. 21/06/2005 tarih ve 5371 sayılı Resmi Gazete. Erişim tarihi: 31.10.2006.
- 5- Budakoğlu İİ, Özkan S, Maral I, Bumin MA, Aygün R. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Tıp Eğitimi Hakkındaki Görüşleri. Toplum ve Hekim 17 (3):189-194. 2001
- 6- Pala K, Toksay A, Aslan G. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Son sınıf öğrencilerinin Gelecek ile İlgili Düşünceleri. 9. Ulusal Halk Sağlığı Günleri - GATA. Ankara 28 Eylül - 01 Ekim 2005 s: 497.
- 7- Açık Y,Oğuzöncül F, Polat S.A,Güngör Y,Güngör L. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencileri'nin Tıp Eğitimi ve Mezuniyet Sonrası Hakkındaki Düşünceleri. Toplum ve Hekim 2002: 17 (3):195-201
- 8- Terzi C, Saçaklıoğlu F,Sayek İ. 2020 yılında Türkiye'de tıp eğitimi.2000-2020 sürecinde nasıl bir dünya,Türkiye,sağlık,tıp ortamı öngörülebilir,oluşturulabilir? Türk Tabipleri Birliği yayını,2002,s:157-194.
- 9- Lambert TW, J Goldacre M. Progression of junior doctors into higher specialist training. Medical Educaton. 2005 Jun;39(6):573-9
- 10- Genel Sağlık Sigortası. Türk Tabipleri Birliği yayını, 2005, s:16-21.
- 11- Düzce İli Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Değerlendirme Raporu. Türk Tabipleri Birliği yayını, 2006, s:26.

## STED Okuyucu Danışma Kurulu'nda yer almak ister misiniz?

Lütfen bize Dergi ile ilgili değerlendirmelerinizi yazınız. Bundan sonraki sayılar sizin de katkınızla oluşsun. Sizden gelecek her türlü katkı, öneri ve eleştiri bizim için çok önemli... İletişim kolaylığı için açık adresinizi, telefon numaralarınızı ve varsa elektronik posta adresinizi eklemeyi unutmayınız.

# Bir Adli Olguya Göre Adli Tıp ve Tıp Etiği İlişkisinin Değerlendirilmesi: Yaralamalı Trafik Kazası

Evaluation of the Relationship between Forensic Medicine and Medical Ethics in the Light of a Forensic Case: Traffic Accident with Injuries



*Dr. Metin Pıçakçiefe\**

## Öz

Bu makalede adli tıp uygulamaları sırasında karşılaşılan olgu türlerinden biri olan yaralamalı trafik kazası, varolan etik ilkeler ve yasal düzenlemeler açısından ele alınmış ve yorumlanmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Adli tıp, tıp etiği, adli olgu.

## Abstract

In this paper, traffic accident with injuries – a case encountered in forensic medicine practices – was addressed and evaluated with the existing ethical principles and legal arrangements.

**Key words:** Forensic medicine, medical ethics, forensic case.

## Giriş

Adli tıp ve tıp etiği farklı ve önemli iki disiplindir. Her iki disiplinin de eklenildiği bazı noktalar vardır. Ancak eklenen bu noktaları ortaya çıkaran ve bunları irdeleyen araştırmalar ne yazık ki yeterli sayıda değildir. Her iki disiplin arasındaki ilişkinin ortaya çıkarılması ve ilişkinin irdelenmesi bundan sonra yapılacak olan araştırmalara katkı sağlayarak bir basamak oluşturacaktır. Ayrıca her iki alanda çalışan sağlık çalışanlarının daha nitelikli sağlık hizmeti sunmasına yol gösterecek ve sağlık hizmeti sunumunda ortaya çıkabilecek adli ve etik sorunların da giderilmesine yardımcı olacaktır. Bu makalenin amacı, adli tıp uygulamaları sırasında sık karşılaşılan olgu türlerinden biri olan yaralamalı trafik kazasını etik ilkeler ve ilgili yasal düzenlemeler açısından ele alarak adli tıp ve tıp etiği arasında bir ilişki kurmak ve kurulan bu ilişkiyi irdelemektir. Bazı temel kavramların irdelenmesi bu ilişkinin ortaya çıkarılmasına ve sürecin daha kolay anlaşılmasına katkı sağlayacaktır.

## Temel Kavramlar

Etik, eski Yunanca "ethos" sözcüğünden türetilmiştir (1). Günümüzde etik, "olup bitenlerle" nasıl ilişki kurduğumuzu belirleyen bir ilkeye, tarihsel durumlarla (insan hakları etiği), teknik-bilimsel durumlarla (biyo etik), toplumsal durumlarla (bir arada yaşama etiği), medeni durumlarla (iletişim etiği) vb. ilgili yorumlarımızı düzenlemeyi muğlak bir biçimde işaret etmektedir (2). Etik, kısaca yaşama anlamı katan her şey bulunan düşünüş tarzı, ahlaki

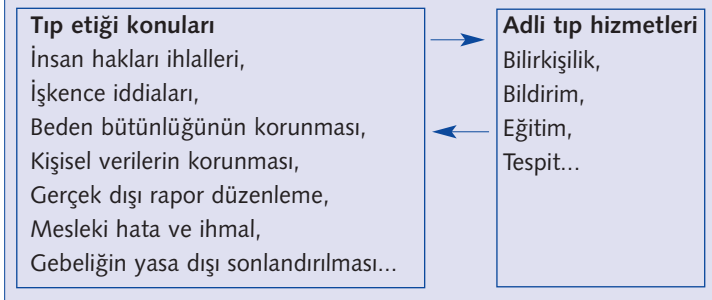
ilişkiler teorisi ya da felsefe disiplini diye tanımlanabilir (3). Etiğin meslek etiklerine bölünmesi ancak çözümleme için, bir ya da aynı özsel olgunun farklı biçim alışlarının bilgisini edinmek için yapılabilir. Amaç "kişi değeri" dediğimiz bir belirlenimi anlatmaktır ve kişi değeri bir bütündür, bölünemez, değiş-tokuş edilemez, koşullara bağlı düşünülemez. Meslek etikleri içinde bu en üstün değerini kendini en açıkça gösterdiği alan ise tıptır (4). Türkçe'de tıp etiği terimi daha çok batı dillerinde "medical ethics" (tıp ahlak kurallarını içeren bilim dalı) terimine karşılık olarak kullanılmaktadır. Tıp uğraşının değişik yönlerinin yürütülmesi sırasında ortaya çıkan değer sorunları ve çatışmaların araştırıldığı, tartışıldığı ve çözümlerin araştırıldığı bir etkinlik ve disiplindir (5). Etiğin bir diğer tanımı ise şöyledir: Etik neyi yapıp, neyi yapmayacağımıza karar verirken, yanlış ve doğru arasındaki ayrımla ilgili olarak vicdanımızın bize dayattığı kararların ahlaki temelidir (6). Ahlak kuralları toplumsal yaptırımlarla korunan kurallardır. Hukukun bir tanımı da "hukuk asgari ahlaktır" şeklindedir (7). Adli tıp, tıbbi bilgilerin hukuka uygulanışını ve hekimlerle ilgili yasal noktaları ele alan bir tıp dalıdır (8). Adli tıp, tıp ve hukuk bilimlerinin ortak alanıdır. Tıp etiği ise hukukla iç içedir. Bu nedenlerle adli tıp ve tıp etiğinin birlikteliği kaçınılmazdır.

## Adli tıp ve tıp etiği ilişkisi

Her meslekte olduğu ya da olması gerektiği gibi sağlık çalışanlarının da uymak zorunda olduğu gerek ulusal gerekse uluslararası hukuk

ve etik kuralları vardır. Hatta bu kurallar insan hakları ihlalleri, işkence iddiaları, beden bütünlüğünün ve kişisel verilerin korunması, gerçek dışı rapor düzenleme, mesleki hata ve ihmâl, gebeliğin yasadışı sonlandırılması gibi tıp etiğinin de yakından ilgilendiği konularda bilirkişilik görevi üstlenen adli tıp çalışanları için daha fazla öneme sahiptir. Bir adli olgu üzerinden adli tıp ve tıp etiği ilişkisini irdelemek, ilişkinin varlığını ortaya çıkarılmasını kolaylaştırabilir ve ilişkinin daha net anlaşılmasını sağlayabilir.

**Şekil 1. Adli tıp ve tıp etiği ilişkisi**



### **Bir adli olgu örneği ve olgunun adli tıp ve tıp etiği yönünden değerlendirilmesi**

Adli olgu tanımlanması ve bildirimi (ihbar) sağlık çalışanlarının mesleki sorumlulukları arasında yer alır ve bu açıdan da önemlidir. Olgunun adli yönünün tanımı şöyle yapılabilir: Bir bireyin sağlığının bozulmasında ya da ölümünden kendisi ya da başka bir bireyin ya da kurumun tedbirsiz, dikkatsiz, ihmalkar davranışları ya da kasıtlı eylemlerinin sorumlu olması durumunda bu durum yasalar çevresinde adli bir yön içermektedir (9).

Adli olgu olarak şunlar sayılabilir: Aile içi şiddet, cinayet, travma, her türlü yaralanmalar (ateşli silah ve patlayıcı madde, kesici, kesici-batıcı, kesici-delici, batıcı-delici, kesici-ezici, ezici alet), zehirlenmeler (gıda, ilaç, insektisit, boğucu gazlar), mekanik asfiksik olgular (tıkama, tıkanma, ası, elle ya da iple boğulma, karın-göğüs tazyiki, diri gömülme, suda boğulma intihar/girişim), trafik kazaları, düşmeler, iş kazaları, yanıklar (alev, kızgın cisim, yakıcı-aşındırıcı madde), elektrik ve yıldırım çarpmaları, işkence iddiaları, cinsel suçlar, çocuk düşürme, madde kötü kullanımı, malpraktis (mesleki hata ve ihmâl), kuşkulu ölümler gibi (10,11).

Görüldüğü gibi yaralamalı trafik kazası da adli bir olgudur. Adli olgu olan yaralamalı trafik kazası üzerinden adli tıp ve tıp etiği ilişkisi irdelenebilir. Bu makalede yaralamalı trafik

kazasının seçilmesinin nedeni sık karşılaşılan adli bir olgu türü olmasından dolayıdır; trafik kazaları gelişmekte olan diğer ülkeler gibi ülkemiz için de önemli bir halk sağlığı sorunudur ve her yıl kazalara bağlı binlerce insan yaralanmakta ya da ölmektedir (12). 2004 yılı Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre, 2003 yılında 67 061 trafik kazası olmuş, bu kazalarda 3 953 kişi ölmüş ve 117 931 kişi yaralanmıştır (13). Yapılan bir çalışmaya göre, Ege Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı'ndan rapor istenen toplam 2862 adli olgunun 542'sinin (% 18.9) trafik kazalarına bağlı yaralamalı adli olgu olduğu sonucu bulunmuştur (14). Yapılan diğer bir çalışmada ise, adli olguların %48.0'inin yaralamalı trafik kazasına bağlı olduğu belirtilmektedir (15). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi'ne başvuran adli nitelikteki olguların dağılımının incelendiği bir çalışmada, olguların %20.8'inin trafik kazasına bağlı yaralanmalar olduğu gösterilmiştir (16). Ankara Adli Tıp Grup Başkanlığı'nda yapılan bir çalışmada, otopsilerin %1.8'inin yaralamalı trafik kazasına bağlı ölümler olduğu sonucu bulunmuştur (17). Adana Adli Tıp Grup Başkanlığı'nda yapılan diğer bir çalışmada, otopsilerin %36.1'inin yaralamalı trafik kazasına bağlı ölümler olduğu sonucu bulunmuştur (18). İstanbul'daki motosikletli kuryelerin %90.2'si çalışırken trafik kazası geçirdiğini belirtmiştir (19). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi çocuk acil servisine başvuranların %14.6'sının başvuru nedeni ise trafik kazalarıdır (20).

Adli tıp ve tıp etiği ilişkisinin daha kolay anlaşılmasını sağlamak amacıyla adli bir olgu olan yaralamalı trafik kazası üzerinden bir kurgu yapılmıştır. Yaralanma ile sonuçlanan adli olguların ilk başvurdukları sağlık kuruluşunda, kişilerin tedavilerinden sonra adli rapor düzenlenmektedir (21). Aşağıda sunulan kurgudaki kişiler yaşamamıştır ve olgu gerçek değildir:

Yaralamalı trafik kazasına karışan sürücü A ve sürücü B en yakında bulunan sağlık kuruluşuna götürülür. Her iki sürücünün de sağlık kuruluşunda ilk yardım ve tedavisi yapılır. Sürücülerin yaraları hafiftir. Tıbbi gözlem altına alınmalarına ve ikinci basamak sağlık hizmeti veren bir üst kuruluşa sevklerine gerek görülmemiştir. Ancak sürücü A'nın özel arabasında maddi hasar oluşmuştur ve "alkollü"dür. Sürücü A'nın özel araç sigortası (Kasko) vardır. Arabasında oluşan maddi

hasarın ve kendisinde oluşan yaralanmaların maddi karşılığını sahip olduğu özel araç sigortasından alabilmesi için "alkolsüz" araç kullanıyor olması gerekmektedir. Ancak "alkollü" olduğu için özel araç sigortasından hiç bir hak iddia edemeyeceğini ve zararının da yüksek olduğunu bilmektedir. Bu konuda kendisini muayene ve tedavi eden sağlık çalışanını "ikna" etmeyi düşünmektedir. Görüşmeler sonrasında sağlık çalışanını "ikna" etmeyi başarır ve Sürücü A "alkolsüz" raporu alır. Ayrıca sağlık çalışanı tarafından yaraları olduğundan daha "ağır" gösterilerek, basit tıbbi müdahale (Yeni TCK Mad.86/2) ile giderilemez raporu verilir (22). Sürücü A düzenlenen raporu alarak sağlık kuruluşundan ayrılır. Sürücü B "alkolsüz"dür ve "alkollü" yaralı sürücü A ile sağlık kuruluşuna giderken sürücü A'dan "alkol kokusu" almıştır. Sürücü A'nın sağlık kuruluşundan ayrılmasından çok kısa bir süre sonra sürücü A'ya "alkolsüz" ve yaralarının da olduğundan daha "ağır" gösterildiği bir adli raporun verildiğini öğrenir. Zaman geçirmeden en yakın mahalli polis karakoluna giderek olayları anlatır ve hem sürücü A'dan hem de raporu düzenleyen sağlık çalışanından şikayetçi olur. Polis sürücü A'yı kısa bir zaman içerisinde bularak Adli Tıp Kurumu'na götürür. Adli Tıp Kurumu'nda yapılan muayene sonucunda; sürücü A'nın "ileri düzeyde alkollü" olduğu ve trafik kazası sonucu oluşan yaralanmaların daha "hafif" düzeyde ve "basit tıbbi müdahale ile giderilebilir" nitelikte olduğu tespit edilir. Adli Tıp Kurumu'nca kesin rapor düzenlenir ve polise teslim edilir. Bu arada sürücü B'nin muayene sonunda "alkolsüz" olduğu görülür. Sürücü A ve B sağlık kuruluşundan aldıkları raporlar, Adli Tıp Kurumu'nun düzenlediği raporlar ve sürücü B'nin şikayet dilekçesi C. Savcılığına verilmek üzere adliyeye götürülür. C. Savcılığı raporu düzenleyen sağlık çalışanı ve sürücü A hakkında adli soruşturmayı başlatır.

Sağlık kuruluşunda ilk muayene ve tedaviyi yapan sağlık çalışanı sürücü A'ya "alkollü" olduğu halde "alkolsüz" raporu vermiştir. Ayrıca bulguları olduğundan daha "ağır" göstererek gerçek dışı rapor düzenlemiştir. Gerçek olmayan bu kurguyu adli tıp ve tıp etiği yönünden ilgili ilke ve yasal düzenlemelerle birlikte irdeleyelim:

**Gerçek dışı rapor düzenleme ile ilgili Yeni Türk Ceza ve Borçlar Kanunu'nda şu yasal düzenlemeler vardır:**

1. Gerçek dışı belge düzenleyen tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ya da diğer sağlık mensubu, 3 aydan bir yıla kadar hapis cezasıyla cezalandırılır. Düzenlenen belgenin kişiye haksız bir menfaat sağlaması ya da kamunun ya da kişilerin zararına bir sonuç doğurucu nitelik taşıması halinde, resmi belgede sahtecilik hükümlerine göre ceza alır (Yeni T.C.K, Mad. 210/2) (23).

2. Yukarıda belirtilen durumlarda tazminat davası da söz konusudur. Gerek kasten gerek ihmal ve teseyyüp yahut tedbirsizlik ile haksız bir surette diğer kimseye bir zarar ika eden şahıs, o zararın tazminine mecburdur (Borçlar Kanunu, Mad.41) (24).

3. Kanunda ayrıca suç olarak tanımlanan haller dışında, görevinin gereklerine aykırı hareket etmek sureti ile kişilerin mağduriyetine ya da kamunun zararına neden olan ya da kişilere haksız bir kazanç sağlayan kamu görevlisi altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır (Yeni TCK, Mad.257/1) (25).

Gerçek dışı rapor düzenleme ile ilgili tıp etiğini ilgilendiren ilkeler ve yasal düzenlemeler ise şöyledir:

1. Hekimler görevlerini yerine getirirken evrensel tıbbi etik ilkeleri olan yararlılık, zarar vermeme, adalet ve özerklik ilkelerine uymakla görevlidirler (TTB Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, Mad.6) (26). Gerçek dışı rapor düzenleme tıp etiği ilkelerine de aykırıdır. Özellikle adalet ilkesi ile bağdaşmamaktadır.

2. Tabip ve diş tabibi, sanat ve mesleğini icra ederken, hiçbir tesir ve nüfusa kapılmaksızın vicdani ve mesleki kanaatına göre hareket eder (Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, Mad.6) (27).

3. Tabip ve diş tabibi bir kimsenin sıhhi durumu hakkında, ilmi metotları tatbik suretiyle bizzat yaptığı muayene neticesinde edindiği vicdani ve fenni kanaate ve şahsi müşahedesine göre rapor verir. Hususi bir maksatla ya da hatır için rapor ya da herhangi bir rapor veremez (Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, Mad.16) (27).

4. Maddi ya da başkaca çıkar için gerçeklere uymayan rapor ya da belge veren hekim geçici olarak meslekten alıkoyma cezası alır (TTB Soruşturma ve Yargılama Yönetmeliği, Mad.6-c) (28).

Toplum içinde yeri ve görevi ne olursa olsun tüm meslek sahipleri kişilere verdikleri zarardan dolayı "kusur ilkesi" ne göre sorumlu olurlar (29). Görüldüğü gibi, gerçek dışı rapor düzenleme bir suçtur. Adli yönden ceza

soruşturma gerektirir. Ayrıca tıp etiği ilkelerine de aykırıdır. Konunun hem adli hem de etik yönü vardır. Her iki disiplini de ilgilendirmektedir.

Gerçek dışı rapor düzenleme kanıtlanması zor bir süreci de beraberinde getirmektedir. Bu sürecin zor olmasından dolayı konu ile ilgili az sayıda araştırma yapılabilmektedir. Yapılan bir araştırmada; Türk Tabipleri Birliği Yüksek Onur Kurulu'na (YOK) 1984-1998 yılları arasında 270 dosya tıbbi etik ihlallerinin incelenmesi için gönderilmiştir. YOK'a gelen dosyalardaki adli tıbbi da ilgilendiren gerçek dışı rapor düzenlenen olgularla ilgili veriler şunlardır: Toplam 429 olgu içerisinde gerçek dışı rapor düzenlenen olgularının sayısı 30, yüzdesi 7.0'dır. YOK'un onayladığı dosyalardaki gerçek dışı rapor düzenlenen olgularının dağılımları ise şöyledir: Toplam 257 olgu içerisinde gerçek dışı rapor düzenlenen olgularının sayısı 11, yüzdesi 4.3'tür (30,31). Araştırmanın sonuçları gerçek dışı rapor düzenlenen olguların sıklığının az olmadığını göstermektedir.

### Sonuç

Sonuç olarak, bu makalede adli bir olgu olan yaralamalı trafik kazası ile tıp etiğini ilgilendiren gerçek dışı rapor düzenleme durumu eklenilerek her iki disiplin arasında bir ilişki kurulmuştur. Adli tıp ve tıp etiği birbirleri ile ilişkili iki disiplindir. Her iki disiplinin de "gerçek dışı rapor düzenleme" dışında ilişkili olduğu birçok konu vardır. Bu konuların neler olduğunu araştırarak ve ilişkiliyi ortaya çıkaracak daha fazla sayıda çalışmalara gereksinim vardır. İlişkinin ortaya çıkarılması sağlık çalışanlarının duyarlılığının artmasını dolayısı ile daha az kusur işlenmesini ve daha iyi bir sağlık hizmeti sunumunu sağlayacaktır.

**İletişim: Dr. Metin Pıçakçıefe**

**E-posta: metinpicakciefe@gmail.com.tr**

### Kaynaklar

1. Tepe H. Çalışma ilişkileri ve etik. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi 2003; Ekim-Kasım-Aralık: 2-6.
2. Bodiv A. Etik. (Çev: Birkay T.). İstanbul: Metis Yayın; 2003.
3. Ceyizci A. Etiğe giriş. İstanbul: Engin Yayıncılık; 2002.
4. Nutku U. Felsefi etik. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2003; 25 (4): 20.
5. Eren N. Kalaça S. Tıp ahlakı. Halk sağlığı temel bilgiler. Ankara: 1997.
6. Last J. Halk sağlığında etik tartışmalar. (Çev: Güler Ç, Aslan G). 9. Halk Sağlığı Kongresi. Ankara: Palme Yayınevi; 2004.
7. Hancı H. Hekimin yasal sorumlulukları ve hakları. 2. nci Baskı. İzmir: Toprak Ofset Matbaacılık; 1999.
8. Soysal Z, Eke M. Dünyada adli tıbbın tarihçesi ve gelişimi. Adli tıp. İstanbul: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayını; 1999.
9. Özdemir H, Salaçin S. Sağlık çalışanlarının adli olguları bildirim sorumluluğu. Toplum ve Hekim 2000; 15(3): 223-228.
10. TTB. Birinci basamak için adli tıp el kitabı. Ankara: TTB Yayını; 1999.
11. Soysal Z, Çakalır C. Adli tıp. Cilt 1. 1 nci Baskı. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basımevi; 1999.
12. Temel F, Özcebe H. Türkiye'de karayollarında trafik kazaları. STED 2006; 15(11): 192-198.
13. [http://www.die.gov.tr/yillik/15\\_Ulastirma.pdf](http://www.die.gov.tr/yillik/15_Ulastirma.pdf) (Erişim tarihi: 11.02.2006).
14. Aktaş EÖ, Koçak A, Zeyfeoğlu Y, Solak İ, Aksu H. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı'na trafik kazası nedeniyle başvuran adli olguların değerlendirilmesi. Uluslararası Trafik ve Yol Güvenliği Kongresi. Ankara: 2002.
15. Katkıcı U, Örsal M, Özkök S. Trafik kazası ile yaralanarak Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne başvuran adli olgular. C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 1993; 15: 221-224.
16. Turla A, Karaaslan EŞ, Karaaslan. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'ne başvuran adli nitelikteki olguların dağılımı. Adli Tıp Bülteni 2006; 11(3): 104-109.
17. Demirel B, Akar T, Özdemir Ç, Cantürk N, Erdönmez F. Trafik kazalarına bağlı ölümlerde otopsi kararını etkileyen nedenler. Adli Tıp Bülteni 2005; 10(2): 77-83.
18. Hilal A, Meral D, Arslan M, Gülmen MK, Eryılmaz M, Karanfil R. Adana'da trafik kazalarına bağlı ölümlerin değerlendirilmesi. Adli Tıp Bülteni 2004; 9(3): 74-78.
19. Solakoğlu M, Bakırcı N, Harmanlı H. İstanbul'daki motosikletli kuryelerde iş kazası niteliğindeki trafik kazaları. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi 2006; Ocak-Şubat-Mart: 48-52.
20. Yücel AB, Sütölk Z, Yılmaz HL, Akbaba M, Aytaç N. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi çocuk acil servisine başvuran ve adli vaka olarak kayıtlara geçen olguların değerlendirilmesi. Adli Tıp Bülteni 2005; 10(3): 90-95.
21. Çolak B, Demirbaş İ, Albayrak. Geçici adli raporun önemi: olgu sunumu. Sted 2005; 14(7): 161-164.
22. Özbek VÖ. Yeni Türk Ceza Kanunu'nun anlamı. 2. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2005.
23. Kanunlarımız. Anayasa-TCK-CMK-CGİK. Ankara: Turhan Kitapevi; 2005.
24. Borçlar Kanunu. 12 nci Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2004.
25. Tezcan D, Erdem MR, Önok M. 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'na göre teorik ve pratik ceza özel hukuku. 4 ncü Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2006.
26. TTB. Hekimlik meslek etiği ve kuralları. Ankara: TTB Yayını; 1999.
27. Güler M. Hekimler ve tabip odası yöneticileri için mevzuat. Ankara: TTB Yayını; 1999.
28. TTB. Hekimler ve tabip odası yöneticileri için mevzuat. Ankara: TTB Yayını; 1998.
29. Aşçıoğlu Ç. Tıbbi yardım ve el atmalardan doğan sorumluluklar. Ankara: 1993.
30. Civaner M. Türk Tabipleri Birliği Yüksek Onur Kurulu dosyalarındaki olgular ve olguları etkileyen değişkenler. Toplum ve Hekim 2000; 15 (3); 229-238.
31. Civaner M, Okuyan A Z. Tıbbi etik ihlalleri. Ankara: TTB Yayını; 1999.



Dr. Aslı Davas\*

### Öz

Tüm dünyada uygulanmakta olan sağlık reformları nedeniyle sağlık çalışanlarının çalışma koşullarında önemli değişiklikler gündeme gelmektedir. Bu değişiklikler Uluslararası Çalışma Örgütü (UÇÖ) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yayınlanan çeşitli raporlarda incelenmektedir.

Reform uygulanan ülkelerde kamu kurumlarının verimsiz olmaları gerekçesiyle kapatılması nedeniyle sağlık sektöründeki iş sayısı genel olarak düşme eğilimindedir. Bu durum işsizliği arttırmıştır. Sağlık çalışanları sınırlı süreli sözleşmelerle ve taşeron aracılığıyla çalıştırılmaya başlanmıştır. Yarı zamanlı-kısa süreli çalışan sayısı artmış, çalışanların gelirlerinde önemli düşüşler gözlenmiştir. Ek işin gelirdeki önemi giderek artmıştır. Çalışma saatleri gelişmekte olan ülkelerde çok yüksektir. 1998 yılında Alman Hekim Birliği'nin yürüttüğü araştırmada doktorların fazla çalışma sürelerinin 33 bin tam zamanlı yeni çalışanla telafi edilebileceği ortaya konmuştur.

Reformun gerçekleştiği ülkelerde tüm personelin iş tanımı genişlemiştir. Doğu ve Orta Avrupa'da hekimlerin hemşirelerin bazı işlerini üstlenmesi, Almanya ve Belçika gibi hekim sayısının fazla olduğu ülkelerde işsizlik sorunu nedeniyle hekimlerin farklı işlerde istihdamı buna örnek gösterilebilir. Avrupa Birliği işgücü araştırmalarında şiddetli en yoğun görüldüğü sektör sağlık sektörüdür.

Türkiye'de reformun bu aşamasında birinci basamak özelleştirilmeye çalışılmakta, sağlık çalışanlarının iş güvenceleri ortadan kaldırılmaktadır. Bu gelişmeleri durdurabilmenin tek yolunun sağlık çalışanlarının dayanışması olduğu unutulmamalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Sağlık reformları, sağlık çalışanları, çalışma koşulları.

Tüm dünyada, sağlık çalışanları yirmi yıldır gündemde olan sağlık reformları nedeniyle çalışma koşullarıyla ilgili önemli değişikliklerle yüzleşmektedir. Devlet memurluğundan sözleşmeliliğe geçmek, genel pratisyen yerine aile doktoru olmak, genel sağlık sigortasının sonuçlarının kendisini nasıl etkileyeceğinin hesabını yapmak yalnızca Türk bir hekimin değil Avrupalıların da dahil olduğu, dünyada

### Abstract

Due to health reforms made worldwide, important changes are taking place in the working conditions of healthcare workers. These changes are examined in various reports published by ILO (International Labour Organisation) and WHO (World Health Organisation).

In the countries where reforms are taking place, since public institutions are closed down on the basis of being insufficient, employment figures in the health area generally have a decreasing trend. This situation exacerbates unemployment. Healthcare workers are being forced to work under contracts with limited durations and via subcontractors. The numbers of part-time and short-time workers have increased and significant decreases have been observed in their incomes. The significance of supplementary jobs in the income has gradually increased. In developing countries, working hours are very long. In a research conducted by the German Medical Association, it was shown that the extra working hours of physicians could be compensated by 33 thousand new full-time workers.

The job definitions of all the staff members have expanded in the countries where reforms are established. Physicians undertaking some of the work of the nurses in East and Middle Europe, and physicians being employed in different occupations because of unemployment problems in countries with a high number of physicians – as in Germany or Belgium – can be pointed out as examples. In European Union (EU) labour force studies, healthcare is the leading sector in occupational violence.

In Turkey, in this step of the reforms, the effort is to privatise primary care and to remove the job protection of healthcare workers. It should be remembered that the only way to stop these developments is the solidarity of healthcare workers.

**Key words:** Health reforms, healthcare workers, working conditions.

birçok sağlık çalışanının sorunudur. Birçok ülke sanki tek bir ülkeymiş gibi çok az farklılıklar içeren, reçetelenmiş bir reformun sonuçlarının farklı aşamalarıyla yüzleşme sürecinden

geçiyor. Ülkeler arasında reformun amacı temel olarak aynı olmakla birlikte sonuçları ülkenin ekonomik koşullarına göre değişiyor. Genellikle sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin damgasını vurduğu bu süreçte, sağlık hizmetine talebin artması, sağlık profesyonellerinin iş yükü ve iş stresinin artması, sağlık harcamalarının özellikle cepten ödemelerin hızlı artışı, tanı ve tedavide hızlı teknolojik değişim, hizmet sunumunda bürokrasi artışı, uzmanlaşma artışı ve hizmetin parçalı sunumu gibi önemli değişimler eşlik etmektedir.

Bir ülkede reform yaparken birçok önemli başlığın iyi incelenmesi gerekmektedir. Ülkenin sosyoekonomik yapısının ve sosyokültürel özelliklerinin belirleyici olmasının yanında sağlık hizmet alt yapısı, var olan çalışanların donanımı, sayısı ve dağılımı, finans kaynaklarının iyi değerlendirilmesi gerekmektedir. Yalnızca sağlık çalışanı sayısı ve dağılımı gibi tek bir değişkenin bile sağlık hizmet sonuçlarını önemli derecede etkilediği Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2006 raporunda vurgulanmıştır. DSÖ'ne göre etkin sağlık müdahaleleri için dengeli dağılım şartıyla bin nüfusa en az iki buçuk sağlık çalışanı gerekmektedir. Eğer bin nüfusa bir buçuk sağlık çalışanı sağlanabilirse kızamık bağışıklama kapsayıcılığında %80 gibi bir değere ulaşılabilmektedir.

Sağlık reformlarının sağlık çalışanlarını nasıl etkilediğini değerlendirirken Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (UÇÖ) çalışma yaşamını inceleyen raporlarında belirlediği başlıklardan yararlanmanın çeşitli yararları olabilir. Çünkü sağlık reformları Türkiye'de hızlı bir şekilde uygulanmaya çalışılmakta ve sağlık çalışanları çok fazla düşünmeden sürece dahil edilmeye çalışılmaktadır. Hem ülkenin sağlık düzeyini hem de sağlık çalışanın yaşamını etkileyecek bu önemli karar verilirken sağlık reformlarının kısa, orta ve uzun vadede çalışanların yaşamlarında neler değiştireceğini değerlendirmek önem kazanmaktadır.

### **Emek piyasası güvencesi**

Yeterli sayıda tam zamanlı istihdam olanağı olarak ifade edilebilecek bu başlığı etkileyen en önemli etmenler sektördeki iş sayısı, fazla personel sayısı, fazla hastane hizmeti ve yatak kullanımı olarak sıralanmaktadır. Reform uygulanan ülkelerde sağlık sektöründeki iş

sayısı genel olarak düşme eğiliminde, bunun da en önemli nedenlerinden birini verimsiz olması gerekçesiyle kamu kurumlarının kapatılması oluşturmaktadır. Çünkü özel sektör var olan işleri daha az sayıda çalışana daha fazla iş yükleyerek yaptırmayı "ekonomik" nedenlerle tercih etmektedir.

Ermenistan, Bulgaristan, Çek Cumhuriyeti, Moldova, Ukrayna gibi "sağlık reformlarının" Türkiye ile tam anlamıyla aynı olduğu eski Doğu Bloğu ülkelerinde iş sayısı azalmış, işsizlik de Ermenistan, Bulgaristan, Moldova, Ukrayna gibi ülkelerde çok fazla artmıştır. Bangladeş'te 1996'da bütçe kısıntıları nedeniyle 5000 hekim bir anda işsiz kalmıştır. Litvanya, Hırvatistan gibi ülkelerde kurumlardaki personel sayısının sürekli değişken olması ve personelin kamudan özel sektöre hareketi sağlık çalışanlarının iş yükünü ve hizmet sunumunu olumsuz etkilemiştir.

İngiltere ve Kanada gibi gelişmiş ülkelerde ise sosyal bakım hizmetlerine ayrılan kaynağın azaltılmasıyla iş sayısı özellikle kadınlar için azalmıştır. Sağlık çalışanları daha çok yarı zamanlı olarak istihdam edilmeye başlamışlardır. İngiltere'de toplam çalışan sayısı değişmemiş gibi görünmekle birlikte çalışan içeriğinde önemli değişiklikler gündeme gelmiştir. Hekim dışı sağlık çalışanı sayısında %52 azalma görülürken, idari ve yönetim personeli sayısında %25'lik bir artış olmuştur(3).

### **İstihdam güvencesi**

Reformun uygulandığı ülkelerde sağlık çalışanlarında süresiz sözleşmelerden sınırlı süreli sözleşmelere geçiş gerçekleşmiştir. Sağlık çalışanları taşeron aracılığıyla çalıştırılmaya başlanmıştır. Yarı zamanlı-kısa süreli çalışan sayısı artmış, gebelik ve hastalık sonrası işe geri dönüşlerde sıkıntılar baş göstermiştir. Yapılan araştırmalar yarı zamanlı çalışanların tam zamanlı çalışırken yaptıkları aynı iş yükünü fazla mesai yaparak, düşük maaş alarak ve yarı zamanlı oldukları için de iş sağlığı ve güvenliği alanında yok denecek kadar az hakka sahip olarak yürüttüklerini göstermektedir (4).

Kanada'da sağlık sektörü içinde yarı zamanlı hemşire sayısının tüm çalışanlara oranı diğer sektörlerdeki yarı zamanlı çalışan oranına göre %28,4 fazladır. Almanya'da tüm işin %24'ü yarı zamanlılarca yapılmaktadır. İngiltere'de erkek genel pratisyenlerin %53'ü, kadın genel



pratisyenlerin de üçte ikisi yarı zamanlı olarak çalışmaktadır.

Türkiye'de de son beş yılda istihdam güvencesinde önemli değişiklikler gündeme gelmiştir. Emekli olan kadrolu hemşirelerin yerine bir yıllık geçici sözleşmeli hemşireler alınmaktadır. Sözleşmeli çakılı kadro yasası ve pilot aile doktorluğu yasalarıyla birinci basamaktaki hekim ve hemşirelerin tamamının geçici sözleşmeli bir statüye geçirilmesi süreci başlamıştır. Reformun uygulandığı diğer ülkelerde olduğu gibi bu sözleşmelerde hastalık izinleri, gebelik, askerlik izinlerinde iş güvencesi sağlanmamaktadır. Ayrıca tek taraflı fesih hakkı mevcuttur.

### Gelir güvencesi

Reformla birlikte sağlık çalışanlarının gelirlerinde önemli düşüşler gözlenmiştir. Düşüş oranı ülkelerdeki genel bozulmadan daha fazladır. Hem hekim hem de hemşire maaşlarındaki düşüş gözlenmekle birlikte hekim dışı çalışanların maaşlarındaki düşüş daha belirgindir. Bununla tezat olarak yönetici pozisyonların maaşları artmaktadır. Yani sektörde yalnızca karı arttıranlara müsamaha gösterilir duruma gelmektedir.

Türkiye'de ise hekim maaşı 1980 öncesi 1000 dolar civarındayken, 2004'de 400-450 dolara düşmüş ve 1995-2003 arası iniş çıkış 300-500 dolar civarında olmuştur. Hemşire maaşı 1979'da 400 dolarken 2002'de 247 dolara düşmüştür .

Reformla birlikte performans dayalı ödeme, ön ödeme sistemleri gibi yeni modeller gündeme gelmiştir. Sağlık çalışanları özel sigorta şirketleri ve yeni finans kurumlarıyla çalışmaya başlamışlardır. Genel sağlık sigortası gibi prim toplanmasına dayalı finans modellerinin yaygınlaşmasıyla maaş

ödemelerinde gecikmeler ortaya çıkmıştır. Ermenistan'da yapılan bir araştırmada tüm personelin son üç ayda maaşlarının bir kısmını gecikmeli almış olduğu belirlenmiştir. (Tablo 1) Hem devlet ödeme gücü olmayanların primlerini hem de işverenler çalışanların primlerindeki kendi paylarını zamanında ödeyememekte, bu da çalışanların gelir düzenliliğini oldukça olumsuz etkilemektedir (3,5).

Bir çok Doğu Avrupa ülkesinde birinci basamak sağlık hizmetleri aile doktorluğu süreciyle özelleştirilmiştir. Slovakya'da hekimler, aile doktorluğu sözleşmesini imzaladıktan sonra daha önce çalıştıkları kamuya ait sağlık merkezlerini kiralamaya başlamışlar, birlikte çalıştıkları personelin maaşlarını da üstlenmişlerdir. İlk başta kamuda çalışan hekimlere göre gelirlerinde artış sağlayan sözleşmeli aile doktorları, ödemelerin gecikmeli ve eksik yapılması, kira ücretlerinin iki üç sene içerisinde dört kattan fazla artması gibi nedenlerle kamuda çalışan hekimlerle eş ya da daha düşük gelirle çalışmak zorunda kalmışlardır. Aile doktoru sayısı da yarıya düşmüştür.

Ek işin gelirdeki önemi giderek artmıştır. Belarus'taki doktorlar gelirlerinin üçte birini ek işlerden sağlamaktadır. Rusya'da personelin %35'i, Ermenistan'da doktorların %35'i ve hemşirelerin %12'si ek iş yapmaktadır. Türkiye'de ise pratisyen hekimlerin %63'ü ve uzman hekimlerin %83'ü ek iş yapmaktadır (4,6).

### Uzun Çalışma Saatleri

Çalışma saatleri gelişmekte olan ülkelerde çok yüksektir. Nijerya'da kadın hekimler haftada ortalama 56 saat çalışmaktadır. Çin, Hindistan, Mısır gibi ülkelerde de hekimlerin haftada ortalama 48 saat çalıştıkları bildirilmektedir (4).

Alman Ücretli Çalışanlar Sendikası'nın 1992 yılında yürüttüğü bir çalışmada sağlık çalışanlarının fazla çalışma sürelerinin 20 bin tam zamanlı yeni çalışanla azaltılabileceği ortaya konmuştur. 1998 yılında Alman Hekim Birliği'nin yürüttüğü araştırmada da doktorların fazla çalışma sürelerinin ancak 33 bin tam zamanlı yeni çalışanla telafi edilebileceği ortaya konmuştur.

İngiltere'de 1997 yılında hemşirelerin %65'i fazla mesai bildirmiştir. Fazla mesai genç

Ülke	Asgari ücretin altında geliri olan sağlık çalışanı %'si
Ermenistan	30
Bulgaristan	25
Gürcistan	90-kamu 50-özel
Latvia	2,3 kamu 13,9 özel
Polonya	70

hekimlerde daha yaygın görülmektedir. Avrupa Genç Hastane Hekimleri Birliği'nin 1996 yılında yürüttüğü araştırmada:

- %70, 34-45 saat çalışma zorunluluğu
- %23, 46-72 saat çalışma
- %67, haftalık fazla mesai >beş saat
- %25, haftalık fazla mesai >21 saat

bildirilmiştir (4).

2006 yılında Almanya'da çalışma sürelerinin daha fazla artması ve gelirin çok azalması nedeniyle Alman doktorlar iş bırakma eylemi yapmışlardır. Hastanede çalışan hekimler haftada 80 saat çalıştıklarını bildirmişlerdir. Yapılan bu fazla mesainin yalnızca %10'unun karşılığı ödenmektedir.

### **Vardiya**

AB'de vardiyalı çalışma artırmıştır. Sağlık çalışanlarının Belçika'da %83'ü, Fransa'da üçte biri, Almanya'da %48'i, İngiltere'de %75'i vardiyalı çalışmaya başlamıştır. Burada dikkat çekici diğer bir nokta da vardiya saatlerinin 12 saate artırılmasıdır. Avrupa'da da sağlık çalışanlarının haklarında ciddi gerilemeler söz konusudur (5).

### **Mesleki güvence**

Mesleki beceri alanları, kariyer olanaklarının korunması olarak tanımlanmaktadır. Teknolojideki gelişmeler nedeniyle bazı görevlerin teknisyenlere devri, hekimlerin bazı işlerinin maliyetler nedeniyle hemşirelere devri gibi örneklerle açıklanmaktadır. Reformun gerçekleştiği ülkelerde tüm personelin iş tanımı genişlemiştir. Doğu ve Orta Avrupa'da hekimlerin hemşirelerin bazı işlerini üstlenmesi, Almanya ve Belçika gibi hekim sayısının fazla olduğu ülkelere işsizlik sorunu nedeniyle hekimlerin farklı işlerde (klinik olmayan vb.) istihdamı buna örnek gösterilebilir (4,5).

İngiltere'de hemşirelerin iş tanımının değişmesiyle kayıtlı ve yüksek eğitimli hemşirelerin sayıca azaltılması, yönetici görevlere çekilmesi, iş yüklerinin arttırılması, maaşlarında kesintiler ve iş kontrolünde olumsuz gelişmeler gündeme gelmiştir .

İyi eğitimlilerin fakir bölgelerden zengin bölgelere ve ülkelere göçü engellenememektedir (2). Mezun olan 600 Zambialı doktorun yalnızca yarısı ülkesinde çalışmayı sürdürmektedir. Filipinli doktorlar zengin ülkelerde hemşirelik yapabilmek

amacıyla özel programlara katılmaktadır (5).

### **Beceri geliştirme güvencesi**

Reformlarla birlikte özel tıp fakülteleri gündeme gelmiştir. Sürekli eğitimin yalnızca bazı ülkelere ve bazı meslek grupları (doktor-hemşire) için geçerli olması hizmet kalitesinde sorunlara neden olmuştur. Sürekli eğitim de paralı duruma gelmeye başlamıştır. Rusya, Slovakya, Gürcistan gibi ülkelere hem eğitimlerin ücretli olması hem de zamansızlık sürekli eğitimin önündeki en önemli engellerdir. Genel pratisyen ve hemşireler için gündeme bilgisayar, muhasebe, yönetim, finans, yeni teknolojiler yeni eğitim başlıkları gelmiştir (4).

### **İş sağlığı ve güvenliği**

Reform yapılan ülkelere iş kazası, işe gitmeme hızlarıyla geçirilen iş kazası başına iş günü kaybı sayıları düşüyor görülmektedir. UÇÖ tarafından bunun nedenleri araştırıldığında bu azalmanın geçirilen kazaların bildirim oranlarındaki düşmeye bağlı olduğu gözlenmiştir.

### **Bildirim yapılmama nedenleri:**

- Daha fazla kazanma arzusu (Ermenistan, Moldovya, Litvanya)
- İşi kaybetmekten korkma (Latvia, Litvanya)
- Maaşın düşmesi (Ermenistan, Polonya, Moldovya) olarak açıklanmaktadır.

### **İş stresi**

Çek Cumhuriyeti, Hırvatistan ve Litvanya dışındaki tüm Doğu Avrupa ülkelerinde iş stresi, yapılan araştırmalarda oldukça yüksek bulunmaktadır. Stres nedenleri; işi kaybetmekten korkma, ekonomik güçlükler, sağlık alanında çalışmaya bağlı işe özel stres, cepten ödemelerle uğraşma, hizmet başı ödeme modeliyle çalışma, kötü çalışma koşulları olarak sıralanmaktadır (2,4,5).

Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi çalışanların çalışma koşullarını oldukça kötüleştirmiştir. Özellikle taşeron aracılı çalışmaların artmasıyla çalışanların işte karar vericilikleri oldukça düşmüş, bu da iş doyumunu azaltmıştır. Litvanya'da yapılan bir araştırmada sağlık reformunun birinci basamak hekimlerinin iş doyumuna etkileri incelenmiş, iş

yükü, maaş azlığı ve sosyal statü düşüklüğü gibi etmenlerin rol oynadığı bir mesleki tatminsizlik saptanmıştır.

### Şiddet

Halkın sağlık hizmetleri için cepten daha çok para ödemesi ve artık kendini müşteri kabul etmesi sağlık hizmetlerinden beklentinin artmasına ve farklılaşmasına yol açmıştır. Beklendiğinin tersine sağlık çalışanlarının kaynaklarının azalması ve iş yükünün artması da onların tahammüllerini zayıflatmıştır. Bu karşılıklı olumsuz süreç, şiddet artışının nedenleri arasında gösterilmektedir. AB işgücü araştırmalarında 2000 yılından bu yana şiddetin en yoğun görüldüğü sektör sağlık sektörüdür. Sağlık sektörü, iş sağlığı ve güvenliği açısından en riskli alanlardan kabul edilmektedir.

Gelişmekte olan birçok ülkede sağlık reformları Türkiye'ye göre oldukça ileri bir aşamadır. Her ne kadar üstü örtülmeye çalışsa da bu gecikme büyük oranda sağlık çalışanlarının örgütlerinin mücadelesiyle sağlanmıştır. Reformun bu aşamasında birinci basamak özelleştirilmeye çalışılmakta, sağlık çalışanlarının iş güvenceleri ortadan kaldırılmaktadır. Bu gelişmeleri durdurabilmenin tek yolunun sağlık çalışanlarının dayanışması olduğu unutulmamalıdır.

**İletişim: Dr. Aslı Davas**

**E-posta: asli.davas@ege.edu.tr**

### Kaynaklar

- 1- Twaddle Andrew C. Health Care Reform Efforts Around the World, Westport USA. 2002.
- 2- World Health Organization The world health report 2006: working together for health. <http://www.who.int/whr/2006/en/> Erişim tarihi: 18/03/07.
- 3- Employment and working conditions in the health sector of Central Asian Countries ILO/PSI Conference Almaty, Kazakhstan, 24-26 March 1999
- 4- ILO. Terms of employment and working conditions in health sector reforms, Report for discussion at the Joint Meeting on Terms of Employment and Working Conditions in Health Sector Reforms Geneva, 1998.
- 5- ILO. Human Resources for health: Overcoming the crisis. Joint learning Initiative, 2004, Geneva.
- 6- Soyer A, Türkiye sağlık sektörünün temel sorunları, son durum nedir? Değişim/dönüşüm ne yöndedir?, 17-18 Eylül,2004, Dünya'da ve Türkiye'de Sağlık Yeniden Yapılanması, Toplum ve Çalışanlara Etkisi Sempozyumu, TTB, SES, THD.
- 7- Hlava?ka S, Wágner R, Riesberg A(2004), Health care systems in transition: Slovakia, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen. [www.euro.who.int/Document/E85396.pdf](http://www.euro.who.int/Document/E85396.pdf).Erişim: 10/01/2006.
- 8- Clare C. Health reforms further anger Germany's striking doctors. Lancet 2006; 367(9518):1229-1230.
- 9- Bradshaw Peter L. The recent health reforms in the United Kingdom:some tentative observations on their impact on nurses and nursing in hospitals, Journal of Advanced Nursing 1995; 21:975-979
- 10- Buciuniene I, Blazeviene A , Bliudziute Egle. Health care reform and job satisfaction of primary health care physicians in Lithuania. BMC Family Practice 2005, 6:10 1471-2296

	STED'den	I		ilaç	XII
	STED Yazarlarına Bilgi	II		"Böbrek Hastalıklarında İlaç Kullanımı" Dr. Alper B. İskit	
	Sigara ve Yaşlılık Dr. Nazmi Bilir, Dr. Dilek Aslan,	IV		TTB-STE Kredi Puanı ve Kitap Kazananlar	XIII
	Türkiye'nin Sağlıkını Okumak Dr. Onur Hamzaoğlu	VI		Mesleki Beceri "Tespit Sargısı Becerisi" Dr. Orhan Odabaşı, Dr. Melih Elçin	XIV
	Dergilerden	VII			
	Kadın ve Sağlık "Kadın Sağlığı ve Beslenme Sorunları" Dr. Dilek Aslan	VIII		TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2007	XVI
				Ödüllü Bulmaca	XVII

## STED Yazarlarına Bilgi

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED), Türk Tabipleri Birliği'nce birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimlerin bilgi ve becerilerinin yenilenmesi ve geliştirilmesi amacıyla ayda bir yayımlanan bilimsel, hakemli bir dergi olup 2005 yılı başından beri TÜBİTAK Türk Tıp Dizini içinde yer alacaktır. STED'de birinci basamağın çalışma alanına giren konularda yapılmış araştırma yazıları, derlemeler, olgu sunumları, sağlık ocağı ve AÇS-AP merkezi gibi birinci basamak kurum tanıtımları ve hekim günlükleri yayımlanır.

**Dergide yayımlanacak makalelerin aşağıda belirtilen özellikleri taşıması gerekmektedir ve bu özellikleri içeren bir yazının tüm yazarlar tarafından imzalanıp makale ile birlikte dergimize gönderilmesi gerekmektedir.**

- Yazılar daha önce başka yerde yayımlanmamış olmalıdır (kongre bildirileri dışında).
- Makalede belirtilen çalışma orijinal olmalıdır.
- Konuların işleme biçimi sorun çözümüne yönelik olmalıdır.
- Yazılarda yalın, anlaşılır Türkçe kullanılmalı; Türkçe karşılığı olan yabancı sözcük kullanılmamalıdır.
- Kapsayıcı ve insancıl bir dil kullanılmalı, cinsel ya da ırksal yan tutmadan kaçınılmalıdır.
- Gerekli çalışmalarda etik kurul izninin alınması ve bu durumun makalede belirtilmesi gerekmektedir.
- Yazılar birinci basamak sağlık hizmetine katkı sağlayacak nitelikte olmalı; bu nedenle konuların en sık rastlanan sorunlara yönelik olmasına, hastalıkların en çok görülen biçim ve yönlerinin vurgulanmasına özen gösterilmelidir.
- Makale, aşağıda belirtilen bölümlerden oluşmalı, bölümlerin her birine yeni bir sayfa ile başlanmalıdır.

**1. Başlık Sayfası:** Bu sayfada bulunması gerekenler:

- **Başlık:** Kısa, ancak yeterince bilgi verici ve ilgi çekici olmalıdır.
- **Yazarlar:** Her yazarın en üst akademik derecesi, çalıştığı kuruluş ve iletişim bilgileri ile adı, ikinci adı varsa baş harfi ve soyadı belirtilmelidir. Yazar olarak gösterilen herkes yazarlığa hak kazanmış olmalıdır. (Bkz, STED Temmuz 2004 ya da [www.ttb.org.tr/STED/sted\\_yazar.pdf](http://www.ttb.org.tr/STED/sted_yazar.pdf))

Yazar sayısı birden fazla ise, altı yazara dek adları yazılmalı, altıncıdan sonraki yazarlar "et al." ya da "ve ark." biçiminde belirtilmelidir.

- Metinle ilgili yazışmadan sorumlu yazarın adı, e-posta ve açık adresi.
- Mali destek ve diğer kaynaklar.
- Ana metnin sözcük sayısı.
- Şekil ve tabloların sayısı.

**2. Öz (Abstract) ve Anahtar Sözcükler:** İkinci sayfada yer alacak öz ve İngilizce özet, çalışmanın ya da araştırmanın amaçları, temel işlemler, başlıca bulgular ve varılan sonuçlar bulunmalıdır. Öz ve İngilizce özet 150-250 sözcükten oluşabilir. İngilizce özet özün aynen çevirisi olmalıdır.

Özün altında üç ile 10 anahtar sözcük yer almalıdır. (Index Medicus'un Medical Subjects Headings [MeSH] başlığı altında "Tıbbi Konu Başlıkları" terimlerini kullanınız. MeSH terimleri yoksa, var olan terimler kullanılabilir.)

**3. Giriş:** Bu bölümde, makale ile ilgili önbilgiler, amaç, gerçekçe belirtilmelidir. Bu bölümde ilgili kaynaklar dışında bilgi verilmemeli, çalışmanın veri ve sonuçları bulunmamalıdır.

Bu bölümün sonunda çalışmanın amacı ve gerekçesi açıklanmalıdır.

**4. Gereç ve Yöntem:** Bu bölümde çalışmanın gereç ve yöntemi ayrıntılı olarak yer almalıdır. Diğer araştırmacıların aynı sonuçları elde etmeleri için yöntemleri, aygıtları ve işlemleri açıklayınız. Yöntemler için kaynak gösteriniz. Yeni olan yöntemleri tanımlayınız. Etik kurallara uyum konusunda yapılan işleri ve uyulan belgeleri belirtiniz. Kullanılan istatistik yöntemlerini, bilgisayar programını ayrıntılı olarak açıklayınız. Bu bölümde bulgulara yer vermeyiniz.

**5. Sonuçlar:** Bulguları metin, tablo ve şekiller üzerinde gösteriniz. Metin içinde önemli verileri vurgulayıp özetleyiniz.

Teknik ayrıntılar ek olarak verilebilir. Bulguları, sayı ve yüzde olarak belirtiniz. Verilerin, en uygun tablo, şekil ve grafiklerle gösterilmesi için çaba harcanmalıdır.

**6. Tartışma:** Çalışmanın yeni ve önemli yönlerini ve çıkan sonuçları vurgulayınız. Bulguların ne anlama geldiğine ve bunların sınırlarına yer verilmelidir. Sonuçların amaçlarla bağlantısı kurulmalıdır. Verilerin tam olarak desteklemediği sonuç ve açıklamalardan kaçınılmalıdır. Öneriler de bu bölümde yer alabilir.

**7. Teşekkür:** Çalışmaya katkıda bulunanlara, teknik yardımı olanlara, mali ve gereşsel destek verenlere teşekkür edilen bölümdür.

**8. Kaynaklar:** Kullanılan kaynakların yeni ve aktarılan bilgilerin güncel olmasına dikkat edilmelidir. Kaynakları ana metinde ilk geçtikleri sıraya göre numaralayınız. Ana metin, tablolar ve alt yazılardaki kaynakları rakamlarla (1-2-3) belirtiniz. Dergi adları, Index Medicus'ta kullanıldığı biçimde kısaltılmalıdır. "Yayımlanmamış gözlemler" ve "kişisel görüşmeler" kaynak olarak kullanılamaz. Kaynaklar aşağıda gösterildiği gibi yazılmalıdır.

#### **Tipik dergi makalesi**

Vega KJ, Pina I. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. Ann Intern Med 1996; 124: 980 -3.

ya da

.... 1996 Jun 1; 124 (11): 980-3.

#### **Kitap**

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany: Delmar Publishers; 1966.

#### **Kitap bölümü**

Murray IL. Care of the elderly. In: Taylor RB, ed. Family medicine: principles and practice. 3rd ed. New York: Springer -Verlag; 1988. p.521-32.

#### **Web Sitesi**

Clinical evidence on tinnitus. BMS Publishing group. Accessed November 12, 2003, at <http://www.clinicalevidence.com>

**Kaynak göstermede diğer özellikler ve özel durumlar için Bkz,**

[http://www.ttb.org.tr/STED/sted\\_yazar.pdf](http://www.ttb.org.tr/STED/sted_yazar.pdf)

**9. Tablolar:** Her tabloyu ayrı kağıda çift aralıklı olarak yazınız. Tablolara ana metin içinde ilk geçtikleri sıraya göre numara veriniz. Her tablonun bir başlığı olmalıdır. Tablonun her sütununa kısa ya da kısaltılmış bir başlık koyunuz. Kullanılan standart dışı kısaltmaları ve açıklayıcı bilgileri dipnotta veriniz. Dipnotlar için sırayla kullanılacak simgeler: \*, †, ‡, §, ||, \*\*, ††, ??

Tablo içinde yatay ve dikey çizgi kullanılmamalı, başka bir kaynağın verileri kullanılıyorsa izin alınmalı ve bu durum belirtilmelidir.

#### **10. Şekiller ve Fotoğraflar**

Şekiller profesyonelce çizilmiş ve fotoğraflanmış olmalıdır. Özgün çizimler yerine, temiz, parlak, siyah-beyaz fotoğraflar yeğlenmelidir. Fotoğraf arkalarında yazar adı, numaraları ve oklarla üste gelecek yön belirtilmeli; şekil ve resim altlarına çift aralıklı açıklayıcı yazılar konmalıdır. Şekiller ana metinde ilk değinildikleri sıraya göre numaralandırılmalıdır. Başka yerde yayımlanmış şekiller için özgün kaynak belirtilmelidir.

Şekil alt yazılarının, ayrı bir sayfaya rakamlarla numaralandırarak, çift aralıkla listelenmesi gereklidir.

#### **Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu**

1. Sayfa numaraları: Sayfalara başlık sayfasından başlayarak, sırayla numara verilmeli, sayfa numaraları her sayfanın sağ üst ya da alt köşesine yazılmalıdır.

2. Başlıklar: Yazının ana başlıkları tümü büyük harf, ara başlıkların baş harfleri büyük olmalıdır.

3. Birimler: Ölçü birimi olarak metrik birimler kullanılmalıdır. Metrik ölçümlerden sonra nokta konmamalıdır: 3,5 mmol/L, 11.6 mg/kg gibi. Tüm hematolojik ve klinik kimya ölçümleri "Uluslararası Birimler Sistemi" ile (SI) uyumlu olarak metrik sistemde bildirilmelidir.

4. Rakamlar: Bir ile dokuz arası rakamları yazıyla yazınız. 10 ve üstünü sayıyla yazınız. İstisna: Dozaj, yüzde, sıcaklık derecesi ve metrik ölçümleri her zaman sayıyla belirtiniz.

5. İlaç adları: Tüm ilaçların jenerik adlarını kullanınız. Ticari adlar, ilacın metinde ilk geçişinde parantez içinde verilebilir.

6. Kısaltmalar: Standart kısaltmalar ve ölçüm birimleri dışında, kısaltmadan olanak ölçüsünde kaçınılmalıdır. Kısaltma, metindeki ilk geçişinde açık yazılışıyla birlikte verilmelidir. Başlıkta ve özetinde kısaltma kullanılmamalıdır.

7. Yüzdeler: Yüzde işareti (%) yerine "yüzde" sözcüğü yeğlenmelidir. Yüzde işareti (%) tablo ve şekillerde kullanılabilir.

8. Yazı tipi: Dergiye gönderilen yazılar beyaz A4 kağıdının bir yüzüne, çift aralıklı olarak, bilgisayarda Arial 12 punto ile yazılmalı; üç kopya olarak ve disketiyle birlikte gönderilmelidir. Yazılar sekiz sayfayı aşmamalıdır. Disket, dosya adı ve dosyanın kaydedildiği program formatı yazılarak etiketlenmelidir.

9. Çeviri: Çeviri yazılarda çeviri yapanın adı, unvanı, görevi yazılmış olmalı, çeviri yapılan yazının aslı da (fotokopi olarak) gönderilmelidir.

#### **Metinlerin Gönderilmesi**

Metinler, tüm yazarların imzaladığı bir üst yazıyla gönderilmelidir. Bu yazıda metnin tüm yazarlarca okunduğu ve onaylandığı, yazarlık hakkı koşullarının gerçekleştiği belirtilmelidir.

Yazılar; "STED, TTB, GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok. No:2 Kat:4 Maltepe 06570 Ankara" adresine postayla ya da [sted@ttb.org.tr](mailto:sted@ttb.org.tr) adresine e-posta ile gönderilebilir. Yayımlanması uygun görülen yazılarda, belirlenen eksikliklerle ilgili düzeltme ve düzenlemeler Yayın Kurulu'nca yapılabilir. Yayımlanmayan yazılar geri gönderilmez. Klinik ve toplumsal araştırma çalışmalarında yerel etik kurul onayı alınmış olmalıdır. Etik kurulun bulunmadığı yerler için [sted@ttb.org.tr](mailto:sted@ttb.org.tr) e-posta adresinden bilgi istenebilir.

**Ayrıntılar için:** [http://www.ttb.org.tr/STED/sted\\_yazar.pdf](http://www.ttb.org.tr/STED/sted_yazar.pdf)



*Dr. Nazmi Bilir\*, Dr. Dilek Aslan\*\**

Yaşlılık dönemi, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 65 yaş ve üzeri dönem olarak tanımlanmaktadır (1). Bu dönem gerçekte yaşamın bütünlüğü içinde doğal bir süreç olarak değerlendirilmelidir. Bütün canlılar gibi insanlar da doğar, büyür ve yaşlanırlar. Eski çağlarda salgın hastalıklar ve savaşlar nedeni ile insanlar uzun yaşamaz, ileri yaşlara ulaşamazlardı. Uzun yaşama, yani yaşlanma insan ömrünün uzamış olmasının göstergesidir. Salgın hastalıkların kontrol altına alınmış olması, uzun yıllar süren savaşların azalması sonucunda insanlar daha uzun ömürlü olmuşlardır. Bundan 30 yıl önce doğan bir bebek 60 yaşına kadar yaşayamazdı. Bugün ise ülkemizde doğan bir bebeğin 70 yaşından daha uzun yaşayacağı hesaplanmaktadır. Toplumların yaşam standartlarının yükselmesi, gelir düzeyinin artması, sağlık hizmetlerindeki gelişmeler sonucunda insanların yaşam süreleri uzamıştır. Sağlık hizmetleri ile ilgili olarak, özellikle sağlığın korunması alanındaki gelişmeler yaşam süresinin uzaması bakımından çok etkili olmuştur (2).

İnsanların sağlığı başlıca iki temel faktör tarafından belirlenir. Bunlardan birisi kişinin genetik yapısı, yani aileden ve soydan gelen bazı özelliklerdir. Diğeri ise çevre etmenleri ve kişinin sağlıkla ilgili bazı davranışlarıdır (3). Sağlıklı olmak ya da hastalanmak, bu iki temel etmenin etkisi sonucu ortaya çıkar. Genetik etmenlerin ve sağlıkla ilgili davranışların olumlu olduğu durumda hastalıklar oluşmaz. Aksine, genetik etmenler bakımından olumsuzluk varsa ya da çevre etmenleri ve sağlık davranışları olumsuz ise hastalıklar kolayca gelişebilir. Genetik özelliklerin hastalıkların oluşması üzerindeki etkisi değişiktir. Bazı hastalıklarda genetik etmenlerin etkisi daha fazladır, diğer bazılarında ise genetik etmenler çok belirleyici değildir. Aslında genetik etmenlerin etkisi ile çevresel etmenler ve sağlıkla ilgili davranışlar arasında da etkileşimler olmaktadır. Yani, sağlıkla ilgili davranışların olumlu olduğu durumda genetik olarak bir yatkınlık olsa bile, hastalık oluşmayabilir. Bugünkü bilgilerin ışığında

genetik etmenleri değiştirme olanağı bulunmadığına göre, hastalıkların oluşmasını önlemek bakımından sağlıkla ilgili davranışların olumlu duruma getirilmesi çok önemlidir (4).

Bireysel davranışlar içinde sigara ve diğer tütün ürünlerinin kullanılması durumunda çok sayıda hastalığa yatkınlık artar. Geçtiğimiz 50-60 yıl boyunca yapılmış olan çok sayıda araştırma, sigara kullanımı ile pek çok ciddi hastalık arasında önemli ilişkilerin varlığını ortaya koymuştur. Yaşın ilerlemesi ile zaten vücutta oluşan çeşitli değişiklikler sigara kullanımından olumsuz olarak etkilenir, hastalıklar şeklinde ortaya çıkabilir. İlerleyen yaş ile birlikte görülme sıklığı artan başlıca hastalıklar ve bu hastalıkların sigara kullanımı ile ilişkisi aşağıda sıralanmıştır (4):

1- Koroner kalp hastalıkları,

2- Hipertansiyon,

3- Kanser: İnsanlardaki kanserlerin en az, on tanesinin oluşmasında sigara önemli rol oynar. Bu kanserlerin başında akciğer kanseri gelmektedir. Bütün akciğer kanseri olgularının yüzde 85-90 kadarı sigara nedeniyle oluşur. Akciğer kanseri dışında gırtlak kanseri, ağız boşluğu, yutak, yemek borusu, mide, kalın barsak, pankreas, mesane, meme ve serviks (rahim boynu) kanserinin oluşumunda da sigaranın rolü vardır.

4- Kronik akciğer hastalıkları

5- Sinir sistemi hastalıkları ve ruhsal sorunlar

6- Osteoporoz

7- Yetişkin tipi (Tip II) diabetes mellitus

8- Ağız ve diş sağlığı sorunları

9- Damar sertliği, arterioskleroz

10- Diğer: Yaşlıların soğuk havada daha çok üşümesi, barsak kan dolaşımındaki yetersizlik nedeniyle besinlerin emiliminin bozulması sonucu beslenme bozukluğu gibi durumlar da sigara içenlerde daha fazla görülür.

Türkiye'de ve dünyada yaşlılık döneminde sigara içimi konusunda çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Van ilinde yapılmış olan bir çalışmaya göre bu yaş grubunda sigara içme sıklığı %25.5 (erkekler arasında %38.6, kadınlar arasında %13.4) olarak bulunmuştur

\*Prof.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Ankara, (SSUK) Üyesi

\*\*Doç.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Ankara, Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi Üyesi

(5). Suwala ve arkadaşlarının 2002 yılında Lord Gorna'da yapmış oldukları bir çalışmada yaşlı bireylerin %10.8'inin sigara içtiğini tespit etmişlerdir (6). Beyrut'ta yapılmış olan bir çalışmada ise 60 yaş ve üzerindeki kişilerin %28.1'inin sigara içmekte olduğu ifade edilmektedir (7).

Sigara mücadelesinin en önemli üç basamağı sigaraya hiç başlamamak, sigara içiminin engellenmesi, sigara dumanından pasif etkilenimin önlenmesi olarak bilinir. Yaşlılık döneminde de bu yaklaşımların hepsi geçerli olup "bu yaştan sonra sigaranın bırakılmasına gerek yok" gibi bazı yanlış inanışların engellenmesi çok önem kazanmaktadır. Aşağıda bazı sorular ve yanıtları durumun bilimsel altyapısını oluşturmaktadır (8):

### **1. Bir süredir sigara içiyor olsam, sonra bırakabilir miyim?**

Sigaraya bağımlılık oluştuğundan sonra bırakmak daha zordur. Başlangıçta devamlı yapılan bir alışkanlık şeklinde olan sigara içme davranışı, bir süre sonra nikotin bağımlılığına dönüşür. Bu dönemde sigarayı bırakmak daha zor olmakla birlikte yine de bırakılabilir. Ama önemli olan, bağımlılık meydana gelmesine izin vermeden, olanaklı olduğu kadar erken dönemde sigarayı bırakmaktır.

### **2. Sigaranın bütün zararları kalıcı ve süreklidir mi?**

Hayır, sigara bırakıldıktan sonra vücut kendini yenileme olanağı bulur ve sigaranın yol açtığı hastalıkların olasılığı azalır. Sigarayı bırakmak her yaşta yarar sağlar. Doğal olarak sigarayı erken yaşta bırakanların yararı daha fazla olur, ama 55 yaşında sigarayı bırakan bir kişinin de kanser ve kalp hastalığı riski, sigara içmeyi sürdürenlere göre belirgin şekilde azalmaktadır.

### **3. Sigara içenlerin ne kadarı sigarayı bırakmak istemektedir?**

Aslında sigara tiryakilerinin büyük bir bölümü bu alışkanlıklarından hoşnut değildir ve sigarayı bırakmak istemektedir. Çeşitli araştırmaların sonuçlarından, sigara içenlerin en az üçte ikisinin sigarayı bırakmak istediği anlaşılmaktadır.

### **4. Sigarayı bırakmak olanaklı mıdır?**

Elbette. Sigarayı bırakma konusunda kararlı olmak önemlidir. Pek çok kişi sağlık nedenlerinden dolayı sigara alışkanlığından vazgeçmek durumunda kalmaktadır. Sigaranın

neden olduğu kalp hastalığı ve akciğer hastalığı gibi rahatsızlığı olan kişiler doktor tavsiyesi ile sigarayı bırakmaktadır.

Yaşlanma ile oluşan değişikliklerin önlenmesi amacı ile "sağlıklı yaşam" ilkelerinin uygulanması gereklidir. Bu ilkeler arasında sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz yapma ve sigara içmeme önemli yer tutmaktadır. Yaşlanmanın kaçınılmaz bir süreç olmasına karşılık sağlıklı yaşam ilkeleri ve bu arada sigara içilmesi kontrol edilebilir, korunulabilir ve değiştirilebilir bir durumdur. Sigaranın yaşlılıkla birlikte gelişen pek çok sağlık sorununda artırıcı rol oynadığı dikkate alındığında, sigara içiminin kontrol edilmesinin gerekli olduğu ortaya çıkar. Bu amaçla bir yandan sigara alışkanlığının edinilmemesi için çaba gösterilirken, diğer taraftan da sigara içenlerin bu alışkanlıktan kurtulmalarına yardımcı olacak uygulamalar yapılmalıdır. Hatta başkalarının içtiği sigaradan pasif olarak etkilenenlerin de korunması gereklidir.

Sonuç olarak yaşlanmaya paralel olarak gelişen değişiklikler ve yaşlılıkta sık görülen sağlık sorunları sigara içen kişilerde daha fazla olarak meydana gelmektedir. Sigara içilmemesi, bu sorunlardan korunma bakımından çok önemlidir. Sigara endüstrisinin sigara satışlarını artırmaya yönelik çabalarına karşılık bu sorunlardan korunmak için sigara ile mücadelenin ısrarlı ve kararlı bir şekilde sürdürülmesi gerekmektedir.

**İletişim: Dr. Nazmi Bilir**

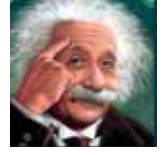
**E-posta: nbilir@hacettepe.edu.tr**

### **Kaynaklar**

- 1- World Health Report, 1998, WHO publications, Genova 1998:7.
- 2- Bilir N, Subaşı N. Değişen Dünyada ve Türkiye'de Yaşlılık Kavramı. Temel Geriatri Kitabı İçinde Kutsal Y, Aslan D (Eds). Güneş Kitabevleri, 2007; pp.3-9.
- 3- Güler Ç, Vaizoğlu S. Yaşlılık ve Çevre Sağlığı. Temel Geriatri Kitabı İçinde Kutsal Y, Aslan D (Eds).Güneş Kitabevleri, 2007; pp. 105-109.
- 4- Bilir N. Sigara ve Yaşlanma. Geriatri ve Gerontoloji Kitabı İçinde Kutsal YG (Ed). HÜ-GEBAM yayınları, 2007; pp. 27-31.
- 5- Bilir N, Özcebe H, Vaizoğlu S, Aslan D, Subaşı N. Van İli Kent Merkezi'nde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Kişilerin Sigra İçme Durumları. Türk Geriatri Dergisi, 2004; 7(2): 70-74.
- 6- Suwala M, Gerstenkorn A, Kaczmarczyk Chalas K, Drygas W. Tobacco smoking by elderly people according to CINDI WHO research. Przegł Lek 2005;62 Suppl 3:55-9.
- 7- Chaaya M, Mehio-SibaiA, El-Chemaly S. Smoking patterns and predictors of smoking cessation in elderly populations in Lebanon. Int J Tuber Lung Dis. 2006 Aug;10(8):917-23.
- 8- Sigara ve Sağlık Konusunda En Sık Sorulan 50 Soru 50 Yanıt.http://www.saglik.gov.tr/TR/ printIt. htm.Erişim tarihi: 15 Temmuz 2007.

# Türkiye'nin Sağlıkını Okumak

Dr. Onur Hamzaoğlu\*



**Tablo:** 2001-2006 Mali yıllarına göre Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bütçe oranları ve Sağlık Bakanlığı hastanelerinde yatan hasta oranı

Yıl	SB/GB*	THGM/SB**	YHO***
2001	2.66	38.98	4.3
2006	4.39	66.75	2.8
Görelî Değişim	1.65	1.52	-1.54
Mutlak Değişim	1.73	20.42	-1.50

\*Sağlık Bakanlığı bütçesinin genel bütçeye oranı

\*\*Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bütçesinin Sağlık Bakanlığı bütçesine oranı

\*\*\* Yatan hasta oranı (%)

Dergimizin Mayıs 2007 sayısında Sağlık Bakanlığı'nın bir dönemini, koruyucu sağlık hizmetlerine bakanlık bütçesinden ayrılan pay yönü ile değerlendirmiştik. Bu ay da tedavi edici hizmetler üzerinden değerlendireceğiz. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü de Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü gibi her yıl faaliyetlerini, ülkemizdeki bütün yataklı tedavi kurumlarını da kapsayacak şekilde, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı adı altında yayımlıyor. Uygulama dönemi başlangıcı olarak 2001 yılı, sonu olarak da 2006 yılı verilerine ulaşabiliyoruz. Böylece, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün yapamadığını Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün yaptığını ve 2006 yılı istatistik yıllığını yayımlamış olduğunu söylemiş oluyoruz. Normalde olması gereken bu uygulama için kendilerine teşekkür ediyoruz. Buna karşın, Sağlık Bakanlığı'na genel bütçeden 2001 yılında ayrılan pay, yanlış bir hesaplama ya da yapılan bir dizgi hatasının devamı nedeniyle, ilk yayımlandığı yıllıktan bugüne kadar bütün yıllıklarda 2.3 olarak görünüyor. Yıllığın 2007 için yapılacak baskısında düzeltileceği ümidini taşıyoruz.

Yayımlanan verilere göre, 2006 yılı uygulamalarında, 2001 yılı uygulamalarına göre, Bakanlığın genel bütçeden aldığı pay görelî olarak yüzde 65 artırılırken, bakanlık bütçesinden, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne ayrılan pay da görelî olarak yüzde 52 artırılmıştır. Söz konusu verilere göre, bakanlığımızın kaynaklarını paylaşırken, tedaviyi öncelikle söyleyebiliriz. Ancak bu durumun tedavi edici sağlık hizmetlerinin yıllar içinde daha teknoloji yoğun duruma gelmesi vb. özelliğinden de kaynaklandığını biliyoruz. Bir başka ifadeyle 'yıllar içinde hizmet üretmenin maliyeti artıyor, bakanlığımız da halkımızı

mağdur etmek istemediğinden bu alandaki harcamalarını artırıyor' olarak da değerlendirmek olanaklıdır.

Bunun yanı sıra Sağlık Bakanlığı'na ait yataklı tedavi kurumları polikliniğine başvurup muayene edilen yüz hastadan 2001 yılında 4.3'ünün, 2006 yılında ise 2.8'inin yatırıldığını görüyoruz (Tablo) Diğer bir deyişle, yatan hasta oranında görelî olarak yüzde 54 azalma gerçekleşmiş. Ayrıca yine resmi verilere göre yeşil kart da dahil olmak üzere sağlık güvencesi kapsamındaki nüfusumuzda söz konusu yıllar içerisinde artış olduğunu yani hastanın hastaneye yatırılmasına sosyal güvenlik kapsamında olmamanın çıkartabileceği engellerin zaman içerisinde azaldığı bilgisine de sahibiz.

Bu durumu 'ne güzel her geleni yatırmıyorlar, hasta yatışı endikasyon varsa yapıyor' olarak değerlendirebilir miyiz? Yanıtımız: Hayır!

Bu durum:

1- Başta sağlık ocaklarımız olmak üzere birinci basamak sağlık kurumlarımızda çözebileceğimiz sorunların üst basamaklara taşındığının göstergesidir. 2- Birinci basamak sağlık hizmet kurumlarıyla ikinci-üçüncü basamak sağlık hizmet kurumları arasında herhangi bir organik bağ kalmadığının, sevk zincirinin işlemediğinin /işlemediğinin göstergesidir. 3- Birinci basamak sağlık kurumlarına gelmesi gerekenlerin buralar yerine, hastanelere düzensiz bir biçimde gidebildiklerinin göstergesidir. 4- Sağlık hizmetlerinde olmadığı söylenen kaynakların kasıtlı israfıdır, heder edilmesidir.

Bakanlığa bağlı hastanelerimizin işletmeleştirilmesindeki gerekçelerini, söylemde de olsa verimlilik hesaplarına dayandıran Bakanlığımız yetkilileri, kendilerine ait bu verileri değerlendirmiş olsalar gerek ki, 22 Temmuz erken genel seçimleri öncesi bir 'rüşvet' olarak sevk sistemini kaldırdılar. Bu uygulamayı sürdürebilirlerse, 2007 yılında 2.8'in daha da azalacağına hep birlikte tanıklık edeceğiz.

İletişim: Dr. Onur Hamzaoğlu

E-posta: ohamzaoglu@kou.edu.tr

## Kaynaklar

Sağlık Bakanlığı(2002), Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2001, Ankara.

Sağlık Bakanlığı(2007), Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2006, Ankara.





### Tedavi Grubundaki Mortalite Düşüşü, Yaşlılarda Kan Basıncı Çalışmasını Sonlandırdı

80 yaş ve üstündeki hastalarda kan basıncını düşürmenin etkilerini inceleyen çalışmalar arasında şimdiye kadar yapılanların en büyüğü olan ve 2009'da tamamlanması planlanan HYVET (Hypertension in the Very Elderly Trial - Çok Yaşlılarda Hipertansiyon Çalışması), tedaviyi alan grupta strok ve genel mortalitenin anlamlı düşüşü nedeniyle erken sonlandırıldı. Araştırmacılar Dr. Ruth Peters (Imperial College, Londra), strok ve mortalitedeki bu düşüşün küçümsenemeyecek kadar fazla ve istatistiksel olarak anlamlı olduğunu belirtti; ancak rakam vermekten kaçındı, sonuçları eş zamanlı olarak hakemli bir dergide yayınlamayı ve büyük bir tıbbi toplantıda açıklamayı planladıklarını söyledi. Çalışmayı durdurma kararı, temmuz ayında veri güvenilirliği denetim heyetinin öneride bulunmasını takiben yürütme kurulu tarafından ağustos ayında alındı. Çalışmaya katılan tüm hastalar, tedavi planlarının yeniden gözden geçirilmesi için çağrıldı ve hastaların tümüne aktif tedavi grubuna girme şansı verildi.

HYVET, Doğu ve Batı Avrupa, Tunus ve Çin'i kapsayan bir coğrafyada 80 yaş ve üzerindeki 3845 hasta ile yürütülüyordu. HYVET, önceden yapılan küçük çalışmalarda, çok yaşlılarda kan basıncını düşürmenin yararlı olup olmadığı konusunda kesin bir sonuç çıkmadığı için başlatılmıştı. Bazı çalışmalarda, antihipertansif tedavi strok riskini azaltıyordu, ancak mortaliteyi azaltmıyordu; kimi durumlarda artırıyor bile.

Çalışmaya oturur durumda sistolik kan basıncı 160-199 mmHg ve diastolik kan basıncı 90-109 mmHg olan hastalar kabul edildi. Sonradan, izole sistolik hipertansiyonlu bireylerin de katılmasına izin verildi. Hastalar randomize edildikten sonra kontrol grubuna plasebo, tedavi grubuna ise düşük doz diüretik (sürekli salınımlı 1.5 mg indapamid) ve gerekli durumlarda ek olarak bir anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörü (günde 2 mg ya da 4 mg perindopril) verildi. Birincil sonuçlar ölümcül olan ya da olmayan strok olayları, ikincil ölçütler ise toplam mortalite, kardiyovasküler mortalite, kardiyak mortalite, strok mortalitesi ve kemik kırıkları olarak saptandı.

Araştırmanın öncüsü Dr. Chris Bulpitt, bir basın açıklamasında şöyle söyledi: "Bizim çalışmamız öncesinde, 80 yaşın üstündekilerin kan basıncını düşürücü ilaçlardan daha genç insanlar kadar yarar görüp görmeyecekleri açık değildi. Sonuçlarımız, bu yaş grubundakiler için

çok iyi haber; çünkü eğer yüksek tansiyonları varsa, bu tür bir tedavi, onların ölme ya da inme geçirme risklerini azaltabilir."

New York, Columbia Üniversitesi'nden, çalışmaya katılmıyş olmayan Dr. Franz Messerli ise Heartwire'a bir açıklamada bulundu: "HYVET'in yazarlarını kutluyorum ve sonuçlarını daha ayrıntılı bir şekilde incelemeyi iple çekiyorum. HYVET'in erken sonlandırılmış olması olağanüstü. Bunun, yaşlılarda kan basıncı yüksekliğinin hedef organa perfüzyon sağlamak için sklerotik arterlerden kanın geçişini sağlayan bir kompensasyon mekanizması olduğunu inatla savunmayı sürdüren son birkaç taş kafalının da fikrini değiştireceğini umuyorum. Hipertansiyon çalışmalarında, mortalitede anlamlı bir düşüş çok da sık görülüyor ve yaşlılarda yapılan Syst Eur ya da SHEP gibi çalışmalarda da böyle bir şey olmadı. ASCOT'u saymazsak, bir hipertansiyon çalışmasında anlamlı bir mortalite düşüşünü görmek için Veteran Administration Study'ye kadar geri gitmemiz gerekiyor. Stroktaki düşüş ise o kadar da şaşırtıcı değil. PREVENT ve PATS çalışmalarının açığa kavuşturduğu gibi, indapamidin beyni korumakta harika bir ilaç olduğu biliniyor. PATS çalışmasında indapamid, normotansif popülasyonda bile strok riskini %49 düşürmüştü."

Yine çalışmanın dışından bir strok nöroloğu, Georgia Tıp Koleji'nden Robert J. Adams, bu çalışmanın eski ve sinir bozucu bir soruna yeni ve önemli yanıtlar sunduğunu söyledi. "Tedaviye bağlı hipotansiyon riski olan kimi gruplarda kan basıncı tedavisi konusunda endişeler ve karmaşa var. Çok yaşlılarda ve strok geçirmiş yaşlılarda hedef kan basıncının kaç olduğu tartışması sürüyor. Bu yeni veriler, agresif olarak tedavi edilemeyecek kadar kırılğan olduğunu düşündüğümüz hastalarda bile kan basıncını düşürmenin stroku önlediğine dair kanıtlara yenilerini ekliyor. Bu çalışmanın tüm sonuçlarını görmek için ayrıntıların açıklanmasını ilgiyle bekliyorum."

#### Kaynaklar

1- Imperial College, London. *Trial stops after stroke and mortality significantly reduced by blood-pressure-lowering treatment for those aged 80 and over* [basın açıklaması]. 7 Ağustos 2007.

2- Nainggolan, Lisa. *Reduced Mortality in Treatment Group Halts BP Trial in Elderly*. Heartwire. 7 Ağustos 2007.

Sayfayı Hazırlayanlar: Dr. Özen Aşut\*  
Stj. Dr. Yılmaz Yıldız\*\*



Dr. Dilek Aslan\*

## Kadın Sağlığı ve Beslenme Sorunları

Dünya nüfusunun yarısını kadınlar oluşturmaktadır. Ancak bu sayısal eşitlik onların dünyadaki var olan kaynakların yarısını kullanmaları anlamına gelmemektedir. Toplumsal cinsiyet kavramının yarattığı farklılıklar kadınların erkeklere göre sağlık dahil hemen her alanda daha olumsuz koşullara sahip olmasının altında yatan nedenlerin başında gelir. Kadınlar dünyanın neresinde olurlarsa olsunlar kaynaklara, fırsatlara, siyasi erke eşit erişimden yoksun kalabilmektedirler (1). Bu kavramı besleyen sosyo-ekonomik, siyasi, kültürel etmenler çoğunlukla kadınların toplum içindeki statülerini belirleyebilmektedir.

Toplumsal cinsiyet ayrımcılığı erken yaşta başlar. Doğum öncesi dönemden başlayan bu sürecin yaşamın sonuna kadar sürdüğü bilinmektedir. Kadınların hemen her yaş döneminde yaşadıkları sorunların bir tanesi de bir sağlık hakkı olarak tanımlanan beslenme alanına ilişkindir (2). Beslenme çok basit bir anlatımla; büyüme ve gelişme, yaşamın sürdürülmesi, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için gıdaların tüketilmesidir (3). Yazının bu bölümünde beslenme ile ilgili bazı tanımları incelemek yerinde olur:

### Yetersiz Beslenmeye Bağlı Bozukluklar

Beslenme bozukluklarının önemli bir kısmını oluşturur. Bu tip sağlık sorunlarının en önemli nedeni yetersiz miktarda besin alınmasıdır (4). Özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, "zayıflık", "bodurluk" ve "kavruklik" durumlarının görüldüğü yetersiz beslenme sorunları mevcuttur (5). Bu üç durumun saptanmasında özellikle çocukluk yaş grubunda sık olarak kullanılan "yaşa göre ağırlık", "yaşa göre boy" ve "boya göre ağırlık" antropometrik göstergeleri kullanılmaktadır.

Yaşa göre boy, sosyo-ekonomik durum, çevresel etmenler, kötü yaşam koşulları ve sık geçirilen enfeksiyonların bir göstergesidir. Yaşa göre boyun düşük olması "bodurluk" olarak tanımlanmaktadır. Bodurluk prevalansı yaşamın üçüncü ayından itibaren artarak üç yaş civarında yavaşça düşmeye başlamaktadır. İki-üç yaş civarında yaşa göre boyun kısa olması

büyük olasılıkla hala süren büyüme yetersizliğini yansıtırken daha büyük çocuklarda eski bir olayı yansıtmaktadır. Boyda büyüme geriliğinin uzun süren etkiler sonucu oluşması nedeniyle, yaşa göre boyun düşük olmasını tanımlamak için sıklıkla "kronik beslenme yetersizliği" terimi kullanılmaktadır(6).

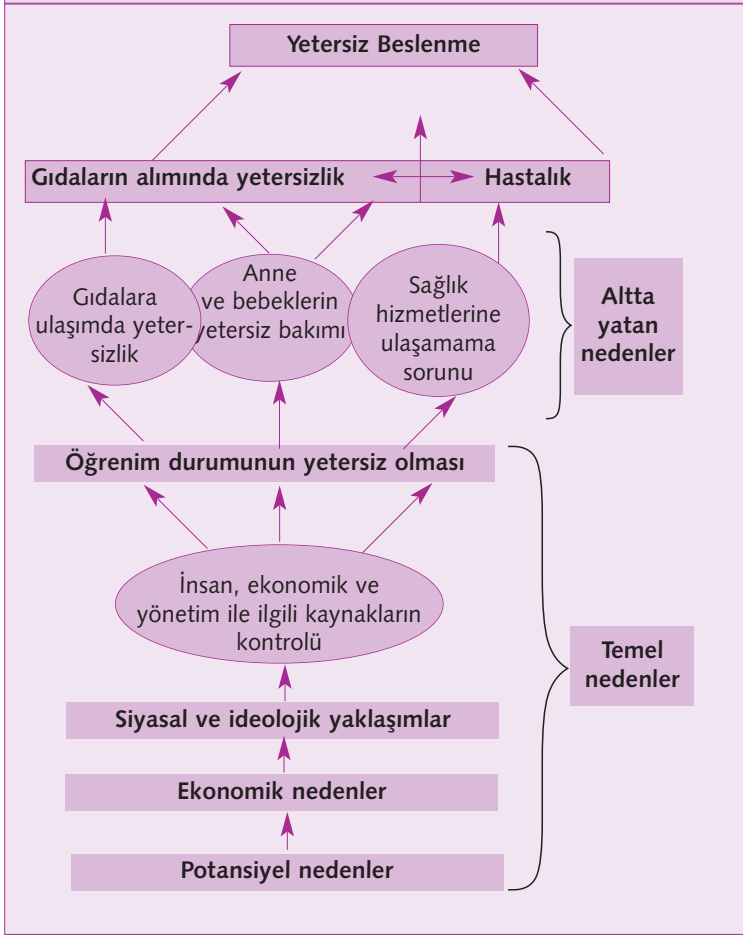
Yaşa göre ağırlığın düşük olması "düşük kiloluluk" olarak tanımlanmaktadır. Yaşa göre ağırlık, vücut kitlesinin kronolojik yaşa göre durumunu yansıtmaktadır. Bu gösterge hem çocuğun boy uzunluğundan (yaşa göre boy) hem de vücut ağırlığından (boya göre ağırlık) etkilenmektedir ve bu özelliği nedeniyle her iki antropometrik gösterge konusunda da yorum yapılmasına olanak tanımaktadır (6). Buna karşın kısa çocukları zayıf olanlardan ayırt edemediği için bir dezavantaj olarak da değerlendirilmektedir (7).

Boya göre ağırlık ise vücut ağırlığının boy uzunluğuna göre durumunu yansıtmaktadır. Yaş bilgisine gerek olmaması özellikle az gelişmiş toplumlarda önemli bir avantajdır. Boya göre ağırlığın düşük olması "zayıflık" olarak adlandırılmaktadır. Zayıflık önemli düzeyde ağırlık kaybına neden olan yakın zamanda olan genellikle açlık ya da ağır hastalık ve bunun gibi bir olayı tanımlamakta kullanılmaktadır. Diğer yandan boya göre ağırlığın düşük olması her zaman akut olayları yansıtmamaktadır, çocuklar kronik besin yetersizliği ya da kronik hastalık nedeniyle de zayıf olabilmektedir. Yaşa göre boy göstergesinin tersine boya göre ağırlık göstergesi göreceli olarak daha sabit bir prevalans hızına sahiptir ve genellikle %5 civarında görülmektedir. Boya göre ağırlığın düşüklüğü genel olarak iki yaş civarında en sık görülmektedir (6). Düşük doğum ağırlığı erken çocukluk döneminde boya göre ağırlığın düşük olması ile ilişkili olabilmektedir (7). yetersiz beslenmenin nasıl ortaya çıkabileceği Şekil 1'de sunulmuştur (8).

### Aşırı Beslenmeye (over-nutrition) Bağlı Bozukluklar

Aşırı beslenmeye (over-nutrition) bağlı

Şekil 1. Yetersiz beslenmenin ortaya çıkma koşulları (8).



beslenme bozuklukları şişmanlık olarak da tanımlanmaktadır. Şişmanlık; sağlığı tehlikeye sokacak şekilde vücutta yağ depolanmasına bağlı olarak gelişen kronik bir sağlık sorunudur (9). Bir başka ifadeyle şişmanlık Beden Kitle İndeksi (BKI) değerinin  $29.9 \text{ kg/m}^2$ 'nin üzerinde olması şeklinde de tanımlanmaktadır (9,10).

Kadınların statüsünün düşük olduğu ve kendilerinin yetersiz beslenme sorunu ile karşılaştıkları durumlarda çocuklarının beslenmeleri için gerekli kaynaklara ulaşamama olasılıkları daha fazladır. Güney Asya'da kadınların %40-60'ının düşük kilolu olduğu bilinmektedir. Bu bölgede 2005 yılında yeni doğan bebeklerin %45'inin düşük kilolu olduğu vurgulanmaktadır (1).

Kadınların erkeklerle eşit haklara sahip olması onların beslenmenin de içinde yer aldığı pek çok sorunla baş edebilmelerine katkı sağlar. Yapılan bir araştırmaya göre erkeklerle kadınların karar süreçleri üzerinde eşit etkiye sahip olmaları durumunda Güney Asya'da üç yaşından küçük çocuklar arasında düşük kiloluluğun azalmasına bağlı olarak yetersiz

beslenen çocuk sayısında 13,4 milyonluk bir azalma meydana geleceği ifade edilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde beş yaşından küçük her dört çocuktan birisi; yaklaşık 146 milyon çocuk düşük kilodur. Gelişmekte olan ülkeler değerlendirildiğinde çocuklarda yetersiz beslenmenin en yaygın olduğu bölgelerin Güney Asya ve Sahra Altı Afrika olduğu belirtilmektedir. Bebek ve çocukların yetersiz beslenme ile karşı karşıya kalmaları onların solunum yolu enfeksiyonları ve ishal gibi önlenemez hastalıklara bağlı ölüm riski ile daha sık olarak karşılaşmaları anlamına gelmektedir (1).

Kadınların yaşadıkları beslenme sorunları yaş dönemlerine göre farklılaşmaktadır. Bu bölümde başlıca sorunlar üzerinde durulmuştur.

#### a. Bebeklik ve çocukluk dönemi

a.1. Yenidoğan döneminde görülen beslenmeye ilişkin en önemli sağlık sorunu düşük doğum ağırlığıdır. Annenin gebeliği boyunca yetersiz ve dengesiz beslenmesi, doğumdan hemen sonra bebeğin yeterince anne sütü alamaması, bu sorunun nedenleri arasında yer almaktadır. Yapılan pek çok araştırma gebelik dönemlerinde annelerin; yenidoğan döneminde de bebeklerin yetersiz ve dengesiz beslenmesinin yetişkin yaş grubunda çeşitli kronik hastalıklara yol açtığını ortaya koymuştur. Düşük doğum ağırlıklı bebeklerde neonatal bebek ölüm hızının normal kiloda doğan bebeklere göre daha yüksek olduğu bilinmektedir. Örneğin, 2 000-2 499 gram arasında doğan bebeklerin neonatal ölüm hızı 3 000-3 499 gram doğanlara göre on kat daha fazladır. Benzer durum hastalık hızları için de geçerlidir (11).

a.2. Bebeklik döneminde anne sütü ile beslenme fiziksel ve mental gelişimi olumlu etkilemektedir. Anne sütü ile beslenme, anne ile bebek arasındaki iletişimi artırması, enfeksiyon hastalıklarına yakalanma riskini azaltması ve annenin bebeğini benimsemesi açısından çok önemlidir. Ayrıca, bebeklerini doğumdan hemen sonra emzirmeye başlayan kadınlarda kanama ve anemi riski bebeklerini anne sütü ile beslemeyen kadınlara göre daha azdır (12).

a.3. Demir eksikliği anemisi, özellikle üç yaş altında (6-24 ay arasında) daha sık rastlanan bir beslenme sorunudur. Anne sütünün kesildiği dönemde bebeğin besin ihtiyaçları artmakta, bunun karşılanamadığı durumlarda

ise demir eksikliği anemisi ortaya çıkmaktadır. Bu sorunun ortaya çıkmasını engellemek için bebeklerin annelerinin gebelikleri sırasında çok iyi beslenmeleri gerekmektedir. Annelerin özellikle gebeliklerinin ilk döneminde anemik olması, doğan bebeklerde de anemi sıklığını artıran bir etmendir.

a. 4. Okul öncesi dönemde en sık görülen beslenme sorunları zayıflık, şişmanlık, kavruklu, raşitizm ve A vitamini eksikliğidir. D vitamini yetersizliği sonucu gelişen raşitizm, gelişmiş ülkelerde alınan önlemlere bağlı olarak hemen hemen hiç görülmemektedir. Ancak A vitamini eksikliği, dünyanın pek çok bölgesinde halen bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilen bir hastalıktır. Prevalans açısından A vitamini eksikliği kız ve erkek çocuklar arasında farklılık göstermez. Buna rağmen, cinsiyet ayrımcılığı yapılan bazı toplumlarda bu eşitlik kızlar için olumsuz yönde bozulmaktadır (13).

#### **b. Adolesan dönem**

Adolesan dönemde görülen beslenme problemleri geniş bir yelpazede seyretmektedir. Bu yaş grubu için yeterli gıdaya ulaşamamak daha çok gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sorun olarak görülürken gelişmiş ülkelerde dengesiz beslenmeye bağlı olarak şişmanlık ve ilgili sorunlar öne çıkmaktadır.

b.1. Bu dönemde sık görülen demir eksikliği anemisi, önlem alınmazsa ileri yaşlarda da sağlığı olumsuz etkiler (14).

b.2. Adolesan gebelikler de aynı şekilde sık görülen bir problem olup eğer beslenmeye dikkat edilmezse bireyin kemik gelişimini ve genel sağlık durumunu olumsuz etkilemektedir (15). Yine kız adolesanlar için cinsiyet ayrımcılığına bağlı olarak beslenme yetersizlikleri bu dönemde sorun olabilmektedir (16).

b.3. Dünyada, çoğu gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere yaklaşık 450 milyon yetişkin kadın çocukluk döneminden itibaren süregelen protein enerji malnütrisyonu ile karşı karşıyadır. Yine gelişmekte olan ülkelere yaşayan gebelerin hemen hemen yarısında anemi görülmektedir.

b.4. Gelişmekte olan ülkelerde kadınların %55.0'nının; tüm kadınların %44.0'nının anemik olduğu bilinmektedir. Gelişmiş ülkelerde ise tüm kadınların %12.0'nının anemik olduğu belirtilmektedir (12).

#### **c. Üreme çağı**

c.1. Dünya üzerinde yaklaşık 450 milyon kadın, çocukluk dönemlerinde geçirdikleri protein-enerji malnütrisyona bağlı olan bir beslenme sorunu ile karşı karşıyadır. Gelişmekte olan ülkelere gebe kadınların yarısından fazlasında demir eksikliği anemisi olduğu bilinmektedir.

c.2. Yaklaşık 250 milyon kadında ise iyot eksikliği görülmektedir.

c.3. Bu dönemde beslenme durumunda görülen yetersizlikler görülen diğer sağlık sorunlarını yakından etkilemektedir. Örneğin, daha önceki bölümde de belirtildiği gebelik döneminde kadınlarda aneminin bulunması preterm doğum ve düşük doğum ağırlığı ile beraber seyretmektedir (11).

#### **d. Üreme çağından sonraki dönem**

d.1. Kronik hastalıklar bu başlıkta belirtilen hastalıklar arasındadır. Diyetle yakından ilgili olan ve bu dönemdeki kadınları yakından etkileyen en önemli sağlık sorunlarından birisi diyabet olarak kabul edilmektedir. Diyabetin körlük, böbrek hastalıkları gibi pek çok olumsuz sonuçları bulunmaktadır.

d.2. Şişmanlığın sık olarak görüldüğü Asya, Orta Doğu ve Latin Amerika'da bu hastalık sıklığı diğer bölgelere göre daha fazla görülmektedir (14).

d.3. Kronik malnütrisyon, özellikle gelişmekte olan ülkelerin sorunu olarak göze çarpmaktadır. Kadınlarda daha genç yaşlardan beri bulunan kalori, vitamin ve mineral alımındaki yetersizlikler bu yaşlarda da kronik malnütrisyonun görülmesine neden olmaktadır.

d.4. Osteoporoz sorununun genç yaşlardan itibaren yeterli ve dengeli beslenmeyle çözülebileceği ortaya konmuştur. Sigara içmek, alkol kullanmak, fizik egzersiz yapmamak gibi olumsuz sağlık davranışları da bu sorunu ağırlaştırmaktadır.

Kadınlar ve erkekler arasında var olan yerleşik eşitsizliklere karşın kadınların statülerinde son 30 yılda bazı gelişmeler de saptanmaya başlamıştır.

Dünyada yaşanan beslenme sorunlarının büyük bir kısmı küresel özellik taşımaktadır; bu nedenle, çözümler de "küresel çabalar" gerektirmektedir (17). Tam da bu noktada küreselleşme ve etkilerinden bahsetmek yerinde olur. Günümüzde küreselleşme var olan eşitsizliklerin ve yoksulluğun artması ve kişilerin bu durumlara bağlı olarak yaşadıkları

sorunları derinleşmesine neden olur. Ayrıca, küreselleşmenin dünya toplumlarının birbirlerine benzeme süreçlerini etkilediği ifade edilmektedir. Buna bağlı olarak ulusların/ülkelerin özgün kültürleri geri plana itilmekte ve "birbirine benzeyen" ya da "tek tip" bir kültürün yaratılması süreci yaşanabilmektedir. Küreselleşme sonucunda özellikle genç nesiller arasında bir benzeşme olduğu görülmektedir. Üzerinde durulan bir başka konu da gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaşam kalitesi ve koşullarının farklılığıdır. Gelişmiş ülkelerde yaşam kalitesinin ve koşullarının iyileşmesi söz konusu iken az gelişmiş toplumlarda hakim olan yoksulluk kültürüdür (18). Beslenme ile ilgili koşullar da bu süreçten etkilenmektedir (19).

Sorunların bu denli çeşitli olduğu kadının beslenme sorunları için çözümler bulunmaktadır. Ancak bu sorunların çözümü bütüncül bir yaklaşım gerektirir. Beslenmenin de içinde olduğu kadın sağlığı konusunda gerçek bir değişim ancak ulusal ve uluslararası politikaların kararlı ve sürekli olması ile sağlanabilir. Alınan uluslararası kararlar ulusal mekanizmalara göre uyarlanmalı ve toplumun ihtiyaçlarına göre yeniden gözden geçirilmelidir. Bu kararların ve uygulamaların kadın sağlığı konusunda bütüncül bir yaklaşım içinde olması son derece önemlidir. Kadının beslenme sorunlarına çözüm aramak için siyasal destek, sorunlara yeterli bütçe ayrılması, gelir dağılımındaki dengesizliğin giderilmesi, toplum katılımı, sektörler arası işbirliği, hatalı gıda seçimi ile yanlış hazırlama, pişirme ve saklama yöntemlerine neden olan beslenme konusundaki bilgisizliğin önlenmesi gibi ulusal politikaları içermelidir (2, 20).

**İletişim: Dr. Dilek Aslan**

E-posta: diaslan@hacettepe.edu.tr

#### Kaynaklar

- 1- Dünya Çocuklarının Durumu, 2007. UNICEF.
- 2- Aslan D. Bir Sağlık Sorunu Olarak Kadın ve Beslenme. Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Kitabında (Ed. Akın A). Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi-Hacettepe Üniversitesi Yayınları,2003; 141-151.
- 3- Ulusal Gıda ve Beslenme Stratejisi Çalışma Grubu Raporu, İktisadi Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, DPT yayınları, Ankara 2001.
- 4- DSÖ Teknik Raporu 2000:8.
- 5- Attila S. Yetersiz ve dengesiz beslenme sorunları. Halk Sağlığı Temel Bilgiler Kitabı (Ed. Bertan M., Güler Ç.) Ankara, 1995: 310-316.
- 6- Physical Status: The use and interpretation of anthropometry. Report of a Technical committee. WHO 1995. Geneva. Technical Report Series No:854.
- 7- Gorstein J., Sullivan K., Yip R., de Onis M., Trowbridge F., Fajans P., Clugston G. Issues in the assessment of nutritional status anthropometry. Bulletin of the World Health Organization 1994; 72(2): 273-83.
- 8- West KP, Caballero B, Black RE. Nutririon. In: International Public Health Merson MH, Black RE, Mills AJ (Eds), Jones and Barlett Publishers, Massachusetts, 2005; 07-291.
- 9- Santos AC, Barros H. Prevalence and determinants of obesity in an urban sample of Portuguese adults. Public Health (2003), 117, 430-437.
- 10- Pekcan G. Hastanın beslenme durumunun saptanması. Diyet El Kitabı (Ed. Baysal A. ve ark.). Yenilenmiş Dördüncü Baskı. Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, (2002): 65- 116.
- 11- Allen L, Gillespie S. What Works? A review of the Efficacy and Effectiveness of Nutrition Interventions. United Nations Administrative Committee on Coordination Sub-Committee on Nutrition, Asian Development Bank, September 2001, ACC/SCN Nutrition Policy Paper No.19.
- 12- Women's Health, Improve our Health, Improve the World, Fourth World Conference on Women Beijing, China, 4-15 September 1995, WHO Position Paper, WHO/FHE/95.8, Geneva.
- 13- Micronutrient Deficiency Information System World Health Organisation, MDIS Working Paper #2, Global Prevalence of Vitamin A Deficiency, WHO/NUT/95.3, Geneva, 1995.
- 14- Tinker A, Daly P, Green C, Saxenian H, Lakshminarayan, Gill K. Women's Health and Nutrition: Making a Difference. World Bank Discussion Papers, 256, Washington D.C., 1994,USA.
- 15- Report on Women's Health and Nutrition Seminar, Sponsored by the World Bank, Held at the Rockefeller Foundation Study and Conference Center, Bellagio, Italy, May 1993.
- 16- Coming of Age, From Facts to Action for Adolescent Sexual and Reproductive Health, WHO/FRH/ADH/97.18, Geneva, 1997.
- 17- Wilson SH. Remarks and Charge to Participants. <http://unfccc.int/2860.php> Erişim Tarihi: 24 Aralık 2005.
- 18- Talas M. Küreselleşme ve Kültür. Küreselleşme ve Psikiyatri (Ed. Kaya B., Ünal S.) TTB yayınları, Temmuz 2003:229-245.
- 19- Aslan D. Uluslararası Sağlık Yaklaşımıyla Çevre Sorunları. İkinci Ulusal Çevre Hekimliği Kongresi, 18- 21 Ocak 2006, Ankara, Bildiri Özet Kitabı, P:295-298
- 20- Akın A, Üner S, Aslan D, Esin Ç, Coşkun A. Türkiye'de Toplumsal Cinsiyet ve Sağlık. Akın A(Ed), KSSGnMd- HÜKSAM-UNFPA yayınları, 2004.



Dr. Alper B. İskit\*

## Böbrek Hastalıklarında İlaç Kullanımı

Böbrek yetmezliğinde ilaç klerensinin azalması nedeniyle ilaç vücuttan yavaş bir şekilde atılacağı için, normal dozlarda ilaç verilmesi ilaç akümülyasyonuna ve ilaç toksisitesinde artmaya neden olur. Bu yazıda özellikle sık kullanılan, önemli ilaç gruplarından antibiyotikler örnek verilerek böbrek hastalarında ilaç doz tayini incelenecektir.

İlaç plazma düzeyi, böbrek bozukluğu olan

düşük klerensli hastalarda, ya dozu azaltarak ya da normal dozu daha geniş aralıklarla vererek ya da her ikisinin kombinasyonu ile elde edilebilir. En uygun modifikasyonun seçiminde ilacın terapötik indeksi dikkate alınmalıdır. Tablo 1'de glomerüler filtrasyon hızındaki azalmalara göre bazı antibiyotiklerin doz aralığında yapılması gereken ayarlamalar gösterilmektedir.

Tablo 1. Böbrek yetmezliğinde antibiyotiklerin doz ayarlaması

İlaç	Ayarlanmış doz aralığı (saat)			İtrah Yolu
	>50- GFH (ml/dak)	10-50- GFH (ml/dak)	<10- GFH (ml/dak)	
Amikasin*	12	12-18	>24	R
Ampisilin	6	6-12	12-16	R,H
Ampisilin/sulbaktam	6-8	12	24	R,H
Dikloksasillin	Y	Y	-	R,H
Doksisiklin	12	12-18	18-24	R,H
Eritromisin	Y	Y	Y	H
Etambutol	24	24-36	48	R
Gentamisin*	8-12	12	>24	R
İzoniazid	Y	Y	Y	H,R
Klindamisin	Y	Y	Y	H
Kloramfenikol	Y	Y	Y	R,H
Levofloksazin	8-12	24	48	R
Norfloksazin	Y	12-24	K	R
Ofloksazin	Y	12-24	24	R
Rifampin	Y	Y	Y	H
Sefadroksil	12	12-24	24-48	R
Sefalotin	6	6-8	12	R
Sefazolin	8	12	24-48	R
Sefoksitin	8	8-12	24-48	R
Sefoperazon	Y	Y	Y	R
Sefotaksim	6-8	8-12	24	R,H
Sefuroksim	Y	12	24	R
Seftriakson	Y	Y	24	R, H
Siprofloksazin	Y	12-24	24	R
Sulfametaksazol	12	18	24	R, H
Tetrasiklin	12	12-18	18-24	R, H
Tobramisin*	8-12	12	>24	R
Trimetoprim	12	18	24	R, H
Vankomisin	24	72-240	240	R

GFH: glomerüler filtrasyon hızı; R: renal; H: hepatik;

K: kullanılmaması önerilir.

Y: Değişime gerek yok

\* : Dozlann saptanması için serum düzeylerinin kullanılması gerekir.

Böbrek yetmezliğinde doz tayininde klerens farmakokinetik parametresi de kullanılabilir:

$Doz_{by} \times Kl = Doz \times Kl_{by}$   
( $Kl=100 \text{ ml / dk}$ ,  $Doz = \text{normal insan idame dozu}$ ,  $by = \text{böbrek yetmezliği}$ )

Plazma ilaç konsantrasyonunun izlenmesi: İlaçların plazma konsantrasyonunun ölçülmesi tedavinin bireyselleştirilmesine yardımcı olur. Eliminasyon hızında genetik değişkenlik, diğer ilaçlarla etkileşimler, eliminasyon ve dağılımda hastalığa bağlı değişimler ve diğer etmenler aynı dozu alan hastalarda plazma ilaç konsantrasyonunun büyük farklılıklar göstermesine neden olur. Plazma konsantrasyonunun ölçülmesi optimal dozun belirlenmesinde kullanılan ve özellikle terapötik penceresi dar olan ilaçlar için iyi bir rehberdir. Antibiyotikler içinde özellikle aminoglikozidlerin optimum dozunun belirlenmesi için plazma ilaç düzeyi izlenmesi gerekebilir. Birinci derece kinetiği gösteren ve dar terapötik pencereye sahip ilaçlarda doz ayarlaması, plazma ilaç konsantrasyonları ile ilaç dozu arasında doğrusal bir ilişki olması temeli üzerine yapılır. Dolayısıyla doz istenen ve ölçülen konsantrasyonlar arasındaki orana göre ayarlanır:

$C_{ort} (\text{istenen}) / C_{ort} (\text{ölçülen}) = Doz(\text{yeni}) / Doz(\text{önceki})$

Teşekkür:

Prof. Dr. Alper B. İskit, Türkiye Bilimler Akademisi Genç Bilim İnsanlarını Ödüllendirme Programı (TUBA-GEBİP) tarafından desteklenmektedir. (EA-TUBA-GEBIP/2001-2-11).

**İletişim: Dr. Alper B. İskit**

**E-posta:**alperi@hacettepe.edu.tr

#### Kaynaklar

- 1- İskit AB, Bozkurt A. Antibiyotik tedavisinde farmakokinetik parametreler. *İnfeksiyon Hastalıkları Serisi*, 3, 2000: 11-14.
- 2- Babaoğlu MÖ, İskit AB., Bozkurt A. (2001) Antibiyotik tedavisinin farmakokinetik yönü. *Güncel Bilgiler Işığında İnfeksiyon Hastalıkları, Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara, Cilt I: 103-111.*
- 3- Kayaalp SO. Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji 8. Baskı, Ankara: Hacettepe-Taş Kitabevi, 1998.
- 4- Reid JL, Rubin PC, Whiting B. Lecture notes on Clinical Pharmacology. 5th. edition, Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1996.
- 5- Benet LZ. General Principles. In Molinoff PB, Ruddon RW (eds). Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics. 9th edition, McGraw-Hill Companies, 1996: 1-77.
- 6- İskit AB (2007) Antibiyotiklerin farmakokinetik ve farmakodinamiği. *Yoğun Bakım Dergisi*, 5(2): 133-136.

## TTB- STE Kredi Puanı ve Kitap Kazananlar



### Mart 2007 sayımızdaki Ödüllü Bulmaca'dan kredi puanı kazananlar

- 1- **Arda Gafur\***(Ankara), 2- **İlyas Korkmaz\*** (Antalya), 3- Tülin Yarayan (Çorum), 4- Şermin Uzun (Altınol) (Eskişehir), 5- Mualla Onrat (Eskişehir), 6- Kazım Atilla Öngel (İzmir), 7- Mahmut Akdağ (Tekirdağ), 8- Figen Akdağ (Tekirdağ), 9- **Fatma Canki\*** (Tekirdağ), 10- **Aynur Şahin\*** (Tekirdağ), 11- **Emel Konur\*** (Tekirdağ), 12- Kezban Tabak (Zonguldak).

Yıldız (\*) konulmuş olanlar, Prof. Dr. Onur Hamzaoğlu'nun ve Dr. Umut Özcan'ın yaptığı "Türkiye Sağlık İstatistikleri" adlı kitabını armağan ediyoruz.



*Dr. Orhan Odabaşı\*, Dr. Melih Elçin\*\**

## Tespit Sargısı Becerisi

**Amaç:** Bu eğitimin sonunda katılımcı, beceri basamaklarını doğru ve sırasinda uygulayarak basamaktan basamağa rahatça geçebilecektir.

**Araç:** 10 cm'lik elastik bandaj

### Genel Prensipler

Basamak 1. Bandajı bir elinde ve üstte tutarken serbest ucunu diğ er elinde tutma (Resim 1)



Resim 1

Basamak 2. Bandajlamaya iki dairesel dö ngü ile baş lama (Resim 2)



Resim 2

Basamak 3. Bandajlamayı iki dairesel dö ngü ile bitirme (Resim 3)



Resim 3

Basamak 4. Bandajlama iş leminden sonra serbest ucunu sabitleş tirme (Resim 4)



Resim 4



Basamak 5. Kan dolaşımını kontrol etme (Resim 5)



**Parmak**

Basamak 1. Bileğin etrafında iki düz döngü oluşturma (Resim 6)



Basamak 2. Bandajı elin ve parmağın arkasından geçirme (Resim 7)



Basamak 3. Parmağın etrafında bir kez ya da iki kez dolayıp düz bir döngü ile kaplama (Resim 8)



Basamak 4. Parmak ve elin etrafında bir kaç "8" şekli oluşturma (Resim 9)



Basamak 5. Bileğin etrafında iki düz döngü ile bitirme (Resim 10)



## Ayak

Basamak 1. Topuk ve ayağın boynu etrafında iki düz döngü ile başlama (Resim 11)



Resim 11

Basamak 2. Ayak ve ayak bileği etrafında "8" şekilleri ile devam etme (Resim 12)



Resim 12

Basamak 3. Ayak bileği etrafında iki düz döngü ile bitirme (Resim 13, 14).



Resim 13



Resim 14



Fotoğraf çekmeye meraklı okurlarımızın ilgisi ve katkılarıyla beş yıldır sürdürmekte olduğumuz TTB-STED Fotoğraf Yarışması'nın bu yıl altıncısını gerçekleştiriyoruz. Yarışmada dereceye giren fotoğraflar bir sonraki yıl STED'in kapağını süslerken, başvuran diğer fotoğraflar da dergimizin iç sayfalarının görsel zenginliğini oluşturuyor. Bu yıl da sizlerin değerli çabalarınızın ürünü olan eserlerinizi bekliyoruz.

#### Yarışma Kuralları:

- Yarışmaya; tüm sağlık çalışanları ve tıp öğrencileri katılabilir.
- Yarışmaya gönderilen eserlerin daha önce herhangi bir yarışmada derece almamış olması gerekmektedir.
- Her bir katılımcı en fazla beş adet renkli fotoğrafla yarışmaya başvurabilir.
- Yarışma konusu "serbest"tir.
- Fotoğraflar 20 X 30 cm boyutunda fotoğraf kağıdına basılı olmalıdır. Farklı boyutta olan fotoğraflar değerlendirilmeye alınmayacaktır.
- Fotoğraflar herhangi bir yüzeye yapıştırılmamalı, etrafında çerçeve ya da paspartu oluşturacak biçimde boşluk ya da çizgi bulunmamalıdır.
- Gönderilecek her bir fotoğrafın arkasına, sol üst köşeye bir etiket yapıştırılarak yarışmacı tarafından belirlenecek (en az beş harf ya da rakamdan oluşan) bir rumuz ve sıra numarası yazılmalıdır ('RUMUZ - 1' gibi).
- Aşağıda basılı Katılım Formu fotokopi ile çoğaltılarak ya da STED'in İnternet sayfalarından ulaşılabilmekte, çıktısı alınarak eksiksiz doldurulmalıdır.
- Katılım formu küçük bir zarfa konularak ağzı kapatılacak ve bu zarfın üzerine yalnızca yarışmacı tarafından belirlenen rumuz yazacaktır.
- Katılım formunun bulunduğu zarf ve fotoğraflar, ulaşım sırasında hasar görmeyecek biçimde paketlenip aşağıda belirtilen adrese posta ya da kargo ile gönderilebilir ya da elden teslim edilebilir.
- Yarışmaya gönderilen fotoğraflar iade edilmez. TTB, katılımcıların fotoğrafları ile ilgili izinler ve telif hakları ile ilgili herhangi bir sorumluluk üstlenmez. Katılımcı, yarışmaya gönderdiği fotoğraf(lar)ın, isminin ve eser adının belirtilmesi şartıyla, TTB yayınlarında ve sağlıklı ilgili eğitim, sanat vb. etkinliklerde kullanım hakkını ve buna bağlı olarak Fikri ve Sınai Haklar Kanunu ve ilgili mevzuat gereğince eser(ler)in çoğaltma, yayma, temsil, umuma iletim, faydalanma ve gerekli diğer haklar için TTB'ye izin verdiğini kabul eder.
- Yarışmaya fotoğraf gönderen katılımcılar belirtilen koşulları kabul etmiş sayılırlar.

#### Yarışma Takvimi:

**Son katılım tarihi:** 31 Aralık 2007

Seçici Kurul'un değerlendirmesi: Ocak 2008

**Sonuçların duyurulması:** Şubat 2008

Ödül töreni ve Yarışma sergisi: 14 Mart kutlamaları kapsamında yapılacaktır.

#### Ödüller:

**Büyük Ödül:** Canon EOS 3000 marka fotoğraf makinesi, TTB yayınlarından oluşan birer armağan paketi ve plaket (bir kişiye)

**Başarı Ödülü:** Tanınmış fotoğraf sanatçıların albümleri, TTB yayınlarından oluşan birer armağan paketi ve plaket (üç kişiye)

Seçici Kurul tarafından uygun görülmesi halinde başka ödüller de verilebilir. Yarışmada ilk 12'ye giren fotoğraflar 2007 yılında STED'in kapağında yayımlanacaktır. Yarışmada ödül alan ve seçici kurul tarafından sergilenmeye değer bulunan diğer yapıtlar TTB etkinliklerinde sergilenebilecektir.

#### Başvuru Adresi:

"STED Fotoğraf Yarışması", TTB, GMK Bulvarı, Şehit Daniş Tunalıgil Sok. No:2 Kat:4 Maltepe 06570 Ankara  
Yarışma Duyurusu ve Katılım Formu için İnternet Adresi: [www.ttb.org.tr/STED/fotograf2006.htm](http://www.ttb.org.tr/STED/fotograf2006.htm)

#### TTB - STED Fotoğraf Yarışması - 2006

#### Katılım Formu

Yarışmacının Rumuzu: .....

Adı - Soyadı: .....

Mesleği: .....

Branşı (varsa): .....

Görev yeri: .....

Adresi: .....

Telefon: İş: (0. ....) ..... GSM: (0.5....) ..... Diğer: (0. ....) .....

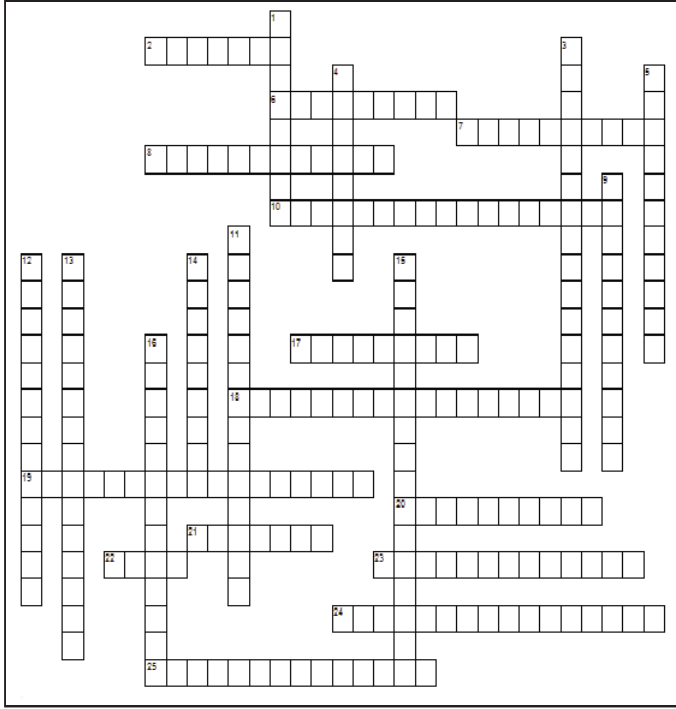
E-posta adresi: ..... @ .....

#### Fotoğraf(lar)

No	Eserin Adı	Çekildiği yer	Açıklama
1	.....	.....	.....
2	.....	.....	.....
3	.....	.....	.....
4	.....	.....	.....
5	.....	.....	.....



Bulmacamızda yer alan soruları bu sayımızdaki yazılardan seçtik. Doğru olarak yanıtlayıp Dergi'nin postalanma tarihinden sonraki bir ay içinde bize gönderen okuyucularımıza **2 TTB- STE Kredi Puanı** veriyoruz. Ayrıca beş kişiye Türk Tabipleri Birliği İle Geriatri Derneği'nin ortak yayını "**GERIATRI**" adlı kitabı armağan ediyoruz. Bulmacanın doğru yanıtlarını **Eylül 2007** sayımızda yayımlayacağız.



**1-** Okul öncesi dönemde en sık görülen beslenme sorunlarından biri, **2-** Sağlık programları ile Türkiye'de de uygulanan bir çalışma şekli, **3-** İlaç klerensinin azalmasına neden olan bir hastalık, **4-** Dünya Sağlık Örgütü tarafından 65 yaş ve üzeri olarak tanımlanan dönem, **5-** Tıp etiği konularından biri, **6-** Çok yaşlılarda kullanımı ile inme riskini azaltan bir ilaç, **7-** Sağlıkta dönüşüm

programıyla gündeme gelen, sağlık çalışanlarına uygulanan bir ödeme biçimi, **8-** Adli tıp hizmetlerinden biri, **9-** 224 sayılı yasaya göre ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu ana birim, **10-** Gerçeğe aykırı raporlarda hekimlere verilen bir ceza, **11-** Yaşa göre ağırlığın düşük olması, **12-** İş sağlığı ve güvenliği açısından en riskli alanlardan biri, **13-** Tıp etiği ilkelerine aykırı olan, ne yazık ki ülkemizde sık yapılan bir uygulama, **14-** Dünyada çocuklarda yetersiz beslenmenin en sık olduğu bölgelerden biri, **15-** Böbrek yetmezliğinde plazma ilaç düzeyinin optimum doz için izlenmesi gereken bir antibiyotik grubu, **16-** Ülkemizde hekimler için 5371 sayılı yasayla öngörülen bir hizmet biçimi, **17-** Beden kitle indeksinin 29.9 kg/m<sup>2</sup> üzerinde olması, **18-** Sağlık reformu uygulamalarında sağlık çalışanının elinden alınmak istenen bir hak, **19-** Sağlık ocaklarında önemli bir kayıt sistemi, **20-** Sigara kullanımı ile sıklığı artan bir hastalık, **21-** Tıp ve hukuk bilimlerinin ortak çalışma alanı, **22-** Tıp uğraşında uyulması gereken kurallar dizgesi, **23-** Adli olgu olarak değerlendirilen bir olgu grubu, **24-** Tüm dünyada son 20 yılda sağlık çalışanlarının sıklıkla karşı karşıya geldiği politikalar, **25-** Gelişmekte olan ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunu.

## STED Mart 2006 Ödüllü Bulmaca Doğru Yanıtları:

**1-** Oklüzyon, **2-** Subklinik tüberküloz, **3-** Prolapsus, **4-** Guillain Barre Sendromu, **5-** Afrika, **6-** Boğulmalar, **7-** Albüminositolojik Uyumsuzluk, **8-** Koksaki Virüsü, **9-** Toplumsal Cinsiyet, **10-** Patolog, **11-** Akciğer Kanseri, **12-** Etik Kurul, **13-** Oksösssinavicum, **14-** Ev Kazaları, **15-** Yoksulluk, **16-** Wallerian Dejenerasyon, **17-** Yaşlılar, **18-** Derleme, **19-** Üreme Çağı, **20-** HIV, AIDS, **21-** Deneğin Korunması, **22-** Göz Titremesi, **23-** Cinsel İstismar, **24-** Zehirlenmeler.