

## Yayın Yönetmenleri

Dr. Orhan Odabaşı

Doç. Dr. Özen Aşut

## Yayın Kurulu

Dr. Aysun Balseven Odabaşı

Dr. Şamih Demli

Dr. Tolga İnce

Stj. Dr. Berkan Kaplan

Dr. R. Ekrem Kutbay

Dr. Mehmet Özen

Dr. Murat Sincan

Dr. Figen Şahpaz

İnt. Dr. Emrah Şeyhoğlu

Prof. Dr. Songül Yalçın

Dr. Sevinç Yılmaz Yeltekin

İnt. Dr. Yılmaz Yıldız

Dr. Adnan Yüce

## Bilimsel Danışma Kurulu

## Adli Tıp

Prof. Dr. Ümit Biçer

Prof. Dr. Hamit Hancı

## Aile Hekimliği

Doç. Dr. Hakan Yaman

## Çocuk Psikiyatrisi

Prof. Dr. Fatih Ünal

## Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Prof. Dr. Ufuk Beyazova (Sosyal Pediatri)

Doç. Dr. Ali Süha Çalıklıoğlu (Endokrinoloji)

Prof. Dr. Şükrü Hatun (Endokrinoloji)

Prof. Dr. Nural Kiper (Göğüs Hastalıkları)

Yrd. Doç. Dr. Esra Önal

Prof. Dr. İmran Özalp

Doç. Dr. Figen Şahin (Sosyal Pediatri)

Prof. Dr. İlhan Tezcan (İmmünoloji)

Prof. Dr. Duygu Uçkan (Hematoloji)

## Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi

Yrd. Doç. Dr. Serdar Kula

## Deontoloji ve Tıp Tarihi

Prof. Dr. Berna Arda

Doç. Dr. Nüket Örnek Büken

## Enfeksiyon Hastalıkları

Prof. Dr. Murat Akova

Doç. Dr. Önder Ergönül

Prof. Dr. Serhat Ünal

## Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon

Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal

## Genel Cerrahi

Prof. Dr. Osman Abbasoğlu

Prof. Dr. Semih Baskan

Prof. Dr. İskender Sayek

Prof. Dr. Cem Terzi

## Genel Pratisyenlik

Dr. Aylin Sena Beliner

Dr. Alper Büyükkakkuş

Dr. Hayati Çakır

Dr. Naciye Demirel

Dr. Sema İlhan

Dr. Remzi Karşı

Dr. Alfert Sağdıç

Dr. Mustafa Sülkü

Dr. Fatih Şua Tapar

## Halk Sağlığı

Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu

Doç. Dr. Dilek Aslan

Prof. Dr. Ayşen Bulut

Doç. Dr. Deniz Çalışkan

Doç. Dr. Muzaffer Eskiocak

Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış

Doç. Dr. Özlem Sarıkaya

## İç Hastalıkları

Prof. Dr. Erdal Akalın

Prof. Dr. Çetin Turgan (Nefroloji)

## Kadın Hastalıkları ve Doğum

Dr. Polat Dursun

Prof. Dr. Haldun Güner

## Kulak Burun Boğaz Hastalıkları

Doç. Dr. Orhan Yılmaz

## Nöroloji

Doç. Dr. Levent İnan

## Ortopedi ve Travmatoloji

Prof. Dr. Muharrem Yazıcı

## Psikiyatri

Prof. Dr. Orhan Öztürk

## Tıbbi Farmakoloji

Prof. Dr. Alper İskit

## Okuyucu Danışma Kurulu

Dr. Hasan Değirmenci

Dr. Mesut Yıldırım

## Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Prof. Dr. Gençay Gürsoy

## Hazırlık ve Tasarım

Yeter Canbulat

## Yayın Yönetim Merkezi ve İletişim Adresleri

Türk Tabipleri Birliği Gazi Mustafa Kemal Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok. 2 Kat: 4  
Maltepe 06570 Ankara

Telefon : (0312) 231 31 79/133 Faks: (0312) 231 19 52-53

E-posta : sted@ttb.org.tr

İnternet : www.ttb.org.tr/STED

## Basımcı İletişim Bilgileri ve Yeri

Elit Ofset Matbaacılık, Ambalaj San. ve Tic. A.Ş.

İkitelli Organize Sanayi Bölgesi İpkaç Sanayi Sitesi 3.Etap B 19 Blok No:5

İkitelli - İstanbul

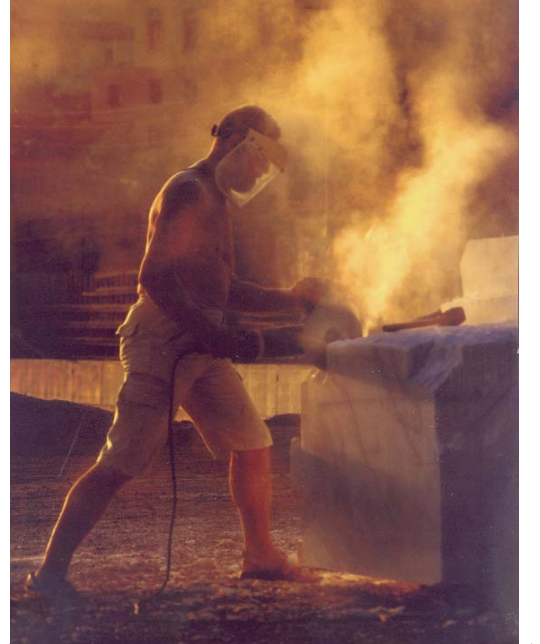
Tel: +90 212 549 88 60 (pbx)

Basım Tarihi: 01.09.2009

## Araştırma

**Bir Kayıt Araştırması; Gebe İzlemleri, Gebenin ve İzlemi Yapan****Kişinin Niteliğe Etkisi** 40*Ayşe Nur Kuşcu Tuncal,  
Dr. Gazanfer Aksakoğlu***Koroner Arter Hastalarında****Risk Faktörü Dağılımı** 46*Hem. Sibel Sevinç, Dr. Asiye Durmaz Akyol*

## Derleme

**Yeni Uluslararası Sağlık Tüzüğü** 52*Dr. Raika Durusoy***Mesleki Deri Hastalıkları 2:****Kontakt Dermatit Dışı Mesleki Deri Hastalıkları** 56*Dr. Semih Tatlıcan, Dr. Cemile Eren,  
Dr. Fatma Eskioğlu*Kapak Fotoğrafı  
"Emek"**Sağ. Teknisyeni Mustafa Gezer, Koceli**  
*TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2008*  
Kapak Ödülü



### Merhaba\*,

...

Bir gece yarısı! Bir telefon çalar... O anda zil sesiyle aranda kuvvetli bağ oluşur. O seni, sen onu hissedersin... Konuşur seninle ince ince... Bilirsin, bu ölümün ince davetidir. Sıra daha sana gelmemiştir. Ama sende bir soğukluk hissedersin... Aklına ilk düşen, bu sefer kim öldü sorusunun dayanılmaz yankısıdır! Bu sefer kim öldü!

Telefonu açınca bir suskunluk olur! Derin bir soluk çekersin... Soluğu vermek sanki ölmek demektir! İnce duru bir ses selamlar seni... Yaşamı yüklenmiş ses hıçkırıklara boğularak bir isim fısıldar. Sahiden canını yakan işte budur! Senden bir can kopmuştur. Senden bir nefes! Ama hala sıcaktır bedenin... Hala çarpar kalbin! Hala acıkırsın, susarsın, birine sarılmak istersin... Derin boşluk sararken seni, geçmişteki keşkeler koşar imdadına... Dersin her şey ne kadar boş! Çalışmalar, çabalamalar, yitik sevdalar, hırslar, yalanlar, dolanlar... Yüzüne bir tokat gibi çarpan yaşama serzenişti! Yaratıcıya belki ince bir sitem!



Prof. Dr. Selahattin Şenol

Aynı şehirde soluk alıp verdiğimiz ama uzun zamandır nefesine nefes katmadığımız insanlar vardır. Oysa yaşamı birlikte yürürsünüz! Üzeriniz de emeği çoktur. Her zaman eli omzunuzda olan gerçek dosttur... Ölüm çaldığında kapıyı yalnızca bir telefon zili kalır ondan geriye... Yüreğiniz kanar işte o anda. Paylaşılan her an geçer yüreğinizden bir bir... Oysa giden gitmiştir. Oysa giden sizsinizdir... Bir ana sıkıştırılmış paylaşımlar, geleceğe taşınamamıştır. Soluk bitmiştir! Hem gidenin, hem de kalanın! Soluk bitti... Ölüm saati işte o andır!

Her ölüm aslında hesabın başlangıcıdır... Ağlamalar aslında kendinedir... Yaşarken kendinden gidişlere isyandır. Ölüm aslında kendine gelmektir bir anlık... Yüzleşmek! Bir adaya düşmek belki... Giderken yanımıza alacağımız ayrılıklar vardır! Tüm ömür boyunca kaçtığımız ve bir türlü yüzleşemediğimiz ayrılıklar... O adaya gitmek gerek. Tüm ayrılıkları alıp gitmek! Kavuşup geri gelebilmek olanaklı mı bilmiyorum!

Bu gün ıssız bir adaya düştüm ben! Yanıma tüm ayrılıklarımı aldım... Unuttuğum bir ben vardı. Onu uyandırdım! Giyindim kendimi! Rüzgar sardı beni... Aktı iki damla yaş! Hala soluk alıyorum! Yaşam yolunda yürüyorum... Kronolojik sıraya dizdim ayrılıklarımı... Geçmiş zamana sarılmış mezar taşları!

Nisan bu! Zalimdir! Doğarsın! Çok acı vardır yüreğinde kimse bilmez. Çünkü bize acıyı paylaşmak öğretilmemiştir. Acı yürekte gizlenir! Acı mahremdir! Mutluluk paylaşılır ki insanlar gönensin!

Giydim ya kendimi... Uyandırdım ya kendimi! Acıya gelmedim! Acıtmaya gelmedim! Bu benim öğretime haksızlık olurdu... Yaşama! Yürüdüğüm yollara! Yaşamıma zenginlik katan insanlara... Bugün yitirdiğim tüm canlarıma aldığım soluk armağan olsun!

Doğuma ve ölüme! Nisan zamanlara...

...

Bilimsel ve dostça kalın...

*\*Sevgili Selahattin Şenol seni çok özliyoruz.*

# Bir Kayıt Araştırması; Gebe İzlemleri, Gebenin ve İzlemi Yapan Kişinin İzlemin Niteliğine Etkisi

A Study of the Records: Pregnancy Follow-Ups and the Effects of the Pregnant Woman and the Person Responsible for the Follow-up on Quality



Ayşe Nur Kuşcu Tuncal\*, Dr. Gazanfer Aksakoğlu\*\*

## Öz

Araştırmanın amacı, Manisa merkezde 2006 yılında gebelere ilişkin izlemlerin nicelik ve nitelik açısından yeterliliğini ve fişlerin doldurulma niteliğini etkileyen ebeye ve gebeye ilişkin özelliklerin etkisini incelemektir. Kesitsel tipte planlanan çalışmada 232 gebeye ilişkin izlemler, 10 ölçütten oluşan Gebe İzlem Nitelik Puanı yönünden değerlendirildi. Analizde Ki-kare, Fisher'in Kesin Testi, Bağımsız Gruplarda t Testi ve Lojistik Regresyon kullanıldı. Gebe izleme fişlerine göre genel doldurulma sıklığı yüzde 85.3, gebe izleminin niteliği değerlendirilen ölçütlere göre ortalama doldurulma sıklığı yüzde 75.1'dir. İzlem fişlerinin nitelik ölçütleri açısından değerlendirilmesinde ortalama nitelik puanı  $7.4 \pm 1.2$  (en az 3.0, en çok 10.0), ortanca puan 8.0'dır. Fişlerin yüzde 50.4'ü ortalamanın üstünde ( $\geq 7.4$ ) yer aldığından "nitelikli" olarak değerlendirildi. Ebelerin doldurdukları fişlere göre nitelik değerlendirilmesinde, hizmet verilen bölgenin yerleşim özelliği ile son bir yıl içerisinde sağlık sorunu nedeniyle görevden uzak kalmanın etkili olduğu belirlendi. Ancak bu iki anlamlılık Lojistik Regresyon Analizi'nde kanıtlanamadı, yani izlemi yapan ebe'nin izlem niteliğine etkisi yoktur. Gebelerden kentsel yerleşimli, 30 yaş ve üzeri, ilköğretim ve üstü eğitilmiş, birden çok gebeliği olanların ortalama nitelik puanı referanslarına göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Yapılan Lojistik Regresyon Analizi'ne göre gebenin yaşı ve öğrenim durumu niteliği etkilemektedir. Gebe izlemlerinin değerlendirilmesinde standart bir yöntem olarak nitelik ölçütlerinin kullanılması bu konudaki farklı çalışmaların karşılaştırılması ve yorumunda ifade birliği sağlayabilir.

**Anahtar sözcükler:** Gebe izlemi, Nitelik puanı, Ebe, Form 005.

## Giriş

**Alma Ata Bildirge'sinde;** kaynakları sınırlı olan ve bütün vatandaşlara aynı yüksek düzeyde hizmet götürülemeyen ülkelere "risk yaklaşımı" anlayışı içinde davranmaları önerilmektedir. Risk yaklaşımında temel düşünce "herkese biraz, gereksinimi olana daha fazla" şeklinde belirlenmiştir. Çocuklar, gebeler, emzikli anneler, doğurgan çağdaki kadınlar özellik gerektiren gruplardır (1).

**Doğum Öncesi Bakım;** anne ve fetüsün tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla, gerekli muayene ve önerilerde bulunularak,

## Abstract

The study aimed to evaluate the qualitative and quantitative adequacy of pregnancy follow-ups in the city center of Manisa in 2006 and to investigate the effects of the characteristics of the midwife and the pregnant woman on the quality of the filled-in follow-up charts. In this cross-sectional study, follow-up charts that belonged to 232 pregnant women were evaluated according to the Pregnancy Follow-Up Chart Quality Scale, which consisted of 10 criteria. Chi-square test, Fischer's exact test, t test in independent groups and logistic regression were used in the analyses. According to the follow-up cards, general filling frequency was 85.3% and average filling frequency according to the criteria evaluating the quality of the pregnancy follow-up was 75.1%. When the quality of the charts were analysed, the mean of the quality scores was found to be  $7.4 \pm 1.2$  (out of a minimum of 3.0 and a maximum of 10.0) and the median 8.0. 50.4% of the charts had a quality score above the mean score ( $\geq 7.4$ ) and therefore were considered to be "high quality" charts. When the quality of the charts filled by the midwives were analyzed, it was determined that the characteristics of the settlement where the service is provided and the midwife being away from work due to health problems during the past year had an effect on the quality. However, in logistic regression analysis, these were not found to be significant and thus, the midwife carrying out the follow-up does not have an effect on the quality of the follow-up. Pregnant women who resided in cities, who were at least 30 years of age, who had primary education or above and who were multigravid were found to have significantly higher mean quality scores compared to their counterparts. According to the logistic regression analysis, the age and the education level of the pregnant woman affect the quality. Using quality scales as a standard method in the evaluation of pregnancy follow-ups may provide a united method of communication in comparing and evaluating different studies.

**Key words:** Pregnancy follow-up, Quality score, Midwife, Form 005.

eğitilmiş bir sağlık personeli tarafından izlenmesidir (2,3). Tüm gebelikleri sırasında düzenli kontrol muayeneleri önerilme fikri, normal doğum eylemi ve doğum bakımının tanımlanmasından 30 yıl sonra, 1930'lu yılların sonlarına doğru ortaya çıkmıştır (4).

\*Ebe; Halk Sağlığı Bilim Uzm. Sağlık Müdürlüğü, Manisa

\*\*Prof.; Dokuz Eylül Ü. Halk Sağlığı AD, İzmir



Gebelik ve doğum hizmetlerinin niteliğinin düşük olmasının dolaylı olarak iki olumsuz etkisi vardır: Üreme sağlığında önlenabilir morbidite ve mortaliteyi artırması ve hizmet kullanımındaki talebi düşürmesi (Campbell and Abu Sham, 1995; Salinas et al., 1997, Sundari, 1992) (5).

Hiç DÖB almamış annelerin, DÖB alanlara göre doğumda daha fazla ölüm riski taşıdıkları, erken doğum yaptıkları, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurdıkları, bebeklerin perinatal dönemde ölme olasılıklarının daha fazla olduğu belirlenmiştir (6).

Normal ve doğal olan bu fizyolojik süreçte, periyodik gebelik kontrolleri ve riskli gebeliklerin tespiti ile ana-çocuk sağlığı düzeyinde yükselmeler sağlanabilir (7).

Günümüzde tüm dünyadaki gebe kadınların ancak yüzde 70.0'ı gebelikleri boyunca en az bir kez bir sağlık personeli tarafından izlenmektedir. Bu oran ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre büyük farklılıklar göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde en az bir izlem alan gebe oranı yüzde 98.0 iken az gelişmiş ülkelerde bu oran yüzde 65.0'dır (8).

#### **Amaçlar**

Bu çalışma gebelere ilişkin izlemlerin nicelik ve nitelik açısından yeterliliğini incelemek ve fişlerin niteliğini etkileyen ebeye ve gebeye ilişkin özelliklerin etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır.

#### **Gereç ve Yöntem**

Kesitsel tipte olan bu araştırma, Manisa İli Merkez 11 adet (1-11 Nolu) sağlık ocağında



*Ayşe Nur Kuşcu Tunçal*

yapılmıştır. Araştırma evrenini, 01.01-31.12 2006 tarihleri arasında izlemi tamamlanmış gebelere ilişkin Gebe-Lohusa İzleme Fişleri (GLİF) oluşturmaktadır. Evreni belirlemek için 2005 yılı 0 yaş grubu bebek sayısı (4,132) hedef alınmıştır.

Değerlendirmeye alınacak fiş sayısı tabakalı örnekleme yöntemiyle belirlenmiştir. Çalışma kapsamına ilk izlemi en geç 12. haftada başlamış ve en az 32. haftaya dek izlemi devam etmiş fişler alınmıştır. Örnek büyüklüğü, Epi Info 2002 programı yardımıyla yüzde 95 Güven Aralığı'nda 232 olarak belirlenmiştir.

**Gebe İzlem Nitelik Puanı (GINP);** Gebenin doğum tarihinin, gebe ve eşinin akrabalık öyküsünün, gebenin ve eşinin kan grubu bilgisinin, gebenin kaçınıcı gebeliği olduğunun, sistemik hastalığının, yeterli Tetanoz (TT) bağışıklamasının yapıldığı tarihlerin ve bir önceki gebeliğinin sonlanma tarihinin izleme kartına işlenmiş olması, izleminin yeterli sayıda (gebenin en az 6 kez izlenmesi) ve uygun izlem aralığı (gebenin ilk 12 haftada bir kez, 24-28-32-36-39.haftalarda olmak üzere toplam 6 kez izlenmesi) ile yapılmış olması ve her izlemdede kontrollerin yapılmış olması ölçütlerinden oluşmaktadır. Örneğe çıkan fişleri dolduran/izleyen ebelere yüz yüze anket uygulanmıştır. GLİF'ler yapılandırılmış forma göre değerlendirilmiştir. GLİF'de gebe izleminin niteliğini etkileyen ölçütlerin her birinin fişlerde doldurulup doldurulmadığı incelenmiş, her bir nitelik eşit ağırlıklı kabul edilerek, bilgi olanlar 1 puan, olmayanlar 0 puan üzerinden; toplam 10 puan üzerinden değerlendirilerek her bir fişin toplam nitelik puanı hesaplanmıştır. Fişler, nitelik puanı ortalamasının altı ve üstü olarak "nitelikli ve nitelikli değil" olarak gruplandırılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 10.0 for Windows ve Epi Info 2002 Statcalc kullanılmıştır. Analiz yöntemi olarak gruplar arası karşılaştırma ve nitelik ölçütlerinin değişkenlere göre dağılımı Ki kare, Fisher'in Kesin Testi; ebe ve gebe değişkenleri ile nitelik ölçütlerinin karşılaştırılmasında Bağımsız Gruplarda t Testi ve Lojistik Regresyon kullanılmıştır. Ortalamalar aritmetik ortalama±standart sapma olarak belirtilmiştir (9).

## Bulgular

Gebe-Lohusa izleme fişlerindeki tüm bilgilerin doldurulma sıklığının ortalaması, genel doldurulma sıklığı olarak tanımlanmıştır. Bu bilgiler incelendiğinde, gebenin boyu, gebelik sayısı, tetanoz aşısının yapıldığı tarih bilgileri yüzde 100.0 ile en fazla doldurulan kutucuklardır. Risk durumu (%17.1), gebenin (%83.2) ve eşinin kan grubu (%66.4), önceki gebeliğin sonlanma tarihi (%70.7), sağlık evi (%76.3), sıra no (%0.0), hekimin adı soyadı (%62.9) ve imzası (%61.2) genel doldurulma sıklığı olan yüzde 85.3'ün altında kalmıştır.

Gebelerin yüzde 60.8'i kentsel yerleşimli, gebenin yaşı bilgisi olanların (n=230) yüzde 3.9'u 20 yaşın altında, 35 yaş ve üstü gebeler yüzde 8.7'dir. Yüzde 7.5'i OKD, yüzde 1.3'ü okur yazar, yüzde 59.3 (n=134) ile en büyük grup ilkököl mezunudur. Akrabalık bilgisi soruşturulanların (n=228) yüzde 11.0'ında akrabalık vardır. Yüzde 88.7'si ev hanımıdır. Yüzde 32.5'i 19 yaş ve altında evlenmiştir. Yüzde 23.6'sı ilk gebeliklerini 20 yaşından önce, yüzde 75.5'i (n=157) ise 20-34 yaşları arasında yaşamıştır.

Ebelerin yüzde 53.3'ü 31-40 yaş arasındadır. Yüzde 91.7'si evli, yüzde 54.2'si iki yıllık yüksek öğrenimlidir. Yüzde 28.8'i (n=17) birinci basamakta 10-14 yıldır görev yapmaktadır. Birinci basamakta çalışma süresi ortalaması  $14.2 \pm 7.0$ 'dir. Manisa'da en fazla 5-9 yıl arasında çalışılmış (%31.7, n=19), ilde çalışma süresi ortalaması  $9.5 \pm 6.3$  yıldır. Ebelerin yüzde 56.6'sı 2,001-3,000, yüzde 35.0'ı 3,001'in üzerinde nüfusa hizmet sunmaktadır. Ortalama hizmet verilen nüfus  $2825.2 \pm 541.7$ 'dir. Ebelerin yarısı (%50.8) 4 ve 4 yıldan daha az sürede şu an hizmet verdikleri bölgede çalışmaktadır.

Ebeler gebe izlemelerini yüzde 62.1 sıklıkla sağlık ocağında yapmaktadır. Kurum içerisinde gebe izlem kartlarının yaklaşık yarısı (%51.7) hekimler tarafından onbes günde bir denetlenmekte, yüzde 15.0'i ise hiç denetlenmemektedir. Ebelerin yaklaşık yarısı (%53.3) hizmet bölgesine haftada üç kez, yüzde 11.7'si ise her gün çıktığını belirtmiştir.

Gebe izlem fişlerinin yüzde 83.2'sinde gebenin kan grubu bilgisi belirtilmiş olmasına karşılık gebenin eşinin kan grubu bilgisi yüzde 66.4'ünde yer almaktadır. Gebe izlem fişlerinde gebelerin yüzde 96.6'sının tam aşıları olduğu, yüzde 3.4'ünün eksik aşıları olduğu,

aşısız gebe bulunmadığı görülmektedir. Gebe izlem sayısı ortalaması  $6.8 \pm 1.5$ 'dir. Gebelere en az 3 izlem, en çok 13 izlem yapılmıştır. Ortanca 7'dir. Sağlık Bakanlığı tarafından önerilen gebenin 12. haftadan başlamak koşulu ile en az 6 kez izlenmesi "yeterli izlem", diğerleri "yetersiz izlem" olarak değerlendirildiğinde, gebelerin yüzde 81.0'ünün yeterli izlem aldığı görülmektedir. Fişlerde izlem bölümündeki izlem aralıkları 12. hafta ve öncesi, 13-24, 25-28, 29-32, 33-36, 37,38 ve 39.hafta ve üzeri olarak 6 grupta değerlendirilmiştir. Gebeler belirtilen aralıklarla izlenmişse "uygun izlem aralığı" olarak tanımlanmıştır. Buna göre gebelerin yüzde 70.7'sinin uygun izlem aralıkları ile izlenmediği gözlenmektedir. Yeterli izlem olabilmesi için gebenin en az altı kez izlenmesi gerektiğinden, gebelere yapılan kontrollerde altı izleme kadar olanlar değerlendirilmeye alınmıştır. 232 gebe izlem fişinde, altı izlemde en çok kan basıncı (%86.2) ve ağırlık ölçümü (%84.0) yapılmıştır. En az yapılan kontroller hemoglobin ölçümü (%22.0) ve geliş biçiminin değerlendirilmesidir (%12.1).

Gebenin kaçınıcı gebeliği bilgisinin en fazla doldurulan (%100.0), her izlemde kontrollerin yapılmış olma bilgisinin ise en az doldurulan ölçüt olduğu (%13.4) görülmektedir. Nitelik ölçütlerinin ortalama doldurulma oranı yüzde 75.1 olan fişlerde gebenin ve eşinin kan grubu bilgisi, gebenin bir önceki gebeliğinin sonlanma bilgisi, uygun izlem aralığı ve her izlemde kontrollerin yapılmış olma bilgisi ortalamasının altında kalmaktadır (Tablo 1).

Nitelik puanlarının fişlere göre dağılımında, ortalama puan  $7.4 \pm 1.2$  (en az 3.0, en çok 10.0), ortalama puan 8.0'dır. Fişlerin yüzde 50.4'ü ortalama nitelik puanının ( $7.4 \pm 1.2$ ) üstünde yer almakta olup "nitelikli" olarak değerlendirilmiştir. Fişlerin nitelik puanları 6.0-9.0 puan arasında yoğunlaşmıştır.

Ebelerin yaşı, medeni durumu ve öğrenim düzeyleri, birinci basamakta, Manisa ilinde ve hizmet verdikleri bölgede çalışma süreleri açısından, ayrıca hizmet sunulan nüfus ve hizmet verdikleri bölgede oturma bakımından gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

Hizmet sunulan bölgenin kuruma uzaklığı ile hizmet bölgesi iyi sosyoekonomik sınıfta olanların niteliğe etkisi bulunmamaktadır. Herhangi bir konuda hizmet içi eğitim alanların, mesleğini orta derece ve üstü bir

**Tablo 1.** Nitelik ölçütlerinin doldurulma sıklıkları

Nitelik Ölçütü	Sayı	%
Doğum tarihi bilgisi	230	99.1
Gebe ve eşinin akrabalık öyküsü bilgisi	228	98.3
Gebenin ve eşinin kan grubu bilgisi	148	63.8
Gebenin kaçınıcı gebeliği olduğu bilgisi	232	100.0
Gebenin sistemik hastalığı bilgisi	230	99.1
Gebenin yeterli TT bağışıklamasının yapılması	224	96.6
Gebenin bir önceki gebeliğinin sonlanma bilgisi	164	70.7
Yeterli sayıda gebe (gebenin en az 6 kez izlenmesi) izlemi	188	81.0
Uygun gebe izlem aralığı	68	29.3
Her izlemde kontrollerin yapılmış olma bilgisi*	31	13.4
Nitelik ölçütlerinin ortalama doldurulma sıklığı		75.1

\*Altı izleme kadar kontroller değerlendirilmiştir. Geliş biçimi nitelik ölçütlerine alınmamıştır

**Tablo 2.** Lojistik Regresyon Analizi'ne göre nitelikli olma durumunu etkileyen ebeye ilişkin etmenler\*

		$\beta$	p	Olasılıklar oranı	%95 GA
Bölgenin yerleşim özelliği	Kentsel	-0.161	0.804	0.851	0.24 – 3.05
	Hayır	2.037	0.062	7.667	0.90 – 65.13
Son bir yıl içerisinde sağlık sorunu nedeniyle görevden uzak kalma		-2.197	0.037		
Sabit					

\*Bölgenin yerleşim özelliği için kırsal/gecekondu yerleşim yeri, son bir yıl içerisinde sağlık sorunu nedeniyle görevden uzak kalma için kalanlar referans grup olarak alınmıştır.

**Tablo 3.** Lojistik Regresyon Analizi'ne göre nitelikli olma durumunu etkileyen gebeye ilişkin etmenler\*

		$\beta$	p	Olasılıklar oranı	%95 GA
Yerleşim	Kentsel	-0.177	0.557	0.84	0.46 - 1.51
Yaş	30 yaş ve üzeri	0.838	0.009	2.31	1.24 - 4.32
Öğrenim Durumu	İlkokul ve üstü	1.090	0.036	2.97	1.07 - 8.24
Gebelik Sayısı	>1 gebelik	0.479	0.100	0.62	0.91 – 2.86
Sabit		-0.757	0.007		

\*Yerleşim özelliği için kırsal/gecekondu yerleşim yeri, yaş için 29 yaş ve altı, öğrenim durumu için ilkökul altı, gebelik sayısı için ilk gebelik referans grup olarak alınmıştır.

seviyede sevenlerin ve hizmet sunduğu bölgeyi orta derece ve üstü bir seviyede sevenlerin ortalama nitelik puanı alt gruplarına göre daha yüksektir, ancak anlamlılık bulunamamıştır.

Gebe izlemlerinin yapıldığı yer, kurum içinde gebe izlem kartlarının hekimler tarafından denetlenme durumu ve bir hafta içinde bölgeye çıkma sayısı etkili olmamıştır.

Hizmet verilen bölgesi kentsel yerleşimli olanların ortalama nitelik puanı  $7.6 \pm 0.8$  iken, kırsal/ gecekondu olanlarınki  $6.9 \pm 1.1$ 'dir. Bu iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p=0.053$ ). Son bir yıl içinde sağlık ocağı bölgesi dışında geçici görev ile çalışma etkili olmazken son bir yıl içerisinde sağlık sorunu nedeniyle görevden uzak kalma nitelik açısından etkili bulunmuştur ( $p=0.048$ ).

Ancak Lojistik Regresyon Analizi'ne göre ebeye ilişkin özelliklerin gebe izlemlerini etkilemediği sonucuna varılmıştır (Tablo 2).

Kentsel yerleşimli gebelerin fişleri, kırsal/gecekondu yerleşimlilere göre ( $p=0.002$ ), 30 yaş ve üzeri gebelerin fişleri, 29 yaş ve altı gebelerinkine göre ( $p=0.008$ ), ilkökul ve üstü eğitilmiş gebelerin fişleri, ilkökuldan daha az eğitilmişlerinkine göre ( $p=0.004$ ) daha niteliklidir. Gebelerin çalışma durumu ve eşi ile akrabalık durumu etkili olmamıştır. Gebelerin evlenme yaşı, ilk gebelik yaşı ve canlı doğum sayısı niteliği etkilemezken gebelik sayısı arasında anlamlı fark bulunmaktadır ( $p=0.028$ ).

Yapılan Lojistik Regresyon Analizi'ne göre yaş ( $p=0.009$ ) ve öğrenim durumu ( $p=0.036$ ) niteliği etkilemektedir (Tablo 3). Otuz yaş ve

üzerindeki gebeler 29 yaş ve altındaki gebelere göre 2.31 kat, ilkokul ve üstü eğitilmiş gebeler ilkokul altı eğitilmiş gebelere göre 2.97 kat daha nitelikli izlenmiştir.

### Tartışma

Tüm alanlarda olduğu gibi, sağlık alanında da hizmetlerin planlanması, başarılı bir şekilde yürütülmesi ve değerlendirilmesi, yapılan araştırmaların bilimsel temele oturtulabilmesi, güvenilir bir kayıt sisteminin varlığı ile mümkündür. Sağlık kayıtlarının kullanılabilirliği için, doğru, tam, istatistiksel analize elverişli, kolay ulaşılabilir olmalı ve uygun bir arşiv sistemiyle saklanmalıdır (Saka O. 1977; 1-5) (10).

Sağlık ocaklarında kullanılan gebe izlem fişlerinin doldurulma sıklıkları ve bunları etkileyebilecek gebe ve ebe değişkenleri araştırılarak, her fişin değerlendirilmesinde standart bir yöntem sağlamak amacıyla nitelik ölçütleri önerilmiştir.

Nitelik ölçütlerinin doldurulma sıklığıyla ilgili görülen en önemli nokta doldurma oranı düşük olan bilgilerin, gebenin bir önceki gebeliğinin sonlanma bilgisi dışında, izlem ve ölçüme dayalı bilgiler olmasıdır. Kırsal yerleşimli gebelerin fişlerinde bu durum daha belirgindir. Bu bulgular izlemlerin muayene, ölçüm ve değerlendirme boyutunun eksik kaldığını düşündürmektedir.

Kentsel yerleşimli, 30 yaş ve üzeri, ilkokul ve üstü eğitilmiş ve birden çok gebeliği olan gebelerin fişlerinin ortalama nitelik puanları t testi sonucuna göre anlamlı bulunmuştur. Ancak Lojistik Regresyon Analizi'ne göre yalnızca yaş ( $p=0.009$ ) ve öğrenim durumu ( $p=0.036$ ) niteliği etkilemektedir.

Annelerin eğitimi de DÖB için belirleyici bir etkidir. Annelerin eğitim düzeyi yükseldikçe, antenatal hizmetleri kullanma oranının arttığı ve eğitim düzeyine göre antenatal hizmeti kullanma bakımından gruplar arasındaki farkın önemli olduğu saptanmıştır (11). Giresun Bölgesi'nde doğum yapmış kadınlarda kendilerinin ve eşinin eğitim düzeyi artıktça anlamlı olarak (sırası ile  $p=0.019$ ,  $p=0.017$ ) daha fazla doğum öncesi bakım alındığı belirlenmiştir (12).

Daha çok risk taşıyan adolesan yaş grubundakilere göre, anne ve bebeğin sağlığı açısından en uygun dönem olan 20-34 yaş grubundakilerin DÖB alma olasılığı yüzde 53,

35 yaş ve üzerindeki ise yüzde 68 daha fazladır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (3). Annelerin yaş gruplarına göre antenatal hizmetleri kullanma durumları incelendiğinde, 25-29 yaş grubundaki annelerin (%73.5) diğer yaş grubundaki annelere göre daha yüksek oranda antenatal hizmetleri kullandıkları saptanmış ve annelerin yaş gruplarına göre antenatal hizmetleri kullanma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $P<0.001$ ) (11).

Ebelerin sosyodemografik ve hizmete ilişkin özellikleri ile nitelik ölçütleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Hizmet sunulan bölgenin yerleşim özelliği nitelik puanını etkilemektedir. Kentsel yerleşim kestirileceği gibi daha yüksek nitelik puanını almıştır. Kırsal/gecekondu bölgesine ulaşımın zor olması, eğitim düzeyinin düşük olmasından, kadına verilen değerlerin daha düşük olmasından ve ekonomik özgürlüklerine sahip olmamaları gibi nedenlerden kaynaklanıyor olabilir. Ancak yapılan lojistik analizinde bu anlamlılık kanıtlanamamıştır ( $p=0.804$ ).

Son bir yıl içerisinde sağlık sorunu nedeniyle görevden uzak kalanlar ve geçici görev ile kurumdan uzak kalanlar, kalmayanlara göre daha yüksek nitelik puanı almıştır. Kurumdan uzak kaldıkları bu süreler içerisinde görevlerini üstlenen diğer çalışanların izlemleri daha nitelikli yaptıklarını ya da bu araştırma bir kayıt araştırması olduğundan çalışılmayan sürelerde bu kayıtların daha dolu dolu tutulmuş olabileceğini akla getirmektedir. Sağlık sorunu ile nitelik puanı arasındaki anlamlılık, lojistik analizinde kanıtlanamamıştır ( $p=0.062$ ).

Doğum öncesi bakım hizmetinin amacına ulaşabilmesi, olası sakıncalı durumların önceden saptanabilmesi, ancak yeterli obstetrik ve özgeçmiş bilgisi alma ve gebelik-lohusalık seyri sırasındaki muayenelerin yapılmasına bağlıdır. Gebe-lohusa izleme fişindeki bilgiler DÖB hizmetinin niteliğini tayin edici bilgilerdir. Bu bilgilerin eksikliğinde erken tanı koyma ve gebeliğin esenlik içinde sonlandırılması zorlaşır. Ekip içinde bulunan sağlık örgütlenmesinde gebelerin izleminden ebeler kadar hekimlerin de sorumlu olduğu hatırlatılarak konuya ilgileri çekilmelidir. Birinci basamakta toplanan veriler istatistik amaçlı toplanmamalı, kişilerin sağlıklı yaşam hakkını sağlamada öncelikli hizmetler olduğu vurgulanmalıdır (13).



**İletişim:** Ayşe Nur Kuşcu Tuncal  
**E-posta:** e\_aysenur\_kuscu@yahoo.com

#### Kaynaklar

- 1- Temel Sağlık Hizmetleri Sunumu. Erişim Adresi: [http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik\\_Metinler/linkdetail.aspx?id=1383](http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/linkdetail.aspx?id=1383) Erişim Tarihi: 25.08.2007.
- 2- Bertan M, Güler Ç. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Güneş Kitabevi;1997.
- 3- Özvarış S.B., Akın A. Türkiye'de Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinden Yararlanma. Erişim Adresi: <http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/yayinarsag.shtml> Erişim Tarihi: 13.10.2006.
- 4- Demir N. Antenatal Bakım Kılavuzu Tanı ve Tedavi Kılavuzları 2005. Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği Güneş Kitabevi; 2005.
- 5- Turan Jm., Nalbant H., Ortaylı N., Bulut A. Gebelik ve Doğum Hizmetlerinin Niteliğini Değerlendirme. C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 2003; 25:4 Özel Eki.
- 6- Alberta Reproductive Health: Pregnancy Outcomes (2001). Erişim Adresi: [www.asac.ab.ca/Pubs/reproductiveHealthStudy2001.pdf](http://www.asac.ab.ca/Pubs/reproductiveHealthStudy2001.pdf) Erişim Tarihi: 03.10.2006.
- 7- Çakmakçı A, Eser E. Gebelikte Olumlu Davranış Envanteri: Bir Metodolojik Çalışma. Hemşirelik Forumu Dergisi. 2003;6(3): 8-18.
- 8- UNICEF Maternal Care. Erişim Adresi: [http://www.unicef.org/specialsession/about/sgreportpdf/11\\_MaternalCare\\_D7341Insert\\_English.pdf](http://www.unicef.org/specialsession/about/sgreportpdf/11_MaternalCare_D7341Insert_English.pdf) Erişim Tarihi: 08.03.2006.
- 9- Aksakoğlu G. Sağlıkta Araştırma ve Çözümleme. Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları. İzmir: 2006.
- 10- Antalya Kent Merkezi Yedi Sağlık Ocağı Bölgesinde Ev Halkı Tespit Fişi Kayıtlarının Değerlendirilmesi Raporu. Erişim Adresi: <http://www.ymm.net/ozgurce/dosya/yayin/etf.pdf> Erişim Tarihi:08.10.2006.
- 11- Kılıç D, Ezmeci T. Erzurum İl Merkezinde 15-49 Yas Grubu Annelerin Sağlık Ocakları Tarafından Verilen Ana Çocuk Sağlığı Hizmetlerini Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörler. Erişim Adresi: <http://www.insanbilimleri.com/ojs/index.php/ui/article/viewPDFInterstitial/140/140> Erişim Tarihi: 07.10.2007.
- 12- Küçük E, Çan G, Topbaş M. Giresun 1 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesinde Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi, Doğum ve Doğum Sonu Bakım Alma Sıklığı. IX. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Ankara:2004.
- 13- Ağrıdağ G, Alparslan ZN, Apan E. Doğum Öncesi Bakım Hizmetinde Gebe-Lohusa İzleme Fişi (GLİF) Bilgilerinin Değerlendirilmesi(I):Bilgilerin Yeterliliği. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı. Didim: 1994; 250-252.

## TTB Nusret Fişek Sağlık Ocağı Ödüllü



Prof. Dr. Nusret Fişek'in anısına Türk Tabipleri Birliği tarafından verilen Nusret Fişek Sağlık Ocağı Ödülü her yıl 3 Kasım tarihinde açıklanmaktadır. Yarışmaya birinci basamakta hizmet veren sağlık ocakları başvurabilir. Ödülün amacı "Sosyalleştirme Yasası"nın ruhuna uygun bir şekilde ve olanakları ölçüsünde; başarılı bir ekip hizmeti veren, entegre sağlık hizmeti sunan ve bölgesindeki topluma kaynaşmış sağlık ocaklarını kamuoyuna duyurarak, bütün sağlık ocaklarını daha iyi hizmet vermek yönünde özendirme. Ödüller, son takvim yılı içinde verilen hizmetler karşılığı olarak, sağlık ocağına ve o yıl içinde çalışmış tüm personeline verilir. Ödüle aday olmak isteyen sağlık ocakları, 2008 yılı içindeki çalışmalarını ve adaylık gerekçelerini bir rapor biçiminde, Temmuz ayı sonuna kadar TTB'ye ulaştırmalıdır.

Nusret Fişek Halk Sağlığı Günleri etkinlikleri hakkında ayrıntılı bilgiye ve Nusret Fişek Sağlık Ocağı Ödülü Yönergesi'ne İnternet'te;

[http://www.ttb.org.tr/halk\\_sagligi/nusretfisek](http://www.ttb.org.tr/halk_sagligi/nusretfisek) adresinden ulaşabilirsiniz.





Hem. Sibel Sevinç\*, Dr. Asiye Durmaz Akyol\*\*

### Öz

**Amaç:** Araştırma, koroner arter hastalarında risk faktörü dağılımını incelemek amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Araştırma verileri Nisan 2007 – Haziran 2007 tarihleri arasında, Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi Kardiyoloji Polikliniği'nde toplanmıştır. Koroner arter hastalığı (KAH) tanısı almış, araştırmaya katılmayı kabul eden 270 hasta araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırmanın verileri sosyodemografik bilgilere ve risk faktörlerine ilişkin soruların bulunduğu soru formu kullanılarak görüşme tekniği ile toplanmıştır. Araştırma bulguları, sayı ve yüzdelikler olarak verilmiş, analizlerde ki kare önemlilik testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmada, hastalardan %92.2'sinin riskli yaş grubunda olduğu, %27.8'inde diyabet olduğu, %47.8'inde hipertansiyon bulunduğu, %36.7'sinin sigara içtiği, %40.7'sinde hiperlipidemi, %44.4'ünde düşük HDL bulunduğu, %22.6'sının obez, %61.5'inde santral obezite olduğu, %11.1'inde ailede KAH öyküsü bulunduğu saptanmıştır. Hastaların %3'ünde bir, %13.7'sinde iki, %24.1'inde üç, %31.1'inde dört, %20.4'ünde beş, %5.9'unda altı, %1.5'inde yedi %0.4'ünde ise sekiz risk faktörü saptanmıştır. Hiç risk faktörü olmayan bulunmazken risk faktörü sayısının ortalaması  $3.7 \pm 1.28$  olarak saptanmıştır. Cinsiyet ile hipertansiyon, diyabet, santral obezite, düşük HDL kolesterol varlığı ve sigara içme arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

**Sonuç:** Araştırma sonucunda, hastalarda risk faktörü oranının yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Koroner arter hastası, Kardiyak risk faktörü, Koroner arter hastalığı.

### Giriş

Koroner arter hastalığı, miyokard infarktüsü, inme gibi ateroskleroz temelli hastalıklar önde gelen morbidite ve mortalite nedenleridir. Dünya Sağlık Örgütü 2005 yılı verilerine göre, 17.5 milyon insan kardiyovasküler hastalıktan yaşamını yitirmiştir. Uygun önlemler alınmazsa 2015 yılında 20 milyon kişinin her yıl bu hastalıktan yaşamını yitirmesi beklenmektedir. Koroner kalp hastalıkları mortalite ve morbiditenin en yaygın nedenlerinden biridir (1). Koroner Arter Hastalığı (KAH) gelişmiş

### Abstract

**Objective:** This study was carried out in order to examine the cardiac risk factors in patients with coronary artery disease.

**Method:** The data were collected in Cardiology Outpatient Clinics of Buca Seyfi Demirsoy State Hospital, from April 2007 to June 2007. The sample of the study consisted of 270 patients with diagnosed coronary artery disease (CAD) who agreed to participate in the study. Socio-demographic information and risk factors were inquired with an interview, using a questionnaire form. The results of the study are presented as values and percentages and chi-square test was used in analysis.

**Results:** According to the results of the study, it was found that 92.2% of the patients were in the risky age group, 27.8% had diabetes, 47.8% had hypertension, 36.7% were smoking, 40.7% had hyperlipidemia, 44.4% had low HDL, 22.6% were obese, 61.5% had central obesity and 11.1% had a family history of CAD. It was established that 3% of the patients had one, 13.7% had two, 24.1% had three, 31.1% had four, 20.4% had five, 5.9% had six, 1.5% had seven and 0.4% had eight risk factors. No patients were risk-free and the mean of the number of risk factors was calculated to be  $3.7 \pm 1.28$ . Relevant to the patients enrolled in the study, there is a significant difference between gender and hypertension, diabetes, central obesity, low HDL and smoking.

**Conclusion:** At the end of the study, it is concluded that there is a high level of cardiac risk factors in coronary artery patients.

**Key words:** Coronary artery patient, Cardiac risk factors, Coronary artery disease.

ülkelerde erişkin ölümlerinin en önemli nedeni olarak gösterilmektedir. Bu hastalığın gelişmekte olan ülkelerde de yaygınlaşarak artacağı ve yaşadığımız yüzyılın ilk çeyreğinde tüm dünyada ölümlerin ilk nedeni olacağı tahmin edilmektedir (1,2).

Koroner arter hastalığına yol açan çok sayıda risk faktörü, yapılan epidemiyolojik ve klinik çalışmalarda iyi tanımlanmıştır. KAH olmayanlarla karşılaştırıldıklarında, zaten hasta

olan kişilerin KAH'dan ölme riskleri daha yüksektir. Buna uygun olarak, bir ya da daha çok sayıdaki risk faktörünü değiştirmenin kısa dönemdeki yararları, birincil korunma ile karşılaştırıldığında, ikincil korunmada daha büyük bir mutlak risk azalmasına eşlik etmesi beklenir (3).

Koroner kalp hastalığının günümüzde kabul edilen önemli risk faktörleri şunlardır:

Yaş (erkeklerde  $\geq 45$ , kadınlarda  $\geq 55$  ya da erken menopoz),

Aile öyküsü (birinci derece akrabalarından erkekte 55, kadında 65 yaşından önce koroner arter hastalığı bulunması).

Sigara içiyor olmak,

Hipertansiyon (kan basıncı  $\geq 140/90$  mmHg ya da antihipertansif tedavi görüyor olmak),

Hiperkolesterolemi (total kolesterol  $\geq 200$  mg/dl, LDL-kolesterol  $\geq 130$  mg/dl),

Düşük HDL-kolesterol değeri ( $>40$  mg/dl),

Diyabetes mellitus (diyabet bir risk faktörü olmanın yanısıra, koroner kalp hastalığı varlığına eşdeğer bir risk taşıdığından risk değerlendirmesinde ayrı bir yeri vardır) (4).

Risk faktörlerinin iyileştirilmesi sağlık ekibinin ortak çabasını gerektirir. Bu çabada hemşirenin rollerinden biri de hasta eğitimidir. Araştırma sonuçlarının ikincil korunmada, hastalara uygulanacak eğitim programları için yol gösterici olacağı düşünülmektedir. Araştırma, koroner arter hastalarında risk faktörlerinin dağılımını incelemek amacıyla planlanmış tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

### **Gereç ve Yöntem**

Araştırmanın evrenini Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi Kardiyoloji Polikliniği'ne Nisan-Haziran 2007 tarihleri arasında başvuran KAH tanısı almış tüm bireyler oluşturmuştur. Bu grupta yer alan hastalar; en az altı ay önce miyokard infarktüsü geçirmiş, girişimsel kardiyovasküler tedavi (anjyoplasti, koroner arter bypass grefti) uygulanan, koroner anjiyografi raporuna göre en az tek damarında %50'den fazla darlık bulunan hastalardan oluşmuştur. Araştırmanın örneklemini olasılıksız örneklem seçim yöntemi ile belirlenmiş, araştırmaya katılmayı kabul eden 270 hasta oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında, sosyodemografik özellikler ve Türk Kardiyoloji Derneği Risk Belirleme Kılavuzu'na göre oluşturulan risk tanılama bilgilerinin içeren soru formu kullanılmıştır. Veriler görüşme

tekniki ile toplanmıştır. Kılavuz doğrultusunda, risk faktörlerinin sınırları arasında olan hastalarda risk faktörü 'var', sınırların dışında olanlar 'yok' şeklinde değerlendirmeye alınmıştır (5).

Yaş; erkekte  $\geq 45$  yaşında olma, kadında  $\geq 55$  yaşında ya da bu yaşın altında olsa dahi menopoz gelişmiş olması.

Ailede erken KAH öyküsü; birinci derece aile bireylerinde erkekte 55 yaşından, kadında 65 yaşından ya da menopozdan önce ani ölüm ya da belgelenmiş KAH olması.

Sigara kullanımı; hastanın sigara içiyor olması ya da iki yıl öncesine kadar en az 10 yıl süreyle sigara içicisi olması

Hipertansiyon; poliklinikte istirahat halinde yapılan ölçümde sistolik kan basıncının  $\geq 140/90$  mmHg ya da antihipertansif tedavi görüyor olması

Hiperkolesterolemi; serum LDL- kolesterol değerinin  $\geq 130$  mg/dl olması.

Düşük HDL -kolesterol; HDL-K değerinin  $<40$  mg/dl olması. Ölçümler Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi Biyokimya laboratuvarında 12 saatlik açlık durumunda sağlanmıştır.

Diyabetes mellitus varlığı; başka bir hekim tarafından diyabet tanısı konmuş ve tedavi alıyor olması ya da açlık kan şekerinin 125mg/dl'nin üzerinde olması

Obezite; beden kitle indeksinin  $\geq 30$ kg/m<sup>2</sup> olması.

Beden kitle indeksi (BKİ); kilonun, metre cinsinden ölçülmüş boyun karesine bölünmesiyle saptanmıştır.

Santral obezite; bel çevresinin erkeklerde  $\geq 102$  cm ve kadınlarda  $\geq 88$  cm olması esas alınmıştır.

Bel çevresi; ayakta duruyorken en son kosta ile krista iliaca arasında orta hatta ölçülmüştür.

Veriler; Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı'nda, SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) for Windows 15.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırma verileri değerlendirilirken, tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma) yanı sıra, bazı değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek üzere ki kare testi kullanılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık  $p < 0.05$  düzeyinde değerlendirilmiştir.

## Bulgular

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde, %45.5 kadın 60-69 yaş arası iken, %35.8 erkeğin 50-59 yaş grubunda yer aldıkları saptanmıştır (Tablo 1). Hastaların yaş dağılımları 33-74 yaş arasındadır ve yaş ortalaması  $58.7 \pm 9.14$ 'dür. Hastaların, %71.5'ini erkekler oluşturmaktadır.

Araştırma örneklemini oluşturan hastaların %87.4'ü evli, %61.5'i ilköğretim mezunu, %53'ü emekli, %88.1'inin geliri giderine denktir. Hastalardan %46.7'si fazla kilolu, %22.6'sı obez, %22.6'sının ailesinde kalp hastalığı olduğu, %54.4'ünün aktif, %25.2'sinin aktif olmadığı, %76.3'ü 1-5 yıl önce KAH tanısı aldığı, %38.5'ine medikal tedavi, %36.7'sine Koroner Arter Bypass Cerrahisi (CABG) uygulandığı görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların riskli yaş, ailede erken KAH, diyabet, hiperlipidemi, düşük HDL, hipertansiyon, sigara, obezite, santral obezite gibi toplam 9 kardiyak risk faktörü üzerinden, risk faktörü sayısının dağılımı Tablo 2'de görülmektedir. Hastaların

%13.7'sinde iki, %24.1'inde üç, %31.1'inde dört, %20.4'ünde beş, kardiyak risk faktörü saptanmıştır. Hiç risk faktörü olmayan bulunmazken, risk faktörü sayısının ortalaması  $3.7 \pm 1.28$  olarak saptanmıştır. Kadınların %35.1'inde beş ve daha fazla risk faktörü saptanırken, erkeklerin %30.1'inde dört risk faktörü saptanmıştır. Cinsiyete göre risk faktörü sayısı arasında yapılan istatistiksel analizde, anlamlı fark bulunmuştur. Kadınların sahip olduğu risk faktörünün erkeklerin risk faktörüne göre daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 2), (Tablo 3).

Üniversite mezunları, çalışanlar, perkütan translüminal koroner anjiyografi (PTCA) uygulananlar ve 40-49 yaş grubunda olanlar ile sigara arasında, bekarlar, ev kadınları, 70-79 yaş grubu ve tanı alalı altı yıldan fazla olanlar ile hipertansiyon arasında, okur-yazar ve ev kadınları ile santral obezite arasında, evli grup ile hiperlipidemi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Ayrıca, çalışan grupta ve obezlerde beş ve daha fazla risk faktörü saptanmış, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir.

**Tablo 1.** Hastaların cinsiyetlerine göre yaş gruplarının dağılımı

Cinsiyet	30-39	40-49	50-59	60-69	70-74
Kadın					
(n)	2	6	19	35	15
%	(2.6)	(7.8)	(24.7)	(45.5)	(19.5)
Erkek					
(n)	7	29	69	63	25
%	3.6)	(15)	(35.8)	(32.6)	(13)
<b>Tüm Olgular</b>					
(n)	9	35	88	98	40
%	(3.3)	(13)	(32.6)	(36.3)	(14.8)

**Tablo 2.** Hastaların kardiyak risk faktörü sayısına göre dağılımı

Risk Faktörü Sayısı	Sayı	Yüzde
1 Risk Faktörü	8	3
2 Risk Faktörü	37	13.7
3 Risk Faktörü	65	24.1
4 Risk Faktörü	84	31.1
5 Risk Faktörü	55	20.4
6 Risk Faktörü	16	5.9
7 Risk Faktörü	4	1.5
8 Risk Faktörü	1	0.4
Toplam	270	100.0

Araştırmaya alınan tüm hastaların %92.2'si riskli yaş grubunda, %27.8'i diyabetik, %47.8'i hipertansif, %36.7'si sigara içicisi, %40.7'si hiperlipidemik, %44.4'ü düşük HDL'li, %18.5'i obez, %61.5'inin santral obesitesi, %11.1'inin ise ailede erken KAH öyküsü olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

Cinsiyet ile risk faktörleri arasında yapılan analizde, kadın hastalarda hipertansiyon erkek hastalara oranla daha fazla saptanmış ve arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $P < 0.05$ ). Diyabet görülme oranı da kadınlarda erkeklere oranla yüksek olup

**Tablo 3.** Hastaların cinsiyetlerine göre kardiyak risk faktörü sayısının dağılımı

Cinsiyet	Kardiyak Risk Faktörü Sayısı (RF)				
	n	1 ve 2 RF	3 RF	4 RF	≥5 RF
Kadın	77	3 (%3.9)	21 (%27.3)	26 (%33.8)	27 (%35.1)
Erkek	193	42 (%21.8)	44 (%22.8)	58 (%30.1)	49 (%25.4)
Toplam	270	45 (%16.7)	65 (%24.1)	84 (%31.1)	76 (%28.1)

X<sup>2</sup>=13.074 P=0.004 P<0.05

**Tablo 4.** Hastaların cinsiyetlerine göre kardiyak risk faktörlerinin dağılımı

Cinsiyet	N	Yaş	DM	HT	Sigara	HL	Düşük HDL	Obesite	Santral Obesite	Ailede KAH
Kadın	77	69	31	53	15	32	26	20	66	10
	(%)	(89.6)	(40.3)	(68.8)	(19.5)	(41.6)	(33.8)	(26)	(85.7)	(13)
Erkek	193	180	44	76	84	78	94	41	100	20
	(%)	(93.3)	(22.8)	(39.4)	(43.5)	(40.4)	(48.7)	(21.2)	(51.8)	(10.4)
Tüm olgular	270	249	75	129	99	110	120	61	166	30
	(%)	(92.2)	(27.8)	(47.8)	(36.7)	(40.7)	(44.4)	(18.5)	(61.5)	(11.1)
		X <sup>2</sup>	X <sup>2</sup>	X <sup>2</sup>	X <sup>2</sup>	X <sup>2</sup>	X <sup>2</sup>	X <sup>2</sup>	X <sup>2</sup>	X <sup>2</sup>
		1.024	8.366	19.136	13.701	0.030	4.974	0.704	26.711	0.384
		P= 0.311	P=0.004	P=0.001	P=0.001	P=0.863	P=0.026	P=0.401	P=0.001	P=0.536

\* DM: Diabetes Mellitus , \*KAH: Koroner Arter Hastalığı, \* HT: Hipertansiyon, \*HL: Hiperlipidemi

aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (P<0.05). Yine kadın hastalarda santral obesite varlığının daha yüksek olduğu iki cins arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunduğu anlaşılmıştır (P<0.05). Erkek hastalarda ise düşük HDL kolesterol varlığı daha yüksek oranda saptanmış ve iki cins arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (P<0.05). Sigara içme oranı erkeklerde kadınlara oranla daha yüksek bulunmuş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (P<0.05) (Tablo 4).

### Tartışma

Türkiye’de Türk Kardiyoloji Derneği tarafından 1990 yılından bu yana yürütülen TEKHARF (Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri) çalışmasının 10 yıllık izlem verilerine göre yaklaşık iki milyon kişide KAH bulunduğu tahmin edilmektedir. KAH'nın ülkemizdeki yıllık mortalitesi erkeklerde binde 5.1, kadınlarda ise binde 3.3'tür. Bu sayılar ülkemizi Avrupa ülkeleri arasında en yüksek sıralara oturtmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerden çok gelişmiş ülkeler örneğine benzeyen bu olumsuz eğilim sürdüğü takdirde, 2010 yılında halen iki milyon civarında olan koroner arter hastasının 1.4 milyon artarak 3.4 milyon kişiye varacağı öngörülmektedir (5).

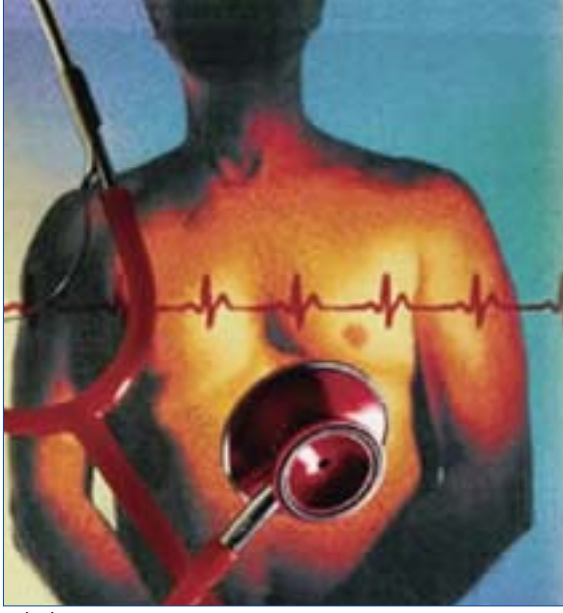
Avrupa’da KAH'nın ikincil önlenmesinde

klirik uygulamanın etkinlik düzeyini belirlemek amacıyla yapılan EUROASPIRE (European Action on Secondary Prevention through Intervention to Reduce Events) çalışması da KAH'de değiştirilebilir risk faktörü prevalansının halen yüksek olduğunu ve bu nedenle etkin risk faktörü modifikasyonu ile bu hastalarda KAH morbidite ve mortalitesinin önemli ölçüde azaltılabileceği bildirilmiştir (5).

Koroner arter hastalığı olanlar ölüm ve fiziksel yetersizlik açısından en yüksek risk grubundadır ve bu nedenle koroner arter hastalarındaki risk faktörleri en fazla zarara neden olur ve yaşam kalitesini düşürür (6). Hastaların yaş dağılımları 33- 74 yaş arasındadır ve yaş ortalaması 58.7±9.14'dür. Ermiş ve ark'ın (2001); Antalya bölgesindeki koroner arter hastaları ile Türkiye ortalamalarını karşılaştırmak amacıyla yaptığı çalışmada, çalışmaya alınan 516 koroner arter hastasının yaş ortalaması 56.6±9.9 olarak bulunmuş, TEKHARF çalışmasında ise yaş ortalaması 57±11 olarak saptanmıştır (7). KAH görülme yaş ortalaması bu çalışmada diğer çalışmalarla benzerdir.

Hastaların %28.5'ini kadınlar, %71.5'ini erkekler oluşturmaktadır. Medeni duruma göre dağılımda ise %87.4'ünü evli, %12.6'sını bekârlar oluşturmaktadır. Ermiş ve ark. (2001) in çalışmasında hastaların 423'ü (%82) erkek, 93'ü (%18) kadındı. TEKHARF çalışma grubunda hastaların %52'sinin erkek (90





Sibel Sevinç

hasta) olduğu görülmektedir. Bu çalışmaya benzer olarak, erkek hastaların çoğunlukta olması KAH'de erkek cinsiyetin risk faktörü olduğunu doğrulamaktadır.

Sönmez ve ark'ın (2002a); KAH anjiyografik olarak saptanmış olgularda risk faktörlerinin dağılımını inceledikleri çalışmada, tüm olgularda ortalama BKİ 26.8 kg/m<sup>2</sup> olarak saptanmıştır (8). Rana ve ark'ın (2004) çalışmasında; miyokard infarktüsü geçirmiş hastaların %32'si normal kilolu, %44'ü fazla kilolu %24'ü obez olarak saptanmıştır (9). Sonuçlar bu çalışmanın sonuçlarıyla benzerdir. Obezlerde kardiyovasküler kalp hastalığından ölüm obez olmayanlara göre 4 kat daha fazladır ve vücut ağırlığında 1 kg'lık artışın koroner mortalite oranlarında %1-1.5'lük artışa yol açtığı saptanmıştır (10). Hastaların yarısından fazlasının fazla kilolu ve obez oluşu KAH'da risk faktörü modifikasyonunun önemini göstermektedir.

Sönmez ve ark'ın (2002b) belirttiğine göre; KAH olgularında profilaktik ilaç kullanımının incelendiği çalışmalarda son yıllarda ilaç kullanım oranlarında artış olduğu gözlenmektedir. İspanya'da yürütülen PREVESE çalışmalarında 1994 yılı ile 1998 yılları arasında hastaların çıkış reçetelerinde beta-bloker kullanımının %33'ten %45'e, ACE-I kullanımının %33'ten %47'ye, statin kullanımının %beşten %29'a ulaştığı gözlenmiştir (11). EUROASPIRE I ve II çalışmalarının karşılaştırılmasında da benzer

biçimdeğ profilaktik ilaç kullanımında artış izlenmektedir. Bu artışa karşın profilaktik ilaç kullanımının izlendiği çalışmalardan elde edilen veriler hastane çıkışlarında yazılan tedavinin hastalar tarafından sürdürülmediğini ya da yetersiz kaldığını göstermektedir. EUROASPIRE II çalışmasında lipid düşürücü tedavi alan olguların yarısının hedef lipid düzeylerine ulaşmadığı saptanmıştır. Bu durum hastaneden çıkışta yazılan tedavinin etkin sürdürülmesi açısından hastaların yakından izlenmesinin önemini ortaya koymaktadır (12, 13).

Sağ ve ark. (2006) çalışmasında, LDL ortalaması 149mg/dl, HDL 39mg/dl, trigliserid 180mg/dl olduğu saptanmıştır (14). Bu çalışmada da diğer çalışmalara benzer olarak, her ne kadar sorgulanmasa da, birçok olgunun hiperlipidemi açısından tedavide olmakla birlikte, hastaların yaklaşık yarısında hiperlipidemi belirlenmiştir.

EUROASPIRE çalışmasında; sigara içme oranı %34.4 diyabet, %21.8, hipertansiyon %57.8, hiperlipidemi %71.1, obezite %18.5, aile öyküsü %37.1 olarak bulunmuştur. Bu çalışmadaki sonuçlar da Avrupa'dakine benzer biçimde, koroner arter hastalarında risk faktörlerinin yüksek oranlarda var olduğunu göstermektedir (13). Gerber ve ark. (2006), miyokard enfarktüsünden sonra cinsiyete göre risk faktörü dağılımını incelediği çalışmada; 494 kadının %23.5'i diyabetik, %67.4'ü hipertansif, %37.7'si hiperlipidemik, %26.9'u obez, %23.3'ü sigara içicisi bulunmuştur (15). Chair ve ark (2007) çalışmasında ise, hastalardan %26.3'ünün diyabetik, %57.8'inin hipertansif, %43.4'ünün hiperlipidemik, %21.2'sinin düşük HDL'li, %19.8'i obez ve %11.8'inin sigara içicisi olarak saptanmışlardır (16).

Sönmez ve ark. (2002) çalışmasında da, diyabet, hipertansiyon, obezite ve santral obezite kadınlarda, sigara içme oranı erkeklerde anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (8). Çalışma sonuçları bu çalışmanın sonuçlarıyla paralellik göstermektedir.

Willich ve ark. (2001) Almanya'da yaptıkları çalışmada da hastaneye gelişte yüksek olan risk faktörleri, hastane çıkışında kontrol altına alınmış, fakat bir yıl sonunda yapılan izlemlerde, hastaların beden kitle indeksinde, total kolesterol ve LDL kolesterol düzeylerinde artış olduğu saptanmış, çalışma sonunda uzun

dönemdeki sekonder korunmanın geliştirilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır. Bu çalışma sonuçlarından farklı olarak, Willich ve ark.'ın çalışmasında risk faktörleri ile cinsiyet ve yaş arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (17).

Ünsar ve ark. (2004) koroner arter hastalığı çalışmasında; deney ve kontrol grubu hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışı, risk faktörleri, diyet, egzersiz, ilaç- sağlık kontrolüne ilişkin bilgi puanları eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırılmış, deney grubu hastalarında puanlar anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Deney grubu hastalarında HDL-kolesterol ortalaması eğitim sonrası anlamlı derecede yüksek bulunurken kontrol grubu hastalarda fark saptanmamıştır (18).

Hastaların yakından izlendiği endüstrileşmiş ülkelerde dahi risk faktörü modifikasyonu yetersiz kalmaktadır. Bunun Türkiye'de de yetersiz olduğuna ve koroner arter hastalığının ülkemizde gelecekte giderek daha önemli bir sağlık sorunu olacağına dair veriler artmaktadır (8).

Araştırmadan elde edilen sonuçlar, araştırmaya katılan hastalarda risk faktörü oranının yüksek olduğunu sonuçlar, hastaların yüksek morbidite ve mortalite riski taşıdığı, bu nedenle risk faktörü değişikliklerinin çok önemli bir sağlık sorunu olduğu, hastaların bu konuda yeterli eğitim almadığı sonucunu doğrulamaktadır. Hastalara ikincil korunma için sağlık ekibi tarafından eğitim verilmesi, hastaların öz bakım gücünün artırılması ve düzenli aralıklarla kontrollerinin yapılması önerilmektedir.

**İletişim:** Uzm. Hemşire Sibel Sevinç

**E-posta:** sibelsevis@gmail.com

#### **Kaynaklar**

- 1- WHO...04.10.2008, [http://www.who.int/topics/cardiovascular\\_diseases/en/](http://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/en/)
- 2- Esin N, Bulduk S. KAH risk tanılama: birinci basamak uygulama örneği. Hemşirelik Forumu Dergisi 2005; Tem-Ağs: 40- 45.
- 3- Erol Ç, Güzelsoy D, Koylan N ve ark. Koroner Arter Hastalığı Yaklaşım ve Tedavi Kılavuzu, 02.10.2008, <http://www.tkd.org.tr/kilavuz/k06/1074f5.htm?wbnum=1310>
- 4- Onat A, Büyüköztürk K, Sansoy V ve ark. Koroner Kalp Hastalığı Korunma Ve Tedavi Kılavuzu, 02.10.2008, <http://www.tkd.org.tr/kilavuz/k11.htm>
- 5- Kültürsay H. KAH Primer ve Sekonder Koruma. Argos Reklamcılık Tic. İstanbul; 2001.
- 6- Fuster V, Alexander W, O'Rourke (Eds). Hurt's The Heart. Çev.Ed. Esen A.M. I.Baskı 3.Cilt, AND Yayıncılık, İstanbul; 2002.
- 7- Ermiş C, Demir İ, Semiz E ve ark Antalya bölgesindeki koroner arter hastalarının demografik ve klinik özellikleri ve bu özelliklerinin Türkiye ortalamaları ile karşılaştırılması. Anadolu Kardiyoloji Dergisi 2001 (1): 10- 13.
- 8- Sönmez K, Akçay A, Gençbay M ve ark. Koroner arter hastalığı anjiyografik olarak saptanmış olgularda risk faktörlerinin dağılımı. Türk Kardiyoloji Derneği Arşiv Dergisi 2002a; 30 (3): 191- 198.
- 9- Rana J. S, Mukamal K. J, Morgan J.P et al. Obesity and the risk of death after acute myocardial infarction. American Heart Journal 2004 (147): 5.
- 10- Çorakçı A. Risk faktörü olarak obesite. Aktüel Tıp Dergisi 2001; 6 (2): 35.
- 11- Sönmez K, Akçay A, Gençbay M ve ark. Koroner arter hastalığı anjiyografik olarak saptanmış olgularda tedavi prosedürlerinin dağılımı ve hastaneden çıkışta ilaç seçimi. Anadolu Kardiyoloji Dergisi 2002b; 2:18-23.
- 12- De Oya M, Lopez-sendon JL, De Teresa E et al. on behalf of PREVESE 98 Study Group. The impact of landmark clinical trials on secondary prevention acute myocardial infarction in Spain. Preveze 98 study. Atherosclerosis 2000; 151: 107.
- 13- EUROASPIRE I and II Group. Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries. European Action on Secondary Prevention by Intervention to Reduce Events. Lancet 2001 (357): 995-1001.
- 14- Sağ C, Özkan M, Uzun M, Yokuşoğlu M, Baysan O, Erinç K ve ark. Koroner Risk Katsayısı ile Koroner Anjiyografik Olarak Damar Tutulumu ve Risk Faktörleri Arasındaki İlişki. Anadolu Kardiyoloji Dergisi 2006 (6): 353- 357.
- 15- Gerber Y, Weston A.S, Killian M. J et al. Sex and classic risk factors after myocardial infarction:a community study. American Heart Journal 2006;152 (3).
- 16- Chair, S.Y., Lee, S.F, Lopez, V., & Ling, E.M. Risk factors of Hong Kong Chinese patients with coronary heart disease. Journal of Clinical Nursing 2007; 16(7): 1278- 1284.
- 17- Willich S.N, Mu" ller-Nordhorn J, Kulig M et al. Cardiac risk factors, medication, and recurrent clinical events after acute coronary disease. European Heart Journal 2001 (22) : 307-313.
- 18- Ünsar S, Durna Z, Süt N. Koroner arter hastalarında risk faktörlerinin azaltmaya yönelik sağlık eğitiminde hemşirenin rolü. Hemşirelik Forumu Dergisi 2004; 7(2): 27- 41.



Dr. Raika Durusoy\*

Uluslararası önemi olan herhangi bir sağlık sorununun DSÖ'ye bildirim zorunlu. DSÖ'ye yalnızca ülkenin sağlık bakanlığı değil, başka herhangi bir kaynak da bildirim yapabilir.

### Öz

Yeni Uluslararası Sağlık Tüzüğü (UST), Dünya Sağlık Asamblesi tarafından 2005 yılında kabul edilmiş ve 15 Haziran 2007 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Bu yasal düzenleme, Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) üye tüm ülkeler gibi ülkemiz için de bağlayıcıdır. Bu yazının amacı, yeni Uluslararası Sağlık Tüzüğü'nü hekimlere tanıtmaktır.

Yeni tüzüğe göre, artık yalnızca çiçek, veba ve sarı humma gibi belli hastalıkların değil, uluslararası önemi olan herhangi bir sağlık sorununun DSÖ'ye bildirim zorunludur. Radyasyon kazaları gibi sağlıklı etkileyen acil durumlar da bu kapsama girmektedir. DSÖ'ye yalnızca ülkenin sağlık bakanlığı değil, başka herhangi bir kaynak ya da kişi de bildirim yapabilecektir. Tüzüğe göre her devlet, DSÖ ile irtibat halinde olan ve yedi gün 24 saat erişilebilir bir odak noktası kurmakla yükümlüdür. Tüzük ayrıca ülkelere sürveyans ve yanıt kapasitelerini değerlendirip geliştirme yükümlülüğü getirmektedir. Ülkeler sürveyans ve yanıt kapasitelerini Haziran 2009'a dek değerlendirmekle ve bu çekirdek kapasitelerinin 2012'ye dek işler duruma gelmesini sağlayacak eylem planları geliştirmekle yükümlüdür. UST'nin yenilenmesi çok yerinde olmuştur. Ancak yeni UST (2005) bazı sınırlılıklarından dolayı eleştirilmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Uluslararası sağlık tüzüğü, Mevzuat.

On beş Haziran 2007 tarihinde yürürlüğe giren Yeni Uluslararası Sağlık Tüzüğü (UST-2005), Dünya Sağlık Örgütü'ne üye tüm ülkeler gibi ülkemiz için de bağlayıcılığı olan bir yasal düzenlemedir. Bu tüzük, kolera, veba ve sarı hummanın "uluslararası bildirim zorunlu hastalıklar" olduğunu belirten 1969 tarihli Uluslararası Sağlık Tüzüğü'nün (UST-1969) yerini almıştır. Tüzüğün amacı, "halk sağlığı açısından ortaya çıkacak risk ile orantılı ve sınırlı olarak, uluslararası ulaşım ve ticarete gereksiz müdahaleden kaçınarak, hastalıkların uluslararası yayılmasını önlemek, bu hastalıklara karşı korunmak, yayılmalarını denetim altına almak ve halk sağlığı açısından gerekli yanıtı vermek" olarak belirtilmektedir (1).

### Abstract

New International Health Regulations have been approved by the World Health Assembly in 2005 and its implementation has started on June 15, 2005. This legislation binds all member states of World Health Organization (WHO), thus also Turkey. The aim of this paper is to inform physicians about the International Health Regulations (2005). According to these new regulations, countries are obliged to notify not only specific diseases like smallpox, plague and yellow fever but also any other health problem of international importance to WHO. Emergencies like radioactive accidents are also included in this definition. The notification can be made not only by the ministry of health, but also by any other source or person. According to the regulations, every country has to establish a national focal point which will be in communication with WHO 24/7. The regulations also impose countries to assess and improve their surveillance and response capacities. Countries are obliged to assess their surveillance and response capacities by June 2009 and develop and implement plans of action to ensure that these core capacities are functioning by 2012.

The revision of the regulations has been very appropriate. However, the new International Health Regulations are being criticized due to some of its limitations.

**Key words:** International health regulations, Legislation.

### Tarihçe

Avrupa'da 1830 ve 1847 yılları arasında yaşanan kolera salgınları, halk sağlığı alanında uluslararası yoğun diplomasi ve işbirliği başlatmış ve 1851'de Paris'te ilk Uluslararası Sanitasyon Konferansı gerçekleştirilmiştir. 1948'de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anatüzüğünü'nün yürürlüğe girmesinin ardından 1951 yılında DSÖ'ye üye ülkeler Uluslararası Sanitasyon Tüzüğü'nü kabul etmiştir. Bu düzenlemeler 1969 yılında değiştirilmiş ve Uluslararası Sağlık Tüzüğü adını almıştır (2).



### Neden yeni bir tüzük?

Son yıllarda sınırlar ötesi seyahat ve ticaretin artışıyla hastalıkların yayılma riski artmıştır. Son 20 yılda neredeyse her yıl yeni bir bulaşıcı hastalık ortaya çıkmıştır. İletişim teknolojilerinde yaşanan gelişmeler sonucu haberler çok çeşitli resmi ve resmi olmayan kaynaklardan yayılabilmektedir. Bazı ülkeler, seyahat ve ticarete ilişkin ciddi kısıtlamalardan çekinerek, hastalıkları bildirme konusunda isteksiz davranabilmişlerdir. Yeni ortaya çıkan ve yeniden yayılan hastalıkların halk sağlığı açısından kontrolünde ilerlemeler sağlanmıştır. Bu gelişmeler karşısında 1969 tarihli UST'nin bazı sınırlılıkları, yenilenmesini gerektirmiştir: kapsam darlığı (yalnızca kolera, veba ve sarı humma olmak üzere üç hastalık), ülkeden resmi bildirim yapılması gerekliliği ve hastalıkların uluslararası yayılmasını önleyecek koordine mekanizmaların eksikliği.

Cenevre'de 1995 yılında toplanan 48. Dünya Sağlık Asamblesi'nde 1969 tarihli UST'nin güncelleştirilmesi karar verilmiştir. Tüzüğün gözden geçirilme süreci, DSÖ tarafından düzenlenen ve ülkemiz adına Sağlık Bakanlığı Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü'nün katıldığı toplantılarla yürümüştür (3). 2003 yılında yaşanan SARS salgını ve kontrolü, sürecin sonuçlandırılmasını hızlandırmış ve 10 yılın ardından yeni tüzük, yine Cenevre'de toplanan 58. Dünya Sağlık Asamblesi'nde üye ülkeler tarafından 23 Mayıs 2005 tarihinde kabul edilmiştir.

### Başlıca yenilikler

2005 tarihli UST'ye göre "uluslararası önemi olan" herhangi bir "halk sağlığı acil durumu" nun bildiri zorunludur, dolayısıyla UST daha geniş bir kapsama sahiptir. Yalnızca resmi kaynaklardan değil, diğer kaynaklardan gelen bilgiyi de dikkate almaktadır. Bildirimler ve diğer acil iletişim için ülkelerin Ulusal UST Odak Noktaları oluşturmalarını ve bunların DSÖ'nün UST İrtibat Noktası ile iletişim

halinde olmasını gerektirmektedir. Ulusal süreyans ve yanıt kapasitelerinin geliştirilmesi ile ilgili birtakım gereklilikler sunmaktadır. Uluslararası öneme sahip bir acil durumda DSÖ, zaman sınırlaması olan ve riske özgü geçici tavsiyeler yayımlayabileceği gibi kalıcı tavsiyelerde de bulunabilecektir.

Bir diğer yeniliği de, UST'nin uygulaması konusunda DSÖ'ye bağımsız dış danışmanlık alma olanağı tanımasıdır: Acil Komitesi, DSÖ Genel Direktörü'ne bir olayın "uluslararası önemi olan halk sağlığı acil durumu" olup olmadığı kararının alınması ve geçici tavsiyeler konusunda danışmanlık verecektir. UST Değerlendirme Komitesi de Genel Direktör'e kalıcı tavsiyeler ve tüzüğün işlerliği ve güncellenmesiyle ilgili konularda danışmanlık verecektir.

1969 ve 2005 tüzükleri arasındaki başlıca farklar, Tablo 1'de özetlenmiştir.

### "Uluslararası önemi olan halk sağlığı acil durumu" (UÖHSA) kavramı

2005 tarihli UST'ye göre "Uluslararası önemi olan halk sağlığı acil durumu" kavramı, hastalığın uluslararası yayılımıyla diğer ülkeler için halk sağlığı riski oluşturan ve uluslararası bir yanıtın eşgüdümünün gerekmesi potansiyeli taşıyan olağan dışı bir halk sağlığı durumu olarak tanımlanmıştır. Kimyasal sızıntılar ve nükleer kazalar gibi olaylar da bu kapsama girebilmektedir. Tüzüğün ekleri arasında bir olayın UÖHSA olup olmadığına karar verilirken kullanılacak bir akış şeması yer almaktadır ve Şekil 1'de sunulmaktadır.

### Akış şemasında dört ana ölçüt yer almaktadır:

1. Olayın halk sağlığına etkilerinin ciddiyeti,
2. Olayın sıra dışı ya da beklenmedik doğası,
3. Olayın uluslararası yayılma potansiyeli,
4. Olay nedeniyle seyahat ya da ticaret kısıtlamalarının getirilme riski.

Bu dört ana ölçüt, tüzüğün ekinde çeşitli alt sorularla ve örneklerle somutlaştırılmıştır. Örneğin üçüncü ölçütün altında yer alan sorular;

1. Diğer ülkelerdeki benzer olaylar için epidemiyolojik yönden bir bağlantı gösteren kanıt var mı?
2. Konağın, aracın ya da etkenin sınır geçişi

**Tablo 1.** 1969 ve 2005 tarihli Uluslararası Sağlık Tüzükleri arasındaki farklar (3)

1969	2005
Sınırların kontrolü Birkaç hastalık Önceden belirlenmiş önlemler Reaktif	Kaynağında sınırlamak Halk sağlığına yönelik tüm tehditler Uyarlanmış yanıt Proaktif





zaten sıra dışı ve beklenmedik hastalıklardır ve halk sağlığına ciddi etkileri söz konusudur.

DSÖ'ye bildirildikten sonra bir olayın UÖHSA olup olmadığına karar verme yetkisi, DSÖ Genel Direktörü'ne verilmiştir.

### Ulusal UST odak noktası

Ulusal UST Odak Noktası, taraf olan devletlerce kurulması gereken, 7 gün 24 saat 365 gün erişilebilir olan ulusal bir merkezdir. İşlevleri, DSÖ'nün bölgesel UST irtibat noktası ile UST ile ilişkili konularda iletişim sağlamak, ortaklaşa risk değerlendirmesi yapmak ve ülkede ilgili sektörlere bilgiyi yaymak ve bu sektörlerden bilgi toplamaktır. Ülkeler, ulusal UST odak noktalarının iletişim bilgilerini DSÖ'ye iletmek ve güncel tutmakla yükümlüdür. Türkiye'nin ulusal UST odak noktası, bir Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı'nın sorumluluğundadır.

### Sürveyans ve yanıt için ana kapasite gereklilikleri

Tüzükte ülkeler için belirtilen ana kapasite gereklilikleri; sürveyans, raporlama, bildirim, doğrulama, yanıt ve işbirliği faaliyetleri içermektedir. Ülkeler bu gereklilikleri karşılamak için kendi ulusal yapı ve kaynaklarından yararlanacaklardır.

### Tüzüğün gerektirdiği kapasiteler, üç farklı basamakta tanımlanmış ve aşağıda özetlenmiştir:

1- Yerel topluluk ve/veya birincil halk sağlığı yanıtı basamağı: Hastalık ya da ölüme yol açan olayları ortaya çıkarmak, bildirmek ve ilk kontrol önlemlerini yerine getirmek.

2- Ara halk sağlığı yanıtı basamağı:

Bildirilen olayları doğrulamak, ek kontrol önlemleri almak ve değerlendirerek, gerekiyorsa ulusal düzeyde rapor etmek.

3- Ulusal düzey: Bildirimleri 48 saat içinde değerlendirip gerekiyorsa Ulusal UST Odak Noktası aracılığıyla DSÖ'ye derhal bildirmek, kontrol önlemlerini belirlemek, lojistik destek ve sektörler arası işbirliği sağlamak, acil durum yanıt planını oluşturmak, işletmek ve sürdürmek ve bütün bunları 24 saat esasında sağlamak.

Ülkeler, tüzüğün yürürlüğe giriş tarihini izleyen iki yıl içinde bu asgari gereklilikleri karşılamak üzere var olan ulusal yapı ve kaynaklarının yeterliliğini değerlendirecek,

ardından da belirlenmiş süreler içinde ana kapasitelerinin hazır ve işler durumda olmasını sağlayacak eylem planlarını geliştirecek ve yerine getireceklerdir.

Tüzükte ayrıca belirlenmiş havaalanı, liman ve kara geçişleri için ana kapasite gereklilikleri tanımlanmıştır.

### Sonuç

UST'nin yenilenmesi çok yerinde olmuştur. Ancak yeni UST'nin bazı sınırlılıkları eleştirilmektedir. Sürveyans ve yanıt için ana kapasite gerekliliklerini sağlama konusunda özellikle gelişmekte olan ülkelerin kaynak sıkıntısı çekeceği öngörülmektedir. UST, bu ülkeler ulusal bir halk sağlığı acil durumuyla karşı karşıya kaldıklarında uygulanacak bir mekanizma içermemektedir. DSÖ'nün olay uluslararası boyuta ulaştığında devreye giriyor olması, metnin net olmayan diliyle de birleşince zengin ülkeleri yoksul ülkelerin salgınlarından korumak için hazırlandığına ilişkin eleştirilere yol açmaktadır (7).

**İletişim:** Dr. Raika Durusoy

**E-posta:** raika.durusoy@ege.edu.tr

### Kaynaklar

- 1- WHA58.3 Revision of the International Health Regulations. Erişim 31 Mayıs 2008. <http://www.who.int/csr/ihr/WHA58-en.pdf>.
- 2- WHO International Health Regulations (2005). Erişim 6 Ağustos 2008, <http://www.who.int/csr/ihr/en/>.
- 3- HASAK. Merak Ettikleriniz. Uluslararası Sağlık Tüzüğü (Dünya Sağlık Örgütü 2005). Erişim 31 Mayıs 2008, <http://www.t-hasak.org/uluslusaagt%C3%BCz%C3%BCk.htm>.
- 4- International Health Regulations (2005) Basic Information for National Policy-Makers and Partners. WHO Regional Office for South-east Asia. Erişim 2 Haziran 2008. [http://www.searo.who.int/linkfiles/international\\_health\\_regulations\\_ihr\\_brochure.pdf](http://www.searo.who.int/linkfiles/international_health_regulations_ihr_brochure.pdf).
- 5- Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Sağlık Tüzüğü (2005) (resmi olmayan çevirisi). Sağlık Bakanlığı Hudutlar ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü. Erişim 1 Haziran 2008, [http://www.hssgm.gov.tr/mevzuat/uluslararasi\\_anlasmalar/Uluslurasiasaglikuzugu.doc](http://www.hssgm.gov.tr/mevzuat/uluslararasi_anlasmalar/Uluslurasiasaglikuzugu.doc).
- 6- IHR News. The WHO quarterly bulletin on IHR implementation. 30 June 2008, No.3. Erişim 7 Ağustos 2008, <http://www.who.int/csr/ihr/FactsfiguresIHRIssue3en.pdf>.
- 7- The PLoS Medicine Editors (2007) How Is WHO Responding to Global Public Health Threats? PLoS Med 4(5): e197 doi:10.1371/journal.pmed.0040197.



*Dr. Semih Tatlıcan\*, Dr. Cemile Eren\*\*, Dr. Fatma Eskiöglü\*\*\**

### Öz

Mesleki deri hastalıklarının çok önemli bir bölümünü mesleki kontakt dermatitler oluşturur. Mesleki kontakt dermatitler dışında kalan mesleki dermatozlara tanıdık olmak, hastalıkların önlenmesi ve tedavi edilmesinde temel öneme sahiptir. Mekanik, fiziksel, radyasyon ve biyolojik nedenli deri hastalıkları bu hastalıkların başlıcalarıdır. Ayrıca çeşitli pigment değişiklikleri, akne benzeri lezyonlar ve deri kanserleri mesleki nedenler ile ortaya çıkabilir. Arsenik zehirlenmesi, vinil klorür hastalığı ve Porfiria Turcica gibi iyi tanımlanmış klinik tablolar da mesleki deri hastalıkları arasında yer almaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Meslek hastalıkları, Mesleki sağlık, Mesleki tıp, Dermatoz.

Mesleki deri hastalıklarının mesleki kontakt dermatit dışında kalan bölümü, çok farklı hastalıklardan oluşmaktadır. Bu hastalıklar mekanik, fiziksel, radyasyon, ve biyolojik nedenli mesleki deri hastalıkları, pigment değişiklikleri, akneiform lezyonlar, deri kanserleri, saç ve tırnak değişiklikleri, vinil klorür hastalığı ve porfiria turcica olarak sınıflandırılabilir (1). Bu derlemede bu başlıklar altında incelenebilecek hastalıkların kısa bir özeti yapılmıştır.

### Mekanik Nedenli Mesleki Deri Hastalıkları

İş sürecinde travma hafif, orta derecede ve şiddetli olabilir. Bir kez olduğu gibi süreklilik de gösterebilir. Friksiyon sonucunda bül oluşumu, kallus oluşumu, laserasyonlar ve künt yaralanmalar olabilir (1).

**1. Fiberglas Dermatiti:** Bunlara en iyi örnek fiberglas maddelerle olan temastır. Bu temas sonucunda iritasyon, kaşıntı ve ekskoriyasyon oluşur. Sekonder enfeksiyon gelişebilir (2).

Fiberglas; termal, kimyasal ve mikrobiyel degradasyona karşı dirençli olduğu için oldukça yaygın kullanılan bir maddedir. Fiberglas çok yoğun ve şiddetli kaşıntıya neden olan bir mekanik iritandır. Kaşıntıyı izleyerek toplu iğne başı büyüklüğünde ekskoriyasyonlar ortaya çıkar. Bazen inflame papüller görülebilir (2).

Dermografizmi pozitif ve atopik bünyeli kişilerde ve üzeri plastik resinlerle kaplı

### Abstract

Occupational contact dermatitis constitutes the most important part of occupational diseases of the skin. Being familiar with occupational dermatoses other than occupational contact dermatitis has a central importance to prevent their occurrence and diagnosis. The majority of these diseases are caused by mechanical, physical, biologic factors or by radiation. In addition, various changes in pigmentation, acneiform lesions and skin cancers may also arise due to occupational causes. Some well-defined clinical entities such as arsenic poisoning, vinyl chloride disease and Porphyria Turcica are also classified under occupational diseases of the skin.

**Key words:** Occupational diseases, Occupational health, Occupational medicine, Dermatoses.

olduğunda alerjik kontakt dermatite yol açabilse de, fiberglasın ortaya çıkardığı durum kontakt dermatit olarak değerlendirilmekten çok bir "mekanik iritasyon" olarak ele alınmalıdır (2).

**2. Basınç:** Eritem, vezikül, bül ve nekroz oluşabilir (1).

**3. Sürtünme:** Sıyrıklar ve nasırlar ortaya çıkabilir (1).

**4. Batma:** Yabancı cisim reaksiyonları ve sekonder enfeksiyonlar görülebilir (1).

**5. Vibrasyon:** Kompresör gibi vibrasyon yaratan aletleri kullananlarda görülür. Raynaud fenomeni, ağrı, hissizlik, soğuk duyarlılığı, parmak uçlarında ve kollarda hassasiyet görülür (3).

### Fizik

**1. Sıcak:** En sık olarak yanıklar ortaya çıkabilir. Sıcak krampları, sıcak çarpması gibi sistemik reaksiyonlar ortaya çıkabilir. Yanıklar sıklıkla elektrik şokundan, iyonize radyasyondan, metal ve cam ürünlerden, yüksek sıcaklıkta kullanılan çözücü ve deterjanlardan kaynaklanır (4).

Yüksek sıcaklıkta çalışanlar ve kapalı giyinenler arasında ter retansiyonuna bağlı olarak miliaria oluşur. Miliaria özellikle gövdede aşırı kaşıntılı eritemli yüzeysel vezikülasyon ve papüllerle karakterizedir (4).

\*Uzm.; SB Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Ankara

\*\*Asis.; SB Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Ankara

\*\*\*Klinik Şefi; SB Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Ankara

Termal yanıklar sikatris ve diskromi ile sonuçlanır. Yanık sikatrislerinden yassı hücreli deri kanseri gelişebilir (4).

**2. Soğuk:** Genellikle dışarıda ve gıda endüstrisinde çalışan işçilerde donmaya yol açar. Akral bölgelerde kan damarlarında kalıcı hasara yol açabilir. Gangren ortaya çıkabilir (4).

Çamur ve suyun ayağa teması ile ayakta ciddi maserasyonla karakterize siper ayağı gelişebilir. Soğuk ortamda oluşabilir. Ayrıca pernio ve Raynaud fenomeni ortaya çıkabilir (4).

**3. İyonize Radyasyon:** Akut etkileri yanık şeklindedir. Eritemden ülserasyon oluşuma kadar gidebilir. Kronik radyodermi kuru, kılsız, kırmızı, atrofik deri üzerinde çok sayıda telanjiektazi ile karakterizedir. Deri travmaya karşı duyarlıdır. İlerleyen yıllarda neoplazi gelişebilir (5).

#### **Biyolojik Nedenli Mesleki Deri Hastalıkları**

**1. Bakteri:** Deri bütünlüğünün bozulması, eğer kişisel hijyen de kötüyse bakteriyel deri enfeksiyonlarına yol açar. Atopik işçilerde *S. aureus* enfeksiyonları sıktır. Aşırı sıcak ve nem bakteriyel enfeksiyon olasılığını artırır. Bakteriyel nedenlerle ortaya çıkan deri enfeksiyonlarına, *B. antracis*'in neden olduğu ve hayvancılıkla uğraşanlarda daha sık görülen şarbon ile *E. schenckii*'nin yol açtığı ve kasap ve balıkçılarda görülen erisipeloid örnek olarak verilebilir (6, 7).

**2. Mikobakteri:** *M. tuberculosis*'in etken

olduğu *tuberculosis cutis verrucosa* kasap ve tarım işçilerinde daha sık görülürken, *M. marinum* özellikle balıkçıların ellerinde granülamatöz ülserlere yol açar (6, 7).

**3. Virüs:** Sağlık personelinde *H. simplex* virüsüne bağlı herpetik dolama, hayvancılıkla uğraşanlarda bir parapoxvirüs enfeksiyonu olan orf ve paravaccinia virüslere bağlı "Süt sağan nodülü" görülebilir (6, 7).

**4. Fungus:** Dermatofitler ve kandidiyal hastalıklar sıklıkla görülebilirken, bahçıvanlarda sporotrikoz ortaya çıkabilir (6, 7).

**5. Parazit:** Hastane personelinde görülebilen uyuz ve taşıma işçilerinde görülebilen çeşitli tahıl uyuzları örnek verilebilir (6, 7).

#### **Pigment Değişiklikleri**

**1. Toksik Vitiligo:** Tirozine benzeyen fenolik ya da katekolik maddeler (hidrokinonlar) nedeniyle oluşur. Bu maddeler antioksidan ve germisidal dezenfektanlar olarak lastik ürünlerde, fotoğrafçılıkta kullanılan solüsyonlarda, lubrikan yağlarda, yapıştırıcılarda ve temizlik maddelerinde bulunabilirler (8).

**2. Postenflamatuvar Hiperpigmentasyon:** Kimyasal ve termal yanıklar, iritan / alerjik kontakt dermatit, asfalt, katran, psöralen içeren maddelere maruziyet ve fotodermatitler derinin renginde koyulaşmaya neden olabilir (1, 8).

#### **Akneiform Bozukluklar**

Zaten var olan akne vulgaris aşırı sıcak ve nemle artabilir. Tropikal akne (fırıncılarda, tuğla ve camcılarda) görülebilir. Maske kullanımı akne mekanikaya yol açabilir (9).

**1. Yağ Aknesi:** Ağır, lubrikan yağlar, petrol ürünleri foliküler tıkaçlara ve püstüler foliküllere yol açar. Makinistlerde, otomotiv sanayinde çalışanlarda, rafineri işçilerinde ve mekanikçilerde sık görülür. Lezyonlara en çok ellerde ve ön kollarda rastlanır (9), (Resim 1).

**2. Klor Akne:** Aromatik hidrokarbonların yol açtığı "halojen akne" diye de bilinen akneiform bir döküntüdür. Sebese bezlerde ve kanallarda skuamöz metaplazi, atrofi ve sonrasında oluşan keratin dolu kistlerle karakterizedir. Burun sıklıkla korunmuştur. Hastalık ilerledikçe boyun, ense, gövde, kalçalar ve skrotum da tutulur. İşi bıraktıktan sonra spontan iyileşme görülür. Hastaların %80'i 2-3 yılda iyileşir (9).



**Resim 1.** Yağ Aknesi. Madeni yağ teması sonucunda oluşan folikülitler



## Deri Kanserleri

Güneş ışınlarına yoğun ve uzun süreli maruziyet yassı hücreli deri kanserlerine, bazal hücreli deri kanserlerine ve malign melanoma yol açabilir (10).

### 1. Polisiklik Aromatik Hidrokarbonlar:

Baca temizleyicilerinde önce keratotik papillomlar görülür; sonra bunlar yassı hücreli deri kanserine dönüşebilir.

Dimetilbenzantrasen ve 3,4 benzaprin, kömür katranı ve deriverlerinde (asfalt, ağır mineral yağları) bulunur (11).

### 2. Arsenik: Kronik maruziyette

palmoplantar punktata keratozlar görülür deride "tozlu yolda yağmur damlaları" görünümünde hiperpigmentasyon ve güneş görmeyen bölgelerde yassı hücreli deri kanseri gelişimi görülür. Ayrıca bazal hücreli deri kanseri de görülebilir (12).

**3. Mikozis Fungoides:** İnşaat ve imalat sanayinde çalışanlarda sık görülür (13).

### Saç ve Tırnaklar

**1. Saç:** Yanıklara bağlı sikatrisyel alopesi gelişebilir.

**2. Toksik Alopesi:** Yaygın saç kaybıdır.

Talyum, borik asid, arsenik ve klorofene maruziyette görülür. Talyum maruziyetinde saç dibinde renk artışı da görülebilir (14).

**3. Tırnak:** Gümüş entoksikasyonunda, lunulada mavi diskolorasyon görülür. Transvers beyaz bantlar "Mee çizgileri" olarak da bilinir ve arsenik entoksikasyonunun klasik göstergesidir (14).

### Vinil Klorür Hastalığı

Mesleki skleroderma olarak da bilinir. Reaktörleri temizleyen işçilerin vinil klorür buharını inhale etmesiyle el ve ayak

parmaklarında sertleşme ve Raynaud fenomeninin görülmesidir. Hepatik fibrozis, özofajiyel varisler ve bazen de karaciğerde anjiosarkom görülür (15).

### Porfiria Turcica

Dr. Cihat Çam'ın tanımladığı bu tablo heksaklorobenzene maruz kalan tarım işçilerinde görülür (16).

**İletişim:** Dr. Semih Tatlıcan

**E-posta:** semihatlican@gmail.com

### Kaynaklar

- 1- Beltrani VS. Occupational dermatoses. Curr Opin Allergy Clin Immunol 2003; 3: 115-23.
- 2- Sertoli A, Giorgini S, Farli M. Fiberglass dermatitis. Clin Dermatol 1992; 10: 167-74.
- 3- Bovenzi M. Health risks from occupational exposures to mechanical vibration. Med Lav 2006; 97: 535-41.
- 4- Meffert JJ. Environmental skin diseases and the impact of common dermatoses on medical readiness. Dermatol Clin 1999; 17: 1-17.
- 5- Pigatto PD, Legori A, Bigardi AS. Occupational dermatitis from physical causes. Clin Dermatol 1992; 10: 231-43.
- 6- Gaar E. Occupational hand infections. Clin Occup Environ Med 2006; 5: 369-80.
- 7- Harries MJ, Lear JT. Occupational skin infections. Occup Med (Lond). 2004; 54: 441-9.
- 8- Boissy RE, Manga P. On the etiology of contact/occupational vitiligo. Pigment Cell Res 2004; 17: 208-14.
- 9- Ancona AA. Occupational acne. Occup Med 1986; 1: 229-43.
- 10- Peharda V, Gruber F, Kastelan M, Massari LP, Saftić M, Cabrijan L, Zamolo G. Occupational skin diseases caused by solar radiation. Coll Antropol 2007; 31 Suppl 1:87-90.
- 11- Bosetti C, Negri E, Fattore E, La Vecchia C. Occupational exposure to polychlorinated biphenyls and cancer risk. Eur J Cancer Prev 2003; 12: 251-5.
- 12- Singh N, Kumar D, Sahu AP. Arsenic in the environment: effects on human health and possible prevention. J Environ Biol 2007; 28: 359-65.
- 13- Wohl Y, Tur E. Environmental risk factors for mycosis fungoides. Curr Probl Dermatol 2007; 35: 52-64.
- 14- Spiewak R. Pesticides as a cause of occupational skin diseases in farmers. Ann Agric Environ Med 2001; 8: 1-5.
- 15- Døssing M, Skinhøj P. Occupational liver injury. Present state of knowledge and future perspective. Int Arch Occup Environ Health 1985; 56: 1-21.
- 16- Gocmen A, Peters HA, Cripps DJ, Morris CR, Dogramaci I. Porphyria turcica: hexachlorobenzene-induced porphyria. IARC Sci Publ 1986; (77): 567-73.



**Resim 2.** Palmoplantar Punktat Keratodermiye bağlı oluşan koyu renkli, noktasal deri sertleşmeleri

	<b>STED'den</b>	I		<b>Günlüğümden</b>	
	<b>STED Yazarlarına Bilgi</b>	II		<b>"Doktorlar Karşınca"</b>	XI
	<b>Türkiye'nin Sağlıkını Okumak</b>			<i>Dr. M. Şükrü Güner</i>	
	<b>"Kamu Sağlık Harcamaları"</b>	IV		<b>Dergilerden</b>	XIII
	<i>Dr. Onur Hamzaoğlu</i>			<i>Dr. Özen Aşut</i>	
	<b>Sevgili Selahattin Şenol</b>	VI		<b>Ödüllü Bulmaca</b>	XV
	<b>Söyleşi</b>	VIII			
	<b>"Kurum Tabipliği"</b>				
	<i>Dr. Figen Şahpaz</i>				

## 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'ndedir. 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:

- Yazılar daha önce başka yerde yayımlanmamış 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.
- 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 (en fazla 90 karakter), 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, gerekçe 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 desteklediği sonuç ve açıklamalardan kaçınılmalıdır. Öneriler de bu bölümde yer alabilir.

**7. Teşekkür:** Çalışmaya katkıda bulunanlara, teknik yardımı olanlara, mali ve gereçsel 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 increasead 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 -Verlang; 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. ([www.ttb.org.tr/STED](http://www.ttb.org.tr/STED) adresinden **Yayın Hakkı Devir Formu'na erişebilirsiniz.**) Bu yazıda metnin tüm yazarlarca okunduğu ve onaylandığı, yazarlık hakkı koşullarının gerçekleştirildiği belirtilmelidir.

Yazılar; "STED, TTB, GKM 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. Onur Hamzaoğlu\*

**Tablo 1.** Toplam kamu sağlık harcamalarının dağılımı\*

	2007 (Milyon TL)	2007 (%)	2008 (Milyon TL)	2008 (%)	2007- 2008 Değişim	2007-2008 Paydaki değişim
Sosyal Güvenlik Kurumu	20 045	75.2	25 404	78.8	26.7	4.8
Devlet Memurları	2 697	10.1	2 877	8.9	6.7	-11.9
Yeşil Kart	3 913	14.7	3 969	12.3	1.4	-16.3
<b>Toplam Kamu Sağlık Harcaması</b>	<b>26 655</b>	<b>100.0</b>	<b>32 250</b>	<b>100.0</b>	<b>21.0</b>	

\* SGK 2008 Yılı Faaliyet Raporu'dan yararlanılarak hesaplanmıştır.

**Tablo 2.** Toplam kamu sağlık harcamalarının yıllara, harcama kalemlerine ve hastanelere göre dağılımı\*

	Yıllar	Değişim(%) Nominal harcamada	Değişim (%) paylarda	
	2007 Milyon TL (%)	2008 Milyon TL (%)		
İlaç	11 130 (42)	13 086 (41)	16	-2.4
Tedavi	14592 (55)	18 411 (57)	26	3.6
Devlet Hastanesi	9 234 (63)	10 202 (55)	20	-14.5
Üniversite Hastanesi	2 631 (18)	3 392 (18)	29	-
Özel Hastane	2 727 (19)	4817 (26)	77	36.8
Yolluklar				
Diğer	933 (3)	753 (2)		
<b>Toplam</b>	<b>26 655 (100)</b>	<b>32 250 (100)</b>		<b>21.0</b>

\* SGK 2008 Yılı Faaliyet Raporu'dan yararlanılarak hesaplanmıştır.

Bu sayıdaki çalışmamızı, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) 2008 Yılı Faaliyet Raporu'nda yayımlanan kamu sağlık harcamaları verilerini kullanarak gerçekleştirdik. Tablo 1'de de görüldüğü gibi, toplam kamu sağlık harcaması 2008 yılında bir önceki yıla göre %21 artarak 32.3 Milyar TL'ye ulaşmıştır. Aynı yıllarda SGK'nin harcamalarında %27, devlet memurları için yapılan sağlık harcamalarında %7 ve yeşil kartlılar için yapılan sağlık harcamalarında ise %1'lik nominal artış gerçekleştiği izlenmektedir. Bununla birlikte toplam kamu sağlık harcamalarının 2007 yılında sözü edilen üç harcama grubuna dağılımları ile 2008 yılında gerçekleşen toplam kamu sağlık harcamalarının üç harcama grubuna dağılımı karşılaştırıldığında, SGK'nin payının %5 artarken, devlet memurlarının

payının %12, yeşil kartlıların payının da %16 azaldığı görülmektedir.

Ülke genelinde sigorta kapsamı dışındaki nüfusun 2007 yılında 12 097 990 kişiden, 2008 yılında %11 artarak, 13 382 732 kişiye yükselmiş olduğu bilinmektedir. Bu durumda yeşil kartlılara yapılan sağlık harcamalarının payındaki azalma dikkat çekicidir.

Tablo 2'de de görüldüğü gibi, toplam kamu sağlık harcamalarında tedavi giderlerinin payı 2008 yılında bir önceki yıla göre nominal olarak %26 artarken, sağlık harcamalarının kalemlerine dağılımı içindeki payı da %4 artmıştır. Yine 2008 yılında tedavi hizmetlerinin satın alınması için nominal olarak harcanan para 2007 yılına göre devlet hastanelerinde %20, üniversite hastanelerinde %29 ve özel hastanelerde %70 artış göstermektedir.



Kamu, 2007 yılında tedavi hizmetlerinin satın alınmasında yaptığı harcamaların %63'ü ile devlet hastanelerinden, %19'u ile özel hastanelerden ve %18'i ile üniversite hastanelerinden sağlık hizmeti satın almıştır. 2008 yılında ise üniversite hastanelerinin payı değişmezken, devlet hastanelerinden satın alınan tedavi hizmeti karşılığı ödenen paranın payı %55'e geriletilmiş, özel hastanelerden satın alınan tedavi hizmetleri için yapılan harcamanın payı ise %26'ya yükseltilmiştir. Başka bir ifadeyle, devlet hastanelerinden satın alınan tedavi edici hizmetler için yapılan harcama %15 azaltılırken, özel hastanelerden satın alınan tedavi hizmetleri için yapılan harcamanın payı %37 artırılmıştır.

Daha öncede belirttiğimiz gibi, bu tablo sağlık hizmetlerini özelleştirmenin, bununla beraber özel sağlık kurumlarından kamunun sağlık hizmeti satın almasının, sağlık hizmetlerinde özel sektörün her türlü maliyet artışını ve verimsizliğini göz ardı ederek, tercih edilmesinin bir sonucudur.

İster otomotiv sektöründe, ister eğitim sektöründe, isterse sağlık sektöründe olsun, patronların yatırım gerekçeleri "kar" etmektir;

bu değişmez. Hizmetin üretimi için kullanılan malzeme ve altyapı giderlerinin maliyeti ile emekçilerin ücretleri hizmetin gerçek maliyetidir. Özel hastaneler bunun üzerine bir de kâr koyarak hizmeti satmaktadır. Bu nedenle, özel sektörün satacağı hizmet verimsizdir. Özel hastanelerin söz konusu verimsizliği önlemeye çalışmasının yolu, sömürü oranını daha da artırmaktan geçmektedir. Bir başka ifadeyle, sağlık sektörünün patronları kar elde edebilmek için hekimi, hemşireyi, temizlik personelini vb. emekçileri düşük ücretle, uzun süre çalıştırmak "zorundadır" .

**İletişim:** Dr. Onur Hamzaoğlu

**E-posta:** ohamzaoglu@kocaeli.edu.tr

#### **Kaynak**

Sosyal Güvenlik Kurumu 2008 Yılı Faaliyet Raporu. Erişim adresi: <http://www.sgk.gov.tr/> Erişim tarihi: 28 Haziran 2009.

Sosyal Güvenlik Kurumu 2008 Yılı Aralık İstatistikleri. Aralık 2008, Tablo.5. Erişim adresi: [http://www.sgk.gov.tr.](http://www.sgk.gov.tr/) Erişim adresi: 28 Haziran 2009.

### **STED Okurları Haberleşme Grubu**

STED okurlarının birbirleriyle ve STED'i hazırlayanlarla iletişimini geliştirmek ve canlandırmak amacıyla oluşturduğumuz haberleşme grubuna İnternet'te; <http://groups.yahoo.com/group/stedokur> adresinden ulaşabilirsiniz.

Henüz Grup'a üye değilseniz, sayfadaki ([Join This Group](#)) linkine tıklayarak üye olabilir, Grup'ta yürütülen tartışmalara katılarak siz de Dergimiz'in oluşumuna katkıda bulunabilirsiniz.

**STED Yayın Kurulu**

**sted**  
**okur**



Sevgili Selahattin Ağabey,  
Seninle Gazi Üniversitesi'ndeki tanışıklığımızı haftada bir akşam STED Yayın Kurulu'na taşıdığımızda çok sevinmiştim. Bu dergi insanları, mesleğini, yurdunu seven kişileri bir araya getirmiş yararlı ve değerli bir şeyler üretirken birlikte eğlenmeyi ve keyifli zaman geçirmeyi de sağlamıştı bizlere. Her Salı saat 18'de hepimiz koşa koşa geliyorduk. Ben herkese "bu hafta dergimiz için ne yaptın?" diye sorardım. Herkes çantasından bir şeyler çıkarırdı. Kimi gönderilen bir yazıyı gözden geçirmiş, kimi iletişimi ya da bulmacayı hazırlamış olurdu. O hafta vakit bulamayıp eli boş gelenler de benden önce davranıp "bu hafta beni atlayın, akşam elektrikler kesildi" derlerdi. Sen genellikle akşam ışıkları kesilmeyenlerdendin. Elinde her zaman "Görkem Büyüyor" sayfası için bir küçük öykü olurdu. Görkem bazen mutlu, bazen sıkıntılı olur, bazen kardeşini kıskanır, bazen kreşe gitmemek için sorun çıkarırdı. Öykünün sonunda sen, çocuklarında Görkem'inki gibi sıkıntılar olan anne babaların sorunu nasıl çözeceklerini öğrenebilecekleri, konuyu öğrenen hekimlerin hastalarına yararlı olabilecekleri olumlu bir yorum yapar, öyküyü mutlu sonla bitirirdin. Ne yazık ki bizlerin seninle öyküsü mutlu sonla bitemedi, hem de çok kısa sürdü. Hem meslektaş hem arkadaş olarak seni öyle çok arıyoruz ki... "Dersler, hastalar, akademik işler, yazılar, çeviriler, kitaplar, radyo, televizyon programları, seminerler, konferanslar, kongreler, okul konuşmaları... bitmez tükenmez bir iş yoğunluğu vardı Selahattin Abi'nin ama hepsinin de üstesinden gelecek çalışkanlığı ve sabrı. O yaşamı boyunca çok çalıştı ve mesleğine çok emek verdi, hiçbir işini ihmal etmedi. Pazar günlerinde bile hastane odasında yazı yazarken görebilirdiniz onu. Tüm bunları başarırken, alçakgönüllü insanlık yaklaşımı hiç değişmedi. O kadar çok insanla etkileşti ve öylesi tutarlı ilişkiler kurup sürdürebildi ki yaşamı boyunca... Selahattin

Abi bize insan olma dersini verdi. Hayır demezdi, reddetmezdi kendisinden bir şey istendiğinde, hoşgörülü tavrı ile hep vericiydi hep yardımcıydı. Öğle yemeğine bile ayıracak zamanı olmadı çoğu kez, sürekli bir koşuşturma içindeydi, bizler onu hep bu hareket içinde anımsıyoruz ki onun bu ani duruşunu kabullenmekte zorlanıyoruz, bir yere koşuşturdu yine ama dönmüyor... Bizler bir yandan onun bu gidişinin derin acısını yaşarken, bir yandan da onun gibi özel birisini tanımış olmanın gururunu taşıyoruz yüreklerimizde... Seni çok özledik Selahattin Abi..."

*Dr. Elvan İşeri*

"Selahattin ŞENOL, Hem çok olgun, hem de çocuksu yanını bakışlarında hissettiren, güven veren, hem çok yakışıklı, hem çok alçak gönüllü; insanın başı dara düştüğünde sığınılacak liman olduğunu hissettiren; önce "insan", sonra iyi bir "hekim"di benim için... Onunla konuşmaların içeriğinde hep umut vardı, pozitif yaklaşım vardı... Yardımsever, fedakar, çalışkan, esprili, kimseyi kırmayan, olumsuz bir şey söyleyecek olsa bile, ona olumluluk katan bir insandı... Yokluğuna alışmak öyle zor ki; "o artık yok" diyebilmek de..."

*Figen Paslı, GÜTF, Sosyal Hizmet Uzmanı*

"Cana yakın, güler yüzlü, alçak gönüllü, sempatik, zeki... Selahattin hocamızı anlatmaya sıfatlar yetmez. Bu yazıyı yazmak bizim için çok zor oldu. Çünkü onu kelimelerle anlatmak olanaksız, ne yazarsak yazalım yetersiz olacağını biliyoruz. O yalnızca bir eğitmen değildi bizim için, arkadaş, abi, sırdaş, sorunlarımızı paylaştığımız, bizi her zaman dinleyen, en sıkışık zamanında bile bize ayıracak vakit bulan eşsiz bir insandı. Her zaman mütevaziliğini koruyan ve kalp kırmayan ender insanlardan biriydi. Her birimizin yaşamının biçimlenmesinde hocamızın imzası vardır. Yokluğunu giderek

daha fazla hissediyoruz. Sevgili Hocamız, seni uzun saçların, uzun boyun, güler yüzün ve sıcak bakışlarıyla hala aramızdaymışsın gibi yanımızda hissediyoruz. Örnek aldığımız seni, yalnızca mesleki alanda değil yaşamımızın her evresinde içimizde yaşatacağız."

*GÜTF Çocuk Psikiyatrisi AD Asistanları*

Gidişler!

Uzağa gidişler!

Kız kardeşim gibi...

Dedem gibi...

Yollamaya kıyamadıklarım!

Erken vedalara...

Bir gece yarısı! Bir telefon çalar... O anda zil sesiyle aranda kuvvetli bağ oluşur. O seni, sen onu hissedersin... Konuşur seninle ince ince... Bilirsin, bu ölümün ince davetidir. Sıra daha sana gelmemiştir. Ama ensende bir soğukluk hissedersin... Aklına ilk düşen, bu sefer kim öldü sorusunun dayanılmaz yankısıdır! Bu sefer kim öldü!

Telefonu açınca bir suskunluk olur! Derin bir soluk çekersin... Soluğu vermek sanki ölmek demektir! İnce duru bir ses selamlar seni... Yaşamı yüklenmiş ses hıçkırıklara boğularak bir isim fısıldar. Sahiden canını yakan işte budur! Senden bir can kopmuştur. Senden bir nefes! Ama hala sıcaktır bedenin... Hala çarpar kalbin! Hala acıkırsın, susarsın, birine sarılmak istersin.. Derin boşluk sararken seni, geçmişteki keşkeler koşar imdadına... Dersin her şey ne kadar boş! Çalışmalar, çabalamalar, yitik sevdalar, hırslar, yalanlar, dolanlar... Yüzüne bir tokat gibi çarpan yaşama serzenişti! Yaraticıya belki ince bir sitem! Aynı şehirde soluk alıp verdiğimiz ama uzun zamandır nefesine nefes katmadığımız insanlar vardır. Oysa yaşamı birlikte yürürsünüz! Üzeriniz de emeği çoktur. Her zaman eli omzunuzda olan gerçek dosttur... Ölüm çaldığında kapıyı yalnızca bir telefon zili kalır ondan geriye... Yüreğiniz kanar işte o anda. Paylaşılan her an geçen yüreğinizden bir bir... Oysa giden gitmiştir. Oysa giden sizsinizdir... Bir ana sıkıştırılmış paylaşımlar, geleceğe taşınamamıştır. Soluk bitmiştir! Hem gidenin, hem de kalanın! Soluk bitti... Ölüm saati işte o andır!

Her ölüm aslında hesabın başlangıcıdır... Ağlamalar aslında kendinedir... Yaşarken kendinden gidişlere isyandır. Ölüm aslında

kendine gelmektir bir anlık... Yüzleşmek! Bir adaya düşmek belki... Giderken yanımıza alacağımız ayrılıklar vardır! Tüm ömür boyunca kaçtığımız ve bir türlü yüzleşemediğimiz ayrılıklar... O adaya gitmek gerek. Tüm ayrılıkları alıp gitmek! Kavuşup geri gelebilmek olanaklı mı bilmiyorum!

Bu gün ıssız bir adaya düştüm ben! Yanıma tüm ayrılıklarımı aldım... Unuttuğum bir ben vardı. Onu uyandırdım! Giyindim kendimi! Rüzgar sardı beni... Aktı iki damla yaş! Hala soluk alıyorum! Yaşam yolunda yürüyorum... Kronolojik sıraya dizdim ayrılıklarımı... Geçmiş zamana sarılmış mezar taşları!

Nisan bu! Zalimdir! Doğarsın! Çok acı vardır yüreğinde kimse bilmez. Çünkü bize acıyı paylaşmak öğretilmemiştir. Acı yürekte gizlenir! Acı mahremdir! Mutluluk paylaşılır ki insanlar gönensin!

Giydim ya kendimi... Uyandırdım ya kendimi! Acıya gelmedim! Acıtmaya gelmedim! Bu benim öğretime haksızlık olurdu... Yaşama! Yürüdüğüm yollara! Yaşamıma zenginlik katan insanlara... Bugün yitirdiğim tüm canlarıma aldığım soluk armağan olsun!

Doğuma ve ölüme! Nisan zamanlara...

Allah rahmet eylesin! Zaman nedir ki? Bir gün kavuşacağız! Bir gün! Bir gün... O zamana dek bir adaya düşünce ben yanımdasınız... O ada zaten soluktur!

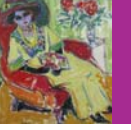
Dün gecedен beri çok canım yanıyor. Selahattin Şenol'un anısına yazıldı bu satırlar. İsmi belki siz şimdi duyduunuz. Bende emeği çoktur. Hoca'mdı benim! Abi'm! Dertleştiğim! Güldüğüm! Yedi yıllık esaretimde yanımda olan ender insanlardan... Jüri üyemdi! Sabah kahve içtiğimdi. Onca makale yazdık birlikte... Daha yeni Kognitif Nörobilimler kitabında bölümümüz var! Kaç çocuğun ruhuna dokundu Allah bilir. Babaydı o! Eşti! İnsandı! Çok seveni vardı! Dağ gibi adamdı! Bir nisan günü çıkıp gitti! Aslında yazacak daha çok sözümüz vardı! Hakkını helal et Selahattin Abi! Yalnızca bir kaç damla göz yaşım ve verebildiğim yalnızca bu satırlar.

Allaha emanet ol! Kendin gibi kal oralarda! Dedeme, kız kardeşime selam söyle! Tüm sevdiklerime selam söyle! Nisana kızma! Nisan bu zalimdir! Benim mevsimim! Hoşça kal Selahattin abi'm! Hoşça kal!

*Dr. A. Şebnem Soysal, GÜTF, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD*

## Söyleşi

### “Kurum Hekimliklerinde Son Gelişmeler”



Ülkemizde pratisyen hekimler ağırlıklı olarak sağlık ocaklarında çalışmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık ocaklarında çalışan hekimler, aile hekimliği ya da toplum sağlığı merkezlerinde çalışmak durumunda kalmaktadır. Diğer yandan pratisyen hekimler devlet hastanelerinin acil servislerinde, hemodiyaliz gibi kimi servislerde, 112 acil sağlık hizmetlerinde, belediyelerde, işyeri hekimi olarak fabrikalarda, özel sektörde çalışmaktalar. Bu sayıdan başlayarak farklı alanlarda çalışan meslektaşlarımızla söyleşerek alan hekimliğinin özelliklerini, sorunlarını, geleceğe nasıl baktıklarını sizlerle paylaşmak istiyoruz.

Bu sayıda Dr. Figen Şahpaz (Başbakanlık Basın-Yayın ve Enformasyon Genel Müdürlüğü Kurum Tabibi ve Pratisyen Hekimlik Derneği Ankara Şube Başkanı) ile “Kurum Tabipliği”ni konuşuyoruz.

Katki ve eleştirilerinizi bekliyoruz.

**Bilimsel ve dostça kalın.**

#### **Merhaba sizi tanıyabilir miyiz?**

On yedi yıllık hekimim. İlk on yılda birinci basamak alanında çalışılabilecek birçok alanda çalışma olanağı buldum: Sağlık ocağı hekimliği, Doğumevi Hastanesi’nde acil hekimliği, işyeri hekimliği, ilkyardım eğitimciliği, kreş hekimliği, okul hekimliği, spor hekimliği, Aile Planlaması Merkezi’nde danışman hekimlik, Sağlık Grup Başkanlığı başkan yardımcılığı, Sağlık Müdürlüğü’nde şube müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı/Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Yedi yıldır da kurum hekimliği yapıyorum.

Ankara’nın tam merkezinde, koruyucu hekimliğin yapılamadığı, 14 doktoru yalnızca bir poliklinik odası olan, günde ortalama 500 kişiye hizmet verilen iki oda bir salondan bozma büro tipi bir sağlık ocağında çalışırken, Ankara Adliyesi’ne geçici görevle dört ay kurum tabipliği yapmak üzere atandım. Koruyucu ve tedavi edici hekimliği beraber

yapabildiğim, hastalara yeterli zaman ayırabildiğim, personelin tümünü aileleriyle birlikte tanıyabildiğim, bana ait bir muayene odası ve yeterli araç-gereç ile çalıştığım bu dönem hayatımla ilgili radikal bir karar vermeme neden oldu. Sağlık Bakanlığı kadrosundan ayrılmayı istememin önemli nedenlerinden biri de bıktırıcı düzeye varan geçici görevlendirmelerdi.

#### **Kurum Tabiplikleri nasıl bir gereksinimi karşılıyor?**

Kamu kurum ve kuruluşlarında kurum personeline yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak ayaktan teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verildiği yerler olan kurum tabiplikleri çok önemli bir gereksinimi karşılayan birimlerdir. Kentler büyüdükçe, toplu işyerleri kuruldukça, işyerleri büyüdükçe ve yaşanan yerlerden uzaklaştıkça, işte ve okulda geçirilen zaman arttıkça, birinci basamak sağlık hizmetinin kişiye ve işyerine en yakın mesafede ve sürekli olması daha da önem kazanıyor.

#### **Kurum tabipliği tedavi odaklı bir hizmet mi sunuyor?**

Kurum tabiplerinin görevi, personeli muayene edip tedavisini düzenlemek ya da sevk yapmakla sınırlı değil. Kişiye yönelik birincil, ikincil ve üçüncül koruyucu hizmetler vermek, tanısı başka yerde konmuş, tedavisi düzenlenmiş ya da kronik hastalığı olan kişiyi izlemek, tedavisini sürdürmek ve yönlendirmek, yetişkin aşılaması yapmak, kurum içi sağlık eğitim etkinlikleri düzenlemek, her türlü sağlık danışmanlığı yapmak, kullanılan eşyaların ergonomiye uyumunu sağlamak, çalışma ortamını sağlığa uygun hale getirmek, işe sağlık açısından uygun olmayan personelin yer/iş değişikliğini sağlamaktır. Bunun yanı sıra mutfak çalışanlarının portör muayenelerini yapmak, yemek listelerinin sağlığa uygun hazırlanmasını, kurumun ilaçlanmasını, su sebillerinin periyodik temizliğinin ve su depolarının bakımının



yapılmasını, klimaların bakımının yapılmasını, tuvalet ve toplu kullanılan mekanların hijyenini sağlamak gibi kuruma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin tümü kurum tabiplikleri tarafından yapılmaktadır.

Kurum tabipleri ayrıca kurumun işçilerinin "işyeri hekimliği"ni de yapmaktadır. Türk Tabipleri Birliği'nin kazandığı davalar sayesinde artık işyeri hekimliği yapabilmek için tabip odası onayının zorunlu tutuluyor olması, 2006 yılından sonra iş yasalarında yapılan değişikliklerle hekimlere ücret karşılığı olmadan asli görev adı altında gördürülen bu iş üzerinde uzun tartışmalar yaşanacağı benziyor. Bu konuyla ilgili çeşitli tabip odalarınca açılan 40'ın üzerinde dava hala sürüyor.

### **Çalışanların sağlık hizmetlerinin işyerlerinde veriliyor olmasının avantajları nelerdir?**

Kurum tabipleri personelini ve ailesini çok yakından tanıyıp, sağlık durumlarını sürekli izleyebiliyor, gerekli müdahaleleri zamanından önce yapabiliyor. Çalışılan binada çalışma saatleri içinde sağlık hizmeti veriliyor olması zaman kaybını önüyor ve "işgücü kaybı"nı en aza indiriyor. Ulaşılabilir, kaliteli, nitelikli ve sürekli veriliyor olması, sağlık hizmeti kullanımını artırıyor, kişinin sağlıkla ilgili tutum ve davranışını değiştiriyor.

Kurum tabiplikleri, personelinin %80-90 sağlık hizmeti gereksinimini ücretsiz karşılıyor. Kurum tabipliklerinin olmaması durumunda gereksinimi olan personelin birinci basamağa/sağlık ocağına ulaşabilmede, evi ile işyeri arasındaki uzaklıktan kaynaklanan güçlük yaşamasına neden olacak, herhangi bir elemenden geçmeden/sevk zincirine uğramaksızın resmi ya da özel ikinci ya da üçüncü basamak hastanelere gitmesi ise sağlık giderlerini önüne geçilmez biçimde artıracaktır. Kurum tabipleri, kamu çalışanları ve aileleri de düşündüğünde 9 milyonluk bir nüfusun birinci basamak sağlık hizmetlerinden sorumludur. Kişi başına yılda 6 başvuru yapıldığı kabul edilirse, yılda yaklaşık 40-50 milyon poliklinik hizmeti ilaç giderleri dışında hiçbir harcama yapılmadan kurum tabipleri tarafından verilebiliyor.

### **Kurum tabipliklerinde yaşanan sorunlar nelerdir?**

Sağlık kurumlarını "Tek Çatı" altında Sağlık Bakanlığı bünyesinde toplama amacıyla 2005

yılında yayımlanan yasa gereği çıkarılan "Kurum Tabipliklerinin Standardına Dair Tebliğ" sonrası, Milli Eğitim Bakanlığı'nın bütün sağlık personeli, bina, araç-gereciyle birlikte Sağlık Bakanlığı'na geçti. Diğer kurumlardaki standart fazlası personel de onayı olmadan Bakanlığa devredildi.

AKP Hükümeti'nin "piyasacı sağlık politikaları" gereği 2004 yılından sonra yayınlanan bütün Bütçe Uygulama Talimatları, Sağlık Uygulama Tebliği ve Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği, sırasıyla pratisyen hekimlere reçete kısıtlaması getirdi, memurun bakmakla yükümlü olduğu kişiler için kurum tabibine gitme zorunluluğu kaldırıldı, en sonunda da memura ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere ikinci, üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına direk başvurma ve özel hastanelerden ek ücret ödemediye yararlanma olanağı sağladı. Bu düzenlemeler kurum tabipliklerine olan gereksinimi azalttı.

Sağlık Bakanlığı personeline verilmeye başlanan "performansa dayalı döner sermayeden ek ödeme" uygulamasından kurum tabiplerinin yararlanamıyor olması bu kadrolara olan ilgiyi azalttı. Bütün bu uygulamalar kadroların hızla boşalmasına ve boşalan kadroların özellikle doldurulmamasına neden oldu.

Kurumdan kuruma geçişe de, bazı yerlerde "sadece maaş", bazı yerlerde "maaş+düşük ek ödeme" alan tabiplerin çoğu geçinebilmek için ek işler ve part-time (yarı zamanlı) işyeri hekimliği yapmak zorunda kalıyorlar. Şu anda TBMM'de olan "Tam Gün Yasa Tasarısı"nda kurum tabiplerinden hiç söz edilmiyordu. Görüşmeler sonucu komisyon üyeleri kurum ve belediye tabiplerinin hakkının yendiği söyleyerek sadece bu hekimlere işyeri hekimliği yapma hakkı getirilmesine karar verildi. Ama Sağlık Bakanlığı'na bağlı hekimler sadece mesai saatleri içine çalışarak maaş+ek ödeme alabildiği halde, kurum tabipleri benzer paraları kazanabilmek için mesai saatleri dışında ek iş yapmak zorunda kalacak, bu durum da "eşit işe eşit ücret ilkesi"ne ters düşüyor. Ayrıca her hekim işyeri hekimliği yapamayabilir; sertifikası olmayabilir; işyeri bulamayabilir, sosyal hayatı mesai sonrası çalışmaya uygun olmayabilir. İş sağlığı ve güvenliği mevzuatları, işyeri hekimliği hizmetlerini özel şirketlerden ve ortak sağlık birimlerinden alınması yönünde değişikliğe

uğrayacak. Artık isteseler de işyeri bulamayabilirler. İşyeri hekimliği yapma hakkı bugün için bir ayrıcalıklı gibi sunuluyor, ama yakında işyeri bulamayınca çıplak maaşa mahkum kalabilirler.

Halen 33 ilde pilot olarak uygulanan Aile Hekimliği Sistemi, kurum hekimlerine –şimdilik- “Yetkilendirilmiş Aile Hekimi” olarak kendi kurumunda çalışma olanağı sağlasa da, iş yükü artan tabiplere herhangi bir maaş artışı getirmiyor, imzalanan sözleşme ek iş yapma yasağı koyuyor ve özlük haklarında belirsizliklere neden oluyor. Sisteme dahil olmak istemeyip kurumunda kalmayı tercih edenler içinse, yazdıkları reçete bedelinin ödenmemesi, yani hekimlik yapma yetkisinin ellerinden alınması söz konusu. Aile hekimi olmak istedikleri halde kurumları tarafından muvafakat verilmediği için o haklarını da kullanamayan kurum tabipleri oldu.

Kurum tabipleri istemedikleri halde, hekimlik yapabilmek için, gelecek belirsizliği ve geçinme kaygısı ile aile hekimi olmak için ya da “emekliliğe yansımayan, düzensiz ve belirsiz olsa da” en azından gelirlerine biraz katkı sunacak döner sermayeden yararlanmak için Sağlık Bakanlığı kadrosuna geçiyor. Kurum tabiplikleri gün geçtikçe boşalıyor; 5 bin civarında olan sağlık personeli sayısı dört yıl içinde 2 binlere geriledi.

### **Bu sorunlar nasıl çözülür? Kurum tabipleri bunun için neler yapıyor ya da yapmalı?**

En başından söyleyelim, kurum tabiplikleri kapatılmamalıdır. Sağlık Bakanlığı’na bağlanmak sorunlara çözüm getirmeyeceği gibi yeni sorun ve belirsizliklere neden olacak, gereksinimleri karşılamayacaktır. Kurum

tabipleri kendi kurumlarının kadrolu personeli olmaya devam etmelidir. Kurum tabipleri bağlı buldukları kurumun kadrolu “işyeri hekimleri”dir. Kurum tabipliklerinin kapanması ya da Sağlık Bakanlığı’na bağlanması çok önemli ve yararlı bir hizmetin verilememesine yol açacaktır. Kurum tabiplerinin iş/görev tanımları yeniden yapılmalı, birimlere “Kurum İşyeri Hekimliği” statüsü kazandırılmalıdır. Hizmetlere bu yönde yeni standartlar getirilmelidir.

Tabiplerin hekimlik yapmaları ve hizmet sunmalarının önündeki, “reçete kısıtlamaları, sevk sistemindeki belirsizlikler” gibi bütün engeller ortadan kaldırılmalıdır.

Pilot uygulamaya geçilen illerde kurum tabiplerinin kendi kurumunda kalması ve “nüfus tamamlama şartı” getirilmeksizin “kendi kurum personelinin ve ailesinin aile hekimi” olması sağlanmalıdır.

Ülkemizdeki kamuda çalışan tüm tabip/uzman tabiplerin emekliliğe yansıyan temel ücretleri çok yetersizdir. Tüm sağlık çalışanlarının temel ücretlendirmesinde emekliliğe yansıyan iyileştirmeler yapılmalıdır. Bu konudaki girişimleri sonuçlanana kadar Sağlık Bakanlığı çalışanlarıyla aradaki farkın kapanabilmesi için kurum tabipliklerine yönelik ek iyileştirmeler yapılmalıdır.

Kurum tabipleri verdikleri ücretsiz hizmetle devletin bütçesine “artı değer” katmaktadır. Bütçedeki bu fazlanın bir kısmı “ek ödeme” adı altında dağıtılırsa, kurum tabiplerinin ek iş yapmalarına gerek kalmadan “tam süre” kendi kurumlarında çalışmalarını sağlayabileceklerdir.

Alanımız ve mesleğimizle ilgili tüm yeni düzenlemelerde görüş ve önerileri oluşturabilmek ve tüm kurum tabipleriyle iletişim ortamı sağlamak amacıyla Ankara Tabip Odası ve Pratisyen Hekimlik Derneği Ankara Şubesi olarak bir forum düzenledik ve hemen sonrasında

kurumtabipleri@googlegroups.com haberleşme grubunu kurduk. Çok kısa bir süre içinde üye sayısı dört yüzün üstüne ulaştı. Hedefimiz kurum tabiplerinin hepsinin üye olması ve birbirleriyle iletişim kurmalarını sağlamak. “Tam Gün Yasa Tasarısı”nın TBMM’deki görüşmelerine heyetler oluşturarak gidip, çözüm önerilerimizi sunduk ve sürece müdahil olmak istediğimizi bildirdik. Kurumlarımızın ve Sağlık Bakanlığı’nın üst bürokrasisiyle görüşmelerimiz sürüyor.

**Zaman ayırıp sorularımızı yanıtladığınız için teşekkür ederiz.**



Pratisyen Hekimlik Derneği Ankara Şubesi Kurum Tabipleri Toplantısı



*Dr. M. Şükrü Güner\**

Bu sayımızda TTB Yüksek Onur Kurulu Üyesi Dr. Güner'in "TDr." tartışmaları üzerinden bir anısını sizlerle paylaşıyoruz.

## Doktorlar Karışınca...

3 Eylül 1982 sabahı çağrı üzerine Selimiye'ye gittim. Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi üyelerinin Hazırlık Soruşturması yapılacaktı.

Sabah Savcı Mustafa Gül, ifademi aldıktan sonra bana "öğleden sonra gel, bir başka dava için ifadeni alacağım" dedi.

Canım sıkıldı. Ne olabilirdi ki diye düşündüm. Arkadaşlarla konuştuktan sonra onları gönderdim. Öğleden sonrayı beklemeye başladım. Zaman geçmek bilmiyordu...

Saat 13.30 oldu. Tekrar Selimiye Savcılık Odası'na gittim. Daha gelmemişti. Saat 14.00'e doğru geldi. İçeri alındım.

Savcı bana "Barış Derneği Üyesi misin?" diye sordu. Ve sorgulama başladı. Demek ki, açılmayacak denilen 2. Barış Derneği davası açılacaktı ve ilk olarak benim ifadem alınıyordu.



## Bana sorulan sorulara gerekli cevabı verdim.

Önüme bir bantdan çözülmüş konuşma metni kondu. Okudum, "Bu konuşma metninin baş kısmını hatırlamıyorum, ama son kısmı bana aittir" diye cevapladım.

Hazırlık Soruşturmalarından 2 yıl sonra 25 Eylül 1984'de İddianame hazırlandı. İddianamede; "Barış Komitesi Derneği'nin Mart 1980 tarihinde Marmara Etap Oteli'nde düzenlediği "Altı Gün (\*) Savaşı'nın 12. Yıldönümü" konulu toplantıya ve Barış Derneği'nin 3-4-5 Nisan 1980 tarihli 2. Genel Kurul toplantısına katıldığım, yaptığım konuşmada komünizm ve sovyetizm propagandası yaptığım iddia ediyordu. Meşhur 141/1-5 maddeden cezalandırılmam isteniyordu. Bu en az 10 yıl demektir...

"6 Gün Süren Savaşlar Toplantısı" nı düşündüm. Böyle bir toplantıyı hatırlamıyorum... Neydi 6 Gün Savaşları, kim yapmıştı? Tanıdığım birkaç kişiye sordum, bilemediler. O zaman da İnternet yok ki, google'dan öğrensem...

Duruşmalar başladı. İddianame okundu. İddia makamı 141. maddeden beraatımı isterken "6 Gün Savaşları'nın 12. Yıldönümü" paneline katıldığımı ve panelde yaptığım konuşma nedeniyle TCK'nın 142. maddesini ihlal ettiğimi öne sürüyordu. Bu da 7.5 yıl demektir. Sorgular yapıldı. Hepsinde böyle bir toplantıya katılmadığımı ifade ettim. Savunmamda da açık açık katılmadığımı söyledim. ...

Suçlanmam hiç aklımdan çıkmıyordu. Böyle bir toplantıya katılmamıştım ama yavaş yavaş katıldığımı inanmaya başlamıştım. Kendi kendime; "o kadar çok toplantıya katıldın ki, belki buna da katıldın, hatırlamıyorsun" diyordum. Sonra konuşma yaptığım iddiası geliyordu? Hayır konuşma yapsam hatırlarım. Sonra, 6 Gün Savaşları konusunda bilgi birikimim de yoktu. Hayır, bu konuşmayı ben



yapamazdım. Sonuç 7,5 yıl..." Tüylerim diken diken oluyordu.

Bir gün arkadaşım, aynı zamanda bu davada da sanık Av. Atilla Coşkun telefon etti. "Şükrü gel de bir görüşelim" dedi. Atladım arabaya, doğru Atilla'nın bürosuna.

Kalın bir dosya içinde Beyoğlu Kaymakamlığı ve Sıkıyönetim Komutanlığı'ndan alınan izin belgesiyle 6 Gün Süren Savaş Paneli'nin Toplantı Programı...

Konuşmacılar arasında Dr. Şükrü Gürel' diye birisi de vardı. Ama parantez içinde "Siyasal Bilgiler Doktoru" yazıyordu...

Durum açıldı. Suçlanmam için soyadındaki tek harfin benzer olmaması önemli değildi. Dr. Şükrü olunca, Savcının aklına Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Genel Sekreteri geliyordu. Altı gün süren Savaşlar toplantısına katılan konuşmacılar arasında Dr. Şükrü olunca. İddianameye yerleştirilivermişti, Tıp Doktoru Şükrü Güner.

Avukatım Prof. Dr. Çetin Özek'ti. Belgeleri aldım, yanına gittim. Rahmetli Çetin Özek, kendisi telefon etti, avukatım olmak istedi. Hoca "... Size maddi koşullarım yetmez" dedim. "Senden para isteyen mi var" dedi. "Beni muayene ettiğin zaman benden para alıyor musun?..."

Prof Özek, getirdiğim belgeleri inceledi. Evet, Şükrü dedi, tam düşündüğüm gibi. Senin suçlanmanı kafaya koymuşlar, ama bu belgeler iddialarını çürütecek. Bana demiştin ki, "Size maddi koşullarım yetmez. İşte şimdi bu belgelerle fazlasıyla ödedin..."

Duruşmada Avukatım Prof. Dr. Çetin Özek belgeleri Mahkeme Heyetine sundu. Savcı ne söyleyeceğini bilemedi, hakimler arasında konuşmalar başladı ve karar; "Siyasal Bilgiler Fakültesi'ne Dr. Şükrü Gürel diye birisi var mı?" diye sorulması, olarak çıktı.

Bir sonraki duruşmadaki savunmamda; "İddia makamı TCK 142. maddeye göre cezalandırılmamı isterken, Dosyadaki belgeleri incelemeden... İddia Makamı'nın iddia ve talebinin hukuksal yanlıgılar bir yana dorudan doğruya somut fiili duruma uymadığı ortaya çıkmıştır. Gerçekten İddia Makamı dosyadaki belgeleri incelemek zahmetine katlansaydı, söz konusu Panel'in düzenlenmesi için Sıkıyönetim

Komutanlığına yapılan başvuruda, başvuru ekinde konuşmacılarla ilgili bilgi formunda, üyelere gönderilen davetiyelerde, konuşmacının ben olmayıp, Şükrü Gürel olduğunu kolaylıkla saptayabilirdi. Hakkımda suçlamada bulunurken İddia Makamı'nın konularla ilgili belgeleri incelemesi görevi gereği. Görevin icrasında ise "zühul" değil "ihmal" söz konusudur. İddia Makamı, yapması gereken ne varsa hiç birini yapmadan, bir kişiyi kolayca suçlamak yöntemini seçmiştir. Nitekim, avukatım Çetin Özek'in talebi üzerine Mahkemeniz Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dekanlığı'na yazdığı bir yazıyla, gerçek durumun ortaya çıkmasını sağlamıştır. Benim hiçbir kanıtı dayanmaksızın suçlanan Panelde konuşmacı olarak bulunmadığım kanıtlanmıştır. Askeri Savcılıkta Mahkeme'de böyle bir panele katılmadığımı belirtmeme rağmen, hakkımda suçlamayı sürdürmekte ısrar eden İddia Makamı, böylece benim nedensiz yere "sanık" olmama yol açmıştır..." sözleriyle sürdürdüm.

Bu konuşmadan sonra Mahkeme Heyeti karar için ara verdi ve yaklaşık 1 saat sonra kararını açıkladı; Karar: Barış Derneğinin düzenlediği Altı Gün Süren Savaşların 12. Yıldönümü Toplantısı'na Tıp Doktoru Dr. Şükrü Güner'in katılmadığına, bu nedenle hakkında istenen 142 maddeden cezalandırılmasına yer olmadığına ve beraatine, toplantıya konuşmacı olarak katılan Siyasal Bilgiler Dr. Şükrü Güler'in ise, Barış Derneği üyesi olmadığından yaptığı konuşmanın cezai durumu zaman aşımına uğradığından işlem den kaldırılmasına..."

İşte böyle, doktorlar karışınca neler oluyor...

(\* ) 5 Haziran 1967'de İsrail ile Arap komşuları Mısır, Ürdün ve Suriye arasında başlayan ve 6 gün süren savaşa verilen addır. Arap İttifakı'na Irak, Suudi Arabistan, Sudan, Tunus, Fas ve Cezayir de asker ve silah yardımıyla katılmışlardır. İsrail'in kesin üstünlüğü ile bitmiştir. Savaşın sonunda Mısır'dan Sina Yarımadası'nı, Suriye'den Golan Tepeleri'ni ve Filistin'in Gazze Şeridi ile Batı Şeria topraklarını alan İsrail topraklarını dört katına çıkarmıştır.





Çeviri: Dr. Özen Aşut\*

## Sigara Bırakma için 5 A Yaklaşımı

5A kavramının uygulanması şu aşamaları içerir: Sor, öner, değerlendir, yardım et ve danışmanlık yap, destekle.

Sağlık kuruluşunda 5A yaklaşımı (1)

### Sor

Hekimlerin her hastadan her karşılaşmada sigara öyküsü alması zorunludur. Bunu sağlamanın en iyi yöntemi, elektronik tıbbi kayıtların rutin olarak tutulduğu sistemlerdir.

**Strateji A1.** Sor - Her karşılaşmada sistematik olarak tüm tütün kullanıcılarını ortaya koy

Eylem	Uygulama stratejileri
Sağlık kuruluşunda her hastanın her gelişinde sigara içme durumunun sorgulanacağı ve belgeleneceği bir sistem oluştur.	<p>Vital bulguları tütün kullanımını içerecek biçimde genişlet ya da başka bir uluslararası tanımlayıcı sistem kullan.</p> <p><b>Vital bulgular</b></p> <p>Kan basıncı: Nabız: Kilo: Ateş: Solunum hızı: Tütün kullanımı: Halen içici Bırakmış Hiç içmemiş (işaretleyin)</p>

**Strateji A3.** Değerlendir - Bırakma girişimi için isteği değerlendir

Eylem	Uygulanacak stratejileri
Her hastanın o muayenede bırakma istemi olup olmadığını değerlendir.	<p>Değerlendir: "Bırakma çabasına hazır mısınız?"</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bu kez bırakmayı düşünüyorsa, - Hastaya yoğun girişim uygula ya da bu tip tedavi veren bir merkeze sevk et.</li> <li>- Eğer hasta ergen, gebe, azınlık gibi özel bir grubun üyesi ise ek bilgi ver.</li> <li>• Eğer hasta bu aşamada kesinlikle bırakma denemesi yapmak istemiyorsa, gelecekte bırakma çabalarını artırmak için bilgilendirme yap.</li> </ul>

**Strateji A2.** Öner - Tüm sigara içenlere bırakmayı öner

Eylem	Uygulanacak stratejileri
Açık, güçlü ve kişiselleştirilmiş biçimde her tiryakiye bırakmasını öner.	<p>Öneri nasıl olmalı?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Açık- "Sigarayı şimdi bırakmanız önemli ve bırakmada yardımcı olabilirim." "Hastayken azaltmak yeterli değil." "Arada bir ya da light sigara içmek de zararlı."</li> <li>• Güçlü- "Hekiminiz olarak, bilmenizi isterim ki şimdi ve gelecekte sağlığınıza korumak için yapabileceğiniz en önemli şey sigarayı bırakmaktır. Biz sağlık ekibiniz olarak yardımcı olacağız."</li> <li>• Kişiselleştirilmiş- Sigarayı, hastalık belirtileriyle ve sağlık kaygılarıyla ilişkilendir ve sosyal ve ekonomik maliyete, çocuklara ve ev halkına etkisine dikkat çek. "Sigara astımı kötüleştirir, bırakma sağlığınıza düzeltir." "Sigarayı bırakma çocuğunuzun orta kulak iltihabı sayısını azaltır."</li> </ul>

Böylece tütün kullanımı durumu, evrensel düzeyde belgelendirilmiş olur.

Hiç sigara kullanmamış ya da uzun yıllardır içmeyen, kayıtlarda durumu açıklıkla belgelenmiş kişiler için yineleyen değerlendirme gerekli değildir.

### Öner

Hekimin kısa süreli bırakma önerisi, bırakma hızlarını artırır. Sigara tiryakileri, hekim önerisinin bırakma çabaları için motivasyonu artırma bakımından önemli olduğuna belirtmektedirler. Bu nedenle, hekimler tüm tiryakileri sigarayı bırakmaya özendirmelidir. Öneri, kesin ve güçlü olmalıdır. Örneğin, "Hekimin olarak, sağlığın için yapacağın en iyi şey sigarayı bırakmaktır, diyorum." ya da "Diş hekimin olarak, tütün kullanımının diş çürüğü, dişeti hastalığı, diş kaybı ve ağız kanseri ile doğrudan ilişkili olduğunu bildiriyorum." Öneri, kişinin durumuna uygun olarak kişiselleştirilmelidir.

## Değerlendirir

Bu aşamada sigarayı bırakma isteği değerlendirilmelidir. Önermeden sonra doğrudan en basit soru sorulabilir: "Bu kez bırakmayı düşünüyor musunuz?"

## Yardım Et

Bırakma çabasında hastaya yardım etmek için kısa ya da yoğun girişimde bulunulabilir. Girişimin yoğunluk düzeyi ile yanıt arasında güçlü bir ilişki vardır.

- **Kısa girişim** - Kısa -3 dakika altında-girişimler bile, genel bırakma hızlarını önemli derecede artırmaktadır.
- **Yoğun girişim**- Görüşme süresi ne kadar uzunsa, yüz yüze temas ne kadar fazlaysa, görüşme sayısı ne denli çoksa tedavi sonucu o denli iyidir.

## Hekim 3-10 dakikalık girişim sırasında bırakma başarısına önemli katkısı olacak bir danışmanlık sağlayabilir.

Yardım, bir ekip hizmeti olarak herkese yapılmalıdır. Telefon desteği de sağlanabilir. Değişik tiryaki gruplarına yönelik stratejiler tablolarda özetlenmiştir.

İletişim: Dr. Özen Aşut  
E-posta: ozenasut@gmail.com

## Kaynak

- 1- Fiore MC. Tobacco Use and Dependence: An Updated Review of Treatments. [www.medscape.com/viewarticle/583425](http://www.medscape.com/viewarticle/583425). Release date: Dec 8 2008.

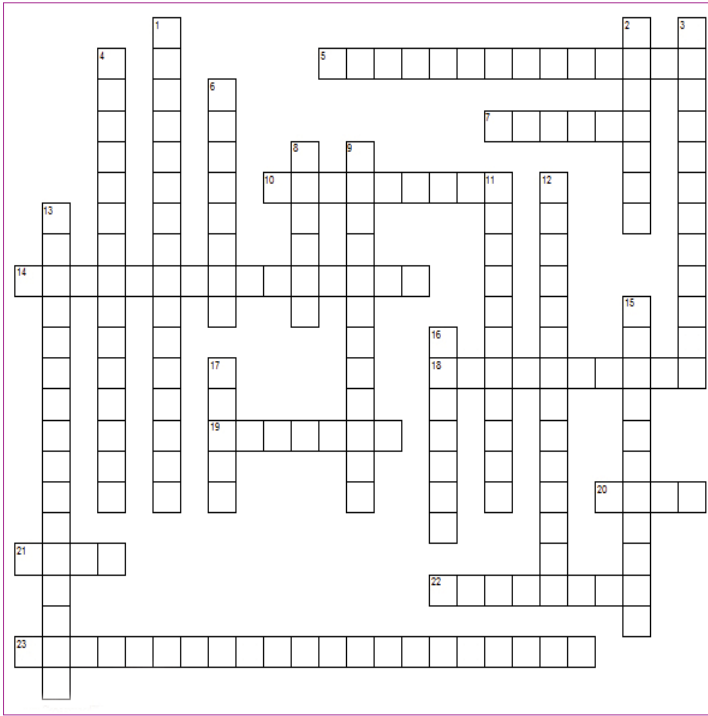
## Strateji A4 ve A5. Yardım et ve destekle

Eylem	Uygulama stratejileri
Hastaya bir bırakma planı hazırla.	Bırakmaya hazırlık <ul style="list-style-type: none"><li>• Bırakma günü belirle. İdeal olarak, bırakma günü gelecek iki hafta içinde olmalı.</li><li>• Aileyi, arkadaşları ve çalışma arkadaşlarını bırakma kararı konusunda bilgilendir; anlayış ve destek iste.</li><li>• Bırakma denemesinin özellikle ilk birkaç hafta için taşıdığı risklere hazır ol. Nikotin yoksunluk belirtileri olabileceğini düşün.</li><li>• Tütün ürünlerini ortadan kaldır. Evini sigarasız yap.</li></ul>
Onaylanmış ilaçları öner.	Etkili olduğu kılavuzlarda belirtilmiş ilaçları öner. Tedavinin yoksunluk belirtilerini azaltacağını ve bırakma başarısını artıracağını anlat. İlk seçenek ilaçlar: Bupropiyon SR, nikotin sakızı, nikotin inhaler, nikotin lozenj, nikotin nazal sprey, nikotin bandı, vareniklin'dir. İkinci seçenekte klonidin ve nortriptilin bulunmaktadır. Gebe kadınlara, ergenlere, hafif tiryakilere ilaç önermek için yeterli kanıt yoktur.
Pratik danışmanlık sağla.	<b>Bırakma:</b> Hedef toptan bırakmadır. Bırakma tarihinden sonra tek bir "fırt" bile yok. <b>Bırakma sonrası deneyim:</b> Daha önceki bırakma denemelerinde neyin iyi, neyin kötü olduğunu tanımla. Geçmiş başarı üzerine birikim yap. Gelecek bırakma denemesi için tetikleyicileri ya da riskleri tanımla. Riskler ya da tetikleyicilerle nasıl baş edileceğini tartış. <b>Alkol:</b> Alkol relapsla ilişkili olduğundan, bırakma sürecinde alkolden uzak durulmalıdır. Ancak alkolü azaltmanın, alkol bağımlılarında yoksunluğu tetikleyebileceği akılda tutulmalıdır. <b>Evdeki tiryakiler:</b> Evde sigara içen birisi varsa sigarayı bırakmak zordur. Hastalar evdekilerin sigarayı bırakmasını ya da yanında sigara içmemelerini istemelidir.
Tedavi sürecinde destek ver.	Hastanın bırakma denemesi sırasında sürekli klinik destek sağlanacağı belirtilmelidir.
Okuma materyali sağla, bırakma amaçlı telefon hatları konusunda bilgi içeren yayın ver.	Kaynaklar: Sağlık Bakanlığı, meslek birlikleri (örneğin, Türk Tabipleri Birliği), dernekler (örneğin, Toraks Derneği, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği) Yer: Tüm sağlık kuruluşları.

## Ödüllü Bulmaca



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 Kocaeli Tabip Odası'nın hazırladığı "**Sağlık Olsun**" adlı karikatür kitabını armağan ediyoruz. Bulmacanın doğru yanıtlarını **Temmuz-Ağustos 2009** sayımızda yayımlayacağız.



1- Porfiriya turcica'ya yol açan madde,  
2- Risk yaklaşımı kararının alındığı uluslararası bildirge, 3- Fırıncılarda görülen bir meslek hastalığı, 4- Kompresör kullananlarda rastlanan bir hastalık, 5- Toksik vitiligoya neden olan bir madde, 6- Risk yaklaşımında

özellik gerektiren bir grup, 7- Eski uluslararası sağlık tüzüğünde yer alan bir bulaşıcı hastalık, 8- Koroner arter hastalığının önemli bir risk faktörü, 9- Gümüş intoksikasyonunda görülen beyaz bantlar, 10- Termal, kimyasal ve mikrobiyel degradasyona karşı dirençli olduğu için oldukça yaygın kullanılan bir madde, 11- Bahçıvanlarda ortaya çıkan mesleki bir deri hastalığı, 12- Mesleğimizin sağlık ocakları ve hastanelerden başka uygulandığı bir alan, 13- Akut etkileri yanık şeklinde görülen etlen, 14- Kontakt dermatit dışında kalan bir deri hastalığı, 15- Tütün kullanımının yol açtığı bir hastalık, 16- Türkiye'de koroner arter hastalığı için yürütülen bir çalışma (kısaltma), 17- Sigara bırakma sürecinde uzak durulması gereken bir madde, 18- Avrupa'da KAH'nın ikincil önlenmesinde klinik uygulamanın etkinlik düzeyini belirlemek amacıyla yapılan çalışma, 19- Koroner kalp hastalığında erkeklerde üstünde olmanın risk faktörü taşıdığı yaş, 20- Ateroskleroz temelli bir hastalık, 21- Koroner arter bypass cerrahisi (kısaltma), 22- Kamu sağlık harcamalarında 2008 yılındaki yüzde artış oranı, 23- Önde gelen bir mortalite ve morbidite nedeni.

### STED Mayıs - Haziran 2009 Ödüllü Bulmaca Doğru Yanıtları:

1- Hekzakloro Benzen, 2- Alma Ata, 3- Tropikal Akne, 4- Raynaudf Enomeni, 5- Lubri Kayağlar, 6- Çocuklar , 7- Kolera, 8- Sigara, 9- Mee Çizgileri, 10- Fiberglas, 11- Spor Otrikoz, 12- Kurum Tabipliği, 13- İyonize Radyasyon, 14- Porfiriya Turcica, 15- Ağız Kanseri, 16- Tek Harf, 17- Alkol, 18- Euroa Spire, 19- Kırk Beş, 20- İnme, 21- CABG, 22- Yirmi Bir, 23- Koroner Arter Hastalığı.