



GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ



GÜMÜŞHANE UNIVERSITY

JOURNAL OF HEALTH SCIENCES

CİLT / VOLUME : 1 SAYI / NUMBER : 1 YIL / YEAR : 2012





Sahibi (Owner)

Prof. Dr. İhsan GÜNAYDIN

**Sorumlu Yazı İşleri Müdürü
(Editorial Manager)**

Yrd. Doç. Dr. Turgut ŞAHİNÖZ

Editörler (Editors)

Yrd. Doç Dr. Saime ŞAHİNÖZ

Yrd. Doç Dr. Sevil CENGİZ

Dergi Sekreteryası

Öğr. Gör. Nurgül TERCANLI
Öğr. Gör. Gülşah DENİZ YILDIZ
Arş. Gör. Vildan APAYDIN

Elektronik Dergi

sbd@gumushane.edu.tr

İletişim Adresi

Sağlık Bilimleri Dergisi
Gümüşhane Üniversitesi
Sağlık Yüksekokulu
Bağlarbaşı Mah.
29100 / GÜMÜŞHANE
Tel: 0 456 233 76 37
Fax: 0 456 233 76 04
e-posta: sbd@gumushane.edu.tr
Web: <http://sbd.gumushane.edu.tr>

Yayın Türü:

Yılda dört kez yayımlanan
hakemli, süreli yayın

Dergimize Makale Göndermek
İçin:

sbd@gumushane.edu.tr

EDİTÖRDEN...

Değerli Bilim İnsanları,

Uzun zamandır altyapısını hazırlamak için uğraştığımız Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimler Dergisi'nin ilk sayısını çıkarmanın mutluluğunu yaşıyoruz. Derginin ilk sayısının programlandığı şekilde yayınlanması için editörler ve yayın kurulu üyeleri çok yoğun çaba sarf etmişlerdir.

Bizi böyle bir dergi çıkarmaya teşvik eden en önemli unsur; ülkemizde Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulları ile Sağlık Yüksekokullarında görev yapan öğretim elemanlarının çalışma konuları ile direkt olarak ilgili bilimsel dergi sayısının yeterli olmamasıydı. Halk sağlığı alanında çalışma yapanların bilimsel makalelerini yayınlayacağı dergi ihtiyacı da her geçen gün artmaktadır.

Bilim, bilinmeyi ortaya çıkarma, söylenmemişi söyleme demektir. Akademisyenlerin temel görevlerinden biri de bilimsel araştırma faaliyetlerinde bulunmaktır. Bu nedenle akademik dergiler de, bilimsel araştırmaların paylaşılması için gerekli ortamı sağlamaktadır.

Kurulduğu günden bu yana sağlık alanında ülkemizin en kaliteli üniversitelerinden biri olmayı hedefleyen Gümüşhane Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Dergisi'nin ilk sayısını bilim dünyasının hizmetine sunmakla bu alanda önemli bir adım atmıştır. Takdir edersiniz ki ülkemiz şartlarında bir derginin yayın hayatına kesintisiz, düzenli devam edebilmesi oldukça zordur. Amacımız zor olanı başararak bu derginin kesintisiz olarak yayınlanmasını sağlamak ve en kısa sürede ulusal ve uluslararası indekslere girmesini sağlamaktır.

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, Teknolojinin tüm imkanlarını kullanarak dünyanın her köşesine ulaşabilmek amacıyla ilk sayıdan itibaren internet üzerinden çevrimiçi (online) elektronik dergi olarak yayımlanacaktır. Elektronik dergiler bilgi paylaşımını artırmakta, daha geniş kitlelere hitap etmekte ve ilgili kişilerin bilgiye ulaşımını kolaylaştırmaktadır. Dergimizin bilimsel hakem kurulunda Türkiye'deki bir çok üniversiteden bilim insanları bulunmaktadır.

Dergimizin kuruluş, yayım ve geliştirilmesi sürecinde verdikleri desteklerden dolayı Rektörümüz Sayın Prof. Dr. İhsan GÜNAYDIN'a tüm dergi ailesi adına teşekkürlerimizi sunuyoruz. Ayrıca; dergimizin hazırlanmasında emeği geçen arkadaşlarımıza, bu sayıya katkı yapan tüm araştırmacılara, yazıları değerlendiren bilimsel hakem kurulu üyelerimize ve Yüksekokulumuzun bilimsel çalışmalarına destek olan Üniversitemiz yöneticilerine teşekkür ediyoruz.

Sağlık alanında ilklerden biri olma özelliğini taşıyan Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi'nin siz değerli bilim insanlarının destekleri sayesinde kısa sürede ulusal ve uluslararası indekslere gireceğine inanıyoruz.

Sizlerden gelen görüşler ve eleştiriler doğrultusunda, her sayının her zaman bir öncekinden daha nitelikli olmasını hedefliyoruz. Bu açıdan gördüğünüz eksiklikleri ve önerilerinizi lütfen bize bildiriniz.

**Yrd. Doç Dr. Saime ŞAHİNÖZ
Yrd. Doç Dr. Sevil CENGİZ**



DERGİMİZ HAKKINDA

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi ; Temel Tıp Bilimleri , Cerrahi Tıp Bilimleri, Dahili Tıp Bilimleri , Hemşirelik, Beslenme ve Diyetetik , Sağlık Yönetimi , Ebelik, Çocuk Gelişimi, İlk ve Acil Yardım (Paramedik) ,Tıbbi Laboratuvar, Sporcu Sağlığı, Acil Yardım ve Afet Yönetimi, Sosyal Hizmetler, Dış Hekimliği ve Veterinerlik gibi bütün sağlık alanlarındaki bilimsel yazıları yayımlayan hakemli bir dergidir. Dergide önceden yayımlanmış, yayımlanmak üzere kabul edilmiş ve yayımlanmak için değerlendirilmekte olan yazılar değerlendirmeye alınmaz. Yayımlanan yazıların sorumluluğu tümüyle yazar(lara) aittir. Yazardan düzeltme istenilmesi durumunda, düzeltmenin en geç 1 ay içinde yapılarak Sağlık Bilimleri Dergisi sekreterliğine ulaştırılması gerekmektedir. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi'nde aşağıda belirtilen özellikleri taşıyan yazılar yayımlanabilir:

Derleme: Belli bir konuda yakın zamana kadar yapılmış bilimsel çalışmaların kapsamlı derlemesi.

Araştırma Makalesi: Özgün araştırmaları tanıtan ve sonuçlarını sunan bilimsel formatta yazılmış makale.

Teorik ve Kuramsal Makaleler: İlgili bilim dalına katkı yapacak teorik düzlemde hazırlanmış makale

Kitap Tanıtımı

YAZIM KURALLARI (PDF FORMATI)

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri e-dergisi yılda dört kez (Ocak, Nisan, Temmuz ve Ekim) yayınlanan hakemli bir dergidir. Dergide; klinik ve deneysel çalışmalar, ilginç olgu bildirimleri, editör tarafından davet edilmiş derlemeler, ve editöre mektuplar yayınlanır.

Dergimizde yayınlanması arzu edilen çalışmaların aşağıda belirtilen yazım kurallarına ve diğer koşullara uygun bir şekilde hazırlanarak dergimiz e-posta adresine (sbd@gumushane.edu.tr) gönderilmesi gerekmektedir. Yayınlanmak üzere dergimize gönderilen çalışmaların tüm sorumlulukları yazarlara aittir.

Dergi kurallarına uygunluğuna karar verilen yazılar Hakem Danışma Kurulundan konu ile ilgili en az iki hakeme gönderilir ve bu üyelerden yayına uygun olup olmadığı konusunda görüşleri alınır. Bu incelemiden geçen yazılar, Yayın Kurulu tarafından tekrar değerlendirilir ve basılacağı yer ve sayı kararlaştırılır. Danışma ve Yayın Kurulları, düzeltme, kontrol ve dizgi aşamasında yayıncı, yazılarda düzeltme yapmak, biçiminde değişiklikler istemek ve yazarları bilgilendirerek kısaltma yapmak yetkisine sahiptir.

Yazarlardan istenen değişiklik ve düzeltmeler için verilen süre en fazla 1 aydır ve düzeltmeler yapıldıktan sonra, söz konusu yazılar yayın programına alınmaz.

Yazım kuralları ile ilgili gerekli görülen düzeltmeler editör ya da hakemler tarafından yapılabilir. Düzeltme için geri gönderilen yazılarda, hakemlerin ve editörün istemleri dışında değişiklikler yapılamaz. Dergide yayınlanan yazılar için yazarlara bir ücret ödenmez. Yayınlanmak üzere dergiye sunulan yazılar yayınlanmasın yayımlanmasın geri gönderilmez. Ancak düzeltme istenen yazılar düzeltmenin yapılmasını sağlamak amacıyla geri gönderilebilir.

MAKALE YAZIM KURALLARI

1. Yayınlanmak üzere dergiye gönderilen yazılar daha önce yayınlanmamış yada yayınlanmak üzere başka bir yere gönderilmemiş olmalıdır. Söz konusu araştırma bilimsel bir toplantıda bildiri (sözlü ya da poster) olarak sunulmuşsa yazının başlık sayfasının altında tarihi ve yeri ile birlikte dipnot şeklinde belirtilmelidir.
2. Dergimizde Türkçe, İngilizce ve Almanca dillerinden herhangi biri ile yazılmış yazılar yayınlanır. Yazılar MS Word 2003 veya üzeri sürümlerde, A4 kağıdı boyutunda, "Times New Roman" yazı stili, 12 punto ve 1.5 satır aralığı ile yazılmalıdır. Paragraflarda ilk satır girintisi 1 cm olmalıdır. Paragraf geçişlerinde satır atlanmamalıdır. Yazılarda geçen kısaltmalar yazı içinde ilk kullanımlarında açık olarak yazılmalı ve hemen yanında parantez içinde kısaltılmış şekil verilmelidir.
3. Yazılarda Türkçe ve İngilizce özet verilmelidir. Özetler 10 punto ile yazılmış ve 250 kelimeyi aşmayacak şekilde olmalıdır. "ÖZET" başlığı (10 punto) ortalanarak "kalın" yazılmalıdır. Özette denklem, atıf, standart dışı kısaltmalar yer almamalıdır. Özetlerden sonra çalışmanın alanını tanımlayabilecek en az üç, en fazla beş adet "anahtar kelime" (keywords) bulunmalıdır. Anahtar kelimeler (Index Medicus: Medical Subject Headings ve Türkiye Bilim Terimleri sözlüğü ile uyumlu olmalıdır. Index Medicus MeSH dağarcığına uygun anahtar sözcükler dizgi aşamasında dergimiz tarafından da eklenmektedir. Olgu sunumlarının özetleri kısa ve tek paragraflık olmalıdır. Olgu sunumu özetleri ağırlıklı olarak mutlaka olgu hakkındaki bilgileri içermelidir.
4. Yazılar, Giriş bölümü ile ikinci sayfadan başlamalı ve uygun bölümlere ayrılmalıdır. Başlık sayfası dışında yazının hiçbir bölümünün ayrı sayfalarda



başlatılması zorunluluğu yoktur. Başlıklardan önce bir satır boşluk bırakılmalıdır.

5. Araştırma yazıları TÜRKÇE ÖZET, İNGİLİZCE ÖZET, GİRİŞ, MATERYAL VE METOT, BULGULAR VE TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER (Tartışma içinde yer alabilir) ve KAYNAKLAR bölümlerinden oluşmalıdır. Başlıklarına numara verilmemeli ve paragraf ile hizalı bir şekilde tamamen büyük harflerle kalın yazılmalıdır. Başlık sayfası dışında yazının hiçbir bölümünün ayrı sayfalarda başlatılması zorunluluğu yoktur. Başlıklardan önce bir satır boşluk bırakılmalıdır.
6. Yazıların ana başlığı ortada olacak şekilde, büyük harflerle "kalın" ve 12 punto ile yazılmalıdır. Yazarın adı başlığın sağ alt kenarına konulmalı; yazar birden fazla ise adları yan yana yazılmalıdır. Ünvan kullanılmaksızın önce isim, sonra büyük harflerle soy isim yazılmalıdır. Yazarların akademik ünvanı, bağlı olduğu kurumu ve e-posta adresi dipnot şeklinde ilk sayfada yer almalıdır. İlk sayfada ayrıca, dipnot olarak aynı yazı karakterinde ve 10 punto ile çalışmayı destekleyen kuruluşlar ve diğer gerekli bilgiler belirtilmelidir.
7. Yazı, çizim veya grafiklerin yazım alanı içinde olmalarına dikkat edilmelidir. Yazılarda sayfa kenar boşlukları; üst, alt, sağ 3 cm, sol 2 cm, üstbilgi ve altbilgi 2 cm olmalıdır.
8. Yazılar, şekil ve tablolar dahil 25 sayfayı geçmemelidir.
9. Yazılardaki resim, şekil ve grafikler "Şekil" adı altında gösterilmeli; şekil ve grafikler bilgisayar ortamında çizilmelidir. Tablo, şekil ve denklemlere sıra numarası verilmeli, başlıklar tabloların üzerine, şekillerin ise altına her sözcüğün ilk harfi büyük olacak şekilde ve ortalanarak "kalın" karakterler ile yazılmalıdır. Ayrıca tablo ve şekillere ait kaynaklar hemen altına 8 punto ile verilmelidir. Tablolar her sayfaya bir tablo olacak şekilde yerleştirilmelidir. Yazılardaki tablolar dikey çizgiyi içermemeli ve tablolar word programındaki tablo menüsünden yararlanılarak yapılmalı ve tablo sayısı 5'i geçmemelidir. Şekil, resim, tablo ve grafiklerin metin içinde geçtiği yerler ilgili cümlelerin sonunda belirtilmelidir. Net baskı elde edilebilmesi için, şekil, resim/fotoğraflar ayrı birer jpg veya gif dosyası olarak (pixel boyutu yaklaşık 500x400, 8 cm eninde ve 300 çözünürlükte taranarak), dergiye ayrıca iletilmesi gerekmektedir. Kullanılan kısaltmalar şekil, resim, tablo ve grafiklerin

altındaki açıklamada belirtilmelidir. Daha önce basılmış şekil, resim, tablo ve grafik kullanılmış ise yazılı izin alınmalıdır ve bu izin açıklama olarak şekil, resim, tablo ve grafik açıklamasında belirtilmelidir.

10. Yazıda yer alan birinci derece başlıklar (I,II, III gibi) Romen rakamlarıyla sınıflandırılmalı, tamamen büyük koyu harflerle ve paragraf ile hizalı bir şekilde yazılmalıdır. İkinci derece başlıklar (A,B,C gibi) büyük harflerle sınıflandırılmalıdır. Bu başlıklar her sözcüğün ilk harfi büyük olacak şekilde kalın harflerle ve paragraf ile hizalı bir şekilde yazılmalıdır. Üçüncü derece başlıklar (1, 2, 3 gibi) rakamlarla sınıflandırılmalıdır. Bu tür başlıklar her sözcüğün ilk harfi büyük olacak şekilde, kalın ve paragraf ile hizalı yazılmalıdır. Dördüncü derece başlıklar ise (a, b, c gibi) küçük harflerle sınıflandırılmalıdır. Dördüncü derece alt başlıklar küçük harflerle, kalın ve paragraf ile hizalı yazılmalıdır.
11. Kaynaklar: Yazarlar yalnızca doğrudan yararlandıkları kaynakları yazılarında gösterebilirler. Dergimiz, başka çalışmalarda bildirilen kaynakların aktarma şeklinde kullanılmasını kesinlikle uygun görmez. Bir kaynağın aslından yararlanılmamış olduğu düşünüldüğünde, yazarından söz konusu kaynak ya da kaynakların ilk sayfalarının fotokopilerini göndermesi istenir. Yazarlar tarafından doğrulanmayan kaynaklar dizgi aşamasında yazıdan ayıklanmaktadır. Kaynaklar bölümünde, yayınlanmamış ve sayfa numaralarıyla verilemeyecek kaynak (yayınlanmamış kongre, sempozyum, toplantı, vb. belgeleri) kullanılamaz. Kaynaklar yazıda kullanış sırasına göre sıralanmalıdır. Noktalamalara birden çok yazarlı bir çalışmayı tek yazar adıyla kısaltmamaya ve kaynak sayfalarının başlangıç ve bitimlerinin belirtilmesine dikkat edilmelidir. Kullanılacak kısaltmalar Index Medicus'a uygun olmalıdır. Yazar sayısı altıdan fazla ise "ve ark. ya da et al" şeklinde kısaltılabilir. Aşağıda kaynak gösterim örnekleri sunulmuştur:

Makale:

1. Şahinöz T, Şahinöz S ve ark. Yurtta kalan üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012; 23 (4): 159-166.



Kongre Bildirileri:

- Şahinöz S, Şahinöz T, Çolak A, Cengiz S. Gümüşhane Üniversitesi Öğrencilerinin Zararlı Alışkanlıkları. 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi; 4-7 Ekim 2011, Trabzon. 2011. p 374

Kitap:

- Şahinöz S (ed.), Şahinöz T (ed.), Eker H.H, Kıvanç A, Bodur A.F, Çolak, A. Hasta Bakımı: Sürdürülebilir Kalkınma İçin Kadın Girişimcilik ve Eğitim Merkezi Eğitim Kitabı. 1. Baskı. ISBN: 978-605-87853-0-4 Gümüşhane - 2011. ss: 4-7

Tezler:

- ŞAHİNÖZ T. Uzmanlık Tezi; "Kayseri'de 1985 – 1998 Yılları Arasında Sağlık Durumu ve Demografik Göstergelerdeki Değişim" Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Prof. Dr. Yusuf Öztürk. Kayseri – 1999.

Kaynaklara yapılan atıflar, dipnotlar yerine metnin içinde parantez içinde yapılmalıdır. Parantez içinde sırasıyla yazarın soyadı, kaynağın yılı: sayfa numarası yer almalıdır. (Aker, 1991: 101). Birden çok kaynak noktalı virgül ile ayrılmalı, 3 veya daha çok yazar isimli bildirimlerde "vd" kısaltması kullanılmalıdır. Eğer, yazarın aynı yıl içinde yayınlanmış birden fazla eserine atıf yapılıyorsa, yıllar harfler ile farklılaştırılmalıdır. Yapılacak atıf bir internet sitesinden alınmışsa ve atfın yazarı belli değil ise, parantez içerisindeki ifadeler şu şekilde sıralanmalıdır; internet sitesinin kurumu, erişim yılı.

Aşağıda bazı örnekler sunulmuştur:

-(Tek, 2004: 12). : tek yazarlı bir yayına atıf
.....(www.die.gov.tr, 2007) : internet adresine atıf
.....(Devlet Planlama Teşkilatı, 2005) : kuruma atıf
.....(Odabaşı, 2008) veya Odabaşı (2008)'na göre.: kaynağın tamamına atıf

Yukarıdaki atıf gösterimleri metin dili Türkçe olan makaleler içindir. Yabancı dilde yazılan makalelerdeki atıflarda kullanılan bağlaçlar, metin dili ile uyumlu olmalıdır. Kaynağa yapılan atıf dışında, yapılacak açıklamalar, "Notlar" başlığı altında yazının sonunda ayrı bir sayfada verilmelidir. Metin içerisinde atıfta bulunulan kaynaklar, eğer varsa notlardan sonra ayrı bir sayfada "KAYNAKLAR" başlığı altında alfabetik sıraya göre verilmelidir. Kaynakçada yer alan eserler kitap, makale vb. şekilde sınıflandırılmamalıdır.

Yukarıdaki gösterimler metin dili Türkçe olan kaynaklar içindir. Yabancı dilde yayınlanacak çalışmalarda bağlaçlar ve kısaltmalar metin dili ile uyumlu olmalıdır. Örneğin, metin dili İngilizce olan bir çalışmada 've' bağlacı yerine 'and', 'ss.' kısaltması yerine 'pp.' kullanılmalıdır.

Etik

İnsanlar üzerinde yapılan deneysel çalışmaların sonuçlarını bildiren yazılarda, bu çalışmanın yapıldığı gönüllü ya da hastalara uygulanacak prosedürlerin) özelliği tümüyle anlatıldıktan sonra, kendilerinin bilgilendirilip onaylarının alındığını gösterir bir cümle bulunmalıdır. Yazarlar, bu tür bir çalışma söz konusu olduğunda, uluslararası alanda kabul edilen kılavuzlara ve TC. Sağlık Bakanlığı tarafından getirilen ve 29 Ocak 1993 tarih ve 21480 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan "İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik" ve daha sonra yayınlanan diğer yönetmelik ve yazılarda belirtilen hükümlere uyulduğunu belirtmeli ve ilgili Etik Kuruldan aldıkları onayı göndermelidir. Hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalar için de gereken izin alınmalı; yazıda deneklere ağrı, acı ve rahatsızlık verilmemesi için neler yapıldığı açık bir şekilde belirtilmelidir. Hasta kimliğini tanıttak fotoğraf kullanıldığında, hastanın yazılı onayı alınmalı ve hastanın gözleri bantla kapalı olmalıdır.

Yukarıdaki formata uygun olmayan çalışmalar içerik açısından değerlendirilmeye alınmayacak ve editör tarafından yazara iade edilecektir.



BİLİMSEL DANIŞMA KURULU / SCIENTIFIC ADVISORY BOARD

Abdülğani TATAR Atatürk Üniversitesi	Hasan Hüseyin EKER Gümüşhane Üniversitesi
Ahmet KALAYCIOĞLU Karadeniz Teknik Üniversitesi	Havva ÖZTÜRK Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ahmet TİRYAKİ Karadeniz Teknik Üniversitesi	Huri İLYASOĞLU Gümüşhane Üniversitesi
Ali Fuat BODUR Gümüşhane Üniversitesi	İbrahim YILDIRAN Gazi Üniversitesi
Aliye ÖZENOĞLU 19 Mayıs Üniversitesi	İmdat AYGÜL Gümüşhane Üniversitesi
Asım ÖREM Karadeniz Teknik Üniversitesi	Kaan KILINÇ Gümüşhane Üniversitesi
Aydın KIVANÇ Gümüşhane Üniversitesi	Lale TAŞKIN Hacettepe Üniversitesi
Aynur BÜTÜN AYHAN Ankara Üniversitesi	Levent TÜMKAYA Rize Üniversitesi
Aysel KÖKSAL AKSOY Ankara Üniversitesi	Lügen CENGİZ Ankara Üniversitesi
Ayşe METİN Ankara Çocuk Sağ.ve Has.	Meltem UÇAR Gümüşhane Üniversitesi
Ayşe ÇOLAK Gümüşhane Üniversitesi	Mehmet GÜNAY Gazi Üniversitesi
Ayşe OKANLI Atatürk Üniversitesi	Mevlüt İKBAL Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ayşe Özfer ÖZÇELİK Ankara Üniversitesi	Mine BEKAR Cumhuriyet Üniversitesi
Ayşegül İŞLER Akdeniz Üniversitesi	Mualla AYKUT Erciyes Üniversitesi
Bayram ŞAHİNÖZ Hacettepe Üniversitesi	Murat KARKUCAK Karadeniz Teknik Üniversitesi
Birgül KURAL Karadeniz Teknik Üniversitesi	Murat S. KESİM Karadeniz Teknik Üniversitesi
Bora CENGİZ Bahçeci Sağlık Grubu	Musa ÖZATA Selçuk Üniversitesi
Cihan ÖREM Karadeniz Teknik Üniversitesi	Mustafa ÖNCEL Gümüşhane Üniversitesi
Dilek ÇİLİNGİR Karadeniz Teknik Üniversitesi	Nazlı Hacıoğlu Atatürk Üniversitesi
E.Edip KEHA Karadeniz Teknik Üniversitesi	Nesrin NURAL Karadeniz Teknik Üniversitesi
Engin YENİLMEZ Karadeniz Teknik Üniversitesi	Nurcan YABANCI Ankara Üniversitesi
Erhan ÇAPKIN Karadeniz Teknik Üniversitesi	Orhan DEĞER Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ersan ODACI Karadeniz Teknik Üniversitesi	Orhan BAŞ Rize Üniversitesi
Ersan KALAY Karadeniz Teknik Üniversitesi	Ömer ŞENEL Gazi Üniversitesi
Ethem ALHAN Karadeniz Teknik Üniversitesi	Özlem DURAN Cumhuriyet Üniversitesi
Evrım AKTEPE Süleyman Demirel Üniversitesi	Ramazan ERDEM Süleyman Demirel Üniversitesi
Evrım ÖZKORUMAK Karadeniz Teknik Üniversitesi	Saime ŞAHİNÖZ Gümüşhane Üniversitesi
Fahri UÇAR Karadeniz Teknik Üniversitesi	Sedat BOSTAN Gümüşhane Üniversitesi
Fatma TAŞ ARSLAN Selçuk Üniversitesi	Sevil CENGİZ Gümüşhane Üniversitesi
Fevziye ÇETİNKAYA Erciyes Üniversitesi	Suzan YILDIZ İstanbul Üniversitesi
Figen ÇELEP Karadeniz Teknik Üniversitesi	Süleyman GÜVEN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Gamze ÇAN Karadeniz Teknik Üniversitesi	Tevfik ÖZLÜ Karadeniz Teknik Üniversitesi
Gökhan YILMAZ Karadeniz Teknik Üniversitesi	Turgut ŞAHİNÖZ Gümüşhane Üniversitesi
Gülgün ERSOY Hacettepe Üniversitesi	Yaşam BARLAK Gümüşhane Üniversitesi
Gürdal YILMAZ Karadeniz Teknik Üniversitesi	Yıldıray KALKAN Rize Üniversitesi
Handan GÜLER Cumhuriyet Üniversitesi	Yılmaz BÜLBÜL Karadeniz Teknik Üniversitesi
Hasan EFE Rize Üniversitesi	Yusuf ÇELİK Hacettepe Üniversitesi

İÇİNDEKİLER

Demografik ve Bazı Sağlık Göstergeleri Açısından Türkiye'nin Dünyadaki Durumu	1
Turgut ŞAHİNÖZ, Saime ŞAHİNÖZ	
Çocuğunuz Depresyonda Olabilir!	12
Nurgül TERCANLI, Beyhan BUDAK	
2000-2009 Yılları Arasında Gümüşhane İlinde Gerçekleşen Ölümlerin Epidemiyolojik Yönden İncelenmesi	19
Turgut ŞAHİNÖZ, Saime ŞAHİNÖZ, Hasan Hüseyin EKER	
Beck Umutsuzluk Ölçeğinin Çeşitli Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi (Gümüşhane İli Örneği)	29
Nurgül TERCANLI, Vildan DEMİR	
Gümüşhane Üniversitesi Öğrencilerinin Aile Hekimliği Konusunda Bilgi Durumlarının Saptanması	41
Aydın KIVANÇ, Turgut ŞAHİNÖZ	

DEMOGRAFİK VE BAZI SAĞLIK GÖSTERGELERİ AÇISINDAN TÜRKİYE’NİN DÜNYADAKİ DURUMU*

Turgut ŞAHİNÖZ¹ Saime SAHİNÖZ¹

ÖZET

Demografik göstergeler, nüfus büyüklüğünden kaynaklanan farklılıkları ortadan kaldırıp, gerçekte var olan farklılığın saptanmasını sağlamaktadır.

Bu çalışma ile Avrupa Birliği ile Türkiye arasında uyum sürecinin başladığı günümüzde birliğe üye ülkeler ve diğer ülkelerle ülkemiz arasında demografik göstergeler açısından kıyaslamalar yapmak amaçlanmıştır.

Bu çalışma, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre bazı ülkeler ile ülkemizin demografik göstergelerinin karşılaştırıldığı tanımlayıcı bir çalışmadır.

Gelişmekte olan ülkeler arasında yer almakta olan Türkiye, yaklaşık 70 milyon nüfusu, % 0,16 nüfus artış hızı, erkeklerde 72, kadınlarda 77 yıl olan doğumda yaşam beklentisi ve % 69 oranında kentsel nüfusu ile hızla gelişen bir ülke konumundadır.

Ülkemizin nüfus artış hızı, Avrupa bölgesine göre yüksek olmakla birlikte Asya ve Amerika bölgesi ile yaklaşık aynı seviyededir. Doğumda beklenen yaşam süresi açısından da Amerika, Avrupa ve Batı Pasifik bölgelerindeki ortalamalara oldukça yakın bir değere sahip bulunmaktayız.

Gelişmiş ülkelerle ülkemiz arasında sağlık düzeyi ölçütleri açısından en büyük farklılık ölüm hızlarında görülmektedir. Bebek ölüm hızımız gelişmiş ülkelere göre yaklaşık 6-9 kat, beş yaş altı bebek ölüm hızımız 5-7 kat, anne ölüm hızımız ise 4 kat fazladır.

Sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi ele alındığında ülkemizin demografik göstergeleri tatmin edici düzeyde değildir.

ANAHTAR KELİMELER: Demografi, ölüm, Türkiye, sağlık, nüfus

* 4-7 Ekim 2011 tarihlerinde Trabzon’da düzenlenen 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresinde P148 numarasıyla poster olarak yayınlanmıştır.

1 Yrd. Doç. Dr., Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

İletişim / Corresponding Author : Turgut ŞAHİNÖZ

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Tel : +90 456 233 76 37

e-posta: drsahinoz@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received : 04.01.2012

Kabul Tarihi / Accepted : 20.02.2012

THE STATE OF TURKEY IN THE WORLD ABOUT DEMOGRAPHIC INDICATORS

ABSTRACT

Demographic indicators, eliminating the differences caused by the size of the population, provides the detection of differences that exist in reality.

By this study it has been aimed to make comparisons in terms of demographic indicators between Turkey, European Union (EU) member states and other countries at the start of the European Union adaptation process.

This study is a descriptive study which the demographic indicators of our country is compared with some countries according to World Health Organization (WHO) data. Turkey, which ranks among the developing countries is a rapidly developing country with nearly 70 million population, population growth rate of 0.16%, with 72 years life expectancy at birth in males and 77 years in females and with 69% of urban population.

Our country's population growth rate is higher than the European region but is about the same level with Asia and America region. In terms of life expectancy at birth we have a value very close to the averages of America, Europe and Western Pacific regions.

The biggest difference between developed countries and our country in terms of health status indicators is seen in the mortality rates. Our infant mortality rate is approximately 6-9 fold higher, under five year mortality rate is 5-7 times higher, maternal mortality rate is four times higher than developed countries.

Considering the socio-economic development level the demographic indicators of our country is not satisfactory.

KEY WORDS: Demographics, mortality, Turkey, health, population

GİRİŞ VE AMAÇ

Toplumdaki sağlık sorunlarının tespit edilmesi ve sağlık hizmetlerinde planlanmaların yapılabilmesi amacıyla geliştirilmiş çeşitli ölçütler kullanılmaktadır. Temel sağlık göstergeleri adı altında toplanmakta olan bu ölçütler bir toplumun sağlık düzeyi ve sorunları hakkında bilgi vermenin yanı sıra ülkeler arasında kıyaslama yapılabilmesine olanak sağlamaktadır. Bu ölçütler nüfus büyüklüğünden kaynaklanan farklılıkları ortadan kaldırıp, gerçekte var olan farklılığın saptanmasını sağlamaktadır (1).

AB ile Türkiye arasında uyum sürecinin başladığı günümüzde birliğe üye ülkeler ve diğer ülkelerle ülkemiz arasında temel sağlık göstergeleri açısından kıyaslamalar yapmak oldukça önem arz etmektedir.

Nüfusun bir yıl içinde yalnız doğumlar ve ölümlere bağlı olarak azalması ya da çoğalması doğal nüfus artış hızını verir. Bir bölgedeki kaba doğum hızından kaba ölüm hızı çıkarılınca da yıllık doğal artış hızı bulunur. Yıllık doğal artış hızı, ölüm ve doğum olayları sonucu nüfusun ne hızda arttığını belirleyen dolaysız bir göstergedir (2). Doğumlar ölümlerden fazla ise artış hızı pozitif, tersi durumda ise artış hızı negatif olur.

Nüfus hareketleri bir bölgede olagelen doğum, ölüm, göç, evlenme ve boşanma olaylarının tümüdür. Nüfus istatistikleri için hangi tür verilerin toplanacağı ve kapsamlarının ne olacağı, sağlık hizmet sisteminin içeriğine ve nüfus verilerinin nasıl değerlendirileceğine bağlıdır.

Türkiye nüfusunun yüzde % 62'si doğurganlık çağındaki kadınlar ve çocuklardır. Nüfusun yüzde 37'sini 0-14 yaş grubu, yüzde 15'ini 5 yaşından küçük çocuklar oluşturmaktadır. 15-49 yaş kadınlar nüfusun yüzde 24'ünü oluşturmaktadır (3).

Sağlık programlarının izlenmesi, değerlendirilmesi ve ileriye yönelik politikaların belirlenmesi açısından neonatal, postneonatal ve çocuk ölümlülüğündeki düzeylerin, eğilimlerin ve farklılıkların bilinmesi büyük önem taşımaktadır. Bebek ve çocuk ölüm hızları, sağlık koşullarına ilişkin göstergeler olmalarının yanı sıra, genelde toplumun kalkınma düzeyinin de göstergeleridirler. Bebek ölüm hızları ve beş yaş altı ölüm hızları, kalkınma düzeyinin belirlenmesi için kullanılan bileşik indeksler içinde yaygın olarak yer almaktadır.

Tablo I. Yıllara Göre Ülkemizin Nüfus Yapısı (TÜİK) (3)

Yıl	Nüfus Sayım		Kentsel Nüfus Oranı (%)
	Sonucu (x1000)	NAH (%)	
1927	13 648	21,10	24,22
1935	16 158	17,24	23,53
1940	17 821	10,59	24,39
1945	18 790	21,73	24,94
1950	20 947	27,75	25,04
1955	24 065	28,53	28,79
1960	27 755	24,63	31,92
1965	31 391	25,19	34,42
1970	35 605	25,01	38,45
1975	40 348	20,65	41,81
1980	44 737	24,88	43,91
1985	50 664	21,71	53,03
1990	56 473	18,28	59,01
1995	61 532	17,66	61,95
2000	67 804	17,40	64,90
2005	72 065	12,89	67,30
2011	74.724	13,50	76,80

MATERYAL VE METOT

Bu çalışma, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre bazı ülkeler ile ülkemiz demografik göstergeler açısından karşılaştırıldığı tanımlayıcı bir çalışmadır. Veriler DSÖ'nün yayınladığı 2010 yılı "Dünya Sağlık Raporu" kitabından ve Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerinden derlenmiştir. Değerlendirmeye, ülkemizle sosyo-ekonomik ve gelişmişlik açısından benzer özellikler gösteren ülkeler alınmaya çalışılmış, ayrıca değerlendirilen göstergeler açısından Dünya genelindeki en iyi ve en kötü durumda bulunan ülkeler de incelemeye dahil edilmiştir. Verilerin karşılaştırılmasında herhangi bir istatistiksel yöntem kullanılmamıştır. Veriler yüzde, binde ve yüzbinde gibi oransal olarak değerlendirilmiş ve kıyaslanmıştır.

BULGULAR

Gelişmekte olan ülkeler arasında yer almakta olan Türkiye, yaklaşık 73 milyon nüfusu, % 0,16 nüfus artış hızı, erkeklerde 72 kadınlarda 77 yıl olan doğumda yaşam beklentisi ve % 69 oranında kentsel nüfusu ile hızla gelişen bir ülke konumundadır.

Tablo 1. Seçilmiş Bazı Ülkelerin Demografik Verileri (DSÖ 2010) (4).

ÜLKELER	Nüfus	NAH (%)	Kentsel Nüfus (%)	TDH	Doğumda Yaşam Beklentisi (Yıl)	
					Erkekler	Kadınlar
ABD	298.212.895	0,9	80,8	2	76	81
Afganistan	29.863.005	3,3	24,3	7,4	47	50
Almanya	82.689.210	0,1	88,5	1,3	78	83
Arabistan	19.043.382	2,3	50,3	3,3	69	75
Arjantin	38.747.148	1	90,6	2,3	72	79
Avustralya	20.155.129	1,1	92,7	1,7	80	84
Azerbaycan	8.410.801	0,7	49,9	1,8	66	70
Bangladeş	141.822.276	1,8	25	3,2	64	66
Brezilya	186.404.913	1,3	84,2	2,3	70	77
Çin	1.323.344.591	0,7	40,5	1,7	72	76
Endonezya	222.781.487	1,2	47,9	2,3	66	71
Etiyopya	77.430.702	2,3	16,2	5,7	53	56
Finlandiya	5.249.060	0,2	60,9	1,7	77	83
Fransa	60.495.537	0,3	76,7	1,9	78	85
Hindistan	1.103.370.802	1,5	28,7	3	63	66
Hollanda	16.299.173	0,5	66,8	1,7	78	83
İngiltere	59.667.844	0,3	89,2	1,7	78	82
İran	69.515.206	1	68,1	2,1	70	75
İspanya	43.064.189	0,7	76,7	1,3	78	85
İsrail	6.724.564	2,1	91,7	2,8	80	83
İsveç	9.041.262	0,2	83,4	1,7	79	83
İtalya	58.092.744	0,1	67,5	1,3	79	84
Japonya	128.084.652	0,2	65,7	1,3	80	86
Kanada	32.268.243	0,9	81,1	1,5	79	83
Kazakistan	14.825.105	-0,7	55,9	1,9	59	70
Kenya	34.255.722	2,1	41,6	5	58	62
Lüksemburg	464.904	1,3	92,4	1,7	78	83
Malezya	25.347.368	2	65,1	2,8	71	76
Meksika	107.029.360	1,3	76	2,3	73	78
Mısır	74.032.884	1,7	42,3	3,2	69	73
Nijerya	131.529.669	2,2	48,3	5,7	53	54
Norveç	4.620.275	0,5	80,5	1,8	79	83
Pakistan	157.935.075	2,1	34,8	4,1	62	64
Polonya	38.529.562	0	62	1,2	71	80
Romanya	21.711.472	-0,4	54,7	1,3	70	77
Rusya	143.201.572	-0,3	73,3	1,3	62	74
Somali	8.227.826	2,4	35,9	6,3	51	51
Sudan	36.232.945	1,9	40,8	4,3	59	59
Tunus	10.102.467	1,1	64,4	1,9	73	77
Türkiye	73.192.838	1,4	67,3	2,1	72	77
Türkmenistan	4.833.266	1,3	45,8	2,7	60	67
Ukrayna	46.480.703	-0,9	67,3	1,1	62	74
Yemen	20.974.655	2,9	26,3	6	63	67
Yunanistan	11.119.891	0,4	61,4	1,2	78	83

Tablo 2. Dünyada Bölgelere Göre Demografik Veriler (DSÖ 2010) (4).

BÖLGELER	NAH (%) 1995-2004	Kentsel Nüfus (%)		Doğumda Yaşam Beklentisi (Yıl)		Doğumda Sağlıklı Yaşam Beklentisi	
		2005	TDH 2004	Erkekler	Kadınlar	Erkekler	Kadınlar
Afrika	2,2	38	5,3	47	49	40,0	42,0
Amerika	1,2	79	2,3	71	77	63,0	67,0
Asya	1,4	31	2,8	62	64	54,0	55,0
Avrupa	0,2	70	1,6	69	77	62,0	68,0
Orta Doğu	2,0	49	3,7	61	64	53,0	54,0
Batı Pasifik	0,8	45	1,8	71	75	63,0	66,0

Ülkemizin nüfus artış hızı, Avrupa bölgesine göre yüksek olmakla birlikte Asya ve Amerika bölgesi ile yaklaşık aynı seviyededir. Doğumda beklenen yaşam süresi açısından da Amerika, Avrupa ve Batı Pasifik bölgelerindeki ortalamalara oldukça yakın bir değere sahip bulunmaktayız. Ancak Ülkemizin doğumda yaşam beklentisi açısından en yüksek değere sahip Japonya'ya göre erkeklerde, 10 yıl kadınlarda ise 13 yıl daha az bir yaşam beklentisine sahip olduğu görülmektedir.

Gelişmekte olan ülkeler arasında yer almakta olan Türkiye, 73 milyon nüfusu, %1.4 nüfus artış hızı, erkeklerde 72 kadınlarda 77 yıl olan yaşam beklentisi ve % 67.3 oranında kentsel nüfusu ile iç göçün yoğun olarak yaşandığı bir ülke konumundadır (4).

Nüfusun yaş gruplarına göre dağılımı açısından incelendiğine Türkiye gelişmiş ülkelere göre daha genç bir nüfusa sahiptir. 1990 yılında 15 yaş altı nüfusun toplam nüfusa oranı % 35,0 ve 65 yaş üzeri ise % 4,2 iken, 2010 yılında bu rakamlar %25,6 ve % 7,1 olmuştur. 2025 yılında da 15 yaş altındaki nüfusun % 22,9 ve 65 yaş ve üzeri nüfusun % 9,0 olması beklenmektedir (3).

Bu rakamlar göstermektedir ki, sağlık hizmetlerinde yapılan iyileştirmeler sonucu Türkiye'nin nüfusu giderek yaşlanmaktadır ve 21. yüzyılda sunulacak sağlık hizmetlerinin bu doğrultuda değişmesi gerekmektedir.

Tablo 3. Ülkemizin ve Bazı Ülkelerin Ölüm Hızları (DSÖ 2010) (4).

Ülkeler	Yetişkin Ölüm Hızı* (15 – 60 Yaş)		5 Yaş Altı Ölüm Hızı*	BÖH*	Neonatal	
	Erkek	Kadın			BÖH*	AÖH**
ABD	137	81	8	6	5	14
Afganistan	509	448	257	165	60	1900
Almanya	112	58	5	4	3	9
Arabistan	186	125	16	15	9	160
Arjantin	173	90	18	16	10	70
Avustralya	86	50	5	5	3	6
Azerbaycan	205	113	90	75	36	94
Bangladeş	251	258	77	56	36	380
Brezilya	237	127	34	32	15	260
Çin	158	99	31	26	21	56
Endonezya	239	200	38	30	18	230
Etiyopya	451	389	166	110	51	850
Finlandiya	137	62	4	3	2	5
Fransa	132	60	5	4	3	17
Güney Afrika	667	598	67	54	21	230
Hindistan	275	202	85	62	43	540
Hollanda	89	63	5	4	4	16
İngiltere	102	63	6	5	4	11
İran	190	118	38	32	22	76
İspanya	113	45	5	4	3	5
İsrail	91	48	6	5	4	13
İsveç	82	51	4	3	2	8
İtalya	91	47	5	4	3	5
Japonya	92	45	4	3	2	10
Kanada	91	57	6	5	4	5
Kazakistan	424	187	73	63	32	210
Kenya	477	502	120	78	29	1000
Kore	151	55	6	5	3	20
Libya	186	109	20	18	11	97
Lüksemburg	118	59	6	5	4	28
Malezya	200	109	12	10	5	41
Meksika	161	94	28	23	15	83
Mısır	239	158	36	26	21	84
Nijerya	513	478	197	103	53	800
Norveç	93	57	4	3	3	10
Özbekistan	223	141	69	57	27	24
Pakistan	222	198	101	80	57	500
Polonya	198	79	8	7	6	10
Romanya	232	100	20	17	9	58
Rusya	485	180	16	13	9	65
Somali	524	428	225	133	49	1100
Sudan	390	304	91	62	29	590
Türkiye	180	112	22	20	14	21
Türkmenistan	350	166	103	80	35	31
Yemen	298	225	111	82	37	570
Yunanistan	110	46	5	4	4	10

* Binde, ** Yüzbinde

Tablo 4. Dünyanın Bölgelerine Göre Ölüm Hızları (DSÖ 2010) (4).

Bölgeler	Yetişkin Ölüm Hızı (15 – 60 Yaş)		5 Yaş Altı Ölüm Hızı	BÖH	Neonatal BÖH	AÖH
	Erkek	Kadın				
Afrika	519,0	465,3	167,2	100,1	43	910
Amerika	176,1	100,0	24,7	20,9	12	140
Asya	268,6	204,1	76,6	55,8	38	460
Avrupa	234,3	99,6	22,1	18,5	11	39
Orta Doğu	256,6	189,6	93,6	69,0	40	460
Batı Pasifik	159,0	97,0	31,0	25,2	19	80

Bilindiği gibi BÖH; anne-baba eğitimi, ekonomik durum, kötü çevrede yaşama, ulaşım, iletişim, geleneksel aile, aile planlaması, yetersiz ve dengesiz beslenme ve sağlık hizmetlerinden yararlanmama gibi pek çok olanaktan mahrum kalmanın ifadesidir.

Dünyada 2010 yılında 5,4 milyon bebek ölümü ve 7,6 milyon beş yaş altı çocuk ölümü gerçekleşmiştir. Bu ölümlerin çoğu gelişmemiş ülkelerde ve önlenabilir nedenlere bağlı olarak olmuştur (5).

Bebek ölüm hızı en yüksek olan ülke Angola (binde 174,9), en düşük olan ülke ise Monako'dur (binde 1,79) (6). Türkiye bebek ölüm hızı açısından küçükten büyüğe doğru yapılan sıralamada Dünyadaki 193 ülke arasında 96. sıradadır (4).

Gelişmiş ülkelerle ülkemiz arasında sağlık düzeyi ölçütleri açısından en büyük farklılık ölüm hızlarında görülmektedir. Bebek ölüm hızımız (binde 28) Japonya, Norveç, İsveç gibi gelişmiş ülkelere göre (binde 3) yaklaşık 10 kat, beş yaş altı bebek ölüm hızımız (binde 32) 8 kat, anne ölüm hızımız 6 kat fazladır (4).

Beş yaş altı çocuk ölümlerinin %70'i yaşamın ilk yılında meydana gelmektedir. Bebek ölümleri içinde, yeni doğan ölümlerinin oranı giderek artmakta, 1990'larda %10 iken günümüzde %40'a çıkmıştır (7).

Dünya genelinde bebek ve çocuk ölüm oranlarında her geçen yıl önemli iyileşmeler olmaktadır (8). Buna paralel olarak Türkiye'de son 50 yılın bebek ölüm hızındaki değişmelerine bakacak olursak; 1945 yılında binde 260, 1960-1970 yılları arasında binde 150 iken, bu oran ikibinli yıllarda binde 37'ye düşmüştür (9,10,11,12,13). 2008 yılında yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçlarına göre Türkiye'de bebek ölüm hızı, bin canlı doğumda 17'dir (14).

Bebek ölümlerinin azaltılması için Sağlık Bakanlığı, UNICEF ve Dünya Sağlık Örgütü İşbirliği çerçevesinde, 1985 yılından itibaren bir dizi çocuk sağlığı programı uygulanmaya konulmuştur. Bu programlar; İshalli hastalıkların kontrolü programı, Akut solunum yolu

hastalıklarının kontrolü programı, Aşılama, Anne sütünün teşviki, Büyüme ve gelişmenin izlenmesi, Bebek dostu hastaneler ve Anne sütünün teşviki programı, Ağız ve diş sağlığı, Genetik hastalıklardan korunma, Hemoglobino-pati kontrol programı, İyot yetersizliği ve hastalıklarının kontrolü ve tuzun iyotlanması programı, Adölesan sağlığı, Yenidoğan resusitasyonu, Polio eradikasyonu, Neonatal tetanozun eliminasyonu gibi programlardır. Bu programlar sayesinde 1986 yılından önce bebek ölümleri sıralamasında 2. sırada bulunan ishal bugün 5.sıraya düşmüştür (14).

Son on yıl içinde çocuk ölümlerinin azaltılması için çok şey yapılmış olmasına karşın alınacak daha çok yol vardır. Türkiye’de bebek ölüm hızının saptanmasına yönelik ilki 1966-1967 yıllarında Hıfzısıhha Enstitüsü tarafından yapılan araştırma, daha sonra Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından 1968 yılından beri her beş yılda bir yapılmakta ve bebek ölüm hızı tahminlerini vermektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması verilerine göre; Türkiye’de 1998 yılında neonatal ölüm hızı (NÖH) binde 25,8, bebek ölüm hızı (BÖH) binde 42,7 ve beş yaş altı çocuk ölüm hızı da binde 52,1 idi (15). Aynı araştırmanın verilerine göre; 2008 yılında ülkemizdeki neonatal bebek ölüm hızı binde 13’e, bebek ölüm hızı binde 17,0’a ve beş yaş altı çocuk ölüm hızı da binde 24’e düşmüştür (14).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Gelişmekte olan ülkeler arasında yer almakta olan Türkiye, 73 milyon nüfusu, %1.4 nüfus artış hızı, erkeklerde 72 kadınlarda 77 yıl olan yaşam beklentisi ve % 67.3 oranında kentsel nüfusu ile iç göçün yoğun olarak yaşandığı bir ülke konumundadır.

Gelişmiş ülkelerle ülkemiz arasında sağlık düzeyi ölçütleri açısından en büyük farklılık ölüm hızlarında görülmektedir. Bebek ölüm hızımız (binde 28) Japonya, Norveç, İsveç gibi gelişmiş ülkelere göre (binde 3) yaklaşık 10 kat, beş yaş altı bebek ölüm hızımız (binde 32) 8 kat, anne ölüm hızımız 6 kat fazladır.

Sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi ele alındığında ülkemizin sağlık göstergeleri tatmin edici düzeyde değildir. Çocukların sağlık düzeyleri dünyanın diğer ülkeleriyle karşılaştırıldığında Türkiye orta düzeydeki ülkeler arasında yer almaktadır (16).

Bu araştırma göstermektedir ki, sağlık hizmetlerindeki iyileşmeler sonucu demografik göstergelerimiz giderek iyileşmekte ve bunun sonucu olarak toplumdaki yaşlı oranı artmakta ve bu nedenle sunulacak sağlık hizmetlerinin bu doğrultuda değişmesi gerekmektedir.

Özellikle çocuklar arasındaki hastalıkların ve önlenabilir ölümlerin daha da azaltılabilmesi için temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi gerekmektedir. Yapılması gerekenlerin başında,

düşük gelir düzeyindeki kadınlara ve ailelerine doğum öncesi ve erken çocukluk bakım hizmetlerinin ulaştırılması gelmektedir.

KAYNAKLAR:

1. Tezcan S. Epidemiyoloji Tıbbi Araştırmaların Yöntem Bilimi. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayın No: 92/ 1, Ankara, 1992.
2. Beaglehole R. , Bonita T. , Kjellström, Temel Epidemiyoloji, Nobel & Güneş Tıp Kitapevi, Bursa, 1998.
3. <http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do>
4. WHO: World Health Statistics 2010
5. Oestergaard MZ, Inoue M, Yoshida S, Mahanani WR, Gore FM, Cousens S, Lawn JE, Mathers CD; on behalf of the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation and the Child Health Epidemiology Reference Group. Neonatal Mortality Levels for 193 Countries in 2009 with Trends since 1990: A Systematic Analysis of Progress, Projections, and Priorities. PLoS Med 2011;8(8). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001080> PMID:21918640 PMCID:3168874
6. World Fact Book. Country Comparison : Infant mortality rate. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2091rank.html>
7. UNICEF 2011. Levels and trends in child mortality.Report 2011-Estimates developed by the UN Inter Agency Group for Child Mortality Estimation.
8. Rajaratnam JK, Marcus JR, Flaxman AD, Wang H, Levin-Rector A, Dwyer L, Costa M, Lopez AD, Murray CJ. Neonatal, postneonatal, childhood, and under-5 mortality for 187 countries, 1970-2010: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 4. Lancet 2010;375(9730):1988-2008. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60703-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60703-9)
9. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri. Türkiye'nin demografik dönüşümü. Doğurganlık, Aile planlaması, anne-çocuk sağlığı ve beş yaş altı ölümlerdeki değişimler 1968-2008. Ankara, 2010. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TurkiyeninDemografikDonusumu_220410.pdf
10. Taşkın Ş, Atak N. Bebek ve Çocuk Ölümlerinin Değerlendirilmesi: Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması, 1993 ve 1998. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2004;57(1):1-12.
11. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-TNSA 1993. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE), Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993, Ankara, 1994.
12. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması -TNSA 1998. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE), Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998. Ankara: 1999.
13. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-TNSA 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE), Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Ankara: 2004. TNSA 1993.
14. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye, 2009.
15. Hancıoğlu A. (1999). 'Bebek ve Çocuk Ölümlülüğü', Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Macro International

Inc. , Katkıda bulunan kuruluşlar: SB AÇSAP Genel Müdürlüğü, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu ve ABD Uluslararası Kalkınma Teşkilatı, Ankara.

16. Ergin I, Hassoy H. Bebek ölümlülüğünde eşitsizlikler: Dünya ve Türkiye'deki duruma dair bir değerlendirme. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi 2011; 1(3):98-104

ÇOCUĞUNUZ DEPRESYONDA OLABİLİR!

Nurgül TERCANLI¹ Beyhan BUDAK²

ÖZET

Depresyon; umutsuzluk, kendini küçük görme, benlik saygısında azalma, uyku ve iştah bozuklukları gibi somatik ve psikolojik belirtiler gösteren bir hastalıktır. Çocuk, gelişmekte olan bir canlıdır ve bu gelişim dönemleri boyunca olumlu ve olumsuz stres etkenlerinden, yapısal özelliğe göre az veya çok etkilenecektir. Depresyon ise çocuklarda sık görülen, ciddi, tekrarlayıcı, çocuğun sosyal ilişkilerini ve okul performansını ciddi ölçüde azaltan, tedavi edilmediği takdirde kronikleşebilen ya da intiharla sonuçlanabilen bir hastalıktır. Hastalık ne kadar erken yaşta başlarsa gelişimi o kadar olumsuz yönde etkileyeceği ve kişinin hastalıkla geçireceği yıllar artacağı için olumsuz etkilerin daha fazla olacağı düşünülmektedir. Bu nedenle çocukta var olan bu hastalık erken fark edilip, uygun tedavi yöntemleri, destek ve uygun başa çıkma yolları kullanılarak depresyon azaltılabilir hatta bu hastalık çözümlenebilmektedir.

Bu çalışmadaki amaç; yapılmış literatürler ışığında depresyonu ve çocuklarda görülen depresyonu incelemek bu bağlamda çocuklarda görülen depresyonu belirtileriyle ele alarak yapılan tedavi yöntemlerinin neler olduğunu vurgulamaktır.

Anahtar kelime: Depresyon, çocuklar, belirtiler, tedavi yolları

YOUR CHILD MAY SUFFER FROM DEPRESSION!

¹Nurgül TERCANLI, ²Beyhan BUDAK

ABSTRACT

Depression is a disease showing somatic and psychological symptoms such as hopelessness, self-contempt, self-esteem, sleep and appetite disturbances. The child is a developing individual and can be affected by positive and negative stress factors during the developmental stages more or less due to structural features. Depression is a disease which is common in children, severe, recurrent, substantially reducing the child's social relationships and school performance and is a disease that can result in chronicity, or suicide when the patient is left untreated. How earlier the disease begins it will affect the children's development more negatively, so it is thought that when the years spend with illness increases the negative effects will also increase. For this reason, the child who has got this disease can be diagnosed early and by using appropriate treatment methods, support and using appropriate ways of coping with the illness depression can be reduced or even solved.

The aim of this study is to examine depression and depression in children in the light of literature and in this context to emphasize the treatment methods of depression by considering the symptoms of depression in children.

Key words: Depression, children, the symptoms, treatment methods

¹ Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğretim Görevlisi

² Ankara Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı ve Eğitim Araş. Hast. Uzman Psikoloğu

İletişim / Corresponding Author : Nurgül TERCANLI

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Tel : +90 456 233 76 37

e-mail : nurgultercanli@gmail.com

Geliş Tarihi / Received : 05.01.2012

Kabul Tarihi / Accepted : 20.02.2012

GİRİŞ

Depresyon; derin üzüntülü, bazen de hem üzüntülü hem bunaltılı duygu durumla birlikte düşünce, konuşma, fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma bunların yanı sıra değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile belirli bir sendromdur (Öztürk, 2004). Organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının zorlanması ve tehdit edilmesiyle ortaya çıkan bir durumdur(Birol, Hemşirelik süreci, 2005) Başka bir tanıma göre depresyon; en sık rastlanan duygusal rahatsızlıktır ve dünyanın yaradılışından bu yana da bizlerle birlikte dir.(Köknel, 1992)

Depresyon yaygınlık, kronikleşme ve tekrarlama oranının yüksek olması ayrıca intihar riskini arttırması nedeniyle önemli bireysel ve toplumsal bir sağlık sorunudur (Marakoğlu ve Şahsıvar, 2008). Depresyon birçok ruhsal ya da ruhsal olmayan hastalıkta görülebilir. Depresyonun ortaya çıkma nedenlerinden, belirtilerine ve daha birçok özelliğe göre ayrılmış türleri vardır. Aşağıda depresyonun ortaya çıkış ve seyir haline göre sınıflandırmaları verilmiştir.

Birincil Depresyon: Bedensel ya da başka bir ruhsal hastalığa bağlı olmaksızın ortaya çıkan depresyonlardır. (Öztürk, 2004).

İkincil Depresyon: Bedensel veya başka bir ruhsal hastalığa bağlı ve ikincil olarak ortaya çıkan depresyon türüdür (Öztürk, 2004).

Tek Kutuplu Depresyon: Kişinin sadece tekrarlayan depresif belirtiler sergilediği, ancak herhangi bir manik nöbet geçirmediği bir tür depresyondur (Dünya Sağlık Örgütü, 2001)

Çift Kutuplu Depresyon: Depresyon, mani ve karışık belirtilerin sürekli tekrarlandığı ciddi bir rahatsızlıktır (Dünya Sağlık Örgütü, 2001)

Reaktif Depresyon: Ağır psikolojik ya da sosyal streslere maruz kalan bazı kişilerde, stresli olayı takip eden dönemde ortaya çıkan depresyondur.

Depresyonun bazı temel semptomları karakterize olsa da bir takım belirtiler depresyonun türüne göre değişebilmektedir. Aşağıda depresyonun semptomlarına göre sınıflandırmaları verilmiştir:

Melankolik Depresyon: Bu tür depresyonda hastaların sosyal aktivitelere ve hobilerine olan ilgileri çok azalmıştır. Arkadaş toplantılarına, aile ziyaretlerine katılmak istemez, daha önce zevkle yaptıkları işleri yapmak istemezler.İştahsızlık ve kilo kaybı belirgindir. Mutluluk ve sevinç duyguları sanki kaybedilmiştir.Hastalar uyanmaları gereken saatten çok önce uyanır ve tekrar uyumakta güçlük çekerler (Mercan, 2007).

Katatonik Depresyon: Katatoni, kişinin belli bir durumda uzun süre kıpırdamadan kalması demektir. Katatonik depresyonun belirtileri motor hareketsizlik, aşırı motor etkinlik, aşırı negativizm, seçici mutizm, istemli davranışlarda acayıplıklar, ekolali veya ekopraksidir (DSM-IV, 2001)

Atipik Depresyon: Atipik depresyon daha öncesinde maskeli depresyon olarak adlandırılırdı. Melankolik depresyon belirtilerin daha hafif yaşandığı ancak somatik belirtilerin de olduğu bir depresyon türüdür (Mercan, 2007).

Postpartum Depresyon: Kadınlarda doğum sonrası ortaya çıkan depresyon türüdür. Belirtileri genellikle doğumdan sonraki ilk 6 ayda ortaya çıkar.

Kronik Depresyon: Kronik Depresyon “Distimi” olarak da bilinir. Distimi, kişinin kendisini daha iyi hissettiği kısa dönemlerde dönüşümlü olarak yer değiştirerek sürebilir. Kişinin iş yaşamını ve toplumsal yaşamını bozabilir.

Genel Tıbbi Bir Duruma Bağlı Depresyon: Tıbbi bir hastalığı olan kişilerin yaklaşık %25’inde klinik bir depresyon dönemi görülür. Genelde depresyon belirtileri tıbbi hastalığın başlaması ile birlikte ortaya çıkmışsa böyle bir tanı konur.

I. ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE DEPRESYON

Depresyon, erişkinlerde olduğu gibi çocuklarda da sık görülen bir psikiyatrik bozukluktur. Çocuklarda önemli oranda morbiditeye yol açan depresyon, kişinin sosyal, akademik ve tüm yaşam alanlarında işlevselliğini etkilemekte, aile içi problemler, okul başarısızlığı, sosyal sorunlar ve madde kullanımı gibi psikopatolojilere zemin hazırlayabilmektedir. Ayrıca depresyon, özellikle ergen yaş grubunda, intihar fikir ve davranışlarının sonucu olarak mortaliteye yol açabilmektedir (Taner, 2007). Yakın zamana kadar çocuklarda depresyon bir hastalık olarak değerlendirilmemekteydi, son 20 yıldır yapılan araştırmalarda çocukluk depresyonu ölçülmeğe çalışıldığından beri, hastalığı anlamada büyük yol kat edilmiştir. Depresyon, çocukların yaşamında çok önemli etkiler yaratan bir durumdur. Bu etki çocuğun, okul aile ve arkadaş ilişkilerini etkilemektedir (Miller, 2002)

Çocukluk depresyonu çocuğun sosyal becerilerini, konsantrasyon ve enerji düzeyini ve arkadaş ilişkilerini etkileyebileceğinden tehlikeli bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Çocukluk depresyonunda sapsmalar dört bölümde kendini göstermektedir:

1. Düşüncelerde: Sıkça rastlananlar konsantrasyon bozukluğu, kararsızlık, ölüm düşünceleri, değersizlik ve suçluluk duyguları

2. Duygularda: Bunalım, aşırı tedirginlik, çeşitli faaliyetlere ilgi kaybı, duygusal olarak kendini ifade edememe.

3. Davranışlarda: Tedirginlik ve yorgunluk

4. Psikolojide: Aşırı uyku ya da uykusuzluk, aşırı ya da azalmış zevk duygusu, yoğun halsizlik (Miller; 2002.14).

Bebek ve çocuk, yaşamının ilk yıllarında başkaları tarafından bakılmaya, beslenmeye, korunmaya gereksinim duyar. Gereksinimlerin gecikmesi ya da sağlanamaması, bebeğin, çocuğun, organizmasında acı, elem ve gerginlik yaratır. Buna “birincil kaygı” adı verilir. İnsanın yaşamı boyunca karşılaştığı çaresizlikler, engellenmeler ve örseleyici durumlar, birincil kaygıya benzer durumların ortaya çıkmasına neden olur. Başka bir deyişle; insan, kimi uyaranlar ya da yaşam olayları karşısında bütün savunma düzenini yitirip, birinci kaygı dönemine gerileme gösterebilir (Köknel, 1992.159)

II. ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE DEPRESYON BELİRTİLERİ

Çocuklarda depresyonu başlatan nedenler genellikle sevilen bir kişinin kaybı, anne-baba boşanması, geçimsizliği, alışık olduğu bölgeden taşınma gibi önemli değişiklikler, hastane yatışı, kronik bir hastalığın varlığı, ailenin uygunsuz yaklaşım tarzları (ilgisiz, aşırı eleştirici ve aşırı kollayıcı) olabilir (Taner, 2007).

Özellikle birinin kaybı, anne yoksunluğu, anne-babadan ayrılma sonucu ortaya çıkan yas kolaylıkla depresyona dönüşebilmektedir. Anne babada ciddi depresyon olan çocuklarda da model alma yoluyla öğrenme ve anne babanın yetersizliğine bağlı depresyonlara sık rastlanmaktadır. (Küçükyaşıcı, 2008)

Bebeklik döneminin en önemli özelliği konuşmanın başlangıçta hiç olmaması ve konuşmaya başlayınca yetersiz kalmasından dolayı iletişim bozukluğu ve yaşına uygun ses oyunlarını (agu v.b.), el oyunlarını gerçekleştirmediği gibi çevreyi merak ve keşif davranışlarını da göstermezler. Tablonun daha da ağırlaştığı durumlarda bebeğin psikomotor gelişimi yavaşlayabilirken (Kayaalp, 1999) okul çağındaki çocuklarda belirtiler; ortamlardan geri çekilme, etkinliklere karşı ilgi azalması ya da tam tersi olarak huysuzluk ve davranış bozukluğu şeklinde ortaya çıkabilir. Depresyondaki çocuk üzgün görünür, yavaş hareket eder, ses tonu monotondur. Kendilerini negatif cümlelerle tanımlarlar; "ben aptalım", "kötü bir kızım-erkeğim" gibi. Okul başarıları kötüleşir, okul-dışı aktivitelere katılmak istemezler. En sık belirtilenler; karın ve baş ağrılarıdır. Çocuklarda ve gençlerde depresyon tanısı erişkinlerdeki tanı

kriterlerinin aynıları kullanılarak konulmaktadır ancak depresif belirtilerin görünüş biçimleri küçük yaşlarda ve erişkinlerde farklı olabilmektedir. Çocuklarda ve gençlerde, belirtilerin saptanmasının zor olması veya depresif belirtilerin büyüme dönemi ve hormonal değişiklikler gibi etmenlerden etkileniyor olması nedeniyle depresyon tanısının konması güç olabilmektedir (Türkbay, 2004)

Yaşın ilerlemesi ile gelişen zihinsel kapasite ve kendini ifade olanaklarına bağlı olarak semptomatoloji daha içselleştirilmiş bir nitelik kazanır. Başka bir deyişle yetişkindeki depresyon tablosuna benzemeye başlar. Depresif ruh durumu “yapamam”, “bilmiyorum”, “yorgunum” gibi ifadelerle aktarılır. Ancak bunun yanında depresif duygulanıma karşı koymayı amaçlayan, saldırgan ve dürtüsel davranışlar, hırsızlık, yalan, okuldan veya evden kaçma gibi tutumlara başvurulabilir. Okul başarısızlığı ise hemen hemen her olguda mevcuttur (Kayaalp, 1999)

III. TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Depresyon tedavisi yıllar içinde çok hızlı değişim gösteren bir alandır. Depresyonun tekrarlayan ve kronikleşebilen bir hastalık olması tedavi açısından daha fazla gelişmelere ihtiyaç duymamıza neden olmaktadır. Günümüzde depresyon tedavisinde akut dönem, sürdürüm ve idame dönemleri tedavisi gündeme gelmektedir. Akut dönem çoğunlukla 6 -8 haftalık dönemdir. Akut dönemden sonra gelen, tam ve devamlı düzelmeyi izleyen 16 -20 haftalık dönem, “sürdürüm dönemi” olarak tanımlanır. Sürdürüm döneminde amaç major depresif dönemlerin depresmesini engellemektir. İdamede amaç yineleme, intihar ve kronikleşmeyi engellemektir. Proflaktik olarak da adlandırılan bu dönem konusunda klinik özelliklerine göre 3- 5 yıl arasında süreler önerilmektedir. Temel olarak hiç bir antidepresanın diğerine üstünlüğü olduğunu söylemek mümkün değildir. Üstünlük daha çok yan etki ve uyum gibi faktörlere bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (Bozkurt ve Karlıdere, 2007)

Özellikle okul çağı çocuğunda depresyonun tedavisi ilaç ve psikoterapi ile birlikte olduğunda iyi sonuç alınabilir. İntihar düşüncesi varsa yakın takip yapılmalı, gerekirse yatırılarak tedavisi devam etmelidir. Aile ve okul işbirliği çocukların tedavi ve izlenmelerinde büyük önem taşır. Semptomları belirleme ve iyileşme süreçlerini izlemede, ilaç alımlarını sağlamamanın yanı sıra çocukların kendilerinin ikili ilişkide bulunmalarının tedavi edici etkileri vardır. (Şener, 1989)

Aşağıda çocukluk çağı depresyonun tedavisinde kullanılan ilaç ve psikoterapilere yönelik bazı yöntemler kısaca özetlenmiştir (Taner, 2007; Bozkurt ve Karlıdere, 2007; Çayköylü ve Albayrak, 2007; Şener, 1989)

İlaç Tedavisi: Çocukluk depresyonunda ilaç tedavisi gün geçtikçe kullanımı artan bir yöntem olarak bilinmektedir. Depresyon semptomlarının çok şiddetli ve uzun sürdüğü durumlarda, o an uygulanan tedavinin sonuç vermemesi durumunda tercih edilebilir. İlaç tedavisi faydalı olmakla birlikte depresyon gibi karmaşık çocuk psikiyatri bozukluklarında nadiren tek başına etkili olmaktadır.

Aile Terapisi: Çocukluk depresyonunun tedavisinde aile hayati bir fonksiyona sahiptir ve bu nedenle tedavi süreci bireysel ve aile terapisi şeklinde gerçekleşmektedir. Bu tedavi şeklinde, terapist depresyonun neden olduğu negatif etkiler ve bunların nasıl değişeceği konusunda aile ve çocukla birlikte çalışmaktadır.

Sıklıkla depresyon tedavisinde bireysel terapi, aile terapisi ve okulla konsültasyon bir arada gerçekleşmektedir.

Grup Terapisi: Çocukluk depresyonunun tedavisinde grup çalışmaları da yapılmaktadır. Özellikle küçük yaş grubu çocuklarının tedavisinde oyunla grup çalışmalarının, depresyon üzerinde olumlu etkileri olduğu görülmektedir. Grup terapisinde, çocukla terapist arasındaki ilişkinin bireysel terapilere göre daha az yoğun olduğu düşünülür. Diğer çocukların bulunması, çocukların da farklı durumlarda birbirlerinden farklı tepkilerde bulunmaları terapist-çocuk ilişkisini olumlu yönde etkileyebilmektedir. Grup içinde daha girişken çocuk, daha kapalı olan çocuğun ilişki kurmak için zaman kazanmasını sağlayabilmektedir.

Bireysel Tedaviler: Çocuklar bireysel danışmanlık seansları şeklinde düzenlenen bireysel terapi modelleri; içsel merkezli, davranışçı, bilişsel ve bireysel oyun terapisi şeklinde sınıflandırılabilir.

Davranışçı Terapi: Kaynağı ne olursa olsun, çocuğun yakınmalarına yol açan belirtiler ya da uyumu bozucu davranışlar ortadan kalkınca, denge ve düzenin sağlanacağı görüşüne dayanmaktadır. Davranış terapistleri çocuk depresyonunun, gelişim için gerekli olan onaylama ve ödüllerin nasıl elde edileceğinin bilinmemesinden kaynaklandığını belirtmektedirler. Davranışçı terapide korkuların sistemli bir şekilde azaltılması, fikir belirtme eğitimi, sosyal beceri geliştirme gibi tekniklerden yararlanılmaktadır. Böylelikle çocuğun ihtiyaç duyduğu başarılarla nasıl ulaşılabileceğine dair destek sağlanmaktadır.

Bilişsel Terapi: Çocukluk depresyonu tedavisinde yaygın olarak kullanılan bir terapi modelidir. Çocukla, bireysel tedavi seansı esnasında terapist, gerçek olmayan düşünceler üzerinde durup, yanlış değerlendirmeleri ele alarak ve çocuğun olayları farklı bir açıdan değerlendirmesini sağlayarak, daha az depresif olabilecek yorumlar yapmasına izin vermektedir.

Oyun Terapisi: Çocuklar oyun oynama yöntemini, geçmiş ve gelecekle ilgili kaygılarını bastırmak ya da ifade etmek için kullanmaktadırlar. Oyun çocukların kendilerini ifade edebilmeleri için rahat ve güvenli bir yoldur. Çocuklar sözel olarak ifade edemedikleri duygularını oyun yoluyla ifade edebildiklerinden, terapist bu yolla çocuğu anlayabilmekte ve bir tedavi yöntemi oluşturabilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Birol L , Hemşirelik Süreci Kitabı, 2005
2. Bozkurt A, Karlıdere T, Depresyonda Farmakoterapi Kitabı, Yıl: 2007 Cilt: 3 Sayı:47
3. Çayköylü A, Albayrak A, Depresif Bozukluklarda Somatik Tedaviler, Yıl: 2007 Cilt: 3 Sayı:47
4. Dünya Sağlık Örgütü, “2001 Dünya Sağlık Raporu Ruhsal Ve Nörolojik Bozukluklar Basın Bülteni”
<http://undp.un.org.tr/who/bultenturkbul5ruhnorobozukluk.HTM>,
5. Kayaalp L, Çocuk ve Ergende Depresyon, Depresyon, Somatizasyon ve Aciller Sempozyumu, İstanbul, 1999
6. Köknel Ö, Depresyon, Ruhsal Çöküntü Kitabı, Altın Kitapevi; 3. basım. 1992
7. Köroğlu E, Dsm-IV-Tr Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı, HYB Yayınları, Ankara 2000
8. Küçükyaşıcı G, Çocuk ve Ergen Psikiyatristi Kitabı, 2008
9. Marakoğlu K, Şahsıvar Ş, Depresyon, Tıp Bilimleri Dergisi Yıl: 2008 / Cilt: 28 / Sayı: 4
10. Miller J, Çocuklarda Depresyon Kitabı, Özgür Yayınları, 2002
11. Öztürk O, Ruhsal Sağlığı ve Bozuklukları Kitabı. Ankara, 2004
12. Sibel M; “Depresyon Nasıl Sınıflandırılır”, <http://www.populervedikal.com/deprestip.asp>, 2007
13. Şener Ş, Çocukluk Çağı Depresyonlarında Tedavi. GÜ Tıp Fak Dergisi IV,3:641-647, 1989
14. Taner Y, Çocuk Ve Ergenlerde Depresyon , Yıl: 2007 Cilt: 3 Sayı:47

2000-2009 YILLARI ARASINDA GÜMÜŞHANE İLİNDE GERÇEKLEŞEN ÖLÜMLERİN EPİDEMİYOLOJİK YÖNDEN İNCELENMESİ*

Turgut ŞAHİNÖZ¹ Saime ŞAHİNÖZ¹ Hasan Hüseyin EKER¹

ÖZET

Bu araştırma; Gümüşhane İlinde 10 yıl içerisinde gerçekleşen ölümlerin epidemiyolojik yönden incelenmesi amacı ile yapılan tanımlayıcı bir araştırmadır.

Araştırmanın evreni olan Gümüşhane İli nüfusuna kayıtlı kişilerden 10 yıl içerisinde gerçekleşen 18 066 ölüm vakasının tümü araştırmaya dahil edilmiştir. Veriler Nüfus Müdürlüğü elektronik kayıtlarından elde edilmiştir. Ayrıca 2009 yılında gerçekleşen ölüm vakaları için İl Sağlık Müdürlüğüne gönderilen kayıtlar incelenmiştir. Veriler Epi info 2000 programında değerlendirilmiş ve istatistiksel analiz olarak Ki kare testi kullanılmıştır.

10 yıl içerisinde gerçekleşen ölümler incelendiğinde; erkek nüfusundaki ölümlerin kadın nüfusundaki ölümlere göre yaklaşık % 10 daha fazla olduğu görülmüştür.

Ortalama yaşam süresinin her iki cinste de 10 yıl içerisinde giderek arttığı; erkeklerde 57'den 63'e, kadınlarda ise 63'den 69'a çıktığı tespit edilmiştir. Ölen kadınların yaklaşık yarısının, ölen erkeklerin ise yaklaşık %13'ünün dul olduğu tespit edilmiştir.

Ölümlerin ancak % 12,4'ne ölüm formu doldurularak İl Sağlık Müdürlüğüne gönderilmiştir.

Ölüm formunun aile hekimi ve hastane otomasyonuna konulması ve bilgilerin bu yolla MERNİS Sistemine entegre edilmesi verilerin toplanılmasında hız ve kaliteyi artıracaktır. Ölüm istatistiklerinin Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) yerine Sağlık Bakanlığı tarafından derlenmesinin, değerlendirilmesinin ve ilgili kurumlarla paylaşılmasının daha doğru olacağı kanaatini taşımaktayız.

Anahtar kelimeler: Ölüm kayıtları, Gümüşhane, Demografik Özellikler

* 4-7 Ekim 2011 tarihlerinde Trabzon'da düzenlenen 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresinde P147 numarasıyla poster olarak yayınlanmıştır.

¹ Yrd. Doç. Dr., Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu1

İletişim / Corresponding Author : Turgut ŞAHİNÖZ

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Tel : +90 456 233 76 37

e-posta: drsahinoz@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received : 04.01.2012

Kabul Tarihi / Accepted : 20.02.2012

EPIDEMIOLOGICAL INVESTIGATION OF THE DEATHS THAT HAVE TAKEN PLACE BETWEEN 2000-2009 IN GÜMÜŞHANE PROVINCE

ABSTRACT

This research is a descriptive study conducted in order to make the epidemiological investigation of the deaths occurred within 10 years in Gümüşhane province.

The universe of the study was the 18 066 deaths occurred within 10 years in Gümüşhane province and all of the 18 066 deaths have been included to the study. Data have been obtained from the electronic data of the Population Directorate. Also, the data of deaths occurred in 2009 was investigated from the data sent to the Health Directorate. The obtained data have been analysed by the computer with Epi Info 2000 program and khi-square test has been used for the statistical analysis.

When the deaths that occurred within 10 years were examined it has been found out that the deaths of male population were approximately 10% more than the deaths of women population.

It has been found out that within 10 years the average life expectancy has increased in both sexes; and it has increased to 63 from 57 in men and to 69 from 63 in women. About half of the women and about 13% of the men who died were found to be widowed.

The form of death was filled and sent to the Provincial Health Directorate in only 12.4% of the deaths.

Introduction of death form to the family medicine and hospital automation systems and entegrating knowledge to MERNIS system will increase the speed and quality. We are convinced that it would be more appropriate that the compilation, evaluation and sharing of death statistics with relevant institutions should be done by the Ministry of Health instead of Turkey Statistical Institute (TSI).

Key words: Death Records, Gümüşhane, Demographic Characteristics

GİRİŞ VE AMAÇ

Ölüm verileri, ulusal ve uluslararası seviyelerde sağlık durumunu karşılaştırmak ve ölçmek için kullanılan en önemli göstergedir. Önemli sağlık göstergeleri olan ölüm istatistikleri aynı zamanda sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve yeniden düzenlenmesinde kullanılan verilerin de en önemlisidir (1).

Ölen kişinin hem sosyoekonomik ve kültürel özelliklerinin, hem de ölüm nedeninin tam ve doğru olarak bilinmesi gerekir. Bu önemli özellikleri nedeniyle bir bölgede olan ölümler hakkında zamanında, doğru, tam ve kapsamlı veri elde etmek zorunluluğu vardır. Ancak, üzümlere belirtmek gerekir ki; bugün halen Ülkemizde ölümlerle ilgili sağlıklı veriler toplanmamaktadır. Toplanabilen veriler de hem sayı hem de nitelik yönünden yetersizdir (1).

Bir bölgede olan ölümler hakkında zamanında, doğru, tam ve kapsamlı veri elde etmek oldukça zorlu bir iştir (2). Bir sağlık yöneticisinin başarılı bir şekilde planlama yapabilmesi, bölgesinde olan ölümleri sayı ve nitelik yönünden çok iyi bilmesine bağlıdır (3).

Ölen kişinin yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, mesleği, oturduğu yer gibi sosyoekonomik ve kültürel özellikleri yardımıyla bölgedeki ölümlerin analizlerinin yapılması sunulan sağlık hizmetlerinin başarısını göstermek açısından oldukça önemlidir (4).

Ölüm istatistikleri; Ölümlerin zaman içerisindeki değişimini değerlendirmek; ölüm oranlarında bölgesel farklılıkları belirlemek ve bu farklılıkların nedenlerini araştırmak; ölümlerin en sık hangi nedenlerle ortaya çıktığını belirlemek amacıyla toplanmaktadır (5).

Ölüm Raporu, en eski ve en kapsamlı halk sağlığı sürveyans sistemlerinin temelini oluşturan ölüm istatistiklerinin kaynağıdır. Ölüm raporu; ölen kişilerin özelliklerine ilişkin bilgi ve ölüm nedeni ile ilgili önemli bilgiler sağlar.

Ülkemizde Umumi Hıfzıssıhha Kanununun (UHK) 214. Maddesi uyarınca defin ruhsatı olmadan ölümlerin gömülmesi yasaktır. Ölüm raporlarını düzenlemek belediye hekiminin, belediye hekiminin bulunmadığı yerlerde de sağlık ocağı hekiminin (Şimdi Aile Hekiminin) görevidir. Hastane ve sağlık kuruluşlarında ölüm raporu ilgili kuruluşun başhekimini veya müdürü tarafından verilir. Hekim ve sağlık personelinin olmadığı yerleşim yerlerinde defin izni muhtar veya jandarma komutanı tarafından verilebilmektedir (2). Ölüm durumunda doldurulan “Gömme İzin Kağıdı” ne yazık ki bugüne kadar yalnız il ve ilçe merkezlerinde

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences: 2012;1(1) kullanılabilmış, köylerde bu formlar kullanılamamıştır. Böylece köylerde olan ölümler istatistiki bilgilere yansiyamamıştır (2).

Ülkemizde ölüm kayıtları; 1931 yılında tutulmaya başlanmış, 1949 yılına kadar nüfusu fazla olan 25 il merkezinde, 1957 yılından itibaren de bütün il ve ilçe merkezlerini kapsamıştır (4).

Ölüm gerçekleştiğinde ölen kişi için hekim tarafından “Ölüm Raporu” ve “MERNİS Ölüm Tutanağı” doldurulur. 1587 sayılı Nüfus Kanunu’na göre “Mernis Ölüm Tutanağı” 3 nüsha olarak düzenlenerek 10 gün içerisinde ilgili nüfus müdürlüğüne gönderilir (6).

Bu araştırma; Gümüşhane İli nüfusuna kayıtlı kişilerde 10 yıl içerisinde gerçekleşen 18 066 ölüm vakasının demografik özelliklerinin tespiti, ölüm kayıtlarının düzenli tutulup tutulmadığının belirlenmesi, ölümlerin azaltılması amacıyla yapılacak planlamalarda önceliklerin ve risk gruplarının belirlenmesi konusuna katkı sağlamak amacıyla planlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu tanımlayıcı çalışmada, 2000-2009 yılları arasında Gümüşhane ili nüfusuna kayıtlı iken herhangi bir yerde ölüp, Nüfus Müdürlüğü elektronik kayıtlarına işlenen ölüm vakaları incelenmiştir.

Araştırmanın evreni olan Gümüşhane İli nüfusuna kayıtlı kişilerden 10 yıl içerisinde gerçekleşen 18 066 ölüm vakasının tümü araştırmaya dahil edilmiştir. Veriler Nüfus Müdürlüğü elektronik kayıtlarından elde edilmiştir. Ayrıca 2009 yılında gerçekleşen ölüm vakaları için İl Sağlık Müdürlüğüne gönderilen kayıtlar incelenmiş ve ölüm vakalarının ne kadarının sağlık kurumları tarafından tespit edilebildiği belirlenmeye çalışılmıştır.

Ölüm kayıtlarında yer alan bilgilere göre ölümler; yaş, cinsiyet, medeni durum, ölüm tarihi ve adres değişkenleri açısından incelenmiştir.

Araştırmanın verileri Epi info 2000 bilgisayar programında değerlendirilmiştir. Araştırmada istatistiksel analiz olarak Ki kare testi kullanılmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Gümüşhane İli nüfusuna kayıtlı kişilerde 10 yıl içerisinde gerçekleşen 18 066 ölüm vakası incelendiğinde ölümlerin % 54,8’inin (9 897) erkek, % 45,2’sinin (8 169) kadın cinsiyete sahip olduğu tespit edilmiştir.

Osman E. ve Çetin S.R. 2003 yılında yaptıkları benzer bir çalışmada; ölenlerin % 61,8'inin erkek, % 38,2'sinin de kadın olduğunu (7), Türemez ise tüm ölümlerin %58,1'inin erkek, %41,9'unun kadın olduğunu tespit etmiştir (8).

Türkiye İstatistik Kurumu Ülkemizde 2009 yılındaki tüm ölümlerin % 55,2'ünün erkek, %44,8'sinin ise kadın olduğunu açıklamıştır (9). Bu oranlar bizim araştırmamızdaki oranlarla oldukça uyumludur.

Erkek nüfusundaki ölümlerin kadın nüfusundaki ölümlere göre yaklaşık % 10 daha fazla olduğu görülmektedir. Bu fark, yıllar içerisinde ortalama yaşam süresinde kadınlar lehine bir artışa neden olmaktadır.

Ölümlerin cinsiyete ve yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Ölümlerin Cinsiyete ve Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaş	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek Sayı	Erkek %	Kadın Sayı	Kadın %	Sayı	%
0	248	2,5	204	2,5	452	2,5
1-4	170	1,7	109	1,3	279	1,5
5-18	280	2,8	211	2,6	491	2,7
19-45	1098	11,1	743	9,1	1841	10,2
46-64	2477	25,0	1365	16,7	3842	21,3
65-74	2991	30,2	1716	21,1	4707	26,1
75+	2633	26,6	3821	46,7	6454	35,6
Toplam	9897	100,0	8169	100,0	18066	100,0

$\chi^2=817.91$ $p<0.001$

Ölüm vakalarının cinsiyete ve yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde 45 yaşına kadar ölüm oranlarında cinsiyetler arasında anlamlı bir fark yokken; 46 – 74 yaşları arasında erkeklerin, 75 ve daha yukarı yaşlarda ise kadınların daha fazla oranda öldüğü tespit edilmiştir.

Ölenlerin yıllara göre ortalama yaşam süreleri Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Ölenlerin Yıllara Göre Ortalama Yaşam Süreleri

Yıllar	Ölüm Sayısı	Erkek			Kadın			Toplam		
		Min-Max	X	SD	Min-Max	X	SD	Min-Max	X	SD
2000	1733	0-99	57	23	0-109	63	25	0-109	60	24
2001	1800	0-104	59	21	0-102	64	23	0-104	61	22
2002	1822	0-109	60	21	0-106	65	23	0-109	62	23
2003	1822	0-108	61	20	0-106	65	23	0-108	63	22
2004	1837	0-108	61	21	0-105	66	23	0-108	63	22
2005	1801	0-98	61	21	0-101	65	22	0-101	63	22
2006	1777	0-100	61	22	0-105	68	22	0-105	64	22
2007	1814	0-101	61	22	0-109	69	21	0-109	65	22
2008	1784	0-97	63	20	0-102	69	21	0-102	66	21
2009	1876	0-96	63	21	0-105	69	22	0-105	66	21

Ölüm vakalarının yıllara göre dağılımı incelendiğinde ortalama yaşam süresinin 10 yıllık dönem içerisinde erkeklerde 57'den 63'e, kadınlarda ise 63'den 69'a çıktığı görülmektedir. Yine erkeklerle kadınlar arasındaki 3 yıllık ortalama yaşam süresi farkının yıllar içerisinde değişmediği tespit edilmiştir.

Kırbyık S. 2002 yılında Isparta'da yaptığı araştırmada ortalama yaşam süresinin erkeklerde 73.1 yıl, kadınlarda ise 77.5 yıl olduğunu belirtmiş, kadınlarda ortalama yaşam süresinin erkeklerden daha yüksek olmasını da erkek ölümlerinin fazla olmasına bağlamıştır (10).

Dünya ve Türkiye verileri incelendiğinde de kadınlarda ortalama yaşam süresinin erkeklerden daha uzun olduğu görülmektedir (9,11).

Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre 2010 yılı için Türkiye'de doğumda yaşam beklentisi erkeklerde 72, kadınlarda 77 yıldır. Ülkemizin doğumda yaşam beklentisi, en yüksek değere sahip Japonya'ya göre erkeklerde 10 yıl, kadınlarda ise 13 yıl daha azdır (11). İl Sağlık Müdürlüğü ile İl Nüfus Müdürlüğü kayıtları karşılaştırıldığında; 2009 yılında 1876 ölüm olmasına karşılık İl Sağlık Müdürlüğü kayıtlarında 232 adet (% 12,4) ölüm formu bulunduğu görülmüştür. maktadır. Bu oranın bu kadar düşük olması; ölüm nedeni istatistiklerinin toplanması ve denetimindeki aksaklıklara bağlı olabilir Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) toplamakla yükümlü olması nedeniyle sağlık personeli üzerinde yeterli kontrol ve denetimi yapamamasına bağlanabilir. 18 yaş üzeri ölüm vakalarının medeni durumlarına ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 3'de gösterilmiştir.

Tablo 3. 18 Yaş Üzeri Ölüm Vakalarının Medeni Durumlarına ve Cinsiyete Göre Dağılımı

Medeni Hal	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kadın		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Bekar	510	5,5	848	11,1	1358	8,0
Boşanmış	180	2,0	155	2,0	335	2,0
Dul	1250	13,5	3728	48,8	4978	29,5
Evli	7288	79,0	2912	38,1	10200	60,5
Toplam	9228	100,0	7643	100,0	16871	100,0

$\chi^2 = 3075,0$ $p < 0.001$

18 ve daha yukarı yaşta ölen kişilerin cinsiyetlerine göre medeni durumları incelendiğinde aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Bu fark belirgin olarak ölen kadınlarda dul olanların, erkeklerde ise evli olanların çoğunlukta olmasından kaynaklanmaktadır. Ölen kadınların yaklaşık yarısı dul iken, ölen erkeklerin ise yaklaşık % 13 dul idi. Başka bir deyişle kadınların yaklaşık yarısı eşinden daha fazla yaşamaktadır ve kalan ömrünü dul olarak geçirmektedir. Erkeklerde ortalama yaşam süresinin kadınlardan daha kısa olmasına ve eşi ölen erkeklerin yeniden evlenmesine bağlı olarak erkeklerin dul olarak ölme oranı daha düşük olarak tespit edilmektedir.

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre Ülkemizde 2009 yılında ölen kadınların % 46'sı dul iken, bu oran erkeklerde % 13 idi (9). Bu oranlar bizim araştırmamızdaki oranlarla hemen hemen aynıdır.

Ölüm vakalarının mevsimlere ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Ölüm Vakalarının Mevsimlere ve Cinsiyete Göre Dağılımı

Mevsimler	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kadın		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İlkbahar	2483	25,1	2028	24,8	4511	25,0
Yaz	2455	24,8	2080	25,5	4535	25,1
Sonbahar	2416	24,4	1938	23,7	4354	24,1
Kış	2543	25,7	2122	26,0	4665	25,8
Toplam	9897	100,0	8168	100,0	18065	100,0

$\chi^2 = 1.908$ $p > 0.05$

Ölüm vakalarının, olduğu mevsime ve cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. Her iki cinsiyetin de mevsimlere

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences: 2012;1(1) göre ölüm oranları hemen hemen eşit olmakla birlikte, ölüm oranının her iki cinsiyette de kış mevsiminde diğer mevsimlere göre bir miktar daha yüksek olarak tespit edilmiştir.

Yaş gruplarına ve mevsimlere göre ölümler karşılaştırıldığında arada anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ancak 0 yaş grubundaki ölümler (bebek ölümleri) ilkbahar ve sonbahar aylarında, 75 üstü yaş grubundaki ölümler (yaşlı ölümleri) ise kış mevsiminde diğer mevsimlere göre daha fazla olduğu saptanmıştır.

Isparta İli 2002 yılı mortalite kayıtlarını değerlendiren Kırbıyık ise en fazla ölümün ilkbaharda olduğunu, ancak beş yaş üzerinde ise en fazla ölümün Aralık ayında (%10.4) ve kış mevsiminde (%26.0) olduğunu belirtmiştir (10).

SONUÇ VE ÖNERİLER

On yıllık dönemdeki ölüm oranları cinsiyete göre incelendiğinde; 46 – 74 yaşları arasında erkeklerin, 75 ve daha yukarı yaşlarda ise kadınların daha fazla oranda öldüğü tespit edilmiştir.

Ölüm vakalarının yıllara göre dağılımı incelendiğinde ortalama yaşam süresinin 10 yıllık dönem içerisinde erkeklerde 57'den 63'e, kadınlarda ise 63'den 69'a çıktığı görülmektedir. Yine erkeklerle kadınlar arasındaki 3 yıllık ortalama yaşam süresi farkının yıllar içerisinde değişmediği tespit edilmiştir.

Ölen kadınların yaklaşık yarısı, erkeklerin ise yaklaşık % 13 dul idi. Başka bir deyişle kadınların yaklaşık yarısı eşinden daha fazla yaşamaktadır ve kalan ömrünü dul olarak geçirmektedir.

Bilgisayar teknolojisinin yaygınlaştığı, hekim sayısının arttığı, öğretim elemanları sayısının yeterli olduğu ülkemizde hala ölümler ve hastalıklar ile ilgili tutulan kayıtlarda önemli eksiklikler olduğu görülmektedir.

Tüm kişisel durum bilgilerini elektronik ortama aktarmayı, bu bilgilerde meydana gelen her türlü değişikliği güncellemeyi ve bir ağ üzerinden güvenle paylaşmayı amaçlayan MERNİS Sistemi'nin son derece gereklidir sağlık kurumları tarafından bu sisteme doğum ve ölüm verilerinin girilebilmesi için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

Ölüm istatistikleri TÜİK tarafından değil de Sağlık Bakanlığı tarafından toplanmalıdır. Çünkü ölüm istatistikleri en önemli temel sağlık göstergelerinin hesaplanmasında kullanılmaktadır. Bu göstergeler de sunulan hizmetlerin değerlendirilmesinde ve

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences: 2012;1(1) planlanmasında kullanılmaktadır. Ayrıca bu istatistiklerin üretilmesi ve toplanması sağlık personeli tarafından gerçekleştirildiği için TÜİK'in bu süreçte etkili olması mümkün olmamaktadır ve aksamalar konusunda geri dönüşüm de oldukça zor olmaktadır. Ölüm formları sağlık kurumları tarafında elektronik ortamda ilgili hekim tarafından kodlanarak ve elektronik imza ile birlikte ya da bu teknoloji gelişene kadar şifre ile birlikte doldurulup sağlık müdürlüğüne oradan sağlık Bakanlığına ve ilgili kuruluşlara iletilmelidir.

Ölüm formunun Aile hekimliği ve hastane otomasyonuna konulması ve bilgilerin bu yolla toplanılması ve MERNİS sistemi ile entegre edilmesi verilerin toplanmasında hız ve kaliteyi artıracaktır. Ölüm Formunun TÜİK tarafından toplanılması yerine Sağlık Bakanlığı tarafından toplanılması, verilerin değerlendirilmesi ve ilgili kurumlarla paylaşması yukarıda belirtilen gerekçeler nedeniyle daha doğru olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Sümbüloğlu V, Gören A, Sümbüloğlu K: Ölüm Raporu Yazım Kılavuzu. Ankara 1995.
2. Ölüm Nedenleri Eğitim Dokümanı. Ölüm Nedeni İstatistikleri Eğitim Materyali. TÜİK http://www.tuik.gov.tr/indir/sid/olum_nedeni.zip
3. Vaughan J.P, Morrow R.H. (Çeviri: Bertan M., Enünlü T.): Sağlık Yönetiminde Epidemiyoloji El Kitabı.
4. Tezcan S. Epidemiyoloji, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayın No 92/1, Ankara 1992.
5. <http://www.cdc.gov/nchs/deaths.htm> CDC, NCHS web sayfası: Erişim tarihi 10.11.2010
6. <http://www.nvi.gov.tr/Hizmetler/Nufus,Olumislemleri.html?pageindex=0>
Erişim Tarihi: 10.02.2012
7. Osman E, Çetin S R. Bursa İli Nilüfer İlçesinde 2003 Yılında Meydana Gelen Ölümünün İncelenmesi. TAF Medicine Bulletin, 2006;5 (4).
8. Türemez F. Adana İlinde 1995-2004 Yılı Arasındaki Kaydedilen Ölüm Sertifikalarının Doğruluğu ve Doğruluğu Etkileyen Faktörler, Biyoistatistik Yüksek Lisans Tezi, Adana 2007.
9. http://tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=95. Erişim Tarihi:20.02.2012

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences: 2012;1(1)

10. Kırbıyık S. Isparta İli 2002 Yılı Mortalite Kayıtlarının Değerlendirilmesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Isparta 2004.

11. WHO: World Health Statistics 2010

BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİNİN ÇEŞİTLİ DEĞİŞKENLER AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ (GÜMÜŞHANE İLİ ÖRNEĞİ)

¹Nurgül TERCANLI ²Vildan DEMİR

ÖZET

Bu araştırmada, Gümüşhane il merkezinde yaşayan bireylerin umutsuzluk düzeylerinin ve umutsuzluk düzeylerinde çeşitli değişkenler açısından farklılık olup olmadığının belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın evrenini Gümüşhane il merkezinde yaşayan bireyler oluştururken, örneklem grubunu tesadüfi örneklem yöntemi ile belirlenen ve araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyen 258 kadın ve 135 erkek toplam 393 kişi oluşturmaktadır. Araştırmaya katılanların umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesi amacıyla, Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen ‘Umutsuzluk Ölçeği’ ve katılımcıların kendileri ve aileleri hakkındaki ilgili bilgilerin alınması amacıyla, araştırmacılar tarafından geliştirilen ‘Genel Bilgi Formu’ kullanılmıştır. Araştırma sonucunda, kadın katılımcılarının puan ortalamalarının $5,22 \pm 4,03$ ve erkek katılımcıların puan ortalamalarının $5,91 \pm 4,79$ olduğu; tüm katılımcıların umutsuzluk puan ortalamasının ise $5,54 \pm 4,34$ olduğu belirlenmiştir. Umutsuzluk düzeyi ile kişinin eğitim durumu, eşini eğitim durumu ($P < 0,001$) ve mesleği, gelir düzeyi, nüfusa kayıtlı olduğu yer açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunurken ($P < 0,05$), yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, ailenin sağlık güvencesi olup olması ve aile tipi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p > 0,05$) belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Beck Umutsuzluk Ölçeği, Umut, Umutsuzluk

¹ Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğretim Görevlisi

² Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğretim Görevlisi

İletişim / Corresponding Author : Nurgül TERCANLI

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Tel : +90 456 233 76 37

e-mail : nurgultercanli@ymail.com

Geliş Tarihi / Received : 05.01.2012

Kabul Tarihi / Accepted : 20.02.2012

THE ASSESMENT OF BECK HOPELESSNESS SCALE IN TERMS OF SEVERAL VARIABLES (THE SAMPLE OF GÜMÜŞHANE PROVINCE)

ABSTRACT

In this study it is aimed at determining the hopelessness levels in the living of population of Gümüşhane, provincial center, and differences if they are in hopelessness level in terms of various variables. While the universe of the study is composed by the individuals living in Gümüşhane, the provincial center, the sample group includes 258 women and 135 men, total of 393 people determined by the method of random sampling among the volunteers wishing to participate the survey. In order to determine the hopelessness levels of the participants the 'Hopelessness Scale' which was developed by Beck et al as used and in order to receive information about the participants and their families the 'General Information Form "developed by the researchers was used. As a result the mean scores of female participants was 5.22 ± 4.03 and the mean scores of male participants was 5.91 ± 4.79 ; while the average score of all participants was 5.54 ± 4.34 . When statistically significant difference was found between hopelessness level and educational level, profession, spouse education level ($p < 0.001$) and profession, income level of the participants ($p < 0.05$), there is no significant difference statically was found between hopelessness level and, age, gender, marital status, number of children, that the family has health insurance or not and family type ($p > 0.05$).

Keywords: Beck Hopelessness Scale, Hope, Hopelessness

GİRİŞ

Umutsuzluğun varoluş nedeni umudun yokluğudur. Bu bağlamda umutsuzluğun anlaşılabilmesi için öncelikli olarak umudun tanımlanması gerekir. Umut kısaca “İyi olma duygusu veren ve kişiyi harekete geçirmek için güdüleyen bir özellik” olarak tanımlanmaktadır(Kemer ve Atik, 2005). Başka bir ifadeyle umut, ‘ummaktan doğan güven duygusu’ olarak tanımlanır ve geleceğe yönelik olarak olumlu beklentilere sahip olma duygusunu belirtir. Bu sayede umut insana gelecekte karşılaşılabileceği olumsuz yaşantılarla baş edebileceği duygusunu vererek, ruh sağlığını olumlu etkiler(Çelikel ve Erkorkmaz, 2008). 1950’den bu yana psikologlar ve psikiyatrlar, umudun sağlıktaki ve kendini iyi hissetmedeki rolüne vurgu yaparak, umudu; amacın gerçekleştirilmesindeki olumlu beklenti olarak ifade etmektedir. Umudun en büyük özelliği, olumlu gelişmelerle beraber, bir çıkış yolu olduğuna ilişkin inanç ve planların başarılabileceği öngörüsüdür(Cheavens ve ark., 2006: 136). Umutlu insan, her gün sayfasını kopardığı takviminin incelendiğini, korku ve hüznle gizleyen bir insan değil, bilakis her gün takviminin bir yaprağını koparıp bunların arkalarına birkaç günlük notu aldıktan sonra düzenli bir şekilde dosyalayıp saklayan insana benzer. Bu notlardan oluşan zenginliği, dolu dolu yaşamı, gurur ve sevinçle düşünebilir. Yaşlandığını fark ettiğinde onun için hiç önemi yoktur. Gördüğü gençleri kıskanmak veya gençliğine yönelik nostaljiye gömülmek yerine, geçmişte yapılan iş ve sevilen sevgi ile birlikte yiğitçe göğüslenen acıların gerçekliğiyle, geçmişinin gerçekliklerinden gurur duyar(Frankl, 1997: 108). Fromm' a göre umutları güçlü olan kimseler, yeni yaşamın tüm belirtilerini görerek bundan sevinç duydukları gibi doğmaya hazır olan şeyin varlık kazanmasına yardımcı olmak için de her an hazır bulunurlar(Fromm, 1995).

İngilizcede, "despair", "desparation", "bleaknes" ve "hoppeless" gibi kelimelere karşılık gelen umutsuzluk ise hayata ve geleceğe bakıştaki kötümserliğin(Lavender ve Watkins, 2004: 130; O'connor ve ark., 2000: 155), yükselmesine karşıt iyimserliğin düşmesi veya ortadan kalkmasıyla açıklanır(Kashani ve ark., 1991: 331). Gelecekte olabilecek her şeyin şimdikinden daha iyi olmayacağı(Bayam ve ark., 2002: 7) ve geleceğe yönelik olumsuz bakış umutsuzluk kavramının ögesini oluşturmaktadır(O'Connor ve ark., 2004: 1100). Beck ve arkadaşları umutsuzluğu “kişinin gelecek ile ilgili olumsuz beklentileri” olarak tanımlamaktadırlar.

Umutsuzluk, an ile geleceği birbirine bağlayan köprünün yıkılmasının bir ifadesidir. Umutsuzluk duygusunda, geçmiş yaşantıya dair bir pişmanlık olmakla beraber hayatta

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences: 2012;1(1) yüklenen anlamda kaybolmaya başlar. Umutsuzluk geçmiş yaşantı sonucu oluşan bir boşluktur. Umutsuzluk anlamlandırma yetisinin bozulmasıdır. Bu kapsamda Frankl'a (1959) göre umutsuzluk ruhsal bir hastalık değildir; bu nedenle umutsuz kişiye bir takım ilaçlar vermek yerine ona varoluşsal gelişim ve gelişme krizi boyunca yol gösterilmesi gerekir(Akt.Yerlikaya, 2006:14). Umutsuzluk geçmişte yaşanmış yaşam örüntüsünün genelleme yaparak geleceğe atfedilmesidir. Kişinin sorunlarına çare bulamaması, kişiyi umutsuzluğun içerisine itmektedir. Umutsuzluk çaresizliğin getirmiş olduğu nihai bir sonuçtur(Collins ve Cutcliffe, 2003: 177).

Yaşamsal önem taşıyan bir kavram olmakla birlikte, umut/umutsuzluk yıllardır yalnız kuramsal terimlerle açıklanmıştır. Hem ülkemizde, hem de yurt dışında umutsuzluğun yaygınlığını ve umutsuzluğu etkileyen etkenleri özgül olarak inceleyen yeterince araştırma bulunmamaktadır. Bu çalışmada umutsuzluk düzeyinin belirlenmesi ve umutsuzluk düzeyinin sosyodemografik değişkenlerle ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

MATERYAL METHOD

Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Gümüşhane il merkezinde yaşayan bireyler oluşturmaktadır. İstatistiklere göre Gümüşhane il ve ilçelerinde 132 bin 374 kişi yaşamaktadır. Bunların yaklaşık 40 binine yakını şehir merkezinde ikamet etmektedir. Araştırmanın örneklemini Gümüşhane il merkezinde yaşayan ve tesadüfi örneklem yöntemi ile belirlenen ve araştırmaya gönüllü olarak katılan toplam 393 kişi oluşturmaktadır.

Veri Toplama Araçları

Çalışmada, araştırmaya katılanların kendileri ve aileleri hakkındaki ilgili bilgilerin alınması amacıyla araştırmacılar tarafından geliştirilen 'Genel Bilgi Formu' ve umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesi amacıyla, Beck ve arkadaşları (1974) tarafından geliştirilen 'Umutsuzluk Ölçeği' kullanılmıştır. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Seber ve arkadaşları tarafından yapılmış olup bireyin geleceğe yönelik olumsuz beklentilerini belirlemek amacıyla kullanılır. Daha sonra Durak ölçek üzerinde çalışmış; ölçeğin geçerliliğine, güvenilirliğine ve faktör yapısına ilişkin daha ayrıntılı bilgiler elde edilmiştir BUÖ 20 maddeden oluşan, 0-1 arasında puanlanan bir ölçektir. Alınan puanlar yüksek olduğunda bireydeki umutsuzluğun yüksek olduğu varsayılır. Genel bilgi formunda ise araştırmaya katılan bireylerin cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, kendileri ve eşlerinin mesleki ve eğitim durumları, gelir düzeyleri, nüfusa kayıtlı oldukları yer ile ilgili sorular bulunmaktadır.

Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi

Toplanan veriler üç aşamada değerlendirilmiştir. Birinci aşamada, anket formlarındaki bilgiler kontrol edilmiş, “Genel Bilgi Formu’nda ve “Beck Umutsuzluk Ölçeği”nde sorulara cevap vermeyenler saptanmış ve bunlar değerlendirme dışı bırakılmıştır.

İkinci aşamada, “Genel Bilgi Formu” ve “Umutsuzluk Ölçeği”nde yer alan maddeler SPSS paket programına girilmiş katılımcıların Umutsuzluk puanları hesaplanmıştır.

Üçüncü aşamada ise; katılımcıların umutsuzluk düzeylerine yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, ailenin sağlık güvencesi olup olması ve aile tipi, kişinin eğitim durumu, mesleği, eşini eğitim durumu ve mesleği ve gelir düzeyi durumlarının farklılık yaratıp yaratmadığını belirlemek amacıyla frekans “Tek Yönlü Varyans Analizi” ve t testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya dahil edilen bireylerin cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, çocuk sayısı, aile tipi, sağlık güvencesi olup olmama durumu ve nüfusa kayıtlı olduğu yer değişkenlerine göre Beck Umutsuzluk ölçeği puanları açısından anlamlı bir farklılık olup olmadığı belirlenmeye çalışılmıştır. Çalışmaya 238 kadın, 135 erkek olmak üzere toplam 393 kişi dahil edilmiştir. Yaş değişkeni beş gruba ayrılmıştır. 17-25 yaş aralığında 89, 26-33 yaş aralığında 90, 34-41 yaş aralığında 114, 41-49 yaş aralığında 69, 50 ve üstünde ise 31 kişi bulunmaktadır. Çalışmaya katılanların 305 evli, 80’i bekar ve 8’i ayrı yaşamaktadır. 324’ü çekirdek aileye, 69’u ise geniş aileye sahiptir. 375 katılımcının sağlık güvencesi varken 18’inin sağlık güvencesi yoktur. Nüfusa kayıtlı olduğu yer açısından 346 katılımcı Gümüşhane il nüfusuna kayıtlı iken 47’si başka bir şehrin nüfusuna kayıtlıdır.

Yapılan istatistiki analizler sonucunda araştırmaya dahil edilen bireylerin umutsuzluk puan ortalamaları ile cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sayısı, aile tipi ve sağlık güvencesi durumu değişkenleri açısından anlamlı bir farklılık bulunamazken($P > 0,05$), nüfusa kayıtlı olduğu yer açısından anlamlı bir farklılık($P < 0,05$) belirlenmiştir. Araştırmaya katılan kadınların puan ortalaması $5,22 \pm 4,03$, erkeklerin puan ortalaması ise $5,91 \pm 4,79$ olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların yaşları açısından puan ortalamalarına bakıldığında elli yaş üzerindeki katılımcıların puan ortalamalarının diğer yaş gruplarına oranla daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak yapılan analiz sonucunda yaş değişkeni açısından anlamlı bir farklılık bulunamamıştır($P > 0,05$).

Nüfusa kayıtlı olduğu yer Gümüşhane olan bireylerin umutsuzluk puan ortalamaları $5,71 \pm 4,41$ iken başka bir yer olanların puan ortalamaları $3,59 \pm 2,96$ bulunmuş. Yapılan analiz sonucunda nüfusa kayıtlı olduğu yer değişkeni açısından katılımcıların umutsuzluk puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($P < 0,05$) (Tablo 1).

Tablo:1 Araştırmaya Dahil Edilen Bireylerin Çeşitli Değişkenler Açısından Frekans, Umutsuzluk Puan Ortalamaları, Standart Sapmalar Ve Varyans Analiz Sonuçları

Cinsiyet	N	X ± SS	F \ t	P
Kadın	258	5,22±4,03	t =-1,523	0,129
Erkek	135	5,91±4,79		
Yaş				
17-25	89	5,56±4,35	F=0,127	0,127
26-33	90	4,92±3,76		
34-41	114	5,09±4,16		
41-49	69	5,92±4,57		
≥50	31	7,03±5,37		
Medeni Durum				
Evli	305	5,43±4,34	F=0,200	0,932
Bekar	80	5,50±4,20		
Ayrı	8	6,00±5,014		
Çocuk Sayısı				
Tek	55	5,47±4,32	F=0,422	0,422
2	107	5,00±4,03		
3	86	5,43±4,49		
≥4	48	6,27±4,68		
Aile Tipi				
Çekirdek	324	5,40±4,46	t =-0,559	0,577
Geniş	69	5,72±3,57		
Sağlık Güvencesi				
Var	375	5,45±4,37	t=-0,095	0,924
Yok	18	5,55±2,87		
Nüfusa Kayıtlı Olduğu Yer				
Gümüşhane	346	5,71±4,41	t=3,191	0,002
Başka bir şehir	47	3,59±2,96		

Çalışmada ayrıca katılımcıların kendileri ve eşlerinin eğitimleri, mesleki durumları ve gelir düzeylerinin Beck Umutsuzluk ölçeği puan ortalamaları açısından anlamlı bir farklılık yaratıp yaratmadığı da araştırılmıştır. Yapılan istatistiki analizler sonucunda araştırmaya dahil edilen bireylerin eşinin eğitim durumu ($p < 0,001$), eşinin mesleği, kendi eğitim durumu ve gelir düzeyleri ile umutsuzluk puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık ($P < 0,05$) belirlenirken, bireyin kendi mesleki durumu açısından bir farklılık bulunamamıştır ($P > 0,05$) (Tablo 2).

Tablo 2. Araştırmaya Dahil Edilen Bireylerin Ve Eşlerinin Eğitim, Meslek Durumları Ve Gelir Düzeyleri Açısından Umutsuzluk Puan Ortalamaları, Standart Sapmalar, t Testi Ve Varyans Analiz Sonuçları

Eğitim Durumu	N	X ± SS	F \ t	P
Okuryazar değil	12	6,58±4,14		
İlköğretim	123	5,76±3,86		
Lise	152	5,88±4,62	F=3,589	0,003
Ön Lisans	44	5,75±5,04		
Lisans	51	3,52±3,39		
Lisansüstü	11	2,81±2,82		
Meslek				
Ev hanımı	141	5,29±3,76		
İşsiz	59	5,79±4,29		
Devlet Memuru	92	5,10±4,78		
Özel Sektör	61	6,08±7,78	F=0,508	0,744
Serbest Meslek	24	5,20±4,60		
Emekli	16	5,68±4,15		
Eşin Eğitim Durumu				
Okuryazar değil	10	10,10 ± 5,83		
İlköğretim	121	6,26 ± 4,55		
Lise	103	5,33± 4,14	F=6,866	0,000
Ön Lisans	31	3,64±2,72		
Lisans	38	4,02±3,33		
Lisansüstü	9	2,00±1,50		
Eşin Mesleği				
Ev hanımı	96	6,60±5,16		
İşsiz	13	5,76±4,39		
Devlet Memuru	91	4,38±3,59		
Özel Sektör	46	4,80±2,76	F=2,964	0,013
Serbest Meslek	50	5,32±4,24		
Emekli	14	6,50±5,09		
Gelir Durumu				
Yok	60	6,46±4,90		
≤500	61	5,85±4,11		
501-1000	97	5,67±4,36	F=2,880	0,023
1001-1500	98	5,44±4,21		
≥1501	75	4,10±3,88		

Çalışmaya katılan bireylerin Beck Umutsuzluk Ölçeği ortalamaları, maksimum ve minimum puanları belirlenmiştir. Tüm katılımcıların umutsuzluk puan ortalamaları $5,54\pm 4,34$, maksimum puan ortalamaları $7,03\pm 5,37$ ve minimum puan ortalamaları $2,00\pm 1,50$ olduğu saptanmıştır. Maksimum puan ortalamasının elli yaş ve üzeri bireylere, minimum puan ortalamasının katılımcılardan eşi lisansüstü eğitim durumunda olanlara ait olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Araştırmaya Dahil Edilen Bireylerin Beck Umutsuzluk Ölçeği Puan Ortalaması

Beck Umutsuzluk Ölçeği Puan Ortalaması	X±SS	Çalışmanın maksimum puanı	Çalışmanın minimum puanı
	5,54±4,34	7,03±5,37	2,00±1,50

TARTIŞMA VE ÖNERİLER

Gümüşhane ilinde Beck umutsuzluk ölçeğinin çeşitli değişkenler açısından incelendiği bu çalışmada Beck umutsuzluk ölçeği (BUÖ) ortalama puanının $5,54\pm 4,34$ olduğu bulunmuştur. Tanaka ve arkadaşları(1996) tarafından Japonya’da yapılan 154 yerleşik bireyin katıldığı çalışmada BUÖ puan ortalaması $8,6\pm 3,9$ olarak belirlenmiştir. Fillandiya’nın doğusunda yapılan ve 2945 kişinin katıldığı bir araştırmada ise umutsuzluk ortalama puanı $3,9\pm 3,6$ olarak tespit edilmiştir(Haatainen 2004).

Araştırmada cinsiyet açısından BUÖ ortalama puanının erkeklerde daha yüksek olduğu belirlenmiş ancak istatistiksel analizler sonunda anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Özmen ve ark.’nın yaptığı ‘Ergenlerde umutsuzluk düzeyinin belirlenmesi ve umutsuzluk düzeyinin sosyodemografik değişkenlerle ilişkisinin’ araştırıldığı çalışmada erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre BUÖ’nden daha yüksek puan aldıkları saptanmış. Bu sonuçlarla birlikte Bayazit ve ark.’nın belirttiğine göre, Derebaşı BUÖ’nin geçerlilik çalışmasında umutsuzluk ortalama puanını erkeklerde 5.09, kızlarda 4.35 olarak bulmuş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir. Birçok araştırmada, cinsiyetin umutsuzluk üzerindeki etkisi anlamlı bulunmayıp araştırmanın sonucunu desteklerken(Kazdin, French, Unis, Esveldt-Dawson ve Sherick, 1983; Kazdin, Rodgers ve Colbus, 1986; Kashani, Saltys, Dondoy, Viadya ve Reid, 1991; Durak, 1994; Öztürk, 1997; Gürvardar, 2001), bu sonuçların aksine bazı araştırmalarda da umutsuzluk düzeyinin kızlarda daha yüksek olduğu bulunmuştur(Güleç ve Küey, 1989; Yaşar, 2001).

Araştırmaya dahil edilenlerin yaş değişkeni açısından BUÖ ortalama puanının 50 yaş üstü kişilerde daha yüksek olmasıyla birlikte yaşlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Bu bağlamda birçok çalışmada yaşın umutsuzluk üzerinde önemli bir etkisinin olmadığı saptanmıştır(Tuzcuoğlu, 1989; Yılgör, 1993; Gürvardar, 2001; Yaşar, 2001). Aynı şekilde, Bölükbaş ve Çevik'in(1999) ve Solak ve Baser'in(2003) çalışmalarında da, yaş gruplarının umutsuzluk düzeyinde etkili olmadığı belirlenmiştir.

Çalışmada kişinin kendinin($p<0,05$), eşinin eğitim durumu($p<0,001$) ve eşinin mesleği ile umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. Durak ve Palabıyıkoglu'nun 15-65 yaş aralığındaki bireylerle yapmış oldukları çalışmada da, bireylerin eğitim düzeyleri ile umutsuzluk puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Yaşamı boyunca eğitim süreçlerinden geçen, temel eğitim aşamasından sonra yüksek öğretimi de tamamlayan bireyler, bu süreç içerisinde pek çok güçlüklerle karşılaşmakta ve bu güçlükleri aşmak için çaba sarf etmektedirler. Eğitim insanların sadece bilgi dağarcıklarını artması değil aynı zamanda yaşama uyum sağlayabilme ve yaşamda karşılaşılabilecek durumlarla baş edebilme yetisi ve yeterliği geliştirmesini sağlar. Eğitimle bireyin niteliklerinde, gelir düzeyinde, iş bulma olanaklarında, toplumda saygınlığında artış olabilir böylece insanlar yaşama karşı daha umutlu bakabilirler. Bu nedenle çalışmaya katılan bireylerin eğitim durumları ile umutsuzluk puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık belirlenmiş olabilir. Ayrıca çalışmaya katılan bireylerin çoğunluğunun kadın olmasının, eşin eğitim durumu ve eşin mesleği değişkeni ile umutsuzluk puan ortalamaları arasındaki anlamlı farklılığa sebep olduğu düşünülebilir.

Çalışmada katılımcıların gelir durumları ile umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir($p<0,05$). Haatainen(2004) tarafından yapılan çalışmada işsizlik durumunun erkeklerde ve kötü ekonomik durumun hem erkek hem de kadınlarda umutsuzluğun önemli göstergesi olduğu tespit edilmiştir. Ekonomik düzey kişinin bütün yaşamına etki etmektedir. Gelir seviyesi yüksek ve düzenli olan bireyler geleceğe yönelik planlar yapabilir, hayaller kurabilir ve gelecekte daha çok beklentileri olabilir.

Bu araştırma toplumun genelinde umutsuzluğa odaklanan bir çalışmadır. Türkiye genelinde bir çalışma yapılarak insanların umut düzeyleri ve bu düzey ile çeşitli değişkenler arasındaki ilişki incelenebilir. Eğitime gerekli önem verilerek her bireyin en üst düzeyde eğitim alması sağlanarak sağlıklı bir toplumun oluşumuna katkı sağlanabilir.

KAYNAKLAR

- 1 .Bayam G, Okay T, Dilbaz N, Açıkgöz Ç. Sivil Savunma Birliği Çalışanlarında Kaygı, Umutsuzluk Ve Öğrenilmiş Güçlülük Düzeyleri Ve Posttravmatik Stres Bozukluğu Sıklığı. Kriz Dergisi 2002; 10 (1): 1-9.
2. Bayramova N, Karadakovan A. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Umutsuzluk Durumlarının İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Y.O. Dergisi 2004; 7 (2): 39-47.
3. Bayazit B, Yenigün Ö, Bayazit B, Yenigün N, Karagün E. Marmara Bölgesi'ndeki Üniversitelerde Okuyan Erkek Voleybol Oyuncularının Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi. 2007
4. Bölükbas N, Çevik R. Mastektomili Hastalarda Depresyon ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi. VII. Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı, 1999.
5. Cheavens J.S, Feldman D.B, Woodward J.T, Snyder C. R. Hope İn Cognitive Psychotherapies: On Working With Client Strengths. Journal Of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly 2006; 20 (2):135-145.
6. Collins S, Cutcliffe R. Adressing Hopelessness İn People With Suicidal Ideation: Building Upon The Therapeutic Relationship Utilizing A Cognitive Behavioral Approach. Journal Of Psychiatric And Mental Healty Nursing 2003; 10 (2): 175-185.
7. Çelikel F.Ç, Erkorkmaz Ü. Üniversite Öğrencilerinde Depresif Belirtiler Ve Umutsuzluk Düzeyleri İle İlişkili Etmenler. Nöropsikiyatri Arşivi 2008; 45: 122-129
8. Doğan S, Kelleci M. Fiziksel Hastalık Nedeni İle Hastanede Yatan Bireylerin Bazı Tanı Gruplarına Göre Umutsuzluk Düzeyleri. İstanbul Üniversitesi F.N.H.Y.O Dergisi 2004; 13 (52), Sayfa: 23-37.
9. Durak A. Beck Umutsuzluk Ölçeğinin Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. Türk Psikoloji Dergisi 1994; 9 (31): 1-11.
10. Durak Batıgün A. İntihar Olasılığı: Yaşamı Sürdürme Nedenleri, Umutsuzluk Ve Yalnızlık Açısından Bir İnceleme. Türk Psikiyatri Dergisi 2005; 16: 29-39.
- Erdem N, Karabulutlu E, Okanlı A, Tan M. Hemodiyaliz Hastalarında Umutsuzluk Ve Yasam Doyumu. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2004 Issn:1303- 5134, www.İnsanbilimleri.Com.
11. Frankl E.V, İnsanın Anlam Arayışı (Çev: Selçuk Budak). Öteki Yayınevi, Ankara, 1997.
- 12.Fromm E, Umut Devrimi (Çev: Gemsa Yeğin). Payel Yayınevi, İstanbul, 1995.
- 13 .Güleç C, Küey L. Türkiye'de 1980'lerde Depresyon, Epidemiyolojik Ve Klinik Yaklaşımlar. XXVI. Nöro-Psikiyatri Kongresi, Özel Sayı, 1989.

14. Gürvardar D. Yetiştirme Yurdunda Yetişen Çocuklar ile Ana-Baba Yanında Yetişen Çocukların Umutsuzluk Düzeylerinin Karşılaştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir: D.Ü. Eğitim Bilimleri Enstitüsü 2001
15. Haatainen K.M. Hopelessness In a General Population Of Finnish Adult.Kuopio University Publication D.Medical Science 336.2004
16. Kashani J.H, Stoys M.S, Dandoy A.C, Viadya A.F, Reid J.C. Correlates Of Hopelessness In Psychiatrically Hospitalized Children. Comprehensive Psychiatry 1991; 32 (4). 330-337.
17. Kazdin E.A, French H.N, Unis A.S, Esveldt-Dawson K, Sherick B.R. Hopelessness, Depression And Suicidal Intent Among Psychiatrically Disturbed Inpatient Children. Journal Of Consulting And Clinical Psychology 1983; 5 (4): 504-510.
18. Kazdin, A.E, Rodgers A, Colbus D. The Hopelessness Scale For Children Psychometric Characteristics And Concurrent Validity. Journal Of Consulting And Clinical Psychology 1986; 54 (2): 241-245.
19. Kemer G, Atik K. Kırsal Ve İl Merkezinde Yaşayan Lise Öğrencilerinin Umut Düzeylerinin Aileden Algılanan Sosyal Destek Düzeyine Göre Karşılaştırılması. M.Ü.Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi 2005; 21:161-168
20. Lavender A, Watkins E. Rumination And Future Thinking In Depression, British. Journal Of Clinical Psychology 2004; 43: 129-142.
21. O'connor R.C, Connery H, Cheyne W.M. Hopelessness: The Role Of Depression,Future Directed Thinking And Cognitive Vulnerability. Psychology, Health And Medicine 2000; 5 (2):155-161.
22. Okanlı A, Erdem N, Yılmaz E.K. Hemodiyaliz Hastalarında Duygu Kontrolü Ve Etkileyen Faktörler. Anatolian Journal Of Psychiatry 2008; 9:156-161.
23. Özmen D, Erbay Dünder P, Çetinkaya A, Taşkın O, Özmen E. Lise Öğrencilerinde Umutsuzluk Ve Umutsuzluk Düzeyini Etkileyen Etkenler. Anatolian Journal Of Psychiatry 2008; 9:8-15.
24. Snyder C. R. Reality Negotiation From Excuses To Hope And Beyond. Journal Of Social And Clinical Psychology 1989; 8 (2):130-157
25. Solak M, Baser G. Meme Ve Meme Dışı Kanserli Kadın Hastaların Umutsuzluk Ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin İncelenmesi. Hemşirelik Forumu 2003; 6 (6):38-47.
26. Şahin S. Diyaliz Tedavisi Alan Bireylerin Umud-Umutsuzluk Ve Sosyal Destek Düzeyleri. Sağlık Bilimleri Dergisi, 200716(3):1-32.

27. Şenol S, Conk Z. Kronik Bir Hastalık Olarak Talasemi Majörlü Çocuğu Olan Annelerin Umutsuzluk Ve Depresyon Durumlarının İncelenmesi. Ege Pediatri Bülteni 2003; 10 (3):135-140.
28. Şentürk A, Levent Ba, Tamam L. Hemodiyalize Giren Kronik Böbrek Yetmezliğı Olan Hastalarda Psikopatoloji, 1998; Http//Lokman.Cu.Edu.Tr/Psychiatry/ Eğitim.
29. Tuzcuoğlu S. Korunmaya Muhtaç Çocukların Ergenlik Problemleri. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. G.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara -1989.
30. Tanaka E.,Sakamoto S.,Ono Y.,Fujihara S.,Kıtamura T. . Hopelessness In A Community Population in Japan. Jurnal Of ClinicalPsychology, Vol.52(6) 609-615.1996
31. Yaşar H. Yetiştirme Yurdunda Kalan Ergenlerin Benlik İmajları Ve Umutsuzluk Düzeylerinin Araştırılması. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Van-2001.
32. Yerlikaya İ. Bilişisel-Davranışçı Yaklaşım Ve Hobi Terapiye Dayalı Umut Eğitimi Programlarının İlköğretim Öğrencilerinin Umutsuzluk Düzeyine Etkisi. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara- 2006
33. Yılğör F. Yetiştirme Yurdunda Yaşayan Ve Ailesi Yanında Yaşayan Gençlerin Ergenlik Problemlerinin Karşılaştırılması. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, M.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul-1993

GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNİN AİLE HEKİMLİĞİ KONUSUNDA BİLGİ DURUMLARININ SAPTANMASI*

¹Aydın KIVANÇ ¹Turgut ŞAHİNÖZ

ÖZET

Aile Hekimliği 1974'den günümüze kadar Avrupa'da tüm sağlık sistemlerinde yerini almış ve gittikçe önem kazanmaktadır. Ülkemizde de Aile hekimliği uygulanmaya başlamıştır. Üniversite öğrencileri kendi sağlıkları açısından bu sistemi bilmek zorundadırlar. Bu yüzden, bu araştırma Gümüşhane Üniversitesi öğrencilerinin aile hekimliği konusunda bilgi durumlarını saptamak amacıyla yapılmıştır.

Bu araştırma tanımlayıcı bir araştırmadır. Araştırmaya 2009-2010 eğitim-öğretim yılında Gümüşhane Üniversitesi'nde öğrenim gören yaşları 16 ile 30 arasında değişen 702 erkek ve 314 kız öğrenci katılmıştır. Katılımcıların aile hekimliği konusunda bilgi durumlarını saptamak için yüz yüze görüşme tekniği ile anket uygulanmıştır. Veriler bilgisayarda SPSS 16.0 paket programı ile değerlendirilmiş, istatistiksel analizlerde khi-kare testi kullanılmıştır.

Bu araştırma bulgularına göre: katılımcıların % 84,7'si aile hekimliği ile ilgili herhangi bir eğitim almamıştı, Gümüşhane ilinde bir aile hekimine kayıtlı olan öğrencilerin % 92,9'u aile hekiminin adını bilmemekteydi, öğrencilerin % 65,6'sı sağlıkla ilgili konularda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını düşünmekteydi, bu öğrencilerin % 61,2'si sağlıkla ilgili konularda eğitim almak istediklerini beyan etmişlerdi, öğrenciler herhangi bir sağlık sorununda en fazla hastaneye (% 68,8), ikinci olarak da aile hekimine (% 12,3) başvurmaktaydılar, öğrencilerin % 80,5'i üniversiteye kayıt yaptırdıktan sonra bir aile hekimine kayıt olmamışlardı ve Aile Hekimliği uygulaması olan illerden gelen öğrencilerin % 86,2'sinin geldiği ilde de aile hekimine kayıtları bulunmamaktaydı.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Gümüşhane Üniversitesi, Aile Hekimi

* 4-7 Ekim 2011 tarihlerinde Trabzon'da düzenlenen 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresinde P316 numarasıyla poster olarak yayınlanmıştır.

İletişim / Corresponding Author : Aydın KIVANÇ

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Tel : +90 456 233 76 37

e-posta: dardinalus@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received : 06.01.2012

Kabul Tarihi / Accepted : 20.02.2012

THE DETERMINATION OF THE KNOWLEDGE OF GÜMÜŞHANE UNIVERSITY STUDENTS ABOUT FAMILY MEDICINE

ABSTRACT

Family Medicine in 1974 to the present day took place in all health care systems in Europe and is becoming increasingly important. Family medicine began to be implemented in our country. University students need to know this system in terms of their own health. Therefore, this research has been conducted to determine the knowledge level of Gümüşhane University students about family medicine.

This study is a descriptive study. 702 boys and 314 girls between the ages of 16 and 30 and who were student in 2009-2010 academic year at Gümüşhane University participated the survey. In order to determine their knowledge about family medicine a questionnaire was applied to the participants by face to face interview. Data was evaluated with the SPSS 16.0 package program and chi-square test was used for statistical analyzes.

According to the findings of this study: 84.7% of the participant's had not received any training related to family medicine, 92.9% of the students enrolled to a family physician in Gümüşhane did not know the name of their family doctor, 65.6% of the student's think that they did not have enough information about health-related issues, 61,2% of these students declared that they wanted to take education about health-related issues, most of the students firstly apply to the hospital (68.8%) at any health problems, and second to the family physician (12.3%), 80.5% of the students' had not enrolled to a family physician after enrolling to the university , and 86.2% of the students from the provinces where family medicine system exists have not enrolled to a family physician at the province they have came.

Keywords: Family Medicine, Gümüşhane University, Family Physicians

GİRİŞ VE AMAÇ

Avrupa’da 1974 yılında Genel Pratisyenlik / Aile Hekimliği yeni gelişmekte olan bir disiplin idi. 1974’den günümüze Genel Pratisyenlik / Aile hekimliği Avrupa’da tüm sağlık sistemlerinde yerini almış ve gittikçe önem kazanmaktadır. Genel Pratisyenlik / Aile Hekimliğinin önemi Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) Avrupa Bürosu’nun 1998 yılında yayınladığı çerçeve belgesinde vurgulanmıştır ve birçok ülkede de yeni oluşturulmakta olan sağlık sistemlerinin temeli olarak gösterilmektedir (1).

Topluma yönelik sağlık hizmeti sunumunda uygulanan bir modelin verimliliği (bütün toplumu kapsamaması, maliyetinin düşük ve ulaşılabilir olması,

Aile Hekimliği/ Genel Pratisyenlik disiplini ve uzmanlığı 2002 yılında değişen dünya ve bölge şartlarına göre yeniden tanımlanmıştır. Aile Hekimliği /Genel Pratisyenlik, kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır (2).

Ülkemizde 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ile “Aile Hekimliği Modeli (AHM)” olarak sunulan bu reform paketi 2005 yılında Düzce’de başlatılmış ve 2010 yılı sonu itibariyle 81 ilin tamamında aile hekimliği sistemine geçilmiştir. Sağlık sisteminin giriş kapısı olarak nitelendirilen bu model 1. basamak sağlık hizmetleri dahil tüm sağlık sistemini derinden etkilemektedir (3, 4).

Topluma yönelik sağlık hizmeti sunumunda uygulanan bir modelin verimliliği (bütün toplumu kapsamaması, maliyetinin düşük ve ulaşılabilir olması, hasta memnuniyeti vb) ekonomik, sosyal, kültürel faktörlerin yanı sıra çalışanların da o modeli anlayıp benimsemiş olmalarına bağlıdır (5).

Ülkemizde aile hekimliği sistemine geçilmesiyle birlikte üniversite öğrencilerinin de bu uygulama hakkında yeterli bilgiye sahip olmaları beklenmektedir. Araştırma Gümüşhane Üniversitesi öğrencilerinin aile hekimliği konusundaki bilgi düzeylerini ve aile hekimine kayıt oranlarını saptamak amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma tanımlayıcı bir araştırmadır. Araştırmaya 2009-2010 eğitim-öğretim yılında Gümüşhane Üniversitesi'nde öğrenim gören yaşları 16 ile 30 arasında değişen 702 erkek ve 314 kız öğrenci katılmıştır. Katılımcıların aile hekimliği konusunda bilgi durumlarını saptamak için yüz yüze görüşme tekniği ile anket uygulanmıştır. Veriler bilgisayarda SPSS 16.0 paket programı ile değerlendirilmiş, istatistiksel analizlerde ki-kare testi kullanılmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Öğrencilerin %59.8'i 1. sınıfta, %28.1'i 2. sınıfta, %6.1'i 3. sınıfta, %6.0'ı 4. sınıfta okumaktaydı. Öğrencilerin %69.1'i erkek, %30.9'u kız idi. Öğrencilerin yaş ortalaması 20.1 ± 1.9 (16-30), ortancası 20 idi.

Öğrencilerin % 84,7'si aile hekimliği ile ilgili herhangi bir eğitim almadığını belirtirken; % 6,3'ü aile hekimi ve % 3,5'i de Sağlık Müdürlüğü veya Toplum Sağlığı Merkezi tarafından eğitildiğini belirtmiştir. Bunun yanında öğrencilerin % 2,5'i internet ve % 2,3'ü de basın yayın organları aracılığıyla aile hekimliği konusunda bilgi edindiğini belirtmiştir.

Öğrencilerin % 65,6'sı sağlıkla ilgili konularda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını düşünmektedir. Bu öğrencilerin % 61,2'si sağlıkla ilgili konularda eğitim almak istediklerini beyan etmişlerdir.

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Gümüşhane İlinde Aile Hekimine Kayıt Olma Durumları

Kayıt Olma Durumu	Sayı	%
Kayıt Olan	198	19.5
Kayıt Olmayan	818	80.5
Toplam	1016	100.0

Öğrencilerin % 80,5'i üniversiteye kayıt yaptırdıktan sonra bir aile hekimine kayıt olmamışlardır (Tablo 1). Aile hekimliği uygulaması olan illerden gelen öğrencilerin %86,2'si geldiği ilde de bir aile hekimine kayıtlı olmadıklarını belirtmişlerdir.

Öğrencilerin %9,4'ü sürekli takip gerektiren bir sağlık sorunu olduğunu belirtmiştir. Bu oran kızlarda %12,4, erkeklerde ise %8,1'dir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=4.7$ $p<0.05$). Yine kız öğrencilerin %6,7'si, erkek öğrencilerin ise %3,8'i

sürekli ilaç kullandığını belirtmiştir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($\chi^2=3.9$ $p<0.05$). Sürekli ilaç kullananların % 43,8'i aile hekimine kayıtlı iken, ilaç kullanmayanların ancak % 18,3'ü aile hekimine kayıtlı idi. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($\chi^2=18.9$ $p<0.01$). Sürekli ilaç kullanımını aile hekimine kayıt olma oranını artırmaktadır.

Tablo 2. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Kayıtlı Oldukları Aile Hekiminin Adını Bilme Durumları

Aile Hekiminin Adını Bilme Durumu	Sayı	%
Bilen	72	7.1
Bilmeyen	944	92.9
Toplam	1016	100.0

Gümüşhane ilinde bir aile hekimine kayıtlı olan öğrencilerin % 92,9'u aile hekiminin adını bilmemektedir (Tablo 2).

Fethiye Sağlık Yüksekokulu hemşirelik bölümü öğrencileri üzerinde yapılan bir araştırmada aile hekimini bilenlerin oranı % 52,8'dir (6). Bu oranın bizim araştırmamızdan daha yüksek çıkması Muğla ilinin gelişmişlik ve sosyoekonomik düzeyinin daha yüksek olmasıyla açıklanabilir.

Gaziantep Üniversitesi çalışanları üzerinde yapılan bir araştırmada ise aile hekimliği sistemini bilenlerin oranı % 43,9 olarak bulunmuştur (7). Bu oranın bizim araştırmamızdan daha yüksek oranda çıkması, araştırmanın sağlık çalışanları üzerinde yapılmış olmasından kaynaklanabilir. Kaldı ki sağlık çalışanlarında bu oranın çok daha yüksek olması beklenir.

Tablo 3. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Sağlık Sorunları Olduğunda İlk Başvurdukları Sağlık Kurumları

Başvuru Yeri	Sayı	%
Hastane	699	68.8
Kayıtlı Aile Hekimi	125	12.3
Herhangi Aile Hekimi	30	3.0
Toplum Sağlığı Merkezi	30	3.0
Bir Yere Başvurmayan	44	4.3
Özel Muayenehane	88	8.6
Toplam	1016	100.0

Öğrenciler herhangi bir sağlık sorununda en fazla hastaneye (% 68,8), ikinci olarak da aile hekimine (% 12,3) başvurumaktadırlar (Tablo 3).

İdeal olan; her yeni sağlık sorunu veya sağlık hizmeti gereksiniminde ilk olarak birinci basamak sağlık hizmetleri (BSH) sunan kişi ya da kuruma başvurmaktır. Aile hekimi çok acil sağlık sorunları dışında, sağlık hizmetlerine erişim için ilk giriş noktası olma özelliğindedir (8).

Bizim araştırmamızdaki aile hekimini bilme ve aile hekimine kayıt olma oranlarının düşük olması ve bir sağlık sorunu olduğunda en fazla hastaneye başvurulması bize; ilimizde aile hekimliği sisteminin tam olarak yerleşmediğini, öğrencilerin bu konuda eğitimsiz olduklarını aynı zamanda aile hekimliği eğitimine gereksinimleri olduğunu gösterebilir. Zaten öğrencilerin çoğu da sağlık konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını ve bu konu da eğitim almak istediklerini beyan etmişlerdir.

Tablo 4. Öğrencilerin Sağlık Sorunlarında İlk Başvurdukları Yerin Aile Hekimine Kayıt Olma Durumlarına Göre Dağılımı

İlk Başvuru Yeri	Aile Hekimine Kayıtlı Olma Durumu					
	Kayıtlı		Kayıtsız		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%		
Aile Hekimi	76	81,1	79	18,9	155	100,0
Hastane	96	13,7	603	86,3	699	100,0
Toplum Sağlığı Merkezi	2	6,7	28	93,3	30	100,0
Bir Yere Başvurmayan	6	13,6	38	86,4	44	100,0
Diğer	5	50,0	5	50,0	10	100,0
Toplam	185	19,7	753	80,3	938	100,0

Not: Bu soruya cevap vermek istemeyen 78 kişi tabloya dahil edilmemiştir. $\chi^2=121,7$ $p<0.01$

Herhangi bir sağlık sorununda ilk başvuru yeri ile aile hekimine kayıt olma durumu incelendiğinde aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=121,7$ $p<0.01$).

Araştırmamızda ilk başvuru yeri olarak aile hekimini belirtenlerde aile hekimine kayıt olma oranı % 81,1 iken, ilk başvuru yeri olarak hastaneyi belirtenlerde ise bu oran % 13,7'ye düşmektedir. Bu sonuç bize herhangi bir sağlık sorununda ilk olarak hastaneye başvuranların aile hekimine kaydolmaya ihtiyaç duymadıklarını göstermektedir. Buna paralel olarak herhangi bir sağlık sorununda ilk olarak aile hekimine

başvuranlar, kayıtsız görüldüğü için aile hekimi tarafından kendi hasta sayısını artırmak için sisteme kayıt edilmektedirler.

İlhan ve arkadaşları 2005 yılında yaptıkları araştırmada sağlık hizmeti almak amacıyla ilk başvuru yapılan sağlık kuruluşunun en fazla oranda birinci basamak sağlık kuruluşları olduğunu belirtmişlerdir (%66,6) (9). Naçar ve arkadaşları da Kayseri’de yapmış oldukları çalışmada kişilerin %52,8’inin hastalık halinde sağlık ocağını tercih ettikleri sonucuna ulaşmışlardır (10).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Gümüşhane üniversitesi öğrencileri aile hekimliği ve uygulaması konularında yeterli bilgiye sahip değildir. Öğrencilerin büyük çoğunluğu aile hekimlerinin adını dahi bilmemektedir. Yine büyük çoğunluk herhangi bir sağlık sorunu karşısında ilk olarak hastaneye başvurmaktadır. Öğrencilerin büyük çoğunluğunun geldikleri illerde ve buraya geldikten sonra aile hekimine kayıtları bulunmamaktadır.

Öğrencilere bilgi eksiklerini gidermek amacıyla aile hekimliği uygulaması konusunda eğitim verilmesi uygun olacaktır.

KAYNAKLAR

1. The General Practice in Europa a Statement by the working party appointed by The European Conference on the Teaching of General Practitioners, Leeuwenhorst, Hollanda 1974
2. WONCA Europa 2002, The European definitioof General practice/Family medicine. Türkçe Çeviri ED: Başak O. Haziran 2003. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayını.
3. Düzce İli Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Değerlendirme Raporu. Birinci Baskı. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2006.
4. Pehlivan HE. 12. Sağlıkta dönüşümün 1. basamak sağlık hizmetlerine etkisi. Antalya. Pratisyen Hekimlik Kongresi, 2007.
5. Nur N, Özşahin S.L. ve Ark. Sağlık Ocağı Çalışanları Açısından Aile Hekimliği Modeli. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2009: 8(1) :13-16

6. Tunç C S, Çetin E, Yıldız HT. Aile Hekimliği Uygulamasını Sağlık Yüksekokulu Öğrencileri Ne Kadar Biliyor. 10 Ulusal-Uluslar arası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Kongre Bildirim Kitabı, s: 160, 28-30 Nisan 2011, Gaziantep.
7. Sohbet R, İpek M, Özdemir Ö, Taşçı P, Ulukütük S. Gaziantep Üniversitesi Çalışanlarının Aile Hekimliği Sistemine Bakışı. 10 Ulusal-Uluslar arası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Kongre Bildirim Kitabı, s: 154, 28-30 Nisan 2011, Gaziantep.
8. Haggerty J, Martin CM. Evaluating Primary Health Care in Canada:The Right Questions to Ask! The National Evaluation Strategy for Primary Health Care. Ottawa, Ontario, Canada: Health Canada; 2005.
9. İlhan M.N. ve ark. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranların Sağlık Hizmeti Kullanma Özellikleri ve Bazı Sosyoekonomik Belirteçlerle Değişimi: Sağlık Reformu Öncesi Son Saptamalar Toplum Hekimliği Bülteni Cilt 25, Sayı 3, Eylül 2006
10. Naçar M, Çetinkaya F, Öztürk Y. ‘‘Kayseri’de 15-49 Yaş Grubu Kadınların Sağlık Ocağına Bakış Açıları’’. VIII.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Özet Kitabı, Diyarbakır,23-28 Eylül, 2002:506-10



Gümüşhane University Journal Of Health Sciences
GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

İletişim	Sağlık Bilimleri Dergisi
Adres	Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Sağlık Bilimleri Dergisi Sekreteryası Bağlarbaşı Mah. 29100 Gümüşhane
Tel	+90 456 233 76 37 - +90 456 233 74 25#248
Faks	+90 456 233 76 04
e-posta	sbd@gumushane.edu.tr