

6th International • 24th National
Congress on Public Health

December 1 - 4, 2022 / Antalya



HEALTH IN THE

Shadow of War and Violence

Savaş ve Şiddet Gölgesinde

SAğLIK

6. Uluslararası • 24. Ulusal
Halk Sağlığı Kongresi

1 - 4 Aralık 2022 / Antalya

KONGRE KİTABI

6. Uluslararası 24. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi TÜBİTAK tarafından
“Yurt İçi Bilimsel Etkinlik Düzenleme Desteği”
kapsamında desteklenmiştir.

6th International • 24th National
Congress on Public Health

December 1 - 4, 2022 / Antalya



6. Uluslararası • 24. Ulusal
Halk Sağlığı Kongresi

1 - 4 Aralık 2022 / Antalya

ISBN: 978-605-72861-2-3

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği
(HASUDER)

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

YASAL UYARI

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

Kurullar

Kongre Başkanı

Prof. Dr. Bülent KILIÇ

Kongre Bilimsel Sekreteri

Doç. Dr. Derya ÇAMUR

Kongre Düzenleme Kurulu

Doç. Dr. Derya ÇAMUR

Uzm. Dr. Bükre ÇIKMAN

Uzm. Dr. Pelin ŞAVLI EMİROĞLU

Prof. Dr. Tuğrul ERBAYDAR

Uzm. Dr. İsmail Erdem ERKOYUN

Doç. Dr. Hatice İKİŞİK

Prof. Dr. Bülent KILIÇ

Doç. Dr. Tahsin Gökhan TELATAR

Kurullar

Bilimsel Kurul

Prof. Dr. Filiz ABACIGİL
Prof. Thomas ABEL
Prof. Dr. Sami AKBULUT
Prof. Dr. Ayşe AKIN
Prof. Dr. Kerim Hakan ALTINTAŞ
Prof. Dr. Pınar AY
Prof. Dr. Ferruh Niyazi AYOĞLU
Prof. Dr. Necdet AYTAÇ
Prof. Dr. Coşkun BAKAR
Prof. Dr. Nadi BAKIRCI
Prof. Dr. Elçin BALCI
Prof. Dr. Resul BUĞDAYCI
Prof. Petar BULAT
Prof. Dr. Sevgi CANBAZ
Prof. Dr. Beyhan CENGİZ ÖZYURT
Prof. Dr. Ali CEYLAN
Prof. Julia CRITCHLEY
Prof. Dr. Gamze ÇAN
Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA
Prof. Dr. Meltem ÇÖL
Prof. Dr. Yücel DEMİRAL
Prof. Nelta EDWARDS
Prof. Dr. Mücahit EĞRİ
Prof. Dr. Galip EKUKLU
Prof. Dr. Tuğrul ERBAYDAR
Prof. Dr. Rengin ERDAL
Prof. Dr. Ahmet ERGİN
Prof. Dr. O. Alp ERGÖR
Prof. Dr. Melikşah ERTEM
Prof. Dr. Erhan ESER
Prof. Dr. Sultan ESER
Prof. Lode GODDERIS
Prof. Dr. Çağatay GÜLER
Prof. Dr. İskender GÜN
Prof. Dr. Türkan GÜNAY
Prof. Dr. Osman GÜNAY
Prof. Dr. Onur HAMZAOĞLU
Prof. Dr. Hande HARMANCI
Prof. Dr. Osman HAYRAN
Prof. Dr. Seyhan HIDIROĞLU
Prof. Fouad FOUAD
Prof. Dr. Tacettin İNANDI
Prof. Dr. Leyla KARAOĞLU

Prof. Dr. Bülent KILIÇ
Prof. Dr. Mithat KIYAK
Prof. Dr. N. Emel LÜLECI
Prof. Ewan MACDONALD
Prof. Dr. Işıl MARAL
Prof. Dr. Atilla Senih MAYDA
Prof. Dr. Vildan MEVSİM
Prof. Dr. Melis NAÇAR
Prof. Dr. Deniz ODABAŞ
Prof. Dr. Ayşe Ferdane OĞUZÖNCÜL
Prof. Dr. Mine Esin OCAKTAN
Prof. Dr. Pınar OKYAY
Prof. Dr. Ayşe Emel ÖNAL
Prof. Dr. Ayşe Nilüfer ÖZAYDIN
Prof. Dr. Uğur ÖZBEK
Prof. Dr. Hilal ÖZCEBE
Prof. Dr. Nuray ÖZGÜLNAR
Prof. Dr. Mustafa ÖZTÜRK
Prof. Dr. Erkan PEHLİVAN
Prof. Dr. Metin PIÇAKÇIEFE
Prof. Dr. Edibe PİRİNÇCİ
Prof. Dr. Birgül PİYAL
Prof. Peter PHILLIMORE
Prof. Dr. Günay SAKA
Prof. Dr. Meral SAYGUN
Prof. Dr. Recep Erol SEZER
Prof. Dr. Ferdi TANIR
Prof. Dr. Burcu TOKUÇ
Prof. Dr. Mustafa TÖZÜN
Prof. Dr. Ebru TURHAN
Prof. Dr. Ersin USKUN
Prof. Dr. Gamze VAROL
Prof. Dr. Ali Naci YILDIZ
Prof. Shahaduz ZAMAN
Doç. Dr. Servet AKER
Doç. Dr. Seval ALKOY
Doç. Dr. Nilden ARSLAN
Doç. Dr. Neriman AYDIN
Doç. Dr. Arda BORLU
Assoc. Prof. Serghei CEBANU
Doç. Dr. Derya ÇAMUR
Doç. Dr. Celalettin ÇEVİK
Doç. Dr. Ashlı DAVAS

Doç. Dr. Lütfi Saltuk DEMİR
Doç. Dr. Asiye UĞRAŞ DİKMEN
Doç. Dr. Yasemin DURDURAN
Doç. Dr. Cemal Hüseyin GÜVERCİN
Doç. Dr. Hür HASSOY
Doç. Dr. Özge KARADAĞ
Doç. Dr. Ümit KARTOĞLU
Doç. Dr. Mahmut KILIÇ
Doç. Dr. Zahide KOŞAN
Doç. Dr. Nurhan MEYDAN ACIMIŞ
Doç. Dr. Necmi NAMAL
Assoc. Prof. Evangelia NENA
Doç. Dr. Elif OKŞAN ÇALIKOĞLU
Doç. Dr. Özgür ÖNAL
Doç. Dr. Rabia SOHBET
Doç. Dr. Ceyda ŞAHAN
Doç. Dr. Temmuz GÖNÇ ŞAVRAN
Doç. Dr. Hatice ŞİMŞEK KESKİN
Doç. Dr. Hülya ŞİRİN
Doç. Dr. Kevser TARI SELÇUK
Doç. Dr. Özlem TERZİ
Doç. Dr. Mehtap TÜRKAY
Doç. Dr. Mehmet UYAR
Doç. Dr. Gülay YILMAZEL
Dr. Öğr. Üyesi Ceren VARER AKPINAR
Dr. Öğr. Üyesi Ömer ATAÇ
Dr. Öğr. Üyesi İrem BULUT
Dr. Öğr. Üyesi Yunus Emre BULUT
Dr. Öğr. Üyesi Mustafa ÇAKIR
Dr. Öğr. Üyesi Rıza ÇITIL
Dr. Öğr. Üyesi Didem DAYMAZ
Dr. Öğr. Üyesi Bahadır DEDE
Dr. Öğr. Üyesi Elif DÖNMEZ
Dr. Öğr. Üyesi Hasan DURMUŞ
Dr. Öğr. Üyesi Ayşe GÖKÇE
Dr. Öğr. Üyesi İlker KAYI
Dr. Öğr. Üyesi Meryem Merve ÖREN
Dr. Öğr. Üyesi Uğurcan SAYILI
Dr. Öğr. Üyesi Sinan YILMAZ
Assoc. Res. Prof. Michelle TURNER
PhD. Loulou KOBEISSI
Dr. MSc. Lale SAY

Destekleyen Kuruluşlar



Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu



REGIONAL OFFICE FOR Europe



Türk Tabipleri Birliği
Turkish Medical Association



HEAL
HEALTH AND ENVIRONMENT ALLIANCE



TÜRK KIZILAY



DR. HAFIZ CEMAL LOKMANHEKİM VE EŞİ
SABİHA LOKMANHEKİM SAĞLIK YAKFI



1983



İNSAN KAYNAĞINI GELİŞTİRME VAKFI



ATUDER
Acil Tıp Uzmanları Derneği
EMERGENCY MEDICINE PHYSICIANS ASSOCIATION OF TURKEY



BÜKÇAM
BAĞIŞLI DAVRANIŞLAR
MADDE - ÇOCUK SAĞLIĞI
HEKİMLERİ DERNEĞİ
ARAŞTIRMAYA YÖNELİK SAĞLIK BİLİMİ



ÇEVRE İKLİM VE SAĞLIK İÇİN İŞ BİRLİĞİ



Cisü
Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hakları Platformu



Gerektiği Kuru Sıddeti Onlemek İçin Ortaklık Ağı



ETİLER ÇOCUK HASTALIKLARI DERNEĞİ
1984



HÜKSAM



Halk Sağlığı Hemşireliği Derneği
2014



İş ve Meslek Hastalıkları Uzmanları Derneği
İMUD



KLİMİK
TÜRK KLİNİK MİKROBİYOLOJİ VE İNFEKSİYON HASTALIKLARI DERNEĞİ



KLİMUD



temizhavahakki PLATFORMU



TRC Journal of Medicine



TÜRK TORAKS DERNEĞİ



TUSAD



Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği
TUSAD



Türk Enfeksiyon Hastalıkları Derneği



Zehirsiz Sofralar

Kongre Bilimsel Programı

1 ARALIK 2022, Perşembe

A Salonu

09.00 - 10.00	AÇILIŞ PROGRAMI
	Saygı Duruşu ve İstiklal Marşı
	Açılış Konuşmaları
	Doç. Dr. Derya ÇAMUR Kongre Sekreteri
	Prof. Dr. Bülent KILIÇ Kongre Başkanı
	Dr. Hassan MOHTASHAMI UNFPA Türkiye Temsilcisi
	Dr. Batyr BERDYKLYCHEV DSÖ Türkiye Temsilcisi
	Akreditasyon Belgesi Takdimi
	Fotoğraf ve Resimler Eşliğinde Müzik Dinletisi
	Müzik Dinletisi: "Grup Venera" Solist Mezzosoprano: Gülçin GÜLTEKİN Viyolonsel: Veronika Yeliz EFE Arp: Senem ÇİNE Eserler: Handel "Lascia Ch'io Pianga" Massenet "Elegie" Koray Karaca "Antroposen"
	Fotoğraf ve Resimleri Derleyenler: Öğr. Gör. Dr. Ahmet Can BİLGİN, Prof. Dr. Alp ERGÖR
10.00 - 10.30	AÇILIŞ KONFERANSI
	Oturum Başkanı Prof. Dr. Bülent KILIÇ Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD HASUDER Başkanı
	Health Emergencies; War and Pandemic Dr. Mahmoud DAHER Head of WHO Gaziantep-Ofice
10.30 - 11.00	KAHVE ARASI
11.00 - 12.30	COVID-19 Pandemisi; Deneyimler ve Gelecek Perspektifleri
	Oturum Başkanı Prof. Dr. Tuğrul ERBAYDAR Okan Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Dünya'da ve Türkiye'de Pandemi Kontrol Çalışmaları, Deneyimler, Gereksinimler Prof. Dr. Tayyar ŞAŞMAZ Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD / HASUDER Bulaşıcı Hastalıklar Çalışma Grubu Yürütücüsü
	Pandemi Sürecinde Tanı ve Tedavi Hizmetleri, Zorluklar, Deneyimler, Gelecek Perspektifleri Prof. Dr. Bahriye Oya İTİL Dokuz Eylül Üniversitesi Göğüs Hastalıkları AD / TTD YK Başkanı
	COVID-19 Pandemisinde Güncel Durum, Yeni Pandemi Tehditleri, Zorluklar, Gereksinimler Prof. Dr. Alpay AZAP Ankara Üniversitesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD / KLİMİK YK Üyesi
12.30 - 13.30	ÖĞLE ARASI

1. GÜN

Kongre Bilimsel Programı

1 ARALIK 2022, Perşembe

A Salonu

13.30 - 15.00	Değer Temelli Sağlık Hizmetleri ve Politikaları
	Oturum Başkanı Doç. Dr. Mahmut YARDIM <i>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD</i>
	Sağlık Hizmet Sunumunda Değer Temelli Yaklaşımlar Dr. Zofia DAS-GUPTA <i>International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) Director of Outcomes Research</i>
	Sağlık Teknolojilerine Erişimde Değer Temelli Yaklaşımlar Doç. Dr. Rabia KAHVECİ <i>Health Technology Assessment International (HTAI) Vice President</i>
	Türkiye Sağlık Sisteminde Değer Temelli Yaklaşımlar Dr. Birol TİBET <i>Kanıtla Dayalı Tıp Derneği (KDTD) Başkan Yardımcısı</i>
	15.00 - 15.30 KAHVE ARASI
15.30 - 16.45	DSÖ ve Kuzey Suriye'de Sunulan Sağlık Hizmetleri
	Oturum Başkanı Dr. Mahmoud DAHER <i>Head of WHO Gaziantep-Office</i>
	Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele Dr. Amany SADEK <i>Technical Officer for EWARNS and Communicable Diseases WHO-Gaziantep</i>
	Ruh Sağlığı Sorunlarının Yönetimi Ghada Masad ZAİDAN <i>Mental Health and Psychosocial Support Officer-WHO-Gaziantep</i>
	Halk Sağlığı Acilleri Dr. Abdulkaki MAHMOUD <i>Health System-PHC Officer, WHO-Gaziantep</i>
	Dr. Nooruldeen ZİNAH <i>Pharmacy Technical Officer, WHO-Gaziantep</i>
Bağışıklama Çalışmaları Dr. Elrasheed IDRIS <i>Technical Officer, WHO-Gaziantep</i>	
16.45 - 17.00 KAHVE ARASI	
17.00 - 18.30	21. Yüzyılda Küresel Sağlık
	Oturum Başkanı Dr. Öğr. Üyesi İlker KAYI <i>Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD</i>
	Hijyenden Gezegen Sağlığına Halk Sağlığının Gelişimi Prof. Andy HAINES <i>London School of Hygiene and Tropical Medicine</i>
	Küresel Sağlık Sömürgeleştirme Prof. Anne-Emanuelle BIRN <i>University of Toronto</i>
	Sağlığın Küresel Yönetiminde Dünya Sağlık Örgütü'nün Yeri ve Yönü Asst. Prof. Hani SERAG <i>People's Health Movement</i>
20.30 Slayt Gösterisi ve İmza Etkinliği "Göç Yolunda Çocuk Olmak: Aşı Serüveni" Doç. Dr. Nurhan MEYDAN ACIMIŞ	
21.30 Sosyal Program: Müzik Gecesi "Azerbaycan ve Türkiye'den Ezgiler"	

1. GÜN

Kongre Bilimsel Programı

1 ARALIK 2022, Perşembe

B Salonu

13.30 - 15.00	Günümüzde Su Güvenliği Sorunları
	Oturum Başkanı Prof. Dr. Çiğdem ÇAĞLAYAN Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	İklim Krizi ve Su Kaynakları Yönetimi Prof. Dr. Asude HANEDAR Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Çevre Mühendisliği Bölümü
	İçme Suyu Kaynaklarında Yeni Bir Sorun: Siyanobakteriler ve Siyanotoksinler Prof. Dr. Meriç ALBAY İstanbul Üniversitesi Su Bilimleri Fakültesi
	Bitmeyen Sorun: Güvenli İçme Suyuna Erişim Doç. Dr. Derya ÇAMUR Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Afet ve Acil Durumlarda Su Güvenliği Uzm. Dr. Sertaç ÇANKAYA Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Başkanlığı Çevre Sağlığı Birim Sorumlusu
15.00 - 15.30	KAHVE ARASI
15.30 - 16.45	İKİLİ KONFERANS: Bireyden Topluma Barış Nasıl İnşa Edilir?
	Oturum Başkanı Prof. Dr. Selma KARABEY İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Bireysel Düzlemde Barışın İnşası Prof. Dr. Kemal KUŞÇU Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Etnograf
	Toplumsal Düzlemde Barışın İnşası Mehmet Ali ÇALIŞKAN Reform Enstitüsü - Direktör
16.45 - 17.00	KAHVE ARASI
17.00 - 18.30	Toplumsal Bir Tehdit: Tütün "Kontrolsüzlüğü"
	Oturum Başkanı Prof. Dr. Bülent KILIÇ Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Ekonomi Politik Nedenler Doç. Dr. Osman ELBEK SSUK-Sağlığa Evet Derneği
	Ulusötesi Tütün Şirketlerinin Oyunları Prof. Dr. Elif DAĞLI SSUK-TTB Tütün Kontrolü Çalışma Grubu
	Küresel Perspektifte Değişen Sağlık Gereksinimleri Uzm. Dr. Çağla UYANUSTA KÜÇÜK SSUK-Türk Toraks Derneği
	Nasıl Önleyelim? Prof. Dr. Dilek ASLAN SSUK-HASUDER
18.45	Halk Sağlığı Yeterlik Sınavı (TEORİK)
20.00	TUKMOS Toplantısı

1.
G
Ü
N

Kongre Bilimsel Programı

2 ARALIK 2022, Cuma

A Salonu

08.30 - 10.00	Savaş ve Göç Koşullarında Sağlık
	Oturum Başkanı Prof. Dr. Meltem ÇÖL Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Savaş ve Göç Koşullarında Nadir Hastalıklar Prof. Dr. Uğur ÖZBEK Acibadem Üniversitesi Tıp Fak. Tıbbi Genetik AD / Nadir Hastalıklar ve Yetim İlaçlar UAM
	Savaş ve Göç Koşullarında Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Prof. Dr. Fouad FOUAD Faculty of Health Sciences American University of Beirut, Lebanon
	Göçmen İşçilerin Sağlık Sorunları Prof. Dr. Alp ERGÖR Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
10.00 - 10.20	KAHVE ARASI
10.20 - 11.50	Yerel Yönetimlerde Çevre Sağlığı İyi Uygulama Örnekleri
	Oturum Başkanı Prof. Dr. Ayşe Emel ÖNAL İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Vektörle Mücadelede İstanbul Örneği Önder Yüksel ERYİĞİT İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık Daire Başkanı
	İzmir'de Toplum Sağlığı ve Hayvan Refahına Yönelik Çevre Politikaları Umut POLAT İzmir Büyükşehir Belediyesi Veteriner İşleri Şube Müdürü
	Hatay'da 2014-2022 Döneminde Yapılan Atıksu Arıtma Tesislerinin Asi Nehri Üzerindeki Kirlilik Yükünün Azaltılmasına Etkisi ve Narlıca Membran Biyoreaktör (MBR) Teknolojisi Örneği Fatma ÖNCÜ DÖNMEZ Hatay Büyükşehir Belediyesi Su ve Kanalizasyon İdaresi Genel Müdürlüğü İşletmeler Daire Başkanı
11.50 - 12.00	KAHVE ARASI
12.00 - 12.30	Konferans
	Oturum Başkanı Prof. Dr. Bülent KILIÇ Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Savaş ve Çatışma Bölgelerinde Sağlık Hizmetleri ve Afet Tıbbı Dr. Kerem KINIK Türk Kızılay Genel Başkanı
12.30 - 13.30	ÖĞLE ARASI

2.
G
Ü
N

Kongre Bilimsel Programı

2 ARALIK 2022, Cuma

B Salonu

08.30 - 10.00	Küresel Perspektifle Yaşlılık Sorunları ve Çözüm Önerileri
	Oturum Başkanı Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ Yüksek İhtisas Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Küresel Perspektifle Yaşlılık Döneminde Öne Çıkan Sağlık Sorunları Prof. Dr. Meral SAYGUN Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Özel Bir Başlık; Yaşa Bağlı Ayrımcılık Dr. Öğr. Üyesi Emine BARAN DENİZ Kars Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Çözüm Önerileri Öğr. Gör. Dr. Meltem ŞENGELEN Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
10.00 - 10.20	KAHVE ARASI
10.20 - 11.50	Türkiye Psikiyatri Derneği Oturumu: Savaş ve Şiddet Gölgesinde Toplum Ruh Sağlığı
	Oturum Başkanı Doç. Dr. İrem EKMEKÇİ ERTEK Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD
	Toplum Ruh Sağlığı Açısından Savaş ve Şiddet Doç. Dr. İrem EKMEKÇİ ERTEK Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD
	Neden "Savaş"ıyoruz? Barış Mümkün mü? Prof. Dr. Mehmet YUMRU Antalya Bilim Üniversitesi Klinik Psikoloji AD
	Savaşların Gölgesinde Göç, Kimlik ve Uyum Sorunları Uzm. Dr. Merve YİĞİT BAŞKAN Serbest Hekim
11.50 - 12.00	KAHVE ARASI
12.00 - 12.30	Konferans
	Oturum Başkanı Doç. Dr. Tahsin Gökhan TELATAR Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Hipokrattan Günümüze Ne Değişti? Etik ve Halk Sağlığı Boyutuyla Sağlık Çalışanlarına Şiddet Doç. Dr. Cemal GÜVERCİN Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD
12.30 - 13.30	ÖĞLE ARASI

2.
G
Ü
N

Kongre Bilimsel Programı

2 ARALIK 2022, Cuma

A Salonu

13.30 - 15.00	Dr. Nafis Sadık Oturumu: Hak Temelli Yaklaşım ve Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı Hizmetleri
	Oturum Başkanı Prof. Dr. Türkan GÜNAY <i>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD</i>
	Görünmeyen Görmek: İstenmeyen/Planlanmamış Gebelikler Dr. Hassan MOHTASHAMI <i>UNFPA Türkiye Temsilcisi</i>
	Türkiye'de Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı Hizmetlerinde Mevcut Durum Prof. Dr. Banu ERGÖÇMEN <i>Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü</i>
	İstenmeyen/Planlanmamış Gebeliklerin Sosyal Yükü Prof. F. Umut BEŞPINAR <i>Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyoloji Bölümü</i>
15.00 - 15.30	KAHVE ARASI
15.30 - 16.30	Konferans
	Oturum Başkanı Prof. Dr. Tayyar ŞAŞMAZ <i>Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD</i>
	Aşı Teknolojisinde Gelişmeler, Beklentiler, Tehditler Prof. Dr. Esin DAVUTOĞLU ŞENOL <i>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji</i>
16.30 - 16.45	KAHVE ARASI
16.45 - 18.15	Pestisitler ve Gıda Güvenliği: İnsan Sağlığı İçin Tehlikeleri
	Oturum Başkanı Anne STAUFFER <i>Deputy Director, HEAL</i>
	Pestisitlerin Sağlık Dışı Etkileri, Gerçek Maliyeti ve Alternatif Yöntemler Batur ŞEHİRLİOĞLU <i>Buğday Ekolojik Yaşamı Destekleme Derneği, Genel Müdür</i>
	Pestisitlerin Sağlık Etkileri Prof. Dr. Çiğdem ÇAĞLAYAN <i>Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD</i>
	Pestisitlere Olan Bağımlılığı Azaltmanın Yolları: Savunuculuk, Bilimsel Bilgi ve Ağ Kurma Henriette CHRISTENSEN <i>PAN - Pesticides Action Networ, Kıdemli Danışman</i>
20.30	AKŞAM OTURUMU HASUDER Yönetim Kurulu Faaliyetleri

2.
G
Ü
N

Kongre Bilimsel Programı

2 ARALIK 2022, Cuma

B Salonu

13.30 - 15.00	Barış İçin Halk Sağlığı ve Sosyal Bilimler
	Oturum Başkanı Prof. Dr. Sibel SAKARYA Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Savaş ve Barışa Yönelik Tutumların Gelişim ve Etkileşimi Dr. Öğr. Üyesi Pelin KARAKUŞ AKALIN Doğu Akdeniz Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü
	Barış İçin Kolektif Eylem Melek GÖREGENLİ Bağımsız Araştırmacı
	Barış Araştırmalarının Başlangıçtan Günümüze Değişimi Prof. Dr. Tacettin İNANDI Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
15.00 - 15.30	KAHVE ARASI
15.30 - 16.30	İkili Konferans: Halk Sağlığı Yeterlik Kurulu Güncel Faaliyetleri
	Oturum Başkanı Prof. Dr. Metin HASDE Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Halk Sağlığı Yeterlik Kurulu Başkanı
	Eşyetkilendirme Komisyonu Faaliyetleri Prof. Dr. Dilek ASLAN Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Mülteci Kadın ve Kız Çocukları İçin Güvenli Alanlar Oluşturma; Türkiye Örneği Prof. Dr. Şevkat Bahar ÖZVARIŞ Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
16.30 - 16.45	KAHVE ARASI
16.45 - 18.15	Türkiye'de Halk Sağlığı ve Aile Hekimliği Hizmetlerinin Entegrasyonu
	Oturum Başkanı Prof. Dr. Tuğrul ERBAYDAR Okan Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Sağlık Ocağı, Aile Sağlığı Merkezi ve Ötesi: Ülkemizde Birinci Basamak ve Aile Hekimliğinin Gelişimi Prof. Dr. Okay BAŞAK Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD
	Pandemi Deneyimi Işığında Halk Sağlığı ve Aile Hekimliği Uygulamalarının Entegrasyonu Prof. Dr. Mehmet AKMAN Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD
	Dünyada Halk Sağlığı ve Aile Hekimliği Hizmetlerinin Entegrasyonu Prof. Dr. Bülent KILIÇ Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Türkiye'de Geçmişten Geleceğe Halk Sağlığı ve Aile Hekimliği Hizmetlerinin Entegrasyonu Prof. Dr. Zafer ÖZTEK Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

2.
G
Ü
N

Kongre Bilimsel Programı

3 ARALIK 2022, Cumartesi

A Salonu

08.30 - 10.00	Kronik Hastalıkların Yönetiminde Birinci Basamakta Uzaktan Sağlık Hizmeti Sunumu
	Oturum Başkanı Prof. Dr. Toker ERGÜDER DSÖ Türkiye Ofisi Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Program Direktörü
	Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Uzaktan Sağlık Hizmet Sunumu Uzm. Dr. Banu EKİNCİ Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanı
	Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Dijital Sağlık Doç. Dr. Tufan NAYIR DSÖ Türkiye Ofisi
	Halk Sağlığı Bakışıyla Birinci Basamakta Kronik Hastalık Yönetiminde Uzaktan Sağlık Hizmeti Sunumu Doç. Dr. Işıl ERGİN Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
10.00 - 10.30	KAHVE ARASI
10.30 - 12.00	Savaş ve Şiddet Gölgesinde Kadın Sağlığı
	Oturum Başkanı Prof. Dr. Ayşe AKIN Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Başkent Üniversitesi Kadın - Çocuk Sağlığı Araştırma ve Uygulama Merkezi
	Savaş ve Şiddet Gölgesinde Kadın Sağlığı - Global Olarak Üreme Sağlığı bağlamında Sorunlar ve Çözüm Stratejileri Mülteci Kadın ve Kız Çocukları İçin Güvenli Alanlar Oluşturma; Türkiye Örneği Prof. Dr. Şevkat Bahar ÖZVARIŞ Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkez (HÜKSAM)
	Savaş ve Şiddet Gölgesinde Kadın Sağlığı –Türkiye Bağlamında Sorunlar, Yapılanlar ve Çözüm Önerileri Dr. Gökhan YILDIRIMKAYA UNFPA Türkiye Ofisi
12.00 - 13.30	ÖĞLE ARASI
13.30 - 14.30	İkili Konferans: Savaş ve Çevre
	Oturum Başkanı Prof. Dr. Çağatay GÜLER Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Emekli Öğretim Üyesi
	Savaşın Yarattığı Çevre Sorunları: Irak Örneği Dr. Ahmet SOYSAL Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı AD Emekli Öğretim Üyesi
	Savaşın Çevreye Etkileri Prof. Dr. Çağatay GÜLER Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Emekli Öğretim Üyesi
14.30 - 15.00	KAHVE ARASI

3.
G
Ü
N

Kongre Bilimsel Programı

3 ARALIK 2022, Cumartesi

B Salonu

08.30 - 10.00	TTB Halk Sağlığı Kolu Oturumu: Savaş Bir Halk Sağlığı Sorunudur!
	Oturum Başkanı Prof. Dr. Mehmet Raşit TÜKEL 2016-2018 Dönemi TTB Merkez Konseyi Başkanı
	Savaş ve Halk Sağlığı Prof. Dr. Onur HAMZAOĞLU Kocaeli Dayanışma Akademisi
	Savaş ve Toplum Ruh Sağlığı Prof. Dr. Taha KARAMAN Antalya Tabip Odası Başkanı
	Savaş ve Göç Dr. Hande ARPAT Eski TTB Merkez Konsey Üyesi
10.00 - 10.30	KAHVE ARASI
10.30 - 12.00	Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi: Ulaşılabilirlik, Süreklilik, Kapsayıcılık, Eşgüdüm ve Bildirim/Raporlama
	Oturum Başkanı Prof. Dr. Erhan ESER Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Birinci Basamakta Kayıt, Bildirim, Raporlama Uzm. Dr. Eray ÖNTAŞ Zonguldak Devrek İlçe Sağlık Müdürü
	Birinci Basamakta Ulaşılabilirlik, Süreklilik Doç. Dr. Lütfi Saltuk DEMİR Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Birinci Basamak Hizmet Özelliklerine Ulusal Düzeyde Yöneltilmiş Bakış: Kapsayıcılık ve Eşgüdüm Doç. Dr. Mehmet Enes GÖKLER Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdür Yardımcısı
12.00 - 13.30	ÖĞLE ARASI
13.30 - 14.30	İkili Konferans: Toplumsal Şiddet ve Çocuklar
	Oturum Başkanı Prof. Dr. Burcu TOKUÇ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Şiddet Sarmalında Çocuk ve Ergen Hakları Prof. Dr. Kasım KARATAŞ Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hakları Uygulama ve Araştırma Merkezi (ÇOHUM) Müdürü
	Toplumsal Şiddet ve Çocuk Sağlığı Prof. Dr. Hilal ÖZCEBE Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
14.30 - 15.00	KAHVE ARASI

3.
G
Ü
N

Kongre Bilimsel Programı

3 ARALIK 2022, Cumartesi

A Salonu

15.00 - 16.30	Türk Kızılay Oturumu: Türk Kızılay Perspektifinden "Savaş ve Şiddet Gölgesinde Sağlık"
	Oturum Başkanı Dr. Gazi ALATAŞ Türk Kızılay Toplumsal Hizmetler Genel Müdürü
	Savaş ve Olağanüstü Durumlarda Kan Hizmetleri Dr. Levent SAĞDUR Türk Kızılay Kan Hizmetleri Genel Müdürlüğü Medikal Yönetimi Direktörü
	Türk Kızılay Kan Hizmetleri Genel Müdürlüğü Medikal Yönetimi Direktörü Dr. Kurtuluş AÇIKSARI İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD
	Uluslararası Afetlerde Kızılay Uygulamaları Alper ULUCA Türk Kızılay Uluslararası İşler ve Göç Hizmetleri Genel Müdürlüğü Uluslararası Programlar ve Operasyonlar Direktörü
	Uluslararası Tıbbi Faaliyetlerin Yasal Çerçevesi Kaan SANER Türk Kızılay Uluslararası İşler ve Göç Hizmetleri Genel Müdürlüğü Uluslararası Politikalar ve İş Birlikleri Direktörü
16.30 - 16.45	KAHVE ARASI
16.45 - 18.15	Azerbaycan'da Halk Sağlığı Disiplini ve Eğitimi
	Oturum Başkanı Prof. Dr. Hande HARMANCI DSÖ Azerbaycan Ülke Temsilcisi
	Azerbaycan'da Halk Sağlığı Hizmetleri Aytan GARAYUSIFOVA Ministry of Health of Azerbaijan. Deputy Director of Public Health and Sanitary Epidemiological Surveillance Department
	Azerbaycan'da Halk Sağlığı Eğitimi Prof. Anar AGHAYEV Dean of Azerbaijan Medical University Faculty of Public Health
	Azerbaycan'da Halk Sağlığı Disiplini ve Eğitimi: DSÖ Çalışmaları Prof. Dr. H. İbrahim DURAK DSÖ Azerbaycan Ofisi Proje Yöneticisi
	Azerbaycan'da Halk Sağlığı Disiplini ve Eğitimi: Türkiye ile İşbirliği Fırsatları Prof. Dr. Belgin ÜNAL DSÖ Azerbaycan Ofisi
20.30	AKŞAM OTURUMU Anabilim Dalı Başkanları Toplantısı

3. GÜN

Kongre Bilimsel Programı

3 ARALIK 2022, Cumartesi

B Salonu

15.00 - 16.30	Halk Sağlığında Asistan Hekimler ve Sorunları
	Oturum Başkanı Prof. Dr. Bülent KILIÇ Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Halk Sağlığı Asistanları Envanteri Arş. Gör. Dr. Salih KESKİN Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Eğitim Sorunları Arş. Gör. Dr. Gökçe Hazar OTÇU İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Mesleki Sorunlar Arş. Gör. Dr. İrem ŞEVİK Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Özlük Hakları ve Etik Sorunlar Arş. Gör. Dr. Mustafa Enes ÖZDEN Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Gelecek Kaygısı ve Diğer Sorunlar Arş. Gör. Dr. Nurdamla YAKIŞAN TOTAMA Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
16.30 - 16.45	KAHVE ARASI
16.45 - 18.15	Türkiye'de İl ve İlçe Düzeyinde Bölge Sağlık Yönetimi: Deneyimler ve Öneriler
	Oturum Başkanı Uzm. Dr. Mine YENİCE Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
	Sağlık Hizmeti Sunumunda Kurum İçi Sorunlar Uzm. Dr. Hakkı AKTAŞ Tunceli İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı
	Sağlık Hizmeti Sunumunda İçsel Motivasyon; Ekip Ruhu Algısı Uzm. Dr. Selin TUNALI ÇOKLUK Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Başkan Hizmetleri Yardımcısı
İlçe Sağlık Müdürlüğünde Halk Sağlığı Uzmanı Olmak Uzm. Dr. Duygu AYABAKAN ÇOT Gaziantep Nizip İlçe Sağlık Müdürü	

3.
G
Ü
N

Kongre Bilimsel Programı

4 ARALIK 2022, Pazar

A Salonu

08.30 - 09.30	İkili Konferans: Uluslararası Örnekleriyle Sağlık Sistemleri Deneyimleri
	Oturum Başkanı Doç. Dr. Hatice İKİŞİK İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Afrika Ülkelerinde Temel Sağlık Hizmetleri ve Somali Örneği Prof. Dr. Hasan Hüseyin EKER Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	SSCB Sonrası Dönemde Post-Sovyet Sağlık Sistemleri Prof. Dr. Hande HARMANCI DSÖ Azerbaycan Ülke Temsilcisi
09.30 - 09.45	KAHVE ARASI
09.45 - 10.45	Türkiye’de ve Dünyada Sağlık Bilimlerinde Bilimsel Yayıncılık: Yazarlara Notlar
	Oturum Başkanı Prof. Dr. Yücel DEMİRAL Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Türkiye Halk Sağlığı Dergisi Baş Editörü
	Kaliteli Bilimsel Dergicilik Prof. Dr. Cem UZUN Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi EASE (European Association of Scientific Journal Editors) Türkiye Chapter Başkanı
	Türkiye Halk Sağlığı Dergisi Perspektifi Prof. Dr. Yücel DEMİRAL Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Türkiye Halk Sağlığı Dergisi Baş Editörü
	Halk Sağlığı Alanında Bilimsel Makale Yazma: Yazarlar İçin İpuçları Prof. Judith GREEN University of Exeter, Department of Sociology Editor, Critical Public Health
10.45 - 11.00	KAHVE ARASI
11.00 - 13.30	FORUM: Halk Sağlığının Geleceği
	Oturum Başkanı Prof. Dr. Bülent KILIÇ Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Prof. Dr. Ayşe AKIN Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Prof. Dr. Zafer ÖZTEK Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Prof. Dr. Metin HASDE Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	KONGRE SONUÇ BİLDİRGESİNİN OKUNMASI ve KAPANIŞ

4.
G
Ü
N

Kongre Bilimsel Programı

4 ARALIK 2022, Pazar

B Salonu

08.30 - 09.30	TTB Halk Sağlığı Kolu 33. Gezici Eğitim Semineri Oturumu: Sahada COVID-19 Pandemi Yönetimi ve Pandeminin Halk Sağlığı ve Çalışan Sağlığı Hizmetlerine Etkisi
	Oturum Başkanı Prof. Dr. Burcu TOKUÇ Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	Sahada COVID-19 Pandemi Yönetimi Uzm. Dr. Tülin ÇOBAN Ankara Yenimahalle İlçe Sağlık Müdürlüğü
	Pandeminin Çalışan Sağlığı Hizmetlerine Etkisi Arş. Gör. Dr. Reyhan CAN YILDIZ Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
09.30 - 09.45	KAHVE ARASI

4.
G
Ü
N

Sözlü Bildiri Programı

1 ARALIK 2022, Perşembe

C Salonu

13.30 - 15.00	Sözlü Bildiri Oturumu - 1
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Meral SAYGUN Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	S01, S02, S03, S04, S05, S06, S07, S08, S09
15.00 - 15.30	KAHVE ARASI
15.30 - 16.45	Sözlü Bildiri Oturumu - 3
	Oturum Başkanı: Dr. Öğr. Üyesi Emine BARAN DENİZ Kars Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	S19, S20, S21, S22, S23, S24, S25
16.45 - 17.00	KAHVE ARASI
17.00 - 18.30	Sözlü Bildiri Oturumu - 5
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Filiz ABACIGİL Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	S33, S34, S35, S36, S37, S38, S39, S40, S41

1 ARALIK 2022, Perşembe

DSalonu

13.30 - 15.00	Sözlü Bildiri Oturumu - 2
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Dilek ASLAN SSUK-HASUDER
	S10, S11, S12, S13, S14, S15, S16, S17, S18
15.00 - 15.30	KAHVE ARASI
15.30 - 16.45	Sözlü Bildiri Oturumu - 4
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Türkan GÜNAY Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	S26, S27, S28, S29, S30, S31, S32
16.45 - 17.00	KAHVE ARASI
17.00 - 18.30	Sözlü Bildiri Oturumu - 6
	Oturum Başkanı: Uzm. Dr. İsmail Erdem ERKOYUN İzmir İl Sağlık Müdürlüğü
	S42, S43, S44, S45, S46, S47, S48, S49

1. GÜN

Sözlü Bildiri Programı

2 ARALIK 2022, Cuma

C Salonu

08.30 - 10.00	Sözlü Bildiri Oturumu - 7 Oturum Başkanı: Doç. Dr. Nurhan MEYDAN ACIMIŞ <i>Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD</i> S50, S51, S52, S53, S54, S55, S56, S57, S58
10.00 - 10.20	KAHVE ARASI
10.20 - 11.50	Sözlü Bildiri Oturumu - 9 Oturum Başkanı: Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ <i>Yüksek İhtisas Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD</i> S68, S69, S70, S71, S72, S73, S74, S75, S76
11.50 - 13.30	ÖĞLE ARASI
13.30 - 15.00	Sözlü Bildiri Oturumu - 11 Oturum Başkanı: Prof. Dr. Tayyar ŞAŞMAZ <i>Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD</i> S86, S87, S88, S89, S90, S91, S92, S93, S94, S201
15.00 - 15.30	KAHVE ARASI
15.30 - 16.30	Sözlü Bildiri Oturumu - 13 Oturum Başkanı: Doç. Dr. Hatice İKİLİŞİK <i>İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD</i> S104, S105, S106, S107, S108, S109
16.30 - 16.45	KAHVE ARASI
16.45 - 18.15	Sözlü Bildiri Oturumu - 15 Oturum Başkanı: Doç. Dr. Yasemin DURDURAN <i>Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD</i> S116, S117, S118, S119, S120, S121, S122, S123, S124

2 ARALIK 2022, Cuma

D Salonu

08.30 - 10.00	Sözlü Bildiri Oturumu - 8 Oturum Başkanı: Prof. Dr. Beyhan CENGİZ ÖZYURT <i>Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD</i> S59, S60, S61, S62, S63, S64, S65, S66, S67
10.00 - 10.20	KAHVE ARASI
10.20 - 11.50	Sözlü Bildiri Oturumu - 10 Oturum Başkanı: Doç. Dr. Ceyda ŞAHAN <i>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD</i> S77, S78, S79, S80, S81, S82, S83, S84, S85
11.50 - 13.30	ÖĞLE ARASI
13.30 - 15.00	Sözlü Bildiri Oturumu - 12 Oturum Başkanı: Doç. Dr. Tahsin Gökhan TELATAR <i>Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD</i> S95, S96, S97, S98, S99, S100, S101, S102, S103
15.00 - 15.30	KAHVE ARASI
15.30 - 16.30	Sözlü Bildiri Oturumu - 14 Oturum Başkanı: Dr. Öğr. Üyesi Melike YAVUZ <i>Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD</i> S110, S111, S112, S113, S114, S115
16.30 - 16.45	KAHVE ARASI
16.45 - 18.15	Sözlü Bildiri Oturumu - 16 Oturum Başkanı: Prof. Dr. Alp ERGÖR <i>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD</i> S125, S126, S127, S128, S129, S130, S131, S132, S133

2.
G
Ü
N

Sözlü Bildiri Programı

3 ARALIK 2022, Cumartesi

C Salonu

08.30 - 10.00	WORKSHOP Uluslararası Dergide Yayın Yapmak: Editörler Ne Arar? Prof. Judith GREEN <i>University of Exeter, Department of Sociology Editor, Critical Public Health</i>
10.00 - 10.30	KAHVE ARASI
10.30 - 12.00	WORKSHOP Uluslararası Dergide Yayın Yapmak: Editörler Ne Arar? Prof. Judith GREEN <i>University of Exeter, Department of Sociology Editor, Critical Public Health</i>
12.00 - 13.30	ÖĞLE ARASI

3.
G
Ü
N

13.30 - 14.30	Sözlü Bildiri Oturumu - 19 Oturum Başkanı: Dr. Öğr. Üyesi Mustafa ÇAKIR <i>İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD</i> S152, S153, S154, S155, S156, S157
14.30 - 15.00	KAHVE ARASI
15.00 - 16.30	Sözlü Bildiri Oturumu - 21 Oturum Başkanı: Doç. Dr. Işıl ERGİN <i>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD</i> S164, S165, S166, S167, S168, S169, S170, S171, S172
16.30 - 16.45	KAHVE ARASI
16.45 - 17.45	Sözlü Bildiri Oturumu - 23 Oturum Başkanı: Doç. Dr. Lütfi Saltuk DEMİR <i>Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD</i> S182, S183, S184, S185, S186, S187

Sözlü Bildiri Programı

3 ARALIK 2022, Cumartesi

D Salonu

08.30 - 10.00	Sözlü Bildiri Oturumu - 17
	Oturum Başkanı: Dr. Öğr. Üyesi Yunus Emre BULUT Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	S134, S135, S136, S137, S138, S139, S140, S141, S142
10.00 - 10.30	KAHVE ARASI
10.30 - 12.00	Sözlü Bildiri Oturumu - 18
	Oturum Başkanı: Doç. Dr. Ceyda ŞAHAN Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	S143, S144, S145, S146, S147, S148, S149, S150, S151
12.00 - 13.30	ÖĞLE ARASI
13.30 - 14.30	Sözlü Bildiri Oturumu - 20
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Metin HASDE Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	S158, S159, S160, S161, S162, S163
14.30 - 15.00	KAHVE ARASI
15.00 - 16.30	Sözlü Bildiri Oturumu - 22
	Oturum Başkanı: Doç. Dr. Hatice İKİLİŞİK İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	S173, S174, S175, S176, S177, S178, S179, S180, S181
16.30 - 16.45	KAHVE ARASI
16.45 - 17.45	Sözlü Bildiri Oturumu - 24
	Oturum Başkanı: Doç. Dr. Tahsin Gökhan TELATAR Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	S188, S189, S190, S191, S192, S193

3.
G
Ü
N

4 ARALIK 2022, Pazar

D Salonu

09.45 - 10.45	Sözlü Bildiri Oturumu - 25
	Oturum Başkanı Doç. Dr. Nurhan MEYDAN ACIMIŞ Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
	S194, S195, S196, S197, S198, S199, S200

4.
G
Ü
N

Sözlü Bildiriler

S01	İstanbul Eyüpsultan İlçesinde Ev Kadınlarında Hasta Bina Sendromu Semptomları ve Etkileyen Ev İçi Ortam Faktörlerinin Değerlendirilmesi Betül Zehra Pirdal, Şeyma Halaç, Muhammed Atak, Günay Can	S26	Gebe ve 5 Yaş Altı Yaşayan Çocuğu Olan Annelerin Bebek ve Çocuk Beslenmesine İlişkin Durumları: Bir İlçe Örneği Nurhan Meydan Acımsı, Emine Çomak
S02	İzmir Yaylaköy, Ovacık ve Küçükaya Mahallelerinde Yaşayanların Uyku Kalitesinin Belirlenmesi ve Çevresel Gürültü ile İlişkinin Değerlendirilmesi Aslı Ata Teneler, Hür Hassoy	S27	Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. Sınıf Öğrencilerinin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeyleri Edirne- 2022 Gamze Demiryay, Pınar Zehra Davarcı, Mehmet Alperen Sezer, Kaan Demirbaş, Galip Ekulu
S03	Hava Kalitesi İzleme Ağı Ankara İstasyonlarının 2021 ve 2022 Yılları Ölçüm Verilerinin İncelenmesi Sevilcan Başak Ünal, Cavit Işık Yavuz	S28	4-6 Yaş Arası Çocuklarda Obezite Sıklığı ve İlişkili Değişkenler, Pursaklar Örneği Şefik Yurdakul, Yazgı Beriy Altun Güzelderen, Mehmet Enes Gökler
S04	İstanbul İlinde Pm10 ve Pm2.5 Düzeylerinin Postneonatal ve Otuz Yaş Üstü Doğal Ölüm Hızı Üzerine Etkisi Sümeyye Nur Aydın, Uğurcan Sayılı	S29	Father Involvement in Childcare and Affecting Factors: At Başkent University Outpatient Pediatrics Çağlar Fidan, Çiğdem Naz Ünver, Eylem Gül, Sıdıka Esra Baskın, Recep Akdur
S05	The Effect of Noise, Illumination, And Electromagnetic Field Exposure on the Neurodevelopment of Newborns in A Neonatal Intensive Care Unit: A Randomized Controlled Trial Habibe Er, Sinan Tüfekçi, Hale Arık Taşyikan	S30	Serebral Palsili Çocuklarda Etiyolojik Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi Alev Başaran, Zehra Kılınç, Hıdır Sarı, Ercan Gündüz
S06	Bir Sanayi Kentinde 2016-2020 Yılları PM10 Düzeylerinin Solunum Yolları Hastalıkları Nedenli Hastane Başvurularına Etkisinin İncelenmesi Tuğba Demir, Hande Konşuk Ünlü, Cavit Işık Yavuz	S31	Aile Sağlığı Çalışanlarının Bebek, Çocuk ve Kadın Sağlığı İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları Tuğba Meliha Fatma Ercan, Mesut Hamidanoğlu, Uğurcan Sayılı, Sibel Gürbüz
S07	Evsel Atık Yağların Bertarafı ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları: İl Sağlık Müdürlüğü Örneği Şeyda Tok, Neşe Aşıcı, Fulya Aktan Kibar, Selin Tunali Çokluk, Zeynep Devran Muhrremoğlu, İsmail Onur, Enes Ahmet Güven, Aziz Öğütlü	S32	COVID-19 Pandemisi Döneminde Aile Sağlığı Merkezlerinde Verilen Çocuk Sağlığı Hizmetlerinde Yaşanan Değişiklikler Nurşah Özkan Bayrakçı, Ayşe Emel Önal
S08	Hemşirelerin Çevre Okuryazarlığı ve Çevre Duyarlılık Düzeylerinin Belirlenmesi Fatma Ceylan Çiray, Nurbanu Odacı, Bilge Kalanlar	S33	12 Yaş ve Üzeri Bireylerde COVID-19 MRNA Aşısının (BNT16B2) Yan Etkileri: Prospektif Çalışma Edibe Pirinççi, Fatma Nur Karaçorlu, Fatma Tilki, Zuhal Kazez, Tuğçe Dardılmak
S09	Gençlerin Gözünden Kentlerde Fiziksel Aktivite Olanakları: Bir Fotoses/Fotoryüryüş Çalışması Hilal Özcebe, Özge Karadağ, Sarp Ünver, Nazan Yardım, Gökçe Uğurlu	S34	COVID-19 Geçiren ve Geçirmeyen Aşılı Sağlık Çalışanlarında ANTI RBD IGG ve Nötralizan Antikor Düzeyleri: Yuvalandırılmış Ölçü Kontrol Çalışması Sema Alp Çavuş, Muammer Çelik, Ahmet Furkan Süner, İrmak Güzel, Çağlar İrmak, Derya Çağlayan, Huriye Gamze Öztürk, Neslişah Şiyve, Özgür Appak, Elif Işık, Gül Ergör, Osman Alparslan Ergör, Yücel Demiral, Ayça Arzu Sayiner, Bülent Kılıç
S10	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Akıllı Telefon Bağımlılığı Prevalansı ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması Bengü Nehir Buğdaycı Yalçın, Derya Kale, Baharnaz Ekici, Süleyman Polat, Matin Dolatabadı, İbrahim Çevik, Caferi Tayyar Şaşmaz	S35	Bir Üniversite Çalışanlarında COVID-19 Reenfeksiyon Sıklığı ve Risk Faktörleri Hilal Düzel, Özge Şimşek Sekreter, Eylül Tatal, Gül Ergör
S11	Bir Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sigara İçme Sıklığı ve Dumansız Kampüs Uygulamasına İlişkin Görüşleri Nurhan Meydan Acımsı, Rabia Melis Gündoğdu, Erkan Barış, Merve Akin, Ümmühan İnci Kandemir	S36	Bir Üniversitenin Lisansüstü Öğrencilerinin Pandemide Sosyal Mesafe Önlemlerine Uyumları Tülin Çoban, Hilal Özcebe
S12	Nikotin Bağımlılarında Nikotin Kullanımı Farkındalık ve İlgörü Ölçeği: Türkçe Geçerlilik ve Güvenlilik Çalışması Feysa Nehir Öznur Muz, Selma Metintaş, M. Fatih Önsüz, Sevdâ Sungur, Mine Tepetaş, Zehra Akdağ	S37	Sağlık Çalışanlarında Erken ve Geç Dönem İkinci COVID-19 Booster Dozuna Antikor Yanıtının İzlemi Derya Çağlayan, Ahmet Furkan Süner, Gül Ergör, Neslişah Şiyve, İrmak Güzel, Çağlar İrmak, Elif Işık, Özgür Appak, Muammer Çelik, Huriye Gamze Öztürk, Sema Alp Çavuş, Ayça Arzu Sayiner, Osman Alparslan Ergör, Yücel Demiral, Bülent Kılıç
S13	Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sigara Kullanım Durumunun Değerlendirilmesi Mustafa Çakır, Cem Malakçoğlu, Oğün Kavcar, Feysa Kutay, Hatice İkişik, Hasan Hüseyin Mutlu, Işıl Maral	S38	SARS-COV-2 İle Temaslı Sağlık Çalışanlarında Bulaşmayla İlişkili Etmenler Salih Keskin, Ahmet Naci Emecen, Osman Alparslan Ergör
S14	Birinci Basamak Sağlık Kurumlarındaki Hekimlerin Sigara Bırakma Danışmanlığı Hakkındaki Davranışları Fatma Nur Karaçorlu, Edibe Pirinççi	S39	İkinci Doz COVID-19 Aşı Oranı İle Vaka İnsidansı Arasındaki Korelasyonun Değerlendirilmesi Deniz Erdal, Caferi Tayyar Şaşmaz
S15	Üniversite Öğrencilerinin Tütün Kullanım Sıklığının ve Sağlık Okuryazarlığının Tütün Kullanımına Etkisinin Değerlendirilmesi Ecem Başoğlu Şensoy, Hanım Kumbul, Fatma Seven Seven, Elif Boncukcu Eren, Özge Şimşek Sekreter, Neslişah Şiyve, Fatih Emre Bayram, Türkan Günay	S40	Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uygulama Alanlarında Yaşayan Kadınların HPV Aşısı Yaptırma Durumları ve HPV Bilgi Düzeylerini Etkileyen Faktörler Burak Mete, Fatma Atun Ütük, Ayşe İnaltekin
S16	Ankara Tütün ve Tütün Ürünlerinin Kullanımı İle Mücadele Çalıştayı: Etkinlik Deneyimi Yunus Emre Bulut, Nureddin Özdener, Toker Ergüder, Metin Hasde	S41	COVID-19 İçin Aşılınmış Öğrencilerde SARS-COV-2 ANTI-RBD IGG Düzeylerinin İncelenmesi: HU-COVACS Kohortu Eda Karadoğan, Ahmet Sertçelik, Mustafa Enes Özden, Hanife Uzar, Mithat Temizer, Şeyma Aliye Kara, Bilal Buzgan, Damla Özyürek, Alpaslan Alp, Aslı Pınar, Bahar Güçüz Doğan, Burçin Şener, Deniz Yüce, Duygu Ayhan Başer, Hilal Aksoy, İzzet Fıdancı, Lütfiye Hilal Özcebe, Murat Akova, Nursel Çalık Başaran, Oytun Portakal, Şehnaz Alp, Volkan Arslan, Zeliha Günnur Dikmen, Banu Çakır
S17	SÜDGE'ye Katılanların Alkol Kullanma Durumlarının ve Sağlık Algılarının Değerlendirilmesi İsmail Onur, Zeynep Devran Muharremoğlu, Şeyda Tok, Fulya Aktan Kibar, Selin Tunali Çokluk, Enes Ahmet Güven, Seyhan Salim, Neşe Aşıcı, Yasin Çatalbaş, Aziz Öğütlü	S42	Observation Study of Child Passenger Restraint use in the Republic of Moldova Angela Cazacu-Stratu, Serghei Cebanu, Diana Dulf, Corinne Peek-Asa
S18	İstanbul'da Bir Tıp Fakültesi'ndeki Öğrencilerin Sigara ve Alkol Kullanım Düzeyleri Beyza Nur Ataoğlu, Ahmet Topuzoğlu, Burcu Çakmak, Buse Yurttutan, Hamide Tokol, Serra Nur Ataoğlu	S43	National Health System Preparedness for Mass Casualty Incidents in the Context of War Refugee Crisis in Republic of Moldova Marin Vozian, Iurie Saratila, Ion Chesov
S19	Türkiye'de Nüfus - Sağlık Politikaları ve Kadın Sağlığı Emine Abay, Ayşe Akin	S44	The Conceptual Model for Optimizing the Monitoring of the Health Status of Young Athletes Serghei Cebanu, Artiom Jucov, Tatiana Timercan, Victoria Federiuc, Vladislav Rubanovici, Gheorghe Stefanet
S20	Konya İli Meram İlçesi Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Kadınların Serviks Kanseri ve HPV Farkındalık ve Bilgi Düzeyi Araştırması Mehmet Uyar, Yasemin Durduran, Hakkı Yıldırım, Emine Gül Baldane, Tahir Kemal Şahin	S45	The Therapeutic use Exemption as a Tool for Prevention of Doping Phenomenon Tatiana Timercan, Artiom Jucov, Serghei Cebanu, Victoria Federiuc, Elena Arhip, Gheorghe Stefanet
S21	Türkiye'de Genç Yetişkinlerin Toplumsal Cinsiyete Yönelik Görüşleri Ceren Varer Akpınar	S46	Factors Related to Injuries and Professional Diseases in Small- and Medium-Sized Enterprises Raisa Deleu, Elena Bucata, Svetlana Gherciu-Tutescu, Inga Miron, Dumitru Cheptea, Vladimir Bernic, Iurie Pinzaru, Serghei Cebanu
S22	COVID-19 Pandemisi Öncesi ve Sonrası Anne Ölümleri: Batman İli Örneği Zeynep Sedef Varol, Fethiye Akgül, Yusuf Arslan	S47	Stories of Two Refugee Groups in and Out of Nepal Pratik Chhetri
S23	COVID-19 Pandemisinin Üçüncü Basamak Bir Hastanedeki Servikal Sitoloji Örneği Sayısına Etkisi Ecenur Topal, Sergen Yağcı, Elif Durukan, Binnaz Handan Özdemir	S48	Occupational Health Services Restructuring and Development in the Republic of Moldova: Protocol of a Modified Delphi Study Elena Bucata, Inga Miron, Svetlana Gherciu-Tutescu, Dumitru Cheptea, Kristina Stîncă, Raisa Deleu, Vladimir Bernic, Elena Ciobanu, Serghei Cebanu, Iurie Pinzaru, Sibel Kiran
S24	Türkiye'de Karşınlanmamış Aile Planlaması İhtiyacına Yönelik Nüfus ve Sağlık Politikalarının İncelenmesi Gamze Bayrak, Türkan Günay	S49	Medical Surveillance of Employees in the Republic of Moldova Elena Bucata, Svetlana Gherciu -Tutescu, Raisa Deleu, Iurie Pinzaru, Inga Miron, Kristina Stîncă, Dumitru Cheptea, Vladimir Bernic, Elena Ciobanu, Serghei Cebanu
S25	Bir İlçedeki 15-49 Yaş Aralığındaki Evli Kadınlarda Aile İçi Şiddet, Depresyon Belirtileri ve Etkileyen Faktörler Serdar Gülpınar, Gülşen Güneş	S50	Bir Tıp Fakültesi İntörn Hekimlerinin Dijital Bağımlılık ve Şiddete Eğilim Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi Şehbal Yeşilbaş, Emine Tiriç, Metin Pıçakçefe, Bahadır Dede, Merve Savaş Aksakal

Sözlü Bildiriler

S51	Kolorektal Kanserli Hastalarda Onkoloji Hemşireleri Tarafından Tele-Navigasyon İle Hasta İzlemi Elif Dönmez, Zeynep Dülger, Türkan Özdaş, Bülent Kılıç	S76	Okullarda Sağlık Risklerinin Belirlenmesine Yönelik İhtiyaç Tespit Çalışması Muhammed Atak, Ayşe Emel Önal, Şeyma Halaç
S52	COVID-19 Pandemi Sürecinde Telepsikiyatri Hizmetleri Kullanımı ve Dijital Okuryazarlık İlişkisi Naïla Nabıyeva, Dilek Yapar, Ahmet Yardımcı, Özmen Metin	S77	Manisa'da Bir Çelik Fabrikasında İş Kazası ve Psikososyal Riskler Arasındaki İlişkiler Ecem Tüzün, Pınar Erbay Dünder
S53	Gözlemsel Araştırmalar İçin Tamamlayıcı Bir BIAS Risk Değerlendirme Aracı (BIRDA): Metodolojik Bir Çalışma Ferhat Yıldız, Pınar Okyay	S78	Occupational Health and Safety Practices in the COVID-19 Pandemic: A Quantitative and Qualitative Research İrem Dilaver, Nazım Ercüment Beyhun, Kübra Şahin, Murat Topbaş
S54	Hacettepe Sağlık Kohortu Katılımcılarının Sağlık Durumlarının Beyana Göre ve Klinik Açısından Değerlendirilmesi Mustafa Enes Özden, Ahmet Sertçelik, Eda Karadoğan, Hanife Uzar, Mithat Temizer, Şeyma Aliye Kara, Bilal Buzgan, Damla Özyürek, Alparslan Alp, Aslı Pınar, Bahar Güçöz Doğan, Burçin Şener, Deniz Yüce, Duygu Ayhan Başer, Hilal Aksoy, İzzet Fidancı, Lütfiye Hilal Özcebe, Murat Akova, Nursel Çalık Başaran, Oytun Portakal, Şehnaz Alp, Volkan Arslan, Zeliha Günnur Dikmen, Banu Çakır	S79	Katarakt Hastalığının İşle İlişkinin Değerlendirildiği Bir Olgu-Kontrol Araştırması Güven Gökgöz, Gülşah Gökgöz, Ali Naci Yıldız
S55	COVID-19 Bölgesel Risk Faktörleri: İstanbul Örneğinden Ekolojik Bir Çalışma Bekir Aktura, Hülya Akan	S80	Sağlık Çalışanlarının Radyasyon Güvenliği Hakkındaki Bilgi Durumları Ayşe Seval Palteki, İpek Poralizadeh, Mesut Balım, Sevdə Urve Bilbey
S56	Kanal Hasader'de 2020-2021/ 2021-2022 Yayın Dönemlerinde Yayınlanan Webinamların İzlenme Özelliklerinin Değerlendirilmesi Bengü Nehir Buğdaycı Yalçın, Lütfi Saltuk Demir, İlke Karadağlı Üçüncü, Salih Keskin, Alp Ergör, Beyhan Cengiz Özyurt	S81	Bir Fabrika Çalışanlarının Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler Yavuzalp Solak, Onur Acar, Hasan Durmuş, Nazife Alpman
S57	Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sosyal Medya Bağımlılığı İle Akademik Başarıları Arasındaki İlişki Hasan Küçükkendirci, Esra Haçlar, Enes Kasapoğlu, Elif İnceoy Alıcı	S82	Bir Üniversite Hastanesinde Son İki Yılda Meydana Gelen Kayıtlı İş Kazalarının İncelenmesi Ülfiye Çelikkalp, Fulya Özder Taş, Didem Han Yekşec, Cem Mısırlı, Faruk Yorulmaz
S58	Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Öğrencilerinde İnternet ve Sosyal Medya Bağımlılığı Prevalansı ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi Uğurcan Sayılı, Betül Zehra Pirdal, Büşra Kara, Nurefşan Acar, Emirhan Camcıoğlu, Erkin Yılmaz, Günay Can, Ethem Erginöz	S83	Kaynak Sektöründe İş ve Sağlık İlişkisi; Kesitsel Bir Çalışma Merve Demirci Atik, Alp Ergör, Aylin Cırcı, Ahmet Naci Emecen, Abdullah Taylan, Naciye Sinem Gezer, Eyüp Sabri Uçan
S59	Samsun İli 112 Çalışanlarında Tükenmişlik ve İlişkili Faktörler Can Karabıçak, Hatice Nilden Arslan	S84	COVID-19 Pandemi Hastanesinde Sağlık Çalışanlarının İş Doyumlarının Kesitsel Değerlendirmesi Kevser Durgun, Hür Hassoy
S60	Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi'ndeki Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Beyin Göçüne Bakışı Yazgı Beriy Altun Güzelderen, Şefik Yurdakul, Egemen Ünal, Salih Mollahaliloğlu	S85	Profesyonel Turist Rehberlerinin Mesleki İş Sağlığı ve Güvenliği Konusundaki Farkındalıkları ve Risklerinin Araştırılması Selçuk Yüzbaşıoğlu, Osman Faruk Bayramlar, Selma Karabey
S61	Türkiye'de Hekim Adayları ve Yeni Mezun Hekimlerin Mesleklerine Bakışı: Bir Nitel Araştırma Begüm Akgül, Berk Geyikoğlu, Berrin Can, İlayda Başaranoğlu, Ayşe Zülal Tokaç Farımaç, Osman Hayran	S86	Turgut Özal Tıp Merkezi Çalışanlarında COVID-19 Anksiyetesi ve Etkileyen Faktörler Esra Zopçuk, Erkan Pehlivan
S62	COVID-19 Pandemi Sürecinde İstanbul'daki Filyasyon Ekiplerinin Deneyimleri: Bir Fenomenolojik İnceleme Ayşe Polat, Hüseyin Küçükali, Zübeyde Demircioğlu, Ayşe Zülal Tokaç Farımaç, Beyzanur Yılmaz	S87	COVID-19 Pandemi Döneminde Ebeveynlerin Aşısı Tereddütünün Değerlendirilmesi Mustafa Çakır, Recep Çepni, Hatice İkşik, Işıl Maral
S63	COVID-19 Pandemisi Döneminde Özel ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Yapıtma Nedenlerinin İncelenmesi Sultan Akar, Yasemin Dilara Öztürk, Melih Utku Toklucu, Doruk Erdem, Ayşe Zülal Tokaç Farımaç, Sabanur Çavdar, Osman Hayran	S88	Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Aşısı Tereddütünün Değerlendirilmesi Mustafa Çakır, Deniz Durmaz, Cem Malakçoğlu, Merve Kırılancı, Hatice İkşik, Hasan Hüseyin Mutlu, Işıl Maral
S64	Sağlık Bakanlığı Web Sitesinde Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne Ait Genelgelerin Halk Sağlığı ve Sağlık Politikaları Bakışıyla İncelenmesi İsmail Erkoyun, Ömer Acat, Eray Öntaş, Mehmet Akif Sezerol, Kevser Tanı Selçuk	S89	Dünya Geneline 2010-2019 Yılları Arasında Meydana Gelen Bulaşıcı Hastalık Salgınlarından Ölümle İnsani Gelişmişlik İndeksi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi Mehmet Uyar, Elif Nur Yıldırım Öztürk
S65	COVID-19 Pandemisi Sürecinde Sağlık İşgücü Politikası ve Yönetimi Kevser Erdoğan	S90	Homolog ve Heterolog Aşısı Uygulamalarının SARS-COV-2 Omicron Varyantı Üzerindeki Etkilliliği: Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Çalışanları Kohortu Kübra Çiçek, Yunus Özkaya, Erhan Eser, Zeynep Ceyda Buran, Zeynep Öykü Öztürk Ankan, Sinem Akçalı, Pınar Erbay Dünder, Beyhan Cengiz Özyurt, Şebnem Şenol Akar, Deniz Özer, Ferya Karadağ Yalçın
S66	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sürdürülebilir Kalkınma Bilinç Düzeyleri Tuğba Coşkun Aslan, Ayşe Nur Tat, Arda Borlu, Hasan Durmuş, İskender İskender	S91	Factors Affecting Treatment Outcomes for Tuberculosis Patients in Ordu, Turkey: A Retrospective Cohort Study Fezva Nur Topçu Yenerçay, Fatih Aydın
S67	Bir Kentsel Bölge Örneğinde Bulaşıcı Olmayan Hastalığa Sahip Olan Erişkinlerin COVID-19 Pandemisi Döneminde Kronik Hastalık İzlem Niteliğinde ve Tedavi Uyumundaki Değişiklikler Kübra Çiçek, Erhan Eser	S92	Toplumun COVID-19 Aşısına Yönelik Tutum ve Güven Durumlarının Belirlenmesi Berkan Topaktaş, Meryem Çetin, Aslı Memiş, Zeliha Karapelit
S68	Edirne'deki Huzurevlerinde Kalan Yaşlıların Televizyon İzleme Davranışları ve Bu Konudaki Düşünceleri Gamze Demiray, Emine Aydın Özgür, Faruk Yorulmaz	S93	Ebeveynlerin 5-12 Yaş Çocukları İçin, COVID-19 Aşısı Tereddütü Yaşama Sıklığı ve COVID-19'dan Korunmasına Yönelik Halk Sağlığı Önlemleri Alma Tutum-Davranışları Gülsüm Şanlı Erkekoğlu, Erhan Eser
S69	COVID-19 Geçiren Yaşlılarda Kişiselleştirilmiş Tele-Beslenme Danışmanlığının Beslenme Durumuna Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma Deniz Korkut Gençalp, Fehmi Akçiçek, Fisun Şenuzun Aykar, Sevnaş Şahin	S94	Hastane Çalışanlarında, Covid-19 Aşısı Uygulanması Ardından Oluşan Aşısı Sonrası İstenmeyen Etkiler İle Antikor Düzeylerinin Değerlendirilmesi Ayşe Can, Lütfi Saltuk Demir, Bahadır Fezyoğlu
S70	Yaşlılarda Glisemik İndeks, Günlük Enerji Alımı Metabolik Parametreler ve Vücut Kompozisyonu Arasındaki İlişki Burak Mete, Lezzan Keskin, Ceren Kanat Şahin	S95	Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarında Ortoreksiya Neuroza Prevalansı, Depresyon ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki Merve Tath, Gülay Yılmaz
S71	Yaşlılarda Hedonik Açlık Davranışı, Günlük Diyet İçeriği ve Obezite Arasındaki İlişki Ceren Kanat Şahin, Burak Mete, Lezzan Keskin	S96	Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları Sıklığının Değerlendirilmesi Beril Kara Esen, Günay Can, Umay Ece Tuğcu, Kardelen İnan
S72	İstanbul'daki Bir Grup Tıp Fakültesi Öğrencisinde Yaşlılara Karşı Tutum Ayşe Seval Palteki, Vildan Ak, Burcu Talay, Dilara Pek, Eda Aras	S97	Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'nde Çalışan Sağlık Çalışanlarının Pandemi Döneminde Psikososyal Durumlarının Değerlendirilmesi Emrah Emiral, Yunus Emre Bulut, Gülsüm Öztürk Emiral, Hüsnü Sarıca Çevik, Abide Aksungur
S73	Büro Çalışanlarının Ergonomik Çalışma Koşulları ve Stres Algıları: Bir Üniversite Örneği Fezva Nehir Öznur Muz, Alaettin Ünsal, Didem Arslantaş, Ali Kılıç, Mine Tepetaş	S98	COVID-19 Geçiren Hastalarda Mental Sağlık Durumunun ve Bunu Etkileyen Etmenlerin Değerlendirilmesi Edanur Sezgin, Gül Ergör, Can Cimilli
S74	Orta Karadeniz Bölgesinde Bir Şehirde Öğretmenlerin Beslenme Alışkanlıkları ve Beslenme Okuryazarlığı Düzeyleri Serpil Bozdoğan, Gülay Yılmaz	S99	İstanbul'da 2019 ve 2022 Yıllarında Yapılan Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme Programı ve Süpervizyonlarının Değerlendirilmesi Pelın Şavlı Emiroğlu, Gökçe Otçu, Nihan Özano
S75	Kentsel Bölgedeki Bir Ortaokulda Beslenme ve Fizik Aktivite Konularında Sağlık Geliştirme Müdahalesi Çağlar Söğüt, Beyhan Cengiz Özyurt	S100	Pandemi Döneminde İstanbul'da Yürütülen Birinci Basamak Psikososyal Destek Çalışmalarının Değerlendirilmesi Pelın Şavlı Emiroğlu, Lodos Yıldız

Sözlü Bildiriler

S101	3-6 Yaş Çocuğu Olan Annelerin Otizm Farkındalıkları ve Çocuklarının Psikososyal Durumlarının İncelenmesi Elvan Emine Ata, Nadire Ercan Toptaner, Elif Dönmez, Merve Sarıtış	S123	Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Akademik Kaynak Kullanma Alışkanlıkları: İstanbul'da İki Üniversite Örneği Anıl Karaman, Arzu Neşişah Yürük, Ayşegül Parmaksız, Cansel Can, Oğulay Eren, Sabanur Çavdar, Ayşe Zülal Tokaç Fannaz
S102	İstanbul'un Bir İlçesinde Pandemi İlk Dalgasında Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik ve Anksiyetenin Değerlendirilmesi Hatice İkişik, Esmehan Aysıt, Aybüke Kayalı, Mehmet Akif Sezerol, Yusuf Taşçı, Mustafa Çakır, İşıl Maral	S124	Halk Sağlığına Yönelik Öğrenci Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi Mehmet Akif Sezerol, Halim İşsever
S103	Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Yetişkin Bireylerde COVID-19 Korkusu ve Depresif Belirtiler Düzeyi Arasındaki İlişki Raşit Dursun, Şehide Arslan, Hasan Durmuş, Elçin Balcı	S125	Manisa'da Seçilen Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 18 Yaş ve Üzeri Populasyonda Toplumsal Cinsiyet Algısı ve İlişkili Faktörler Ecem Tüzün, Pınar Erbay Dünder, Kübra Çiçek, Erk Atlay, Neşe Kayacan, Nazlı Beyza Aydoğdu, Hatice Elif Özdemir, Gizem Eğlü, Emre Sarıman
S104	Seks İşçilerinin Sağlık Haklarının Değerlendirilmesi: Niteliksel Bir Çalışma Kadir Onur Şimşek, Nurray Özgülner	S126	Manisa'da Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 20 Yaş ve Üzeri Bireylerde Uyku Kalitesi ve İlişkili Faktörler Zeynep Ceyda Buran, Beyhan Cengiz Özyurt
S105	Pandemi ve Barınma Yoksunluğu Bağlamında Kadınların Sağlık ve Sağlık Hizmeti Erişimi: Basmane Örneği İrem Şevik	S127	Manisa Yunusemre İlçesi'nde Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 18 Yaş ve Üzeri Kadınlarda Bel Ağrısı Sıklığı ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi Gülsüm Şanlı Erkekoğlu, Pınar Erbay Dünder
S106	Human Trafficking in Turkey; 2016-2020 İsmail Hakkı Tunçez	S128	Hemşirelik Öğrencilerinin Sosyal Adalete Savunuculuğu ve Etik Duyarlılık İle İlişkisi Feyza Kocakurt, Belgin Akın
S107	The Two Essential Components of a Comprehensive Rare Disease Control Program Çağlar Fidan, Recep Akdur, Çiğdem Naz Ünver, Ömer Can Şahin, Aslı Begüm Alper	S129	Bir Yükseköğretim Kız Yurdundaki Öğrencilerde Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi Rabia Ateş, Çiğdem Çağlayan
S108	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Takip Edilen HIV İle Yaşayan Bireylerin Sağlık Hizmeti Kullanım Özellikleri Aslı Ata Teneler, Zeliha Aslı Öcek, Deniz Gökengin	S130	Otizmliler Çocuklar ve Ebeveynlerinin Eğitim Süreçlerinin İncelenmesi ve Ebeveynlerin Otizm Farkındalığının Değerlendirilmesi: Niteliksel Bir Çalışma Fatma Burcu Doğanç, Selma Hasanoglu, Harika Özasan, İlayda Mahşeracı, Elif Simay Bıncı, Cemre Hamoğlu, Abobakr Bagaber, Seyhan Hidiroğlu
S109	İstanbul'da Bir Hastanedeki Hekimlerin Yabancı Hastalarla İletişiminin Niteliksel Değerlendirilmesi Cemre Hilal Kesen Yurtcanlı, Seyhan Hidiroğlu, Beyza Nur Ataoğlu, Beril Aycan Yağız, Burak Bekgöz, Elif Pelin Yılmaz, Zeynep Baykal	S131	Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Tutumlarının Eğitim Müdahalesi İle Değerlendirilmesi Cansu Özbaş, Merve Atik Şahin, Merve Korucu, Mustafa Necmi İlhan
S110	Sağlıklı Yaşam Beklentisinin Yüksek Olduğu Ülkelerde Cinsiyete Özel Sağlıklı Yaşam Beklentisinin Bazı Davranışsal ve Metabolik Riskler Açısından Değerlendirilmesi: Ekolojik Bir Çalışma Muammer Kunt	S132	COVID-19 Survivors Intensive Care Unit Experiences: A Qualitative Study Tahsin Gökhan Telatar, Ayça Telatar, Çiçek Hocaoglu, Ayşe Hızal, Mustafa Sakın, Sarp Üner
S111	Manisa'da Aile Sağlığı Merkezlerinde İzlenen TİP-2 Diyabetli Bireylerin Glisemik Kontrolünü Etkileyen Faktörler Gülsüm Şanlı Erkekoğlu, Erhan Eser	S133	İstanbul Anadolu Yakasında Bulunan Bir Anaokulundaki Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Çocukların Gelişimlerinin Değerlendirilmesi Şevket Girgin, Lara Özdemir, Zeynep Gümüş, Esra Kılıç, Tuğçe Gönül Acaraloğlu, Fatma Burcu Doğanç, Seyhan Hidiroğlu
S112	Manisa'da Aile Sağlığı Merkezleri'ne Başvuran 18-64 Yaş Kadınlarda Fazla Kiloluluk/Obezite ve Kilo Verme Girişimi Sıklığı ve Nedenselliği Zeynep Ceyda Buran, Erhan Eser	S134	COVID -19 Pandemisinin Kadına Yönelik Şiddet Olgularına Etkisinin İncelenmesi: Medya Haberleri Üzerinden Bir Değerlendirme Şehbal Yeşilbaş, Emine Tiriç, Metin Pıçakçefe, Bahadır Dede, Merve Savaş Aksakal
S113	Manisa'da Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Kronik Hastalığı Olan Kişilerde Akılcı İlaç Kullanımı ve İlişkili Faktörler Zeynep Ceyda Buran, Erhan Eser	S135	Bir Tıp Fakültesinde İntörn Hekimlerin Beyaz Kod İle İlgili Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi Bahadır Dede, Merve Savaş Aksakal, Metin Pıçakçefe, Şehbal Yeşilbaş, Emine Tiriç
S114	Bir İlçedeki 18 Yaş Üstü Nüfusun Bulaşıcı Olmayan Hastalık Sıklığı ve İlişkili Risk Faktörleri Tuğçe Mehlika Şanver, Ümmühan Şevkat Bahar-Özvarış	S136	Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Şiddete Yönelik Tutumlarının ve Şiddet Görmeye Korku Düzeylerinin Belirlenmesi Serap Salimoğlu, Recep Akdur
S115	COVID-19 Kapanma Dönemlerinin Tip 2 Diyabetes Mellitus Hastalarının Metabolik Kontrolü Üzerine Etkisi Tuğçe Buse Uğur, Buse Ecem Kurugöl, Sevilay Aligülü, Şilan Güneş, Ayşe Zülal Tokaç Fannaz, Osman Hayran	S137	Kol Emeliyle Çalışanların COVID-19 Pandemisinde Etkilenimleri: Bir Fotoğraf Çalışması Selma Karabey, Temmuz Gönç Savran, Yağmur Köksal Yasin, Ahmet Can Bilgin, Yeşim Yasin, Bülent Kılıç
S116	Üniversite Hastanesindeki Asistan Hekimlerin İş Tatminleri ve Gelecek Kaygısını Etkileyen Faktörler Erkan Pehlivan	S138	Göçmen Kadınlar Arasında Aile Planlaması İle Yakın Partner Şiddeti Arasındaki İlişkinin İncelenmesi Sema Çifçi, Sibel İçke, Sevil Hakimi
S117	Bir Tıp Fakültesi Klinik Dönem Öğrencilerinin Mesleki Kaygı Düzeyleri Ceren Varer Akpınar	S139	Türkiye'de 2010-2021 Yılları Arası Gerçekleşen Kadın Cinayetlerinin Değerlendirilmesi: Ekolojik Bir Çalışma Fulya Özder Taş, Galip Ekuclu
S118	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İntörn Hekimlerinde Kariyer Seçimleri ve Nedenlerinin Belirlenmesi Ahmet Furkan Süner, Elif Işık, Hatice Şimşek	S140	COVID-19 Pandemi Döneminde Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Asistan Hekimlere Yönelik Şiddetin Değerlendirilmesi Ayşe Gökçe, Gülseda Boz, Ali Özer
S119	Tıp Fakültesi Uzmanlık Öğrencilerinin Eğitim Sürecinde Sosyal ve Psikolojik Değişimleri, Kohort Çalışması Meltem Akdemir, Yonca Sönmez, Firat Köse, Yeşim Şenol, Emine Esra Varkal Toprak, Mehmet Rifki Aktekin	S141	Hastanelerin Karşılaştırmalı Kurumsal Sağlık Okuryazarlığı Değerlendirilmesi Yusuf Taşçı, Sabanur Çavdar, Mehmet Akif Sezerol, Ömer Ataç, Ayşe Emel Önal
S120	1970 - 2022 Yılları Arasında Türkiye'de Halk Sağlığı Uzmanlık Dallarında Yapılmış Doktora, Uzmanlık ve Yüksek Lisans Tezlerinin Bibliyometrik Analizi Abdullah Uçar, Yasemin Denizli, Mahmut Talha Uçar, Muhammet Yunus Tunca	S142	Trakya Kırsalında Sağlık Hizmeti Kullanımı - 2019 Gamze Demiray, Mehmet Güneş, Burcu Tokuç, Muzaffer Eskiocak
S121	Tıpta Uzmanlık Eğitimi Sınavında Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitiminin Tercih Edilme Durumları ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi: 15 Yıllık Retrospektif Çalışma Bahadır Dede, Merve Savaş Aksakal, Metin Pıçakçefe, Şehbal Yeşilbaş, Emine Tiriç	S143	Sağlık Çalışanlarının Radyolojik Acil Durum veya Afetlere Müdahalesini Etkileyen Faktörler Nihal Dağ, Cüneyt Çalışkan, Hüseyin Koçak
S122	Türkiye'deki Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Kariyerlerini Yurtdışında Sürdürme Eğilimleri ve Bunu Etkileyen Faktörler: 39 Tıp Fakültesinde Çok Merkezli Bir Araştırma Erhan Eser, Elif Çil, Nesibe Efruz Şen Gündoğan, Meltem Çöl, Elif Nur Yıldırım Öztürk, David Terence Thomas, Ahmet Tervik Sünter, Hatice Nilden Arslan, Rıza Çiftçi, Yalçın Önder, Metin Pıçakçefe, Bahadır Dede, Can Demirel, Neriman Aydın, Çiğdem Çağlayan, Ahmet Alp Aker, Arda Borlu, Hasan Durmuş, Günay Can, Esin Sıddıkoğlu, Ergün Haldun Sümer, Tunahan Uygun, Seval Alkoy, Kübra Aktaş Aycan, İbrahim Koruk, Rüstem Kuzan, Lütfi Saltuk Demir, Esra Haçlar, Hıdır San, Zehra Kiling, Özgür Önal, Edanur Doğan, Mestan Emek, Rıdvan Terzioğlu, Gülçin Yapıcı, Deniz Erdal, Sultan Eser, Emine Ayhan Akman, Zahide Koşan, Sinan Yılmaz, Ferruh Niyazi Ayoğlu, Bilgehan Açıkgöz, Berna Musal, Ahmet Furkan Süner, Ayşegül Erdoğan, İdris Cilburunoğlu, Meral Saygun, Didem Arslantaş, Muhammed Fatih Önsüz, Nazım Ercüment Beyhün, Medine Gözde Üstündağ, Galip Ekuclu, Fulya Özder Taş, Filiz Abacıgil, Selcen Öncü, Seyhan Hidiroğlu, Ayşe Nilüfer Özyayın, Edibe Pırınççı, İrem Bulut, Mustafa Tözün, Muzaffer Eskiocak, Pınar Günel, Sebhat Dilek Torun, Melike Yavuz, Metin Hasde, Derya Çamur, Gülşen Güneş, Burak Kurt, Nüket Güler Baysoy, Nadi Bakırçı, Fiğen Demir, Binali Çatac, Ferda Özyurda, Mustafa Turan		

Sözlü Bildiriler

S144	Çatışma ve Savaş Bölgelerinde Sağlık; Ukrayna-Rusya Savaşı Üzerinden Bir Veri Tabanı Araştırması Fatih Cemal Tekin	S171	T1P-1 Diyabet, Anne Sütü, Tahillara Erken Başlama ve Pasif İçicilik: Bir Olgu-Kontrol Çalışması İpek Çiçekli, Raika Durusoy
S145	Epilepsili Bireylerde Afetlere ve Acil Durumlara Hazır Bulunuşluk İle Sağlık Yetkinliği Arasındaki İlişki Gülşay Yılmazel	S172	Erciyes Üniversitesi Öğrencilerinde Sürdürülebilir ve Sağlıklı Beslenme Davranışlarının Çevre Okuryazarlığı İle İlişkisi Büşra Ekerçi, Seyma Duman, Arda Borlu, Hasan Durmuş
S146	Bir Üniversitenin Öğrencilerine Yönelik Sağlık İnanç Modeli Temelli Afetlerde Farkındalık Eğitiminin Üniversite Öğrencilerinin Bilgi ve İnanç Düzeylerine Etkisi Çiğdem Samancı Tekin, Sefa Ertürk, Sıdika Sena Kanlı	S173	Sinop Plajlarının Rekreatif Su Kalitesinin Mikrobiyolojik Göstergeleri İle Kamu Sağlığı Tehdidi Gülcan Demir
S147	Orman Yangınlarına Şahit Olan Veya Mağduriyet Yaşayanlarda Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Depresyon Gonca Soysal	S174	Kırklareli İli İçme-Kullanma Sularının Organoleptik Özelliklerinin Koliform Kirliliğiyle İlişkinin Değerlendirilmesi Ahmet Burak Dumlu, Ahmet Önder Poşuk, Çiğdem Cerit
S148	Göçmen Sağlığı Merkezinden Hizmet Alan Kadınların Üreme Sağlığının Değerlendirilmesi İlkem Duman Kıymık, Ahmet Tefvik Sünter	S175	Hava Kirliliğine Atfedilir Morbidite Örneği: Air Q Programı İle Edirne'de Hava Kirliliğine Atfedilir Morbidite ve Mortalite Didem Han Yekdeş, Ali Cem Yekdeş, Pelin Sarı Serin, Üfkiye Çelikkalp
S149	Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Uzmanlık Öğrencilerinde Medikal Zenofobi ve İlişkili Etmenler Süleyman Utku Uzun, Bilge Betül Kılıç, Ümmühan İnci Kandemir	S176	Türkiye'de Kapalı Ortam Hava Kirliliğine Atfedilen Hastalık Yükü: Airq+ Örneği Pelin Sarı Serin, Miraç Çağlayan, Didem Han Yekdeş, Faruk Yorulmaz
S150	Mülteci Kamplarına Görevlendirilen Sağlık Çalışanlarında Savaşın Arka Plan Psikolojik Etkileri İsmet Çelebi, Selma Durmuş Sarıkahya, Harun Özkan	S177	Türkiye'de PM2.5 Maruziyetinin Kaybedilen Yaşam Yılları İle İlişkisi Süleyman Utku Uzun, Kenm Baltacı, Ayşe Miray Koşar
S151	Göç ve Türkiye Beza Püren Selcan Gündoğdu, Seher Palanbek Yavaş, Ayşe Emel Önal	S178	Yetişkinlerin Su Tasarrufu İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi Mehmet Uyar, Enes Kasapoğlu, Gizem Sena Demir
S152	65 Yaş ve Üzeri Popülasyonda Göz Sağlığı Taraması, Huzurevi Örneği Ayşen Til, İbrahim Ethem Ay	S179	Bir Grup Üniversite Öğrencisinin Çevreye Yönelik Davranışlarının ve Küresel İklim Değişikliği Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi Serap Salimoğlu, Hüseyin Tolga Çağatay, Recep Akdur
S153	Sakarya'daki Yatalak Morbid Obezlerin Yaşam Kaliteleri ve Bakım Bağımlılıklarının Değerlendirilmesi Şeyda Tok, Zeynep Bozat, Selin Tunali Çokluk, Zeynep Devran Muharremoğlu, Fulya Aktan Kibar, Neşe Aşıcı, Enes Ahmet Güven, İsmail Onur, Aziz Öğütlü	S180	Sağlık Çalışanlarının Farmasötik Atık Kavramı Hakkındaki Bilgi Düzeyi Fezva Nur Topçu Yenerçay
S154	Manisa'da Bir Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranlarda Diyabet Riski ve İlişkili Faktörler Zeynep Ceyda Buran, Pınar Erbay Dünder	S181	Mersin İl Merkezindeki İlkokul ve Ortaokul Öğrencilerinde Antropometrik Özelliklerinin Okul Oturma Mobilyaları İle Uyumunun Değerlendirilmesi Derya Kale, Resul Buğdaycı
S155	Birinci Basamak Sağlık Merkezine Başvuran Bireylerde Kolorektal Kansere Davranışları ve İlişkili Faktörler Elif Dönmez, Nadire Ercan Toptaner, Elvan Emine Ata, Zeynep Dülger, Onur Acar	S182	Antalya İl Merkez İlçelerinde 2. ve 3. Trimesterdeki Gebelerin COVID-19 Aşısı Yaptırma Durumları Gamze Akın Özkara, Fatma Karsavurdan, Mestan Emek, Emsal Çetin, Mehmet Rifki Aktekin
S156	Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Baş Ağrısı Prevalansı ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması. Mersin, Türkiye Derya Kale, Bengü Nehir Buğdaycı Yağın, İbrahim Çevik, Matin Dolatabadi, Baharnaz Ekinci, Süleyman Turan Polat, Caferi Tayyar Şaşmaz	S183	Qualitative Evaluation of Reasons for Healthcare Professionals Who Unvaccinated Against COVID-19 Elif Nur Koçak, Sevgi Canbaz, Servet Yüce, Osman Faruk Bayramlar
S157	Prediyabet Hastalarına Uygulanan Egzersiz Yarar/Engel Ölçeği Geçerlilik-Güvenirlik Çalışması Tulay Ortabağ, Melek Öztürk	S184	Kayseri İlinde 18 Yaş ve Üzeri Bireylerde Bulaşıcı Hastalık Risk Farkındalığı Tuğba Coşkun Aslan, Güzin Ateş Özye, Dilek Ener, Fevziye Çetinkaya
S158	Bir Tıp Fakültesi Hastanesine Başvuran Hastaların Kansere Taramaları Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi Arda Deniz, Sevim Bilge Onuk, Fatih Şahin Boyraz, Umur Şengül, Ramazan Memiş, Kutay Kuzucu, Şehbal Yeşilbaş, Bahadır Dede	S185	Edirne İlinde Aile Hekimleri ve Aşı Yönetim Ekibini Bağışıklama ve Aşı Tereddüdüne İlişkin Bilgilendirme ve Tutum Geliştirilmesine İlişkin Müdahale Çalışması Bahar Marangoz, Didem Han Yekdeş, Muzaffer Eskiocak
S159	Konya İli KOMEK/ASEM'de 20-70 Yaş Arası Kursiyerlerin Kansere Tarama Sonuçlarının Değerlendirilmesi Seyfettin Abuoğlu, Lütfi Saltuk Demir	S186	COVID-19 Nedeniyle Hastanede Yatmakta Olan Aşısız Kişilerin Aşı Tereddütlerinin Değerlendirilmesi İlnur Ayvaz, Aysena Örtlek, Seda Korkmaz, Zehra Karaca, Eda Ceren Güllü, Ahmet Topuzoğlu
S160	Bir Üniversitede Çalışan Hemşirelerde İşten Ayrılmanın İş Stresi ile İlişkinin Değerlendirilmesi: Olgu Kontrol Çalışması Saadet Göksu Çelik, Yücel Demiral	S187	Seks İşçilerinde HPV Bulaş, Bağışıklama ve Tarama Konusunda Küresel ve Ulusal Yaklaşımlar Doğa Çıkm, Ceyda Şahan
S161	Kocaeli İlinde Pandemi İkinci Yılında İş Yerlerinde Alınan COVID-19 Önlemlerinin Değerlendirilmesi-Ön Rapor Çiğdem Çağlayan, Mehmet Ertan Güner, Gonca Yıldırım Coşkun, Cem Turan, Hatice Cemre Keser	S188	Omikron Varyantı Döneminde COVID-19 Reenfeksiyonu ve Aşı: Sağlık Çalışanlarında Bir Olgu-Kontrol Araştırması Göknil Çavuş, Ayşe Kuzubaş, Isabel Raika Durusoy Onmuş, Seyfi Durmaz, Yeşim Babür Korkmaz, Funda Karbek Akarca, Mert Anıl Altun
S162	İş ve Meslek Hastalıkları Uzmanlığı Saha Deneyimi: Bir Olgu Üzerinden Meslek Hastalığı Sevk, Tanı ve Bildirim Sürecindeki Sorunların Mevzuat Yönünden İncelenmesi Aylin Çiftçi, Ceyda Şahan, Yücel Demiral	S189	Türkiye'de COVID-19 Bağışıklamasında Bölgeler ve İller Düzeyinde Eşitsizlik Bahar Marangoz, Mehmet Zencir, Muzaffer Eskiocak
S163	Investigating of Factors Affect on Diagnosis and Notification of Occupational Diseases Among Residents in a University Hospital Melih Gaffar Gözükkara, Mustafa Necmi İlhan	S190	Ebelik Öğrencilerinin Human Papilloma Virüs (HPV) Enfeksiyonu ve HPV Aşısı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi Özlem Çağan
S164	Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Gebelikte Ağız ve Diş Sağlığı Konusunda Bilgi Düzeyi Merve Akın, Nurhan Meydan Acımış, Kerim Baltacı	S191	Bir Üniversitenin Tıp Fakültesi İnk 5 Yıllık Öğrencilerde Sinizm Düzeyi ve İlişkili Faktörler Nurhan Meydan Acımış, Fatma Nur Eğilmez, Onur Orhan
S165	Vizyona Giren ve En Çok İzlenen Yerli Yapım Sinema Filmlerinde Tütün Kullanımının İncelenmesi (5 Ülke, 2019) Kürşat Kutluca, Ferhan Ceyda Güzel, Berke Cural, Ayşe Betül Bozdağ, Özge Alkan, Enes Başkran, Mahmut Selim Hakbilen, Mustafa Uyar, Elif Kepenek, Bahadır Şen, Enes Tel, Kaan Aksu, Damla Özyürek, Fahriye Has Akdağ, Hilal Özcebe	S192	Profesyonel Turist Rehberlerinin Mesleki İş Sağlığı ve Güvenliği Konusundaki Farkındalıkları ve Risklerinin Araştırılması Selçuk Yüzbaşıoğlu, Osman Faruk Bayramlar, Selma Karabey
S166	Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle Siberkondri Düzeyleri İlişkisi Pelin Zivdir, Rabia Sohbet	S193	Turgut Özal Tıp Merkezi Çalışanlarında COVID-19 Anksiyetesi ve Etkileyen Faktörler Esra Zopçuk, Erkan Pehlivan
S167	COVID-19 Dönemindeki Sağlık Okuryazarlığı ve Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutum Düzeylerinin İlişkilendirilmesi Fatma Semanur Korkmaz Öner, Seçil Özkan	S194	COVID-19 Pandemi Döneminde Ebeveynlerin Aşı Tereddütünün Değerlendirilmesi Mustafa Çakır, Recep Çepni, Hatice İkışık, Işıl Maral
S168	Mahalle Düzeyinde Sosyal Sermaye ve Sağlık Algısı: İstanbul'da Kesitsel Tipte Bir Saha Araştırması İlker Kayı, Nuray Özgülnar	S195	İntörn Hekimlerde İklim Değişikliğinin Küresel, Yerel, Bireysel Bağlamının Nitel Bir Değerlendirmesi Merve Akbayrak, Işıl Ergin
S169	Gıda ve Beslenme Okuryazarlığı Ölçeği: Metodolojik Bir Çalışma Gülcan Demir, Ali Özer	S196	Sıcak Dalgaları Bilgi, Farkındalık, Uygulama ve Davranış Ölçeği Geliştirilmesi, Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması Uğurcan Sayılı, Betül Zehra Pirdal, Abdülkerim Uygur, Ferdane Şeyma Erol, Esin Siddikoğlu, Günay Can
S170	Mikrobiyotaya Okuryazarlığı Ölçeğinin Geliştirilmesi; Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması Fezva Nehir Öznur Muz, Selma Metintaş, Muhammed Fatih Önsüz, Ener Çağrı Dinleyici, Ersin Karademir	S197	Tıp Fakültelerinde İklim Değişikliği ve Sağlık Etkileri Konusunun Tıp Eğitimindeki Yerinin Saptanması Çiğdem Çağlayan, Rabia Çukurlu, Pınar Koçkaya
		S198	Bir Üniversite Hastanesindeki Doğumlarda Kord Kanında Bisfenol-A, F S İle Tirot Hormon Düzeyleri Merve Büke Şahin, Murat Çağan, Anıl Yirun, Aylin Balcı, Selinay Başak Erdemli Köse, İrem İyigün, Melda Çelik, Özgür Özyüncü, Pınar Erkekoğlu, Cavit Işık Yavuz
		S199	Türkiye'de Yaşlılarda COVID-19'a Bağlı Mortalite: İndirek Standardizasyona Dayalı Bölgesel Tahminler Cavit Işık Yavuz, Özge Yavuz Sarı
		S200	Pandemi Döneminde Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarında Anksiyete Düzeyi ve Tükennmiş Durumu Değerlendirilmesi İbrahim Günay, Didem Daymaz, Meral Saygun
		S201	COVID-19 Pandemisinde Sağlık Arama Davranışını Etkileyen Değişkenler ve Etkililik Düzeylerinin Yapısal Eşitlik Modeli İle İncelenmesi Pınar Atalı, Seyhan Hidroğlu, Melda Karavuş, Alican Sarsaltık

Poster Bildiriler

P01	18 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERİN KANSER TARAMALARINA YÖNELİK BİLGİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ Lütfi Saltuk DEMİR, Ayça Bera TALAŞ, Yusuf BÜYÜKKELLEÇİ, Zeynep BERBER, Beyza URHAN, Ali DOĞAN, Elif Nazlı SATIR, Yasemin DURDURAN, Mehtap YÜCEL, Gizem Sena DEMİR	P13	SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA COVID-19 AŞI UYGULAMASI SONRASINDA GÖRÜLEN ETKİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ Didem DAYMAZ, Sedat KAYGUSUZ, Meral SAYGUN
P02	COVID-19 PANDEMİ DÖNEMİNDE ÖĞRETMENLERDE UYKU KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ Mustafa ÇAKIR, Recep ÇEPNİ, Hatice İKİŞİK, Işıl MARAL	P14	BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE TIPTA UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNDE TÜKENMİŞLİK DURUMU VE COVID-19 KORKUSU Halit Emin ALICILAR, Meltem ÇÖL
P03	TIP FAKÜLTESİ 2.SINIF ÖĞRENCİLERİNİN BİLGİSAYAR KULLANIM ALIŞKANLIKLARI Elif Nur AVŞAR USLU, Meral TÜRK	P15	KOCAELİ İLİ İZMİT İLÇESİNDE COVID-19 TANISI ALMIŞ BİREYLERDE SİGARA İÇME SIKLIĞININ SAPTANMASI VE SİGARA İÇME DAVRANIŞI DEĞİŞİMİNİN İNCELENMESİ Ömer Naim SAYER, ÇİĞDEM ÇAĞLAYAN
P04	ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE TOPLUMSAL CİNSİYET İLİŞKİLERİ- FLÖRT ŞİDDETİ İLİŞKİSİ; ALANYA ÖRNEĞİ Saliha ÖZPINAR, Erhan DAĞ, Yaşar DEMİR, Pınar KARAKUŞ	P16	TIP FAKÜLTESİ 6. DÖNEM ÖĞRENCİLERİNİN HALK SAĞLIĞI STAJI ALMA DURUMUNA GÖRE BİLDİRİMİ ZORUNLU HASTALIKLAR VE İLGİLİ UYGULAMALAR İLE İLGİLİ BAZI BİLGİ VE GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ Didem DAYMAZ, Necibe KURTULUŞ, Çağla GÜNEŞ, Talha Akif AKSOY, Gaye Nur BATUN, Semih YAZICI, Zeynep Nesibe İMAN, Muhammed Musab AL, Zekiye Nur ÖZTÜRK, Ayça Naz ŞAHİN, Ünal YAĞMUR, Elif AKARSLAN, Metehan TAŞKIRAN, İsmail KOLTUK, Meral SAYGUN
P05	SÜRÜCÜ DAVRANIŞLARINI GELİŞTİRME EĞİTİMİ (SÜDGE) KATILICILARININ ALKOLLÜ ARAÇ KULLANMA TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ Ahmet Önder PORSUK, Dilara RAMADAN, Çiğdem CERİT	P17	ASBEST İLİŞKİLİ HASTALIKLARIN İZLEMİ VE ÖNLENMESİ İÇİN ULUSLARARASI VE ULUSAL YAKLAŞIMLAR Melike YÜKSEL YAVUZ, Ceyda ŞAHAN, Osman Alparslan ERGÖR
P06	LİSE 1. SINIF ÖĞRENCİLERİNİN DİJİTAL OYUN BAĞIMLILIĞININ OBEZİTE MEVCUDİYETİ VE LGS BAŞARISI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ Onur SÜER, Lütfi Saltuk DEMİR	P18	SAKARYA'DA GEÇİCİ KORUMA STATÜSÜNDEKİ SURİYE'LI GÖÇMENLERİN BAZI ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ Zeynep DEVRAN MUHARREMOĞLU, Fulya AKTAN KİBAR, İsmail ONUR, Selin TUNALI ÇOKLUK
P07	HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALLARINDA 2006-2021 YILLARI ARASINDA YAPILAN LİSANSÜSTÜ TEZLERİN İNCELENMESİ Sevilcan Başak ÜNAL, Cavit Işık YAVUZ	P19	BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ FARKINDALIKLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER Nurbanu ODACI, Fatma CEYLAN ÇIRAY, Bilge KALANLAR
P08	HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN HASTA SAVUNUCULUĞU KONUSUNDA DÜŞÜNCELERİ Ceren BOYNUKISA	P20	LİSE ÖĞRENCİLERİNDE İNTERNET BAĞIMLILIĞI VE ETKİLEYEN ETMENLER; KESİTSEL BİR ÖN ÇALIŞMA Esra ÇİÇEK, Mustafa ÖZTÜRK, Mahmut Talha UÇAR
P09	COMPLIANCE WITH PUBLIC HEALTH AND SOCIAL MEASURES FOR COVID-19 IN ANKARA MEDICINE STUDENTS Mustafa Orhun AKAR, Obaida AL-MUBARAK, Hebah ALSHURMAN, Ahmad ŞUKRİ, Anıl ÇUKUR, Vedat Berkay KOYUNCU, Meltem ÇÖL, Atilla Halil ELHAN	P21	COVID-19 PANDEMİSİNDE BİR DEVLET HASTANESİ PERSONELİNİN FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYİNDEKİ DEĞİŞİM İLE ZİHİNSEL SAĞLIK DURUMLARI İLİŞKİSİ Mahmut Talha UÇAR, Deniz AHISKALI, Mustafa ÖZTÜRK
P10	COVID-19 PANDEMİSİNİN TÜRK TIP DERGİLERİNDE KADIN YAZARLIK POZİSYONLARINA ETKİSİNİN İNCELENMESİ Betül Zehra PIRDAL, Beril Kara ESEN, Ferdane Şeyma TOPLU, Kevser SAK, Uğurcan SAYILI, Mehmet Sarper ERDOĞAN	P22	COVID-19 REEFEKSIYONLARI: BİR ÜÇÜNCÜ BASAMAK HASTANENİN PCR TESTİ SONUÇLARININ VE HASTANE ÇALIŞANLARININ GEÇİRDİĞİ ENFEKSİYONLARIN SÜRVEYANSI Raika DURUSOY, Mehmet SOYLU, Gözde AKKUŞ, Seyfi DURMAZ, Candan ÇİÇEK, Funda KARBEK AKARCA
P11	FABRİKA ÇALIŞANLARINDA HİJYEN TUTUM VE DAVRANIŞI Ayşe Seval PALTEKİ, Mert BANRİ, Hamza Can AKDENİZ, Furkan OKTAR, Hatice Betül OKTAR	P23	ANALYSIS OF POSSIBLE GENOTOXIC DAMAGE IN OBESE INDIVIDUALS Emel İŞBİLİR, Gülşen GÖNEY, Cengiz GAZELOĞLU

İÇİNDEKİLER

DAVETLİ KONUŞMALAR

AÇILIŞ KONUŞMASI	03
<i>Prof. Dr. Bülent KILIÇ</i>	
PANDEMİ SÜRECİNDE TANI VE TEDAVİ HİZMETLERİ, ZORLUKLAR, DENEYİMLER, GELECEK PERSPEKTİFLERİ	05
<i>Prof. Dr. Bahriye Oya İTİL</i>	
BİTMEYEN SORUN: GÜVENLİ İÇME SUYUNA ERİŞİM	06
<i>Doç. Dr. Derya ÇAMUR</i>	
AFET VE ACİL DURUMLARDA SU GÜVENLİĞİ	15
<i>Uzm. Dr. Sertaç ÇANKAYA</i>	
TÜTÜN “KONTROLSÜZLÜĞÜ”: NASIL ÖNLENİR?	20
<i>Prof. Dr. Dilek ASLAN</i>	
KÜRESEL PERSPEKTİFLE YAŞLILIK DÖNEMİNDE ÖNE ÇIKAN SAĞLIK SORUNLARI	24
<i>Prof. Dr. Meral SAYGUN</i>	
ÖZEL BİR BAŞLIK; YAŞA BAĞLI AYRIMCILIK	27
<i>Dr. Öğr. Üyesi Emine BARAN DENİZ</i>	
VEKTÖRLE MÜCADELEDE İSTANBUL ÖRNEĞİ	31
<i>Dr. Öğr. Üyesi Önder Yüksel ERYİĞİT</i>	
HATAY’DA 2014-2022 DÖNEMİNDE YAPILAN ATIKSU ARITMA TESİSLERİNİN ASİ NEHRİ ÜZERİNDEKİ KİRLİLİK YÜKÜNÜN AZALTILMASINA ETKİSİ VE NARLICA MEMBRAN BİYOREAKTÖR (MBR) ÖRNEĞİ	34
<i>Fatma Öncü DÖNMEZ</i>	
SAVAŞ VE ÇATIŞMA BÖLGELERİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ VE AFET TIBBİ	36
<i>Dr. Kerem KINIK</i>	
HİPOKRATTAN GÜNÜMÜZE NE DEĞİŞTİ? ETİK VE HALK SAĞLIĞI BOYUTUYLA SAĞLIK ÇALIŞANLARINA ŞİDDET ...	37
<i>Doç. Dr. Cemal Hüseyin GÜVERCİN</i>	
BARIŞ ARAŞTIRMALARININ BAŞLANGIÇTAN GÜNÜMÜZE DEĞİŞİMİ	38
<i>Prof. Dr. Tacettin İNANDI</i>	
HALK SAĞLIĞI YETERLİK KURULU EŞYETKİLENDİRME KOMİSYONU ÇALIŞMALARI	40
<i>Prof. Dr. Dilek ASLAN</i>	
SAĞLIK OCAĞI, AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ VE ÖTESİ: ÜLKEMİZDE BİRİNCİ BASAMAK VE AİLE HEKİMLİĞİNİN GELİŞİMİ	42
<i>Prof. Dr. Okay BAŞAK</i>	
DÜNYADA HALK SAĞLIĞI VE AİLE HEKİMLİĞİ HİZMETLERİNİN ENTEGRASYONU	45
<i>Prof. Dr. Bülent KILIÇ</i>	
TÜRKİYE’DE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE UZAKTAN SAĞLIK HİZMET SUNUMU	54
<i>Uzm. Dr. Banu EKİNCİ</i>	
BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE DİJİTAL SAĞLIK	57
<i>Doç. Dr. Tufan NAYIR</i>	
HALK SAĞLIĞI BAKIŞIYLA BİRİNCİ BASAMAKTA KRONİK HASTALIK YÖNETİMİNDE UZAKTAN SAĞLIK HİZMETİ	59
<i>Prof. Dr. Işıl ERGİN</i>	



SAVAŞ VE HALK SAĞLIĞI	66
<i>Prof. Dr. Onur HAMZAOĞLU</i>	
MÜLTECİ KADIN VE KIZ ÇOCUKLARI İÇİN GÜVENLİ ALANLAR OLUŞTURMA; TÜRKİYE ÖRNEĞİ	67
<i>Prof. Dr. Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ</i>	
SAVAŞ VE ÇEVRE	69
<i>Prof. Dr. Çağatay GÜLER</i>	
TÜRKİYE'DE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: BİRİNCİ BASAMAKTA ULAŞILABİLİRLİK, SÜREKLİLİK	70
<i>Doç. Dr. Lütfi Saltuk DEMİR</i>	
TOPLUMSAL ŞİDDET VE ÇOCUK SAĞLIĞI	73
<i>Prof. Dr. L. Hilal ÖZCEBE</i>	
KOMPLEKS İNSANİ ACİLLER	74
<i>Dr. Kurtuluş AÇIKSARI</i>	
ULUSLARARASI AFETLERDE KIZILAY UYGULAMALARI	75
<i>Alper ULUCA</i>	
AFET VE ÇATIŞMA HALLERİNDE TIBBİ FAALİYET VE YARDIM YASAL ÇERÇEVE	79
<i>Kaan SANER</i>	
HALK SAĞLIĞINDA ASİSTAN HEKİMLER VE SORUNLARI	89
<i>Arş. Gör. Dr. Salih KESKİN</i>	
EĞİTİM SORUNLARI	91
<i>Arş. Gör. Dr. Gökçe Hazar OTÇU</i>	
MESLEKİ SORUNLAR	93
<i>Arş. Gör. Dr. İrem ŞEVİK</i>	
ÖZLÜK HAKLARI VE ETİK SORUNLAR	95
<i>Arş. Gör. Dr. Mustafa Enes ÖZDEN</i>	
GELECEK KAYGISI VE DİĞER SORUNLAR	96
<i>Arş. Gör. Dr. Nurdamla YAKIŞAN TOTAMA</i>	
AZERBAJCAN'DA HALK SAĞLIĞI EĞİTİMİ	98
<i>Prof. Anar AGAYEV</i>	
İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜKLERİNDE HALK SAĞLIĞI UZMANI OLMAK	99
<i>Uzm. Dr. Duygu AYABAKAN ÇOT</i>	
SAHADA COVID-19 PANDEMİ YÖNETİMİ	102
<i>Uzm. Dr. Tülin ÇOBAN</i>	
PANDEMİNİN ÇALIŞAN SAĞLIĞI HİZMETLERİNE ETKİSİ	105
<i>Arş. Gör. Dr. Reyhan CAN YILDIZ</i>	
TIPS ON WRITING SCIENTIFIC ARTICLES FOR AUTHORS IN THE FIELD OF PUBLIC HEALTH	110
<i>Prof. Judith GREEN</i>	

SÖZLÜ BİLDİRİLER

- S01 İSTANBUL EYÜPSULTAN İLÇESİNDE EV KADINLARINDA HASTA BİNA SENDROMU SEMPTOMLARI VE ETKİLEYEN EV İÇİ ORTAM FAKTÖRLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....113**
Betül Zehra PİRDAL, Şeyma HALAÇ, Muhammed ATAK, Günay CAN
- S02 İZMİR YAYLAKÖY, OVACIK VE KÜÇÜKKAYA MAHALLELERİNDE YAŞAYANLARIN UYKU KALİTESİNİN BELİRLENMESİ VE ÇEVRESEL GÜRÜLTÜ İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....115**
Aslı ATA TENELER, Hür HASSOY
- S03 HAVA KALİTESİ İZLEME AĞI ANKARA İSTASYONLARININ 2021 VE 2022 YILLARI ÖLÇÜM VERİLERİNİN İNCELENMESİ.....125**
Sevilcan Başak ÜNAL, Cavit Işık YAVUZ
- S04 İSTANBUL İLİNDE PM10 VE PM2.5 DÜZEYLERİNİN POSTNEONATAL VE OTUZ YAŞ ÜSTÜ DOĞAL ÖLÜM HIZI ÜZERİNE ETKİSİ.....127**
Sümeyye Nur AYDIN, Uğurcan SAYILI
- S05 THE EFFECT OF NOISE, ILLUMINATION, AND ELECTROMAGNETIC FIELD EXPOSURE ON THE NEURODEVELOPMENT OF NEWBORNS IN A NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL.....128**
Habibe ER, Sinan TÜFEKÇİ, Hale ARIK TAŞYIKAN
- S06 BİR SANAYİ KENTİNDE 2016-2020 YILLARI PM10 DÜZEYLERİNİN SOLUNUM YOLLARI HASTALIKLARI NEDENLİ HASTANE BAŞVURULARINA ETKİSİNİN İNCELENMESİ.....130**
Tuğba DEMİR, Hande KONŞUK ÜNLÜ, Cavit Işık YAVUZ
- S07 EVSEL ATIK YAĞLARIN BERTARAFI İLE İLGİLİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLAR: İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ÖRNEĞİ.....132**
Şeyda TOK, Neşe AŞICI, Fulya AKTAN KİBAR, Selin TUNALI ÇOKLUK, Zeynep DEVRAN MUHARREMOĞLU, İsmail ONUR, Enes Ahmet GÜVEN, Aziz ÖĞÜTLÜ
- S08 HEMŞİRELERİN ÇEVRE OKURYAZARLIĞI VE ÇEVRE DUYARLILIK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ.....134**
Fatma CEYLAN ÇİRAY, Nurbanu ODACI, Bilge KALANLAR
- S09 GENÇLERİN GÖZÜNDEN KENTLERDE FİZİKSEL AKTİVİTE OLANAKLARI: BİR FOTOSES/FOTOYÜRÜYÜŞ ÇALIŞMASI.....135**
Hilal ÖZCEBE, Özge KARADAÇ, Sarp ÜNER, Nazan YARDIM, Gökçe UĞURLU
- S10 MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI PREVALANSI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN ARAŞTIRILMASI.....137**
Bengü Nehir BUĞDAYCI YALÇIN, Derya KALE, Baharnaz EKİCİ, Süleyman POLAT, Matin DOLATABADI, İbrahim ÇEVİK, Caferi Tayyar ŞAŞMAZ
- S11 BİR TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE SİGARA İÇME SIKLIĞI VE DUMANSIZ KAMPÜS UYGULAMASINA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ.....144**
Nurhan MEYDAN ACIMIŞ, Rabia Melis GÜNDOĞDU, Erkan BARIŞ, Merve AKIN, Ümmühan İnci KANDEMİR
- S12 NİKOTİN BAĞIMLILARINDA NİKOTİN KULLANIMI FARKINDALIK VE İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ; TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI.....145**
Feyza Nehir ÖZNUR MUZ, Selma METİNTAŞ, M. Fatih ÖNSÜZ, Sevda SUNGUR, Mine TEPETAŞ, Zehra AKDAĞ
- S13 TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE SİGARA KULLANIM DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ.....147**
Mustafa ÇAKIR, Cem MALAKÇIOĞLU, Ogün KAVCAR, Feyza KUTAY, Hatice İKİŞİK, Hasan Hüseyin MUTLU, Işıl MARAL
- S14 BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURUMLARINDAKİ HEKİMLERİN SİGARA BIRAKMA DANIŞMANLIĞI HAKKINDAKİ DAVRANIŞLARI.....148**
Fatma Nur KARAÇORLU, Edibe PİRİNÇİ
- S15 ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN TÜTÜN KULLANIM SIKLIĞININ VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ TÜTÜN KULLANIMINA ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....150**
Ecem BAŞOĞLU ŞENSOY, Hanım KUMBUL, Fatma Seven SEVEN, Elif BONCUKÇU EREN, Özge ŞİMŞEK SEKRETER, Neslişah ŞİYYE, Fatih Emre BAYRAM, Türkan GÜNAY



S16 ANKARA TÛTÛN VE TÛTÛN ÜRÛNLERİNİN KULLANIMI İLE MÛCADELE ÇALIŞTAYI: ETKİNLİK DENEYİMİ.....	152
<i>Yunus Emre BULUT, Nureddin ÖZDENER, Toker ERGÜDER, Metin HASDE</i>	
S17 SÛDGE'YE KATILANLARIN ALKOL KULLANMA DURUMLARININ VE SAĞLIK ALGILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ.....	157
<i>İsmail ONUR, Zeynep DEVRAN MUHARREMOĞLU, Şeyda TOK, Fulya AKTAN KİBAR, Selin TUNALI ÇOKLUK Enes Ahmet GÜVEN, Seyhan SALİM, Neşe AŞICI, Yasin ÇATALBAŞ, Aziz ÖĞÜTLÜ</i>	
S18 İSTANBUL'DA BİR TIP FAKÜLTESİ'NDEKİ ÖĞRENCİLERİN SİGARA VE ALKOL KULLANIM DÜZEYLERİ.....	158
<i>Beyza Nur ATAÖĞLU, Ahmet TOPUZOĞLU, Burcu ÇAKMAK, Buse YURTTUTAN, Hamide TOKOL, Serra Nur ATAÖĞLU</i>	
S19 TÜRKİYE'DE NÜFUS - SAĞLIK POLİTİKALARI VE KADIN SAĞLIĞI.....	159
<i>Emine ABAY, Ayşe AKIN</i>	
S20 KONYA İLİ MERAM İLÇESİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN KADINLARIN SERVİKS KANSERİ VE HPV FARKINDALIK VE BİLGİ DÜZEYİ ARAŞTIRMASI.....	169
<i>Mehmet UYAR, Yasemin DURDURAN, Hakkı YILDIRIM, Emine Gül BALDANE, Tahir Kemal ŞAHİN</i>	
S21 TÜRKİYE'DE GENÇ YETİŞKİNLERİN TOPLUMSAL CİNSİYETE YÖNELİK GÖRÜŞLERİ.....	170
<i>Ceren VARER AKPINAR</i>	
S22 COVID-19 PANDEMİSİ ÖNCESİ VE SONRASI ANNE ÖLÜMLERİ: BATMAN İLİ ÖRNEĞİ.....	172
<i>Zeynep Sedef VAROL, Fethiye AKGÜL, Yusuf ARSLAN</i>	
S23 COVID-19 PANDEMİSİNİN ÜÇÜNCÜ BASAMAK BİR HASTANEDEKİ SERVİKAL SİTOLOJİ ÖRNEĞİ SAYISINA ETKİSİ.....	173
<i>Ecenur TOPAL, Sergen YAĞCI, Elif DURUKAN, Binnaz Handan ÖZDEMİR</i>	
S24 TÜRKİYE'DE KARŞILANMAMIŞ AİLE PLANLAMASI İHTİYACINA YÖNELİK NÜFUS VE SAĞLIK POLİTİKALARININ İNCELENMESİ.....	175
<i>Gamze BAYRAK, Türkan GÜNAY</i>	
S25 BİR İLÇEDEKİ 15-49 YAŞ ARALIĞINDAKİ EVLİ KADINLARDA AİLE İÇİ ŞİDDET, DEPRESYON BELİRTİLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	181
<i>Serdar GÜLPINAR, Gülşen GÜNEŞ</i>	
S26 GEBE VE 5 YAŞ ALTI YAŞAYAN ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN BEBEK VE ÇOCUK BESLENMESİNE İLİŞKİN DURUMLARI: BİR İLÇE ÖRNEĞİ.....	182
<i>Nurhan MEYDAN ACIMIŞ, Emine ÇOMAK</i>	
S27 TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ 6. SINIF ÖĞRENCİLERİNİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNE YÖNELİK FARKINDALIK DÜZEYLERİ EDİRNE - 2022.....	183
<i>Gamze DEMİRAY, Pınar Zehra DAVARCI, Mehmet Alperen SEZER, Kaan DEMİRBAŞ, Galip EKUKLU</i>	
S28 4-6 YAŞ ARASI ÇOCUKLARDA OBEZİTE SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ DEĞİŞKENLER PURSAKLAR ÖRNEĞİ.....	193
<i>Şefik YURDAKUL, Yazgı Beriy ALTUN GÜZELDEREN, Mehmet Enes GÖKLER</i>	
S29 FATHER INVOLVEMENT IN CHILDCARE AND AFFECTING FACTORS: AT BAŞKENT UNIVERSITY OUTPATIENT PEDIATRICS.....	195
<i>Çağlar FİDAN, Çiğdem Naz ÜNVER, Eylem GÜL, Sıdika Esra BASKIN, Recep AKDUR</i>	
S30 SEREBRAL PALSİLİ ÇOCUKLARDA ETİYOLOJİK RİSK FAKTÖRLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	204
<i>Alev BAŞARAN, Zehra KILINC, Hıdır SARI, Ercan GÜNDÜZ</i>	
S31 AİLE SAĞLIĞI ÇALIŞANLARININ BEBEK, ÇOCUK VE KADIN SAĞLIĞI İLE İLGİLİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI.....	206
<i>Tuğba Meliha Fatma ERCAN, Mesut HAMİDANOĞLU, Uğurcan SAYILI, Sibel GÜRBÜZ</i>	
S32 COVID-19 PANDEMİSİ DÖNEMİNDE AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE VERİLEN ÇOCUK SAĞLIĞI HİZMETLERİNDE YAŞANAN DEĞİŞİKLİKLER.....	209
<i>Nursah ÖZKAN BAYRAKÇI, Ayşe Emel ÖNAL</i>	
S33 12 YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERDE COVID-19 MRNA AŞISININ (BNT16B2) YAN ETKİLERİ: PROSPEKTİF ÇALIŞMA.....	213
<i>Edibe PİRİNÇCİ, Fatma Nur KARAÇORLU, Fatma TİLKİ, Zuhul KAZEZ, Tuğçe DARTILMAK</i>	

- S34 COVID-19 GEÇİREN VE GEÇİRMİYEN AŞILI SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA ANTI RBD IGG VE NÖTRALİZAN ANTİKOR DÜZEYLERİ: YUVALANDIRILMIŞ OLGU KONTROL ÇALIŞMASI**.....215
Sema ALP ÇAVUŞ, Muammer ÇELİK, Ahmet Furkan SÜNER, Irmak GÜZEL, Çağlar IRMAK, Derya ÇAĞLAYAN, Huriye Gamze ÖZTÜRK, Neslişah ŞİYYE, Özgür APPAK, Elif IŞIK, Gül ERGÖR, Osman Alparslan ERGÖR, Yücel DEMİRAL, Ayça Arzu SAYINER, Bülent KILIÇ
- S35 BİR ÜNİVERSİTE ÇALIŞANLARINDA COVID-19 REENFEKSİYON SIKLIĞI VE RİSK FAKTÖRLERİ**.....216
Hilal DÜZEL, Özge ŞİMŞEK SEKRETER, Eylül TUTAL, Gül ERGÖR
- S36 BİR ÜNİVERSİTENİN LİSANSÜSTÜ ÖĞRENCİLERİNİN PANDEMİDE SOSYAL MESAFE ÖNLEMLERİNE UYUMLARI**.....218
Tülin ÇOBAN, Hilal ÖZCEBE
- S37 SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA ERKEN VE GEÇ DÖNEM İKİNCİ COVID-19 BOOSTER DOZUNA ANTİKOR YANITININ İZLEMİ**.....219
Derya ÇAĞLAYAN, Ahmet Furkan SÜNER, Gül ERGÖR, Neslişah ŞİYYE, Irmak GÜZEL, Çağlar IRMAK, Elif IŞIK, Özgür APPAK, Muammer ÇELİK, Huriye Gamze ÖZTÜRK, Sema ALP ÇAVUŞ, Ayça Arzu SAYINER, Osman Alparslan ERGÖR, Yücel DEMİRAL, Bülent KILIÇ
- S38 SARS-COV-2 İLE TEMASLI SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA BULAŞMAYLA İLİŞKİLİ ETMENLER**.....220
Salih KESKİN, Ahmet Naci EMECEN, Osman Alparslan ERGÖR
- S39 İKİNCİ DOZ COVID-19 AŞI ORANI İLE VAKA İNSİDANSI ARASINDAKİ KORELASYONUN DEĞERLENDİRİLMESİ**.....222
Deniz ERDAL, Caferi Tayyar ŞAŞMAZ
- S40 ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİMDALI UYGULAMA ALANLARINDA YAŞAYAN KADINLARIN HPV AŞISI YAPTIRMA DURUMLARI VE HPV BİLGİ DÜZEYLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER**.....223
Burak METE, Fatma ATUN ÜTÜK, Ayşe İNALTEKİN
- S41 COVID-19 İÇİN AŞILANMIŞ ÖĞRENCİLERDE SARS-COV-2 ANTI-RBD IGG DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ: HU-COVACS KOHORTU**.....225
Eda KARADOĞAN, Ahmet SERTÇELİK, Mustafa Enes ÖZDEN, Hanife UZAR, Mithat TEMİZER, Şeyma Aliye KARA, Bilal BUZGAN, Damla ÖZYÜREK, Alpaslan ALP, Aslı PINAR, Bahar GÜÇİZ DOĞAN, Burçin ŞENER, Deniz YÜCE, Duygu AYHAN BAŞER, Hilal AKSOY, İzzet FİDANCI, Lütüye Hilal ÖZCEBE, Murat AKOVA, Nursel ÇALIK BAŞARAN, Oytun PORTAKAL, Şehnaz ALP, Volkan ARSLAN, Zeliha Günnur DİKMEN, Banu ÇAKIR
- S42 OBSERVATION STUDY OF CHILD PASSENGER RESTRAINT USE IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA**.....227
Angela CAZACU-STRATU, Serghei CEBANU, Diana DULF, Corinne PEEK-ASA
- S43 NATIONAL HEALTH SYSTEM PREPAREDNESS FOR MASS CASUALTY INCIDENTS IN THE CONTEXT OF WAR REFUGEE CRISIS IN REPUBLIC OF MOLDOVA**.....228
Marin VOZIAN, Iurie SARATILA, Ion CHESOV
- S44 THE CONCEPTUAL MODEL FOR OPTIMIZING THE MONITORING OF THE HEALTH STATUS OF YOUNG ATHLETES**.....233
Serghei CEBANU, Artiom JUCOV, Tatiana TIMERCAN, Victoria FEDERIUC, Vladislav RUBANOVICI, Gheorghe ŞTEFANET
- S45 THE THERAPEUTIC USE EXEMPTION AS A TOOL FOR PREVENTION OF DOPING PHENOMENON**.....234
Tatiana TIMERCAN, Artiom JUCOV, Serghei CEBANU, Victoria FEDERIUC, Elena ARHIP, Gheorghe ŞTEFANET
- S46 FACTORS RELATED TO INJURIES AND PROFESSIONAL DISEASES IN SMALL- AND MEDIUM-SIZED ENTERPRISES**.....235
Raisa DELEU, Elena BUCATA, Svetlana GHERCIU-TUTUESCU, Inga MIRON, Dumitru CHEPTEA, Vladimir BERNIC, Iurie PINZARU, Serghei CEBANU
- S47 STORIES OF TWO REFUGEE GROUPS IN AND OUT OF NEPAL**.....236
Pratik CHHETRI
- S48 OCCUPATIONAL HEALTH SERVICES RESTRUCTURING AND DEVELOPMENT IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA: PROTOCOL OF A MODIFIED DELPHI STUDY**.....237
Elena BUCATA, Inga MIRON, Svetlana GHERCIU-TUTUESCU, Dumitru CHEPTEA, Kristina STINCA, Raisa DELEU, Vladimir BERNIC, Elena CIOBANU, Serghei CEBANU, Iurie PINZARU, Sibel KIRAN
- S49 MEDICAL SURVEILLANCE OF EMPLOYEES IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA**.....238
Elena BUCATA, Svetlana GHERCIU-TUTUESCU, Raisa DELEU, Iurie PINZARU, Inga MIRON, Kristina STINCA, Dumitru CHEPTEA, Vladimir BERNIC, Elena CIOBANU, Serghei CEBANU

- S50 BİR TIP FAKÜLTESİ İNTÖRN HEKİMLERİNİN DİJİTAL BAĞIMLILIK VE ŞİDDETE EĞİLİM DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**.....239
Şehbal YEŞİLBAŞ, Emine TİRİÇ, Metin PIÇAKÇIEFE, Bahadır DEDE, Merve SAVAŞ AKSAKAL
- S51 KOLOREKTAL KANSERLİ HASTALARDA ONKOLOJİ HEMŞİRELERİ TARAFINDAN TELE-NAVİGASYON İLE HASTA İZLEMİ**.....241
Elif DÖNMEZ, Zeynep DÜLGER, Türkan ÖZDAŞ, Bülent KILIÇ
- S52 COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNDE TELEPSİKİYATRİ HİZMETLERİ KULLANIMI VE DİJİTAL OKURYAZARLIK İLİŞKİSİ**.....249
Naila NABİYEVA, Dilek YAPAR, Ahmet YARDIMCI, Özmen METİN
- S53 GÖZLEMSEL ARAŞTIRMALAR İÇİN TAMAMLAYICI BİR BİAS RİSK DEĞERLENDİRME ARACI (BİRDA): METODOLOJİK BİR ÇALIŞMA**.....263
Ferhat YILDIZ, Pınar OKYAY
- S54 HACETTEPE SAĞLIK KOHORTU KATILIMCILARININ SAĞLIK DURUMLARININ BEYANA GÖRE VE KLİNİK AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**.....264
Mustafa Enes ÖZDEN, Ahmet SERTÇELİK, Eda KARADOĞAN, Hanife UZAR, Mithat TEMİZER, Şeyma Aliye KARA, Bilal BUZGAN, Damla ÖZYÜREK, Alparslan ALP, Aşlı PINAR, Bahar GÜÇİZ DOĞAN, Burçin ŞENER, Deniz YÜCE, Duygu AYHAN BAŞER, Hilal AKSOY, İzzet FİDANCI, Lütfiye Hilal ÖZCEBE, Murat AKOVA, Nursel ÇALIK BAŞARAN, Oytun PORTAKAL, Şehnaz ALP, Volkan ARSLAN, Zeliha Günnur DİKMEN, Banu ÇAKIR
- S55 COVID-19 BÖLGESEL RİSK FAKTÖRLERİ: İSTANBUL ÖRNEĞİNDEN EKOLOJİK BİR ÇALIŞMA**.....266
Bekir AKTURA, Hülya AKAN
- S56 KANAL HASUDER'DE 2020-2021 / 2021-2022 YAYIN DÖNEMLERİNDE YAYINLANAN WEBİNERLERİN İZLENME ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**.....267
Bengü Nehir BUĞDAYCI YALÇIN, Lütfi Saltuk DEMİR, İlke KARADAĞLI ÜÇÜNCÜ, Salih KESKİN, Alp ERGÖR, Beyhan Cengiz ÖZYURT
- S57 TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN SOSYAL MEDYA BAĞIMLILIĞI İLE AKADEMİK BAŞARILARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**.....269
Hasan KÜÇÜKKENDİRCİ, Esra HACILAR, Enes KASAPOĞLU, Elif İNCEYOL ALICI
- S58 CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE İNTERNET VE SOSYAL MEDYA BAĞIMLILIĞI PREVALANSI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**.....271
Uğurcan SAYILI, Betül Zehra PİRDAL, Büşra KARA, Nurefşan ACAR, Emirhan CAMCIOĞLU, Erkin YILMAZ, Günay CAN, Ethem ERGİNÖZ
- S59 SAMSUN İLİ 112 ÇALIŞANLARINDA TÜKENMİŞLİK VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**.....273
Can KARABIÇAK, Hatice Nilden ARSLAN
- S60 ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ'NDEKİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN BEYİN GÖÇÜNE BAKIŞI**.....274
Yazgi Beriy ALTUN GÜZELDEREN, Şefik YURDAKUL, Egemen ÜNAL, Salih MOLLAHALİLOĞLU
- S61 TÜRKİYE'DE HEKİM ADAYLARI VE YENİ MEZUN HEKİMLERİN MESLEKLERİNE BAKIŞI: BİR NİTEL ARAŞTIRMA**.....276
Begüm AKGÜL, Berk GEYİKOĞLU, Berrin CAN, İlayda BAŞARANOĞLU, AYŞE ZÜLAL TOKAÇ FARIMAZ, Osman HAYRAN
- S62 COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNDE İSTANBUL'DAKİ FİLYASYON EKİPLERİNİN DENEYİMLERİ: BİR FENOMENOLOJİK İNCELEME**.....278
Ayşe POLAT, Hüseyin KÜÇÜKALİ, Zübeyde DEMİRCİOĞLU, Ayşe Zülal TOKAÇ FARIMAZ, Beyzanur YILMAZ
- S63 COVID-19 PANDEMİSİ DÖNEMİNDE ÖZEL VE TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI YAPTIRMA NEDENLERİNİN İNCELENMESİ**.....280
Sultan AKAR, Yasemin Dilara ÖZTÜRK, Melih Utku TOKLUCU, Doruk ERDEM, AYŞE ZÜLAL TOKAÇ FARIMAZ, Sabanur ÇAVDAR, Osman HAYRAN
- S64 SAĞLIK BAKANLIĞI WEB SİTESİNDE HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜNE AİT GENELGELERİN HALK SAĞLIĞI VE SAĞLIK POLİTİKALARI BAKIŞIYLA İNCELENMESİ**.....281
İsmail ERKOYUN, Ömer ACAT, Eray ÖNTAŞ, Mehmet Akif SEZEROL, Kevser TARI SELÇUK
- S65 COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNDE SAĞLIK İŞGÜCÜ POLİTİKASI VE YÖNETİMİ**.....286
Kevser ERDOĞAN

S66	ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN SÜRDÜRÜLEBİLİR KALKINMA BİLİNÇ DÜZEYLERİ.....	294
	<i>Tuğba COŞKUN ASLAN, Ayşe Nur TAT, Arda BORLU, Hasan DURMUŞ, İskender İSKENDER</i>	
S67	BİR KENTSEL BÖLGE ÖRNEĞİNDE BULAŞICI OLMAYAN HASTALIĞA SAHİP OLAN ERİŞKİNLERİN COVID-19 PANDEMİSİ DÖNEMİNDE KRONİK HASTALIK İZLEM NİTELİĞİNDE VE TEDAVİ UYUMUNDAKİ DEĞİŞİKLİKLER.....	296
	<i>Kübra ÇİÇEK, Erhan ESER</i>	
S68	EDİRNE'DEKİ HUZUREVLERİNDE KALAN YAŞLILARIN TELEVİZYON İZLEME DAVRANIŞLARI VE BU KONUDAKİ DÜŞÜNCELERİ.....	298
	<i>Gamze DEMİRAY, Emine AYDIN ÖZGÜR, Faruk YORULMAZ</i>	
S69	COVID-19 GEÇİREN YAŞLILARDA KİŞİSELLEŞTİRİLMİŞ TELE-BESLENME DANIŞMANLIĞININ BESLENME DURUMUNA ETKİSİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA.....	299
	<i>Deniz KORKUT GENÇALP, Fehmi AKÇİÇEK, Fisun ŞENUZUN AYKAR, Sevnaz ŞAHİN</i>	
S70	YAŞLILARDA GLİSEMİK İNDEKS, GÜNLÜK ENERJİ ALIMI METABOLİK PARAMETRELER VE VÜCUT KOMPOZİSYONU ARASINDAKİ İLİŞKİ.....	301
	<i>Burak METE, Lezzan KESKİN, Ceren KANAT ŞAHİN</i>	
S71	YAŞLILARDA HEDONİK AÇLIK DAVRANIŞI, GÜNLÜK DİYET İÇERİĞİ VE OBEZİTE ARASINDAKİ İLİŞKİ.....	302
	<i>Ceren KANAT ŞAHİN, Burak METE, Lezzan KESKİN</i>	
S72	İSTANBUL'DAKİ BİR GRUP TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİSİNDE YAŞLILARA KARŞI TUTUM.....	303
	<i>Ayşe Seval PALTEKİ, Vildan AK, Burcu TALAY, Dilara PEK, Eda ARAS</i>	
S73	BÜRO ÇALIŞANLARININ ERGONOMİK ÇALIŞMA KOŞULLARI VE STRES ALGILARI: BİR ÜNİVERSİTE ÖRNEĞİ.....	304
	<i>Feyza Nehir ÖZNUR MUZ, Alaettin ÜNSAL, Didem ARSLANTAŞ, Ali KILINÇ, Mine TEPETAŞ</i>	
S74	ORTA KARADENİZ BÖLGESİNDE BİR ŞEHİRDE ÖĞRETMENLERİN BESLENME ALIŞKANLIKLARI VE BESLENME OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİ.....	305
	<i>Serpil BOZDOĞAN, Gülay YILMAZEL</i>	
S75	KENTSEL BÖLGEDEKİ BİR ORTAOKULDA BESLENME VE FİZİK AKTİVİTE KONULARINDA SAĞLIĞI GELİŞTİRME MÜDAHALESİ.....	306
	<i>Çağlar SÖĞÜT, Beyhan CENGİZ ÖZYURT</i>	
S76	OKULLARDA SAĞLIK RİSKLERİNİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK İHTİYAÇ TESPİT ÇALIŞMASI.....	308
	<i>Muhammed ATAK, Ayşe Emel ÖNAL, Şeyma HALAÇ</i>	
S77	MANİSA'DA BİR ÇELİK FABRİKASINDA İŞ KAZASI VE PSİKOSOSYAL RİSKLER ARASINDAKİ İLİŞKİLER.....	314
	<i>Ecem TÜZÜN, Pınar ERBAY DÜNDAR</i>	
S78	OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY PRACTICES IN THE COVID-19 PANDEMIC: A QUANTITATIVE AND QUALITATIVE RESEARCH.....	316
	<i>İrem DİLAVER, Nazım Ercüment BEYHUN, Kübra ŞAHİN, Murat TOPBAŞ</i>	
S79	KATARAKT HASTALIĞININ İŞLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLDİĞİ BİR OLGU-KONTROL ARAŞTIRMASI.....	326
	<i>Güven GÖKGÖZ, Gülşah GÖKGÖZ, Ali Naci YILDIZ</i>	
S80	SAĞLIK ÇALIŞANLARININ RADYASYON GÜVENLİĞİ HAKKINDAKİ BİLGİ DURUMLARI.....	328
	<i>Ayşe Seval PALTEKİ, İpek POURALIZADEH, Mesut BALIM, Sevde URVE BİLBAY</i>	
S81	BİR FABRİKA ÇALIŞANLARININ UYKU KALİTESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	329
	<i>Yavuzalp SOLAK, Onur ACAR, Hasan DURMUŞ, Nazife ALPMAN</i>	
S82	BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE SON İKİ YILDA MEYDANA GELEN KAYITLI İŞ KAZALARININ İNCELENMESİ.....	331
	<i>Ülfiye ÇELİKKALP, Fulya ÖZDER TAŞ, Didem HAN YEKDEŞ, Cem MISIRLI, Faruk YORULMAZ</i>	
S83	KAYNAK SEKTÖRÜNDE İŞ VE SAĞLIK İLİŞKİSİ; KESİTSEL BİR ÇALIŞMA.....	332
	<i>Merve DEMİRCİ ATİK, Alp ERGÖR, Aylin CIFCI, Ahmet Naci EMECEN, Abdullah TAYLAN, Naciye Sinem GEZER, Eyüp Sabri UÇAN</i>	
S84	COVID-19 PANDEMİ HASTANESİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ İŞ DOYUMLARININ KESİTSEL DEĞERLENDİRMESİ.....	333
	<i>Kevser DURGUN, Hür HASSOY</i>	



- S85 PROFESYONEL TURİST REHBERLERİNİN MESLEKİ İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KONUSUNDAKİ FARKINDALIKLARI VE RİSKLERİNİN ARAŞTIRILMASI**335
Selçuk YÜZBAŞIOĞLU, Osman Faruk BAYRAMLAR, Selma KARABEY
- S86 TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ ÇALIŞANLARINDA COVID-19 ANKSİYETESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**.....337
Esra ZOPÇUK, Erkan PEHLİVAN
- S87 COVID-19 PANDEMİ DÖNEMİNDE EBEVEYLERİN AŞI TEREDDÜTÜNÜN DEĞERLENDİRİLMESİ**.....343
Mustafa ÇAKIR, Recep ÇEPNİ, Hatice İKİŞİK, Işıl MARAL
- S88 TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE AŞI TEREDDÜTÜNÜN DEĞERLENDİRİLMESİ**.....344
Mustafa ÇAKIR, Deniz DURMAZ, Cem MALAKÇIOĞLU, Merve KIRLANGIÇ, Hatice İKİŞİK, Hasan Hüseyin MUTLU, Işıl MARAL
- S90 HOMOLOG VE HETEROLOG AŞI UYGULAMALARININ SARS-COV-2 OMICRON VARYANTI ÜZERİNDEKİ ETKİLİLİĞİ: MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ÇALIŞANLARI KOHORDU**.....345
Kübra ÇİÇEK, Yunus ÖZKAYA, Erhan ESER, Zeynep Ceyda BURAN, Zeynep Öykü ÖZTÜRK ARIKAN, Sinem AKÇALI, Pınar ERBAY DÜNDAR, Beyhan CENGİZ ÖZYURT, Şebnem ŞENOL AKAR, Deniz ÖZER, Ferya KARADAĞ YALÇIN
- S91 FACTORS AFFECTING TREATMENT OUTCOMES FOR TUBERCULOSIS PATIENTS IN ORDU, TURKEY: A RETROSPECTIVE COHORT STUDY**.....346
Feyza Nur TOPÇU YENERÇAĞ, Fatih AYDIN
- S92 TOPLUMUN COVID-19 AŞILARINA YÖNELİK TUTUM VE GÜVEN DURUMLARININ BELİRLENMESİ**.....347
Berkhan TOPAKTAŞ, Meryem ÇETİN, Aşlı MEMİŞ, Zeliha KARAPELİT
- S93 EBEVEYLERİN 5-12 YAŞ ÇOCUKLAR İÇİN, COVID-19 AŞISI TEREDDÜDÜ YAŞAMA SIKLIĞI VE COVID-19'DAN KORUNMASINA YÖNELİK HALK SAĞLIĞI ÖNLEMLERİ ALMA TUTUM-DAVRANIŞLARI**.....349
Gülsüm ŞANLI ERKEKOĞLU, Erhan ESER
- S94 HASTANE ÇALIŞANLARINDA, COVID-19 AŞI UYGULAMASI ARDINDAN OLUŞAN AŞI SONRASI İSTENMEYEN ETKİLER İLE ANTİKOR DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**.....350
Ayşe CAN, Lütfi Saltuk DEMİR, Bahadır FEYZİOĞLU
- S95 BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA ORTOREKSİYA NEVROZA PREVALANSI, DEPRESYON VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ**352
Merve TATLI, Gülay YILMAZEL
- S96 TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE ÇOCUKLUK ÇAĞI OLUMSUZ YAŞANTILARI SIKLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ**.....354
Beril KARA ESEN, Günay CAN, Umay Ece TUĞCU, Kardelen İNAN
- S97 ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ'NDE ÇALIŞAN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ PANDEMİ DÖNEMİNDE PSİKOSOSYAL DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**.....356
Emrah EMİRAL, Yunus Emre BULUT, Gülsüm ÖZTÜRK EMİRAL, Hüsna SARICA ÇEVİK, Abide AKSUNGUR
- S98 COVID-19 GEÇİREN HASTALARDA MENTAL SAĞLIK DURUMUNUN VE BUNU ETKİLEYEN ETMENLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**.....358
Edanur SEZGİN, Gül ERGÖR, Can CİMİLLİ
- S99 İSTANBUL'DA 2019 VE 2022 YILLARINDA YAPILAN ÇOCUĞUN PSİKOSOSYAL GELİŞİMİNİ DESTEKLEME PROGRAMI VE SÜPERVİZYONLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**.....359
Pelin ŞAVLI EMİROĞLU, Gökçe OTÇU, Nihan ÖZANT
- S100 PANDEMİ DÖNEMİNDE İSTANBUL'DA YÜRÜTÜLEN BİRİNCİ BASAMAK PSİKOSOSYAL DESTEK ÇALIŞMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**361
Pelin ŞAVLI EMİROĞLU, Lodos YILDIZ
- S101 3-6 YAŞ ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN OTİZM FARKINDALIKLARI VE ÇOCUKLARININ PSİKOSOSYAL DURUMLARININ İNCELENMESİ**363
Elvan EMİNE ATA, Nadire ERCAN TOPTANER, Elif DÖNMEZ, Merve SARITAŞ
- S102 İSTANBUL'UN BİR İLÇESİNDE PANDEMİNİN İLK DALGASINDA BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA TÜKENMİŞLİK VE ANKSİYETENİN DEĞERLENDİRİLMESİ**365
Hatice İKİŞİK, Esemehan AYŞİT, Aybüke KAYALI, Mehmet Akif SEZEROL, Yusuf TAŞÇI, Mustafa ÇAKIR, Işıl MARAL
- S103 AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN YETİŞKİN BİREYLERDE COVID-19 KORKUSU VE DEPRESİF BELİRTİLER DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**367
Raşit DURSUN, Şehide ARSLAN, Hasan DURMUŞ, Elçin BALCI

S104 SEKS İŞÇİLERİNİN SAĞLIK HAKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: NİTELİKSEL BİR ÇALIŞMA	369
<i>Kadir ONUR ŞİMŞEK, Nuray ÖZGÜLNAR</i>	
S105 PANDEMİ VE BARINMA YOKSUNLUĞU BAĞLAMINDA KADINLARIN SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETİ ERİŞİMİ: BASMANE ÖRNEĞİ	371
<i>İrem ŞEVİK, Meltem ÇİÇEKLİOĞLU</i>	
S106 HUMAN TRAFFICKING IN TURKEY; 2016-2020	381
<i>İsmail HAKKI TUNÇEZ</i>	
S107 THE TWO ESSENTIAL COMPONENTS OF A COMPREHENSIVE RARE DISEASE CONTROL PROGRAM	382
<i>Çağlar FİDAN, Recep AKDUR, Çiğdem Naz ÜNVER, Ömer Can ŞAHİN, Aslı Begüm ALPER</i>	
S108 EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ'NDE TAKİP EDİLEN HIV İLE YAŞAYAN BİREYLERİN SAĞLIK HİZMET KULLANIM ÖZELLİKLERİ	388
<i>Aslı ATA TENELER, Zeliha Aslı ÖCEK, Deniz GÖKENGİN</i>	
S109 İSTANBUL'DA BİR HASTANEDEKİ HEKİMLERİN YABANCI HASTALARLA İLETİŞİMİNİN NİTELİKSEL DEĞERLENDİRİLMESİ	390
<i>Cemre Hilal KESEN YURTCANLI, Seyhan HİDİROĞLU, Beyza Nur ATAÖĞLU, Beril Aycan YAĞIZ, Burak BEKGÖZ, Elif Pelin YILMAZ, Zeynep BAYKAL</i>	
S110 SAĞLIKLI YAŞAM BEKLENTİSİNİN YÜKSEK OLDUĞU ÜLKELERDE CİNSİYETE ÖZEL SAĞLIKLI YAŞAM BEKLENTİSİNİN BAZI DAVRANIŞSAL VE METABOLİK RİSKLER AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ: EKOLOJİK BİR ÇALIŞMA	392
<i>Muammer KUNT</i>	
S111 MANİSA'DA AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE İZLENEN TIP-2 DİYABETLİ BİREYLERİN GLİSEMİK KONTROLÜNÜ ETKİLEYEN FAKTÖRLER	394
<i>Gülsüm ŞANLI ERKEKOĞLU, Erhan ESER</i>	
S112 MANİSA'DA AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİ'NE BAŞVURAN 18-64 YAŞ KADINLARDA FAZLA KİLOLULUK/ OBEZİTE VE KİLO VERME GİRİŞİMİ SIKLIĞI VE NEDENSELLİĞİ	396
<i>Zeynep Ceyda BURAN, Erhan ESER</i>	
S113 MANİSA'DA AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN KRONİK HASTALIĞI OLAN KİŞİLERDE AKILCI İLAÇ KULLANIMI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER	398
<i>Zeynep Ceyda BURAN, Erhan ESER</i>	
S114 BİR İLÇEDEKİ 18 YAŞ ÜSTÜ NÜFUSUN BULAŞICI OLMAYAN HASTALIK SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ RİSK FAKTÖRLERİ	399
<i>Tuğçe MEHLİKA ŞANVER, Ümmühan Şevkat BAHAR-ÖZVARİŞ</i>	
S115 COVID-19 KAPANMA DÖNEMLERİNİN TIP 2 DİYABETES MELLITUS HASTALARININ METABOLİK KONTROLÜ ÜZERİNE ETKİSİ	401
<i>Tuğde Buse UĞUR, Buse Ecem KURUGÖL, Sevilay ALİGÜLÜ, Şilan GÜNEŞ, Ayşe Zülal TOKAÇ FARIMAZ, Osman HAYRAN</i>	
S116 ÜNİVERSİTE HASTANESİNDEKİ ASİSTAN HEKİMLERİN İŞ TATMİNLERİ VE GELECEK KAYGISINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER	402
<i>Erkan PEHLİVAN</i>	
S117 BİR TIP FAKÜLTESİ KLİNİK DÖNEM ÖĞRENCİLERİNİN MESLEKİ KAYGI DÜZEYLERİ	408
<i>Ceren VARER AKPINAR</i>	
S118 DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İNTÖRN HEKİMLERİNDE KARİYER SEÇİMLERİ VE NEDENLERİNİN BELİRLENMESİ	410
<i>Ahmet Furkan SÜNER, Elif İŞİK, Hatice ŞİMŞEK</i>	
S119 TIP FAKÜLTESİ UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN EĞİTİM SÜRECİNDE SOSYAL VE PSİKOLOJİK DEĞİŞİMLERİ, KOHORT ÇALIŞMASI	411
<i>Meltem AKDEMİR, Yonca SÖNMEZ, Fırat KÖSE, Yeşim ŞENOL, Emine Esra Varkal TOPRA, Mehmet Rifki AKTEKİN</i>	
S120 1970 - 2022 YILLARI ARASINDA TÜRKİYE'DE HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALLARINDA YAPILMIŞ DOKTORA, UZMANLIK VE YÜKSEK LİSANS TEZLERİNİN BİBLİYOMETRİK ANALİZİ	412
<i>Abdullah UÇAR, Yasemin DENİZLİ, Mahmut Talha UÇAR, Muhammet Yunus TUNCA</i>	

- S121 TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ SINAVINDA HALK SAĞLIĞI UZMANLIK EĞİTİMİNİN TERCİH EDİLME DURUMLARI VE ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ: 15 YILLIK RETROSPEKTİF ÇALIŞMA..... 420**
Bahadır DEDE, Merve SAVAŞ AKSAKAL, Metin PIÇAKÇIEFE, Şehbal YEŞİLBAŞ, Emine TİRİÇ
- S122 TÜRKİYE'DEKİ TIP FAKÜLTESİ SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN KARIYERLERİNİ YURTDIŞINDA SÜRDÜRME EĞİLİMLERİ VE BUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER: 39 TIP FAKÜLTESİNDE ÇOK MERKEZLİ BİR ARAŞTIRMA..... 422**
Erhan ESER, Elif ÇİL, Nesibe Efruz ŞEN GÜNDOĞAN, Meltem ÇÖL, Elif Nur YILDIRIM ÖZTÜRK, David Terence THOMAS, Ahmet Tefvik SÜNTER, Hatice Nilden ARSLAN, Rıza ÇITIL, Yalçın ÖNDER, Metin PIÇAKÇIEFE, Bahadır DEDE, Can DEMİREL, Neriman AYDIN, Çiğdem ÇAĞLAYAN, Ahmet Alp AKER, Arda BORLU, Hasan DURMUŞ, Günay CAN, Esin SİDDİKOĞLU, Ergün Haldun SÜMER, Tunahan UYGUN, Seval ALKOY, Kübra AKTAŞ AYCAN, İbrahim KORUK, Rüstem KUZAN, Lütfi Saltuk DEMİR, Esra HACILAR, Hıdır SARI, Zehra KILINÇ, Özgür ÖNAL, Edanur DOĞAN, Mestan EMEK, Rıdvan TERZİOĞLU, Gülçin YAPICI²⁰, Deniz ERDAL, Sultan ESER, Emine AYHAN AKMAN, Zahide KOŞAN, Sinan YILMAZ, Ferruh Niyazi AYOĞLU, Bilgehan AÇIKGÖZ, Berna MUSAL, Ahmet Furkan SÜNER, Ayşegül ERDOĞAN, İdris CILBURUNOĞLU, Meral SAYGUN, Didem DAYMAZ, Didem ARSLANTAŞ, Muhammed Fatih ÖNSÜZ, Nazım Ercüment BEYHUN, Medine Gözde ÜSTÜNDAĞ, Galip EKUKLU, Fulya ÖZDER TAŞ, Filiz ABACIGİL, Selcen ÖNCÜ, Seyhan HİDİROĞLU, Ayşe Nilüfer ÖZAYDIN, Edibe PİRİNÇÇİ, İrem BULUT, Mustafa TÖZÜN, Muzaffer ESKİOCAK, Pınar GÜNEL, Sebahat Dilek TORUN, Melike YAVUZ, Metin HASDE, Derya ÇAMUR, Gülşen GÜNEŞ, Burak KURT, Nüket GÜLER BAYSOY, Nadi BAKIRCI, Figen DEMİR, Binali ÇATAK, Ferda ÖZYURDA, Mustafa TURAN
- S123 TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN AKADEMİK KAYNAK KULLANMA ALIŞKANLIKLARI: İSTANBUL'DA İKİ ÜNİVERSİTE ÖRNEĞİ..... 424**
Anıl KARAMAN, Arzu Neslişah YÜRÜK, Ayşegül PARMAKSIZ, Cansel CAN, Oğulay EREN, Sabanur ÇAVDAR, Ayşe Zülal TOKAÇ FARIMAZ
- S124 HALK SAĞLIĞINA YÖNELİK ÖĞRENCİ TUTUM ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ..... 426**
Mehmet Akif SEZEROL, Halim İŞSEVER
- S125 MANİSA'DA SEÇİLEN AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN 18 YAŞ VE ÜZERİ POPÜLASYONDA TOPLUMSAL CİNSİYET ALGISI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER..... 432**
Ecem TÜZÜN, Pınar ERBAY DÜNDAR, Kübra ÇİÇEK, Erk ATLAY, Neşe KAYACAN, Nazlı Beyza AYDOĞDU, Hatice Elif ÖZDEMİR, Gizem EĞLU, Emre SARIMAN
- S126 MANİSA'DA AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN 20 YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERDE UYKU KALİTESİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER..... 433**
Zeynep Ceyda BURAN, Beyhan CENGİZ ÖZYURT
- S127 MANİSA YUNUSEMRE İLÇESİNDE AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN 18 YAŞ VE ÜZERİ KADINLARDA BEL AĞRISI SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ..... 435**
Gülsüm ŞANLI ERKEKOĞLU, Pınar ERBAY DÜNDAR
- S128 HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN SOSYAL ADALET SAVUNUCULUĞU VE ETİK DUYARLILIK İLE İLİŞKİSİ 436**
Feyza KOCAKURT, Belgin AKIN
- S129 BİR YÜKSEKÖĞRENİM KIZ YURDUNDAKİ ÖĞRENCİLERDE UYKU KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ..... 438**
Rabia ATEŞ, Çiğdem ÇAĞLAYAN
- S130 OTİZMLİ ÇOCUKLAR VE EBEVEYNLERİNİN EĞİTİM SÜREÇLERİNİN İNCELENMESİ VE EBEVEYNLERİN OTİZM FARKINDALIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ: NİTELİKSEL BİR ÇALIŞMA..... 439**
Fatma Burcu DOĞANÇ, Selma HASANOĞLU, Harika ÖZASLAN, İlayda MAHŞERECİ, Elif Simay BİNİCİ, Cemre HAMOĞLU, Abobakr BAGABER³, Seyhan HİDİROĞLU
- S131 TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN TOPLUMSAL CİNSİYET TUTUMLARININ EĞİTİM MÜDAHALESİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ..... 441**
Cansu ÖZBAŞ, Merve ATIK ŞAHİN, Merve KORUCU, Mustafa Necmi İLHAN
- S132 COVID-19 SURVIVORS' INTENSIVE CARE UNIT EXPERIENCES: A QUALITATIVE STUDY..... 442**
Tahsin Gökhan TELATAR, Ayça TELATAR, Çiçek HOCAOĞLU, Ayşe HIZAL, Mustafa SAKIN, Sarp ÜNER
- S133 İSTANBUL ANADOLU YAKASINDA BULUNAN BİR ANAOKULUNDAKİ OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARIN GELİŞİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ..... 444**
Şevket GİRGIN, Lara ÖZDEMİR, Zeynep GÜMÜŞ, Esra KILIÇ, Tuğçe Gönül ACARALIOĞLU, Fatma Burcu DOĞANÇ, Seyhan HİDİROĞLU

- S134 COVID-19 PANDEMİSİNİN KADINA YÖNELİK ŞİDDET OLGULARINA ETKİSİNİN İNCELENMESİ: MEDYA HABERLERİ ÜZERİNDEN BİR DEĞERLENDİRME** 446
Şehbal YEŞİLBAŞ, Emine TİRİÇ, Metin PIÇAKÇIEFE, Bahadır DEDE, Merve SAVAŞ AKSAKAL
- S135 BİR TIP FAKÜLTESİNDE İNTÖRN HEKİMLERİN BEYAZ KOD İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**..... 448
Bahadır DEDE, Merve SAVAŞ AKSAKAL, Metin PIÇAKÇIEFE, Şehbal YEŞİLBAŞ, Emine TİRİÇ
- S136 SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN ŞİDDETE YÖNELİK TUTUMLARININ VE ŞİDDET GÖRME KORKU DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**..... 449
Serap SALİMOĞLU, Recep AKDUR
- S137 KOL EMEĞİYLE ÇALIŞANLARIN COVID-19 PANDEMİSİNDEN ETKİLENİMLERİ: BİR FOTOSER ÇALIŞMASI**..... 450
Selma KARABEY, Temmuz GÖNÇ SAVRAN, Yağmur KÖKSAL YASIN, Ahmet CAN BİLGİN, Yeşim YASİN, Bülent KILIÇ
- S138 GÖÇMEN KADINLAR ARASINDA AİLE PLANLAMASI İLE YAKIN PARTNER ŞİDDETİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**..... 460
Sema ÇİFÇİ, Sibel İÇKE, Sevil HAKİMİ
- S139 TÜRKİYE'DE 2010-2021 YILLARI ARASI GERÇEKLEŞEN KADIN CİNAYETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: EKOLOJİK BİR ÇALIŞMA** 462
Fulya ÖZDER TAŞ, Galip EKUKLU
- S140 COVID-19 PANDEMİ DÖNEMİNDE BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN ASİSTAN HEKİMLERE YÖNELİK ŞİDDETİN DEĞERLENDİRİLMESİ** 468
Ayşe GÖKÇE, Gülseda BOZ, Ali ÖZER
- S141 HASTANELERİN KARŞILAŞTIRMALI KURUMSAL SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DEĞERLENDİRİLMESİ** 469
Yusuf TAŞÇI, Sabanur ÇAVDAR, Mehmet Akif SEZEROL, Ömer ATAÇ, Ayşe Emel ÖNAL
- S142 TRAKYA KIRSALINDA SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI - 2019**..... 470
Gamze DEMİRAY, Mehmet GÜNEŞ, Burcu TOKUÇ, Muzaffer ESKİOÇAK
- S143 SAĞLIK ÇALIŞANLARININ RADYOLOJİK ACİL DURUM VEYA AFETLERE MÜDAHALESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER** 472
Nihal DAĞ, Cüneyt ÇALIŞKAN, Hüseyin KOÇAK
- S144 ÇATIŞMA VE SAVAŞ BÖLGELERİNDE SAĞLIK; UKRAYNA-RUSYA SAVAŞI ÜZERİNDEN BİR VERİ TABANI ARAŞTIRMASI**..... 474
Fatih CEMAL TEKİN
- S145 EPİLEPSİLİ BİREYLERDE AFETLERE VE ACİL DURUMLARA HAZIR BULUNUŞLUK İLE SAĞLIK YETKİNLİĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**..... 479
Gülay YILMAZEL
- S146 BİR ÜNİVERSİTENİN ÖĞRENCİLERİNE YÖNELİK SAĞLIK İNANÇ MODELİ TEMELLİ AFETLERDE FARKINDALIK EĞİTİMİNİN ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN BİLGİ VE İNANÇ DÜZEYLERİNE ETKİSİ**..... 481
Çiğdem SAMANCI TEKİN, Sefa ERTÜRK, Sıdıka Sena KANLI
- S147 ORMAN YANGINLARINA ŞAHİT OLAN VEYA MAĞDURİYET YAŞAYANLARDA TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU VE DEPRESYON** 483
Gonca SOYSAL
- S148 GÖÇMEN SAĞLIĞI MERKEZİNDEN HİZMET ALAN KADINLARIN ÜREME SAĞLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ** 485
İlke DUMAN KIYMIK, Ahmet Tefik SÜNTER
- S149 PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNDE MEDİKAL ZENOFOBİ VE İLİŞKİLİ ETMENLER**..... 487
Süleyman Utku UZUN, Bilge Betül KILIÇ, Ümmühan İnci KANDEMİR
- S150 MÜLTECİ KAMPLARINA GÖREVLENDİRİLEN SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA SAVAŞIN ARKA PLAN PSİKOLOJİK ETKİLERİ**..... 488
İsmet ÇELEBİ, Selma DURMUŞ SARIKAHYA, Harun ÖZKAN
- S151 GÖÇ VE TÜRKİYE** 498
Beyza Püren Selcan GÜNDOĞDU, Seher PALANBEK YAVAŞ, Ayşe Emel ÖNAL



- S152 65 YAŞ VE ÜZERİ POPÜLASYONDA GÖZ SAĞLIĞI TARAMASI, HUZUREVİ ÖRNEĞİ.....505**
Ayşen TİL, İbrahim Ethem AY
- S153 SAKARYA'DAKİ YATALAK MORBİD OBEZLERİN YAŞAM KALİTELERİ VE BAKIM BAĞIMLILIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ.....510**
Şeyda TOK, Zeynep BOZAT, SELİN TUNALI ÇOKLUK, Zeynep DEVRAN MUHARREMOĞLU, Fulya AKTAN KİBAR, Neşe AŞICI, Enes Ahmet GÜVEN, İsmail ONUR, Aziz ÖĞÜTLÜ
- S154 MANİSA'DA BİR ÜÇÜNCÜ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞUNA BAŞVURANLARDA DİYABET RİSKİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER.....512**
Zeynep Ceyda BURAN, PINAR ERBAY DÜNDAR
- S155 BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK MERKEZİNE BAŞVURAN BİREYLERDE KOLOREKTAL KANSER TARAMA DAVRANIŞLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER.....513**
Elif DÖNMEZ, Nadire ERCAN TOPTANER, Elvan EMİNE ATA, Zeynep DÜLGER, Onur ACAR
- S156 TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE BAŞ AĞRISI PREVALANSI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN ARAŞTIRILMASI, MERSİN, TÜRKİYE.....515**
Derya KALE, Bengü Nehir BUĞDAYCI YALÇIN, İbrahim ÇEVİK, Matin DOLATABADI, Baharnaz EKİNCİ, Süleyman Turan POLAT, Caferi Tayyar ŞAŞMAZ
- S157 PREDİYABET HASTALARINA UYGULANAN EGZERSİZ YARAR/ENGEL ÖLÇEĞİ GEÇERLİK-GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI.....521**
Tülay ORTABAĞ, Melek ÖZTÜRK
- S158 BİR TIP FAKÜLTESİ HASTANESİNE BAŞVURAN HASTALARIN KANSER TARAMALARI KONUSUNDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ.....523**
Arda DENİZ, Sevim Bilge ONUK, Fatih Şahin BOYRAZ, Umur ŞENGÜL, Ramazan MEMİŞ, Kutay KUZUCU, Şehbal YEŞİLBAŞ, Bahadır DEDE
- S159 KONYA İLİ KOMEK/ASEM'DE 20-70 YAŞ ARASI KURSİYERLERİN KANSER TARAMA SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ.....525**
Seyfettin ABUOĞLU, Lütfi Saltuk DEMİR
- S160 BİR ÜNİVERSİTEDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERDE İŞTEN AYRILMANIN İŞ STRESİ İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: OLGU KONTROL ÇALIŞMASI.....527**
Saadet Göksu ÇELİK, Yücel DEMİRAL
- S161 KOCAELİ İLİNDE PANDEMİNİN İKİNCİ YILINDA İŞ YERLERİNDE ALINAN COVID-19 ÖNLEMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ-ÖN RAPOR.....529**
Çiğdem ÇAĞLAYAN, Mehmet Ertan GÜNER, Gonca YILDIRIM COŞKUN, Cem TURAN, Hatice Cemre KESER
- S162 İŞ VE MESLEK HASTALIKLARI UZMANLIĞI SAHA DENEYİMİ: BİR OLGU ÜZERİNDEN MESLEK HASTALIĞI SEVK, TANI VE BİLDİRİM SÜRECİNDEKİ SORUNLARIN MEVZUAT YÖNÜNDEN İNCELENMESİ.....531**
Aylin ÇİFCİ, Ceyda ŞAHAN, Yücel DEMİRAL
- S163 INVESTIGATING OF FACTORS AFFECT ON DIAGNOSIS AND NOTIFICATION OF OCCUPATIONAL DISEASES AMONG RESIDENTS IN A UNIVERSITY HOSPITAL.....535**
Melih Gaffar GÖZÜKARA, Mustafa Necmi İLHAN
- S164 PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN GEBELİKTE AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI KONUSUNDA BİLGİ DÜZEYİ.....545**
Merve AKIN, Nurhan MEYDAN ACIMIŞ, Kerim BALTACI
- S165 VİZYONA GİREN VE EN ÇOK İZLENEN YERLİ YAPIM SİNEMA FİLMLERİNDE TÜTÜN KULLANIMININ İNCELENMESİ (5 ÜLKE, 2019).....546**
Kürşat KUTLUCA, Ferhan Ceyda GÜZEL, Berke CURAL, Ayşe Betül BOZDAĞ, Özge ALKAN, Enes BAŞKIRAN, Mahmut Selim HAKBİLEN, Mustafa UYAR, Elif KEPENEK, Bahadır ŞEN, Enes TEL, Kaan AKSU, Damla ÖZYÜREK, Fahriye HAS AKDAĞ, Hilal ÖZCEBE
- S166 BİREYLERİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI İLE SİBERKONDRI DÜZEYLERİ İLİŞKİSİ.....548**
Pelin ZIVDIR, Rabia SOHBET
- S167 COVID-19 DÖNEMİNDEKİ SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE KİTLE İLETİŞİM ARAÇLARIYLA VERİLEN SAĞLIK EĞİTİMİ HABERLERİNE YÖNELİK TUTUM DÜZEYLERİNİN İLİŞKİLENDİRİLMESİ.....549**
Fatma Semanur KORKMAZ ÖNER, Seçil ÖZKAN

- S168 MAHALLE DÜZEYİNDE SOSYAL SERMAYE VE SAĞLIK ALGISI: İSTANBUL'DA KESİTSEL TİPTE BİR SAHA ARAŞTIRMASI**..... 559
İlker KAYI, Nuray ÖZGÜLNAR
- S169 GIDA VE BESLENME OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ: METODOLOJİK BİR ÇALIŞMA**..... 570
Gülcan DEMİR, Ali ÖZER
- S170 MİKROBİYOTA OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ; GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**..... 571
Feyza Nehir ÖZNUR MUZ, Selma METİNTAŞ, Muhammed Fatih ÖNSÜZ, Ener Çağrı DİNLEYİCİ, Ersin KARADEMİR
- S171 TİP 1 DİYABET, ANNE SÜTÜ, TAHILLARA ERKEN BAŞLAMA VE PASİF İÇİCİLİK: BİR OLGU-KONTROL ÇALIŞMASI**..... 573
İpek ÇİÇEKLİ, Raika DURUSOY
- S172 ERCİYES ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNDE SÜRDÜRÜLEBİLİR VE SAĞLIKLI BESLENME DAVRANIŞLARININ ÇEVRE OKURYAZARLIĞI İLE İLİŞKİSİ**..... 575
Büşra EKERCİ Şeyma DUMAN, Arda BORLU, Hasan DURMUŞ
- S173 SİNOP PLAJLARININ REKREASYONEL SU KALİTESİNİN MİKROBİYOLOJİK GÖSTERGELERİ İLE KAMU SAĞLIĞI TEHDİDİ**..... 577
Gülcan DEMİR
- S174 KIRKLARELİ İLİ İÇME-KULLANMA SULARININ ORGANOLEPTİK ÖZELLİKLERİNİN KOLİFORM KİRLİLİĞİYLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**..... 578
Ahmet Burak DURLU, Ahmet Önder PORSUK, Çiğdem CERİT
- S175 HAVA KİRLİLİĞİNE ATFEDİLİR MORBİDİTE ÖRNEĞİ: AIR Q PROGRAMI İLE EDİRNE'DE HAVA KİRLİLİĞİNE ATFEDİLİR MORBİDİTE VE MORTALİTE**..... 580
Didem Han YEKDEŞ, Ali Cem YEKDEŞ, Pelin SARI SERİN, Ülfiye ÇELİKKALP
- S176 TÜRKİYE'DE KAPALI ORTAM HAVA KİRLİLİĞİNE ATFEDİLEN HASTALIK YÜKÜ: AIRQ+ ÖRNEĞİ**..... 585
Pelin SARI SERİN, Miraç ÇAĞLAYAN, Didem HAN YEKDEŞ, Faruk YORULMAZ
- S177 TÜRKİYE'DE PM2.5 MARUZİYETİNİN KAYBEDİLEN YAŞAM YILLARI İLE İLİŞKİSİ**..... 591
Süleyman Utku UZUN, Kerim BALTAÇI, Ayşe Miray KOŞAR
- S178 YETİŞKİNLERİN SU TASARRUFU İLE İLGİLİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**..... 592
Mehmet UYAR, Enes KASAPOĞLU, Gizem Sena DEMİR
- S179 BİR GRUP ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİSİNİN ÇEVREYE YÖNELİK DAVRANIŞLARININ VE KÜRESEL İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ FARKINDALIK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**..... 593
Serap SALİMOĞLU, Hüseyin Tolga ÇAĞATAY, Recep AKDUR
- S180 SAĞLIK ÇALIŞANLARININ FARMASÖTİK ATIK KAVRAMI HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYİ**..... 594
Feyza Nur TOPÇU YENERÇAĞ
- S181 MERSİN İL MERKEZİNDEKİ İLKOKUL VE ORTAOKUL ÖĞRENCİLERİNDE ANTROPOMETRİK ÖZELLİKLERİNİN OKUL OTURMA MOBİLYALARI İLE UYUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ**..... 595
Derya KALE, Resul BUĞDAYCI
- S182 ANTALYA İLİ MERKEZ İLÇELERİNDE 2. VE 3. TRİMESTERDAKİ GEBELERİN COVID-19 AŞISI YAPTIRMA DURUMLARI**..... 596
Gamze AKIN ÖZKARA, Fatma KARSAVURDAN, Mestan EMEK, Emsal ÇETİN, Mehmet Rıfki AKTEKİN
- S183 QUALITATIVE EVALUATION OF REASONS FOR HEALTHCARE PROFESSIONALS WHO UNVACCINATED AGAINST COVID-19**..... 598
Elif Nur KOÇAK, Sevgi CANBAZ, Servet YÜCE, Osman Faruk BAYRAMLAR
- S184 KAYSERİ İLİNDE 18 YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERDE BULAŞICI HASTALIK RİSK FARKINDALIĞI**..... 608
Tuğba COŞKUN ASLAN, Güzin ATEŞ ÖZBEY, Dilek ENER, Fevziye ÇETİNKAYA
- S185 EDİRNE İLİNDE AİLE HEKİMLERİ VE AŞI YÖNETİM EKİBİNİ BAĞIŞIKLAMA VE AŞI TEREDDÜDÜNE İLİŞKİN BİLGİLENDİRME VE TUTUM GELİŞTİRİLMESİNE İLİŞKİN MÜDAHALE ÇALIŞMASI**..... 610
Bahar MARANGOZ, Didem HAN YEKDEŞ, Muzaffer ESKİOCAK
- S186 COVID-19 NEDENİYLE HASTANEDE YATMAKTA OLAN AŞISIZ KİŞİLERİN AŞI TEREDDÜTLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**..... 612
İlknur AYYAZ, Aysena ÖRTLEK, Seda KORKMAZ, Zehra KARACA, Eda Ceren GÜLLÜ, Ahmet TOPUZOĞLU

S187 SEKS İŞÇİLERİNDE HPV BULAŞI, BAĞIŞIKLAMA VE TARAMA KONUSUNDA KÜRESEL VE ULUSAL YAKLAŞIMLAR	614
<i>Doğa ÇIKIM, Ceyda ŞAHAN</i>	
S188 OMİKRON VARYANTI DÖNEMİNDE COVID-19 REENFEKSİYONU VE AŞI: SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA BİR OLGU-KONTROL ARAŞTIRMASI	620
<i>Göknıl ÇAVUŞ, Ayşe KUZUBAŞ, Isabel Raika DURUSOY ONMUŞ, Seyfi DURMAZ, Yeşim BABÜR KORKMAZ, Funda KARBEK AKARCA, Mert Anıl ALTUN</i>	
S189 TÜRKİYE'DE COVID-19 BAĞIŞIKLAMASINDA BÖLGELER VE İLLER DÜZEYİNDE EŞİTSİZLİK	622
<i>Bahar MARANGOZ, Mehmet ZENCİR, Muzaffer ESKİOCAK</i>	
S191 BİR ÜNİVERSİTENİN TIP FAKÜLTESİ İLK 5 YILINDAKİ ÖĞRENCİLERDE SİNİZM DÜZEYİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER	624
<i>Nurhan MEYDAN ACIMIŞ, Fatma Nur EĞİLMEZ, Onur ORHAN</i>	
S192 MANİSA'DA SERBEST ECZACILARIN SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÜSTLENDİĞİ ROLLER VE BUNU ETKİLEYEN DEĞİŞKENLER	626
<i>Hülya ERTEN, Beyhan CENGİZ ÖZYURT</i>	
S193 BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ ÇALIŞANLARINDA FARKLI COVID-19 AŞILARININ ETKİLİLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	627
<i>Hazal Cansu ÇULPAN, Sümeyye Nur AYDIN, Abdulkerim UYGUR, İlker İnanç BALKAN, Rıdvan KARAALİ, Beyhan BUDAK, Yılmaz KESKİNDEMİRCİ, Neşe SALTOĞLU, Günay CAN</i>	
S194 BİR ÜNİVERSİTEDEKİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN KÜRESEL İKLİM DEĞİŞİKLİĞİNE YÖNELİK FARKINDALIKLARI	629
<i>Elif Aylin YÜCE YÖRÜK, Ceren VARER AKPINAR</i>	
S195 İNTÖRN HEKİMLERDE İKLİM DEĞİŞİKLİĞİNİN KÜRESEL, YEREL, BİREYSEL BAĞLAMININ NİTEL BİR DEĞERLENDİRMESİ	631
<i>Merve AKBAYRAK, Işıl ERGİN</i>	
S196 SICAK DALGALARI BİLGİ, FARKINDALIK, UYGULAMA VE DAVRANIŞ ÖLÇEĞİ GELİŞTİRMESİ, GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI	632
<i>Uğurcan SAYILI, Betül Zehra PİRDAL, Abdülkerim UYGUR, Ferdane Şeyma EROL, Esin SİDDİKOĞLU, Günay CAN</i>	
S197 TIP FAKÜLTELERİNDE İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ VE SAĞLIK ETKİLERİ KONUSUNUN TIP EĞİTİMİNDEKİ YERİNİN SAPTANMASI	634
<i>Çiğdem ÇAĞLAYAN, Rabia ÇUKURLU, Pınar KOÇKAYA</i>	
S198 BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDEKİ DOĞUMLARDA KORD KANINDA BİSFENOL-A, F, S İLE TİROİT HORMON DÜZEYLERİ	636
<i>Merve Büke ŞAHİN, Murat ÇAĞAN, Anıl YİRÜN, Aylin BALCI, Selinay Başak ERDEMLİ KÖSE, İrem İYİGÜN, Melda ÇELİK, Özgür ÖZYÜNCÜ, Pınar ERKEKOĞLU, Cavit Işık YAVUZ</i>	
S199 TÜRKİYE'DE YAŞLILARDA COVID-19'A BAĞLI MORTALİTE: İNDİREK STANDARDİZASYONA DAYALI BÖLGESEL TAHMİNLER	638
<i>Cavit Işık YAVUZ, Özge YAVUZ SARI</i>	
S200 PANDEMİ DÖNEMİNDE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA ANKSİYETE DÜZEYİ VE TÜKENMİŞLİK DURUMU DEĞERLENDİRİLMESİ	639
<i>İbrahim GÜNAY, Didem DAYMAZ, Meral SAYGUN</i>	
S201 COVID-19 PANDEMİSİNDE SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞINI ETKİLEYEN DEĞİŞKENLER VE ETKİLİLİK DÜZEYLERİNİN YAPISAL EŞİTLİK MODELİ İLE İNCELENMESİ	641
<i>Pınar ATALI, Seyhan HİDİROĞLU, Melda KARAVUŞ, Alican SARISALTIK</i>	

POSTER BİLDİRİLER

- P01 18 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERİN KANSER TARAMALARINA YÖNELİK BİLGİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....645**
Lütfi Saltuk DEMİR, Ayça Bera TALAŞ, Yusuf BÜYÜKKELLEÇİ, Zeynep BERBER, Beyza URHAN, Ali DOĞAN, Elif Nazlı SATIR, Yasemin DURDURAN, Mehtap YÜCEL, Gizem Sena DEMİR
- P02 COVID-19 PANDEMİ DÖNEMİNDE ÖĞRETMENLERDE UYKU KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ646**
Mustafa ÇAKIR, Recep ÇEPNİ, Hatice İKİŞİK, Işıl MARAL
- P03 TIP FAKÜLTESİ 2.SINIF ÖĞRENCİLERİNİN BİLGİSAYAR KULLANIM ALIŞKANLIKLARI647**
Elif Nur AVŞAR USLU, Meral TÜRK
- P04 ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE TOPLUMSAL CİNSİYET İLİŞKİLERİ- FLÖRT ŞİDDETİ İLİŞKİSİ; ALANYA ÖRNEĞİ.....649**
Saliha ÖZPINAR, Erhan DAĞ, Yaşar DEMİR, Pınar KARAKUŞ
- P05 SÜRÜCÜ DAVRANIŞLARINI GELİŞTİRME EĞİTİMİ (SÜDGE) KATILICILARININ ALKOLLÜ ARAÇ KULLANMA TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ.....663**
Ahmet Önder PORSUK, Dilara RAMADAN, Çiğdem CERİT
- P06 LİSE 1. SINIF ÖĞRENCİLERİNİN DİJİTAL OYUN BAĞIMLILIĞININ OBEZİTE MEVCUDİYETİ VE LGS BAŞARISI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ.....664**
Onur SÜER, Lütfi Saltuk DEMİR
- P07 HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALLARINDA 2006-2021 YILLARI ARASINDA YAPILAN LİSANSÜSTÜ TEZLERİN İNCELENMESİ.....666**
Sevilcan Başak ÜNAL, Cavit Işık YAVUZ
- P08 HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN HASTA SAVUNUCULUĞU KONUSUNDA DÜŞÜNCELERİ.....667**
Ceren BOYNUKISA
- P09 COMPLIANCE WITH PUBLIC HEALTH AND SOCIAL MEASURES FOR COVID-19 IN ANKARA MEDICINE STUDENTS.....669**
Mustafa Orhun AKAR, Obaida AL-MUBARAK, Hebah ALSHURMAN, Ahmad ŞUKRİ, Anıl ÇUKUR, Vedat Berkay KOYUNCU, Meltem ÇÖL, Atilla Halil ELHAN
- P10 COVID-19 PANDEMİSİNİN TÜRK TIP DERGİLERİNDE KADIN YAZARLIK POZİSYONLARINA ETKİSİNİN İNCELENMESİ671**
Betül Zehra PİRDAL, Beril Kara ESEN, Ferdane Şeyma TOPLU, Kevser SAK, Uğurcan SAYILI, Mehmet Sarper ERDOĞAN
- P11 FABRİKA ÇALIŞANLARINDA HİJYEN TUTUM VE DAVRANIŞI.....673**
Ayşe Seval PALTEKİ, Mert BANRİ, Hamza Can AKDENİZ, Furkan OKTAR, Hatice Betül OKTAR
- P13 SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA COVID-19 AŞI UYGULAMASI SONRASINDA GÖRÜLEN ETKİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....674**
Didem DAYMAZ, Sedat KAYGUSUZ, Meral SAYGUN
- P14 BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE TIPTA UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNDE TÜKENMİŞLİK DURUMU VE COVID-19 KORKUSU676**
Halit Emin ALICILAR, Meltem ÇÖL
- P15 KOCAELİ İLİ İZMİT İLÇESİNDE COVID-19 TANISI ALMIŞ BİREYLERDE SİGARA İÇME SIKLIĞININ SAPTANMASI VE SİGARA İÇME DAVRANIŞI DEĞİŞİMİNİN İNCELENMESİ678**
Ömer Naim SAYER, ÇİĞDEM ÇAĞLAYAN
- P16 TIP FAKÜLTESİ 6. DÖNEM ÖĞRENCİLERİNİN HALK SAĞLIĞI STAJI ALMA DURUMUNA GÖRE BİLDİRİMİ ZORUNLU HASTALIKLAR VE İLGİLİ UYGULAMALAR İLE İLGİLİ BAZI BİLGİ VE GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....680**
Didem DAYMAZ, Necibe KURTULUŞ, Çağla GÜNEŞ, Talha Akif AKSOY, Gaye Nur BATUN, Semih YAZICI, Zeynep Nesibe İMAN, Muhammed Musab AL, Zekiye Nur ÖZTÜRK, Ayça Naz ŞAHİN, Ünal YAĞMUR, Elif AKARSLAN, Metehan TAŞKIRAN, İsmail KOLTUK, Meral SAYGUN
- P17 ASBEST İLİŞKİLİ HASTALIKLARIN İZLEMİ VE ÖNLENMESİ İÇİN ULUSLARARASI VE ULUSAL YAKLAŞIMLAR682**
Melike YÜKSEL YAVUZ, Ceyda ŞAHAN, Osman Alparslan ERGÖR



P18 SAKARYA'DA GEÇİCİ KORUMA STATÜSÜNDEKİ SURİYE'LI GÖÇMENLERİN BAZI ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	689
<i>Zeynep DEVRAN MUHARREMOĞLU, Fulya AKTAN KİBAR, İsmail ONUR, Selin TUNALI ÇOKLUK</i>	
P19 BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ FARKINDALIKLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER.....	690
<i>Nurbanu ODACI, Fatma CEYLAN ÇIRAY, Bilge KALANLAR</i>	
P20 LİSE ÖĞRENCİLERİNDE İNTERNET BAĞIMLILIĞI VE ETKİLEYEN ETMENLER; KESİTSEL BİR ÖN ÇALIŞMA.....	692
<i>Esra ÇİÇEK, Mustafa ÖZTÜRK, Mahmut Talha UÇAR</i>	
P21 COVID-19 PANDEMİSİNDE BİR DEVLET HASTANESİ PERSONELİNİN FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYİNDEKİ DEĞİŞİM İLE ZİHİNSEL SAĞLIK DURUMLARI İLİŞKİSİ.....	702
<i>Mahmut Talha UÇAR, Deniz AHISKALI, Mustafa ÖZTÜRK</i>	
P22 COVID-19 REENFEKSİYONLARI: BİR ÜÇÜNCÜ BASAMAK HASTANENİN PCR TESTİ SONUÇLARININ VE HASTANE ÇALIŞANLARININ GEÇİRDİĞİ ENFEKSİYONLARIN SÜRVEYANSI.....	704
<i>Raika DURUSOY, Mehmet SOYLU, Gözde AKKUŞ, Seyfi DURMAZ, Candan ÇİÇEK, Funda KARBEBEK AKARCA</i>	
P23 ANALYSIS OF POSSIBLE GENOTOXIC DAMAGE IN OBESE INDIVIDUALS.....	706
<i>Emel İŞBİLİR, Gülşen GÖNEY, Cengiz GAZELOĞLU</i>	

SONUÇ BİLDİRGESİ.....	708
------------------------------	------------



6th International • 24th National
Congress on Public Health
HEALTH IN THE
Shadow of War and Violence
December 1 - 4, 2022 / Antalya



6. Uluslararası • 24. Ulusal
Halk Sağlığı Kongresi
Savaş ve Saldırı Gelgesinde
SAĞLIK
1 - 4 Aralık 2022 / Antalya



Davetli Konuşmalar



6th International • 24th National
Congress on Public Health
HEALTH IN THE
Shadow of War and Violence
December 1 - 4, 2022 / Antalya



6. Uluslararası • 24. Ulusal
Halk Sağlığı Kongresi
1 - 4 Aralık 2022 / Antalya
Sağlık ve Saldırı Gelirince
SAĞLIK



Açılış Konuşması

Prof. Dr. Bülent KILIÇ

HASUDER Yönetim Kurulu Başkanı

Günümüz dünyası son 3 yıldır yaşadığımız pandemi, ekonomik kriz, iklim krizi ve savaşlar nedeniyle halk sağlığı açısından beklenmedik bir gerileme dönemine girmiştir. UNDP 2021-22 yılı İnsani Gelişme Raporuna göre dünyada ilk kez İnsani Gelişme İndeksi bu dönemde bir gerileme göstermiştir (1). Yaşam süresi, eğitim ve gelir düzeyiyle belirlenen İnsani Gelişme İndeksinin düşmesindeki temel neden görünürde COVID-19 pandemisi olmakla birlikte bu olumsuzluğu daha da artıran ve uzun yıllardır devam eden esas sorun sağlıkta eşitsizlikler sorunudur. Eski İngiltere Sağlık Bakanı Frank Dobson *“sağlıkta eşitsizlikler en kötü eşitsizliktir çünkü bir insanın sadece yoksul olması nedeniyle daha erken öleceğini bilmesinden daha kötü bir şey yoktur”* der (2). Eşitsizliğin en temel göstergesi önlenebilir erken ölümlerdir. Gelişmiş Batılı ülkeler de dahil tüm ülkelerde en üst sınıfla en alt sınıf arasında günümüzde yaklaşık 10 yıl kadar yaşam süresi farklılığı vardır (3). Bu eşitsizlik sadece ölüm ve hastalıklarda değil, hizmete erişimde de sorunlar yaratmaktadır. Nitekim COVID-19 döneminde de aşıya erişim açısından zengin ülkelerle (%72), yoksul ülkeler (%21) arasında ciddi bir fark saptanmıştır (1).

Günümüz dünyası bu anlamda herkesin sağlığının etkilendiği kronik bir stres ortamına dönüşmüştür. Stres hormonları daha anne karnındayken fetüsün zihinsel gelişimini etkilemekte, gebelerde erken doğumu tetiklemekte, yetişkinlerde kalp ve damar hastalıklarına yol açmaktadır. UNDP raporu bu durumu büyük bir belirsizlik kompleksi olarak tanımlamaktadır (4). UNDP hergün yeni bir belirsizlikle karşılaşan insanlarda sağlığın giderek bozulduğunu belirtmektedir. Bu alanda gösterilen bir başka kanıt politik kutuplaşmaların da giderek artmasıdır. Özellikle Avrupa ülkelerinde başlayan aşırı sağ hareketlerin yükselmesi, ırkçılık, ayrımcılık gibi davranışlar çatışmaları ve şiddeti artırmaktadır.

Uluslararası raporlar insanlık tarihinin bu dönemini *“Anthropocene”* olarak adlandırılan ve insan etkisinin dünya üzerinde artık maksimum düzeye ulaştığı dolayısıyla ekosistemi bozmaya başladığı yeni bir dönem olarak tanımlamaktadır (4). UNDP 2022 yılı Özel Raporunda *“anthropocene”* kavramı insan eliyle yaratılan ve eşitsizlikler, şiddet ve sağlık alanındaki tehditlerle oluşan bir güvensizlik ortamı olarak tanımlanmaktadır. Nitekim son yıllarda sağlığı bozan tüm olumsuz değişimler (örneğin iklim krizi, salgınlar vb) insan eliyle oluşmaktadır.

Ne yazık ki 2022 yılında tam da anthropocene adlandırmasını somutlar biçimde, Avrupa'nın göbeğinde Rusya-Ukrayna savaşına tanıklık etmekteyiz. Bununla birlikte dünyanın farklı yerlerinde, Afganistan'da, Suriye'de vb pek çok yerde devam eden savaş ve çatışma ortamları söz konusu. Savaş ve çatışma ortamı bir yandan ölüm, yaralanma ve yıkıma bağlı olarak sağlık hakkını gasp ederken, diğer yandan insanları göç olgusuyla karşı karşıya bırakmaktadır. Son dönemde Türkiye 5 milyonu aşkın dış göçmen nüfusuyla dünyanın en çok göçmen barındıran ülkesi durumundayken yeni göç dalgalarına karşı da açık ve korunmasız görünmektedir.

Öte yandan artan ekonomik sorunlar, adalet duygusunun zedelenmesi, toplumsal değerlerin erozyona uğraması, siyasetin ayrıştırıcı dili ve artan eşitsizlikler yaşamın pek çok alanında şiddeti karşımıza çıkarmaktadır. Özellikle Türkiye'de sağlık çalışanlarına, kadınlara, çocuklara ve hayvanlara yönelik şiddet üzüntü verici biçimde artmaktadır. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ise sağlık çalışanlarını mesleği hatta ülkeyi terk noktasına getirmiştir.

Tüm bu şiddet, çatışma ve savaş ortamı hem toplum sağlığını hem de sağlık çalışanlarını önemli ölçüde etkilemektedir. Tüm bu olumsuz koşullar dikkate alındığında halk sağlığı alanında bilgili ve liyakat sahibi yöneticilere gereksinimimiz vardır. Olumsuzluklara karşı çözüm önerimiz halk sağlığı politikalarının bilinçli ve yaygın bir biçimde uygulanmasıdır. Kısacası anthropocene çağının pan zehiri halk sağlığı politikalarıdır ve bunun için de başta halk sağlığı uzmanları olmak üzere tüm halk sağlığı çalışanlarına büyük gereksinim vardır.

Açılış Konuşması

Rebecca Solnit “Karanlıktaki Umut” isimli kitabında son 25-30 yıllık dönemde yaşadığımız dünyada küreselleşme ve kapitalizmin getirdiği olumsuzluklara karşı nasıl direnmemiz gerektiğini çarpıcı anahtar sözcüklerle anlatır (5). Solnit’in “*umut*”, “*değişim*” ve “*gelecek*” gibi sözcükleri sıklıkla kullandığını görürüz. Rebecca Solnit’e göre koşullar ne olursa olsun “*umut*” ve “*halkın gücü*”ne inanmak en önemli şeylerdir. Çünkü Solnit’e göre” halk aslında uyuyan bir devdir”.

Oysa “Uyuyan Dev” halk sağlığının şu anki halidir. Bu dev uyandığında yani “biz” uyandığımızda halkın ve halk sağlığının gücü karşısında hiçbir olumsuzluk duramayacaktır. Bu nedenle halk sağlığının bu gücünün farkında olması ve hızla bir araya gelmesi gerekmektedir. Biz hep birlikte ve bir arada güçlüyüz. Bu nedenle önümüzdeki dönemdeki en önemli stratejilerimizden birisi tüm halk sağlığı bileşenlerini bir araya getirmek, sağlık sistemi içinde ve sağlık politikası alanında öncü bir güç olmak olmalıdır.

Bu yıl Nobel Edebiyat ödülünü alan Fransız yazar Annie Ernaux “Seneler” isimli oto-sosyo biyografisinde kendi kişisel tarihi ile Fransa, Avrupa ve Dünya tarihinin önemli olaylarını harmanlayarak aktardığı hayat öyküsünde “özgürlük” ve “yenilik” kavramlarına vurgu yapar. Günümüz toplumlarında yetişen yeni kuşakların daha özgürlükçü, daha çevreci olduğunu ve bunun umudunu artırdığını söyler (6).

Görüldüğü üzere içinde bulunduğumuz tüm olumsuzluklara karşın daha güçlü bir halk sağlığı direncini inşa edebilme umudumuzu koruyoruz. WHO bunu “dirençlilik” kavramı ile yani bir sağlık sisteminin karşılaştığı kriz durumlarında, zamanında ve etkili bir yönetimle ayakta kalabilmesi, zararlı etkileri absorbe edebilmesi, uyum ve dönüşüm gösterebilmesi ve sorunları çözebilme yeteneği ile açıklıyor. WHO dirençli sağlık sistemlerinin inşa edilebilmesi için politikacılara ve sağlık yöneticilerine öncelikle yaşamsal halk sağlığı fonksiyonlarının ve temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi gerektiğini önermektedir (7).

Değerli halk sağlığı çalışanları, tüm bu gelişmeler ışığı altında “6. Uluslararası ve 24. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi”nin ana temasını “Savaş ve Şiddet Gölgesinde Sağlık” olarak belirledik. Bu bağlamda halk sağlığına gönül veren herkesle kongremizin zengin bilimsel ortamında birlikte olmak, sorunları ve çözüm önerilerini tartışmak, çalışmalarımızı ve deneyimlerimizi paylaşmak için yan yana olabilmekten büyük bir mutluluk duyuyoruz. Sözlerimi ünlü düşünür Bertrand Russel’in bir deyişiyle bitiriyorum: “*İnsan olduğunuzu hatırlayın, geriye kalan herşeyi unutsanız da olur*”.

Kaynaklar

1. UNDP. *Human Development Report 2021-2022. Uncertain Times, Unsettled Lives: Shaping our future in a transforming world.* New York, USA, 2022.
2. Frank Dobson. Wikipedia. https://en.wikipedia.org/wiki/Frank_Dobson (12 Kasım 2022).
3. WHO. *The Solid Facts: Social Determinants of Health. Edited by Wilkinson-Marmot, 2003.*
4. UNDP. *Special Report 2022: New threats to human security in the Anthropocen.* New York, USA, 2022.
5. Solnit R. *Karanlıktaki Umut. Çeviren: Şeyda Öztürk, Siren Yayınları, İstanbul, 2019.*
6. Ernaux A. *Seneler. Çeviren: Siren İdemen, Can Yayınları, 7. Baskı, İstanbul, 2022.*
7. WHO. *Building Health Systems Resilience For Universal Health Coverage and Health Security During The COVID-19 Pandemic. WHO/ UHL/PHC-SP/2021.01, Geneva, 2021.*

Davetli Konuşma

PANDEMİ SÜRECİNDE TANI VE TEDAVİ HİZMETLERİ, ZORLUKLAR, DENEYİMLER, GELECEK PERSPEKTİFLERİ

Prof. Dr. Bahriye Oya İTİL

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Ülkemizde ilk COVID-19 olgusunun görülmesinden bu yana 2.5 yıl geçmiştir. Bu süreçte bütün dünyada olduğu gibi Türkiye’de de pandemi ciddi biçimde hayatı etkilemiş, çok sayıda vatandaşımız ve sağlık çalışanı bu salgında kaybedilmiştir. Süreç boyunca büyük fedakârlıkla çalışan, hastaları uğruna yitirdiğimiz sağlık çalışanlarını saygı ile anıyorum. Onların bu fedakârlıklarına karşılık bir uzmanlık derneği olarak uzmanlarımıza verebildiğimiz en büyük desteklerden biri, üyelerimizin bilimsel ihtiyaçlarını olabildiğince karşılamak ve COVID-19 hakkında en güncel verileri onlara ulaştırmak olmuştur.

Türk Toraks Derneği (TTD), büyük oranda hastalığın ağırlığının yarattığı baskı ve tedavi başlama gereksinimine dayandığını gözlemlediğimiz, çeşitli ajanların kullanıldığına tanık olduğumuz bir klinik pratik ortamında, giderek artan sayıda ortaya çıkmakta olan bilimsel kanıtları mümkün olduğunca sunmak, bunları değerlendirmek ve öneriler yapmak için TTD, oluşturduğu, kanıtların toparlandığı raporlar, kitapçıklar ile dünyada konu hakkındaki son gelişmelere olabildiğince ulaşmayı ve daha önce “gri zon” diye tanımladığımız ve standart raporlarda yer almayan güncel sorulara yanıt vermeyi amaçlamıştır.

Dünyanın hemen her yerine hızla yayılan COVID-19’un bulaşma yöntemlerinin iyi tanınması, alınacak önlemlerin de kaynağa odaklı olmasını sağlayacaktır. Gerek tanıdaki gerekse tedavideki zorluklar, süreçte yaşanan sıkıntılar hem Sağlık Bakanlığı’na bildirilmiş, hem de basın açıklamalarımızda yer almıştır. Çok merkezli çalışmalarımız, sonuçları ile ilgi çekmiş, hastalığın yönetimine katkıda bulunmuştur.

Türkiye’de yaşlı nüfus, iki ayı aşkın bir zamanda büyük bir sabır ve anlayış örneği göstererek evde kapalı kalmışlar, kronik hastalıkları olanlar kontrollerini aksatmışlardır. Bu sorunlar, COVID sonrası gelişen klinik tablolar, aşılama, sağlık çalışanlarındaki mesleksi bulaş riski, okullardaki durum gibi birçok konuda webinarlarımız olmuştur.

COVID-19’un dünyanın her yerindeki insanlar için kritik bir halk sağlığı sorunu olduğunun bilinmesine ve aşının en etkili ve güvenli koruyucu önlem olduğu bilimsel olarak kanıtlanmış olmasına rağmen, toplumda aşı olmak konusundaki tereddütler konusunda mücadelemiz devam etmektedir.

Tüm bulaşıcı hastalıklardan korunmada doğanın, çevrenin, kısacası ekosistemin korunması büyük önem taşımaktadır. Erken ve etkin politikalar üretilmeli, eşitsizlik ve yoksulluğun önüne geçilmeli, tedavi süreçleri ve aşılar konusunda ülkeler arası dayanışma güçlendirilmelidir.

Davetli Konuşma

BİTMEYEN SORUN: GÜVENLİ İÇME SUYUNA ERİŞİM

Doç. Dr. Derya ÇAMUR

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

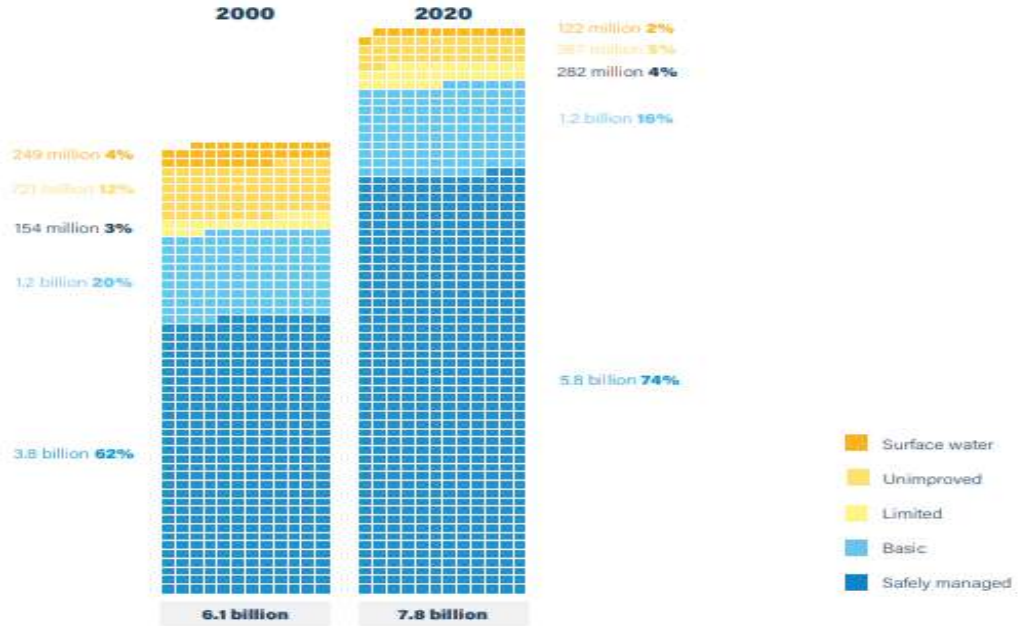
“Su ve sanitasyon” 2010 yılında Birleşmiş Milletler Genel Kurulunda net olarak insan hakkı olarak tanınmıştır. Kişisel ve evsel kullanım için yeterli, sürekli, güvenli, fiziksel olarak erişilebilir ve uygun fiyatlı su herkesin hakkıdır (1). 1978 Alma-Ata Bildirgesi’nde En Az Bakım (Minimal Care) kavramı içerisindeki 8 başlıktan birisi “temiz su sağlanması ve sanitasyon”dur (2).

Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi (SDG) 6.1’de “2030 yılına kadar, herkes için güvenli ve uygun fiyatlı içme suyuna evrensel ve adil erişim sağlanması” hedeflenmiştir. Ancak şu an için Dünya bu hedefe ulaşmaktan oldukça uzaktır. İklim krizi, artan nüfus ve artan tarımsal faaliyetler bunu daha da zorlaştırmaktadır (3). Küresel olarak, SDG Hedef 6.1’e ulaşabilmek için mevcut ilerleme oranlarının dört katına çıkarılması gerekmektedir (4).

2020 yılında göre dünya nüfusunun %74’ü (5,8 milyar kişi) güvenli şekilde yönetilen içme suyu hizmetine ulaşabilmiştir ki, bu oran 2000 yılında %62 olarak gerçekleşmişti. Güvenli suya erişim açısından 2000-2020 yılları arasında ilerleme olsa da bölgeler arasındaki farklılığın sürdüğü görülmektedir (Şekil 1-2) (3).

FIGURE 1

Progress in coverage of drinking water services between 2000 and 2020, percentage of global population



Source: Progress on household drinking water, sanitation and hygiene 2000-2020: Five years into the SDGs. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund; 2021.

Şekil 1. İçme suyu hizmetlerinin değişimi; 2000-2020

Surface water: Doğrudan yüzeysel su kaynağı kullanımı

Unimprovement: İyileştirilmemiş su kaynağı kullanımı

Limited: İyileştirilmiş su kaynağından, 30 dk'dan fazla zaman harcayarak

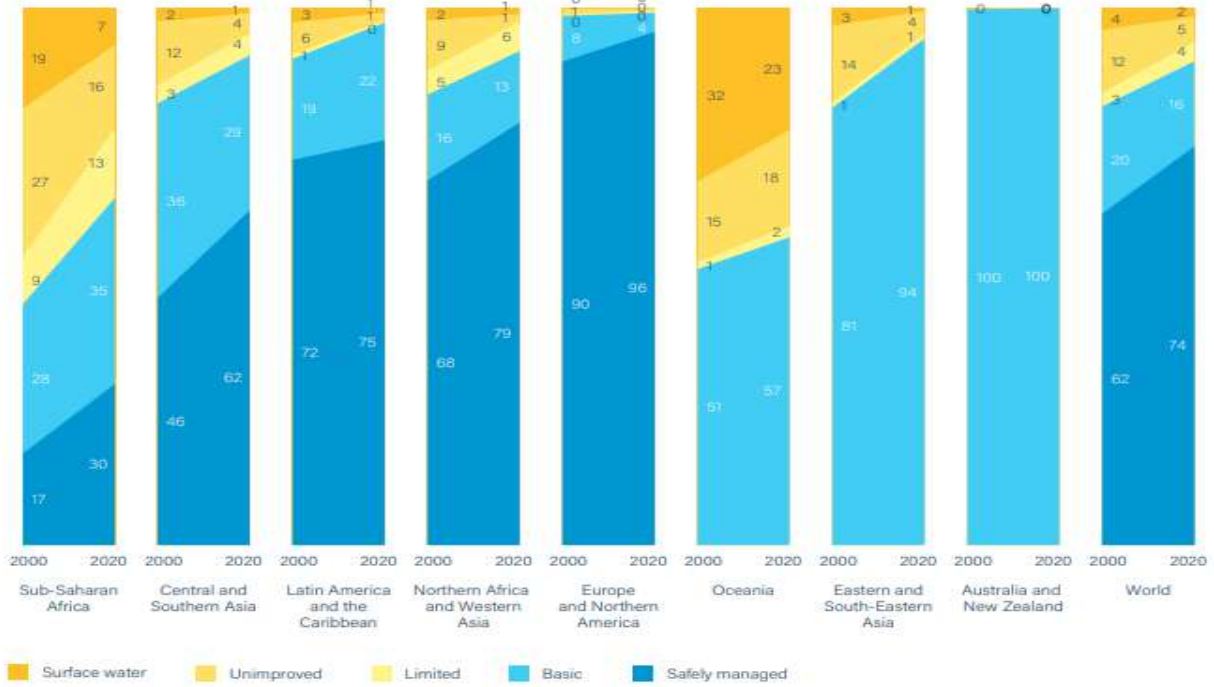
Basic: İyileştirilmiş su kaynağından, 30 dk'dan daha az zaman harcayarak

Safely managed: Güvenli biçimde yönetilen

Davetli Konuşma

FIGURE 2

Regional drinking water coverage, 2015-2020, %



Source: Progress on household drinking water, sanitation and hygiene 2000-2020: Five years into the SDGs. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund; 2021.

Şekil 2. İçme suyu hizmetlerinin bölgesel değişimi, 2000-2020

Yine 2020 verilerine göre 1,2 milyar insan 30 dakika, 282 milyon insan 30 dakikadan fazla gidiş-dönüş yolculuğu ile iyileştirilmiş bir su kaynağına erişebilmiştir. 368 milyon insan korumasız kuyu ve doğal kaynaklardan su sağlamış, 122 milyon insan göllerden, göletlerden, nehirlerden ve akarsulardan arıtılmamış yüzey suyu kullanmıştır. İyileştirilmiş içme suyu kaynaklarına erişim açısından gelir düzeyi düşük, kayıt dışı yerleşim alanlarında yaşayan insanlar daha dezavantajlı durumdadır (1).

Güvenli suyu erişim denilince su kıtlığına da değinmek gerekir. Su kıtlığı, doğal ya da insan kaynaklı nedenlerle bir bölgede su kullanım talebini karşılayacak yeterli suyun bulunmamasıdır (5).

Su kıtlığının iki türü tanımlanmaktadır (6):

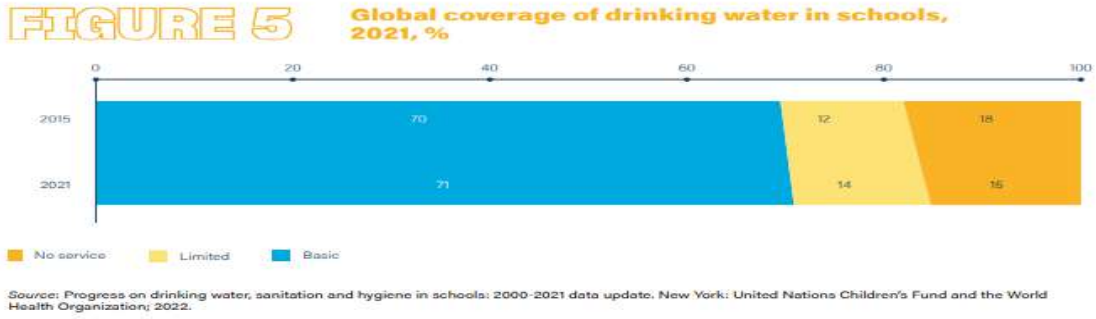
- 1. Fiziksel (mutlak) su kıtlığı:** Bir bölgede su kaynaklarının sınırlı olmasıdır. Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü'ne (FAO) göre, yaklaşık 1,2 milyar insan fiziksel kıtlık alanlarında yaşamaktadır. Bu alanların çoğu kurak ya da yarı kurak bölgelerdir. Fiziksel su kıtlığı mevsimsel olabilir. Dünya nüfusunun yaklaşık üçte ikisi yılın en az bir ayında mevsimsel su kıtlığına maruz kalan bölgelerde yaşamaktadır (6-8). İklim değişikliği ve nüfus artışı, özellikle bazı bölgelerde daha da kötüleşmesi beklenen su sıkıntısına olumsuz yönde katkı vermektedir ve bu bölgelerde 2 milyardan fazla insan yaşamaktadır (1).
- 2. Ekonomik su kıtlığı:** Ekonomik su kıtlığı bulunan bölgelerde, insan ve çevre ihtiyaçlarını karşılamak için genellikle yeterli su vardır, ancak erişim sınırlıdır. Bu durum su altyapısının bulunmamasından, altyapı olmasına rağmen su kaynaklarının kötü yönetilmesinden ya da altyapıdaki sorunlardan kaynaklanmaktadır. FAO tahminlerine göre 1,6 milyardan fazla insan ekonomik su sıkıntısı ile karşı karşıyadır (6-8).

Kronik su kıtlığı, özellikle jeopolitik olarak kırılgan bölgelerde, zorunlu göç ve yerel ya da bölgesel çatışmalarla sonuçlanabilir (6).

Davetli Konuşma

İnsanların içilebilir suya erişimi özellikle kadınlar ve kız çocukları için daha geniş sosyo-ekonomik etkiler yaratmaktadır (9). Gelişmekte olan ülkelerde kırsal alanda hanelerin 2/3'ünde suyun temininden kadınlar; %12'sinde çocuklar sorumludur ve 15 yaş altındaki kız çocukları, erkek çocuklara göre iki kat daha fazla bu sorumluluğu almaktadır. Afrika'da, hane halkı için su bulup taşıma işlerinin %90'ı kadınlar tarafından yapılmaktadır. Sahra altı ülkelerde kadınlar ve kız çocukları su temin etmek için yılda 40 milyar saat harcamakta; her gün ortalama 4 mil yürümekte ve bu sırada başlarının üzerinde ortalama 44 kilo ağırlık taşımaktadır (10).

Küresel olarak okulların %15'inde hiç içme suyu hizmeti bulunmamakta ve bu 288 milyon çocuğa denk düşmektedir. Bu konuda 2005-2021 yılları arasında sadece %2'lik bir gelişme sağlanabilmiştir (Şekil 3) (3). Suyun olmaması tuvalet yokluğunu da beraberinde getirmektedir. Tuvalet olmayışı kız çocuklarının ergenlikte okuldan kopmasına neden olmaktadır. Su kaynaklı hastalıklar nedeniyle her yıl 443 milyon okul günü kaybedilmektedir (10). Oysaki okullaşma ve eğitim düzeyi sağlığın önemli bir belirleyicidir.



Şekil 3. Okullarda içme suyu varlığı, 2015-2021

İçme Suyu Kalitesi -Güvenli İçme Suyu

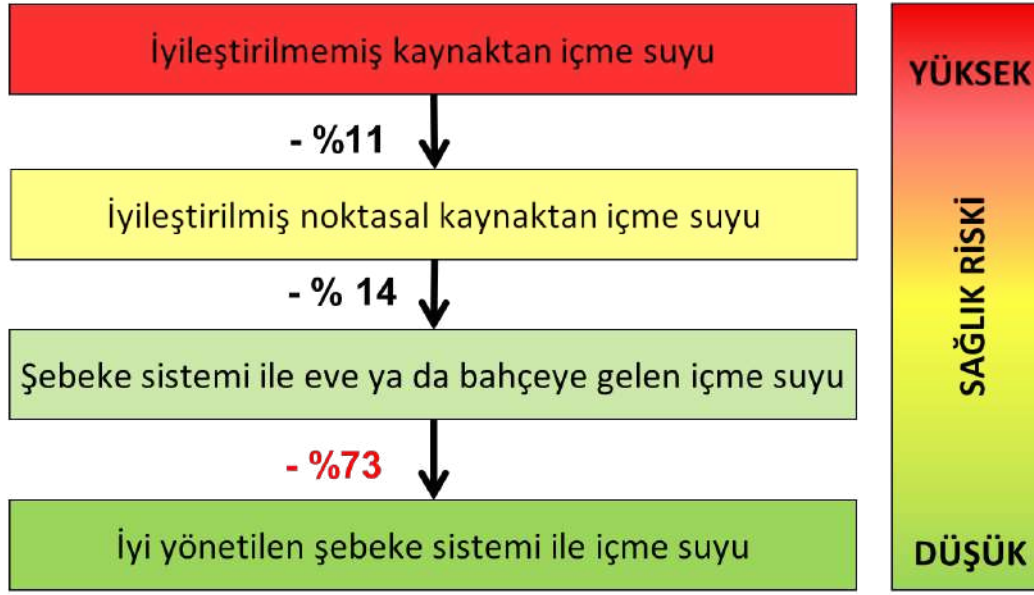
Su güvenliği ve kalitesi, insani gelişme ve refahın temelidir. Güvenli suya erişimin sağlanması, sağlığın geliştirilmesi ve yoksulluğun azaltılmasında en etkili araçlardan biridir (11).

İçme suyu güvenliği için en büyük risk dışkı ile kontaminasyondur. Dünyada 2 milyardan fazla insan dışkıyla kontamine içme suyu tüketmektedir. Güvenli ve yeterli su varlığı, hijyen uygulamalarını da kolaylaştırmakta, böylelikle sadece ishalleri hastalıkların değil, akut solunum yolu enfeksiyonlarının, çok sayıda tropikal hastalığın önlenmesine de katkı sağlamaktadır (3,12).

Mikrobiyolojik olarak kirlenmiş içme suyu kolera, dizanteri, tifo ve çocuk felci gibi hastalıkların yayılmasına yol açar. Kontamine suların neden olduğu ishalleri hastalıklara bağlı olarak her yıl 485 bin ölüm meydana geldiği tahmin edilmektedir (1). Buna yetersiz sanitasyon ve yetersiz el hijyenine bağlı ölümler de eklendiğinde 829 bin ölüm söz konusu olmaktadır (12).

İçme suyu kaynağındaki değişime bağlı olarak ishalleri hastalık riskinde ortaya çıkacak azalma Şekil 4'te görülmektedir (13).

Davetli Konuşma



Şekil 4. İçme suyu kaynağındaki değişime bağlı olarak ishali hastalık riskinde ortaya çıkan azalma

İçme suyunda kimyasal kirleticiler de söz konusudur. En bilinen kimyasallar arsenik, flor ve nitrattır. Bununla birlikte günümüzde çevre kirliliğindeki artış farmasötikler, pestisitler, per- ve polifloroalkil maddeler (PFAS'lar) ve mikroplastikler gibi yeni kirleticileri de gündeme taşımaktadır (1,3,12).

İçme suyu kaliteyle ilgili çalışanlar için DSÖ "Guidelines for drinking-water quality" önemli bir yol göstericidir. Bu rehberde güvenli içme suyu için DSÖ çerçevesi çizilmiştir. Bu çerçeve içme suyu kalitesinin yönetiminde üç temel bileşenden oluşan önleyici, riske dayalı bir yaklaşım içermektedir (4):

- 1. Sağlık temelli hedefler:** Bu hedefler, güvenli içme suyu çalışmalarının önemli bir bileşenidir ve sağlık risklerinin değerlendirilmesine dayalı olarak geliştirilmelidir. Sağlıktan sorumlu üst düzey bir kurum tarafından ama ilgili tüm tarafların ortak çalışması sonucunda oluşturulmalıdır. Suyla taşınan mikroorganizmalar ve kimyasallar göz önünde bulundurulmalıdır. İçme suyundaki bazı bileşenler tek maruz kalma (örneğin, patojenik mikroorganizmalar), bazıları ise uzun süreli maruz kalma (örneğin, birçok kimyasal) sonucunda olumsuz sağlık etkilerine neden olabilir. Ayrıca bu hedefler, tüm tüketicilerin suya erişimini sağlamayı da gözetmelidir (4).
- 2. Su güvenliği planları (SGP):** Su güvenliği planları güvenli içme suyunun hiçbir aksama olmadan sağlanabilmesi için su tedarikinin kaynaktan tüketiciye kadar tüm aşamalarını içeren kapsamlı bir risk değerlendirmesi ve risk yönetimi yaklaşımıdır. Su güvenliği planları su sağlayıcısı tarafından geliştirilen yönetim planıdır ve içme suyu kalitesi yönetimi için güçlü bir araçtır (4). Su güvenliği planları proaktif bir yaklaşımdır (3).

Su güvenliği planları olmayan birçok yerde güvenli içme suyu sağlanmaktadır. Ancak bu planlar, risklerin sistematik ve ayrıntılı değerlendirilmesini ve önceliklendirilmesini, kontrol önlemlerinin operasyonel olarak izlenmesini ve iyi bir dokümantasyonu içerir. Su güvenliği planları ek olarak su kalitesi üzerinde olumsuz etkisi olabilecek, şiddetli yağış ya da sel gibi öngörülemeyen olaylara yanıt vermek için acil durum planlarını da kapsar (3,4). Ayrıca halk sağlığı yetkilileri tarafından yapılan süreyansa da yardımcı olur (4). Su güvenliği planları su tedarikindeki risklerin sistematik biçimde yönetilmesini sağlar.

Davetli Konuşma

DSÖ içme suyu kalitesinin tutarlı biçimde sağlanmasında en etkili yol olarak su güvenliği planlarını önermektedir. Su güvenliği planları risklerin hemen ele alınamadığı durumlarda, kademeli iyileştirmelerin zaman içinde sistematik olarak uygulanmasına izin verir. Su güvenliği planları her tür ve boyuttaki su kaynağına uyarlanabilir ve tüm sosyoekonomik ortamlarda etkili bir şekilde uygulanabilir. Su güvenliği planları, küresel düzeyde güvenli içme suyunun sağlanması için en iyi uygulama giderek daha fazla benimsenmektedir (14).

Şu an 64 ülkede su güvenliği planları ya da eşdeğerlerini teşvik eden politikalar ve düzenlemeler mevcuttur. Bununla birlikte bu ülkelerde yapılan bir anket çalışmasında yanıt veren ülkelerin neredeyse yarısı, uygulamada eksiklikler olduğunu bildirmiştir (3).

Su güvenliği planları uygulamalarında ülkelere göre farklılıklar olabilir. Ancak su güvenliği planları güvenli suyu sağlamak için içme suyu tedarikçisinin sorumluluğunda olan asgari üç temel bileşeni içermelidir (4):

- *Sistem değerlendirmesi:* İçme suyu temininin tüm aşamalarının (su kaynağından tüketim noktasına kadar) bir bütün olarak, sağlık temelli hedefleri karşılayan kalitede su sağlayıp sağlayamayacağını belirlemek değerlendirilmesidir.
- *Etkin operasyonel izleme:* Güvenli içme suyu sağlamak için kontrol önlemlerinin operasyonel olarak izlenmesidir.
- *Yönetim ve iletişim:* Normal zamanlarda ve sorun ortaya çıktığında gerçekleştirilecek eylemleri tanımlayan yönetim planlarının varlığıdır.

1. İzleme sistemi: İlk iki bileşenin düzgün çalıştığını ortaya koyan, doğrulayan bağımsız bir izleme sistemi olmalıdır. İçme suyu tedarikçisi ya da bağımsız bir kuruluş tarafından yapılabileceği gibi, ikisi ortak da yapabilir (4).

Türkiye’de Durum

a. Su kıtlığı açısından:

Su zenginlik ölçütü hesaplamasında kişi başına düşen su miktarı <1000 m³ ise o ülke “su fakiri”dir (15,16). Buna göre ülkemiz su azlığı çeken ülkeler arasındadır. Ülkemizde kişi başına düşen su miktarı 2000 yılında 1652 m³ iken, yıllar içerisinde azalarak 2020 yılında 1346 m³ olmuştur. Nüfusumuzun 2030 yılında 100 milyona ulaşacağı, kişi başına kullanılabilir su miktarının 1100 m³’e düşeceği öngörülmektedir (15-17). Türkiye 2013 yılında “fiziksel su kıtlığına yaklaşan ülke” statüsündeyken, 2040 yılı için yapılan projeksiyonda “en yüksek düzeyde su stresi yaşayacak” ülkeler arasında sayılmaktadır (6-18). Ayrıca Türkiye kişi başına yıllık su çekim miktarı açısından dünya ülkeleri arasında 4. sırada yer almaktadır (19).

Su kıtlığı açısından başlıca yapılması gerekenler:

- Su kaynakları korunmalıdır.
- Tarım ve sanayide verimli su kullanımı politikaları geliştirilmelidir.
- Bireysel su savurganlığını önlemeye yönelik çalışmalar yapılmalıdır.
- Yağmur suyu hasadı yapılmalıdır.
- Atık su arıtımı ve yeniden kullanımı sağlanmalıdır.
- Su kayıp kaçak oranlarının belediyeler tarafından en aza indirilmesi sağlanmalıdır: TÜİK verilerine göre bu oran Türkiye ortalaması olarak 2012 yılında %43,6; 2016 yılında %36; 2020 yılında %34’tür (20-22). Dünyada kabul edilebilir oran ise %10’dur (23).
- Suya duyarlı kentsel tasarımlar (yeşil kentler / yeşil binalar...) gündeme gelmelidir.

Davetli Konuşma

b. Güvenli suya erişim açısından;

TÜİK verilerine göre ülkemizde 1389 belediye vardır. Sadece Giresun'daki iki belediye dışında, 1387 belediyede içme ve kullanma suyu şebekesi ile hizmet verilmektedir. İçme suyu arıtma tesisi bulunan belediye sayısı ise 459'dur. Türkiye'de 2018 yılında nüfusunun %98,6'sı (belediye nüfusunun %98,6'sı, köy nüfusunun %99,4'ü), 2020 yılında %98,8'i (belediye nüfusunun %98,7'i, köy nüfusunun ise %99,3'ü) içme ve kullanma suyu şebekesi ile hizmet almıştır (20).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 verilerine göre, nüfusun %97,6'ı iyileştirilmiş içme suyu kaynağına ulaşabilmekteyken, burada ambalajlı suyun payı %28,2'dir. Ambalajlı suyun payına kent ve kır olarak bakıldığında ise aralarında bir uçurum olduğu görülmektedir: Kentlerde nüfusun %35,5'i; kırsal alanda ise %6,4'ü içme suyu ihtiyacını ambalajlı su ile karşılamaktadır (Şekil 5) (24). Bunun nedeninin ortaya konulması gerekmektedir. Topluma güvenli içme suyu temini yerel yönetimlerin yasal grevi iken ve şebeke sisteminin olmadığı yer neredeyse yokken, musluktan akan suyun neden içilmediği yanıtlanması gereken önemli bir sorudur. Musluktan akan suyun niteliğinde mi bir sorun var, toplumun bilgi eksikliği mi var ya da güven duygusu mu zedelenmiş? Tüm bunlar değerlendirilmelidir. Büyük bir çalışma sonucunda, emek ve para harcanarak yaşam alanlarına ulaştırılan şebeke suyunun kullanılması sağlanmalıdır.

Tablo 2.1 Hanehalkı içme suyu

Hanehalklarının ve de jure hanehalkı nüfusunun içme suyunun kaynağına, içme suyunun temin edildiği süreye ve yerleşim yerine göre yüzde dağılımı, temel içme suyu hizmeti alanlar ile içme suyu hizmeti sınırlı olan hanehalklarının ve de jure hanehalkı nüfusunun yerleşim yerine göre yüzdesi, 2018 TNSA

Özellik	Hanehalkı			Nüfus		
	Kent	Kır	Toplam	Kent	Kır	Toplam
İçme suyunun kaynağı						
İyileştirilmiş kaynak	98,4	96,2	97,9	98,3	95,6	97,6
Evde/bahçede şebeke suyu	51,5	57,8	53,0	56,0	58,3	56,6
Ortak şebeke/çeşme suyu	2,7	7,4	3,8	2,8	6,7	3,7
Sondaj/borulu kuyu suyu	0,3	6,4	1,8	0,4	8,3	2,3
Korunaklı kuyu suyu	0,3	2,3	0,8	0,4	3,1	1,1
Korunaklı kaynak suyu	3,4	13,6	5,8	3,2	12,7	5,5
Tanker/su istasyonu	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
Şişe suyu/damacana	40,1	8,5	32,6	35,5	6,4	28,2
İyileştirilmiş kaynak	0,3	2,4	0,8	0,3	2,9	1,0
Korunaksız kuyu suyu	0,0	0,5	0,2	0,1	0,8	0,2
Korunaksız kaynak suyu	0,2	1,5	0,5	0,2	1,6	0,5
Yüzey suyu	0,1	0,3	0,1	0,1	0,5	0,2
Diğer	1,3	1,4	1,3	1,4	1,5	1,4
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Şekil 5. İçme suyu kaynakları (TNSA 2018 raporundaki Tablo 2.1'den alınmıştır)

c. İçme suyu kalitesi açısından;

Bunu DSÖ rehberindeki 3 bileşen üzerinden değerlendirelim:

“Sağlık temelli hedefler” diyebileceğimiz, içme suyunun güvenli olmasını garanti etmek için gerekli olan kalite standartları “İnsani Tüketim Amaçlı Sular Hakkında Yönetmelik” ile belirlenmiştir (25). Bu yönetmelik Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılmıştır ve uygulanmaktadır; Avrupa Birliği mevzuatı ile uyumludur. Mikrobiyolojik, fiziksel ve kimyasal parametreler içermektedir.

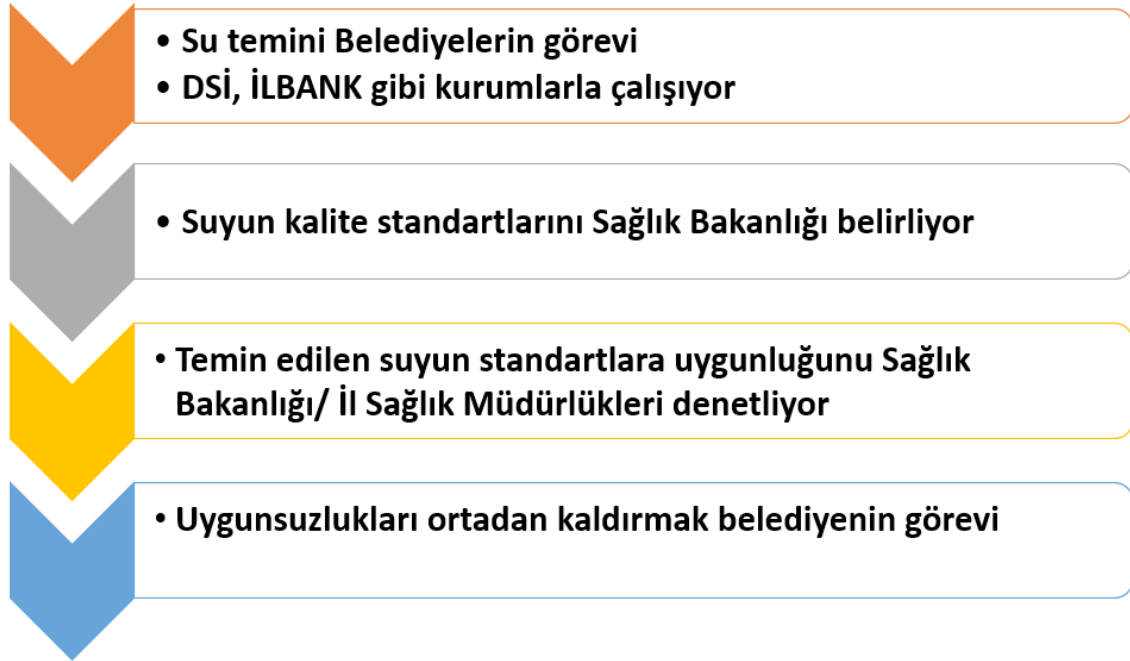
Türkiye'de topluma güvenli ve yeterli su sağlama görevi yerel yönetimlere aittir. Dolayısıyla su tedarikçisi yerel yönetimlerdir. Peki DSÖ tarafından önerilen **“Su Güvenliği Planları”** belediyelerde yer bulabilmiş midir? 2015 yılında yapılan bir tez çalışmasında da su güvenliği planlarının ülkemizdeki belediyeler tarafından kullanılması önerilmiştir (26). 2017 yılında çıkarılan İçme-Kullanma Suyu Havzalarının Korunmasına Dair Yönetmelik'te içme suyu güvenliği planları tanımlanmış yani ulusal mevzuata girmiştir (27). Ancak yapılan kaynak taramalarında su güvenliği planı yapan ve uygulayan belediye bilgisine ulaşılamamıştır.

Davetli Konuşma

Ülkemizde “**İzleme**” mekanizması tanımlanmıştır. Bu görev yine aynı yönetmeliğe dayanarak Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmaktadır. Belediyeler tarafından da kendi işlem süreçlerini takip etmek amacıyla su analizleri yapılmaktadır.

Sağlık Bakanlığı izleme görevini yerine getirmekte, ancak izleme sonuçlarını kamu ile paylaşmamaktadır. Bu nedenle belediyelerin tüketime sunduğu suların ne kadarının “sağlık temeli hedefleri” karşıladığını bilmemekteyiz.

Topluma güvenli içme-kullanma suyu sağlanmasındaki görevli kurumları ve görevlerini Şekil 6’daki gibi özetleyebiliriz.



Şekil 6. Topluma güvenli içme-kullanma suyu sağlanmasında görevli kurumlar ve görevleri

Topluma güvenli içme-kullanma suyu sağlanmasında neler yapılmalı ?

- Bütüncül içme suyu kalitesi yönetimi yaklaşımı gereklidir. Büyükşehir belediyelerindeki su kanalizasyon idareleri buna iyi bir örnektir. Tüm kentin içme suyu kalitesi yönetimi tek merkezden yapılmalıdır. Bu hem bütçe, hem nitelikli ve eğitimli personel, hem lojistik anlamında en uygun yaklaşımdır.
- İçme suyu kalitesinin sağlanmasında risk temelli yaklaşımlar kullanılmalıdır. DSÖ tarafından önerilen su güvenliği planları bu anlamda uygun bir araçtır. Devlet politikaları su güvenliği planlarının kullanılmasını desteklemeli, hükümetler güvenli içme suyu sağlanması konusunda finansman sağlamalıdır (3).
- Su kaynakları kirleticilerden korunmalıdır
- İsale hatları kontrol edilmeli, bakımlı olmaları sağlanmalı, kaçak bağlantılar engellenmelidir.
- Küçük kentler ve kırsal yerleşim alanları arıtım tesisi ihtiyacı açısından değerlendirilmelidir.
- Kırsal alanda muhtarlar güvenli su teminini sağlamak için doğru adres değildir.
- Özellikle kırsal alandaki su depoları acilen elden geçirilmelidir.

Davetli Konuşma

- Klorlamadaki sorunlar ortadan kaldırılmalıdır. Klorlama cihazı, klor eksikliği giderilmelidir. Çalışmayan cihazların bakım onarımı yapılmalıdır. Kesintisiz güç kaynağı temin edilmesi, güneş enerjili modeller tercih edilmelidir.
- Yerleşim yerlerinde artan nüfus ve iklim değişikliğinin de etkileri dikkate alınarak artan su ihtiyacına yönelik çalışmalar gecikmeden yapılmalı, kaçak kaynaklardan su konullanımı önlenmelidir.
- Yerel yönetimlerin bu görevi yapamadığı /yapmadığı durumlarda başka kurumlar devreye girebilir. İçme suyu kalitesinin sağlanması konusunda düzeltici değil, denetleyici görevi olan Sağlık Bakanlığı tarafından 2017 ve 2018 yıllarında yaklaşık 50 bin depoda klorlama cihazı olmadığı tespit edilmiş ve 36 bin depoya otomatik klorlama cihazı taktırılmıştır (28).
- Denetimde saptanan sorunların takipçisi olunmalıdır. Yerel yönetimlerin güvenli su temini konusunda yerine getirmediği görevler için yasalar önünde hesap sorulabilmelidir.
- Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan izleme sonuçları açıklanmalıdır. Böylelikle şeffaflık sağlanmalı, hesap verebilirliğin önü açılmalıdır.
- İl içerisinde kurumlar arasındaki işbirliği geliştirilmelidir.
- Ülkemizde bina içi su yapıları/depoları sahihsizdir. Belediyeler temiz suyu binaya kadar getirmekten sorumludur. Bina içi su yapılarına ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır (29).

Güvenli içme suyu sağlanması olmazsa olmazdır. Bu görev ülkemizde yasalarla yerel yönetimlere verilmiştir ve pek çok sektörün ve kurumun birlikte çalışmasını gerektirmektedir. İçme suyu kalitesi yönetimi yerel yönetimleri birinci derecede öncelikli işi olmalıdır.

Kaynaklar

1. *Drinking-water. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/drinking-water>*
2. Öztekin Z, Üner S, Eren N. *Halk Sağlığı Kavramı ve Gelişmesi. Güler Ç, Akın L (eds). Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Üniversitesi. Ankara, 2012.*
3. *State of the world's drinking water: An urgent call to action to accelerate progress on ensuring safe drinking water for all. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240060807>*
4. *Guidelines for drinking-water quality. WHO 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045064>*
5. *How to prevent water shortages? <https://solarimpulse.com/water-scarcity-solutions>).*
6. *Petruzzello M. Water scarcity. <https://www.britannica.com/topic/water-scarcity>);*
7. *World Water Development Report 2019. <https://www.unwater.org/publications/world-water-development-report-2019/>*
8. *Water scarcity. <http://www.fao.org/land-water/water/water-scarcity/en>*
9. *Water, Sanitation and Hygiene. <https://www.unwater.org/water-facts/wash-water-sanitation-and-hygiene>*
10. *Hameeteman E. Future Water (in) Security: Facts, Figures, and Predictions. Global Water Institute. 2013).*
11. *Water safety and quality. <https://www.who.int/teams/environment-climate-change-and-health/water-sanitation-and-health/water-safety-and-quality>*
12. *Water, sanitation and hygiene (WASH). https://www.who.int/health-topics/water-sanitation-and-hygiene-wash#tab=tab_1*
13. *Preventing Diarrhoea Through Better Water, Sanitation and Hygiene. WHO 2014. www.who.int/water_sanitation_health/gbd_poor_water/en*
14. *Water safety planning, <https://www.who.int/teams/environment-climate-change-and-health/water-sanitation-and-health/water-safety-and-quality/water-safety-planning>*
15. *Toprak Su Kaynakları. DSİ. <https://www.dsi.gov.tr/Sayfa/Detay/754>*
16. *Güler Ç. Bireysel Su Savurganlığını Azaltmaya Yönelik Uygulamalar. Özgür Doruk Güler Çevre Dizisi No.2. Yazıt Yayıncılık. Ankara, 2008.*

Davetli Konuşma

17. Su Kaynakları Yönetimi ve Güvenliği Özel İhtisas Komisyonu Raporu. T.C. Kalkınma Bakanlığı. https://sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2020/04/SuKaynaklariYonetimi_ve_GuvenligiOzellhtisasKomisyonuRaporu.pdf
18. World Water Development Report 4, 2013.
19. Statista. Water Consumption By Country. <https://www.statista.com/statistics/263156/water-consumption-in-selected-countries/>
20. Su ve Atıksu İstatistikleri-2020. TÜİK <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Su-ve-Atıksu-Istatistikleri-2020-37197>
21. Belediye Su İstatistikleri. TÜİK, 2012. <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=121&locale=tr>
22. Dilcan ÇÇ, Çapar G, Korkmaz A, İritiş Ö, Karaaslan Y, Selek B. İçme Suyu Şebekelerinde Görülen Su Kayıplarının Dünyada ve Ülkemizdeki Durumu. T.C. Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı. Anahtar, Haziran 2018, 10-18.
23. Güçlü G. İçme Suyu Temin ve Dağıtım Sistemlerinde Su Kayıpları. Türkiye’de Su Yönetimi ve Geleceği Sempozyumu. Orman ve Su İşleri Bakanlığı. Afyonkarahisar; 27-29 Kasım 2014.
24. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, http://www.sck.gov.tr/wp-content/uploads/2020/08/TNSA2018_ana_Rapor.pdf
25. İnsani Tüketim Amaçlı Sular Hakkında Yönetmelik. Resmi Gazete Tarih: 17.02.2005 Sayı: 25730
26. Yayn C. İçme Suyu Güvenliği Planlarına İlişkin Dünyadaki Uygulamalar ve Türkiye. Orman ve Su İşleri Bakanlığı Uzmanlık tezi. 2015.
27. İçme-Kullanma Suyu Havzalarının Korunmasına Dair Yönetmelik. Resmi Gazete, Tarih: 28.10.2017, Sayı: 30224.
28. TBMM (2018). Plan ve Bütçe Komisyonu 13.11.2018 Tarihli Oturum Tutanağı. https://www.tbmm.gov.tr/develop/owa/komisyon_tutanaklari.goruntule?pTutanakId=2215
29. Çamur D. Güvenli İçme Suyu ve Bina İçi Su Yapıları. In: Önal AE, Çağlayan Ç, Çamur D, Acımuş NM, Yavuz M (Eds) Çevre Sağlığında Güncel Konular. Palme Yayınevi, Ankara, 2022. p: 25-32.

Davetli Konuşma

AFET VE ACİL DURUMLARDA SU GÜVENLİĞİ

Uzm. Dr. Sertaç ÇANKAYA

Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Başkanlığı Çevre Sağlığı Birimi

Afet; toplumun tamamı veya belli kesimleri için fiziksel, ekonomik, sosyal, çevresel kayıplar doğuran, olağan hayatı ve insan faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan, etkilenen toplumun baş etme kapasitesini sınanan veya aşan; doğa, teknoloji veya insan kaynaklı olayların neden olduğu sonuçlardır.^(1,2) Afetlerde su güvenliği kavramsal olarak afet durumlarında insani tüketim amaçlı suların; fiziksel, kimyasal, mikrobiyolojik ve radyoaktif madde içeriğinin halk sağlığı açısından risk oluşturmaması, suyun uygun nitelikte ve miktar olarak da yeterli olması anlamında kullanılmaktadır.⁽³⁾ Güvenli içme-kullanma suyu sağlanması her zaman olduğu gibi afet durumlarında da insanların yaşam işlevleri, temizlik, yeterli hijyen sağlanması ve bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için zorunlu en temel gereksinimdir.

Afet yönetiminde planlama, önleme, hazırlık ve zarar azaltma; acil müdahale; sürdürülebilir kalkınmayı teşvik etmek için kurtarma, rehabilitasyon ve yeniden yapılanma aşamaları bulunmaktadır. Entegrasyon kavramı, mevcut afet yönetimi düşünce ve uygulamalarının merkezinde yer alır.⁽⁴⁾ Afetlerde su güvenliği planlamaları; kapsamlı sosyal ve ekonomik planlamalar, sağlık planlamaları, çevre sağlığı planlamaları silsilesi içerisinde yerini almalıdır. Afet öncesi dönemde hem insani tüketim amaçlı içme-kullanma suyu temininden sorumlu idarelerce içme-kullanma suyu güvenlik planları yapılmalı hem de afetlerde su güvenliği konusu ulusal, bölgesel ve yerel düzeyde afet planlamalarında detaylı olarak yer almalıdır. Afet planlamaları hiyerarşik olarak ilgili tüm paydaş kurum ve kuruluşları kapsamlı ve eşgüdüm sağlanmalıdır. Afetlerde su güvenliği ile ilgili yapılması gerekenleri afet ortaya çıkmadan önce ve afet ortaya çıktıktan sonra yapılması gereken çalışmalar olarak ikiye ayırabiliriz.

Afet Ortaya Çıkmadan Önce Yapılması Gereken Çalışmalar

1. Bölgeye özel afet risklerinin değerlendirilmesi ve bu kapsamda alınması gereken önlemler belirlenmelidir.
2. Afetlerde su güvenliği saha uygulamalarını gerçekleştirecek personellerin belirlenmesi ve ilgi personelin nitelik olarak yeterli hale getirilmesi için hizmet içi eğitimler yapılmalıdır.
3. Malzeme ve araç desteği; İl sağlık müdürlükleri bünyesinde su numunelerinin saha analizlerinin yapılabilmesi için gezici su güvenliği araçları bulunmalıdır. Bu araç içerisinde serbest ve toplam klor, pH, iletkenlik, amonyak, nitrit, bulanıklık, çözülmüş oksijen, toplam çözülmüş katı düzeylerinin nicel ölçümlerin yapılacağı cihazlar bulunmalıdır. Bu araçlar afetlerde su güvenliğinin sağlanabilmesi için yerinde, hızlı değerlendirme ve müdahale imkânı sunmasının yanı sıra su kaynaklı salgın ya da salgın şüphesi olduğunda, risk değerlendirmesi yapılarak analiz sonuçları gelinceye kadar önlemlerin alınmasına, su sistemi incelemelerinde sularının kaynaklarının tespitinin yapılıp, risk bölgeleri ve numune alım noktalarının doğru bir şekilde belirlenmesine ve laboratuvarın iş yükünün azaltılmasına, su kaynaklarından tüketim noktasına kadar isale hatlarının risk haritalarının oluşturularak numune alımı için odak noktalarının belirlenmesi gibi hususlarda ciddi katkılar sağlar. Bu bağlamda afetlerde kullanılacak araç ve gereçlerin rutin çevre sağlığı saha uygulamalarında kullanılması afet dönemlerinde olası aksaklıkları engelleyecektir.
4. Halka yönelik bilgilendirme, farkındalık ve eğitim çalışmaları; afetlerde su güvenliği hususunda toplumun bilincinin artırılması amacıyla ilgili kurum ve kuruluşlar işbirliği yapmalıdır.
5. Sektörler arası işbirliği; Sektörler arası işbirliği kapsamında il ve ilçe umumi hıfzıssıhha kurullarının düzenli olarak toplanması sağlanmalı ve bu toplantılarda afetlerde hangi sektörün ne iş yapacağı karara bağlanmalıdır. Ayrıca işbirliği yapılabilecek belediye, milli eğitim müdürlüğü gibi ildeki ilgili diğer kurumlar ile ortak çalışma alanları belirlenecek, söz konusu işlerin nasıl yapılabileceği de ortaya

Davetli Konuşma

konacak ve kayıt altına alınması sağlanacaktır. İllerde su güvenliği konusunda diğer kurum ve kuruluşlarla koordinasyon sağlanacak kişi veya kişiler belirlenmelidir.

6. İçme-kullanma suları ve atık su sistemleri envanterinin çıkartılması sağlanmalı, teknolojik gelişmelere uygun olarak elektronik ortamda bu veriler mahalli idare ve il sağlık müdürlüklerinde güncel olarak hazır bulundurulmalıdır. Ayrıca suya karışabilecek ve kimyasal, toksik salgınlara yol açabilecek fabrika, tesis, depo gibi riskli yerlerin özelliklerinin belirlenmesi, kayıt altına alınması ve harita üzerinde gösterilmesi sağlanmalıdır. Afetlerde kullanılmak üzere belirlenen geçici barınma alanlarında su teminine yönelik gerekli alt yapı ve donanım hazır olmalıdır. Dayanıklı, kolay temizlenebilen malzemedan yapılmış su tankları ile gerektiğinde yağmur sularının toplanmasını sağlayacak su sarnıçları afetten etkilenmeyecek ulaşımı kolay bölgelerde depolanmalıdır.⁽⁵⁾
7. Su şebeke sistemi duyarlılık analizler yapılmalıdır.

Afet Ortaya Çıktıktan Sonra Yapılması Gereken Çalışmalar

1. Su kaynaklarıyla ilgili sorunların çözümüyle ilgili bilgilenen bilgi sahibi insanlara danışılmalı ve bu kişiler sürece dahil edilmelidir.⁽⁴⁾
2. Afetten hemen sonra önceden belirlenmiş olan çevre sağlığı ekipleri bölgedeki su kaynaklarını ve şebeke sistemini hızla değerlendirmelidir. Su depolarının su seviyesinin düşüp düşmediği, hasar durumları ve dayanıklılıkları gözden geçirilmelidir. Kullanılabilecek su kaynaklarının hızla değerlendirilmesi için, alınan su örneklerinde nitrit/nitrat, amonyum/amonyak, bakiye klor düzeyi, oksitlenebilirlik/çözünmüş oksijen, toplam çözünmüş katı miktarı, pH, bulanıklık, değerlerinin ölçülmesi gerekmektedir. Mikrobiyolojik değerlendirme amacıyla da bakteriyolojik numuneler alınmalı; halk sağlığı laboratuvarları, gezici laboratuvar ya da su güvenliği araçlarında fekal bulaşın göstergesi olan koliform bakteri ve E.coli sayımları yapılmalıdır. Belirtilen parametreler düzenli olarak takip edilmelidir. Olanak dahilinde ise diğer fekal indikatör bakteriler olarak fekal streptokoklar/bağırsak enterokokları **yönünden inceleme yapılmalıdır.**
3. Su şebekesindeki sızıntı, hasar tespiti yapıp, kullanım planı doğrultusunda öncelikler belirlenerek onarım işlemleri yapılmalıdır. Su kesintisi yapılması halinde tüketicinin bilgilendirilmesi, zarar gören veya yenilenen şebekenin çevresel etkilerden ve negatif basınçtan dolayı suyun kirlenme ihtimaline karşılık öncelikle şebeke temizliği ve dezenfeksiyonu yapılması ile tamir ve bakım yapılan hatta su verildikten sonra 3 (üç) gün süre ile 0,5-1 ppm arasında bakiye klor bulunacak şekilde dezenfeksiyonu sağlanmalıdır.⁽⁸⁾
4. Dağıtma ve kullanma sırasında suyu kirlenmeye karşı korumak için etkin klorlama yapılmalı, uç noktada 0.2-0.5 mg/l serbest bir klor kalıntısı elde edilmelidir.⁽⁴⁾
5. Su kaynakları; uygun koruma alanları oluşturarak, uygun (kaynaktan yeterli uzaklıkta) dışkılama alanları oluşturarak ya da tuvalet çukurları oluşturarak, fekal kontaminasyondan korunmalıdır.⁽⁴⁾
6. Mümkünse su büyük kapalı tanklarda veya kaplarda bir veya iki gün saklanarak tortuların birikmesini sağlanmalıdır. Bilindiği gibi suyun ön kirlilik düzeyi ne kadar düşük ise sonraki klorlama da daha etkili olur. Afetin ilerleyen günlerinde su kaynakları seçimi ve suyun daha etkin ve daha ayrıntılı arıtılması mümkün olabilir.⁽⁴⁾
7. Yüzey suyundan çok yeraltı suyunu tercih edilmelidir. İlk olarak, tüm yüzey suyunun kirlendiği varsayılmalıdır.⁽⁴⁾
8. Su güvenliği ile ilgili topluma yönelik bilgilendirme çalışmaları sürdürülmeli, kontrol altında olmayan halk çeşmeleri, kuyu, vb. kaynağı belirli olmayan noktalardan su temin edilmesi önlenmelidir.
9. İnsanlar tarafından kullanılan su temin noktalarının hayvanlar tarafından kullanılanlardan ayrılması şarttır.⁽⁶⁾

Davetli Konuşma

10. Mevcut su kaynakları asgari ihtiyacı karşılamıyor ise olağan dışı durumlar için hazır bulunan mobil arıtım üniteleri ile arıtım gerektiren sular arıtılabilir ve su tankerleri ile afet bölgesine su taşınabilir. Suyun tankerle taşınmasında öncelikle olağan dönemlerde içme-kullanma suyu taşınmasında mahalli idare tarafından rutin olarak kullanılan su tankerleri tercih edilmelidir. Başka tankerler kullanılacaksa bunlar sağlık müdürlüğü görevlileri tarafından mutlaka değerlendirilmelidir. Bu konudaki standartlar ve mevzuattaki hijyenik şartlar sağlanmalıdır. Ülkemizde konuyla ilgili 29093 sayılı ve 19/8/2014 tarihli Resmi Gazetede Sağlık Bakanlığı tarafından “Tankerle İçme-Kullanma Suyu Temini ve Nakli Hakkında Tebliğ” yayımlanmıştır.⁽⁷⁾
11. Afetlerde güvenli içme-kullanma suyu temini için tüm alternatifler değerlendirilmelidir. Şebeke sisteminin durum tespitinin yapılamadığı, afet bölgesi dışından ulaşımın tam sağlamayabileceği afet sonrası ilk günlerde ambalajlı sular içme suyu temini için çok önemlidir. Ambalajlı suların halka dağıtımını organize edilmeli ve bu suların ilgili personellerce kontrol edilerek dağıtılması sağlanmalıdır. Ülkemizde ambalajlı su üretim tesisleri bulunduğu ilin sağlık müdürlüğü denetimi altındadır. Ülkemizde ambalajlı sular kaynak suyu, içme suyu ve doğal mineralli su olarak sınıflandırılmaktadır. Eğer afet bölgesinde bulunuyorsa bu su üretim tesisleri ve ürün depoları ivedilikle değerlendirilmelidir. Ülkemizde insani tüketim amaçlı suların teknik ve hijyenik şartlara uygunluğu ile suların kalite standartlarının sağlanması, kaynak suları ve içme sularının istihsalı, ambalajlanması, etiketlenmesi, satışı, denetlenmesi ile ilgili usul ve esaslar 17.02.2005 tarihli ve 25730 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan “İnsani Tüketim Amaçlı Sular Hakkında **Yönetmelik**” ile düzenlenmiştir.⁽⁸⁾ 01.12.2004 tarihli ve 25657 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Doğal Mineralli Sular Hakkında Yönetmelik” te yine “...Ancak savaş, deprem ve sel gibi doğal afetlerde Kurumun özel izni ile diğer işlemler uygulanabilir.” hükmü bulunmaktadır.⁽⁹⁾ Bu kapsamda afetlerde ambalajlı su üretim tesisleri değerlendirilmeli, su arıtımına yönelik gerekli modifikasyonlar da uygulanıp afetzedelere su temin edilmelidir. Ambalajlı su üretim tesislerinin rutin denetimlerinde özellikle önem arz eden bir husus bulunmaktadır. Mevzuat hükümlere göre tesislerde üretilen sularda günlük olarak total jerm, koliform. E. Coli, analizlerinin yapılması gerekmektedir, ilgili analizlerin sonuçlanma süresinin 72 saat olduğu düşünüldüğünde üretilen içme, kaynak ve doğal mineralli suların satışa sunulmadan analiz sonuçlarının neticelenme süresince fabrikada bekletilmesi gerekmektedir. Dolayısıyla bu durumun rutin denetimlerde gözetilmesi, piyasaya kontrolsüz ambalajlı su arzını önlemesinin yanı sıra afet durumlarında su fabrikalarında hazır stok sağlayacaktır.
12. İçme-kullanma sularına mikrobiyolojik bulaşın önlenmesi için uygun tuvalet, katı atık kontrolü ile insan ve hayvan ölümlerinin uygun gömülmesi sağlanmalıdır.

İçme suyundaki birçok kimyasal insanlar için ancak uzun süreli maruziyet sonrası endişe yaratır. Bu nedenle, bazı kimyasal parametreler için Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kılavuz değerleri önemli ölçüde aşılsa bile, su patojenleri yok edecek şekilde arıtılarak etkilenen nüfusa hızla sağlanabiliyorsa, acil ve afet durumlarında bu mahiyetteki içme-kullanma suyunun insani tüketime sunulması tavsiye edilir. Bu şekilde patojenlerden arındırılmış su temini su kaynaklı ve su ilişkili hastalıkların salgın riskini azaltacaktır. Su kaynaklarının uzun süre kullanılması söz konusu olduğunda, sağlık açısından, daha uzun erimde önem arz eden kimyasal ve radyolojik kirleticilere daha fazla dikkat edilmelidir.⁽³⁾

Afetten hemen sonraki dönemde geleneksel bakteriyolojik standartların elde edilmesi zor olabilir. DSÖ'nün 100 ml su başına **sıfır E. coli** kriteri ana hedef olmalıdır ve kimyasal dezenfeksiyon kullanılması koşuluyla acil durumlarda bile ulaşılabilir olmalıdır. Afet durumlarda kılavuz standartlara ulaşmanın zor olabileceğini kabul ederek, su kalitesine ilişkin analiz sonuçlarını sağlık endişesinin derecesine göre sınıflandırmak pratiktir.⁽⁴⁾

Örneğin:

- 0 E. coli/100ml: kılavuza uygun;
- 1-10 E. coli/100ml: tolere edilebilir;

Davetli Konuşma

- 10–100 E. coli/100ml: müdahale gerektirir;
- 100 E. coli/100ml'den fazla ise uygun arıtım işlemleri olmadan tüketim için uygun değil olarak nitelendirilebilir.

Fekal indikatör bakterilerin belirli bir düzeyinin göstergesi tek başına biyolojik su kalitesi için güvenilir bir rehber değildir. Birçok virüs ve protozoa dahil olmak üzere bazı fekal patojenler, dezenfeksiyona (klor gibi) gösterge bakterilerden daha dirençli olabilir. Daha genel olarak, sıhhi araştırmalar fekal kontaminasyon olasılığını ortaya koyuyorsa, o zaman bakteriyolojik analizle ölçülen çok düşük bir kontaminasyon seviyesi bile, özellikle kolera gibi su kaynaklı bir hastalığın yayılımı ile ilgili risk olarak kabul edilebilir.

Dünya Sağlık Örgütü kılavuzlarına göre afetlerde sulara mikrobiyolojik güvenliği değerlendirmek için en yaygın olarak ölçülen parametreler E. coli (termolerantkoliformlar); artık klor; pH; ve bulanıklıktır.

Önemli su kalitesi kriterleri şunlardır:

- Fekal Koliform 100 ml'de 10'dan az olmalıdır.
- Sıhhi araştırmalarda fekal koliform için düşük risk bulunmalıdır.
- Uç noktada serbest klor 0.2–0.5 mg/litre ve bulanıklık 5 NTU'un altında olmalıdır ve 20 NTU üstünde ön arıtım işlemi şarttır. pH 6-7.9 arasında 0.4–0.5 ppm klor yeterli iken pH 8-9 arasında 0.6 ppm'e çıkılmalıdır. pH>9 ise klor etkisiz olabilir.
- Toplam çözünmüş katı miktarı 1000 mg / litreden düşük olmalıdır.
- Su, toplum tarafından kabul edilebilir ve makbul tatta olmalıdır.⁽⁴⁾

Afetlerde ihtiyaç duyulan su miktarları iklime, insanların; alışkanlıklarına, iş yüklerine, dini ve kültürel uygulamalarına, pişirdikleri yemek türlerine, giydikleri kıyafetlere vb. göre değişebilir. Su tüketimi genellikle, su kaynağı meskene yaklaştıkça artar. Bu bağlamda bir günde yemek-içmek için 2,5-3 litre, temel hijyen uygulamaları için 2-6 litre ve temel pişirme ihtiyacı için 3-6 litre olmak üzere bir kişi için günlük toplam su gereksinimi 7,5-15 litredir. Mümkün olduğunda, bu standardın daha yüksek olduğu yerlerde yerel standartlara uymak için kişi başına günde 15 litre miktarı aşılmamalıdır. Su ihtiyacı aşevleri ve yemek dağıtım merkezlerinde: günde kişi başına 20-30 litre; hastanelerde ve ilk yardım merkezlerinde: kişi başı günlük 40-60 litredir.⁽¹⁰⁾

Su kaynağı başına maksimum kişi sayısı: Kaynak başına kişi sayısı, her kaynaktaki suyun verimine ve kullanılabilirliğine bağlıdır. Bu bağlamda yaklaşık kılavuz değerleri; 7,5 litre/dakika akışa göre musluk başına 250 kişi, 17 litre/dakika akışa dayalı olarak el pompası başına 500 kişi, 12,5 litre/dakika akışa dayalı tek kullanıcı kuyu başına 400 kişidir.⁽¹⁰⁾ Musluklar kullanıcılara mümkünse 100 metreden uzakta olmamalıdır.⁽¹¹⁾

Su kaynağına ulaşmak için beklenen aşırı uzun kuyruk süreleri, yetersiz sayıda su noktasının veya su kaynaklarındaki düşük verim nedeniyle yetersiz su mevcudiyetinin göstergesidir. Aşırı kuyruk sürelerinin olası olumsuz sonuçları, kişi başına su tüketiminin azalması, korunmasız yüzey kaynaklarından tüketimin artması ve bu kişilerin diğer temel hayatta kalma işlemleri için gereken zamanın azalmasıdır.⁽¹⁰⁾

İnsani tüketim ve yeterli hijyeni sağlamak için su güvenliği, yeterli sanitasyonun yanı sıra çoğu acil durum ve afette en önemli halk sağlığı gereksinimlerinden biridir. Sağlık yönünden su kaynaklı en büyük risk, yetersiz sanitasyon, yetersiz hijyen ve içme suyu kaynaklarının yetersiz korunmasının bir sonucu olarak fekal patojenlerin bulaşmasından kaynaklanmaktadır. Ebola virüsü veya SARS-CoV-2'nin neden olduğu enfeksiyöz hastalıklar gibi bazı önemli bulaşıcı hastalıkların fekal-oral bulaşma yolu yoktur, ancak bu hastalıklarda da temizlik, hasta bakımı ve iyi el ve çevre hijyeni için yeterli ve güvenli suya çok ihtiyaç vardır.^(12,13,14)

Olağan durumlarda olduğu gibi salgın ve afet durumlarında da su güvenliğinin sağlanması stratejik ve yaşamsaldır.

Davetli Konuşma

Kaynaklar

1. Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı Açıklamalı Afet Yönetimi Terimleri Sözlüğü. (İnternet Erişim Tarihi: 27/08/2022)<https://www.afad.gov.tr/aciklamali-afet-yonetimi-terimleri-sozlugu>.
2. United Nations Office for Disaster Risk Reduction. (İnternet Erişim Tarihi: 27/08/2022) <https://www.undrr.org/terminology/disaster#:~:text=A%20serious%20disruption%20of%20the,and%20environmental%20losses%20and%20impacts>.
3. Yayan, C., İçme Suyu Güvenliği Planlarına İlişkin Dünyadaki Uygulamalar ve Türkiye. Uzmanlık Tezi, T. C. Orman ve Su İşleri Bakanlığı, 2015.
4. Wisner, B., Adams, J., & Adams, J. (Eds.). (2002). *Environmental health in emergencies and disasters: a practical guide*. World Health Organization.
5. Güler, Ç., (2012). *Çevre Sağlığı*, Yazıt Yayıncılık, Ankara, syf. 1295.
6. UN High Comm. Refug. 1992. *Water Manual for Refugee Situations*. UNHRC, Geneva, 1992.
7. Resmi Gazete, Tankerle İçme-Kullanma Suyu Temini ve Nakli Hakkında Tebliğ, 29093, 19 Ağustos 2014.
8. Resmi Gazete, İnsani Tüketim Amaçlı Sular Hakkında Yönetmelik. 25730, 17.02.2005.
9. Resmi Gazete, Doğal Mineralli Sular Hakkında Yönetmelik, 25657, 01.12.2004
10. Sphere Project (2011). *The Sphere Project humanitarian charter and minimum standards third edition*.
11. U.S. Agency for International Development. *Field Operations Guide For Disaster Assessment and Response*, 2005.
12. WHO (2022), *Guidelines for drinking-water quality Fourth edition incorporating the first and second addenda*, Geneva, World Health Organization
13. WHO (2020) *Water, sanitation, hygiene, and waste management for SARS-CoV-2, the virus that causes COVID-19*. Geneva, World Health Organization
14. WHO (2021) *Ebola virus disease: Key questions and answers concerning water, sanitation and hygiene*. Geneva, World Health Organization

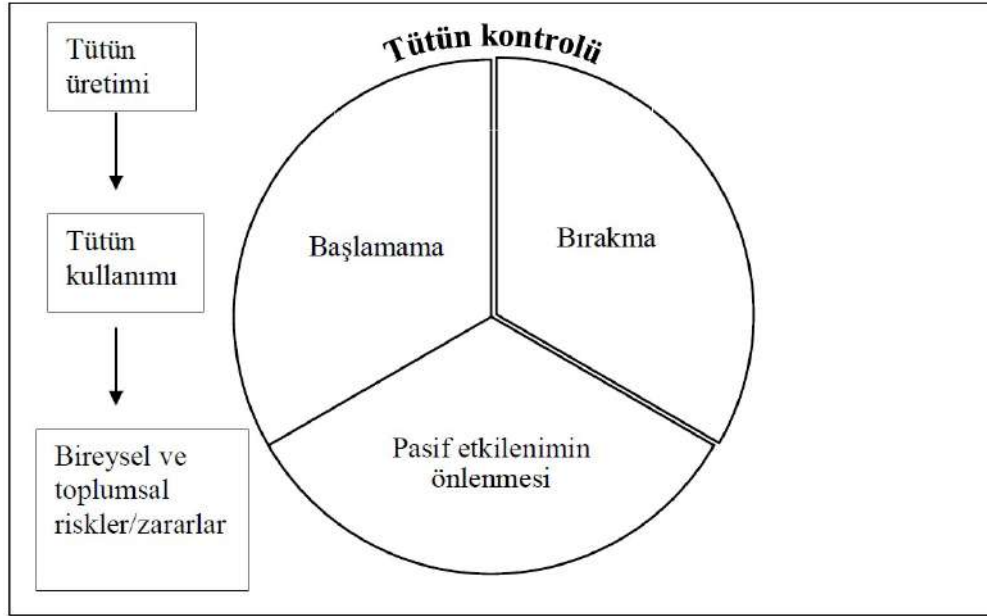
Davetli Konuşma

TÜTÜN “KONTROLSÜZLÜĞÜ”: NASIL ÖNLENİR?

Prof. Dr. Dilek ASLAN

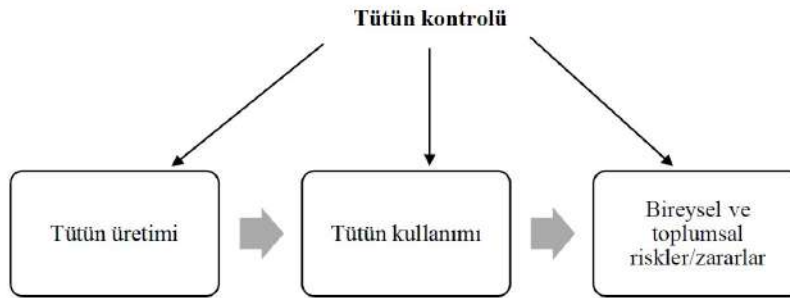
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi (SSUK) HASUDER Temsilci Üyesi

Dünyada ve Türkiye’de en önemli halk sağlığı sorunları arasında yer alan tütün kullanımı ile mücadele uzun yıllardan bu yana sürmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), bu mücadeleye tütün kullanımının küresel bir tehdit olarak kabul edildiği 2000’li yıllardan bu yana aktif olarak rehberlik etmektedir. Rehberliği Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS) içeriği ile uyumludur (1). DSÖ TKÇS içeriğinde tütün ile mücadeleyi tütün kontrolü kavramını temel alan bir perspektifle tanımlanmıştır. DSÖ, tütün kontrolü kavramının tütün kullanımını ortadan kaldırarak sağlıklı bir toplumu hedefleyen arz ve talep azaltmaya yönelik stratejileri içerdiğini vurgular (1). Bu vurgu içerisinde tütün kontrolünün tütün kullanmaya hiç başlamamak, kullananların bırakması, tütün dumanından pasif etkilenimin önlenmesi bileşenleri yer alır (Şekil 1).



Şekil 1. Tütün üretim, kullanım ve zarar ilişkisi ve tütün kontrolü bileşenleri

Tütün kontrolü, üretimden kullanıma/tüketime geniş bir yelpazeyi hedeflemelidir (Şekil 2).



Şekil 2. Üretimden tüketime (kullanıma) tütün ve tütün kontrolü

Davetli Konuşma

Geçmişten bu yana küresel düzeyde tütün kontrolüne yönelik bütün çalışmalar değerli olmakla birlikte günümüzde aşağıdaki gerekçeler nedeniyle tütün kontrolünde istenilen başarının sağlanamadığını düşünmek yanlış olmaz:

Dünyada son 2019 yılı itibarıyla tonlarca tütün yaprağı üretilmektedir. Üretimde düşme son 30 yılda sadece çok yüksek İnsani Kalkınma İndeksi (HDI) değerine sahip ülkelerde gerçekleşmiştir. Bu ülkelerin dışındaki bütün ülkelerde üretim artmıştır (2).

Dünyada 2019 yılı itibarıyla 15 yaş üzeri 940 milyon erkek ve 193 milyon kadın tütün kullanmaktadır. Her gün düzenli olarak tütün kullanan erkeklerin %75'inden fazlası orta (%21) ya da yüksek HDI (%55) değeri ülkelerde yaşamaktadır. Her gün tütün kullanan kadınların da %53'ünden fazlası çok yüksek HDI değerine sahip ülkelerde yaşamaktadırlar (3).

Dünya Sağlık Örgütü'nün altı bölgesinin dördünde (Afrika, Doğu Akdeniz, Güney Doğu Asya, Batı Pasifik) 2019 yılında 1990 yılı ile karşılaştırıldığında tütün kullanan kişi sayısında artış görülmüştür (4).

Sosyo-ekonomik koşullara göre tütün kullanım sıklığı değişebilmektedir. Örneğin; yüksek tütün kullanım sıklığı ile düşük sosyo-ekonomik koşullar arasında bir ilişki bulunmaktadır (5).

Dünyada 15 yaş üzeri nüfusta sayısal olarak en fazla tütün kullanan kişi bulunan ilk 10 ülke; Çin, Hindistan, Endonezya, ABD, Rusya Federasyonu, Bangladeş, Japonya, Türkiye, Vietnam ve Filipinler olmuştur. Türkiye en yüksek sayıda tütün kullanan ülkeler arasında sekizinci olmuştur (4).

Tütün ürünleri zaman içinde çeşitlendirilmiştir. En sık kullanılan tütün ürünü halen sigaradır, ancak, tütün endüstrisi tarafından dumansız ve dumanlı tütün ürünleri üretilmektedir, pazarlanmaktadır (6).

Tütün endüstrisi tütün kontrolü çalışmalarını zayıflatmak için çaba içindedir. Endüstrinin müdahaleleri birkaç yıldır görece yeni geliştirilmiş bir indikatör ile izlenmektedir. Küresel Tütün Müdahalesi/sızması İndeksi (Global Tobacco Interference Index) olarak da bilinen bu indikatör kullanılarak yapılan değerlendirmelere göre tütün endüstrisi ülkelerin tütün kontrolü politikalarına müdahale etmektedir (7). Bu durum da tütün kontrolünü yerel ve küresel düzeyde oldukça zayıflatmaktadır.

Tütün endüstrisi tütün pazarı için milyarlarca ABD doları harcamaktadır. Tütün endüstrisi özellikle genç kuşaklara sosyal medya platformları aracılığıyla ulaşmaktadır (8).

Ulusötesi tütün şirketleri özelleştirme, şirketler arası evlilikler, vb. yolu ile konsolide olmayı sürdürmektedir. Günümüzde küresel düzeyde be ulusötesi şirket tütün pazarının %80'ini elinde tutmaktadır. Şirketlerde zaman içinde gelişen teknolojinin de yardımıyla daha az işçi çalışmakta, maliyetler azalmakta ve kar artmaktadır. Tütün şirketlerinin tütün kontrolü politikalarının tütün sektöründeki iş olanaklarını tehdit ettiğini iddia etmesi "efsane" olarak değerlendirilmektedir (5).

Tütüne bağlı hastalıklar halen küresel düzeyde önemini sürdürmektedir (4).

Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) tütünün özellikle riskli gruplar açısından daha olumsuz etkilemiştir. Tütün kullanımı COVID-19 açısından riskli bir durum olarak kabul edilmiştir. COVID-19 pandemisi aynı zamanda tütün kontrol önlemlerinin gerilemesine neden olmuştur. Ulusötesi tütün şirketleri pazardaki etkinliklerini artırabilmek amacıyla pandemiye "kullanmışlardır". Meksika'da erişkinler arasında yapılan bir çalışmada tütün kullanımının COVID-19 nedeniyle hastaneye yatışları, ventilasyon gereksinimini ve ölüm riskini artırdığı belirtilmektedir. Şirketlerin pandemi döneminde büyüdüğüne dair de veriler mevcuttur. Tütün ürünleri arasında elektronik ürünlerin pandemi döneminde pazarlandığı görülmüştür. Bu konuda sosyal medya, internet ortamı sıkça kullanılan platformlar olmuştur (9).

Yukarıdaki örnekler artırılabilir. Tütün kullanımının tehdit olarak kabul edildiği hemen her konuda olumsuz "resme" ilişkin verilere ulaşmak olanaklıdır. Dolayısıyla, tütün kontrolü olarak ortaya konulan amacın "tütün kontrolsüzlüğü" şeklinde adlandırılması, bu kontrolsüzlüğü durdurmak ve kontrolü sağlayabilmek

Davetli Konuşma

için şimdiye kadar yapılanlar arasında başarılı olanların desteklenmesi, başarısızlıkların yeniden gözden geçirilerek paradigma ve yöntem değişikliklerinin planlanması ve uygulanması son derece önemlidir. Bu noktada yapılabileceklerle ilişkin bazı öneriler aşağıda sıralanmıştır:

Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'nin de içinde olduğu tütün kontrolü yaklaşımlarının tamamından "zarar azaltımı" gibi tanım ve yaklaşımların çıkartılması, gereksinimlerin ve uygulamaların bu çerçevede güncellenmesi

MPOWER gibi (10) DSÖ tarafından üretilen strateji belgelerinin gözden geçirilmesi ve mevcut duruma uyum açısından güncellemelerin yapılması

Tütün kontrolünün "arz" ve "talep" azaltımı bileşenlerine yönelik izlenebilir politikaların oluşturulması

DSÖ TKÇS tarafı ülkeler arasındaki tütün kontrolü amacıyla iletişiminin güçlendirilmesi

Tütün endüstrisi müdahalelerinin %100 önlenmesi

Tütün kontrolünde şeffaflığın sağlanması

"Dumansız" hedeflerin "tütünsüz" hedeflere dönüştürülmesi

DSÖ TKÇS'nin de önerdiği üzere alternatif tarım politikalarının bütün dünyada güçlü bir şekilde savunulması ve iyi uygulama örneklerinin yaygınlaştırılması

Toplumda tütün kontrolü ile ilgili farkındalık çalışmalarının artırılması

Tütün endüstrisinin hedefinde olan özel gruplara yönelik çalışmaların artırılması

Kamusal politikaların güçlendirilmesi, beliren gereksinimlere göre mevzuat, vb. güncellemesi çalışmalarının yapılması

Tütün endüstrisinin sağlığı tehdit eden diğer endüstrilerle olan ilişkilerinin ortaya çıkarılması ve gerekli önlemlerin alınması için sürekliliği olan kamusal yaklaşımların geliştirilmesi

Tütün endüstrisi ile halkın sağlığı arasındaki "uzlaş(a)maz" çelişkinin toplum tarafından anlaşılabilmesi için konunun sürekli gündemde tutulması

Tütün endüstrisi tarafından bir taktik olarak (11) yapılan yanlış bilgilendirme ve dezenformasyonun (12) önüne geçen yaklaşımların geliştirilmesi

Bütün bu adımlar atılırken tütün kontrolünün bir toplumsal mücadele olduğu, tütün kullananlarla kullanmayanların birlikte tütün (endüstrisi) ile mücadele içinde olması gerektiği gibi temel yaklaşımların bütün toplum tarafından anlaşılması gerekir. Yaklaşımın insan, hayvan ve ekosistem bütünlüğünü içeren "tek sağlık" yaklaşımı ile uyumlu olması önerilmektedir (13). Tek sağlık yaklaşımı aynı zamanda transdisipliner bir çalışma alanıdır (14). Bu amaçla kamu ve sivil toplum örgütleri, meslek örgütleri, bireyler hep birlikte çalışmalıdırlar. Güçlü bir tütün kontrolü için bilimsel çalışmalara verilen önemin de artırılması ve bilimsel çalışma sonuçlarının kamu ve toplum düzeylerinde değerlendirilmesi gerekir.

Kaynaklar

1. WHO Framework Convention on Tobacco Control <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/50793/retrieve> p 4.
2. Tobacco leaf production, The Tobacco Atlas. <https://tobaccoatlas.org/challenges/growing/>
3. The Tobacco Atlas <https://tobaccoatlas.org/>
4. Prevalence, The Tobacco Atlas <https://tobaccoatlas.org/challenges/prevalence/>
5. Product sales The Tobacco Atlas <https://tobaccoatlas.org/challenges/product-sales/>

Davetli Konuşma

6. WHO, Tobacco <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
7. Mary Assunta. Global Tobacco Industry Interference Index 2021. Global Center for Good Governance in Tobacco Control (GGTC). Bangkok, Thailand. Nov 2021. <https://exposetobacco.org/wp-content/uploads/GlobalTIIIndex2021.pdf>
8. Marketing. The Tobacco Atlas <https://tobaccoatlas.org/challenges/marketing/>
9. COVID-19 The Tobacco Atlas <https://tobaccoatlas.org/challenges/COVID-19/>
10. WHO, MPOWER <https://www.who.int/initiatives/mpower>
11. Reed G, Hendlin Y, Desikan A, MacKinney T, Berman E, Goldman GT. The disinformation playbook: how industry manipulates the science-policy process-and how to restore scientific integrity. J Public Health Policy. 2021 Dec;42(4):622-634.
12. Thun MJ. Passive smoking: tobacco industry publishes disinformation. BMJ. 2003 Aug 30;327(7413):502-3; author reply 504-5.
13. Bore SJ. World No Tobacco Day: Tobacco is a Threat to the One Health and Sustainability. Cien Saude Colet. 2020 Nov;25(11):4347-4350.
14. Aslan D. Can transdisciplinary approaches contribute to the COVID-19 fight? Glob Health Promot. 2021 Jun;28(2):72-77 İlçe Sağlık Müdürlüklerinde Halk Sağlığı Uzmanı

Davetli Konuşma

KÜRESEL PERSPEKTİFLE YAŞLILIK DÖNEMİNDE ÖNE ÇIKAN SAĞLIK SORUNLARI

Prof. Dr. Meral SAYGUN

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

Tüm dünyada nüfus artışının devam etmesi, azalan doğum oranları ile birlikte ölüm oranlarının da azalması beklenen yaşam süresinin ve toplumdaki yaşlı nüfusun oranının artmasına yol açmaktadır. Ülke nüfusunun, hızlı yaşlanması, geniş aile yapısından çekirdek aileye geçiş, şehirleşme oranının artması ve tarım toplumundan sanayi toplumuna dönüşüm sürecinin hızlanması gibi nedenler yaşlıların sağlık ve bakım sorunlarını ön plana çıkarmaktadır.

Yaşlanma küresel bir olgudur. Sadece gelişmiş ülkeler değil, gelişmekte olan ülkelerde de nüfus yaşlanmaktadır, 2025 yılında dünyadaki üç yaşlıdan ikisinin daha az gelişmiş ülkelerde yaşayacağı tahmin edilmektedir. Yaşlılık sınırı olarak genellikle 65 yaş kabul edilmektedir.

Yaşlılık Dönemi Sorunları:

Yaşlılık dönemi sorunları dört başlık altında incelenebilir. Bunlar Sağlık durumlarına bağlı sorunlar, Sosyokültürel ve ekonomik sorunlar, Barınma sorunları, Yaşam doyumu ve Uyum sorunlarıdır.

Yaşlılık Dönemi Sağlık Sorunları:

Yaşlılar, çok sık hastalanmakta, fazlaca kronik rahatsızlık sorunları yaşayabilmektedir. Bu tür kronik rahatsızlıklar sürekli ve yavaş ilerleyen tam olarak iyileşmeyen sonuç olarak sakat bırakan kişisel ve ekonomik sorunlara yol açan hastalıklardır.

Küresel olarak sık görülen kronik hastalıkları arasında; kalp hastalıkları, hipertansiyon, inme, astım, kronik bronşit-amfizem, kanser, diabetes mellitus, artrit yer almaktadır.

Ülkemizde yaşayan yaşlıların %70-90'unda kronik rahatsızlıklar görülmektedir. Yaşlılarda kronik rahatsızlığın ortaya çıkması, bakım ihtiyacının ortaya çıkması anlamına gelmektedir.

Yaşlılık döneminde çoğunlukla birden fazla hastalık birlikte görülmektedir (comorbidity). Komorbiditenin yaşlılar için hastane yatışı ve ölüm açısından bir risk olduğu ifade edilmektedir. Komorbiditesi olan hastalar sağlık hizmetlerini diğer gruplara göre daha sık kullanmaktadırlar.

Yaşlılık döneminde yaşa bağlı olarak sık görülen, birden fazla faktöre bağlı olarak gelişen, fonksiyon (işlev) kaybı ve/veya olumsuz sonuçlara yol açan hastalık ve durumlar “geriatrik sendromlar” olarak da tanımlanmaktadır. Bası yaraları, idrar tutamama, düşme, fonksiyon kayıpları, uyku sorunları/bozuklukları, bilişsel fonksiyonlarda gerileme, deliryum, malnütriyon, ağrının da içinde bulunduğu “geriatrik sendromlar” tedavi edilebilir durumlar olarak belirtilmektedir.

Ülkemizde, yaşlıların ölüm ve ölüm nedeni istatistiklerine göre, 2019 yılında ölen yaşlıların %41,5'i dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle hayatını kaybetmiştir, ikinci sırada %15,3 ile iyi huylu ve kötü huylu tümörler ile solunum sistemi hastalıkları, üçüncü sırada ise %5,3 ile sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları takip etmiştir.

Yaşlılık Dönemi Sosyokültürel ve Ekonomik Sorunları başlıca; Yaşlı Hizmetleri ve Bakım Sorunu, Beslenme, Yalnızlık, Yoksulluk, Sosyal izolasyon, Ayrımcılık, Yoksul Kadın Sorunu, Yaşlı ihmali ve istismarı, Yaşlılığın olumsuz algılanışı sorunu, Kuşaklararası Mesafe ve Çatışma Sorunları olarak karşımıza çıkmaktadır.

Yaşlıların, yaşlılık döneminde karşılaştığı sorunların bir kısmı yaşlının kendi fiziksel, ruhsal, ekonomik durumundan bir kısmı ise yaşlının dışındaki çevresel koşullardan, örneğin, yaşlının yaşadığı ülkenin sosyal, ekonomik ve kültürel politika ve uygulamalarından kaynaklanmaktadır. Zaten günümüzde de gözlemlenen,

Davetli Konuşma

yaşlılığın “bireysel” bir sorun olmaktan çıktığı ve daha ziyade “toplumun” sorunu olduğu gerçeğidir.

Yaşlılık Dönemi Barınma Sorunları, Geniş aile tipi yaşamda, yaşlı bireylerin bakımı, evdeki evlatlar, gelinler ve torunlar tarafından sağlanırken kentleşmenin artması, çekirdek aile yaşantısı, evlerin yeterli büyüklükte olmaması gibi nedenlerle yaşlıların bakımı sorun olmaya başlamıştır, bu durum yaşlıların hissettiği yalnızlığı artırmakta ve çevreden aldığı sosyal desteğin yetersiz olduğu duygusuna kapılmasına yol açmaktadır. Bu duruma ekonomik yoksunluk ve sağlık güvencesinin olmaması eklendiği zaman yaşlı bireyin durumu daha da zorlaşmaktadır.

Yapılan bazı araştırmalara göre “yaşlılar gençlere oranla daha kötü konut koşullarında yaşamaktadır. Dünyanın gelişmiş ülkelerinde çok sayıda yaşlı, yoksul bölgelerde yaşamaktadır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde gecekondulu ve benzeri kesimlerde yaşayan yaşlıların psikolojik, toplumsal, ekonomik durumlarını olumsuz etkilemekte, yaşlının

statüsünü, bireysel refahını ve mutluluğunu azaltmaktadır.

Yaşlılık Döneminde Yaşam Doyumu ve Uyum Sorunları: Yaşam doyumu, bir insanın beklentileriyle (ne istediği), elinde olanların (ne elde ettiği) karşılanmasıyla elde edilen durum ya da sonuçtur. Literatürde yaşam doyumunu etkileyen bazı etmenler ise cinsiyet, yaş, eğitim, gelir, sosyal köken, medeni durum, sağlık, sosyal ilişkiler ağı, sosyal etkinlik düzeyi ve huzurevi yaşantısıdır. Yaşlılık sürecinde kişi kendisini önemsiz, verimsiz ve kısıtlı hissetmektedir.

Yaşlılık döneminde yaşlıların sosyal uyumları, sosyal ilişkilere girme düzeyleri, aile ve toplumla ilişkileri birbirinden farklılık göstermektedir. Burada özellikle eğitim, meslek, gelir durumu ve çevre gibi faktörlere bağlı olarak yaşlının sosyal uyumu farklılaşmaktadır. Eğitim ve gelir düzeyi yüksek olan yaşlı bireylerin sosyal uyumu daha rahat olmaktadır. Bireyin sosyal çevresi kurduğu iletişim bireyin sosyal uyumunu kolaylaştırmaktadır. İleri yaşa bağlı olarak sosyal uyum zayıflamaktadır. İleri yaşlarda yaşlılar toplumdaki yaşam tarzından kaçmak, yalnızlaşmak eğilimi göstermektedirler. Bu durum yine kır-kent, gecekondulu-merkez yerleşmeler arasında

farklılık göstermektedir. Yaşlıların, yaşlılık döneminde yaşamış oldukları kritik dönemlerden biri de “ emeklilik dönemi” dir. Uzun süren bir çalışma hayatının noktalanmasının ardından, yaşlılar, hem meslek hayatlarından, hem de sosyal ve kültürel çevrelerinden uzaklaşma süreçlerine girmekte ve bir bakıma yalnızlığa itilmektedirler. Emeklilik durumuna uyum sağlamak, yaşlı insanlar için önemli bir sorun teşkil etmekte, yaşlılığın neden olduğu olası değişim sıkıntılara, bir de emekliliğe özgü toplumsal, kültürel ve ekonomik sorunlar eklenmektedir. Emeklilik sürecinde çalışma yaşamında kazandığından az kazanma, sağlık ve beslenme için harcanan parada artma, gelirden azalma sonucunda psikolojik sorunlar ortaya çıkmaktadır.

Görme ve işitmeye ilişkin duyu kaybı, dolaşım ve sindirim sistemi hastalıkları, kireçlenme ve eklem bozulmaları sonucu hareketlerde meydana gelen yavaşlama ile zihinsel süreçlerdeki gerilemeler yaşlının fonksiyonlarını ve ilişkilerini önemli ölçüde engelleyen faktörlerdir.

Böylece yaşlı artık bir işe yaramadığı, başkalarına yük olduğu düşüncesi ile kendine güven ve saygısını yitirmekte, eşi, yakınları ve arkadaşlarını da kısa aralarla kaybettiğinden sosyal çevreden kopup yalnızlığa itilmektedir.

Sonuç olarak; Yaşlılık bireyin yaşamında başkalarına bağlı olduğu, yaşama kalitesinin de azaldığı, sorunların baş gösterdiği bir dönemdir. Yaşlanmanın kaçınılmaz doğal bir süreç olması sebebiyle yaşlılık sürecinde bazı önlemlerin alınması, yaşam kalitesini arttırabilir ve başkalarına olan muhtaçlık durumunu ortadan kaldırabilir. Yaşlanma ile ortaya çıkan birçok sorun sağlıklı yaşam davranışlarının teşvik edilmesi ve sağlıklı yaşlanma kavramının yaşama geçirilmesi ile çözülebilmektedir.

Genç toplumdaki yaşlı topluma geçiş sürecinde, yaşlanmayla ilgili sosyal politikalarla birlikte bakım ile ilişkili düzenleme stratejilerine ihtiyaç vardır. Bakım politikaları, bakım sigortası, bakım kurumları, bakım kalitesi ve bakımın denetiminin yapılması, yaşlı bakımında sağlının desteklenmesi, özel bakım düzenlemeleri, yaşlı

Davetli Konuşma

(bakım) hizmetlerinde çalışanlar için yeterlilik programları, bakıma muhtaç yaşlılar ve bakım veren yakınlarının tüketici statüsü ve özel bakım düzenlemelerine etkileri gibi pek çok konu, bu stratejinin boyutlarını meydana getirmektedir.

Kaynaklar

1. Türkiye Yaşlı Sağlığı Raporu: Güncel Durum, Sorunlar ve Kısa-Orta Vadeli Çözümler. Karan MA, Satman İ (Editörler). Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü Yayın No: 48569, İstanbul 2021.
2. Aslan D, Koç E, Çolaklar M. Yaşlıların Sağlık/Hastalık Durumlarının Toplum Sağlığı Açısından Değerlendirilmesi. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 2018; 21(2): 29-48.
3. Dağ E. Halk Sağlığı Bakış Açısıyla Yaşlılık, Yaşlılık Sorunları Ve Sendromları Tam Metin Kitabı. III. International Health Science And Life Congress, 04-06 June 2020 Burdur/TURKEY.
4. Özkul M, Kalaycı I, Aslan A. Yaşlılık ve Kadın Sorunlarını Toplumsal Sermaye Perspektifinden Düşünmek. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2017, 27: 366-386.
5. Bilir N. Değişen Sağlık Örüntülerinde Halk Sağlığı Çalışanlarının Rolü: Kronik Hastalıklar ve Yaşlılık Sorunları. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 2006, 25.3: 1-6.
6. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). İstatistiklerle Yaşlılar (2020). Erişim Adresi: [TÜİK Kurumsal \(tuik.gov.tr\)](http://tuik.gov.tr) Erişim Tarihi (18.09.2022).
7. Kurt G. Türkiye’de yaşlılık olgusuna sosyolojik bir bakış (Sivas il örneği). Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2008.
8. Karasoy G. Sosyal bir sorun alanı olarak yaşlı yoksulluğunun incelenmesi. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2021, 19.3: 155-167.
9. Kurt, G, Beyaztaş FY, Erkol, Z. Yaşlıların sorunları ve yaşam memnuniyeti. *Adli Tıp Dergisi*, 24(2), 2010: 32-39.
10. Erden Ş, Boz H. Türkiye’de yaşlı istismarı ve ihmali. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 2018; 71(3): 100-105.
11. Yörük A. Yaşlıların dini ve sosyal yaşantıları üzerine sosyolojik bir inceleme: Karaman örneği. 2019. Master’s Thesis. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
12. Tufan İ, Demirdaş F.B, Sözer T, Sönmez S, Aytepe A, Öztürk ŞS. Yaşlılıkta Bakıma Muhtaçlık ve Çağdaş Yaşlı Bakımının Temel Koşullarına Yönelik Bir Değerlendirme ve Öneriler: Geleneksel Bir Derleme. *Türkiye Klinikleri J Gerontol*. 2022;1(1):35-40.
13. Küçük U, Karadeniz H. Yaşlanmaya Bağlı Bireylerde Görülen Fizyolojik, Ruhsal, Sosyal Değişiklikler ve Korunmaya Yönelik Önlemler. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 2021; 14.2: 96-103.

Davetli Konuşma

ÖZEL BİR BAŞLIK; YAŞA BAĞLI AYRIMCILIK

Dr. Öğr. Üyesi Emine BARAN DENİZ

Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Doğan Cüceloğlu “İnsan ve Davranışı” kitabında Rodin ile Langer’ın 1977’de yaşları 65-90 arasında değişen yaşlı kimselerin kaldığı bir bakımevinde yaptığı, günlük olaylarla ilgili seçim duygusunu ve kişisel sorumlulukları artırmaya yönelik bir müdahale çalışmasından bahseder. Bu çalışmada bakımevinde kalan müdahale grubundaki yaşlılara kendilerine karşı sorumluluklarını vurgulayan bir konuşma yapılırken, karşılaştırma grubundakilere onlarla ilgilenmesi için görevlendirilen iletişim personelinin onlara karşı sorumluluğu üzerinde durulan bir konuşma yapılmıştır. İletişimi güçlendirmek için müdahale grubundaki bakımevi sakinlerine, bakımlarını kendilerinin yaptığı bitkiler verilirken, karşılaştırma grubundaki sakinlere personel tarafından sulanan bitkiler verilmiştir (1,2).

Çalışmaya katılanlar 18 ay boyunca takip edildiğinde, müdahale grubundaki bakımevi sakinlerinin daha aktif hale geldikleri, personelin kendilerini önemseyeceğini ve onları mutlu etmeye çalışacağını hissetmeye yönelik teşvik edilen karşılaştırma grubundan daha fazla kendilerini mutlu hissettikleri görülmüştür. Sorumlulukla uyarılmış yaşlılar ayrıca, izlenecek film seçimi, yarışmalar, personel ve arkadaşlarla sosyalleşme gibi birçok farklı aktivitelere karşı duyarlı olma ve katılım konusunda önemli gelişmeler göstermişlerdir. Araştırmanın en fazla dikkati çeken yönü ise müdahale gruptakilerin diğer gruptakilerden ortalama olarak, daha uzun yaşamaları olmuştur (1,2).

Yaş ayrımcılığı

Bu araştırmadan 8 yıl önce “Yaş ayrımcılığı (ageism)” terimi, ilk olarak 1968’de psikiyatrist Dr. Robert Butler tarafından, ırkçılık (racism) ve cinsiyetçilik (sexism) terimlerinin tutumlardaki değişiklikleri belirleme ve arttırmadaki etkililiğinden yararlanıp kullanılmıştır (3).

Yaş, diğer insanlar hakkında fark ettiğimiz ilk şeylerden biridir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2021 yılında Yaş Ayrımcılığına İlişkin Küresel Raporunu yayınlamıştır. Yaş ayrımcılığı, yaşa bağlı olarak başkalarına veya kendimize karşı nasıl düşündüğümüz (klışeler-stereotypes), hissettiğimiz (önyargı-prejudice) ve davrandığımız (ayrımcılık-discrimination) anlamına gelir. Yaş ayrımcılığı yaşı, insanları zarara, dezavantaja ve adaletsizliğe yol açacak ve nesiller arası dayanışmayı aşındıracak şekilde kategorize etmek ve bölmek için kullanıldığında ortaya çıkar (4).

Yaş ayrımcılığı yaygındır, çocukluktan itibaren her yaşta insanı etkiler ve insanların sağlığı, esenliği ve insan hakları üzerinde ciddi ve geniş kapsamlı sonuçları vardır. Yaş ayrımcılığı, kurumlar içinde, insanlar arasındaki etkileşimlerde ve kendi içimizde bulunabilir. Küresel olarak, her 2 kişiden 1’i yaşlılara karşı yaş ayrımcılığı yapmakta ve Avrupa’da genç insanlar diğer yaş gruplarından daha fazla algılanan yaş ayrımcılığı bildirmektedirler (5).

Yaş ayrımcılığı, yaşam boyunca farklı biçimler alır. Örneğin bir genç, siyasi bir hareket başlattığı için alay konusu olabilir; hem yaşlı hem de genç insanlar yaşları nedeniyle işlerinden mahrum edilebilirler. Yaş ayrımcılığı, sağlıklı yaşlanma konusunda etkili politikaların yürürlüğe konması ve eyleme geçilmesinin önünde büyük bir engeldir.

Yaş ayrımcılığı, sağlık ve sosyal bakım sağlayanlar, işyeri, medya ve hukuk sistemi de dahil olmak üzere toplumun birçok kurumuna ve sektörüne yayılmıştır. Sağlık hizmetlerinin yaşa dayalı olarak paylaşılması yaygındır ve yaşlı yetişkinler araştırma ve veri toplama çabalarından dışlanma eğilimindedir. Daha yaşlı ve daha genç yetişkinler genellikle işyerinde dezavantajlıdırlar. Yaş ayrımcılığı, politikaların dayandığı istatistiklerin ve verilerin nasıl toplandığını da şekillendirir (4).

Davetli Konuşma

Yaş ayrımcılığının belirleyicileri

- Yaşlılara karşı yaş ayrımcılığı yapma riskini artıran etmenler; genç yaş, erkek cinsiyet, kişide ölüm kaygısının olması ve eğitim düzeyinin düşük olmasıdır.
- Hem genç hem de yaşlı insanlara karşı yaş ayrımcılığı yapma riskini azaltan etmenler, belirli kişilik özelliklerine (uyumlu, dışa dönük, vicdanlı olma gibi), daha fazla nesiller arası kaliteli etkileşime ve yaş ayrımcılığı hakkında bilgiye sahip olmaktır.
- Yaş ayrımcılığının hedefi olma riskini artıran faktörler; yaşlı olmak, bakım gerektirmek, sağlıklı yaşam beklentisi düşük olan bir ülkede yaşamak ve belirli iş sektörlerinde (konaklama, yüksek teknoloji gerektiren sektörler gibi) çalışmaktır. Genç insanlara karşı yaş ayrımcılığında kadın cinsiyet risk faktörü olarak yer almaktadır (4).

Yaş ayrımcılığının etkileri

Yaş ayrımcılığı, yaşlandıkça sağlığımızın ve esenliğimizin tüm yönleri üzerinde geniş kapsamlı etkilere sahiptir:

- Erken ölümle ilişkilidir.
- Daha zayıf fiziksel sağlıkla bağlantılıdır ve diğerlerinin yanı sıra yeti yitiminden kurtulma yeteneğini, cinsel ve üreme sağlığını etkiler.
- Riskli sağlık davranışlarını artırır (sağlıksız beslenme, sigara içme gibi).
- Depresyon başlangıcı, depresif belirtilerde artış ve yaşam boyu depresyon dahil olmak üzere ruh sağlığı sorunları ile ilişkilidir.
- Daha düşük bir yaşam kalitesi, sosyal izolasyon ve yalnızlık nedenleri arasında yer alır.
- Yaş ayrımcılığı aynı zamanda birey ve topluma ağır bir ekonomik yük getirir; diğer cinsiyet, ırk ve engellilikle ilgili olanlar da dahil olmak üzere dezavantaj biçimlerini şiddetlendirir (4,6).

Yaş ayrımcılığı yaşlı istismarına az ilgi gösterilmesinin başlıca nedeni olması açısından önemlidir. Yaşlı istismarı, güven beklentisinin olduğu herhangi bir ilişkide meydana gelen ve yaşlı bir kişiye zarar veya sıkıntı veren tek veya tekrarlanan eylemler veya uygun olan eylem(ler)in eksikliğidir. Bu şiddet türü bir insan hakları ihlalidir ve fiziksel, cinsel, psikolojik ve duygusal istismar, mali ve maddi suistimal, terk, ihmal ile ciddi haysiyet ve saygı kaybını içermektedir (7).

Tablo 1’de de görüldüğü gibi, düşük ve orta gelirli ülkelerde prevalans çalışmaları az sayıda olsa da, yaşlı istismarı dünya çapında altı yaşlı yetişkinden birini etkiliyor gibi görünmektedir. Bununla birlikte, yaşlı istismarı, özellikle diğer şiddet türleriyle karşılaştırıldığında, ihmal edilen küresel bir halk sağlığı önceliğidir (8). Huzurevleri ve uzun süreli bakım tesisleri gibi kurumlarda yaşlılara yönelik istismar oranları daha yüksektir; her 3 çalışandan 2’sinin yaşlıları istismar ettiği bildirilmektedir (Tablo 1) (9).

COVID-19 salgını sırasında yaşlı istismar oranları artmıştır. Yaşlı insanların kötü davranılması, ciddi fiziksel yaralanmalara ve uzun süreli psikolojik sonuçlara yol açabilmektedir. 60 yaş ve üzeri insanların küresel nüfusu, 2015’te 900 milyondan 2050’de yaklaşık 2 milyara çıkarak iki katından fazla artacaktır. Birçok ülke hızla yaşlanan nüfusla karşı karşıya olduğu için yaşlı insanların istismarının artması beklenmektedir (7).

Davetli Konuşma

Tablo 1. Yaşlı istismarına yönelik sistematik derleme ve meta-analizler

İhmalin içeriği	Toplumda yaşlı istismarı	Kurumlarda yaşlı istismarı ²	
	Yaşlılar tarafından bildirilen (%) ¹	Yaşlılar ve vekilleri tarafından bildirilen (%)	Personel tarafından bildirilen (%)
Prevalans	15,7	Yeterli veri yok	64,2
Psikolojik istismar	11,6	33,4	32,5
Fiziksel istismar	2,6	14,1	9,3
Finansal istismar	6,8	13,8	Yeterli veri yok
İhmal	4,2	11,6	12,0
Cinsel istismar	0,9	1,9	0,7

¹Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. Lancet Glob Heal 2017;5:e147-56. https://www.clinicalkey.com/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S2214109X17300062.pdf?locale=en_US&searchIndex=

²Yon Y, Ramiro-Gonzalez M, Mikton C, Huber M, Sethi D. The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis. European Journal of Public Health 2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6359898/pdf/cky093.pdf>

Yaş ayrımcılığının önlenmesi

Yaş ayrımcılığının tüm yönleriyle ilgili anlayışımızı geliştirmek, hem genç hem de yaşlı insanlara karşı yaş ayrımcılığını azaltmak için bir ön koşuldur. Öncelikle yaş ayrımcılığının, hem yaşamın erken evrelerinde hem de yaşam boyunca kümülatif olarak yarattığı etkiyi daha iyi anlamak için daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir (6). Veriler, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde, geçerli ve güvenilir yaş ayrımcılığı ölçüm ölçekleri kullanılarak toplanmalıdır (4).

Dünyada ve ülkemizde yaş ayrımcılığını değerlendirmek için ölçekler geliştirilmiştir. Ülkemizde kullanılan ölçeklere örnek olarak:

- Vefikuluçay-Yılmaz ve Terzioğlu tarafından geliştirilen Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği (10)
- Kılıç ve Adıbelli tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılan Kogan Yaşlılara Karşı Tutum Ölçeği Türkçe (11)
- Kutlu ve diğerleri (2012) tarafından Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmış, Fraboni Ageism Ölçeği (12)
- Yurttaş ve Sarıkoca tarafından geliştirilen Pozitif ve Negatif Yaşlı Ayrımcılığı Ölçeği Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması (13) verilebilir.
- Yaş ayrımcılığını önlemek ve bunlarla mücadele etmek için kanıta dayalı stratejilere yatırım yapmak gerekir. Kanıtlarla desteklenen en iyi üç stratejiye öncelik verilmelidir: politikaları ve yasaları yürürlüğe koymak, eğitimsel ve nesiller arası iletişim müdahaleleri uygulamak. Toplum düzeyinde bir fark yaratmak için, bu stratejilerin kapsayıcılığı artırılmalıdır.

Politika ve hukuk

Politika ve hukuk, yaş ayrımcılığını ve eşitsizliğini ele alarak her yerde herkesin insan haklarını koruyarak yaş ayrımcılığını azaltmak veya ortadan kaldırmak için kullanılabilir. Yaşlı ayrımcılığına karşı politikaların ve yasaların güçlendirilmesi yerel, ulusal veya uluslararası düzeyde yeni araçların kabul edilmesi ve yaş ayrımcılığına izin veren mevcut araçların değiştirilmesiyle sağlanabilir. Bu strateji, ayrımcılığı, eşitsizliği ve insan haklarını ele alan politikaların ve yasaların etkin bir şekilde uygulanmasını sağlamak için ulusal ve uluslararası düzeyde uygulama mekanizmaları ve izleme organları gerektirir.

Davetli Konuşma

Eğitim müdahaleleri

Eğitim müdahaleleri, doğru bilgiler ile bilinen kalıplara aykırı örnekler sunarak empatiyi geliştirmeye, farklı yaş grupları hakkındaki yanlış anlamaları gidermeye, önyargı ve ayrımcılığı azaltmaya yardımcı olur. Eğitim müdahaleleri, ilkokuldan üniversiteye kadar tüm eğitim seviyelerine, türlerine, örgün ve yaygın eğitim bağlamlarına dahil edilmelidir. Eğitim müdahaleleri, yaşlılara karşı yaş ayrımcılığını azaltmak için en etkili stratejiler arasındadır. Gençlere karşı yaş ayrımcılığını azaltmadaki etkinlikleri hakkında ise çok az şey bilinmektedir.

Kuşaklar arası müdahaleler

Nesiller arası müdahaleler, farklı kuşaklar arasındaki etkileşimi teşvik etmeyi, arttırmayı amaçlar. Bu tür bir etkileşim, yaş grupları arasındaki önyargıyı ve klişeleri azaltabilir. Kuşaklararası müdahaleler, yaşlılara karşı yaş ayrımcılığını azaltmak için etkili müdahalelerdir ve genç insanlara karşı yaş ayrımcılığını azaltmak için de umut vericidir. Eğitim ve kuşaklar arası etkileşimi birleştiren müdahaleler ise tek başına kullanılan kuşaklar arası müdahalelere göre tutumlar üzerinde daha güçlü bir etkiye sahiptir (4).

Sonuç olarak, yaş ayrımcılığına meydan okumak ve ortadan kaldırmak için hepimizin yapabileceği bir şeyler vardır. Uluslararası kuruluşlar, hükümetler, sivil toplum örgütleri, kalkınma ajansları, üniversiteler, araştırma kurumları, işletmeler ve her yaştan insan, yaş ayrımcılığını azaltma hareketine katılabilir. Yaş ayrımcılığıyla mücadele eden farklı paydaşlar bir araya gelerek aralarındaki işbirliğini ve iletişimi geliştirebilirler.

İlk başta değinilen ve 45 yıl önce yapılan çalışma, küçük müdahalelerin bile yaşlıların yaşam süresini ve yaşam kalitesini nasıl arttırdığını görme açısından çarpıcı olmakla birlikte, daha çok yaşlıların ve gençlerin maruz kaldığı yaş ayrımcılığının önlenmesine yönelik müdahaleler açısından da oldukça umut vericidir.

Kaynaklar

1. Cüceloğlu D. *İnsan ve Davranışı Psikolojinin Temel Kavramları*. Ankara: Remzi Kiabevi; 2020.
2. Rodin J, Langer EJ. Long-Term Effects of a Control-Relevant Intervention with the Institutionalized Aged. *Journal of Personality and Social Psychology* 1977;35(12):897-902.
3. Ageism in America. The International Longevity Center-USA. 2006. https://aging.columbia.edu/sites/default/files/Ageism_in_America.pdf (Erişim: 28.10.2022)
4. Global report on ageism. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism> (Erişim: 29.10.2022)
5. Ageism. WHO. https://www.who.int/health-topics/ageism#tab=tab_1 (Erişim: 30.10.2022)
6. Impact of ageism. WHO. https://www.who.int/health-topics/ageism#tab=tab_2 (Erişim: 28.10.2022)
7. Abuse of older people Key facts. WHO. 13 June 2022 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people> (Erişim: 28.10.2022)
8. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Heal* 2017;5:e147-56.
9. Yon Y, Ramiro-Gonzalez M, Mikton C, Huber M, Sethi D. The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Public Health* 2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6359898/pdf/ckv093.pdf> (Erişim: 29.10.2022)
10. Vefikuluçay-Yılmaz D, Terzioğlu F. Development and psychometric evaluation of ageism attitude scale among the university students. *Turkish Journal of Geriatrics* 2011;14 (3)259-268
11. Dilek Kiliç D, Adibelli D. The validity and reliability of Kogan's attitude towards old people scale in the Turkish society. *Health* 2011;3(9):602-8.
12. Kutlu Y, Küçük L, Fındık ÜY. Psychometric Properties of the Turkish version of the Fraboni Scale of Ageism. *Nursing and Health Sciences* 2012;14(4):464-471.
13. Yurttaş S, Sarıkoca E. Pozitif ve Negatif Yaşlı Ayrımcılığı Ölçeği (PNYAÖ) Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2018;22(Özel Sayı 2);1977-1991.

Davetli Konuşma

VEKTÖRLE MÜCADELEDE İSTANBUL ÖRNEĞİ

Dr. Öğr. Üyesi Önder Yüksel ERVİĞİT

İstanbul Büyükşehir Belediyesi

Sağlık Dairesi Başkanı

DEĞERLİ KONUKLAR

SAYGIDEĞER BİLİM İNSANLARI

DEĞERLİ AKEDEMİSYENLER

İstanbul Büyükşehir Belediyesi adına halk sağlığını konu alan böyle büyük bir organizasyonda bulunmaktan büyük mutluluk duyuyorum. Başlıca yerel yönetimlerde biyolojik mücadele yöntemlerinin uygulanması ile halk sağlığının korunmasının ele alınacağı panelin moderatörü ve konuşmacılarını saygıyla selamlayarak sözlerime başlamak istiyorum.

Değerli konuklar,

İstanbul Büyükşehir Belediyesi, akli ve bilimi rehber edinerek,

İstanbul halkına her alanda olduğu gibi sağlık alanında da çok etkin ve kaliteli hizmetler vermektedir.

Bu hizmetlerin en önemli başlıklarından bir tanesi de insan sağlığını ciddi oranda etkileyen, bulaşıcı hastalıklara sebebiyet veren; sivrisinek, karasinek, kemirgen, hamamböceği, kene ve pire gibi canlılara yönelik verdiğimiz vektörlerle mücadele hizmetidir.

Biliyorsunuz ki,

İstanbul iki kıtayı birbirine bağlayan ve üç imparatorluğa başkentlik yapmış, kıyı şeridinin toplam uzunluğu **647 kilometre ve yüzölçümü 5.343 km²** olan mega bir şehirdir.

16 milyon nüfusu ile 39 ilçe ve 9 adaya sahip bu megapolde biz İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık Dairesi Başkanlığı olarak sağlığı; çevre, bitki, hayvan ve insan sağlığı olarak bir bütün şekilde ele alıyoruz ve çalışmalarımızı bu şekilde organize ediyoruz. Baktığımızda İstanbul'da halk sağlığını ve çevreyi olumsuz yönde etkileyen unsurlardan bir tanesi vektörler olarak karşımıza çıkıyor.

Bu bağlamda...

194.628 sivrisinek üreme kaynağının bulunduğu İstanbul'da, öncelikle sivrisinek üreme kaynağı oluşumunda etkili olan başlıca faktörler üzerine çalışmalarımızı yoğunlaştırarak, bu kaynakları kontrol altına almak için çalışmalarımızı modern araç ve profesyonel ekiplerimizle yılın 12 ayı insana ve doğaya zarar vermeksizin aralıksız sürdürüyoruz.

Türkiye'de yerel yönetimlerde ilk defa hayata geçirilen **Vektörlerle Mücadele Bilimsel Danışma Kurulumuzun** bilimsel veri, bilgi ve önerileri doğrultusunda; **7 birim** üzerinden, **182 ekip** ve **611 personel** ile üreme alanlarına müdahalede bulunuyoruz.

Bu noktada özellikle belirtmek isterim ki, çevre ve insan sağlığına zarar verebilecek kimyasal mücadele yerine biz daha çok kültürel, fiziksel ve biyolojik mücadeleye öncelik veriyoruz. Ne yazık ki şuanda zorunlu durumlarda kimyasal mücadeleyi de kullanabiliyoruz. Ayrıca mücadele de kullandığımız biyosidal ürünler Dünya Sağlık Örgütü tarafından onaylanmış olup, çevreye ve doğaya en az zararı olan ürünlerdir.

Kısaca mücadeledeki verilerimize değinecek olursam; 2022 yılında 103.754 adreste, 194.628 sivrisinek üreme kaynağında her hafta kontrol yapıyor ve üreme görülen noktalarda biyosidal ürün uyguluyoruz.

Davetli Konuşma

Sivrisinek larva mücadelesi amacıyla **2021 - 2022** Ekim ayı dâhil toplamda bu kaynaklar **6.595.418** kez kontrol edilmiş ve **790.345** kez biyosidal ürün uygulanmıştır.

2022 yılında karasinek mücadelesinde ise **4.160.935** metrekaare alanda ilaçlama çalışması yapmış bulunmaktayız.

Kemirgen mücadelesi amacıyla, **2021 - 2022** Ekim ayı dâhil toplamda **941.071** adet rögar kapağı açılarak rodentisit uygulaması yaptık.

Biz tüm bu uygulamaları yaparken kültürel mücadelenin çok önemli ve etkin bir mücadele yöntemi olduğunu düşünüyoruz. Bu noktada çalışmamamızda ağırlıklı olarak bu yöntemi kullanıyoruz. Çünkü sivrisinek üreme kaynaklarının **%86'sı** insan eliyle oluşuyor. Bu üreme kaynaklarının yine insan eliyle bertaraf edilmesi için İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık Dairesi Başkanlığı olarak, farklı iletişim araçları/yöntemleri ile halkımızı bilgilendirici çalışmalar yapıyoruz. Bunlar; Sağlık Dairesi Başkanlığı web sitesi **saglik.ibb.istanbul**, sosyal medya, broşür, video ve animasyonlar şeklindedir.

Eğer, vektörlerin verdiği zararlardan korunmak istiyorsak, öncelikle biz vatandaş olarak üzerimize düşeni yapmalıyız diye düşünüyorum. Vatandaşlarımızın alacağı basit tedbirlerle üreme noktalarının ciddi anlamda önüne geçilebilir.

Yerel yönetim birimleri olarak yaptığımız çalışmaların sonuçlarını ölçebiliyor olmanın önemli ve anlamlı olduğunu düşünüyorum. Bu kapsamda vektörlerle mücadele çalışmalarımızın verimini yurttaşlarımızdan gelen şikâyet sayılarına bakarak çok güzel bir şekilde aldığımızı düşünüyorum. Yıl bazlı olarak bilgi verecek olursam;

Alo 153 Çözüm Merkezi'ne gelen vektörlerle mücadele talepleri **2019** yılında **82.773** iken, **2020** yılında **70.546** oldu. **2019** yılına oranla talep sayısı **%15** azalmıştır.

2021 yılında ise **64.968** talep geldi. Yapılan çalışmaların neticesinde vektörlerle mücadele taleplerinde **2020** yılına oranla **2021'de %8** daha azalma göstermiştir.

2022 yılında Ekim ayı dâhil, **52.406** talep geldi. Neticeye baktığımızda her yeni yılda gelen talep ve şikâyet sayısında düşüş olmuştur, bu da bizlere doğru zamanda doğru noktalara yapılan uygulama ve vatandaşlarımızın bilgilendirici çalışmalarımızı dikkate almaları ile doğru uygulamalar yaptığımızı göstermektedir.

Bunun yanında larva ile mücadelemize değinmek istiyorum... Mücadele yıl boyunca periyodik olarak aralıksız sürdürülmekte ve üreme tespit edilen kaynaklarda ihtiyaca göre biyosidal ürün uygulanmaktadır.

Şimdi sizlere, özellikle son yıllarda son yıllarda İstanbul başta olmak üzere Ege Bölgesi'nde, Doğu Karadeniz'de, Antalya'da, Eskişehir ve Bursa'da görülen, hızlı bir şekilde yayılarak ciddi tehdit oluşturan *Aedes albopictus* (Asya Kaplan Sivrisineği) hakkındaki çalışmalarımızdan biraz bahsetmek istiyorum.

İstanbul Büyükşehir Belediyesi olarak, Hacettepe, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Koç, İSTÜN, California State Üniversitelerinden bilim insanlarıyla oluşturduğumuz **Vektörle Mücadele Bilim Kurulumuzla** düzenli aralıklarla toplantılar gerçekleştirerek her ay sahadan gelen veriler ışığında bir sonraki ayın mücadele planını oluşturuyoruz.

Bu kapsamda, Bilim Kurulumuz ile Avrupa Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi (ECDC)'nin yayınladığı Avrupa'daki istilacı sivrisineklerin surveyansı için kılavuz» çalışmasının İstanbul'a uyarlanmış bir versiyonu "**Teknik Rapor**" olarak kaleme alındı, bu rapor temel alınarak da Asya Kaplan Sivrisineği'ne yönelik **559 günlük bir eylem planı** belirledik ve uygulamaya aldık. Uygulamanın ilk adımı olarak **39 ilçe belediyesi ile Asya Kaplan Sivrisineği Mücadele Eylem Planı Çalıştayı'nı** gerçekleştirdik. Eylül 2021'de ise İBB ev sahipliğinde yerli ve yabancı çok sayıda bilim insanının katılımıyla düzenlenen **3. AIM-COST Yıllık Kongresi'ni** İstanbul'da gerçekleştirdik.

Davetli Konuşma

Arge ve Tür Tayini Laboratuvarı Açtık... . AIMSURV kapsamında Türkiye ayağını Vektörlerle Mücadele Bilim Kurulu üyeleri ile uygulamaya aldığımız laboratuvarında sahadan gelen veriler titizlikle değerlendirilip en etkin yöntem uygulamaya alındı.

Ovitrap (Yumurtlama Tuzakları) Kurduk... İstanbul'un 39 ilçesinde toplamda **2.000 adet ovitrap rezervimizin** kurulmasına sahadaki ihtiyaçları değerlendirerek başladık. Popülasyon tespit edilen alanlarda öncelikle fiziksel ve biyolojik mücadele yapılarak sivrisinek yoğunluğunun artmasını engellemeyi amaçlıyoruz.

Ergin sivrisinekler için CO₂ 'li Işık Tuzaklarından (EVS - Encephalitis-Virus-Surveillance) Faydalanıyoruz... Ergin sivrisineklerle ilgili pilot ilçelerde **60 adet EVS tuzağı kurulumunu gerçekleştirdik.** Elde edilen veriler bünyemizde kurduğumuz Tür Tayin Laboratuvarımızda değerlendirilerek popülasyon ve türe göre en etkin mücadele yöntemini belirliyor ve uyguluyoruz.

Vektörlerle Mücadele Coğrafi Bilgi Sistemi Tabanlı Otomasyon Programını Hayata Geçirdik. Sahada elde edilen veriler neticesinde üreme kaynakları haritalaması gerçekleştirildi ve otomasyon programı ile tüm çalışmalarla halktan gelen **şikayetler** anlık olarak değerlendirilmekte yapılan uygulamalar yurttaşlarımızla paylaşılabilir.

Sivrisinek Bildirim Sistemi... Vektörlerle Mücadele Otomasyon Sistemine entegre olacak bir mobil aplikasyon çalışması son aşamasına geldi, pilot uygulamalarına başlandı. Bu sayede çok yakında halkımızı da aplikasyon üzerinden vektörlerle mücadele çalışmalarımıza dahil ediyoruz. Web üzerinden ulaşılabilecek bildirim sistemimiz ise uygulanmakta olup vatandaşlarımızdan gelen şikayetler CBS tabanlı otomasyon üzerinden hızlı ve etkin şekilde takip edilmektedir.

Özverili ve titizlikle yaptığımız bu çalışmalar neticesinde, 2021 yılında İstanbul Tabip Odası tarafından **Prof. Dr. Nusret Fişek Halk Sağlığı Hizmet Ödülü'ne** layık görüldük.

Aedes albopictus, istilacı bir tür olduğu için Avrupa'da olduğu gibi ülkemizde de yaygın olarak görülmeye başlamış olup bu vektörün önümüzdeki süreçte ciddi ve ulusal bir halk sağlığı sorunu olacağını düşünüyorum. Bu kapsamda Aedes albopictus mücadelesi ile ilgili İBB' de bilimsel tabanlı başlattığımız çalışmaların ulusal bir politika haline getirilmesi gerektiğini düşünüyorum. Bu noktada bilim insanları ve yerel yönetimlere önemli görevler düşüyor. Bir arada eşgüdüm içerisinde, koordine ve aralıksız mücadeleyi önemli görüyoruz. Mücadelesi zor olan bu vektörü kontrol altında tutma çabasında ortak akıl ve bilimin desteği çok kritik.

Vektörle Mücadele Bilim Kurulumuzun desteğiyle ortaya koyduğumuz mücadelemiz ile sahadaya yapılabilecek yanlış uygulamalara dikkat çekerek diğer yerel yönetimlere model olacak bilim temelli ve sürdürülebilir mücadeleye katkı sağlayabileceğimize inanıyorum.

6. Uluslararası 24. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nin düzenlenmesinde emeği geçen ve katkı sağlayan herkese teşekkür ediyorum, şükranlarımı sunuyorum.

Sağlıkla kalınız, esen kalınız.

Davetli Konuşma

HATAY'DA 2014-2022 DÖNEMİNDE YAPILAN ATIKSU ARITMA TESİSLERİNİN ASI NEHRİ ÜZERİNDEKİ KİRLİLİK YÜKÜNÜN AZALTIILMASINA ETKİSİ VE NARLICA MEMBRAN BİYOREAKTÖR (MBR) ÖRNEĞİ

Fatma Öncü DÖNMEZ

Hatay Büyükşehir Belediyesi Su ve Kanalizasyon İdaresi Genel Müdürlüğü

Hatay Büyükşehir Belediye Başkanı Lüftü SAVAŞ, 2014 yılında Hatay Su ve Kanalizasyon İdaresi kurulduğunda Medeniyetler ve Hoşgörü kentinde insan hayatı için olmazsa olmaz olan temel hizmetleri yerine getirirken çevreye duyarlı ve insana saygılı bir yaklaşımla hareket etmiştir. Çevre ve insan sağlığının korunması bağlamında görevleri yerine getirerek ekosistemin geliştirilmesi ve çevre duyarlılığı konusunda tüm paydaşlarla ortak çalışmalar yaparak farkındalık yaratırken “Sağlıklı yaşam ve Temiz Çevre” ilkesiyle **bütünleşmenin sürdürülebilirliği** uygulamaya konulmuştur.

Kongre kapsamında, Hatay ilinde 2014-2022 yıllarında yapılan atıksu arıtma tesislerinin Asi Nehri üzerindeki kirlilik yükünün azaltılmasına etkisi değerlendirilmiştir. Atıksuların halk sağlığına ve çevre sağlığına olan olumsuz etkilerini önlemek adına yapılan çalışmaların bir kısmını içermektedir. Öncelikle, Türkiye’deki su potansiyelleri hakkında genel duruma, ardından Hatay ilindeki atıksu arıtımının mevcut su potansiyeline etkisine değinilmiştir.

Türkiye 6.Çevre Durum Raporuna göre, su zengini bir ülke değildir. Kişi başına düşen yıllık su miktarına göre ülkemiz su azlığı yaşayan bir ülke konumundadır. Devlet Su İşleri’nin su potansiyeli hesaplarına göre Türkiye kişi başına yıllık 1.652 m³ su potansiyeline sahiptir. Öngörülere göre Türkiye nüfusu 2030 yılında 100 milyona ulaşacak ve su potansiyeli kişi başına yıllık 1.120 m³e düşecektir. Türkiye su sıkıntısı yaşayan ülkeler arasında yer alacak ve kaynakları çok daha etkin kullanmayı amaçlayan politikalar izlemek durumunda olacaktır.

Artan su ihtiyacı ve yaşanan kuraklıklara bağlı olarak, Hatay’da özellikle tarımsal faaliyetler nedeniyle su tüketim değerleri, su besleme miktarını aşar hale gelmiştir. Aynı zamanda yaşanan göç nedeniyle nüfusun artmasına paralel olarak su tüketim miktarı da ilimizde artmıştır. İnsanların su tüketimin artması ile birlikte oluşan atıksular hem insan sağlığı hem de çevre için ciddi problemler oluşturmaya başlamıştır.

Hatay’da 2014-2022 yılları arasında inşa edilen atıksu arıtma tesisleri ile birlikte arıtılmış atıksular tekrar ekosisteme kazandırılarak hem Asi Nehri (Orontes River) üzerindeki kirlilik yükünün azaltılması sağlanmakta hem de arıtılmamış suların çevreye vereceği olası kirlilik önlenmeye çalışılmaktadır.

Asi Nehri, asi havzasının en önemli akarsuyudur. Lübnan’ın Elbekaa Vadisi’nden doğar Suriye’yi geçtikten sonra Türkiye sınırlarında Afrin ve Karasu çayları ile birleşerek Amik Ovasına ulaşır, geniş bir yay ile Antakya’yı geçer ve güneybatı yönünden ilerleyerek Samandağı ilçesinden Akdeniz’e dökülür. Şehrin ortasından geçen ve şehri iki yakaya bölen Asi, geçmişten günümüze kadar her daim medeniyetler şehri Hatay’ın simgesi olmuştur.

Asi nehri, Hatay’da geniş bir yüzölçümüne sahip olan amik ovasını beslemektedir. Nehir üzerindeki arazilerin sulanması için Mayıs ayında bentler kurulmaktadır ve tarımsal sulama yapılmaktadır. Bu anlamda Asi nehrinin suyunun temiz olması bilhassa halk sağlığı açısından önem arz etmektedir. Aynı zamanda sulama döneminde nehirde azalan suyun temiz olması; canlı yaşamının devamlılığı, görüntü kirliliği ve koku probleminin oluşmaması için elzemdir.

Büyükşehir olarak Asi havzasının kirliliğini önlemek için yapılan çalışmalardan bahsedecek olursak; HATSU (Hatay Su ve Kanalizasyon İdaresi Genel Müdürlüğü), 2014 yılında 6 adet atıksu arıtma tesisi (Antakya, İskenderun, Payas, Payas Ek, Belen TOKİ, Karayılan) devir alarak hizmetlerine başlamıştır. 2014 yılında Asi havzasında yapılan incelemelerde Asi Nehri’ne ciddi atıksu deşarjlarının olduğu tespit edilmiş olup havzanın atıksu ile kirlendiği görülmüştür.

Davetli Konuşma

Karasu deresi, Afrin çayı, Defne Suyu, Büyükkaracay ve Küçükkaracay barajlarından gelen sular ile Asi Havzası beslenmektedir. Hassa ve Kırıkhan atıksu arıtma tesisleri çıkış sularının **Karasu deresine**, Reyhanlı atıksu arıtma tesisinin çıkış suyunun **Afrin çayına**, Serinyol-Samandağ-Narlıca atıksu arıtma tesislerinin çıkış sularının ise **Asi nehrine** deşarjı sağlanmaktadır. Erzin, Dörtüol ve Denizciler atıksu arıtma tesislerinde arıtılan sular ise sırasıyla; **Erzin çayı, Deli çay ve Eşşekgeçmez deresi** ile **Akdeniz'e** ulaşmaktadır.

2014 yılında 6 atıksu arıtma tesisi ile büyükşehir statüsüne kavuşan Hatay'da yeni yapılan 9 atıksu arıtma tesisi ile birlikte % 90-99 aralığında arıtım verimi sağlanarak günlük ortalama 130.000 m³/gün atıksu arıtılmaktadır. Hatay genelindeki atıksu arıtma proseslerini sıralayacak olursak; en eski teknolojiye sahip olan damlatmalı filtre prosesi, uzun havalandırmalı aktif çamur prosesi, UCT prosesi (Uzun havalandırmalı aktif çamurun modifiye edilmiş hali) ve ileri teknolojiye sahip MBR (Membran Biyoreaktör) teknoloji atıksu arıtma prosesidir.

Membran biyoreaktör teknoloji atıtma tesislerinin avantajları; geliştirilen sistemlerin çıkış suyu kalitesinin çok iyi olması, sistemin alan ihtiyacının az olması dolayısıyla az yer kaplamaları ile daha az inşaat çalışması gerektirmesi, prosesin otomasyona olanak sağlanması, arıtımda çok az kimyasal kullanılmasıdır. Ülkemizde arıtılan atıksuların kanala deşarj edilmesinden ziyade, geri kazanım ve yeniden kullanım anlayışı istenilen düzeyde gelişmemiştir. Membran biyoreaktör teknolojisi bilhassa dünya genelinde aktif çamur prosesine alternatif olarak atıksu arıtımı ve su geri kazanımı amacıyla kullanılmaktadır.

Genel Müdürlüğümüz tarafından inşa edilerek devreye alınan Narlıca MBR Atıksu Arıtma Tesisi Dünyanın 5., Avrupa'nın 2., **Türkiye'nin** ise en büyük kapasiteli Membran Biyoreaktör Teknoloji atıksu Arıtma Tesisi. Tesisin kapasitesi 21 bin 300 m³/gün'dür.

Tesiste ilk başta fiziksel arıtımın gerçekleştiği ön arıtma bölümü gelmektedir. Sistemin verimli çalışması için ön arıtma bölümünde 1-2mm'den daha büyük maddelerin sisteme geçişi engellenmektedir. Tesiste biyolojik arıtım sırasıyla; anaerobik, anoksik ve aerobik havuzlarda gerçekleşmektedir. Biyolojik arıtımdan çıkan sular membran havuzuna iletilir. Membran havuzlarında filtrasyon işlemi membran kasetlerinde oluşturulan statik basınç ve sarsıntıyla beraber atıksuyun vakumlanıp membrandan geçmesinin sağlanması yani süzülmesiyle gerçekleşmektedir. Havuza yerleştirilen her bir modülün gözenek çapları 0,4 mikron (mikrometre) genişliğindedir. Bu sebeple, membranlarda yüksek seviyede filtrasyon sağlanmaktadır. Sonuç olarak çıkış suyunda arıtım verimi % 99,9 mertebelerinde gerçekleşmektedir.

Dünyada ve ülkemizde atıksuların geri kazanımı ve yeniden kullanımı üzerine yapılan çalışmalar ve uygulamalarla arıtılmış suların yeni bir su kaynağı olma potansiyeline dair bakış açısı gelişmektedir. Atıksu geri kazanımı uygulamalarına bakıldığında, özellikle tarım faaliyetlerinde arıtılmış su kullanımının yaygın olduğu görülmektedir. Buna karşın, kentsel amaçlı kullanım, yer altı suyu beslemesi, çevresel iyileştirme ve insani tüketim amaçlı uygulamaların yoğunluğu da dikkat çekicidir. Bu kapsamda Hatay Su ve Kanalizasyon İdaresi Genel Müdürlüğü'ne ait atıksu arıtma tesislerinde arıtılmış suların geri kazanımı ve yeniden kullanım potansiyellerinin değerlendirilmesi çalışmaları başlatılmıştır. MBR teknoloji atıksu arıtma tesisinde proses özellikleri incelenerek çıkış suyu karakterizasyonu izlenmekte, sulama amacına uygun projelendirme için senaryolar değerlendirilmektedir.

Medeniyetler ve hoşgörü kenti Hatay'da yeşilin her tonu ve tarihin eşsiz dokusu yer almaktadır. Hatay Su ve Kanalizasyon İdaresi Genel Müdürlüğü'nün öncelikli değerleri insan sağlığının korunması ve yeşil çevre anlayışı ile ekosistemin korunması olmuştur. Bu kapsamda, mevcut su kaynaklarının korunması ve arıtılmış atıksuların değerlendirilmesi açısından geri kazanım-yeniden kullanım çalışmalarına önem veren HATSU, doğanın ve canlı hayatının sürdürülebilirliği için çalışmalarına devam etmektedir.

Davetli Konuşma

SAVAŞ VE ÇATIŞMA BÖLGELERİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ VE AFET TIBBI

Dr. Kerem KINIK

Türk Kızılay Genel Başkanı

Afet tıbbı, felaket bir olayın ardından sosyal bir grubun yaşadığı yıkıcı etkilere, uygun ve uyumlu cevap vermek için en uygun tıbbi branştır (1). Uluslararası istatistiklere göre son yıllarda afetlerin sıklığı ve etkisi artmaktadır (2). Bu artışın nedeni birçok nedene bağlanabilir: nüfus artışı, şehirleşme, genişleyen sanayileşme, artan trafik, mevsimsel değişimler, devam eden terörizm ve silahlı çatışmalar örnek olarak verilebilir. Devam eden terörist eylem tehlikesi (3,4). Silahlı çatışmaların artması ile birlikte sivil nüfusun zorunlu göçe maruz bırakılması ve enfeksiyon riskinin artması (4,5) sağlık sisteminde hasar ve arızaları da beraberinde getirmiştir.

Dil, din, ırk ayrımı gözetmeden çalışmalarını sürdüren Türk Kızılay, dünyanın farklı bölgelerinde milyonlarca insana yardım eli uzatmaktadır. Her geçen gün insani yardım alanında yürüttüğü yardım çalışmaları ile kapasitesini artıran Türk Kızılay, insani yardım çalışmalarında küresel bir aktör haline gelmiştir. Türk Kızılay son 10 yılda 138 farklı ülkede doğal ve insan kaynaklı afetlere müdahale etmiş, ihtiyaç sahiplerinin barınma, beslenme, su sanitasyon ve hijyen gibi temel ihtiyaçlarını karşılamıştır. Türk Kızılay, 2021 yılında yurt dışındaki 18 ülkedeki daimî delegasyonda yürütülen çalışmalar başta olmak üzere 51 ülkede afetler ve acil durumlar sebebiyle yardım bekleyen kişilere insani yardım ulaştırılmıştır. Kızılay Pakistan, Bangladeş, Filistin, Sudan, Sri Lanka, Somali, Endonezya gibi ülkelerde gıda, sağlık, barınma, su sanitasyon ve hijyen gibi faaliyet alanları başta olmak üzere insani yardım ve kalıcı refaha yönelik çalışmalar yürütmektedir. İlgili uluslararası kurumlar, kamu kurumları ile iş birliği halinde gerçekleştirdiği bu çalışmalarını bağışlarla ve öz kaynakları ile finanse etmektedir. Temel yaşam kaynağı olan temiz ve içilebilir suya erişim sorununa bir nebze çözüm üretmek, az gelişmişlik, mevsimsel değişkenlikler, ekonomik yetersizlikler, nüfus artışından kaynaklı su tüketim yetersizliği ve buna bağlı muhtelif hastalıkların azaltılması ve önlenmesi amacıyla güneş panelli ve depolu su kuyusu projeleri yürütülmektedir.

Kaynaklar

1. Noto R, Huguenard P, Larcan A. *Médecine de Catastrophe*. Masson Paris, 1987.
2. Guha-Sapir, D., Hoyois, P., & Below, R. (2016) *Annual Disaster Statistical Review 2015, the numbers and trends*. Brussel: Centre for Research on the Epidemiology of Disasters, Université catholique de Louvain.
3. Burkle FM Jr, Greenough PG. *Impact of public health emergencies on modern disaster taxonomy, planning, and response*. *Disaster Med Public Health Preparedness* 2008; 2: 192-199.
4. Macintyre AG, Barbera JA, Brewster P. *Health care emergency management: establishing the Science of managing mass casualty and mass effect incidents*. *Disaster Med Public Health Preparedness* 2009; 3(Suppl 1): S52-S58.
5. *World Health Organization (2007). The World Health Report 2007: a safer future: global public health security in the 21st century*. Geneva. Switzerland. www.who.int/whr/2007/whr07_en.pdf.

Davetli Konuşma

HİPOKRATTAN GÜNÜMÜZE NE DEĞİŞTİ? ETİK VE HALK SAĞLIĞI BOYUTUYLA SAĞLIK ÇALIŞANLARINA ŞİDDET

Doç. Dr. Cemal Hüseyin GÜVERCİN
Dokuz Eylül Tıp Fakültesi

Şiddet, kişinin kendine, bir başkasına ya da topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek ya da neden olacak şekilde fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehdidinin amaçlı olarak uygulanmasıdır. Şiddetin özel bir türü olan sağlık alanındaki şiddet ise hasta, hasta yakınları ya da diğer bireyler tarafından uygulanan, sağlık çalışanı için risk oluşturan, tehdit davranışı, sözel tehdit, ekonomik istismar, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum olarak tanımlanmaktadır.

Küresel bir halk sağlığı sorunu olan sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, diğer hizmet sektörleri çalışanlarına oranla 16 kat daha yüksek ve tüm şiddet olaylarının %25'i düzeyindedir. Dünyada her dört sağlık çalışanından biri meslek yaşamları boyunca fiziksel şiddeti yaşamaktadır.

Şiddet eylemleri, insanı bir araç olarak gören ve inanç, ideoloji, çıkar gibi unsurların insandan daha değerli bulunması, insanın değerinin göz ardı edilmesiyle insan onuruna yapılan bir saldırıdır.

Hekimlik, Hipokrat'tan günümüze insan sağlığına hizmet eden yararçı bir uğraştır. Sağlık çalışanlarının hastalara uzattıkları şefkatli ellerine, şiddetle karşılık verilmesi, sosyal, kültürel, politik, psikolojik vs çok boyutlu kökenleri olan, sürekli artış eğilimi gösteren ve çalışanlarda yıkıcı etkiler bırakan ciddi bir güncel sorundur. Sağlık ortamında şiddetin var olma nedenleri incelenmeli ve şiddete karşı "Sıfır Tolerans" yaklaşımı ile gerekli önlemler alınmalıdır.

Davetli Konuşma

BARIŞ ARAŞTIRMALARININ BAŞLANGIÇTAN GÜNÜMÜZE DEĞİŞİMİ

Prof. Dr. Tacettin İNANDI

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Savaşa ve barışa dair ilk yayınlar Birinci Dünya Savaşı sonrasında başlasa da, bir akademik disiplin olarak barış araştırmaları İkinci Dünya Savaşı sonrasında hızlanır. Savaş, şiddet ve barış kavramlarında da bu dönemden sonra önemli gelişmeler yaşanır. Barış tanımının genişlemesi, pozitif barış, negatif barış, toplumsal barış, onarıcı barış, demokratik barış, barış ekonomisi, barış psikolojisi gibi yeni kavramlar geliştirilir. Barış sözcüğünü zıddını oluşturan şiddet kavramı da bu dönemde genişlemiş, bireysel, kişiler arası, toplumsal şiddet, yapısal, ekonomik ve kültürel şiddet gibi şiddet tanımlamaları yapılır. Toplumsal barışın sağlığın ön koşulu olarak bildirilmesi, insan hakları evrensel bildirgesinin kabulü ve barışla ilgili pek çok akademik kurumun doğması 1945 yılından sonrasındadır.

Bu gelişmelere üniversitelerde açılan merkezler ve birimler eşlik eder. Yayınlar, raporlar, dergiler ve kitaplar çıkar. Ancak bu gelişmelerin çoğu Avrupa ve Kuzey Amerika kıtasında ortaya çıkar. Michigan, Oslo ve Bradford gibi üniversitelerde enstitü ve merkezler oluşturur. 1959 yılında Oslo'da Uluslararası Barış Enstitüsü kurulur, 1964 yılında "Barış Araştırmaları Dergisi" çıkmaya başlar, 1969 yılında barış ve savaş araştırmaları bölümü açılır. Bir diğer merkez Michigan üniversitesinde 1959 yılında açılır, pek çok araştırma ve etkinlik yapmasına karşın 1971 yılında kapatılır. Kapatılmasında ekonomik gerekçeler gösterilse de enstitü öğrencilerinin siyasal etkinliklere katılımının önemli bir neden olduğu ileri sürülür. 1973 yılında Bradford üniversitesinde barış araştırmaları bölümü kurulur ve barış üzerine pek çok kitap ve yayın üretilir. Bu bölüm 2015 yılında uluslararası gelişmeler bölümü ile birleştirilir ve halen aktiftir. Daha yakın zamanlarda 2007 yılında kurulan Ekonomi ve Barış Enstitüsü yıllık olarak pozitif barış raporu ve küresel barış endeksi gibi yayınlar yaparak ülkeleri sıralamaktadır. Günümüzde uluslararası indekslere giren çok sayıda dergi bulunmaktadır.

Türkiye'de ise 1944 yılında Barış Dünyası adlı bir dergi çıkar ve kesintili bir yayın süreci ile 110 sayıya ulaştığında 1971 yılında yayın hayatı sona erer. Yalova Üniversitesi tarafından çıkartılan Barış Araştırmaları ve Çatışma Çözümleri Dergisi 2012 yılında yayın hayatına başlar. 1988-89 yıllarında Yeşil Barış Dergisi adı altında kısa süreli bir dergi daha yayın yapar.

Barış eğitimi ve barış etkinlikleri konularında araştırmalar yapmak amacıyla Barış Eğitimi Uygulama Ve Araştırma Merkezi 2007 yılında Boğaziçi Üniversitesinde açılır. Bilimsel yayın ve araştırma üretimine destek amacı ile Barış İçin Araştırma ve İletişim Merkezi adı altında bir birim Doğu Akdeniz Üniversitesinde mevcuttur. Bazı üniversitelerde barış ve çatışma analizleri ile ilgili programlar olsa da Türkiye'de barış araştırmalarını destekleyecek kurumsal yapıların azlığından söz edilebilir.

Barış araştırmaları içerik açısından da genişler. Geçmişte büyük ölçüde diplomatik ve askeri bir konu olarak görülen barış çabaları günümüzde eşitlik, adalet, bireysel, toplumsal, yapısal, kültürel ve ekonomik şiddet gibi tüm şiddet türlerini, çatışmaların barışçıl yollarla çözüm yollarını, bir toplumda güven ve barışın inşası gibi geniş bir aralıktadır. Bireyin kendi iç barışından, grup içine, gruplar arasına, toplumsal düzeyden ulusal ve uluslararası düzeye, başka bir ifade ile mikro düzeyden makro düzeye doğru çeşitlilik gösterir. Günümüzde barış araştırmaları çok sayıda disiplini ilgilendiren multidisipliner bir alan haline gelir. Barış araştırmalarının sınırlarını keskin bir biçimde belirlemek güçleşir.

Kapsamı bu kadar geniş olan barış çalışmalarında hem niteliksel hem de niceliksel araştırma yöntemleri kullanılır. Deneysel, anket, saha ve nitel araştırma yöntemleri sıkça kullanılan yöntemler olsa da barış araştırmalarının yönteminde ve yaklaşımında doğası gereği geniş bir çeşitlilik vardır. Galtung barış araştırmalarında indirgemeci ve önyargılı yaklaşımları aşmak için disiplinler ötesi, çok düzeyli, karma araştırma yöntemleri önerir.

Barış araştırmaları yapmak ve bu konuda eğitimler vermek için halen çok sayıda akademik program mev-

Davetli Konuşma

cuttur. Araştırmalarla birlikte eğitim programları da paralellik gösterir. Barış çalışmalarına yönelik ilk eğitim programı 1948 yılına kadar gitmektedir. Günümüzde yaklaşık 400 dolayında barış araştırmaları yapan akademik program mevcuttur.

Süreç ilerledikçe barış çalışmaları farklı disiplinler içinde yer edinir. Barış ekonomisi, barış psikolojisi ve tıbbi barış bu alanlardan bazılarıdır. Tıbbi barış sağlık çalışanlarının toplumsal barış sürecine yaklaşımlarını, rollerini sağlık şiddet ve barış ilişkisini ele alan çalışmaları ele alan bir tıpta uzmanlık alanı olarak gelişir. Amerika Birleşik Devletlerinde 1991 yılında barış psikolojisi psikolojinin bir dalı olarak doğar ve aynı isimle bir dergi çıkmaya başlar.

Barış ve sağlık arasındaki ilişkinin önemi açıkça fark edilir. Ottawa konferansında barış olmadan sağlık olmaz düşüncesi ile barış sağlığın ön koşullarından biri olur. Dünya Sağlık Örgütü Barış için Küresel Sağlık girişimini başlatır. Dünya Sağlık Asamblesi 2022 nin teması Sağlık İçin Barış, Barış İçin Sağlık” şeklinde olur.

Barış ve şiddet konusunda çıkan süreli yayınların yanı sıra son yıllarda çok sayıda kitap da yayınlanır. Bu yayınların önemli bölümü çatışma çözümü, barış kavramı ve teorileri, barış araştırmaları metodolojisi gibi konular üzerinedir.

İnsan hakları konusunda yapılan araştırmalar da barış araştırmaları olarak ele alınabilir. Şiddetin bir tanımı da insan haklarının gereksiz yere ihlalidir. Öte yandan insan haklarının gelişimi, insanlığın evrensel değerlere erişimi dünya barışı açısından da bir umut olarak görülebilir.

Sonuç olarak ikinci dünya savaşı sonrasında hızlanan barış araştırmaları hem nitelik hem de nicelik açısından önemli gelişmeler gösterir. Günümüzde barış araştırmaları ekonomi, politika, sosyoloji, tarih, antropoloji, halk sağlığı ve felsefe gibi pek çok bilim alanını içeren multidisipliner bir akademik alana dönüşür. Bu çalışmaların temel amacı çatışmaların barışçıl yollarla çözümü ve pozitif barışın inşası olarak tanımlanabilir. Sürdürülebilir barışçıl bir dünya için gerekli bilgilerin üretilmesi uğraşısı verilmektedir. Bu gelişme kurumsal ve eğitim alanında da benzerlik gösterir.

Kaynaklar

1. Thomas Gregor (Editör) *A Natural History of Peace*. Vanderbilt University Press. ebook isbn13: 1996. <https://www.iwp.edu/wp-content/uploads/2019/05/A-Natural-History-of-Peace-by-Thomas-A.-Gregor.pdf>
2. <https://www.visionofhumanity.org/a-brief-history-of-peace/>
3. *Chapter One, History, Evolution and Nature of Peace and Conflict Studies*, Kingsley C.W. Udegbunam
4. *History of Peace Studies*. <https://louisville.edu/peace/academic-programs/peace-studies/history-of-peace-studies>
5. *Barış Kitabı: Bireyden Topluma Savaşın ve Barışın Ruh Hali*.
6. *Medical Peace Work*. <https://www.medicalpeacework.org/home.html>
7. *Center for Research on Conflict Resolution (University of Michigan) records: 1952-1972*. <https://quod.lib.umich.edu/b/bhlead/umich-bhl-8773?view=text#:~:text=After%20months%20of%20discussion%20and,Conflict%20Resolution%20in%20June%201959>.
8. *The Institute for Economics and Peace* <https://www.economicsandpeace.org/about/>
9. *PCR 716 RESEARCH METHODS IN PEACE AND CONFLICT RESOLUTION*. <https://nou.edu.ng/coursewarecontent/PCR%20716%20Research%20Method%20in%20Peace%20and%20Conflict%20Resolution1.pdf>
10. *Peace Methods & Methodologies | Pamina Firchow, Brandeis University. The Oxford Handbook of Peacebuilding, Statebuilding, and Peace Formation*
11. *Barış Dünyası dergisi*. <https://www.tustav.org/sureli-yayinlar-arsivi/baris-dunyasi/>
12. *Barış Araştırmaları ve Çatışma Çözümleri Dergisi*. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/yalovabaccd>
13. *Barış Eğitimi Uygulama Ve Araştırma Merkezi*. <https://arastirma.boun.edu.tr/tr/baris-egitimi-uygulama-ve-arastirma-merkezi2007>
14. Gülcan, Pınar. (2016). *BARIŞ ÇALIŞMALARI: BAŞLANGIÇTAN GÜNÜMÜZE DEĞİŞİMİ*. *Barış Araştırmaları ve Çatışma Çözümleri Dergisi*. 3. 85. 10.16954/bacad.08312.

Davetli Konuşma

HALK SAĞLIĞI YETERLİK KURULU EŞYETKİLENDİRME KOMİSYONU ÇALIŞMALARI

Prof. Dr. Dilek ASLAN

*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Halk Sağlığı Yeterlik Kurulu Eşyetkilendirme Komisyonu Başkanı*

Ülkemizde tıpta uzmanlık eğitimi, *Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği* uyarınca yürütülmektedir. 11/4/1928 tarihli ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ile 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 369 uncu ve 508 inci maddelerine dayanılarak hazırlandığı belirtilen Yönetmelik, en son 3 Eylül 2022 tarihinde güncellenmiştir. Yönetmelik hükümleri Yönetmeliğin 30. Maddesi gereği, T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmektedir (1).

Halk sağlığı tıpta uzmanlık eğitimi, 11.9.2019 tarihinde güncellenen Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı T.C. Sağlık Bakanlığı Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) tarafından onaylanan dört yıl süreli bir mezuniyet sonrası eğitim programıdır (1-3). Program, eğitici, mekan ve donanım standartları uygun olan ve TUK tarafından yetkilendirilmiş kurumlar tarafından yürütülmektedir (1). Tıpta uzmanlık eğitiminin standart bir şekilde sürdürülmesi için TUK çatısı altında Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi (TUKMOS) geliştirilmiştir (4). Halk sağlığı uzmanlık alanı için de Halk Sağlığı TUKMOS üyeleri çalışmalarını sürdürmektedir.

Tıpta halk sağlığı uzmanlığı aynı zamanda Avrupa Tıp Uzmanları Birliği (ATUB/UEMS) tarafından tanımlanan bir alandır (5,6). Avrupa Tıp Uzmanları Birliği'ne göre halk sağlığı tüm Avrupa ülkelerinde tanınır, toplumsal koşullar ve toplum sağlığı arasındaki ilişkiye odaklanır, toplum sağlığını iyileştirmeyi hedefleyen tüm önlemleri içerir. Tıpta halk sağlığı uzmanlık eğitimi tamamlayarak uzman olmuş bir hekim bu amaca yönelik bilgi, tutum ve becerilere sahip olur (6). ATUB/UEMS, bu amaçla çeşitli standartlar geliştirmiştir. Bu standartlar tıpta halk sağlığı uzmanlık eğitiminin de standart olmasına katkı sağlamaktadır. ATUB/UEMS tarafından geliştirilen bu yaklaşımlar Türkiye'de Tıpta Uzmanlık Yeterlik Kurulu (TUYEK) bünyesinde sürdürülmektedir. TUYEK bünyesinde çalışan yeterlik kurulları ülkemizde tıpta uzmanlık eğitim programlarının standartlara uygun bir şekilde sürdürülmesini amaçlamaktadır (7). TUYEK üyesi yeterlik kurullarının tıpta uzmanlık eğitime katkısı uzun yıllardan bu yana sürmektedir. Eğitim programlarının standart, güncel ve Avrupa ve dünya ile uyumlu gelişmelere ayak uyduran bir içerikle sürdürülmesine katkı sağlamaktadır. Halk Sağlığı Yeterlik Kurulu (HSYK) da tıpta halk sağlığı uzmanlık eğitiminin en üst düzeyde ve standart bir şekilde sürdürülmesi için çalışmalarını sürdürmektedir (8). HSYK Eşyetkilendirme Komisyonu da yönergesinde yazılı olan amacıyla uyumlu olarak, "T.C. sınırları içinde halk sağlığı dalında uzmanlık eğitimi verme koşullarını sağlayan kurumları ziyaret ederek mevcut durumlarını değerlendirip varsa aksaklık ve eksiklikleri belirleyip bunları giderici önerilerde bulunmak, ulusal standartlara uygun eğitim programı yürüten kurumları "Kurumsal Yeterlik -Belgesi" ile belgelendirmek ve eğitim kurumlarını yeterlik belgesi almaya özendirerek ülkedeki halk sağlığı alanındaki uzmanlık eğitiminin niteliğinin yükselmesine katkı sağlamak için yapılacak çalışmaların esaslarını belirlemek" için çalışmaktadır (9). Halk Sağlığı Yeterlik Kurulu Eşyetkilendirme Komisyonu, görev yaptığı 2021-2025 döneminde de (10) uzmanlık eğitimi standartlarının üst düzeyde uygulanması için çalışmalarını sürdürmektedir. Komisyon, yönergesi ile de uyumlu olarak tıpta halk sağlığı uzmanlık eğitim programını yürüten ve eşyetkilendirme için başvuran anabilim dallarının eşyetkilendirilmesinin tamamlanmasına önemli katkılar sunmuştur (11). Komisyon, çalışmalarını kendi içinde ve Halk Sağlığı Yeterlik Kurulu bünyesinde ve Kurul ile eşgüdüm içerisinde sürdürmektedir. Bütün bu çabaların tıpta halk sağlığı uzmanlık eğitiminin gelişmesine önemli katkılar sunduğu düşünülmektedir. Tıpta uzmanlık eğitiminin özerk yapısı Halk Sağlığı Yeterlik Kurul ve Komisyonlarının çalışmaları ile gelişme kaydetmektedir.

Bir uzmanlık alanında eğitim programının başarıyla sürdürülmesi için ülkemizde TUK ve Yeterlik Kurulları çalışmalarının uyumu son derece önemlidir. Bu bağlamda, her iki yapının kesişen noktaları/alanları uzmanlık eğitimi niteliğini geliştirmek için birlikte çaba göstermelidirler. Dolayısıyla, sürecin resmi kanadı TUK/

Davetli Konuşma

TUKMOS ile yeterlik kurullarının iş birliği ve eşgüdümü önem taşımaktadır. Halk sağlığı alanı bu eşgüdümün sağlandığı bir alandır. Halk Sağlığı Yeterlik Kurulu Eşyetkilendirme Komisyonu da çalışmalarında bu özene sahiptir. Komisyon, evrensel ve yerel gelişmeleri eş zamanlı takip ederek çalışmalarının güncelliğini sürdürme gayreti içerisinde.

Kaynaklar

1. *Tıpta ve Dış Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği (Resmi Gazete Yayın Tarihi: 3.9.2022)* <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=39700&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
2. *Müfredatlar, Halk Sağlığı* <https://tuk.saglik.gov.tr/Eklenti/34085/0/halksagligimufreadativ24pdf.pdf>
3. *Uzmanlık dallarına göre uzmanlık eğitim süreleri* <https://tuk.saglik.gov.tr/Eklenti/43690/0/tuk-karar-1087----egitim-sureleri-05072022pdf.pdf>
4. <https://tuk.saglik.gov.tr/Eklenti/13068/0/karar1026-tukstandartek3-tukterimlerisozlugupdf.pdf>
5. *UEMS* <https://www.uems.eu/about-us/medical-specialties>
6. *Section of Public Health, UEMS* https://www.uems.eu/_data/assets/pdf_file/0010/53398/description-section-PH-for-website-UEMS.pdf
7. *Gönen E. Uzmanlık dernekleri ile yeterlik kurulları arasındaki özerk ilişki. TTB-UDEK Bülteni, Haziran 2022.* https://www.ttb.org.tr/udek/userfiles/files/Yayinlar/udek_haziran_2022.pdf Erişim:7.11.2022.
8. *Halk Sağlığı Yeterlik Kurulu* <https://halksagligiyeterlik.org/>
9. *Halk Sağlığı Yeterlik Kurulu Eşyetkilendirme Komisyonu* <https://halksagligiyeterlik.org/halk-sagligi-yeterlik-kurulu-esyetkilendirme-yonergesi/>
10. <https://halksagligiyeterlik.org/halk-sagligi-yeterlik-yurutme-kurul-ve-komisyonlari-2021-2025-donemi-toplantisi-16-2-2022/>
11. *Haber Postası* <https://halksagligiyeterlik.org/haber-postasi-17/>

Davetli Konuşma

SAĞLIK OCAĞI, AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ VE ÖTESİ: ÜLKEMİZDE BİRİNCİ BASAMAK VE AİLE HEKİMLİĞİNİN GELİŞİMİ

Prof. Dr. Okay BAŞAK

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

Sağlık sistemleri kaliteli ve eşitlikçi hizmet sunumunu sağlayacak şekilde örgütlenmelidir. En kaliteli ve maliyet etkili sağlık hizmeti sunumu, genel pratisyenlerin/aile hekimlerinin görev aldığı birinci basamağın iyi örgütlendiği ve güçlü olduğu sağlık sistemlerinde gerçekleşmektedir.

1978 Alma Ata Bildirgesi Birinci Basamağı, tanımlanmış bir topluluğun kişisel sağlık gereksinimlerinin çoğunu karşılayan, hastalarıyla zamansal olarak sürekli bir ortaklık ilişkisi geliştiren ve aile ve toplum bağlamında tıbbi bakım, sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmet sağlayan sağlık çalışanları (klinisyenler) tarafından bütünleşmiş, ulaşılabilir ve kapsamlı bir sağlık hizmeti sunumu olarak tanımlamıştır.

Bu tanım bir sağlık hizmeti sunma süreci olarak birinci basamağı ve bu hizmet sunumunu gerçekleştirecek olan hekim tipini içermektedir. Starfield'e göre birinci basamak bir sağlık hizmeti sunma düzeyi, sağlık hizmetlerini düzenleme stratejisi ve sağlık hizmeti sunma felsefesi/yaklaşımı olarak görülebilir. Birinci basamağı belli bazı sağlık hizmetleri kümesi oluşturmaz; çünkü birinci basamağa özgü hizmet ve etkinlikler çok azdır.

Sağlık sistemleri bireylerin ve toplumların değişen gereksinimlerine ve ülkenin ekonomi politikaları, kaynakları ve gelir dağılımı durumuna göre kendisini sürekli yenilemelidir. Birinci Basamak yapısı gereği toplumun değişen gereksinimlerine daha kolay uyum sağlayabilir ve yanıt verebilir.

Sağlık hizmetinin çoğunluğunun sürekli, kişiye odaklı, bağlamla ilişkilendirilmiş ilişkiler aracılığıyla sunulması sağlık hizmetlerinin entegre edilmesini ve önceliklendirilmesini sağlayabilmektedir.

Aile hekimliği, tarihsel genel pratisyenliğin 1960'lardaki modern dönüşümü, ya da bu dönüşümü tamamlayan modern tıpte yeni bir hekimin ortaya çıkışı olarak ifade edilmektedir. Yani genel pratisyenlik 1960'larda başlayan bir süreçle aile hekimliği adıyla disiplinleşmiştir.

Aile hekimliği (Genel pratisyenlik (AH/GP) yapay oluşturulan bir disiplin ya da kuramsal bir tanımlama değildir. Aile hekimliği birinci basamakta çalışan uygulayıcı hekimlerin deneyimlerinden ortaya çıkmıştır. Sahadaki hekimlerin birinci basamak pratiğinde karşılaştıkları sorunlara çözüm arayışı sürecinde şekillenmiştir. Yani önce sahada gelişmiş ve daha sonra akademik olarak gelişerek disiplinleşmesini tamamlamıştır. Bu gelişmede toplumsal reform süreçlerinin ve buna koşut olarak sağlanan politik desteğin etkisi büyük olmuştur.

ÜLKEMİZDE BİRİNCİ BASAMAĞIN VE AİLE HEKİMLİĞİNİN GELİŞİMİ

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası ile gündeme gelen ve 1980'lere doğru tamamlanan örgütlenme modeli, Türkiye'de sağlık hizmeti sunumunun bir sistem durumuna gelmesini sağlamıştır. Sağlığın "demokratikleşmesini" sağlayan "Sosyalizasyon" hareketi basamaklandırılmış bir sağlık hizmeti sunma anlayışını benimsemiş ve Birinci Basamağı örgütleyerek ülkenin sağlık sisteminin merkezine koymaya çalışmıştır.

Sağlık ocakları nüfus (bölge) temeline göre örgütlenmişti. Belli bir bölgedeki tüm nüfus sağlık ocağına kayıtlıydı; sağlık ocağı hekimlerinin (pratisyen hekim/aile hekimi) kendilerine kayıtlı nüfusları yoktu.

Sağlık hizmetinin zamana yayılan (longitudinal) sürekliliği güçlü ekip çalışması ve hasta kayıtlarıyla sağlanmaya çalışılıyordu. Sağlık hizmetinin bilgiye dayalı sürekliliği klinik desteğin yetersizliği ve sevk zincirinin kurulamamış olması nedeniyle zayıftı. Bakımın/hizmetin hasta-hekim arasındaki iletişim ve güveni sağlayan ilişkiye dayalı sürekliliği de yetersizdi. Zaman içinde hastalığa değil kişiye, onun gereksinim ve tercihlerine odaklanmış bakım sunmayı tanımlayan kişiselleşmiş sürekli bakım sağlık ocağı örgütlenmesinin en zayıf karniydi.

Davetli Konuşma

“Sosyalleştirme” sağlık ocaklarındaki birinci basamak sağlık hizmetlerinin tıp fakültesi mezunu pratisyen hekimler tarafından verilebileceğini öngörmüştü. Oysa tıp fakülteleri, mezunlarını bu amaca yönelik olarak yetiştirecek reformları yapamamış; tıp eğitimi müfredatının topluma yönelik olarak geliştirilmesi ve tıp eğitiminin yalnızca tıp fakültesi hastanelerinde değil birinci basamak başta olmak üzere sağlık sisteminin tüm basamaklarında ve toplum içinde gerçekleştirilmesi sağlanamamıştı. Her ne kadar Nusret Fişek Hoca daha 60’lı yılların ortalarında birinci basamak hekiminin ayrıca bir meslek/uzmanlık eğitimi alması gerektiğinden söz etmiş olsa da sağlık ocağı hizmetleri esas olarak pratisyen hekimler tarafından yürütülmüştü. Pratisyen hekimin görev tanımını hükümet tabipliğinden aktarılanlarla birlikte oldukça yoğun iş yükünü içermekteydi. Değişen toplumsal, ekonomik ve demografik koşulların ve tıbbi uygulama özelliklerinin birinci basamak hekimine yeni görevler eklediğini de düşünürsek, bu görev tanımının gözden geçirilmesi gerekmektedir.

GP/AH uygulama ilkeleri açısından sağlık ocaklarında yapılan uygulamanın geliştirilmesi gereken üç temel yönü bulunmaktaydı. Birincisi kişiselleşmiş sürekli bakımın güçlendirilmesiydi. Bunun için yapılması gereken; nüfus temeline göre tanımlanmış sağlık ocağı bölgeleri içinde hekimlerin kendi hasta listelerini oluşturmalarını sağlamaktı.

İkincisi, sağlık merkezi ekibinin görev tanımlarının gözden geçirilmesiydi. Bu konuda yapılması gereken; kamuya (topluma) ve çevreye yönelik koruyucu sağlık ve halk sağlığı hizmetlerinin ayrılarak, aynı bölgede aynı sağlık merkezi içinde ayrı bir birim tarafından yürütülmesi ve aile hekiminin kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleriyle iyileştirici klinik sağlık hizmetlerini üstlenmesiydi (aynı sağlık merkezi içinde eşgüdüm).

GP/AH temel uygulama özellikleri yeni tipte bir hekim gerektirmiştir. Yalnızca tıp fakültesini bitirmiş bir hekimin tıbbi bilgi ve becerileriyle aile hekimliği uygulamasının başarılı bir şekilde geliştirilmesi olası değildir. Dolayısıyla birinci basamak hekimi özgün bir meslek/uzmanlık eğitimi almalıdır. Bu da sağlık ocaklarında yapılan hekimlik uygulamasının geliştirilmesi gereken üçüncü yönünü oluşturmaktaydı.

Siyasal ve toplumsal nedenlerle ana felsefesini yaşama geçirmesinin önüne sürekli engeller çıkarılmış olmasına karşın, “sosyalleştirme” reformu ülkemizde sağlığın demokratikleşmesine ve halkın sağlığının gelişmesine önemli katkılar sağlamıştır. Toplumun ve ekonomisinin temel yönünü serbest piyasa kurallarına göre şekillendiren Türkiye’de, tümüyle sosyal devlet anlayışıyla şekillenen kamucu bir yaklaşımı benimseyen “demokratikleşmiş” sağlık hizmetlerinin sürekli engellerle karşılaşması, olağan dışı bir durum olarak görülmemelidir.

224 sayılı yasada öngörülen ve reformu bütünleyen bazı uygulamaların gerçekleştirilememesi ve ülke çapında yaygınlaştırılmasının geciktirilmesi, sağlık ocaklarının başarıları üzerinde hep köstekleyici etki oluşturmuştur. Devlet yapısı içinden gelen “anti-sosyalleştirme” eleştirisi, “sosyalleştirme” hareketinin kendisinde de karşı tepki oluşmasına yol açmıştır. Bu resmi engeller ve içerideki savunucu tutum sağlık sisteminin kendini geliştirici ve yenileyici karakter kazanmasını engellemiştir. Bu durum, zamanla ve giderek, sağlık ocaklarının toplumsal gerçeklikle arasının açılmasına neden olmuştur. Sonuç olarak, biriken sorunlar 1980’li yıllardan sonra sağlık sektöründe başka arayışların gerekçesi ve başlangıç noktası olarak kullanılmıştır.

AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİ

Yukarıda belirttiğim sağlık ocaklarının geliştirilmesi gereken üç zayıf yönü açısından baktığımızda, aile sağlığı merkezleri örgütlenmesi yeni neler getirmiştir? Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlık çalışanlarının ücretlendirilmesi boyutlarını bir kenara koyarsak GP/AH uygulaması özelliklerinin geliştirilmesi bakımından iki temel değişikliğin olduğunu görüyoruz. Birincisi, yeni örgütlenmede merkez nüfusunun değil, hekim nüfusunun öne çıkmasıdır. Bu, hastayı birey olarak anlamaya çalışan, onun gereksinim ve tercihlerini merkeze alan, rahatsızlıkların yönetimini bireye özgü hale getiren bireyselleşmiş sağlık hizmeti sunma açısından oldukça önemlidir.

İkincisi, yeni örgütlenmenin aile ve toplum sağlığı merkezleri olarak ayrılmasıdır. Bu durum topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleriyle halk sağlığı hizmetlerinin ayrı bir birim ve ekip tarafından verilmesi açısından

Davetli Konuşma

önemlidir. Ancak aile sağlığı merkezlerinin hasta kayıtlarındaki bölgesel esnekliği de dikkate aldığımızda bu, tüm birinci basamak sağlık hizmeti sunumlarının bütünleştirilmesi açısından önemli bir zayıflık oluşturmuştur. Aile sağlığı merkezlerindeki ekip çalışmasının neredeyse en aza inmesi de eklenince bireyin gereksinim duyduğu tüm sağlık hizmetlerinin koordinasyonu ve entegrasyonu sorunu hala önümüzde durmaktadır.

Yeni örgütlenme aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin eğitimi sorununu çözememiştir. Oysa birinci basamağın güçlenmesi, tüm sağlık sisteminin temelini oluşturması ve bunun için gerekli tüm diğer değişimlerin başarısı, büyük ölçüde birinci basamakta gerçekleşen sağlık hizmeti sunumunun niteliğinin artırılmasına bağlıdır. Değişen demografik özellikler, rahatsızlık ve hastalık profilleri, toplumun gereksinim ve beklentileri yeni tipte bir hekimi, nitelikli bir aile hekimliği uzmanını gerektirmektedir. Sağlıklı yaşam biçiminin geliştirilmesi işlevi hem genel olarak hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi hem de kronik rahatsızlıkları olan bireylerin yönetimi içinde giderek daha çok öne çıkmaktadır. Dolayısıyla davranış değişikliği oluşturma ve buna yönelik danışmanlık becerileri aile hekimliği uzmanının temel yeterlikleri arasında olmalıdır.

BİRİNCİ BASAMAĞIN GELECEK PERSPEKTİFİ

Gereksinim duyulan Entegre Birinci Basamak Sağlık Merkezleridir. Başta aile hekimliği, davranışsal sağlık ve halk sağlığı olmak üzere tüm birinci basamak sağlık hizmetleri bu merkez içinde toplanmalı, ekip çalışması güçlendirilmeli, saha ile akademi bütünleşmesi sağlanmalıdır. Bu merkezlerde aile hekimliği birimleri, toplum sağlığı birimleri, yönetim birimleri ve diğer destek birimleri birbiriyle koordinasyon içinde yer almalıdır.

Kaynaklar

1. Starfield B. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology*. Oxford: Oxford University Press; 1998.
2. Stephens GG. *Developmental assessment of family practice: an insider's view*. In: Doherty WJ, Christianson CE, Sussman MB, editors. *Family Medicine: The Maturing of a Discipline*. First edition. New York: The Haworth Press; 1987. p. 1-21.
3. Başak O. *Türkiye'de aile hekimliği uzmanlığı süreci ve sosyalleştirme*. Türk Tabipleri Birliği Füsün Sayek Raporları/Kitapları 2011: *Türkiye'de Sosyalleştirmenin 50 Yılı içinde*. Ankara, 2012.

Davetli Konuşma

DÜNYADA HALK SAĞLIĞI VE AİLE HEKİMLİĞİ HİZMETLERİNİN ENTEGRASYONU*

Prof. Dr. Bülent KILIÇ

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı / İzmir

Giriş: Dünyada halk sağlığı ve aile hekimliği hizmetlerinin entegrasyon sorunu en güncel konulardan birisi olarak tartışılmaya devam ediyor. Günümüzün modern sağlık hizmetlerinin temel ilkeleri olarak bilinen Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) yaklaşımı son yıllarda WHO (Dünya Sağlık Örgütü) tarafından revize edildikten sonra bizlere dört temel başlık altında 11 temel sağlık hizmeti sunum ilkesi getiriyor (1-3). Bu ilkelere göre sağlık hizmetleri;

1. Evrensel düzeyde kapsayıcı olmalıdır (universal coverage)
2. Entegre hizmetlerdir (integrated)
3. Bütünseldir (comprehensive): Tedavi, Koruma, Geliştirme ve Rehabilitasyon
4. Öncelikli olmalıdır (priority)
5. Ulaşılabilir olmalıdır (accessible)
6. Sürekli olmalıdır (continuous)
7. Sevk ve Koordinasyon olmalıdır (referral systems)
8. Multidisipliner bir sağlık ekibi tarafından verilmelidir (health team)
9. Katılımcı olmalıdır (participation)
10. Kabul edilebilir olmalıdır (acceptable)
11. Sektörler arası işbirliği olmalıdır (coordination of all sectors)

Sağlık sistemlerindeki sorunları çözme yolunda WHO, tüm ülkelerin Sağlık Bakanlıklarına 2 önemli alanda reform yapma görevi veriyor (2):

a.Kamu Politikaları Reformlarının Gerçekleştirilmesi

Kamu politikaları reformları 3 alandaki politikaların geliştirilmesi çabalarını içerir. Bunlar sağlık sistemlerini geliştirmeye yönelik politikalar (Küba sağlık sistemi buna iyi bir örnektir), daha sağlıklı bir toplum için oluşturulması gereken halk sağlığı politikaları (sağlığı koruma ve geliştirme politikaları ile risk faktörlerinin ortadan kaldırılması) ve sektörler arası işbirliğinin sağlanması yolundaki politikalarıdır.

b.Liderlik Reformlarının Gerçekleştirilmesi

Bu reformlar ise sağlık yöneticilerinin ve hükümetlerin daha güvenilir olmasını sağlayacak yönetsel alandaki reformlardır. Katılımcı, tartışma yöntemlerini bilen, liyakata dayalı atamalar yapan bir kurumsal liderlik biçimidir. Sağlık Bakanlığının ülkede önderlik görevini üstlenen, farklı kurumların katılımına önem veren bir yapıda olması gerekir. Aynı zamanda Sağlık Bakanlığının yeterli ve güvenilir veri toplayan bir yapıda olması gerekir.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri (Primary Care), ilk başvuru yerinde pratisyen veya uzman bir hekim tarafından sunulan ve çoğunlukla aile hekimliği ile sınırlı bireysel sağlık hizmetlerini tanımlarken (4), halk sağlığı hizmetleri toplum temelinde tanımlanan (kitlese bağışıklama, kanser taramaları, salgınla mücadele vb) sağlık hizmetlerini içerir. Bu noktada TSH yaklaşımı da her iki hizmet grubu için çok önemli bir tamamlayıcıdır.

*Bu sunum Türkiye Kliniklerinde 2021 yılında yayımlanan "Kılıç B. Toplum Yönelimli Bölge Sağlık Yönetiminde Ülke Örnekleri. Türkiye Klinikleri, Eser E (editör), Bölge Sağlık Yönetimi, Haziran 2021, pp:27-35" isimli makalenin geliştirilmesiyle hazırlanmıştır.

Davetli Konuşma

TSH yaklaşımı hem birey, hem de toplum temelli bir bakış açısıyla evrensel kapsayıcılık, toplum katılımı, sektörler arası işbirliği ve sağlıkta eşitlik kavramlarını da politik olarak dikkate alan çok önemli bir yaklaşımdır (2,4).

TSH ilkelerinin en önemlilerinden birisi sağlık hizmetlerinin tüm basamaklarda birbirine entegrasyonu ilkesidir. Entegrasyon bu anlamda özellikle topluma yönelik halk sağlığı hizmetleri ile bireye yönelik sağlık hizmetlerinin bir arada sunulması anlamına gelmektedir. Bunun için en önemli yapı ise basamaklandırılmış bir sağlık sistemine sahip olmaktır. Bu yapı içerisinde TSH insan odaklı bir birinci basamak kurulması gerektiğini önermektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, insanların sağlık hizmeti gereksinimleri için ilk başvuru yerinde sunulan sağlık hizmetlerini tanımlamaktadır. Bu hizmetlerin 4 ilkeye sahip olması gerekir (4):

- İlk Başvuru yeri: İnsanların yaşadığı ve çalıştığı yerlere en yakın konumda olması.
- Süreklilik: Her başvuruda aynı birim ve hekime gidilmesi, uzun süreli izlem olması.
- Bütünsellik: Koruyucu, geliştirici, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin birarada olması.
- Koordinasyon: Sevk zinciri olması, basamaklar arası eşgüdüm olması.

Yukarda sayılan ilkelerin gerçekleştirilebilmesi için öncelikle halk sağlığı hizmetleriyle yani topluma yönelik koruyucu ve geliştirici hizmetlerle, birinci basamağın birbirine entegre edilmesi ve dolayısıyla hizmetlerin toplum yönelimli olması gerekir (5). Ancak dünyadaki uygulamalara bakıldığında ülkelerin tarihsel özellikleri, geleneksel tedavi edici hizmet yaklaşımları vb nedenlerle bu entegrasyonun çoğunlukla kısmen gerçekleştiği ya da bazen çok yetersiz olduğu görülmektedir. 21. yüzyıl sağlık politikalarında sağlık sistemlerinin artık Toplum Yönelimli Sağlık (TOYS) hizmetleri olması gerçeği kabul edilmiş durumdadır. Bu anlamda başta birinci basamak sağlık hizmetleri olmak üzere tüm sistemin toplum yönelimli bakış açısı kazanması ve halk sağlığı ile entegre olması gerekmektedir (6).

Entegrasyon uygulamaları sağlık sistemi tartışmalarında artık oldukça dikkati çeken konulardan birisi olarak ele alınmaktadır. Bu sunumda Küba, Finlandiya, İngiltere, İspanya, İtalya, Belçika, İsrail, Hollanda, Almanya ve ABD olmak üzere toplam 10 ülke tartışılacaktır. Bu ülkelerin sağlık sistemleri aşağıda verilen üç ana gruba göre sınıflandırılmıştır:

- Toplum temelli (sosyalist) yaklaşım uygulayan ülkeler: Küba
- Yurttaşlık temelli (ulusal) yaklaşım uygulayan ülkeler: Finlandiya, İngiltere, İtalya, İspanya
- Risk temelli (sigorta) yaklaşım uygulayan ülkeler: Almanya, Hollanda, Belçika, İsrail, ABD

İncelenecek olan 10 ülkenin sağlık sistemlerinin temel özellikleri ve ayrıca Türkiye de eklenerek Tablo-1'de özetlenmiştir (7):

Davetli Konuşma

Tablo-1: Ülkelerin Sağlık Sistemlerinin Halk Sağlığı-Aile Hekimliği Entegrasyonu Açısından Özellikleri

Ülke	Sağlık Sistemi	Yönetim	Finansman	Birinci Basamak	Halk Sağlığı ile Entegrasyon
Küba	Toplum Temelli	Desantralize (Belediye)	Sosyalist	Aile Hekimi	Entegre
Finlandiya	Yurttaşlık Temelli	Desantralize (Belediye)	Vergi	Genel Pratisyen	Entegre
İngiltere	Yurttaşlık Temelli	Kısmi Desantralize (Trust)	Vergi	Genel Pratisyen	Kısmen Entegre
İspanya	Yurttaşlık Temelli	Desantralize (Bölge)	Vergi	Genel Pratisyen	Kısmen Entegre
İtalya	Yurttaşlık Temelli	Desantralize (Bölge)	Vergi	Genel Pratisyen	Kısmen Entegre
Belçika	Risk Temelli	Desantralize (Federal)	Sosyal Sigorta	Genel Pratisyen	Kısmen Entegre
İsrail	Risk Temelli	Merkezi (İl)	Sosyal Sigorta	Aile Hekimi	Kısmen Entegre
Almanya	Risk Temelli	Desantralize (Eyalet)	Sosyal Sigorta	Aile Hekimi	Kısmen Entegre
Hollanda	Risk Temelli	Desantralize (Belediye)	Sosyal Sigorta	Genel Pratisyen	Entegre Değil
ABD	Risk Temelli	Desantralize (Eyalet)	Özel Sigorta	Özel Sigorta Hekimleri ve Hastaneler	Entegre Değil
Türkiye	Risk Temelli	Merkezi (İl)	Sosyal Sigorta	Aile Hekimi, Hastaneler, Özel Sektör	Entegre Değil

*(7) nolu kaynak geliştirilerek alıntılanmıştır

Tablo-1’de de görüldüğü üzere halk sağlığı hizmetlerinin entegrasyonu toplum ve yurttaşlık temelli sistemlerde daha çok görülürken, risk temelli sistemlerde daha az gerçekleşmektedir.

I- Tam Entegrasyon Sağlamış Ülkeler

1. Küba

Küba’da uygulanmakta olan toplum temelli sosyalist sağlık yaklaşımının en büyük özelliği sağlık hizmetlerinin toplumun tamamını kapsamaması ve sağlık hizmetlerinde özel sağlık sektörünün yerinin olmamasıdır. Küba’da entegrasyonun en somut göstergesi ise aile hekimliğinin bölge tabanlı ve gezici sağlık bir hizmeti olmasıdır. Bu hizmet ana-çocuk sağlığı, yaşlı sağlığı, bulaşıcı hastalıklar, çevre sağlığı gibi tüm hizmetleri birarada sunar. İkinci somut göstergesi aile hekimliği ile hastaneler arasında yer alan “Poliklinik” isimli entegre birimlerdir. Bu birimlerde aile hekimleri, uzman hekimler, öğretim üyeleri ve halk sağlığı hekimleri birlikte çalışır. Birinci basamaktaki aile hekimleri ve hemşirelerden oluşan en küçük ekipler (Temel Çalışma Grubu) yaygın ev ziyareti yaparak hizmet sunarlar. 24 saat açık olan aile hekimliği merkezlerinde birden fazla Temel Çalışma Grubu vardiyalı olarak çalışır. Her 15-20 Temel Çalışma Grubu ise bir “Grup Sağlık Ekibi”ne bağlıdır. Grup sağlık ekibinin içinde dahiliye, kadın doğum, pediatri, geriatri, psikiyatri uzmanları bulunur. Ayrıca sosyal hizmet çalışanları, hemşireler, ebeler ve teknisyenler vardır (8,9). Bu ekipler Poliklinik adı verilen birimlerde hizmet sunarlar.

2. Finlandiya

Finlandiya’da toplum birinci basamakta çoğunlukla aşağıdaki 2 kurumdan birisini seçer (10):

Davetli Konuşma

- Sağlık Merkezleri (büyük çoğunluk bu yolu seçer)
- İş Sağlığı Merkezleri (sadece işverenin anlaşma yaptığı yerlerde ve ilgili işçilerin bu hakkı vardır)

Sağlık Merkezleri; ayaktan tedavi, koruyucu tedavi, ağız-diş sağlığı, anne, çocuk ve okul sağlığı, aile planlaması, cinsel sağlık, mental sağlık, kazalardan korunma, fizyoterapi, bağımlılıkla mücadele, evde bakım ve iş sağlığı gibi hemen hemen tüm toplumsal alanlarda hizmet vermektedir. Sağlık merkezlerinde çalışan personelin sayısı ve türü, sağlık merkezlerinin bölge, nüfus ve yerel şartlarına göre farklılık gösterebilir. Personel genellikle Genel Pratisyen (GP), bazen uzman hekim, hemşire, halk sağlığı hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist, diş hekimi, psikolog ve idari personelden oluşur. Bu merkezlerde tam bir entegrasyon mevcuttur ve halk sağlığı hizmetleri ile aile hekimliği hizmetleri bir arada sunulur. Sağlık Merkezleri 2011 yılına kadar bölge tabanlı olarak çalışmıştır ve hizmet bölgeleri genellikle 15000-25000 dolayında bir nüfusla sınırlıdır. Hasta ilk başvurusunu kendi yaşadığı bölgedeki en yakın sağlık merkezine yapar. Ancak bu uygulama 2011 yılında değiştirilerek aynı bölgedeki sağlık merkezlerinden başka birisini de seçebilme hakkı verilmiştir (7,10).

Finlandiya'da uygulanmakta olan entegre hizmet yaklaşımının en önemli başarısı North Karelia Projesi olmuştur. 1971 yılında başlayan uygulama ile sigara kullanımını azaltmak, kolesterol düşürücü diyet, kan basıncı düşürücü davranışlar (ilaç kullanılmadan) tamamıyla yaşam tarzında değişimlerle başarılı ve WHO tarafından örnek olarak gösterilmiştir (11). Finlandiya halen ülke örnekleri içinde Küba'dan sonra en toplum yönelimli sağlık hizmeti sunan ülkelerden birisi olarak kabul edilmelidir. Sağlık reformları çalışmalarından son yıllarda oldukça etkilenmiş olsa da halen çok güçlü, entegre ve toplumla kaynaşmış bir birinci basamak sağlık hizmeti yönetimi vardır.

II-Kısmen Entegrasyon Sağlamış Ülkeler

1. İngiltere

İngiltere'de birinci basamak sağlık hizmetlerinde bölge sağlık yönetimi için 1990'larda Birinci Basamak Tröstleri (Primary Care Trusts-PCT) kurulmuştur. Bu yapıya GP hizmetleri dışında akıl sağlığı, yaşlı sağlığı ve halk sağlığı hizmetleri de bağlanmış ve kısmi bir entegrasyon sağlanmıştır (7,12). Dolayısıyla İngiltere'de entegre bölge sağlık yönetimi iki ayrı grup tarafından yürütülür:

Birinci grupta GP yoktur. Sağlık hizmetleri kıdemli hemşire, gezici hemşire, okul hemşiresi, okul diş sağlığı görevlisi, kıdemli ebe-hemşireler, konuşma eğitimcileri, ayak bakımçıları ve sosyal çalışmacılar tarafından sunulur. Sosyal çalışmacılar adölesan gebeliklerde ortaya çıkan sorunlar, eşitsizliklerle mücadele ve benzeri sosyal sorunlarda önemli bir rol üstlenir (13). Toplum yönelimli çalışan bu ekip genellikle evlerde bebek, 5 yaş altı çocuk, gebe, lohusa izlemi yaparlar. Gerekirse izledikleri grubu GP veya Toplum Ruh Sağlığı Merkezine yönlendirebilirler. Gezici hemşirelerse (health visitors) evde yaşlı bakımı ve ameliyat sonrası evde bakım hizmetlerini verirler. Toplum sağlığı çalışanları gerekirse bu çalışmalarını randevu vererek sağlık merkezinde de yapabilirler. Entegre TOYS uygulamalarının üç odak noktası vardır: bağışıklama çalışmaları, sağlığı geliştirme çalışmaları (sigara bıraktırma, alkol bağımlılığı, obeziteyle mücadele vb) ve sağlık eşitsizliklerini azaltmak. Bu alanda üstte belirtilen sağlık çalışanları dışında halk sağlığı uzmanları, halk sağlığı konsültanları, sosyal bilimciler, öğretmenler vb geniş bir meslek grubundan da yararlanır (7,14).

İkinci grupta ise kişiye yönelik koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini veren GP ve GP hemşireleri vardır. Bu gruba yapılan başvuruların yaklaşık üçte ikisi GP veya GP Gruplara üçte biri ise doğrudan hemşirelere yapılır. Hemşireler çoğunlukla hekim tarafından tanısı konmuş kronik hastaların izlemine yaparlar. İngiltere'de bu iki grubun dışında PCT ile sözleşme yaparak çalışan diş hekimleri, optisyenler, diyetisyenler, fizyo terapistler vb sağlık hizmetleri de sunulmaktadır (7,12). Bazı toplum yönelimli hizmetler de (aşılama, kanser taramaları, eğitim vb) halk sağlığı ekibi tarafından GP'lerle birlikte yürütülür.

Görüldüğü üzere İngiltere entegre sağlık hizmetleri açısından Finlandiya ve Küba'ya göre daha az entegre bir ülkedir. 1988 yılında yayınlanan Acheson Raporu bu konudaki tehlikeye dikkat çekmiş ve entegrasyonun sağlanması için bölgesel olarak halk sağlığı yöneticileri atanması gerektiğini dile getirmiştir (7,15). Halk sağlığı yöneticilerinin özellikle bulaşıcı hastalıklar, salgınlar gibi durumlardaki rolü ve bölge çevre sağlığı birimiyle işbirliği çok önemlidir.

Davetli Konuşma

2. İspanya

İspanya sağlık sisteminin en büyük özelliği 2002 yılında tamamlanan ve 17 bölgeden oluşan oldukça desantralize bir sisteme sahip olmasıdır. Sağlık hizmet sunumunda ise birinci basamakta GP'ler yer alır. GP'ler bölge yönetimleri ile sözleşme imzalayarak çalışırlar ve ekiplerinde uzman hekim (pediatrist), hemşire, ebe, sosyal hizmet uzmanı vb sağlık personeli de bulunur. Halk sağlığı hizmetleri ise GP hizmetleriyle kısmen entegredir. Sigara, alkol bırakma programları, aşılamalar, kanser tarama programları, sağlık eğitimleri, hipertansiyon ve diyabette sekonder korunma gibi toplum yönelimli halk sağlığı uygulamaları bir çok bölgede GP'lerle birlikte entegre olarak sunulur (16). Entegrasyonun en iyi olduğu bölgelerden birisi olan Katalonya Bölge Sağlık Departmanında GP'lerle birlikte çocukluk çağı obezitesiyle mücadele, yaşlılarda bağımlılık, adölesanlarda sağlık riskleri, hasta eğitimleri, akıl sağlığı, sağlıklı yaşam stili, yaşlılarda düşme, göçmen sağlığı, alkol bağımlılığı, öz bakım, okul devamsızlığı gibi konularda entegre sağlık hizmetleri ve TOYS uygulamaları yapılmıştır (17,18).

3. İtalya

İtalya sağlık sistemi de desantralize ve yurttaşlık temelli bir sağlık sistemine sahiptir. Birinci basamakta genel pratisyen, pediatrist ve uzman doktorlar çalışır. Akut/kronik hastalık yönetimi, sağlığı geliştirme, sağlık eğitimi, evde tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri, gezici hizmetler, akıl sağlığının korunması, yaşlıların korunması ve kronik dejenaratif hastalıklara yönelik verilen hizmetler ön plandadır. Halk sağlığı hizmetleri açısından her Yerel Sağlık Biriminin sağlığı geliştirme ve koruyucu sağlık hizmetleri bölümü vardır. Bu birimler hijyen, bulaşıcı hastalıklar, sağlığı geliştirme, sağlık eğitimi, çevresel tehlikelerin önlenmesi, gıda kontrolü, sağlıklı beslenmenin izlenmesi, meslek hastalıkları ve kazaların önlenmesi ve veteriner hekimlik hizmetleri (hayvan sağlığı, gıda sağlığı ve güvenliği) sunarlar. Hizmetler birinci basamakta kısmi bir entegrasyon içerir. İtalya'da sağlık ve sosyal hizmetlerin entegrasyonu yapısal, kültürel ve ekonomik nedenlerden dolayı karmaşık ve parçalı bir yapıya sahiptir. Entegrasyon daha çok iki alanda vardır (19):

- Yaşlı sağlığı ve evde bakım hizmetleri: Muayene olmaya gelemeyen, terminal dönemde ve birden çok hastalığı bulunan hastalara yöneliktir. Ayrıca hastaneden yeni taburcu olmuş yaşlılara yönelik evde bakım hizmetleri vardır. Planlamanın yapıldığı Yaşlı Değerlendirme Birimine bağlı olarak hizmetler sunulmaktadır.
- Sağlık ve sosyal hizmetlerin entegrasyonu: Entegre bakım yoluyla uzun süreli bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin yerine getirilmesine yönelik her türlü faaliyetlerdir. Sosyal Hizmet uzmanlarıyla birlikte sunulur.

4. Belçika

Belçika sağlık sistemi de zorunlu sosyal sigorta ile (risk temelli) finanse edilen, desantralize bir sistemdir. Federal Bölgeler sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumludur. Birinci basamakta çalışan GP'ler henüz pilot uygulama aşamasında olan kısmi bir entegrasyon uygulaması yaparlar. Bu entegrasyon şimdilik kronik hastalığı olan hastaların uzun süreli evde izlemi (Diabetes Mellitus ve Kr Böbrek Yetmezliği), onkolojik tedavilerde evde izlem, evde bakım (iv uygulamalar), fizyoterapi ve doğum sonrası evde izlemler için uygulanmaktadır (20). Ağız diş sağlığı ve Tek Sağlık gibi halk sağlığı hizmetleri ise henüz birinci basamağa entegre olmamıştır.

5. İsrail

İsrail sağlık sistemi Türkiye gibi aşırı merkezi bir sistemle yürütülen, finansmanı ise çoğunlukla sosyal sigorta ile sağlanan bir ülkedir. 1990'lı yıllarda başlatılan reform çalışmaları ile desantralizasyon ve halk sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılmasını sağlamaya çalışmaktadırlar. Birinci basamakta çoğunlukla pratisyen hekimler çalışmakla birlikte, uzman hekim sayısı da oldukça fazladır. Birinci basamakta entegrasyon ve toplum yönelimli sağlık uygulaması aile hekimlerince kısmen uygulanabilmektedir. Bu alanda özellikle hemşireler sağlık eğitimi, kırsal alanda gezi vb oldukça yoğun bir hizmet sunmaktadır (7,21).

Toplum yönelimli sağlık hizmetleri için merkezi olarak bakanlığa bağlı halk sağlığı uzmanları hizmet sunmaktadır. Bu hizmetler çevre sağlığı, salgınlarla mücadele, toplumsal bağışıklamalar, tarama programları,

Davetli Konuşma

toplum eğitimleri ve sağlığı geliştirme çalışmalarıdır. Ayrıca üniversitelerin halk sağlığı bölümlerince yürütülen TOYS pilot çalışmaları vardır. Özellikle 1970'lerden beri Hadassah Üniversitesi önderliğinde yürütülmekte olan TOYS yaklaşımı yaklaşık 50 yıllık bir deneyime sahip olmuş ve bu alanda birçok yayınlara bunu kanıtlamış durumdadır (7,22,23). İsrail'de entegrasyon kısmen sağlanabilmiş durumdadır.

6. Almanya

Almanya'da halk sağlığı hizmetleri eyaletler ve belediyeler tarafından gerçekleştirilir. 16 eyaletten oluşan Almanya Federal Cumhuriyeti'nde 350 Halk Sağlığı Departmanı bulunmaktadır (24). Ancak Batı Avrupa ülkelerinin çoğunda görülen sorun burada da vardır ve halk sağlığı hizmetleri birinci basamak aile hekimliği hizmetleriyle tam olarak entegre değildir. Eyaletlerin sunduğu toplum yönelimli hizmetler bulaşıcı hastalıklar, salgınlarla mücadele, çevre sağlığı, sağlık eğitimi, sağlığı geliştirme, iş sağlığı, gıda-ilaç denetimi, toplum yönelimli psikiyatri hizmetleri ve okul sağlığı hizmetlerini kapsamaktadır. Son yıllarda artık sigorta fonlarının da kabul etmesiyle birlikte yasal bir zorunluluk olarak kanser taramaları ve bağışıklama hizmetleri de aile hekimleri tarafından halk sağlığı hizmetleriyle kısmen entegre olarak verilmektedir. Almanyadaki toplum yönelimli halk sağlığı hizmetleri çocuk ve ergen sağlığı, kronik hastalıklar, çevre sağlığı ve ruh sağlığı hizmetleri olmak üzere 4 ana başlıkta toplanabilir (7,24):

- a) Çocuk ve ergen sağlığı hizmetleri:** Multidisipliner bir ekip tarafından planlanır ve sağlanır. Bu ekipte, sosyal hizmet uzmanı, sosyal pediatrist, halk sağlığı uzmanı, halk sağlığı çalışanları, psikolog ve yeni doğan uzmanı bulunur. Sağlık eğitimi, sağlık danışmanlığı ve aşılama hakkında bilgilendirmeler yapılır. Özellikle çocuk ve ergenler için toplum tabanlı psikiyatri hizmetleri de halk sağlığı departmanları tarafından verilmektedir. Davranış problemleri, gelişme bozuklukları, madde kullanımı, aile içi şiddet, akran şiddeti, istismar, işitme bozuklukları ve uyku bozukluklarının erken tespiti, önlenmesi ve kontrolünü sağlar. 18 yaşına kadar ağız ve diş sağlığı taramaları ve danışmanlık hizmeti de vermektedir. Çocuk ve ergen sağlığı hizmetlerinde işitme taramaları önemli bir yer tutar. Eyaletlerin halk sağlığı departmanları yeni doğan işitme taramalarından sorumludur.
- b) Yetişkin sağlığı hizmetleri:** Sağlığın geliştirilmesi, sağlık eğitimi, sağlıklı yaşam stilleri, cinsel sağlık ve aile planlaması hizmetleri bu başlık altında verilir. Engelli bireyler, kronik hastalar ve yaşlılar için dayanışma ve danışma birimleri bulunur, sosyal çevrede hareketi kısıtlı ve sosyalleşme olanağı az olan bu bireyler için dayanışma grupları oluşturulur ve belli zamanlarda bir araya gelmeleri sağlanır. Cinsel sağlık ve aile planlaması hizmetleri gebelik, doğum ve aile planlaması yöntemleri hakkında bilgilendirme, sağlıklı annelik danışmanlığı, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve HIV için tarama, danışmanlık ve tedavi hizmetlerini içerir.
- c) Hijyen ve Çevre Sağlığı Birimi:** Bulaşıcı hastalık kontrolü, gıda hijyeni, anaokulları, konut ve toplu yaşam yerlerinin kontrolü, içme suyu, havuzlar, toplu banyoların, kaplıcaların su analizleri, güzellik merkezleri, kuaför, dövme stüdyoları, iç ortam hava kirliliği, aspest, gürültü ölçümleri ve doktor olmayan sağlık uzmanlarının işlettiği yerlerin (alternatif tıp uzmanlarının işlettiği yerler) denetiminden sorumludur.
- d) Toplum Yönelimli Ruh Sağlığı Hizmetleri:** Psikiyatrik hastalığı olanlar, madde kullanım bozukluğu olanlar, engelli bireyler, kronik hastalığı olan bireyler gibi dezavantajlı gruplar için psikososyal danışmanlıklar verilir, bu bireylere ev ziyaretleri yapılır.

Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin bir kısmı aile hekimleriyle birlikte verilir. Örneğin kadınlar için yılda bir kez servikal kanser taraması yapılması gibi. Gebelik izlemi de yine aile hekimleri tarafından yapılır. Lohusalık içinse ebeler tarafından verilen danışmanlık hizmeti ancak talep edildiği halde verilmektedir. Bebek ve çocuklar için de 6 yaşına kadar zorunlu izlem programı vardır. Bu hizmetlerden de aile hekimleri sorumludur. Çocukların sağlığının korunması, geliştirilmesi ve izlenmesi yalnızca anne ve babaların sorumluluğuna bırakılmaz. İzlem programına uymayan aileler özel olarak oluşturulmuş hizmet alması için iletişim kurulmaktadır. Bu hizmetler entegre olarak yürütülür.

III- Entegrasyonun Olmadığı Ülkeler

1. Hollanda

Davetli Konuşma

Hollanda desantralize yönetim yapısı ve sosyal sigorta uygulaması ile bilinen başarılı bir örnektir. Halk sağlığı hizmetleri ile birinci basamak sağlık hizmetleri ise birbirinden tamamen ayrı örgütlerle sunulur ve entegrasyon yoktur. Birinci basamakta GP'ler kişiye yönelik hizmetleri sunarken, toplum yönelimli sağlık hizmetlerini Ulusal Halk Sağlığı Enstitüsüne bağlı Toplum Sağlığı Merkezleri (GGD) sunar. Hollanda'da toplam 25 toplum sağlığı merkezi (GGD regions) bulunmaktadır. Nüfusları 250.000-1.2 milyon arasındadır. GGD yönetimi sağlık bakanlığında değil belediyelerdedir (desantralizasyon). Bu merkezlerde diğer ülkelerden farklı olarak bebek, çocuk izlemi, bağışıklama hizmetleri aile hekimleri tarafından değil Toplum Sağlığı Merkezleri tarafından sunulmaktadır. Ayrıca çevre sağlığı, bulaşıcı hastalıklarla savaş, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, uyuşturucu ile mücadele, okul sağlığı, sağlık eğitimi vb. hizmetler sunulmaktadır. Bir önemli farklılık da ambulans hizmetlerinin de Toplum Sağlığı Merkezlerine bağlı olmasıdır (7,25).

Hollanda'da halk sağlığı, iş sağlığı, okul sağlığı hizmetleri ve enfeksiyon hastalıkları kontrolü gibi alanlarda yerel değil ulusal bir politika izlenmektedir. Bölgesel halk sağlığı politikaları acil sağlık hizmetleri ve ambulansalar da dahil olmak üzere obezite, alkol, sigara, doğum sonrası bakım hizmeti (ebeler tarafından gerçekleştirilen ev ziyaretleri) ve gençlik sağlık hizmetlerinden oluşmaktadır. Ancak aile hekimi tarafından sunulan sağlık hizmetleri ve hastane bakımı, halk sağlığı uygulamaları ile koordineli değildir. Çocukların aşılınması ve izlem, halk sağlığı profesyonelleri tarafından tedavisi ise aile hekimi veya pediatrist tarafından yapılmaktadır. Halk sağlığı uzmanları, tüm çocuklara koruyucu sağlık hizmeti sunarken; pratisyen hekimler çocukların %5-10'unu görmektedir (7,25).

Hollanda'da gebe izlemine kadın doğum uzmanları veya doğrudan sağlık sigortası üzerinden maaşı ödenen ebeler tarafından yapılmaktadır. Ebelerin görevi, doğum öncesinde evde tarama hizmetlerinin vermek, çevresel koşulları değerlendirerek güvenilir olduğundan emin olmak, doğumu yaptırmak olarak sıralanmıştır. Halk sağlığı hizmetlerinin, gebe izlemine ise hiçbir müdahalesi bulunmuyor. Bebek doğduğunda, tüm kayıt bilgileri ailenin bağlı bulunduğu belediyeye gönderiliyor ve toplum sağlığı merkezi bebeğin verilerini belediyelerden elde etmektedir. Ancak toplum sağlığı merkezinin gebelik izlemine müdahalesi olmamasına rağmen; eğer gebenin bebek için risk teşkil edebilecek ruhsal/ fiziksel bir sorunu olması durumunda; detaylı araştırma yapılmasında görevi bulunmaktadır. Çocuk, okul çağında psikiyatrik, cinsel ya da herhangi bir tür sorun yaşarsa, sorunun asıl nedeni yine toplum sağlığı merkezi aracılığıyla araştırılmaktadır (7,25).

Ev içi şiddet ve çocuk, yaşlı suistimali sorunları içinde ihbar hattı tel ve internet üzerinden bildirim mümkündür. Toplum sağlığı merkezi ve çocuk koruma merkezi bu olaylarla karşılaşmış vakaları 1 yıl takip etmektedir. Ekte pediatrist-sosyal çalışmacı- gençlik sağlık merkezi çalışanları bulunmakta ve çocukla ilgili bir ihbar alındığında aileden izin almaksızın gereken işlemler yapılmaktadır (7,25).

Hollanda'da hizmet basamaklandırılmış ve sevk zinciri kurulmuştur. Ancak halk sağlığı hizmetleri ile aile hekimliği hizmetleri tamamen birbirinden ayrıdır ve entegrasyon sorunu vardır. İlginç bir şekilde bu durum toplum yönelimli sağlık hizmetlerini kötü yönde etkilememiştir. Hollanda'da sağlık sistemi oldukça güçlü bir toplum yönelimi içerir.

2. ABD

Amerika Birleşik Devletleri (ABD), birinci basamak sağlık hizmetleri kişilerin bireysel ya da işyeri grup sigortaları üzerinden anlaşmalı hekimlerce yürütülür. Bu hekimler aile hekimi uzmanı olabileceği gibi diğer uzmanlık dallarından da olabilir. Hastalar şikayetlerine göre anlaşmalı hekim listesinden diledikleri hekime veya hastaneye baş vurabilirler. ABD'de koruyucu sağlık hizmetleri, gebe, bebek izlemleri gibi uygulamalar uzun yıllar parası olmayanlara yapılan yardımlar ve hayırsever kuruluş çalışmaları ile sınırlı kalmış, eyaletlerin bu tip hizmetleri üstlenmesi ancak 1960'lı yıllarda gerçekleşebilmiştir (7,26). Halen bu tip koruyucu hizmetler eyaletlerdeki halk sağlığı kurumları tarafından ve daha çok sigortası olmayan yoksullara yönelik olarak verilmektedir. Sigorta poliçesi bu tip hizmetleri kapsayanlar ise hizmeti kendi anlaşmalı kurumlarından almaktadır.

ABD sağlık sisteminde toplum yönelimli sağlık bakışı oldukça zayıftır. Bu hizmetlerle birinci basamak hekimleri ve sigorta firmaları ilgilenmez. Toplum yönelimli sağlık hizmeti sunan iki temel yapı vardır. Birinci grup federal hükümet düzeyinde hizmet sunan kurumlardır. Bunlar CDC, NIH, FDA gibi yapılardır (27). İkinci grup eyaletlerin

Davetli Konuşma

halk sağlığı departmanlarıdır. Bu yapılar iş sağlığı, çevre sağlığı, okul sağlığı, bağışıklama, salgınlarla mücadele gibi hizmetleri yönetirler. Tüberküloz, cinsel yolla bulaşan hastalıklar gibi bulaşıcı hastalık taramalarını yaparlar, sağlığı geliştirme programları uygularlar (7,28). ABD’de en önemli sorun toplum yönelimli sağlık hizmetlerinin birinci basamakla entegre olmak yerine daha çok eyaletlerle federal düzey arasında entegre olmaya çalışmasıdır. Bu durum da uygulamada birinci basamakta toplum aleyhine bazı sorunlar yaratmaktadır.

Sonuç: Bu sunumda ele alınan ülke örneklerinde de görüldüğü üzere çeşitli ülkelerin entegre sağlık hizmeti sunumu ile ilgili yaşadığı deneyimlerin ve uygulamaların pek çok farklılıklar içerdiği görülmektedir. Ancak modelin uygun bir şekilde uygulanması halinde toplumun genel sağlık durumunun iyileştirilebileceği anlaşılmaktadır. Ayrıca TOYS bölge yönetiminin de entegrasyonla yakından ilişkili olduğu görülmektedir (7,29). Çoğu ülke sağlık sistemlerinde halk sağlığı ile aile hekimliği hizmetlerini entegre etmeye çalışmaktadır. Hollanda, ABD, Türkiye örnekleri hariç bir çok ülkede kısmi bir entegrasyon sağlanmış durumdadır. Bu durum sağlık alanında politika yapımcıların ve sağlık yöneticilerinin dikkatine özellikle ve her fırsatta sunulmalıdır. Bu yaklaşımlar şüphesiz sağlık sistemleri için gelecek yıllarda büyük önem kazanacaktır. Bu yeni dönemde halk sağlığı ile tıbbın diğer dalları (dahili, cerrahi, temel tıp) ve sosyal bilimler (sosyoloji, antropoloji, ekonomi, politika vb) arasındaki bağı güçlendirmek için de ortak bir stratejinin geliştirilmesi gerekmektedir (30).

Kaynaklar

1. WHO. Alma-Ata 1978, Primary Health Care, Health for All series no:1, Geneva, Switzerland, 1978.
2. WHO. The World Health Report 2008, Now More Than Ever. Geneva, Switzerland, 2008.
3. Kılıç B. Alma-Ata’dan 30 yıl sonra gelinen nokta:Temel sağlık hizmetleri kavramı değişti. VI. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu, Sempozyum kitabı içinde, sayfa:2-7, İzmir, 2009.
4. Shi L. The Impact of Primary Care: A Focused Review. Hindawi Publishing Corporation Scientifica 2012:22.
5. Kılıç B, Ünal B. (editörler) Toplum Yönelimli Sağlık: TOYS. Halk Sağlığı Araştırmaları Derneği Yayınları, Yayın no: 2019/1, EMA Tıp Kitabevi, 275 sayfa, İstanbul, 2019.
6. Kılıç B. Değişen Dünyada 21. yy Sağlık Politikaları. Piyal B, editör. 21. yy.da Halk Sağlığı: Değişen Dünya, Değişen Sorunlar. Türkiye Klinikleri, 2019, pp:21-28.
7. Kılıç B. Toplum Yönelimli Bölge Sağlık Yönetiminde Ülke Örnekleri. Türkiye Klinikleri, Eser E (editör), Bölge Sağlık Yönetimi, Haziran 2021, pp:27-35.
8. Whiteford L, Branch LG. Primary Health Care in Cuba. Rowman&Littlefield Publishers, 2008, USA.
9. Kath E. Social Relations and the Cuban Health Miracle. Transaction Publishers, 2010, USA.
10. Keskimäki I, Tynkkynen LK, Reissell E et al. Finland: Health system review. Health Systems in Transition. Volume 21, No:2, WHO European Observatory on Health Systems and Policies, 2019.
11. WHO. Chronic Diseases and Health Promotion: Community Based Programs, North Karelia Project.
12. İnternet ulaşma adresi: https://www.who.int/chp/about/integrated_cd/index2.html
13. Dinç G. Birleşik Krallık Sağlık Sistemi. Celal Bayar Üniversitesi Matbaası, 2009, Manisa.
14. Aksakoğlu G, Giray H. Birleşik Krallıkta Ulusal Sağlık Hizmetinin Öyküsü. Toplum ve Hekim, c:21, 2006(5-6): 335-343.
15. Cylus J, Richardson E, Findley L et al. United Kingdom: Health system review. Health Systems in Transition. Volume 17, No:5, WHO European Observatory on Health Systems and Policies, 2015.
16. Baggott R. Public Health:Policy and Politics. Macmillan Press Ltd, 2000, GB.
17. Bernal-Delgado E, García-Armesto S, Oliva J, Sánchez Martínez FI, et al. Spain: Health system review. Health Systems in Transition. Volume 20, No:2, WHO European Observatory on Health Systems and Policies, 2018.
18. Gofin J, Foz G. Training and application of Community Oriented Primary Care through family medicine in Catalonia, Spain. International Family Medicine, 2008, vol:40, No:3:196-201.
19. Gofin J, Gofin R. Essentials of global community health. APHA press, Essential Public Health, Jones&Bartlett Learning, Sudbury, MA, 2011, USA.

Davetli Konuşma

20. Ferre F, Belvis AG, Valerio L et al. Italy: Health system review. *Health Systems in Transition*. Volume 16, No:4, WHO European Observatory on Health Systems and Policies, 2014.
21. Gerkens S, Merkur S. Belgium: Health system review 2020. *Health Systems in Transition*. Volume 22, No:5, WHO European Observatory on Health Systems and Policies, 2020.
22. Rosen B, Waitzberg R, Merkur S. Israel: health system review. *Health Systems in Transition*. Volume 17, No:6, WHO European Observatory on Health Systems and Policies, 2015.
23. Abramson JH, Gofin J, Hopp C, Schein M, Naveh P. The CHAD Program for the control of cardiovascular risk factors in a Jerusalem community: A 24 year retrospect. *Israel Journal of Medical Sciences* 1994, 30: 108-119.
24. Epstein L, Gofin J, Gofin R, Neumark Y. The Jerusalem Experience: Three decades of service, research, and training in Community Oriented Primary Care. *American J of Public Health*, 2002, vol:92, No:11:1717-1721.
25. Busse R, Blümel M. Germany: health system review. *Health Systems in Transition*. Volume 16, No:2, WHO European Observatory on Health Systems and Policies, 2014.
26. Kroneman M, Boerma W, van den Berg M et al. The Netherlands: health system review. *Health Systems in Transition*. Volume 18, No:2, WHO European Observatory on Health Systems and Policies, 2016.
27. Bodenheimer, TS; Grumbach K. *Understanding Health Policy*. Appleton&Lange Press, Connecticut, 1995, USA
28. Institute of Medicine. *For the Public's Health: Investing in a healthier future*. The National Academies Press, Washington DC, USA, 2012.
29. Rice T, Rosenau P, Unruh LY, Barnes AJ, Saltman RB, van Ginneken E. United States of America: Health system review. *Health Systems in Transition*. Volume 15, No:3, WHO European Observatory on Health Systems and Policies, 2013.
30. Maeseneer J. *Aile Hekimliği ve Birinci Basamak*, Çeviri Editörü: Mehmet Akman, TAHEV Yayın No:6, 2018, İstanbul.
31. Gostin L, Jacobson PD, Record KL, Hardcastle LE. Restoring health to health reform: Integrating Medicine and Public Health to advance the populations well-being. *University of Pennsylvania Law Review*, 2011, Vol. 159: 1777-1823.

Davetli Konuşma

TÜRKİYE'DE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE UZAKTAN SAĞLIK HİZMET SUNUMU

Uzm. Dr. Banu EKİNCİ

Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Dünyada en sık görülen, en fazla ölüme ve engelliliğe neden olan bulaşıcı olmayan hastalıklara (kalp ve damar hastalıkları, kanserler ve kronik hava yolu hastalıkları) bağlı erken ölümlerin 2025 yılına kadar %25 azaltılması ülkemizin bulaşıcı olmayan hastalıklarla ilgili temel hedefidir.

2014 yılında DSÖ iş birliğinde “Sağlık Sistemindeki Engeller ve Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarda Daha İyi Sonuçlar Almaya Yönelik Yenilikler Ülke Değerlendirmesi” raporu hazırlanmış, sağlık sistemi cevabının iyileştirilmesi amacıyla bulaşıcı olmayan hastalıklarda aile hekimliği rolünün artırılması politika önerisi oluşturulmuştur.

Bulaşıcı olmayan hastalıklar için birinci basamak sağlık hizmetlerinde tarama ve izlem standartlarının belirlenmesi, standartların uygulanması için hizmet içi eğitimlerle farkındalığın artırılması, entegre sağlık hizmet sunumu için ekiplerin oluşturulması, entegre sağlık hizmet sunumunun izlenebilmesi için yeni bir yazılım modeli oluşturulması ve genel uygulamada yer alması için aile hekimlerinin performans ödemelerine eklenmesi stratejik plan hedeflerimizde mevcuttur.

Aile hekimleri ve Sağlıklı Hayat Merkezi çalışanlarının (diyetisyen, fizyoterapist, sosyal çalışmacı ve psikolog) ekip halinde ve standartlara uygun olarak, kronik hastalığı olan bireyleri izlemesi gerekmektedir. Kronik hastalığı olan bireylerin medikal tedavisi ile eş zamanlı olarak yaşam tarzı değişikliklerinin (birey ve grup çalışmalarıyla kilo kontrolü, sigara bırakma, sağlıklı beslenme vb.) uygulanması sağlanarak semptom ve bulguların kontrol altına alınma oranının artırılması beklenmektedir. SHM’ de görevli vaka takipçileri ile hastanın planlanan tedaviye uyumunun artırılması öngörülmüştür.

Pandeminin sağlık etkileri incelendiğinde akut dönemde COVID-19’a bağlı erken ölümler ve morbidite ön plana çıkarken kaynak kısıtlılığının covid dışı acillere etkisi de görülmüştür. Kronik hastalığı olan bireylerin hizmete erişiminde yaşanan aksamaların olumsuz etkisine ilaveten psikolojik travmalar ve ekonomik kayıplar da pandemi süresi uzadıkça karşılaştığımız sorunlar arasında yerini almıştır (1).

DSÖ tarafından pandemi sürecindeki sağlık hizmetlerinin değerlendirdiği ve Mayıs-Temmuz 2020 tarihlerinde yapılan bir araştırmaya göre pandemi döneminde ülkelerin yaklaşık %90’ında temel sağlık hizmetlerinde farklı boyutlarda aksaklıklar yaşandığı bildirilmiştir. Bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik hizmetler de pandemi şartlarında olumsuz etkilenmiştir. Bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik hizmetlerin aksamasına yol açan nedenler arasında elektif hizmetlerin iptal edilmesi, toplum taramalarının ertelenmesi, sağlık tesislerine erişim zorlukları ve toplu taşıma kısıtlamaları, sağlık çalışanlarının pandemi servislerinde yoğun olarak çalışması, temel ilaçlara, kişisel koruyucu ekipmanlara ve sağlık ürünlerine erişim zorlukları yer almıştır (2).

Ülkemizde pandemi öncesi ve pandemi sırasında yapılan TURKMI çalışmasına göre; göğüs ağrısı olan bireyler pandemi öncesinde 30 dakika evde bekledikten sonra acil çağrı merkezini aramış, 15 dakika içinde ambulans hastaya ulaşmış, acil serviste işlemler 20 dakika sürmüştü ve balon uygulama süresi 35 dakika olarak tespit edilmiştir. Pandemi sırasında ise göğüs ağrısı olan bireyler 90 dakika evde bekledikten sonra acil çağrı merkezini aradığı belirlenmiş, pandemiye rağmen ambulansın hastaya erişimi, acil servis ve balon uygulama sürelerinin pandemi öncesi sürelerle aynı kaldığı tespit edilmiştir. Ancak hastanın virüs bulaşması korkusuyla 60 dakika evde beklemesi miyokard hasarını önlemede hayati önemi olan dakikaların kaybedilmesine neden olmuştur (3).

Pandemi döneminde sağlık hizmetlerinde karşılaşılan aksaklıklara çözüm olarak; tele-tıp hizmetleri, sağlık çalışanlarının rol dağılımının değiştirilmesi, yeni ilaç temin yöntemlerinin uygulanması, triaj uygulama ve pandemi hastaneleri ile diğer hizmetlere yönelik sağlık tesislerinin ayrılması vb. birçok yeni uygulamayı

Davetli Konuşma

hayata geçirmiştir (3).

Uzaklığın önemli bir faktör olduğu yerlerde sağlık hizmetlerinin bilgi ve iletişim teknolojileri kullanılarak sunulması ve bu teknolojilerin hastalık ve yaralanmaların önlenmesi, tanı ve tedavisi, araştırma ve değerlendirmelerin yapılması ile birlikte sağlık hizmeti sunanların devamlı eğitimi gibi farklı amaçlarla kullanılması tele tıp olarak tanımlanmıştır (4). Ülkemizde tele tıp kavramı daha çok teleradyoloji uygulamaları ile örtüştürüldüğü için uzaktan sağlık hizmeti kavramı genel adlandırma olarak kullanılmaktadır.

Uzaktan sağlık hizmet sunumunun etkinliği incelendiğinde 2010 yılında yayınlanan bir derlemede; telefon ile müdahale, videokonferans ile görüşme, internet ile iletişim ve mesajları içeren uzaktan sağlık hizmetleri ile astım hastalarında hastane yatışlarında azalma meydana geldiği sonucuna ulaşılmıştır (5). 2014 yılında yayınlanan bir derleme ve meta-analizde ise Tip 2 diyabeti olan hastalarda uzaktan sağlık hizmet uygulamaları ile HbA1C düzeyinde az ama istatistiksel olarak anlamlı bir azalma sağlandığı sonucuna ulaşılmıştır (6).

2017 yılında yayınlanan bir derlemede uzaktan sağlık hizmet uygulamalarının kronik kalp hastalıklarının yönetimindeki etkinliği incelendiğinde makalelerin %45'inde uzaktan sağlık hizmet uygulamaları ile hastane yatışlarının azaldığı, %40'ında mortalitede azalma izlendiği ve bu uygulamaların maliyet-etkin olarak bulunduğu sonuçlarına ulaşılmıştır (7).

Sağlık Bakanlığı tarafından bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik kronik hastalık izleminin sistematik hale getirilmesi ile aile hekimlerinin kronik hastalıkların teşhisi ve takibinde daha fazla yer almasının sağlanması, birçok vakanın aile hekimlerince teşhis edilip yönetilmesi, daha karmaşık vakaların ise uzmanlara sevk edilmesi ve uzman hekimlerin daha karmaşık vakalara yoğunlaşmasına imkan verecek, birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik standart takip ve tedavi algoritmalarının oluşturulması amaçlanmıştır.

Uzaktan sağlık hizmeti sunumu, sağlık hizmetlerinin kalitesinin ve kapsayıcılığının artırılmasının yanı sıra COVID-19 benzeri öngörülemez ve sağlık hizmetlerinde kesinti ve aksaklıklara yol açarak kısa /uzun vadede toplum sağlığını olumsuz yönden etkileyebilecek durumlarda da sağlık hizmeti sunumunda sürdürülebilirliğin sağlanmasına yönelik önemli bir seçenek oluşturmaktadır.

COVID-19 Pandemisi sürecinde sağlıklı bireylerin akut/kronik sağlık hizmeti talebinde (hastane ve acil servis başvuruları ile yatışlarda ve birinci basamak sağlık hizmeti talebinde azalma) azalma meydana geldiği için kronik hastalığı olan bireylere uzaktan sağlık hizmetine erişim konusunda ve sağlık çalışanlarına ise uzaktan sağlık hizmeti sunumu konusunda bilgi ve tecrübe kazandırılması ihtiyacı hasıl olmuştur.

DSÖ ile ortak hazırlanan proje ile sağlık hizmetlerine erişimini arttırmak, hastalıklarının öz yönetimini arttırmak, sağlık kuruluşlarındaki fiziksel başvuru yoğunluğunu azaltarak COVID-19 benzeri sağlık tehditlerine karşı hazırlıklı olmak hedeflenmiştir. Proje, 18 yaş üstü kronik hastalığa sahip olan ve 65 yaş üstü yaşlı bireyleri kapsamakta olup, Ankara, Konya ve Samsun illerinde ASM, SHM ve Göçmen Sağlığı merkezleri çalışanları ve hastalar proje kapsamında yer almıştır.

Bakanlığımız tarafından yürütülmekte olan uzaktan sağlık hizmeti çalışmaları kapsamında;

- Sağlık çalışanlarına ve hastalara yönelik 39 eğitim videosu, 22 adet broşür, 2 adet afiş, hastalara ve sağlık çalışanlarına yönelik uzaktan sağlık hizmeti sunumu kılavuzu hazırlanmış ve mevcutta bulunan 19 eğitim videosu ile birlikte web sitesine eklenmiştir (8).
- Uzaktan sağlık hizmeti konusunda kullanımına yönelik yasal altyapının oluşturulmasına yönelik çalışmalar yürütülmüş, Hukuki alt yapı açısından proje danışmanları tarafından kapsamlı bir değerlendirme yapılarak rapor hazırlanmış, uzaktan sağlık hizmetine özel bilgilendirilmiş onam ve aydınlatma metni çalışmaları tamamlanmıştır.
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde uzaktan sağlık hizmeti uygulamalarının randevu alma, sisteme giriş ve sistemin kullanılması için çalışmalar yürütülmüştür.

Davetli Konuşma

- Sağlık çalışanları ve hastalar tarafından uzaktan sağlık hizmeti sistemi (dr e nabız) kullanımının izlemi ve değerlendirilmesi gerçekleştirilmiştir.
- Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü ve Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından Uzaktan Sağlık Hizmet Sunumu Yönetmeliği hazırlanmış ve 10.02.2022 tarihinde yürürlüğe girmiştir (9).
- Eğitilmiş insan kapasitesinin oluşturulması amacıyla belirlenen merkezlerdeki birinci basamak sağlık çalışanlarından (aile hekimi, ebe, hemşire, fizyoterapist, diyetisyen vb.) 199 kişiye yüz yüze ve 154 kişiye online eğitim düzenlenmiştir.
- Eğitim sonrasında başlangıç değerlendirme anketi (Mayıs 2022) ile sağlık çalışanlarının görüşleri alınmış, final değerlendirme anketi (Ağustos 2022) ile tecrübelerini paylaşımları ve sorunları bildirmeleri talep edilmiştir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde uzaktan sağlık hizmeti sunumu modelinin geliştirilmesi ve hedef nüfusun (≥ 18 yaşında olup kronik hastalığı olan bireyler ve sağlık çalışanları) eğitimiyle uzaktan sağlık hizmeti kullanımının sağlanması amaçlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

Kaynaklar:

1. Tseng, D. V. (2020). Victor Tseng. <https://twitter.com/VectorSting>. (Son erişim tarihi: 12.06.2022)
2. Rapid assessment of service delivery for NCDs during the COVID-19 pandemic. WHO, 2020. <https://www.who.int/publications/m/item/rapid-assessment-of-service-delivery-for-ncds-during-the-COVID-19-pandemic> (Son erişim tarihi: 12.06.2022)
3. Erol MK, Kayıkçıoğlu M, Kılıçkap M, Güler A, Öztürk Ö, Tuncay B, et al. Time delays in each step from symptom onset to treatment in acute myocardial infarction: Results from a nation-wide TURKMI registry. *Anatol J Cardiol* 2021; 25: 294-303.
4. Framework for the Implementation of a Telemedicine Service, Pan American Health Organization, 2016. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28414/9789275119037_eng.pdf (Son erişim tarihi: 12.06.2022)
5. McLean S, Chandler D, Nurmatov U, Liu J, Pagliari C, Car J, Sheikh A. Telehealthcare for asthma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010. DOI: 10.1002/14651858.CD007717.pub2 (Son erişim tarihi: 12.06.2022)
6. Zhai YK, Zhu WJ, Cai YL, Sun DX, Zhao J. Clinical- and cost-effectiveness of telemedicine in type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. 2014. DOI: 10.1097/MD.0000000000000312 (Son erişim tarihi: 12.06.2022)
7. Kruse, Clemens & Soma, Mounica & Pulluri, Deepthi & Nemali, Naga & Brooks, Matthew. (2017). The effectiveness of telemedicine in the management of chronic heart disease – a systematic review. *JRSM*. DOI: 10.1177/2054270416681747 (Son erişim tarihi: 12.06.2022)
8. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Uzaktan Sağlık Hizmet Sunumu Projesi Uygulaması, 2022 <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/uzaktan-saglik-hizmeti-sunumu> (Son erişim tarihi: 12.06.2022)

Davetli Konuşma

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE DİJİTAL SAĞLIK

Doç. Dr. Tufan NAYIR

Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi

Sağlık hizmetinin bir ekip işi olduğu halk sağlığının temel anlayışıdır. Bununla birlikte günümüzde birinci basamak sağlık ve bakım hizmetleri bütüncül bir bakış açısını ve sektörler arası daha fazla işbirliğini gerektirmektedir. Özellikle kompleks hastalar ve yaşlılar için sunulacak hizmetlerde daha etkin bir hizmet sunabilmek, hatalardan kaçınabilmek için multidisipliner yaklaşım daha da önem kazanmaktadır. Diğer yandan hastalara veya hastaların sağlık hizmetlerine ulaşımının zor olduğu yerlerde bu multidisipliner yaklaşımın diğer bir deyiş ile disiplinler arası takım çalışmasının kurulması daha da güçleşmektedir. Bu durumda sanal bile olsa bir multidisipliner takım çalışmasının en büyük yardımcısı digital sağlık modelleri olacaktır.

COVID-19 pandemi döneminde ülkeler hastalar ve sağlık personeli arasındaki iletişimin kurulmasının tele-sağlık, email, telefon, text mesajı, giyilebilir cihazlar, sağlık kayıtları, mobil uygulamalar, kişiselleştirilmiş sağlık hizmetleri gibi birçok farklı yolunun olabileceğini deneyimlemişlerdir.

COVID-19 pandemisinin sağlık sistemlerine kazandırdığı başka bir deneyimde özellikle birinci basamak sağlık çalışanları tarafından toplanan salgın bilgilerinin durumu sosyal boyutları ile anlama açısından daha değerli oldukları, sağlık eşitliğini anlamak ve önlemek için politika yapıcılara daha çok döne sağladıklarıdır. Ayrıca birçok ülke savunmasız olanlar da dahil olmak üzere insanlara hizmet etmek için birinci basamak sağlık hizmetlerinin hızlıca dönüştürülebileceğini ve hizmetlerin hızlandırabileceğini görerek daha güçlü birinci basamak sağlık hizmetinin önemini bir kere daha kavramıştır. Ekonomik faydaları yönünden bakıldığında da dünyada, sadece telekonsültasyon hizmetleri ve daha az ölçüde uzaktan hasta izleme ve sohbet robotları tarafından yönlendirilen teletıp kullanımının 2025 yılına kadar küresel sağlık sektörünü 21 milyar dolar tasarruf ettirebileceği beklenmektedir.

Birinci basamakta dijital sağlık hizmet sunumu özellikle, hassas gruplar, kırsalda yaşayanlar, kalabalık bekleme odalarında beklemek istemeyenler, ulaşım maliyeti sorunu olanlar, zaman sıkıntısı olanlar, refakatçi ihtiyacı olanlar, yolda harçayacağı vakitten tasarruf ederek, kendi sağlığı için daha fazla zaman ayırmak isteyenler, sağlığını geliştirmek isteyenler tercih edeceklerdir.

Sağlık sistemine, hastalara daha az süre ayrılması, küresel sağlık personeli ihtiyacı var iken birinci basamakta daha az personel ile hizmet sunumu, pandemi durumlarında bulaş riskinin azalması, hastanelerin yükünün azalması, maliyet tasarrufu, hastaların kendi sağlıklarının sorumluluğunu almasının kolaylaşması ile sistem yükünün azalması ve farklı disiplinlerin işbirliği kolaylığı gibi katkıları olacaktır.

Özellikle hedef gruplar içerisinde olan yaşlı bireylerde düşük dijital sağlık okuryazarlığı, bu sisteme ulaşabilecek ve ulaşamayacak sosyoekonomik seviyedeki kişiler arasındaki farkın daha da açılabilme ihtimali, dijital sağlığa hızlı bir geçiş ile sağlık personelinin tükenmesi, gizlilik mahremiyet transapan hesap verilebilirlik, sahiplenme, paylaşma, saklama, toplanan sağlık kayıtlarının güvenliği gibi konular digital sağlık hizmetleri sunulurken karşılaşılabilecek olası sorunlar olarak değerlendirilebilir.

Son olarak,

- Hizmetlerin farklı kültürel ve coğrafi özellikler vb. durumlara göre İhtiyaçlara özel planlaması, uygun dijital teknolojilerin kullanılması ve toplum katılımını arttırmak için kendi kendine teşhis ve kendi kendini yönetme araçlarının geliştirilmesi ve güçlendirilmiş ve paylaşılan digital sağlık kayıtları altyapısının kurulması,
- Yalnızca fiziksel sağlık ihtiyaçlarını değil, aynı zamanda zihinsel ve sosyal belirleyicileri de ele alan multidisipliner bir birinci basamak sağlık hizmetleri planlanması ve bu multidisipliner çalışmanın kanuni düzenlemeler ile sınırları, görevleri ve sorumlulukları iyi tanımlanmış olması,

Davetli Konuşma

- Pandemi vb. acil durumlara hazır birinci basamak kurgusu,
- Nüfusun dijital sağlık okuryazarlığını ve sağlık çalışanlarının dijital sağlık yeterliliklerini arttırarak birden fazla hizmet sunabilecek platformlar hazırlanması,
- Birbiri ile uyum ve işbirliği içerisinde çalışan sağlık – bakım kuruluşları bağımsız tesislere göre daha fazla süreklilik ile daha geniş bir hizmet yelpazesini sürdürebilir, bu nedenle organizasyonel yeteneği gelişmiş bir hizmet sunum alt yapısı geliştirilmesi,
- Hassas grupların belirlenerek, ulaşma kapasitesinin arttırılması ve digital teknolojiler ile hizmetlerin sürekliliğinin sağlanması,

dijital sağlık çerçevesinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilme stratejileri olarak sayabiliriz.

Davetli Konuşma

HALK SAĞLIĞI BAKIŞIYLA BİRİNCİ BASAMAKTA KRONİK HASTALIK YÖNETİMİNDE UZAKTAN SAĞLIK HİZMETİ

Prof. Dr. Işıl ERGİN

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş

Bilgi ve iletişim teknolojileri, insan yaşamının her alanına yayılarak, zamanın ve mekanın sınırlarını silerek toplumsal yaşamı sosyal, ekonomik ve kültürel anlamda değiştiren bir aşamaya gelmiştir. Mekanın sınırlarındaki bu silinme “tele” kavramının yolculuğuna bakıldığında daha anlaşılır olmaktadır. Bu Yunanca kök, önüne geldiği kelimelere “uzağa”(far-off) anlamı katmaktadır. Yazının uzağa taşınması telgraf (tele-graph), sesin uzağa taşınması telefon (tele-phone), görüntünün uzağa taşınması televizyon (tele-vision) adlarını alırken, bu teknolojilerin kullanımının yaygınlaşması ve benimsenmesi toplumsal yaşamın dinamiklerini derinden değiştirmiştir. Sağlık ve sağlık hizmetleri alanı da bu teknolojik gelişmelerden önemli oranda etkilenmiştir. Geline son noktada, sağlık hizmetinin bizzat kendisinin de uzaklara taşınmanın öznesi haline gelmesi gerek sağlık hizmeti gerekse de toplumsal yaşam üzerindeki etkileri açısından incelenmeye değerdir. Diğer taraftan sağlık ve iyilik halinin özyönetimini esas alan ve 7/24 yaşam alanına sızarak zaman sınırlarını da silen bu teknolojiler, sağlık ve hastalık kavramları, profesyonellik sınırları ve hasta rolünde yarattıkları değişim ile tıbbi ve araçlarını yeniden tanımlama potansiyeli taşımaktadır. Bu teknolojilerin önemli bir parçası olan “sağlık verisi” de artık kendi başına bir özne haline gelerek, işlenmesi, depolanması ve saklanması özel ilgi, bilgi ve maliyet gerektirmekte, etik ve yasal süreçleri içermektedir. “Big data” lar insan sağlığını ve hastalıklarını anlamak ve çözmek için taşıdığı ciddi potansiyel yanı sıra tehditlerle de örülü yeni bir tartışma alanına dönüşmüştür.

Bilgi ve İletişim Teknolojileri Alanındaki Arz Artışı

Tele-tıp ya da tele-sağlık şemsiyesi altında toplanan onlarca kavram (tele-radyoloji, tele-dermatoloji, tele-yoğun bakım, tele-psikiyatri, e-sağlık, m-sağlık vb.) sağlık alanında bilgi ve iletişim teknolojilerinin farklı modalitelerini ve farklı içeriklerini yansıtsa da, bu renkli ve çeşitli içerik, temel olarak zaman ve mekandan muaf bir sağlık tüketimini ve onun araçlarını içermektedir. Bilgi ve iletişim teknolojilerinin sağlık alanındaki üretimleri, 1990’larda internet kullanımının ve 2000’lerde de mobil teknolojilerin kullanımının yaygınlaşması ile ciddi biçimde ivmelenmiştir. Sadece, 2017’de 325 000 mobil sağlık uygulaması bu pazarda yerini almış, ancak pek çoğunun kullanımları ve kalıcılıkları kötü düzeyde olmuştur. Avrupa Komisyonu; ‘*Communication on Digital Transformation of Health and Care*’ metni ile e-sağlık uygulamalarının sistemlerin içine yerleştirilmesi için teşvik edici hedefler sunmasına ve hükümetler bu bağlamda stratejik planlarında bu desteğe yer vermiş olmasına rağmen, kullanım istendik düzeyde değildir. Alanın teknoloji uzmanları bu dirençte, kullanıcılar ve sağlık profesyonellerinin algıladıkları yarar, sosyal etki, sarf etmeleri gereken çaba, algılanan güvenlik, teknoloji becerisi gibi pek çok unsurun etkili olduğunu ve “kültürel bir transformasyon” gerekliliğini belirtmektedir. Bu dijital dönüşüm için hem hizmet sunucuların hem de hastaların hazırlanması ihtiyacı vurgulanmaktadır. Ancak, teknoloji profesyonelleri ile sağlık profesyonelleri arasında insan bedeninin anlam ve değeri açısından ortaya çıkan farklılıklar, “teknoloji yanlılığı/teknoloji karşıtlığı” na indirgenemeyecek düzeydedir. Bu farklılıklar, teoride mükemmel olan teknolojik uygulamaların, pratikte yaşam bulamamasının açıklamalarını da içermektedir. Bu durum, sağlık hizmeti sisteminin izole yapılar olmadığı ve toplumların yapısından, kültüründen ve tarihinden köklendikleri gerçeği ile de güçlü bir bağlantı içindedir.

Pandeminin Katalizör Rolü

COVID pandemisi tam da bu arz baskısının şiddetlendiği döneme denk düşmüştür. Sağlık sistemlerinin bu olağan dışı duruma refleksi, COVID dışı hasta akışını durdurmak ve tüm kaynaklarını bu acil duruma yönlendirmek olurken, toplumun yanıtı da bulaş riskine, yolda veya kurumda maruz kalmamak için, sağlık

Davetli Konuşma

kurumlarına gitmemek olmuştur. Ancak pandeminin uzunca bir süre daha bitmeyeceğinin anlaşılması ile sağlık hizmet ihtiyacının ertelenemez ve vazgeçilemez olma özelliği aşikar hale gelmiştir. Sağlık sistemleri fiziksel başvuru yerine tele-tıp uygulamalarını hızla devreye sokarak, COVID-dışı hizmet gereksinimi açısından erişimi mümkün kılmaya çalışmıştır. İlerleyen süreçte pandeminin hız kesmesi ile yüz yüze uygulamalara geri dönmüştür. ABD’de Ocak 2020’de ihmal edilebilir düzeyde olan tele-sağlık hizmetlerinin payı, Nisan 2020’de hizmetin %32’sine ulaşmış, Eylül 2021’de %4.4’e düşmüştür. Ancak gerek sağlık sistemlerinin ekipman, beceri ve yazılım olarak bu denemede aldıkları yol, gerekse toplumun pandemi sürecinde hizmete erişerek yaşadıkları olumlu deneyim, pandeminin tele-tıp uygulamaları açısından adeta bir katalizör görevi üstlenmesini sağlamıştır. Pandemi döneminde artan bu tele-tıp kullanımının ayrıntılarına bakıldığında; yaşlıların, kadınların, yoksulların, etnik grupların, siyah ırkın, yaşadığı ülkenin dilini konuşamayanların, göçmenlerin, kalabalık hanelerin bu uygulamaları teknik, ekonomik, kültürel ve lojistik engelleri nedeni ile daha eşitsiz kullandıkları, kullanabilenlerin de hizmet kalitesi açısından ciddi farklılıklar yaşadığını göstermektedir. ABD’de video görüşme için gerekli olan geniş bant internete, kırdaki nüfusun %28’inin, yaşlıların %36’sının, Hispaniklerin %35’inin sahip olmadığı anlaşılmıştır. Teknoloji ve dijital okuryazarlığın yaygınlaşmadığı koşullarda sunulacak bilgi ve iletişim teknolojilerinin eşitsizlikleri derinleştireceği belirtilmektedir. Pandemi de anlaşıldığı üzere, temel bir ihtiyaç haline gelen internet erişimi, gelişmiş ülkelere kıyasla gelişmekte olan ülkelerde çok daha pahalı, kapsayıcılığı ve kalitesi daha kötüdür. Afrika’da aylık gelirin %18’i ile 1GB internet erişimi satın alınabilirken, bu bir Avrupa vatandaşının %1’lik gelirine denk düşmektedir. Bu saptamalar, internet ve bilgisayar erişiminin sağlığın sosyal belirleyicileri arasına alınması gerektiği tartışmasını desteklemektedir. Ekipmanların ucuz ve erişilebilir, internet erişiminin yaygın, kaliteli ve ucuz olmadığı koşullarda dijital erişim sorunları, başkaca yapısal dezavantajlara eşlik eden ve eşitsizlikleri derinleştiren bir unsura dönüşebilir. Tele-tıbbın bir sağlık krizinde sağladığı avantajlar, onun dijital bölünmeye yol açabilecek engellerini ihmal edilebilir kılmamaktadır.

Sağlık Hizmetlerindeki Krizin Nedenine ve Çözümün Adresine Dair Saptamalar

Tam da bu süreçte küresel sağlık gündeminin maliyet krizine bakmakta yarar vardır. Sağlık sistemlerinin artan harcamaları karşılayamayacak noktaya geldiği, uzayan yaşamın ve kronik hastalıkların bunda önemli bir pay sahibi olduğu, ciddi insan gücü açığı yaşandığı sağlık otoritelerince sıklıkla dillendirilmektedir. Son 40 yılda küresel sağlık reformlarının sistemlere getirdiği parçalı yapı, kullanıcı ödentileri, kamu özel ortaklığı ve sosyal güvenlik sistemlerindeki değişimin maliyet artışındaki rolü ihmal edilerek küresel sağlık krizinin tam ortasına, kronik hastalar ve yaşlılar oturmuş görünmektedir. Prevalansları yüksek ve bu nedenle sayıları çok fazla olan kronik hastaların sağlık hizmet kullanımları belli bir sıklıkta ve süreklilikte olmak zorundadır. Birinci basamaktaki ayaktan başvurular yanısıra acil başvurularında ve hastane yatışlarındaki payları büyüktür. Bu hasta grubunun erken ölüm yükü ve engellilik yükü de sistem maliyetlerini artırmaktadır. Diğer taraftan, evde sağlık hizmet ihtiyacı olan kısmi-immobil gruplar ve uzun erimli bakım gerektiren tam immobil gruplar, “onlara ulaşan” bir sağlık hizmetine şiddetle ihtiyaç duymaktadır. Sağlık eğitimi; bağımsız ve aktif kronik hastaların bizzat kendileri için ve bağımsız olmayan grupta da bakım verenler için mutlak bir gereksinimdir. Böyle bakıldığında tüm bu özellikleri ile kronik hastalar ve yaşlılar şişen teknoloji arzı açısından doğru adres olarak görünebilir. Ancak, bu grup; yaşları, hastalık tipleri (hastalık bileşimleri) hastalıklarının evresi gibi pek çok özellikleri açısından oldukça heterojen bir gruptur. Tele-tıp süreçlerinin algoritmalar ve rehberlerle ilerleyeceği belirtilse de bu algoritma tıbbının, pek çoğu komorbiditelerle karmaşık hale gelmiş, hastane yatış ve acil başvuru olasılığı yüksek olan bu heterojen grupta ne kadar başarılı olacağı da sorgulanmaktadır. Hastalıkların izleminde kullanılması gerekli algoritmalar farklıdır ve aynı hastalık gruplarında bile kritik izlem parametreleri değişkendir; hastalığın tipine, şiddetine göre özelleşen algoritmalar sunulmaktadır. Astımda; semptom izleme ve ilaç uyumu izlemde öne çıkarken, KOAH ta dispne, oksijen saturasyonu ve fiziksel aktivite izlemi, alevlenme riskinin hesaplanması, pulmoner rehabilitasyon gerekebilmektedir. Kanser bakımında her kansere özgü belirli parametrelerin izlem gereksinimi vardır. Üstelik izlem parametrelerindeki ve çıktılardaki değişkenlik maliyetlerde de değişkenliğe yol açmaktadır. Her hastalık grubu için Acil Servise sevk protokolleri de farklı olmaktadır. Çeşitli ve karmaşık müdahaleler gerektiren hastalıklarda yüzyüze mi?/teletıp mı? kararında ayrıntılar önem taşıyabilmekte, bu ayrıntılarda “uzaktan” sunulan bir hizmette hastanın etkin bilgi paylaşımı ve iletişimi yanısıra kullanılan teknolojinin kalitesi de belirleyici olabilmektedir. Uzmanlık

Davetli Konuşma

dernekleri dünyada ve Türkiye’de kendi disiplinlerine özgü teletıp rehberleri yayımlayarak hem mesleki hem de etik hataları önlemeye çalışmakta, sorun alanlarına işaret etmektedir. Kronik hastaları bütünleşik bir grupmuşçasına ele alan ve tüm bu açmazların zaman içinde yapay zeka algoritmaları yolu ile çözüleceğine dair öngörüler, tıbbi insansızlaştırma/rakamlara indirgeme ve hastayı nesneleştirme/şeyleştirme potansiyeli taşımaktadır.

Oysa kronik hastalar ve yaşlılar, sadece tıbbi gereksinimlere indirgenemeyecek sosyal, psikolojik ve bilişsel gereksinimleri olan ve bu ihtiyaçları da hastalıkları kadar çeşitlilik arz eden bir gruptur. Ayrıca kronik hastalıklar alanı önemli sağlık eşitsizliklerini zaten barındırmaktadır. Sağlık müdahalelerinin bu grupta eşitsizlikleri derinleştirme açısından taşıdığı potansiyel sıklıkla dile getirilen ve sağlığın geliştirilmesi çalışmalarında önemsenen bir uyarıdır. Üstelik yaş aldıkça kişilerin iletişim araçlarından bilişsel, fiziksel (eklem sorunları, görme ve işitme engelleri, vb.) ve finansal engelleri nedeni ile yararlanamama olasılığı artmaktadır. “Dijital bölünme” açısından geride kalmasından dolayı kaygı duyulan gruplar arasında yaşlılar en başta yer almaktadır. Türk Geriatri Derneği bu kaygıdan yola çıkarak “Kimse geride kalmamalı” diye uyarılmaktadır.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Kronik Hastalar ve Yaşlılar Açısından Önemi

Kronik hastalar ve yaşlılar açısından birinci basamağın önemi tartışılmaz. Basamaklandırılmış sağlık sistemlerinde bu hizmet basamağı, ilk başvuru noktası oluşu, kapı tutucu rolü, sunduğu kapsayıcı hizmetler ve bütüncül bakışı nedeni ile kronik hastalıkların önlenmesi, tanı, tedavi ve izleminde önemli bir görevi üstlenmektedir. Birinci basamağın temel özelliklerinden olan bakımın sürekliliği, koordinasyon ve entegrasyon kapasitesi ile düzenli bakımın adresi olduğu takdirde, bu hastalıkların önlenmesi ve kontrolünde önemli avantajlar sunmaktadır. Ayrıca tüm bu avantajlara ek olarak hastanecilik hizmetlerine oranla çok daha maliyet etkindir. Kronik hastalıklara ilişkin çabalarda birinci basamağın görevinin güçlendirilmesi, desteklenmesi ve etkinliklerinin çeşitlendirilmesi sağlık sonuçlarına olumlu yansımaktadır. Ancak bu hizmet basamağında da son 25 yılda artan hizmet yükü ile erişim sorunları yaşandığı, randevu sürelerinin uzadığı, mesaide süre sınırlarının zorlandığı, klinik kapasitenin çoktan aşıldığı bildirilmektedir. 2030 yılında çoğu birinci basamakta olmak üzere 18 milyonluk bir hekim açığı ortaya çıkacağı bildirilmektedir. İngiltere’nin bu tarih için birinci basamakta 8000 tam zamanlı hekim açığının olacağı tahmin edilmektedir.

Uzaktan Sağlık Hizmeti Sunumu

Bu sorunlar yumağında Uzaktan Sağlık Hizmeti Sunumu, hizmet alanını kurum dışına çıkartarak «fiziksel başvuru yoğunluğunu azaltmak», evi sağlık hizmet sunum noktasına dönüştürerek «erişimi kolaylaştırmak», hastaya sorumluluklar vererek «özyönetimi kolaylaştırmak» çözümleri ile gündeme gelmektedir. Uzaktan Sağlık Hizmeti; bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanarak sağlık ve sosyal bakım hizmetini uzağa, kaynakların kısıtlı olduğu bölgelere, merkeze uzak yerleşimlere, ev-temelli hizmet ihtiyacı olan yerlere taşımaktadır. Norveç, zorlu coğrafyasının ve iklim koşullarının üstesinden gelmek için 1990’ların başında Uzaktan Sağlık Hizmeti uygulamalarını başlatmış ve 1996’da bu hizmet sunum biçimini ödemek için gerekli finansman düzenlemelerini yapan ilk ülke olmuştur. Ulusal sağlık politikaları ile desteklenen ve süreçte oldukça zenginleştirilen uygulama, ülkenin çetin koşullarına rağmen gerek kullanıcılarından gerekse sunuculardan rağbet görmemiş ve 2016’da toplam ayaktan başvuruların sadece %0.1’lik kısmını oluşturmuştur. Uzaktan Sağlık Hizmeti hiçbir zaman yüz yüze görüşmenin yerini tutmamakta ama bir yandan da alternatif olarak sunulduğu durumlarda bile ana akım hizmet sunumunu değiştirmektedir. Araştırmacılar Uzaktan Sağlık Hizmeti Sunumunu; sağlıkta kalite incelemeleri kapsamında kullanılan Donabedian Modeli üzerinden incelediklerinde sağlık hizmetini yapısı (insan kaynakları, ortam, teknoloji, bakım alan), prosesleri (sağlık hizmeti, kişiler arası eylemler, proses yönetimi) ve çıktıları (sağlık düzeyi, hizmet sunucunun deneyimi, kullanıcının deneyimi, etkinlik) açısından farklılaştırdığını bildirmektedir. Ayrıca; hizmetin kronik hastalık bağlamında kazanacağı bu ağırlığın ve yeni hizmet yapısının, küresel bir tehdit olan bulaşıcı hastalıklar açısından sistemi zaafiyete uğratma potansiyeline de vurgu yapılmaktadır. Bu nedenle sürecin sağlık hizmetine yeni bir biçim getirmekten ibaret olmadığı; sağlık ekosistemini hasta ve hekim açısından yeniden tanımlayan bir değişim olduğu görülmelidir. Prediktif/diagnostik belirsizlikler, hastanın ve birinci basamak hekiminin yeni rol ve sorumlulukları, yeni bir hasta- hekim

Davetli Konuşma

ilişkisi tanımlıyor olması önemli etik ve hukuki tartışmaları da beraberinde getirmektedir. Aydınlatılmış onam ve gizliliğin korunmasına indirgenen düzeltmeler ise sorunun kapsamının bundan çok öte olduğu gerçeğini göz ardı etmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde ve kronik hastalıklar alanında yürütülen Uzaktan Sağlık Hizmeti uygulamalarında kanıtlar sıklıkla gelişmiş ülkelerden gelmektedir. İngiltere’de birinci basamakta hipertansiyon hastalarında yürütülen TASHMIN H4, İtalya’da huzurevlerinde yürütülen çalışma, Kanada’daki çalışmalar bunlara örnektir. Çoğu küçük ölçekli ve hastalığa spesifik değerlendirmelerdir. Hastalıklara spesifik bu değerlendirmeler, heterojen kronik hasta popülasyonlarında uzaktan sağlık hizmetinin performansına ve başarısına dair yol gösterici olamamaktadır. Düşük orta gelir grubu ülkelerde ise uygulamaların daha çok m-sağlık alanına yoğunlaşmaktadır. Meta analizler de dahil pek çok değerlendirme, genellebilirlik açısından sorunlu ve uzun erimli klinik etkinlik açısından eksiktir. Maliyet etkinlik çalışmaları her seferinde grupların heterojenliği ve kullanılan modalitelerin farklılığı nedeni ile etkin ya da etkin değil sonucuna bir türlü varamamaktadır. Bir diğer taraftan bugün varolan araştırma tasarımları, teknolojinin hızını yakalayamamakta, geçerli ve güvenilir kanıtlar üretme imkanı epidemiyolojinin sınırlarına da takılmaktadır. Geleneksel deney tasarımlarının yürütülmesi ve yayınlanması süreci yıllara yayılırken bu süreçte teknoloji eskiye bilmemektedir. Tüm bu sorun alanları ile birlikte, diyabeti olan bireylerde HbA1c de, kardiyovasküler grupta kan basıncında saptanan anlamlı farkın dışında başka parametrelere anlamlı bir iyileşme yansımaması, hastane yatışları, acil başvuruları üzerinde fark yaratamaması birinci basamakta kullanılması planlanan Uzaktan Sağlık Hizmet Sunumunu maliyet etkinlik açısından da kuşkulu hale getirmektedir. Çünkü, sürece geçiş için gerekli olan sunucu ve hasta eğitimleri, yasal düzenlemeler, verilerin toplanması, saklanması, güvenliği ve takibi için gerekli olacak nitelikli insan gücü, ekipman ve yazılımlar önemli sistem maliyetleri gerektirmektedir.

Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Uzaktan Sağlık Hizmeti Sunumu

Ülkemizde Birinci basamak sağlık hizmetlerinde uygulanmaya başlanan Uzaktan Sağlık Hizmeti Sunumu 18 yaş ve üzeri Kronik hastalığı olan ve/veya yaşlı bireyler için (65 yaş ve üzeri) rutin kontroller ve değerlendirmeler yanı sıra yeni gelişen şikayetlerinin değerlendirilmesi, tedavide ilaç planının gözden geçirilmesi, tedaviye uyumun ve çoklu ilaç kullanımının değerlendirilmesi, tedavi planında yer alan sağlıklı yaşam alışkanlıkları ve risk faktörlerine ilişkin gerekli eğitimlerin ve danışmanlık hizmetlerinin mikrofon ve kamerası olan bilgisayar, tablet veya cep telefonu yolu ile verilmesidir. Sağlık hizmet sunucusunun hastalar için yöntem(yüzyüze/uzaktan) seçiminde esas aldığı unsurlara bakıldığında bazı parametrelerin önkoşul, bazılarının da gereksinime yönelik olduğu anlaşılmaktadır. Hastanın tercihi, teknolojiyi kullanma konusundaki becerisi, gerekli altyapıya sahip olması ve ilgili cihazlarının bulunması uzaktan hizmet alabilmesi için önkoşuldur. Tamamı hastanın sosyal, ekonomik ve kültürel özelliklerinden etkilenebilecek bu unsurlar kullanımı eşitsizleştirme potansiyeli taşımaktadır. Gereksinime ilişkin parametrelere bakıldığında “yüzyüze hizmete erişim sorunu” ve “ev ortamında değerlendirilme gereksinimi” özellikle yaşlı ve evde bakım gereksinimi olan grubu tanımlamaktadır. Ancak bu grubun yukarıdaki ön koşulları karşılamaması durumunda uzaktan hizmet spektrumuna giremeyeceği anlaşılmaktadır ve bu durum da daha önce belirttiğim dijital bölünme nedeni ile kuvvetli bir olasılıktır. Bu grubun evde bakım ve izlem gereksinimi nasıl karşılanacaktır? Diğer taraftan yüz yüze hizmet alımının tercih edilmesi için önkoşullara ek olarak belirlenen gereksinim; ek tetkik ve değerlendirme gereksinimidir. Bu noktada “yeni hasta” tanımını irdelemek gerekmektedir. Kılavuza göre Uzaktan Sağlık Hizmeti Sunumu uygulamasını kullanacak olan sağlık çalışanı tarafından daha önce yüz yüze veya uzaktan sağlık hizmeti sunumu uygulaması ile değerlendirilmemiş olan hasta “yeni hasta”dır. O güne kadar hiç görmediği bir kronik hastayla veya yaşlıyla ilk kez online karşılaşma hali bu uygulamayı bir izlem olmaktan çıkarmakta, ana akım hizmet sunum biçimine ve tercihinin dönüşürmektedir. Çalışmalar teletıp uygulamalarının yeni sağlık sorunlarını teşhis etmek ve yönetmek yerine “bilinen” sorunlara yetebildiğine ve yönetebildiğine işaret etmektedir. Bu durum, hukuki riskleri hala belirsiz bu alanı, hekimler açısından daha da riskli hale getirmektedir. Dünya Tıp Birliği hekim-hasta arasındaki yüz yüze iletişimi altın standart olarak tanımlamaktadır. Yüz yüze iletişim; temel insan hakları, adalet, mahremiyet ve güven gibi normatif kavramlar açısından da üstünlükler sunmaktadır. Bu özel ve biricik ilişkiyi hiçbir hizmet biçiminin ikame etmeye yönelik bir çaba içinde olmaması gerektiği

Davetli Konuşma

belirtilmektedir. Yönetmelikte de hastaların bu durumun (“Uzaktan sağlık hizmetinin yüz yüze verilen sağlık hizmetinin muadili olamayacağı) farkında olmaları yönünde bilgilendirileceği belirtilmekle birlikte uygulamadaki “yeni hasta” tanımı bu vurgu ile örtüşmemektedir. Sunulan bu hizmetin, başvuran odaklı olması, önleme perspektifi taşımaması, asenkron videolar ve çevrimiçi görüşme dışında bir içeriğe sahip olmaması, hastanın sağlıklı yaşam davranışları ve ilaç uyumunu destekleyecek yaşlı dostu interaktif uygulamalara yer vermemesi, sosyal, psikolojik bilişsel gereksinimlere yönelik içeriğe sahip olmaması, hastanın özyönetim ve öz sorumluluğuna ağırlık vermesi de diğer sorun alanları olarak belirtilebilir.

Sonuç

Bilgi ve iletişim teknolojileri sağlık alanında bir inovasyon patlaması yaşamakta ancak kullanıcılar bu patlamaya eşlik edecek kaynaklara ve hevese sahip görünmemektedir. Pandemi ise uzun süredir raflarda bekleyen ve bir türlü kullanıcılarını cezbedemeyen teletıp uygulamalarını, revaçta bir hizmete dönüştürmüştür. Artan hizmet yükü ve sağlık harcamalarının geldiği noktada küresel bir krizi yaşayan sağlık hizmetleri, zaten çözüm arayışı içindedir. Pandeminin stimüle ettiği teletıp uygulamaları; kronik hastalar ve yaşlılara sunulan sağlık bakımında, özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde bir açılım ve bu krize yönelik bir çözüm olarak sunulmaktadır. Bu hizmet sunumu, yüzyüze görüşmeyi ikame etmekten ziyade bir alternatif olarak getirilse bile mevcut hizmetin yapısını, işleyişini ve çıktılarını değiştirecek ve sağlık ekosistemine köklü değişiklikler getirecektir. Uzaktan Sağlık Hizmet Sunumu; yüz yüze görüşmeden daha fazlasını verebilecek bir yoğunluk, içerik çeşitliliği ve teknikler sunabilecek ise ve eşitsizlikleri derinleştirmeyip, tam tersine giderecek şekilde, kurgulanacak ise sağlık sistemlerini güçlendirmek amacı ile kullanılabilir. Barındırdığı hukuki ve etik boşluklar, maliyet etkinliğe dair şüpheler, sağlık çıktıları açısından tartışmalı sonuçlar, hekimlerin emek süreçlerinde getireceği yeni yıpratıcı yükler ve birinci basamağın kronik hastalıklar dışındaki öncelikli alanlarında yaratabileceği zaafiyetler göz önünde bulundurulduğunda, yüz yüze görüşmenin nicel ve nitel özelliklerini iyileştirmek daha öncelikli bir hedef olarak görünmektedir.

Kaynaklar

1. Aberer, Felix, Daniel A. Hochfellner, and Julia K. Mader. “Application of telemedicine in diabetes care: The time is now.” *Diabetes Therapy* 12.3 (2021): 629-639.
2. Alami, Hassane, et al. “Exploring factors associated with the uneven utilization of telemedicine in Norway: a mixed methods study.” *BMC medical informatics and decision making* 17.1 (2017): 1-15.
3. Babatunde, A. O., et al. “Telemedicine in low and middle income countries: Closing or widening the health inequalities gap.” *Eur J Environ Public Health* 5.2 (2021): em0075.
4. Bakhtiar, Mina, Nada Elbuluk, and Jules B. Lipoff. “The digital divide: How COVID-19’s telemedicine expansion could exacerbate disparities.” *Journal of the American Academy of Dermatology* 83.5 (2020): e345-e346.
5. Bashshur, Rashid L., et al. “The empirical foundations of telemedicine interventions for chronic disease management.” *Telemedicine and e-Health* 20.9 (2014): 769-800.
6. Bertoncello, Chiara, et al. “How does it work? Factors involved in telemedicine home-interventions effectiveness: A review of reviews.” *PLoS One* 13.11 (2018): e0207332.
7. Boers, Sarah N., et al. “SERIES: eHealth in primary care. Part 2: exploring the ethical implications of its application in primary care practice.” *European Journal of General Practice* 26.1 (2020): 26-32.
8. Chang, Ji E., et al. “Rapid transition to telehealth and the digital divide: implications for primary care access and equity in a post-COVID era.” *The Milbank Quarterly* 99.2 (2021): 340-368.
9. Cheshmehzangi, Ali, et al. “Commentary: Reflecting on the Neglected Digital Divide Barriers of Telemedicine During COVID-19.” *Frontiers in Public Health* 10 (2022).
10. Civaner, Murat. “Teknoloji sağlık hizmetlerine bakımımızı nasıl etkiliyor.” *Toplum ve Hekim Dergisi* 20.4 (2005): 279.
11. Early, Jody, and Alyssa Hernandez. “Digital disenfranchisement and COVID-19: broadband internet access as a social determinant of health.” *Health promotion practice* 22.5 (2021): 605-610.
12. Eberly, Lauren A., et al. “Patient characteristics associated with telemedicine access for primary and specialty ambulatory care during the COVID-19 pandemic.” *JAMA network open* 3.12 (2020): e2031640-e2031640.

Davetli Konuşma

13. Eberly, Lauren A., et al. "Telemedicine outpatient cardiovascular care during the COVID-19 pandemic: bridging or opening the digital divide?" *Circulation* 142.5 (2020): 510-512.
14. Edmiston, Kelly D., and Jordan AlZuBi. "Trends in Telehealth and Its Implications for Health Disparities." (2022).
15. Eruchalu, Chukwuma N., et al. "The expanding digital divide: digital ccess ccess inequities during the COVID-19 pandemic in New York City." *Journal of Urban Health* 98.2 (2021): 183-186.
16. Eskandar, H. A. N. I., et al. "Mobile technology in cancer control for emerging ccess systems: digital divide or digital provide." *Cancer Contr* 2015 (2015): 65-70.
17. European Comission, *Market study on telemedicine, Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2018*
18. Eyrich, Nicholas W., Juan J. Andino, and David P. Fessell. "Bridging the digital divide to avoid leaving the most vulnerable behind." *JAMA surgery* 156.8 (2021): 703-704.
19. Flumignan, Carolina Dutra Queiroz, et al. "What do Cochrane systematic reviews say about telemedicine for healthcare?." *Sao Paulo Medical Journal* 137 (2019): 184-192.
20. Frydman, Julia L., et al. "The digital divide: do older adults with serious illness ccess telemedicine?." *Journal of General Internal Medicine* 37.4 (2022): 984-986.
21. Gammon, Deede, et al. "The chronic care model and technological ccess and innovation: a scoping review at the crossroads." *Journal of medical Internet ccess* 17.2 (2015): e3547.
22. Garattini, Livio, Marco Badinella Martini, and Michele Zanetti. "More room for telemedicine after COVID-19: lessons for primary care?." *The European Journal of Health Economics* 22.2 (2021): 183-186.
23. Gogia, Shashi Bhushan, et al. "Unintended consequences of tele ccess and their possible solutions." *Yearbook of medical informatics* 25.01 (2016): 41-46.
24. Göğüs Hastalıklarında Teletıp Rehberi, Editörler: Doç. Dr. M. Onur Turan, Doç. Dr. H. Volkan Kara TÜSAD Eğitim Kitapları Serisi, ISBN: 978-605-70455-2-2
25. Han, Seung Min, et al. "Impact of remote consultations on antibiotic prescribing in primary ccess care: systematic review." *Journal of medical Internet access* 22.11 (2020): e23482.
26. Mackert, Michael, et al. "Health literacy and ccess information technology adoption: the potential for a new digital divide." *Journal of medical Internet access* 18.10 (2016): e6349.
27. McCullough, Jeffrey, Kartik K. Ganju, and Chandy Ellimoottil. "Does Telemedicine Transcend Disparities or Create a Digital Divide? Evidence from the COVID-19 Pandemic." *Evidence from the COVID-19 Pandemic (April 26, 2021)* (2021).
28. McManus, Richard J., et al. "Efficacy of self-monitored blood pressure, with or without telemonitoring, for titration of antihypertensive medication (TASMINH4): an unmasked randomised controlled trial." *The Lancet* 391.10124 (2018): 949-959.
29. Omboni, Stefano, et al. "Evidence and recommendations on the use of telemedicine ccess management of arterial hypertension: an international expert position paper." *Hypertension* 76.5 (2020): 1368-1383.
30. Önder, Orhan. "Teletıp uygulamalarında etik sorunlar." *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, Sayı 59* (2021): 20-23
31. Roberts, Eric T., and Ateev Mehrotra. "Assessment of disparities in digital ccess among Medicare beneficiaries and implications for telemedicine." *JAMA internal medicine* 180.10 (2020): 1386-1389.
32. Pereira, Francis, and Elizabeth Fife. "Tele-health in theory versus practice: A comparative look at the United States and Singapore." (2021).
33. Rada, Gabriel. "Telemedicine: are we advancing the science?." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 9 (2015).
34. Renzi, Erika, et al. "The impact of eHealth interventions on the improvement of self-care in chronic patients: An overview of systematic reviews." *Life* 12.8 (2022): 1253.
35. Resmi Gazete, "Uzaktan sağlık hizmetlerinin sunumu hakkında yönetmelik, Sayı 31746 Tarih: 10 Şubat 2022 <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/02/20220210-2.htm>
36. Sağlık Bakanlığı, *Kronik hastalıklar için uzaktan sağlık hizmeti sunumu kılavuzu* https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engelli-db/USHS/CALISAN/klavuz/Kronik_Hastaliklar_icin_USHS_Kilavuzu.18.02.2022.pdf
37. Segal, Jodi B., Vadim Dukhanin, and Stacey Davis. "Telemedicine in primary care: qualitative work towards a framework for appropriate use." *The Journal of the American Board of Family Medicine* 35.3 (2022): 507-516.

Davetli Konuşma

38. Seifert, Alexander, John A. Batsis, and Anthony C. Smith. "Telemedicine in long-term care facilities during and beyond COVID-19: challenges caused by the digital divide." *Frontiers in Public Health* 8 (2020): 601595.
39. Shen, Yu-Ting, et al. "Digital technology-based telemedicine for the COVID-19 pandemic." *Frontiers in Medicine* 8 (2021): 933.
40. Tossaint-Schoenmakers, Rosian, et al. "The challenge of integrating ehealth into health care: Systematic literature review of the Donabedian model of structure, process, and outcome." *Journal of medical Internet research* 23.5 (2021): e27180.
41. Türk Dermatoloji Derneği, Kanıta Dayalı Teledermatoloji Uygulamaları Gerekçe, Uygulama Esasları, Hukuki Ve Etik Sorumluluklar Kılavuzu https://turkdermatoloji.org.tr/media/files/file/TDD_klavuz_.pdf
42. Türk Radyoloji Derneği, Teleradyoloji Kılavuzu, 2021 <https://www.turkrad.org.tr/dernekten-haberler/teleradyoloji-kilavuzu/>
43. Türk Tabipleri Birliği, Teletıp Uygulamalarına Yönelik Etik Kurulu Görüşü, 05.01.2021 https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/teletip_hakkinda_gorus.pdf
44. van der Kleij, Rianne MJJ, et al. "SERIES: eHealth in primary care. Part 1: Concepts, conditions and challenges." *European Journal of General Practice* 25.4 (2019): 179-189.
45. Yaşlılık ve Teletıp Uygulamaları, Türk Geriatri Derneği, Mayıs 2021, ISBN 978-605-9028-62-2 <https://geriatri.org.tr/pdf/TELETIP-K%C4%B0TABI%202021.pdf>

Davetli Konuşma

SAVAŞ VE HALK SAĞLIĞI

Prof. Dr. Onur HAMZAOĞLU
Kocaeli Dayanışma Akademisi

Savaş, kapitalizmde sistemin krizinin aşılabilmesi için kullanılan önemli araçlardan biri olmaya devam ediyor. Geçtiğimiz yüzyılın ilk yarısına sığdırılan iki dünya savaşının ardından, kapitalizmin 1970'li yıllarda girdiği krizle birlikte, savaşın araçsallığı devam ediyor. Savaşlar, 1980'lerin ikinci yarısından başlayarak dünyanın birçok coğrafyasında, daha çok ülkelerin kendi içinde olmak üzere, yoğunlaştı. Kuzey Amerika ve Kıt'a Avrupası dışında, dünyanın hemen her köşesinde irili ufaklı savaşlar-çatışmalar sürüyor. Emperyalistler, 'önleyici savaş' adıyla, çevre ülkelere doğrudan askeri müdahalelerde bulunuyor. Ortadoğu, yeni silahların da denendiği yangın yeri olmaya devam ediyor.

İnsanlık tarihinde savaşlar başlangıçta insan-karar odaklıyken, kapitalizmle birlikte sermaye-karar odaklı olmaya dönerken, günümüzde sermaye-karar odaklı olanlar büyük çoğunluğa ulaştı. Başka bir ifadeyle, ilk dönem savaşları insana yurt ve/veya beslenme alanı bulmaya yönelikken, kapitalizmle birlikte özellikle de son dönem savaşları sermayeye yaşam alanları yaratmaya yönelik olarak gelişiyor. Sermayenin krizini aşabilmesi amacıyla girdi ve ürün piyasası alanlarının düzenlenmesi ve/veya oluşturulması öne çıkıyor. İnsanın da metalaştırılması hız ve yaygınlık kazanıyor. Toplumsal sorunlar derinleşerek birikiyor.

Savaşlar, farklı biçim ve yoğunluklarda olsa da benzer felâketlere neden olur: Savaş öldürür / Savaş sakat bırakır / Savaş göç ettirir / Savaş en çok **çocuklarımıza** zarar verir / Savaş işkenceyi artırır / Savaş kıtlık ve hastalık getirir / Savaş kadınlara ve çocuklara yönelik tecavüzü artırır / Savaş kitlesel psikolojik incinmeye neden olur / Savaş sonrasında da mayınlar aracılığıyla sakat bırakıyor, can alır / Savaş sağlık sistemini bozar / Savaş ekoloji felaketleri yaratır / Savaş ekonomik kaynakları yutar. Bir de sayılarla ifade edilebilmesi neredeyse olanaksız olan kaygı, korku, çaresizlik, aşağılanma, acılar vb. algıların-duyguların önemli kaynağıdır savaş.

Büyüklüğü her ne olursa olsun askeri çatışmalar, savaşlar söz konusu etkileriyle sağlıksızlığın önemli nedenlerinden birisidir. Savaş, yeterli ve dengeli beslenmenin, temiz içme ve kullanma suyunun, sağlıklı barınmanın, eğitimin, sosyal ve kültürel faaliyetlerin ve sağlık hizmetlerinin sağlanmasının önünde dağ gibi bir engel oluşturur. Sıralanan nedenlerle savaş, bir halk sağlığı sorunudur. Bunun için, ne pahasına olursa olsun sonlandırılması, sağlıklı toplum için zorunluluktur.

Davetli Konuşma

MÜLTECİ KADIN VE KIZ ÇOCUKLARI İÇİN GÜVENLİ ALANLAR OLUŞTURMA; TÜRKİYE ÖRNEĞİ

Prof. Dr. Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Birleşmiş Milletler'in verilerine göre, son 50 yıllık dönemde dünyadaki göçmen sayısının yaklaşık üç kat arttığı görülmektedir. Göç olgusu günümüzde uluslararası bir sorun olarak karşımıza çıkmakta ve dünyada birçok ülke göç hareketlerinden eş zamanlı olarak ciddi biçimde etkilenmektedir. Küreselleşen dünyada göç hareketleri, zorunlu göçler de düşünüldüğünde insan hakları bağlamında giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Psikososyal travma olan göç sürecinden risk grubu olan en çok kadınlar ve çocuklar etkilenmektedir. **Kadınlar uluslararası göçmenlerin yarısını oluşturmaktadır. Son tahminlere göre tüm dünyada "zorla yerinden edilenlerin" % 70'ini kadınlar oluşturmaktadır. Bu nedenle de günümüzde "göçün feminizasyonundan" söz edilmektedir.** Dünyada 2013 yılına ait ilk 10 ölüm nedeni incelendiğinde; savaşın ilk on neden arasına girdiği görülmektedir. Çatışmaların olduğu bölgelerde insanlar yaşam için gerekli temel ihtiyaçlara dahi ulaşmada sıkıntı çekmektedir.

Göç olgusunda kadınlar hem göçmen, hem de kadın olarak çifte yük taşımaktadır. Çünkü kadınlar bu süreçte daha savunmasızdır. Toplumsal cinsiyet rolleri, eğitim, bilgiye erişim, sağlık düzeyi, aile sorumlulukları ve şiddet/ayrımcılık deneyimleri gibi yaşamın pek çok boyutunu olumsuz etkilemektedir. Zorunlu göç sırasında travmatik yolculuk deneyimleri, sığınma sistemine erişiminde sorunlar, yasal statü kazanmak için uzun bekleme süreleri, sosyal destek ağlarından yoksun olma, kültürel sorunlar, dil sorunu, çalışma, barınma, beslenme, eğitim, sağlık hizmetlerine ve sosyal hizmetlere erişim ve ilaç temininde sorunlar yaşamaktadırlar. **Göç olgusu, kadın ve çocuklara cinsel taciz, tecavüz, insan ticareti, toplumsal cinsiyet temelli şiddet,** Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar ve HIV/AIDS olgularında artış ve hizmetlerden yararlanamama gibi ek riskler yüklemektedir.

Suriye'de 2011 yılının başlayan çatışmalar nedeniyle dünyanın en büyük insani krizi yaşanmış ve birçok insan bu süreçten zarar görek ülkesini terk etmek zorunda kalmıştır. Türkiye bu kapsamda en fazla sayıda mülteciye ev sahipliği yapan ülke durumundadır. Mevcut kayıtlara göre; Türkiye'de 3,6 milyondan fazla geçici koruma statüsünde kayıtlı Suriyeli mülteci (%1,3'ü kamplarda, %98,7'si ise 81 ilde, büyük çoğunluğu İstanbul, Gaziantep, Şanlıurfa, Hatay, Adana, Mersin'de) bulunmaktadır. Ayrıca, çoğu Afganistan, Suriye, Pakistan uyruklu 230.546 düzensiz göçmen; eğitim, turistik, iş nedeni ile ikamet izni alan 1.340.654 kişi ve Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği'ne kayıtlı çoğu Afganistan ve Irak uyruklu 320.000 şartlı mülteci bulunmaktadır. Sonuç olarak şu anda ülkemizde toplam 5,5-6 milyon yabancı uyruklu kişi bulunmaktadır.

Bu süreçte, **Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Uygulama ve Araştırma Merkezi (HÜKSAM)** olarak Suriyeli kadın ve kız çocuklarına yönelik, ECHO Avrupa Birliği Sivil Koruma ve İnsani Yardım Operasyonları kuruluşunun finansal desteği, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu'nun (UNFPA) teknik desteği ile bir proje yürütülmüştür. Projenin ayrıntıları aşağıda özetlenmiştir:

"Kadın ve Kız Çocukları İçin Güvenli Alanlar ve KADIN SAĞLIĞI DANIŞMA MERKEZLERİ Oluşturmak Suretiyle Suriyeli ve Diğer Göçmen Kadınların Üreme Sağlığı ve Cinsiyete Dayalı Şiddet Hizmetlerine Erişimlerini Güçlendirme" projesi farklı ülkelerden gelen göçmen kadınlar ve kız çocuklarına güvenli alanlar sağlamayı ve kadın sağlığı danışmanlığı hizmeti sunmayı amaçlayan bir projedir. Projemiz, Mart 2015'de tek merkezde başlamış, Mart 2016'da üç merkeze çıkarılmış olup 2019-Ekim'de tamamlanmıştır. Proje kapsamında, Ankara İl Sağlık Müdürlüğü ile yapılan protokol doğrultusunda **Alemdağ** (2015'de Ulubey'de olan bina daha sonra Alemdağ'a taşınmıştır), **Gülveren** ve **Yenimahalle**'de İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün Göçmen Sağlığı Birimleri binalarının içinde yaklaşık 5 yıl hizmet verilmiştir.

Projenin ana faaliyet alanları, cinsel sağlık, üreme sağlığı (CSÜS) ve aile planlaması hizmetleri, toplumsal

Davetli Konuşma

cinsiyete dayalı şiddeti (TCDŞ) önleme çalışmaları, cinsiyete dayalı şiddet uğrayan kadınları destekleme ve göçmen kadınları güçlendirme çalışmalarından oluşturmuştur. Proje kapsamında, bir proje koordinatörü, bir proje asistanı, her merkezde çok iyi derecede Arapça bilen bir sosyal hizmet uzmanı ve bir psikolog, Gülveren ve Yenimahalle Kadın Sağlığı Danışma Merkezi'nde (KSDM) doktor yardımcısı olarak görev yapan birer Iraklı doktor, her merkezde birer tercüman, 3 güvenlik görevlisi, 2 temizlik personeline ek olarak, 15 Suriyeli ve Iraklı sağlık aracısı (her merkezde 5 sağlık aracısı) ile hizmet sunulmuştur. Projede, 22'si mülteci olmak üzere, toplam 33 personel istihdam edilmiştir. 33 personelin tamamı kadındır. Merkezlerde sunulan hizmetler, Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan hizmetleri tamamlar nitelikte olmuştur. Bu kapsamda, mülteci kadın ve genç kızlara psiko-sosyal destek hizmetleri, toplumsal cinsiyete dayalı şiddete ilişkin danışmanlık hizmetleri verilmiştir. Tüm hizmetler yararlanıcıların anadilinde sunulmuştur. Projede **temel olarak yürütülmüş olan etkinlikler aşağıdadır;**

- Merkezlere başvuran kadın ve kız çocuklarına yönelik CSÜS danışmanlığı
- TCDŞ'e ilişkin psiko-sosyal destek
- Kadın ve kız çocukları için güçlenme çalışmaları
- Hizmet alınacak kurum/kuruluşlara ilişkin bilgi verilmesi, gereken durumlarda ilgili kurum ve kuruluşlara yönlendirme
- Hukuki danışmanlık
- Hizmet alanlara, hizmet verenlere ve yararlanıcılara yönelik eğitimler
- Çeşitli sosyal/kültürel aktiviteler
- Çocuklara yönelik etkinlikler
- Türkçe dil pratiği çalışmaları
- UNFPA tarafından sağlanan hijyen kitlerinin dağıtımı
- Şehir ve hizmet alınacak kurumların (ŞÖNİM, Ankara Barosu vb.) tanıtım etkinlikleri
- Araştırmalar ve yayınlar

Proje, kamu kurumu, uluslararası kuruluş ve üniversite işbirliğine iyi bir örnek teşkil etmekte olup, proje kapsamında hizmet sunulan KSDM'ne başvuranların sayısı her geçen gün artmıştır. Hizmet sunanlarla hizmet alanlar arasında güven ilişkisi kurulmuş olması ve merkezlerin bir kamu kurumu olan Sağlık Bakanlığı Göçmen Sağlığı Merkezleri içerisinde bulunuyor olması bireylerin hizmetlere ulaşımını kolaylaştırmıştır. Projede programlı eğitim verilen 15 sağlık aracısı, kendi toplulukları ile merkezler arasında köprü görevi görerek projede önemli aktörler olmuşlardır. Sağlık araçları, hem kadınların merkezlere güven duymalarını sağlamışlar, hem de merkezler için sahadan veri akışını kolaylaştırmışlardır. Merkezlerin tanıtılması ve hizmetlerin duyurulmasında da önemli etkileri olmuştur. Yapılan değerlendirmelere göre, 2018 yılından itibaren merkezlere başvuranların %65'i, sağlık araçlarının yönlendirmeleriyle geldiklerini belirtmişlerdir. Sağlık aracılığı mülteci kadınlar için yalnız gelir getirici bir iş olmamış, diğer kadınların hayatlarına dokunmalarını sağlamış, onlar için olumlu rol model olmalarını beraberinde getirmiş ve kendi açılarından da bir güçlenme süreci olmuştur.

Proje kapsamında, toplam 17.400 kişiye CSÜS, 11.500 kişiye TCDŞ hizmeti sunulmuş, 160 oturumda 2500'e yakın kişiye CSÜS eğitimi, 2400 kişiye de TCDŞ eğitimi verilmiştir. Proje kapsamında ayrıca, UNFPA tarafından verilen, toplam 10.478 hijyen KİT'i dağıtılmıştır. Üniversite olmanın avantajı kullanılarak, kanıta dayalı veri elde etmek üzere çeşitli araştırmalar da gerçekleştirilmiştir. Sonuçlar il düzeyinde ve genel olarak ilgili kurumlarla paylaşılmış, mülteci kadınların görüşleri görünür kılınmış ve yürütülen araştırma sonuçları iki dilde yayınlanmıştır.



Davetli Konuşma

SAVAŞ VE ÇEVRE

Prof. Dr. Çağatay GÜLER

Savaş çevrenin bütün öğelerini etkileyen önlenebilir ve kaçınılabilir insan nedeni bir afettir. Toplumların sağlığını, insan haklarını ve çevreyi çok boyutlu olarak etkiler. Savaşın çevresel etkileri sadece savaş sırasındaki etkilerle sınırlı değildir. Bu etkiler savaş hazırlığına bağlı etkiler, savaş sırasındaki etkiler ve savaştan sonraki etkiler olarak sıralanabilir. Ekonomik kaynakların savaşa hazırlık için ayrılması üretimle ilgili kirlenmeler, denemelere ve eğitimlere bağlı kirlilikler ortaya çıkabilmektedir.

Savaştan sonra kirlenmiş bitki örtüsü otoburlar için tehlike olmayı sürdürür. Patlamamış, kirli savaş artıkları önemli bir çevresel kirlilik nedenidir. Patlamamış mermi ve mayınlara bağlı ölüm ve yaralanmaların olabilmektedir. Etkilenmiş olan çevre sağlığı alt yapısı toplumun uzun süre su, besin, toprak, hava kirliliğinin etkisi altında kalmasına yol açabilmektedir. Bu etki öldürücü afet kısırdöngülerinin kurulmasına neden olmaktadır. Kitlesele göçler görülebilir. Göç doğal yaşamdaki hayvanlar için de söz konusu olabilir. Savunma nedeni kırımlara yoş açabilir.

Savaşın neden olduğu can kaybı, yıkım, yoksunluklar, kaygı ve korku değerleri kemirir, toplum ve bireyin çevre algısını ve duyarlılığını azaltır. Büyük yıkımlar kamuoyu nazarında çevreyi anlamsızlaştırabilir. Ekonomileri yıkıma uğrayan toplumlar doğal kaynak sömürüsüne yönelebilir. Ekosistemler yıkıma uğrar.

Taraflar yıkıcı doğal ortam müdahalelerini saldırı ve savunma yöntemi olarak kullanılabilir. Önemli derecede peyzaj ve habitat yıkımı söz konusudur. Savaşta çok sayıda doğal varlık, koruma alanı ve doğa parkı yok edilir. Biyoçeşitlilik ve tehdit altındaki türler tehlike altındadır.

Doğal kaynak sömürüsü yıkıcı boyutlara ulaşabilir. Ormanlar, omurgalı ve omurgasız topluluklar yok edilir. Sokak hayvanları kitlesele kırımına uğrar, kalanlar vahşileşir. Bakım ve aşılama olmayınca vahşi canlılarla temasa bağlı kuduz vakaları artabilir.

Belediye hizmetleri bütünüyle durabilir de. Birikme ve kokuşma artar. Atık yakma ve yangınlara bağlı hava kirliliği tehlikeli olabilir. Özellikle kimyasal depo, fabrika vb. yangınlarında tehlike ölümcül boyut kazanabilir. Bombardımanlar da kirlilik nedenidir. Stronsiyum-90, yoksunlaştırılmış uranyum kirliliklerinin etkisi uzun süreli olabilir.

Fosil yakıt kirliliği artar. Atıksu altyapısı bozulunca kirlenme nedeni haline gelir. Yüzeysel su kitlelerinin kirliliği yaşamları tehdit edecek boyut kazanabilir.

Davetli Konuşma

TÜRKİYE'DE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: BİRİNCİ BASAMAKTA ULAŞILABİLİRLİK, SÜREKLİLİK

Doç. Dr. Lütfi Saltuk DEMİR

Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Alma-Ata bildirgesi ile Temel Sağlık Hizmetleri tanımlanmıştır. Temel sağlık hizmetlerine göre sağlık hizmetinin ilk basamağı olan Birinci Basamak Sağlık Hizmeti (BBSH) insanların yaşadığı ve çalıştığı yerlerin mümkün olduğu kadar yakına götürülerek, sağlık hizmetine ilk başvuru yapılan yer olarak tanımlanmaktadır. Temel Sağlık Hizmetlerine göre BBSH koruyucu sağlık hizmetlerinin yanında ayaktan tedavi edici hizmetlerinin verildiği sağlık hizmetlerinin ilk basamağıdır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde Temel Sağlık Hizmeti olarak Alma-Ata bildirgesinde belirtilen basamaklar sunulmaktadır(1).

Birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık hizmetlerinde eşitsizliklerin azaltılmasında, bölgesel ve diğer farklılıkları azaltarak önemli katkılar sunmaktadır. BBSH'de görev alan hekim sayısı arttığında yani ulaşılabilirlik kolaylaştığında bebek ve diğer ölümlerde azalma olduğu, sağlık göstergelerinde iyileşmeler sağlandığı raporlanmaktadır. BBSH'de ulaşılabilirliği artırmaya gezici hizmetlerin yer alması, uzaktan sağlık hizmeti sunumu gibi uygulamalar katkı sağlamaktadır(2,3).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde "ulaşılabilirlik" örgütsel ve coğrafi ulaşılabilirlik olarak iki farklı türdedir. BBSH'ye ulaşılabilirlik; hizmetin mevcut olması, hizmetin erişilebilir olması, hizmetin kabul edilebilir olması ve ödeme gücüne bağlı olarak değişebilmektedir. Hastalananların hekime ulaşabilme (kullanım / hastalanma) oranı veya hizmete gereksinimi olanlarda hekime başvurma (semptom / cevap) oranı ile birinci basamak sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik değerlendirilebilmektedir (2).

"Süreklilik" ise düzenli BBSH kaynağının bulunması ve bu kaynağın, yalnız belirli sağlık sorunları ile sınırlı olmaksızın her türlü sağlık ihtiyacına zaman akışı içinde yanıt verebilmesi olarak tanımlanmaktadır. Burada bahsedilen zaman boyunca bütüncül süreklilik olarak değerlendirilmektedir. BBSH'de sürekliliğin, hekim ve birey arasında bir aidiyet duygusu meydana getirildiği belirtilmektedir. Düzenli hizmet alınan birinci basamak sağlık hizmeti kaynağının uygun kullanımını değerlendirmek için "Olağan Hizmet Sunucu Sürekliliği", "Hizmet sürekliliği" ve "Olası Süreklilik" şeklinde üç yaklaşım önerilmektedir. Olağan hizmet sunucu sürekliliği ölçütü; belirli bir zaman diliminde sürekli kullanılan birinci basamak sağlık hizmetine olan başvuruların, aynı süre içinde toplam birinci basamak başvuru sayısına bölünmesi ile elde edilmektedir ve elde edilen oran "1" e yaklaştıkça sürekliliğin daha iyi olduğu kabul edilmektedir. "Hizmet sürekliliği" ölçütünde ise birinci basamaktan sevk yoluyla 2. basamağa gidenlerin de birinci basamak kuruma başvurmuş gibi kabul ederek değerlendirilmekte ve ölçüt duyarlılığının artırılması sağlanmaktadır. BBSH'de ulaşılabilirlik ve süreklilik yanında diğer faktörleri de değerlendirmek adına geliştirilmiş çeşitli ölçeklerde bulunmaktadır (2).

Cumhuriyetin ilk yıllarında Türkiye'de BBSH "Hükümet Tabiplikleri" aracılığı ile verilmekte idi. Cumhuriyetin ilerleyen yıllarında 40 köy için sağlık merkezi oluşturulmuş ve 1960 yılına kadar 283 sağlık merkezi kurulmuştur. BBSH 1961 yılında kabul edilen "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" ile değişmiştir. Bu kanun ile 5000-10000 kişiye sağlık ocağı, 2000-2500 kişiye hizmet götürmek amacıyla da köylere sağlık evi kurulmaya başlanmıştır. BBSH 224 sayılı kanun ile entegre sağlık hizmeti kapsamında sürdürülmeye başlanmıştır (4).

Türkiye'de sağlık ocağı ve sağlık evleri 224 sayılı kanun ile ilk olarak Muş ilinde sağlık hizmetlerinde sosyalizasyona başlamış ve 1963 yılında Muş'ta 19 sağlık ocağı, 37 sağlık evi kurulmuştur. Sağlık ocağı ve sağlık evi sayıları 1980 yılına kadar çok fazla artmamış ve Türkiye'deki tüm illere yayılması 1985 yılına kadar sürmüştür. Türkiye'de sağlık ocağı sayısı 1985 yılında 2.887 ve sağlık evi sayısı da 8.464'e ulaşmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde 224'ün hayata geçmesi ile özellikle sağlık evi sayısında artışlar yaşandığı dikkat çekmektedir. Sağlık ocağı sayısı 1990 yılında 3454'e, sağlık evi sayısı 11075'e ulaşmıştır. Milenyum ile birlikte

Davetli Konuşma

2000 yılında yeni iller ile birlikte sağlık ocağı sayısı 5.700 ve sağlık evi sayısında 11.747'ye ulaşmıştır. Sağlık ocaklarının %67,4'ü 2000 yılında kendi binasında hizmet vermekteyken sağlık evlerinin %52,5'inin binasında hizmet verdiği görülmektedir. Sağlık ocağı sayısı 2006 yılında 5.250'ye ulaşmıştır(5,6).

Sağlıkta dönüşüm programı ile Türkiye'de BBSH Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) verilmeye başlanmıştır. Topluma yönelik çevre sağlığı, okul sağlığı, bulaşıcı hastalıklar ile mücadele, çalışan sağlığı ve halk eğitimi çalışmaları ise Toplum Sağlığı Merkez'leri (TSM) tarafından yürütülmeye başlanmış ve sonrasında İlçe sağlık Müdürlüğü veya TSM aracılığı ile sunulmaya devam etmiştir (7,8).

Türkiye'de Aile Hekimliği uygulaması ile kişi ve aileye yönelik koruyucu, tedavi edici hizmetlerin sunulduğu ASM'ler 2007 yılında kurulmaya başlamış, 2007 yılında 943 ASM ve 4.944 sağlık ocağı ile toplam 5.887 sağlık kuruluşunda BBSH verilmeye başlanmıştır. Sağlık ocağı sayısı 2009 yılında 3.842'ye gerilerken ASM sayısı ise 2.086'ya ulaşmış ve toplam 5.928 sağlık kuruluşunda birinci basamak sağlık hizmeti verilmiştir. Aile hekimliği 2010 yılında tüm Türkiye'ye yaygınlaştırılmış ve toplam 6.367 ASM'de hizmet verilmeye başlamıştır (6).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde ASM'lerin sayısı 2015 yılında 6.902'ye, 2020 yılında 8.015'e ulaşmıştır. Sağlık evi sayısı aile hekimliği uygulaması ile bir kısmının ASM'ye dönmesi nedeni ile azalmaya başlamış ve 2015 yılında 5.554, 2020 yılında ise 5.027 sağlık evinin hizmete devam ettiği gözlenmektedir (9,10).

Topluma yönelik koruyucu sağlık hizmeti sunulan TSM'ler 2007 yılında 182 yerde kurulmuş ve 2010 yılında 961 sayısına ulaşmıştır. (6) Sağlık Bakanlığı'nın merkez ve taşra teşkilatında yaptığı değişiklikler ile TSM sayıları İlçe Sağlık Müdürlükleri ile birlikte 2020 yılında toplam 779 olmuştur. BBSH sunan entegre hastaneler ise 2020 yılında 90 adet E1 ve 198 adet E2-E3 olmak üzere toplam 288 yerde hizmet vermektedir (10).

Birinci basamakta çalışan hekim başına düşen nüfus 2006 yılında 13.223, 2010 yılında 11.579 olarak 2010 sağlık istatistikleri yılığında yer almaktadır. Aile hekimi başına düşen nüfus tüm Türkiye'de aile hekimliği sisteminin yaygınlaştırıldığı 2010 yılında 3.652 olarak bildirilmiştir. Aile hekimi başına düşen nüfus 2015 yılında 3.629, 2020 yılında ise 3.144 olarak görülmektedir. Kişi başına düşen hekime müracaat sayısı 2015 yılında birinci basamakta 2,7 olup toplam hekime müracaatın %32'sini oluşturmaktadır. Kişi başına birinci basamak sağlık kuruluşunda hekime müracaat sayısı 2019 yılında 3,5'e çıkmış ve toplam hekime müracaatın %35'ine ulaşmıştır. COVID-19 pandemisi ile birlikte 2020 yılında birinci basamak sağlık kuruluşunda kişi başına hekime müracaat sayısı 3,0'a düşmüş fakat toplam hekime müracaatların %42'sine ulaşmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın son yayınladığı 2020 sağlık istatistikleri yılığında BBSH kullanım sayısının Verem Savaş Dispanseri, ÇEKÜS birimleri ve entegre hastanelerde dahil olacak şekilde 2002 yılında 74.827.588'den 2019 yılına kadar 288.101.866'ya yükseldiği, pandeminin başlaması ile birlikte 2020 yılında 253.119.935'e gerilediği raporlanmıştır (6,9,10).

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik ve sürekliliği değerlendirmek için çeşitli araştırmalar yapılmıştır. BBSH ulaşılabilirlikte sağlık güvencesi, mevsimlik tarım işçisi olarak çalışma, gelir düzeyinin yüksekliği, evde bebek yada çocuk bulunması ve kronik hastalığı bulunan birey bulunması yapılan araştırmalarda etkili olarak bildirilmektedir. Sürekliliği ise cinsiyet, yaş, eğitim, sosyal sınıf, dil, çalışma durumu, hanede çocuk ve kronik hastalığı olan birey bulunması etkilemektedir(11-14). Aile hekimlerinin sürekli aynı hekim olması ve ASM'lerin yaşadıkları yerlere yakın olmasının sürekliliği ve ulaşılabilirliği artırdığı bildirilmektedir. Ulaşılabilirlikte mobil hizmetin ve uzaktan sağlık hizmeti sunumunun da etkili olacağı belirtilmektedir (15).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kurum ve hizmete ulaşılabilirlik yanında her yeni sağlık sorununda ilk başvurulacak sağlık kuruluşu olarak kullanılabilmek ve birinci basamak sağlık kuruluşunun düzenli olarak başvuru alan yer olabilmesi önem taşımaktadır. Etkin birinci basamak sağlık hizmeti sunumu için sevk sisteminin kusursuz çalışması da önem arz etmektedir(2).

Davetli Konuşma

Kaynaklar

1. Öztekin Z., Üner S., Eren N. Halk Sağlığı Kavramı ve Gelişmesi. Ed: Güler Ç., Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler s 2-24
2. Eser E. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Yaklaşım ve Yöntemler. Toplum Hekimliği Bülteni. 2008; 3(27):1-12
3. Delican O., Yapaçkı A., Yılmaz E., Altun A., Kesen CH., Atal SS. Ailelerin Aile Hekimliği'nden Hizmet Alımı ve Memnuniyeti. Jour Turk Fam Phy 2019; 10 (1): 18-34.
4. Öztekin Z., Üner S., Eren N. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri. Ed: Güler Ç., Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler s 1513-1525
5. Sağlık İstatistikleri Yıllıkları 2000. TC. Sağlık Bakanlığı Ankara,2000. <https://dosyashb.saglik.gov.tr/Eklenti/23521,2000-yili11pdf.pdf?0>
6. Sağlık İstatistikleri Yıllıkları 2010. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü TC. Sağlık Bakanlığı Ankara,2011. <https://dosyashb.saglik.gov.tr/Eklenti/5102,saglikistatistikleriyilligi2010pdf.pdf?0>
7. Öcek Z. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Ekip Çalışması ve Ekip Üyelerinin Görev Tanımları. Ed:Pala K. Birinci Basamakta Kamu Sağlık Yönetimi El Kitabı. Palme yayınları,Ankara,2015. S139-174
8. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı İdari ve Hizmet Birimleri Kadro Standartları Yönetmeliği Ek-1
9. Sağlık İstatistikleri Yıllıkları 2015. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü TC. Sağlık Bakanlığı Ankara,2016. <https://dosyashb.saglik.gov.tr/Eklenti/23530,2015-yili29pdf.pdf?0>
10. Sağlık İstatistikleri Yıllıkları 2020. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü TC. Sağlık Bakanlığı Ankara,2022. <https://dosyashb.saglik.gov.tr/Eklenti/43399,siy2020-tur-26052022pdf.pdf?0>
11. Koruk İ., Beyazgül B. Şanlıurfa'da birinci basamak sağlık hizmetlerinin çok boyutlu değerlendirilmesi. Mersin Univ Sağlık Bilim Derg 2021;14(3):557-569
12. Lağarlı T., Eser E., Akdeniz M., Aydoğdu B., Baklaya Ü., Fıra C., Saatçioğlu A., Sönmez B., Taner E., Tıgılı S., Topçu K., Yıldız B., Yılmaz N., Yorgun H. Bazı aile hekimliği pilot uygulama birimlerinde birinci basamak değerlendirme ölçeği. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2011;9(1):16-32
13. Çelik M., Limnili G., Güldal DA. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Jour Turk Fam Phy 2019; 10 (4): 163-72
14. Şakiroğlu F., Çayır Y. Aile Hekimlerinin Görüşme ve İlişkisel Empati Becerisinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyine Etkisi. Türk Aile Hek Derg 2022;26(3):116-123
15. Delican O., Yapaçkı A., Yılmaz E., Altun A., Kesen CH., Atal SS. Ailelerin Aile Hekimliği'nden Hizmet Alımı ve Memnuniyeti. Jour Turk Fam Phy 2019; 10 (1): 18-34.

Davetli Konuşma

TOPLUMSAL ŞİDDET VE ÇOCUK SAĞLIĞI

Prof. Dr. L. Hilal ÖZCEBE

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) şiddeti; bir bireyin yaralanma ve ölümüne neden olan ya da gelişmesini engelleyen fiziksel, psikososyal ve cinsel olarak uygulanan kasıtlı davranışlar” olarak tanımlamaktadır. Bu tanım kapsamında yer alan fiziksel, psikososyal ve cinsel şiddet uygulaması bir grup ya da topluma yönelik olabilmektedir. Gelişen dünyamızda şiddet en önemli halk sağlığı sorunlarından biri olarak kabul edilmektedir. Şiddetin ortaya çıktığı ortamlar ise ev, okul ve sokak ortamlarından ülke sınırlarına kadar uzanan bir spektruma sahiptir. Araştırmalar, toplumlarda kişinin kendisine uyguladığı şiddetten, kişiler arası şiddete, gruplara ve toplumlara yönelik şiddetin arttığına dair veri sunmaktadırlar.

Toplumsal şiddet ortamında en hassas gruplardan biri olan çocuklardır. Toplumsal şiddet ortamında çocukların ruhsal, sosyal ve fiziksel sağlıkları doğrudan ya da dolaylı olarak etkilenmektedir. Çocuklar, yaşamlarını kaybetme, büyüme ve gelişme eğrilerinde istenilen seviyeye ulaşamama, ruhsal sağlık sorunlarına sahip olma, bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklara yakalanma, yeti yitimiyle yaşamını devam ettirme gibi risklerle karşılaşmaktadırlar.

Çocuk Haklarına dair Sözleşmeye göre her çocuğun 18 yaşına kadar yaşama, gelişim, katılım ve korunma haklarına sahip olması gerekmektedir. Çocukların fiziksel, ruhsal ve cinsel büyüme ve gelişme aşamalarında tüm bu haklara sahip olarak sağlıklı ve özerk bir birey olmalarına yönelik olumlu çevre koşullarının sağlanması gerekmektedir. Toplumda sağlıklı, özgür, dirençli çocukların yaşaması için barış ortamının sağlanması gerekmektedir.

Davetli Konuşma

KOMPLEKS İNSANİ ACİLLER

Dr. Kurtuluş AÇIKSARI

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

“Halk sağlığı acil durumları [public health emergencies]” terimi, halk sağlığı sistemi ve onun koruyucu altyapılarını (su, sanitasyon, barınma, gıda, enerji ve sağlık vb.) olumsuz yönde etkileyen ve bu sebeple tüm nüfusun genel sağlığında doğrudan ve dolaylı sonuçlara yol açan afetlere işaret etmektedir (1). Koruyucu alt yapı, bozulduğunda, iyileştirilmediğinde yahut idame edilmediğinde veyahut nüfus siyasal şiddet, savaş ve çatışmaya maruz kaldığında ya da diğer afetler nedeniyle bu koruyucu eşikten mahrum edildiğinde tümü önlenemez olan klasik sonuçlar ortaya çıkar (1). Karmaşık insani acil durumlar (KİAD) [complex humanitarian emergencies (CHEs)] olarak adlandırılan örnek halk sağlığı acil durumlarında “Karmaşık” kelimesi kötüleşmekte olan yahut hiç olmayan siyasal, ekonomik, yönetim, güvenlik ve sosyal sistemi -ki halk sağlığı ortamında beliren bozulmayı aniden arttırması yahut hızlandırmasının yanı sıra bu bozulmanın iyileşmesini de ciddi manada engeller- betimleyecek biçimde tanımlama amacıyla kullanılmıştır (2). Siyasal şiddet ve savaş genellikle aşırı boyutlara ulaşmakta ve dolayısıyla sivil nüfusu korumak için uluslararası insani yardım ve Birleşmiş Milletler (BM) barışı koruma [peacekeeping] veya barış gücü [peace enforcement] varlıklarını gerektirmektedir. Bazı çevreler -bu trajedilerin temelinde yatan yaygın siyasal şiddeti vurgulamak amacıyla- KİAD yerine “karmaşık siyasal acil durumlar [complex political emergencies]” ifadesini kullanmaktadır (3). KİAD son otuz yılda meydana gelen en yaygın insan kaynaklı afetleri temsil etmektedir. İç krizler; süregelen sosyal eşitsizlik, cinsiyet eşitsizliği, yoksulluk, hukuki adaletsizlik, kültürel uyumsuzluk, cehalet, ırkçılık, baskı, kabilecilik ve kökten dinciliğin -ki hepsi halk sağlığı ve ona erişimi olumsuz yönde etkiler- zemin hazırlamasıyla gerçekleşmektedir(2). Devam eden siyasal şiddetin sağlık tesis ve hizmetlerinin mevcudiyetini ve onlara erişimi olumsuz etkilemesi, en kırılgan nüfuslar (kadınlar, çocuklar, yaşlılar ve engelliler) arasında mortalite ve morbidite oranlarının yükselmesine yol açmaktadır.

Uluslararası “Acil Sağlık Ekipleri” (EMT) girişimi, acil durumlarda afetlere müdahale eden sağlık ekiplerinin kalitesini ve hesap verebilirliğini artırmak amacıyla Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Küresel Sağlık Kümesi ve diğer paydaşların şemsiyesi altında 2010 yılında kuruldu. 2013 yılında EMT Çalışma Grubu, EMT’ler için kapasitelerin, hizmetlerin ve minimum konuşlandırma standartlarının tanımlandığı “Ani başlangıçlı afetlerde Yabancı Sağlık Ekipleri için Sınıflandırma ve minimum standartlar» isimli kitabın ilk baskısını yayınladı (4). Doğal afetlerde ve halk sağlığı acil durumlarında toplumun sağlık ihtiyaçlarına daha iyi yanıt verebilmek için EMT ve sağlık hizmetlerini güçlendirmek amacıyla WHO ve Uluslararası Kızılhaç ve Kızılay Dernekleri Federasyonu (IFRC) arasında 11 Aralık 2020 tarihinde Cenevre’de bir işbirliği protokolü imzalandı. Protokol ile IFRC Acil Müdahale Birimi (ERU) ekiplerinin WHO EMT sınıflandırması ve temel standartları ile uyumlu hale getirilerek kapasitelerinin artırılmasını amaçlanmaktadır (5).

Kaynaklar:

1. Burkle FM: *Complex Public Health Emergencies*. Koenig KL, Schultz CH, eds. *Koenig and Schultz’s Disaster Medicine: Comprehensive Principles and Practice*. 2nd ed. New York: Cambridge University Press; 2015: 433-449.
2. Burkle FM. *Complex humanitarian emergencies: A review of epidemiological and response models*. *J Postgrad Med* 2006; 52(2): 109-114.
3. Zwi A, Ugalde A. *Towards an epidemiology of political violence in the Third World*. *Soc Sci Med* 1989; 28(7): 633-642.
4. Norton I, von Schreeb J, Aitken P, Herard P, Lajolo C. *Classification and Minimum Standards for Foreign Medical Teams in Sudden Onset Disasters*. World Health Organization. 2013. Available from: http://www.who.int/hac/global_health_cluster/fmt_guidelines_september2013.pdf?ua=1 [cited 2016 March 10]
5. IFRC. *WHO, IFRC sign memorandum of understanding on emergency medical teams*. IFRC. 2020 Last Accessed Date: 15.05.2021. Available from: <https://media.ifrc.org/ifrc/press-release/ifrc-sign-memorandum-understanding-emergency-medical-teams/>.

Davetli Konuşma

ULUSLARARASI AFETLERDE KIZILAY UYGULAMALARI

Alper ULUCA

Türk Kızılay Uluslararası İşler ve Göç Hizmetleri Genel Müdürlüğü Uluslararası Programlar ve Operasyonlar Direktörü

Değerli Katılımcılar,

Bilindiği üzere kurumumuz Türk Kızılayı uluslararası insani yardım politikasında 1990'lı yıllarda *ülke dış politikamızla aynı doğrultuda öncelikli olarak* kültürel ve coğrafi yakınlık kıstaslarını gözetmekteydi ancak dünya genelinde küresel değişimin hissedilmeye başlandığı 2000'li yıllar itibariyle değişen dünya koşullarına uyum sağlamak için "çok boyutlu" bir insani yardım politikası izlenmesi gerekliliği ortaya çıkmış olup, Türk Kızılayı'nda insani yardım politikası bu şiar doğrultusunda evrilmeye başlamıştır.

Bu bağlamda; ülkemizin de son yirmi sene içerisinde insani yardım ve kalkınma yardımı politikası 2000'li yılların başı itibariyle, 192 ülkenin katılımıyla kabul edilen BM Binyıl Kalkınma Hedefleri doğrultusunda oluşturulmak üzere planlanmaya başlanmıştır.

Ülkemizde insani yardım alanında önemli bir dönüm noktası da 2003 yılı itibariyle başlayan siyasi istikrar ve ekonomik gelişim süreci olmuştur. Söz konusu dönem itibariyle devletimiz tarafından günümüze gelen süreçte ortaya konulan proaktif dış politika neticesinde Türkiye insani yardım alanında diğer donör ülkelerle karşılaştırıldığında büyük bir gelişim göstermiştir.

Kurumumuzca da bu çerçevede küresel iş birliğine dayanan, sürdürülebilir insani yardım ve kalkınma programlarına uyumlu bir dış yardım misyonu geliştirilmiştir. Bu dönemde *özellikle* popülerlik kazanmaya başlayan "sürdürülebilir kalkınma" anlayışı ve bu alanda geliştirilen iş birlikleri tüm dünyada olduğu gibi Kurumumuzun yardım politikasında da yenilenmenin temel ayağını oluşturmuştur.

Özellikle bu dönem itibariyle devletlerin yenilenen Dünya düzeninde daha aktif rol almak üzere gerçekleştirdikleri insani yardımlar "yumuşak güç" olarak etkili araç olmuştur.

Bu minvalde 2000'li yıllarında başında Kurumumuzca uluslararası insani yardım ve kalkınma faaliyetleri ülke bazlı ve meydana gelen afet ve insani krizlere süreli müdahale çerçevesinde gerçekleşmekte iken, *Türk Kızılayı'nın uluslararası arenada ilk yerleşik delegasyonunu 2005 yılında Pakistan Keşmir Depremi akabinde başlatılan acil müdahale yardımı faaliyetlerinin tamamlanması sonucunda Pakistan Kızılayı ile afet sonrası iyileştirme ve yeniden inşaa faaliyetleri gerçekleştirmek üzere ihdas edilmiştir.*

2000'li yıllar itibariyle ayırım yapmaksızın ihtiyaç duyan ülkelere yardım eli uzatılması prensibi ile çok boyutlu insani yardım faaliyetlerini içeren Delegasyon Ofisleri aracılığı ile Kurumumuzca, insani yardımlar ihtiyaç sahibi ülke ulusal derneklerinin talepleri doğrultusunda şekillendirmekte ve ikili iş birlikleri yardım programlarında giderek ağırlık kazanmaktadır.

Bu bağlamda insan odaklı dış yardım politikası çerçevesinde Türkiye'nin insani yardımlar konusunda önemli bir donör ülke haline gelmesi Kurumumuzunda *öncelikli hedefleri arasında* yer almıştır.

Bir diğer öncelikli hedefimiz ise Kurumumuz tarafından ulusal çıkarlarımız doğrultusunda Türkiye'nin bölgesinde ve ötesinde girişimci ve insani bir dış yardım politikası yürütülmesi ve etkinliğinin artırılmasını sağlamak olmuştur.

Bu çerçevede; Kurumumuz son 15 yılda Balkanlar, Orta Asya, Ortadoğu ve Afrika ülkeleri başta olmak üzere toplamda 140'dan fazla ülkede muhtelif ayni ve nakdi insani yardım faaliyetleri yürütmüştür.

Türk Kızılay üyesi olduğu Uluslararası Kızıllaç ve Kızılay Dernekleri Federasyonu (IFRC) Veri ve Raporlama Sistemi (FDRS) kayıtlarına göre 192 üye dernek arasında İnsani Yardıma harcanan bütçe büyüklüğü olarak 8. Sırada yer almakta olup (1. Sırada Danimarka Kızıllaçı, 2. Sırada Alman Kızıllaçı ve 3. Sırada Katar Kızılayı) ancak geçtiğimiz 2021 yılı için en fazla ülkeye yardım yapan ulusal dernek ve yine uluslararası arenada en fazla

Davetli Konuşma

ihtiyaç sahibine ulaşan ulusal dernek olmayı başarmıştır.

Kurumumuz söz konusu insani yardım odaklı harcama bütçesini kurum öz kaynakları ve bağış kampanyalarından elde edilen kaynak ile finanse etmekte olup; bu noktada doğru uygulanan ve sürdürülen gelir getirici faaliyetler ile Türk halkının büyük teveccüh gösterdiği bağış kampanyaları çerçevesinde ülkemiz adına yurt dışında insani yardım alanında bayrak dalgalandırma görevini üstlenmektedir.

Yıllara sari olarak bakıldığında küresel insani yardım ihtiyaçları ve ülkemizin dış politikası dikkate alınarak 2005 yılı ile 2022 yılları arasında geçen 17 yıllık süreçte Kurumumuz tarafından kronolojik sıra ile Pakistan (2005), Filistin (2008), Somali (2011), Bangladeş (2012), Irak (2014), Yemen (2016), Güney Sudan (2017), Bulgaristan (2018), Bosna Hersek (2018), Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (2018), Afganistan (2018), Endonezya (2018), Sudan (2019), Myanmar (2019), Senegal (2020), Azerbaycan (2021), Kırgızistan (2021) da kurulan delegasyon ofislerimiz varlıklarını sürdürmektedir.

Kurumumuz tarafından insani yardım faaliyetlerinin ve bu faaliyetlere ayrılan kaynakların artırılması, artan Delegasyon Başkanlığı sayısına koştut olarak, yeni alımlarla nitelikli personel sayısının artırılması ve bütçe imkânlarının geliştirilmesi, özellikle yurtdışında gerçekleştirilen faaliyetler bağlamında kurumlar arasındaki koordinasyonun artırılması ve kamu kaynaklarından insani yardım alanında *önemli* bütçe tahsislerinin gerçekleştirilmesi *ülkemiz adına bu hedeflere ulaşmada yine önemli unsurlar olarak yer almaktadır.*

Bu perspektiften bakarak Kurumumuzun Uluslararası afet ve insani krizlerde yürütmüş olduğu yardım hizmetleri içerisinde özellikle sağlık alanında gerçekleştirmiş olduğu büyük ölçekli faaliyetlerden bahsetmek gerekirse;

DELEGASYONLARDA SAĞLIK FAALİYETLERİ

Güney Asya Tsunami Felaketi – Endonezya & Sri Lanka (2005): 2005 yılında Endonezya ve Sri Lanka’da meydana gelen tsunami felaketine müdahale kapsamında; Türk Kızılay ekipleri tarafından Endonezya’nın Banda-Aceh bölgesinde 2 adet sahra hastanesi kurulmuştur.

Söz konusu sahra hastaneleri ile afetin akut döneminde yaklaşık 220.000 ihtiyaç sahibine sağlık hizmeti sunulmuştur. Ayrıca; Kurumumuz alandaki destek ekipleri ile afetzedelerin normal yaşamlarına dönmeleri için psiko-sosyal destek sağlamıştır. Rehabilitasyon dönemi faaliyetleri kapsamında ise; Banda-Aceh bölgesindeki Dr. Zeynel Abidin Hastanesi’nin pediatri yoğun bakım ve yeni doğan yoğun bakım servislerinin tadilatı gerçekleştirilmiş olup gerekli tıbbi cihaz, sarf ve diğer demirbaşlar ile bu servislerin tefrişatı tamamlanmıştır.

Sri Lanka’da ise 1 adet sahra hastanesi kurulmuş olup afetin akut döneminde yaklaşık 30.000 ihtiyaç sahibine sağlık hizmeti sunulmuştur.

Pakistan Depremi Afet Müdahale Çalışmalarında Ülkeye Sahra Hastanesi Sevk Edilmesi ve Sağlık Yardımları (2005): 2005 yılı Ekim ayında Pakistan’da meydana gelen deprem nedeniyle, bölgeye hizmet sonunda Pakistan Kızılayı’na bağışlanmak üzere 1 adet 50 yatak kapasiteli sahra hastanesi sevk etmiştir. Kurumumuz tarafından Muzefferabad *bölgesinde* kurulan sahra hastanesinde T.C. Sağlık Bakanlığı ile işbirliğinde afetin akut döneminde yaklaşık 54.500 faydalanıcıya sağlık hizmeti sunulmuştur.

Sudan Sahra Hastanesi, Muhtelif İlaç ve Tıbbi Cihaz Sevki (2006 - 2011): Türk Kızılay’ın 2004 yılında ülkedeki kıtlık nedeniyle Darfur bölgesinde başlatmış olduğu insani yardım çalışmaları kapsamında; 2006 yılında ülkeye 1 adet 50 yataklı sahra hastanesi ile birlikte muhtelif ilaç ve tıbbi malzeme sevk edilmiştir.

Söz konusu sahra hastanesinde 2006 – 2011 yılları arasında yaklaşık 460.000 ihtiyaç sahibine sağlık hizmeti ve ilaç desteği sunulmuştur. Ayrıca; Sahra Hastanesi’nin 2011 yılında betonarme bir yapıya çevrilerek Sudan yerel makamlarına devredilmiştir.

Davetli Konuşma

Filistin Gazze Sağlık Projeleri (2015-2018): Filistin Gazze Şeridi'nde süre gelen insani yardım faaliyetlerimiz kapsamında, Gazze Sağlık Bakanlığı ile işbirliği halinde şu çalışmalar yapılmıştır:

Al Quds Hastanesi Destekleme Projesi: Filistin Kızılayı'na ait Al Quds Hastanesi'nin kardiyoloji bölümü ve fizyoterapi bölümüne tıbbi cihaz, malzeme ve ekipman tedariki Filistin Kızılayı ile işbirliği halinde gerçekleştirilmiştir.

Gazze Göz Hastanesine Tıbbi Cihaz Tedariki Projesi: Göz hastanesinin tıbbi cihaz ihtiyacının karşılanması için Filistin Sağlık Bakanlığınca yapılan teknik analiz doğrultusunda 6 adet tıbbi cihaz tedariki gerçekleştirilmiştir.

Al Huda Sağlık Merkezi Rehabilitasyonu Projesi: İsmi geçen hastanenin hizmet kalitesinin artırılması amacıyla acil bölümü ve diyabetik ayak bölümü yapılan tıbbi cihaz, malzeme ve ekipman tedariki ile desteklenmiştir.

Abu Yusuf Al-Najjar Hastanesi'ne Tıbbi Cihaz Tedarik Projesi: Hastanenin radyoloji bölümü için X-Ray cihazı tedarik edilmiştir.

Al Wafa Hastanesi Destekleme Projesi: Gazze Şeridi Zahra bölgesinde yer alan Al Wafa Hastanesi'nin desteklenmesi çerçevesinde ilaç, tıbbi malzeme, gıda ve mazot tedarik edilmiş olup bölgedeki sağlık hizmeti kalitesi arttırılmıştır.

Somali'ye İlaç ve Tıbbi Malzeme Sevki: İyilik Gemisi Somali Yolunda (2017): Somali'ye denizyoluyla gönderilen yaklaşık 15.000 ton muhtelif yardım malzemesinin sevkiyatı çerçevesinde Somali'ye bir ünite Halk Sağlığı Laboratuvarı ile muhtelif ilaç ve tıbbi malzeme sevk edilmiştir.

Yemen - Yemen'e Sahra Hastanesi Sevki (2017): 2017 yılında Yemen'e gönderilen insani yardım malzemesi sevkiyatı kapsamında ülkeye 2 adet sahra hastanesi sevk edilmiş ve Yemen Sağlık Bakanlığına bağışı gerçekleştirilmiştir.

Sudan'da gerçekleştirilen Katarakt Ameliyatları (2018 - 2019): İstanbul Büyükşehir Belediyesi (İBB)'nin destekleri doğrultusunda başlatılan proje ile Türk Kızılay Sudan Delegasyonu tarafından 2018 - 2019 yılları arasında 670 Sudanlı hastanın katarakt ameliyatı gerçekleştirilmiştir.

Bangladeş Yarı Kalıcı Prefabrik Temel ve Çok Amaçlı Sağlık Merkezleri Kurulum (İnşa) ve İşletim Projesi (2019 - 2022): Cox's Bazar'da mülteci kapılarında ikamet eden ve zorla yerinden edilen Arakanlı Müslümanlar ile yerel halka sağlık hizmeti vermek için yarı kalıcı prefabrik altı adet Temel Sağlık Merkezi ile üç adet **Çok-Amaçlı Sağlık Merkezi yapılarının kurulması projesi 2019 yılı içerisinde faaliyete geçmiştir.**

Her bir merkeze günlük ortalama 150-250 kişi sağlık hizmeti almak için başvurmakta ve aynı şekilde Sağlık Merkezi başına aylık ortalama 6.000 kişiye hizmet verilmektedir. 2020-2022 yılları içerisinde yılı içerisinde 49.730 hasta, 2021 yılı içerisinde ise 60.696 hasta, 2022 yılı içerisinde 282.152 hasta ücretsiz olarak tedavi edilmiştir.

Yemen Al Sadaqa Hastanesi Gastroenteroloji ve Hepatoloji Servisinin Kurulması Projesi (2019- 2020): 2019 yıl sonunda hayata geçirilen proje kapsamında Al Sadaka Hastanesi gastroenteroloji ve hepatoloji servislerinin kurulumu gerçekleştirilerek söz konusu servisler 2020 yılı içerisinde hizmete açılmıştır.

Filistin Ambulans Bağışı (2021): Geçtiğimiz sene içerisinde Filistin ve İsrail devletleri arasında Kudüs'te gerçekleşen gerginlik neticesinde yaşanan insani krize destek olmak üzere Filistin Kızılayı'na 13 adet mobil ambulans ve 12 adet tam donanımlı ambulans tedariki gerçekleştirilerek söz konusu ambulanslar Filistin Kızılayına bağışlanmıştır.

OPERASYON FAALİYETLERİ

Çad Eczanesi Faaliyeti (2007-2008): Çad Kızılayı ile yapılan protokol çerçevesinde Türk Kızılayı Çad Eczanesi kurulmuş ve 2007 yılı içerisinde yaklaşık 3.000 ihtiyaç sahibi hastaya ücretsiz ilaç temin edilmiştir. 2008 yılında söz konusu eczane Çad Kızılayı'na devredilmiştir.

Davetli Konuşma

Libya'ya Tıbbi Ekipman ve İlaç Sevki (2011): Kurumumuz tarafından Avusturalya Kızılhaçı'nın Kurumumuza yapmış olduğu nakdi destek ile 1 adet ambulans, kan bankası, hematoloji ve biyo-kimya laboratuvar cihazları ile muhtelif tıbbi malzeme Türkiye'den temin edilerek bölgeye deniz yolu ile sevk edilmiştir.

Libya'ya İlaç Sevki (2016): 2016 yılı mayıs ayında T.C. Dışişleri Bakanlığı'nın organize ettiği uçak ile Libya'nın başkenti Trablus'a içerisinde 13.160 kutu ilaç bulunan toplam 10 tonluk insani yardım malzemesi sevk edilmiş olup söz konusu malzemeler Libya Kızılhayı'na teslim edilmiştir.

Libya'ya İlaç ve Tıbbi Malzeme Sevki (2017): Toplam ağırlığı 22 ton olan 37 palet ilaç, 8 palet tıbbi malzeme Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) eşgüdümüyle Libya resmi makamlarına teslim edilmiştir.

Moldova'ya Sağlık Ekipmanı Yardımı (2018): Gagavuzya Özerk Bölgesi'ndeki ihtiyaç sahiplerine ulaştırılmak üzere Moldova'ya 126 adet muhtelif tekerlekli sandalye, 60 adet kan basıncı monitörü, 51 adet işitme cihazı ve toplam 30 adet muhtelif yürüteç (kol dayamalı yürüme cihazı, koltuk değneği ve baston) bağışı yapılmıştır.

Zambiya – Kolera Salgını İle Mücadele (2018): Ülkede yaşanan kolera salgını sebebiyle Zambiya Kızılhaçı'na sıvı klorin ve hijyen kiti yardımı yapılmıştır. Söz konusu malzemelerin ihtiyaç sahiplerine dağıtımını Zambiya Kızılhaçı ile işbirliği içerisinde gerçekleştirmiştir.

Moldova Sağlık Yardımı (2020): Moldova'nın Gagavuz Özerk bölgesinde bulunan otizmli çocukların eğitimlerine destek olunması amacıyla Moldova Kızılhaçı'na 10 ton medikal malzeme hibe bağışında bulunulmuştur.

Romanya Sağlık Yardımı (2020): Romanya Kızılhaçı'na acil tıbbi yardım hizmetlerinde kullanılmak amacıyla, iki adet ambulans tedarikinde kullanılmak üzere Ulusal Dernek hesaplarına nakdi yardım yapılmıştır.

Güney Afrika (2021): Güney Afrika Kızılhaçı ve Güney Afrika Ulusal Awqaf Vakfı işbirliğiyle, ülkedeki 700 hastanın katarakt ameliyatının gerçekleştirilmesi için Kurumumuz tarafından Güney Afrika Kızılhaçı'na nakdi yardım sağlanmıştır.

COVID-19 PANDEMİSİ İNSANİ YARDIM FAALİYETLERİ

Konu sağlık özelinde olunca aslında son yıllarda global ölçekte hayatımızın bir parçası ve gerçeği haline gelen COVID-19 pandemisi yardım faaliyetlerimizden de kısaca bahsetmek isterim.

Bilindiği üzere Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kayıtlarına göre Çin'in Vuhan kentinde 31 Aralık 2019 tarihinde ortaya çıkan korona virüsü 11 Mart 2020'de Dünya Sağlık Örgütü tarafından küresel salgın ilan edilmişti. Bu salgın dönemimde Kurumumuz tarafından COVID-19 Pandemisi yardımları kapsamında Afganistan, Bangladeş, Belarus, Bulgaristan, Filistin, Güney Afrika, Güney Sudan, Gürcistan, Kamboçya, Kırgızistan, Kosova, Kuzey Makedonya, Moğolistan, Myanmar, Rusya Federasyonu, Somali, Vanuatu, Zambiya, Zimbabve ülkeleri olmak üzere 19 ülkeye toplamda **2.021.696,50 TL** nakdi yardım yapılmış olup;

Ayrıca Afganistan, Arnavutluk, Bangladeş, Bosna Hersek, Cibuti, Dağıstan, Dominik, Endonezya, Etiyopya, Gürcistan, Haiti, Hindistan, Gürcistan, Irak, İngiltere, İtalya, Kırgızistan, KKTC, Kosova, Kuzey Makedonya, Madagaskar, Moldova, Moritanya, Pakistan, Romanya, Sırbistan, Somali, Sudan, Suriye, Tacikistan, Tanzanya, Uganda, Yemen, Mali, Senegal, Gine Bissau olmak üzere toplam 35 ülkeye de **83.723.773,15 TL** tutarında kişisel koruyucu ekipman ve tıbbi malzeme hibe bağış olarak sevk edilmiştir.

COVID-19 pandemisi yardımları kapsamında 2020 ve 2021 yılları arasında toplam 48 ülkede nakdi bağış ve hibe sağlık malzemesi bağışı kapsamında toplam **85.745.468-TL (Türk Lirası)** tutarında insani yardım faaliyeti gerçekleştirilmiş olup bu çerçevede toplam **14.260.390** faydalanıcıya ulaşılmıştır.

Dinlediğiniz için hepinize çok teşekkür ederim.

Saygılarımla.

Davetli Konuşma

ULUSLARARASI TIBBİ FAALİYETLERİN YASAL ÇERÇEVESİ

Kaan SANER

Türk Kızılay Uluslararası İşler ve Göç Hizmetleri Genel Müdürlüğü Uluslararası Politikalar ve İş Birlikleri Direktörü

İnsan Hakları:

Bireyin yaşam ve güvenlik hakkı Uluslararası İnsan Hakları Kuralları bakımından en öncelikli haklar niteliğindedir.

1948'de kabul edilen ve İnsan Haklarına ilişkin evrensel standartların belirlenmesi açısından en temel metinlerden olan Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi 25'inci Maddesinde:

“Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve esenliği için beslenme, giyim, barınma, tıbbi bakım ve gerekli sosyal hizmetler dahil olmak üzere yeterli bir yaşam standardına ve hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık veya kontrolünün dışındaki durumlarda geçim sıkıntısı işsizlik durumunda güvenlik hakkına sahiptir” ifadesi yer alır.

Bu ifadeden tıbbi hizmetlere erişimin ve yararlanmanın insan sağlığı ve esenliği için gerekli kabul edildiğini ve bu surette bir hak telakki edildiğini anlıyoruz.

Birleşmiş Milletler Genel Kurulunun 16 Aralık 1966 tarihli ve 2200 A (XXI) sayılı Kararıyla kabul edilmiş Kişisel ve Siyasal Haklar Uluslararası Sözleşmesi 6'ncı Maddesi (1) Fıkrasında:

“Her insan doğuştan yaşama hakkına sahiptir. Bu hak hukuk tarafından korunur. Hiç kimse yaşama hakkından keyfi olarak yoksun bırakılamaz” kuralı yer alır.

Aynı Sözleşmenin 10'uncu Maddesi (1) fıkrasında

“Özgürlüğünden yoksun bırakılan herkes, insani muamele ve insanın doğuştan sahip olduğu insanlık onuruna saygı görme hakkına sahiptir” kuralı yer alır.

Yaşam hakkı kutsaldır, okunulamaz ve devredilemez. Yaşam hakkının hakkın kullanılması diğer koşulların yanında sağlık hizmetlerin mevcudiyetinin, sağlık hizmetlerine erişimin sağlanmasıyla ve insanların sağlık hizmeti almaktan mahrum bırakılmaması ile mümkündür.

Devletin insanların yaşam haklarını tehdit edecek veya ihlal edilecek şekilde insanların sağlık hizmetlerinde mahrum bırakılmasını önlemek veya sona erdirmek gibi negatif sorumluluğu yanında sağlık hizmetlerinin mevcudiyetini ve sağlık hizmetlerine erişimi sağlamak gibi pozitif bir sorumluluğu da mevcuttur.

Uluslararası toplum devletin bu sorumluluğunu dikkate alarak, Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nun 16 Aralık 1966 tarih ve 2200 A (XXI) sayılı kararıyla kabul ettiği Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşme'nin 12'inci Maddesinde:

1. Bu Sözleşme 'ye Taraf Devletler, herkesin, ulaşılabilecek en yüksek fiziksel ve zihinsel sağlık standardına sahip olma hakkını kabul ederler.
2. Bu Sözleşme 'ye Taraf Devletlerin, bu hakkın tam olarak kullanılmasını sağlamak için alacakları tedbirler şu amaçlara yönelik olacaktır:
 - (a) Ölü doğum ve çocuk ölümleri oranlarının düşürülmesini ve çocuğun sağlıklı bir şekilde gelişmesini sağlamak;
 - (b) Çevresel ve sinai sağlık şartlarının her yönüyle iyileştirilmesi;
 - (c) Salgın, yöresel, mesleki ve diğer hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve kontrolü;

Davetli Konuşma

(d) Hastalık durumunda herkese tıbbi hizmet ve tıbbi bakım sağlayacak koşulların yaratılması

Kurallarını kabul etmiştir.

Birleşmiş Milletler Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşmesi'nin kapsadığı kurallar bireylerin doğrudan doğruya haklarından ziyade; haklarını kullanmalarına imkân tanıyan ve buna uygun ortamın sağlayan devlet sorumluluklarına ilişkin düzenlemelerdir. Çoğunluğunun sağlanması o ülkenin sosyo-ekonomik kalkınmışlık düzeyiyle bağlantılı kabul edilebilir.

Ancak pratikte insanların afet, kaza veya hastalık nedeniyle vücut bütünlüğü tehdit altında olan veya zarar görmüş bir insanın sağlık ocağı, hastane veya sağlık personeli bulamaması ve tedavi göremediği için yaşamını veya sakat kalması Kişisel ve Siyasal Haklar Uluslararası Sözleşmesi 6 Maddesindeki "yaşam hakkının korunması" yönünde devlet sorumluluğunun yerine getirilmediği anlamına gelecektir.

Ulusal egemenlik ve uluslararası yardımlaşma

Şüphesiz bu sorumluluğu devletlerin "egemenliği" ilkesi bağlamında ele almak gerekir. Birleşmiş Milletler Şartı 2 Maddesi'nde zikredilen egemenlik kavramı, devletin ülkesinde ve ülkesinde yaşayanlar üzerinde otorite tesis etmesini gerektirir. Şüphesiz otoritenin tesisi hakların, özgürlüklerin ve kamu düzeninin korunması içindir. Hakların, özgürlüklerin ve kamu düzeninin korunması hizmet sorumluluğunu da beraberinde getirir.

Uluslararası yardımlaşma ve yardımlaşmanın koordinasyonu da farklı "devletlerin egemenliğini" prensibiyle insani zorunluluk arasında denge gözetir bir yaklaşım izlemiştir.

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nun 46/182 (1991) sayılı Kararında kabul edilen İnsani Yardım Sağlanmasına İlişkin Yol Gösterici İlkeler, 4'üncü Maddesinde:

"Her Devlet, kendi topraklarında meydana gelen doğal afetlerin ve diğer acil durumların kurbanlarıyla ilgilenmekten ilkin ve öncelikle sorumludur. Bu nedenle etkilenen devlet insani yardımın başlatılmasında, organizasyonunda, koordinasyonunda ve uygulanmasında ana role sahiptir" ifadesi yer alır.

Bu sorumluluk dikkate alınarak aynı metnin 3'üncü Maddesinde:

"Birleşmiş Milletler Şartı uyarınca devletlerin egemenliğine, toprak bütünlüğüne ve ulusal birliğine saygı duyulur. Bu bağlamda, insani yardım etkilenen ülkenin rızası ve prensipte acil yardım çağrısıyla yapılmalıdır" ifadesi yer alır.

Buradaki insani yardım afet ve diğer acil durumlarda sağlanan tıbbi hizmet ve yardımı da kapsamaktadır. Birleşmiş Milletler genel Kurulu etkilenen ülkenin birincil sorumluluğu, egemenliğini, acil yardım ağrısını ve rızasını vurguladıktan sonra aynı metnin 5'inci ve 6'ıncı Maddesinde sırasıyla aşağıdaki ifadeleri kullanır:

"Birçok acil durumun büyüklüğü ve süresi etkilenen ülkenin müdahale kapasitesinin ötesinde olabilir. Bu sebepten acil durumlara müdahalede uluslararası iş birliği ve etkilenen ülkenin müdahale kapasitesinin güçlendirilmesi büyük önem taşır. Bu nevi iş birlikleri uluslararası hukuk ve ulusal hukuk uyarınca sağlanmalıdır. Ayrım gözetmeksizin salt insani motiflerle çalışan hükümetler arası ve hükümetdışı kuruluşlar ulusal çabaları tamamlar şekilde önemli ölçüdeki katkı sağlamaya devam etmelidir."

"Nüfusu insani yardıma muhtaç olan devletler, özellikle gıda, ilaç, barınak temini ve mağdurlara erişimin çok önemli olduğu sağlık hizmetleri gibi insani yardımın uygulanmasında bu kuruluşların çalışmalarını kolaylaştırmak için çağrıda bulunulmuştur"

Birleşmiş Milletler bu yaklaşımıyla afet ve acil durum hallerinin etkilenen devletin kapasitesini aştığı ve ihtiyaçları karşılayamadığı durumlarda etkilenen devletleri uluslararası toplumla iş birliğine çağırılmaktadır.

Egemenliğe saygı, etkilenen devletin rızası ve acil yardım çağrısı mevcudiyeti gibi kriterler bir yana uluslararası İnsan Hakları Hukuku ve Birleşmiş Milletlerin İnsani yardımda Kılavuz İlkeleri birlikte ele alındığında büyük

Davetli Konuşma

çapta can, mal kaybına neden olan ve etkileri uzun süren, etkilenen devletin müdahale kapasitesinin çok üzerinde bir müdahale hacmini gerektiren afet ve acil durum hallerinde; etkilenen ülkenin uluslararası yardım tekliflerini kabul etmemesi, birçok insanın hayatı uluslararası yardımla kurtarılabilirken uluslararası yardıma rıza göstermemesi afetzedelerin veya acil durum mağdurlarının hakları bakımından devletin "sorumluluğunu" gündeme getirecektir.

Halk Sağlığı ve Bilgi Paylaşımı

Halk Sağlığı Acil Durumlarında uluslararası bilgi paylaşımı ve yardımlaşma açısından 2005 Yılında kabul edilen Uluslararası Sağlık Düzenlemeleri devletlere özel sorumluluklar yüklemektedir.

196 üye Devlet üzerinde yasal olarak bağlayıcı olan uluslararası bir antlaşma olan Uluslararası Sağlık Tüzüğü, sınırları aşma potansiyeli olan halk sağlığı olaylarını ve acil durumlarını ele alırken Devletlerin hak ve yükümlülüklerini tanımlayan kapsayıcı bir çerçeve sağlamaktadır. Buna göre Uluslararası Sağlık Tüzüğü devletlere aşağıdakiler de dahil olmak üzere temel kapasiteleri geliştirme, güçlendirme ve sürdürme görevleri yükler:

- (1) Halk sağlığı olaylarını tespit etme, değerlendirme, bildirme ve raporlama kapasitesi;
- (2) Halk sağlığı risklerine ve halk sağlığı olaylarına ve acil durumlarına hızlı ve etkili bir şekilde yanıt verme kapasitesi.

Devletlerin ayrıca şunları yapmasını gerektirir:

- (1) Ulusal seviyede bir Uluslararası Sağlık Tüzüğü Odak Noktası belirlemek veya tesis etmek;
- (2) Beklenmedik bir halk sağlığı olayıyla başa çıkmak için etkili acil durum düzenlemelerinin sürdürülmesini sağlamak; ve
- (3) Yetkili makamların alınan ilgili halk sağlığı önlemleri hakkında Uluslararası Sağlık Tüzüğü Odak Noktası ile iletişim kurmasını sağlamak.

Uluslararası toplum bir taraftan ulusal kapasiteye önem atfederken uluslararası bilgi alışverişini de üye devletlerin zorunluluğu kabul etmektedir.

Temel Prensipler

1969'da İstanbul'da düzenlenen 21. Uluslararası Kızılhaç Kızılay Konferansı'nda kabul edilen Kızılhaç Kızılay İnsani yardım İlke ve Kuralları düzenlemesine göre: Kızılhaç Kızılay kanallarından uluslararası yardım alınabilmesi için göre etkilenen ülkenin ulusal Kızılhaç Kızılay derneğinin uluslararası yardım çağrısında bulunmasıyla Uluslararası Kızılhaç Federasyonu üzerinden veya diğer derneklere iki taraflı olarak uluslararası yardım alabilir. Etkilenen ülke bu yardım çağrısıyla ülkesinde nakdi yardım, tıbbi malzeme ve ekipman dahil aynı yardım ve tıbbi müdahale ekipleri dahil afet ekiplerinin konuşlandırılmasını talep edebilecektir. Ulusal dernek uluslararası yardım çağrısında bulunmasa bile yardım tekliflerini kuracağı mekanizma ile kabul ve koordine edebilir.

Tıbbi yardımlarda dahil uluslararası yardımlarda yardımların kabulüne dair en önemli kriterler İnsani yardım İlkeleridir.

İlkin 1965'te Viyana'da kabul edilen 20'inci uluslararası Kızılhaç Kızılay Konferansında resmen kabul edilen İnsaniyet, Ayrımcı Gözetmeme, Tarafsızlık, Bağımsızlık Prensipleri uluslararası toplumca benimsenmiş Birleşmiş Milletler genel Kurulu'nun 1991 Yılında onayladığı 46/182 No'lu kararında İnsaniyet, Ayrımcı Gözetmeme ve tarafsızlık prensiplerini kabul edilmiş; akabinde 2004 Yılında onayladığı 58/114 sayılı kararla bağımsızlık prensibini kabul etmiştir.

Bu prensipler tıbbi yardımda dahil olmak üzere insani yardımların kabul edilmesinde ve uygulamasında

Davetli Konuşma

ilkesel çerçeveyi çizer. İnsani yardımların insani amaçla ve tespit edilmiş insani ihtiyaçlara dayalı olarak yapılmasını salık verir. İnsani yardımda öncelik sadece durumun aciliyetine ve zarurete göre belirendir. İnsani yardım sağlanırken uyruk, ırk, dini inanç, sınıf veya politik görüş dayalı herhangi bir ayırım yapılmaz. İnsani yardım hiçbir politik, sosyal, etnik, dini grubun veya çatışan tarafın çıkarlarına hizmet etmez; her türlü politik mülahaza, kaygı ve çıkardan bağımsız şekilde yürütülür.

Buradaki insan yardım kavramı tıbbi hizmet ve yardımı da içerdiğinden söz konusu ilkelerin sağlık çalışanları açısından uygulamada ne anlama geldiğinin anlaşılması önemlidir.

İnsanîyet prensibi hastanın, yaralının durumunu veya tıbbi desteğe ihtiyacı ele alırken, İnsan yaşamının korunmasında ve ıstırabının dindirilmesinde kritik hayat kurtarıcı yardımın sağlanması önceliktir. Sağlık hizmetine erişimde, tıbbi nakilde, tahliyede ve tirajda en kritik durmaların dikkate alınmasını ve öncelemesini gerektirir. Mümkün olan en kısa sürede tıbbi hizmetin sağlanması ve uygulanabilir olduğu sürece hizmetin verilmesi önemlidir. Hastanın ve

Tıbbi hizmet personeli riske atılmamalıdır. Klinik hizmetin gerektirdiği kapsamın ve uzmanlığın dışına çıkılmaması önemlidir.

Ayırım gözetmeme prensibi hastanın, yaralının veya tıbbi yardıma ihtiyaç duyan topluluğun durumu ele alınırken durum veya vakanın ortaya koyduğu zaruret ve aciliyet haricinde herhangi bir faktörün dikkate alınmamasıdır. Hastanın veya yaralının uyruğu, dili, dini inancı, siyasal veya sosyal bir gruba mensubiyeti gösterilecek muameleyi veya tedaviyi hiçbir koşulda belirleyici olamaz. Bu durum doğal afet ve diğer acil durumlarda geçerli olduğu gibi silahlı çatışmalarda da geçerlidir, taraflar birbirlerinin yaralanma ve hastalık nedeniyle savaş dışı kalmış düşman askerlerinin toplanmasında, naklinde ve tedavisinde tıbbi zarureti ve aciliyet dikkate alacaktır. Hasta ve yaralının kimliği veya statüsüne bakılmaksızın korunması ve insan onuruna uygun muamele gösterilmesi esastır. Bu korumaya yaralı veya hastanın tıbbi ve kişisel verilerinin korunması da dahildir.

Tarafsızlık Prensibinin tıbbi hizmetlerin uygulamasında ne anlama geldiğinin kavranması ve tıbbi hizmet veren kurumun ve çalışanlarının bulunduğu ortamdaki algılanması, kabul edilebilirliği ve güvenilirliği açısından hayati mahiyettedir. Tıbbi hizmet veren kurum ve kuruluşlar herkesin güvenini kazanmak ve herkesle iletişim kurabilmek zorundadır. Bu da ancak anlaşmazlıklara, uyuşmazlıklara ve çatışmalarda taraf tutmamakla mümkündür. Aksi durumda nüfusun bir kısmına erişimi mümkün olmayacak, tıbbi birimlerin ve çalışanların güvenliği riske atılacaktır. Tarafların hastalarına, yaralılarına tıbbi hizmette veya topluluklarına tıbbi yardımda tıbbi esasların belirlediği çerçeve dışında bir tarafın lehine öncelikli veya tercihli muamele veya işlem asla söz konusu olamaz. Söz konusu prensip tıbbi hizmetlerin verilmesinin yanında tıbbi tesislerin kullanımıyla da ilgilidir. Tıbbi tesisler amacı dışında askeri faaliyetler için asla kullanılmaz, bu tesislerde cephane, hasta ve yaralı olmayan muhripler, silah pozisyonları bulundurulamaz. Aksi durumlarda tıbbi tesisi taraflardan birince diğer tarafın askeri amaçlarına ve avantajına hizmet ettiği kabul edilecek ve Uluslararası Hukukun sağladığı korumayı kaybedecektir.

Bağımsızlık prensibinin tıbbi hizmetler bakımından pratikte uygulanması tıbbi hizmetlerin organizasyonunda ve temininde kontrolün ve yönetimin tıbbi hizmet personelinde olmasıdır. Bir başka deyişle tıbbi hizmetlerin verilmesinde geçerli olan etiğin, kuralların ve standartların uygulanmasında tıbbi hizmet personelinin karar alma yetkisi tanınmalı ve saygı gösterilmelidir. Tıbbi iş ve işlemlere dışarıdan müdahale, hastayı ve sağlık personelinin güvenliğini tehlikeye atacak şekilde karar alma süreçlerine müdahale, hastanenin, kliniğin veya diğer sağlık tesisinin işleyişini kesintiye uğratabilecek, işleyişine zarar verecek veya etkisizleştirecek müdahalelerde bulunulmaması gerekir.

Uluslararası ve uluslararası nitelikte olmayan silahlı çatışmalarda Uluslararası İnsani Hukuk hem tıbbi hizmet sağlayanları; tıbbi hizmette hizmette kullanılan tesisleri ve araçları hem de hizmetten yararlanmak durumunda olanları belirli şartlar dahilinde korumuştur.

Davetli Konuşma

Silahlı çatışmalarda tarafların hak ve yükümlülüklerini özellik koruma altındaki kimselerin durumları bakımından düzenleyen 12 Ağustos 1949 Tarihli Cenevre Sözleşmeleri ve EK Protokolleri; devletlerin uygulamaları bakımından Yapılageliş kuralı niteliği taşıyan Uluslararası

İnsani teamül Hukuku ve Uluslararası Ceza Hukuku bakımından sağlık hizmetleri korunmaktadır.

Cenevre Sözleşmeleri:

- Harp Hâlindeki Silahlı Kuvvetlerin Hasta Ve Yaralılarının Vaziyetlerinin Islahına İlişkin Sözleşme.
- Silahlı Kuvvetlerin Denizdeki Hasta, Yaralı Ve Kazazedelerinin Vaziyetlerinin Islahına İlişkin Sözleşme. • Harp Esirlerine Yapılacak Muameleye İlişkin Sözleşme.
- Harp Zamanında Sivillerin Korunmasına İlişkin Sözleşme.

Ayrıca 8 Haziran 1977 tarihli, 1949 Cenevre Sözleşmelerine Ek; I sayılı Uluslararası Silahlı Çatışmalarda Mağdurların Korunması Protokolü ve II Sayılı Uluslararası Olmayan Silahlı Çatışmalarda Mağdurların Korunması Protokollerini de bu sözleşmelerin parçasıdır. Saldırı, öldürme ve zarar

Yaralı ve hastalara her koşulda saygı gösterilmelidir; hayatlarına kastetmek ve şahsına şiddet uygulamak kesinlikle yasaktır. (CS I, 12'inci Madde; CS II 12'inci Madde ve CS IV 16'ıncı Madde; EP I 10'uncu Madde ve EP II 7'inci Madde)

Onları kasten öldürmek veya vücutlarına veya sağlıklarına büyük acı veya ciddi şekilde zarar vermek, Cenevre Sözleşmelerinin ağır ihlalleri olarak savaş suçları teşkil eder (CS I, 50'inci Madde; CS II, 51'inci Madde EP11)

Bu maddeler kapsamında hastaların veya yaralıların:

- Yaşamlarına kast ve her türlü şiddet uygulaması, kasten öldürülmesi ve imhası yasaktır.
- İşkenceye ve biyolojik deneye tabi tutulması,
- Yaşamlarını tehlikeye atacak enfeksiyona ve bulaşa maruz bırakacak koşullar yaratılması,
- Kasten tıbbi yardımdan veya bakımdan yoksun bırakılması,

Ayrıca hasta ve yaralılara;

- İnsanca muamele edilecek,
- Kadın olanlarına cinsiyetlerinden dolayı muamele ihtimam gösterilecektir.
- Hasta ve yaralı düşman askerini tek edilmesi gerekiyorsa taraflar askeri kaygılar elverdiği müddetçe tıbbi personel ve malzemeye birlikte bırakacaktır.
- Tedavi sırasında önceliği acil tıbbi nedenler belirleyecektir.

Uluslararası Ceza Mahkemesi Tüzüğü Madde 8.2'de de silahlı çatışmanın diğer tarafının elinde olan kimselerin tıbbi, diş veya lehine yapılan hastane tedavisiyle açıklanamayacak şekilde tıbbi veya bilimsel deneye tabi tutulması veya fiziksel olarak sakat bırakılması veya ölümüne yol açılması veya ciddi şekilde sağlığının tehdit edilmesi savaş suçudur.

Cenevre Sözleşmelerinin uluslararası nitelikte olmayan silahlı çatışmalara uygulanan Ortak 3'üncü Maddesinde de: silahlarını bırakmış olan silahlı kuvvetler mensupları ve hastalık, yaralanma, tutuklanma veya başka bir nedenle savaş dışı kalan kişiler de dâhil olmak üzere çatışmalarda aktif rol almayan kişilere ırk, renk, din ve inanç, cinsiyet, doğum veya servet ya da benzer bir kritere göre ayırım yapılmadan bütün koşullarda insani muamele görmesi salık verilmiş; yaşama ve kişiye yönelik şiddet, özellikle her türlü öldürme, zalimane davranış ve işkence, kişisel onura tecavüz, özellikle küçük düşürücü ve onur kırıcı davranış yasaklanmıştır.

Davetli Konuşma

Bu hasta ve yaralı askerin imkân varken kasten tedavi edilmemesi, gereken tedavinin uygulanmaması, yanlış tedavinin uygulanması veya tedavisinin engellenmesi; gerekli tedavi için ihtiyaç duyulan araç gereç ve malzemelerinin imkân varken kasten sağlanmaması veya sağlanmasının engellenmesi; silahlı çatışma mahallinde koşullar elverişli ve imkan varken tıbbi tahliyesinin yapılmaması veya kasten geciktirilmesi ölüme terkedilmesi; tedavinin gerektirdiği hijyenik koşulların imkan varken ve koşullar elverişli enfeksiyon kapmasına yol açacak şekilde kasıtlı olarak sağlanmaması; hastanın veya yaralının savaş dışı kalmış olmasına karşın muharip gibi gösterilerek hayatının hedef gösterilmesi; kimlik bilgilerinin ve hasta kayıtlarının tehdit altında olmasına rağmen ifşa edilmesi; benzeri eylemler bu maddelerin ihlali sayılabilecektir.

Belirli durumlarda, tıbbi tedavinin reddedilmesi, zalimce veya insanlık dışı muamele, insan onuruna saldırı, özellikle aşağılayıcı ve aşağılayıcı muamele ve hatta gerekli kriterler karşılanırsa işkence teşkil edebilir.

Koruma ve bakım

Silahlı bir çatışmanın tüm tarafları, yaralıları ve hastaları yağma ve kötü muameleden korumalıdır. Ayrıca, kendilerine mümkün olduğunca ve mümkün olan en az gecikmeyle yeterli tıbbi bakımın sağlanmasını sağlamalıdır (CSI, Madde 15; CS II, Madde 18; CS IV, Madde 16; EP II, Madde 7 ve 8); Kural 111 İnsani teamül Hukuku Çalışması).

Yaralı ve hasta savaş esirleri (CSIII Madde 29–33): bazı durumlarda, hastalara tarafsız bir ülkede bakılmalı veya hastaneye yatırılmalıdır (CSIII Madde 132).

Gözetilene alınan veya gözetilene tutulan kişiler (GS IV Madde 91, 92): belirli kategorilerdeki kişilerin alıkonma yerlerinden salıverilmesi veya tarafsız bir ülkede barınmalarının sağlanması olasılığı da öngörülmektedir (CSIV Madde 132).

İşgal altındaki topraklar: İşgalci güç sağlık hizmetlerinin işleyişini engellememeli ve bunların yeterli miktarda yürütülmesini sağlamalıdır. Diğer insani yardım kuruluşlarının koruyucu güçleri, gıda ve tıbbi malzemelerin durumunu her zaman doğrulama hakkına sahiptir (CSIV Maddeleri 55–57 ve 59–63).

Gözetilene tutulmuş veya tutuklanmış olsun, silahlı çatışmayla ilgili nedenlerle özgürlüğünden yoksun bırakılan kişiler (EPII Madde 5.1.a, 7).

Son olarak, İnsani Hukuk silahlı kuvvetlere ait tıbbi personel ve tıbbi tesisler ile onların bakımı altındaki yaralı ve hastalar için özel kurallar koyar (CS 1 Maddeleri 12–37)

Ayrım Gözetmeme

Yaralı ve hasta ayrımı yapılmadan tedavi edilmelidir. Aralarında ayrım yapılacaksa, bu sadece tıbbi durumlarına göre yapılabilir (CS I, Madde 12; CS II, Madde 12; 4 Sözleşme ortak 3. Madde; EP II, Madde 7(2); Kural 110 İnsani teamül Hukuku Çalışması)

Tıp Etiği

Doktorlar gibi sağlık profesyonellerinin yerine getirmesi gereken belirli etik görevleri vardır. Bu görevler, Uluslararası İnsani Hukukun çeşitli hükümleri ile korunmaktadır. Silahlı çatışmanın tarafları, tıp meslek mensuplarını tıp etiğine aykırı faaliyetlerde bulunmaya zorlamamalı veya tıbbi etiğe ve kurallara uygun görevlerini yerine getirmelerine engel olmamalıdır. Ayrıca taraflar, tıp etiğine uygun hareket ettikleri için tıp uzmanlarını kovuşturmamalıdır. (EP I, Madde 16(1), (2); EP II, Madde 10(1), (2); Kural 26 İnsani teamül Hukuku Çalışması).

Sağlık profesyonelleri, hastaların tedavisi ile bağlantılı olarak elde edilen bilgilerin gizliliğini korumalıdır: Bu, tıp etiğinin en önemli ilkelerinden biridir. Cenevre Sözleşmelerine ek olarak 8 Haziran 1977 tarihli EP I ve II uyarınca, tıbbi faaliyetlerde bulunan kişiler, kanunen gerekli olmadıkça, bakımları altında olan veya daha önce bakmakta oldukları yaralı ve hastalar hakkında, bilgilerin hasta veya aileleri için zararlı olması söz konusuysa, kendi tarafına veya karşı tarafa bilgi vermeye zorlanamazlar. Bu (EP I, Art. 16(3); EP II, Art. 10(3), (4)).

Davetli Konuşma

Dünya Tabipler Birliği, silahlı çatışma ve barış zamanında tıp etiğinin aynı kaldığı görüşündedir.

Toplanma, Tedavi ve Nakil

Uluslararası ve uluslararası nitelikte olmayan çatışmada hasta ve yaralıların gecikmeksizin toplanması, tedavisi ve bakımı için organizasyonun teşkili, personel, araç ve gerecin görevlendirmesi ve konuşlandırılması için taraflar önlem alacak; hasta ve yaralılar soygun ve kötü muameleden ve korunacaktır. (CS I, Madde 15; CS Madde3; CSII, Madde 18; EP II, Madde 8; ICRC İnsani Teamül Hukuku Çalışmasının Kural 109)

Bu Maddelere göre taraflar ayrıca:

Hasta ve yaralıların bulunması, toplanması ve nakli için taraflar koşullar elverdiği müddetçe ateşkes ilan edecek veya çatışmayı kesebilecektir; kuşatma altındaki ve çevrilmiş bölgelerden tıbbi tahliyeyi sağlamak veya bu bölgelere tıbbi birimlerin girişi üzere düzenlemeler yapabilecektir.

Uluslararası silahlı çatışmalar bakımından sivil nüfusa da hasta ve yaralılara, düşman askeri dahil olsa, saygı duymaması ve şiddet göstermemesi salıverilir.

Faaliyetlerin engellenmemesi ve kolaylaştırılması

Silahlı bir çatışmanın tarafları, sağlık personelinin geçişini engelleyerek bakımın sağlanmasını engelleyemez. Yaralılara ve hastalara erişimi kolaylaştırmalı ve tıbbi personele gerekli yardım ve korumayı sağlamalıdır. Her bir taraf, Askeri durumlar elverdiği müddetçe yaralıların, kazazedelerin ve tehlike içinde olanların aranmasını ve yardım edilmesini kolaylaştırmalıdır, (CS I, Mad. 15; CS II, Mad. 18; CS IV, Mad. 16, 17; EP I, Mad. 15(4).

Hangi birimler, kuruluşlar ve kimseler

Bu işlevleri silahlı kuvvetlerin tıbbi birimleri, silahlı kuvvetler birimlerine yardımcı olmak üzere usulüne uygun şekilde yetkilendirilmiş, diğer taraflara yetkilendirdiğinin bilgisi önceden verilmiş, askeri düzenlemelere tabi olarak ve askeri birimlerin uhdesinde faaliyet gösteren Kızılhaç Kızılay Dernekleri veya gönüllü yardım kuruluşları dernekleri yerine getirebilecektir. (CS 1 Maddeleri 12–37; CS I, Madde 26; CS II, Madde 24 ,25)

Sivil nüfusun, Kızılhaç ve Kızılaylar gibi yardım kuruluşlarının hasta ve yaralıları toplamasına, kendi inisiyatifleriyle de olsa izin verilecektir. Taraflar hasta ve yaralıların toplanması ve bakımı için sivil nüfustan ve yardım kuruluşlarından çağrıda bulunabilecek; çağrıya cevap vermeleri durumunda gerekli görülen koruma ve imkanlar sağlanacaktır. (EP I, Madde 17)

Uluslararası nitelikte olmayan çatışmalar bakımından da yüksek akit tarafların topraklarında bulunan Kızılhaçlar ve Kızılaylar gibi yardım kuruluşları hasta ve yaralıların toplanması ve bakımı için hizmetlerini teklif edebilecektir. Sivil hal kendi inisiyatifleriyle de hasta ve yaralıların toplanması için teklifte bulunabilecektir. (EPII, Madde 18)

Uluslararası nitelikte olmayan çatışmalarda sivil halkın tıbbi malzemelerin olmaması nedeniyle zorluk çektiği durumlarda insani ve ayırım gözetmeksizin verilmesi kaydı şartıyla ve ilgili yüksek akit tarafın rızasıyla sivil halkın yararına yardım faaliyetine girişilmesi salıverilir. (EPII, Madde18)

Sağlık Personeli

Sağlık personeli sivil oldukları için silahlı çatışmaya doğrudan katılmadıkları müddetçe genel korumaya tabidir. Tıbbi görevlere/amaçlara atanan tıbbi personele, insani görevlerinin dışında düşmana zarar veren eylemlerde bulunmadıkları sürece her zaman saygı gösterilmeli ve korunmalıdır (CS I, Madde 24; EP I, Madde 15; Kural 28, insani Teamül Hukuku Çalışması).

Tıbbi personel, kendilerini savunmak veya sorumlu oldukları yaralı ve hastaları korumak için silah taşıdıkları ve kullandıklarında, hakları olan korumayı kaybetmezler (CS I, Madde 22(1); CS II, Madde 35(1); EP I, Madde

Davetli Konuşma

13(2)(a). Bakımları altındaki yaralılar ve hastalar, sağlık personeli korumalarını kaybetse bile korunmaya devam eder.

Sivil hastanelerin personeli fotoğraflı, onaylı birimlerini, görevlerini belirten kimlik bulunduracak ve sol kollarında görevlerini ifa ederken koruyucu amblemlili kolluk kullanacaktır. Tıbbi birimlerin operasyon ve idaresinde görev alan personel de aynı korumaya tabidir. (CS IV 20)

Tıbbi birimler

Tıbbi amaçlar için düzenlenen ve münhasıran tıbbi amaçlarla tahsis edilen hastaneler ve diğer tesisler gibi tıbbi birimlere her koşulda saygı gösterilmeli ve korunmalıdır. Sağlık birimlerine saldırı yapılamaz ve bunlara erişim kısıtlanamaz. Silahlı bir çatışmanın tarafları, tıbbi birimleri saldırılardan korumak için askeri hedeflerin yakınında bulunmamalarını sağlamak gibi önlemler almalıdır. (CS I, Art. 19; CS II, Art. 22; CSIV, Art. 18; EPI, Art. 12; EP II, Art. 11; Kural 28 İnsani Teamül Hukuku Çalışması).

Sivil hastanelerde koruma rejiminden yararlanmak üzere, otoriteler tarafından sertifikayla yetkilendirilir, koruyucu amblem kullanımı yetkisi verilir, personeli onaylı kimlikler taşır. Söz konusu hastanelerin görünür olarak ayırt edici ve koruyu amblemle işaretlenmesi sağlanır. Sağlanır. Söz konusu hastaneler silahlı kuvvetlerinin yakınına konuşlandırılmamalıdır. (GS 18)

Tıbbi birimler, insani görevlerinin dışında, sağlam muhripleri barındırmak veya silah ve mühimmat depolamak gibi düşmana zararlı eylemlerde bulunmak için kullanılırsa, hak ettikleri korumayı kaybederler. Ancak, bu koruma ancak makul bir süre içinde gerekli uyarı yapıldıktan ve bu uyarı dikkate alınmadığında askıya alınabilir. (CS I, Madde 21-22; EP I, Madde 13; EP II, Madde 11; Kural 28 İnsani Teamül Hukuku Çalışması).

Hastanede hastaların korunması ve meşru müdafaa için hafif silah taşıyan görevlilerin olması hastanenin korumasını kaybetmesine yol açmaz.

Silahlı görevlilerin olmaması durumunda aynı koruma görevinin hafif silahlarla başka bir birim veya eskort tarafından icrası da korumayı kaybettirmez. Ancak silahlı çatışmalarda tıbbi birimlerde 0 silah politikasını uygulayan kuruluşlar mevcuttur.

Hasta ve yaralıların üzerinden alınmış, ancak yetkililere teslim edilmemiş silahlar ve cephanelerin bulunması korumayı kaybettirmez.

Tıbbi birimlerde muharip veya savaşan fonksiyonunu devam ettiren kişi ve unsurların kendilerini ve faaliyetlerini gizlemek veya korumak için bulunması birimleri hedef haline getirecek ve sahip olduğu korumayı kaybettirecektir

Hastanede mühimmat saklanıyor veya muharip unsurlar üstleniyor olsa bile olsa bile içerisinde sağlık personeli ve hastalar olan bir hastaneyi tahliye edilmesi için makul bir süre önceden uyarı yapmaksızın hastaneyi vuramazsınız.

Tıbbi nakiller

Yalnızca yaralı ve hastaların, tıbbi personelin ve/veya tıbbi ekipman veya malzemelerin taşınmasına tahsis edilen herhangi bir ulaşım aracına, tıbbi birimlerle aynı şekilde saygı gösterilmeli ve korunmalıdır. Tıbbi nakiller karşı tarafın eline geçerse, sorumlu oldukları yaralı ve hastaların bakımının sağlanmasından o taraf sorumlu olur. (CS I, Madde 35; CS II, Madde 38-39; EP I, Madde 21-31; EP II, Madde 11; Kural 29 ve 119 İnsani Teamül Hukuku Çalışması).

Sağlık personeli ambulanda ağır silah taşıyor, aynı anda ambulanda hasta da naklediliyor. Sağlık personeli ve ambulans korumasını kaybeder, ancak hastanın korunması devam edecektir.

Hastane bölgeleri ve yerleri

Davetli Konuşma

Yüksek Akit taraflar ve düşmanlıkların patlak vermesinden sonra Taraflar kendi topraklarında ve ihtiyaç halinde işgal altındaki bölgelerde hastane alanları ve yerleri tesis edebilirler. Buralarda yaralıları ve hastalar çatışmanın etkilerinden etkilerden korunur. Buralarda toplananların bakımı, organizasyon ve idare için personel görevlendirilebilir. Bu alanların karşılıklı olarak tanınmasına ilişkin anlaşmalar imzalanabilir. Bu alanların tesis ve tanınması için Kızılhaç Komitesi iyi niyet girişiminde bulunmaya davet edilebilir. (CS Madde 23)

Ayırt Edici Amblem Kullanımı

Koruyucu bir araç olarak kullanıldığında, amblem- Kızılhaç, Kızılay veya Kırmızı Kristal - Cenevre Sözleşmeleri ve bunların tıbbi personel, tıbbi birimler ve tıbbi nakillere ilişkin Ek Protokolleri tarafından sağlanan korumanın görünür işaretidir. Bununla birlikte, böyle bir amblem böyle bir koruma sağlamaz; kişi veya nesnelerin tıbbi personel ve nesne olarak nitelendirilme koşullarını karşılaması ve korumayı oluşturan tıbbi işlevleri yerine getirmesidir. (GS I, Madde 38; GS II, Madde 41; EP I, Madde 8(I); EP II, Madde 12; 2005 Ek Protokol III; Kural 30 İnsani Teamül Hukuku Çalışması). Silahlı bir çatışma sırasında, koruyucu amblemin yetkili kullanıcıları arasında askeri sağlık personeli, birimler ve nakliye araçları; Ulusal Kızılhaç ve Kızılay Derneklerinin Devlet tarafından tanınan ve silahlı kuvvetlerin tıbbi hizmetlerine yardımcı olmaya yetkili tıbbi personeli, birimleri ve nakliye araçları; Amblemi sergilemeye yetkili devlet onaylı sivil sağlık birimleri ve işgal altındaki bölgede tıbbi personel. Koruyucu bir araç olarak kullanılan amblem, bir düşmanın savaş alanında uzaktan tıbbi birimleri tanıyabilmesi için görünürlük sağlayacak kadar büyük olmalıdır. Tıbbi birimler ve nakliye araçları da ayırt edici sinyaller (ışık ve radyo sinyalleri gibi) kullanabilir (GS I, Madde 39-44; GS II, Madde 42-43; EP I, Madde 39-44; EP II, Madde 12).

Belirleyici bir araç olarak kullanıldığında amblem, onu sergileyen kişi veya nesneyi Uluslararası Kızılhaç ve Kızılay Hareketi'nin bir kurumuna bağlar. Bu durumda, işaret nispeten küçük olmalıdır. (CS I, Madde 44).

Binalara, malzemelere, tıbbi birimlere ve araçlara veya ayırt edici amblemleri taşıyan personele saldırmak savaş suçudur.

Amblemin Aldatıcı Kullanımı

Bir silahlı çatışmanın tarafları, karşı tarafları korunduklarına inandırmak amacıyla tıbbi birimleri veya nakliye araçlarını kullanırken, bunları saldırılar başlatmak veya düşmana zarar veren diğer eylemleri gerçekleştirmek için kullanırken, hainlik eylemleri gerçekleştirirler. Böyle bir hainlik eylemi, karşı tarafa mensup bireylerin ölümü veya ciddi şekilde yaralanmasıyla sonuçlanırsa, bu bir savaş suçu teşkil eder (EP I, Madde 37 ve 85(3) (f); Kural 65 İnsani Teamül Hukuku Çalışması).

Sağlık sisteminin Muhafazası

Uluslararası silahlı çatışmalarda işgalci güç (ulusal ve yerel makamların işbirliği ile) mevcut imkanlar ölçüsünde tıbbi ve hastane tesislerini ve hizmetlerini ve halk sağlığı ve hijyenini sağlamalı ve sürdürmeli; bulaşıcı hastalıkların ve salgın hastalıkların yayılmasıyla mücadele etmek ve gerekli profilaktik ve önleyici tedbirleri almalıdır. (CS IV, Art. 56)

İşgalci güç, elindeki imkanlar ölçüsünde, halkın yiyecek ve tıbbi ihtiyaçlarını sağlama görevine sahiptir; özellikle işgal altındaki toprakların kaynakları yetersiz ise gerekli gıda maddeleri, tıbbi malzeme ve diğer malzemeleri getirmelidir. İşgalci Devlet, işgal kuvvetlerinin ve idare personelinin kullanımı dışında ve sivil halkın ihtiyaçları dikkate alınmış olması şartıyla, işgal edilmiş topraklarda bulunan gıda maddelerine, eşyalara veya tıbbi malzemelere el koyamaz. (CS IV madde 55)

İşgal altındaki bir bölgenin nüfusunun tamamı veya bir kısmı yetersiz bir şekilde tedarik ediliyorsa, İşgal Eden Güç, söz konusu nüfus adına yardım planlarını kabul edecek ve bunları mümkün olan her şekilde kolaylaştıracaktır. (CS IV madde 55)

Davetli Konuşma

İşgal durumu dışında çatışan taraflarından birinin kontrolü altındaki herhangi bir bölgedeki sivil nüfus, altındaki topraklarda, 69. maddede belirtilen malzemeler (Tıbbi Malzeme dahil) yeterince sağlanmıyorsa insani ve tarafsız nitelikte ve herhangi ayırım olmaksızın insani yarım tarafların mutabakatına tabi olmak kaydıyla yapılabilir (EP I Madde 70)

Uluslararası Olmayan Silahlı çatışmalarda eğer sivil nüfus, ihtiyaçlarını karşılamak için gerekli olan malzemelerin eksikliğinden dolayı aşırı sıkıntı çekiyorsa, gıda maddeleri ve tıbbi malzeme gibi hayatta kalma, sivil nüfusa yönelik yardım faaliyetleri münhasıran insani ayırım gözetmeksizin ilgili Yüksek Akit Tarafın rızasına tabi olarak gerçekleştirilecektir. (EPII Madde 18)

Davetli Konuşma

HALK SAĞLIĞI ASİSTANLARI ENVANTERİ

Arş. Gör. Dr. Salih KESKİN

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Değerli katılımcılar;

Bu bölümde; Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Araştırma Görevlileri Çalışma Grubunun pandemi sonrası yeniden örgütlenmesini, etkinliklerini ve Çalışma Grubunca bu kongrede sunulmak üzere gerçekleştirilen “Halk Sağlığı Asistanlarının Sorunları - 2022” isimli çalışmanın yöntemini sunacağım.

2019 yılının son döneminde ortaya çıkan COVID-19 hastalığı; eğitimden sosyal yaşantıya kadar birçok alanda bizleri önemli ölçüde etkilemiştir. Bu dönemde, çok sayıda meslektaşımızın zorunlu ya da tepkisel olarak kendini salgınla mücadeleye adanması sonucu eğitimi aksamıştır. Meslektaşlarımız salgınla mücadele sırasında; tükenmişlik, hastalığın kendisine bulaşma ve hastalığı başkasına bulaştırma kaygısı gibi ciddi zorluklarla da karşılaşmıştır. Salgın sonrasındaki ekonomik bunalımla birlikte, Halk Sağlıkçıların artık süreğenleşmiş olan; iş tanımı ve sahadaki istihdam sorunlarına, eğitim sorunları ve geçim derdi de eklenmiştir. Ayrıca salgın önlemleri kapsamında toplantı, kongre ve eğitimler kısıtlanmıştır. Bu durum Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Gezici Eğitim Semineri ve Güz Okulu gibi topluluğumuzun tanışıp kaynaşmasını sağlayan etkinliklerin de yüz yüze yapılmasını olanaksız hale getirirse de salgın sırasında kongre ve buluşmalar çevrimiçi olarak gerçekleştirilmiştir. Derneğin eğitim alanındaki faaliyetleri de Halk Sağlığı okulu ve Webiner çalışmalarıyla sürdürülmüştür. Pandemi döneminde artan iş yükü başta olmak üzere çeşitli sebeplerle Araştırma Görevlileri Çalışma Grubunun faaliyetleri de sekteye uğramıştır. Asistan Hekimlerin çalışma ve eğitim koşulları ile özlük hakları gibi pek çok alanda sorun yaşadıkları bilinirken Türkiye’de toplam kaç Halk Sağlığı Asistanı olduğu dahi bilinmemektedir. Bu sebeple, Araştırma Görevlileri Çalışma Grubunca 2022 yılı Nisan ayında; Asistan Hekimlerin sayısının, koşullarının ve sorunlarının belirlenmesi amacıyla düzenli bir yeniden örgütlenme çalışması başlatılmıştır.

Halk Sağlığı Uzmanlık Öğrencilerinin Yeniden Örgütlenmesi

Asistan Hekimlerin sayısının, koşullarının ve sorunlarının öğrenilebilmesi için teoride tüm Halk Sağlığı Asistanları ile iletişim halinde olunmalıdır. Bir şekilde anlık olarak herkesin iletişim bilgisine ulaşılsa dahi, asistanlık geçici (4-5 yıl) bir süreçtir, kişiler uzman olabilir, başka sebeplerle ayrılabilir ya da topluluğa yeni asistanlar katılabilir. Bu iletişimde kolaylaştırıcı olarak asistanların buldukları Anabilim Dallarında birbirleriyle iletişim halinde oldukları ya da birbirlerine kolaylıkla ulaşabildikleri söylenebilir. Eğer her Anabilim Dalından bir temsilciye ulaşırsa ve mezuniyet-ayrılış gibi artık temsilcinin asistan olmadığı durumlarda bu kişi, görevini aynı bölümden bir başkasına devrederse tüm asistanlarla sürekli iletişim halinde olunmasının mümkün olduğu düşünülmüştür. Bu sebeple bu iletişim ağının kurulması için şu yöntem izlenmiştir: Öncelikle, Tıpta Uzmanlık Sınavı yerleştirme sonuçları elde edilmiş ve Nisan 2022’den önceki dönemde gerçekleşen son 10 sınavda (5 yıllık dönemde) herhangi bir dönemde Halk Sağlığı Uzmanlık Öğrencisi yerleşen bulunan Fakülteler (54 Tıp Fakültesi) bir listeye kaydedilmiştir. Pandemi sonrası ilk yüz yüze buluşmaları gerçekleştirilen 33. Gezici Eğitim Semineri ve 18. Halk Sağlığında Temel Konular Kursu, bu iletişim ağının omurgasını oluşturmuş ve Çalışma grubunun faaliyetlerinin olgunlaştırılması açısından önemli birer toplantı olmuştur. Çoğu Anabilim Dalının temsilcisi bu toplantılardaki kişilerden arasında belirlenmiştir. Toplantılara Uzmanlık Öğrencisi gönderen Anabilim Dallarını dışındaki asistanlara ulaşmak için öncelikle çeşitli Öğretim Üyelerinden destek alınmış, son aşamada da eksik Anabilim Dallarını için tek tek internet sayfaları vb. alanlardan telefonlar numaralarına ulaşılmış ve kişiler Halk Sağlığı Asistan Temsilcileri İletişim grubuna davet edilmiştir. Grupta, 28 Ekim 2022 tarihiyle 48 farklı Anabilim Dalından birer temsilci vardır. Grup, 28 Temmuz 2022 tarihinde bir çevrimiçi toplantı gerçekleştirmiştir. Bu toplantıda beklentiler alınmış, yol haritası çizilmiş, Asistan Envanteri Çalışması planlanmış ayrıca üyelere kendi Anabilim Dallarına İletişim Ağını ve Araştırma Görevlileri Çalışma Grubunu duyurmaları istenmiştir.

Davetli Konuşma

Halk Sağlığı Asistan Envanteri Çalışması

Halk Sağlığı Asistan Temsilcileri Grubunun ilk çalışması henüz tamamlanamamış olan Asistan Envanteri Çalışmasıdır. Çalışmanın ana amacı, her Anabilim Dalında aktif olarak görev yapan asistan sayısını belirlemektir. Çalışma için bir yönerge hazırlanmış ve her bölüm için ayrı ayrı liste oluşturulmuştur. Temsilcilerden 2017 yılı Nisan Tıpta Uzmanlık Sınavında yerleşenlerden bu yana göreve başlayan asistanları kendi bölümleri için hazırlanmış olan listeye eklenmeleri istenmiştir. Çalışmada; başlanılan sınav dönemi, aktif çalışma durumu gibi (mezuniyet, yatay geçiş veya istifa vb.) bilgilerin toplanması planlanmıştır. Gruptaki her temsilciye, kendi Anabilim Dalı için oluşturulan listeyi 6 ayda 1 defa olmak üzere kendi bölümüyle ilgili listeyi güncelleme görevi verilmiştir. Ekim ayının sonu itibarıyla 16 Anabilim Dalının listesi doldurulabilmiştir.

Halk Sağlığı Uzmanlık Öğrencilerinin Kongre Katılımlarının Değerlendirilmesi

Halk Sağlığı Asistan Temsilcileri Grubu İletişim açısından yararlanılan ilk çalışma, Halk Sağlığı Uzmanlık Öğrencilerinin Kongre Katılımlarının Değerlendirilmesi olmuştur. Şu an gerçekleştirdiğimiz kongrenin katılım ve konaklama fiyatları, ekonomik bunalım dönemine rastlaması sebebiyle asistan hekimlerce yüksek bulunmuştur ve pek çok Anabilim Dalında asistanların kongreye katılamayacağı dile getirilmiştir. Bu durumun araştırılması ve çözüm üretilmesi amacıyla Çalışma Grubunun katkılarıyla bir çevrimiçi anket formu hazırlanmış ve iletişim ağı kullanılarak asistanlara ulaştırılmıştır. Anketi kısa sürede 208 kişi yanıtlamış ve katılımcıların kongre ile ilgili düşünceleri bir rapor haline getirilip Dernek Yönetim Kurulu, Kongre Düzenleme Kurulu ve ilgililere sunulmuştur. Rapor sonucunda katılımın önündeki en önemli engel olarak ekonomik kaygıların görülmesiyle HASUDER Yönetim Kurulu ve Kongre Düzenleme Kurulunun çalışmalarıyla kongreyi daha ekonomik kılacak farklı alternatifler ve maddi kongre destekleri oluşturulmuştur.

Halk Sağlığı Uzmanlık Öğrencilerinin Sorunları

Bu kongre oturumunda sunulmak üzere planlanan ve Halk Sağlığı Asistan Temsilcileri Grubu İletişim açısından yararlanılan ikinci çalışma ise; Halk Sağlığı Uzmanlık Öğrencilerinin Sorunları Çalışmasıdır. Çalışma iki aşamada yürütülmüştür. İlk aşama için hazırlanan anket, 17 Ekim 2022 tarihinde Temsilciler Grubunda paylaşılmış ve temsilcilerden kendi Anabilim Dallarındaki iletişim ağlarından yaymaları istenmiştir. Katılımın artırılması için birkaç defa hatırlatılan anket, 19 Ekim 2022 gün sonu itibarıyla yanıtlamaya kapatılmıştır. Bu ankette birey düzeyinde durum saptaması yapılmaya çalışılmış ve yaşanan sorunlarla ilgili sorular sorulmuştur. İlgili aralıkta ankete toplam 130 kişi yanıt vermiştir. İlk çalışmanın yanıtlanma sürecinin tamamlanmasının ardından, 20 Ekim 2022 tarihinde hazırlanan ikinci anket çalışması Temsilciler Grubunda paylaşılmıştır. Anketin gruplarda paylaşılması, yalnızca temsilciler tarafından doldurulması gerektiği iletilmiştir. Bu çalışmada kurum düzeyinde durum saptaması yapılmaya çalışılmış ve bireyden çok kurumsal düzeyde yaşanan sorunlarla ilgili sorular sorulmuştur. İlgili çalışmaya toplam 30 yanıt gelmiştir. Anketin ilk sorusu olan "Anabilim Dalınızda kaç asistan var?" sorusuna verilen yanıtların toplamı ise 480'dir. Bu çalışmanın, 30 temsilci aracılığıyla da olsa toplamda 480 kişiye ait durumun değerlendirilmesine fırsat sağlaması sebebiyle önemli bir çalışma olduğunu düşünüyoruz. Asistan arkadaşlarımızı ilgilendiren; eğitim sorunları, mesleki ve özlük hakları sorunları, etik sorunlar ve gelecek kaygısı gibi alanlarla birlikte COVID-19 dönemindeki sorunları da incelemeyi hedefleyen durum saptaması düzeyindeki bu çalışmanın alanımızdaki sorunların çözümüne katkı sunmasını bekliyoruz. Bu buluşmamızın pandemi sonrası dönemde gerçekleştirdiğimiz ilk yüz yüze kongre olması sebebiyle tarihi bir önem taşıdığını düşünüyoruz. Pandemiye aştığımız gibi hep birlikte daha iyi bir Halk Sağlığı Uzmanlık eğitimini de inşa edebileceğimize inanıyoruz.

Saygılarımla.

Davetli Konuşma

EĞİTİM SORUNLARI

Arş. Gör. Dr. Gökçe Hazar OTÇU

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Merhabalar Değerli Hocalarım ve Sevgili Arkadaşlar,

Bu oturumda, Halk Sağlıkçılar olarak Halk Sağlığı Tıpta Uzmanlık Eğitimi'nde yaşadığımız sorunlar üzerine konuşmak amacıyla bulmaktayız. Benden önce konuşan arkadaşımın yaptığı girişten sonra ben öncelikle Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi'ni alırken karşılaştığımız, uzmanlık eğitimimizin kalitesini düşüren, tüm hocalarımızın iyi niyetli çabalarına rağmen yaşanan bazı sorunları gündeme getirmek istiyorum.

Bildiğiniz gibi dört yıllık bir eğitimi olan Halk Sağlığı Uzmanlığı çoğunlukla hocalarımızdan teorik dersler aldığımız, saha ve klinik rotasyonlarla bu eğitimlerin uygulamalarını yaptığımız, tamamlamak için de tezimizi yazarak teslim ettiğimiz bir süreçtir ve sınavlara girmemiz ile sonlanmaktadır. Bu alanda en temel eğitim olan teorik derslerimizin planlanmasına bakacak olursak farklı üniversitelerden 36 arkadaşımıza çevrimiçi yollarla sorduğumuz soruların yanıtlarına göre bu 36 fakültenin 24'ünde öğretim üyeleri tarafından sabit olarak planlanmış bir eğitim programı uygulanmaktadır. Ayrıca birçok fakültede derslerin sonunda geri bildirim bile alınmamaktadır. Farklı bölüm ve kıdemlerden 130 arkadaşımıza sorduğumuz sorularda ise 72 arkadaşımız daha fazla eğitim saatine ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir. Bir arkadaşımızın bu konuda "*Bilimsel araştırma nedir, nasıl yapılmalı, literatür nasıl taranmalı gibi temel bilgilerin hiçbiri verilmeden zorla makale yazdırılmaya çalışılıyor. Asistanınız her şeyi bilmek zorundasınız*" diye (...) baskı yapılıyor. Sınavlarla tehdit ediliyor. Bizim zamanımızda bize ders mi anlatılıyordu, siz kendiniz çalışacaksınız deniliyor," cümlesi düşündürücüdür. Tüm bunların yanında fiziki koşulları konusunda geri bildirim aldığımız 36 fakülte'deki halk sağlığı anabilim dalının yalnızca 28 tanesinde eğitimlerin yapılabilmesi için bölüme ait bir seminer salonu bile bulunmaktadır.

Uzmanlığımızın temel uygulama alanı olan saha rotasyonlarında ise fakülteler arasında epey farklılıklar olduğu arkadaşlarımızın cevaplarından ortaya çıkmaktadır. Birinci yıldan başlayarak farklı zaman dilimlerinde birbirinden farklı şekillerde arkadaşlarımız rotasyonlarına çıkmakta, sahada ciddiye alınmadıklarını ve yetersiz eğitim aldıklarını düşünen birçok arkadaşımız bulunmaktadır. Uzmanlık sürecimiz için bize yeni bir perspektif katması amacı ile yaptığımız klinik rotasyonlarda ise klinisyenlerin halk sağlığına bakışının ve klinik işlerin halk sağlığı uzmanlık eğitimine uygunluğunun ve katkısının yeniden değerlendirilmesi gerektiğini söyleyen pek çok arkadaşımız vardır.

Asistanlığımızın son zamanlarında daha çok yoğunlaştığımız tez sürecinde ise arkadaşlarımızın farklı deneyimleri olmaktadır. Bu konudaki sorularımızı yanıtlayan 36 arkadaşımızın 19'unun fakültesinde tez konusunun belirlenmesinde herhangi bir süre kısıtlaması bulunmamakta ancak 24 fakültede ilk bir yıl içinde asistanların tez danışmanları belirlenmektedir. Ayrıca 36 bölümün yalnızca 7'sinde arkadaşlarımızın tez danışmanı seçme hakkı bulunmakta, bu durum tez sürecinde bazen zorluklar yaşanmasına sebep olabilmektedir. 28 fakültemizde tez sürecinde uzmanlık öğrencisi arkadaşlarımıza veri toplama izni verilirken 8 fakültede arkadaşlarımız bu imkândan yoksundurlar.

Bölümlerde yapılan akademik kurullara çoğu zaman arkadaşlarımız katılamamakta, tahmin edebileceğiniz gibi kararlarda etkili olamamakta, hatta birçok fakültede akademik kurul kararlarından haberdar bile edilmemektedirler. Eğitim sürecimizin belirleyicisi olan akademik kurul toplantılarının bölümünde yapıлып yapılmadığını bilmeyen arkadaşlarımız bile bulunmaktadır. Bu durum asistan eğitim süreçlerinde öğretim üyesi uzmanlık öğrencisi iletişimi ve geri bildirim süreçlerinin düzeyi konusunda endişe vericidir.

Tüm başlıklar değerlendirildiğinde asistan eğitiminde farklı fakülteler arasında standardizasyonun olmadığı ve farklı bölümlerdeki iyi örneklerin genele yayılmadığı göze çarpmaktadır. Bu amaçla yapılacak farklı fakülteler arası işbirliği ve gerek tıpta uzmanlık öğrencileri gerek uzmanlardan alınacak geri bildirimler ile bu sorunlara



Davetli Konuşma

çözümler bulunabilecektir. Bu açıdan uzmanlık derneğimiz olan HASUDER'e önemli bir görev düşmektedir.

Uzmanlık eğitimimiz konusunda yaşadığımız sorunlardan bahsettiğim konuşmamı sonlandırırken, bir asistanken bu kongrede bana bu konuşmayı yapabilme imkânı veren, kadın bir doktor olarak burada bulunabilmemi sağlayan öncelikle Başöğretmenimiz Atatürk olmak üzere annem ve babam dâhil tüm öğretmenlerime ve her konuda yanımda olan danışman hocam Prof.Dr. Sevgi CANBAZ'a teşekkürü bir borç bilirim.

Davetli Konuşma

MESLEKİ SORUNLAR

Arş. Gör. Dr. İrem ŞEVİK

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Merhabalar,

6. Uluslararası 24. Ulusal Halk Sağlığı Kongresinin değerli katılımcıları, öncelikle sizleri saygıyla selamlıyorum. Bugün bu oturumda Halk Sağlığında Asistan Hekimler ve Sorunları başlığı altında çeşitli tartışmalar yürütmek, karşılıklı deneyim paylaşımında bulunmak ve olası çözüm önerilerini ortaya koymak için toplanmış bulunuyoruz. Oturum kapsamında Halk Sağlığındaki Asistan Hekimlerin sorunlarının farklı konu başlıkları altında tartışılmasını hedeflemekteyiz, böylelikle belirli konular etrafında toplanan sorunların daha detaylı konuşulabileceğine inanıyoruz. Ben, Ege Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndan Arş. Gör. Dr. İrem Şevik, bugün bu tartışmanın mesleki sorunlar başlığının çerçevesine yönelik bir konuşma yapacağım.

Bu oturumda, konuşulması planlanan konu başlıklarını belirlemek için HASUDER Halk Sağlığı Araştırma Görevlileri Çalışma Grubu olarak bir anket aracılığıyla farklı fakültelerden 130 araştırma görevlisi hekime ve ayrıca ayrı bir anketle 36 ayrı fakülteden her bir fakülteyi temsilen birer araştırma görevlisi hekime ulaştık. Mesleki sorunlarla ilişkili sorulara verilen yanıtlarda sorunlar bildirilirken halk sağlığı araştırma görevlisi hekiminin görev tanımına dikkat çekici miktarda atfı yapılmış; özellikle, görev tanımı ve yürütülen işler arasında uyumsuzluk olduğu vurgulanmıştır.

Tıpta ve Dış Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'ne göre:

*"Uzmanlık öğrencisi; kurumlarındaki kadro unvanı ne olursa olsun, bu Yönetmelik ve ilgili mevzuat hükümleri çerçevesinde programlarda uzmanlık eğitimi gören, araştırma ve uygulama yapan kişilerdir."*¹

Bu bağlamda halk sağlığı asistan hekimi veya araştırma görevlisi hekimi, halk sağlığı uzmanı olmak üzere belirtilen faaliyetlerde bulunan kişidir. Bu tanımda bir hedef ve hedef için yürütülmesi gereken faaliyetlerden oldukça geniş ve belirsiz bir biçimde bahsedilerek araştırma görevlisi hekime detaylı bir kimlik kazandırılmamıştır. HASUDER ve TUKMOS halk sağlığı uzmanını oldukça detaylı bir şekilde tanımlar^{2,3}; ancak araştırma görevlisi hekim bu özelliklere dört senenin sonunda ulaşması beklenen hekim algısıyla sınırlı kalır. Halk sağlığı uzmanı sonuca işaret ederken, halk sağlığı araştırma görevliliği süreçtir.

Tıpta uzmanlık öğrencisi olarak kabul edilen araştırma görevlisi hekimin eğitim süreçleri, eğitimin amaçları ve öğrenim hedefleri detaylı bir şekilde betimlenirken, araştırma görevlisi hekimden beklenen mesleki süreçlere ve bu süreçler kapsamındaki görev, kural ve sorumluluklara yeterli vurgu yapılmamaktadır. Ankette yer alan 36 fakültenin %72,2'sinde araştırma görevlisi hekimlere işe başladıkları zaman bir görev ve kurallar listesi verilmemektedir. Fakültelerin %58,3'ünde bölümdeki işler için belirlenmiş bir asistan çalışma listesi bulunmamaktadır. Bir katılımcı, görev tanımıyla ilgili belirsizliği çok yerinde bir şekilde özetlemektedir:

"Asistansınız. Her şeyi yapmak zorundasınız."

Anket yanıtlarında yönetmelikteki araştırma görevlisi hekim tanımıyla uyumlu bir biçimde bilimsel – akademik faaliyetlerde bulunmak görev tanımına ilişkin önemli bir beklenti olmuştur; ne yazık ki pek çok katılımcı öğrenci / intörn / sekreteryaya işlerinin akademik faaliyetlerde bulunmayı zorlaştırdığını ve araştırma motivasyonunu olumsuz yönde etkilediğini belirtmiştir. Görev tanımıyla uyumsuz olarak nitelendirilen işlerin kapsamı COVID19

Davetli Konuşma

bağlamında genişlemiş, halk sağlığı uzmanı görev tanımıyla da uyuşmayan işler yapıldığına ilişkin eleştiriler getirilmiştir. Poliklinik, servis ve yoğun bakımlarda görevlendirmeler gerçekleştirilmiş ve bu görevlendirmeler sırasında özellikle komplike hastaların yönetiminin beklenmesi, ücretle ilişkili hak kayıplarının yaşanması ve iş barışının bozulması gibi oldukça çeşitli alanda sorunlar yaşanmıştır. Pandeminin hız kaybettiği dönemlerde dahi, hastanenin yetersiz sayıda personelle çalışmasının yükünü halk sağlığı araştırma görevlisi hekimlerinin üstlenmek zorunda kaldığı durumlar olmuştur. Buna örnek olarak bir araştırma görevlisi hekim PCR uygulaması kalkana kadar sürüntü alımında devam eden hekim görevlendirmelerini örnek göstermiştir. Görev tanımı vurgusu COVID19 görevlendirmeleri bağlamında daha güçlü bir şekilde ifade edilmiştir.

Araştırma görevlisi hekimler tarafından adaletsiz veya eşitsiz görev dağılımı da sıkça sorun olarak bildirilmiştir. Görevler zamana veya araştırma görevlisi hekimlere eşitsiz dağıtılabilmektedir. Bu durumun çalışma motivasyonunda azalmaya sonuçlandığı ifade edilmiştir. Kıdem de görevlerin adaletsiz dağılımında bir belirleyen olarak ortaya konmuştur. Bu sorunlar, COVID19 bağlamında daha güçlü vurgulanmıştır. Katılımcıların %48'i COVID19 döneminde asistanlar arasında eşitsizlikler yaşandığını belirtmiştir.

Görev değişim süreçleri sırasında, görev devirlerinde sorun yaşandığı belirtilmiştir. Fakültelerin %27,8'inde bölümde işler devredilirken akran eğitimiyle aktarım gerçekleşmemektedir. Halbuki devir bir deneyim aktarımı ve bir akran eğitimi fırsatı olarak mesleki süreçlerde önemli yer tutmaktadır. Bir katılımcı durumu şöyle ifade etmiştir:

“Bazen nasıl yapılacağı anlatılmadan devredilmeden bir şeyleri doğru yapmamız bekleniyor. Bu soruların cevaplarını da kendimiz bulmak da mümkün olmayabiliyor. Deneyim gerektiren şeyleri internette bulamayız.”

Yanıtlar arasında sorunlar kadar çözüm önerileri de yer almış; eğitim yılı başlangıcında görevlerin süreleriyle planlanması, görev sürelerinin ve görev devrinin standartlaştırılması ve takip edilmesi önerilmiştir. Kıdeme bağlı sorunlara dair çözüm önerilerinde ortak bir amaç ve iş birliğine ihtiyaç vurgulanmış, etkili bir iletişim çözüm önerileri arasında sıralanmıştır. Bu önerilerle beraber hocaların daha fazla ve daha güçlü inisiyatifler alması talep edilmiştir.

Halk sağlığı asistan hekimliği, halk sağlığı uzmanlığı ile sonuçlanması beklenen bir süreçtir ve bir kimliği hak etmektedir. Bu bağlamda, halk sağlığı araştırma görevlisi hekim kimliğinin ortaya konulması ve görev tanımının sınırlarının belirlenmesine yönelik adımlar atılmalıdır. Araştırma görevlilerinin, halk sağlığı araştırma görevlisi hekim kimliği inşası için uygun ortamlar oluşturulmalı, araştırma görevlilerinin deneyim paylaşımı ve tartışma gibi amaçlarla bir araya gelmesi desteklenmelidir. Böylelikle akranlar arası iletişim ve iş birliğinin güçlenmesi teşvik edilecektir. Halk sağlığı asistan hekim eğitiminin standartlaştırılmasına benzer şekilde görev tanımlarının standartlaştırmaya uygun olup olmadığı, temel bir çerçeve hazırlanıp hazırlanamayacağı tartışmaya açılmalıdır. Bu, araştırma görevlisi hekimin üstlendiği görevlerin ve değişilen hekim emeğinin daha görünür kılınması adına da önem taşımaktadır. Halk sağlığı asistan hekiminin meslek hayatı, tıp eğitimi ve saha ile iç içedir. Halk sağlığı asistan hekiminin meslek hayatının ve mesleki deneyiminin iyileştirilmesinin etkileri sadece uzmanlık eğitiminde değil, tüm tıp eğitiminde ve sahada da muhakkak hissedilir olacaktır. Beni dinlediğiniz için teşekkür ederim.

Kaynakça

1. Tıpta ve Dış Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği. (2022, 3 Eylül). Resmi Gazete. (Sayı: 31942). Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/09/20220903-2.htm>
2. Kılıç B, Öztekin Z, Eser E, Erkoyun E, Gümüş M, Temizer M. HASUDER SPİ (Sağlık Politikaları ve İstihdam Çalışma Grubu) Halk Sağlığı Uzmanlarının Görev Tanımı ve İstihdamı Çevrimiçi Çalıştayı Raporu. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği; 8 Mayıs 2021.
3. Müfredat Oluşturma Ve Standart Belirleme Sistemi Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı. Ankara: Tıpta Uzmanlık Kurulu; 2019 Eylül.

Davetli Konuşma

ÖZLÜK HAKLARI VE ETİK SORUNLAR

Arş. Gör. Dr. Mustafa Enes ÖZDEN

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Saygıdeğer hocalarım, değerli uzmanlar ve araştırma görevlisi arkadaşlarım,

Ülkemizde “Halk Sağlığı” disiplini uzmanlık eğitiminde 1958 yılında Refik Saydam Hıfzıssıhha Okulunda başladığı tarihten itibaren süre, kadrolar, eğitime kabul şartları gibi pek çok konuda değişiklik olmuştur. Günümüzde halk sağlığı uzmanı olmak isteyen kişiler senede iki kere yapılan Tıpta Uzmanlık Sınavı’na (TUS) girdikten sonra sıralamalarına ve tercihlerine göre programlara yerleşerek uzmanlık eğitimlerine başlamaktadır. 4 senelik eğitim boyunca 6 ay süreyle klinik rotasyon yapan ve 6 ay süreyle İl-İlçe Sağlık Müdürlüklerinde saha eğitimi alan uzmanlık öğrencileri başarılı bir şekilde tez sunup bilim sınavını geçtikleri takdirde Halk Sağlığı Uzmanı unvanını alıp mecburi hizmetlerini yapmak üzere “Devlet Hizmet Yükümlülüğü” kurasına girmektedir. Mevcut durumda halk sağlığı uzmanlık eğitimi kamu ve vakıf üniversitelerinde verilmektedir ve hekimler TUS sonuçlarına göre Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) ve Sağlık Bakanlığı (SBA) kadrolarında eğitim almaktadır.

Kongredeki konuşmamda büyük çoğunluğu üniversiteden mezun olalı çok geçmemiş, çalışma hayatına yeni başlamış asistan hekimlerin; kadrolarından (SBA, YÖK), çalıştıkları kurumlardan (Sağlık Bakanlığı ile afileye hastaneler, YÖK’e bağlı kamu hastaneleri, vakıf üniversiteleri) ve unvanlarından (Tabip, Arş. Gör. Dr., Uzmanlık Öğrencisi) kaynaklı yaşadıkları sorunları ve hak kayıplarını derleyeceğim.

Saygılarımla

Davetli Konuşma

GELECEK KAYGISI VE DİĞER SORUNLAR

Arş. Gör. Dr. Nurdamla YAKIŞAN TOTAMA

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Sayın hocalarım, değerli asistan arkadaşlarım ve kıymetli katılımcılar,

Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak çalışan 130 hekimin katıldığı çevrimiçi anketin sonuçları, asistan hekimlerin mevcut ve geleceğe yönelik düşünceleri, beklentileri ve endişeleri hakkında fikir vericidir.

"TUS'a girip bölüm değiştirme planınız var mı?" sorusuna katılımcıların %80,8'i "Hayır", %19,2'si "Evet" cevabı vermiştir. Katılımcıların %10,8'i yatay geçiş yapmayı düşünmektedir.

"Uzmanlıkta şu ana kıyasla daha mutlu olacağınızı düşünüyor musunuz?" sorusuna %63,8'in "Hayır" cevabını vermiş olması halk sağlığı araştırma görevlilerinin gelecek kaygısı hakkında önemli bir ipucu niteliğindedir. "Sadece iş bakımından bakıldığında bölümünüzden ne derece memnunsunuz?" sorusuna katılımcıların %85,3'ü, 10 üzerinden 5 ve üzeri puan vermiştir. "Halk Sağlığının geleceği ile karamsarlık duyuyor musunuz?" sorusuna ise %86,9'un 5 ve üzeri puan vermiş olması ise düşündürücüdür. Bu soruya, %22,3'ü (29 kişi) 10 puan, %22,3 (29 kişi) 9 puan, %13,8 (18 kişi) 8 puan vermiştir. Takip eden açık uçlu sorularda asistan hekimlerin geleceğe yönelik kaygılarının asistanlık sürecine ek olarak uzman olduktan sonraki sürece dair de yoğunlaştığı dikkate değerdir. Verilen cevaplar arasında en sık tekrarlanan konuların ise maaş düşüklüğü ve sahada Halk Sağlığı uzmanının yetkinliği ve eğitimine uygun istihdam edilmemesi endişeleri olduğu görülmektedir.

"Eğer karamsarlık duyuyorsanız bu durum ile ilgili nedenleri açıklayabilir misiniz?" şeklindeki açık uçlu soruya verilen yanıtlar 10 başlık halinde toplanmıştır. Bu başlıklar şunlardır:

1. Halk Sağlığı'nın branş olarak toplum nezdinde bilinirliğinin düşük olması.
2. Karar vericiler ve yöneticiler tarafından halk sağlığı hizmetlerinin önemsenmemesi ve koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmemesi.
3. Net bir iş ya da görev tanımı olmayışı ile yetki ve sorumluluklarının belirsiz oluşu.
4. Sahada Halk Sağlığı uzmanlarının aldıkları eğitime uygun şekilde istihdam edilmemesi.
5. Saha ve akademinin birbirinden uzak oluşu.
6. Hem asistanlık hem de uzmanlık döneminde maaş düşüklüğünün getirdiği maddi zorluklar.
7. Akademide ve sahada ast-üst ilişki problemleri.
8. Başka branş mensubu hekim meslektaşlar arasında halk sağlığının öneminin bilinmemesi.
9. Halk Sağlığı uzmanının 'hekim' olarak değerlendirilmemesi, saygı ve değer görmemesi.
10. İş odaklı olmayan gelecek kaygıları

Bu soruya verilen bazı yanıtlar, değiştirilmeden aşağıda alıntılanmıştır.

"Mevcut politikalar, sağlık hizmetinin ticari bir zihniyetle yönetilmesi, hastalara müşteri gözüyle bakılması gibi düşünceler toplumda ve yöneticilerde iyice yerleştiği için koruyucu sağlık ne kadar öncelenir bilemiyorum. Maaş konusunda bile gelir getirmeyen birim olarak sınıflanıyoruz, bu geleceğimize dair önemli bir ipucu."

"Yönetici vs pozisyonunda çalışmama ihtimalinin yüksek olması ve diğer branşlardaki uzman hekimlerle arada oluşan büyük gelir farkı"

Davetli Konuşma

“Hak ettiği konumda henüz olmadığından ve diğer sağlık disiplinleri tarafından dahi çalışma alanları vb yeterince bilinmediğinden, yetkinliğimize uygun olmayan alanlarda görev alma riskimiz ve Aile Hekimliğine vb görevlendirilme ihtimalim beni endişelendirmektedir. Sahadaki uygulamaların sık değişebilen politika kararlarına bağlı yürümesi, uygulayıcıları olmamız gereken kanıtla dayalı sağlık uygulamalarının ise geri planda kalması ve bu hiyerarşik nedenlerle vb hayata geçmesinin zor olmasının, iş tatmini ve yaşam doyumu açısından problem olacağını düşünmekteyim.”

“.....Saha ile akademi arasında uçurum da büyük. Yani eğitimde görülen uzmanlıkta yetersiz kalacak. İş tatmini de olmayınca halk sağlıkçılar gri ve mutsuz insanlar genelde. Bu hevesizlikleri, iş yapmama isteği gelecekte bu branşın uzmanlık eğitiminin kaldırılmasına neden olacak diye düşünüyorum.”

“Ölü muayenesi yapmak istemiyorum. Kendime ait odam olsun isterim.

Maaş iyi olmalı. 10 sene okumuş, uzman doktor olmuşum.

Faydalı işler yapabilmeliyim.”

“Kendi bölümünüzde uygulandığını düşündüğünüz iyi örnekler varsa yazabilir misiniz?” sorusuna gelen cevaplar 8 başlık altında toplandığında öne çıkan başlıklar ise şunlardır:

Haftalık seminer/makale saatleri

Destekleyici çalışma ortamı

Öğretim üyeleriyle etkili ve iyi iletişim

Asistan eğitimlerinin düzenli şekilde gerçekleşmesi

Herhangi bir nedenle izin almada zorluk yaşamamak

Akran eğitimiyle iş devri

İş tanımının belli ve program dahilinde olması

Bölüme özgü bazı uygulamalar (örneğin, bölümün kurs düzenliyor olması, intörn eğitiminde görev alınmaması, okul sağlığı uygulaması olması, sahada çalışan halk sağlığı uzmanlarıyla aylık toplantılar yapılması gibi.)

Bu soruya verilen bazı yanıtlar, değiştirilmeden aşağıda alıntılanmıştır.

“.....Hocaların asistanlarla iletişimini çok olumlu buluyorum özellikle araştırmayı destekleyici şekilde yaklaşımları benim için çok olumlu. Bunun tüm bölümlerde sağlandığından emin olunması güzel olur. Çünkü kendimi bir anda tezin içinde bulsam nasıl olurdu düşünemiyorum biraz ayaklarım yere basar hale geldim yoksa başım bulutlardaydı.....”

“Hocalarımla iletişimimin çok destekleyici olduğunu düşünüyorum. Asistan ortamı çok huzurlu. Çalışmaya geldiğim zaman gerilmiyorum, huzursuz olmuyorum. Kararlara çoğu zaman katıldığım hissettiriliyor. Sebepsiz yere azarlanmıyorum.”

“Hocaların sağlık problemi vs durumlarında toleranslı ve iyi davranıyor olmaları güzel bir durum”

Görüldüğü üzere halk sağlığı asistan hekimlerinin endişeleri asistanlıktan uzmanlığa uzanan dönemin tüm safhalarını içermektedir. Sorunlara dair açık uçlu sorulara verilen yanıtların özellikle geleceğe yönelik ümitsiz tonda olması, halk sağlığı uzmanlığının geleceğine dair asistan, uzman ve hoca düzeyleri arasında iş birliği ve dayanışmayı arttırmayı gerekli kılmaktadır. Dinlediğiniz için teşekkür ediyorum.

Saygılarımla.

Davetli Konuşma

AZERBAIJAN'DA HALK SAĞLIĞI EĞİTİMİ

Prof. Anar AGAYEV

Azerbaycan Tıp Üniversitesi, Halk Sağlığı Fakültesi Dekanı

Sayın kongre katılımcıları!

İlk önce onu belirtmek isterim ki, kardeş ülke Azerbaycanı temsilen sizleri selamlamaktan büyük onur ve şeref duyuyorum. Halk sağlığı alanında sorun ve çözüm önerilerini, yapılan çalışmalarımızı paylaşmak için sizlerle birlikte olmaktan çok memnunuz. Azerbaycan'da ilk üniversite ile eşzamanlı olarak tıp fakültesinin de yaranmasıyla Halk Sağlığı her daim ilgi alanında olmuştur. Halk sağlığı ve sosyal faktörlerin ona etkisi, aynı zamanda halk sağlığının öğrenilmesi yollarının tecrübeye sunulması bu alandaki bilim insanlarının ,doktorların önemli görevlerine dönüşmüştür. Kısacası tüm dünyada olduğu gibi Azerbaycanda da Halk sağlığı insanların fizyolojik ve psikolojik bakımdan sağlığını bir bütün gibi öğrenmekle kalmayıp, yaşamı uzatan,yaşam kalitesini artıran ,hastalıkları önleyen bilim gibi geniş kapsamda öğrenilmektedir. Azerbaycan Tıp Üniversitesi Halk Sağlığı (İctimai Səhiyyə) fakültesi toplumun yaşam süresini uzatmak, hayat kalitesini artırmak amaçlı eğitimler vermektedir. Fakültemizde öğrencilere ayrılan 5 yıllık eğitim süresi boyunca 86 ayrı ders öğretilmektedir. Bunlardan XX esas ders, XX ise seçimli ders olarak biliniyor. Fakültemizde eğitimi verilen dersler tamamen yenilenmiş, Avrupa standartlarına uygun bi şekilde öğrencilere sunulmaktadır. Edebiyat kaynağı gibi kullanılan dersliklere ; 1. Oxford Textbook of Global Public Health. 2. Introduction to Public Health. 3. The New Public Health. 4. Emotional Health; ve diğer bu gibi Amerika ve İngiliz Halk sağlığı alanında ilgi görmüş kitaplardır.

Azerbaycan Cumhurbaşkanı sayın İlham Aliyevin 20 Aralık 2018 yıl tarihli kararıyla TABİB gibi bilinen kurum yaratılmışdır. Aynı zamanda İTS – zorunlu sağlık sigortasıyla ilgili devlet kurumu – Azerbaycanda sağlık sigortasına başvuruyu sağlayan bir kurum olarak bireylerin sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını karşılamalarına yardımcı oluyor. Tüm bunlar ve sigortayla bağlı bilim ve incelikler “Sağlık sigortası” dersi zamanı öğrencilere öğretilmektedir. Fakültemizde eğitimi verilen diğer bir ders ise “Sağlık iletişimi” dersidir. Ders zamanı öğrencilere farklı seviyelerde; bireysel, organizasyon, toplum olarak sağlık iletişimi faaliyetleri öğretiliyor. İyi bir iletişim için gerekli şartlar,doğru davranış,empati kurma sırları ve diğer inceliklerin eğitimi veriliyor. “Tıbbi Sosyoloji”, “ Sağlık ekonomisi”, “ Anne ve çocuk sağlığı”, “ Çevre sağlığı “ ve diğer dersler de fakültemizde eğitimi verilen derslerdendirler. Fakültemizde 2 yılı aşkın bir sürede “ Sağlık yönetimi “ alanında yüksek lisans bölümü faaliyet göstermektedir. 2 yıllık bir süreçte yapılan yüksek lisans zamanı öğrencilere 20 ayrı dersten eğitim veriliyor. Bu süreçte öğrenciler U.E. Kassio; P. Kotler ;F. Barden; D. Kaneman; C.Traut ve bu alanında diğer değerli, dünyaca ünlü yazarların kitapları aracılığıyla sağlık yönetiminde bilgiler ediniyorlar. Biz fakülte olarak yüksek lisans eğitimi almış mezunlarımızın işle teminatının sağlanmasında yakından ilgileniyor, ihtiyaç oldukça TABİB və diğer devlet kurumlarıyla bu maksatla konuşmalar yürütüyoruz.

Davetli Konuşma

İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜKLERİNDE HALK SAĞLIĞI UZMANI OLMAK

Uzm. Dr. Duygu AYABAKAN ÇOT

Gaziantep Nizip İlçe Sağlık Müdürü

İlçe Sağlık Müdürlükleri; bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını geliştirmeyi ve korumayı ön plana alarak sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyen bu sorunları gidermek için planlama yapan ve bu planları uygulayan, uygulatan, birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini İl Sağlık Müdürlüğü'nün sevk ve idaresinde organize eden, bu hizmetlerin verimli şekilde sunulmasını izleyen, değerlendiren, destekleyen, bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan sağlık kuruluşudur.

BAĞLI KURUMLAR

- SAĞLIKLI YASAM MERKEZİ
- GÖÇMEN SAĞLIĞI MERKEZİ
- VEREM SAVAŞ DİSPANSERİ
- AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMLERİ
- SAĞLIK EVLERİ

BAĞLI BİRİMLER

- ÇOCUK ERGEN KADIN ÜREME SAĞLIĞI BİRİMİ
- ÇEVRE SAĞLIĞI BİRİMİ
- AİLE HEKİMLİĞİ VE İZLEME DEĞERLENDİRME BİRİMİ
- BULAŞICI HASTALIK BİRİMİ
- BULAŞICI OLMAYAN HASTALIK TOPLUM SAĞLIĞI BİRİMİ
- EĞİTİM BİRİMİ
- TÜTÜN BİRİMİ
- PSİKOSOSYALDESTEK BİRİMİ(Sosyal danışmanlık,çocukgelişimi,ruhsağlığı)
- KORUYUCU AĞIZ DİŞ SAĞLIĞI
- SAĞLIKLI BESLENME VE OBEZİTE DANIŞMANLIĞI BİRİMİ
- KETEM BİRİMİ
- İŞ SAĞLIĞI BİRİMİ
- İNSAN KAYNAKLARI VE DİSİPLİN BİRİMİ

İlçe Sağlık Müdürlüklerinin Görevleri

1. İlçe Sağlık Müdürlüğü'nün bünyesinde çalışan ve bağlı kuruluşlarda (Aile Hekimliği Birimleri, Sağlık Evleri, Göçmen Sağlığı Merkezleri, Verem Savaş Birimi ve Ketem Birimi) görev yapan tüm personellerin göreve başlama-görevden ayrılma, izin, rapor ve diğer özlük işleri yürütülmek, dosyalarını tutmak ve arşivlemek,
2. Bölgedeki bulaşıcı hastalık verilerini toplayarak, kayıtlarını tutmak ve değerlendirmek, Sürveyansını yapmak veya yaptırmak ve tüm tedbirlerin alınması için ilgili kuruluşlarla işbirliği yapmak,

Davetli Konuşma

3. Bölgedeki Aile Sağlığı Merkezlerinde Sağlık Bakanlığı'nın düzenlediği aşı kampanyaları yürütülmek,
4. Yenidoğan tarama programı kapsamında Tıp Fakültesi Hastanesi, Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Özel Hastaneler ve Aile Hekimliklerinde yeni doğanlardan alınan topuk kanlarının sisteme girişlerini yapmak,
5. Gebe ve annelere yönelik gebe bilgilendirme, anne sütü, beslenme, aşular, doğum ve aile planlaması hakkında eğitimler vermek,
6. İşitme Tarama Programı kapsamında 1. sınıflara İşitme Tarama Testi yapmak, testi geçemeyen öğrencilerimizin Kulak-Burun-Boğaz Uzmanına sevkini yapıp sonuçlarını takip etmek,
7. Diyetisyenler vasıtasıyla sağlıklı beslenme ve obezite danışmanlığı; psikolog ve sosyal çalışmacılar vasıtasıyla akıl ve ruh sağlığı açısından bireysel danışmanlık hizmetleri vermek,
8. Diyetisyen vasıtasıyla halka yönelik Diyabet ve Sağlıklı Beslenme konularında, psikolog ve sosyal çalışmacı tarafından akıl ve ruh sağlığı konularında eğitimler düzenlemek,
9. Okullarda Sağlıklı Beslenme eğitimleri düzenlemek,
10. Sağlıkla ilgili özel gün ve haftalarla ilgili çeşitli etkinlikler düzenlenmek,
11. Sağlıklı yaşam aracı ile yapılan etkinlikler ve eğitimleri destekleme,
12. Müdürlüğe bağlı bulunan Verem Savaş Biriminde kişisel başvuruları değerlendirmek, Tüberkülozlu hasta ve temaslı muayenesi yapmak, doğrudan gözetimli ilaç tedavisi ve takibini yapmak,
13. "Meme Kanseri, Rahim Ağzı Kanseri, Kolon Kanseri" konularında eğitimler düzenlemek, yapılan bu eğitimlerde KETEM (Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi) Hakkında bilgilendirme yapmak, kanser tarama testlerinin yapılması için KETEM' e yönlendirmeler yapmak,
14. ÖBS, SABİM, CİMER işlemlerini yürütmek
15. Aile Sağlığı Merkezleri'nin nüfus ayarlamalarını yaparak, Aile Hekimliği ihtiyacı olan yerleri Müdürlüğe bildirmek,
16. İlçemize başka il veya ilçeden gelen ya da mahalle değiştiren vatandaşların yeni aile hekimine geçişini yapmak, bunlarla ilgili istatistiki bilgilerin kaydını tutmak,
17. Aile Sağlığı Merkezleri ve Aile Hekimlerinin mesailerini kontrol etmek ve mevzuatta belirtilen hususlarda belirli periyotlarda denetimleri yapmak,
18. Okullarda, bireylerin kendi sağlıkları ile ilgili doğru kararları vermek için gerekli olan sağlık bilgilerine ve hizmetlerine ulaşmak üzere araştırma yapma, farkındalıklarını artırıcı çeşitli eğitimler ve faaliyetler yürütmek,
19. Ağız diş sağlığı kapsamında flor-jel uygulamaları düzenli olarak yapılmasını sağlamak,
20. Ağız ve diş sağlığı hakkında okullarda eğitimler düzenlemek,
21. Çevre Sağlığıyla ilgili olarak bölgedeki su numunelerini almak, kontrolünü ve takibini yapmak, sulardaki klor miktarını günlük olarak ölçüp, eksikliği durumunda Belediye Başkanlığıyla irtibat kurarak klor uygulamasının yapılmasını sağlamak,
22. Piyasa gözetim ve denetimi kapsamında biosidal ürünlerle ilgili işlemleri yürütmek,

Davetli Konuşma

23. İlgili kurumlarla işbirliği halinde oluşturulan ekiplerle okul ve yurt denetimlerini yapmak,
24. İlçe Hıfzıssıha Kurulu sekreteryaya işlerini yürütmek,
25. İlçeye bağlı bulunan uzak köy ve beldelere mobil sağlık hizmeti sunumu yapmak,
26. Mevzuat ve Kaymakam tarafından verilen diğer görevleri yapmaktır.

Halk Sağlığı Uzmanları tüm sağlık kuruluşlarında özellikle 1.basamakta çalışması ile fark yaratacaklardır. Uzmanlık eğitimi sağlık kurumlarının tüm basamaklarında çalışmaya ve yöneticilik yapmaya yetecek donanım sağlamaktadır. Uzmanlıklarının ilk yıllarında ilçe sağlık müdürlüğünde çalışmak sahayı ve sorunları gözlemlene konusunda faydalı olacaktır. COVID-19 salgını döneminde halk sağlığı uzmanlarının ilçe sağlık müdürlüklerinde etkin rol alması filyasyon çalışmalarının etkili, hızlı ve nitelikli olmasını sağlamıştır. Salgın döneminde aşıların merkeze en uzak yerlere dâhil soğuk zincir korunarak ulaştırılmasını sağlamıştır. Bunun yanında kızamık, uyuz, bit, kuduz gibi bulaşıcı hastalıklarda yerinde ayrıntılı filyasyon çalışmaları yapılmaktadır. Sağlık bakanlığının ücretsiz kanser taramalarının herkese ulaşmasını sağlamak için yerel yönetimle işbirliği yapılmaktadır. Vatandaşlara tanıtımı yapılmakta ve ücretsiz olarak ulaşmaları sağlanarak kanser tarama merkezine gelmeleri sağlanmaktadır. Taramaya katılan vatandaşları teşvik etmek amacıyla çeşitli hediyeler verilmektedir. Son zamanlarda çocuklar arasında artan dijital bağımlılıkla mücadele edebilmek için okullarda geleneksel çocuk oyunları öğretilmekte ve çocuklar körebe, mendil kapmaca, beştaş, saklambaç gibi geleneksel oyunları oynamaya teşvik edilmektedir. Çeşitli meslek gruplarına (öğretmen, imam, polis, jandarma, bekçi vb.) ilk yardım, stresle başa çıkma, kadına şiddet, hijyen vb. konularda eğitimler düzenlenmiştir.

Davetli Konuşma

SAHADA COVID-19 PANDEMİ YÖNETİMİ

Uzm. Dr. Tülin ÇOBAN

Ankara Yenimahalle İlçe Sağlık Müdürlüğü

Türk Tabipleri Birliği (TTB) Halk Sağlığı Kolu (HSK) tarafından her yıl düzenlenen Halk Sağlığı Gezici Eğitim Semineri'nin (GES) 33.'sü 22-28 Mayıs 2022 tarihleri arasında 'Sahada COVID-19 Pandemi Yönetimi ve Pandeminin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine ve Çalışan Sağlığı Hizmetlerine Etkisi' başlığında **İstanbul, Kocaeli ve Tekirdağ illerinde** gerçekleştirilmiştir. Seminere ülke genelindeki çeşitli üniversitelerin tıp fakültelerinin halk sağlığı anabilim dallarında eğitimlerine devam etmekte olan 19 araştırma görevlisi katılmıştır. Seminerin amacı; farklı üniversitelerde ve kurumlarda çalışan halk sağlığı uzmanlık öğrencileri ile diğer halk sağlığı profesyonellerinin birbirleriyle iletişim kurabilme, birlikte çalışma ve fikir üretme süreçlerine katkı sağlamak ve ziyaret edilen bölgelerde inceleme ve görüşmeler yaparak halk sağlığı uzmanlık öğrencilerinin aldıkları kuramsal eğitimi alanda pekiştirebilmelerini sağlamaktır.

Birinci gün (22 Mayıs 2022) saat 14:00'te **İstanbul Tabip Odasında** buluşma ve tartışmanın ardından **Birleşik Metal İş Sendikası** genel sekreteri Özkan Atar ile görüşülmüş ve bu görüşmede metal sektöründe COVID-19 mücadelesine ve bu süreç içerisinde yaşanan zorluklara değinilmiştir.

İkinci gün (23 Mayıs 2022), **Üsküdar İlçe Sağlık Müdürlüğü (İSM)** Ziyareti ile başlamıştır. Saat 09.50'de Üsküdar İlçe Sağlık Müdürü Dr. Yusuf Taşçı ve Sultanbeyli İlçe Sağlık Müdürü Mehmet Akif Sezerol ile bir araya gelinmiştir. Özellikle pandemiden önce hazırlanmış olan pandemi eylem planının çok yardımcı olduğu ancak planın bazı noktalarda eksikleri bulunduğu vurgulanmıştır. En başta yaşanan sorunlara örnek olarak, bir yazılım programının olmaması, algoritmanın olmaması/belirsiz olması, personelin kaygısı, malzeme sıkıntısının olmasına değinilmiştir. İlk kafa karışıklığı döneminden sonra bakanlığın yazılımını çok aktif bir şekilde güncellediği, sorunların çabuk çözüldüğü, geribildirimlerin karşılık gördüğü ifade edilmiştir. Bilişim sistemlerinde kapasitenin artırılabilir olmasının önemi vurgulanmıştır. Sürece farklı meslek deneyimleri olan farklı meslek gruplarının dahil edilmesiyle yönetici-çalışan iletişiminin önem kazandığı, süreç boyunca pek çok zamanda yaşanan personel sıkıntısının gerek başka meslek gruplarından görevlendirilmeler gerek gönüllülerle çözülmeye çalışıldığı belirtilmiştir. Pandemi sürecinde valilikle sık toplantılar gerçekleştirildiği, bu toplantılarda sahayı doğru değerlendirebilmenin ve veriyi doğru yorumlayabilmenin öneminin ortaya çıktığı ve karar alınırken bu durumun göz önünde bulundurulduğu, bu toplantıların iyi uygulamalardan haberdar olunması, bu uygulamaların örnek gösterilmesi ve yaygınlaştırılması açısından da önemli olduğu ifade edilmiştir. Öte yandan pandemi ilerlerken pandeminin bitmeyecek bir süreç olduğu düşüncesinin güçlenmesiyle çalışanlarda hem manevi hem maddi bir yıpranma yaşandığı; vaka artışının yarattığı baskının ve malzeme tedarikinin vaka artışına yetişememesinin çalışanları psikolojik olarak kötü etkilediği söylenmiştir.

Üsküdar'ın sağlık personelinin en çok bulunduğu ilçe olduğunun altı çizilerek bunun aşı döneminde ağır bir sorumluluk ve iş yükü nedeni olduğu konuşulmuş; hastane ve ASM sayısı çok fazla olduğu için sevkியatta sorunlar yaşandığı dile getirilmiştir. Bakanlığın randevusuz aşı yapmaya başladığı dönemde lojistik sıkıntı yaşandığı belirtilmiştir. Pandemi sürecinde özel hastanelerde ve kamuda mevcut olan personel-cihaz sayısı açısından dengesizliklerin üstesinden gelebilmek için kamu-özel iş birliğinin teşvik edildiği ve özelden kamuya personel aktarımı yoluyla uygulandığı ifade edilmiştir. Aşı tereddüdünün özellikle dini bazı cemaat ve özel gruplarda toplandığı vurgulanmış; en büyük tereddüt nedenlerinden birinin yan etki korkusu olduğu söylenmiştir. Aşı tereddüdü ile mücadele için aşı ikna timleri kurulmasına rağmen telefonla yapılan aramalarda bu timlerin sadece %10 etkili olabildiği ifade edilmiştir.

GES Ekibi daha sonra **Üsküdar Kaymakamı** Murat Sefa Demiryürek'i makamında ziyaret etmiştir. Üsküdar Kaymakamı VEFA sosyal destek gruplarıyla sağlık çalışanlarının desteklenmesi üzerinde durarak bu ekiplerin lojistik ve taşımada ciddi katkı sağladığını belirtmiştir. Pandemi döneminde doğru iletişim ve bilgi aktarımının önemine dikkat çeken kaymakam, medyanın halkın doğru bilgilendirilmesinde daha fazla kullanılması gerektiğini söylemiştir. Belediyeler ve muhtarlarla işbirliği temellerinin atıldığı, olumlu iletişimin halihazırda



Davetli Konuşma

da devam etmekte olduğu belirtilmiştir.

Üçüncü gün (24 Mayıs 2022) sabah 09:45'te ilk durak olarak **Kocaeli Serbest Bölgesine** gidilmiştir. Bölge işletmesini üstlenen kuruluşa bağlı olarak hizmet sunan **Yenilikçi Ortak Sağlık Güvenlik Birimi (OSGB)** sorumlu hekimi olan Dr. Ekrem Aktuğ ile görüşülmüştür. Dr. Aktuğ, pandemi sürecinde 8 Nisan 2020 gibi görece çok erken bir tarihte sadece Kocaeli Sanayi Bölgesi Çalışanları için hizmet sunan SARS-CoV-2 PCR tarama sürüntü örneği alma, sevkiyat ve laboratuvar altyapısı kurduklarını, süreç boyunca yaklaşık 1000 firmada 200 binden fazla test alındığını, bu örneklerin %2,7'sinin pozitif saptandığını, Şubat 2022'ye kadar PCR testi yapıldığını, sonrasında şikayeti olanlara hızlı antijen testi ile bakılmaya devam edildiğini, ikinci doz aşı sonrası %90 antikör pozitifliği görüldüğünü, üçüncü doz sonrası ise %100'e yakınının antikör açısından pozitif olduğunu belirtmiştir. Çalışanları hastalıktan korumak adına; çalışma alanlarında bariyer önlemlerin alındığı, servis sayılarının artırılarak daha seyrek oturma düzenlerinin kurulduğu, yemekhanelerinin düzenlendiği, geniş çaplı hijyen önlemlerinin alındığı, maske zorunluluğunun ziyaret döneminde bazı şirketlerde devam ettiği aktarılmıştır. Pandemiden daha fazla etkilenebilecek grupları korumak amacıyla kronik hastalık, gebelik vb. durumlarda kamu çalışanlarının yararlandığı haklardan bölge çalışanlarının da yararlandığı, işe gitmeseler bile bu çalışanların maaşlarının şirketler tarafından ödendiği ifade edilmiştir.

Daha sonra **Kartepe İlçe Sağlık Müdürlüğünde** ilçedeki tek halk sağlığı uzmanı olarak çalışan Dr. Gül Anıl Anakök ile ilçe kaymakamlık binasında buluşulmuş ve pandemide yürüttüğü çalışmalar hakkında bilgiler alınmıştır. Dr. Anakök, salgında ilk iş olarak algoritmalar oluşturulduğunu ve düzenli veri akışı sağlamaya çalıştıklarını; kimi zaman yetersiz personel sayıları nedeniyle sağlık dışı alanlardan da personel ve araç desteği aldıklarını; veri akışının sağlanmasıyla idarecilerin belirlediği değişken sıklıklarda (7-15 gün) günlük olgu sayıları, olguların yaşadığı mahalleler ve bölgeler, çalışma yerleri gibi tanımlayıcı bilgileri içeren salgın raporları hazırlamaya başladığını belirtmiştir. İlçedeki filyasyon çalışmalarında görevli öğretmenlerin yardımıyla Coğrafi Bilgi Sistemleri tabanlı yöntemlerle ilçede saptanan olguların ikametgahlarına göre ısı haritaları oluşturdukları ve karar alıcılara sundukları paylaşılmıştır. Bu örnek olgu, pandemi gibi olağanüstü durumlarda çeşitli kurum, kişi ve sektörlerle işbirliğinin faydalarına önemli bir örnek olarak düşünülebilir. İlçede özellikle salgının erken döneminde hastalık tanısı alan kişilerin ev içi bulaştırmacılığı engellemek adına çeşitli yurtlarda konaklaması uygulamasının yürütüldüğü öğrenilmiştir. Bu uygulamanın faydalı olduğu düşünülmekle birlikte diğer il ve ilçelerde mümkün olmaması sebebiyle Bakanlık tarafından sonlandırılmış olabileceği ifade edilmiştir. İlçedeki 176 fabrikada denetim ve filyasyon, alışveriş merkezi denetimleri, Kandıra Cezaevi denetimi, havaalanı denetimleri ve aşılama sonrası sahada aşı uygulamalarına koordinasyon faaliyetlerinin yürütüldüğü öğrenilmiştir. Dr. Anakök, bu süreçte İlçe Umumi Hıfzısıhha Kurullarına dahil edilmeme gibi sorunlar yaşamakla birlikte halk sağlığı uzmanı olarak inisiyatif almanın önemi konusuna ayrıca vurgu yapmıştır.

Kaymakamlık bünyesinde yapılan tanıtıcı sunumdan sonra **Kartepe İSM'ye** geçilerek İlçe Sağlık Müdürü Dr. Harun Arslan ile görüşülmüş ve ilçedeki rutin işleyiş ve pandemi yönetimiyle ilgili bilgiler alınmıştır. Dr. Arslan, il ve ilçe mülki idaresi tarafından büyük destek gördüklerini, çeşitli kurum, kuruluş ve bireylerin maddi-manevi desteklerini günümüzde de devam ettirdiklerini belirtmiştir. Merkezi olarak yönetilmesi beklenen pandeminin dinamiği içinde bazen hızlı kararlar alınması gerektiğini kaymakamlığın da desteğiyle gerektiğinde inisiyatifler aldıkları aktarılmıştır.

GES'in 5. gününde (26 Mayıs 2022) **Tekirdağ İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı** ziyaret edilmiştir. Başkan Dr.Hacibayram Zengin, Başkan Yardımcıları Dr.Egemen Yavaş ve Dr.Hülya Becerir ile buluşulmuştur. Dr. Zengin'in sunumundan edinilen bilgilere göre; pandemide az riskli, orta riskli ve çok riskli senaryolar oluşturulmuş ve bu senaryolara göre olası riskler görülmeye çalışılmıştır.

Sağlık sisteminin kapasitesi sınırlı olduğu için enfeksiyon zinciri kırılabilirse kapasite dahilinde kontrol edilebileceğinden enfeksiyon zinciri kırılmaya çalışılmıştır. Vali, kaymakam, rektör gibi diğer kurumların yöneticileriyle işbirliğine gidilmiştir. 2019/5 sayılı Küresel Grip Salgını (Pandemi) Konulu Cumhurbaşkanlığı Genelgesi'nden yararlanılmıştır. 15 Mayıs 2019'da Pandemik İnfluenza İl hazırlık komitesi toplantısı yapılmıştır. Bu toplantıda yatak kapasitesi, soğuk hava deposu ve araç kapasitesi gibi konular görüşülmüştür.

Davetli Konuşma

Yatak yetersizliği durumunda ilçeler arası hasta sevk zincirinin nasıl olacağı planlanmıştır. 200 adet filyasyon ekibi oluşturulmuştur. İlçelerin nüfus yoğunluğuna göre planlanmış, ihtiyacın artması durumunda filyasyon ekipleri artırılmıştır. 2 tip filyasyon ekibi oluşturulmuştur; A tipi filyasyon ekibinde 1 doktor ve 1 sağlık personeli, B tipi filyasyon ekibinde 2 sağlık personeli görev almıştır. İl sağlık operasyon merkezi kurulmuştur. Operasyon merkezinin alt birimleri; surveyans birimi, lojistik birimi, destek birimi, iletişim birimi, hukuk birimi, eğitim birimi olarak belirlenmiştir. Risk iletişimi ağı kurulmuş ve iletişim planı oluşturulmuştur. Basınla haberleşme akışı oluşturulmuş ve bunlar şemalarla gösterilmiştir. Salgın Risk azaltma planı oluşturulmuş ve SWOT analizi yapılmış; böylece güçlü ve zayıf yönler, fırsatlar ve tehlikeler belirlenmiştir. Pozitif vaka taşıyan 112 ambulansları için dezenfeksiyon alanları oluşturulmuştur. Sadece sağlık çalışanlarından oluşan Pandemi komisyonu oluşturup, daha az kişiyle daha kolay karar verme imkanı oluşturulmuştur. Pandemi döneminde izolasyon ve karantina süreçlerinde beslenme alışkanlıkları değiştiği için “COVID-19 sağlıklı beslenme danışmanlığı” destek hattı kurulmuştur. Bire bir ve rutin hizmetler sekteye uğradığı için destek hatlarıyla bu eksiklik giderilmeye çalışılmıştır. AVM, cafe, taksi, toplu ulaşım alanlarında denetimler yapılmıştır.

Tekirdağ ili özelinde pandemi ile mücadelede olumlu faktörler; hıfzısıhha kurullarıyla hızlı karar alınabilmesi, aşılama oranlarının yüksek olması, halkın konuyla ilgili hassasiyet ve yöneliminin olması, kısa sürelerde filyasyon yapılabilmesi, cezaevi, huzurevi ve yaşlı bakım evlerinin hızlı bir şekilde izole edilebilmesi, yatak kapasitesinin yeterli olmasıdır. Olumsuz faktörler ise; Tekirdağ ilinin karayolu, demiryolu, havayolu ve denizyolu ile ulaşımın tümüne sahip 5 ilden biri olması, İstanbul ile sınır komşuluğunun olması nedeniyle şehre giriş çıkışların fazla olması, nüfusun %60'ının temel geçim kaynağı sanayi olması nedeniyle sanayi olan ilçelerde yaşaması, bu ilçelerin ve sahil kesiminin çok göç alması, fabrikalarda temaslı bildirme konusunda doğru beyanda bulunulmaması, önlem yorgunluğu nedeniyle duyarsızlaşma yaşanmasıdır.

Altıncı gün (28 Mayıs 2022) **İstanbul Büyükşehir Belediyesi (İBB)** Kasımpaşa Ek Hizmet Binası ziyaret edilmiştir. İBB Sağlık ve Hıfzısıhha Müdürlüğü ve İstanbul Darülaceze Müdürlüğü yapmakta olan Uzm. Dr. Mustafa Hakan Yilmaztürk ile toplantı gerçekleştirilmiştir. Pandemi ile mücadelede kilit rol oynayan yapılardan birisinin de belediyeler olduğu, mücadeleye aktif olarak katılan belediyelerin önemli rol oynadığı ancak bunun finansal yönden önemli bir yük oluşturulduğu da bilinmektedir (1). Yapılan sunumda verilen bilgilere göre; İBB'nin pandemi yönetimi proaktif bir yaklaşıma dayanmaktadır. Pandemiye hazırlık kapsamında İstanbul Çevre Yönetimi Sanayi ve Ticaret Anonim Şirketi (İSTAÇ) bünyesinde çevreye zararsız dezenfektan üretimi ve dağıtımının gerçekleştirildiği belirtilmiştir. Bu dönemde toplu taşımalar dezenfekte edilmiş ve mobil hijyen ekipleri kurulmuştur. İBB kendi içerisinde pandemi bilim kurulu oluşturmuştur. Sokağa çıkma yasağı olan vatandaşların ekmek, maaş çekme vb. ihtiyaçları için yardımcı olunmuştur. Teletıp yöntemleri kullanılarak klinik psikolog desteği verilmiştir. Darülaceze için personelin 15 günlük vardiyalar halinde çalışması devreye sokularak vardiya değişiminde PCR taraması yapılmış ve sadece sonucu negatif çalışanlar merkeze alınmıştır. Bu sayede Ekim 2020'ye kadar hiç vaka görülmemiştir. Bu müdahalelerin sonuçları European Journal of Geriatrics and Gerontology dergisinde yayınlanmıştır (2). Sağlık çalışanlarına ücretsiz konaklama hizmetleri sağlanmıştır. Belediye tarafından maske üretimi yapılmış ve İBB çalışanlarına ve hastanelere maske dağıtımı gerçekleştirilmiştir. COVID-19 ile ilişkili fazladan ölümler her hafta grafiklerle buna özel internet sayfalarında yayınlanmıştır.

Gezide en çok gündeme gelen konular “sektörler arası işbirliği” ve “etkili iletişim” konuları olmuştur. Pandeminin de önemini artırdığı bu konular profesyonel şekilde ele alınmalı ve sağlık profesyonelleri bu konularda kendilerini geliştirmelidir. Ayrıca sahada pandemi gibi zor şartlarda dahi bilimsel araştırmaların yapılması son derece önemlidir. Bu durum, “akademi-saha iş birliğinin” önemini akla getirmektedir.

KAYNAKLAR

1. Plaček M, Špaček D, Ochrana F. Public leadership and strategies of Czech municipalities during the COVID-19 pandemic—municipal activism vs municipal passivism. *International Journal of Public Leadership* 2020;17(1):108-17.
2. Özten O, Aktaş TA, Süer H, et al. A 15-day Working Shift Prevent the Cross-contamination of Coronavirus Disease-2019 in a Nursing Home in Turkey. *European Journal of Geriatrics and Gerontology* 2021;3(3):131-133.

Davetli Konuşma

PANDEMİNİN ÇALIŞAN SAĞLIĞI HİZMETLERİNE ETKİSİ

Arş. Gör. Dr. Reyhan CAN YILDIZ

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Türk Tabipleri Birliği (TTB) Halk Sağlığı Kolu (HSK) tarafından her yıl düzenlenen Halk Sağlığı Gezici Eğitim Semineri'nin (GES) 33.sü 22-28 Mayıs 2022 tarihleri arasında 'Sahada COVID-19 Pandemi Yönetimi ve Pandeminin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine ve Çalışan Sağlığı Hizmetlerine Etkisi' başlığında İstanbul, Kocaeli ve Tekirdağ illerinde gerçekleştirilmiştir ve seminere ülke genelinde çeşitli üniversitelerin tıp fakültelerinin halk sağlığı anabilim dallarında eğitimlerine devam etmekte olan 19 araştırma görevlisi katıldı.

GES'in ana teması çerçevesinde eğitimin amaç ve hedefleri saptanarak hazırlanan program doğrultusunda ilgili kurumlarla temasa geçilerek sonrasında ziyaretler gerçekleştirildi. Programın yürütülmesinde eğitim sorumlusu olarak Prof. Dr. Burcu Tokuç görev aldı. GES'in finansal ve organizasyonel altyapısı Türk Tabipleri Birliği tarafından sağlandı.

Birinci gün (22 Mayıs 2022) İstanbul Tabip Odasında buluşma ve tartışmanın ardından aşağıda başlıklar altında verilen birimlere ve kurumlara ziyaretler yapıldı, bilgiler alınmıştır:

Birleşik Metal İş Sendikası genel sekreteri Özkan Atar ile görüşme yapıldı;

Birleşik Metal İş Sendikası genel sekreteri Özkan Atar ile görüşmemizde Metal sektöründe COVID-19 mücadelesine ve bu süreç içerisinde yaşanan zorluklara değinildi. Kamu ve özel sektör çalışanları arasında ayrımcılık söz konusu olduğundan, örneğin; kamuda çalışan kronik hastalığı olan kişilerin sahip olduğu haklara özel sektörde çalışanların sahip olamadığından, sosyal koruma ve ekonomik desteğin minimum seviyede olduğundan, yoksulluğun artıp eşitsizliğin derinleştiğinden, ilk %10'luk yüksek gelirli kesim ile son %10'luk düşük gelirli yoksul kesim arasındaki eşitsizliğin 15 kat arttığından, işsizliğin arttığından, salgından en çok küçük işletmeler, işçiler, sağlık emekçileri, kayıt dışı çalışanlar ve kadınların etkilendiğinden, "evde kal" çağrılarının işçileri kapsamadığından, 'çarklar dönecek' anlayışıyla sanayi başta olmak üzere üretimin hiç bir şekilde durdurulmadığından, fazla mesai sürelerinin arttığından (çalışanlardan COVID-19 olan olursa onun yerini tamamlayacak kişinin artan mesaisi), işçilerin öncelikli aşılmasının gündeme alınmadığından bahsedildi. İşçilerin yalnızca kendi istekleriyle çıkabilecekleri ücretsiz izne patronlar tarafından zorlandığı, işçinin ahlak ve iyi niyet kurallarına uymayan davranışları nedeniyle iş sözleşmesinin feshine yol açan 'Kod 29' uygulamasının işverenlerin yetkisine verildiği, bu sebeple işten çıkarılan işçilerin tazminat alamadığı ve yeni gireceği işte sorun yaşadığı belirtilmiştir. İşyerlerinin salgının en çok yayıldığı alanlar olduğu, 2020 sonrası sermayenin kazandığı yüzde artarken emeğin kazandığı yüzdenin azaldığı ve tüm bunların salgın yükünün eşit paylaşılmadığını gösterdiği vurgulandı.

Bu yaşanan olumsuzluklara karşı Birleşik Metal İş Sendikasının bu sürece dahil oldukları belirtildi. Kamuda alınan önlemleri uygulamak için mücadele edilip İSİG Danışma Kurulunun desteği ve işçi temsilcileri ile sürekli iletişim, yerinde incelemeler, işyerlerine yönelik online checklistler ile kontrollerin yardımı ile sürecin yönetilmeye çalışıldığı; uluslararası alanda sendikaların aldıkları önlemlerin ve işverenlerle yapılan çerçeve sözleşmelerinin (Hyundai ile Güney Kore sendikasının çerçeve sözleşmesi, Avrupa Komisyonu İş Güvenliği Ajansının Yönergesi vb.) metinlerinin yabancı dilden çevrilip uygulanmaya çalışıldığı belirtildi. Ayrıca MESS-Safe uygulamasının -giyilebilir teknoloji ile işçilerin kıyafetinde takılı olan aygıtlar aracılığıyla işçilerin gün içindeki hareketleri GPS ile gözlemlenip mola sürelerinin ve temaslarının tespiti için kullanılan uygulama- insan haklarına aykırı olduğu gerekçesiyle engellendiği ifade edildi. BİSAM ve İSİG'in işçi temsilcilerine haftalık olarak gönderdiği online anketlerle vaka ve temaslı sayılarını topladığından ve Mart-Nisan 2020'de üyeler arasında anket ile işyerlerinde alınan önlemlerin değerlendirildiğinden bahsedildi. Sunum, her alanda örgütlü çalışmanın önemi vurgulanarak sonlandırıldı.

Davetli Konuşma

İş ve Meslek Hastalıkları Uzmanı Dr. Elif Altundaş Hatman ile Görüşme

COVID-19 pandemisinin sağlık çalışanları üzerindeki etkisini İş ve Meslek Hastalıkları uzmanı Dr. Elif Altundaş Hatman aktardı.

Sunumda pandemi öncesinde sağlık çalışanlarının (SÇ) işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetlerinden tam anlamıyla faydalanamayışının pandemi sürecinde daha belirgin hale geldiği, sağlık çalışanlarının COVID-19'a bağlı vefat sayısının yansıtılanın üzerinde olduğu, ABD'de COVID-19'a bağlı ölen sağlık çalışanlarının 2/3'ünün göçmen olduğu örneğinden hareketle vefat etme oranlarında eşitsizlik yaşayan grupların bulunduğu, vefat eden sağlık çalışanlarının aileleriyle yapılan görüşmelerden elde edilen bilgiye göre çoğunun kişisel koruyucu donanım (KKD) yetersizliği endişesinin bulunduğu, hem kendilerine hem de yakınlarına hastalık bulaştırma kaygısı, artan iş yükü ve beklenti, izin hakkı ve istifaların yasaklanmasıyla sağlık çalışanlarında tükenmişlik ve anksiyete sorunlarının olduğu, pandemi sürecinde ek ödemelerin motivasyonu arttırdığı ancak dağılımda eşitlik sağlanamadığı için tam anlamıyla amacına ulaşamadığı, sağlık çalışanlarının düzenli kayıtlı hastalık bilgileri olmaması nedeniyle pandemi sürecinde izinli sayılacak kronik hastalığı olan bireylerin tespitinin zor olduğu, sağlık çalışanlarının KKD'ya ulaşımının, çalışma ortamlarındaki havalandırma sistemlerinin yetersiz olduğu, pandemi sürecinde ötelenen sağlık ihtiyaçlarının günümüzde artmış sağlık talebiyle karşımıza çıktığı belirtildi. COVID-19 hastalığına yakalanan sağlık çalışanlarının meslek hastalığı tanısı koymaya yetkili bir hastaneye sevk edilmeleri ya da bizzat kendilerinin bu hastanelere başvurmaları, sağlık çalışanının COVID-19 ile etkileniminin değerlendirilmesi, etkilenim ile işyeri/çalışma koşulları ilişkisinin tartışılması ve meslek hastalığı tanısı koymaya yetkili bir kurum tarafından sağlık kurul raporunun düzenlenmesi ile mesleki COVID-19 tanısı konulabileceği ifade edildi. İşyerleri tehlike sınıfları listesine (NACE) göre 86.10 kodunda bulunan kamu ve özel tüm hastanelerin "**Çok Tehlikeli**" sınıfta yer almalarına rağmen; 28 Temmuz 2020 tarihinde Resmî Gazetede yayınlanan Dijital Mecralar Komisyonu Kurulması ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun'un 10.maddesi ile 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununun 38 inci maddesinde yapılan kanun değişikliğine göre, 4857 sayılı İş Kanunu'nun mülga 81. maddesi kapsamında çalışanlar hariç kamu kurumları ile 50'den az çalışanı olan ve az tehlikeli sınıfta yer alan işyerleri için iş güvenliği uzmanı ve işyeri hekimi görevlendirilmesi yükümlülüğününün 31/12/2023 tarihine kadar ertelendiği ve hastanelerinde kamu kurumları olduğu için bu kapsamda yer aldığı vurgulandı.

Dr. Hatman, kendi çalıştığı hastane örneğinden hareketle destekleyici yöneticilerin ve etkili iletişimin önemini vurguladı. Sunum, "*Sağlıklı ve güvenli ortamda çalışmak sağlık çalışanları için de haklıdır*" cümlesiyle sunum sonlandırıldı.

Kocaeli Serbest Bölge Yenilikçi OSGB Ziyareti ve Tersane Gezisi

Serbest Bölgeler genel olarak; kurulmuş olduğu ülkenin siyasi sınırları içerisinde olmakla birlikte gümrük hattı dışında sayılan, sınai ve ticari faaliyetler için daha geniş teşviklerin tanındığı ve fiziki olarak ülkenin diğer kısımlarından ayrılmış bulunan alanlardır. Ülkede geçerli ticari, mali ve ekonomik alanlara yönelik hukuki ve idari düzenlemeler bu bölgelerde uygulanmaz veya kısmen uygulanır. Serbest bölgede vergilendirme diğer sanayiden farklı olup burada hiçbir ürün gümrüğe tabi olmamaktadır. Kocaeli Sanayi Odasına bağlı olan bu bölgede gemi inşaat sektörü ağırlıkta olup bu sektör, zaman zaman ölümcül kazaların olabildiği riskli bir sektördür. Bunun dışında jeneratör fabrikası, çelik konstrüksiyon fabrikaları, bazı küçük firmalar da bölgede bulunmaktadır.

Bölge işletmesini üstlenen kuruluşa bağlı olarak hizmet sunan Yenilikçi OSGB sorumlu hekimi ve aynı zamanda yöneticisi olan Dr. Ekrem Aktuğ ile görüşüldü. Birimde; dönemsel olarak değişmekle birlikte yaklaşık 3000 ile 6000 sayıları arasında bir popülasyona iş sağlığı ve güvenliği hizmetleri sunulduğu, bu hizmetin çoğunluğu iş güvenliği uzmanı olan 20 ile 25 kişilik bir ekip ile yürütüldüğü, 3 tam zamanlı, 3 kısmi zamanlı işyeri hekimi bulunduğu, hizmetin 24 saat devam ettiği, acil sağlık hizmeti verildiği öğrenildi. Bu bölgedeki şirketlerin ana faaliyet alanlarının; gemi inşaat sektörü, çelik yapı imalatı, jeneratör sistemleri üretimi ve uluslararası ticaret olduğu aktarıldı. Bu birimin bölgenin işletmesini üstlenen çatı şirkete bağlı olması sebebiyle, bölgede tekel olduğu bu sebeple bazı istisnalar dışında çoğu şirketin birimden hizmet aldığı belirtildi. Bunun yanında

Davetli Konuşma

OSGB'nin sadece serbest bölgeye değil bölge dışında da hizmet sunduğu şirketler olduğu öğrenildi. Dr. Ekrem Bey; bölgede devlet destekli büyük projelerin yürütüldüğünü ama bu projelerinin hepsinde işin yüklenici firmalar tarafından taşeron firmalara yaptırıldığını, taşeron çalışmanın çok yaygın olduğunu ve bölgede önemli bir sorunlardan birinin de "eğreti istihdam" olduğunu, özellikle taşeronlarda güven problemi olduğunu, işten atılma korkusuyla OSGB'de bilgi aktarma konusunda çekinebildiklerini ifade etti. OSGB'de poliklinik hizmeti verildiği, işe giriş ve periyodik muayenelerin düzenli yapıldığı, İSG eğitimlerinin verildiği; odyometri, solunum fonksiyon testi, EKG, tam idrar tetkiki, Sedimantasyon, HbsAg, Hemogram, Akciğer grafisi tetkiklerinin yapılabildiği ve her firmanın ayda bir kez ziyaret edildiği dile getirildi. OSGB'de bulunan alanlar acil müdahale odası, iş güvenliği uzmanı odası, iş yeri hekimi odası, arşiv ve bekleme salonudur. Kişinin çalışabilmesi için OSGB'den onay alması gerektiği, bölgede bu düzenin sağlanabildiği, taşeronlaşma olsa bile her işe girenin işe giriş muayenelerinin yapılmak istendiği, yapılmadığı takdirde kuruma girişinin yapılmadığı, bölgede işletmeyi alan kuruluşa bağlı tek bir OSGB olduğu, ancak kurumların istedikleri takdirde başka İSGB'lerden de hizmet alabildikleri belirtildi. Pazartesi, çarşamba, cuma günlerinde iş güvenliği konusunda eğitimler yapılmaktadır. OSGB'nin yapmış olduğu değerlendirmelerde eksikler olduğu zaman tespit öneri defterleri ile tespit edilen durumların ilgili üst makamlara iletilmesi ve iş güvenliği kurullarının toplanması gerektiği ifade edildi.

Turquoise Shipyard Gezisi

OSGB ziyareti ardından lüks gemi inşaatı alanında hizmet veren yabancı sermayeli bir şirket ziyaret edildi. Şirkette görevli mühendis ve iş güvenliği uzmanı Engin Sarıoğlu tarafından pandemi sürecindeki uygulamalarla ilgili bilgilendirmeler yapıldı. Burası yoğun dönemde 150-200 kişinin çalıştığı ve mega yatların yapıldığı bir yerdir. Yüksekte çalışma, yukarıdan cisim düşmesi, kesici aletlerle çalışma, gürültü, boya vb. kimyasallar ve kötü termal konfor; işyerinde işin yürütümünde gözlenen bazı tehlikelerdir. Metal atölyesi ve montaj bölümü çalışanlarında kullanımı zorunlu olan ekipmanların baret, gözlük ve kulak koruyucu olduğu öğrenildi. Bu atölyede baret ve gözlük uyumu yüksek iken; kulaklık uyumunun düşük olduğu gözlemlendi. İş güvenliği uzmanı bu uyumun sağlanması için yöneticilerin örnek olması ve kurum kültürü olması gerektiğine dikkat çekti. Faaliyeti gereği çok tehlikeli sınıfta sayılan işyerinde iş kazaları ve meslek hastalıkları durumu soruldu. 6331 sayılı İş Güvenliği Yasası öncesi işe sektörde çalışmaya başlayan çoğu işçinin işitme kaybı yaşadığı, bu yasa sonrası çalışma hayatına başlayan işçilerin daha iyi durumda olduğu öğrenildi, yasanın faydalı olmuş olabileceği ifade edildi. Yasal mevzuatların faydaları desteklenmekle birlikte işitme kaybının maruziyet süresiyle doğrudan ilişkili olduğu, görece yeni tarihli bir yasa olmasıyla henüz genç işçilerde işitme kaybı oluşmamış olabileceği de düşünülmelidir. Uzun süredir ciddi bir iş kazası olmadığı belirtildi.

Kocaeli Tabip Odası – İşyeri Hekimliği Komisyonu ile Söyleşi

Tabip odasında işyeri hekimleri tarafından pandemi süreci ve hekimlik konusunda söyleşi yapıldı. 2000'lerin öncesinde örgütlenmenin kolay olmadığı, eskiden şiddet sorununun daha az yaşandığı ve 2010'lu yıllarda sağlık sisteminde yapılan değişikliklere yeterince direnç gösterilmediği konuşuldu. Pandeminin herkesi aynı şekilde etkilemediğine vurgu yapılarak süreç boyunca artarak devam eden eşitsizlikler tartışıldı.

İzmit Atık ve Artıkları Arıtma, Yakma ve Değerlendirme A.Ş. (İZAYDAŞ)

25 Mayıs Çarşamba günü, gezici eğitim seminerine yine Kocaeli'de devam edildi. İlk durağımız İZAYDAŞ, yani tam adıyla İzmit Atık ve Artıkları Arıtma, Yakma ve Değerlendirme A.Ş. idi. Burası 1996 yılında kurulan Kocaeli Büyükşehir Belediye'sine bağlı bir şirket olup genel anlamda atık yönetimi ile ilgilenmekte, evsel ve endüstriyel atıkların çevre ve insan sağlığına zarar vermeden, Çevre Mevzuatına uygun olarak bertaraf edilmesi konusunda hizmet vermektedir. Bu yönüyle Türkiye'deki ilk tesis olması dikkat çekiciydi.

Marmara Cam Fabrikası

Gezici eğitim seminerinin altıncı gününde ilk olarak Tekirdağ'da bulunan Marmara Cam fabrikasına gidildi. Fabrikada bir müdür ve İSG uzman ve hekimi ile görüşüldü. Verilen bilgiler şu şekildedir:

Davetli Konuşma

Fabrikada 400 kişi çalışmakta, fabrikada cam, ambalaj ve kapak üretilmektedir. Cam silis kumundan üretilmekte ancak yasal olarak %15 oranında geri dönüşüm amacıyla cam kırığı kullanılmaktadır. Türkiye’de önemli miktarda bulunan dolomit de cam üretiminde kullanılmaktadır. Cam fabrikaları baz yükü nedeniyle her durumda çalışmaları gereken üretimin geçici durdurulmasının pek mümkün olmadığı fabrikalardır. Ekonomik krizler dahil her durumda cam fabrikaları çalışmaya devam etmektedir.

Cam sektörü en az çevre kirliliğine neden olan sektörlerden biridir. Doğalgaz kullanıldığında bacalara filtre takma zorunluluğu bulunmamaktadır ancak kömür gazı kullanıldığında bacalara filtre takma zorunluluğu bulunmaktadır. Doğalgaz tüketimini minimuma indirmek için de fırın dizaynı çok iyi ayarlanmaktadır. Camın geri dönüşümü %4-5’tir ancak cam atıkların toplarken kırılmaması gerekmektedir. Beyaz cam kullanılmakta geri dönüşümde renkli camlar kullanılamamaktadır. Geri dönüşüm toplanan cam atıkların renklerine göre ayrılması önem taşımaktadır. Isıtma (1500-1600 derece) ve sonrasında yavaş yavaş soğutma ile cam üretilmektedir. Camı aniden ısıtıp soğutunca daha sağlam olan temperlenmiş cam oluşmaktadır. Bina camları temperlenmiş cam şeklindedir.

Fabrikada belirtilen sağlık riskleri şu şekildedir:

Gürültü; ses seviyesinin 90-100 desibel üzeri olması

Yüksek ortam sıcaklığı

Silika tozlar

İşyerindeki sağlık riskleri için risk değerlendirilmesi yapıp kaynağa bazı önlemler alınmakta ve kişisel koruyucu ekipmanlar kullanılmaktadır. Cam fabrikası iş sağlığı ve güvenliği risk sınıflamasında çok tehlikeli sınıfta yer almaktadır. Çalışanlar için iş sağlığı ve güvenliği eğitimleri yılda bir yapılmaktadır. “İŞ EKİPMANLARININ KULLANIMINDA SAĞLIK VE GÜVENLİK ŞARTLARI” yönetmeliğinde Şubat 2022’de değişiklik yapılmıştır. Bu yönetmelik ekipmanların periyodik kontrolleri hakkındadır.

Pandemi döneminde fabrikada yapılan çalışmalar:

İlaçlama yapılmış

Giriş çıkış kısıtlanmış

Semptomu olan idari izinle eve gönderilmiş

Aşılama oranları yüzde yüze yakın oranda yapılmış

Pandeminin en yoğun zamanda 12 pozitif vaka ve 38 kişi temas durumundan evde kalmış. Çalıştığı yere göre bir önü, bir arkasındaki ve yanındaki kişiler temaslı olarak belirlenmiştir.

Çorlu ticaret ve sanayi odası

Çorlu Ticaret ve Sanayi Odası’nda yapılan söyleşide pandemide işçi sağlığı konuları tartışılmıştır şu bilgiler edinilmiştir;

Tekirdağ’da bulunan işletmelerin %2’si büyük işletmedir. Büyük işletmeler üretimin devam etmesini istedikleri için daha iyi pandemi önlemleri almışlardır. Üniversitedeki işyeri hekiminin işvereni rektördür. Diğer fakültelerin işyeri hekimi hastane ve dekanlık arasındaki protokol ile düzenlenmekte, risk düzeyine göre işyeri hekimi uzmanı saatleri ayarlanmaktadır.

Üniversite hastanelerinde işyeri hekim ve uzmanının istihdamını başhekimlik mi rektörlük mü karşılaması gerektiği konusu hala net değildir. Belirli saatlerde işyeri hekimi saatleri ayarlanması istenmekte ancak üniversitelerde uygulanması zor bir uygulamadır.

Söyleşi sırasında bir doktor arkadaşımız pandemi sürecinde askeri bölgede pratisyen hekim olarak görev

Davetli Konuşma

yaptığı sıradaki tecrübelerini aktardı:

Askeri bölgede kararlar hızlı alınıp hızlı ve katı bir şekilde uygulanmıştır.

Sıkı tedbirler alınmıştır. Bu tedbirler içerisinde küçük yatakhane bölümü izolasyona ayrılmış yeni gelen askerlerin ve askerliğini bitirenlerin eve gitmeden önce 14 gün karantina da bekletilmiştir.

İş yeri hekimi Mahmut Çiftçi'nin aktardıklarına göre; 6-7 kuruma hizmet vermektedir. Kurumdan kuruma iş sağlığı hizmetleri değişmektedir. İşyeri hekiminin görevleri arasında olmamasına rağmen daha çok poliklinik hizmeti verilmektedir. İş yeri hekimi işçi söylemediği sürece kişinin sağlık bilgisine ve covid bilgisine ulaşamamaktadır. Müşteri isteğine göre iş yeri hekimi işten çıkarılabilmektedir. İşveren, iş sağlığı hizmetlerini OSGB'den alırsa iş sağlığı hizmetini daha ucuza mal etmiş olmaktadır. OSGB'ye bağlı olmayan işyerine bağlı olan hekimler ve uzmanların hem maaşları hem de özlük hakları daha iyi durumdadır. İşyeri hekimi işçi sayısına göre vs. para alıyor maaş emekliliğine pek yansımamaktadır. Covid 19 aşıları bazı iş yerlerinde zorunlu tutulmaya çalışılmıştır. İşçilerin aşı olma oranları, toplumla benzer durumdadır. Aşı olunmadığı takdirde her hafta PCR istenmesi işçileri aşı olmaya sevk etmiştir. Mevsimlik tarım işçilerine halk sağlığı birimleri tarafından toplu aşılama yapılmıştır.



Davetli Konuşma

TIPS ON WRITING SCIENTIFIC ARTICLES FOR AUTHORS IN THE FIELD OF PUBLIC HEALTH

Prof. Judith GREEN

University of Exeter

Summary

This talk draws on my experience as an Editor of a peer reviewed journal. Editors aim to fill their pages with content that is appropriate for their particular journal. This content must be peer reviewed: but getting enough peer reviewers is often difficult. For these reasons, papers that are not clearly 'appropriate' or which are unlikely to survive peer review may be rejected by the Editors. These 'desk rejects' often have one or more of the following features: 1) the paper is not in scope for the journal; 2) the findings/implications are not of 'international interest'; 3) the methodological quality is poor. I will first outline a few strategies for avoiding these problems, and then make a couple of other suggestions for getting positive reviews from the Editor and reviewers.

To avoid a desk reject, first, it is essential to identify your target journal before you start writing, and write for that journal and its readers. Making sure a paper is in scope requires more than just matching the topic to a journal title, ensuring the journal publishes your paper type (e.g. empirical study, review, opinion) and following the style guide. The author should write a literature review appropriate for a 'typical reader' of that journal, at the right level of detail. Many desk rejected papers have poor literature review sections that are too short, and consist of summaries of other papers, without sufficient synthesis, or signposting for the reader to put their study in context. Similarly, the discussion section should be crafted to show how the study reported contributes to debates/gaps in the literature, and why the findings would be of interest to this specific journal readership.

Second, local or national findings can be of international interest - but it is important to draw these out for the Editors and Reviewers. There are global inequalities in publishing which means that empirical work from some places is more easily dismissed as 'local'; the author has to do more work to show why an international readership should be interested in their findings. Strategies include: putting the findings in international context; drawing out what might be generalizable or transferable to other contexts; pointing to why the specific findings are of broader interest. Try to identify the broader 'gap' that this study can contribute to.

Third, if the study design was poor at the outset, this is not possible to address at the writing stage: weak studies may be difficult to publish in international journals. Many journals do not publish small scale or non-representative cross-sectional surveys, or trials that were not registered, for instance, so it is important to check that the study type is one that your target journal will publish. Some journals require you to conform to reporting guidelines for particular kinds of study (such as systematic reviews or qualitative studies); these are collated by the [EQUATOR network](#) and should be checked, ideally, before the study commences. If the study design is robust, appropriate for the journal, and the research question, it is then important to carefully but succinctly describe it, following the usual style for the journal for reporting conventions, detail etc.

Other strategies for increasing the chance of positive editorial and peer review feedback are to carefully consider the title and abstract. A good title is clear, descriptive and summarises the question answered, the key finding, or the implication. Some journals expect the study design to be part of the title. Avoid jargon, abbreviations, overly complex wording. The abstract is important – it is often here that the Editor makes a decision about scope and quality. It is worth following the conventional structure for an abstract, even if the journal does not use structured headings. For an empirical paper, this might consist of: a one line introduction to the topic/importance (understandable for a generalist); a couple of sentences on background; a clear statement of the research question (or hypothesis, if there is one); clear summary of key finding and main results of the reported study; what this means (implications) in context of what was already known.



6th International • 24th National
Congress on Public Health
HEALTH IN THE
Shadow of Wars and Violence
December 1 - 4, 2022 / Antalya



6. Uluslararası • 24. Ulusal
Halk Sağlığı Kongresi
Savaş ve Saldırı Gelince
SAĞLIK
1 - 4 Aralık 2022 / Antalya



Sözlü Bildiriler



6th International • 24th National
Congress on Public Health
HEALTH IN THE
Shadow of War and Violence
December 1 - 4, 2022 / Antalya



6. Uluslararası • 24. Ulusal
Halk Sağlığı Kongresi
1 - 4 Aralık 2022 / Antalya
Sağlık ve Saldırı Gelirince
SAĞLIK



Özet Sözlü Bildiri

S01

**İSTANBUL EYÜPSULTAN İLÇESİNDE EV KADINLARINDA HASTA BİNA SENDROMU
SEMPTOMLARI VE ETKİLEYEN EV İÇİ ORTAM FAKTÖRLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Betül Zehra PİRDAL¹, Şeyma HALAÇ², Muhammed ATAK³, Günay CAN¹

¹*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye*

²*Eyüpsultan İlçe Sağlık Müdürlüğü, Türkiye*

³*İstanbul Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye*

Amaç: İstanbul Eyüpsultan ilçesinde yaşayan 2-8 yaş arası çocuğu olan ev kadınlarında HBS (Hasta Bina Sendromu) semptom prevalansını saptamak, iç ortam çevresel risk faktörlerini ve çocuklarında astım, hışıltı sıklığıyla ilişkisini araştırmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma tanımlayıcı tiptedir. Eyüpsultan İlçe Sağlık müdürlüğüne bağlı aile sağlığı merkezlerinde 15 Eylül-15 Ekim 2021 tarihlerinde yürütülmüştür.

Örneklem büyüklüğü evrendeki birey sayısı bilinen prevalansla hesaplama formülüne göre; evren Türkiye İstatistik Kurumu verilerinden 39 097, prevalans %30 ±5 alınıp 320 olarak hesaplandı. İlçe ASM'lerin nüfusuna ve coğrafi konumuna göre 3 bölgeye ayrılıp, tabakalandırılarak örneklem toplanmıştır (n1=96, n2=138, n3=91).

Dahil edilme kriterleri: Ev kadını; çalışmayan ve haftanın >3 gününü evde geçiren kadınlar, Eyüpsultan ilçesinde ikamet eden, rutin muayene için başvuran, 2-8 yaş arasında çocuğu olan, çalışmaya katılmaya kabul edenler.

Dışlama kriterleri: Erkekler, çalışan veya haftanın ≤3 gününü evde geçirenler, farklı ilçede ikamet edenler, çalışmaya katılmayı kabul etmeyen ve 2-8 yaşları arasında çocuğu olmayanlar. Her bir kadın için tek çocuk, toplam 325 kadın dahil edilmiştir.

Katılımcılara yüz yüze uygulanan anket 5 bölümden oluşmaktadır: Demografik ve binaya ait, evde kullandıkları kimyasal ürünlere ait özellikler, HBS semptomları ve çocuklarında astım, hışıltı görülmesi. HBS semptomlarını literatüre göre oluşturulan anket formu ile sorgulanmıştır. Kişilere son 3 aydaki HBS semptomları; genel (yorgunluk, uyuşukluk, baş ağrısı, bulantı/baş dönmesi, konsantrasyon güçlüğü), mukozal (gözlerde kaşınma/yanma, burunda kaşınma/akma, boğazda kuruluk, öksürük) ve deri (ciltte kuruluk/kızarıklık, kulak/saç derisinde kaşınma, ellerde kuruluk/kızarıklık) semptomları, semptomların evden çıkınca azalma olması ve sıklığı (Her hafta/bazen/hiç) sorgulanmıştır. En az bir genel, iki tane mukozal veya deri semptomun olması ve her hafta görülmesiyle HBS semptomları var kabul edilmiştir. Bağımlı değişken; HBS semptomları var, semptomlar evden çıkınca azalmakta ve HBS semptomları var, evden çıkınca azalma yok ile semptom yok (Semptom azalmasını bilmeyen grup karıştırıcı faktör olarak değerlendirilip, kapsam dışı bırakıldı). Bağımsız değişkenler; demografik, binaya ait ve evdeki kimyasallara ait özellikler. İstatistiksel analizler SPSS 21'de yapılmıştır. Sürekli verilerin normalliği Kolmogrov Smirnov ile incelenmiştir. Ki kare, Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Binominal lojistik regresyon analizi Backward:LR yöntemiyle yapıлып, modelin uyumu Hosmer-Lemeshow ve omnibus testiyle denetlenmiştir. Modele tek değişkenli analizde p<0,25 olan değişkenler dahil edilmiştir. Etik kurul onayı alınmıştır (90225 /05.05.2021).

Bulgular: Katılımcıların %53,7'sinin HBS semptomları vardır ve %29,4'ünün (tüm katılımcıların %18,8) semptomları evden çıkınca azalmaktadır. En sık görülen semptom yorgunluk ve baş ağrısıdır. HBS semptomları olup, semptomlar evden çıkınca azalan gruptaki kadınların çocuklarında astım (%14,8) ve hışıltı görülme oranı (%36,1), diğer gruptan fazladır (p=0,006, p=0,003). İki grubun yaş, evde bulunan gün, eğitim durumu, gelir durumu, bina yılı, ikame yılı ve sigara kullanımları arasında anlamlı fark

Özet Sözlü Bildiri

yoktur ($p=0,222$, $p=0,380$, $p=0,648$, $p=0,225$, $p=0,191$, $p=0,787$, $p=0,440$). İki grubun kronik hastalık, astım, alerji ve egzama olma oranları arasında farklılık yoktur ($p=0,244$, $p=0,855$, $p=0,188$, $p=0,314$). HBS semptomları olup evden çıkınca azalan grubu etkileyen faktörler incelendiğinde; yaş (OR:0,93 %95 GA:0,88-0,99), kronik hastalık (OR:2,49 %95 GA:1,08-5,73), kullanılan kimyasalların karıştırılması (OR:2,03 %95 GA:1,08-3,81), temizlik yaparken evin havalandırılması (OR:0,19 %95 GA:0,05-0,78) ve rutubetle (OR:2,34 %95 GA:1,05-5,25) ilişkili olduğu görülürken, bina yılı (OR:1,03 %95 GA:0,99-1,06), evin cephe sayısı (OR:0,78 %95 GA:0,56-1,09) ve son 1 yılda alınan yeni mobilyanın (OR:1,71 %95 GA:0,82-3,56) son kalan modelde bulunmakta fakat anlamsız olduğu görülmüştür.

Sonuç: Ev içi çevresel ve kimyasal risk faktörlerinin kadınlarda HBS semptomlarını etkilediği görülmüştür. Ev kadınlarının HBS semptomu var ve semptomları evden çıkınca azalıyorsa çocuklarında astım veya hışıltı olma oranının daha fazla olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda ev içi hava kirliliğinin ölçümü yapılamamış olup, kişilerin beyanı ile semptomlar değerlendirilmiştir. Ev içinde koruyucu etkisi gösterilen temizlik yaparken evin havalandırılması, az sayıda kimyasal kullanılması ve kimyasalların karıştırılmaması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Ev Kadını, Hasta Bina Sendromu, İç Ortam Hava Kirliliği

Tam Metin Sözlü Bildiri

S02

**İZMİR YAYLAKÖY, OVACIK VE KÜÇÜKKAYA MAHALLELERİNDE YAŞAYANLARIN
UYKU KALİTESİNİN BELİRLENMESİ VE ÇEVRESEL GÜRÜLTÜ İLE İLİŞKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Aslı ATA TENELER¹, Hür HASOY²

¹Giresun Merkez Toplum Sağlığı Merkezi, Türkiye

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Türkiye

1. Giriş

Yenilenebilir enerji kaynakları içerisinde rüzgâr enerjisi karbon salınımı en düşük olan yöntemdir (1). Bu nedenle çevresel kirlilik açısından diğer fosil kaynaklara göre daha kabul edilebilirdir. Kaynağının her daim doğada var olması sebebiyle kaynak maliyeti olmayan rüzgâr enerjisi santralleri (RES) aynı zamanda enerjinin yerelde üretilip kullanılmasını sağlayarak enerji bağımsızlığına da katkıda bulunur. Küresel ısınma, fosil kaynakların yol açtığı hava kirliliği ve bu kaynakların tükenme riski sebebiyle yeni kaynak arayışına girilmiş, RES tüm dünyada fosil kaynaklara alternatif bir yenilenebilir enerji kaynağı haline gelmiştir(2). Rüzgâr enerjisi çevre dostu olarak bilinmesine karşın, santral kurulumlarının doğal alanlara ve kırsaldaki yerleşim yerlerine doğru yoğunlaşması bu bölgelerde yaşayanlarda sağlık ve çevre açısından endişelere yol açmaktadır. RES'lerin planlama ve kurulum aşamalarında konunun çok boyutlu ve çok paydaşlı olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Çevre sakinlerinin yeterince bilgilendirilmemesi ve görüşlerinin alınmaması, insan ve çevre sağlığı açısından olası risklerin gözardı edilmesi, rahatsızlıklar konusunda hassas davranılmaması ve iletişimsizlik sorunları doğurmaktadır. Bu tartışmalı alana bilimsel bir yaklaşım ihtiyacı vardır. Türbinlerin çevresinde yaşayanlarda işitsel ve görsel rahatsızlığa sekonder pek çok sağlık şikâyeti tanımlanmıştır. Türbinler çevresel memnuniyetsizliğe(3-8) yol açabileceği gibi, türbin gürültüsüne bağlı uyku bozuklukları (9-12), genel sağlık semptomları (9,11,13,14) ve psikolojik etkiler gibi çıktılar da bildirilmiştir. Rüzgâr türbin gürültüsü (RTG) çevresel stres yaratarak hipertansiyon (HT), kardiovasküler hastalıklar ve psikolojik rahatsızlıklar gibi sistemik çıktılarının oluşmasına veya mevcut kronik hastalıkların şiddetlenmesine sebep olabilir(15-17). Rüzgâr türbinlerine (RT) bağlı uyku kalitesinde azalmalar görülebilir. RTG hem doğrudan uykuya engel olabilir hem de yarattığı stres sonucunda uyku bozukluklarına sebep olabilir. Uyku bozuklukları; gündüz uykululuğu, yorgunluk, dikkat eksikliği ve refleks süresinde uzamaya yol açarak kognitif fonksiyonlarda yavaşlamaya ve genel iyilik halinde bozulmayan neden olabilir. Aynı zamanda kardiyovasküler sistem (KVS) hastalıkları, HT ve diyabet gibi kronik hastalıklara da zemin oluşturur(18). Bu açıdan RT kaynaklı uyku bozuklukları ayrıca çalışmaya değerdir. İzmir yarımadası Türkiye'de RES'lerin en yoğun olarak yerleştiği, kurulu gücün en fazla olduğu bölgedir(19). Ülkemizde türbin çevresinde yaşayanların sağlık durumları daha önce araştırılmamıştır. Uluslararası literatürde anlamlı bulunmuş etmenlerin ülkemizdeki durumunun değerlendirilmesi ve kendi özgün değişkenlerimizin neler olduğunun tespit edilmesi, RTG ile ilişkili sağlık sonuçlarının ortaya konmasına ve risk altındaki grupların belirlenmesine katkı sağlayacaktır. Bu çalışmada Karaburun Yaylaköy ve Urla Ovacık'ta rüzgâr türbin sahalarının çevresinde ve Güzelbahçe Küçükkaya'da yaşayan 18 yaş üstü kişilerin uyku bozukluklarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Uyku kalitesinin sosyo-ekonomik özellikler, var olan sağlık durumu ve gürültü ile ilişkisi araştırılmıştır. Çevresel gürültü ölçümü ile olası gürültü varlığı ve rahatsızlığı subjektif bildirimlerden öte, sayısal verilere dayandırılmıştır. Ayrıca gürültünün diğer sağlık semptomları ve kronik hastalıklarla ilişkisinin ortaya konması hedeflenmiştir. Araştırmanın hipotezleri aşağıda verilmiştir:

1. Sosyo-ekonomik ve demografik özellikler açısından daha dezavantajlı olanlarda uyku kalitesi daha kötüdür.
2. Çevresel gürültü maruziyeti arttıkça uyku kalitesi kötüleşmektedir.
3. Gürültüye ilişkin sağlık semptomları olan katılımcılarda uyku kalitesi daha kötüdür.

Tam Metin Sözlü Bildiri

2. Metot

Araştırma bölgelerine karar vermek için İzmir ilindeki tüm rüzgâr türbin santral sahalarının, en yakın yerleşim yerine olan uzaklığı Google Earth ile hesaplanmıştır. Türbin ile konut arası mesafe, mahallenin 18 yaş üstü nüfusu ve santraldeki toplam türbin sayısı ve kurulu güç hesaba katılarak Karaburun'daki Yaylaköy ve Urla'daki Ovacık mahalleleri türbine maruz kalan, Küçükçaya ise türbinle ilişkisi olmayan karşılaştırma mahallesi olarak seçilmiştir. Kesitsel tipteki bu çalışmaya araştırma bölge nüfusuna kayıtlı, 18 yaşından büyük, anket sorularını cevaplamayı kabul eden, iletişime engel durumu olmayan tüm bireyler dâhil edilmiştir. Araştırma evrenini bu üç köyde yaşayan 18 yaş üstü toplam 343 kişi oluşturmaktadır. Ovacık Mahallesi (n=128), Urla ilçesine 5 kilometre uzaklıktadır. Ovacığa en yakın santral sahası olan Urla RES'e ait 6 adet türbin (18 MW kurulu güç) bulunmaktadır. En yakın türbinin Ovacık merkeze uzaklığı 1500m, en yakın konuta ise 732m olarak ölçülmüştür. Yaylaköy (n=85) Karaburun ilçe merkezinden 10 kilometre uzaklıkta denizden yaklaşık 1000m yükseklikte engebeli bir arazi üzerinde yer alan bir dağ köyüdür. Yaylaköy'ün çevresindeki Karaburun RES'e ait santral sahasındaki toplam türbin sayısı 50 ve kurulu güç 120 MW iken 2019 yılında 20 türbin eklenerek toplam 80 MW güç arttırımı yapılmıştır. Yaylaköy merkezle en yakın türbin arası mesafe 840 m, en yakın konut ile 586 m olarak ölçülmüştür. Yaylaköy'ün tamamı Karaburun ve Yaylaköy RES sahasının içerisinde kalmaktadır Güzelbahçe'ye 1,8 kilometre uzaklıktaki olan Küçükçaya Mahallesi (n=130) diğer iki köyle benzer sosyo-ekonomik yapıda bir dağ köyüdür. Küçükçaya biri, müstakil ve bir- iki katlı evlerin ağırlıkta olduğu bakımsız eski bir köy merkezi ve diğeri ise köy merkezine çok yakın ama müstakil lüks konutlardan oluşan bir site olan iki yerleşim bölgesi vardır. En yakın türbine uzaklık 10.105 m olarak ölçülmüştür. Fakat sitedeki evlerin manzarasından türbinlerin ve ikaz ışıklarının görüldüğü dikkat çekmiştir.

2. 1. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

2. 1. 1. Bağımlı Değişken

Araştırmanın bağımlı değişkeni uyku kalitesi olarak belirlenmiştir. Uyku kalitesini ölçmek için Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ; Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI) kullanılmıştır. DSÖ'nün "Uyku ve Sağlık Teknik Toplantısı"nda gürültü ile tetiklenen uyku bozukluğunu değerlendirmek için PUKİ standart bir anket olarak uzmanlar tarafından tavsiye edilmiştir(20). Buysse ve arkadaşları tarafından 1989 yılında geliştirilmiş olup uyku kalitesinin niceliksel ölçümünü sağlayan bir değerlendirme ölçeğidir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Yedi bileşenden oluşan ölçek son bir ayı değerlendiren 24 adet soru içerir. Kişiler ilk 19 soruyu, yatak arkadaşı ise 5 soruyu cevaplandırmaktadır. Yalnızca kişi tarafından cevaplanan sorular değerlendirmeye alınır. Yedi alt bileşene ilişkin puanların toplamı PUKİ puanını "0-21" verir. 0-5 puan: sağlıklı uyku; 6-10 puan: kötü uyku; 10 puanın üstü: uzun dönem uyku rahatsızlığı ile uyumlu bulunmaktadır(21).

2. 1. 2. Bağımsız Değişkenler

Yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşadığı mahalle (Yaylaköy/ Küçükçaya/ Ovacık), kaç yıldır yaşadığı, yılın kaç ayını geçirdiği, küçük çocuk varlığı, öğrenim durumu, ne tür bir işle meşgul olduğu, gelir durumu, vardiyalı çalışma, bölgedeki rüzgâr santrali ile maddi fayda ("çalışıyor", "ödeme almış", "arazisini satmış /kiralamış" ve "diğer") ve zarar ilişkisi ("arazinin kamulaştırılması" ve "santral sahasına komşu arazi sahibi olmak") çalışmanın sosyodemografik bağımsız değişkenleridir.

Mesafe ölçümü her bir konutun en yakın türbine olan mesafesi Google Earth programı ile hesaplanıp incelenmiştir. Mesafeler analizlerde Yaylaköy ve Küçükçaya'nın ortalama değerleri alınarak 670m ve altı, 670,1-1487m, 1487,1-10305m olarak gruplandırılmıştır. Alışkanlıklar ve sağlık durumu sorgulaması altında çay tüketimi, kahve tüketimi, sigara tüketimi, alkol tüketimi, gündüz uyuma alışkanlığı, kronik hastalık varlığı sorgulanmış, tansiyon arteryel ölçümü yapılmıştır. Sol koldan yapılan ölçümlerde kan basıncı değeri, normal sınırlarda çıkan kişilerde ikinci bir ölçüm daha yapılarak ikisinin ortalaması alınmıştır. Hipertansif olarak ölçülen kişiler, 5 dakika daha dinlendirilerek ölçüm yinelenmiş ve iki ölçümün ortalaması alınmıştır. Analiz aşamasında hipertansif ve normotansif şeklinde gruplanmıştır.

Tam Metin Sözlü Bildiri

Gürültü başlığı altında gürültü ölçümü, gürültü ile ilişkili semptomlar ve rüzgar türbin gürültü rahatsızlığı şikâyeti sorgulanmıştır. Anket uygulanan tüm haneleri kapsayacak şekilde Yaylaköy'de 24 nokta, Ovacık'ta 21 nokta ve Küçükçaya'da toplam 5 noktada gündüz, akşam ve gece gürültü ölçümleri yapılmıştır. Literatürden derlenmiş olan gürültünün sebep olabileceği 11 semptomun son bir aydaki görülme sıklığı var yok şeklinde sorulmuştur(4,17,22-24). Bu semptomlar; baş ağrısı, baş dönmesi, kas-eklem-sırt ağrısı, seslere aşırı duyarlılık, kulakta basınç hissi, çınlama, aşırı yorgunluk, konsantrasyon güçlüğü, depresif semptomlar, sinirlilik ve göğüste çarpıntı hissidir.

Araştırmada veri üç şekilde toplanmıştır. Bunlardan birincisi yüz yüze görüşülerek anket uygulaması; ikincisi araştırmaya katılanların kan basıncı ölçümleri ve son olarak akredite özel bir firma tarafından yapılan çevresel gürültü ölçümleridir. Gerçekleştirilen gürültü ölçümleri TS 9315 ISO 1996-1: 2005 "Akustik çevre gürültüsünün tanımı, ölçülmesi ve değerlendirilmesi-bölüm 1: Temel büyüklükler ve değerlendirme işlemleri" ve TS ISO 1996-2: 1992 Akustik çevre gürültüsünün tanımı, ölçülmesi ve değerlendirilmesi- ölçüm 2: Çevre gürültü seviyelerinin tayini" standartları çerçevesinde yapılmıştır. Gürültü ölçüm hizmeti ve kan basıncı ölçümünde kullanılan tansiyon aletinin temini için EÜ BAP Koordinatörlüğü'nden maddi destek sağlanmıştır. Çalışmada çıkar çatışması bildirilmemektedir.

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay (Evrak tarihi ve sayısı: 24.01.2019 tarihli 99166796-050.06.04 sayılı) alınmıştır. Urla, Karaburun ve Güzelbahçe Kaymakamlıklarından çalışma için izin ve muhtarların konu ile ilgili bilgilendirilmesi istenmiştir. Araştırmaya katılanlardan bilgilendirilmiş gönüllü onam alınmıştır. Tanımlayıcı bulgular; sürekli veriler için ortalama, standart sapma, ortanca, en büyük ve en küçük değer ile birlikte, sayım tipi veriler ise sayı ve yüzde oranları ile birlikte sunulmuştur. Uyku kalitesinin kategorik olan bağımsız değişkenlerle arasındaki ilişki ki kare analizi ile değerlendirilmiştir. Elde edilen veriler SPSS Statistical Package 22.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

3. Bulgular

3. 1. Tanımlayıcı Bulgular

3. 1. 1. Araştırma Grubunun Sosyodemografik ve Sosyoekonomik Özellikleri

Belirlenen 343 kişilik araştırma örneğinden 282 birey görüşmeyi kabul etmiştir. Örnekleme ulaşma oranı (kapsayıcılık) %82,2'dir. Kapsayıcılık Yaylaköy'de %82,3; Ovacık'ta %75 ve Küçükçaya ise %89,2'dir. Araştırma bölgeleri arasında cinsiyet, yaş ve medeni durum açısından farklılık bulunmamıştır ($p=0,30$; $p=0,51$; $p=0,99$). Fakat mesafe ve gürültü ölçüm sonuçları açısından mahalleler anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,000$; $p=0,000$). Araştırma grubuna ait sosyo-demografik bulgular Tablo 1'de verilmiştir.

Tam Metin Sözlü Bildiri

Tablo 1: Çalışma Grubunun Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Tablo 1: Çalışma Grubunun Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Tanımlayan Değişkenler	Sayı	%
Mahalle	Ovacık	34
	Yaylaköy	34,8
	Küçükköy	41,2
Cinsiyet	Kadın	50,4
	Erkek	49,6
Yaş Grubu	35 ve altı	12,4
	36-45	14,1
	46-55	19,3
	56-65	26,3
	66-75	18,7
	76 ve Üstü	14,5
Kaç yıldır yaşadığı	0-10	23,7
	11-20	17,3
	21-30	20,9
	31-40	23
	41 ve Üstü	14,8
Yılı kaç ayını geçirdiği	12	89,7
	<12	10,3
Okuma Durumu	Okuma Yazma Yok	13,4
	İlkokul	58,5
	Ortaokul	9,2
	Lise	5
	Üniversite (2 yıllık)	2,5
	Lisans ve Üstü	11,3
Medeni Durum	Evli	78,7
	Evli Değil	21,3
Küçük Çocuk Varlığı	6 yaş ve altı çocuk var	11
	6 yaş ve altı çocuk yok	89
Toplam	282	100

Araştırma grubunun %50,4'ü kadındır. Yaş ortalaması ve standart sapması $56,4 \pm 17,5$, ortancası 57'dir. Katılımcıların %78,7'si evlidir. Katılımcıların %58,5'i ilkokul mezunudur. Katılımcıların %41,1'i Küçükköy'de, %34'ü Ovacık'ta, %24,8'i ise Yaylaköy'de yaşamaktadır. Araştırma örneğinin mahallelerde yaşama süre ortalaması $38,7 \pm 26,9$ yıldır, ortancası ise 41'dir. Katılımcıların %89,7'si tüm yıl hanelerinde ikamet etmektedir. Araştırma örneği içerisinde tanı konmuş herhangi bir kronik hastalığı olanlar %48,6'dır. HT (%21,6), kronik kalp yetersizliği (%11,7) ve diabetes mellitus (%11,3) en sık görülen kronik hastalıklardır.

Mahallelerin gürültü ölçüm ortalamalarına baktığımızda gündüz gürültü ölçüm ortalaması Yaylaköy'de en yüksek ($46,63 \pm 3,75$ LAeq[dB]) olmakla beraber Ovacık'ta da ($45,50 \pm 3,20$ LAeq[dB]) oldukça yüksektir. Akşam gürültü ölçüm ortalaması Ovacık'ta en yüksek ($40,34 \pm 5,05$ LAeq [dB]); gece gürültü ölçüm ortalaması da Yaylaköy'de en yüksek ($30,54 \pm 3,98$ LAeq [dB]) saptanmıştır. Maksimum gece gürültü değeri ($40,9$ LAeq [dB]) Yaylaköy'de ölçülmüştür.

Sinirlilik (%47,2), kas, eklem ve sırt ağrısı (%47,2) ve depresif semptomlar (%43,3), baş ağrısı (%40,8) ve aşırı yorgunluk (%40,8) araştırma grubunda en sık ifade edilen gürültü ile ilişkili semptomlardır.

Katılımcıların %45'i evinin çevresindeki gürültülere karşı hassastır. Katılımcıların %18,8'i ev içindeyken, %24,8'i evin dışındayken rüzgâr türbin gürültüsünden rahatsız olmaktadır. Katılımcıların %57,5'i gürültüden rahatsızdır.

Uyku kalitesi puan ortalaması $4,7 \pm 2,8$ ve ortancası 4'tür. Katılımcıların %57,4'ünün ($n=162$) uyku kalitesi iyidir.

3. 2. Çözümleyici Bulgular

3. 2. 1. Sosyodemografik ve Sosyoekonomik Bulguların Uyku Kalitesi ile İlişkisi

Tablo 2'de sosyodemografik bulguların uyku kalitesi ile karşılaştırılması sunulmuştur.

Tam Metin Sözlü Bildiri

Tablo 2: Sosyodemografik Bulguların Uyku Kalitesi İle Karşılaştırılması

Tablo 2: Sosyodemografik Bulguların Uyku Kalitesi ile Karşılaştırılması

		Uyku kalitesi				Toplam		χ^2	p
		Kötü		İyi		Sayı	%		
		Sayı	%	Sayı	%				
Yaşanan Köy	Yaylaköy	33	47,1	37	52,9	70	100	2,453	0,293
	Ovacık	44	45,8	52	54,2	96	100		
	Küçükkkaya	43	37,1	73	62,9	116	100		
Cinsiyet	Kadın	71	50	71	50	142	100	6,489	0,011
	Erkek	49	35	91	65	140	100		
Yaş Grubu	18-56	49	35,8	88	64,2	137	100	5,020	0,025
	57 ve üzeri	71	49	74	51	145	100		
Kaç yıldır yaşadığı	0-38	53	40,5	78	59,5	131	100	0,439	0,507
	39 ve üzeri	87	44,4	84	55,6	151	100		
Yalın kaç ayını geçirdiği	< 12 ay	11	37,9	28	62,1	39	100	282	0,593
	12 ay	109	43,1	144	56,9	253	100		
Öğrenim Durumu	Okuma yazma yok	18	47,4	20	52,6	38	100	0,428	0,807
	İlkokul - ortokul-lise	86	42	119	58	205	100		
	Üniversite	16	41	23	59	39	100		
Medeni Durum	Evlü	98	44,1	124	55,9	222	100	1,080	0,299
	Evlü değil	22	36,7	38	63,3	60	100		
Küçük Çocuk Varlığı	6 yaş ve altı çocuk var	10	34,5	19	65,5	29	100	1,019	0,313
	6 yaş ve altı çocuk yok	70	44,6	87	55,4	157	100		
Kırsal ile rübin aramızdaki mesafe	0 - 670 m	16	45,7	19	54,3	35	100	1,072	0,585
	670,1-1487 m	28	47,5	31	52,5	59	100		
	1487,1-10305 m	76	40,4	112	59,6	188	100		

Kadınların uyku kalitesi erkeklere göre anlamlı olarak daha kötüdür ($p=0,011$). 57 yaş ve üstündekilerde uyku kalitesi anlamlı olarak daha kötüdür ($p=0,025$).

Herhangi bir kronik hastalığı olanların uyku kalitesi, kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı olarak daha kötü bulunmuştur ($p=0,019$). Hipertansif saptananların uyku kalitesi daha kötüdür ($p=0,039$). Gündüz, akşam ve gece gürültü seviyeleri ile uyku kalitesi arasında anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Baş ağrısı ve baş dönmesi şikâyeti olanların olmayanlara göre uyku kalitesi anlamlı olarak daha kötüdür ($p=0,014$; $p=0,019$). Çınlama şikâyeti olanların olmayanlara göre uyku kalitesi anlamlı olarak daha kötüdür ($p=0,018$). Aşırı yorgunluk varlığı, konsantrasyon güçlüğü yaşıyor olmak ve depresif semptom varlığı uyku kalitesini anlamlı olarak kötüleştirmektedir ($p=0,000$; $p=0,009$; $p=0,000$).

4. Tartışma

Bu araştırma, Yaylaköy, Ovacık ve Küçükkkaya Mahallelerinde yaşayanların uyku kalitesi düzeyini belirleyerek; uyku kalitesinin kişisel ve çevresel özelliklerle ilişkisini araştırmak amacıyla gerçekleştirilmiştir. Yaylaköy gibi yoğun olarak rüzgar türbin sahaları ile çevrelenmiş bir mahalle ve yine RT'lere yakın yerleşim gösteren Ovacık

Tam Metin Sözlü Bildiri

Mahallesi araştırma için seçilmiştir. Ek olarak benzer sosyo-demografik, ekonomik ve coğrafi özelliklere sahip ama türbin gürültüsünden uzakta yer alan Küçükaya mahallesi de çalışmaya dâhil edilmiştir. Araştırma bölgelerinde gündüz, akşam ve gece olmak üzere üç zaman diliminde çevresel gürültü ölçümleri yapılmıştır. Katılımcılara uyku ile ilişkili günlük alışkanlıkları ve sağlık özgeçmişleri, gürültüden rahatsız olma durumları ve gürültünün sebep olduğu semptomlara dair sorular da sorularak uyku kalitesi ile ilişkileri irdelenmiştir.

Araştırma sonucunda kadınların, yaşlıların, herhangi bir kronik hastalığı bulunanların, HT tanısı olanların, baş ağrısı, baş dönmesi, kulakta çınlama, aşırı yorgunluk, konsantasyon güçlüğü ve depresif semptom bildirenlerin uyku kalitesi daha kötü bulunmuştur ($p<0,05$).

Kadınların uyku kalitesi erkeklere göre anlamlı olarak daha kötü saptanmıştır. Jalali ve arkadaşlarının türbin çevresinde yaşayanlarla yürüttüğü çalışmada cinsiyete ait bir farklılık görülmemiştir (10). Michaud'un PUKİ ile değerlendirdiği uyku kalitesi ile RTG arasındaki ilişkiyi araştırdığı çalışmada da bizimkine benzer şekilde kadınların uykusu erkeklere göre daha kötü saptanmıştır (25). Kadınlar uykuya dalma ve sürdürme açısından erkeklere göre daha fazla zorluk çekmektedir (26). Yapılan pek çok epidemiyolojik çalışma kadınların hormon seviyelerindeki değişiklikler, stres ve yaşam tarzı sebebiyle uyku kalitelerinin daha kötü olduğunu göstermektedir (27). Bulgularımız bu literatür ile uyumludur.

57 yaş ve üstündekilerde uyku kalitesi anlamlı olarak daha kötüdür. Jalali ve arkadaşlarının türbin çevresinde yaşayanlarla yürüttüğü çalışmada yaşla uyku kalitesinde kötüleşme görülmemiştir. Şengül ve arkadaşlarının çalışmasında bizimkine benzer olarak yaş arttıkça PUKİ puanının artarak uykunun kötüleştiği gösterilmiştir (28). Michaud ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da benzer olarak yaş artışı ile uyku kalitesi kötüleşmektedir (29). Yaşla birlikte objektif (polisomnografi) ve sübjektif (erken saatte ve gece uyanmalar, gündüz şekerlemesi, yatakta geçirilen sürenin artması) değerlendirmelerde uyku kalitesinin bozulduğu ve uyku rahatsızlıklarının daha fazla görüldüğü ortaya konmuştur (30). Herhangi bir kronik hastalığı olanların uyku kalitesi, kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı olarak daha kötü bulunmuştur. Bu bulgumuz kronik hastalık varlığının uyku kalitesini bozduğuna dair diğer pek çok çalışmayı desteklemektedir (31,32).

HT tanısı olanların uyku kalitesi, HT tanısı olmayanlara göre daha kötüdür. DSÖ'nün "Uyku ve Sağlık" başlıklı teknik çalışma raporunda uyku rahatsızlığının kortizol salınımına bağlı meydana gelen kardiovasküler bozukluklarla, HT'la ve gece boyu azalmayan kan basıncı seviyeleri ile ilişkili olduğu vurgulanmıştır (20). Yapılan çalışmalarla da gece çevresel gürültü düzeylerinin adrenalin, noradrenalin, kortizol gibi stres hormonlarında artışa yol açarak kalp hızı ve arteriyel basıncı da arttırdığı gösterilmiştir (33). Araştırma esnasında yapılan ölçümlerde hipertansif saptananların, tansiyonu normal olanlara göre uyku kalitesi daha kötü saptanmış olsa da anlamlılık görülmemiştir. Kronik kalp yetmezliği, diabetes mellitus, astım/ KOAH, depresyon, işitme kaybı, guatr, hipotiroidi, benign prostat hipertrofisi ve OUA varlığı ile uyku kalitesi arasında anlamlılık bulunmamıştır. Michaud'un çalışmasında kalp hastalığı, diyabet ve astım varlığı ile uyku kalitesi anlamlı olarak kötüleşmektedir (28). Çalışmamızda kronik hastalık varlığı ile anlamlılık saptanıp hastalıklarla tek tek anlamlılık oluşmamasının sebebi hastalık yüzdelerinin düşük olması olabilir.

Gürültü ölçüm sonuçlarımız uyku kalitesi ile anlamlılık göstermemiştir. Literatürde gürültü ile uyku arasında ilişki saptanmayan benzer çalışmalar vardır (3,34-36). Michaud ve arkadaşlarının RT'lerin çevresinde yaşayan 1238 katılımcı ile yürüttükleri çalışmada aktigrafi cihazı ve PUKİ verileri ile uyku kalitesi incelenen çalışmada rüzgâr türbin gürültüsüne göre sınıflandırılmış grupların hiçbirinde uyku kalitesi düşük saptanmamış (PUKİ >5) ve gruplar arasında uyku kalitesi sonuçları açısından farklılık bulunmamıştır ($p=0,74$). Araştırmada 46 dB'e kadar gürültünün bildirilen ve ölçülen uyku üzerine etkisi olmadığını belirtmişlerdir (12). Rüzgâr türbini sendromunu tanımlayan Pierpont'un yaptığı çalışmada 38 katılımcının %86'sı uyku rahatsızlığı bildirirse de, uyku rahatsızlığı ile gürültü ilişkili bulunmamıştır (34). Gürültü ile uyku kalitesinin bozulduğu çalışmalar da bildirilmiştir (22,37-41). Pedersen'in 2011'de üç araştırma bölgesini kapsayan çalışmasında kişilerin türbin gürültüsünü fark etme düzeyleri gürültü seviyesinin artışı ile doğrusal olarak artmaktayken; uyku rahatsızlığının ancak 40-45dB'de sıçrama oluşturarak meydana geldiği gösterilmiştir (5,38,40,42). Pedersen gürültü ile uyku

Tam Metin Sözlü Bildiri

arasında ilişki saptamasına karşın bu ilişkinin doğrudan türbinlere bağlı olmadığını, kognitif stres modeline göre çevresel stres kaynağı yaratan herhangi bir sebebin de stres yanıtı oluşturabileceğini söylemektedir. Jalalinin ve Kageyamanı çalışmalarında 40dB-45dB üstündeki gürültüler çevresel gürültü kaynaklı uyku rahatsızlığı ile ilişkilendirilmiştir. Uyku kalitesinin gürültüden etkilendiğini saptayan çalışmalarda şikâyetler genellikle 40- 45 dB(A)'dan başlamaktadır. Pedersen'in de belirttiği gibi uyku rahatsızlığı çevresel gürültü 40-45 dB'e ulaşana dek yavaş yavaş artış göstermeyip, o seviyelerde ani sıçrama şeklinde kendini göstermektedir. Diğer bir deyişle öz bildirim dayalı etkileri (uyku rahatsızlığı, sağlık çıktıları vb.) yaratan esas olarak türbinler değil kişilerin algıladığı çevresel değişikliktir (42) . Bu açıdan bakıldığında bizim çalışma nüfusumuzun çevresel memnuniyet düzeylerinin çok yüksek olması sebebiyle uykularının etkilenmediği düşünülebilir. Bizim çalışmamızda ise gece gürültüsünün 40dB'i geçtiği tek bir nokta bulunmakla birlikte gündüz birkaç noktada 40dB'in üstünde değerler ölçülmüştür. Diğer çalışmalardaki sınır değerlerin çok aşılmamış olması sebebiyle anlamlılık farkı oluşmuş olabilir. Bu çalışmada örneklem büyüklüğümüzün çok fazla olmaması sebebiyle de gürültü düzeyleri ve uyku kalitesi arasında anlamlı farklılık saptanmamış olabilir.

Gürültü ile ilişkili semptomlar açısından değerlendirdiğimizde; baş ağrısı, baş dönmesi, çınlama, aşırı yorgunluk, konsantrasyon güçlüğü, depresif semptomları olanların olmayanlara göre uyku kalitesi anlamlı olarak daha kötüdür. Schmidt ve Klokker'e göre, baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı ve konsantrasyon güçlüğü gibi semptomların uyku bozukluğunun bir sonucu olarak ortaya çıkması mümkündür (13) . Stres modelinde de açıklandığı üzere bu etkiler çift yönlü olabilmektedir. Paller'in çalışmasında çınlama ve vertigo türbin yakınında yaşayanların uyku kalitesi ile anlamlı ilişki göstermekteyken, sinirlilik, baş ağrısı, konsantrasyon güçlüğü ve geçmeyen yorgunluk gibi semptomlar uyku ile ilişkilendirilmemiştir (11). Michaud'un çalışmasında bu çalışmadaki bulgulara benzer şekilde baş ağrısı ve çınlama varlığı ile uyku kalitesi bozulmaktadır. Aynı çalışmada kronik ağrı belirtenlerde uyku kalitesinin kötü olma olasılığı daha fazla bulunmuşken çalışmamızda ağrı semptomları ile ilişki bulunmamıştır (12). Oregon Sağlık Bilimleri Üniversitesi'nde yapılan araştırmada kulak çınlaması, gerginlik ve huzursuzluk ile uyku bozukluğu arasında anlamlı ilişki ortaya konmuştur. Esas olarak çevresel stres yaratan uyaranların sağlığı ve uykuyu etkileyeceği kanıtlanmıştır (2). Pawlaczyk-Łuszczynska ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada katılımcıların çoğu baş ağrısı, sersemlik, göğüs ağrısı, geçmeyen yorgunluk, uykusuzluk, kas-sırt ağrısı ve dispne şikâyetlerini hiç tanımlamamıştır (22). Bu çalışmada uyku kalitesiyle ilişkili olduğu saptanan semptomlar literatürle paralellik göstermektedir. Fiziksel semptomlara bağlı olarak uyku kalitesi etkilenebileceği gibi, uyku düzenindeki bozukluklar da günlük hayatı etkileyerek şikâyetlerin oluşmasına sebep oluyor olabilir. Bu ilişkinin yönünü kesitsel araştırma tasarımı ile tayin etmek mümkün değildir.

Araştırmamızın İzmir'deki tüm RES'lere genellenememesi ve kesitsel tasarımı sebebiyle nedensel ilişki için yön tayin edilememesi sınırlılık olarak sayılabilir. Rüzgâr türbininden kaynaklanan gürültü ölçümleri, çevresel gürültünün değerlendirilmesi standardına göre yapıldığı için RT'lere atfedilmesinde kısıtlılık barındırmaktadır.

5. Sonuç ve Öneriler

RES çevresinde yaşayanlarda çevresel gürültünün uyku kalitesine etkisini incelediğimiz bu çalışmanın sonuçları ve önerilerimiz aşağıda sunulmuştur. Katılımcıların tamamına yakını tüm yıl araştırma bölgesinde yaşamakta, kadın erkek yüzdesi neredeyse eşit, çoğunluğu ilkökul mezunu, evli ve orta yaşlıdır. Türbine en yakın mesafedeki konut Yaylaköy'de, en uzaktaki ise Küçükkaya'dadır. Araştırma grubunun yaklaşık üçte ikisinin PUKİ'ye göre uyku kalitesi iyidir.

Kadınların, 57 yaşın üstündekilerin, herhangi bir kronik hastalığı olanların ve HT tanısı olanların uyku kalitesi daha kötü saptanmıştır. Gürültü ile uyku kalitesi arasında doğrudan ilişki bulunmasa da gürültü ile ilişkilendirilen semptomlardan baş ağrısı, baş dönmesi, çınlama, aşırı yorgunluk, depresif semptomlar ve konsantrasyon güçlüğü varlığı, uyku kalitesini kötüleştirmektedir. Bu gruplar için türbin çevresinde yaşıyor olmak sağlık riski oluşturmaktadır. Bu sağlık riskini azaltabilmek için, türbin kurulumlarının özel sektörün insiyatifine bırakılmadan, çevre halkın sağlığını gözeterek yasal çerçeve içerisinde gerçekleştirilmesi sağlanmalıdır. Gündüz ve gece gürültü ölçüm ortalaması Yaylaköy'de, akşam ortalaması Ovacık'ta en yüksek saptanmıştır.

Tam Metin Sözlü Bildiri

Maksimum gece gürültü değeri Yaylaköy’de ölçülmüştür. Çalışmamızdaki gürültü ölçüm sonuçları, trafikten uzak “şehir dışı konut alanları” için belirlenen gürültü sınırlarından yüksektir. Türbin sahalarının otoyol kenarları veya endüstri bölgelerindeki mümkün olan yerlere kurulması önerilebilir. Böylece hem RTG maskelenecek, hem de RES kurulumu için yeni yol açmanın fazladan verdiği çevresel zararın önüne geçilecektir.

Gürültü ile ilişkili semptomlardan kas-eklem-sırt ağrısı, sinirlilik, depresif semptomlar, baş ağrısı ve aşırı yorgunluk araştırma grubunda en fazla bildirilenlerdir. Aynı zamanda daha yüksek seviyede çevresel gürültünün de çeşitli semptomların bildirim sıklığında ve rahatsızlıkta artışa neden olduğu saptanmıştır. Gürültüyle ilişkili bildirilen semptomların ilerideki kronik hastalıkların uyarıcısı olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu açıdan prospektif çalışmalarla semptomların ve kronik hastalıkların takibinin yapılması önerilir.

Proje henüz planlama aşamasındayken bölgede tanıtılması, çevre sakinlerinden görüş alınması, insan ve çevre sağlığı açısından olası risklerle ilgili tatmin edici bilgilendirmelerin yapılması ve bölgede yaşayan toplumun yararı gözetilerek ortak kararların alınması olumsuz tutumların oluşmasını engelleyebilir. Tüm süreçte iletişime açık olunmalıdır. Türbin sahaları için uygun yerler belirlenirken enerji üretimi için yüksek potansiyele sahip olmasının yanı sıra, insan yaşamında ve çevresindeki doğada yaratacağı değişiklikler ile oluşturacağı riskler en az olan, en verimli projeler seçilmelidir. Bunun için kapsamlı incelemelerle ÇED raporları gerektiği gibi yapılmalıdır. Türbin çevresinde yaşayanlara özgü sağlık etki değerlendirme çalışmaları da eklenebilir. Politika belirleyicileri RES’lerin olası olumsuz etkilerini göz önünde bulundurarak toplumu koruyan gerekli yasal düzenlemeleri yapmakla yükümlüdür. RES kurulumunun yaratacağı çevresel değişikliğin çevre ve insan sağlığı açısından bir risk potansiyeli taşıdığı, etkilerinin çok uzun yıllar sonra dahi görülebileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Uyku Kalitesi, Rüzgar Enerji Santralleri, Yenilenebilir Enerji, Çevresel Gürültü, Gürültü Rahatsızlığı

Kaynaklar

1. Ellenbogen JM, Grace S, Heiger-Bernays WJ. Wind Turbine Health Impact Study: Report of Independent Expert Panel [Internet]. Vol. 2, Massachusetts Department of Environmental Protection Massachusetts Department of Public Health. 2012. Available from: http://www.jstor.org/stable/2807995?origin=crossref%0Ahttp://www.chathamhouse.org/sites/files/chathamhouse/public/Research/Energy, Environment and Development/bp0312_preston.pdf
2. Kurpas D, Mroczek B, Karakiewicz B, Kassalik K, Andrzejewski W. Health impact of wind farms. *Ann Agric Environ Med* [Internet]. 2013;20(3):595–604. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24069872%5Cnhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=medl&AN=24069872> <http://digitaal.uba.uva.nl:9003/uva-linker?sid=OVID:medline&id=pmid:24069872&id=doi:&issn=1232-1966&isbn=&volume=20&issue=>
3. Shepherd D, McBride D, Welch D, Dirks KN, Hill EM. Evaluating the impact of wind turbine noise on health-related quality of life. 2011;
4. Michaud DS, Feder K, Keith SE et al. Exposure to wind turbine noise: Perceptual responses and reported health effects. *J Acoust Soc Am* [Internet]. 2016;139(3):1443–54.
5. Pedersen E, Bakker R, Bouma J. Response to noise from modern wind farms in The Netherlands. 2014;
6. Klæboe R, Sundfjør HB. Windmill noise annoyance, visual aesthetics, and attitudes towards renewable energy sources. *Int J Environ Res Public Health*. 2016;13(8):1–19.
7. Magari SR, Smith CE, Rohr AC. Evaluation of community response to wind turbine-related noise in Western New York State. 2014;16(71):228–39.
8. Kageyama T, Yano T, Kuwano S, Tach H. Exposure-response relationship of wind turbine noise with self-reported symptoms of sleep and health problems : A nationwide socioacoustic survey in Japan. *Noise Heal*. 2016;18(81):53–61.
9. Michael A Nissenbaum, Jeffery J Aramini CDH. Effects of industrial wind turbine noise on sleep and health. *Noise Health* [Internet]. 2012;14(60):237–43.
10. Jalali L, Bigelow P, Nezhad-Ahmadi M-R, Gohari M, Williams D, McColl S. Before–after field study of effects of wind turbine noise on polysomnographic sleep parameters. *Noise Health* [Internet]. 2016;18(83):194.

Tam Metin Sözlü Bildiri

11. Paller C. *Exploring the Association between Proximity to Industrial Wind Turbines and Self-Reported Health Outcomes in Ontario, Canada*, 2014
12. Michaud DS, Feder K, Keith SE et al. *Effects of Wind Turbine Noise on Self-Reported and Objective Measures of Sleep*. 2018;39(1).
13. Schmidt JH, Klokke M. *Health effects related to wind turbine noise exposure: A systematic review*. PLoS One. 2014;9(12):1–28.
14. Crichton F, Dodd G, Schmid G, Gamble G, Petrie KJ. *Can Expectations Produce Symptoms From Infrasound Associated With Wind Turbines ?* 2014;33(4):360–4.
15. Van den Berg F, Pedersen E, Bouma J, Bakker R. *Visual and acoustic impact of wind turbine farms on residents*. Noise. 2008;
16. Mroczek B, Banaś J, Machowska-Szewczyk M, Kurpas D. *Evaluation of quality of life of those living near a wind farm*. Int J Environ Res Public Health. 2015;12(6):6066–83.
17. Crichton F, Dodd G, Schmid G, Gamble G, Petrie KJ. *Can expectations produce symptoms from infrasound associated with wind turbines?* Heal Psychol. 2014;33(4):360–4.
18. *The council of Canadian Academies. Understanding the evidence: Wind Turbine Noise: The Expert Panel on Wind Turbine Noise and Human Health*. 2014.
19. TUREB. *Türkiye Rüzgar Enerjisi İstatistik Raporu Ocak 2020 [Internet]*. 2020.
20. WHO Regional Office for Europe. *WHO Technical Meeting on Sleep and Health*. Bonn; 2004.
21. Ağargün MY, Kara H AÖ. *Pittsburgh uyku kalitesi indeksi'nin geçerliliği ve güvenilirliği*. Türk Psikiyatr Derg 1. 1996;7:107–15.
22. Pawlaczyk-Luszczynska M, Dudarewicz A, Zaborowski K, Zamojska-Daniszevska M, Waszkowska M. *Evaluation of annoyance from the wind turbine noise: A pilot study*. Int J Occup Med Environ Health. 2014;27(3):364–88.
23. Daniel Shepherd, David McBride, David Welch, Kim N Dirks. *Evaluating the impact of wind turbine noise on health-related quality of life*. Vol. 13, Noise and Health. 2011. p. 333–9.
24. Blanes-Vidal V, Schwartz J. *Wind turbines and idiopathic symptoms: The confounding effect of concurrent environmental exposures*. Neurotoxicol Teratol [Internet]. 2016;55:50–7.
25. Michaud DS, Feder K, Keith SE et al. *Effects of Wind Turbine Noise on Self-Reported and Objective Measures of Sleep*. Sleep [Internet]. 2016;39(01):97–109. erişim: <https://academic.oup.com/sleep/article-lookup/doi/10.5665/sleep.5326>
26. NSF Sleep in America Poll – *Adult Sleep Habits and Styles*. Sleep Heal J Natl Sleep Found. 2005;Volume 1,(2).
27. Claudio N. Soares BJM. *Sleep Disorders in Women: Clinical Evidence and Treatment Strategies*. Psychiatr Clin North Am. 2006;29(4):1095–113.
28. Michaud DS, Feder K, Keith SE et al. *Self-reported and measured stress related responses associated with exposure to wind turbine noise*. J Acoust Soc Am [Internet]. 2016;139(3):1467–79.
29. Şengül Ş, Uysal H. *Atrial Fibrilasyon Tanısı Olan Hastalarda Obstrüktif Uyku Apnesi ve Uyku Kalitesinin Belirlenmesi*. 2019;10(March 2018):50–8.
30. Roepke SK, Ancoli-israel S. *Sleep disorders in the elderly*. 2010;(February):302–10.
31. Gürses C. *Uyku Bozuklukları [Internet]*. [6 Kasım 2019]. erişim: <http://www.itfnoroloji.org/uyku/uyku.htm>
32. Aktaş H., Şaşmaz C.T., Kılınçer A. et al. *Yetişkinlerde fiziksel aktivite düzeyi ve uyku kalitesi ile ilişkili faktörlerin araştırılması*. Mersin Üniv Sağlık Bilim Derg. 2015;8(2).
33. Halperin D. *Environmental noise and sleep disturbances: A threat to health?* Vol. 7, Sleep Science. 2014. p. 209–12.
34. Pierpont N. *Wind turbine syndrome: A report on a natural experiment*. Santa FE, NM: K-Selected Books; 2009.
35. Krogh C, Gillis L, Kouwen N, Aramini J. *WindVOiCe; a self-reporting survey: adverse health effects, industrial wind turbines, and the need for vigilance monitoring*. Bull Sci Tech Soc. 2011;31:334–345.
36. Lane J. *Association Between Industrial Wind Turbine Noise and Sleep Quality in a Comparison Sample of Rural Ontarians [Internet]*. University of Waterloo, Canada; 2013.

Tam Metin Sözlü Bildiri

37. Jalali L, Nezhad-ahmadi M, Gohari M, Bigelow P, Mccoll S. *The impact of psychological factors on self-reported sleep disturbance among people living in the vicinity of wind turbines. Environ Res [Internet]. 2016;148:401–10.*
38. Pedersen E, Hallberg L, Waye KP. *Qualitative Research in Psychology Living in the Vicinity of Wind Turbines — A Grounded Theory Study. Qual Res Psychol. 2007;4(1–2):49–63.*
39. Bakker RH, Pedersen E, van den Berg GP, Stewart RE, Lok W, Bouma J. *Impact of wind turbine sound on annoyance, self-reported sleep disturbance and psychological distress. Sci Total Environ [Internet]. 2012;425:42–51.*
40. Pedersen E, Persson Waye K. *Perception and annoyance due to wind turbine noise—a dose–response relationship. J Acoust Soc Am [Internet]. 2004;116(6):3460–70.*
41. Kuwano S, Yano T, Kageyama T, Sueoka S TH. *Social survey on community response to wind turbine noise. September 201. In: INTER-NOISE and NOISE-Congress and Conference Proceedings. Innsbruck, Austria: 42nd International Congress and Exposition on Noise Control Engineering 2013; 2013. p. 3362–3371.*
42. Pedersen E. *Health aspects associated with wind turbine noise-Results from three field studies. Noise Control Eng J. 2011;59(1):47–53.*

Özet Sözlü Bildiri

S03

**HAVA KALİTESİ İZLEME AĞI ANKARA İSTASYONLARININ 2021 VE 2022 YILLARI
ÖLÇÜM VERİLERİNİN İNCELENMESİ**

Sevilcan Başak ÜNAL¹, Cavit Işık YAVUZ²

¹Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Türkiye

²Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

Giriş-Amaç: Hava kirliliği, her yıl 7 milyon erken ölüme neden olmaktadır ve bu ölümlerin 4,2 milyonu dış ortam hava kirliliği kaynaklıdır. Dış ortam hava kirliliği, kentsel bölgelerde en önemli sağlık sorunlarından biridir. Hava kalitesi, bazı hava kirleticilerinin ölçümleriyle izlenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü kılavuzlarında ve mevzuatımızda hava kirletici parametreler için sınır değerler belirlenmiştir. Ankara ilinde hava kirliliği kalabalık nüfus, yoğun trafik ağı, sanayileşme ve hızlı kentleşme gibi nedenlerle giderek ağırlaşan bir çevre ve sağlık sorunudur. Bu çalışmada, Ankara ilinin hava kalitesi ölçüm verilerinin yeterliliğinin ve sınır değerlere uygunluğunun değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Araştırma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Hava kirliliği ölçüm verilerine Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı Ulusal Hava Kalitesi İzleme Ağı web sayfasından ulaşılmıştır. Bu web sayfasından yer alan kamuya açık veri tabanından 09.10.2022 tarihinde Ankara ilindeki 18 ölçüm istasyonuna ait, 1 Ocak 2021-31 Aralık 2021 ve 1 Ocak 2022-31 Ağustos 2022 tarihleri arasındaki PM10, PM2.5, SO2, NO2, NOx, CO ve O3 kirleticilerinin 24 saatlik ortalama ölçüm sonuçlarına ulaşılmıştır. Sonuçlar hem mevzuat sınır değerleriyle karşılaştırılmış hem de DSÖ'nün istasyon veri kalitesi kriterine göre (bir yılın günlerinin %75 veya %90 ve daha fazlasında veri kaydedilen istasyonlar) değerlendirilmiştir. Veriler Microsoft Excel ve SPSS 25.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Analizlerde merkezi dağılım ölçütleri (ortalama) ve yaygınlık ölçütleri (standart sapma, minimum maksimum değer) kullanılmıştır. Veriler kamuya açık olduğundan herhangi bir etik kurul onayına gerek bulunmamaktadır. Çalışma için bir finansal destek alınmamıştır ve çıkar çatışması yoktur.

Bulgular: Ankara ilinde 2021 yılında 17 istasyonda PM10, 11 istasyonda PM2.5, 16 istasyonda SO2, 15 istasyonda NO2 ve NOx, 9 istasyonda CO, 8 istasyonda O3 kirleticisi ölçüm verileri bulunmaktadır. Yılın günlerinin en az %90'ında ölçüm yapma hedefine 17 PM10 istasyonundan altısında, 11 PM2.5 istasyonunun birinde, 16 SO2 istasyonunun beşinde, 15 NO2 ve NOx istasyonunun dördünde, 9 CO istasyonunun ikisinde ulaşılmıştır. O3 için %90 ölçüm hedefine ulaşılmamıştır. Yüzde 75 hedefi için bu sayılar sırasıyla üç, beş, iki, iki, birdir, O3 için ise üç istasyon %75 ölçüm hedefine ulaşmıştır. Yeterli PM10 ölçümü bulunan dokuz istasyonun sekizinin yıllık ortalama değeri DSÖ sınır değerinin üzerindedir (en düşük 26,25 µg/m³, en yüksek 99,64 µg/m³) ve dört istasyonda yıllık ortalama ulusal sınır değeri aşılmıştır. PM10 ölçümü yapılan istasyonlarda DSÖ 24 saatlik sınır değeri aşılın gün sayısı 2 gün ve 218 gün arasında, 24 saatlik ulusal sınır değeri aşılın gün sayısı 1 gün ve 205 gün arasında değişmiştir. Yeterli PM2.5 ölçümü yapılan altı istasyonun hepsinde yıllık ortalama PM2.5 değeri DSÖ sınır değerinin üzerindedir (en düşük 13,05 µg/m³, en yüksek 44,22 µg/m³). PM2.5 ölçümü yapılan istasyonlarda 24 saatlik DSÖ sınır değeri aşılın gün sayısı 20 gün ve 202 gün arasında değişmiştir. Yeterli SO2 ölçümü yapılan istasyonların birinde yıllık ortalama ulusal sınır değeri aşılmıştır. Yeterli NO2 ölçümü bulunan istasyonların beş tanesinde DSÖ yıllık ortalama sınır değeri ve yıllık ulusal sınır değeri aşılmıştır (en düşük 40,62 µg/m³, en yüksek 62,39 µg/m³). NO2 ölçümü yapılan istasyonlarda DSÖ 24 saatlik sınır değeri aşılın gün sayısı 1 gün ve 321 gün arasında değişmiştir. Ankara'da 2022 yılının ilk sekiz ayında 17 istasyonda PM10, 12 istasyonda PM2.5, 16 istasyonda SO2, 15 istasyonda NO2 ve NOx, 8 istasyonda CO ve 8 istasyonda O3 kirleticisi ölçüm verileri bulunmaktadır. 2022 yılının ilk sekiz ayının günlerinde (n=243), 24 saatlik PM10 ölçüm değeri DSÖ sınır değeri aşılın gün sayısı 10 gün ve 120 gün arasında, ulusal sınır değeri

Özet Sözlü Bildiri

aşılan gün sayısı 8 gün ve 110 gün arasında değişmiştir; PM2.5 ölçümü yapılan istasyonlarda DSÖ 24 saatlik sınır değeri aşılan gün sayısı 50 gün ve 115 gün arasında değişmiştir. NO2 için 24 saatlik DSÖ sınır değerinin aşıldığı gün sayısı 1 ve 239 gün arasında değişmiştir.

Sonuç: Ankara ilinde hava kirleticileri ölçümü yapılan 18 istasyonun çoğunluğunda ölçüm verileri yeterli değildir. Yeterli ölçüm verisi bulunan istasyonlarda yıllık ve 24 saatlik DSÖ ve ulusal sınır değerlerinin aşıldığı görülmektedir. Hava kirliliğinin olumsuz sağlık etkilerinin önlenmesi için kirlenici parametre ölçümlerindeki yetersizliklerin giderilmesi ve şehirlerde sınır değerlerinin altında hava kalitesinin sağlanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: hava kirliliği, ölçüm, Hava Kalitesi izleme Ağı, Ankara

Özet Sözlü Bildiri

S04

İSTANBUL İLİNDE PM10 VE PM2.5 DÜZEYLERİNİN POSTNEONATAL VE OTUZ YAŞ ÜSTÜ DOĞAL ÖLÜM HIZI ÜZERİNE ETKİSİ

Sümeyye Nur AYDIN, Uğurcan SAYILI

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

Giriş ve Amaç: Hava kirliliği, insan ve çevre sağlığı üzerine etkileri bilinen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu çalışmanın amacı İstanbul ilinde PM10 ve PM2.5 düzeylerinin postneonatal ve otuz yaş üstü doğal ölüm hızı üzerine etkisini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Bu kesitsel tipte çalışmada 2019 yılına ait hava kalite verileri Ulusal Hava Kalite İzleme Ağından; nüfus ve ölüm verileri Türkiye İstatistik Kurumu'ndan elde edildi. Veriler Microsoft Office Excel 2016 ve AIRQ+ programı yardımıyla analiz edildi. İstanbul iline ait PM 10 ve PM2.5 düzeyleri; İstanbul Hava Kalitesi İzleme İstasyonlarından erişime açık olarak sunulan, 01.01.2019-31.12.2019 tarihleri arasındaki günlük PM 10 ve PM2.5 ölçümlerinin ortalaması alınarak hesaplandı. İstanbul'da PM10 ve PM2.5 düzeylerinin postneonatal ve otuz yaş üstü doğal ölüm hızı üzerine etkisi AIRQ+ programı kullanılarak hesaplandı. Dünya Sağlık Örgütü/Avrupa'nın yazılım aracı olan AirQ+ programı, yaşam beklentisindeki azalmaya ilişkin tahminler de dahil olmak üzere, hava kirliliğine maruz kalmanın sağlık etkilerinin nicelleştirilmesine izin veren hesaplamaları gerçekleştirmektedir. Yazılımda kullanılan dış ortam hava kirliliğinin sağlık etkileri hakkındaki temel bilimsel bulguların kaynakları esas olarak Batı Avrupa ve Kuzey Amerika'da yapılan çalışmalardır. Engellenecek ölümler sayı, yüzde (%95 Güven aralığı) ile ifade edildi. Çalışmamızda Ulusal Hava Kalite İzleme Ağı ve Türkiye İstatistik Kurumu tarafından sunulan ve halka açık olarak erişilebilen veriler kullanılmıştır. Bu nedenle etik kurul izni alınmamıştır.

Bulgular: İstanbul ilinin 2019 nüfusu 15.519.267, 30 yaş üstü nüfusun mortalite hızı 621,7(yüzbinde), postneonatal ölüm hızı 2,5 (bin canlı doğumda) olarak belirlendi. Başakşehir, Esenyurt, Kağıthane, Kandilli, Mecidiyeköy, Silivri, Sultanbeyli, Sultangazi, Şile, Şirinevler, Ümraniye, Üsküdar MTHM (Marmara Temiz Hava Merkezi Müdürlüğü) İstanbul Hava Kalitesi İzleme İstasyonlarından elde edilen verilere göre 2019 yılında İstanbul ilinde PM2.5 değeri 19,75 µg/m³ PM10 değeri 41,17 µg/m³ olarak tespit edildi.

İstanbul ilinde 2019 yılında PM10 değeri 41,17 µg/m³ olarak tespit edildi. İstanbul'da PM10 değeri Türkiye ve Avrupa Birliği mevzuatı sınır değeri olan 40 µg/m³'e indirilmiş olsaydı 2 (1-4) postneonatal bebek ölümünün engellenebileceği; postneonatal bebek ölümlerinin %0,46 (%0,23-%0,79)'sının PM10'a atfedildiği bulundu. PM10 değeri Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği sınır değer olan 20 µg/m³'e indirilmiş olsaydı 41(21-69) postneonatal bebek ölümünün engellenebileceği; postneonatal bebek ölümlerinin %7,97 (%4,11-%13,34)'sinin PM10'a atfedildiği bulundu.

İstanbul ilinde 2019 yılında PM2.5 değeri 19,75 µg/m³ olarak tespit edildi. Türkiye'de PM2.5 ile ilgili bir mevzuat bulunmamasıyla birlikte Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği sınır değer olan 10 µg/m³'e indirilmiş olsaydı 3423 (2254-4494) 30 yaş üstü doğal ölümün engellenebileceği; 30 yaş üstü doğal ölüm hızının %5,7 (%3,7-%7,4)'sinin PM2.5'a atfedildiği bulundu.

Sonuç ve Öneriler: İstanbul ilinde PM10 sınır değeri Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa Birliği ve Türkiye mevzuatlarının önerdiği sınır değerinin üzerindedir. İstanbul ilinde PM2.5 sınır değeri Dünya Sağlık Örgütü mevzuatlarının önerdiği sınır değerinin üzerindedir. Hava kirliliğine bağlı postneonatal ve 30 yaş üstü ölümler görülmektedir. Hava kirliliği parametrelerin izlenerek sınır değerlerin altına düşürülmesi halk sağlığı açısından önem taşımaktadır. Çalışmamızda herhangi bir çıkar çatışması yoktur. Çalışma için finansal destek alınmamıştır.

Anahtar kelimeler: Hava Kirliliği, PM10, PM2.5, Ölüm, AIRQ+

Özet Sözlü Bildiri

S05

THE EFFECT OF NOISE, ILLUMINATION, AND ELECTROMAGNETIC FIELD EXPOSURE ON THE NEURODEVELOPMENT OF NEWBORNS IN A NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL

Habibe ER¹, Sinan TÜFEKÇİ², Hale ARIK TAŞYIKAN³

¹Yeditepe Üniversitesi, Türkiye

²Namık Kemal University, Türkiye

³Yeditepe Üniversitesi, Türkiye

Introduction and Aim: Prematurity is a major cause of neonatal morbidity, mortality, retinopathy of prematurity (ROP), and hearing loss (HL), and the incidence of preterm birth is estimated to be approximately 10%, worldwide. This study mainly aimed to conduct an intervention to reduce the environmental stress factors of the neonatal intensive care unit (NICU) and to examine the effect of the intervention on the neurodevelopment of preterm infants. The secondary aim is to confirm occupational hygiene and safety standards of the neonatal intensive care unit.

Material and Methods: The ethical approval of this randomized-controlled intervention study was obtained from Namık Kemal University, School of Medicine, Clinical Research Ethics Committee (No: E-46048792.050.01.04-57101).

The NICU was first visited on September 15, 2021. Initial measurements of extremely low-frequency fields (ELF-EMF), noise, and illumination were analyzed by an authorized engineer. There were 12 incubators in NICU, 6 of them were insulated with special materials to prevent exposure to light, noise, and ELF-EMF. An estimated minimum total sample size of 60 was calculated with a 0.4 effect size, 0.05 type I error, and 95% power. The study was carried out with a total of 62 newborns, including 31 in the intervention group and 31 in the control group.

Inclusion criteria were neonates with gestational age between 25 and 37 weeks; medically stable for 24–72 hours and with signed informed consent forms from legal guardians. Exclusion criteria were neonates who had congenital anomalies and hospitalization duration of fewer than 5 days.

Participants were divided into intervention and control groups by Urn (α , β) randomization method. A staff nurse, who was not included in the study, put two balls (one yellow and the other purple; representing intervention and control groups) in a black bag and decided the groups of the newborns. The newborns assigned to the intervention group were put in insulated incubators.

The data was collected between 27 November 2021 and 28 September 2022, using a questionnaire including newborn's medical information such as gender, birth weight, gestational week, APGAR score, medical diagnosis, blood gas, and blood test results. ROP and HL data were obtained from the Mother and Child Health Unit of the Directorate of Health. In the statistical analyses, Pearson chi-square test and logistic regression models were performed. SPSS v 25.0 software program was used.

Results: Approximately, 50% of both the intervention (IG) and control groups (CG) were female. The mean gestational age of the newborns was 31.97±3.11 weeks in the IG, whereas it was 30.13±2.95 weeks in CG ($p<0.05$). Birth weight was 1700.32±510.43 and 1901.61±557.10 grams in the intervention and control groups, respectively ($p<0.05$).

At the end of the follow-up period, 2 (6.5%) newborns in the intervention group had ROP, whereas 4 (12.9%) newborns had ROP in the control group ($p<0.001$). In the hearing loss screening, 5 (16.1%) and 7 (22.6%) newborns had a problem in the right ear in the IG and CG, respectively ($p<0.05$). In addition, the intervention

Özet Sözlü Bildiri

group demonstrated higher scores for optimal reflexes and quality of movements compared to controls ($p<0.05$). After the adjustment of the above associations by birth weight and gestational week in logistic regression models, the results did not alter.

Conclusion: Traditional NICU environments, exposure to bright lights, and excessive sound levels have detrimental effects on the development of the newborn brain. The mean noise level in this study was 53 dB, which was high according to the 45 dB noise limit values of the American Academy of Pediatrics, however, it was below according to the limits of the Ministry of Health, which is 55 dB in Turkey. Our study showed that protection against environmental factors such as noise and light in NICU has a significant effect on newborns' health. This study is the first study to address the role of NICU environment conditions in the success of ROP in the neonatal age group. Therefore, further multicenter studies with a longer follow-up should be conducted to examine the effect of different protection methods in different environments.

Financial Support: This research did not receive any special grant from any state, commercial or non-profit funding agency.

Conflict of Interest: None of the authors have conflicts of interest to declare.

Keywords: prematurity, hearing loss, retinopathy, noise, illumination

Özet Sözlü Bildiri

S06

BİR SANAYİ KENTİNDE 2016-2020 YILLARI PM10 DÜZEYLERİNİN SOLUNUM YOLLARI HASTALIKLARI NEDENLİ HASTANE BAŞVURULARINA ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Tuğba DEMİR¹, Hande KONŞUK ÜNLÜ², Cavit Işık YAVUZ¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

²Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Enstitüsü, Türkiye

Giriş ve Amaç: Hava kirliliği günümüzün en önemli halk sağlığı sorunlarından biri olarak önemini sürdürmektedir. Bu çalışmada bir sanayi kentinde 2016-2020 yılları arasındaki PM10 düzeylerinin solunum sistemi hastalıkları nedenli hastane başvurularına etkisi incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma Karabük İli verileri kullanılarak gerçekleştirilen, kayıt tabanlı, gözlemsel ekolojik bir çalışmadır ve çalışmada case crossover tasarımı kullanılmıştır. Çalışmada veri kaynağı olarak hava kirliliği verileri, meteorolojik veriler ve hastane başvuru kayıtları kullanılmıştır. Araştırmanın bağımsız değişkenleri sosyodemografik bazı özellikler (yaş,cinsiyet,hastaneye başvuru tarihi,yaşanılan mahalle),hava kirliliği parametreleri (PM10),meteorolojik veriler(basınç,sıcaklık,nem,rüzgar hızı); bağımlı değişken ise hastane başvurularıdır. Verilerin tümünde il merkezindeki mahalleler esas alınmıştır. Hava kirliliği verileri Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı tarafından yapılan ve Hava Kalitesi İzleme Ağı aracılığıyla kamuya açık bir şekilde paylaşılan verilerden elde edilmiş, meteorolojik veriler, İl Meteoroloji Müdürlüğü'nden alınmıştır. Hastane kayıtları; 2016-2020 yılları arasında Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Dahiliye, Göğüs Hastalıkları, Kardiyoloji poliklinikleri ve Acil Servis ICD-10 tanı kodlarına göre ilgili başvuruları içermektedir. İstatistik analiz hazırlıkları ve analizler Microsoft Excel, R (case-crossover veri tabanının hazırlanması için), Statistical Package for Social Sciences (SPSS) paket programı ver. 23.0 kullanılmıştır. Analizlerde Mann Whitney-u, Kruskal Wallis, Spearman, Conditional Lojistik Regresyon testleri kullanılmıştır. Araştırma kapsamında kullanılan verileri için Karabük İl Sağlık Müdürlüğü Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği ve Karabük Meteoroloji Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır. Araştırmanın yapılması için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (20.06.2021 GO 21/880-Karar No: 2021/13-87) izin alınmıştır.

Bulgular: İlde ölçüm yapan 3 istasyona ait PM10 ve SO₂ düzeylerinin yıllık ortalamaları büyük çoğunlukta limit değerlerin üzerinde bulunmuştur. Araştırmanın ilk bölümünde 8224 hastane başvurusu, ikinci bölüm case crossover yöntem analizinde koşullu lojistik regresyon modeline 7065 başvuru dahil edilmiştir. Hastalıklara göre başvurular ile yaş ve cinsiyet arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Koşullu lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre; 2 günlük periyotta PM10'da 10 µg/m³ artışa maruz kalma ile 5 yıllık toplam Astım ve KOAH başvuruları arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. 2020 pandemi yılı modelden çıkarıldığında, başvuru öncesi 2 günlük dönemde PM10 düzeyinde 10 µg/m³lük artışın KOAH başvurularını 1,22 kat arttırdığı bulunmuştur.

Sonuç: Bu çalışmada pandemi dönemi dışarı başvurular dışarıda bırakıldığında PM10 düzeylerindeki artışın KOAH nedenli başvuruları arttırdığı saptanmıştır. Hava kirliliği sanayi kentlerinde önemli bir sağlık sorunu olarak daha ayrıntılı irdelenmelidir. Araştırmada bazı yıllarda hava kirliliği verilerinde eksiklerin olması,hava kirliliği parametrelerinin sabit ölçüm istasyonlarından alınarak analize dahil edilmesi,ilde hava kirliliği parametrelerinin DSÖ ve ulusal limitlerin çoğunlukla üzerinde olması nedeniyle araştırmada tehlike ve kontrol dönemlerinde maruz kalımın neredeyse benzer olması araştırmanın bazı kısıtlılıklarıdır. Araştırmaya pandemi yılının dahil edilmesi yapılan analizlerle de sonucun etkilendiğini göstermektedir. Pandemiye değişen koşullar nedeniyle etkilenen başvurular ve hava kirliliği parametreleri sonucu etkileyen faktörlerdendir. Araştırmada kullanılan case crossover tasarımı kayıt tabanlı bir tasarımdır ve veri kayıtlarının

Özet Sözlü Bildiri

düzenli tutulduğu gelişmiş ülkelerde, dizaynın en büyük avantajlarından biri olan kontrol grubu için karıştırıcı faktörlerin sınırlandırılması nedeniyle tasarıma uygun hastalıklarda vaka kontrol çalışmaları gibi yöntemlerin yerini almaktadır. Araştırmayı sınırlayan en büyük etken, ülkemizde veri kayıtlarında bir standardın olmaması ve kayıtların eksik olmasıdır.

Çalışmada finansal bir destek alınmamıştır. Yazarlar çıkar çatışmaları olmadığını beyan ederler.

Anahtar Kelimeler: Hava kirliliği, Astım, KOAH, Case-crossover, Hastane başvuruları

Özet Sözlü Bildiri

S07

**EVSEL ATIK YAĞLARIN BERTARAFI İLE İLGİLİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLAR:
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ÖRNEĞİ**

Şeyda TOK¹, Neşe AŞICI², Fulya AKTAN KİBAR³, Selin TUNALI ÇOKLUK⁴, Zeynep DEVRAN MUHARREMOĞLU³,
İsmail ONUR⁴, Enes Ahmet GÜVEN⁵, Aziz ÖĞÜTLÜ⁴

¹Hendek İlçe Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

²Adapazarı İlçe Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

³Serdivan İlçe Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

⁴Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

⁵Erenler İlçe Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

Giriş-Amaç: Bitkisel atık yağların geri dönüşüme uğramadan atılması çöp depolama alanında yangınların çıkmasına, yeraltı sularının kirlenmesine, suda yaşayan canlıların ölmesine aynı zamanda da deniz kirliliğinin artmasına sebep olur. Bir litre atık yağ bir milyon litre suyu kirletmektedir. Bu çalışmada amaç, evsel bitkisel atık yağların, çevreye olan zararlı etkileri hakkında Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü çalışanlarının bilgi düzeyini, evsel bitkisel atık yağların güvenli bir şekilde bertarafı ile ilgili tutum ve davranışlarını ortaya koymaktır.

Gereç-Yöntem: Kesitsel tipteki araştırma Mart-Temmuz 2022 tarihleri arasında Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü'nde aktif çalışan ve yönetici olmayan toplam toplam 318 kişiden 261'ine (% 82,07) ulaşılarak yapılmıştır. Katılmayan 57 kişinin meslek grupları dağılımı homojendir. Bu nedenle sınırlılık olarak görülmemiştir. Anket sosyo-demografik soru formu, evsel atık yağ ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları sorgulayan soruların olduğu üç bölümden oluşmuştur. Verinin değerlendirilmesinde SPSS programı kullanılıp değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler; sayı, yüzde, minimum-maksimum değer, ortalama, standart sapma ve ortanca ile ifade edilmiş olup; iki grup arası niceliksel verinin değerlendirilmesinde Mann-Whitney U Testi, kategorik verinin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmıştır. Anlamlılık p<0,05 düzeyinde değerlendirilmiştir. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulundan 04.03.2022 tarih ve 49 sayılı etik izni alınmıştır. Çalışmada herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır ve çalışmanın herhangi bir finansal kaynağı yoktur.

Bulgular: Araştırmaya 148 (%56,7) kadın, 113 (%43,3) erkek olmak üzere toplam 261 kişi katıldı. Katılımcıların 140'ı (%53,6) sağlık personeli sınıfında (doktor, diş hekimi, eczacı, diyetisyen, psikolog, hemşire, ebe, tıbbi sekreter) iken 121'i (%46,4) diğer hizmet sınıfında (mühendis, bilgisayar teknikeri, veri hazırlama ve kontrol işletmeni, şoför, temizlik personel vb.) görev yapmaktaydı. Katılımcıların yaş ortalaması 39,81±8,91 yılı ve 200'ü (%76,6) evliydi. 210 (%80,5) kişinin eğitim düzeyi üniversite veya üzeri ve 183'ünün (%70,1) geliri 5500-10.000 TL arasındaydı. Kızartmayla ilgili sorulara verilen cevaplara baktığımızda; 24 kişi (%9,2) hiç kızartma yapmadığını söylerken kızartma yapan toplam 237 kişinin 62'si (%26,2) aynı yağı tekrar kullanmadığını, 118'i (%49,8) 2 defa kullandığını belirtti. Kişilerin evde yemek yaparken kullandıkları toplam yağ miktarı aylık minimum 0 - maksimum 7 lt. idi. Evdeki atık yağların nasıl bertaraf edildiği sorusuna 16 (%6,1) kişi hiç atık yağının olmadığını belirtirken; 117 (%44,8) kişi çöpe atarak, 35 (%13,4) kişi lavaboya dökerek, 8 (%3,1) kişi toprağa dökerek ve 85 (%32,6) kişi geri dönüşüme götürerek bertaraf ettiğini belirtti. Çöpe, lavaboya ve toprağa döken toplam 160 (%61,3) kişinin atık yağlarını geri dönüşüme vermemesindeki en sık neden 'Evde biriktirdiğim yağların geri dönüşüme nasıl verileceğini bilmiyorum' (64 kişi, %40,0) ifadesiydi. 72 (%27,6) kişi atık yağ toplanma noktalarını bilmekteyken, 189 (%72,4) kişi bilmemekteydi. Toplama noktalarını bilen 72 kişinin 60'ı (%83,3) yağları geri dönüşüme atarken, 12'si (%16,7) çöpe, lavaboya, toprağa dökmekteydi. Sağlık çalışanı olan ve olmayanların bertaraf yöntemleri arasında anlamlı fark vardı (p=0,006), sağlık çalışanlarının %42,6'sı, sağlık çalışanı olmayanların %25,9'u atık yağını toplanma noktasına götürmekteydi. Bilgi düzeyini

Özet Sözlü Bildiri

ölçen 23 ifadenin tamamını 253 (%96,9) kişi cevapladı. Hepsini doğru cevaplayanın olmadığı araştırmada ifadelerden minimum 6-maksimum 22 ifade doğru bilinmiş olup ortanca değeri 13'tü. İfadelerin 13'ünden daha azına doğru cevap verenlerin bilgi düzeyi düşük, 13 ve daha fazla doğru cevap verenlerin bilgi düzeyi yüksek olarak değerlendirildiğinde, 84 (%32,2) kişinin bilgi düzeyi düşük, 169 (%64,8) kişinin ise yüksekti. Kadınlarla erkekler arasında bilgi düzeyi açısından anlamlı fark yoktu ($p=0,89$).

Sonuç ve Öneriler: Bu çalışma ile sosyo-kültürel düzeyi yüksek olan İl Sağlık Müdürlüğü çalışanlarının bile evsel atık yağlarla ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının yeterli düzeyde olmadığı tespit edilmiştir. Mevcut olan kurum içi eğitimlerde konu ile ilgili eğitimlerin artırılmasıyla bu düzeyi artırmak; "atık yağ yoktur, kullanılmış yağ vardır" düşüncesini aşmak, atık yağların insanlara ve çevreye zarar vermeden ülke ekonomisine katkı sağlamasına aracılık edebilir. Ayrıca Belediyeler topladıkları atık yağlara belli bir ücret ödeyerek hem kişilerin geri dönüşüm oranlarını artırabilir, hem de yağ ücretlerinin yüksek olduğu gerçeğini göz önünde bulundurarak insanlara maddi katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Evsel atık, çevre, bitkisel atık yağ

Özet Sözlü Bildiri

S08

HEMŞİRELERİN ÇEVRE OKURYAZARLIĞI VE ÇEVRE DUYARLILIK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Fatma CEYLAN ÇIRAY¹, Nurbanu ODACI², Bilge KALANLAR³

¹Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Türkiye

²Lokman Hekim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Türkiye

³Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Türkiye

Giriş ve Amaç: İklim değişikliği, tüm yaş gruplarının sağlığını etkilemekte, ülkeler arasında var olan sağlık eşitsizliğini derinleştirmekte ve halk sağlığını tehdit etmektedir. Değişen iklim ve çevre koşulları; gıda ve su güvensizliğine, bulaşıcı hastalık oranlarının artmasına, kanser, solunum ve kalp hastalıkları gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların artmasına, sel, kuraklık, yangın, kasırga, şiddetli fırtınalar gibi aşırı hava olaylarına neden olmaktadır.

Hemşireler çevresel riskler hakkında farkındalık yaratmak, halkı eğitmek ve çevreyle ilgili sağlık sorunlarını ele almak için önemli bir kaynaktır. Hemşirelerin çevre, çevre sağlığı ve iklim değişikliği konusundaki sorumlulukları nedeniyle çevre farkındalıkları, tutumları, duyarlılıkları ve davranışlarının ortaya çıkarılması önemlidir. Bu çalışma, hemşirelerin çevre okuryazarlık ve çevre duyarlılık düzeylerini belirlemeyi amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel ve ilişki arayıcı tipteki bu araştırma, 10 Ekim 2022 ve 25 Ekim 2022 tarihleri arasında Ankara'da bulunan bir üniversite hastanesinde yürütülmüştür. Çalışmanın evrenini, hastanede çalışan 940 hemşire oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü, 272 olarak hesaplanmıştır (%95 güven aralığı ve $\alpha=0.05$). Çalışma, çalışmayı kabul eden 272 hemşire ile yürütülmüştür. Çalışma için etik kurul izni (kod no.2022138), kurum izni ve hemşirelerden aydınlatılmış onam alınmıştır. Araştırmada herhangi bir finansal destek ve çıkar çatışması bulunmamaktadır. Verilerin toplanmasında, araştırmacılar tarafından hazırlanan "Sosyo-demografik Özellikler Anketi" ve "Yetişkinler İçin Çevre Okuryazarlığı Ölçeği" ve "Çevre Duyarlılığı Ölçeği" kullanılmıştır. Veriler yüz yüze anket yoluyla toplanmış ve SPSS 29.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler ve sayısal değişkenler için sayı ve yüzdeler, ortalama ve standart sapma, minimum ve maksimum değerleri verilmiş ve normal dağılıma uygunluk Kolmogrov Simirov ve histogram grafik yöntemi kullanılmış, Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testleri ve korelasyonu değerlendirilmesinde Spearman analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan hemşirelerin %88,6'i halk sağlığı hemşireliği dersi dışında çevre ile ilgili bir ders almamış ve %94,9'u herhangi bir çevre organizasyonuna katılmamıştır. "Çevre ile ilgili eğitim almak ister misiniz?" sorusunu hemşirelerin yarısından fazlası "Evet" olarak yanıtlamıştır. Hemşirelerin çevre okuryazarlık ortalama puanı yüksek bulunmuştur (74-100 puan arası). Düşük düzeyde (20-46 puan arası) çevre okuryazarlık düzeyine sahip hemşire bulunmamıştır. Çalışmaya katılan hemşirelerin çevre duyarlılığı ortalaması yüksek bulunmuştur. Cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalıştığı birim, üniversitede halk sağlığı hemşireliği dışında başka bir çevre sağlığı dersi alma gibi bağımsız değişkenlerin çevre okuryazarlığı ve duyarlılığı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığı ($p>0,05$) ve bir çevre organizasyonuna katılan ve çevre ile ilgili eğitim almak isteyenlerin anlamlı olarak daha yüksek çevre okuryazarlığı ve duyarlılığı puanını sahip olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Çevre okuryazarlığı ve duyarlılığı arasında anlamlı ve kuvvetli korelasyon olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Çalışma sonucunda hemşireler arasında çevre okuryazarlık düzeyinin ve çevre duyarlılığı ortalamasının yüksek düzeyde olduğu ve çevre okuryazarlığı ve çevre duyarlılığı arasında kuvvetli korelasyon bulunmuştur.

Hemşirelerin çoğunluğu halk sağlığı hemşireliği dışında çevre sağlığı ile ilgili herhangi bir ders almamıştır. Ayrıca hemşirelerin önemli bir bölümü çevre ile ilgili eğitim almak istediklerini bildirmişlerdir. Çevre eğitiminin birincil hedefi olan çevre okuryazarlığıdır. Çevre okuryazarlığının geliştirilmesi, günümüzde karşılaştığımız çevresel sorunlarla başa çıkmak için önemli bir stratejidir. Bu nedenle hastanelerde çalışan hemşirelere hizmet içi eğitim olarak çevre sağlığı eğitiminin planlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çevre duyarlılığı, Çevre okuryazarlığı, Hemşirelik, iklim

Özet Sözlü Bildiri

S09

GENÇLERİN GÖZÜNDEN KENTLERDE FİZİKSEL AKTİVİTE OLANAKLARI: BİR FOTOSES/ FOTOYÜRÜYÜŞ ÇALIŞMASI

Hilal ÖZCEBE¹, Özge KARADAĞ², Sarp ÜNER³, Nazan YARDIM⁴, Gökçe UĞURLU¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

²Columbia University Earth Institute Center for Sustainable Development

³Lokman Hekim Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

⁴T. C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Sağlıklı Beslenme ve Hareket Hayat Dairesi Başkanlığı

Giriş ve Amaç: Kentsel tasarımlar, kentlilerin yaşam tarzının temel belirleyicilerinden birisidir. Kentsel tasarımların fiziksel aktiviteleri ve hareketli yaşamı desteklenmesi beklenmektedir. Toplumun her kesiminin kentsel yapıyla olan uyumu ve beklentileri farklılaşmaktadır. Bu çalışma, kentsel yapılanmanın toplum içindeki en dinamik yaş gruplarından birisi olan gençlerin fiziksel aktivite davranışlarına olan etkisi, gençlerin kentsel yapılanmanın fiziksel aktiviteyi engelleyen ve kolaylaştıran etmenler konusundaki görüşlerini öğrenmek amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Fotoses/fotoyürüyüş yöntemi kullanılarak yapılan bu niteliksel çalışma Ankara ilinde farklı mahallelerde yaşayan 21 genç ile 23 Mayıs-10 Ağustos 2021 tarihleri arasında yürütülmüştür. Gençlere, araştırmacıların farklı mahallelerden tanıdıkları aracılığıyla ulaşılmıştır. Yapılan ilk görüşmede araştırmanın amacı ve yöntemi anlatılan gençlere fotoğraf çekimi sırasında uyulması gereken etik kurullarla ilgili bilgi verilmiştir. Gençlerin 10 gün içinde kendi yaşam alanlarında fiziksel aktivite olanaklarını, karşılaştıkları engelleri, kolaylaştırıcıları fotoğraflamaları ve çektikleri fotoğrafların öykülerini yazmaları istenmiştir. Beş grup halinde gençlerin tüm fotoğraf çekimleri ve öyküleri değerlendirilmiştir. Anlatımlar sırasında ses ve görüntü kaydı alınmış, ses kayıtları yazılı hale çevrilmiş, bir kişi tarafından elle kodlanmıştır, belirlenen temalara göre içerik analizi yapılmıştır. Analiz sonuçları araştırma ekibi tarafından yorumlanmıştır. Araştırma için, Gazi Üniversitesi Etik Komisyonundan (Tarih: 21.10.2018 Sayı: E-77082166-604.01.02-140793) izin alınmıştır. Araştırmacıların çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Bulgular: Fotoses/fotoyürüyüş yöntemi kullanılarak yürütülen çalışmada vurgulanan konular aşağıda sunulmuştur.

Parkların gençler tarafından kullanıldığından ve park kullanımını etkileyen faktörlerden bahsedilmiştir. Parklarda yeşillik alanın yarattığı olumlu duyguları yansıtan fotoğraflar paylaşılmıştır. Gölge alan ve oturacak yerlerin olması olumlu özellikler içinde sayılırken su, tuvalet olanaklarının olmaması ve parkların genel olarak bakım sorunları sınırlılık olarak dile getirilmiştir.

Gençlerin parkları fiziksel aktivite amacıyla kullanmak istedikleri dikkat çekmektedir. Parklarda yürüyüş parkurlarının olmasının fiziksel aktivitelerini artırdığı belirtilmiştir. Spor olanakları olan parkların yaygın olmaması, mesafe; akşam saatlerinde aydınlatmanın yetersiz olması, yürüyüş ve fiziksel aktivite için donanım ve zemin olanaklarının yetersiz olması olumsuz özellikler olarak vurgulanmıştır.

Gençler, spor olanaklarının ulaşılabilirlik sorununu ön plana çıkarmışlardır; ulaşılabilirliği etkileyen faktörler ise tesisin kullanıma belirli zamanlarda açık olması, mesafe ve maddi olanaklar olarak sıralanmıştır. Spor olanaklarının mahallelerde yeterince olmadığı ve belirli semtlerde yoğunlaştığı vurgulanmıştır.

Yaşam alanlarında hareketli yaşam olanakları konusunda en çok “yürüyüş” yapma vurgulanmıştır. Yürüyüş olanakları konusunda dar kaldırımlar, kaldırımlarda direk olması, kaldırıma araç park etmesi, kaldırım yüzeyinin düzgün olmaması fotoğraflanmıştır. Bazı yollarda kaldırım olmamasının yanı sıra yürüme yollarında

Özet Sözlü Bildiri

cam, çivi, kaya gibi atıklar olduğu ve yürüme sırasında risk oluşturduğu belirtilmiştir. Katılımcılar yürümekten hoşlandıkları geniş, ağaçlık kaldırım örnekleri de fotoğraflamıştır.

Gençler, yaşam alanlarında inşaat alanlarını ve atıklarını, boş ve تنها alanların güvensiz olmasını, başıboş köpekleri, çöp toplama alanlarını ve konteyner olmamasını vurgulayan fotoğraflar getirmişlerdir.

Gençlerin kentsel alanda bisiklete ulaşma ve bisiklet yolları açısından eşit olanaklara sahip olmadıkları ifade edilmiştir; ancak bazı belediyelerin bisiklet kullanmayı motive etmek için parklarda akıllı bisiklet uygulamalarından da örnekler verilmiştir.

Araştırma sonuçları Ankara'da yaşayan tüm gençleri ve tüm kenti temsil etmemekte olup, sadece belirli mahallelerde görüşülen 21 gencin görüşünü temsil etmektedir. Araştırma duyurusu farklı kanallardan yapılarak, gönüllü gençlerle çalışılmış; gençlerin veri toplama sırasında kendi görüşlerini tarafsızca yansıtmasını istenmiştir.

Sonuç: Fotoses/fotoyürüyüş yöntemi ile gençlere yönelik bu çalışmada katılımcılar fiziksel aktivite yapabilecekleri temiz, güvenli ve yeşil alanlara gereksinim duyduklarını belirtmişlerdir, gençlerin fiziksel aktivite olanaklarına mesafe ve maddi olarak ulaşılabilirlik açısından zorluk çektiği görülmektedir. Kentsel yaşam alanlarında gençlerin fiziksel aktivite alanları için özellikle spor olanakları olan yeşil alanlara ulaşabilmelerine ve günlük yaşamlarında yürüyüş alanlarının güvenli ve temiz olmasına (uygun kaldırım, park alanları vb.) öncelik verilmesi gerekmektedir.

TÜBİTAK tarafından desteklenen Yaşam Çevrelerinin, Sağlık Göstergeleri ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi: Sağlıklı Kentler için Toplum Katılımlı Bir Model Önerisi projesi kapsamında yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: fiziksel aktivite, genç, fotoses/fotoyürüyüş, kentler

S10

MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI PREVALANSI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN ARAŞTIRILMASI

**Bengü Nehir BUĞDAYCIYALÇIN¹, Derya KALE², Baharnaz EKİCİ², Süleyman POLAT²,
Matin DOLATABADI², İbrahim ÇEVİK², Caferi Tayyar ŞAŞMAZ²**

¹Adıyaman Besni İlçe Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

²Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Türkiye

GİRİŞ

Cep telefonu, dünya genelinde gün geçtikçe kullanan kişi sayısı ve kullanım süresi bakımından yaygınlığı artan teknolojik bir araç haline gelmiştir. Akıllı telefon ise bir bilgisayar tarafından sunulanlara benzer özelliklere sahip olup internet bağlantısı ve uygulamaları çalıştırabilen bir cep telefonu türüdür (1). 2020 yılında yayınlanan Mobil İletişim Sektör Raporu'na göre; Türkiye'de yetişkinlerin %98'i cep telefonu kullanırken, bunların %77.0'ı akıllı telefon kullanmaktadır (2).

Davranış tabanlı bağımlılıklar, fiziksel bir maddeye dayandırılmayan; oyun, bilgisayar, televizyon, akıllı telefon vb. bağımlılıklar ile insan-makine etkileşiminin kurulduğu teknolojik bağımlılıkları kapsamaktadır. Bu bağımlılıklar sadece fiziksel hastalık riski değil, birey üzerinde psikolojik ve sosyolojik problemlere de neden olmaktadır. Bağımlı olunan davranışın bırakılmaması ya da kontrol edilememesi, davranıştan her defasında alınan hazzın yeterli olmaması sebebiyle kullanım süresinin artırılması, sonuçta kişinin zamanının büyük kısmını bağımlı olunan şeye harcanmasına yol açmaktadır. Bunun sonucunda ailesel ve toplumsal problemlerin oluşmasına, okul, iş, aile ortamında sorumlulukların yerine getirilememesine ya da getirmede güçlük yaşanmasına, davranışa olan bağımlı azalması ya da kopması sonucunda stres, huzursuzluk, endişe gibi problemlere neden olabilmektedir (3).

Toplumda küçük yaşlardan itibaren yaygın kullanımı olan akıllı telefonların doğru şekilde kullanılmaması, ilerleyen yıllarda bireylerin ve toplumun sağlığı açısından zararlı sonuçlar ortaya çıkarabilir. Bu teknolojiler toplum için son derece yararlı ve gerekli olmasına rağmen, aynı zamanda bağımlılığa yol açan faktörlerle de karakterize olması ve bu teknolojilerin kötüye kullanımının hedef kitlesi olarak en duyarlı nüfusun gençlerden oluşması sebebiyle akıllı telefon bağımlılığı halk sağlığı açısından önemli bir bağımlılık türüdür.

Uluslararası literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde tıp fakültesi öğrencileri arasında akıllı telefon bağımlılığının %29.8-60.3 arasında olduğu tespit edilmiştir (4,5,6,7). Türkiye'de ise Baykan ve ark. (8) yaptığı çalışmada tıp fakültesinde öğrencilerin %33.7'sinin hafif düzeyde, %54.1'inin orta düzeyde ve %11.9'unun ciddi düzeyde akıllı telefon bağımlısı olduğu tespit edilmiştir. Keskin ve ark. (9) tarafından üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmada, %37.5'inin akıllı telefon bağımlısı olduğu tespit edilmiştir. Küçük ve ark. (10) yaptığı çalışmada ise üniversite öğrencilerin %47.1'inde akıllı telefon bağımlılığı saptanmıştır.

Yaşanılan COVID-19 pandemisinde birçok öğrenci evde daha çok zaman geçirmeye, eğitimlerini uzaktan eğitim olarak yürütmeye başladı. Teknoloji geliştikçe gelişen telefon özellikleri ve erişilen hizmetlerin çeşitlenmesi herkesin telefonda kendini ilgilendiren bir yön bulmasında önemli bir faktördür. Bu süreçte bu tür cihazların kullanımı ve bağımlılık oranlarında artış meydana gelmiş olabilir. Cep telefonu kullanımı sağlık profesyonelleri arasında önemli bir araçtır ve ayrıca cep telefonları akıllı kullanıldığında tıp eğitimi alanında büyük potansiyele sahiptir (11). Bu çalışma ile Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde akıllı telefon bağımlılığı prevalansı ve ilişkili faktörlerin araştırılması amaçlandı.

Tam Metin Sözlü Bildiri

GEREÇ-YÖNTEM

Kesitsel tipte planlanan bu çalışma için Mersin Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurul'undan etik onay, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı'ndan resmi izinler alınmıştır.

Tıp Fakültesinde 2021-2022 eğitim öğretim döneminde öğrenim gören 1581 öğrenci bulunmaktaydı. Katılımcı sayısı evrenden minimum örneklem seçimi ile belirlendi. OpenEpi programı kullanılarak %50 prevalans, %95 Güven aralığı, %4 hata payı, 1581 kişilik evren büyüklüğü ile minimum örnek büyüklüğü 436 sayısına ulaşıldı (12). Bu sayının dönemlerdeki öğrenci sayısına oranla tabakalandırılarak dağılımı gerçekleştirildi. Örneklem sayısının %50'si kadar da yedek öğrenci belirlendi. Sınıflardan alınacak öğrenciler ise öğrenci listesinden sistematik örnekleme yöntemi ile rastgele seçilerek belirlendi. Veriler 18.10.2021-09.11.2021 tarihleri arasında toplandı. Öğrenci temsilcileri ile irtibata geçilerek sınıfların iletişim gruplarından seçilen öğrencilere ulaşılmaya çalışıldı. Ulaşılamayan öğrenciler için sınıflara gidilerek tekrar iletişime geçildi. Yine de ulaşılamayan veya çalışmaya katılmayı reddeden öğrencilerin yerine aynı dönemde bulunan yedek listesinden katılımcılar alındı. Veri formları öğrencilere online olarak google formlar vasıtası ile ulaştırıldı. 442 katılımcı ile çalışmaya son verildi. Çalışmaya 14 kişi katılmayı reddetti.

Araştırmacılar tarafından literatür taraması yapılarak 51 soruluk veri formu hazırlandı. Veri formunun ilk kısmında çalışmaya katılacak kişilerin sosyo-demografik özellikleri ile ilgili sorular yer almaktadır. İkinci kısımda çevresindeki insanlar ile ilişkileri ve alışkanlıkları ile ilgili sorular yer almaktadır. Üçüncü kısımda akıllı telefon bağımlılığı ölçeği (ATBÖ-KF) bulunmaktadır. Noyan ve ark.(13) tarafından ATBÖ-KF ölçeğinin üniversite öğrencileri üzerinde Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış olup cronbach alfa katsayısı 0.867 olarak tespit edilmiştir. Ölçek maddeleri 1'den 6'ya doğru puanlandırılmıştır. Ölçek puanları 10-60 arasında değişmektedir. Ölçekten elde edilen puan arttıkça bağımlılık için riskin arttığı değerlendirilmektedir. Kore örnekleminde erkekler için kesme puanı 31, kadınlar için 33 olarak belirtilmiştir. Ölçekten alınan toplam puan yükseldikçe akıllı telefona karşı bağımlılık riski artmaktadır (13). Öğrencilerin okul başarı ve sağlık durumunu değerlendirmek için 1-10 arasında puanlama yapmaları istendi (1=en kötü, 10=en iyi). Elde edilen puanlar sürekli veri olarak değerlendirildi. Veri formunun pilot çalışması araştırmaya katılmayacak olan öğrencilerle gerçekleştirildi. Pilot çalışma sonrası veri formu yeniden düzenlendi.

Bağımlı değişken ATBÖ-KF Ölçek puanına göre erkeklerde 31 puan ve üzeri, kadınlarda 33 puan ve üzeri akıllı telefon bağımlısı olarak kabul edildi. Bağımsız değişkenler ise öğrencilerin sosyo-demografik ve kişisel özellikleri olarak belirlendi.

Veriler bilgisayar ortamına aktarıldıktan sonra veri kalite kontrolü gerçekleştirildi. Verinin özetlenmesinde tanımlayıcı istatistikler kullanıldı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare önemlilik testi, sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında; sürekli değişken parametrik test koşullarını sağlıyorsa t testi, sağlamıyorsa Mann-Whitney U testi kullanıldı. Risk faktörlerini belirlemek için tekli analizlerde anlamlı çıkan değişkenler Binary Logistic Regresyon modeline alındı. Modelde anlamlı değişkenler forward yöntemi ile seçildi. İstatistiksel olarak önemlilik düzeyi $p \leq 0.05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya yaş ortalaması 21.5 ± 2.4 olan 442 kişi katılmıştır. Öğrencilerin 236'sının (%53.4) erkek, 395'inin (%89.4) anne ve babası sağ ve beraber, 152'sinin (%34.4) sevgilisinin bulunduğu tespit edildi. (Tablo 1)

Tam Metin Sözlü Bildiri

Tablo 1. Öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

Değişkenler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	206	46.6
Erkek	236	53.4
Sınıf		
Dönem 1	76	17.2
Dönem 2	71	16.1
Dönem 3	77	17.4
Dönem 4	73	16.5
Dönem 5	73	16.5
Dönem 6	72	16.3
Anne-Baba durumu		
Anne-Baba sağ ve beraber	395	89.4
Anne- Baba sağ ve ayrı	30	6.8
Diğer	17	3.8
Anne eğitim durumu		
Okuryazar ve altı	55	12.4
İlkokul veya ortaokul	147	33.3
Lise mezunu	96	21.7
Lisans ve üzeri	144	32.6
Baba eğitim durumu		
Okuryazar ve altı	21	4.8
İlkokul veya ortaokul	117	26.5
Lise mezunu	91	20.6
Lisans ve üzeri	213	48.2
Sevgili durumu		
Var	152	34.4
Yok	290	65.6
Toplam	442	100.0

Öğrencilerin 288'i (%65.2) telefonda hiç oyun oynamamaktadır. Çalışmaya katılan öğrencilerin 242'sinin (%54.8) kendisini akıllı telefon bağımlısı olarak düşünmektedir. ATBÖ-KF Ölçek sonucuna göre öğrencilerin 215'inin (%48.6) akıllı telefon bağımlısı olduğu saptandı (Tablo 2).

Tam Metin Sözlü Bildiri

Tablo 2. Öğrencilerin bazı kişisel ve telefon alışkanlıklarının durumu

Değişkenler	Sayı	%
Herhangi bir hobiyeye sahip olma durumu		
Evet	369	83.5
Hayır	73	16.5
Kullanılan sosyal medya uygulamaları*		
Instagram	373	84.4
Youtube	359	81.2
Twitter	259	58.6
Facebook	63	14.3
Snapchat	32	7.2
LinkedIn	6	1.4
TikTok	3	0.7
Tinder	2	0.5
Swarm	2	0.5
Hiç kullanmıyorum	5	1.1
Akıllı telefondan oyun oynama durumu*		
Hiç oynamıyorum	288	65.2
Savaş-Dövüş oyunları	53	12.0
Aksiyon-Macera oyunları	41	9.3
Yarış-Spor oyunları	34	7.7
Eğitici oyunlar	34	7.7
Diğer oyunlar	59	13.3
Akıllı telefon bağımlısı olduğunu düşünme		
Evet	242	54.8
Hayır	200	45.2
ATBO-KF Ölçek Puanına göre Akıllı telefon bağımlısı		
Evet	215	48.6
Hayır	227	51.4

*Öğrenciler sorulara birden fazla cevap vermiştir.

Akıllı telefon bağımlısı olan öğrencilerin yaş ortalamasının bağımlı olmayanlara göre daha düşük ($p=0.01$), kardeş sayısının daha fazla ($p=0.02$), takip ettikleri online alışveriş uygulama sayısının daha yüksek olduğu saptandı ($p=0.009$). Okul başarı puanının ($p<0.001$) ise daha düşük olduğu tespit edildi (Tablo 3).

Tam Metin Sözlü Bildiri

Tablo 3. Öğrencilerin bazı özellikleri ve akıllı telefon bağımlılığı arasındaki ilişki

Değişkenler	Akıllı Telefon Bağımlılığı				Toplam		p*
	Sayı	Ortalama±SD	Sayı	Ortalama±SD	Sayı	Ortalama±SD	
Yaş	215	21.2±2.1	227	21.9±2.6	442	21.5±2.4	0.01
Kardeş sayısı	215	3.7±2.2	227	3.2±1.8	442	3.4±2.0	0.02
Anne baba ile ilişki puanı (1-10)	215	8.1±1.7	227	8.3±1.7	442	8.2±1.7	0.070
Arkadaşları ile ilişki puanı (1-10)	215	7.8±1.7	227	8.1±1.5	442	8.0±1.6	0.148
Okul başarı durumu puanı (1-10)	215	6.4±1.7	227	7.0±1.6	442	6.7±1.6	<0.001
Takip edilen online alışveriş uygulama sayısı	213	2.8±3.1	226	2.3±2.8	439	2.5±2.2	0.009

*Mann-Whitney U testi

Öğrencilerin sınıflarına göre inceleme yapıldığında; dönem 3 ve 4'lerin dönem 5 ve 6'lara oranla daha fazla akıllı telefon bağımlılığına sahip olduğu bulundu (p=0.02). Öğrencilerin annelerinin eğitim seviyesi okuryazar ve okuryazar olmayanlarda diğerlerine kıyasla akıllı telefon bağımlılığının daha yüksek olduğu tespit edildi (p=0.05). Kendisini akıllı telefon bağımlısı olarak düşünen öğrencilerde akıllı telefon bağımlılığının daha yüksek olduğu saptandı (p<0.001). Diğer değişkenler ile bağımlılık arasında istatistiksel bir anlamlılık tespit edilmedi.

Tekli analizlerde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunan değişkenler Binary lojistik regresyon modeline alındı. Analiz sonrasında akıllı telefon bağımlılığı; öğrencilerin kendisini akıllı telefon bağımlısı olarak düşünmenin 13.5 kat (p<0.001), annesi ve babası sağ ve beraber olmayanların 2.8 kat (p=0.013), yaşın 0.85 kat (p=0.002), kardeş sayısının 1.2 kat (p=0.004), okul başarı puanının 0.79 kat (p=0.002) artırdığı tespit edilmiştir.

TARTIŞMA

Çalışma sonucuna göre tıp fakültesi öğrencilerinin %48.6'sının akıllı telefon bağımlısı olduğu tespit edildi. Ulusal ve uluslararası literatürde çeşitli akıllı telefon bağımlılığı ölçekleri ile yapılmış çalışmalar bulunmaktadır. Benzer popülasyonlarda yapılan araştırmalarda akıllı telefon bağımlılığı prevalansı; Alhazmi ve ark.(4) %36.5, Alsalamah ve ark (5). %60.3, Kumar ve ark (6). %44.7, Chen ve ark.(7) %29.8, Baabdullah ve ark. (14) %66.4, Baykan ve ark. (8) %54.1'inin orta ve %11.9'unun ciddi düzeyde, Lei ve ark. (15) %40.6, Chatterjee ve ark. (16) %39.2, Sharma ve ark. (17) %57.3 olarak tespit etmişlerdir. Literatüre göre çalışma sonucumuz benzerdir. Yaşanan COVID-19 pandemisi hayatımızda değişikliklere neden olmuştur. Tüm öğrencilerin eğitimlerini uzaktan sürdürmesi, evde geçirilen sürenin artması akıllı telefon bağımlılığını arttırmış olabilir. Öğrencilerin telefon üzerinden ulaşabilecekleri eğitim, alışveriş, eğlence, oyun, dizi/film platformlarının çok çeşitli hale gelmesi ve telefon kullanımının bilgisayar kullanımından daha kolay olması nedeniyle bağımlılık oranı yüksek olarak tespit edilmiş olabilir. Ayrıca tıp fakültesi öğrencilerinin en önemli eğitim kaynaklarından birinin internet olması ve buna da en kolay ve her yerde telefonla erişim sağlayabilmeleri bağımlılıkların yüksek olmasının sebebi olabilir.

Çalışmamızda yaş artışının akıllı telefon bağımlılığında koruyucu faktor olduğu saptandı. Literatürde değişik sonuçların olduğu çalışmalar mevcuttur. Ulutaş ve ark.(18) akıllı telefon bağımlılığını; düşük yaş grubundakilerde yüksek yaş grubundakilere göre daha yüksek olarak saptamıştır. Chen ve ark.(7) teklı analizlerde 20 yaş ve üzeri bir yaşa sahip olmanın 19 yaş ve altı yaşa sahip olmaya göre bağımlılıkta daha riskli olduğunu saptamıştır. Al-Shahrani ve ark.(19) yaş ile bağımlılık arasında herhangi bir ilişki bulmamıştır. Basu

Tam Metin Sözlü Bildiri

ve ark.(20) çalışmalarında yaş ve bağımlılık arasında ilişki tespit etmemiştir. Sezer ve ark.(21) çalışmalarında sınıf düzeyi ile bir ilişki tespit edilmemişken, 20 yaş ve altı grupla 21-23 yaş grubu arasında anlamlı bir fark tespit etmiştir. Literatürde yaş grubu ile akıllı telefon bağımlılığı arasında farklı sonuçlar bulunmaktadır. Çalışma sonucumuz tıp fakültesi öğrencilerinde yaş artışının akıllı telefon bağımlılığını düşürdüğünü desteklemektedir. Bu sonuç tıp fakültesinde ileri sınıflarda stajların yoğun olmasına, son sınıflarda Tıpta uzmanlık sınavına daha fazla zaman ayırmalarına bağlı olabilir. Ayrıca yaşın artması öğrencilerin kendilerine daha fazla zaman ayırıp, yeni aktivitelere yönelmesi, telefonda uzaklaşması veya telefonla geçirilen fazla zamanın farkına varılıp dikkat edilmesi ile akıllı telefon bağımlılığının azalmasına neden olabilir. Çalışmamızda öğrencinin okuldaki başarı puanının artmasının akıllı telefon bağımlısı olma riskini düşürdüğü tespit edildi. Al-Shahrani ve ark.(19) çalışmasında akademik başarı puanları ile bağımlılık arasında negatif korelasyon saptanmıştır ($p<0.01$). Matoza-Báez ve ark.(22) yaptığı çalışmada; öğrencilerin bağımlılık düzeyleri arttıkça akademik performanslarının azaldığı tespit edilmiştir. Gupta ve ark.(23) yaptığı çalışmada, akıllı telefonlar ile çok fazla zaman geçirme durumunun, öğrencilerin akademik performansları üzerinde olumsuz etkiler doğurduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda literature benzer sonuçlar elde etmiştir. Bu sonuç iki türlü değerlendirilebilir. Birincisi öğrencilerin telefon bağımlılığı sonucunda derslerine yeteri özeni ve dikati veremeyip ders başarılarını düşürüyor olabilir veya tam tersi ders başarıları düşük olan öğrenciler zamanlarını daha çok akıllı telefon kullanımına ayırmaları olabilir. Her iki durumda da çalışma sonucumuz akıllı telefon bağımlılığının düşük akademik başarı ile ilişkili olduğunu desteklemektedir. Çalışmamızın kısıtlılıkları; sadece bir üniversitenin tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yapılmış olması nedeni ile bulguların diğer bireylere ve öğrencilere genellenmesinde dikkatli olunması gerekmektedir. Literatürde akıllı telefon bağımlılığını ölçmek için kullanılan çeşitli ölçekler mevcuttur. Bu sebeple de karşılaştırma yapılan çalışmalarda çeşitli ölçekler kullanılmıştır. Değerlendirme yapılırken bunların göz önünde bulundurulması önerilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda tıp fakültesi öğrencilerinin yaklaşık yarısının akıllı telefon bağımlısı olduğu tespit edilmiştir. Öğrencilerin kendisini akıllı telefon bağımlısı olarak nitelendirmesinin, annesi ve babasının sağ ve beraber olmaması akıllı telefon bağımlılığını artıran başlıca faktörler olarak saptanmıştır. Öğrencinin yaşının ve okul başarı durumu puanlamasının artmasının akıllı telefon bağımlısı olma riskini düşürdüğü, kardeş sayısının artmasının ise riski arttırdığı tespit edilmiştir.

Kişinin kendini bağımlı olarak nitelendirmesi önemli bir risk faktörü olduğu için öğrencileri bilinçlendirme kampanyaları devlet, üniversite/fakülte veya sivil toplum kuruluşları tarafından planlanması önerilir. Kitle iletişim araçlarının, akıllı telefon cihazının doğru kullanımının ve ayrıca bağımlılığın insan sağlığı ve davranışı üzerindeki tehlikeli etkileri ve toplum üzerindeki nihai sonuçları konusunda genel farkındalığın artırılmasında kullanılması önerilir. İnsan davranışlarının küçük yaştan itibaren kazanıldığı ve günümüzde bu cihazları kullanma yaşının giderek düşmesi göz önünde bulundurulursa, okullardaki rehberlik servisleri bu risk faktörlerine sahip olanlara daha fazla olmak ama tüm öğrencilere ve ailelere yönelik akıllı telefonun doğru kullanımının ve ayrıca bağımlılığın etkileri hakkında bilgilendirme yapması önerilir. Tıp fakültesine yeni başlayan öğrencilerde akıllı telefon bağımlılığının düşürülmesi için öğrencilere yönelik sosyokültürel etkinliklerin planlanması önerilir.

Finansal destek: Çalışma için herhangi bir kurum veya kuruluştan destek alınmamıştır.

Bildiri şuan herhangi bir dergide yayınlanmamış olup Dokuz Eylül Tıp Dergisi'nde değerlendirme sürecindedir.

Tam Metin Sözlü Bildiri

KAYNAKLAR

1. Akıllı telefon tanımı. Erişim adresi: <https://tr.tax-definition.org/74411-smartphone>. Erişim tarihi:13.04.2022.
2. Mobil iletişim Sektör Raporu 2020. Erişim adresi: <https://mobisad.org/dergi/mobisad-17/pdf/mobisad-17.pdf>. Erişim tarihi: 13.04.2022.
3. Davranışsal Bağımlılık. Erişim adresi: <https://bmyk.gov.tr/TR-67183/davranissal-bagimlilik.html>. Erişim tarihi: 13.04.2022.
4. Alhazmi AA, Alzahrani SH, Baig M, Salawati EM, Alkatheri A. Prevalence and factors associated with smartphone addiction among medical students at King Abdulaziz University, Jeddah. *Pak J Med Sci*. 2018;34(4):984-988. doi: <https://doi.org/10.12669/pjms.344.15294>.
5. Alsalamah AM, Harisi MJ, Alduayji MA, Almutham AA, Mahmood FM. Evaluating the relationship between smartphone addiction/overuse and musculoskeletal pain among medical students at Qassim University. *J Family Med Prim Care*. 2019;8(9):2953-2959. Published 2019 Sep 30. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc_665_19.
6. Kumar VA, Chandrasekaran V, Brahadeeswari H. Prevalence of smartphone addiction and its effects on sleep quality: A cross-sectional study among medical students. *Ind Psychiatry J*. 2019;28(1):82-85. doi:10.4103/ipj.ipj_56_19.
7. Chen B, Liu F, Ding S, Ying X, Wang L, Wen Y. Gender differences in factors associated with smartphone addiction: a cross-sectional study among medical college students. *BMC Psychiatry*. 2017. 17:341 Doi:10.1186/s12888-017-1503-z.
8. Baykan Z, Güneş H, Seyfeli Y. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Akıllı Telefon Bağımlılığı ile Akademik Erteleme ve Akademik Başarı Arasındaki İlişki. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 20(61), 119-134.
9. Keskin T, Ergan M, Başkurt F, Başkurt Z. Üniversite öğrencilerinde akıllı telefon kullanımı ve baş ağrısı ilişkisi. *Adıyaman Üni. Sağlık Bilimleri Derg*, 2018; 4(2):864-873.
10. Küçük E, Celbek B, Coşgun G. The Effect of Smartphone Addiction on Physical Activity and Depression in University Students. *Bozok Tıp Dergisi*, 11(3), 31-35.
11. Choi JS, Yi B, Park JH, Choi K, Jung J, Park SW, et al. The uses of the smartphone for doctors: An empirical study from Samsung medical center. *Healthc Inform Res* 2011;17:131-8.
12. Open epi sample size calculation. Erişim adresi: <http://www.openepi.com/SampleSize/SSPropor.htm>. Erişim tarihi: 11.04.2022.
13. Noyan CO, Enez Darçın A, Nurmedov S, Yılmaz O, Dilbaz N. Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeğinin Kısa Formunun Üniversite Öğrencilerinde Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2015;16 (Özel sayı.1):73-81.
14. Baabdullah A, Bokhary D, Kabli Y, Saggaf O, Daiwali M, Hamdi A. The association between smartphone addiction and thumb/wrist pain: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)*. 2020;99(10):e19124. doi:10.1097/MD.00000000000019124.
15. Lei LY, Ismail MA, Mohammad JA, Yusoff MSB. The relationship of smartphone addiction with psychological distress and neuroticism among university medical students. *BMC Psychol*. 2020;8(1):97. Published 2020 Sep 11. doi:10.1186/s40359-020-00466-6.
16. Chatterjee S, Kar SK. Smartphone Addiction and Quality of Sleep among Indian Medical Students. *Psychiatry*. 2021;84(2):182-191. doi:10.1080/00332747.2021.1907870.
17. Sharma N, Advani U, Sharma L, Jain M, Sharma K, Dixit AM. Pattern of Mobile Phone Usage Among Medical Students. *Int J Acad Med*. 2019; 5:118-23.
18. Ulutaş E, Çilli AS, Aydın A, Muratdağı G, Ekerbiçer HÇ. Sakarya Üniversitesi Öğrencilerinin Akıllı Telefon Kullanma Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Sakarya Med J*. 2020; 10 (Özel Sayı): 24-32 DOI: 10.31832/smj.739137.
19. Al-Shahrani MS. Smartphone addiction among medical students in Bisha, Saudi Arabia. *J Family Med Prim Care*. 2020;9(12):5916-5920. Published 2020 Dec 31. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc_1205_20.
20. Basu S, Garg S, Singh MM, Kohli C. Addiction-like Behavior Associated with Mobile Phone Usage among Medical Students in Delhi. *Indian J Psychol Med*. 2018; 40:446-51.
21. Sezer B, Atılğan Çiftçi B. The dark side of smartphone usage (Nomophobia): Do we need to worry about it? *Tıp Eğitimi Dünyası*. 2019; 18(54): 30-43.
22. Matoza-Báez, CM, Carballo-Ramírez MS. Nomophobia levels on medical students from Paraguay, year 2015. *Ciencia e Investigación Medico Estudiantil Latinoamericana*, 2016;21(1): 28-30.
23. Gupta N, Garg S, Arora K. Pattern of mobile phone usage and its effects on psychological health, sleep, and academic performance in students of a medical university. *National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology*. 2016;6(2), 132-139.

Özet Sözlü Bildiri

S11

BİR TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE SİGARA İÇME SIKLIĞI VE DUMANSIZ KAMPÜS UYGULAMASINA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ

Nurhan MEYDAN ACIMIŞ, Rabia Melis GÜNDOĞDU, Erkan BARIŞ, Merve AKIN, Ümmühan İnci KANDEMİR

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Türkiye

Giriş ve Amaç: Önlenebilir hastalık ve ölüm nedenlerinden olan tütün kullanımı, en önemli halk sağlığı sorunlarından birisidir. Dumansız kampüs uygulamaları dünyanın farklı bölgelerinde mevcut ve kabul gören, tütünün her türlü zararlı etkilerinden üniversiteleri korumayı hedefleyen çok çeşitli uygulamalardır. Toplumun sigarayı bırakma konusunda hekimlerin son derece önemli olması, vakitlerini daha çok kampüste geçirmeleri nedeniyle tıp fakültesi öğrencilerinin dumansız kampüs ile ilgili bilgi ve tutumları önemlidir. Bu araştırma ile bir tıp fakültesi öğrencilerinin sigara kullanım sıklığı ve dumansız kampüs uygulamalarına ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Analitik kesitsel tipteki araştırma evrenini 2021-2022 eğitim öğretim döneminde Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğrenim gören 1463 öğrenci oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem büyüklüğü Open Epi programı ile %95 güven aralığında, %3 kesinlik oranı, %19,6 bilinen prevalans değeri ile 454 kişi olarak hesaplanmıştır. %20 yanıtızlık oranı hesaplanarak 544 kişi olarak örneklem hesaplanmıştır. Öğrencilerin örneklem içindeki dağılımı mevcut sayılarının evrendeki oranına göre belirlenmiştir. Anketler öğrencilerin amfilerine gidilerek gelişigüzel dağıtılmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkeni öğrencilerin sigara içme sıklığı ve dumansız kampüs uygulamasına ilişkin görüşleridir. Bağımsız değişkenler yaş, cinsiyet, medeni hal, dönem, eğitimini sürdürürken kaldığı yer, ailenin öğrenim durumu, algılanan gelir düzeyi, sigara içmeden kapalı ortamda kalınabilen süre, yaşadığı yerde sigara içme durumu, en çok sigara içilen yerdir. Veri toplama işlemi katılımcılara sosyo-demografik özelliklerini sorgulayan 8 soru, sigara kullanım alışkanlığıyla ilgili 5 soru, Fagerström nikotin bağımlılık testi ile ilgili 6 soru, dumansız kampüs uygulaması hakkında 2 soru, dumansız hava sahasına ilişkin görüş ve davranışlarla ilgili 20 soru olmak üzere 41 sorudan oluşan anket formuyla yapılmıştır. Fagerström nikotin bağımlılık testinin her bir maddesi 0, 1, 2, 3 olarak puanlanmakta ve ölçekten alınabilecek puan aralığı 0-10 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanın artışı sigara bağımlılığının yüksek olduğunu göstermektedir. 0-2 puan çok az, 3-4 puan az, 5 puan orta, 6-7 puan yüksek ve 8-10 puan ise çok yüksek olarak sınıflandırılır. (Cronbach Alpha katsayısı 0.56). Dumansız hava sahasına ilişkin görüş ve davranış önermelerinden 12 tane (3,4,6,7,13,14,15,16,17,18,19,20) görüş önermesi seçilmiş olup sigara kullanım durumuna göre değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 21.0 kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler için sayı, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma verilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel olarak anlamlılık düzeyi (p) <0,05 kabul edilmiştir. Çalışma öncesinde üniversitemiz girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurulundan E-60116787-020-193171 sayılı etik onay alınmıştır.

Bulgular: Araştırmaya 548 kişi katılmıştır. Katılımcıların %52,9'u kadındır. Yüzde 28,5'i halen sigara kullanmaktadır, %45,5'inin en çok sigara içtiği yer okuldur. Sigara kullanan katılımcıların %15,2'si yüksek derecede bağımlı, %7,3'ü çok yüksek derecede bağımlıdır. Sigara içen katılımcıların %37,1'i dönem 1 öğrencisidir. Öğrencilerin %85,3'ü dumansız kampüs uygulamasını duymadığını, %95,5'i dumansız kampüs uygulaması olan kampüsleri bilmediğini belirtmiştir. "Üniversitelerde dumansız kampüs uygulaması olmalıdır." ve "Dumansız hava sahaları artırılmalıdır." önermesine katılım sıklığı sigara içmeyenlerde sigara içenlere göre daha yüksektir (p<0,001), (p<0,001).

Sonuç ve Öneriler: Katılımcıların üçte biri sigara içmektedir. Dumansız hava sahasının varlığını tüm katılımcılar yüksek oranda (%84,3) desteklemekle birlikte dumansız kampüs uygulamasını tütün kullananların az bir kısmı (31,4) desteklemiştir. Sigara ile mücadelede anahtar rol oynayacak olan hekim adaylarının dumansız hava sahaları ve dumansız kampüs konusunda farkındalıklarını arttırmaya yönelik eğitim programları uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sigara, dumansız kampüs, tıp eğitimi

Özet Sözlü Bildiri

S12

NİKOTİN BAĞIMLILARINDA NİKOTİN KULLANIMI FARKINDALIK VE İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ; TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Feyza Nehir ÖZNER MUZ, Selma METİNTAŞ, M. Fatih ÖNSÜZ, Sevda SUNGUR, Mine TEPETAŞ, Zehra AKDAĞ

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Türkiye

Giriş: Tütün ve tütün ürünleri bağımlılığı günümüzde önemli halk sağlığı sorunları arasında yer almaktadır. Tütün bağımlılığı farkındalığının olmaması, tedaviye başvurmanın önündeki en büyük engellerden biri olarak görülmektedir. Tedavi basamaklarının başında; nikotinin vücutta yaratacağı etkilerin bilinmesinin yanı sıra, kullanımı ile ilgili sorun yaşayıp yaşamadığına dair oluşacak içgörü ve bırakmak için tedaviye ihtiyacı olduğunun farkedilmesi sayılabilmektedir. Literatürde nikotin bağımlılığının farkındalık düzeyini belirleyecek başka bir ölçeğe rastlanılmamış olup, 2022 yılında Kim J. ve arkadaşları tarafından geliştirilen 'Nikotin kullanımı farkındalık ve içgörü ölçeği' (NFÖ)'nin kültürel uyarlaması, Türkçe geçerlik ve güvenirliliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Çalışma Temmuz-Ağustos 2022 tarihleri arasında, bir üniversite hastanesinin polikliniklerine başvuran 18 yaş ve üzeri bireyleri kapsayan metodolojik tipte bir araştırmadır. Çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamış olup, çıkar çatışması durumu bulunmamaktadır. Gerekli etik, idari ve katılımcı izinleri alınmıştır (09.08.2022 tarihli, E-25403353-050.99-364078). NFÖ'nin orijinali tek boyutlu ve onlu Likert tipinde; hastalık farkındalığı (2 madde), semptom atıfları (2 madde), tedavi ihtiyacının farkındalığı (3 madde) ve nikotine bağlı olumsuz sonuçların farkındalığı (1 madde) olmak üzere toplam 7 maddeden oluşmaktadır. Alınan puan arttıkça nikotin bağımlılığı farkındalığının arttığı kabul edilmektedir. Ölçeğin dil geçerliliğinin sağlanabilmesi için bağımsız iki yabancı dil uzmanı tarafından İngilizce-Türkçe, Türkçe-İngilizce çevirisi yapıldıktan sonra yazar ile tekrar iletişime geçildi, orijinal haliyle karşılaştırılarak dil uyumu sağlandı. Çalışmanın veri toplama evresi iki aşamalı olarak tasarlandı. İlk olarak nikotin kullanıcılarına ulaşılarak bağımlılık seviyesinin belirlenmesi amacıyla Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) uygulandı. Katılımcının testten aldığı puan, araştırmacı tarafından anında hesaplandı. Çalışmanın orijinaline bağlı kalarak testten 4 ve üstü puan alanlara (orta ve ileri bağımlılar) ikinci aşamaya geçilerek NFÖ içeren anket uygulandı. Çalışmada 561 kişiye ulaşıldı. Geçerlilik analizinde kapsam, görünüş, yapı ve ölçüt geçerliği, güvenirlilik analizinde ise iç tutarlılık, madde ayırt ediciliği ve test-tekrar test analizleri SPSS programında yapıldı.

Bulgular: Tütün ve tütün ürünü kullandığını belirten 561 kişiden 368'i (%65,6) FNBT'den 4 ve üstü puan alarak çalışma grubunu oluşturdu. Katılımcıların %63,9'u sadece klasik sigara içicisi iken, %7,3'ü klasik sigara ve nargile, %4,9'u klasik sigara ve elektronik sigara, %23,9'u çoklu tütün ürünlerini birlikte tüketmekteydi. Katılımcıların ölçekten aldıkları toplam puanlar 1,13-9,79 aralığında değişmekte olup, ortalaması (SD) 6,20(1,71) ve ortancası 6,38 puan idi. Kültürel uyarlamada ölçeğin tüm önemli alt konuları içerip içermediğine kapsam geçerliliği ile bakıldı (KGI 0,84) ve 11 uzman ölçülmesi istenen özellikleri görünüş olarak da değerlendirdi. Yapı geçerliğinde açımlayıcı faktör analizi kullanıldı (KMO katsayısı=0,83, Barlett's testi $p<0,001$). Faktör sayısı belirlenirken özdeğeri 1'den büyük olmasına dikkat edilerek ölçeğin tek alt boyut olduğu doğrulandı. Faktör yükleri 0,33-0,71 arasında değişmekteydi. Toplam açıklanan varyans %52,7 olarak hesaplandı. Eşdeğer ölçüt (yordama) geçerliği için kullanılan SOCRATES (Değişime hazır olma aşamaları ve tedaviyi isteme ölçeği) ile NFÖ'den aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki olduğu saptandı ($r=0,71$, $p<0,001$). Ayrıca günlük sigara tüketimi 30 adetten az olanların NFÖ'den aldıkları puanlar daha yüksekti ($p=0,015$). Güvenirlilik analizi iç tutarlılık değerlendirmesinde Cronbach Alfa katsayısı 0,85 idi, herhangi bir madde silindiğinde be değer 0,81-0,85 arasında değişmekteydi. Madde toplam korelasyon katsayıları 0,46-0,75 arasındaydı. Madde ayırt ediciliği için alt-üst %27'lik gruplarda alınan toplam puanlar arasında ve her bir maddeden alınan puan

Özet Sözlü Bildiri

ortancaları arasında anlamlı fark tespit edildi ($p < 0,001$). Ayrıca test-tekrar test yapılarak Spearman korelasyon katsayısı 0,76 ($p = 0,001$) hesaplandı.

Sonuç: NFÖ'nin Türk toplumunda nikotin bağımlılarında kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu ve toplum sağlığını koruma adına bağımlılarda farkındalık yaratılmasıyla oluşacak bilinçlenmenin, tedaviye yönelik başvuruları artıracığı düşünüldü.

Anahtar Kelimeler: bağımlılık, nikotin, farkındalık, içgörü

Özet Sözlü Bildiri

S13

TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE SİGARA KULLANIM DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Mustafa ÇAKIR¹, Cem MALAKÇIOĞLU¹, Oğün KAVCAR¹, Feyza KUTAY¹, Hatice İKİŞİK², Hasan Hüseyin MUTLU¹, Işıl MARAL¹

¹*İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Türkiye*

²*İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Amerika Birleşik Devletleri*

Giriş ve Amaç: Sigara, tüm dünyada en fazla kullanılan tütün ürünüdür. Geleceğin hekimleri olacak tıp öğrencilerinin sigara davranışlarının bilinmesi hem kendi sağlıkları hem de hastalarına verecekleri tavsiye ve yönlendirmeler açısından çok önemlidir. Çalışmamızda tıp fakültesi öğrencilerinde sigara kullanım durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma tanımlayıcı tipte bir anket çalışmasıdır. Araştırma Kasım 2021-Şubat 2022 tarihleri arasında İstanbul'da bir tıp fakültesindeki 1, 2, 3, 4, 5 ve 6. sınıf öğrencileriyle yürütülmüştür. Araştırma kapsamında 544 öğrenciye ulaşılmıştır (katılım yüzdesi %49,2). Çalışmaya bilgilendirilmiş onamları alınmış dönem 1 öğrencilerinin %62,3'ü, dönem 2 öğrencilerinin %68,2'si, dönem 3 öğrencilerinin %42,1'i, dönem 4 öğrencilerinin %28,5'i, dönem 5 öğrencilerinin %37,6'sı ve dönem 6 öğrencilerinin %49,5'i gönüllü olarak katılmıştır. Araştırmanın etik kurul onayı S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 27.10.2021 tarih ve 2021/0541 karar no ile alınmıştır. Araştırmada araştırmacılar tarafından oluşturulan anket formu kullanılmıştır. Anketin ilk 6 sorusu sosyo-demografik özellikler, sonraki 11 soru sigara kullanım ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. Anket formu çevrim içi doldurulacak şekilde oluşturulup e-posta ve telefon mesajı olarak öğrencilere gönderilmiştir. Çalışmada çıkar çatışması yoktur, hiçbir yerden finansal destek alınmamıştır. İstatistiksel analizler SPSS 22.0 istatistik paket programında yapılmıştır. Tanımlayıcı bulgular kısmında kategorik değişkenler sayı, yüzde ve sürekli değişkenler ise ortalama ± standart sapma ve ortanca (en küçük, en büyük değer) ile sunulmuştur. İstatistiksel analiz olarak, kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi kullanılmıştır. Tüm analizlerde istatistiksel olarak anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan öğrencilerin yaşlarının ortalaması $21,0 \pm 2,2$ olup, %55,7'si ($n=303$) kadın; %22,2'si ($n=121$) 1. Sınıfta, %23,3'ü ($n=127$) 2. Sınıfta, %14,3'ü ($n=78$) 3. Sınıfta, %8,2'si ($n=44$) 4. Sınıfta, %10,1'i ($n=55$) 5. Sınıfta, %21,9'u ($n=119$) 6. Sınıfta; %8,3'ünün ($n=45$) kronik hastalığının bulunduğu ve %55,1'inin ($n=300$) aile/akraba ile yaşadığı saptanmıştır. Çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinin %10,7'sinin ($n=58$) düzenli/sık, %12,9'unun ($n=70$) ara sıra sigara içtiği ve günlük içilen ortalama sigara adedinin $10,2 \pm 7,5$ olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin %6,5'inin ($n=35$) üniversite öncesi düzenli/sık sigara içtiği saptanmıştır. Araştırmada sigara kullanım öğrencilerin %39,9'unun ($n=63$) sigaraya başlama nedeninin stres, %23,4'ünün ($n=37$) arkadaş etkisi, %19,0'unun ($n=30$) merak olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan erkek öğrencilerin %16,6'sının ($n=40$), kadınların ise %5,9'unun ($n=18$) düzenli/sık sigara içtiği saptanmıştır. Çalışmada erkeklerin düzenli/sık sigara içme sıklığı daha yüksek saptanmıştır ($p=0,001$). Öğrencilerin dönemlerine göre sigara içme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$)

Sonuç: Araştırmada tıp öğrencilerinin yaklaşık dörtte birinin bir şekilde sigara kullandığı saptanmıştır. Sigaraya başlamada en öncelikli nedenler stres, arkadaş etkisi ve merak olarak tespit edilmiştir. Sigara farkındalık eğitimlerinin Milli eğitim müfredatında farklı sınıflarda yer alması önerilmektedir. Ayrıca öğrencilere arkadaş seçimi, stresle etkili baş etme ve zararlı alışkanlıklar konusunda farkındalık eğitimleri yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sigara kullanımı, Tütün, Tıp Fakültesi Öğrencileri

Özet Sözlü Bildiri

S14

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURUMLARINDAKİ HEKİMLERİN SİGARA BIRAKMA DANIŞMANLIĞI HAKKINDAKİ DAVRANIŞLARI

Fatma Nur KARAÇORLU¹, Edibe PİRİNÇÇİ²

¹Muş Bulanık İlçe Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

²Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

Giriş ve Amaç: Tütün salgını, dünyanın karşılaştığı en büyük halk sağlığı tehditlerinden biridir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünya genelinde 15 yaş ve üzeri 1,3 milyar tütün içicisi bulunmaktadır. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019'a göre Türkiye'de 15 yaş ve üzeri tüm bireylerin %31,4'ü halen sigara içmekte, %14,2'si sigara kullanmayı bırakmış, %54,5'i hiç içmemiştir. Tütün kullanıcılarına danışmanlık verebilmek için hekimlere rehberlik edebilecek yapılandırılmış kısa tütün müdahale modelleri mevcuttur. Bu modellerden biri Türkçe 5Ö (Öğren, Öner, Ölç, Örgütüle, Önderlik et) modelidir. Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2018-2023'te belirtilen 2021 yılı hedeflerine göre "Öğren" ve "Öner" basamaklarının uygulanma sıklıklarının sırasıyla %80 ve %95 olması beklenmektedir. Tütün epidemisinin hem dünya ve hem de Türkiye için en önemli halk sağlığı tehditlerinden biri olması, tütün kullanımı ile mücadeleye özellikle hekimlerin katılımının yaşamsal öneme sahip olması, sigara bırakma danışmanlığı (SBD) hizmetinin sadece sigara bırakma poliklinikleri değil tüm sağlık hizmet basamakları dâhil olmak üzere özellikle birinci basamakta yaygınlaştırılmasına ihtiyaç duyulması gerekçelerinden yola çıkarak bu araştırmanın yapılması planlanmıştır. Bu çalışmada Elazığ ili birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin sigara bırakma danışmanlığı hakkındaki davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte olan bu araştırmanın veri toplama aşaması Elazığ ili birinci basamak sağlık kurumlarında Mart-Mayıs 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini Elazığ ili birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan (Aile Sağlığı Merkezleri, Sağlıklı Hayat Merkezleri, Toplum Sağlığı Merkezleri ve İlçe Sağlık Müdürlüğü) 262 hekim oluşturmuştur. Örneklem seçim yöntemi kullanılmadan evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiş ve evrenin %95,42'sine (250 kişi) ulaşılmıştır. Veri toplama amacıyla anket formu kullanılmıştır. Etik kurul izni Fırat Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 11.12.2020 tarihli ve 428932 sayılı yazı ile kurum izni ise Elazığ İl Sağlık Müdürlüğü'nden 14.01.2021 tarihli komisyon kararı ile alınmıştır. Çalışma hakkında bilgilendirme yapıldıktan ve bilgilendirilmiş onam aldıktan sonra katılımcılardan anketi doldurmaları rica edilmiştir. Elde edilen veriler SPSS 21.0 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler kategorik değişkenler için frekans (n) ve yüzde (%), sürekli değişkenler için Ortalama ± Standart sapma (Ort ± Ss) ve/veya Ortanca ile En küçük değer (Min) - En büyük değer (Max) şeklinde sunulmuştur. İstatistiksel analiz için ki kare ve ki kare testinde istatistiksel olarak anlamlı bulunan bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etkisini tespit etmek için ikili lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Regresyon analizi sonucunda Odds Oranı (Odds Ratio, OR) %95 Güven Aralığı (GA) ile birlikte verilmiştir. İstatistiksel analizlerde p < 0,05 anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Hekimlerin yaş ortalaması 40,86 ± 10,58 (ortanca=41, min=24, max=67) yıl olup, %68,0'i erkektir. Hekimlerin %30,4'ü halen sigara içmekte, %17,6'sı sigara kullanmayı bırakmış, %52,0'ı hiç içmemiştir. Hekimlerin SBD 5Ö yönteminin basamaklarını "sıklıkla-her zaman" uygulama sıklıkları şu şekildedir: %38,8 "Öğren", %81,6 "Öner", %68,4 "Ölç", %66,8 "Önderlik et", %31,2 "Örgütüle". Hekimlerin %16,0'ı SBD eğitimi almıştır. Sigara bırakma danışmanlığı için hekimler arasında en sık engel olarak görülen durum "iş yükü yoğunluğu"dur (n=205, %82,0). Hayatında en az 100 adet sigara içmeyen hekimler (hiç içmemiş) içenlere (halen sigara içen ve sigara kullanmayı bırakmış) göre Öner basamağını daha sık uygulamaktadır (OR: 2,12, %95 GA: 1,10-4,10, p=0,026). SBD eğitimi alan hekimler daha sık Öğren (OR: 2,20, %95 GA: 1,11- ,36, p=0,024),

Özet Sözlü Bildiri

Önderlik et (OR: 2,67, %95 GA: 1,13-6,34, p=0,025) ve Örgütle (OR: 3,36, %95 GA: 1,68-6,73, p=0,001) basamaklarını uygulamaktadır.

Sonuç:Elazığ ili birinci basamak hekimlerinin sigara içme sıklıklarının toplum ile aynı ve SBD uygulama sıklıklarının hedeflenenin oldukça gerisinde olduğu görülmektedir. Sigara kullanımı ile mücadelede hekim popülasyonu göz ardı edilmemesi gereken önemli bir hedef kitledir. Hekimlerin SBD uygulama sıklığının arttırılabilmesi için SBD eğitimi alan hekim sayısının arttırılmasına ihtiyaç vardır.

Çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamıştır. Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sigara Bırakma, birinci basamak sağlık hizmeti, hekim, koruyucu sağlık hizmeti, kısa hekim müdahalesi

Özet Sözlü Bildiri

S15

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN TÜTÜN KULLANIM SIKLIĞININ VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ TÜTÜN KULLANIMINA ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ecem BAŞOĞLU ŞENSOY¹, Hanım KUMBUL², Fatma Seven SEVEN¹, Elif BONCUKÇU EREN¹, Özge ŞİMŞEK SEKRETER¹, Neslişah ŞİYVE¹, Fatih Emre BAYRAM¹, Türkan GÜNAY¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi, Türkiye

²Isparta İl Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

Giriş ve Amaç: Tütün kullanımı önlenabilir hastalık ve ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda olan, önemli bir halk sağlığı sorunudur. Düşük sağlık okuryazarlığının, olumsuz sağlık davranışları ve kötü sağlık sonuçları arasındaki ilişkiler ile ilgili çalışmalar fazla olmasına karşın, tütün kullanımına etkisini inceleyen çalışma sayısı oldukça azdır. Bu çalışmada, KYK yurtlarında kalan üniversite öğrencilerinin tütün kullanım sıklığı ve sağlık okuryazarlığının tütün kullanımına etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma, İzmir İl Tütün Kontrol Kurulu işbirliği ile İzmir İli Kredi ve Yurtlar Kurumu (KYK) yurtlarında kalan öğrencilerin akran eğitimiyle tütün risk algısı artırmaya yönelik gerçekleştirilen projenin durum saptama aşamasıdır.

Kesitsel tipteki araştırmada; örnek büyüklüğü, kız ve erkek öğrenciler için 638 kişi olarak hesaplandı. Pandemi ilan edilmesi nedeniyle toplam 220 kişiye ulaşılmıştır. Ulaşma oranı %34.5'tir. Araştırmanın bağımlı değişkeni tütün kullanım durumudur. Tütün ürünlerinden (sigara, nargile, sarma sigara, pipo, puro, ince puro, e-sigara) herhangi birini her gün ya da ara sıra kullananlar tütün kullanıcı olarak kabul edilmiştir. Araştırmanın temel bağımsız değişkeni sağlık okuryazarlığı (SOY) düzeyidir, SOY düzeyi, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) kullanılarak belirlenmiştir. Diğer bağımsız değişkenler; yaş, cinsiyet, okuduğu sınıf, ekonomik durum algısı, çalışma durumu, aile yapısı, anne-baba öğrenim durumu, ailenin (anne/baba/kardeş) tütün ürünleri kullanımı, yakın arkadaşların tütün ürünleri kullanımı, kronik hastalık varlığı, tütünün zararları hakkında bilgi alma durumu, tütünün zararları hakkında bilgi kaynağı ve tütün içmeye başlama nedenleridir. Araştırma verileri, 24 Ocak - 20 Mart 2020 tarihleri arasında yüzyüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Veri analizi SPSS 24.0 kullanılarak yapılmış, tanımlayıcı bulgularda kategorik değişkenler için yüzde dağılımları, sürekli değişkenler için ortalama±standart sapma, ortanca verilmiştir. Bağımsız değişkenlerin tütün ürünü kullanımı ile ilişkilerini belirlemede ki-kare ve lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Çalışmalar Etik Kurulundan 20.01.2020 tarih, 2020-02-34 karar numarasıyla izin alınmıştır. Araştırmada herhangi bir kurumdan finansal destek alınmamıştır, tütün endüstrisi ile çıkar çatışması yoktur.

Bulgular: Araştırma grubunun %63.5'i erkek öğrencilerden oluşmaktadır ve yaş ortalaması 20.7±0.8'dir. Öğrencilerin %64.4'ü 2. sınıf ve altındadır; %29'u sağlıkla ilgili fakültelerde okumaktadır. Öğrencilerin %15'i aktif olarak bir işte çalışmakta; %40.6'sının geliri giderinden azdır. Öğrencilerinin %67.7'sinin annesi, %51.4'ünün babası ilköğretim ve altı eğitime sahiptir. %8.2'sinin sürekli ilaç kullanmasını gerektirecek bir kronik hastalığı mevcuttur. Öğrencilerin tütün kullanım sıklığı %41.9'dur. Öğrencilerin %55.6'sı sorunlu ya da yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. İkili analizlerde; yaş, cinsiyet, okuduğu sınıf, bölüm, gelir gider algısı, anne-baba öğrenim durumu, daha önce sigaranın zararları hakkında bilgi alıp almadığı ve sağlık okuryazarlığı düzeyi ile tütün kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir (p>0.05). Gelirini sağlamak için bir işte çalışmayanlarda (p=0.024), yakın arkadaşı tütün kullananlarda (p<0.01), kardeşi tütün kullananlarda (p=0.04), aile bireylerin tütün ürünü kullananlarda (p=0.012) tütün ürünü kullanımı anlamlı olarak fazla bulunmuştur. Çok değişkenli analizde; sağlık alanı dışında okuyanlarda 2.4 kat (OR:2.4, GA:1.13—4.87), ailede tütün

Özet Sözlü Bildiri

kullananlarda 2.2 kat(OR:2.2, GA:1.11-4.15), yakın arkadaşı tütün kullananlarda 10.6 kat(OR:10.6, GA:2.14-52.57) daha fazla tütün kullanımı saptanmıştır.

Sonuç: Tütün kullanımı ile SOY düzeyi ilişkili çıkmamıştır. Aile veya yakın arkadaşın tütün kullanması tütün kullanımını artırırken; sağlık alanında okumak tütün kullanımını azaltmıştır. Sağlık alanında okuyan öğrencilerde tütün kullanımının daha az olması tütünün zararları konusundaki farkındalığın kullanımı azalttığını göstermektedir. Tütün risk algısını artırmaya yönelik yapılacak çalışmalar ve bilgilendirmelerle ailede ve akranlar arasında tütün kullanımının olumlanmadığı bir çevre yaratmak gençlerde tütün kullanımını azaltabilir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık okuryazarlığı, öğrenciler, tütün kullanımı

Tam Metin Sözlü Bildiri

S16

**ANKARA TÜTÜN VE TÜTÜN ÜRÜNLERİNİN KULLANIMI İLE MÜCADELE ÇALIŞTAYI:
ETKİNLİK DENEYİMİ**

Yunus Emre BULUT¹, Nureddin ÖZDENER², Toker ERGÜDER³, Metin HASDE¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

²Adana İl Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

³World Health Organization, Türkiye

Giriş ve Amaç:

Ülkemizin tütün ile mücadelesi ilk kez 1996 yılında çıkarılan 4207 sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi Ve Kontrolü Hakkında Kanun'la beraber var olan çalışmalar hız kazanmış, 2004 yılında tütün arz ve talebini azaltma yolunda ülkelere yol gösterici olan Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS)'nin imzalanarak yürürlüğe girmesi ile birlikte ivme kazanmıştır (1). TKÇS ve MPOWER politika paketinin hayata geçirilmesindeki kararlılık, bunun için çıkartılan yeni yasalar, müdahaleler ve uygulamalar ile 2009 yılında ülkemiz %100 Dumansız Hava Sahası ilan edilerek, İrlanda ve İngiltere'den sonra tam dumansız üçüncü ülke olmayı başarmıştır. Türkiye'nin bu başarısı Dünya Sağlık Örgütü tarafından diğer ülkelere örnek gösterilmiştir. Sonraki yıllarda da tütünle mücadele kararlılığını sürdürerek MPOWER stratejilerinin tamamını uygulayan ender ülkelerden biri olmuştur (2). Neredeyse tüm yetişkin sigara içicileri 26 yaşından önce sigara içmeye başlamaktadır. Bu da dumansız üniversite politikalarının önemini ortaya koymaktadır. Dumansız üniversite gibi politikalar, sigara içmeyenleri pasif sigara dumanına maruz kalmaktan korumasının yanında sigara içmenin sosyal olarak algılanan kabul edilebilirliğini azaltmakta, gençlerin ve genç yetişkinlerin sigara içmeye başlamasını önlemekte, sigara içenlerin sigarayı bırakma çabalarını artırmakta ve üniversite idarecilerine tütünsüz bir ortam oluşturması yönünde yardımcı olmaktadır (3,4). Ülkemizde pek çok üniversite dumansız kampüs uygulamasını başlatmak için kolları sıvamıştır (5,6,7,8). Sağlık temalı bir üniversite olan Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) ise 2017 yılında "Dumansız Külliye Alanı" projesini başlatmıştır. Bu proje kapsamında bütün külliyelerinde açık alanların kullanıma uzak noktalarda daraltılmış sigara içilebilir alanlar oluşturulmuştur. Bu projenin başarı ile uygulanmasının verdiği güvenle; bu proje geliştirilerek ve güçlendirilerek 21 Eylül 2021 tarihinde alınan Senato Kararı ile Sağlık Bilimleri Üniversitesi'nde "Dumansız Üniversite" uygulaması oluşturulmuş ve hayata geçirilmiştir (9,10). Ancak ne var ki tütün kontrolündeki başarılarına rağmen Türkiye'de tütün kullanımı 2011-2013 yılları arasında dalgalı seyir izlemiş, 2013 yılından itibaren ise artış trendine girmiş ve 2018 yılında, 2000 yılındaki seviyesine ulaşmıştır. Bu artış trendi, tütün kontrolüne yönelik çıkarılan yasaların ve düzenlenen programların tütün kontrolünü etkin bir biçimde sağlamada yetersiz kaldığı ile ilgili endişeler doğurmaktadır (11). Dünya genelinde 204 ülkenin tütün kullanım durumunu ortaya koyan bir araştırmada 1990-2019 yılları arasında tütün ürünü tüketiminin azalma eğiliminde olduğu vurgulanırken, ne yazık ki ülkemizde yine bu tarihler arasında tütün kullanımında kadınlarda %14, erkeklerde ise %22'lik artış görülmüştür (12). OECD ülkeleri arasında 15 yaş üzeri nüfusta her gün sigara kullanımı sıralamasında ülkemiz maalesef ilk sıradadır (13). Ülkemizde tütün kullanımının artış eğiliminde olduğu bu dönemde, Ankara'daki paydaş kurum ve kuruluş temsilcilerini bir araya getirerek tütün kontrolünde geline son durumu masaya yatırmak, katılımcıların bilgi ve birikimlerini paylaşabilmeleri için zemin oluşturmak ve ilimizde tütün ve tütün ürünlerinin kullanımı ile mücadeleye katkı sağlamak amacıyla Ankara Valiliği ile Sağlık Bilimleri Üniversitesi işbirliği ile 21 Temmuz 2022 tarihinde tam gün süren "Ankara Tütün Ve Tütün Ürünlerinin Kullanımı İle Mücadele Çalıştayı" düzenlenmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Ankara Valisi ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Rektörü'nün Onursal Başkanı, Ankara Vali Yardımcısı ve Sağlık

Tam Metin Sözlü Bildiri

Bilimleri Fakültesi Dekanı'nın Çalıştay Başkanı olduğu çalıştayın Düzenleme Kurulu Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkan Yardımcısı, SBÜ Gülhane Tıp Fakültesi Halk Sağlığı, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalları ile Hemşirelik Fakültesi öğretim üyeleri ve SBÜ Sağlık Kültür ve Spor Daire Başkanlığı görevlilerinden oluşturulmuştur. Çalıştayın sekreteryasını ise Gülhane Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ve Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalları araştırma görevlilerince yerine getirilmiştir. Ayrıca çalıştayın karşılama, yer gösterme, masaların düzeni, kumanda masası, kayıt, yaka kartları ve katılım belgelerinin takdimi gibi aşamalarında Gülhane Tıp Fakültesi İntern hekimler ve Dumansız Kampüs İnsiyatifi üyesi öğrenciler yer almıştır. Çalıştay için Tütün Ürünlerine Talebin Azaltılması, Tütün Ürünlerine Ulaşılabilirliğin Azaltılması/Arzın Önlenmesi, İzleme-Değerlendirme ve Forum masaları olmak üzere 5 farklı salonda 5 çalıştay masası oluşturulmuştur. Her masada alanında uzman bir moderatör ve en az 2 adet raportör yetkilendirilmiştir. Masalarda katılımcı olarak tütün ve tütün ürünleri ile mücadelede yer alan tüm paydaşların temsil edilmesine dikkat edilmiştir. Buanlamda çalıştay masalarında konuyla ilgili akademik çalışmalarını olan öğretim üyeleri, Valilik ve Kaymakamlıklarından temsilciler, ilgili meslek kuruluşlarının temsilcileri, ilgili esnaf odası temsilcileri, tütün bağımlılığı tedavisinde görev alan klinisyen ve klinik psikologlar, sosyal hizmet uzmanları, basın mensupları, Sağlık Bakanlığı, Gençlik ve Spor Bakanlığı, Tarım ve Orman Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Türkiye İş Kurumu, üniversiteler, belediyeler gibi kurumlarda görev yapan daire başkanı, sağlık idarecisi, il/ilçe müdürü, şube müdürü, halk sağlığı uzmanı, klinisyenler, öğretim üyeleri ve okul müdür/müdür yardımcıları yer almıştır. Çalıştayın ilk oturumunda; aynı zamanda ev sahibi de olan SBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı, Ankara Valisi ve SBÜ Rektörü'nün açılış konuşmalarının akabinde; Ankara İl Sağlık Müdürlüğü yetkilisi ve DSÖ Türkiye Ofisi Program Yöneticisinin Dünya, Türkiye ve Ankara'daki tütün mücadelesinin son durumunu içeren sunumları gerçekleştirilmiştir. Ardından çalıştay masalarına geçilmiştir. Son oturumda ise çalıştay masa moderatörleri tarafından masaların raporları sunulmuştur.

Çalıştay sonunda tüm katılımcılara Katılım Belgesi takdim edilmiştir.

Bulgular:

Ankara'da tütün ve tütün ürünlerinin kullanımı ile mücadeleye katkı sağlamak amacıyla Ankara Valiliği ile Sağlık Bilimleri Üniversitesi iş birliği ile düzenlenen çalıştayda görevlilerle birlikte 210 katılımcı, 5 ayrı masada bilgi, görgü, tecrübe ve önerilerini aktarmışlardır. Çalıştayın açılış ve kapanış oturumlarında ise 300'e yakın katılımcı yer almıştır. Katılımcıların %58.3'ünü kadın, % 41.7'sini ise erkek katılımcılar teşkil etmiştir. Katılımcıların %31.1'inin lisans, %63.6'sının ise lisansüstü eğitim seviyesine sahip olduğu görülmüştür. Çalıştay salonlarında yapılan konuşmalar, değerlendirmeler ve sunumlara göre; Tütün endüstrisi dünyanın en öldürücü ve en karlı endüstrisidir. DSÖ verilerine göre dünya genelinde 942 milyon erkek ve 175 milyon kadın halen sigara içmektedir (1.14 milyar kişi). Türkiye'de ise 19 milyon 237 bin kişi sigara kullanmaktadır (13 milyon 278 bin erkek, 5 milyon 859 bin kadın). Her yıl 8 milyondan fazla kişi tütün kullanımından ötürü erken ölmektedir. 7 milyon ölüm direkt olarak sigara içmekten, yaklaşık 900 bin ölüm ise başkasının içtiği sigara dumanına maruz kalınmasından dolayı meydana gelmektedir. Türkiye'de ise yaklaşık 120 bin kişi tütün kullanımı sebebiyle erken ölmektedir. Bu, tüm ölümlerin %25'ini oluşturmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde tarihinde ilk kez yetişkinlerdeki tütün kullanım oranını % 15'in (14.9) altına inmiş durumdadır. Bu oran 1997 yılında % 27.7, 2014 yılında ise %16.8 idi. İngiltere'de de tarihlerindeki en düşük oran yakalanmıştır. 2015 yılında tütün kullanımı %16.9'a, 2012 yılında ise %19.3 inmişti. Avustralya'da 18 yaş ve üzeri yetişkinlerde sigara içme oranı 2011-2012 yılında %16.1 iken günümüzde % 14.7'ye düşmüştür. Ayrıca Singapur'da 2000, Yeni Zelanda'da ise 2007 yılından sonra doğanlara sigara satışı tamamen yasaklanmıştır. Finlandiya 2040, İsveç, Yeni Zelanda ve İrlanda 2025, İskoçya 2034 yıllarında "Tütünsüz Ülke" vizyonunu ortaya koymuştur. Ülkemizde ise tütün kullanımı maalesef son yıllarda artmaktadır. Ankara İl genelinde tütün kontrolü kapsamında inceleme ve değerlendirme yapmak üzere oluşturulan denetim ekiplerinde asgari 2 görevli bulunmaktadır. Her ekipte polis, jandarma veya zabıta memuru yanında

Tam Metin Sözlü Bildiri

İl Sağlık, İl Millî Eğitim veya İl Tarım Müdürlüğü görevlisi yer alacak şekilde Valilik Oluru ile resmi olarak görevlendirmeleri yapılmaktadır. Görevlendirilen denetçilere Tütün Denetçi eğitimleri verilmesinden sonra denetimler esnasında kullanılmak üzere denetçi kimlik kartı düzenlenmektedir. Ayrıca denetim ekiplerine Dumansız Hava Sahası Denetim Sistemi programının yüklü olduğu bir tablet ve matbu tutanaklar verilmektedir. 4207 ve 4733 Sayılı Kanunlar kapsamında Ankara'da 9 merkez ve 16 perifer ilçede 69 emniyet personeli, 68 sağlık personeli ve toplamda 40 tütün denetim ekibi bulunmaktadır. Bu ekipler merkez ilçelerde 7 gün 24 saat, perifer ilçelerde ise 08:00-17:00 saatleri arasında denetimler gerçekleştirilmektedir. 2015 yılından günümüze kadar bu denetimlerin sayısı, denetimlerde ceza verilen işletme ve kişi sayıları ve tahakkuk eden ceza tutarları Tablo 1'de sunulmuştur. Tüm dünyayı ve ülkemizi etkisi altına alan pandeminin etkisi ile 2020 ve 2021 yıllarında azalma olmakla birlikte denetimlerin istikrarlı bir şekilde sürdüğü söylenebilir. Ayrıca Ankara'da 2022 yılının ilk 6 ayında 55 sigara bırakma polikliniğine toplam 34.217 müracaat olmuştur. Bu müracaatlardan 7.711 hastaya sadece danışmanlık hizmet verilirken, 28.506 hastaya ise farmakolojik ilaç tedavisi başlanmıştır.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 21.09.2021 tarihinde aldığı senato kararı ile üniversiteye ait tüm açık ve kapalı alanlarda sigaranın içilmesini yasaklamış «Dumansız Üniversite» alanı uygulamasını başlatmıştır. Bu kapsamda Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane ve Hamidiye Kampüsündeki tüm fakültelerin birinci sınıflarına 2 saat "tütün kontrolü" dersi konulmuştur. Ayrıca öğrencilerin belirli aralıklarla tütün kullanım alışkanlıkları takip edilmektedir.

Sonuçlar ve Öneriler:

Ankara İlinde yürütülen tütün kontrol çalışmalarının değerlendirildiği son derece verimli geçen bir günlük çalıştay oturumlarında, alanında uzman katılımcılar kendi bilgi, görgü, deneyim ve önerilerini aktarma fırsatı bulmuşlardır. Bu anlamda başta politika üretenler olmak üzere sahada uygulayıcı konumda olan tüm paydaşların yayınlanacak çalıştay raporundaki önerileri uygulayacakları ve daha sağlıklı bir Ankara'ya katkı sunacakları temenni edilmektedir.

Çalıştay oturumlarında pek çok öneri dile getirilmiştir. Bunlardan bazıları aşağıda sıralanmıştır:

- 18 yaş altı kişilere tütün ürünlerinin satışın engellenmesi kimlik kontrolü zorunluluğu getirilmelidir. 18 yaş altı kişilere tütün ürünlerinin satışının veya tek tek dal sigara satışının tespit edildiği durumlarda işletmenin ruhsatı iptal edilmelidir.
- Tütün ürünleri mevzuat gereği kapalı ve görünmeyen bölmelerde satılmalı, bu ürünlerin görünürlüğünün azaltılması uygulaması denetlenmelidir.
- İçki ve tütün ürünleri satan işletmeler yerleşim yerlerinin dışına taşınmalıdır. İl ve ilçelerin yüz ölçümüne veya nüfuslarına göre tütün ürünü satışı yerlerinin açılmasına belli bir kota uygulaması getirilerek (Örneğin: her 4000 nüfusa 1 tütün ürünü satış yeri) satış sınırlandırılmalı ve tespit edilen bu sayının üstüne asla çıkılmamalıdır. Bir seferde satılabilecek tütün ürünü sayısı da sınırlandırılmalıdır.
- İnsan sağlığına bu denli zararlı olan sigaraya ulaşmada nakit ödemenin caydırıcı etkisinden yararlanılmalı; kullanan kişilerin alın teriyle kazandıkları parayı nakit ödedikleri takdirde diğer zorunlu ihtiyaçlarından kısarak kendilerini zehirlemek için sigara satın aldığı farkındalığını kazandırmak adına kredi kartı ile önceden borçlanma yöntemiyle sigara satışının yasaklanması, bunun için gerekli kanuni düzenlemeler yapılmalıdır.
- Tütün kontrolü denetimlerinin daha objektif ve insan faktöründen arındırılmış bir şekilde icra edilebilmesi için teknoloji alt yapısı elden geçirilmeli, kameralı sistemler ve tabletler gibi daha modern cihazlar kullanılmalı, yasal düzenlemeler buna uygun hale getirilmelidir. Gerçek zamanlı, denetim ekiplerini de denetleyen online sistemler geliştirilmelidir.

Tam Metin Sözlü Bildiri

- Denetim sistemleri gönüllerle desteklenmelidir. Fahri tütün denetmenliği sistemi oluşturulmalıdır. Denetimler sonrasında kesilen cezaların tahsilinde yaşanan aksaklıklar giderilmeli, uygulanabilir algoritmalar oluşturulmalıdır. 4207 sayılı kanunun 5.2 maddesinde yer alan işletme sorumluları tanımının içeriğinin tam olarak aydınlatılması ve cezanın muhatabının netleştirilmesi gerekmektedir. Ayrıca ilgili kanunda cezai müeyyide kısmında 1 yıllık dönemdeki tekrür uygulamasında tekrürün ne anlama geldiği açık ve net olarak belirtilmelidir. Bu suretle mahkemelerden dönen tütün cezalarının önüne geçilecek düzenlemeler yapılmalıdır.
- Açık/kapalı alan tanımlarının yeniden gözden geçirilmeli, sigara ve nargile tüketilebilen işletmelerin açılma koşullarının ağırlaştırılarak yeniden düzenlemeli ve açılış koşullarının devam edip etmediği düzenli olarak denetlenmelidir.
- ALO 184, Yeşil Dedektör gibi tütün kontrolüne yönelik geliştirilen uygulamaların tanınırlığını arttıracak tanıtım organizasyonları yapılmalıdır.
- Açık alanlarda tütün ürünü tüketiminin serbest olduğu alanların isimleri olumsuz imge oluşturacak şekilde seçilmelidir, örneğin; siyah alan. Bunun gibi; Otobüs durakları, çocuk parkı ve bahçeler gibi sigara içilmesinin yasak olduğu alanları vurgulamak adına isimlendirme ve renklendirme özenle yapılmalıdır, örneğin; yeşil durak.
- Tütün ürünü ve diğer bağımlılık yapan maddeleri kullanmayan ve Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan daha az faydalanan kişiler taltif edilmeli, ödüllendirici ve bırakmayı teşvik edici bir takım faaliyetler yapılmalıdır. Tütün ürünü kullanmayan çalışanların yıllık izinleri arttırılmalıdır. (Örneğin: iyi uygulama örneği olarak Japonya'da sigara içmeyenlere 6 gün ek izin verilmesi.) Tütün ürünü kullanmayan memurlara bir miktar hizmet puanı eklenebilir. Aksine tütün ürünü kullanan kişilerin sosyal güvenceleri sınırlandırılmalı, günlük sigara için işten uzak kaldığı süreler akşam mesaisine eklenmelidir (Örneğin: Sigara içen kişilerin günlük/haftalık mesai saatleri 8.00-17.30/ Cumartesi 9.00-12.00 olmalıdır). İşe alımlarda ve işe giriş mülakatlarında sigara içmeyenlere ek puan verilmelidir.
- Sosyal medya ve dijital platformlarda tütün ürünlerini özendiren yayınlara karşı önleyici tedbirler alınmalıdır. Sosyal medyada kullanılan sigara ve nargile fotoğrafların yayınlanmasının ve beğeni almasının önüne geçilmelidir. Bu gibi paylaşımlar reklam olarak değerlendirilmelidir.
- Kamu kurum ve kuruluşlarında özellikle yöneticilerin, mülki idare amirlerinin, il/ilçe sağlık müdürleri, hizmet başkanları ve başhekimlerin, seçilmiş kişilerin, belediye başkanlarının ve meclis üyelerinin kapalı alanlarda, makam odalarında ve makam araçlarında sigara içmelerinin önüne geçilmelidir.
- 2010 yılı ve sonrasında doğan bireylerden sigara içenlerinin kamu kurumlarında işe alınmayacağı bugünden duyurulabilir.
- Tarımda tütüne alternatif ürünler programının devreye sokularak tarım ürünü olarak tütünün cazip bir ürün olmaktan çıkarılması sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Tütün, Tütün Ürünleri, Tütün Kontrolü, Çalıştay, Ankara

Tam Metin Sözlü Bildiri

Kaynaklar:

1. Ergüder T (2008). *Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi Küresel Sağlık İçin, Küresel Eylem (The WHO Framework Convention on Tobacco Control)*. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 731 ISBN: 978-975-590-247-0, Ankara, Şubat, 2008. s:4,9
2. Bilir N (2016). *Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi ve Türkiye: Bir Başarı Örneği*. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi 2016; 4 (1): 7-12
3. Centers of Disease Control and Prevention. "Youth and Tobacco Use". (Erişim Tarihi: 20.10.2022) https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/youth_data/tobacco_use/index.htm
4. Wang, T. W., Tynan, M. A., Hallett, C., Walpert, L., Hopkins, M., Konter, D., & King, B. A. (2018). *Smoke-Free and Tobacco-Free Policies in Colleges and Universities - United States and Territories, 2017*. MMWR. Morbidity and mortality weekly report, 67(24), 686-689. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6724a4>
5. "Tütünsüz Üniversite" İçin Adım Adım Uygulama Rehberi, Ankara, 2019.
6. Erciyes Üniversitesi. "Dumansız Kampüs". (Erişim Tarihi: 20.10.2022) <https://yesilkampus.erciyes.edu.tr/Sayfa/19/1/dumansiz-kampus.html>
7. Namık Kemal Üniversitesi. "Dumansız Kampüs Hareketi" (Erişim Tarihi: 20.10.2022) <https://dumansiz.nku.edu.tr/>
8. Üsküdar Üniversitesi. "Her şey "Dumansız Kampüs" için..." (Erişim Tarihi: 20.10.2022) <https://uskudar.edu.tr/tr/icerik/8439/her-sey-dumansiz-kampus-icin->
9. Sağlık Bilimleri Üniversitesi (2021), Kurum İçi Değerlendirme Raporu, 2021.
10. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Senato Kararı (2021), Toplantı Tarihi: 21.09.2021, Toplantı Sayısı:27, Karar Sayısı:27
11. Saraçoğlu S, Öztürk F (2020). *Türkiye'de Tütün Kontrol Politikaları ve Tütün Tüketimi Üzerine Bir Değerlendirme*. Politik Ekonomik Kuram, Cilt 4(1)
12. GBD 2019 Tobacco Collaborators (2021). *Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019*. The Lancet 2021; 397: 2337-6
13. OECD-iLibrary. "Smoking among adults". (Erişim Tarihi:20.10.2022), <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/611b5b35-en/index.html?itemId=/content/component/611b5b35-en#indicator-d1e1893>

Özet Sözlü Bildiri

S17

SÜDGE'YE KATILANLARIN ALKOL KULLANMA DURUMLARININ VE SAĞLIK ALGILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Ismail ONUR¹, Zeynep DEVRAN MUHARREMOĞLU², Şeyda TOK³, Fulya AKTAN KİBAR², Selin TUNALIÇOKLUK¹,
Enes Ahmet GÜVEN⁴, Seyhan SALİM¹, Neşe AŞICI⁵, Yasin ÇATALBAŞ¹, Aziz ÖĞÜTLÜ¹

¹Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

²Serdivan İlçe Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

³Hendek İlçe Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

⁴Erenler İlçe Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

⁵Adapazarı İlçe Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

Giriş-Amaç: Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yayınladığı karayolu güvenliğine ilişkin küresel durum raporuna göre 2016 yılında trafik kazalarında 1.3 milyon insan hayatını kaybetmiştir. Bu kayıplara sebep olan durumların başında alkollü araç kullanımına bağlı kazalar gelmektedir. Bu çalışma ile alkollü araç kullanımı sebebiyle ehliyetine el konulan kişilere yönelik Sakarya'da düzenlenen Sürücü Davranışlarını Geliştirme Eğitimi'ne (SÜDGE) katılanların bazı özelliklerine göre sağlık algılarının değerlendirmek ve alkol bağımlılığı açısından risk durumlarını ortaya koymak amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Bu araştırma kesitsel tiptedir. Araştırmanın evrenini Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü tarafından Ocak-Nisan 2022 tarihlerinde yapılan SÜDGE'ye katılanlar oluşturmaktadır. Bu dönemde toplam 102 kişi eğitim almış ve tamamı araştırmaya katılmıştır. Hazırlanan soru formu, 47 soru ve 68 bileşen olmak üzere dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm Sosyo-demografik özellikler, ikinci bölüm trafikle ilgili özellikler, üçüncü bölüm Alkol Kullanımını Değerlendirme Ölçeği, dördüncü bölüm ise Sağlık Algısı Ölçeği'ni (SAÖ) içermektedir. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 30.11.2021 tarih ve 517 sayılı kararı ile kurul izni alınmıştır. Araştırmada elde edilen veriler, SPSS v.23 istatistik programı ile değerlendirilmiştir. Bulguların analizinde tanımlayıcı özellikleri incelemek amacıyla yüzde dağılımları verilmiş, sürekli değişken karakterindeki verilerin merkezi eğilim ve yaygınlık ölçütleri (ortalama, ortanca, standart sapma, 1. ve 3. çeyreklikler) hesaplanmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi (Pearson ve Fisher'in kesin testi) kullanılmıştır. Analizlerde istatistiksel anlamlılık değeri $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırma 102 katılımcı ile tamamlanmıştır. Araştırma grubunun %98,0'ı ($n=100$) erkek, %31,3'ü ($n=32$) ilkökul mezunudur. Araştırmaya katılanların %60,8'i ($n=62$) evli, %35,3'ünün ($n=36$) geliri asgari ücret ile 5000 TL arasında olup, %76,5'i ($n=78$) halen sigara kullanmaktadır. Katılımcıların %3,9'unun ($n=4$) herhangi bir ruhsal hastalık tanısı vardır. Katılımcıların %67,6'sı ($n=69$) B sınıfı ehliyete sahip, %7,8'i ($n=8$) daha önce SÜDGE eğitimi almış, %34,3'ü ($n=35$) son beş yılda alkol kullanımı dışında trafik cezası almıştır. Alkol Kullanımını Değerlendirme Ölçeği'nde yüksek risk olarak değerlendirilen katılımcı oranı %8,9'dur ($n=22$). SAÖ puanı ortalama \pm standart sapma (ortanca)= 40,45 \pm 4,76 (40,0)'dır. Son 5 yılda kendi kullandığı araç ile kaza yapanların %27,3'ü, yapmayanların %3,8'i, ikinci kez alkolden kaza nedeniyle yakalananların %25,0'i, polis çevirmesi nedeniyle yakalananların ise %6,4'ü, AMATEM'e sevk edilenlerin %37,5'i, sevk edilmeyenlerin %6,5'i Alkol Kullanımını Değerlendirme Ölçeği'ne göre yüksek risklidir. Kendi aracıyla kaza yapanlar, yapmayanlara göre, ikinci kez alkolden kaza nedeniyle yakalananlar, polis çevirmesi nedeniyle yakalananlara göre, AMATEM'e sevk edilenler, sevk edilmeyenlere göre Alkol Kullanımını Değerlendirme Ölçeğine göre alkol bağımlılığı riski istatistiksel anlamlı olarak daha yüksektir (sırasıyla $p=0,001$, $p=0,03$, $p=0,003$). Ekonomik durumu 10000 TL ve altı olanların SAÖ'den aldığı puan 40,0 \pm 4,61, 10001 TL ve üstü olanların aldığı puan ise 43,21 \pm 4,92'dir. 10001 TL ve üzeri geliri olanlar, 10000 TL ve altı geliri olanlara göre sağlık algıları istatistiksel anlamlı olarak daha fazladır ($p=0,02$).

Sonuç ve Öneriler: Yapılan bu araştırma sonucunda AMATEM'e sevk edilenler ve alkolden kaza nedeniyle yakalananlar Alkol Kullanımını Değerlendirme Ölçeği'ne göre yüksek risklidir. Bu gruplarda alkol bağımlılığı gelişmeden ve alkolden kaynaklanabilecek kazalar olmadan alkol bağımlılığının tanınmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

*Çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamış ve yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Anahtar Kelimeler: Alkol kullanımı, Sürücü Davranışı Geliştirme Eğitimi, Bağımlılık

Özet Sözlü Bildiri

S18

İSTANBUL'DA BİR TIP FAKÜLTESİ'NDEKİ ÖĞRENCİLERİN SİĞARA VE ALKOL KULLANIM DÜZEYLERİ

Beyza Nur ATAÖĞLU¹, Ahmet TOPUZOĞLU², Burcu ÇAKMAK², Buse YURTTUTAN², Hamide TOKOL², Serra Nur ATAÖĞLU²

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

Giriş ve Amaç: Sigara ve alkol kullanımı insan sağlığının bozulmasına ve erken ölümlere yol açması sebebiyle önemli birer halk sağlığı sorunudur. Üniversite öğrencilerinde, tıp fakültesi öğrencileri de dahil olmak üzere, sigara ve alkol kullanımının yüksek olduğu görülmektedir. Gençlerin sigara ve alkol tüketme davranışlarını değerlendirmek ve nedenlerini araştırmaya yönelik yapılan çalışmalar bu sorunların önlenmesine katkı sağlayacaktır. Bu çalışmayla bir tıp fakültesi öğrencilerindeki sigara ve alkol kullanım sıklığının ve nedenlerinin ortaya konması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma kesitsel tipte bir araştırmadır. Çalışmanın evrenini bir kamu hastanesi tıp fakültesinde öğrenim görmekte olan 1475 öğrenci oluşturmaktadır. Sınıf listelerine göre sistematik rastgele örnekleme yöntemi ile 0,05 hata payıyla %95 güven aralığında minimum örneklem 304 kişi olarak belirlenmiştir. Mayıs-Haziran 2022 tarihlerinde 'Google Formlar' uygulamasıyla 263 kişiden (%86,5) yanıt alınmıştır. Anketin ilk kısmı literatüre dayalı bireysel soruları içermektedir. İkinci kısmında "Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi" bulunmaktadır. Üçüncü kısımda ise "Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi" bulunmaktadır. Çalışmanın bağımsız değişkenleri cinsiyet, sınıf, gelir durumu, ilişki durumu, geçirilmiş psikiyatrik öykü; bağımlı değişkenleri sigara kullanma, alkol kullanma, binge drinking davranışında bulunma durumlarıdır. Elde edilen veriler SPSS 29 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı veriler frekans ve yüzdelik değerler ile birlikte belirtilmiştir. Kategorik değişkenlerin değerlendirilmesinde Ki-Kare testi kullanılmıştır. Değişkenlerin ileri istatistiksel analizi için binary logistik regresyon modeli enter yöntemi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri $p < 0.05$ kabul edilmiştir. Bu araştırma Helsinki bildirgesi ilkelerine uygun olarak ve yerel etik komiteden onay alınarak yapılmıştır (09.2022.84). Finansal destek alınmamış, herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Bulgular: Araştırmaya 126 kadın (%47,9), 137 (%52,1) erkek katılmıştır. Yaş ortalaması 22.31 ± 0.13 . Katılımcılardan 34'ü (%12,9) birinci sınıfa, 40'ı (%15,2) ikinci sınıfa, 43'ü (%16,3) üçüncü sınıfa, 48'i (%18,3) dördüncü sınıfa, 48'i (%18,3) beşinci sınıfa, 50'si (%19,0) 6. sınıfa gitmektedir. Katılımcıların 61'i (%23,2) sigara, 147'si (%55,9) alkol kullanmaktadır. Sigaraya başlama medyan yaşı 18 (min-max: 10-25), alkole başlama medyan yaşı 17,5'dur (min-max: 13-22). Katılımcılardan 58'i (%22,1) daha önceden psikiyatrik rahatsızlık geçirmişti. Fagerström ölçeğinden alınan puanlara göre sigara kullananların 44'ü (%73,3) düşük, 12'si (%20,0) orta, 4'ü (%6,7) ise yüksek bağımlı bulunmuştur. AUDIT ölçeğinden alınan puanlara göre ise 99'ü (%67,3) düşük riskli kullanım, 43'ü (% 29,3) zararlı kullanım, 5'i (%3,4) yüksek riskli alkol kullanımı davranışı sergilemektedir. Tek değişkenli analiz sonuçlarında cinsiyet ve sınıfa göre sigara (sırasıyla $p=0,069, p=0,332$) ve alkol (sırasıyla $p=0,723, p=0,228$) kullanımında farklılık saptanmamıştır. Alkol kullanımının sigara kullanımı ile ilişkili olduğu görülmüştür ($p < 0.001$). Çok değişkenli analizlerde sigara kullanımının alkol kullanımında 3,7 kat riskli olduğu bulunmuştur (OR=4,3; GA:1,795-7,715). Ayrıca daha önceden psikiyatrik rahatsızlık geçirmek sigara kullanımı için 2,4 kat risk oluştururken (OR=2,3; GA:1,202-5,123), "binge drinking" davranışı sergilemekte sigara kullanımının 4,6 kat riskli olduğu görülmüştür (OR=5,3; GA:2,348-9,073).

Sonuç: Geçirilmiş psikiyatrik rahatsızlık öyküsünün sigara ve alkol kullanımı için risk olduğu saptanmıştır. Ayrıca "binge drinking" davranışı sergilemede sigara kullanmanın riskli olduğu görülmüştür. Bu çalışmanın kısıtlılıkları; anketin kişisel beyana bağlı ve geri dönük cevaplanması gereken sorular içermesi ve hedeflenen örnekleme ulaşılamamasıdır. Sosyal ortamlarda riskli davranışlar birlikte görülebilmektedir. Meslek hayatlarında topluma sağlık hizmeti sunacak tıp fakültesi öğrencilerine eğitimleri sürecinde verilen bilgilerin yanı sıra bu konuda bilinç ve farkındalık kazandırılmalıdır. Ek olarak, psikiyatrik rahatsızlık öyküsü olan öğrencilerin psikiyatrik destek almaları sağlanmalıdır. Bu bağlamda fakültelerde mentörlük programları geliştirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Alkol içme, Sigara içme, Tıp fakültesi

Tam Metin Sözlü Bildiri

S19

TÜRKİYE'DE NÜFUS - SAĞLIK POLİTİKALARI VE KADIN SAĞLIĞI

Emine ABAY¹, Ayşe AKIN²

¹Başkent Üniversitesi, Türkiye

²Başkent Üniversitesi, Türkiye

GİRİŞ

İnsan Hakları ele alındığında, bireylerin en önde gelen haklarından biri “sağlık hakkıdır”. Bu nedenle de devletin en önemli görev ve sorumluluklarından biri, bireylerin sağlıklı yaşama hakkını korumak ve sağlamaktır. Sağlık hakkının en önemli bölümü olan üreme sağlığının gerçekleştirilmesinde ise ülkenin nüfus politikaları, sağlık sistemi ve önemli bir koruyucu sağlık hizmeti olan aile planlaması (AP) uygulamaları kadın-anne ve çocuk sağlığı açısından çok önemlidir. ¹

Aile planlaması; Doğurganlığın düzenlenmesi, anne-bebek mortalite ve morbiditesini, riskli gebelikleri ve ülkelerin nüfus yapısını, nüfus artış hızını etkileyen önemli bir kavramdır. Aile planlaması uygulamaları hak temelli ve kanıta dayalı olarak başarılı bir şekilde gerçekleştirildiğinde aşırı nüfus artışını, riskli gebelik ve anne-bebek mortalite ve morbiditesini azaltmaktadır.¹

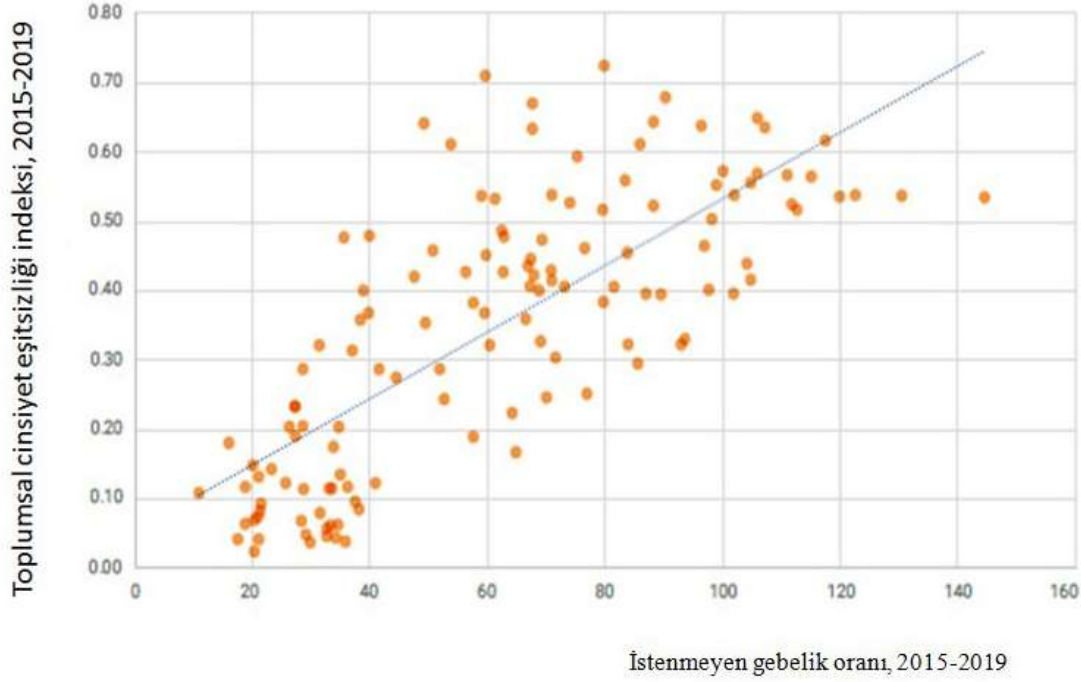
Aile planlaması konusu ilk kez 1966 yılında Birleşmiş Milletler (BM) Genel Kurulunda “ailelerin kendi büyüklüklerini belirleme özgürlüğü” olarak ifade edilmiş ve bir hak olarak kabul edilmiştir. Aile planlaması hizmeti 1978 yılında yayımlanan ve tüm dünya tarafından kabul edilen Alma Ata -Temel Sağlık Hizmetleri Bildirgesinde temel bir sağlık hizmeti olarak belirtilmiştir. 1984 yılında Uluslararası Nüfus Konferansında (Mexico City) bir kavram olarak tanımlanan aile planlaması; 1994 yılında Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında kadının ve erkeğin aile planlaması yöntemleri konusunda bilgi sahibi olmaları, kadın erkek eşitliği temel alınarak her iki cinsiyetin de üreme sağlığı hizmetlerine ve onun önemli bir bölümü olan AP hizmetlerine ulaşabilmenin onların temel hakkı olduğu vurgulanmıştır. ^{2,3,4} Osmanlı İmparatorluğu döneminde nüfus planlaması, üzerinde durulan bir konu olmamıştır. Türkiye Cumhuriyeti tarihinde ise 1923-1965 yılları arasında pronatalist, 1965 yılından sonra da antinatalist nüfus politikası benimsenmiştir. ^{5,6,7}

Aile planlaması temel bir sağlık hakkıdır ve aile planlamasının amaçları; üreme sağlığı hakkında bireyleri bilinçlendirmek, sağlıklı bir cinsel yaşam sürdürülmesini sağlamak, bireylerin istedikleri sayıda çocuk sahibi olmasını temin etmek, istenmeyen gebeliklerin sağlıklı olmayan yollarla sonlandırılmasını önlemek, bireylerin gebelikten korunma yöntemlerinden uygun ve kolayca yararlanmasını sağlamak, gebelikler arasına yeterli ve sağlık bağlamında gerekli zaman aralığının konulmasını sağlamak olarak özetlenebilir. ⁸

UNFPA State of World Population 2022 yayınına göre dünyada bir yılda meydana gelen 121 milyon istenmeyen gebelik, bu konudaki hizmetlerdeki başarısızlığın göstergesidir. Bu durum kadınların temel sağlık haklarından olan üreme hizmetlerinden faydalanamadığını da ifade etmektedir. İstenmeyen gebeliklerin %60'ı yasal veya yasa dışı isteyerek düşük (kürtaj) olarak sonuçlanmaktadır. Dünyada gebelikten korunmak isteyen kadınların yaklaşık 257 milyonu modern doğum kontrol yöntemlerini kullanamamaktadır. Bu kadınların 172 Milyonu hiçbir yöntem kullanmamaktadır.

Konu cinsiyet eşitsizliği açısından değerlendirildiğinde, cinsiyet eşitsizliğinin fazla olduğu ülkelerde istenmeyen gebeliğin de daha fazla olduğu incelemelerde gösterilmiştir. ⁹

Tam Metin Sözlü Bildiri



Şekil 1: 2015-2019 yılları arasında istenmeyen gebelik oranı ile cinsiyet eşitsizliği indeksi arasındaki korelasyon, 2019.⁹

İstenmeyen gebelik bir “insan hakkı ihlali ve cinsiyet eşitsizliği” sorunudur. BM-Kalkınma hedeflerine ulaşmada 2019 yılında Nairobi Zirvesinde konulan hedeflerden biri de 2030 yılına dek “aile planlamasında karşılanmayan gereksinimin “sıfıra” indirilmesi” olarak belirlenmiştir. Bu hedefe ulaşamamasının özellikle kadınların Nairobi’de belirlenen diğer hedeflere ulaşabilmesinde de engelleyici olacağı vurgulanmıştır.9Küresel olarak kadınların aile planlamasında modern yöntem kullanma oranı 2000’de %74 iken 2022’de %77 olmuştur. Ancak gerçekleşen bu ilerleme tehdit altındadır. Hala COVID-19 sebebiyle oluşan hizmete erişememe sorunları da devam etmektedir.¹⁰

Türkiye’de, aile planlamasında karşılanmayan gereksinimin ikiye katlanması (% 6’ dan % 12’ye çıkması) ülkede mevcut yasaya rağmen hem kadın sağlığının en önemli koruyucu hizmeti olan AP konusunu yıllar içindeki gelişmeleri de dikkate alarak gündemde tutmak hem de önemli bir sağlık hakkının ihlaline dünyadaki eğilimlere de yer vererek dikkat çekmek bu yazının temel amacı olmuştur.

Geçmişten Günümüze Türkiye’nin Aile Planlaması Politikaları

Türkiye’de nüfusla ilgili atılan ilk adım Gazi M. Kemal Atatürk tarafından 1926 yılında “Merkezi İstatistik Dairesi’nin” kurulmasıdır. Bu başlangıç daha sonra “Devlet İstatistik Enstitüsü - DİE” olarak işlevini sürdürmüş olup 2005 yılında ismi Türkiye İstatistik Kurumu - TÜİK olarak değiştirilmiştir.^{5,11}

Türkiye’de ilk nüfus sayımı da 1927’de yapılmıştır. Cumhuriyet öncesi yaşanan savaşlar nedeniyle nüfusun sayı ve yapısı değişikliğe uğramıştır. Bu nedenle 1923’ten sonra nüfusun artırılmasının gerektiğine dikkat çekilmiş ve pronatalist politika izlenmeye başlanmıştır. Bu dönemde ceza kanununa düşük yapma ve yaptırmanın yasak olduğu maddesi eklenmiştir. 1936’da ise bu maddeye ek olarak “ırkın devamlılığını ve sağlığını tehlikeye düşürmek” suç olarak kabul edilmiştir ve bu dönemde yasa dışı düşüklerin artmasıyla birlikte kadın sağlığı oldukça olumsuz etkilenmiştir. Bu politika gereği kontraseptiflerin ithali yasaklanmıştır. Çok çocuk sahibi olanlara teşvikler verilmiştir. Sonuç olarak da nüfus ve doğurganlık hızı artmaya devam etmiştir. Savaş yıllarında ölümlerin fazla, doğumun ise az olmasına bağlı 1940-1945 yıllarında nüfus artış hızında düşme görülmüştür. 1945-1950 yıllarında nüfus artış hızı yükselmiştir.1927-1945 arasında binde 18 olan nüfus artış hızı 1950’de binde 22 olmuştur. Pronatalist politika öncesi toplam doğurganlık hızı 5,6 iken 1930-1935 yılları

Tam Metin Sözlü Bildiri

arasında 7,1 olarak Türkiye tarihinin en yüksek değerine ulaşmıştır. Zaman içinde gereksinime göre gerekli değişiklik yapılmadan izlenen pronatalist politika aşırı doğurganlık, sağlıksız düşükler ve anne ölümlerinde artış ile sonuçlanmıştır. ^{5,11}

Tablo 1: Sayım Yıllarına Göre Türkiye Nüfusu (1927-2021)¹¹

Sayım Yılı	Nüfus	Yıllık Nüfus Artış Hızı (%)	Nüfus Yoğunluğu
1927	13648270	-	18
1935	16158018	21,10	21
1940	17820950	17,03	23
1945	18790174	10,59	24
1950	20947188	21,73	27
1955	24064763	21,75	31
1960	27754820	28,53	36
1965	31391421	24,62	41
1970	35605176	25,19	46
1975	40347719	25,00	52
1980	44736957	20,65	58
1985	50664458	24,88	65
1990	56473035	21,71	73
2000	67803927	18,28	88
2009	72561312	14,50	94
2021	84680000	12,7	110

1955 yıllarında sağlıksız düşükler sonucu artan anne ölümleri nedeni ile Pronatalist politikanın değişmesi için yoğun uğraşlar verilmeye başlanmış olup 1965 yılı sonrasında nüfus artış hızını sınırlayıcı antinatalist politikaya geçilmiştir. 1965 yılında Nüfus Planlaması Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Pronatalist politika sürecinde anne ve bebek ölümlerinin artışı ve anne ölümlerinin çoğunun isteyerek düşüğe bağlı olması nedeniyle kontrasepsiyon yöntemlerinin kullanılması gerektiğini göstermiştir. Bu konuda savunuculuk ve öncülük yapanların başında Prof Dr. Nusret Fişek gelmektedir. Bu çalışmalar sonucunda 1965 yılında kabul edilen 557 sayılı Nüfus

Tam Metin Sözlü Bildiri

Planlaması kanununa görebireylerin istediği sayıda ve zamanda çocuk sahibi olmalarının sağlanması; Geriye dönüşümlü gebeliği önleyici yöntemlerin kullanılabilmesi yasallaştırılmıştır.¹² Bu yasada gebeliğin düşükle sonlandırılmasına ve cerrahi sterilizasyon yöntemlerine ise ancak medikal endikasyon mevcut olduğunda izin verilmiştir. 557 sayılı ilk Nüfus Planlaması yasası, özellikle Sağlık Bakanlığının toplumun taleplerini dikkate alan uygulamaları sonucu son derece olumlu sonuçlar vermiş, kontraseptif kullanımı, konu ile ilgili toplumun bilinçlenmesi giderek artmış, karşılanmamış hizmet ihtiyacı giderek azalmıştır. Ne var ki **istenmeyen gebeliklerin sadece medikal nedenle sonlandırılması “sosyal endikasyonun” yasada olmaması nedeni ile isteyerek düşükler kadın sağlığında sorun olmaya devam etmiştir.**^{5,6,11}

Kaynaklara göre 1980’ lerde yılda 400 bin olan isteyerek düşüklerin yaklaşık 50 bini sağlıksız koşullarda yapılan çoğu kez anneyi ölüme götüren türde düşükler olarak varlığını sürdürmüştür. Aynı şekilde ilk yasada olduğu gibi yapılan uzun savunuculuk ve yürütülen bilimsel araştırma faaliyetleri sonucu Kadın sağlığı bağlamında daha liberal üreme sağlığı haklarını gözeten 2827 sayılı yasa 1983 yılında kabul edilmiştir. Bu yasayla; 10 haftalık gebelik süresince isteyerek düşükler “istek üzerine” yasal hale gelmiştir, sertifika eğitimi alan ebe ve hemşirelere Rahim İçi Araç (RİA) uygulaması için yetki verilmiş, ayrıca sertifika alan pratisyen hekimlere gebeliği erken dönemde menstrüel regülasyon (MR) yöntemi ile sonlandırma yetkisi verilmiştir, kadın ve erkek için isteğe bağlı cerrahi sterilizasyon da destek üzerine yasal hale gelmiştir.¹³

Bu yasanın uygulamaya geçmesinden sonra isteyerek düşüğe bağlı komplikasyonlar ve anne ölümleri azalmış; RİA kullanımı yasayı izleyen 5 yılda 2 katına çıkmıştır, kontraseptif yöntem kullanımı geleneksel yöntem kullanımını aşmış, AP’da hizmetlere erişim artmış, karşılanmayan gereksinim de azalmaya devam etmiştir.^{5,11}

Tablo 2. Türkiye’de Yıllara Göre Kontraseptif Uygulamaları ve İsteyerek Düşükler (1993-2018)^{5, 14}

Yöntem	1993 (%)	1998 (%)	2003 (%)	2008 (%)	2013 (%)	2018 (%)
Herhangi bir yöntem	62,6	63,9	71	73	73,5	69,8
RİA	18,8	19,8	20,2	16,9	16,8	13,7
KOK	4,9	4,4	4,7	5,3	4,6	4,8
Kondom	6,6	8,2	10,8	14,3	15,8	19,1
Tüp	2,9	4,2	5,8	8,3	9,4	10,4
Ligasyonu						
Geri Çekme	26,2	24,4	26,4	26,2	25,5	20,4
Takvim	1,0	1,1	1,1	0,6	0,3	0,2
Modern Yöntemler	34,5	37,7	42,5	46,0	47,4	48,9
Geleneksel Yöntemler	28,1	26,1	28,5	27	26	20,9
Yöntem Kullanmıyor	37,4	36,1	29,0	27,0	26,5	30,2
İsteyerek Düşükler (100 Gebelikte)	18	14,5	11,3	10	4,7	5,9

Tam Metin Sözlü Bildiri

Türkiye’de Kalkınma Planlarında Nüfus Konusu:

Türkiye, 1960 yılından itibaren planlı döneme geçmiş olup, **Birinci Beş yıllık kalkınma planında (1963-1967)** hızlı nüfus artışının ekonomik gelişmeyi önlediği ve nüfus planlamasının olması gerektiği belirtilmiştir. Ücretsiz kontraseptifler dağıtılmıştır. İkinci beş yıllık kalkınma planında (1968-1972) nüfus planlaması deyiminin yerini aile planlaması deyimine almıştır. Bu dönemde yurt dışına göçlerin artması nüfus planlamasını da etkilemiştir. Üçüncü beş yıllık kalkınma planında (1973-1977) yüksek bebek ölüm hızının ve ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin yetersizliğinin sorun olduğu fark edilmiş, aile planlamasıyla ana-çocuk sağlığı hizmetleri birlikte yürütülmüştür. **Dördüncü beş yıllık kalkınma planında (1978-1983)** nüfus politikası ile ekonomik politikaların birbirini etkilediği vurgulanmıştır. **Beşinci beş yıllık kalkınma planında (1985-1989)** ekonomik kalkınma ön planda tutulmuştur. **Altıncı beş yıllık kalkınma planında (1990-1994)** nüfus artışı tekrar gündeme gelmiş ve ekonomik ilerlemeyi önlediği düşüncesiyle nüfus artış hızının azaltılması istenmiştir. **Yedinci beş yıllık kalkınma planında (1996-2000)** birey refahını artırmak için nüfus artış hızının azaltılması benimsenmiştir. **Sekizinci beş yıllık kalkınma planında (2001-2005)** nüfusun 2050 yılında 100 milyona ulaşacağı ve dikdörtgen nüfus piramidi olacağı öngörülmüştür. Nüfusun yaşam kalitesinin artırılması, bölgeler arası farkların kaldırılması, üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin eşit ve kaliteli sürdürülmesi amaçlanmıştır. **Dokuzuncu beş yıllık kalkınma planı dönemi (2007-2013)** Başbakanın “en az üç çocuk” dediği bir süreç olmuştur. Genç nüfus ile AB’ye katılımın, AB ekonomisine canlılık vereceği beklentisi, bölgeler arası farklar olduğu, 0-14 yaş grubunun düşmeye devam edeceği ve yaşlı grubun artacağı vurgulanmıştır.^{5, 11}

Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planında (2014-2018) bireylerin yaşam kalitesi ve beklenen yaşam süresini artırmak hedeflenmiştir. Tamamlayıcı tıp uygulamaları yaygınlaştırılmıştır. 15Akılcı ilaç kullanımı konusunda bilinçlendirme planlanmıştır.¹⁶

Halen güncel olan “**Onbirinci Beş Yıllık Kalkınma Planında (2019-2023)**” koruyucu hizmet kapasitesinin geliştirilmesi hedeflenmiştir. Sağlık okuryazarlığı, iş sağlığı gibi alanlarda ilgili kurumlarla iş birliği yapılması planlanmıştır. Sağlıklı Beslenme ve hareketli yaşama yönelik faaliyetler yapılacağı ve sağlıklı hayat merkezlerinin sayısının artacağı ifadelerine yer verilirken kadın -anne ve çocuk sağlığının en önemli koruyucu hizmeti olan “aile planlaması hizmetlerine” bu planda yer verilmemiştir.¹⁷

Türkiye’de 2000’li yıllara kadar olan “birinci basamak temel sağlık hizmetleri “sağlık ocaklarında istihdam edilen doktor ve ekibi tarafından verilmiştir. Bu ekipte olan ebe-hemşirelerin ev ziyaretleri ile 15-49 yaş grubu kadınları, gebeleri ve çocukları izlemeleri, sistemin önemli özelliği olup sağlık hizmetlerine ulaşamayanlara da ulaşılmasını sağlamıştır. Yine sözü edilen bu sistemde AP eğitimleri, klinik hizmetler birinci basamakta olduğu kadar 2. Basamak sağlık kuruluşlarında da öncelikli koruyucu hizmet olarak verilmekteydi. Ne var ki sözü edilen hizmet biçimi, 2004 yılında pilot uygulama olarak başlatılan aile hekimliği uygulamasıyla değişikliğe uğramış ve ev ziyaretleri pratik olarak sonlanmıştır. Bu sistem özellikle AP konusunda toplumun gereksinimlerinin / taleplerinin karşılanamaması daha özet ifade ile ihtiyacı olanların hizmete ulaşamamaları; üreme sağlığı haklarının ihlali sonucu karşılanamayan AP gereksinimi 5 yıllık sürede 2 ye katlanarak %6 dan % 12 ye çıkmış ve daha da görünür hale gelmiştir.^{6, 18}

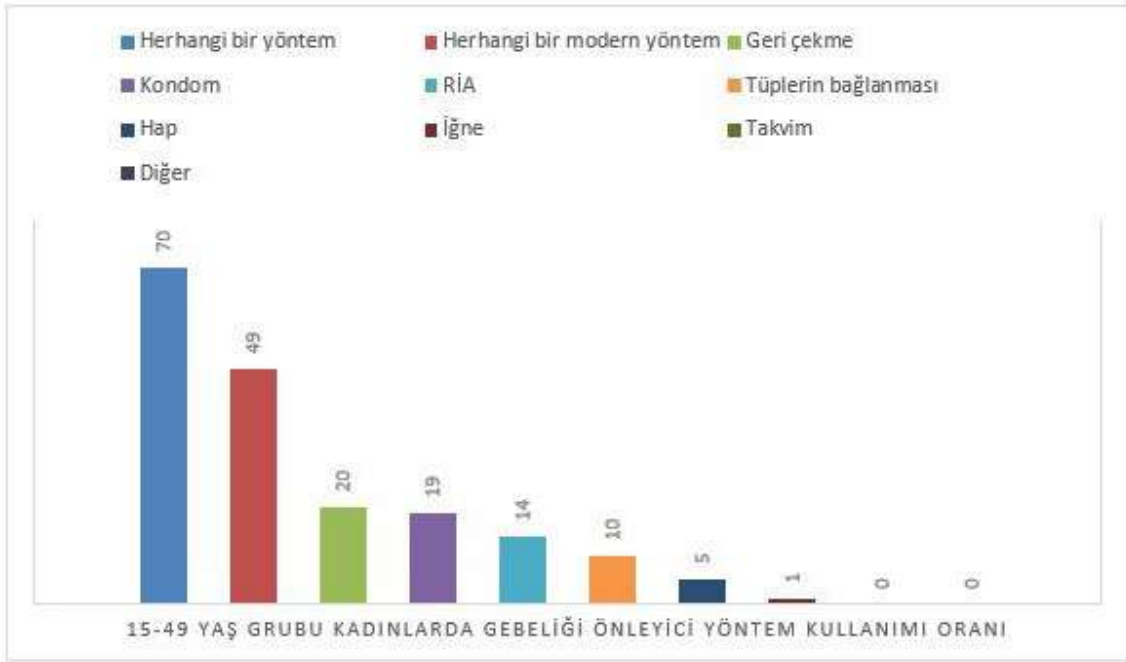
Türkiye’de sağlık politikası Sağlıkta Dönüşüm Programı ile yeniden yapılandırılmıştır. Programın içeriği 7. Ve 8. Beş yıllık kalkınma planıyla örtüşmektedir. Temel hedef ise, halkın sağlık düzeyini yükseltmek, maliyetleri düşürmek ve sağlık hizmetlerine ulaşan bireylerin güçleri oranında sağlık finansmanına katkı sağlamalarını gerçekleştirmektir. Bu uygulamayla kişi başı sağlık başvurusu artmıştır. Yine bu dönemde uygulanmaya başlanan aile hekimliği sistemiyle aile planlaması hizmet uygulamalarının ve kadın sağlığı yönünden önemli diğer bazı koruyucu sağlık hizmetlerinin önceliği giderek azalmıştır. Bu konu bağlamında yöresel olarak yapılan araştırma sonuçları ve güncel bazı niteliksel araştırma sonuçları bu durumu daha çarpıcı olarak ortaya koymaktadır. Örneğin Eskişehir’de yapılan bir çalışmada aile hekimliği sistemi öncesine göre hap, rahim içi araç ve kondom gibi aile planlaması hizmet kullanımlarının %10,3 oranında düştüğü görülmüştür.¹⁸ Ankara Üniversitesinin sağlıkta dönüşüm sonrası (2010) yaptığı çalışmada, aile planlaması için yöntem kullanan kadınların sıklığının arttığı ancak modern yöntem kullanımlarının azaldığı gösterilmiştir. Geri çekme yöntemi kullanımı artmış, RİA ve

Tam Metin Sözlü Bildiri

hap kullanımı azalmıştır. Aile planlaması için yöntem teminini kadınların %70'i hastane ve muayenehanelerden sağlamıştır. Aynı bölgeden önceki dönemlerde yapılan çalışmalarla kıyaslandığında sağlıkta dönüşüm ve performans uygulamasının aile planlaması danışmanlık hizmetlerini ve modern yöntem kullanımını olumsuz etkilediği görülmüştür.¹⁹ 2021 yılında yürütülmüş olan bir çalışmanın nitel bölümünde özellikle yöneticilerle yapılan derinlemesine görüşmelerde sağlık sisteminde yapılan değişikliğin AP gibi koruyucu hizmetlerin geri plana atılmasının, ihtiyacı olanların hizmete ulaşamamasında önemli bir etken olduğu vurgulanmıştır.⁶ Bu olumsuz etkilemede, 2011 yılında ülkeye genellenen "Aile Hekimliği Sisteminin" etkisi olduğu kadar, AP hizmetlerinin ödemelere esas teşkil eden "performans" sistemine dahil olmaması, giderek artan "AP karşıtı politik söylemlerin" katkısının olduğu bu alanda hizmet verenlerin ortak gözlemdir.⁶

2018 TNSA Aile Planlaması Verilerinin Değerlendirilmesi

Periyodik olarak ülke genelinde yapılan TNSA'larının sonucusu olan 2018 araştırmasında Aile Planlaması ile ilgili olarak elde edilen temel bulgulara göre: Evli kadınların, önceki 5 yıla kıyasla azalsa da %70'i kontraseptif yöntem kullanmaktadır. Yöntem çeşidine göre oranlar ise; geri çekme %20, kondom %19, RİA %14, tüplerin bağlanması %10'dur. Geri çekme ve RİA kullanımı azalırken kondom kullanımı artmıştır.¹⁴



Şekil 2: Türkiye'de Yöntem Türüne Göre Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı¹⁴

RİA kullanımı 2013 TNSA'da %20,2 iken 2018 TNSA'da %13,7' ye gerilemiştir. Bu da 1993 verilerinden daha düşük bir seviye demektir. Hap kullananların oranı 1993'te %9 iken 2018'de %4,8' e gerilemiştir. 2013-2018 TNSA verileri kıyaslandığında kullanımı artan iki yöntem kondom ve tüplerin bağlanmasıdır. Kondom % 15,8'den %19'a, tüplerin bağlanması da %9,3'ten %14'e yükselmiştir (Tablo-2). Tüplerin bağlanmasındaki artış sezaryen oranlarının artmasıyla ilişkilendirilmiştir. Kondom kullanımındaki artışın ise RİA uygulamalarındaki engellere bağlı, gebeliği önleme ihtiyacı olanların kondomun eczane yolu ile daha kolay ulaşabilecekleri bir yöntem olmasına bağlı olabileceğini düşündürmüştür.⁶

Tam Metin Sözlü Bildiri



Şekil 3: 15-49 yaş grubu kadınların kullandıkları modern yöntemlerin temin edildiği kaynaklara göre yüzde dağılımı ¹⁴

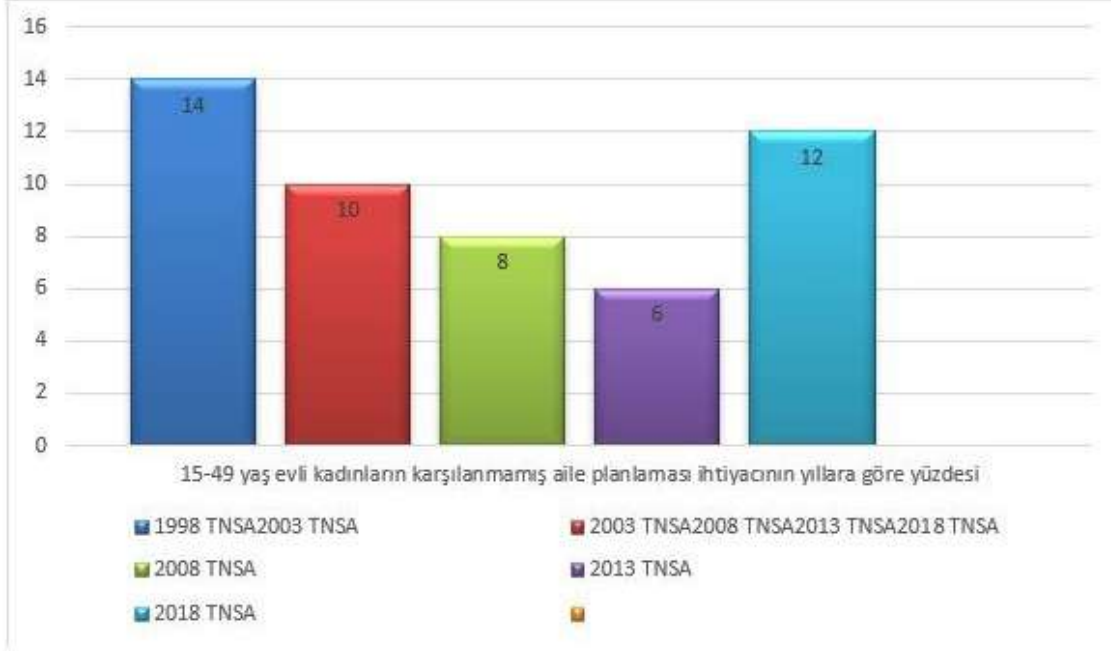
TNSA verilerine göre 2008’de modern yöntem kullananların %61’i kullandıkları yöntemi kamu sektöründen, %35’i özelsektörden ve kalan %4’ü ise market gibi diğer kaynaklardan temin ederken, 2013’te %56’sı kullandıkları yöntemi kamu sektöründen, %37’si özel sektörden ve kalan %7’si ise market gibi diğer kaynaklardan temin etmiştir. 2018 yılında kamu sektöründen yöntem temini %52’ye düşmüş, özel sektör %36’ya ve market gibi diğer kaynaklar ise %12’ye yükselmiştir. Bu değişimin sağlıkta dönüşüm ve sağlık politikalarıyla ilgili olarak AP hizmetlerinin önemli ölçüde olumsuz eklenmesine bağlı olduğu söylenebilir. RİA, iğne ve hap kullanırken bu yöntemi bırakan kadınların %11-17’sinin bırakma nedeni olarak temin gücü belirtmiştir. **Kamudan AP malzemeleri temin edilemediğinde ve temin yalnızca özel sektör yoluyla gerçekleşebildiğinde özellikle düşük gelirli kişilerde aile planlanmasında karşılanmamış ihtiyaç daha da artmaktadır.** ⁶ 15-49 yaş evli kadınların aile planlaması talebi %81’dir ve sadece %70’i yöntem kullanmaktadır. Kadınların %12’si karşılanmamış aile planlaması talebi içindedir. ¹¹



Şekil 4: 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlamasına Olan Taleplerine Göre Yüzde Dağılımı

Tam Metin Sözlü Bildiri

Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı 2013 yılına kadar sürekli azalmıştır. 2013 yılında %6 iken 2018 yılında %12'ye yükselmiştir. Bu artış son beş yılda gebeliği önleyici yöntemlere ulaşmadaki güçlüğü atfedilebilir. Doğurganlığın düzenlenmesinde karşılanmamış ihtiyaçtaki artış karşılanmış talepte azalma etkisi yaratmış ve karşılanmış talep %93'ten %86'ya düşmüştür. ¹⁴



Şekil 5: Türkiye'de Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacının Yıllara göre değişimi ¹⁴

2008 ve 2018 TNSA verileri birlikte incelendiğinde evli kadınlar arasında gebeliği önleyici yöntem bilgisi olarak hapin %98'den %96,7'e, RİA'nın %98'den %93,6'a, vazektomi %42,8'den %37'e ve erkek kondomunun %92,3'den %91,5'e düştüğü saptanmıştır. 2018 yılında yapılan TNSA'ya göre artık çocuk istemedikleri halde hiçbir yöntemle korunmayanların oranı yani karşılanmamış AP ihtiyacı %12'dir, ancak sağlık yönü ile önemli olan artık ya da halen çocuk istemediği halde geleneksel yöntemlerle korunananların oranının %21 olmasıdır. **Bu durumda Türkiye'de (%12+%21= %33) üç aileden birinin (%33) gebeliğin önlenmesi hizmetlerinde karşılanmamış ihtiyacı mevcuttur.** ⁶

Sonuç ve Öneriler:

Türkiye'de AP hizmetlerine ulaşmada yaşanan sıkıntı ve lojistik alandaki problemler, cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinin sorun alanlarından biridir.

2021 yılında son 5 yılın literatürünün değerlendirildiği bir çalışmanın niteliksel bölümünde görüşü alınan yöneticilerin de fikri son on yılda AP hizmetlerinde ciddi bir geriye gidiş olduğu ve üst düzey yöneticilerin aile planlaması konusunda olumsuz söylemlerinin tedirgin bir ortam yarattığı yönündedir. Mevcut sağlık sisteminde hizmetlerin hastalık odaklı olması, sağlık ekibinin içinde ebe - hemşirenin olmaması; danışmanlık hizmetlerine özellikle birinci basamakta zaman ayrılmaması sonucu AP hizmetleri yetersiz olmakta ve cinsel sağlık üreme sağlığı konularında doğru bilgi edinilememesine yol açmaktadır. Ayrıca ASM ve 2. 3. Basamakta da danışmanlık alamamaları nedeniyle bireyler, internetten güvenemedikleri bilgileri edinmekte, yine Milli Eğitim Bakanlığı müfredatında da bu konulara hiç yer verilmemektedir. Bireylerin klinik hizmete erişimindeki problemler şu şekilde sıralanabilir: ekonomik güçlükler, toplumsal baskı, bilgisizlik, hekim ve malzeme eksikliği, izlenen politika ve halka yeterli eğitim ve ihtiyacı olan hizmetin hak temelli bir yaklaşımla verilmemesi. ^{6,7} Hizmette erişimi engelleyen faktörler; Yakın zamana dek AP hizmetlerinin performans sistemi kapsamında olmaması, AP malzemelerinin kamu tarafından karşılanmaması, daha önceleri birinci basamak sağlık kuruluşlarında AP uygulamaları 2.3. basamak sağlık kuruluşlarında gebeliğin düşük olarak sonlandırılması hizmetleri verilirken mevcut politik atmosferin de etkisi ile halen bu hizmetlere zaman ayrılmamakta yani bu

Tam Metin Sözlü Bildiri

hizmetler verilmemektedir. **Tüm belirtilenler ise bireylerin ailelerin daha önce de belirtildiği gibi insan haklarının önemli bir bölümü olan sağlık ve üreme sağlığı haklarının ihlali anlamına gelmektedir.**^{6,7}

DSÖ'nün 21. Yüzyılda 21 hedef sloganıyla yayınladığı hedefler doğrultusunda 2001 yılında sağlık bakanlığı hedeflerini belirleyip yayınladı. Bu hedeflerden biri de 2020 yılına kadar, üreme ve cinsel yaşamdan kaynaklanan sağlık sorunlarını en az %50 azaltmak, 2020 yılına kadar, 15-49 yaş grubu kadınlarda etkili aile planlaması yöntemi kullanımını %70'e çıkarmaktır. Sürdürülebilir kalkınma hedeflerinde de "Cinsel sağlık ve aile planlaması hakkında bilgi ve eğitime evrensel erişimin sağlanması" maddesi yer almıştır.²⁰

Aile planlaması bu denli önemliken ve kamunun hedefleri arasında yer almasına rağmen Aile hekimliği uygulamasıyla aile planlaması yöntemlerine erişimin kısıtlanıyor olmasının yorumlanması güçtür.

Türkiye'de 2007 yılından itibaren doğurganlıkla ilgili politik karşı söylemler sürekli artmıştır ve bu da sağlık personeli arasında doğurganlığın düzenlenmesi ile ilgili tereddüt yaratmıştır.⁶

Her şartta kadının, üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetlerine ulaşması temel sağlık hakkıdır ve devletlerin / hükümetlerin bunu sağlama yükümlülüğü Türkiye'nin de kabul ettiği Uluslararası yasalarda ve TC Anayasasında belirtilmektedir. Bu hizmetlerin verilmemesi hem temel sağlık hakkının verilmemesi hem de onun önemli bir bileşeni olan cinsel ve üreme sağlığı hakkının ihlali anlamına gelmektedir.²¹

Bu derleme makalesinde vurgulanan sorunlar ve gerçekler ışığında Türkiye'de yapılması gereken; Cinsel sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Temel insan haklarının ayrılmaz bir parçası olduğunun kabul edilerek, kadın-anne ve çocuk sağlığının en önemli koruyucu yönü olan AP hizmetlerinin her tür politik mülahaza dışında tutularak "Hak temelli hizmet yaklaşımı ve toplumsal cinsiyet eşitliği ilkeleri paralelinde "kimseyi geride bırakmadan" gereksinimi olan herkese nitelikli olarak ulaştırılmasıdır.^{5,7,20}

Anahtar Kelimeler: aile planlaması, kadın sağlığı, sağlık sistemi, politika

Kaynaklar

- 1- İleri H, Seçer B, Ertaş H. Sağlık Politikası Kavramı Ve Türkiye'de Sağlık Politikalarının İncelenmesi. Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi 2016;12: 176-186.
- 2- World Health Organization. Primary Health Care – Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata. Geneva; 1978.
- 3- United Nations. Report of the International Conference on Population. Mexico; 1984.
- 4- United Nations. Population and Development, Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development. Cairo; 1994.
- 5- Akin A. Türkiye'de Değişen Nüfus ve Sağlık Politikaları Doğrultusunda, İsteyerek Düşükler ve Üreme Sağlığı Hizmet Sunumunda Geleceğe Bakış. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi. 2012;10: 43-60.
- 6- Türmen T, Akin A, Esin A, Mihçioğur S, Demir C, Kanal G. Türkiye'de Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Durum Analizi Raporu. 2021.
- 7- Üner S, Okyay P. HASUDER Türkiye Sağlık Raporu 2020. Ankara; 2020.
- 8- Toker SO. Aile Planlaması ve Acil Kontrasepsiyon. Nobel Medicus. 2006;2(2) : 4-9.
- 9- Baker D, Sedgh G, Keogh S ve diğerleri. State of World Population. UNFPA 2022.
- 10- World Health Organization. World Health Statistics 2022.
- 11- Doğan M.. Türkiye'de Uygulanan Nüfus Politikalarına Genel Bakış. Marmara Coğrafya Dergisi. 2011; 23: 293-307.
- 12- Nüfus plânlaması hakkında Kanun. Resmî Gazete ile yayımı : 10.4.1965 - Sayı : 11976. [cited 2022 Sep 30]. Available from: https://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/KANUNLAR_KARARLAR/kanuntbmmc048/kanuntbmmc048/kanuntbmmc04800557.pdf
- 13- Nüfus Planlaması Hakkında Kanun. Kanun Numarası : 2827. Kabul Tarihi : 24/5/1983. Yayımlandığı R. Gazete : Tarih : 27/5/1983 Sayı : 18059 Yayımlandığı Düstur : Tertip : 5 Cilt : 22 Sayfa : 352. [cited 2022 Sep 30]. Available from: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.2827.pdf>
- 14- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. 2018.

Tam Metin Sözlü Bildiri

- 15- Yordan Elif, Kiremit Birgül. Türkiye Kalkınma Planları'nda Sağlık Sektörü. *Samsun Sağ Bil Der.* 2016;1: 93-110.
- 16- Özseri HS. Birinciden on birinciye kalkınma planlarında sağlık. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü.* 2018;47: 24-27.
- 17- Strateji ve Bütçe Başkanlığı. *On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023).* Ankara; 2019.
- 18- Elbek O, Adaş EB. Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme. *TürkiyePsikiyatri Derneği Bülteni.* 2009;12(1):33-43.
- 19- Eren D, Atak N, Özyurda F, Köse K. Aile Planlaması Hizmeti Sunan Bir Birim Örneğinde Aile Planlaması ve Sağlıkta Dönüşüm. *Toplum ve Hekim.* 2013;28(2):147-152 .
- 20- Öztekin Z. *Temel Sağlık Hizmetleri.* Ankara: HASUDER; 2018.
- 21- HASUDER. Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı Hizmetlerine Erişim Alarm Veriyor [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 9]. Available from: <https://hasuder.org.tr/cinsel-saglik-ureme-sagligi-hizmetlerine-erisim-alarm-veriyor/>

Özet Sözlü Bildiri

S20

**KONYA İLİ MERAM İLÇESİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN KADINLARIN
SERVİKS KANSERİ VE HPV FARKINDALIK VE BİLGİ DÜZEYİ ARAŞTIRMASI**

Mehmet UYAR, Yasemin DURDURAN, Hakkı YILDIRIM, Emine Gül BALDANE, Tahir Kemal ŞAHİN

N.E.Ü. Meram Tıp Fakültesi, Türkiye

Giriş ve Amaç: Serviks kanseri; kadınlar arasında dünya genelinde dördüncü sırada, ülkemizde ise dokuzuncu sırada görülen kanser türüdür. Serviks kanseri HPV ile ilişkili olan en yaygın hastalıktır. HPV'nin tespiti, erken dönemde servikste kanser öncülü değişikliklere işaret etmekte ve kanser teşhisini kolaylaştırmaktadır. Bu çalışma ile Konya ili Meram ilçesinde bulunan aile sağlığı merkezlerine başvuran kadınların serviks kanseri ve HPV farkındalık ve bilgi düzeyinin araştırılması amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel türde olan bu çalışmamız Eylül 2022 tarihinde Konya ili Meram ilçesinde yer alan 29 aile sağlığı merkezi içerisinde basit rastgele yöntemle belirlenen 5 aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmamız için Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 16/09/2022 tarihinde izin alınmıştır (Karar sayısı: 2022/3979). Araştırma giderleri araştırmacılar tarafından karşılanmıştır ve yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur. Araştırma için örneklem büyüklüğü hesaplanmamış olup, 18-55 yaş arasındaki kadın bireylerden sözlü onam veren 225 kadın çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırma için literatür taramasının ardından bir veri toplama formu hazırlanmıştır. Veri toplama formu 23 soru ve 2 bölümden oluşmaktadır. Formun, 8 sorudan oluşan ilk bölümü sosyodemografik özellikleri, 15 sorudan oluşan ikinci bölümü ise serviks kanseri ve HPV ile ilgili kişilerin farkındalık ve bilgi düzeyini sorgulamaktadır. Verilerin özetlenmesinde; ortalama±standart sapma, minimum ve maksimum değerleri, kategorik verilerin özetlenmesinde sayı ve yüzdeler kullanıldı. Kategorik veriler arasındaki ilişkiler, bağımsız iki gruptaki sayısal verilerin karşılaştırılması ki kare testi ile yapıldı. İstatistiksel olarak p<0.05 olan durumlar anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya katılmayı kabul eden 225 kadının yaş ortalaması 35.2±10.9 (min:18.00-max:55.00), %44,9'u (n=101) üniversite mezunu, %67,7'si (n=151) evli, %53,8'i (n=121) gelirinin giderine eşit olduğunu söyledi, %77,8'i (n=175) sigara içmiyordu. Kadınların ilk adet yaşı ortalaması 12,9±0,8 (min. 10-max 17), %66,8'i (n=139) jinekolojik muayene yaptırma sıklığını 3 yıldan daha uzun süre olarak belirtti. Kişilerin %68,2'si (n=152) sağlıkla ilgili bilgilerini internet ve sosyal medya üzerinden öğrendiğini söyledi. Doğum kontrol yöntemi olarak %39,6'sı (n=61) kondomu kullanıyordu. Katılımcıların «Serviks kanseri hakkında bilginiz var mı?» sorusuna %56,9'u (n=128), «Pap smear testini duydunuz mu?» sorusuna %59,6'sı (n=134) ve «HPV virüsünü duydunuz mu?» sorusuna %59,1'i (n=133) «Evet» yanıtını verdi. Bireylerin %33,8'i (n=76) serviks kanserini önlemek için aşı yapıldığını bilmesine rağmen sadece %2,7'si (n=6) aşı yaptırmıştı ve %75,1'i (n=169) aşı ücretsiz olursa yaptıracığını belirtti. Lise ve altı eğitim seviyesine sahip kişiler serviks kanseri hakkında yeterli bilgiye sahip değildi ($\chi^2=13,4$ p<0,001) ve bu kişilerde HPV istatistiksel olarak anlamlı seviyede az biliniyordu ($\chi^2=30,6$ p<0,001). Serviks kanserini önlemek için aşı yapıldığını lise ve altı eğitim seviyesi olan katılımcılar az biliyordu ($\chi^2=15,4$ p<0,001).

Sonuç: Katılımcıların jinekolojik muayene yaptırma sıklığı olması gerekenden azdır. Pap smear testi ve HPV aşısı yaptırma oranı düşük bulundu. Halkımızda bu kanserin farkındalığını arttırmak, bilgi düzeyini yükseltmek ve tarama muayenesine gitmeye teşvik etmek gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Serviks kanseri, HPV, Eğitim seviyesi ve farkındalık

Özet Sözlü Bildiri

S21

TÜRKİYE'DE GENÇ YETİŞKİNLERİN TOPLUMSAL CİNSİYETE YÖNELİK GÖRÜŞLERİ

Ceren VARER AKPINAR

Giresun Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

Giriş ve Amaç: Toplumsal cinsiyet, erkek ve kadın olma ile ilgili kültürel ve toplumsal olarak kabul edilmiş ekonomik, sosyal ve politik roller, görevler, sorumluluklar, davranışlar olarak tanımlanmaktadır. Toplumsal cinsiyet sağlık durumu, sağlık hizmetine erişim ve kullanım, sağlık hizmet sunumu hatta sağlıkla ilgili bilimsel araştırmalara kadar sağlığın birçok yönünü etkileyerek kadın ve erkek arasında eşitsizliğe neden olmaktadır. Genç nüfusun bu konu hakkındaki görüşlerini belirlemek, toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin azaltılmasına yönelik geliştirilecek müdahalelerin temel basamağını oluşturabilir. Bu çalışma Türkiye'de genç yetişkinlerin toplumsal cinsiyete yönelik görüşlerini ve bu görüşlerin sosyo-demografik değişkenlerle ilişkisini değerlendirmeyi amaçlamıştır.

Gereç ve Yöntemler: Çalışma, kesitsel bir ankete dayanan Dünya Değerler Araştırmasının 2018 verilerinin ikincil analizini içermektedir. Dünya Değerler Araştırması, 1981 yılından beri beş yılda bir yapılarak toplumların değer ve tutumlarını araştırmaktadır. Anket, tabakalı örnekleme yöntemiyle belirlenen ≥ 18 yaş kişilerden hane ziyaretleri ile yüz yüze görüşülerek toplanmaktadır. Bu çalışma kamuya açık bir veri tabanının ikincil analizini içerdiğinden ayrıca etik kurul onayı alınmamıştır. Veri tabanındaki Türkiye'de yaşayan 18-35 yaş aralığındaki 1098 kişi değerlendirmeye alınmıştır.

Çalışmanın bağımlı değişkeni olarak toplumsal cinsiyete yönelik görüşlerin yer aldığı 4'lü likert tipi (1-Kesinlikle katılıyorum, Kesinlikle Katılmam-4) 7 önerme değerlendirilmiştir. Önermelere katılıyor olmak kadına yönelik toplumsal cinsiyet eşitsizliğine işaret etmektedir. Çalışmanın bağımsız değişkenleri olarak yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşanılan yer, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal sınıf ve gelir durumu değerlendirmeye alınmıştır.

Veriler SPSS 25.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı analizde; numerik değişkenler ortalama ve standart sapma, kategorik değişkenler sayı ve yüzde üzerinden gösterilmiştir. Toplumsal cinsiyete yönelik önermeler kesinlikle katılıyorum/katılmıyorum, kesinlikle katılmam/katılmam olmak üzere birleştirilip analiz edilmiştir. Her bir toplumsal cinsiyete yönelik görüş sosyo-demografik özelliklere göre ki-kare testi ile karşılaştırılmıştır. $P < 0,05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir.

Bu çalışmada bir finansal destek alınmamış olup, çıkar çatışması yoktur.

Bulgular: Çalışma grubunun yaş ortalaması $27,22 \pm 5,07$ ve %52,7'si kadındır. Toplumsal cinsiyet eşitsizliğine yönelik önermelerden en fazla katılım bildirilen %64,5 ile 'Ülkede eğer insanlar iş bulamıyorsa çalışmak kadınlardan çok erkeklerin hakkıdır' önermesi olmuştur. Katılımcıların %61,1'i 'Eğer kadın kocasından fazla para kazanıyorsa bu evlilikte sorunlara yol açar', %61,0'i 'Ev kadını olmak da çalışmak ve para kazanmak kadar tatmin edici birşeydir', %51,0'i 'Genelde erkekler kadınlardan daha iyi siyasi lider olur', %50,5'i 'Dışarıda çalışan annenin çocukları bundan zarar görür', %47,1'i ise 'Genel olarak erkekler kadınlardan daha iyi şirket yöneticisi olur' görüşüne katıldığını bildirmiştir. En az katılım bildirilen önerme %30 ile 'Üniversite eğitimi, kız çocuktan çok erkek çocuk için önemlidir' olmuştur. Her bir önerme için sosyodemografik değişkenler incelendiğinde; erkeklerin ve eğitim düzeyi düşük olanların tüm önermelere katılım oranları daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Evli olanlarda diğer gruplara göre 'Ülkede eğer insanlar iş bulamıyorsa çalışmak kadınlardan çok erkeklerin hakkıdır', 'Eğer kadın kocasından fazla para kazanıyorsa bu evlilikte sorunlara yol açar' önermelerine katılım daha yüksektir ($p < 0,05$). Alt sosyal sınıftakilerin ve gelir düzeyi düşük olanların 'Dışarıda çalışan annenin çocukları bundan zarar görür', 'Genelde

Özet Sözlü Bildiri

erkekler kadınlardan daha iyi siyasi lider olur', 'Ülkede eğer insanlar iş bulamıyorsa çalışmak kadınlardan çok erkeklerin hakkıdır' ve 'Eğer kadın kocasından fazla para kazanıyorsa bu evlilikte sorunlara yol açar' önermelerine katılım oranları daha yüksektir ($p < 0.05$)

Sonuç ve öneriler: Bu çalışmada genç erişkinlerin yarısından fazlasının toplumsal cinsiyet eşitsizliğine yönelik önermelere katıldığı ve bazı sosyodemografik farklılıkların bu görüşlerle ilişkili olduğu bulunmuştur. Türkiye'de erkekleri, düşük eğitimlileri, alt sosyal sınıfı ve alt gelir düzeyindekileri kapsayacak şekilde toplumsal cinsiyet ön yargılarını azaltmaya ve toplumsal cinsiyet eşitliği konusunda olumlu tutum geliştirmeye yönelik kamu, medya ve sivil toplum örgütleri ile işbirliği içinde çalışmalar yürütülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Toplumsal cinsiyet, Türkiye, Genç, Dünya Değerler Araştırması

Özet Sözlü Bildiri

S22

COVID-19 PANDEMİSİ ÖNCESİ VE SONRASI ANNE ÖLÜMLERİ: BATMAN İLİ ÖRNEĞİ

Zeynep Sedef VAROL¹, Fethiye AKGÜL², Yusuf ARSLAN²

¹Dokuz Eylül Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

²Batman Eğitim Araştırma Hastanesi, Türkiye

Giriş: Anne ölümleri temel bir halk sağlığı sorunudur. Pandemi COVID-19 enfeksiyonu geçiren ve özellikle bir veya daha fazla komorbiditesi olanlarda anne ölüm hızının arttığı bildirilmiştir. Bu çalışmanın amacı Batman ilinde son 5 yılda meydana gelen anne ölümlerini değerlendirmektir.

Yöntem: Batman ilinde Ocak 2016 ile Aralık 2021 arasında 15 anne ölümü retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Ölüm nedeni, doğrudan veya dolaylı obstetrik ölümler, önlenabilirlik, gecikme modelleri, komorbiditeler ve risk faktörleri, ölüm zamanı gibi pandemi döneminde anne ölümlerine ilişkin veriler değerlendirilmiş ve pandemi öncesi anne ölümleri ile karşılaştırılmıştır. Araştırma izni öncelikle Sağlık Bakanlığı'ndan alınmıştır. Etik kurul izni Batman Eğitim Araştırma Hastanesi Etik Kurulundan alınmıştır (E-47960527-771).

Bulgular: Grubun yaş ortalaması 32.5 ± 5.0 'dir. Beş anne ölümü pandemi öncesinde on anne ölümü ise pandemi gerçekleşmiştir. Pandemi öncesi anne ölümlerinin biri (%20) doğrudan, ikisi (%40) dolaylı, ikisi (%40) tesadüfi anne ölümleridir. Doğrudan anne ölümü önlenbilir kabul edilmiş ve üçüncü gecikme modeli görüldüğü kaydedilmiştir. Pandemi dönemindeki 10 ölümün yedisinde ilk ölüm nedeni COVID-19 enfeksiyonu iken, diğer üç kadında ölüm nedeni pulmoner emboli, kalp krizi ve ilaç zehirlenmesidir. Pulmoner emboliden ölen annenin ölümü dolaysız; bunun dışındaki tüm ölümler dolaylı anne ölümü olarak raporlanmıştır. Bu anne ölümlerinin hiçbiri önlenbilir olarak kayıt edilmemiştir. COVID 19'a bağlı ölümler Mart-Eylül 2021 arasında meydana gelmiştir. COVID-19 ölümlerinin hiçbiri COVID-19'a karşı aşılammıştır. COVID-19'a bağlı anne ölümlerinde kadınların hepsinde riskli gebelik ve %71'inde ek hastalık bildirilmiştir.

Sonuç: Pandemi anne ölüm hızı artmış; Delta varyantının ülkede dolaşımında olduğu dönemde özellikle COVID-19 kaynaklı anne ölümleri gözlenmiştir. Ölen annelerin aşılammış olması, COVID-19 nedeniyle önlenbilir ölümlerin olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, anne ölümü

Özet Sözlü Bildiri

S23

COVID-19 PANDEMİSİNİN ÜÇÜNCÜ BASAMAK BİR HASTANEDEKİ SERVİKAL SİTOLOJİ ÖRNEĞİ SAYISINA ETKİSİ

Ecenur TOPAL¹, Sergen YAĞCI², Elif DURUKAN¹, Binnaz Handan ÖZDEMİR²

¹Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Türkiye

Giriş ve Amaç: Serviks kanseri; cinsel sağlık eğitimleri, aşı ve tarama hizmetleri gibi koruyucu uygulamalar ile önlenebilen bir kadın kanseridir. Türkiye’de serviks kanseri taramaları; birinci basamak sağlık kuruluşlarında, 30-65 yaş kadınlara yönelik ücretsiz olarak uygulanmaktadır. Serviks kanseri taramalarının uygulandığı, Pap Smear materyallerinin alındığı ve incelendiği bir diğer merkez, üçüncü basamak sağlık kuruluşlarıdır. İleri tetkik ve tedavi gerektiren hastalıklar için eğitim ve araştırma hizmetlerinin verildiği, uzman ve yan dal uzmanların yetiştirildiği sağlık kuruluşlarıdır. Türkiye’de birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılan serviks kanseri taramaları sayısı, COVID-19 pandemisinin etkisiyle önemli ölçüde düşüş göstermiştir. Bu çalışmada, üçüncü basamak sağlık kuruluşlarındaki servikal sitoloji sayılarında benzer bir eğilimin olup olmadığı, varsa hangi boyutta olduğu konusunda kanıtlar oluşturmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma; tanımlayıcı, retrospektif, kayıtlı verilere dayalı bir araştırmadır. 2015 ve 2021 yılları arasında, özel bir üçüncü basamak hastanenin Tıbbi Patoloji bölümünde değerlendirilen Pap Smear materyallerinin kayıtlı olduğu “Patoloji Dinamik İstatistik Raporu” verileri sadece aylık rapor sayısı olarak alınmıştır. Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulundan proje onayı alınmıştır. Çıkar çatışması bulunmamaktadır. Finansal destek alınmamıştır.

Bulgular: Yapılan analizlerde, 2015-2019 yıllarının 5 yıllık servikal sitoloji sayısı ortalaması salgının ilk dalgasında Mart (1077.0 ±69.9), Nisan (1074.4±95.1) ve Mayıs (1079.6±54.2) aylarında, 2020 yılı verileri ile karşılaştırıldığında (sırasıyla 549, 110, 258) istatistiksel olarak anlamlı bir düşüşün olduğu saptanmıştır (p<0.05). Söz konusu aynı dönem için, haftalık COVID-19 nedenli ölüm hızları(milyonda) ile Smear sayıları arasında negatif yönde, çok güçlü, korelasyon saptanmıştır (r=-0.848; p<0.001). Ek olarak, 2015-2019 yılları arasındaki servikal sitoloji sayısı ortalaması, salgında ikinci dalganın olduğu dönem olan Eylül (866.8±95.9), Ekim (1082.8±86.0), Kasım (1137.6±114.0) ve Aralık (1092.4±88.6) ayları için; 2020 yılı aynı aylara göre (sırasıyla 549, 721, 647, 576) anlamlı olarak yüksektir (p<0.05). Bununla birlikte, 2020 Ekim- Aralık ayları için, haftalık COVID-19 ölüm hızları (milyonda) ile Smear sayıları arasında negatif yönde, güçlü, anlamlı korelasyon vardır (r= -0.541; p<0.05). Aynı analizler 2021 yılındaki servikal sitoloji sayılarını değerlendirmek amacıyla yapıldığında; 2015-2019 yılları aylık ortalamaların Ocak (1035.2±73.8), Şubat (980.6±98.4), Mart (1077.0±69.93), Nisan (1074.40±95.09) aylarında 2021 yılında aynı dönemlere göre (sırasıyla 659, 815, 957, 642) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p<0.05). Benzer şekilde; 2015-2019 yıllarında Ekim (1082.8±86.0), Kasım (1137.6±114.0) ve Aralık (1092.4±88.5) aylık ortalamalar; 2021 yılında aynı dönemlere göre (sırasıyla 716, 818, 863) yüksek bulunmuştur ve aradaki fark anlamlıdır (p<0.05). 2021 Ocak ile Nisan ayları arasında haftalık COVID-19 ölüm hızları (milyonda) ile haftalık servikal sitoloji sayısı arasında negatif yönde, çok güçlü korelasyon bulunmaktadır (r= -0,746 ve p<0,001). Aynı yılın Ekim, Kasım ve Aralık aylarında haftalık COVID-19 ölüm hızları (milyonda) ile servikal sitoloji sayısı arasında korelasyon ilişkisi yoktur (p=0.836).

Sonuç: Araştırmanın sonucunda, 2020 yılında haftalık COVID-19 ölüm hızları ve Mart-Mayıs ve Ekim-Aralık aylarındaki haftalık smear sayıları arasında negatif yönde korelasyon ilişkisi tespit edilmiş, COVID-19 ölümlerinin koruyucu hizmetler üzerinde olumsuz etkiye sahip olduğu düşünülmüştür. Öte yandan, 2021 yılının ikinci yarısında benzer bir ilişkinin bulunmaması ve buna rağmen servikal sitoloji sayısının anlamlı

Özet Sözlü Bildiri

olarak düşük olmaya devam etmesi, bu düşüşte, sağlık hizmetlerine erişim açısından, ülke genelinde aynı döneme rastlayan olumsuz ekonomik koşullar gibi, COVID-19 dışı faktörlerin de etkili olabileceğini de akla getirmektedir. COVID-19 pandemisi, sekonder koruyucu hizmetlerden serviks kanseri tarama hizmetlerini birinci basamak sağlık kuruluşlarında etkilediği gibi; üçüncü basamak bir sağlık kuruluşunda da etkilemiştir. Birinci basamakta kadınları ulusal kanser tarama programına göre taramaya davet etme uygulamalarının yaygınlaştırılma vurgusunun yanı sıra; üçüncü basamakta başvurularını erteleyen kadınlar için, servikal kanser tarama programı farkındalığını artırmak gereklidir, ayrıca bu kadınlara hizmetlerin erişime açık ve katılımlarının güvenli olduğu konusunda bilgi verilmelidir. Türkiye’de serviks kanseri koruyucu hizmetlerine ilişkin “iyileştirme stratejileri” planlamaları ve uygulamaları gerçekleştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19 pandemisi, servikal sitoloji sayısı, üçüncü basamak

S24

TÜRKİYE'DE KARŞILANMAMIŞ AİLE PLANLAMASI İHTİYACINA YÖNELİK NÜFUS VE SAĞLIK POLİTİKALARININ İNCELENMESİ

Gamze BAYRAK, Türkan GÜNAY
Dokuz Eylül Üniversitesi, Türkiye

Özet

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de nüfus politikaları kuruluşundan bu yana güncelliğini koruyan bir konu olmuştur. Türkiye 1950'lerin sonuna kadar pronatalist sonrasında ise antinatalist bir nüfus politikası izlemiştir. Türkiye'nin bu politikası ve hizmet yaklaşımı sayesinde yıllar içerisinde modern kontraseptif kullanımı artmış, isteyerek düşükler ve düşüğe bağlı anne ölümleri azalmıştır. Türkiye'de karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı modern yöntem kullanımındaki artış sayesinde 1993-2013 yılları arasında düzenli olarak azalarak %15'ten %6'ya gerilemiştir. Ancak 2018 TNSA'nın bulguları karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının iki kat artarak %12'ye çıktığını göstermiştir. Bu nedenle farklı özelliklere sahip farklı ihtiyaçları olan tüm bireyleri kapsayacak bütüncül ve sürekli bir üreme sağlığı hizmeti ile geçmişte kazanılan başarıların devamı sağlanmalıdır.

Giriş

Hızlı nüfus artışı, kaynakların tükenmesi, hızlı kentleşme gibi ekonomik, çevresel ve sosyal birçok etkisi nedeni ile ülkeler için önemli bir konudur. Bununla birlikte hızlı nüfus artışı sağlığı dolaylı ve doğrudan etkileyen bir durumdur. Günümüzde ülkeler aşırı nüfus artışının olumsuz etkileri nedeni ile çeşitli nüfus politikaları uygulamaktadır. Bu politikalar ülkelerin iktisadi, siyasi, eğitim ve kültürel özelliklerine göre farklılıklar göstermektedir.^{1,2}

Farklı özellikleri ve ihtiyaçları olan tüm kişilere ulaşılabilir, yeterli ve kabul edilebilir üreme sağlığı ve cinsel sağlık hizmetleri sunmak nüfus politikalarının temel amaçları arasında olmalıdır. Yapılan araştırmalar aile planlaması hizmetleri ile aşırı doğurganlık ve riskli gebeliklerin önlenerek anne ve çocuk morbidite ve mortalitesinde %30-40 oranında azalma sağlanacağını göstermektedir.¹⁻⁴

Arka Plan, Üreme Sağlığı ve Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacı

1960'lı yıllarda başta gelişmekte olan ülkeler olmak üzere tüm dünya, hızlı nüfus artış hızının ekonomik ve sosyal kalkınmanın önünde bir engel olduğu konusuna odaklanmaya başlamıştır. 1970'lerde demografi ağırlıklı yaklaşım benimsenmiş konuya sadece teknik açıdan yaklaşmıştır. 1980'lerde ise sağlıkla ilgili kaygılar gündeme gelmiş ve Mexico City'de(1984) yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda (International Conference on Population and Development ICPD) aile planlaması (AP) kavramının tanımı "Bütün çiftlerin ve bireylerin istedikleri sayıda çocuk sahibi olma ve doğumların arasını açmaya serbestçe ve sorumluca karar vermeleri ve bu amaçla bilgi, eğitim ve araçlara sahip olmaları" olarak yapılmıştır. 1990'larda insan hakları ve ihtiyaçları gündeme gelmiş ve ilk defa 1994 yılında Kahire'de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda üreme sağlığı kavramı "Üreme sistemi işlevleri ve süreci, sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olmasıdır" olarak tanımlanmıştır. Bu konferans ile geleneksel nüfus politikası yaklaşımından uzaklaşmış; bireylerin üreme haklarını ve üreme sağlığını önceleyen, kadınların güçlendirilmesine ve toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanmasına dikkat çeken bir yaklaşım geliştirilmiştir.^{5,6}

Kahire konferansında ele alınan kavramlardan biri de "Üreme hakları" olmuştur. Üreme hakları; insanların üreme yeteneğine ve bunu ne zaman ve nasıl gerçekleştireceklerine karar verme özgürlüğüne sahip oldukları anlamına gelmektedir. Bu kapsamda; bireylerin ve çiftlerin, çocuklarının sayısı ve aralığına özgür ve sorumlu bir şekilde karar vermeleri ve bunu sağlayabilmek için gerekli bilgiye sahip olabilmeleri, en yüksek üreme ve cinsel sağlık standardına ulaşabilmeleri, şiddet ve baskı ve ayrımcılık olmaksızın kararlarını verebilmeleri

Tam Metin Sözlü Bildiri

ve adolesan dönemden başlanarak, postmenapozal ve yaşlılık dönemi de dahil üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanma haklarının insan hakları kapsamında ele alınması gereği vurgulanmıştır. Konferansın sonuçları daha sonra, 1995'de Pekin'de yapılan IV. Dünya Kadın Konferansı'nda da bir kez daha vurgulanmış ve bu konferanslardan sonra eylem programları hazırlanmıştır. Eylem Programı, içinde Türkiye'nin de bulunduğu 179 ülke tarafından kabul edilmiştir. Eylem Programı'nda ayrıca, aile planlaması çalışmalarının, daha geniş bir kavram olan "Üreme Sağlığı" içerisine dahil edilmesinin gereği vurgulanmış böylece AP kavramı kişilerin hizmet ve bilgi haklarına odaklanan cinsel sağlık ve üreme sağlığı kavramlarının bir parçası olan daha kapsayıcı ve bütüncül bir yaklaşım haline dönüşmüştür.^{7,8} ICPD Eylem Programında, karşılanmamış AP ihtiyacı, nüfus programları için temel gerekçe olarak belirtilmiştir. Bu program, 'Hükümetlerin AP'ye yönelik amaçlarını, bilgi ve hizmetler için karşılanmamış ihtiyaçları açısından tanımlamasının gerektiğini' ve 'önümüzdeki yıllarda tüm ülkelerin, iyi kalitede AP hizmetleri için ulusal olarak karşılanmamış ihtiyaçlarının boyutunu değerlendirmelerinin gerektiğini' belirtmiştir.⁹ Böylelikle, karşılanmamış ihtiyaç, demografik hedefleri bireylerin hakları ve seçimleriyle ilişkilendiren önemli bir nokta haline gelmiştir.¹⁰

Başarılı ve bütüncül bir AP programına ulaşmada en önemli nokta AP'ye duyulan talebin büyüklüğünü bilmektir. 1960'lardan beri, önce KAP-boşluğu (Knowledge, Attitudes and Practices, KAP) ve sonra karşılanmamış ihtiyaç bu talebin büyüklüğünü tahmin etmek için kullanılmıştır.^{11,12} 'KAP boşluğu' kadınların üreme tercihleri ile kontraseptif kullanımı arasındaki boşluğu ifade etmektedir.¹³ 1978'de Westoff, 'KAP boşluğu' yerine 'karşılanmamış AP ihtiyacı' kavramını kullanmıştır.^{14,15}

Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının büyüklüğü bir dizi algoritma ile hesaplanmaktadır. Bu algoritma, 90'lı yıllar boyunca yapılan bazı düzeltmelerle geliştirilmiş¹⁶ ve 2012 yılında güncel hesaplama biçimi benimsenmiştir.¹⁷ Birçok iyileştirme çalışması sonrası, aşağıdaki tanımlama, karşılanmamış AP ihtiyacının hesaplanmasında kullanılmak üzere standart ölçü olarak kabul görmüştür. Aşağıdaki durumlarda, bir kadının karşılanmamış AP ihtiyacının olduğu kabul edilmektedir:

- Üreme çağında olan (15-49 yaş),
- Evli, birlikte veya cinsel olarak aktif olan,
- Doğurgan olan,
- Gelecek iki yıl içinde çocuk sahibi olmak istemeyen,
- Geleneksel ya da modern herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmayan,
- Mevcut veya son gebeliğinin yanlış zamanda veya istenmeyen olduğunu bildiren gebe veya amenoreik kadınlar¹⁷

Bu algoritmaya göre, doğurgan ve gebelik riski altında olup (evli veya birlikte yaşayan), herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmayan, artık çocuk sahibi olmak istemeyen veya bir sonraki doğumunu en az iki yıl ertelemek isteyen tüm kadınlar karşılanmamış AP ihtiyacı olan kadınlardır. Artık çocuk sahibi olmak istemeyen kadınların doğumlarını sınırlamak/son vermek için karşılanmamış bir ihtiyacı olduğu kabul edilmektedir. İki yıldan önce çocuk sahibi olmak istemeyen kadınlar ise, doğumlarına ara vermek için karşılanmamış bir ihtiyacı olan grupta kabul edilmektedir. Gebe ve amenoreik/gebelik sonrası geçici kısırlık döneminde olan kadınlar, son gebelikleri veya son doğumları istenmemiş ya da iki yıl ya da daha uzun bir süre sonra istenmiş olan kadınlar karşılanmamış ihtiyaç grubuna dahil edilmektedir. Gebelik veya son doğumları iki yıl ya da daha uzun bir süre sonra istenmiş olan kadınlar, doğumlara ara vermek üzere karşılanmamış ihtiyacının olduğu düşünülmektedir. Öte yandan, gebelikleri veya son doğumları istemeden meydana gelmiş kadınların doğumlarını sınırlandırmak/son vermek için karşılanmamış ihtiyacı olduğu kabul edilmektedir. Bu algoritmaya göre, gebeliği veya son doğumu kontraseptif başarısızlığından dolayı planlanmamış olan kadınlar da karşılanmamış gereksinim grubuna dahil edilmektedir.¹⁷

Ülkemizde, TNSA'yı yürüten ve bu kapsamda karşılanmamış AP gereksinimlerini hesaplayan

Tam Metin Sözlü Bildiri

araştırmacılarından Ergöçmen ve Bozbeyoğlu, etki derecesi sınırlı ve geleneksel yöntemler ile gebelikten korunan, ancak bu yöntemi etkili ve modern bir yöntem ile değiştirmek isteyen kadınların da karşılanmamış AP gereksinimi grubuna dahil edilmesinin gerektiğini vurgulamaktadır.¹² Türkiye genelinde kadınların %3,9'unun karşılanmamış modern yöntem kullanma ihtiyacı vardır.¹⁸ 2019 yılında dünya genelindeki 1.9 milyar Üreme Çağı (15-49 yaş) kadından 1,1 milyarının aile planlamasına ihtiyacı bulunmaktadır; bunların 842 milyonu doğum kontrol yöntemleri kullanıyor ve 270 milyonunun karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı bulunmaktadır.^{19,20} Türkiye'de karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı modern yöntem kullanımındaki artış sayesinde 1993-2013 yılları arasında düzenli olarak azalarak %15'ten %6'ya gerilemiştir. Ancak 2018 TNSA'nın bulguları karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının iki kat artarak %12'ye çıktığını göstermiştir.²¹

Karşılanmamış AP ihtiyacını azaltmanın sağlık faydaları; istenmeyen gebeliklerde, güvensiz düşüklerde, anne ölümlerinde azalma, çok fazladır. Ayrıca karşılanmamış ihtiyacın azaltılması sayesinde doğum aralıklarının açılması yenidoğan ve çocuk sağlığı açısından da son derece önemlidir.²² Karşılanmamış AP ihtiyacının azaltılmasını sağlık sonuçları dışında olumlu başka etkileri de vardır. Kontrasepsiyon kullanımı ile, kadınlar gebe kalıp kalmayacağını veya ne zaman gebe kalacağını seçme gücüne sahip olabilmektedir. AP'nin yoksulluğun azaltılması, toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması, kadınların güçlendirilmesi, eğitimin artırılması, çocuk ölümlerinin azaltılması, anne sağlığının iyileştirilmesi, hastalıklarla mücadele edilmesi için en uygun ve maliyetli yol olduğu gösterilmiştir.²³

Farklı demografik özellikleri ve farklı ihtiyaçları olan tüm kadınlara erişilebilir, ulaşılabilir ve yeterli üreme sağlığı ve cinsel sağlık hizmetleri sunmak için karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının büyüklüğünü ve ihtiyaç sahiplerinin özelliklerini sürekli olarak izlemek gereklidir. Ülkemizde bu alanda yapılan çalışma sınırlı sayıdadır.¹⁸

Türkiye'de Aile Planlaması ile ilişkili Politika ve Yasal Düzenlemeler

Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluşundan itibaren nüfus politikaları önemli bir gündem konusu olmuştur. Birinci Dünya Savaşı ve Kurtuluş Savaşı'ndaki can kayıpları, ekonominin tarıma dayalı olması ve ülkenin savunma ihtiyacı ile birlikte, yüksek bebek ve çocuk ölümü hızları da, Türkiye'yi hızla nüfusu artırmaya yönlendirmiş ve 1950'lerin sonuna kadar pronatalist bir nüfus politikası izlenmiştir.²⁴⁻²⁶ Bu politika gereği nüfus artışını teşvik eden çok sayıda kanun (5 ve daha fazla sayıda çocuk sahibi olan kadınlara para ödülü, vergi indirimi, madalya verilmesi ve kontraseptif yöntemlerin reklamının, ithalatının ve satışının yasaklanması ile, sağlık sorunları dışında gebeliklerin isteyerek sonlandırılmasının yasaklanması) bu dönemde kabul edilmiştir.^{2,24,26,27}

1927-1945 arasında binde 18 olan nüfus artış hızı 1950'de binde 22 olmuştur. Cumhuriyet'in ilk yıllarında 5,6 olan toplam doğurganlık hızı uygulanan politikalarla 1927 yılında 6,6'ya daha sonra 1930-1935 aralığında Türkiye tarihinin en yüksek noktasına, ortalama 7,1 çocuğa çıkmıştır. 1950-1955 dönemi için toplam doğurganlık hızı 6,54 olarak tahmin edilmiştir. 1950'li yıllarda nüfus artış hızının ve doğurganlık hızının dikkat çekici bir düzeyde artması, gebeliği önleyici yöntemlere yönelik uygulanan yasaklar, yasa dışı yollarla yapılan kürtaajların artmasına ve bunun sonucu olarak pek çok annenin hayatını kaybetmesine neden olmuştur. Aynı zamanda şehirleşme oranının hızla artması ve istihdam sorunları da nüfus politikasının yeniden tartışılmasına yol açmıştır. 1960 yılında Devlet Planlama Teşkilatı (DPT)'nin kurulması ve ardından Birinci Beş Yıllık Kalkınma Programı'nın hazırlanması (1963-1967) ile pronatalist nüfus politikalarından vazgeçilerek antinatalist nüfus politikalarının gerekliliği savunulmuştur. 1964 yılında, antinatalist nüfus politikası TBMM'de kabul edilmeden önce, Sağlık Bakanlığı, Türkiye'de "aile planlaması" teşkilatını kurmuş ve konu ile ilgili sağlık personeline çeşitli eğitimler verilmesini sağlamıştır. Antinatalist politika doğrultusunda, ilk olarak Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda "Nüfus Meselesi" başlığı altında nüfus planlaması konusunu ele almıştır.^{24,26,28-30} Bütün bu hazırlık aşamalarından sonra hazırlanan 557 Sayılı Nüfus Planlaması Yasası Meclis ve Senato'dan geçerek, 10 Nisan 1965'de Cumhurbaşkanı tarafından imzalanmıştır.³¹ DPT ve Sağlık Bakanlığı'nın çalışmaları sonucunda, ilk Nüfus Planlaması Hakkında Kanun 1965 yılında kabul edilmiştir. Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile yeni AP politikasını yürütme sorumluluğu Sağlık Bakanlığı'na verilmiştir. Bu kanunla gebeliği

Tam Metin Sözlü Bildiri

önleyici yöntemlerin ithaline ve satışına, devletin sağlık kuruluşlarında ücretsiz olarak hizmet sunumuna ve çiftlerin AP konusunda sağlık eğitimlerinin desteklenmesine izin verilmiş ancak tıbbi zorunluluklar dışında gebeliğin sonlandırılmasına ve gönüllü cerrahi sterilizasyon yapılmasına izin verilmemiştir. Bu kanun ile AP yöntemleri hakkında toplumun bilgisi artmış ve bunun sonucu olarak yöntemlerin kullanılma sıklığı artmıştır. Ancak kanun yasadışı düşükleri ve buna bağlı olumsuz sağlık sonuçlarını önleyememiş, yasadışı isteyerek düşük sayısı artmaya devam etmiş, karşılanamayan AP ihtiyacı yüksek kalmaya devam etmiştir. Bu nedenle ilk nüfus planlaması kanununun var olan ihtiyaçları karşılaması yönünde tekrar düzenlenmesi gerektiği kabul edilmiş ve 1983 yılında daha geniş kapsamlı Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun çıkarılmıştır. Bu kanun ile, bu konuda eğitim almış hekim dışındaki sağlık personeline intrauterin cihaz yerleştirme yetkisi verilmiş, gebeliğin 10. haftasına kadar isteyerek düşükler yasallaşmış, eğitilmiş pratisyen hekimlerin gebelikleri sonlandırmasına izin verilmiş, istekleri üzerine erkeklerin ve kadınların cerrahi sterilizasyonu yasal olarak onaylanmış ve ülke çapında AP hizmetleri sunulması için sektörler arası işbirliği oluşturulmuştur.^{26,31,32} 2000 li yıllara kadar Türkiye'nin bu politikası ve hizmet yaklaşımı sayesinde Aile Planlaması hizmetleri, temel sağlık hizmetlerine entegre bir şekilde, ev ziyaretleri ile 15-49 yaş kadınların ve gebelerin izlemelerinde AP eğitiminin yapılması, gereksinimi olan kadınlara Sağlık Ocaklarında, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezlerinde (AÇSAP), hastanelerin AP Kliniklerinde hizmet sunulması şeklinde verilmiştir. Bu hizmetlerle toplumun sağlık eğitimi ve AP yöntemleri konusunda bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesinde kilit personel pratisyen hekim, ebe ve hemşireler olmuştur. İzlenen bu politika sayesinde yıllar içerisinde modern kontraseptif kullanımı artmış, isteyerek düşükler azalmış (100 gebelikte 23'ten 10'a) ve düşüğe bağlı anne ölümleri son derece azalmıştır (%53'ten %2'ye).³³ Ülkemizde 2002 yılı itibariyle ise, aile politikalarında yeni bir döneme girilmiştir. Bu yeni dönemde, toplumumuzda halen yerini koruyan aile kurumunun önemine dikkat çekilerek, onun bütünlüğünü korumak ve devamını sağlamak amaç kabul edilmiştir.³⁴ Bu doğrultuda, Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda (2007-2013) dengeli ve sürdürülebilir kalkınma hedefi ile uyumlu bir nüfus yapısına ulaşmak amacıyla nüfusun eğitim, sağlık ve insan gücü yönünden niteliklerinin iyileştirilmesi, yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve bu alanlardaki farklılıkların giderilmesinin nüfus politikasının temel hedeflerini oluşturduğu belirtilmektedir.³⁵ Buna göre, Türkiye'nin antinatalist politikadan 'nüfusun nitelik ve niceliğini iyileştirmek amacıyla uygulanan bir nüfus politikası'na doğru geçiş yaptığı görülmektedir.²⁸ 24 Kasım 2004 tarihinde, 5258 sayılı "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" adı altında kabul edilerek uygulamaya konulan önemli değişiklik, ilk kez 2005 yılında Düzce ilinde başlatılmıştır. Sağlıkta bu hizmet biçiminde hizmet bir ekip tarafından değil, nerede ise "tek hekim" tarafından sunulmaktadır. Sağlık ocakları sisteminde olduğu gibi "ev ziyaretleri yapılması" yönetmeliklerde yer alsa da, aile hekimliği sistemi ile karşılanabilecek bir durum değildir. Büyük şehirlerde hekim başına düşen nüfusun yoğunluğu, coğrafi konumlardan kaynaklı doğal koşullar, bu uygulamaya izin vermeyecektir. Ayrıca 15-49 yaş kadın izlemi ve AP hizmetlerinin performans kapsamı içerisinde olmaması da bu hizmetlerin geri plana atılmasına neden olmaktadır. Bu nedenlerden dolayı Aile Hekimliği Sisteminde en çok zarar gören hizmetlerden biri AP hizmetleridir.³³ Aynı dönemde ülkemizde bazı siyasi söylemlerle birlikte pronatalist bir nüfus politikası savunulmaya başlanmıştır. Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planında (2014-2018) ise, özellikle kadınların çalışma hayatı dikkate alınarak, toplam doğurganlık hızının kademeli olarak artırılmasını amaçlayan politikalar yapılması hedeflenmektedir. Bu Planda, doğum izni haklarının geliştirilmesi, kreş ve çocuk yuvası gibi hizmetlerin teşviki, esnek çalışma olanaklarının sağlanması önerilmektedir.³⁶

Sonuç

Doğurganlığa karar verme ve seçim çiftlerin ama özellikle kadının herhangi bir yönlendirmeye maruz kalmadan karar vermesi kişinin temel bir insan hakkıdır. Cinsel sağlık ve üreme sağlığı hakları, hükümetlerin taraf olduğu, pek çok uluslararası belgeyle düzenlenmiş haklardır.^{37,38} Bu hakkın yerine getirilmesi devletin anayasal görevidir.

Ülkemizde kuruluşundan bu yana uygulanan nüfus politikaları sayesinde önemli kazanımlar elde edilmiştir. Bu başarının devamının sağlanabilmesi ve daha da iyileştirilmesi için geçmişte atılan adımlar, insan hakları ve gönüllülük gözetilerek, güçlendirilerek devam ettirilmeli, Aile Planlaması kavramı politik amaçlarla kullanılmamalıdır.

Tam Metin Sözlü Bildiri

Sağlık yönüyle de son derece önemli olan nüfus kavramı izlenen nüfus politikalarından, AP hizmetlerinin yasal durumundan, bu alandaki hizmetlerin varlığından, ulaşılabilirliğinden ve kabul edilebilirliğinden ayrıca çiftlerin fertilitite davranışlarından etkilenmektedir. Bu nedenle farklı özelliklere sahip farklı ihtiyaçları olan tüm bireyleri kapsayacak bütüncül ve sürekli bir üreme sağlığı hizmeti temel sağlık hizmetlerine entegre bir şekilde sunulmalıdır. Kişilere ihtiyacı olan AP bilgi, yöntem ve uygulamalarına ücretsiz olarak erişimi sağlanmalı ya da SGK (Sosyal Güvenli Kurumu) kapsamına alınmalıdır. Bu süreçte eskiden olduğu gibi Sağlık Bakanlığı'nın öncülüğünde ilgili kamu kurumlarının ve STK'ların (Sivil Toplum Kuruluşu) işbirliği sağlanmalıdır.^{18,33} Bu konuda atılacak yanlış adımlar başta kadın ve çocuk sağlığı olmak üzere tüm toplumun sağlığını olumsuz yönde etkileyecek ayrıca ekonomik, çevresel ve sosyal açıdan istenmeyen sonuçlara neden olacaktır.

Anahtar Kelimeler: nüfus politikası, karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı

Kaynakça

1. Ayşe A. Türkiye'de değişen nüfus ve sağlık politikaları doğrultusunda, isteyerek düşükler ve üreme sağlığı hizmet sunumunda geleceğe bakış. *Turkish Journal of Public Health*. 2012;10(Özel Sayı):43-60.
2. Toros A. Türkiye'de Nüfus Konuları: Politika Öncelikleri. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü; 1993.
3. Fişek NH. Halk Sağlığına Giriş. Hacettepe Üniversitesi; 1983.
4. Akın A, Bahar Özvarış Ş. Kadın Sağlığı/Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması, Halk Sağlığı Temel Bilgiler Kitabı içinde (Editörler: Ç. Güler, L. Akın), Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 1. Cilt, Bölüm. 2012;6:210-367.
5. Karaca Bozkurt Ö. Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD, 1994) Eylem Programı'nın Türkiye'de uygulanan sağlık politikalarına yansımalarının toplumsal cinsiyet perspektifinden incelenmesi. TC Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Yayınlanmış Uzmanlık Tezi, Afşaroğlu Matbaası Ankara. Published online 2011.
6. Örgütü DS. Dünya Sağlık Raporu 1998, 21 Yüzyılda Yaşam Herkes İçin Bir Vizyon, Çev. Editörleri B Metin, A Akın, İ Güngör, Ankara, Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler Başkanlığı. Published online 1998.
7. Milletler B. Nüfus ve Kalkınma, Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında Kabul Edilen Eylem Planı. Kahire, 5-13 Eylül 1994, Ankara, 1994, s: 1, 8. 1994;12.
8. Cohen SA, Richards CL. The Cairo consensus: population, development and women. *Family planning perspectives*. 1994;26(6):272-277.
9. International Conference on Population and Development Programme of Action. United Nations Population Fund. Accessed October 24, 2022. <https://www.unfpa.org/publications/international-conference-population-and-development-programme-action>
10. Sinding SW, Ross JA, Rosenfield AG. Seeking common ground: Unmet need and demographic goals. *International Family Planning Perspectives*. Published online 1994:23-32.
11. Bongaarts J, Bruce J. The causes of unmet need for contraception and the social content of services. *Studies in family planning*. Published online 1995:57-75.
12. Ergöçmen BA, Bozbeyoğlu AÇ. An alternative approach to measure unmet need for family planning in Turkey. *Nüfusbilim Dergisi* \backslashbackslash\$Turkish Journal of Population Studies. 2005;27:3-16.
13. Bongaarts J. The KAP-gap and the unmet need for contraception. *Population and development review*. Published online 1991:293-313.
14. Bradley SE, Casterline JB. Understanding unmet need: history, theory, and measurement. *Studies in family planning*. 2014;45(2):123-150.
15. Westoff CF. The unmet need for birth control in five Asian countries. *Family planning perspectives*. 1978;10(3):173-181.
16. Westoff CF, Bankole A. Unmet need: 1990-1994. In: DHS. *Comparative Studies*. Macro International Inc; 1995.
17. Bradley SE, Croft TN, Fishel JD, Westoff CF. Revising unmet need for family planning. *DHS Analytical Studies No. 25*. Calverton, MD: ICF International. Published online 2012.
18. Enstitüsü HÜNE. Türkiye'de Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacı Küresel Hedefler Yerel Koşullar Ankara 2020.
19. Kantorová V, Wheldon MC, Ueffing P, Dasgupta AN. Estimating progress towards meeting women's contraceptive needs in 185 countries: A Bayesian hierarchical modelling study. *PLoS medicine*. 2020;17(2):e1003026.
20. *Family Planning and the 2030 Agenda for Sustainable Development (Data Booklet)*. United Nations; 2019. doi:10.18356/e154e49d-en

Tam Metin Sözlü Bildiri

21. Hacettepe Üniversitesi, Turkey, eds. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi; 2019.
22. Temel S. Karşılanmamış Aile Planlaması Gereksinimlerinin Azaltılmasında Kültürel Faktörlerin Belirlenmesi ve Hizmet Modelinin Geliştirilmesi. doktora tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2018. Accessed October 25, 2022. <http://openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/handle/11655/4258>
23. Cleland J, Harbison S, Shah IH. Unmet need for contraception: issues and challenges. *Studies in family planning*. 2014;45(2):105-122.
24. Türkyılmaz AS. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013. 2013 Nüfus ve Sağlık Araştırması. Published online November 2014. Accessed October 25, 2022. <http://openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/handle/11655/23339>
25. Doğanay H. Türkiye Beşeri Coğrafyası, Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları: 2982. Bilim ve Kültür Eserleri Dizisi. 1997;877:260.
26. Robinson WC, Ross JA. The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs. World Bank Publications; 2007.
27. Özbay F, Shorter FC. Turkey: Changes in birth control practices, 1963 to 1968. *Studies in Family Planning*. 1970;1(51):1-7.
28. Doğan M. TÜRKİYE'DE UYGULANAN NÜFUS POLİTİKALARINA GENEL BAKIŞ. *Marmara Coğrafya Dergisi*. 2011;(23):293-307.
29. Demir O. Nüfus Politikaları Ve Çin, Fransa Ve Türkiye Örneklerinin Değerlendirilmesi. *Social Sciences*. 2016;11(1):41-61.
30. Akin A. From research to practice: use of non-physicians in family planning services in Turkey. *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*. 2010;50(4):445-461.
31. Gazete R. Nüfus Planlaması Hakkında Kanun. *Kanun Karar*. 1965;(557).
32. Kanun NPH. Kanun Numarası: 2827 Kabul Tarihi: 24/5/1983 Yayımlandığı R. Gazete: Tarih. 1983;(18059).
33. Ayşe A. Türkiye'de değişen nüfus ve sağlık politikaları doğrultusunda, isteyerek düşükler ve üreme sağlığı hizmet sunumunda geleceğe bakış. *Turkish Journal of Public Health*. 2012;10(Özel Sayı):43-60.
34. Turğut F. Türkiye'de Aile Siyasetinde Yeni Dönem Politikaları (2000 Sonrası Bir Değerlendirme). Master's Thesis. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2014.
35. Teşkilatı DP. Dokuzuncu kalkınma planı 2007-2013. Published online 2006.
36. Bakanlığı K. Onuncu kalkınma planı 2014-2018. Published online 2013.
37. Akın A, Türkçelik E. Sağlık Hizmetlerine Erişimde Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Haritalama ve İzleme Çalışması. Published online 2018.
38. Sert G, Narman İ, Erkan O, et al. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığında Haklar Ekonomik Kültürel Haklar Sözleşmesi'nin 22 No'lu Yorumu 2016. *Türkiye Biyoetik Dergisi*. 2019;6(2):65-81.

Özet Sözlü Bildiri

S25
**BİR İLÇEDEKİ 15-49 YAŞ ARALIĞINDAKİ EVLİ KADINLARDA AİLE İÇİ ŞİDDET,
DEPRESYON BELİRTİLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Serdar GÜLPINAR¹, Gülşen GÜNEŞ²

¹Pütürge Devlet Hastanesi, Türkiye

²Yüksek İhtisas Üniversitesi, Türkiye

Giriş ve Amaç: Şiddet, dünya genelinde gittikçe artan bir halk sağlığı problemi olarak görülmektedir. Şiddete en fazla kadınların maruz kaldığını ve bunun ilk etapta ailede olduğunu görebiliriz. Bu çalışma kadına yönelik şiddet durumunu, şiddeti etkileyen faktörleri ve şiddet ile depresyon belirtilerinin varlığı arasındaki ilişkiyi ortaya koymayı amaçlamıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, kesitsel bir çalışmadır ve Malatya ili Yeşilyurt ilçesinde bulunan aile sağlığı merkezine kayıtlı 15-49 yaşlarındaki evli kadınlar araştırmaya dâhil edilmiştir. Veriler 1 ocak-30 Nisan 2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Örneklem büyüklüğü %95 güven düzeyi ve %5 sapma ile prevalansı %40 alınarak 292 kişi olarak hesaplanmış olup 398 kadın ile çalışma yürütülmüştür. Etik kurul (İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu 20.11.2018 tarihli 2018/21-2 sayılı kararı) ve anketlerin uygulandığı kurumdan yazılı izinler alınmıştır. Bu çalışmada başlıca hipotezimiz şiddet puanı yüksek olan kadınlarda depresyonun yüksek olmasıdır. Anket formu; Kişisel Bilgiler Formu, Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeğinden oluşmaktadır. Araştırmanın bağımlı değişkenleri Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet Ölçeğinden elde edilen Fiziksel şiddet puanı, Duygusal şiddet puanı, Sözel şiddet puanı, Ekonomik şiddet puanı, Cinsel şiddet puanı ve Toplam şiddet puanı ile Beck Depresyon Ölçeğinden elde edilen puan olarak belirlenmiştir. Bağımsız değişkenler de yaş, meslek ve eğitim gibi bazı sosyo demografik özellikler; aile tipi, evlenme şekli, evlenme yaşı gibi aile yaşantısı ile ilgili özellikler ve geçmişte şiddet görme, eşin alkol durumu ve eşin psikiyatrik hastalık durumu gibi şiddet ile bağlantılı özellikler olarak görülmüştür. Şiddet türleri de depresyon belirtileri varlığı için bağımsız değişken olarak alınmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler, araştırmacı tarafından bilgisayar ortamına aktarılarak IBM SPSS 22 programı aracılığı ile analiz edildi. Verilerin analizinde öncelikle katılımcıların tanımlayıcı özelliklerinin sayı ve yüzdeleri hesaplanmıştır. Veriler normal dağılıma uymadığından veriler ortanca değerleri ile sunulmuş; ölçeklerden ve ölçeklerin alt gruplarından aldıkları puanlar Kruskal Wallis ve Mann Whitney-U testleri kullanılarak karşılaştırılmıştır. Depresyon puanı ile şiddet puanları arasındaki ilişkinin gösterilmesi için Spearman korelasyon testi yapıldı. Depresyonu olan ve olmayan katılımcılarda şiddet puanlarının karşılaştırılması için Mann-Whitney testi uygulandı. Tüm değerlendirmelerde p<0.05 değeri anlamlı olarak bulunmuştur. Araştırmada finansal bir destek yoktur, araştırmacıların imkanlarıyla yapılmıştır. Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Bulgular: Katılımcıların %30.2'si fiziksel şiddete maruz kalmıştır. Yaş, ekonomik gelir ve eğitim seviyesi şiddet ve depresyon açısından risk faktörü olarak bulunmuştur. Ortanca şiddet puanları değerlendirildiğinde; katılımcıların yaş gruplarına göre aldıkları şiddet puanları daha çok 20 yaş ve altındaki grupta yüksek bulunmuştur. Küçük yaş grubunun ortanca depresyon puanları ise daha düşük bulunmuş olup en yüksek puan 39 yaş ve üzeri grupta görülmüştür. Çalışma sonuçları, ekonomik gelirin ve eğitim seviyesinin düşmesi ile ortanca şiddet puanlarının ve depresyon puanlarının yükseldiğini ortaya koymuştur. Geniş ailede yaşayan, görücü usulü ile evlenen, eşlerinin ailesiyle kötü ilişkisi olan, kendisi ve eşleri geçmişte şiddete maruz kalan kadınlar daha yüksek ortanca şiddet ve depresyon puanlarına sahip olduğu bulunmuştur. Depresyon ile şiddet arasındaki Korelasyon analizi, pozitif yönlü bir ilişki olduğunu göstermiştir. Olası depresyonu bulunan kadınlarda şiddet puanları daha yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Küçük yaşta evlilikler düşük ekonomik gelir, düşük eğitim seviyesi, evlilik türü aile tipi ve geçmişte yaşanan şiddet kadının maruz kaldığı şiddeti artırmaktadır. Bu amaçla devlet tarafından küçük yaşta evlilikler için bazı yasal yaptırımların yapılması ve kişilerin eğitim, sosyal ve ekonomik olarak iyileşmesi için gerekli adımların atılmasının önemli olduğunu söyleyebiliriz.

Anahtar Kelimeler: Şiddet, Kadına Yönelik Şiddet, Depresyon

Özet Sözlü Bildiri

S26

GEBE VE 5 YAŞ ALTI YAŞAYAN ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN BEBEK VE ÇOCUK BESLENMESİNE İLİŞKİN DURUMLARI: BİR İLÇE ÖRNEĞİ

Nurhan MEYDAN ACIMIŞ¹, Emine ÇOMAK²

¹Pamukkale Üniversitesi, Türkiye

²serbest, Türkiye

Giriş ve Amaç: Anne sütü bebeklerde büyüme ve gelişme için gereken tüm sıvı, enerji ve besin öğelerini içeren, biyoyararlılığı yüksek, sindirimi kolay doğal bir besindir. Bebeğin doğumundan itibaren iki yaşına kadar büyüme ve gelişiminde önemlidir. Altıncı aydan itibaren ise **iki yaşına kadar** ek besinlere geçiş yapılmalıdır. Bu araştırma, gebe ve emzikli annelerin bebeklerine 0-6 aylık dönemde sadece anne sütü verme ve altıncı aydan sonra tamamlayıcı beslenmeyi bilme durumları ve buna ilişkin davranış özelliklerinin değerlendirilmesi amacı ile planlandı.

Gereç ve Yöntem: Araştırma Denizli ili Bekilli ilçesindeki Aile Sağlığı Merkezinde gerçekleştirildi. Kesitsel tipte araştırmamızda evrenini Bekilli Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı ve halen sağlık hizmeti almakta olan 5 yaş altı yaşayan çocuğa sahip olan ve gebe yada emzikli 159 kadın oluşturdu. Evrenin tamamına erişilmesi planlandı(159 kadın) ancak 6 anneye COVID-19 sebebiyle ulaşılamadı. Aile sağlığı merkezine başvuran yada çağrı ile gelenlere anket uygulandı. Veriler yüz yüze anket tekniği ile toplandı. Anket formu sosyo-demografik özellikler ve beslen sorularını içermekte idi. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan etik kuruldan 02.04.2021 tarihli ve E-60116787-020-39814 sayılı resmi yazı ile izin alındı. Verilerin istatistiksel olarak karşılaştırılmasında kategorik veriler için Ki-Kare (χ^2) testi uygulandı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ anlamlı olarak kabul edildi. İdari izinler ve sözel onam alındı.

Bulgular: Kadınların; %37,9' u lise mezunu, %64,1' i ev hanımı, %1,3' ü öğrenci ve %34,6'sı gelir getiren bir işte çalışmaktadır. Kadınların %98,7' si gebeliği boyunca doktora, %85' i ebeye başvurmuş, %98'0 i ise herhangi koşulda emzirme konusunda bilgi almıştır. Annelerin %97,9 bebeklerine ağız sütü (kolostrum) verdiğini (16 kadın ağız sütü vermemiş), %95,7' si bebeklerini emzirdiğini (15 kadın emzirmemiş) belirttiler. Emzirmeyen annelerin %2,9'u; bebeğin kabul etmemesini, anne sütünün yetersiz oluşunu ve meme ucu sorunu olmasını emzirmeme nedeni olarak belirtti. Emzirmeyi bırakanların %37,9'u; bırakma yaşı geldiğinden, %21,4' ü çocuğun istememesinden, %12,1' i sütün yetersiz olmasından, %3,6' sı çalışma durumundan ve %2,1' i meme ucu sorunu nedeniyle olduğunu belirttiler. Annelerin %70,7' si ilk altı ay sadece anne sütü verdiğini belirtti. 0-5 yaş arası çocuklara ek besin olarak en fazla yoğurt (%91,4), en az hazır mama veya anne sütü dışındaki sütler (%32,9) verilmektedir. 0-6 ay arasında hazır mama (%39,2), su veya şekerli su (%29,3), yoğurt (%22,7), diğer sıvılar (%6,3) ve katı yiyecekler (%6,3) verilmektedir. Annenin eğitim durumu, mesleği ve ilk altı ay ek gıda verilme arasında istatistiksel anlamlı fark yoktur ($p > 0,05$). Annenin gelir getiren işte çalışması ile ilk altı ay ek gıdaya başlanması arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,05$). Emzirme bilgisi verilme durumu ile ilk altı ay ek gıda verilme arasında istatistiksel anlamlı fark yoktur ($p > 0,05$). Emzirmeyi meme ucu sorunundan, anne çalışma nedeninden ve çocuğun istememesi yüzünden bırakanlar ile ilk altı ay ek gıda verilme arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$). Emzirmeyi sütünün yetersiz olması ($p = 0,008$) ve bırakma yaşı gelmesi sebebiyle bırakanların ($p = 0,004$) ilk altı ay ek gıda verilme arasında fark anlamlı tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Emzirmeyi süt yetersiz diye bırakanların %58,8' i ve bırakma yaşı gelenlerin %15,1' i çocuklarına ilk altı ay ek gıda vermiştir.

Sonuç: Annelerin %70,7'si ilk altı ay sadece anne sütü ile beslemekte olduğunu belirtti. Aile sağlığı merkezine başvuran tüm anne ve anne adaylarına emzirmenin ana çocuk sağlığı açısından önemi, anne sütünün ilk altı ay mutlaka verilmesi gerektiği ve altıncı aydan sonra kademeli olarak tamamlayıcı beslenmeye geçişin önemi anlatılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Anne Sütü, Bebek Beslenmesi, Tamamlayıcı Beslenme

Araştırmada herhangi bir çıkar çatışması ve finansal destek yoktur. Yüksek Lisan Tezidir.

Tam Metin Sözlü Bildiri

S27

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ 6. SINIF ÖĞRENCİLERİNİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNE YÖNELİK FARKINDALIK DÜZEYLERİ EDİRNE - 2022

Gamze DEMİRAY, Pınar Zehra DAVARCI, Mehmet Alperen SEZER, Kaan DEMİRBAŞ, Galip EKUKLU

Trakya Üniversitesi, Türkiye

ÖZET

Giriş ve Amaç: Çocuk istismarı ve ihmali yaralanma, kalıcı hasar hatta çocuk ölümleri gibi ciddi sonuçlarının yanı sıra çocuklarda psikososyal hasar da bırakan, tıbbi, hukuki ve toplumsal yönleri olan ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Bu çalışmanın amacı Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. Sınıf öğrencilerinin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik farkındalık düzeylerinin ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel ve tanımlayıcı tipteki bu araştırmaya tıp fakültesi son sınıf öğrencisi olan 184 kişi dahil edilmiştir. Katılımcılara Sosyodemografik özelliklere, çocuk istismarı ile ilgili eğitim ve mesleki tecrübelerle ilişkin soruların yer aldığı “Anket Formu” ile “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu” uygulanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan 184 öğrencinin % 51,6’sı erkek ve %1,6’sı tek ebeveynli ailede büyümüştür. Çalışmanın sonuçlarına göre katılımcıların % 85,9’u tıp eğitimi süresince çocuk istismar ve ihmali konusunda eğitim aldığını belirtirken; eğitim alanların % 58’i aldığı eğitimi yetersiz olarak değerlendirmektedir. Katılımcıların Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği’nden aldıkları ortalama puan $4,02 \pm 0,02$ ’dir. Buna göre katılımcılardan tıp eğitimi süresince eğitim alanların ölçekten aldıkları puan ortalamaları almayanlara göre yüksek saptanmıştır ($p=0,007$). Katılımcıları istismar/ihmal vakası ile karşılaşma durumları ile ölçekten aldıkları ortalama puanlar karşılaştırıldığında istismar/ihmal vakası ile karşılaşan kişilerin ortalama puanları karşılaşmayanlara göre yüksek bulunmuştur ($p=0,008$). İstismar ve ihmali ayırımı yapabilme sorusuna “hayır” diyenlerin ölçekten aldıkları ortalama puanlar; “kararsızım” ve “evet” diyenlerin ortalama puanlarından anlamlı olarak düşük saptanmıştır (sırasıyla p değerleri $p=0,012$; $p=0,018$)

Sonuç: Katılımcıların büyük bir bölümü tıp eğitimi süresince Çİİ’ye yönelik eğitim aldığını belirtirken; eğitim alanların yarıya yakını bu eğitimi yeterli görmektedir. Tıp eğitimi süresince Çİİ eğitimi alanların, istismar/ihmal vakası ile karşılaşanlar, istismar/ihmal ayırımı yapabilenler ve 183 çağrı numarasını bilenler Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği’nden daha yüksek puanlar almışlardır.

Anahtar Kelimeler: çocuk istismarı, intörnlük, tıp eğitimi

GİRİŞ VE AMAÇ

Çocuk kavramının tarihsel süreçte içinde bulunulan toplumun sosyokültürel değerleri, inançları ve sosyoekonomik durumları gibi pek çok konu ile ilişkili olarak farklı tanımlamaları yapılmıştır (1). Eski toplumlarda çocuk “minyatür yetişkinler” olarak görülmüşse de artık bu tanım değişmektedir. Çocuk Hakları Sözleşmesinde «Çocuğa uygulanabilecek olan kanuna göre daha erken yaşta reşit olma durumu hariç on sekiz yaşınakadar her insan çocuksayıdır» denilmektedir (2). Ülkemizde benzer bir şekilde 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu’nda «Daha erken yaşta ergin olsa bile, on sekiz yaşını doldurmamış kişi» olarak tanımlanmaktadır (3). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) çocuk istismar ve ihmali (Çİİ) çocuğun sağlığını, fiziksel ve psikososyal gelişimini olumsuz etkileyen, bir erişkin, toplum ya da devlet tarafından farkında olarak veya olmayarak yapılan bütün davranışlar olarak tanımlamıştır (4). Çocuk istismarı; fiziksel, duygusal, cinsel istismar ve ihmali olarak sınıflandırılmaktadır. Bir vakada tek bir istismar türü görülebileceği gibi, birden fazla istismar türünün aynı anda uygulanması söz konusu olabilir (5). Bazı kaynaklarda ekonomik istismar da bu sınıflamaya dahil edilmektedir (6). Bulgularının daha fark edilebilir düzeyde olması nedeniyle fiziksel istismar en kolay tanı konulabilen istismar türüdür. Genellikle farklı istismar türleri bir arada görülmektedir (7).

Tam Metin Sözlü Bildiri

Çocuk istismarı, yaralanmalara, kalıcı hasarlara hatta çocuk ölümlerine neden olabilen, çocuklarda fiziksel zarar dışında psikososyal hasar da bırakan, tıbbi, hukuki ve toplumsal yönleri olan ciddi bir halk sağlığı sorunudur (8). Dünya üzerinde her yıl milyonlarca çocuk ihmal ve istismara uğramaktadır. Bu ihmal ve istismar davranışları çocuklarda ciddi fiziksel, psikososyal, gelişimsel problemlere neden olmaktadır. Çİİ mağduru olan çocuklarda kaygı ve travma sonrası stres bozukluğu, davranış problemleri ve intihara eğilim gibi psikolojik sorunlarla sıklıkla karşılaştığı ve istismar tanısının atlanması ve uygun tedavinin yapılmaması nedeniyle erişkin dönemde de bu belirtilerin görülebildiği bildirilmektedir (9). Yine bu çocuklarda erişkinlikte depresyon gelişme riski de %50 oranında artmaktadır. Depresyon ve kaygı bozukluğu gelişen bireyler alkol, sigara ve madde bağımlılığı açısından uygunsuz davranışlarda bulunabilmekte ve bu davranışların sonucu olarak uzun vadede cinsel yolla bulaşan hastalıklar, obezite ve farklı sağlık sorunları görülebilmektedir (10). Çİİ, yalnızca çocuğu değil ailesini ve içinde bulunduğu toplumu da etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. Ancak saptanabilen vakalar yalnızca buz dağının görünen kısmını oluşturmaktadır. Bu nedenle sağlık çalışanlarının istismar ve ihmalin belirtilerini tanıyabilmesi, bireysel, ailesel ve toplumsal düzeyde görülen risk faktörlerini bilmesi ve Çİİ şüphesi olan durumlarda adli bildirim yapması son derece önemlidir (11). Hukuksal boyutta ise Çİİ ile karşılaşmış olan sağlık çalışanları 5237 Sayılı Yeni Türk Ceza Kanunu'na göre bu olguları bildirmekle yükümlüdür. Ülkemizde polis, jandarma gibi kolluk kuvvetlerine, cumhuriyet savcılıklarına ve sosyal hizmetlere bildirim yapılabilmektedir. Bildirim yapmayan kişiler TCK'nın 279. maddesine göre altı aydan iki yıla kadar, 280. maddeye gereğince de bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılmaktadır (12, 13). Gölge ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada hekim, hemşire ve ebelerin % 50'den fazlası Çİİ hakkında eğitim almış olmasına rağmen hekimlerin % 86,5'i, hemşire ve ebelerin % 90,6'sı bu konudaki bilgilerinin yetersiz olduğunu düşünmektedir. Ayrıca hekimlerin % 70,9'u, hemşire ve ebelerin % 54,3'ünün Çİİ şüphesi durumunda uygulamaları gereken yasal prosedürleri bilmediği görülmüştür (11). Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programına göre; pratisyen hekimin bir çocuk istismar veya ihmal vakası ile karşılaştığında tanıyabilmesi, gerekli işlemlerin ardından uzman doktora yönlendirebilmesi, birinci basamakta çocuğu düzenli olarak kontrol edebilmesi ve tekrarlanabilecek Çİİ olaylarına karşı koruyucu önlemleri alabilmesi beklenmektedir (14). Bu çalışmanın amacı Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. Sınıf öğrencilerinin çocuk istismarı ve ihmeline yönelik farkındalık düzeylerinin ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesidir.

YÖNTEM

Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki araştırmanın evrenini 2021-2022 eğitim öğretim yılında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi 6.sınıf öğrencileri oluşturmaktadır. Araştırma evreni 233 kişi olup örneklem seçimine gidilmemiştir. Çalışma 01.06.2022-30.08.2022 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde yürütülmüştür.

Veri Toplama Araçları

Anket formu: Bu formda araştırmacılar tarafından literatür bilgilerinden derlenerek oluşturulmuş 20 soru bulunmaktadır. İntörn hekimlerin demografik özellikleri (cinsiyet, medeni durum, yaş, çocuk sahibi olma durumu, ihmal ve istismara uğrama durumları) ve ihmal ve istismar ile ilgili eğitim ve deneyimlerine yönelik sorular yer almaktadır.

Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanması Ölçeği: Ölçek Aynur UYSAL tarafından 1998 yılında geliştirilmiştir, toplam 67 madde ve 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek; İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (19 madde), davranışsal belirtileri (15 madde), ihmal belirtileri (7 madde), istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (13 madde), istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri (5 madde), çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler (8 madde) alt boyutlarından oluşmaktadır. Ölçek kullanımı için Prof. Dr. Aynur UYSAL Uysal'dan izin alınmıştır. Likert tipi ölçekte yer alan 1, 2, 4, 6, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 31, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 43, 44, 45, 47, 48, 50, 51, 52, 53, 55, 57, 58, 60, 62, 64, 65, 66, 67 numaralı sorulara "çok doğru" yanıtına 5 puan, "oldukça doğru" yanıtına 4 puan, "kararsızım" yanıtına 3 puan, "pek doğru değil" yanıtına 2 puan, "hiç doğru değil" yanıtına 1 puan verilmektedir. Diğer sorular ise ters puanlanmaktadır. Ölçek alt boyutlarından alınan puan ortalamasının yüksek olması, o alandaki

Tam Metin Sözlü Bildiri

bilgilerin daha iyi olduğu anlamına gelmektedir. Ölçeğin her bir alt boyutunun 5 üzerinden ortalama puanı hesaplanarak değerlendirilmiştir. Uysal (1998)'ın yapmış olduğu çalışmada ölçek Cronbach's α Katsayısı 0,92 olarak bulunmuştur. Alt ölçeklerde ise 0,59 ile 0,89 arasında Cronbach's α Katsayısı değişmektedir. Veri Toplama: Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Veri toplama işleminde araştırmacılar tarafından araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiş ve katılımcıların sözlü onamları alınmıştır. Bir görüşme ortalama 25-30 dakika kadar sürmüştür.

Verilerin Analizi: Veriler IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Statistics 21.0 programı ile analiz edilmiştir. Araştırmada bulgularının değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Sağlık çalışanlarının ölçek puanlarının normal dağılımının analizi için Kolmogorov Simirnov testi uygulanmıştır. Veriler tanımlayıcı istatistikler, Student t test, Mann Whitney U testi, ANOVA testi ve Tukey post hoc testleri ile analiz edilmiştir. Sonuçlarda $p < 0,05$ düzeyi istatistiksel açıdan anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Kurul ve Diğer İzinleri: Araştırma için Trakya Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmıştır. (Protokol kodu: TÜTF-BAEK 2022/269). Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı'ndan ve ölçeği geliştiren Prof. Dr. Aynur UYSAL TORAMAN' dan araştırmayı uygulamak için gerekli izinler alınmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya 233 intörnden 184'ü katılmıştır (evrenin % 79'u). Katılımcıların yaş ortalaması $24,5 \pm 1,7$ yıl olup 95'i (% 51,6) erkektir. Büyüdüğü aile tipi ve yerleşim yeri sorusu için katılımcıların 166'sı (% 90,2) çekirdek aile ve 118'i (% 64,1) il merkezinde cevabını vermiştir. Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri.

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	89	48,4
Erkek	95	51,6
Büyüdüğü Aile		
Çekirdek Aile	166	90,2
Geniş Aile	15	8,2
Tek ebeveynli aile	3	1,6
Büyüdüğü Yer		
İl Merkezi	118	64,1
İlçe	49	26,6
Belde/köy	12	6,5
Yabancı ülke	5	2,7
Toplam	184	100

Çalışmaya dahil olan kişilerin 14'ü (% 7,6) çocukluğunda ihmal/istismar yaşadığını; 13'ü (% 7,1) ise ailesinde istismar/ihmal öyküsü olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların 158'i (% 85,9) tıp eğitimi süresince istismar eğitimi aldığını belirtirken eğitim alanlardan 93'ü (% 58) aldığı eğitimi yetersiz olarak değerlendirmektedir. Katılımcıların %70'i intörnlük döneminde istismar eğitimi almadığını bildirmiştir. İstismar ve ihmal vakalarını tanımlama kendilerini ne kadar yeterli bulduklarını sorulduğunda, 124 katılımcı (% 67,4) "orta", 15 kişi ise "kötü" olarak değerlendirmiştir. Katılımcıların % 64,1'i, istismar ve ihmal ayırımını yapabilme konusunda kendilerini yeterli görürken, % 28,3'ü kararsız kalmıştır. Meslek hayatları boyunca istismar/ihmal vakası veya şüphesi ile karşılaşanların sayısı 80 (% 43,5) olup, karşılaşılan ihmal ve istismar türleri sırasıyla fiziksel istismar, ihmal ve duygusal istismardır (% 41,2; %36,2; %28,7). Katılımcıların % 95,1'i TCK'ya göre çocuk

Tam Metin Sözlü Bildiri

cinsel istismarı ve ihmalini yetkili mercilere bildirmenin yasal bir zorunluluk olduğunu bildiğini ifade etmiş ve katılımcıların % 98,4'ü "Çocuk istismarı /ihmal olgusu veya şüphesi ile karşılaştığınızda bildirim yapar mısınız?" sorusuna "evet" yanıtını vermiştir. Bildirimin nasıl yapılacağı sorusunu ise 112 (% 61,2) kişi "adli rapor tutarım", 54 kişi (% 29,5) kişi "Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'na bildirim yaparım" ve 43 (% 23,4) kişi "polis çağırırım" şeklinde cevaplamıştır. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'na ait "İstismar Çağrı Numarası" nı bilenler, katılımcıların % 20'sini oluştururken, hiç bilmediğini ifade edenler 138 kişidir (% 75). Bildirim yapılması zorunlu olduğu halde, bildirimden kaçınmanın olası nedenleri sorgulandığında; katılımcıların yarısı, yeterli kanıt olmadığı için bildirim yapılmak istenmeyebileceğini işaretlerken (%49,5), yasal sürecin zor olabileceğinin düşünülmesi (%45,6) ve çocuğu şimdi bulunduğu durumdan, daha kötü bir sokmak istememe düşüncesi (%42,4), diğer en sık çekincelerdir. Çocuk istismarı/ihmal olgusuyla karşılaşıldığında, en sık yönlendirilecek branşlar sırasıyla; Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları, Adli Tıp ve Pediatri (70,4; 57,4; 56,9) olarak seçilmiştir.

Tam Metin Sözlü Bildiri

Tablo 2. Katılımcıların İstismar ve İhmal Eğitim Alma ve Bildirimde Bulunma Durumları

		Sayı	Yüzde (%)
İstismar ve İhmal Eğitimi Alma Durumu	Evet	158	85,9
Eğitimin Yeterli Bulunması	Evet	73	39,7
İstismar/İhmal Vakasını Tanımda Kendilerini Yeterli Bulma Durumu	İyi	45	24,5
	Orta	124	67,4
	Kötü	15	8,1
İstismar ve İhmal Ayrımı Yapabilme	Evet	118	64,1
	Hayır	14	7,6
	Kararsızım	52	28,3
Çocuklukta İhmal/İstismar Yaşama Durumu	Evet	14	7,6
Ailede İstismar/İhmal Öyküsü varlığı	Evet	13	7,1
İstismar/İhmal Vakası ile Karşılaşırsa Bildirim Yapma	Evet	181	98,4
İstismar/İhmal Vakasında Bildirim Yapma Yolu Tercihi*	Polis çağırırım	43	23,4
	Adli rapor tutarım	112	61,2
	Cumhuriyet Savcılığına bildirim	20	10,9
	Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'na bildirim yaparım	54	29,5
	SHCK'ye bildirim	19	10,3
Meslek Hayatında İstismar/İhmalle Karşılaşma durumu	Evet	80	43,5
Meslek Hayatında Karşılaşılan İstismar türü ve ihmal*	Fiziksel	33	41,2
	Cinsel	21	26,2
	Duygusal	23	28,7
	Ekonomik	5	6,25
	İhmal	29	36,2
Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı İstismar Çağrı Numarası Bilme Durumu	Bilenler	37	20,1
	Yanlış bilenler	9	4,9
	Hiç bilmeyenler	138	75,0
İnternette İstismar Eğitimi Alma	Evet, aldım, yeterliydi.	13	7,1
	Evet, aldım, yetersizdi.	39	21,2
	Hayır, almadım.	132	71,7
TCK Madde 279'u Bilme Durumu	Evet	175	95,1
İstismar Vakası ile Karşılaşıldığında Yönlendirilecek Tıbbi Branşlar*	Adli Tıp	104	57,4
	CRŞ	128	70,4
	Pediyatri	103	56,9
	Ortopedi	19	10,5
	Diğer	23	12,7
Bildirim yapılmamasının olası nedenleri*	Yetkili kurumların ilgilenmeyeceğinden çekinme	75	40,7
	Yasal süreçteki olası zorluklar	84	45,6
	Çocuğu daha kötü bir duruma düşürme	78	42,4
	Konuya dair yeterli kanıt olmaması	91	49,5
	Her ailede benzer durumlar olabileceği	14	7,6
	Aileden gelecek olan tepki	61	33,1
	Bildirimi nasıl yapacağını bilmeme	77	41,8

Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ile çeşitli parametreler arasındaki ilişki Tablo 3'de gösterilmiştir. Katılımcıların Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama

Tam Metin Sözlü Bildiri

Ölçeği'nden aldıkları ortalama puan $4,02 \pm 0,02$ 'dir. Buna göre katılımcılardan tıp eğitimi süresince eğitim alanların ölçekten aldıkları puan ortalamaları almayanlara göre yüksek saptanmıştır. Katılımcıları istismar/ihmal vakası ile karşılaşma durumları ile ölçekten aldıkları ortalama puanlar karşılaştırıldığında istismar/ihmal vakası ile karşılaşan kişilerin ortalama puanları karşılaşmayanlara göre yüksek bulunmuştur. İstismar ve ihmal ayrımı yapabilme sorusuna “hayır” diyenlerin ölçekten aldıkları ortalama puanlar, “kararsızım” ve “evet” diyenlerin ortalama puanlarından anlamlı olarak düşük saptanmıştır (sırasıyla p değerleri p:0,012; p:0,018). Katılımcılardan istismar/ihmal çağrı numarasını doğru bilenlerin ölçekten aldıkları ortalama puanlar bilmeyenlere göre yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği' ne göre aldıkları ortalama puanlarının cinsiyet, tıp eğitimi süresince aldığı istismar/ihmal eğitimini yeterli bulma durumları, çocuklukta ve ailede istismar/ihmal öyküsü varlığı, istismar/ihmal vakası ile karşılaşırsa bildirim yapma durumları, TCK 279'u bilmeleri, istismar ve ihmal vakasını tanıma yeterlilikleri, büyüdükleri aile tipleri, büyüdükleri yer ve intörnlükte istismar/ihmal eğitimi alma durumları ilişkisiz bulunmuştur.

Tam Metin Sözlü Bildiri

Tablo 3. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ile Çeşitli Parametreler

		Ölçek ortalama puanı	P
Cinsiyet	Kadın	4,03±0,3	0,724
	Erkek	4,01±0,4	
Eğitim alma durumu	Evet	4,05±0,3	0,007
	Hayır	3,84±0,3	
Eğitimi yeterli bulma	Evet	4,06±0,3	0,595
	Hayır	4,03±0,4	
Çocuklukta istismar/ihmal öyküsü*	Evet	4,08±0,4	0,430
	Hayır	4,01±0,3	
Ailede istismar/ihmal öyküsü varlığı*	Evet	3,89±0,4	0,221
	Hayır	4,03±0,3	
İstismar/ihmal vakası ile karşılaşma durumu	Evet	4,1±0,3	0,008
	Hayır	3,96±0,3	
İstismar/ihmal Vakası ile Karşılaşırsa Bildirim Yapma*	Evet	4,02±0,3	0,627
	Hayır	3,94±0,5	
TCK 279'u Bilme Durumu*	Evet	4,03±0,3	0,106
	Hayır	3,82±0,3	
İstismar ve İhmal Ayrımı Yapabilme	Evet	4,03±0,03	0,014
	Hayır	3,75±0,1	
	Kararsızım	4,07±0,04	
İstismar ve İhmal Vakasını Tanıma Yeterliliği	İyi	4,14±0,05	0,054
	Orta	3,98±0,03	
	Kötü	3,99±0,10	
Büyüdüğü Aile Tipi	Çekirdek aile	4,02±0,02	0,323
	Geniş aile	3,92±0,12	
	Tek ebeveyn yanı	4,25±0,08	
Büyüdüğü Yer**	İl Merkezi	4,04±0,03	0,317
	İlçe	4,03±0,05	
	Diğer (Köy/Yabancı Ülke)	3,86±0,10	
Çağrı Numarasını Bilme Durumu	Doğru Bilenler	4,15±0,05	0,018
	Bilmeyenler	3,99±0,03	
İnternette istismar/ihmal Eğitimi Alma	Eğitim Alan	4,02±0,04	0,977
	Eğitim Almayan	4,02±0,03	

*Mann-Whitney U

**Kruskal Wallis-H

Tam Metin Sözlü Bildiri

TARTIŞMA

Bu çalışmada Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik farkındalık düzeyleri sunulmuştur.

Çalışmamızda katılımcıların % 85,9 'u tıp eğitimi süresince Çİİ'ye yönelik eğitim aldığını belirtirken, Aytekin ve ark.'larının hukuk fakültesi öğrencilerindeki çalışmasında öğrencilerin %74'ü ders almadıkları yanıtını vermiştir (15). Kocaeli'nde bir tıp fakültesi asistanlarında 2018 yılında yapılmış çalışmada ise katılımcıların % 50,4'ü tıp fakültesi eğitimi veya uzmanlık sürecinde Çİİ'ye yönelik eğitim aldığını belirtmişlerdir (16). Yapılan benzer çalışmalarda Kara (17) pratisyen hekimlerin %24,6'sının, Demir (18) tarafından 2012 yılında Edirne'de yapılan çalışmada katılımcıların tıp fakültesinde Çİİ konusunda eğitim alma oranı %54, mezuniyet sonrası Çİİ konusunda eğitim alma oranı %58,9, olarak belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda yüksek oranda Çİİ 'ye yönelik eğitim alındığının belirtilmesinde hafıza faktörü ve Mezuniyet Öncesi Çekirdek Eğitim Programı'nın yenilenmiş olması gibi nedenler olabilir.

Şan ve ark.'larının 112 çalışanlarında yaptıkları çalışmada Çİİ tanıma konusunda katılımcıların % 33,6'sı kendisini "yeterli" görürken, %13,4'ü "yetersiz" görmüştür (19). Bizim çalışmamızda ise katılımcıların yaklaşık dörtte biri kendilerini "yeterli" görürken, kendilerini "yetersiz" olarak tanımlamayanlar %10'un altındadır. Katılımcıların üçte ikisinin kendisini "kısmen yeterli" olarak görmesinin sebebi, aldıkları eğitimi henüz meslek pratiğine dönüştürmemelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda son sınıf öğrencilerin Çİİ olgusuyla karşılaşma oranı % 43,5 iken Hamzaoğlu'nun çalışmasında hekimlerin % 43,8'inin, hemşire-ebelerin % 36,2'sinin meslek yaşamları süresince Çİİ olgusuyla karşılaştıkları belirtilmiş (20) olup, sonuçlarımız bu çalışma ile benzerdir.

Çalışmamızda Çİİ olgusu veya şüphesi ile karşılaşıldığında nereye bildirim yapacakları sorulduğunda % 1,6'sı bildirim yapmayacaklarını, % 29,5'i Aile ve Sosyal hizmetler Bakanlığı'na, % 23,4'ü polise, % 10,9'u savcılığa bildirim yapacaklarını belirtmişlerdir. Türk ve ark. üniversite öğrencilerinde yaptıkları çalışmada ise katılımcıların % 7,4'ü bildirim yapmayacaklarını, % 37,6'sı Sosyal Hizmetler Müdürlüğüne, % 49,8'i polise, % 12,6'sı ise savcılığa bildirim yapacaklarını ifade etmişlerdir (21).

Türk ve ark. çalışmasında bildirim yapılmama nedenleri sorulduğunda en sık üç neden olarak sosyal servislerin konuyla ilgilenmeyeceklerini düşüncesi (% 20,9) adli makamların konuyla ilgilenmeyecekleri düşüncesi (% 17,9) ve başına herhangi olumsuz bir şey gelebileceği endişesi (% 16,4) cevapları verilmiştir. Bizim çalışmamızda ise katılımcıların yarısı, "konuya dair yeterli kanıt olmaması" çekincelerini belirtirken, diğer sık nedenler sırasıyla; yasal süreçteki olası zorluklar (% 45,6) ve istismar/ ihmale uğrayan çocuğu daha kötü bir duruma düşürme endişesi (% 42,4) şeklindedir. Katılımcıların neredeyse yarısında gözlenen bu çekincelerin nedeni, Çİİ bildirimini yasal süreci konusunda henüz yeterli pratik yapmamış olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği'nden aldıkları ortalama puan $4,02 \pm 0,02$ 'dir. Araştırmamızda cinsiyetlere göre ölçekten alınan puanlar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunamamıştır. Aytekin ve ark.'larının çalışmasında ise hukuk fakültesi öğrencilerinin aynı ölçekten aldıkları ortalama puan 3,62 olup; kadın öğrencilerin ortalama puanları erkeklerden yüksek saptanmıştır (15). Benzer şekilde Türk ve ark. üniversite öğrencilerinde yaptıkları çalışmada ortalama puan $3,61 \pm 0,34$ saptanmış olup; kadın öğrencilerin ortalama puanları erkeklerden yüksek saptanmıştır (21). Bizim çalışmamızda örneklem grubunun tıp fakültesi öğrencileri olması ölçekten alınan ortalama puanların yüksek olmasının nedeni olabilir. Özcan'ın 2022 yılında hemşirelerle yaptığı çalışmada Çİİ konusunda eğitim alma durumu ile ölçek puanları karşılaştırıldığında; eğitim alanların ölçek puanlarının, almayan katılımcılara göre daha fazla olduğu bulunmuştur (22). Bizim çalışmamızda da benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Bizim çalışmamızda Çİİ konusunda eğitim alanların ve Çİİ olgularıyla karşılaşanların ölçekten aldıkları ortalama puanlar daha yüksek bulunmuştur. Kılıçarslan ve ark.'larının Şanlıurfa ilinde Pediatri ve Çocuk

Tam Metin Sözlü Bildiri

Cerrahi Uzmanları ile yaptıkları çalışmada ise; Çİİ konusunda eğitim alma ve Çİİ olgusu ile karşılaşma açısından ölçekten alınan ortalama puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu farklılığın olası nedeni tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin yakın zamanda eğitim almalarından dolayı Çİİ olgularına tanı koyma açısından motivasyonlarının yüksek oluşu olabilir.

SONUÇ

Dünya genelinde Çİİ olgusu, hem toplumsal hem de medikal açıdan gittikçe önem kazanmaktadır. Bu çalışmada hekimlik mesleğine adım atacak olan tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin Çİİ olgusu hakkında farkındalık düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Katılımcıların büyük bir bölümü tıp eğitimi süresince Çİİ'ye yönelik eğitim aldığını belirtirken; eğitim alanların yarıya yakını bu eğitimi yeterli görmektedir. Öğrencilerin 3'te 2'si ise kendilerini Çİİ olgusunu tanıma açısından kısmen yeterli görmekte ve istismar/ ihmal ayrımını yapabileceğini belirtmektedir. Katılımcıların neredeyse tamamı Çİİ olgusu veya şüphesi ile karşılaşınca bildirim yapacağını ifade etmiştir. Katılımcıların 3'te 2'si ise "istismar çağrı numarasını" bilmemektedir. Öğrencilerin yarıya yakını tıp eğitimi süresince Çİİ ile karşılaşmış olup en sık karşılaşılan istismar türü fiziksel istismar olarak belirtmişlerdir. Tıp eğitimi süresince Çİİ eğitimi alanların, istismar/ihmal vakası ile karşılaşanlar, istismar/ihmal ayrımı yapabilenler ve 183 çağrı numarasını bilenler Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği'nden daha yüksek puanlar almışlardır.

Çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesi için halk sağlığı bakış açısıyla yapılması gerekenlerden biri istismar ve ihmale uğramış veya risk altında olan çocukların erken dönemde tespitidir. Bu konuda sağlık personellerinin tespit edilen olguları ilgili resmî birimlere bildirmeleri için eksiklerin giderilmesi ve periyodik olarak hizmet içi eğitimlerin yapılması önerilebilir. Çİİ tanı ve bildirimi multidisipliner bir süreç olup, farklı bilim dallarının katılımıyla öğrencilere pratik imkanı sağlanmalıdır.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Yazarlar aralarında herhangi bir çıkar çatışması bulunmadığını beyan eder.

FİNANSAL DESTEK

Çalışma sırasında herhangi bir kurumdan finansal destek sağlanmamıştır.

Anahtar Kelimeler: çocuk istismarı, intörnlük, tıp eğitimi

KAYNAKLAR

1. Acehan S, Bilen A, Ay MO, Gülen M, Akkan A, Ferhat İ. Çocuk istismarı ve ihmalinin değerlendirilmesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 2013;22(4):591-614.
2. Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirgesi, 1959. Erişim adresi: https://kdkcocuk.gov.tr/anasayfa/contents/files/YasalDuzenlemeler/BM_cocuk_Haklari_Bildirisi.pdf Son erişim tarihi: 04.10.2022.
3. Çocuk Koruma Kanunu, 2005. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5395.pdf> Son erişim tarihi: 04.10.2022
4. Turhan E, Sangün Ö, İnandı T. Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2006;15(9):153-7.
5. Dedeler M, Tuğçe Ö, Öztürk C. Çocukluk çağı cinsel istismarına yönelik tedavi ve önleme yaklaşımları: Bir gözden geçirme. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi*. 2016;3(1):28-43.
6. Aydın İ. *Türkiye'de Çocuk İstismarı Ve Çocuk İşçiliği*. 2018.
7. Üstündağ A, Şenol F, Mağden D. Ebeveynler çocuk istismarına yönelik bilgi düzeylerinin belirlenmesi ve bilinçlendirilmesi. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal*. 2015.
8. WHO. *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Geneva: World Health Organization, 2006.
9. Kaytez N, Yüceliyiğit S, Kadan G. Çocuğa yönelik istismar ve çözüm önerileri. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2018;1(1):18-24.
10. Öztop DB. Depresyon ve İstismar. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*. 2012;5(2):46-50.

Tam Metin Sözlü Bildiri

11. Gölge ZB, Hamzaoglu N, Türk B. Assessment of medical staff awareness about child abuse and neglect. *Turkish Journal of Forensic Medicine*. 2012;26(2):86-96.
12. Tekin HH. Sağlık çalışanlarının çocuk ihmal ve istismar vakaları ile karşılaşma durumları, bildirim yükümlülükleri ve eğitim gereksinimleri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2020;29(2):85-94.
13. Çamurdan A. Çocuk ihmali, çocuk istismarı ve ihmaline multidisipliner yaklaşım. *Çocuk İhmal ve İstismarını Önleme Derneği Kılavuzu*.2006.
14. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi - Ulusal Çekirdek Eğitim Programı 2020. Erişim adresi: https://www.yok.gov.tr/Documents/Kurumsal/egitim_ogretim_dairesi/Ulusal-cekirdek-egitimi-programlari/mezuniyet-oncesi-tip-egitimi-cekirdek-egitimi-programi.pdf Son Erişim Tarihi:04.10.2022
15. Aytekin Ç, Dulic M, Pulat Z. Hukuk Fakültesi Öğrencilerinin Çocuk İstismarı Ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeylerinin İncelenmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. (60):96-121.
16. Bahadır V. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi uzmanlık öğrencilerinin çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi, tutum ve farkındalık düzeylerinin değerlendirilmesi ile eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi. 2018.
17. Kara Ö, Çalışkan D, Suskan E. Ankara ilinde görev yapan çocuk asistanları, uzmanları ve pratisyen doktorların çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeyleri ve yaklaşımlarının karşılaştırılması. *Türk Pediatri Arşivi*. 2014;49(1):57-65.
18. Demir H. Edirne ili aile sağlığı merkezlerinde görevli hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi, farkındalık ve tutumlarının belirlenmesi (tıpta uzmanlık tezi) 2013.
19. İshak Ş, Bekgöz B, Özkan EU. 112'de görev yapan sağlık personelinin çocuk ihmal ve istismarına yönelik farkındalık düzeyleri: Ankara örneği. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*. (13):90-106.
20. Gölge ZB, Hamzaoglu N, Türk B. Sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusundaki farkındalık düzeylerinin ölçülmesi. *Adli Tıp Dergisi*. 2012;26(2):86-96.
21. Türk B, Hamzaoglu N, Yayak A, Şenyuva G. Çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi ve farkındalık düzeyinin incelenmesi: kesitsel araştırma. *Türkiye Klinikleri Adli Tıp ve Adli Bilimler Dergisi*. 2021;18(3):205-14.
22. Özcan N. Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini belirleme durumları. *Karabük Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü (Yüksek Lisans Tezi) 2022*.

Özet Sözlü Bildiri

S28

4-6 YAŞ ARASI ÇOCUKLARDA OBEZİTE SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ DEĞİŞKENLER, PURSAKLAR ÖRNEĞİ

Şefik YURDAKUL, Yazgı Beriy ALTUN GÜZELDEREN, Mehmet Enes GÖKLER

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

Giriş ve Amaç: Çocukluk çağı obezitesi tüm dünyayı ilgilendiren küresel bir halk sağlığı sorunudur. 2020 yılı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre tüm dünyada 5 yaş altı 39 milyon çocukta aşırı kilo ya da obezite mevcuttur. Ülkemizde okul öncesi yaş grubunda yapılan en kapsamlı çalışmalardan olan son Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması raporuna göre 5 yaş altı çocukların %8.1'i fazla kilolu iken, Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması'na göre obezite sıklığı %8,5'tir. Obezite gibi tüm toplumu ilgilendiren ve önlenebilen bu sorunun pandemi sonrası güncel durumunu, ilişkili faktörlerini, beslenme ve fiziksel aktivite durumunun etkilerini belirlemek karar vericilere yön göstermek açısından önemlidir. Çalışmamızda Ankara ili Pursaklar ilçesinde 4-6 yaş arası çocuklarda obezite sıklığı ve ilişkili değişkenlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız kesitsel tipte bir saha araştırmasıdır. Saha aşaması 01.05-30.06.2022 tarihleri arasında Ankara ili Pursaklar ilçesindeki Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı Pursaklar Belediyesi ve Diyanet İşleri Başkanlığı'nın okul öncesi eğitim kurumlarında (toplam 16 kurum) yürütüldü. Çalışma için Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 07.04.2022-06 onay tarihli ve sayılı izin ile İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden gerekli yazılı izinler alındı. Ailelerden alınan onam sonrası, çalışmayı yürüten araştırmacılar tarafından çocukların antropometrik ölçümleri yapıldı ve velilere iletilen anketin toplanması sağlandı. 16 kurumda eğitim almakta olan toplam 822 öğrenciye ulaşılması hedeflendi, eksik veri ve gönüllü olmama gibi nedenlerle 556 (%67,6) öğrencinin verisi analiz edildi.

Anketimizin ilk bölümünde ebeveynlerin sosyo-demografik özellikleri ile ebeveyn ve çocukların özgeçmiş bilgileri sorgulandı. Ebeveyn obezitesi açısından boy kilo bilgileri beyana dayalı alındı. İkinci bölümde "Çocuklarda Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi - KIDMED", son bölümde "Aile Beslenme ve Fiziksel Aktivite (ABFA) Ölçeği" yer aldı. Obezite değerlendirmesi için Neyzi ve ark. tarafından oluşturulan persentil tabloları kullanılarak Beden Kütle İndeksi (BKİ) Z skoru hesaplandı. BKİ Z skoru verilerinde +1 ile +2 arası fazla kilolu ve +2 üzeri olanlar ise obez olarak değerlendirildi. Fazla kilolu ve obez çocuklar tespit edildi, bağımlı değişken olarak kullanıldı. Verilerde tanımlayıcı istatistikler için sayı, yüzde, ortalama \pm standart sapma (SD), ortanca, minimum (min), maksimum (maks) ve 25-75 çeyreklik değerleri kullanıldı. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanıldı. Sürekli verilerin karşılaştırılmasında ise normallik testi sonucunda normal dağılıma uygunluğuna göre parametrik ve non-parametrik test seçildi. İstatistiksel anlamlılık için $p \leq 0.05$ kabul edildi.

Bulgular: Katılımcıların 269 (%48,4)'u erkekti, ortalama yaşları $66,5 \pm 7,1$ ay (min. 48 - maks. 80) idi. Katılımcılardan 68 (%12,3)'i fazla kilolu, 28 (%5)'i obez bulundu. Anketlerin 547 (%98,3)'ünün anneler tarafından yanıtladığı saptandı. Fazla kilolu veya obez olma ve olmama durumu incelendiğinde gruplar arasında maddi durum ($p=0,289$), anne ve baba eğitim durumu ($p=0,444$, $p=0,887$), anne ve babanın çalışma durumu ($p=0,783$, $p=0,517$), gebelikte annenin tütün kullanım durumu ($p=0,263$), 6 aydan az/fazla anne sütü kullanım durumu ($p=0,908$) yönünden anlamlı fark bulunamadı. Erkek ($p=0,05$) ve annesi obez olan ($p<0,001$) çocuklarda fazla kilo veya obezite sıklığının daha yüksek olduğu görüldü. ABFA Ölçeği ortalama puanı tüm katılımcılarda $57,8 \pm 5,4$ puan; fazla kilolu veya obez çocuklarda da $57,79 \pm 5,7$ puan olarak saptandı. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. KIDMED sınıflamasında katılımcıların %19,6'sının uyum düzeyi yüksek, %18'inin düşük bulundu. Diyete uyum düzeyi ile fazla kilolu veya obez olma durumu arasında ilişki bulunamadı. Annelerin obez olması durumunda ABFA Ölçeği puanlarının azaldığı saptandı ($p=0,01$).

Özet Sözlü Bildiri

Sonuç: Çalışmamızda pandemi sonrası durum incelenmiş olup okul öncesi yaş grubunu içeren geniş kapsamlı tarama programlarına ihtiyaç olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda olasılıklı örnekleme yöntemi kullanılmadığından sonuçların tüm öğrencilere genellenemeyeceği değerlendirilmiştir. Çalışmamız kesitsel tipte olduğundan tüm öğrenciler açısından anne ve çocukluk çağı obezitesi arasında nedensel ilişkiden söz edilemeyeceği düşünülmektedir. Obez annelerin yanıtlarında ABFA Ölçeği'ndeki düşük puanlar dikkate alındığında çocukların beslenme şekli ve fiziksel aktivite gibi verilerinin değerlendirilmesinde biasa neden olabileceği kanaatine varılmıştır.

Çıkar çatışması: Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Finansal destek: Çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

Anahtar Kelimeler: okul öncesi, çocukluk çağı obezitesi, anne ve çocuk sağlığı

S29

FATHER INVOLVEMENT IN CHILDCARE AND AFFECTING FACTORS: AT BAŞKENT UNIVERSITY OUTPATIENT PEDIATRICS

Çağlar FİDAN¹, Çiğdem Naz ÜNVER², Eylem GÜL³, Sıdıka Esra BASKIN⁴, Recep AKDUR¹

¹Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Türkiye

³Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı, Türkiye

⁴Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nefrolojisi ve Romatoloji Bilim Dalı, Türkiye

Summary

Children who have secure, supportive, reciprocal, and sensitive relationships with their parents are more likely to be psychologically better adjusted to life than individuals whose relationships with their parents are less satisfactory. Researchers are actively aiming to enhance fathers' involvement in childcare by examining the factors that affect it, addressing the barriers to fathers' involvement, and reinforcing the positive aspects that already exist. In this study, 109 fathers with children between the ages of 0 and 18 who had applied to Outpatient Pediatrics at Başkent University Ankara Hospital were given an in-person questionnaire that included a scale form and a personal introduction form. The median age of these fathers was 40.10. The scale form, Inventory of Father Involvement, was developed by Hawkins et al. in 2002 (and translated into Turkish by Ünlü, on which validity and reliability studies were conducted). The objectives were to raise awareness of what can be done to plan the best way for a father's involvement in the family, to develop suggestions and make scientific contributions to other studies investigating these concepts, and to gain insight into which factors may be associated with low or high father involvement by examining the relationships between sociodemographic characteristics, child characteristics, and father involvement components. Some of the fathers' characteristics (fathers' age group and fathers' level of education) and the fathers' involvement in childcare were correlated. Some of the children's characteristics (number of children and the child going to school/nursery) and fathers' involvement in childcare were correlated. Some of the family's/spouse's characteristics (spouse's working hours and spouse's level of education) and fathers' involvement in childcare were correlated (at the level of statistical significance, $p < 0.05$). Future research should be carried out with the support of all relevant parties, particularly educators and healthcare providers, who are crucial to children's development.

Keywords: father involvement, fathers' involvement in childcare, parenting, pediatric, public health

Introduction

In United Nations reports, people between the ages of 0 and 18 are considered children. The word "child" is also used in the sense of offspring while the concept of "parent" basically includes the biological or adoptive mother and/or father who are responsible for caring for the child. However, when siblings, grandparents, or other non-family caregivers assume responsibility for the care of the child, their parenting becomes very important.¹

Child, parent attachment

In living organisms, attachment behavior is always initially focused on the mother, barring developmental mishaps. In species where the father is important, the upbringing may be geared towards him as well. Attachment can be directed toward a number of different people in humans as well.²

Attachment behavior to the mother is almost always shown earlier, stronger, and more frequently. Between

Tam Metin Sözlü Bildiri

the ages of six and nine months, it was regularly observed that any child whose father returned home would joyfully greet him, but it wasn't until after nine months that actual following of a familiar person other than the mother was noticed. In the absence of the mother, a child will usually follow a familiar adult. 3

Children who have secure, supportive, reciprocal, and sensitive relationships with their parents are more likely to be psychologically better adjusted to life than individuals whose relationships with their parents are less satisfactory.

Father involvement in childcare

What fathers and children do with that time and how fathers, mothers, children, and other significant people in their lives perceive and evaluate the father-child relationship are likely to be much more important than how much time fathers and children spend together.

The concept of family context has frequently been found to be at least as important as individual relationships within the family. In addition to supportive father-child relationships, fathers' relationships with partners, ex-partners, and other children can also act as a locus for positive father effects. In different familial, cultural, and historical contexts, the relative importance of various fathering roles or functions varies.

Fathers play a variety of roles. A successful father is one whose role performance corresponds to the demands and prescriptions of the sociocultural and familial context, as defined in terms of his children's development. High father involvement is thought to have both positive and negative effects depending on the circumstance. Low father involvement is comparable in this regard.

Researchers should strive to comprehend the unique combination of factors that influence the trajectory of children's development by illuminating the relationships between various aspects of fatherhood and recognizing how and when fathers' interest in certain areas of involvement limits their potential involvement in other ways. 4

Methods

The Inventory of Father Involvement used in this study was developed by Hawkins et al. in 2002 'to create a measure that is sensitive to emotional, cognitive, and direct and indirect behavioral components of involvement. The scale design is based on the concept of fatherhood.5 Similar studies, such as the one conducted by M. H. Trahan in 2018, were completed on fathers with at least one child between 0 and 18 years of age.6 This IFI scale was adapted into Turkish by Ünlü, and its validity and reliability were established. 7

In this study, fathers with children from all pediatric age groups were studied to ensure sample representation.

In this study, which looked at fathers' involvement in child care, the following hypotheses were tested:

1. There is no relationship between some of fathers' characteristics and father's involvement in childcare.
2. There is no relationship between some of children's characteristics and fathers' involvement in childcare.
3. There is no relationship between some of family/spouse's characteristics and fathers' involvement in childcare.

Application and operation: The study was conducted between January 8, 2022, and June 1, 2022. The population of this descriptive study consists of fathers who have at least 1 child between the ages of 0 and 18 and who have applied to the Pediatric Outpatient Clinics at Başkent University Ankara Hospital. The minimum sample size was planned to be 97 people in total, with $\alpha=0.05$, $d=0.1$ and $p=0.50$. Accordingly, a total of 109 people were included in the study by increasing the number of people by 10–15%. The fathers to be included

Tam Metin Sözlü Bildiri

in the study were selected by a simple random sampling method. An in-person questionnaire that included a scale (The Inventory of Father Involvement) and a personal introduction form was administered. The scale was a five-point Likert scale consisting of 25 questions.

Data collection: This study's independent variables are the sociodemographic section of the questionnaire, whereas the dependent variable is the IFI scale items.

Statistical methods: In the study, frequency (n) and percentage (%) values were used as descriptive statistics in the evaluation of categorical variables. The conformity of the test scores to normal distribution was examined with the Shapiro-Wilk normality test, and since the assumption of normal distribution was not met, median (minimum-maximum) values were given as descriptive statistics. Mann-Whitney U test and Kruskal Wallis tests were used to analyze the scale scores and sub-dimension scores according to sociodemographic characteristics. Dunn's Post Hoc test was used to analyze the groups with differences. In all hypothesis tests, Type I error probability was set as $\alpha=0.05$ and the SPSS v25.0 package program was used for statistical evaluations.

Ethical review and approval: This study was approved by Baskent University Institutional Review Board and Ethics Committee (Project no: KA22/58, Project approval date: 26.01.2022) and supported by Baskent University Research Fund.

Results

The mean age of the participants was 40.10 and the median age was 40 (min 26-max 57).

59.6% of the participants were from Ankara, the rest were from other provinces of Turkey and 98.2% of them were married.

40.4% of families have two children, 34.9% have one child, 19.3% have three children and the rest have more than three children.

34.9% of the participants have only sons and 32.1% have only daughters/children.

In the study, which included fathers with at least one of their children between the ages of 0-18, the total number of children was 200. The mean age of children, excluding those over 18 years of age, is 102.57 months; the median age is 108 months; and the age groups are presented in the table below (see: Table 1).

Age groups of the children [§]	Childrens' ages in months	Number of children
Infants (0-12 months)	0-12	27
Toddler 1 (13-24 months)	13- 24	5
Toddler 2 (25-36 months)	25- 36	12
Preschoolers (37 months-5 years)	37-71	22
Middle Childhood 1 (6-8 years)	72-107	22
Middle Childhood 2 (9-11 years)	108-143	31
Young teens (12-14 years)	144-179	31
Teenagers (15-18 years)	180-216	33
Children over the age of 18 years	>217	17
Total		200

Tam Metin Sözlü Bildiri

Table 2 shows the sociodemographic characteristics of the participants (see: Table 2).

Table 3 presents descriptive statistics for the father involvement scale (see: Table 3).

Table 3: Distribution of the Father Involvement Scale and Subscale Scores		
	Mean±ss	Median(min-max)
Father involvement total	112.51±10.22	114 (80-133)
Mother Support&Teaching	36.87±4.00	38 (15-43)
Monitoring& Planning	22.53±3.16	23 (15-30)
Availability	16.61±3.23	17 (5-22)
Disciplining	8.27±1.63	8 (4-11)
Emotional Support	8.64±1.70	9 (2-12)
Providing	9.70±0.99	10 (2-11)

The mother support and teaching sub-dimension includes the following items from the Inventory of Father Involvement: '3. I encourage my child to read.', '5. I give my children's mother encouragement and emotional support', '7. I lead my children know that their mothers is an important and special person.', '9. I encourage my children to succeed in preschool/elementary school', '10. I am a pal or friend to my children', '16.I cooperate with my children"s mother in the rearing of my children.', '18. I teach my child to follow rules at school', '23. I encourage my child to develop their talents.'

The monitoring & planning sub-dimension includes the following items from the Inventory of Father Involvement: '12. I encourage my children to do their homeworks', '14. I know where my children go and what they do with their friends', '19. I encourage my child to continue schooling beyond high school', '21. I help my older child with their homework.', '22. I plan for my children"s future (education, training).'

The availability sub-dimension includes the following items from the Inventory of Father Involvement: '1.I attend events my children participated in (school activities, sport activities, school trips etc)', '6. I am involved in the daily or regular routine of taking care of my children"s basic needs or activities (feeing, driving them places etc)', '17. I read to my younger children.', '24. I spend time with my children doing things they like to do.'

The disciplining monitoring and planning sub-dimension includes the following items from the Inventory of Father Involvement: '20. I discipline my children.', '25. I encourage my children to do their chores', '26. I set rules and limits to for my children's behaviors.'

The emotional support sub-dimension includes the following items from the Inventory of Father Involvement: '4. I praise my children for being good or doing the right thing', '8. I praise my children for something they have done well.'

Tam Metin Sözlü Bildiri

The providing sub-dimension includes the following items from the Inventory of Father Involvement: '2. I provide my children's basic needs (food, cloth, shelter etc.); '11. I accept responsibility for the financial support of the children I have fathered.'

At the level of statistical significance, some of fathers' characteristics (fathers' age group and fathers' level of education) and fathers' involvement in childcare were correlated.

Some of children's characteristics (number of children and the child going to school/nursery) and fathers' involvement in childcare were correlated.

Table 4: Distribution of the Father Involvement Scale and Its Sub-Dimensions According to Sociodemographic Characteristics

Sociodemographic characteristics		Father involvement total score	Mother Support and Teaching	Monitoring and planning	Availability	Disciplining	Emotional Support	Providing
Father's age group	26-36	117 (88-133)	40 (31-43)	24 (15-30)	19 (7-22)	8.5 (5-11)	9.5 (7-12)	10 (6-11)
	37-47	109 (80-125)	37 (15-40)	23 (15-28)	16 (9-21)	8 (4-10)	9 (2-10)	10 (2-10)
	48+	111 (102-124)	38 (33-40)	22 (18-25)	17 (5-20)	8 (4-10)	8 (6-10)	10 (9-10)
	p	0.098	0.053	0.079	0.024*	0.984	0.096	0.831
Child has a chronic disease	No	119 (96-133)	39 (15-43)	24 (16-30)	17.5 (11-22)	9 (5-10)	9 (2-12)	10 (2-10)
	Yes	113.5 (80-126)	38 (29-40)	23 (15-28)	17 (5-21)	8 (4-11)	9 (2-10)	10 (6-11)
	p	0.135	0.562	0.114	0.421	0.800	0.965	0.735
Father's level of education	Primary school graduate	110.5 (94-120)	39.5 (30-40)	21.5 (20-24)	14 (5-20)	8 (6-10)	9.5 (6-10)	10 (6-10)
	Secondary school graduate	118 (80-126)	39 (29-40)	23.5 (15-25)	19 (9-21)	10 (6-10)	9 (2-10)	10 (2-10)
	High school graduate	106 (88-125)	37.5 (31-40)	21 (17-25)	14 (7-20)	8 (4-10)	8 (4-10)	10 (8-10)
	2-year university	111 (102-125)	37 (30-40)	23 (19-30)	16 (14-20)	8 (7-10)	9 (7-12)	10 (9-10)
	4-year university	117.5 (96-125)	39 (15-40)	25 (16-28)	18 (11-21)	9 (6-10)	9 (2-10)	10 (9-10)
	Postgraduate education	116 (88-133)	36 (31-43)	23 (15-29)	18 (13-22)	8 (4-11)	8 (7-10)	10 (9-11)
	p	0.164	0.766	0.049*	0.047*	0.164	0.706	0.575
Spouse's level of education	Primary school graduate	117 (80-122)	39 (29-40)	22 (15-25)	16 (5-21)	9 (6-10)	9 (6-10)	10 (7-10)
	Secondary school graduate	107.5 (88-119)	38 (31-40)	17 (17-28)	14.5 (7-20)	9 (4-10)	8 (4-10)	10 (9-10)
	High school graduate	108.5 (98-125)	37 (29-40)	21 (18-30)	15 (12-20)	8 (6-10)	9 (2-12)	10 (2-10)
	2-year university	121 (103-133)	38 (31-43)	24.5 (23-28)	18.5 (12-22)	8.5 (7-10)	9 (8-10)	10 (9-10)
	4-year university	114.5 (96-125)	38 (15-40)	24 (16-25)	18 (11-21)	8 (6-10)	9 (2-10)	10 (8-10)
	Postgraduate education	118.5 (88-125)	39 (31-40)	23.5 (15-29)	18 (13-20)	8 (4-11)	8 (7-10)	10 (9-11)
	p	0.178	0.931	0.046*	0.024*	0.978	0.765	0.743
Spouse's employment status	Working	113 (80-126)	38 (29-40)	22 (15-29)	16 (5-21)	8 (4-10)	9 (4-10)	10 (6-10)
	Not working	116.5 (88-133)	38 (15-43)	24 (15-30)	18 (11-22)	8 (4-11)	9 (2-12)	10 (8-11)
	p	0.141	0.916	0.066	0.117	0.206	0.460	0.501
Spouse's time to leave for work	06.00-08.00	120 (94-125)	39 (30-40)	24 (20-30)	18 (12-20)	9 (7-10)	9 (6-12)	10 (8-10)
	08.00-10.00	115.5 (88-125)	37.5 (31-40)	23 (15-27)	18 (11-20)	8 (4-10)	9 (2-10)	10 (9-10)
	After 10.00 a.m.	114 (107-117)	37 (34-39)	23 (23-24)	18 (13-19)	8 (7-8)	9 (9-10)	10 (9-10)
	I determine it myself	120 (102-133)	40 (15-43)	24 (18-28)	19 (14-22)	9.5 (8-11)	9 (3-10)	10 (10-11)
	p	0.393	0.797	0.420	0.637	0.044*	0.715	0.123
Spouse's return time from work	Earlier than 17.00	114 (102-125)	37 (31-40)	23 (20-30)	18 (12-20)	8 (4-10)	9 (7-12)	10 (9-10)
	17.00-19.00	116 (88-125)	37.5 (30-40)	24 (15-29)	18 (11-20)	8.5 (5-10)	9 (2-10)	10 (8-10)
	19.00-21.00	120 (118-123)	39 (39-40)	24 (23-25)	19 (17-20)	10 (7-10)	9 (9-10)	10 (10-10)
	Later than 21.00	124 (124-124)	40 (40-40)	25 (25-25)	19 (19-19)	10 (10-10)	10 (10-10)	10 (10-10)
	I determine it myself	120 (102-133)	40 (15-43)	24 (18-28)	19 (14-22)	9.5 (8-11)	9 (3-10)	10 (10-11)
	p	0.345	0.516	0.838	0.561	0.290	0.761	0.188
Number of children	1	120.5 (99-133)	39 (31-43)	24 (17-30)	19 (12-22)	9 (6-11)	10 (7-12)	10 (9-11)
	2	113 (80-126)	38 (29-40)	23 (15-29)	17 (9-21)	8 (4-10)	9 (2-10)	10 (6-10)
	3	108.5 (96-125)	37 (15-40)	22 (16-27)	16 (5-21)	7.5 (4-10)	9 (2-10)	10 (2-10)
	More than 3	107.5 (88-120)	36 (31-40)	21.5 (17-24)	14.5 (7-20)	8.5 (7-10)	8.5 (8-10)	10 (9-10)
	p	0.011*	0.186	0.066	0.024*	0.293	0.239	0.049*
Child goes to nursery/school	No.	120.5 (94-133)	40 (30-43)	25 (20-30)	19 (12-22)	8.5 (5-11)	10 (6-12)	10 (8-11)
	Yes	64 (113-80)	74 (38-15)	70 (23-15)	73 (16-5)	76 (8-4)	77 (9-2)	77 (10-2)
	p	0.007*	0.098	0.003*	0.007*	0.450	0.011*	0.447

Tam Metin Sözlü Bildiri

- The presence of chronic diseases in the child, the employment status of the spouse, and the time of the spouse's return from work were not associated with scale scores or subdimensions ($p > 0.05$).
- Fathers' age and availability subdimension scores were found to be correlated ($p = 0.024$). This difference can be attributed to the difference in demographics between those aged 26 to 36 and those aged 37 to 47 ($p = 0.023$).
- Fathers' level of education and availability subdimension scores were found to be correlated ($p = 0.049$).
- The spouse's level of education and monitoring-planning subdimension and availability subdimension scores were found to be correlated. ($p = 0.046$, $p = 0.024$, respectively)
- The spouse's working hours and disciplining subdimension scores were found to be correlated. ($p = 0.044$)
- The number of children and availability and providing subdimension scores were correlated. ($p = 0.024$, $p = 0.049$, respectively)
- Children going to school/nursery and the total scores for fathers' involvement, monitoring and planning, availability, and emotional support subdimensions were correlated. ($p = 0.011$, $p = 0.003$, $p = 0.007$, and $p = 0.011$, respectively).
- By examining these hypotheses, it is aimed to get insight into which factors may be related to low or high father involvement by examining the relationships between sociodemographic characteristics and child characteristics and father involvement components of fathers who bring their children to receive health services in pediatric outpatient clinics, and to create awareness of what can be done in order to plan the best way of father involvement in the family and to develop suggestions and to make scientific contributions to other studies investigating these concepts.

Discussion

The objective of this study was to examine the factors influencing fathers' childcare involvement. Scale scores and sub-dimension scores were analyzed according to sociodemographic characteristics.

The study differs from the literature in that it was conducted with fathers who brought their children to the pediatric outpatient clinics of a university hospital. Examining father involvement in childcare among fathers with and without children with chronic conditions was deemed a crucial component. Furthermore, with its implementation at a hospital, participants were selected from various cultures, settlements, and age groups, yielding a population that reflects sociodemographic traits heterogeneously.

The following are some notable aspects of the results:

The difference in sub-dimension scores of availability is attributable to the difference between fathers aged 26–36 and 37–47, as well as the number of children. Both results are covered and supported by the presumption that the number of children may rise with the father's age.

In addition, fathers with one child had higher father involvement scores than fathers with three children. The literature also supports the necessity to investigate the definition of fatherhood in the context of first-time fatherhood and having more children after that, as well as in the context of adopting or developing paternal behavior patterns in terms of neuro-physiological factors associated with the child's development.

Recent studies have shown that fathers' interactive behavior and the quality of dyadic interaction may improve between the ages of 4 and 18 months in newborns.⁹

Assessing the timing of paternal brain adaptation to fatherhood appears to be critical for identifying potential developmentally sensitive periods.¹⁰

Tam Metin Sözlü Bildiri

It has been shown that fathers give less time and attention to children who attend kindergarten or school compared to those who do not. It should be investigated whether this difference is attributable to the amount of time a child spends in school or a higher ability to develop independent behavior. The inclusion of non-parental involvement in childcare, e.g., teachers, school staff, etc., could also be a factor. The research shows that the caregiving behaviors of parents throughout the preschool years have an influence on children's development in the years that follow.

According to a study conducted in Japan, the presence of a father's lengthier childcare hours during infancy, both during the week and on weekends, was associated with a reduced risk of behavioral problems in children aged 5.5 and above. There was evidence of a dose-effect association between the frequency of fathers taking their children out and behavior problems in boys, as well as between fathers playing with their children at home and behavior problems in both girls and boys.¹¹

Scores on availability also differ depending on the spouse's educational status. It should be identified through study on maternal, marital, and family outcomes how educational attainment of the spouse affects family structure.

Involvement of fathers has been shown to improve results for mothers, spouses, and children.¹²

Chronic childhood illness places a heavy burden on both the family and the child. Daily medical responsibilities like administering medications, refilling prescriptions, managing insurance, visiting doctor's offices, having lab testing, and hospitalizations are some of the things families must manage. These responsibilities can strain marriages, families, and parents.^{13,14}

Numerous studies have revealed that simply having a child with a disability or chronic disease is not associated with poor parental and family cohesion.¹⁵

The results of this study, which was conducted in pediatric outpatient clinics, were consistent with those of other studies in that there was no discernible difference in the scale and sub-dimension scores of fathers of children with chronic diseases and those of fathers of children without such diseases.

Father involvement is connected to the overall functioning of the family. According to the findings, increased father involvement may shield families from the detrimental impacts of stress, role strain, and treatment burden associated with the management of pediatric chronic diseases. It is suggested that additional research be done on the part fathers play in the disease management process.¹²

As with these and comparable studies, generalizability requires more research on sample characteristics, the sampling of two- or single-parent families, and the father's involvement in caring for a child with a chronic disease.

Conclusion and Recommendations

It is essential to investigate qualitative and quantitative means of increasing fathers' involvement in childcare. A family-centered approach to childcare should represent the tripartite relationship between father, mother, and child in order to encourage parental engagement. Healthcare practitioners should understand the need to assess paternal care and family structure in addition to the typical examination of mother's care based on children's developmental phases. Primary health care providers and specialists should design father-centered training to improve parenting skills, as well as to minimize stress caused by work and parenting, and to improve childcare, as part of the process of developing an intervention that concentrates on parent-child connections.¹⁶

Tam Metin Sözlü Bildiri

Evaluating the preferences of fathers for web-based parenting programs designed using technological educational tools for fathers' participation in childcare and expanding such educational practices in the future by conducting studies on the number of sessions, program benefits, program participants, and program content should be the objectives.¹⁷

In conclusion, regardless of the sociodemographic characteristics of the parents, health professionals should monitor the physical, mental, and social development of children with or without chronic diseases. It should be ensured that every 0–18-year-old child receives the best care from their parents throughout all developmental stages.

High-tech approaches should be used to plan both quantitative and qualitative studies of parents' roles in childcare, and both mothers' and fathers' contributions should be measured individually and collectively. These studies should be designed with a multidimensional approach, including questions directed at the individuals themselves, as well as the evaluation of each other by the parents or the evaluation of the parents by the children, particularly during adolescence.

In the presence of two parents, paternal involvement in childcare should be prioritized over the habit of the mother assuming the primary parental role, which has mainly developed due to physical proximity.

These and similar studies should be conducted and supported by all parties involved, particularly health professionals and educators who play critical roles in child development.

Limitations: The total scale score and the subscale scores indicate the father's involvement in child care. However, since the study is conducted in a hospital setting, the scores are already affected by the father's behavior of bringing his child to the hospital, as this is an action that requires the father's time and attention.

Even though research has been done on the validity and reliability of Turkish translations, the results may not always accurately reflect the sociocultural heterogeneity because the original Inventory of Father Involvement scale is based on western culture.⁷

Conflict of interest: The authors have no conflicts of interest to disclose.

Keywords: father involvement, fathers' involvement in childcare, parenting, pediatric, public health

References

1. *Parenting: An Ecological Perspective* - Tom Luster, Lynn Okagaki - Google Books [Internet]. [cited 2021 Nov 29]. Available from: <https://books.google.so/books?id=ynKRAGAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=en#v=onepage&q&f=false>
2. Bowlby J. ATTACHMENT AND LOSS VOLUME I ATTACHMENT. 1969;181.
3. Bowlby J. ATTACHMENT AND LOSS VOLUME I ATTACHMENT. 1969;200.
4. Lamb M. *The Role of the Father in Child Development* / M. R. Lamb. 1981 Jan 1;
5. Hawkins AJ, Bradford KP, Palkovitz R, Christiansen SL, Day RD, Call VRA. *The Inventory of Father Involvement: A Pilot Study of a New Measure of Father Involvement*. <http://dx.doi.org/10.3149/jms1002183> [Internet]. 2016 Jul 31 [cited 2022 Oct 21];10(2):183–96. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.3149/jms.1002.183>
6. Trahan MH. *Paternal Self-Efficacy and Father Involvement: A Bi-Directional Relationship*. *undefined*. 2018 Oct 1;19(4):624–34.
7. Ünlü Ş. *Being fathered and being a father: examination of the general pattern of turkish fathers' and their own fathers' involvement level for children between the ages of 0-8*. 2010 [cited 2021 Nov 29]; Available from: <https://open.metu.edu.tr/handle/11511/20217>
8. *Positive Parenting Tips* | CDC [Internet]. [cited 2022 Oct 30]. Available from: <https://www.cdc.gov/ncbddd/childdevelopment/positiveparenting/index.html>

Tam Metin Sözlü Bildiri

9. Lindstedt J, Korja R, Vilja S, Ahlqvist-Björkroth S. Fathers' prenatal attachment representations and the quality of father-child interaction in infancy and toddlerhood. *J Fam Psychol* [Internet]. 2021 [cited 2022 Oct 21];35(4). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33074698/>
10. Provenzi L, Lindstedt J, de Coen K, Gasparini L, Peruzzo D, Grumi S, et al. The Paternal Brain in Action: A Review of Human Fathers' fMRI Brain Responses to Child-Related Stimuli. *Brain Sci* [Internet]. 2021 Jun 1 [cited 2022 Oct 21];11(6). Available from: [/pmc/articles/PMC8233834/](https://pmc/articles/PMC8233834/)
11. Ochi M, Fujiwara T. Paternal childcare in early childhood and problematic behavior in children: a population-based prospective study in Japan. *BMC Pediatr* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2022 Oct 21];21(1):1-13. Available from: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-021-02838-2>
12. Gavin L, Wysocki T. Associations of paternal involvement in disease management with maternal and family outcomes in families with children with chronic illness. *J Pediatr Psychol* [Internet]. 2006 Jun [cited 2022 Oct 21];31(5):481-9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16002480/>
13. KLINNERT MD, GAVIN LA, WAMBOLDT FS, MRAZEK DA. Marriages with children at medical risk: the transition to parenthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 1992 [cited 2022 Oct 21];31(2):334-42. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1564036/>
14. Wallander JL, Varni JW, Babani L, Banis HT, Wilcox KT. Family resources as resistance factors for psychological maladjustment in chronically ill and handicapped children. *J Pediatr Psychol* [Internet]. 1989 Jun [cited 2022 Oct 21];14(2):157-73. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2526867/>
15. Spaulding BR, Morgan SB. Spina bifida children and their parents: a population prone to family dysfunction? *J Pediatr Psychol* [Internet]. 1986 Sep [cited 2022 Oct 21];11(3):359-74. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3534207/>
16. Chu HS, Lee H. Relationship between paternal psychological distress and involvement in childcare among fathers of preschool-aged children: Mediating effect of maternal psychological distress. *BMC Pediatr* [Internet]. 2019 Sep 3 [cited 2022 Oct 21];19(1):1-10. Available from: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-019-1688-z>
17. Hansen A, Brown SD, Yap MBH. Enhancing Engagement of Fathers in Web-Based Preventive Parenting Programs for Adolescent Mental Health: A Discrete Choice Experiment. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2022 Oct 21];18(23). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34886063/>

Özet Sözlü Bildiri

S30

**SEREBRAL PALSİLİ ÇOCUKLARDA ETİYOLOJİK RİSK FAKTÖRLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Alev BAŞARAN¹, Zehra KILINC², Hıdır SARI², Ercan GÜNDÜZ²

¹Dicle Üniversitesi

²Dicle Üniversitesi

Giriş ve Amaç Serebral Palsi (SP), kas tonusu, hareket ve motor becerilerdeki anormallikler ile karakterize nörogelişimsel bir bozukluktur. Türkiye’de yapılan SP prevelans çalışmalarında 1000 canlı doğunda 4,4 olarak bildirilmiştir. Serebral palsi tanısı konmuş çocuklarda etiyolojik risk faktörlerinin değerlendirilmesi hem çocuk sahibi olmayı planlayan hem de serebral palsili çocuğu olup yeniden çocuk sahibi olmak isteyen ebeveynlerin, özellikle önlenilebilir risk faktörleri konusunda farkındalıklarının artırılması, kısacası toplumsal farkındalık oluşturulması bu hastalığının görülme sıklığının azaltılması için oldukça önemlidir. Bu çalışmanın amacı Mardin ili merkezinde Serebral palsi (SP) tanısı almış çocukların etiyolojisindeki risk faktörlerini değerlendirmek, özellikle önlenilebilir risk faktörlerine toplumun, ailenin ve sağlık çalışanlarının dikkatini çekmektir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel olan bu çalışma Mardin ili merkezindeki Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezlerinde ve Mardin Eğitim Araştırma Hastanesi’nde Şubat 2022-Mayıs 2022 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Çalışmanın evreni Mardin il merkezindeki Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezlerinde ve Mardin Eğitim Araştırma Hastanesi’nde fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmeti alan 432 serebral palsili çocuktu. Araştırmada örneklem seçilmedi evrenin %50’sine ulaşılması hedeflendi. Çalışma 210 çocukla tamamlandı. Çalışma için Helsinki Deklarasyonu Kararlarına bağlı kalınarak, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı ve kurum izinleri alındıktan sonra yapıldı Verilerin analizinde, SPSS 21 istatistik yazılım programı kullanıldı. Tanımlayıcı veriler, yüzde (%), sayı (n), ortalama (X) ± ve standart sapma (SS) şeklinde ifade edildi. Kategorik verilerin analizinde ki-kare testi kullanıldı. Analiz sonucunda p<0.05 ise fark istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çocukların yaş ortalaması 67,33±50,59 haftaydı. 210 çocuk hastanın %43,3’ü kız, %56,7’si erkekti. Doğum kilosu 2500gr’ın altında olan 101 çocuk düşük doğum ağırlıklı olarak, 109 çocukta 2500gr’ın üstünde kiloda doğmuştu. Doğum kilolarının ortalaması 2472,57±871,83 gram olarak hesaplandı. Annelerin %41,9’u (88) okuryazar değil, %41,9’u (88) ilkokul, %8,6’sı (18) ortaokul, %3,8’i (8) ise üniversite mezunuydu. Hastalardan %51’inin anne-babası akraba idi. Annelerin %98,1’i gelir durumu düzeylerini düşük olarak beyan etti. Gebelikte sigara kullanan anne oranı %18,1, sigara dumanına maruz kalan gebe oranı %41, akraba evliliği oranı %51, prematürite doğan bebek oranı %73,3, düşük doğum ağırlıklı bebek oranı %48.1, doğum anında anoksi gelişen bebek oranı %43.3 ve siyanoz gelişen bebek oranı %33.8’di. Serebral palsinin anneye ait risk faktörlerinden olan annenin eğitim düzeyi, gebelikte sigara kullanımı, gebelikte pasif içicilik, annenin kronik hastalığı, kan uyuşmazlığı, gebelikte düşük tehlikesi ve kanama açısından anlamlı fark vardı (p<0.05). Serebral palsinin bebeğe ait etiyolojik risk faktörlerinden prematürite, siyanoz, anoksi, küvözde kalma ve bebeğin doğduğu yer açısından da anlamlı fark vardı (p<0.05). Annenin eğitim durumu ile prematüre doğum arasında, düşük doğum ağırlığı ile prematüre doğum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p<0.05).

Sonuç: Çalışmamızda çocukların çoğunun prematür, düşük doğum ağırlıklı olması, yarıdan fazlasında anne babanın akraba olması, annelerin eğitim ve gelir düzeylerinin düşük olması, bu risk faktörlerinin çoğunun önlenilebilir olması dikkat çekiciydi. SP hastalığının sıklığının azaltılması için başta akraba evliliklerinin önlenmesi, kadınların eğitim düzeylerinin yükseltilmesi, kadınların iş yaşamına katılmasıyla beraber ailenin

Özet Sözlü Bildiri

gelir düzeyinin artırılması bunun sonucunda sağlık hizmetlerinden daha fazla faydalanılması ve dolayısıyla düşük doğum ağırlıklı bebeklerin ve erken doğumların azaltılması öncelikli hedefler olmalıdır. Tüm bunlar için gerekli kaynağın ve desteğin sağlanması gerekmektedir.

Açıklamalar ve Beyanlar

Çıkar Çatışması: Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan eder.

Finansman: Bu çalışma herhangi bir hibe ile finanse edilmemiştir.

Etik onay: Bu çalışma Helsinki Deklarasyonu ilkelerine uygun olarak yapılmıştır. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (Tarih:21 Ocak 2022, Onam Numarası:195)

Anahtar Kelimeler: Etiyoloji, Çocuk, Risk faktörü, Serebral palsi

Tam Metin Sözlü Bildiri

S31

**AİLE SAĞLIĞI ÇALIŞANLARININ BEBEK, ÇOCUK VE KADIN SAĞLIĞI İLE İLGİLİ BİLGİ,
TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

Tuğba Meliha Fatma ERCAN¹, Mesut HAMİDANOĞLU¹, Uğurcan SAYILI², Sibel GÜRBÜZ¹

¹Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

²İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

Giriş ve Amaç: Dünyada sağlık ile ilgili doğru bilgiye ulaşma ve doğru sağlık hizmeti alımıyla ilgili artan endişeleri değerlendirilmesinde sağlık çalışanları önemli bir basamak olmaktadır. Özellikle birinci basamakta çalışan sağlık çalışanları, ilk başvuru olanı olması nedeniyle başta kırsal alanlar olmak üzere her kesimden sağlık hizmetine başvuran kişiler için en önemli bilgi kaynaklarıdır. Bilgi eksikliği, sağlık çalışanlarının kendilerini yetersiz hissetmelerine ve bilgi aktarımından kaçınmalarına sebep olmaktadır. Nitekim bilgi tek başına yeterli olmayıp, sağlık hizmeti almaya karar verirken bilgi sağlayan kurumlara duyulan güven de önem taşımaktadır. Ülkemizde sağlık çalışanlarının üreme sağlığı veya kanser taramaları ilgili bilgi, tutum ve davranışları değişik çalışmalarda değerlendirilmekle birlikte aile sağlığı çalışanlarının birinci basamak takiplerinden sorumlu oldukları çocuk, ergen ve kadın sağlığı hakkında genel deneyimlerini, bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendiren kapsamlı bir araştırmaya literatürde rastlanmamıştır. Bu nedenle bu araştırmada, bir ilde çalışan aile sağlığı birimi çalışanlarının çocuk, ergen, kadın sağlığı ile ilgili deneyimlerini, bilgi, tutum ve davranışlarını araştırmak ve değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, Şanlıurfa İlinde görev yapan, aile sağlığı birimi çalışanlarının çocuk, ergen, kadın ve üreme sağlığı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının tespitine yönelik tanımlayıcı tipte epidemiyolojik bir araştırma olarak sunulmuştur. Şanlıurfa ili TÜİK 2020 verilerine göre Türkiye’de en yüksek çocuk nüfus oranına sahip ildir (%45,3). İlin doğurganlık hızı ise %3,71’dir. İlde 600’ün üzerinde aile sağlığı birimi bulunmakta olup, %90’ında aile sağlığı çalışanları aile hekimlerine eşlik etmektedir. Bu çalışmada araştırma evrenini ildeki aile sağlığı birimi çalışanları oluşturmaktadır. İlde aile sağlığı biriminde çalışmakta olan kişilere yönelik yapılacak çocuk, ergen, kadın, üreme sağlığı ile ilgili eğitimler öncesinde ilgili konular hakkında katılımcıların bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmek amaçlanmıştır. Araştırmada hedef tüm aile sağlığı çalışanlarına ulaşmak olup şu ana kadar tüm ilçelerden rastgele yapılan örnek seçimi ile toplamda 230 aile sağlığı çalışanına (toplam sayının yaklaşık beşte ikisine) ulaşılmıştır. Araştırmada veri toplama amacıyla araştırmacılar tarafından bir anket formu (Ek 1) oluşturulmuş olup yüz yüze anket uygulama yöntemi kullanılmıştır. Araştırma değişkenleri şunlardır: Araştırmada katılanların sosyodemografik ve sağlıkla ilgili bazı özellikleri, katılımcıların çalışma hayatına yönelik bazı özellikler, katılımcıların çocuk, ergen, kadın ve üreme sağlığı hakkında bazı bilgi, tutum ve davranışları.

Araştırmada verilerin analizinde SPSS-v.25 ve excel programları kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma ile belirtilmiş, değişkenlerin normal dağılımına uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) veya analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk testleri) kullanılarak incelenmiştir. Normal dağılım gösterdiği belirlenen sayısal değişkenlerde iki grup arasında bağımsız gruplarda Student T testi, üç grup arasında ise ANOVA testi kullanılmıştır (anlamli farklılık bulunan durumlarda post-hoc analizler ile gruplar arası farklılık değerlendirilmiştir). Normal dağılım göstermeyen sayısal değişkenlerde iki grup arasında Mann Whitney U testi, üç ve daha fazla grup Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Ordinal verilerde ki-kare analizlerinden yararlanılmıştır. İstatistiksel analizlerde p anlamlılık sınır değeri <0,05 olarak kabul edilmiştir.

Araştırma ile ilgili kurumsal izin ve ‘Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar’ çerçevesinde gerekli etik kurul

Tam Metin Sözlü Bildiri

onayı (05.09.2022; HRÜ/22.17.15) alınmıştır. Katılımcıların kişisel verileri araştırmaya dâhil edilmemiş, toplanan veriler yalnızca bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılmıştır. Araştırma için herhangi bir finansal destek alınmamış olup çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Bulgular: Çalışmaya şu ana kadar toplamda 230 Aile Sağlığı Çalışanı katılmış olup bunların %50,9'u (n=117) hemşire, %37,4'ü (n=86) ebedir. Katılımcıların %71,3'ü (n=164) evli olup, %81,7'si (n=188) kadındır. Yaş dağılımında %74,3'ünün 30 yaş ve üzeri olduğu görülmektedir. Eğitim durumlarına bakıldığında ise %57,4'ü (n=132) lisans, %27,0'i (n=62) lise ve %13,9'u (n=32) ön lisans mezunudur. Katılımcıların ilk altı ay yalnızca anne sütü kullanımına verdikleri cevaplarda %70,4'ünün (n=162) doğru cevap verdiği görülürken mamanın annesütünün yerine kullanımı hakkında ters bilgi sorusuna ise %78,3'ü (n=180) anne sütünü yerini tutamayacağını belirterek doğru cevap vermiştir. İlke gıdaya nasıl başlanması gerektiği konusunda ise katılımcıların %90,9'u (n=209) doğru cevap verebilmiştir. Emzirme devam ederken bebeğin aşılması ile ilgili soruda ise katılımcıların %5,7'si (n=13) 'emzirirken aşıya gerek yoktur' diyerek yanlış cevap vermiştir. Katılımcılara birinci basamak gebe izlemlerine yönelik de sorular yöneltilmiştir. Bu sorularda birinci basamakta en az dört gebe izlemi yapılması gerektiği hakkında katılımcıların %96,5'i (n=222) doğru cevap verirken riskli gebelerde dörtten fazla izlem yapılması gerektiği hakkında ise katılımcıların sadece %54,8'i (n=126) doğru cevap verebilmiştir. Ayrıca birinci basamakta önemli izlemlerden biri olan 15 - 49 yaş kadın izlemlerini yapmaları gerektiğini katılımcıların sadece %77,0'si (n=177) doğru bilmektedir. Riskli gebelik kriterlerini bilmeleri açısından katılımcılar değerlendirildiğinde ise risk kriterlerine dair katılımcıların sadece %64,3'ünün (n=148) doğru bilgiye sahip olduğu görülmüştür. Birinci basamakta loğusa takibi yapılması gerekliliğine dair soruya ise %71,3'ü (n=164) doğru yanıt verebilmiştir. Gebelere verilen demir desteği hakkında ise katılımcıların %75,7'sinin (n=174) doğru bilgiye sahip olduğu görülmektedir. Katılımcıların %10,9'u (n=25) üreme sağlığı eğitimlerinin birinci basamağın iş tanımında olmadığını, %20,9'u (n=48) ise üreme sağlığı eğitimlerinin sadece kadınlara verilmesini yeterli olduğunu belirtmiştir. Aile planlaması danışmanlığında ise %9,1'i (n=21) tüm yöntemleri anlatmayı gerekli bulmadığını ve sadece aileye uygun gördükleri yöntemleri anlatmayı uygun bulduklarını belirtmektedir.

Tartışma: Riskli gebelikler, anne ve bebek sağlığı için oldukça kritik olup gebe takiplerinin doğru ve eksiksiz, gereken müdahalelerin ise etkin ve zamanında yapılmasını gebenin sağlığı kadar doğum ve doğum sonrası anne ve bebeğin sağlığını da önemli ölçüde etkilemektedir. Bu alanda çalışan ebe ve hemşirelerin doğru bilgiye sahip olması, doğru ve etkin tutum ve davranışlar sergilemesi için kritiktir. Nitekim gebeliğe ait risk faktörlerini doğru bilmek, riski en erken zamanda tanıyabilmek, risklerin beraberinde getireceği zararları en aza indirebilmek, konu hakkına aileyi doğru bilgilendirmek, böylelikle anne ve bebeğin sağlığını korumak ebe ve hemşirelerin temel görev ve sorumlulukları altında tanımlanmaktadır. Bu çalışmada, özellikle riskli gebelik sorularına verilen yanıtlar dikkat çekmekte olup yaklaşık katılımcıların dörtte birinin doğru bilgiye sahip olmadığı görülmektedir. Bu durum, eğitimlere özellikle bu alanda ağırlık verilmesi ve konunun öneminin daha çok vurgulanması gerektiği kanaatini oluşturmuştur. Çalışmada, birinci basamağın önemli işlerinden biri olan gebe ve bebek takipleri hakkında da hatalı yanıt veren önemli bir yüzde olduğu görülmektedir. Gebe izlemleri, sağlıklı bir gebelik sürecinin yanı sıra ihtiyaçların doğru bir şekilde belirlenerek sağlıklı bir doğum ile anne ve yenidoğan ölümlerinin önüne geçilmesi için etkin müdahale sağlanmasında oldukça elzemdir. Nitekim, anne ve bebek ölümleri ülkelerin sağlık parametrelerinin değerlendirilmesinde önemli birer ölçüt olarak karşımıza çıksa da esasında istatistikten öte her bir anne ve bebeğin sağlıklı hayatına devam edebilmesi bu alanda çalışan sağlık çalışanlarının temel gayelerinden birisidir. Ülkemizde bu nedenle birinci basamak takipleri anne ve bebek/çocuk sağlığı açısından oldukça değerli olup birinci basamak sağlık personelinin doğru ve etkin bilgi birikimine sahip olmasının sağlanması hem toplum sağlığının korunmasına hem de toplumun doğru sağlık bilgisine ulaşmasının sağlanarak sağlığın geliştirilmesinde önemli katkılar sağlamaktadır. Bu noktada, bölgedeki personel sirkülasyon hızı da göz önüne

Tam Metin Sözlü Bildiri

alınarak, sağlık personelinin eğitim ihtiyacının doğru belirlenmesi ve gerekli eğitim desteğinin sürekli olarak sağlanması önem taşımaktadır.

Sonuç: Birinci basamak sağlık çalışanları, ilk başvuru noktası olması nedeniyle özellikle kadın, anne, gebe ve bebek sağlığının korunması ve geliştirilmesinde temel oluşturmaktadır. Bu sebeple, yürütülen bu araştırma, birinci basamak sağlık çalışanlarının çalıştıkları alan hakkında bilgi, tutum ve davranışlarını ölçmeye, bu sayede ilde bu alanlar hakkında yapılması planlanan eğitimlerde vurgulanması gereken konulara yönelik ön hazırlık oluşturmayı amaçlamaktadır. Çalışma sonuçlarından elde edilen ön verilerin paylaşılmasının önemli olacağı düşünüldükçe çalışmanın ara değerlendirme sonuçları paylaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Aile Sağlığı Çalışanları, anne sağlığı, çocuk sağlığı, gebe izlemleri

Kaynaklar

1. Kaya C, Üstü Y, Özyörük E, Aydemir Ö, Şimşek Ç, Şahin AD. Sağlık çalışanlarının kanser taramaları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*. 2017;17(1).
2. Ceylan Demirel A. İstanbul'daki İki İlçede Aile Sağlığı Merkezlerindeki Sağlık Çalışanlarının Aşı İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Uzmanlık Tezi*. İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul, 2019.
3. MacDonald NE, Dubé E. Unpacking Vaccine Hesitancy Among Healthcare Providers. *EBioMedicine*. 2015;2(8):792-3. Doi:10.1016/j.ebiom.2015.06.028
4. Savaş H, Kesmez AG. Hizmet Kalitesinin Servqual Modeli İle Ölçülmesi: Aile Sağlığı Merkezleri Üzerine Bir Araştırma. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2014;17:1-13.
5. Aydemir H, Uyar Hazar H. Low Risk, Risk, and High Risk Pregnancies and The Role of Midwives. *Gümüşhane University Journal of Health Sciences*: 2014;3(2):815-833.

Tam Metin Sözlü Bildiri

S32

COVID-19 PANDEMİSİ DÖNEMİNDE AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE VERİLEN ÇOCUK SAĞLIĞI HİZMETLERİNDE YAŞANAN DEĞİŞİKLİKLER

Nurşah ÖZKAN BAYRAKÇI¹, Ayşe Emel ÖNAL²

¹İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı Enstitüsü, Sosyal Pediatri Doktora Programı, İstanbul, Türkiye

²İstanbul Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Özet:

Amaç: Aile hekimlerinin (AH) 0-60 ay çocuk sağlığı hizmetleriyle ilgili uygulamalarında gördükleri sorunları ve bu sorunlara yardımcı olabilecek önerileri nasıl değerlendirdiklerini tespit etmek ve Covid 19 gibi, olağanüstü şartların, çocuk sağlığı hizmetlerine etkilerini belirlemek amaçlandı.

Yöntem: Çalışmanın örnekleme % 95 güven aralığı, % 5 hata payı ile 379 AH olarak hesaplandı. Tüm illerde bulunan AH sayısına göre, tabakalı örneklem ile totalde 564 AH ulaşıldı.

Veriler online anket formu ile dijital iletişim araçlarıyla, Ekim-Aralık 2021 tarihleri arasında toplandı.

Bu çalışmada istatistiksel analizler NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 Statistical Software (Utah, USA) paket programı ile yapılmıştır.

Çalışmanın Sağlık Bakanlığı, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi COVID-19 komisyonundan ve İstanbul Tıp Fakültesi Etik Kurulundan (05/03/2021 tarih ve karar no:06) çalışma izinleri alındı.

Bulgular: 564 katılımcının yaş ortalaması: 40,37±8,63 iken katılımcıların %43,8 erkek, %56,2 kadındır. AH ortalama çalışma süreleri 8,23±4,88 yıldır. Branş dağılımına göre %59,57'si pratisyen hekim, %22,52 'si SAHU (Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi) asistanı ve %17,91'i aile hekimliği uzmanıdır. AH hizmet verdikleri toplam nüfus ortalaması 3249±708,95(min:205, max:4600) ve 0-60 ay çocuk nüfus ortalaması: 245±181,37(min:2, max:1600) kişidir.

AH'lerinin, "0-60 ay bir çocuğa muayene için yeterli zamanı ayırabiliyor musunuz" sorusuna cevapları %38,12'si kısmen, %23,4 'ü hayır, %21,81'i evet ve %16,67 'si "COVID-19 sonrası yeterli zamanı ayıramıyorum" şeklinde idi.

COVID-19 salgınının 0-60 ay çocuk sağlığı hizmetlerine etkisi değerlendirildiğinde en fazla %44 oranında "Aileler ASM'ye getirmekte endişe duyuyorlar" cevabı seçilmiştir.

Pandemi döneminde AH'lerinin kayıtlı çocuk nüfusunda %68,79 kendisinin ve %33,16 ise ailesinin COVID-19 tanısı aldığı tespit edildi.

Çocuk sağlığı izlemlerinde COVID-19 pandemisiyle gözlenen değişikliğin sorgulandığı soruda "çocuklarda obezite" durumu %40,25 oranında kısmen arttı şeklinde cevaplandı.

Sonuç: Salgın gibi olağan üstü durumlarda AH'lerinin deneyimlerinin dinlenmesi, anlaşılması ve sorunlarına hızlı bir şekilde çözüm bulunması daha güçlü bir sağlık sistemi için elzemdir. Çocukların sağlık verilerinde görünürlüğünün artırılması ve hizmet kalitesinin iyileştirilebilmesi için güçlendirilmiş birinci basamak sağlık hizmetlerine ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, Pandemi, Aile Sağlığı Merkezi, Çocuk Sağlığı, Sağlık Hizmetleri

Giriş

Ülkemizde koruyucu çocuk sağlığı hizmetleri genel olarak aile hekimliği sistemi üzerinden yürütülmektedir. Bu nedenle de çocukları ilk gören, hatta bazen tek gören bu branşın hekimleridir.

Tam Metin Sözlü Bildiri

COVID-19 virüsünün sağlıklı çocuklara etkisi direk olarak çok az olsa da gerek ailelerin endişeleri gerekse alınan önlemler nedeniyle pek çok açıdan gelişimlerini etkilediği bilinmektedir (1). Pandemi dönemlerinde birinci basamak hekimlerine büyük görevler düşmektedir. Hastaları tanıyor, hastalıklarını biliyor olmanın avantajıyla hızlı ve etkili aksiyon alabilirler. Bu nedenle de ailelerin semptom ve korku ile veya sadece sorularına cevap bulabilmek için ilk başvurdukları sağlık kuruluşu aile hekimliği merkezleri oldu (2) .

Biz bu çalışmada aile hekimlerinin 0-60 ay çocuk sağlığı hizmetleriyle ilgili uygulamalarında gördükleri sorunları ve bu sorunlara yardımcı olabilecek önerileri nasıl değerlendirdiklerini tespit etmek ve Covid 19 gibi olağanüstü şartların, çocuk sağlığı hizmetlerine etkilerini belirlemek amaçlandı.

Çalışmanın hipotezi "COVID-19 pandemisi döneminde aile sağlığı merkezlerinde çocuk sağlığı hizmetlerinde değişiklikler yaşanmıştır".

Yöntem

Tanımlayıcı gözlemsel bir araştırma olarak planlanan çalışmanın evreni Türkiye’de birinci basamakta görev yapan toplam 2019 Sağlık İstatistikleri Yılığında yer alan 26.476 aile hekimi üzerinden "sample size calculator" programıyla %95 güven düzeyi, %5 hata payı ile aile hekimlerinin %50’sinin her konuyu doğru yaptığı varsayımı öngörülerek örneklem grubu 379 aile hekimi olarak hesaplandı. 379 aile hekimi; o yıl illerdeki olan aile hekimliği birim sayısına göre tabakalı örneklem ile dağıtıldı ve ulaşılmaması gereken en az sayı bulundu. Virgül sonrası rakamlar bir üst sayıya tamamlanarak hesaplama yapıldı. Toplamda 564 (il bazında min:1, max: 89) kişiye ulaşıldı.

Çalışmanın pilot çalışması farklı illerde, birinci basamakta görev yapan aile hekimi uzmanlarına ve Şişli Etfal EAH ve Marmara Üniversitesi eğitim ASM’sinde görev yapan eğitimcilerle (onların yönlendirmesi ile kendi asistanı olan ve aynı zamanda birinci basamakta aile hekimi olarak görev yapan SAHU (Sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık eğitimi) olan toplam 30 aile hekimine) uygulanarak tamamlandı. Ayrıca yazılı olarak sorularla ilgili önerileri de alındı ve anket formunda gerekli revizyon yapıldı. "Kayıtlı nüfusunuzda COVID-19 tanısı alan çocuk sayısı kaç tanedir" sorusuna " bilmiyoruz veya hatırlamıyoruz" cevapları verilmesi nedeniyle bu soru çıkarıldı.

Aile Hekimlerine uygulanacak olan anket formu gerekli literatür taranarak 40 soru olarak oluşturuldu. Sorular: açık uçlu, çoktan seçmeli ve likert tarzında sorulardan oluşmaktadır. Oluşturulan anket formu google formlar üzerinden online ortama geçirildi. Aile hekimlerine sadece aile hekimlerinin üyesi olduğu sosyal medya ortamlarından, TAHUD ve İSTAHED mail gruplarından 3 aylık sürede (Ekim-Aralık 2021) düzenli hatırlatmalar yapılarak ulaşıldı.

Ankette yer alan sorular; aile hekimlerinin sosyo-demografik özellikleri, görev yaptıkları ASM (aile sağlığı merkezi)’nin ve bölgenin özellikleri, 0-60 ay çocuk hasta nüfusu, günlük poliklinik sayısı, ailelerin çocukları için en sık başvuru nedenleri ve COVID-19 salgını döneminde verdikleri hizmete etkilerinin nasıl olduğu sorgulandı.

Çalışmanın Sağlık Bakanlığı COVID-19 Bilimsel Araştırma ve Değerlendirme Komisyonu’ndan, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi COVID-19 komisyonundan ve İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Etik Kurulundan (05/03/2021 tarih ve karar no:06) çalışma izinleri alındı.

Bu çalışmada istatistiksel analizler NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 Statistical Software (Utah, USA) paket programı ile yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (aritmetik ortalama, standart sapma, minimum, maksimum, sıklık ve yüzde dağılımları) yanı sıra nitel verilerin karşılaştırmalarında ki-kare testi kullanılmıştır. Sonuçlar, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

Tam Metin Sözlü Bildiri

Çıkar Çatışması: Bu çalışmada herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Finansal Destek: Çalışma için aynı katkı veya parasal destek alınmamıştır.

Bulgular:

564 katılımcının yaş ortalaması: 40,37±8,63 (min:24, max:63, median:38,50) idi. Katılımcıların %43,8 (n: 247) erkek, %56,2 (n: 317) kadın idi. Kadınların yaş ortalaması 40,90± 8,60 erkeklerin 39,69± 8,64 idi.

Hekimlerin yaş dağılımları, birinci basamakta çalışma süreleri ortalama çalışma süreleri 8,23±4,88 yıldır. Görev süreleri yıl dağılımları ve branş dağılımları tablo 1 de yer almaktadır.

Aile hekimlerinin hizmet verdikleri toplam nüfus ortalaması 3249±708,95 (min: 205, max:4600) idi. Aile sağlığı birimine, hizmet verilen nüfusa ve günlük poliklinik sayısına göre sayısal veriler Tablo 2 de yer almaktadır.

Aile hekimlerinin 0-60 ay (performansa dahil olan) çocuk nüfus ortalaması: 245±181,37 (min:2, max:1600), ortalama günlük başvuru sayısı %41,74 (n:235)'u 0-10 kişi, %39,61(n: 223)'i 11-20 kişi, %12,43(n:70)'i 21-30 kişi, %4,8 (n:27)'i 31-40 kişi ve %1,42(n: 8)'si ≥41 kişi olarak bulundu.

Aile hekimlerinin muayene için 0-60 ay bir çocuk için yeterli zamanı ayırabiliyor musunuz sorusuna cevapları %38,12(n: 215)'si kısmen, %21,81 (n:123)'i evet, %23,4 (n:132) 'ü hayır, %16,67 (n:94) 'si "COVID-19 sonrası yeterli zamanı ayıramıyorum" şeklinde idi.

Covid 19 ülkemizde görüldüğü dönemden itibaren 0-60 ay bebek ve çocuk sağlığı hizmetleri nasıl etkilendi? Sorusuna verilen cevaplar Grafik 1 de paylaşıldı.

COVID-19 pandemisinin 0-60 ay çocuk sağlığı hizmetlerine etkisi değerlendirildiğinde %44,33 (n: 250)'ü "Aileler ASM'ye getirmekte endişe duyuyorlar", %30,85 (n:174)'i "COVID-19 öncesine kıyasla verilen hizmetin kalitesi azaldı", %14,18(n:80)'i " COVID-19 çocuk hasta tedavi ve takibinde zorlandım" ve "Değişiklik olmadı" cevapları seçilmiştir. Pandemi döneminde aile hekimlerinin kayıtlı çocuk nüfusunda %68,79 (n:388) kendisinin ve %33,16(n:187) ise ailesinin COVID-19 tanısı aldığı tespit edildi. Meslek yılı dağılımı ile her iki soru değerlendirildiğinde istatistiksel bir farklılık bulunamadı, tablo 3'te yer almaktadır.

COVID-19 pandemisi ile, ailelerin tutumlarındaki değişiklikleri de göz önünde bulundurarak, gözlemlerinize göre çocuk sağlığı uygulamalarında nasıl değişiklik oldu? üst başlıklı sorunun alt başlıklarını aile hekimlerinin likert tarzı (azaldı, kısmen azaldı, değişiklik olmadı, kısmen arttı, arttı) sorularla cevaplamaları istendi. Cevaplar Grafik 2 de paylaşılmıştır.

Tartışma

Sağlık Bakanlığı 2018 yılında 0-18 yaş arası çocukların biyopsikososyal gelişimlerinin ve koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlıklı ve standart bir şekilde uygulanabilmesi için birinci basamakta kullanımına uygun "Bebek, Çocuk ve Ergen İzlemleri" protokollerini kitapçığını çıkardı. Aile hekimlerinin rutinde yaptıkları takipler bu protokoller doğrultusunda şekillendirildi (3) .

Bu çalışmada Covid döneminde aile hekimlerinin 0-60 ay sağlam çocuk izleminde rutinde uyguladıkları uygulamalarını nasıl değerlendirdiklerini ve ailelerin bu dönemde çocuklarıyla ilgili tutumlarını bir hekim gözüyle bizlere yanıtlamalarını hedeflendi..

Cevap aradığımız sorulardan birisi "Covid 19 ülkemizde görüldüğü dönemden itibaren 0-60 ay bebek ve çocuk sağlığı hizmetini nasıl değerlendirirsiniz?" idi. Bu soruda en fazla "aileler çocuklarını ASM'ye getirmekte endişe duyuyorlar" ve "verilen hizmetin kalitesi azaldı" cevapları seçildi.. Birinci basamakta çalışan hekim ve sağlık çalışanlarıyla yapılan bir başka çalışmada da: Ailelerin özellikle pandeminin ilk başlarında çocuklarını sağlık kuruluşlarına getirmede endişe duydukları, zamanla bu kaygıların azalarak aile hekimlerini tercih ettikleri bulundu(4,5) .

Tam Metin Sözlü Bildiri

Benzer olarak diğer çalışmalarda da ailelerin rutin takipler için çocuklarını ASM'ne ve hastanelerin sağlam çocuk polikliniklerine getirmeyi erteledikleri bulundu (6,7) .

Cevap aradığımız bir diğer sorumuz ise "Covid 19 pandemisiyle, ailelerin tutumlarındaki değişiklikleride göz önünde bulundurarak, gözlemlerinize göre çocuk sağlığı uygulamalarında nasıl değişiklik oldu?" sorusuydu. Aile hekimleri tarafından rutin olarak yapılan ve bir kısmı performans sisteminde olan alt başlıklarla sorguladığımızda çocuklarda obezitenin artmış olduğu görüşüydü. Peruda ülke çapında yapılan bir çalışmada 5 yaş altındaki çocuklarda ve İsrail'de -6 yaş çocuklar arasında arasında COVID-19 öncesi ve sırasındaki fazla kilolu ve obez olan çocuklar karşılaştırıldığında, Covid döneminde artmış olduğu bulunmuştur. (8,9) .

Diğer alt başlıklarda aile hekimlerine göre bir değişiklik olmadığı ve birinci basamakta çocuklara yapılan rutin taramaların COVID-19 öncesi dönemle aynı olduğu yönündeydi.

Verilerin rakamsal olamaması bu çalışmanın bir kısıtlılığı olarak değerlendirilebilir fakat çalışmamız aile hekimlerinin görüşlerini ve tecrübelerini öğrenmeye yönelik tasarlanmıştır.

Sonuç

Ülkemizde henüz istenilen şartlarda çalışma imkânı bulamayan aile hekimlerinin, rutin verdikleri çocuk sağlığı hizmetleri yanında COVID-19 salgınıyla iş yükleri kat kat arttı. Bu artışın sonucu olarak bir çocuğa ayırmaları gereken süreyi ayıramadıklarını ifade etmişlerdir. Salgın gibi olağan üstü durumlarda çocuklara ve ailelerine daha iyi bir hizmet verebilmek, endişelerini azaltmak ve rutin yapılması gereken uygulamaların aksamasını engellemek için aile hekimlerinin deneyimlerinin dinlenmesi, anlaşılması ve sorunlarına hızlı bir şekilde çözüm bulunması daha güçlü bir sağlık sistemi için elzemdir. Çocukların sağlık verilerinde görünürlüğünün artırılması ve hizmet kalitesinin iyileştirilebilmesi için güçlendirilmiş birinci basamak sağlık hizmetlerine ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, Pandemi, Aile Sağlığı Merkezi, Çocuk Sağlığı, Sağlık Hizmetleri

Kaynaklar

1. Zhong Y, Clapham HE, Aishworiya R, Chua YX, Mathews J, Ong M, Wang J, Murugasu B, Chiang WC, Lee BW, Chin HL. Childhood vaccinations: Hidden impact of COVID-19 on children in Singapore. *Vaccine*. 2021 Jan 29;39(5):780-785. doi: 10.1016/j.vaccine.2020.12.054. Epub 2020 Dec 26. PMID: 33414050; PMCID: PMC7762701.
2. Saatçi E. COVID-19 Pandemisi ve sağlık çalışanları: Yaşatmak mı yaşamak mı? *Türk Aile Hekimliği Dergisi* 2020;24(3):153-166
3. Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri TC Sağlık bakanlığı , Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü , Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı ; Ankara: 2018 Available at https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk_ergen_db/dokumanlar/ces_materyal/saglik_personeli_egitim/Bebek_Cocuk_Ergen_Izlemleri_ve_Izlem_Protokolleri.pdf Accessed October 25 2022
4. Güler S., Topuz İ., Ulusoy F. (2020). COVID-19 pandemisinde aile sağlığı merkezi çalışanlarının deneyimleri. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 2(3): 143-151.
5. Lazzarini M, Barbi E, Apicella A, Marchetti F, Cardinale F, Trobia G. Delayed access or provision of care in Italy resulting from fear of COVID-19. *Lancet Child Adolesc Health* 2020;4(5):e10-1. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30108-5](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30108-5).
6. Özceylan G, Kolcu G. COVID-19'un Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Etkileri, Bebek/Çocuk Takibi İçin ASM'ye Başvuruda Gözlenen Değişiklikler; *İzmir* 2020, syf:49-50
7. Yalaki Z. COVID-19 Pandemisi Çocuk Sağlığı İzlemlerini Nasıl Etkiledi? *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi* 2022
8. Hernández-Vásquez A, Vargas-Fernández R. Changes in the Prevalence of Overweight and Obesity among Peruvian Children under Five Years before and during the COVID-19 Pandemic: Findings from a Nationwide Population-Based Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Sep 29;19(19):12390. doi: 10.3390/ijerph191912390. PMID: 36231690; PMCID: PMC9565992.)
9. Shalitin S, Phillip M, Yackobovitch-Gavan M. Changes in body mass index in children and adolescents in Israel during the COVID-19 pandemic. *Int J Obes (Lond)*. 2022 Jun;46(6):1160-1167. doi: 10.1038/s41366-022-01092-5. Epub 2022 Feb 16. PMID: 35173280; PMCID: PMC8852981.

Özet Sözlü Bildiri

S33

12 YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERDE COVID-19 MRNA AŞISININ (BNT16B2) YAN ETKİLERİ: PROSPEKTİF ÇALIŞMA

Edibe PİRİNÇCİ¹, Fatma Nur KARACORLU², Fatma TİLKİ¹, Zuhale KAZEZ¹, Tuğçe DARTILMAK³

¹Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

²Muş Bulanık İlçe Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

³Iğdır İl Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

Giriş ve Amaç: COVID-19 aşılı acil kullanıma girdiğinden, aşının oluşturabileceği yan etkiler hakkında elde edilen bilgiler kısıtlıdır. Bu çalışmada Fırat Üniversitesi Hastanesi COVID-19 aşı polikliniklerine Pfizer/BioNTech BNT162b2 birinci doz aşılması için başvuran ve iki doz aşılamaı tamamlayan 12 yaş ve üzeri kişilerde görülen yan etkilerin çeşitlerinin, sıklıklarının ve ilişkili faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Prospektif kohort tipindeki bu çalışmanın evrenini Ekim 2021 - Ocak 2022 tarihleri arasında Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi COVID-19 Aşı Polikliniği'ne başvuran, daha önce COVID-19 aşısı olmayan, BNT162b2 aşısını yaptırmak isteyen, 12 yaş ve üzeri kişiler oluşturmuştur.

Bağımlı değişkenler: Birinci doz, ikinci doz ve total dozdan sonra yan etki görülüp görülmemesidir. Total doz, iki dozdan herhangi birinden sonra yan etki görülüp görülmemesi olarak kabul edilmiştir. Yan etkiler şu şekilde sınıflandırılmıştır: Lokal yan etkiler; ağrı, kas güçsüzlüğü, şişlik, sertlik, kızarıklık, aksiller/servikal lenfadenopati, kaşıntı ve diğer. Sistemik yan etkiler; yorgunluk, kas ağrısı, eklem ağrısı, baş ağrısı, ateş, bulantı, öksürük, baş dönmesi, nefes darlığı, boğaz ağrısı, ishal, kusma, iştahsızlık, koku/tat bozukluğu, karın ağrısı, kaşıntı/döküntü, hafıza kaybı ve anafaksi.

Veri toplamak için kullanılan ankette katılımcıların demografik ve klinik özellikleri, iletişim bilgileri, aşidan önce COVID-19 geçirme durumu, birinci doz ve ikinci doz aşının yan etkileri ile ilgili sorular bulunmaktadır.

Katılımcılara açıklamalar yapıp, sözlü onamları alındıktan sonra anketin ilk uygulaması araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme ile yapılmış, birinci ve ikinci doz aşı uygulamalarını takip eden birer haftalık süre içinde oluşan yan etkiler telefonla görüşülerek sorgulanmıştır.

Aşı polikliniğine veri toplama aşamasında başvuracak kişi sayısı bilinmediğinden araştırma kapsamına alınacak minimum kişi sayısı evrendeki birey sayısı bilinmediği durumda kullanılan $n = tpq/d^2$ formülünden 385 kişi hesaplanmıştır. Formülde $t = 1.96$, $p = 0.50$, $q = 0.50$, $d = 0.05$ 'tir. Birden çok yan etki değerlendirildiğinden olayın görülüş sıklığı 0.50 alınmıştır. Örneklem seçim yöntemi olarak kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. İzlemede kayıp olabileceği için örneklem hacminin %5 fazlasına ulaşılması (404 kişi) hedeflenmiş ancak 401 kişiye ulaşılmıştır. 10 kişi ikinci doz aşısını tamamlamadığı için çalışmadan çıkarılmış, sonuç olarak 391 kişi çalışmaya dâhil edilerek minimum örneklem hacmi (385 kişi) sağlanmıştır.

Elde edilen veriler SPSS 22 programı ile analiz edilmiştir. Tanımlayıcı bulgular değişkenlerin özelliklerine göre frekans (n) ve yüzde (%) veya Ortalama \pm Standart Sapma (Ort \pm Ss) veya Ortanca ve En küçük değer (Min) – En büyük değer (Maks) ile verilmiştir. İstatistiksel analiz için ki kare testi yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

T.C. Sağlık Bakanlığı'ndan 29.08.2021 tarihinde araştırma izni, Fırat Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kuruludan 28.09.2021 tarih ve 3963 sayılı yazı ile etik izni alınmıştır.

Bulgular: Tüm katılımcıların %52,2 (n=204)'si kadın olup, yaş ortalaması 30,55 \pm 13,20'dir (Ortanca=26, min=12, maks=72). %25,3 (n=99)'ü aşı yapılmadan önce COVID-19 geçirmiştir. %94,4'ü (n=369) total doz,

Özet Sözlü Bildiri

%90,3'ü (n=353) birinci doz, %87,2'si (n=341) ikinci dozdan sonra en az bir yan etki yaşamıştır. En sık bildirilen lokal yan etki birinci doz için %87,0 (n=340), ikinci doz için %84,9 (n=332) ile enjeksiyon yerinde ağrıdır. En sık bildirilen sistemik yan etki ise birinci doz için %28,6 (n=112) ve ikinci doz için %26,3 (n=103) ile yorgunluktur. Kadınlarda birinci (p = 0,003), ikinci (p<0,001) ve total doz (p = 0,001) aşından sonra; aşından önce COVID-19 geçirenlerde total doz aşından sonra (p = 0,021) yan etki görülme sıklığı anlamlı olarak daha fazla saptanmıştır. Yaş ve kronik hastalık değişkenleri ile aşından sonra yan etki görülme sıklığı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (p > 0,05).

Sonuç: Katılımcıların çok büyük çoğunluğu BNT162b2 aşısına bağlı yan etki yaşamıştır. En sık görülen lokal yan etki ağrı, sistemik yan etki ise yorgunluktur. Kadınlarda ve aşından önce COVID-19 geçirenlerde BNT162b2 aşısına bağlı yan etki daha sık görülmektedir.

Çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamıştır. Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmektedir.

Kısıtlılıklar: İzlemede kayıp nedeniyle bias, bilgi toplamaya bağlı bias (yan etkiler katılımcıların beyanına göre belirlenmiştir), seçime bağlı bias (kolayda örnekleme yöntemi).

Anahtar Kelimeler: Pandemi, Pfizer/BioNTech, yan etki, COVID-19

Özet Sözlü Bildiri

S34

COVID-19 GEÇİREN VE GEÇİRMİYEN AŞILI SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA ANTI RBD IGG VE NÖTRALİZAN ANTİKOR DÜZEYLERİ: YUVALANDIRILMIŞ OLGU KONTROL ÇALIŞMASI

Sema ALP ÇAVUŞ¹, Muammer ÇELİK¹, Ahmet Furkan SÜNER², Irmak GÜZEL³, Çağlar IRMAK¹, Derya ÇAĞLAYAN², Huriye Gamze ÖZTÜRK³, Neslişah ŞİYVE², Özgür APPAK³, Elif IŞIK², Gül ERGÖR², Osman Alparслан ERGÖR², Yücel DEMİRAL², Ayça Arzu SAYINER³, Bülent KILIÇ²

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Türkiye

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

³Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Türkiye

Giriş ve Amaç: SARS-CoV-2'ye karşı geliştirilen aşılardan COVID-19'a bağlı mortalite ve morbiditeyi azalttığı bildirilmiştir. Bu çalışmanın amacı, en az 2 doz Sinovac ile homolog veya 2 doz Sinovac ve en az 1 doz BNT162b2 ile heterolog aşılanma sonrası COVID-19 enfeksiyonu geçiren sağlık çalışanları ile hastalığı geçirmeyenler arasındaki risk faktörlerini belirlemek, oluşan anti-ACE2-RBD IgG antikor düzeyi ve nötralizan antikor yüzdelerinde fark olup olmadığını saptamaktır.

Gereç ve Yöntem: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde homolog veya heterolog aşılanmış 548 sağlık çalışanı 4 Mart 2021 ile 31 Ocak 2022 tarihleri arasında ileriye dönük incelendi. İzlem süresi boyunca SARS-CoV-2 pozitif saptanan 65 vakaya karşılık; hastalığı geçirmeyen 130 sağlık çalışanı yaş, cinsiyet, meslek ve aşılanma durumuna göre eşleştirilerek kontrol grubu oluşturuldu. Alta yatan kronik hastalıklar, vücut kitle indeksi, sigara kullanımı bağımsızdeğişkenler olarak belirlendi. İzlem boyunca alınan kan örneklerinden kantitatif olarak anti-RBD IgG (SARS-CoV-2 IgG, Abbott) düzeyleri ve anti-RBD/spike nötralizan antikor yüzdeleri (ACE2-RBD Neutralization Assay – ELISA, DIA.PRO) saptandı. Vaka grubunda PCR pozitifliği öncesinde alınan son kan örneği ile kontrol grubunda aynı döneme ait olan kan örneklerinden tespit edilen anti-RBD IgG anti-RBD/spike nötralizan antikor yüzdeleri sayısal olarak karşılaştırıldı. Kategorize edilmiş değişkenler Pearson χ^2 ve Fisher exact test ile, sayısal değişkenler ise Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri ile analiz edildi.

Bulgular: SARS-CoV-2 pozitif saptanan 65 vakanın hepsinin klinik seyri hafifti ve hiçbirinin hastane yatış ihtiyacı olmadı. Vakaların ortanca yaşı 39 (min-max:24-55) olup, %78,5'i kadındı. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, vakaların daha fazla komorbiditesi vardı ($p = 0.021$). Vakaların %35,4'ü 2 doz CoronaVac, %4,6'sı 3 doz CoronaVac, %24,6'sı 2 doz CoronaVac ve 1 doz BNT162b2 ve %35,4'ü 2 doz CoronaVac ve 2 doz BNT162b2 ile aşılanmıştı. Son aşılanma ile SARS-CoV-2 PCR pozitifliği arasındaki ortanca zaman aralığı 110 gün, homolog aşılanarlarda 66 gün (min-max: 34-349), heterologlarda 125 gündü (min-max: 27-205) ($p = 0.043$). Anti-RBD antikor titreleri vaka grubunda ortalama 4982.9 AU/ml, kontrol grubunda 4921.0 AU/ml saptandı. İki grup arasında istatistiksel olarak fark bulunmadı ($p = 0.767$). Nötralizan antikor yüzdeleri ortancası vakalarda %95.32, kontrollerde %95.52 bulundu, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p = 0.628$).

Sonuç: SARS-CoV-2'ye karşı aşıli olup enfeksiyon geçirenler ile geçirmeyen kontrol grubu arasında anti-RBD antikor düzeyi ile nötralizan antikor yüzdesi arasında fark saptanmamıştır. Enfeksiyon gelişiminde antikor düzeylerinden ziyade konak özellikleri (yaş, komorbidite varlığı, genetik özellikler), hücresel immünite, vaka sayılarının arttığı dönemde viral yüke maruziyetin artışı, enfeksiyon kontrol önlemlerine uyum ve yeni varyantların ortaya çıkmasıyla immün yanıtın kaçışın daha önemli olduğu düşünülmektedir.

Çalışma için Dokuz Eylül Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (no: 2021/07-01), Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Klinik Araştırmalar Daire Başkanlığı (kod: 21-AKD-33) ve T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünden (2021-02-12T15_05_18) izin alınmıştır. Bu çalışma Dokuz Eylül Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Daire Başkanlığı (DEÜ-BAP) tarafından desteklenmiştir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, CoronaVac, BNT162b2, antikor, nötralizan antikor

Özet Sözlü Bildiri

S35

BİR ÜNİVERSİTE ÇALIŞANLARINDA COVID-19 REENFEKSİYON SIKLIĞI VE RİSK FAKTÖRLERİ

Hilal DÜZEL, Özge ŞİMŞEK SEKRETER, Eylül TURAL, Gül ERGÖR

Dokuz Eylül Üniversitesi

Giriş ve Amaç: Hastane çalışanları pandemi sürecinde COVID-19'la yakın temas halinde çalışmıştır ve aşılama ilk sağlık çalışanlarında başlamıştır. Bu çalışmanın amacı bir üniversite hastanesi çalışanlarında COVID-19 reenfeksiyon sıklığı ve ilişkili faktörleri belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Dokuz Eylül Tıp Fakültesi (DEÜTF) Hastanesinde çalışanlar için COVID-19 surveyansı yürütülmektedir. 20 Mart 2020 ile 22 Ağustos 2022 tarihleri arasında 2385 hastane çalışanında COVID-19 PCR pozitifliği saptanmıştır. Oluşturulan hastane çalışanı kohortunda reenfeksiyon olmayı etkileyen risk faktörleri araştırılmıştır. Reenfeksiyon; ilk PCR pozitifliğinden 90 gün sonraki PCR pozitifliği olarak kabul edilmiştir. Araştırmanın bağımsız değişkenleri; yaş, cinsiyet, meslek (hekim, hemşire, diğer), çalıştığı birim (klinik, klinik dışı), immünite durumu (aşı olmayan dönem, aşısız, inaktive aşı, mRNA aşı), iki enfeksiyon arasında geçen süre ve hâkim varyant dönemidir. Hâkim varyant dönemleri; primer varyantlar (alfa, beta gama; 21.12.2020-01.03.2021), delta (01.03.2021-06.12.2021) ve omicron (06.12.2021 ve sonrası) olmak üzere üç grupta değerlendirilmiştir. Veriler, SPSS 24.0 programı kullanılarak; kıkare, t-testi, ANOVA testleri yapılmış, normal dağılım Spearman korelasyon testi ile değerlendirilmiş, anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir. Çok değişkenli analiz olarak lojistik regresyon analizi (geriye doğru seçim yöntemi ile) kullanılmıştır. Modele tek değişkenli analizlerde anlamlı bulunan değişkenler alınmıştır. DEÜ Girişimsel Olmayan Çalışmalar Etik Kurulundan onay alınmıştır, finansal destek ve çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Bulgular: Çalışmaya alınan 2385 kişinin %62,6'sı kadındır. Yaş ortalaması $35,9 \pm 9,7$ 'dir (min:18, max:67). Meslek bilgisi olan 2310 kişinin; %32,1'inin hemşire, %25,8'i hekim, %12,4'ü yardımcı sağlık personeli iken; %27,6'sının idari, teknik, temizlik vb. görevlerde çalışan personellerden oluştuğu görülmüştür. Çalışanların %65,7'sinin klinik birimlerde çalışmaktadır. Reenfeksiyon insidansı %9,6'dır. Dört çalışanın üç kez enfekte olduğu belirlenmiştir. İlk enfeksiyon ile reenfeksiyon arasındaki süre $391,7 \pm 160,0$ gündür. İlk enfeksiyonların %59,0'ı omicron, %25,2'si delta, %15,8'i primer varyant; reenfeksiyonların %94,8'i omicron, %3,9'u delta %1,3'ü primer varyant döneminde görülmüştür. Reenfeksiyon kadınlarda (%10,6) erkeklerden (%8,0) 1,3 kat daha fazla saptanmıştır (%95 GA: 1,01-1,74; $p=0,034$). Reenfekte olmayanların yaş ortalaması ($36,2 \pm 9,8$), reenfekte olanlardan ($34,5 \pm 8,5$) büyüktür ($p=0,006$). Hekimlerin %4,2'sinde, hemşirelerin %13,9'unda, diğer personelin %10,3'ünde reenfeksiyon saptanmış olup, tüm gruplar istatistiksel olarak birbirinden farklıdır ($p < 0,001$). Hemşireler diğer gruplardan 1,76 kat fazla reenfekte olmuştur (%95 GA: 1,38-2,25). Çalışılan birim ile reenfeksiyon sıklığı arasında ilişki saptanmamıştır ($p=0,799$). Reenfeksiyonların üçü (%1,3) aşılamanın olmadığı dönemde gerçekleşmiş, %11,0'ı aşısız kişilerde görülmüştür. Aşısız çalışanların %22,5'i, inaktive aşıların %10,5'i, mRNA aşılarının %21,5'i, inaktive+mRNA aşılarının %21,5'inde reenfeksiyon görülmüştür ($p < 0,001$). Reenfeksiyonların en çok görüldüğü omicron döneminde ise; aşısızların %30,9, inaktive aşılarının %12,7, mRNA aşılarının %21,6, inaktive+mRNA aşılarının %10,0'ının reenfekte olduğu belirlenmiştir ($p < 0,001$). Bu dönemde aşısız bireylerin herhangi bir aşı ile aşılanmış olanlardan 2,63 kat daha fazla enfekte oldukları saptanmıştır (%95 GA: 1,85-3,73). İlk ve ikinci enfeksiyon arasındaki süre primer varyant döneminde $209,7 \pm 6,0$, delta döneminde $271,9 \pm 94,2$, omicron döneminde $399,7 \pm 160,0$ gündür ve bu süre omicron döneminde istatistiksel olarak daha uzundur ($p=0,007$). Omicron dönemi enfeksiyonları için anlamlı bulunan değişkenler alınarak yapılan lojistik regresyon analizinde; reenfeksiyon ve cinsiyet arasında ilişki saptanmamış, reenfeksiyonun 35 yaşından küçük olanlarda 35 ve üzeri olanlardan 1,42 (%95 GA: 1,06-1,90),

Özet Sözlü Bildiri

hemşire ve yardımcı sağlık personellerinde hekimlerden 2,95 (%95 GA:1,89-4,60), aşısızlarda herhangi bir aşısı olanlardan 2,84 (%95 GA:1,72-4,70) kat fazla görüldüğü belirlenmiştir ($p < 0,001$, $R^2: 0,055$).

Sonuç: Hastane çalışanlarında reenfeksiyon özellikle omicron varyantının baskın olduğu dönemde görülmüştür. Reenfeksiyon süresi de uyumlu olarak bir yıla yakın bulunmuştur. Genç ve hekim dışı sağlık personelinde reenfeksiyonun daha sık görülmesi hastane dışı ortamlardaki riskli davranışlarla ilişkili olabilir. Aşıların reenfeksiyonu önlemede de etkin olduğu belirlenmiştir ve aşısız kişilerin aşılınmaları için çalışmalar yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, reenfeksiyon, hastane çalışanları, aşı

Özet Sözlü Bildiri

S36

**BİR ÜNİVERSİTENİN LİSANSÜSTÜ ÖĞRENCİLERİNİN PANDEMİDE
SOSYAL MESAFE ÖNLEMLERİNE UYUMLARI**

Tülin ÇOBAN¹, Hilal ÖZCEBE²

¹Ankara Yenimahalle İlçe Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

Giriş ve Amaç: COVID-19 döneminde sosyal mesafeye uyum davranışlarını iyileştirmek için hedef kitlenin özelliklerine göre stratejilerin şekillendirilmesi önemlidir. Bu çalışmada hem genç hem de yüksek eğitimli bir grup olarak tedbirlere uyum açısından özgün özellikler göstermesi beklenen lisansüstü öğrencilerinin sosyal mesafeye uyum düzeyleri ve bunun belirleyicilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu tanımlayıcı araştırma Hacettepe Üniversitesi'ne bağlı enstitülerde Ağustos-Kasım 2021 aylarında öğrenim görmekte olan 361 lisansüstü öğrencisiyle çevrimiçi bir veri toplama formu aracılığıyla yürütülmüştür. Korunmaya Güdülenme Teorisi (KGT) üzerinden geliştirilen kavramsal çerçeve doğrultusunda analizler Yapısal Eşitlik Modellemesi (YEM) ile gerçekleştirilmiştir. YEM'de kullanılan değişkenler yaş (kontrol değişkeni), cinsiyet, en az bir kronik hastalığı bulunma durumu, en az bir kez COVID-19 geçirme durumu, hanehalkı risk durumu, güncel bilgileri takip etme sıklığı, algılanan tehdit (tehlikenin şiddetini ve tehlikeye karşı duyarlı olduğunu hissetmek), algılanan yeterlilik (tehlikeye karşı koruyucu davranışı gerçekleştirebileceğini ve tepkinin etkili olacağını hissetmek) ve uyum davranışıdır. Araştırma için T.C. Sağlık Bakanlığı'ndan bilimsel araştırma izni, Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır (Tarih: 29.06.2021; Karar No: 2021/13-35). Araştırmaya katılımda gönüllülük esas olmuş ve katılımcıların aydınlatılmış onamları alınmıştır. Araştırmada herhangi bir finansal destek alınmamış olup çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Bulgular: Katılımcıların %68,7'si kadındır; yaşlarının ortalama değeri 30,8±6,5 olup yaş aralığı 22-61 arasında değişmektedir. Katılımcıların COVID-19 Döneminde Sosyal Mesafe Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalaması 14,3±2,9 olup alınan puanlar 4-20 arasında değişmektedir. Bu ölçekten alınan puanlar; daha ileri yaş gruplarında ($p<0,001$), kadınlarda ($p=0,041$), riskli bir bireyle aynı hanede yaşayanlarda ($p=0,034$), doktora eğitimi almakta olanlarda ($p=0,034$), en az bir kronik hastalığı bulunanlarda ($p=0,005$) ve düzenli ilaç kullananlarda ($p=0,003$) aynı kategorideki diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir. YEM sonucu iyi uyuma sahip bir model elde edilmiştir [$RMSEA$ (Root Mean Square Error of Approximation/ Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü)=0,027; $SRMR$ (Standardized Root Mean Square Error/Standartlaştırılmış Hata Kareleri Ortalamasının Karekökü)=0,037; CFI (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi/Comparative Fit Index)=0,99; $AGFI$ (Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi/Adjusted Goodness-of-fit Index)=0,98]. Kadınlarda uyumun 0,19 puan daha düşük olduğu saptanmıştır ($\beta=-,19$; $t=-3,29$). Güncel bilgileri takip etme sıklığındaki bir birim artış ise uyumda 0,15 puan artışa neden olmaktadır ($\beta=0,15$; $t=2,65$). En az bir kronik hastalığa sahip olma durumu uyumu 0,12 puan artırmaktadır ($\beta=0,12$; $t=2,16$). En az bir kez COVID-19 geçirmiş olma durumu ise güncel bilgileri takip etme sıklığı üzerinden sosyal mesafeye uyum ile ilişkilidir. Algılanan yeterlilik ($\beta=-0,064$; $t=-1,08$) ve algılanan tehdit ($\beta=0,032$; $t=0,54$) ile uyum arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca, katılımcıların üçte birinden fazlasının ana bilgi kaynağı sosyal medyadır.

Sonuç: Bu çalışmada yüksek öğrenim düzeyine sahip genç grup arasında kronik hastalığı olanların olumlu davranışları benimsediği ve COVID geçirenlerin bilgi takip etme sıklığı üzerinden sosyal mesafeye uyumlarının azaldığı bulunmuştur. Sağlık yöneticilerinin müdahale programlarını geliştirirken toplumda farklı özellikleri olan bireylere yönelik stratejiler belirlemesi önemlidir. Güvenilir bilgi kaynaklarının toplumun her kesiminin ilgisini çekebilecek özelliklere sahip olması gerekmektedir. Araştırma grubunun daralması, uyumu etkileme olasılığı bulunan tüm faktörlerin değerlendirmeye alınmamış olması, hafıza yanlılığı ve sosyal istenirlik yanlılığı olasılığı ve YEM analizinin doğasından kaynaklanan bazı durumlar araştırmanın kısıtlılıklarıdır.

Bildiri Dr. Tülin Çoban'ın halk sağlığı uzmanlık tezinden üretilmiştir (Tez No: 729852). Araştırma 15. Avrupa Halk Sağlığı Kongresi'nde değerlendirilerek poster bildiri olarak kabul edilmiş fakat geri çekilmiştir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, lisansüstü eğitim, sosyal mesafe, uyum, halk sağlığı

Özet Sözlü Bildiri

S37

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA ERKEN VE GEÇ DÖNEM İKİNCİ COVID-19 BOOSTER DOZUNA ANTİKOR YANITININ İZLEMİ

Derya ÇAĞLAYAN¹, Ahmet Furkan SÜNER¹, Gül ERGÖR¹, Neslişah ŞİYYE¹, Irmak GÜZEL², Çağlar IRMAK³, Elif İŞİK¹, Özgür APPAK², Muammer ÇELİK³, Huriye Gamze ÖZTÜRK², Sema ALP ÇAVUŞ³, Ayça Arzu SAYINER², Osman Alparslan ERGÖR¹, Yücel DEMİRAL¹, Bülent KILIÇ¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Türkiye

³Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Türkiye

Giriş ve Amaç: Primer COVID-19 aşılmasının ardından yeni varyantların ortaya çıkması ve immunitenin azalması nedeniyle üçüncü ve riskli gruplarda dördüncü booster doz uygulaması başlatılmıştır. Ülkemizde iki doz CoronaVac ile aşılamanın ardından homolog veya heterolog [Pfizer-BioNTech (BNT162b2)] 3.doz aşırı takiben en erken 3 ay sonra booster dozunun yapılması önerilmektedir. Bu çalışmanın amacı; üç doz aşılı sağlık çalışanlarının altı ay süreyle antikor yanıtını izlemek ve erken/geç dönemdeki ikinci booster dozuna humoral cevabı karşılaştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Sunulan çalışma; Dokuz Eylül Üniversitesi (DEÜ) Hastanesinde, 04.03.2021-31.12.2021 tarihleri arasında, 2 doz CoronaVac aşılı, sistematik örnekleme ile seçilen 548 sağlık çalışanında yürütülen prospektif kohort çalışmanın son dönem izlem sonuçlarını içermektedir. Temmuz-Ağustos 2021 ayları boyunca 3.doz aşı, 16.08.2021 tarihinden itibaren 4.doz aşı uygulamasını takiben 23 Ağustos - 03 Eylül 2021 tarihleri arasında ilk kan alımı, 08-10 Aralık 2021 tarihleri arasında ikinci kan alımı gerçekleştirildi. Katılımcıların serum örneklerinde; kemiluminesens yöntemi ile anti-RBD IgG antikor [SARS-CoV-2 IgG II QUANT (Abbott)] düzeyi ölçüldü. Testin kantitasyon aralığı 50-40.000 AU/ml olup ≥ 50 AU/ml değerler pozitif kabul edildi. Tanımlayıcı istatistikte; antikor düzeyleri median ve IQR olarak verildi, analizlerde Wilcoxon ve Mann Whitney U testleri kullanıldı. Çalışma için gerekli izinler DEÜ Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (no: 2021/07-01), Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Klinik Araştırmalar Daire Başkanlığı (kod:21-AKD-33) ve T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nden (2021-02-12T15_05_18) alındı. Proje, DEÜ Bilimsel Araştırma Projeleri Daire Başkanlığı tarafından desteklendi. Yazarların herhangi bir çıkarıya dayalı ilişkisi yoktur.

Bulgular: Üçüncü doz aşılama başladıktan sonra ilk kan alınımına kadar geçen sürede (7-67 gün, median:53 gün) 283 kişi 3.doz (BioNTech:261, CoronaVac:22), 38 kişi 4.doz aşısını aldı. İlk kan alınımından 92-108 gün sonra ikinci kan alımı yapıldı. İzlem süresince sadece 3.doz aşılı olan sağlık çalışanlarının ilk kan alınımındaki antikor düzeyi medianı 16511 AU/ml (8775.4-26419), ikinci kan alınımında 9165.1 AU/ml (4200.3-16810.6) idi ($p < 0.001$). Dördüncü dozunu (2.booster) erken dönemde (3.doz aşından ortalama 45 gün sonra, min:41-max:50 gün) olan sağlık çalışanlarının (n:38) ilk ölçümde antikor düzeyi ortancası 40000 AU/ml (26402-40000), ikinci ölçümde 8740.5 AU/ml (5607.8-12878.8) olarak saptandı. $P < 0.001$ İkinci booster dozunu geç dönemde (3.doz aşından ortalama 140 gün sonra, min:135-max:150 gün) olan sağlık çalışanlarının (n:11) ise ilk ölçüm antikor düzeyi ortancası 14786 (8174-31324.7) AU/ml, ikinci ölçümde 40000 (24018-40000) AU/ml (5607.8-12878.8) olarak saptandı. 3 doz aşılı olanlar ile 2.booster dozunu erken dönemde olan sağlık çalışanlarının ise ikinci kan alınımında antikor düzeyleri arasında fark saptanmadı ($p:0.81$). Erken ve geç dönem 2.booster dozundan 7-21 gün sonra yapılan ölçümde her iki grubun antikor düzeyi medyanı 40000 AU/ml saptandı.

Sonuç: Üç doz aşılı sağlık çalışanlarında yaklaşık altı ay sonra antikor ortanca değerinde %45 azalma meydana gelmekle beraber üçüncü dozdan 1.5 ay sonra yani erken dönemde 4. dozunu (ikinci booster) yaptıranlarla benzer antikor düzeyine sahiptiler. Ayrıca booster dozunu 1.5 ve 4.5 ay sonra yaptıran sağlık çalışanlarının antikor yanıtının da aynı olması nedeniyle bu çalışmamızın sonuçlarına göre 4. dozun üç ay yerine en erken 5 ay sonra yapılması önerilebilir. Ancak; varyantlar da göz önünde bulundurularak, daha büyük sayıda katılımcıların olduğu çalışmalar ile bu bulguların desteklenmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: antikor, aşı, booster, COVID-19

Özet Sözlü Bildiri

S38

SARS-COV-2 İLE TEMASLI SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA BULAŞMAYLA İLİŞKİLİ ETMENLER

Salih KESKİN¹, Ahmet Naci EMECEN², Osman Alparslan ERGÖR¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Epidemiyoloji Bilim Dalı, Türkiye

Giriş ve Amaç: Bulaşıcı hastalıklar bağlamında sağlık çalışanları da enfekte olabilirler ve etkeni bulaştırabilirler. Bulaşıcı hastalıkla mücadele edilirken topluma uygulanan karantina ve izolasyon önlemleri sağlık çalışanlarına da aynı şekilde uygulanırsa sağlık hizmeti sunumu aksayabilir. Bu sebeple sağlık çalışanlarının hastane ortamındaki riskli temasları, toplumdan farklı ölçütlerle değerlendirilmiştir. Bulaş ile ilişkili etmenlerin iyi tanımlanmasıyla çalışanların sağlığı korunabilir ve işgücü sürekliliği sağlanabilir. Bu çalışmada, hastane içinde SARS-CoV-2 ile temas eden sağlık personellerinde temas sonrası RT-PCR pozitifliğini etkileyen etmenlerin tespit edilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu retrospektif tipteki kohort çalışmasında, 23 Mart 2020 tarihi ile 22 Ekim 2021 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Araştırma ve Uygulama Hastanesinde COVID-19 tanısı almış olgularla temas eden sağlık çalışanlarının izlem verilerinden (n=3389 temas) yararlanılmıştır. Salgın öncesi dönemde yapılan kurum içi eğitimler sırasında çalışanların tanı aldıklarında ya da temaslı olduklarında Halk Sağlığı Anabilim Dalı koordinasyonunda çalışan COVID-19 Sürveyans Birimine ulaşmaları gerektiği aktarılmıştır. Doğrudan birime ulaşan kişiler ya da olguların kendisiyle temaslı olduğu bilgisini aktardığı temaslılarla, bu alanda önceden eğitim almış Halk Sağlığı Tıpta Uzmanlık Öğrencileri standart bir veri kayıt formundaki sorular üzerinden telefon görüşmeleri gerçekleştirmiştir. Görüşmelerden elde edilen temaslara ve olgulara ait bilgiler ile RT-PCR sonuçları COVID-19 Sürveyans Birimi tarafından oluşturulmuş veri tabanına kaydedilmiştir. Temasa ait bilgiler (demografik bilgiler, kaynağa ve temas yerine ait bilgiler, maske, mesafe ve temas süresi) pandemi boyunca telefon ile yapılan temaslı risk değerlendirmesi görüşmelerinden elde edilmiştir. Son temas tarihinden sonraki 14 gün içinde kişilerin sistemde kayıtlı pozitif RT-PCR sonucu olması bulaşma var, negatif RT-PCR sonucu olması bulaşma yok olarak değerlendirilmiştir. Örneklemde temas değerlendirmesi sonucu RT-PCR vermesi önerilmeyen çalışanlar da olduğundan (düşük riskli temaslılar) ters olasılık ağırlıklandırması yapılmıştır. Ağırlıklandırma için; temasının yaşı, semptom varlığı, temas risk kategorisi, meslek kategorisi ve temas edilen vakanın özelliği (sağlık çalışanı veya sağlık bakımı için başvuran hasta) değişkenleri kullanılmıştır. Çok değişkenli lojistik regresyon yöntemi kullanılan son modele yaş ve cinsiyet yanında tek değişkenli analizlerde anlamlı olan süre, mesafe, maske kullanımı, meslek, semptom varlığı ve vakanın özelliği dahil edilmiştir. Öncesinde süre, mesafe ve maske kullanımı arasındaki olası etkileşimler de değerlendirilmiştir. Çalışmanın bağımlı değişkeni bulaşma varlığıdır. Analizler için R versiyon 4.1.0 kullanılmıştır. Etik Kurul Onayı, Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Tarih: 11.05.2022, Karar No: 2022/17-15).

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen tüm temaslarda bulaşma yüzdesi 4.3'tür (144/3389). Temaslıların (kadın: %58.7) yaş ortalaması 35.2±9.0'dur. 824 (%24.3) temasının görüşme anında semptomu vardı. Düşük, orta ve yüksek riskli temas yüzdeleri sırasıyla 35.0, 34.6 ve 30.4'dü. Ağırlıkların kullanıldığı çok değişkenli analiz sonucuna göre değerlendirme yapıldığı sırada semptom varlığı (OR, %95 güven aralığı-GA: 1.55, 1.10 - 2.16), yardımcı personel olmak (doktorlara göre; OR, %95 GA: 1.60, 1.03 - 2.54), ≥15 dakika temas (OR, %95 GA: 1.71, 1.18 - 2.54) ve maske kullanımının olmaması (OR, %95 GA: 1.55, 1.05 - 2.32) bulaşmayla ilişkili bulunmuştur. Beklenen olasılıkların en iyi kestirim noktasına göre (EAA, %95 GA: %65, %60-%69) modelin duyarlılığı, seçiciliği, pozitif prediktif ve negatif prediktif değeri (NPD) sırasıyla %61.1, %62.1, %9.2 ve %96.2'dir.

Özet Sözlü Bildiri

Sonuç: Bulaşma için geliştirilen son modele göre; maske kullanımı ve temas süresi anlamlı iken, mesafe (<1 metre temas) anlamlı değildir. Yine modele göre, riski düşük hesaplanmış temaslının gerçekte de RT-PCR negatif olma olasılığı oldukça yüksektir (NPD: %96.2). Bu bulgu, düşük risk için RT-PCR testine gerek olmadan takip ve çalışmaya devam kararını destekler niteliktedir. Hastane ortamında modelin kullanılması ile düşük risk için gereksiz RT-PCR testi alınmasının önüne geçilebilir. Geliştirilen model, SARS-CoV-2 ile benzer yeni bir viral üst solunum yolu enfeksiyonu etkeninin filyasyonu için gerekli olacak iş gücünün başka alanlara aktarılmasını ve risk değerlendirmesinin sağlık merkezlerinde standart hale getirilmesini sağlayabilir. Bunun için modelin internal ve eksternal validasyonunun yapılması planlanmıştır. Çalışmanın iki önemli kısıtlılığı vardır; çalışmadaki temaslara ait bilgiler ve risk değerlendirmeleri kişisel beyanlara dayandığı için hatalı sınıflandırmalar olabilir ve hastalığın toplumda yaygınlaştığı dönemlerde işyeri enfeksiyonu toplum kaynaklı bulaşmayla tam olarak ayırt edilememiş olabilir.

Bilgilendirme: Bildirimiz ile ilgili yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır. Çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Risk değerlendirmesi, Sağlık Çalışanları, Bulaşma, Temaslı İzlemi

Özet Sözlü Bildiri

S39

İKİNCİ DOZ COVID-19 AŞI ORANI İLE VAKA İNSİDANSI ARASINDAKİ KORELASYONUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Deniz ERDAL, Caferi Tayyar ŞAŞMAZ

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D., Türkiye

Giriş ve Amaç: COVID-19 pandemisinin başından beri kişisel ve topluma yönelik Halk Sağlığı önlemleri pandemi kontrolünde en önemli sağlık hizmetleri olarak yerini almıştır. Bu hizmetlerin içinde COVID-19'a karşı etkili bir aşının üretilmesi ve toplumda yaygın olarak kullanılması başlıca koruyucu sağlık hizmeti olarak görülmektedir. Ülkemizde 2021 yılının başından beri COVID-19'a karşı toplumsal düzeyde bağışıklama çalışmaları sürdürülmektedir. Bu çalışma ile COVID-19 aşılama oranının toplumsal düzeyde etkisinin değerlendirilebilmesi için, iller arasında ikinci doz aşı kapsayıcılık hızı ile COVID-19 insidansı arasındaki korelasyonun değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Ekolojik tipte planlanan bu çalışma Sağlık Bakanlığının illere göre yayınladığı haftalık COVID-19 insidansı ile kümülatif 2. doz COVID-19 aşı kapsayıcılık hız verileri kullanılarak yapılmıştır. Veri kamuoyuna açık bir veri olduğu için etik kurul başvurusu yapılmamış ve herhangi bir kurumdan resmi izin alınmamıştır. Çalışma için bir finansal destek alınmamıştır ve yazarların çıkar çatışması bulunmamaktadır. Korelasyon analizi için 04-10 Eylül 2021 haftası ile 19-25 Mart 2022 arasındaki 81 il'e ait 29 haftalık veri kullanılmıştır. Veriler bilgisayar ortamına girilip, analizler bilgisayar ortamında yapılmıştır. Verinin özetlenmesinde kümülatif aşı kapsayıcılık hızı (%) ve haftalık vaka insidansı (yüz binde) kullanıldı. Haftalık insidans ve kümülatif ikinci doz aşı kapsayıcılık hızlarının normal dağılıma uygunluk testleri Kolmogorov-Smirnov testi ile yapıldı. İllere göre haftalık insidans ve aşı kapsayıcılık hızları normal dağılıma uymadığı için Spearman korelasyon analizi yapılmasına karar verilmiştir. $p < 0.05$ olarak alındı. Türkiye'deki bölgeler TR12'ye göre ayırarak bölgeler arasındaki insidans ve ikinci doz aşı kapsayıcılık hızındaki farklılıklar da incelendi.

Bulgular: 04-10 Eylül 2021 haftasında 18 yaş üzeri 2. doz COVID-19 aşı kapsayıcılık hızı %66.6 iken, bu oranın 19-25 Mart 2022 haftasında %80.7'ye çıktığı rapor edilmiştir. Bu zaman periyodunda COVID-19 insidansının yüz binde 84.8 ile 805.2 arasında değiştiği tespit edilmiştir. Ülkemizde İstatistik Bölge Birimleri Sınıflamasında (İBBS) bölgelere göre COVID-19 2. doz aşı kapsayıcılığı ile haftalık vaka insidansı ayrı ayrı incelendiğinde; TRC Güneydoğu Anadolu, TRB Ortadoğu Anadolu ve TRA Kuzeydoğu Anadolu bölgesinde 2. doz aşı kapsayıcılık hızları ve insidansın , diğer bölgelere kıyasla daha düşük olduğu tespit edildi. TR2 Batı Marmara, TR3 Ege ve TR8 Batı Karadeniz de 2. doz aşı kapsayıcılık ve haftalık vaka insidansın en yüksek bölgeler olduğu saptandı. Çalışmamıza başlangıç olarak dahil ettiğimiz 04-10 Eylül 2021 haftasında iller arasında haftalık insidans ile 2. doz aşı kapsayıcılık hızı arasındaki istatistiksel olarak anlamlı zayıf negatif yönlü bir korelasyon ($\rho = -0.390$, $p < 0.001$) hesaplanmıştır. 09-15 Ekim haftasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf pozitif bir korelasyon ($\rho = 0.269$, $p = 0.015$) tespit edildi. Takip eden haftalarda pozitif korelasyon, kuvvetini artırarak 11-17 Aralık haftasında en yüksek seviyesine çıkmıştır ($\rho = 0.739$, $p < 0.001$). Sonraki haftalarda 2. doz COVID-19 aşı kapsayıcılığı ile haftalık insidans arasındaki istatistiksel olarak anlamlı olan pozitif korelasyonun 0.351 – 0.739 ($p < 0.01$) arasında değiştiği tespit edilmiştir.

Sonuç: Sonuç olarak ülkemizde 2. Doz COVID-19 aşı kapsayıcılık hızının artması ile vaka insidansı arasında kuvvetli bir pozitif korelasyon tespit edilmiştir. Bu sonuç hızla mutasyona uğrayabilen SarsCov-2'nin Omicron varyantının aşı bağışıklığından kaçması ve bulaştırıcılığının diğer varyantlardan daha yüksek olması ile açıklanabilir. Ekolojik çalışmanın doğası gereği örneklem üzerinden değil de, aşı kapsayıcılığı olan/olmayan tüm toplumdan veri alındığı için korelasyon yüksek çıkmış olabilir. Ayrıca aşı oranları ve haftalık vaka insidansları arasında zamansal uyum sıkıntısı olması değerlendirmeyi zorlaştırmaktadır. Aktif veri toplama olmadığından dolayı sonuçlar genellenemez, bu nedenle sonuçlar ihtiyatla değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19 Aşıları, İnsidans, Korelasyon çalışması

Özet Sözlü Bildiri

S40

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİMDALİ UYGULAMA ALANLARINDA YAŞAYAN KADINLARIN HPV AŞISI YAPTIRMA DURUMLARI VE HPV BİLGİ DÜZEYLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Burak METE, Fatma ATUN ÜTÜK, Ayşe İNALTEKİN

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

Giriş ve Amaç : Rahim ağzı kanseri kadınlarda en sık görülen dördüncü kanserdir. Serviks kanserinden ölümlerin yaklaşık %90'ı, büyük ölçüde önleme, teşhis ve tarama eksikliği nedeniyle az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir. Serviks kanseri, kadınlarda kanser ölümlerinin dördüncü nedenidir. Serviks kanseri vakalarının %99'u insan papilloma virüsü (HPV) ile bağlantılıdır ve vakaların %70'inden HPV 16 ve 18 sorumludur. Ülkemizde HPV enfeksiyonuna karşı mevcut iki aşı vardır (Cervarix ve Gardasil). Her iki aşı da HPV tip 16 ve 18'i önlemektedir. Gardasil, genital siğillerden büyük oranda sorumlu olan HPV tip 6 ve 11'i de önlemektedir. DSÖ, HPV enfeksiyonu ve rahim ağzı kanseri gelişiminin eliminasyonu amacıyla, kadınların %90'ının 15 yaşına kadar profilaktik aşılanmasını, geniş bir tarama programını ve Servikal İntraepitelyal Neoplazi (CIN) tanısı almış kadınların %90'ının tedavisini amaçlamıştır. Bu çalışma ile toplum tabanlı olarak 15-49 yaş grubu kadınlarda HPV aşı prevalansının ve aşılanmayı etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu kesitsel tipteki çalışma 2022 yılı şubat-nisan ayları arasında, Adana ilinde Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uygulama Alanlarında Yaşayan 15-49 yaş aralığındaki kadınlar üzerinde yapılmıştır. Referans çalışmadan edinilen; Tip 1 hata düzeyi=0,05, güç %80, etki büyüklüğü=0.281 kabul edilerek yapılan örneklem büyüklüğü analizinde minimum örneklem sayısı 398 olarak bulunmuştur ve kolayda örnekleme yöntemi ile 401 kadına ulaşılarak yüz yüze anket uygulanmıştır. Uygulama alanlarımızı iki merkez ilçede (Yüreğir, Seyhan) ve bir kırsal ilçede (Karataş) bulunan birinci basamak sağlık kuruluşları (ASM, TSM, SHM) oluşturmaktadır. Anket formu; sosyodemografik bilgiler, üreme sağlığı, HPV aşılanma prevalansı, HPV aşısı yaptırmadaki engellerin sorgulandığı ilk kısım ile HPV Bilgi Ölçeğinin (HPV-BÖ) yer aldığı ikinci kısım olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. HPV-BÖ ile kadınların HPV genel bilgisi, HPV tarama testi bilgisi, genel HPV aşı bilgisi, mevcut HPV aşılama programına yönelik bilgileri değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde SPSS 22 Programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, ortalama±SS, min-maks değer olarak verilmiştir. Normal dağılım testi olarak Kolmogrow Smirnov testi kullanılmıştır. Verilerin analizinde Mann Whitney U testi, Binary lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. p<0.05 değeri istatistiksel olarak önemli kabul edilmiştir. Katılımcılardan sözlü ve yazılı onam alınmıştır. Etik Kurul izni 4 Şubat 2022 tarihinde, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (toplantı sayısı:119). Çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamıştır ve çıkar çatışması yoktur.

Bulgular: Çalışmamıza dahil edilen 401 kadının yaş ortalaması 30.87±8.89'dur (min=15-max=49). Kadınların %49.8'i evli, %62.3'ü üniversite mezunudur. Kadınların %3.2'si HPV aşısı yaptırmış, %21.4'ü ise pap-smear tarama testini yaptırmıştır. En önemli aşı yaptırmama nedeni aşı ile bilgi sahibi olunmaması ve aşı ücretinin yüksek olmasıdır. Katılımcıların %81.2'si eğer aşı ücretsiz olsa kendisine, %72.8'i çocuğuna aşığı yaptıracığını belirtmiştir. HPV enfeksiyonu, aşıları, aşılama programı ve taraması ile ilgili katılımcıların bilgi düzeylerine bakıldığında en fazla bilgi eksikliğinin olduğu konular aşı lisansları ve aşı programı ile ilgili konulardır. HPV aşısı yaptıranların yaptırmayanlara göre HPV-BÖ genel bilgi, tarama testi bilgisi, aşı bilgisi, aşılama programına yönelik bilgi alt boyutları ve toplamından istatistiksel olarak önemli düzeyde daha yüksek puan aldıkları bulunmuştur. HPV aşı yaptırmaya olasılığını tahmin etmek için oluşturulan binary lojistik regresyonunun önemli olduğu bulunmuştur (omnibus test p<0.001). Modelin bağımsız değişkenleri HPV-BÖ alt boyutları, bağımlı

Özet Sözlü Bildiri

değişkeni HPV aşısı ile aşılama durumudur. Modele dahil edilen değişkenlerden HPV aşılama programına yönelik bilgi düzeyinin önemli olduğu, bu alt boyuttan alınan puanda her 1.49 birimlik artış aşı yaptırmaya olasılığını 4.43 (%96 GA: 2,21-8,87) kat artırmaktadır

Sonuç: Bu çalışmanın sonuçlarına göre 15-49 yaş grubu kadınlarda HPV aşısı yaptıranlarının oranının oldukça düşük olduğu, aşı ve aşılama programlarındaki bilgi eksikliğinin ve aşı maliyetinin aşılama için en büyük engeller olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda olasılıksız bir örnekleme yöntemi olan, kolayda örnekleme yönteminin kullanılmış olması ve araştırmanın yalnızca üç ilçeden katılımcıları içermesi çalışmamızın kısıtlılıkları olarak söylenebilir. Bu konuda daha büyük örnekleme sahip çalışmaların yapılmasını, HPV aşılama programları ile ilgili bilgi ve farkındalığın artırılmasına yönelik eğitim faaliyetlerine daha çok önem verilmesini ve HPV aşısının ücretsiz ulusal aşı programına dahil edilmesini tavsiye ediyoruz.

Anahtar Kelimeler: serviks kanseri, hpv, bağışıklama, primer koruma

Özet Sözlü Bildiri

S41

COVID-19 İÇİN AŞILANMIŞ ÖĞRENCİLERDE SARS-COV-2 ANTI-RBD IGG DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ: HU-COVACS KOHORTU

Eda KARADOĞAN¹, Ahmet SERTÇELİK¹, Mustafa Enes ÖZDEN², Hanife UZAR¹, Mithat TEMİZER¹, Şeyma Aliye KARA³, Bilal BUZGAN², Damla ÖZYÜREK², Alpaslan ALP⁴, Aslı PINAR⁵, Bahar GÜÇİZ DOĞAN², Burçin ŞENER⁴, Deniz YÜCE⁶, Duygu AYHAN BAŞER⁷, Hilal AKSOY⁷, İzzet FİDANCI⁷, Lütfiye Hilal ÖZCEBE², Murat AKOVA⁸, Nursel ÇALIK BAŞARAN⁹, Oytun PORTAKAL⁵, Şehnaz ALP⁸, Volkan ARSLAN¹⁰, Zeliha Günnur DİKMEN⁵, Banu ÇAKIR¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Epidemiyoloji Bilim Dalı, Türkiye

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Türkiye

³Ağrı İl Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

⁴Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji AD, Türkiye

⁵Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya AD, Türkiye

⁶Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kanser Enstitüsü Preventif Onkoloji AD, Türkiye

⁷Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, Türkiye

⁸Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Türkiye

⁹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD, Türkiye

¹⁰Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, Türkiye

Giriş: COVID-19 pandemisinin 3. yılı dolarken, Türkiye’de 16 milyonun üzerinde vakaya tanı konulmuş, bunların yaklaşık %0,6’sı hayatını kaybetmiştir. Farklı aşı kombinasyonları sonrası geliştirilen antikor yanıtı ve bunun hastalık ile ilişkisinin yüksek risk grubu gençlerde çalışılması önemlidir.

Yöntem: Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi 4 ve 5 ile Tıp Fakültesi 4-6 sınıflarında öğrenim gören öğrenciler açık kohortunda (Hu-CoVaCS) 2021 Haziran, Ekim ve 2022 Mayıs aylarında üç ziyaret yapılmıştır. Ziyaretlerde, muayene ve kan analizleri, SARS-CoV-2 Anti-RBD (Abbott) IgG antikor ölçümleri yapılarak; COVID-19 ve fiziksel, ruhsal, sosyal sağlık durumları incelenmiştir. Öğrencilerin tümüne ulaşılması planlanmış, bilgilendirilmiş onam sonrası çalışmaya katılanların tümü incelemelere dahil edilmiştir. Araştırma için Sağlık Bakanlığı, üniversite klinik araştırmalar etik kurulu ve TİTCK’dan onay alınmıştır. Öğrenciler anketleri bireysel kodları ile çevrimiçi doldurmuş; fizik muayene, kan alımları ve analiz süreçleri anonim olarak gerçekleştirilmiştir. İstatistiksel analizler SPSS v29 ile yapılmış, nitel değişkenler için sayı (%), nicel değişkenler ortanca (en küçük-en büyük) değerler şeklinde sunulmuştur. Grup karşılaştırmalarında Kruskal Wallis ve Mann-Whitney U, hastalısız sağkalım analizinde aşı kombinasyonlarına göre Kaplan-Meier analizi kullanılmıştır. Antikor düzeyinin farklı aşı kombinasyonlarına göre dağılımı çok değişkenli lineer regresyon analizleri ile incelenmiş, tip 1 hata payı 0,05 olarak kabul edilmiştir. Öğrencilerin aşılama durumları belirtilirken CoronaVac C, BioNTech B harfi ile gösterilmiştir. CC heterolog iki doz CoronaVac üzerine en az 1 BioNTech ile rapeli; CC homolog iki doz CoronaVac üzerine en az 1 CoronaVac ile rapeli; BB homolog ise iki doz BioNTech üzerine en az 1 BioNTech ile rapeli ifade etmektedir. Çalışma bütçesi HÜ BAP tarafından karşılanmış olup, yazarların herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Bulgular: Anket, fizik muayene, kan verme basamaklarından en az birini tamamlayan 1137 katılımcı vardır. SARS-CoV-2 Anti-RBD IgG düzeyi ile aşı ilişkisi incelemelerinde, öğrencilerin kan alımından 14 gün öncesindeki son aşılama durumları esas alınmıştır: Aşı ve antikor bilgilerine erişilenlerin (n=1121) %12,2’si BB ve %29,4’ü CC sonrası rapel yaptırmamıştır. Kişi başına rapel sayısı değişmekle birlikte: CC sonrası rapel olanların (n=528) % 96,8’i heterolog, %3,2’si homolog tiptedir; BB sonrası tüm rapeller (n=120) homolog tiptedir. Antikor düzeylerinin ortanca (en küçük-en büyük) değerleri tüm kohortta 1124,9 BAU/ml (0-5680) iken; primer aşılama BioNTech olanlarda CoronaVac olanlara göre antikor düzeyleri daha yüksektir (p<0.05). Rapel BioNTech ile yapıldığında antikorlar primer aşı türünden bağımsız yükselmektedir: CC ve

Özet Sözlü Bildiri

BB sonrası sırasıyla BionTech rapelleri (en az 1) ile ortanca antikorlar 1942,1 (51,9-5680) ve 1961,3 (106,8-5680), benzerdir. Yaş, cinsiyet, komorbidite sayısı, fakülte, sınıf, COVID-19 geçirme durumu, hastane ve sosyal ortamlarda maske-mesafe uyumu, kalabalık ortamda bulunma durumu eş zamanlı değerlendirildiğinde: antikor yanıtı erkeklerde, Diş Hekimliği Fakültesi öğrencilerinde ve Dönem IV öğrencilerinde (internlere göre) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur; CC ile aşılama referans alındığında BB homolog ve CC heterolog aşılama olanların antikor düzeyleri daha yüksek bulunmuştur; homolog C rapeli anlamlı artış ile ilişkili değildir ($R_2 = 0,298$, Adj $R_2 = 0,281$).

Kaplan-Meier analizi ile hastalısız sağkalım incelendiğinde, aşı gruplarına göre COVID-19 geçirme durumu arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir (p değeri = 0,230). Aşı tür ve sayısı özelinde COVID-19 insidans hızları CC, CC heterolog, CC homolog, BB ve BB homolog gruplarında sırasıyla bin kişi yılda 280,6 (%95 GA=102,8-621,9), 208,3 (%95 GA=172,2-249,9), 98,5 (%95 GA=16,5-325,5), 292,0 (%95 GA=148,3-520,4) ve 222,6 (%95 GA=145,9-326,1)'dir.

Sonuç: Bulgular pandemi ile mücadelede rapel dozun bağışıklık yanıtındaki önemine işaret ederken, primer aşı türünden bağımsız olarak rapel dozun BioNTech olmasının bu yaş grubunda antikor yanıtında anlamlı artış sağladığını göstermiştir. Bu fark, cinsiyet ve (enfekte hastaya maruz kalma göstergesi olarak) devam edilen okul ve sınıf için eş zamanlı kontrol sağlandığında da devam etmiştir. Antikor yanıtındaki aşı türüne bağlı anlamlı farklılığın, aşı sonrası COVID-19 insidansında gösterilmemiş olması, vakaların büyük kısmının öğrencilerin rapellerinin tamamlanmış olmasına karşın, Omicron varyantının baskın olduğu dönemde ortaya çıkması ile ilişkilendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, Aşı, Antikor Yanıtı

Oral Presentation

S42

**OBSERVATION STUDY OF CHILD PASSENGER RESTRAINT USE IN
THE REPUBLIC OF MOLDOVA**

Angela CAZACU-STRATU¹, Serghei CEBANU¹, Diana DULF², Corinne PEEK-ASA³

¹Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy, Chisinau, Moldova

²Babes-Bolyai University, Cluj Napoca, Romania

³School of Public Health, University of California, San Diego, United States

Introduction and Objectives: According to the World Health Organization's report injury are experienced by more than 20% of the minor population, and about 10% of disabilities are caused by accidents in children. The correct use of child passenger safety seats can reduce child's risk mortality by 74%, while risk of serious injury could be decreased by 67%. There are no national data reported, no database that generates suggestive data which would allow to evaluate the rate of safety devices use or other research so far in the Republic of Moldova. Thus far, only regular information campaigns are carried out for preventive purpose. The objective of the study was to assess the child safety device usage and parents' perceptions on their use.

Material and Methods: An observational study was conducted on the use of car safety devices for children, between April and June 2021, in the Chisinau municipality. An observational component and a survey were both included in our research. People who had their cars parked close to the early education facilities and who had at least one child in the car, aged 2 to 7 years, who attends kindergarten, as well as all children up to the age of 12, were eligible to participate. The study's tools included an observational checklist and a survey for drivers called "Questionnaire on Children's Safety Assessment in a Car," which asked 15 questions about the age, sex, weight, and height of each child occupant. Drivers also responded to questions regarding their gender, relationship to the children, education level, and knowledge and attitudes about using a safety seat and following local and national traffic laws.

Results: There were 291 observations on children who were taken to early education facilities in a car driven by their parents. The majority of children (72.2%) were between the ages of three and five. In 87% of the cases, children travelled in a parent-driven car, 62,4% by using a car safety seat, booster seat – 10,8%, seat belt – 9,4% and without any protection – in 17,4% of cases. The majority of children (88,5%) were seated on the back seat with the safety device, and oriented towards the front of the car – 77,1%. Two-thirds of those 254 drivers with full survey data 171 (67,3%) knew about the existence of national legislation on child safety restraints. When parents were questioned about the safety of a child under the age of 12 traveling in their arms, the majority of them (187; 73,6%) said that it is not safe, while 74 (29,1%) said that it is. When asked what age children should ride in a car seat, 32,2% said they should do so until they are six, 27,1% said they should do so until they are twelve, and 11% said they should do so until they are three. 29,7% said they were unsure. One-third of the parents (76; 29,9%) stated they were unaware about the legal minimum age for booster seat use, while a second third (97; 38,2%) said that children up to the age of 12 should ride in a booster seat. When parents were asked about the age at which a child should be allowed to travel in the front seat of the car, most of the parents (86; 33,8%) mentioned the age of 6, another 76 (29,9%) of parents considered the appropriate age to be 12, others 33 (13%)- the age of 3, and 59 (23,2%) did not know at what age. Being asked until what age a child must be transported using a child safety seat, 28,7% responded that children must be transported in a child safety seat until the age of 12, other 25,9% responded until the age of 6, and 14,2% responded until the age of 3. Among the most common reasons of failure to use any of the safety devices were mentioned: expensive price, the child is old enough, installation problems or inconvenience.

Conclusions: The present research shows that parents' misconceptions regarding the age of the child, the size and safety of car devices for children are the most frequent reasons for which children are not being equipped properly in a car, endangering their lives. There is a need for more enlightening advertising about child safety equipment and traffic safety.

Keywords: Children, parents, safety device, car, prevention

Oral Presentation

S43

**NATIONAL HEALTH SYSTEM PREPAREDNESS FOR MASS CASUALTY INCIDENTS IN THE
CONTEXT OF WAR REFUGEE CRISIS IN REPUBLIC OF MOLDOVA**

Marin VOZIAN¹, Iurie SARATILA¹, Ion CHESOV²

¹*Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy, Moldova*

²*Ministry of Health; Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy, Moldova*

Introduction

Given the current geopolitical context at the regional and global level, including the events caused by military actions in Ukraine, there is an increased number of refugees on the territory of the Republic of Moldova coming from Ukraine. In this circumstance, there is a need to assess the preparedness of all the actors of the national health system and to increase the health response capacity of institutions, and the authorities involved in the health care service delivery and mass casualty incident (MCI).

A mass casualty incident by definition can overwhelm local and regional resources. Preparation and training are required by any health system to minimize the loss of life and maximize patient recovery.¹ According to United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), 'Refugees are people who have fled war, violence, conflict or persecution and have crossed an international border to find safety in another country.' Even though there are some geographic, cultural, political, historical, and socioeconomic factors that differentiate experiences of refugees across the world, refugees also share similar experiences as they: (a) are civilians exposed to military and war trauma, (b) endure immense personal, material and psychosocial losses, including of family members and loved ones, homes and socioeconomic standing (d) sustain cumulative psychosocial stress, economic difficulties and lack of resources during and years after displacement.²

Background

According to United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) reports, around 25% percent of Ukrainian population has been displaced, about four million moved out of the country, whereas nearly five million, more than half of Ukraine's children have left their homes after one month of the Russian invasion of Ukraine which has led to devastating death, injuries, and one of the largest refugee crises in modern history.³ An important number of those refugees crossed the borders of Moldova either to stay or to transit. In the first days and weeks after the war began, there was an immense overload to the border crossing points, which overwhelmed the capacities of the infrastructure and employees. Given the fact that most of the refugees were women with children and elder citizens and the waiting times in lines in cold weather conditions (February-March) sometimes exceeding 24h, some of the refugees sought medical care before, during, or immediately after crossing the border.

The refugees, arriving from conflict zones require specific healthcare such as maternal and child health, as well as treatment for chronic conditions and psychological support. In this circumstance, there is a need to strengthen the Republic of Moldova's capacities in management and coordination of the health sector response to the refugee emergency crisis declared at 24th of February 2022 by the Parliament. In war conflict areas and a high rate of mass casualty incidents, national response planning for the management of mass casualty situations is of vital importance.

Most deaths during complex humanitarian emergencies represent mortality due to preventable causes, especially increased rates of infectious diseases, malnutrition and military trauma. The most appropriate health interventions are therefore based on the models of public health and primary health care, emphasising disease prevention and health promotion. Mass casualty incidents often vary in location, mechanism of injury, severity and number of patients. Hospital based emergency units (EU) often represent the frontline of the health system during such events and are key to effective emergency response.

Oral Presentation

Displaced populations are at greater risk for a wide range of health conditions, both communicable and non-communicable. The risk of communicable diseases is increases primarily due to closer and more intense social mixing, crowding, poor quality shelter and WASH conditions and exacerbating factors such as low vaccination coverage. The risk of noncommunicable disease increasing and urgent maternal, new-born and child illnesses is worsened by any limitations on access to emergency and essential health services, particularly primary health care, and medications.

As well, mass casualty incidents (MCI) or special emergencies require robust and time-sensitive coordination mechanisms in place between various stakeholders to reduce mortality and morbidity, saving as many lives as possible. To reach this goal, coordination is necessary between agencies, and organizations to ensure proper resource management at all levels.

There is the need to increase the health response capacity of institutions, and the authorities involved in the health care service delivery for refugees, as well in case of mass casualty incident. Standard operating procedures must be in place and practiced from prehospital point of injury through rehabilitation. National capacities must be continuously strengthened and main stakeholders in health need to be prepared for a mass casualty incident. Mass casualty incidents are often unpredictable and take multiple forms. Hospitals should work cooperatively with other parts of the emergency care system, including prehospital service providers and community partners, supporting a coordinated incident-related communication and response. The mass casualty incident planning, however, should also include the wider hospital level, as well as pre-hospital and community plans.

After the onset of the war refugee's crisis a rapid assessment of the health care system in Republic of Moldova allowed to outline the following statements.

Problem statement:

- Massive influx of refugees, putting at risk of overload or even collapse the health care facilities at or nearby border crossing points
- Health system still in transition with ongoing process of major reforms
- Lack of trained healthcare providing personnel
- Lack of standardization of care
- Lack of funding
- Outdated health emergency preparedness policies, fragmented emergency preparedness at the hospital level

Since above mentioned problems statements were formulated, we moved on with designing the next steps and accepted the listed methodology. Field teams for rapid assessment of border crossing points, primary medical care network and hospitals enroute of potential refugee fluxes and evacuation pathways in case of mass casualty incidents were organized. The field teams included WHO officers, ministry of health employees and medical university staff who are part of national ATLS (advanced trauma life support) faculty. A total of 22 regional hospitals and referral tertiary level hospitals, as well as border crossing points in the southern and northern part of the country were assessed during several field missions.

Methodology of the intervention:

- Focus group interviews with the key stakeholders (Ministry of Health, hospital leadership, customs, border police, central dispatch center, healthcare education providers etc.)
- Desktop review of the national emergency preparedness and response plans, health care sector response plans, national clinical protocols for trauma management, strategic risk assessment results, emergency care system assessment, hospital level care system evaluation and other relevant national legislation

Oral Presentation

- Field visits with deployment of the standardized assessment tools and checklists (World Health Organization (WHO) hospital emergency department equipment checklist, WHO emergency department medicines checklists, WHO Hospital emergency response checklist4,5)
- WHO guidance on conduction and developing simulation exercises
- WHO guidance on Emergency Operations Planning
- Data pooling and analysis, development of the draft recommendations
- Focus group discussion on the validation of the recommendations
- Intervention design
- Intervention evaluation and lessons learned

After all the reviewing, assessments and field missions were completed a summary of situation assessment at national, system level and local, hospital level was made, including identified gaps: even though there exist a National all-hazards preparedness plan developed and endorsed by Ministry of Health in 2020, any Health Sector contingency plans for mass casualty event have not been identified at the national level. The national all-hazards emergency preparedness plan describes the principles for multiagency coordination in the country and describes the mechanisms for early warning and response to public health emergencies. However, the all-hazards preparedness plan requires operational tools for particular emergency situations, for example, natural disasters (wildfires, floods), human-made disasters (armed conflict, chemical, biological, radiological, nuclear and explosive (CBRN) event, hazardous materials (HAZMAT) event), or major accidents. As well, the plan is not referring to the situations with a high influx of refugees and mass casualty incidents with trauma refugee patients. Health Sector coordination for mass casualty management is occurring on ad-hoc basis, without predefined written operational procedures. Additionally, there is no national guidance on mass casualty management for the hospital level available. Hence, mass casualty incidents preparedness differs in all visited hospitals and mostly based on the past experiences of the armed conflict in 1992. In terms of trauma survival chain implementation (including community first aid program, pre-hospital emergency care) some weak spots were identified: no unified curriculum for first aid or emergency care provider training exist, trainings are conducted by different education providers and no national register of trained first aid providers exist. On the other hand, there exist national clinical standards with elements of Basic Life Support and pre-hospital life support, standardized curriculum for EMS doctors, national dispatch system etc. At both pre-hospital and hospital levels one the main issue is the lack of human resources. Little number of staff were trained in basic emergency care or advanced trauma life support. Some intensive care unit personnel is trained in Basic Life Support. Only several emergency department doctors trained in ATLS, all in the tertiary level trauma center.

A plan of actions was designed and started to be implemented as described in the list below.

Intervention (description of the activities):

National level:

- Focus group discussion and development of the draft national intersectoral Emergency Operations Plan (EOP) for MCM events
- Development of the relevant SOPS, evacuation pathways, call-trees to complete the EOP
- Intersectoral simulation exercise to test the newly developed EOP
- Review and Update of EOP based on the results of the simulation exercise
- Preparation of the plan for its endorsement by the MOH

Oral Presentation

Healthcare facility level:

- Training of hospital managers in mass casualty management systems with simulation exercises in the workshop on Mass Casualty Management, Basic Emergency Care, Basic Life Support, elements of Advanced Trauma Life Support for hospital managers and health care personnel for selected hospitals from North, Center, South and Southeast parts of the country
- Support to the hospitals in development and update of the hospital emergency response plans
- Design of contingency stocks and delivery of emergency preparedness supplies to the hospital (trauma kits and related consumables)

In this context, WHO aiming to Support Ministry of Health in building the capacity of hospital managers and health care personnel in selected first level and referral hospitals to ensure preparedness to manage cases of mass influx of casualties (training on Mass Casualty Management, Basic Emergency Care, Basic Life Support, elements of Advanced Trauma Life Support, etc.) organized two 3-day trainings on MCM for responding to health emergencies in March and April 2022 for main stakeholders in health and hospitals from the northern, central, south and southeast part of the country that are near the points of entry from Ukraine. Participants' list included medical directors or deputy directors, heads of emergency departments, ICU, surgical and trauma units. The overall aim of this training was to provide an opportunity for Ministry of Health staff and other country key health partners to engage collectively and further strengthen the skills and knowledge necessary to coordinate surge requirements during major mass casualty scenarios, from the prehospital point of injury through rehabilitation. To improve the knowledges from mass casualty management training to prevent and respond to health emergencies, the simulation exercise was included as a part of the agenda and have had a high impact on attenders, and was very important to increase skills and operations in a real critical situation. The training was held in high performance simulation centre from State University of Medicine and Pharmacy "Nicolae Testemițanu". The simulation centre is equipped with all necessary for a full medical simulation situation. The topics included in the agenda covered the following: key concepts of emergency care systems, overview of mass casualty plans, both pre-hospital and hospital triage and mass casualty management scenarios with simulation exercises triage scenarios in case of CBRN events, emergency medical teams (EMT) concept, ABCDE approach to acutely injured with simulation-based workstations, principles of explosive and ballistic injuries clinical management as well as damage control resuscitation and surgery principles.

Conclusions, lessons learned:

- Political commitment required to further strengthen and operationalize the national health sector emergency response mechanism, especially for mass casualty events
- Further investment required to sustain the national coordination mechanism
- Regular training of the incoming personnel and refreshers for the current emergency response personnel at the national level
- Further integration of emergency medical teams (EMT) in the emergency response architecture is required
- Development of the standardized and endorsed by ministry of health training course on hospital MCM planning
- Further training on emergency and critical care, clinical component are urgently needed for the ED and hospital personnel
- Further investment in supplies to ensure contingency stocks readiness for MCM at the hospital level, funding needed to rotate the WHO provided supplies
- Further integration of the community responders in the emergency response system (e.g. through Red Cross etc.) + supplies for community responders

Oral Presentation

References

1. Ahmad S. Mass Casualty Incident Management. *Mo Med*. 2018 Sep-Oct;115(5):451-455. PMID: 30385995; PMCID: PMC6205284.
2. Javanbakht A. Addressing war trauma in Ukrainian refugees before it is too late. *Eur J Psychotraumatol*. 2022 Aug 5;13(2):2104009. doi: 10.1080/20008066.2022.2104009. PMID: 35959204; PMCID: PMC9359191.
3. Retrieved from <https://www.unicef.org.uk/press-releases/more-than-half-of-ukraines-children-displaced-after-one-month-of-war-unicef/#:~:text=Ongoing%20violence%20across%20the%20country,that%20could%20last%20for%20ge...>
4. <https://www.who.int/publications/i/item/hospital-emergency-response-checklist>
5. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/emergencies-trauma-care/who-tools-for-strengthening-emergency-care-systems--feb-2020.pdf?sfvrsn=56f2ccf3_2 Acknowledgements to WHO officers: Stela Gheorghita, Iuliana Garam, Pryanka Relan, Vitalii Stetsyk, Alexandru Volo

Keywords: war, refugees crisis, health system, preparedness

Oral Presentation

S44

THE CONCEPTUAL MODEL FOR OPTIMIZING THE MONITORING OF THE HEALTH STATUS OF YOUNG ATHLETES

Serghei CEBANU¹, Artiom JUCOV¹, Tatiana TIMERCAN¹, Victoria FEDERIUC¹, Vladislav RUBANOVICI¹, Gheorghe ȘTEFANET²

¹Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy, Moldova

²Atletmed National Centre for Sports Medicine, Moldova

Introduction: The gradual increase in physical, psychological and emotional stress, tough sporting competition, the sport's ever-growing popularity associated with an increased risk of injury have turned modern sport into a daily necessity of human activity. This is actually occurring due to certain conditions in which each generation of athletes has a lower level of health, followed by a growing number of risk factors that might materialize any time and develop into a clinical manifestation or pathological condition. Sport encounters new dangers and challenges across the European society, such as trade pressure, exploitation of junior athletes, doping, racism, violence, corruption and money laundering.

Aim: To develop a hygienic model to optimize the monitoring of the health status of athletes, as well as justify the preventive measures to reduce risks, as well as improve and strengthen the young athletes' wellbeing.

Material and methods: In order to achieve the proposed objective, an interdisciplinary study was carried out that involves the combination of research in the field of hygiene, occupational health and sports medicine. Complex hygienic, physiological, sociological, statistical investigations were carried out to assess the occupational and habitual conditions, the lifestyle, the diet, the functional state and the status of health of the junior athletes who practice ball games.

Results: The preventive measures developed in our studies focused on providing the most favourable conditions for training athletes within indoor sports facilities and maintaining the proper regimen for their lives and activities. This includes administrative, legislative, technical and sanitary measures. Public Health Service and the Sports Medicine Service play an important role in assessing sports diseases and injuries to highlight the adverse factors that might cause the occurrence of diseases and to carry out preventive measures in accordance with current regulations.

Based on the reported data, we found that sports facilities include a series of risk factors that can cause adverse changes in the functional state of the body and develop health disorders in athletes. To ensure satisfactory conditions for training athletes, hygienic requirements have been developed for the systematization and operation of physical culture and sports facilities.

The research conducted according to the principle of "complex of factors - complex of health indicators" is considered to be an extensive one, but not always appropriate for scientific purposes of occupational health. The current study developed a research algorithm, the first objective being the assessment of the health status of athletes as related to environmental factors and behaviour, which should include principles of public health.

The main activity of primary prophylaxis in athletes will be carried out by specialists in sports medicine and is focused on highlighting and prioritizing groups of specific causal factors: specific particularities of the practiced sport; unfavorable occupational environmental conditions; factors related to the training organization; unsatisfactory medical assistance; irregular behavior of athletes during training and competitions.

Conclusion: The developed hygienic model includes the activity particularities of specialists related to sports medicine and public health surveillance in order to prevent premorbid and morbid conditions among athletes. This model will allow to highlight the environmental and behavioral risk factors that affect the health of athletes and promote health awareness activities.

Keywords: athletes, health status, hygienic model, risk factors

Oral Presentation

S45

**THE THERAPEUTIC USE EXEMPTION AS A TOOL FOR PREVENTION OF
DOPING PHENOMENON**

Tatiana TIMERCAN¹, Artiom JUCOV¹, Serghei CEBANU¹, Victoria FEDERIUC¹, Elena ARHIP², Gheorghe ŞTEFANET³

¹*Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy, Moldova*

²*National Anti-Doping Agency, Moldova*

³*Atletmed National Centre for Sports Medicine, Moldova*

Introduction: Aiming at the artificial improvement of sports performance, doping opposes one of the essential principles of competitive sport, that of encouraging a fair and equitable competition, at the end of which the best wins. The use by athletes of different substances and methods for artificial improvement of their performance represents a flagrant violation of the rules of sports ethics and Olympic principles. In order to avoid the abusive administration of such medicines and to encourage the true play, WADA created and updated annually the list identifying the prohibited substances and prohibited methods (The Prohibited List) as a mandatory International Standard and part of the World Anti-Doping Program. Because a lot of medicines contain substances included in the World Anti-Doping Code Prohibited List, an athlete who needs to use a prohibited substance or prohibited method for therapeutic reasons must apply for and obtain a Therapeutic Use Exemption (TUE).

Objective: To analyze the bioethical-medical aspects of Therapeutic Use Exemption in the prevention and eradication of the doping phenomenon.

Material and methods: By applying, the mixed research methods within the bilateral project, "Capacity building of Anti-doping Research and Collaboration through Initiatives in medical Education (CAROLINE)" will be studied the spread of doping practices among athletes in order to elaborate and implement the doping prevention procedures through the anti-doping education.

Results: Therapeutic Use Exemption allows the athlete to use a Prohibited Substance for therapeutic reasons in order to restore health. It is granted if each of the following conditions is met: a) prohibited substance or method is needed to treat a diagnosed (acute or chronic) medical condition; b) the therapeutic use of the prohibited substance will not enhance the sports performance, but will only ensure the return to the initial state of health; c) there is no reasonable therapeutic alternative. TUE is required for all treatments involving the use of a prohibited substance or method on the Prohibited List. It enables the athlete to take the necessary medication while competing in sport events, without resulting in a doping offence. Athletes using the prohibited substance or prohibited method prior to receiving notification of TUE authorization do so at their own risk. This constitutes an anti-doping rule violation in the event of denial of the TUE by the Therapeutic Use Exemptions Committee (TUEC).

Conclusion: Establishing the right relationship between health and sport is crucial for awareness of clean sport. The TUEC decisions are administrative in nature authenticating the use of substances and/or methods prohibited in sport and do not represent, in any way, a medical prescription or a ban. The reasoned granting of TUE will combat and prevent the phenomenon of doping among athletes.

Keywords: doping phenomenon, therapeutic use exception, prohibited substance

Oral Presentation

S46

FACTORS RELATED TO INJURIES AND PROFESSIONAL DISEASES IN SMALL- AND MEDIUM-SIZED ENTERPRISES

Raisa DELEU¹, Elena BUCATA², Svetlana GHERCIU-TUTUESCU², Inga MIRON²,
Dumitru CHEPTEA¹, Vladimir BERNIC², Iurie PINZARU², Serghei CEBANU¹

¹Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy, Moldova

²National Agency for Public Health, Moldova

Introduction and Objective: According to official statistics, small and medium-sized enterprises have a strong presence in the worldwide economy and in public health. The development of the small and medium business sector was emphasized throughout the Republic of Moldova's transition from a planned to a market economy. At the same time, it should be noted that the European Observatory of Occupational Risks considered this type of enterprise a new emerging risk. Therefore, the interest in occupational health and safety for SMEs has grown considerably over the past ten years. In this context, the goal was to identify risk factors for occupational illnesses and work-related accidents in SMEs.

Materials and Methods: A descriptive-retrospective study was conducted using secondary data from databases with open access and the state surveillance of the public health of the SMEs from 2003 to 2021 (Record of health assist of the objective, f-310/e).

The study was carried out with the support of the bilateral research and innovation project 22.80013.8007.1TR "Collaborative research and capacity building in occupational health and safety", project coordinator: Pînzaru Iurie, contracting authority: National Agency for Research and Development.

Findings: Small and medium-sized enterprises are expanding gradually in the Republic of Moldova, with an average annual rate of 7,8%. By the end of 2021, there were 2,6% - large enterprises, 3,0% - medium-sized enterprises, 18,8% - small enterprises and 75,6% - micro-enterprises among the total number of economic agents registered in the Republic of Moldova. Approximately 292 thousand people are employed by SMEs, accounting for 56.2% of all workers. During the observation period, the average number of occupational accidents reported in the Republic of Moldova each year was 544±86,6 cases, with 36±5,5 fatalities. With an average annual rate of - 17,8% and - 15,1%, respectively, the observed variable exhibits a declination trend. The incidence rate is 0,89± 0,11 cases per 1000 workers on average. Higher rates vary by industry, with fish farming (6,840//00), the extractive industry (3,030//00), electricity and thermal energy, gas and water (2,190//00), public administration (1,870//00), industry (1,700//00), manufacturing (1,580//00) and construction (1,430//00) being good examples. An accident at work results in an average absence from work of 32,12 days per injured worker, ranging from 16 days (insurance and financial activities) to 52 days (extractive industry). SMEs were the location of 72,6±2,36% of workplace accidents. SMEs, especially micro-enterprises, have less secure health and safety conditions at work than big enterprises.

The business is dependent on family and friends in 76% of cases, and in 84% of cases, the owners lack professional training in their line of work. Only 32% of companies hire occupational health and safety specialists from outside sources on the basis of individual employment contracts, and nearly 75% of companies have no occupational health and safety specialists.

According to state health inspection results, the overall danger to public health within micro-enterprises is around six times higher than in medium-sized enterprises and about 10 times compared to large ones.

Conclusion: The establishment and adherence to occupational health and safety standards shouldn't be hindered by the enterprise's size. Workers in these types of enterprises must benefit from the provisions of legal and regulatory requirements, including risk assessment, risk communication, and medical surveillance in relation to risk factors.

Keywords: antecedent factors; injury; medium-sized enterprises; occupational health and safety; small-sized enterprises

Oral Presentation

S47

STORIES OF TWO REFUGEE GROUPS IN AND OUT OF NEPAL

Pratik CHHETRI

Authentic Leadership Institute Nepal ALIN, Nepal

Nepal is a low income nation with its own struggles and challenges. Yet, it has been an important conduit for refugees from various nearby nations to seek refuge. Refugees from Bhutan and Tibet have had significant presence; however, persecuted people from Myanmar, Pakistan, Afghanistan, and as far as several African nations live here. In this paper, the stories of two groups are described: one that has largely resettled to third countries-- the Bhutanese refugees; and another that are still struggling for their identity, for dignity and for basic needs in Nepal-- the Rohingya refugees.

Bhutanese refugees started moving out of Nepal more than a decade ago, and have largely moved to the United States, among other countries. But to this day, they still struggle with mental health issue, as their suicide rate within the community is one of the highest in the US. The 2012 data from the Center for Diseases Control (US CDC) suggests the suicide rate among the Bhutanese is the highest, if they are considered a separate demographic. But because they are lumped into the generic 'Asian' race, the dire situation gets lost, lacking necessary support.

Whereas, the Rohingyas started moving to Nepal as the Bhutanese were moving out of Nepal. Their health conditions are dire as they struggle fulfilling the basic needs to feed their families. The Nepal government has not recognized them as 'refugees' and the UNHCR resources are nearly not enough to support their day-to-day needs. As a result, the community suffers endlessly, and even non-profits are not allowed to help them freely.

The struggles of these two communities are more similar than different. And, our experience working with both the communities can potentially teach the global community what to do and what not to do dealing with refugee communities, in the countries they seek refuge, and the countries they are eventually resettled in.

Keywords: refugee health, migration, displaced population, Bhutanese, Rohingya

Oral Presentation

S48

**OCCUPATIONAL HEALTH SERVICES RESTRUCTURING AND DEVELOPMENT IN THE
REPUBLIC OF MOLDOVA: PROTOCOL OF A MODIFIED DELPHI STUDY**

**Elena BUCATA¹, Inga MIRON¹, Svetlana GHERCIU-TUTUESCU¹, Dumitru CHEPTEA², Kristina STINCA¹, Raisa DELEU¹,
Vladimir BERNIC¹, Elena CIOBANU², Serghei CEBANU², Iurie PINZARU¹, Sibel KIRAN³**

¹National Agency for Public Health, Moldova

²Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy, Moldova

³Hacettepe University, Turkey

Introduction and objectives: During the 30 years that the Republic of Moldova has been independent, the majority of the substantial enterprises that existed during the Soviet era have been shut down, transformed, or privatized. 97.4% of the 52.2 thousand registered small and medium-sized businesses were created, with about 75% of them being micro and small industrial enterprises. Numerous state-wide public health monitoring system modifications, especially those affecting occupational health, have led to field segmentation and loss of attributions. The absence of a qualitative surveillance of employees' health is further hampered by the absence of an interconnected system of service delivery in the area of occupational health, particularly for those employed by small and medium-sized businesses. The health of the workforce is left vulnerable as a result of this and the limitations of the current legal framework.

The study aims to evaluate the current system and search for opinions, ideas, and potential suitable solutions in order to reach a consensus regarding the types, forms of provision, and providers of occupational health services in the Republic of Moldova.

Materials and methods: A modified Delphi will be used in order to achieve the proposed objective by organizing a semi-qualitative three-phase survey, including meetings with the participation of the tripartite structure, academic environment, and specialists from the structures involved in the field of occupational safety and health. The appropriate instruments and qualitative sampling strategies will be used at various points in order to address the topic as complexly as possible. The protocol was carried out with the support of the bilateral research and innovation project 22.80013.8007.1TR "Collaborative research and capacity building in occupational health and safety", project coordinator: Pinzaru Iurie, contracting authority: National Agency for Research and Development. This protocol is the first stage of Moldavian part of the project in partnership with TUBİTAK, project (CORECAP-OHS: 121N796), coordinator Sibel Kiran.

Findings: The core group of researchers received protocol training, and a set of modified Delphi questionnaires has been prepared according to the aim. The first phases of the questionnaire were prepared using a qualitative analysis structure derived from conversations with focus groups and recent data in order to identify the crucial topics. Additionally, we'll look at the difficulties of implementing the Delphi study online and evaluate stakeholders' differing perspectives on the outcomes. Moreover, we'll look at the challenges of implementing the Delphi study online and evaluate stakeholders' differing perspectives on the outcomes. The intended roundtable and workshops will offer a chance to foster an environment open for communication, during which the area, topics, and questions for the next stage will be established. This will establish which of the existing components may be used to develop comprehensive services and which ones need to be improved and reorganized in accordance with efficient foreign models, as well as Turkish proven success-models.

Conclusion: This study will facilitate the effective and successful implementation process of the International Labor Organization Convention No. 161 regarding occupational health services by considering the needs and inclusiveness approach of all stakeholders.

Keywords: occupational health services, modified Delphi study, occupational hygiene, occupational medicine

Oral Presentation

S49

MEDICAL SURVEILLANCE OF EMPLOYEES IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA

Elena BUCATA¹, Svetlana GHERCIU -TUTUESCU¹, Raisa DELEU¹, Iurie PINZARU¹, Inga MIRON¹, Kristina STINCA¹,
Dumitru CHEPTEA², Vladimir BERNIC¹, Elena CIOBANU², Serghei CEBANU²

¹National Agency for Public Health, Chisinau, Moldova

²Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy, Chisinau, Moldova

Introduction and Objective: The topic of workplace health is one of the key elements of social policy. An essential requirement in ensuring any nation's sustainable development is its workforce's health. The effectiveness of safety and health services at work, together with other factors, determines the health of the workforce. This subject should be on the agenda of all actors involved in occupational safety and health. A national occupational health policy that ensures the protection of employees' health contributes to the development of strong occupational health services. The goal was to study and assess how persons exposed to occupational risk factors were covered by medical examinations.

Materials and Methods: A descriptive-retrospective analysis of the health status of workers exposed to occupational risk factors was conducted using secondary data from databases with open access and The statistical report on the state surveillance and control of public health (f. 18-san). The study was carried out with the support of the bilateral research and innovation project 22.80013.8007.1TR "Collaborative research and capacity building in occupational health and safety" project coordinator: Pînzaru Iurie, contracting authority: National Agency for Research and Development.

Findings: The number of people in the labor force has declined by 30.0% during the past 20 years, but the proportion of workers who are exposed to occupational risk factors and are eligible for medical exams has decreased by 20.5%. The level of coverage with medical examinations varies between 84.8% and 95.4%. In the last 5 years, between 78.4% and 94.4% of the workers in the field of agriculture, and 81.2% to 95.1% of industry workers had been subjected to medical screening. The annual average number of persons examined is 71220±852. Every year, 2.8–3.7% of employees are found to have a chronic illness during health monitoring, and 0.5%–0.7% of workers need a permanent or temporary transfer to another position. At the same time, the number of cases of occupational diseases in the Republic of Moldova continues to decrease (2021-0 cases, 2020-2, 2019-1, 2018-3). It is uncommon for suspicions of occupational disease to be established during the active medical monitoring procedure, and these suspicions are not validated. The unique cases of occupational diseases registered in recent years were suspected during primary medicine consultations. This phenomenon denotes the existence of an extreme problem in this chapter.

Conclusion: In order to improve the quality of medical surveillance, including periodic medical screening and the identification of occupational illnesses, it is vital to incorporate best practices from abroad into national policies with adaptation to the national context. In the Republic of Moldova, the development of the occupational health service is of essential importance.

Keywords: occupational health, medical surveillance, occupational risk factors, occupational hygiene

Özet Sözlü Bildiri

S50

BİR TIP FAKÜLTESİ İNTÖRN HEKİMLERİNİN DİJİTAL BAĞIMLILIK VE ŞİDDETE EĞİLİM DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sehbal YEŞİLBAŞ, Emine TİRİÇ, Metin PIÇAKÇIEFE, Bahadır DEDE, Merve SAVAŞ AKSAKAL

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Halk Sağlığı AD, Türkiye

Giriş ve Amaç: Günümüzde teknoloji alanında yaşanan gelişmelerle birlikte dijital bağımlılığın giderek yaygınlaştığı, bu durumun bireyin sağlığı üzerinde olumsuz sonuçlar doğurduğu bilinmektedir. Bu çalışmada intörn hekimlerin dijital bağımlılık ve şiddete eğilim düzeylerinin belirlenmesi, aralarındaki ilişkinin saptanması amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel ve analitik tipteki araştırmanın evrenini 2022-23 eğitim öğretim döneminde fakültemizde eğitim alan 99 intörn hekim oluşturmaktadır. Örneklem seçilmemiş, intörn hekimlerin tamamı çalışmaya katılmıştır. Veri, araştırmacılar tarafından literatür taranarak geliştirilen sosyodemografik özellikler, dijital cihaz kullanımı ile ilgili özellikler, Dijital Bağımlılık Ölçeği (DBÖ) ve Şiddet Eğilim Ölçeğini (ŞEÖ) içeren anket ile 15-31 Ağustos 2022 tarihleri arasında, kendi kendine doldurma yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Bağımsız değişkenler; yaş, cinsiyet, ailenin gelir durumu, kullanılan dijital cihazlar, dijital cihazları kullanma amacı, günlük dijital cihaz kullanım ve sosyal paylaşım ağlarında geçirdiği süredir. Bağımlı değişkenler; dijital bağımlılık ve şiddete eğilim düzeyleridir. DBÖ: Arslan ve arkadaşları tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan, 29 soru ve üç alt boyuttan oluşan (Oyun, Sosyal Medya, Günlük Hayata Etkisi) ölçektir. Ölçek soruları beşli likert türünde, 1-5 arasında puanlandırılmıştır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 29-145 arasında olup, puanın artması dijital bağımlılık düzeylerinin arttığını göstermektedir. ŞEÖ: Göka ve arkadaşları tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan, 20 sorudan oluşan ölçektir. Ölçek soruları dördümlü likert türünde, 1-4 arasında puanlandırılmıştır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 20-80 arasında olup, puanın artması şiddet eğilim düzeylerinin arttığını göstermektedir. Verilerin analizinde SPSS 22.0 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, ortalama, standart sapma olarak verilmiştir. Normal dağılıma uygunluk Shapiro-Wilk testi, sayısal değişkenler için grup sayısına göre t testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA), değişkenler arası ilişkiler için korelasyon katsayısı ve istatistiksel anlamlılıklar Pearson testi ile değerlendirilmiştir. Anlamlılık sınırı $p < 0,05$ kabul edilmiştir. Etik onay ve kurumsal izin alınmıştır. Çıkar çatışması ve finansal destek yoktur.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması $24,05 \pm 1,43$, %56,6'sı erkek, %46,5'inin geliri giderine eşittir. İntörnlerin %100'ü cep telefonu, %94,9'u bilgisayar, %40,4'ü tablet, %39,4'ü televizyon, %21,2'si elektronik saat, %1,0'ı kindle kullanmaktadır. Dijital cihazları kullanım amaçları; %98,0 whatsapp ile iletişim sağlamak, %90,9 video ve dizi izlemek, %83,8 ödev yapmak ve ders çalışmak, %83,8 müzik indirmek ve dinlemek, %75,8 araştırma yapmak, %74,7 elektronik posta almak ve göndermek, %62,6 sosyal ağları kullanmak, %41,4 oyun oynamak ve %1,0 kitap okumaktır. Günlük dijital cihaz kullanım süresi $5,70 \pm 2,68$ saat, sosyal paylaşım ağlarında vakit geçirme süresi ise $2,74 \pm 1,69$ saattir. Katılımcıların DBÖ toplam puanı $75,75 \pm 16,40$, DBÖ oyun boyutu puanı $22,00 \pm 9,59$, DBÖ sosyal medya boyutu puanı $39,63 \pm 8,57$, DBÖ günlük hayata etki boyutu puanı $14,12 \pm 5,88$, ŞEÖ toplam puanı $36,41 \pm 9,64$ 'tür. Katılımcıların DBÖ toplam puanı ve ŞEÖ toplam puanı arasında ($r=0,345$, $p=0,000$), DBÖ oyun boyutu puanı ve ŞEÖ toplam puanı arasında ($r=0,443$, $p=0,000$), DBÖ günlük hayata etki boyutu puanı ve ŞEÖ toplam puanı arasında ($r=0,257$, $p=0,010$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Katılımcıların DBÖ toplam puanı; dijital cihazları oyun amaçlı kullananlarda kullanmayanlara göre, sosyal medya amaçlı kullananlarda kullanmayanlara göre, ŞEÖ toplam puanı ise; erkeklerde kadınlara göre, geliri giderinden az ve fazla olanlarda eşit olanlara göre, dijital cihazları oyun amaçlı kullananlarda kullanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır ($p < 0,05$).

Özet Sözlü Bildiri

Sonuç: İntörnlerin dijital bağımlılık düzeyleri ile şiddet eğilimleri arasında düşük düzeyde, oyun boyutu ve şiddet eğilimi arasında ise orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Dijital cihazların sağlıklı kullanımıyla ilgili bilinçlendirici eğitimlerin yaygınlaştırılması, gençlerin sanal yaşamdan uzaklaşıp gerçek sosyal ilişkiler kurabilmesine yönelik aktivitelerin artırılması, şiddet içerikli oyunlara erişimin kısıtlanması önerilebilir. Çalışmamızın metodolojisi gereği dijital bağımlılık ve şiddet düzeyi arasında ki neden sonuç ilişkisinin yönü hakkında yorum yapamamız çalışmamızın sınırlılığıdır.

Anahtar Kelimeler: Dijital Bağımlılık, Şiddet Eğilimi, İntörn Hekimler, Tıp Fakültesi

S51

KOLOREKTAL KANSERLİ HASTALARDA ONKOLOJİ HEMŞİRELERİ TARAFINDAN TELE-NAVİGASYON İLE HASTA İZLEMİ

Elif DÖNMEZ¹, Zeynep DÜLGER¹, Türkan ÖZDAŞ¹, Bülent KILIÇ²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Hemşirelik Fakültesi Onkoloji Hemşireliği ABD, Türkiye

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD, Türkiye

Giriş ve Amaç:

Kanser dünyada ve ülkemizde mortalite ve morbiditesinin yüksek olması nedeni ile önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünya genelinde birinci ya da ikinci sırada ölüm nedeni olarak bildirilen kansere 2020 yılında 19.2 milyon kişinin yakalandığı ve 9.9 milyon kişinin kanserden hayatını kaybettiği bilinmektedir.¹ Kanser türleri içinde yer alan kolorektal kanser sık görülen ve ölüme neden kanserler içinde ilk üç sırada gelmektedir.¹

Kanser hastaları tanı aldıkları andan itibaren, hastalıkları, tedavi kararları veya alternatif seçenekleri ve yan etkileri ile ilgili karmaşık bilgilerle karşı karşıya kalırlar.² Hastalar ve hasta yakınları bu nedenle kanserle baş etmede güvenilir bilgi kaynaklarına ihtiyaç duyarlar. Fakat hastaların her zaman hekimlerine ve hemşirelerine ulaşmaları güçtür.² Günümüzde kanser hastalarının güvenilir bilgiye ulaşabilmesinde ve semptomlarını etkili şekilde yönetmelerinde tele sağlık hizmetleri kullanılmaya başlanmıştır. Tele-sağlık, 1997 yılında Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından sağlık hizmetlerinin bilgi ve iletişim teknolojileri ile uzaktan sunulması olarak tanımlanmıştır. Onkolojide tele-sağlık hizmetlerinin kullanılması yeni olmamakla beraber özellikle COVID-19 pandemisiyle beraber kullanımı artmıştır.³ Kanserli hastalarda tele sağlık hizmetleri; semptom yönetimi, palyatif bakım, kemoterapi danışmanlığı, ve psikolojik destek sağlamak için etkin bir şekilde kullanılmaktadır.^{3,4} Onkolojide kullanılan tele sağlık hizmetleri maliyetten ve zamandan tasarruf sağlayan, erken teşhis ve bakıma erişimi kolaylaştıran, bireyselleştirilmiş eğitim ile kanser bakımını iyileştiren uygulamaları içermektedir.⁵ Ayrıca hastalar fiziksel, ekonomik ve psiko-sosyal güçlüklerle/engellerle mücadelede tele-sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadırlar.⁴

Kanser hastalarının tanı öncesinden yaşam sonu döneme kadarki süreçte karşılaştıkları bireysel ve sağlık sistemine bağlı engellerin giderilmesinde son dönemlerde navigasyon hizmetleri kullanılmaktadır. Navigasyonun amacı, finansal, psikolojik, lojistik, iletişim veya sağlık hizmeti sunum sistemi ile ilgili olabilecek kanser bakımına zamanında erişimin önündeki engelleri ortadan kaldırarak kanser morbiditesini ve mortalitesini azaltmaktır.⁶ Navigasyon hizmetlerinin tele sağlık ile yürütülmesi daha yeni bir kavram olarak tele-navigasyon (TN) şeklinde adlandırılmaktadır. TN ile bakımın koordine edilmesi, genetik danışmanlık, palyatif ve yaşam sonu bakım, finansal konularda destek, psikososyal, hasta oryantasyonu ve eğitimi, sağ kalım sürecinde sunulmaktadır.⁴ TN kanser hastalarında tanı, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinde bakımın önündeki engellerin giderilmesinde kullanılan navigasyon hizmetlerinin uzaktan sağlanmasıdır. Hastaların hastaneye ulaşımının sağlanması için transfer hizmetinin ayarlanması, hasta taburcu olduğunda evde gelişebilecek semptomların yönetimi ile ilgili uzaktan danışmanlık sağlanması, doktor randevularının sistem üzerinden yapılması gibi pek çok uygulamayı içerir. Bunlarla birlikte beslenme danışmanlığı ve psikolojik danışmanlık gibi uzaktan sürdürülebilir uygulamaları da kapsar. Henüz yeni olan TN uygulaması Türkiye’de uygulanan yaygın bir yöntem değildir. Bu nedenle özellikle kanser hastalarında TN hizmetlerinin uygulanması ve etkilerinin incelenmesi önem taşımaktadır.

Bu çalışmanın amacı kolorektal kanser hastalarına onkoloji hemşirelerince uygulanan tele-navigasyon uygulamasına ilişkin, hastaların duygu ve düşünceleri ile anahtar kişilerin görüşlerini incelemektir.

Tam Metin Sözlü Bildiri

Gereç ve Yöntem

Veri Toplama Yöntemi ve Örneklem Seçimi

Nitel araştırma tasarımındaki bu çalışma Mart-Ekim 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Örneğe alınan hastalar Temmuz 2021-Şubat 2022 tarihleri arasında yürütülen bir başka çalışmada TN programı uygulanan kolorektal kanserli hastalar arasından seçilmiştir. Hastaların araştırmaya alınmasında dahil edilme kriterleri; 18 yaş ve üzeri olmak, bilişsel durumu yeterli olmak, kolorektal kanser hastası olmak, kemoterapi tedavisi için ayaktan kemoterapi ünitesine başvurmak, kendisi veya yakını aracılığıyla WhatsApp kullanabilmek ve çalışmaya katılmaya gönüllü olmak olarak belirlenmiştir. Araştırma örneğine seçilen grup İstanbul ilinde bir eğitim araştırma hastanesinin Onkoloji Kliniği'nde tedavi gören hastalar arasından seçilmiştir. Bu hastalara daha önce bir başka çalışma kapsamında çevrimiçi (whatsapp) platformdan TN (bireyselleştirilmiş kolorektal kanser eğitimi ve psiko-onkolojik danışmanlık uygulanmış, hemşire destek hattı numarası verilmiş, soruları için danışmanlık) uygulanmıştır. TN hastalar kemoterapi tedavisi aldıktan sonra bir kez, ikinci dozu aldıktan sonra ise ikinci kez uygulanmıştır. Araştırmaya ilişkin form ve ölçekler COVID-19 pandemisi nedeniyle ortak temas noktalarını azaltmak ve riski önlemek adına Google Forms uygulaması üzerinden uygulandı. WhatsApp uygulaması üzerinden görüntülü olarak gerçekleştirilen TN girişimlerinin süresi bireyler arasında 45-60 dakika arasında değişkenlik gösterdi.

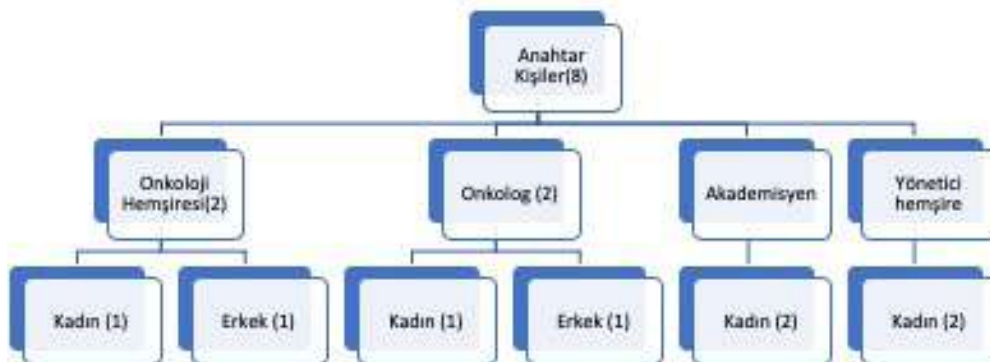
Örneğe seçilen 15 hastanın 12'si erkek, 3'ü kadındır. Görüşme yapılan hastaların kanser tipleri ve cinsiyete göre dağılımı Şekil-1'de verilmiştir.

Şekil 1. Örneğe Alınan Hastaların Özellikleri



Anahtar kişiler (8 kişi) cinsiyetlerine (kadın, erkek) ve çalıştıkları pozisyonlara göre (yönetici hemşire, klinik hemşire, uzman hekim, akademisyen) 4 gruba ayrılarak seçilmiştir (Şekil 2).

Şekil 2. Anahtar kişilere ilişkin örneklem özellikleri



Tam Metin Sözlü Bildiri

Anahtar kişilere araştırmanın yöntemi ve hastalara uygulanan TN içeriği ile ilgili olarak görüşmelerin başında kısa bir bilgi verilmiştir. Çalışmada örnek büyüklüğü hesaplanmamış, veriler doygunluğa ulaştığında çalışma sonlandırılmıştır. Bu çalışmada amaca yönelik örneklem (purposeful sampling) kullanılmıştır. Katılımcılar cinsiyetlerine (kadın, erkek), yaşlarına (65 yaş ve üzeri, 65 yaş altı) ve tanı türüne (kolon CA, metastatik kolon CA, rektum CA, metastatik rektum CA) göre gruplandırılarak seçilmiştir. Anahtar kişiler ise; onkoloji hemşiresi, onkolog, akademisyen hemşire ve yönetici hemşire olarak dört gruba ayrılarak seçilmiştir. Çalışmadan ayrılan veya çalışmayı yarıda bırakan katılımcı olmamıştır. Çalışma sürecinde 15 hasta ve 8 anahtar kişi ile görüşme yapılmıştır. 3 hastanın veri toplamaya uygun olmaması nedeni ile hastanın yakınları ile görüşülmüştür. Görüşmeler ilk yazar ED ve ikinci yazar ZD tarafından yapılmıştır. Araştırmada yer alan bir araştırmacı halk sağlığı hemşireliğinde PhD ünvanına sahip olup onkoloji hemşireliği alanında akademisyendir (kadın), bir araştırmacı tıp doktoru olup halk sağlığı alanında akademisyendir (erkek), iki araştırmacı onkoloji hemşiresi olup (kadın) birisi akademisyen, diğeri onkoloji hemşireliğinde PhD öğrencisidir. Araştırmacıardan ikisinin nitel araştırmalar konusunda deneyimi bulunmakta (3 yıl ve on yıl), diğeri iki araştırmacının nitel araştırmalarla ilgili sertifikası olmakla birlikte deneyimi bulunmamaktadır. Çalışma verilerini toplamak üzere araştırmacı tarafından TN hizmeti alan kolorektal kanser hastalarının deneyimlerini değerlendirmeye yönelik yarı yapılandırılmış bir görüşme formu hazırlanmış ve forma yönelik olarak önceden uzman görüşü alınmıştır. Toplamda beş bölümden oluşan formun birinci bölümünde katılımcıların tedavi süreçlerinde aldıkları TN hizmeti ile ilgili deneyimlerine, ikinci bölümünde aldıkları TN hizmetinin sağlık durumları üzerine etkilerine, diğeri bölümlerde ise TN uygulamalarının kullanılabilirliğine ilişkin görüşleri sorgulanmaktadır. Anahtar kişilerle yapılan görüşmelerde TN programının yararları, hastalar üzerinde etkileri, uygulanabilirliği, gerekliliği ve yaygınlaştırılması ile ilgili sorulara yer verilmiştir.

Çalışma Prosedürü

Bu çalışmada nitel araştırma yöntemlerinden biri olan yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılmıştır. Hastalar ile görüşmeler WhatsApp uygulaması üzerinden görüntülü, anahtar kişiler ile görüşmeler online olarak (zoom üzerinden) ve yüz-yüze gerçekleştirilmiş ve onamları alınarak kayıt edilmiştir. Veriler kodlandıktan sonra açık olmayan konular tekrar sorulmak amacıyla bazı hastalarla ilgili konularda kısa bir görüşme daha yapılmıştır. Hastalarla yapılan görüşmeler sonrası elde edilen veriler transkript edildikten sonra anahtar kişilerin görüşme sorularına sağlık sistemiyle ve önerilerle ilgili bazı eklemeler yapılmıştır. Hastalardan ve anahtar kişilerden toplanan verilerin transkriptleri WhatsApp yolu ile kişilere gönderilerek onayları alınmıştır.

Analizler

Veriler manuel olarak iki ayrı araştırmacı tarafından (ED, BK) kodlanmış ve tematik içerik analizi yöntemi kullanılarak analiz edilmiştir. Daha sonra birbirine benzediği ve ilişkisi olduğu tespit edilen kodlar belirli kavramlar ve temalar çerçevesinde bir araya getirilerek yorumlanmıştır.⁷ Temaları tamamladıktan sonra araştırma ekibiyle tartışmalar yapılarak ve anlaşmalara varılarak çalışma raporlandırılmıştır. Yazımda Nitel Araştırmaları Raporlamak için Birleştirilmiş Kriterler (Consolidated Criteria For Reporting Qualitative Research [COREQ]) kılavuzu kullanılmıştır.

Geçerlilik-Güvenilirlik

Bu çalışmada, araştırmanın geçerlilik kriterini sağlamak üzere görüşmeler sonrası elde edilen bulgular katılımcılara gönderilerek teyitleri alınmıştır. Ayrıca iç geçerliliği arttırmak için araştırma soruları ayrı bir uzmana gönderilerek değerlendirilmiştir. Güvenilirlik kriterini sağlamak üzere veri kaynakları çeşitlendirilmiş ve farklı kaynaklardan veri toplanmıştır. Aktarılabirlik kriterini sağlamak üzere çalışmada katılımcı özelliklerine, dahil edilme kriterlerine ve araştırma ortamına ilişkin ayrıntılı bilgilere yer verilmiştir. Son olarak onaylanabilirlik kriterini sağlamak üzere katılımcıların kendi ifadelerinden alıntılara (betimleme) çalışma bulgularında yer verilmiştir.

Etik Hususlar

Bu çalışma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (Belge Tarih ve Numarası: 15.11.2021/5657). Çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılardan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır. Katılımcılara bu çalışmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olduğu ve istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları söylenmiştir. Katılımcıların haklarını korumak için Helsinki ilkelerine uyulmuştur. Bu araştırmada finansal destek alınmamıştır ve yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Bulgular

Bu araştırma sonucunda yararlılık, psikolojik durum, bilgi kazanma, teknoloji kullanımı, sağlık sistemi ve öneriler olmak üzere ortaya çıkan altı tema belirlenmiştir.

Tema 1: Yararlılık

Bulgular sonucunda TN ile görüşmelerin yararlı olduğu tüm hastalarca ve anahtar kişilerce ifade edilmiştir.

Hasta 1: Şöyle söyleyeyim. yapmam ve yapmamam gerekenleri daha net algılamış oldum. Bunun dışında bilgi açısından, diğer konular açısından, hastalığım açısından da faydalı oldu.

Hasta 6: Şimdi siz bana bunları hep sordunuz bulantı olsun. O varmış bu varmış bunlar olmadı zaten.Kabızlık oldu bana çok. Bazen ishal oldu. Tabii ki yaradı. Yaramadı desem yalan olur şimdi.

Anahtar Kişi 1: Semptomlarla nasıl baş edebileceklerini bilemeyebiliyorlar. Aynı şekilde hasta yakınları da bu durumdan muzdarip kalıyorlar. Benim görüşümde bu anlamda tedavisini olumlu yönde etkileyici yönünde.

Tema 2: Psikolojik durum

Görüşmeler sonucunda TN uygulamasının psikolojik ve duygusal açıdan yararlı olduğu tüm hastalarca ve anahtar kişilerce belirtilmiştir.

Hasta 6: Sizden destek aldım sizden bayağı bir moral aldım. Benim şöyle bir takıntım oldu benim bir doktorum yok. Bana diyorlar ki bir sıkıntın olduğunda doktorunu ara doktorum yok diyorum. Her aradığımda ben senden moral aldım. Destek almış oldum .

Anahtar Kişi 5: Yani şöyle, kaygıları olabilir ya da yaşamla ilgili olumsuz düşünceleri olabilir. O sürece girerler kanser hastasıyım artık ben, hayatın sonundayım gibi düşüncelere girebilirler. Yani kendilerini aşağı çekme psikolojik olarak aşağı çekme moduna girebilirler. Bunları paylaştıkça bunları konuştuğunda ya da bunlarla ilgili deneyimlerini sağlık profesyonellerine anlattıkça onların girdikleri bu düşüncelerden bir tık daha; tabii kişiye göre değişebilir o ama olumlu yönde bir iki tık yükselteceğini, iyi bir düşünce açısı, düşünce penceresi açacağını düşünüyorum, psikolojik açıdan da.

Tema 3: Bilgi Kazanma

Görüşmeler sonucunda TN uygulamasının hastaların bilgilerini arttırmak açısından yararlı olduğu iki hasta hariç, tüm hastalarca ve anahtar kişilerce belirtilmiştir. Hastaların çoğu verilen bilgilerle semptomları daha iyi yönettiklerini belirtmiştir. Anahtar kişilerin hemen tamamı verilen bilgilerin güvenilir ve kalıcı bir bilgi sağladığını ve semptomları daha iyi yönetmeyi sağladığını ifade etmiştir.

Hasta 5: İlk duyduğum zaman şaşırmıştım hani ne gerek var demiştim. Ne olacak ne gereği var demiştim ama ilk görüşmeden sonra özellikle hastalığının yan etkilerini yaşayacakken, psikolojik anlamda benden daha çok ailen ve çevresindekilere bilgi aktarıırken kirli bilgiler ortadan kalktı.

Anahtar kişi 1: Onkoloji hastalarında zaten hastanede oldukları kısa sürede aldıkları eğitim onların o kriz dönemlerinde stresli dönemlerinde zaten öğrenmeleri kalıcı olmayacaktır. Muhakkak bu eğitimi ya hastaneye çağırın ya da uzaktan bir şekilde danışmanlıkla ya da onlara güvenilir kaynaklar önerin ki onlar tekrar bunu

Tam Metin Sözlü Bildiri

okusun öğreysin diyoruz derslerde öğrencilere. Burada tabii ki TN çok çok üst düzey bir kaynak bence etkili bir yöntem.

Tema 4: Teknoloji Kullanımı

Hastaların yarısı yüz-yüze görüşme daha iyi derken diğer yarısı yüz yüze on-line görüşme fark etmez demıştır. Anahtar kişilerin çoğunluğu da yüz-yüze görüşmenin daha iyi olduğu ancak her zaman mümkün olmadığı görüşündedir.

Hasta 8: Telefonla görüşmek bende hiçbir zorluk kesinlikle oluşturmadı aksine çok mutlu oluyordum. Yani arkadan bizi kontrol eden insanların olduğunu bilmek daha da farklı bir şey verdi bana. Sahipsiz değilim anladım. Yani güzel oldu bizim için.

Anahtar Kişi 2: Şimdi tabii siz de takdir edersiniz ki aynı ortamda bulunmak, tıropatik dokunmalar onlar çok önemli süreçler. Belki online süreçler bunun sıcaklığını veremeyecek ama avantajları dersiniz kişi kendi ortamında ev ortamında, kendini güvende hissettiği yerde belki ulaşım sıkıntısı var direkt gidemiyor, götürülecek kimsesi yok bilemiyorum. Hastane ortamında onkoloji hastaları için bulaş riski var. Bu açıdan avantajlı buluyorum.

Tema 5: Sağlık Sistemi

Hastalar sağlık personeline istediğinde ulaşabilme, doktora ulaşamadığında hemşireyle telefonda görüşme ve bu sistemle hasta takibini olumlu bulduklarını ifade etmişlerdir. Anahtar kişilerin çoğunluğu sağlık sistemi açısından TN sisteminin olumlu olduğunu, hastaların sağlık personeline istediğinde ulaşabilme ve doktora ulaşamadığında hemşireyle telefonda görüşme özellikleri nedeniyle bu sistemle hasta takibini olumlu bulduklarını ifade etmişlerdir.

Hasta 10: Onkoloji doktoruna gitmek için randevu almak gerekiyor sıra beklemek gerekiyor perişan oluyorsunuz. Zor yani o kadar çok insan var ki Allah onlara kolaylık versin çok zor. Doktor muayene ediyor zaten 2 dakika duruyor çıkıyorsun. Orada bir aydınlatma şeyi olmuyor. Çok konuşmuyor seninle. Burada daha detaylı konuşuyorsunuz başımızın çaresine bakmaya çalışıyorsunuz yani.

Anahtar kişi 7: Hasta acile başvurduğunda da o yanıtı alamıyor. Acile başvurmak zorunda kalıyor. Çünkü şeye ulaşamıyor, primer doktoruna, randevu sisteminden veya kalabalıktan. Ondandır en ufak bir panikte acile gitme ihtiyacı duyuyorlar. Bilmiyor başına gelebilecekleri ya da neler olabileceğini. O zaman ne oluyor? Hemen müdahale yapıp oradan da ertesi gün polikliniğe başvur ya da doktora başvur oluyor. Zaten aldığı cevap da bu oluyor bu da tatmin edici bir cevap değil. ... o hizmeti verebilmek evde bakım hizmeti. bunu yapmaya çalışıyor ama onların da çok yükü var ve çok az kişi çalışıyorlar. Tedavi üzerine daha çok çalışıyorlar. TN bence çok yararlı olabilir diye düşünüyorum. O eksiği o açığı kapatır yani.

Tema 6: Öneriler

Hastaların ve anahtar kişilerin çoğu Tele Navigasyon sistemi yaygınlaştırılmalı ve sadece hastalarla değil hasta yakınlarıyla da görüşme yapılmalı diye önermiştir.

Hasta 11: Tabii ki isteriz neden olmasın ben kendi açımdan örnek vereyim kişiyi bilgilendirmek icabında o kişi doktor randevusunu alamadı. Zamanında o bilgiler verilemedi, verilemez de çünkü orada sıra bekliyorlar. Ama müsait bir kişinin tıbbi bilgi vermesi hasta açısından da psikolojisi açısından da yani güzel. Netice de tedavi olmasa da o bilgiyi kişiden rahatlıkla alabiliyor. En azından içinde bir ukde kalmıyor. O açıdan güzel.

Hasta 15: Yakınları daha da önemli hastadan daha çok yakınları yıpranıyor. Gerçekten bak yakınlar daha çok yıpranıyor. Hasta yıpransa yakını üç kat yıpranıyor. Hasta yakınları aranmalı bilgi alınmalı bilgi verilmeli. Sizin gibi söyleyebileceklerimizi söylüyoruz iyi oluyor böyle. Memnun kaldım. Teşekkür ediyorum.

Anahtar kişi 3: Aslında hasta yakınlarının daha fazla bilgi kirliliğine maruz kaldığını düşünüyorum.

Tam Metin Sözlü Bildiri

Bilinçlendirme konularında hasta yakınları daha açık ve daha meraklı oluyorlar. Çünkü hastalar o süreçleri yaşarken halsizlik, yorgunluk, gücü kalmıyor hastalığını süreci daha pozitif tutmak dışında. Ama hasta yakını sürece daha iyi yönetebilecek durumda.

TN uygulamaları açısından anahtar kişilerle hastaların ortak ve farklı görüşleri Şekil-3'te verilmiştir:

Şekil 3. Anahtar Kişilerle Hastaların Ortak ve Farklı Yönleri



Hem hastalar hem de anahtar kişiler TN uygulamasını çok yararlı ve güven verici bulurken, bu uygulamaların sağlık sistemi içinde yaygınlaştırılmasını önermişlerdir. Hastaların güvenilir ve kalıcı bilgiye ulaştığı, semptomları ve yan etkileri daha iyi yönettiği, doktora ulaşamadığında hemşireden bilgi almasının çok olumlu olduğunu belirtmişlerdir. Anahtar kişiler bu uygulamanın sağlık sistemi açısından olumlu olduğu, hastaların gereksiz yere hastaneye başvurmalarını önlediğini, kanser hastalarının enfeksiyon riskini azalttığını ve evde bakım ve izlemin niteliğini artırdığını ifade etmişlerdir. Hastalar ise özellikle psikolojik açıdan destek bulduklarını, mutlu olduklarını ve kendilerine güven düzeylerinin arttığını belirtmişlerdir.

Tartışma

Bu çalışma TN uygulanan kolorektal kanserli hastaların, programa ilişkin deneyimlerini öğrenmek ve anahtar kişilerin TN uygulamasına ilişkin görüşlerini incelemek amacıyla niteliksel olarak yapıldı. Araştırmanın sonucunda TN programının yararlı olduğu ve hastaların bilgi düzeyini arttırdığı, hastaların psikolojik sağlığı üzerinde etkili, teknoloji kullanımının artmasıyla TN gibi programların hastalar açısından avantaj ve dezavantajlarının olduğu, sağlık sisteminde yaşanan bazı aksaklıkları giderebileceği yönünde önemli bulgular elde edildi. TN uygulamasıyla hastalar ve sağlık profesyonelleri arasında karşılıklı karar vermenin temeli sağlanabilir, hastaları cesaretlendirebilir ve hastalar böyle bir anlayış kazandıktan sonra kendi kendine semptomlarını yönetebilir ve karar verebilirler.⁸

Wagner ve ark. çalışmasında TN uygulanan hastalarda çalışma bulgularımızla benzer şekilde hastaların kanser bakım deneyimlerini daha olumlu ve daha az problem yaşadıkları bulunmuştur.⁹ Öter ve ark. meme kanserli hastalara uygulanan tele-sağlık programlarını inceledikleri sistematik derlemede tele-sağlığın hastaların sağlık sistemine erişimini kolaylaştırdığı, zaman yönetimine etkili olduğu, sağlık personeli ve bakımın sürekliliğini sağlamak konusunda etkili olduğu bulunmuştur.¹⁰ Najafabadi ve ark. çalışmasında da hastaların tele-sağlık ile yapılan görüşmelerden olumlu deneyim yaşadıkları, yararlı buldukları ve başka hastalara da önerdikleri sonucuna ulaşılmıştır.¹¹

Yapılan çalışmada tele-navigasyon ile yapılan görüşmelerin psikolojik ve duygusal açıdan yararlı olduğu tüm

Tam Metin Sözlü Bildiri

hastalarca ve anahtar kişilerce belirtilmiştir. Koç ve ark. yaptığı sistematik derlemede çalışma bulgularımızla benzer şekilde hastaların kanser ile birlikte yaşadıkları psikolojik distresin azaldığı, depresif ve anksiyetenin azaldığı ve psikolojik sağlıkları üzerinde olumlu etki yarattığı rapor edilmiştir.¹² Pang ve ark. yaptığı metanalizde tele-sağlık uygulamasının akciğer kanserli hastalarda depresyon ve anksiyeteyi azalttığı ve yaşam kalitesini arttırdığına ilişkin önemli bulgular elde edilmiştir.¹³

Telesağlık uygulamalarını yüz-yüze uygulamalar ile karşılaştırıldığında avantajları olduğu gibi bazı kullanıma bağlı dezavantajları da bulunmaktadır. İşitme veya görme yeteneğinde azalma gibi bazı engelleri olan hastalar teletıp kullanımında zorluk yaşayabilirler, hasta sağlık personeli arasında iletişimi zorlaştırabilir.⁸ Bu çalışmada yapılan analizler sonucunda tele-navigasyonla yapılan görüşmeler ile ilgili hastaların yarısı yüz-yüze görüşme daha iyi derken diğer yarısı yüz yüze on-line görüşme fark etmez demıştır. Anahtar kişilerin çoğunluğu yüz-yüze görüşmenin daha iyi olduğu ancak her zaman mümkün olmadığı görüşündedir. Literatürde bu konu ile ilgili farklı görüşler bulunmaktadır. Najafabadi ve ark. çalışmasında tele-sağlık ile ilgili hastalar tarafından bildirilen olumlu deneyimlere rağmen, pandemi sırasında telesağlık ziyareti deneyimi olan ve olmayan hastaların nispeten büyük bir kısmı telesağlığın yüz yüze ziyaretlere iyi bir alternatif olmadığını bildirdi.¹¹ Bununla birlikte literatürde özellikle sosyoekonomik düzeyi düşük bölgelerde yaşayan bireyler tarafından internete erişimde yaşanan zorluklar nedeniyle tele-sağlık uygulamalarının yetersiz kaldığı, ayrıca eğitim düzeyi düşük bireylerle iletişimde güçlükler de dile getirilmektedir.¹⁴

Araştırmanın sınırlılıkları ve güçlü yönleri

Araştırmanın sınırlılıklarından birincisi, görüşülen kanser hastalarının yaş ortalamalarının ileri olması nedeniyle WhatsApp kullanımı konusunda sıkıntı yaşamalarıdır. Bu nedenle çalışmaya bu uygulamayı bilen hastalar katılmıştır. Bu nedenle cep telefonu/teknolojiyi kullanma sorunu olan hastalara ulaşamamak bir sınırlılık olarak görülmelidir. Araştırmada ilk görüşmeler yüz yüze yapılmasına rağmen gerçekleştirildiği dönemde COVID-19 pandemisi olması nedeniyle daha sonraki tüm görüşmeler uzaktan görüntülü görüşme yöntemi ile yapılmıştır. Bu nedenle hastaların yaşadıkları ortam ve genel ortam ve fiziki olarak görülmeleri sağlanamamıştır. Araştırmanın güçlü yanları ise geçerlilik ve güvenilirlik sağlanması için katılımcı teyidi, veri kaynaklarının çeşitlendirilmesi ve analizlerin iki araştırmacı tarafından ayrı ayrı yapılmış ve kodların, temaların birlikte ortaklaştırılmış olmasıdır.

Sonuç

Kanser dünyada ve ülkemizde görülme sıklığı giderek artan ve ölüme neden olan önemli bir hastalıktır. Kanser erken tanı ve izlem sürecinde hastaların yaşadıkları zorlukların üstesinden gelmelerinde tele-sağlığın bir parçası olan TN uygulamaları yakın zamanda kullanılmaya başlanmış ve halen etkileri araştırılmaktadır. Bu çalışma ile hastalar, hasta yakınları ve alanında uzman anahtar kişilerin TN uygulamasını psikolojik açıdan, güvenilir veriye ulaşma açısından ve evde izlem açısından çok yararlı ve güven verici buldukları saptanmıştır. Hastaların özellikle doktora hemen ulaşamadıkları zamanlarda TN uygulaması ile hemşirelerine ulaşabilmesi ve bilgi alması oldukça pratik ve etkili sonuçlar vermektedir. Hastalar bu sayede hastalıklarının bulgularını ve tedavi yan etkilerini daha iyi yönetmektedir. Anahtar kişiler bu uygulamanın sağlık sistemi açısından son derece olumlu olduğunu, hastaların gereksiz yere kliğe veya acile başvurmasını önlediğini, kanser hastalarının enfeksiyon riskini azalttığını ve uygulamanın sistem içinde yaygınlaştırılması gerektiğini önermişlerdir.

Anahtar Kelimeler: Tele-Navigasyon, Kolorektal Kanser, Tele-Sağlık, Nitel Çalışma

KAYNAKLAR

1. GLOBOCAN 2020. World. Available at: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-fact-sheets.pdf>
2. Böhme C, von Osthoff MB, Frey K, Hübner J. Qualitative evaluation of mobile cancer apps with particular attention to the target group, content, and advertising. *J Cancer Res Clin Oncol* 2018;144(1):173-181.
3. Paterson C, Bacon R, Dwyer R, et al. The Role of Telehealth During the COVID-19 Pandemic Across the Interdisciplinary Cancer Team: Implications for Practice. *Semin Oncol Nurs* 2020;36(6):151090.

Tam Metin Sözlü Bildiri

4. Emfield Rowett K, Christensen D. *Oncology Nurse Navigation: Expansion of the Navigator Role Through Telehealth*. *Clin J Oncol Nurs* 2020;24(3):24-31.
5. Shirke MM, Shaikh SA, Harky A. *Implications of Telemedicine in Oncology during the COVID-19 Pandemic*. *Acta Biomed* 2020;91(3):e2020022.
6. Dixit N, Rugo H, Burke NJ. *Navigating a Path to Equity in Cancer Care: The Role of Patient Navigation*. *Am Soc Clin Oncol Educ Book* 2021;41:1-8.
7. Baltacı A. *Nitel araştırma süreci: Nitel bir araştırma nasıl yapılır? Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2019;5(2):368-388.
8. Hwei LRY, Octavius GS. *Potential advantages and disadvantages of telemedicine: A literature review from the perspectives of patients, medical personnel, and hospitals*. *Journal of Community Empowerment for Health* 2021;4(3):180-186.
9. Wagner EH, Ludman EJ, Aiello Bowles EJ, et al. *Nurse navigators in early cancer care: a randomized, controlled trial*. *J Clin Oncol* 2014;32(1):12-8.
10. Gerçek Öter E, Özkan S, Çınar H. *The Effectiveness of Using Telemedicine to Follow-up Breast Cancer During the COVID-19 Pandemic: A Scoping Review*. *Turk J Oncol* 2022;37(1):93-99.
11. Izadi-Najafabadi S, McQuarrie L, Peacock S, et al. *Cancer Patients' Experiences with Telehealth before and during the COVID-19 Pandemic in British Columbia*. *Curr Oncol* 2022;29(6):4199-4211.
12. Koç Z, Kaplan E, Tanrıverdi D. *The effectiveness of telehealth programs on the mental health of women with breast cancer: A systematic review*. *J Telemed Telecare* 2022;2:1357633X211069663.
13. Pang L, Liu Z, Lin S, et al. *The effects of telemedicine on the quality of life of patients with lung cancer: a systematic review and meta-analysis*. *Ther Adv Chronic Dis* 2020;11:2040622320961597.
14. Araujo DV, Watson GA, Siu LL. *The Day After COVID-19-Time to Rethink Oncology Clinical Research*. *JAMA Oncol* 2021;7(1):23-24.

Tam Metin Sözlü Bildiri

S52

COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNDE TELEPSİKİYATRİ HİZMETLERİ KULLANIMI VE DİJİTAL OKURYAZARLIK İLİŞKİSİ

Naila NABİYEVA¹, Dilek YAPAR², Ahmet YARDIMCI², Özmen METİN¹

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Türkiye

²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı, Türkiye

Giriş ve Amaç

Tele-tıp başka bir deyişle uzaktan sağlık hizmetleri, hekim/sağlık profesyoneli ve hasta aynı yerde olmadığı durumlarda, kablosuz ve mobil bağlantı gibi bilgi - iletişim teknolojilerinin kullanımı ile sağlık hizmetlerinin (tanı, tedavi, takip sürecindeki hizmetler) sunulması olarak tanımlanabilmektedir.¹ Daha kısa bir ifade ile tele-tıp, hasta-hekim iletişimde en az iki uzak yer arasında tıbbi veya sosyal verilerin aktarımının/paylaşımının yapıldığı tüm alanları kapsamaktadır. Hiç şüphesiz ki COVID-19 pandemisi ile birlikte tele-tıp talebi ve sonuç olarak uygulamaları hem ülkemizde hem de dünyada büyük ölçüde artmıştır.² Tele-tıp uygulamalarının önünde başarısız ya da kopuk bağlantı problemleri, video ve ses kalitelerinin kötü olması ya da teknolojik donanımına hiç sahip olmama gibi gözle görünen teknolojik sınırlamalar yanında ciddi bir engel daha vardır.³ Bunlardan biri de mevcut kullanıcı hedef toplumun dijital okuryazarlık düzeyidir.⁴⁻⁶ Bu düzey tespit edilip dezavantaj yaratacak riskli gruplar tespit edilmeden ve iyileştirici müdahaleler geliştirilmeden tele-tıp uygulamalarına geçiş ciddi bir sağlık eşitsizliği yaratacaktır. Tele-tıp uygulamalarından biri olan telepsikiyatri, ruhsal rahatsızlığı bulunan hastalar için uzaktan psikiyatrist/psikolog tarafından gerçekleştirilen bir konsültasyon biçimidir.^{1,7} Dünyada bazı önde gelen psikiyatri kliniklerinin pandemi sürecinde hizmetlerini yüzyüze platformdan sanal platforma (telefon veya video) taşıdığına, yüz yüze ziyaretlere yalnızca, hastaların telepsikiyatriye erişemedikleri veya yüz yüze bir değerlendirmenin klinik olarak gerekli görüldüğü durumlar gibi kaçınılmaz nedenlerle izin verdiklerine şahit olduk. Telepsikiyatri hizmetleri pandemi öncesinde de Avrupa'da birçok ülkede başlamıştır. Çoğu Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) ülkesinin COVID-19 pandemisinden önce bir tür tele-tıp uygulamasına sahip olmasına rağmen politikalar, izin verilen tele-tıp türleri, finansman ve ödeme yaklaşımı, sağlık çalışanları ve hastaların katılımı için uygunluk ve geleneksel yüz yüze hizmetlerle entegrasyon açısından büyük farklılıklar gösterdiği vurgulanmıştır.⁸ Ülkemizde psikiyatrik hasta popülasyonunun telepsikiyatri uygulamalarını pandemi sürecinde deneyimleyip deneyimlemediği, bu durumun sıklığı henüz tespit edilmemiştir. Ayrıca sağlıkta dijitalleşmenin hızlı yaşandığı bu süreçte psikiyatri hastalarının eşitsizliklere mağruz kalmaması için bu dönüşüme ve telepsikiyatri uygulamalarına ne derece hazır olduğunun tespit edilmesi gerekmektedir. Hastaların uzaktan sağlık hizmetlerine yönelik tutumları telepsikiyatri hizmetlerini kabul edip etmeyeceğinin en önemli göstergesidir. Ayrıca yaşlılar, etnik azınlıklar ve düşük sosyo-ekonomik sınıflardaki bireylerin internete ve dolayısıyla telepsikiyatriye erişimde geride kaldıkları bildirilmiş olsa da bu durumun dijital okuryazarlık ile ilişkisi daha önce literatürde ayrıntılı olarak değerlendirilmemiştir. Bu çalışmanın amacı psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların COVID-19 pandemisi sürecinde telepsikiyatri uygulamalarını kullanma durumunu sorgulamak ve bu süreçteki kullanım sıklığını belirlemektir. Ayrıca hastaların tele-tıp uygulamalarına yönelik tutumlarını, dijital okuryazarlık düzeyini ve aralarındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Tipi ve Örneklem Grubu

Bu çalışma kesitsel tipte tek merkezli bir çalışmadır. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniklerine 1 Mart 2022 - 1 Nisan 2022 tarihleri arasında ayaktan başvuranlara anketler uygulanmıştır. Araştırmanın örneklemini openepi örneklem hesaplama programı ile hesaplanmıştır. %95 güven aralığında % 5 sapma ile (d) referans çalışmadaki¹ telepsikiyatri uygulamaları kullanım sıklığı sıklıklığı %26 kabul edilerek örneklem sayısı hesaplanmış ve çalışmanın sonunda 354 kişiye ulaşılmıştır. Çalışmaya Türkçe okuma yazma bilen 18

Tam Metin Sözlü Bildiri

yaş ve üzeri, herhangi bir psikiyatrik semptom nedeniyle ya da daha önce psikiyatrik bir hastalık tanısı almış poliklinik kontrolüne gelen hastalar dahil edilmiştir.

Araştırmada Kullanılan Ölçekler

Yetişkin Dijital Okuryazarlık Ölçeği (YDOÖ): Yetişkin Dijital Okuryazarlık Ölçeği çalışma kapsamında ölçek geliştirme basamaklarına uygun olarak geliştirilmiştir.⁹ Dijital ortam kullanıcıların sahip olması gereken becerileri değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Ülkemizde kullanılan geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış dijital okuryazarlık ölçeklerinin öğrencilere yönelik olması nedeniyle bu çalışma için 18 yaş üzeri toplumun dijital okuryazarlığını değerlendirebilmek amacıyla bir ölçme aracına ihtiyaç duyulmuştur.¹⁰⁻¹⁴ Yetişkin bireylerin farklı dijital teknolojileri doğru kullanabilme, doğru bilgiye ulaşma, üretme ve paylaşabilme kabiliyetlerini değerlendiren tek boyut ve 12 maddeden oluşan beşli likert tipi bir öz bildirim ölçeği olan bu değerlendirme aracında, yanıt seçenekleri; hiçbir zaman (0), nadiren (1), bazen (2), çoğu zaman (3) ve her zaman (4) olarak 0-4 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0-100 arasında olacak şekilde standardize edilmiştir ((Maddelerden alınan puanların toplamı)/(Ölçekten alınabilecek maksimum puan)×100). Ölçekten alınan puan arttıkça kişinin dijital okuryazarlık düzeyi artmaktadır. Aşağıdaki puanlamaya göre dijital okuryazarlığı;

(0-40) puan: yetersiz dijital okuryazarlığı

(>40-60): sınırlı dijital okuryazarlığı

(>60-80): yeterli dijital okuryazarlığı

(>80-100): mükemmel dijital okuryazarlığı olarak tanımlanmıştır.

Tele-tıp Uygulamalarına Yönelik Tutum Ölçeği (TTÖ): COVID-19 pandemisi ile dünyada ve ülkemizde doktorlar ve diğer sağlık profesyonelleri (psikolog, diyetisyen, ebe ve hemşire gibi) tele-tıp hizmetlerini kullanarak tıbbi bakımı ve takibi ya da koruyucu sağlık hizmetlerini uzaktan sağlamaya başlamış böylece hastaların hastaneye gelmeleri ve hastanelerdeki yoğunluğun azaltılmasına olanak sağlamışlardır. Uzaktan sağlık hizmetlerine yönelik tutumu değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş ya da dilimize uyarlanmış Türkçe bir ölçek bulunmadığı için TTÖ bu çalışma kapsamında ölçek geliştirme basamaklarına uygun olarak geliştirilmiştir. Katılımcıların tele-tıp uygulamalarına yönelik tutumlarını belirlemeyi amaçlayan tek boyut ve 19 maddeden oluşan 5'li likert ölçeği kullanılmıştır (0=Kesinlikle katılmıyorum, 1= Katılmıyorum, 2= Kararsızım, 3= Kısmen katılıyorum, 4=Kesinlikle katılıyorum). Ölçekteki 10-18. maddeler olumsuz ifadeli maddeler olup (ters kodlanmış) bu maddelerden alınan puanlar ters çevrilerek puanlamaya katılmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0-100 arasında olacak şekilde standardize edilmiştir ((Maddelerden alınan puanların toplamı)/(Ölçekten alınabilecek maksimum puan)×100). Ölçekten alınan puan arttıkça kişinin uzaktan sağlık hizmetlerine yönelik tutumu da olumlu yönde artmaktadır. Aşağıdaki puanlamaya göre tele-tıp tutum düzeyleri;

(0-40) puan: son derece olumsuz

(>40-60): olumsuz

(>60-80): olumlu

(>80-100): son derece olumlu olarak tanımlanmıştır.

İstatistiksel Analiz

Verilerin analizinde IBM SPSS versiyon 25 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) bilgisayar paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler; sayı, yüzde, ortalama ± standart sapma ve ortanca (minimum; maksimum) olarak verilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde öncelikle normal dağılıma uygunluk analizleri yapılmıştır. Gruplar arasındaki karşılaştırma analizlerinde normal dağılmayan veriler için Mann Whitney-U ve Kruskal Wallis testi ile değerlendirilmiştir. Karşılaştırılma analizlerinde kategorik değişkenler için Ki-kare

Tam Metin Sözlü Bildiri

testi kullanılmıştır. Ölçek puanları ve sayısal ölçüm değişkenleri arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Tele-tıp uygulamalarına yönelik olumsuz tutuma neden olan bağımsız risk faktörlerini tespit edebilmek için yapılan univariate analizler sonucunda anlamlı bulunan değişkenler ($p < 0,05$) multivariate lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir. Bu çalışmada istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Dijital Okuryazarlık Ölçeği ve Tele-tıp Uygulamalarına Yönelik Tutum Ölçeği Geliştirme Basamakları

Ölçek geliştirme basamakları şekil 1’de özetlenmiştir.

Madde Havuzu Oluşturma: Ölçek geliştirme ölçek maddelerinin üretildiği madde havuzunun oluşturulması ile başlar. Bu aşamada ilk iş literatürün detaylı bir şekilde taranmasıdır.¹⁵ Her iki ölçek için de konu ile ilgili benzer çalışmalar detaylı olarak incelenmiştir.^{7,10,11,13,14,16-20} Ölçek yapısının açık ve net bir şekilde belirlenmesi amacı ile maddeoluşturma aşamasında uzman görüşü alınmıştır. Her iki ölçeğin 5’lik likert tipi cevap seçilmiştir ve maddeye göre cevabın şiddeti 0 ile 4 arasında derecelendirilmiştir. Okuma yazma bilen 20 kişi üzerinde yapılan ön deneme sonucuna göre, anlaşılmayan madde, tepki uyandıran veya eksik olan hiçbir ifadenin olmadığı tespit edilmiştir. **Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri:** Çalışma konusu olan ölçeklerin yapı geçerliliğinin belirlenmesi amacıyla açımlayıcı faktör analizi (AFA yöntemi) kullanılmıştır. Yeterli ve uygun bir örneklem için Kaiser Mayer Olkin (KMO) değerinin 0,60’dan büyük, Bartlett’in Küresellik Testi’nin istatistiki olarak anlamlı ($p \leq 0,05$) olması gerekmektedir.^{21,22} Bir ölçeğin geçerli bir ölçek olabilmesi için ölçekteki faktörlerin toplam açıklanan varyans oranlarının en az %40 olması gerekmektedir.^{21,22} Ölçeğin yapısını bozan maddeler olup olmadığını değerlendirmek için her bir faktörü oluşturan maddelerin tek tek faktör yükleri incelenmiştir, faktörlerin açıkladıkları ortak varyans (communality) ve faktör yükü 0,40’ın üzerinde olan ifadelerin o faktöre iyi katkıda bulunduğu ve bu sebeple geçerli bir madde olduğu kabul edilmiştir.^{9,23,24} Ölçeğin güvenilirliği, test-tekrar test güvenilirliği ve iç tutarlılık katsayısı hesaplanarak değerlendirilmiştir. Test-tekrar test için sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC), anketin içsel tutarlılığını incelemek amacıyla Cronbach Alpha Katsayısı hesaplanmıştır. Test-tekrar test güvenilirliği için ölçekler bir hafta ara ile ikinci kez ölçekleri yanıtlamaya gönüllü olan 40 hastaya uygulanmıştır. Ölçeğin hesaplanan ICC değerinin 0,75 ve Cronbach- α değerinin 0,7’nin üzeri olması güvenilir bir ölçek olduğunu gösterir.²⁵⁻²⁷

Bulgular

Tanımlayıcı Bulgular

Bu çalışmaya Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniklerine 1 Mart 2022- 1 Nisan 2022 tarihleri arasında ayaktan başvuran 18 yaş üzeri 247’si kadın (%69,8) 354 hasta dâhil edilmiştir. Bu çalışmaya dâhil edilen hastaların yaş ortalaması $40,9 \pm 15,2$ (18-81) yıldır. Hastaların %56,5’i evli %39’u ise bekârdır (Tablo 1). Çalışmaya dahil edilen 354 hastanın tamamında en az bir psikiyatrik hastalık mevcuttur ve dağılımı incelendiğinde en sık tanı alan hastalıkların ilk üçü; depresif bozukluklar (%57,6), anksiyete bozuklukları (%29,1) ve obsesif kompulsif bozukluklardır (%7,6). Ayrıca hastaların %30,2’sinde ise psikiyatrik hastalık dışında en az bir kronik hastalık tanısı olduğu tespit edilmiştir. Hastaların %84,2’si ($n=298$) günlük internet kullanımı olduğu belirtmiş olup ortalama kullanım süresi 4 (1-10) saattir. İnternet kullanımı olan hastaların %45’i bir sorunla karşılaştığında her zaman, %22,5’i sıklıkla, %16,8’i ara sıra %15,8’i ise bazen internetten sağlıkla ilgili arama yaptığını belirtmiştir. Hastaların iletişim ve bilgi amaçlı kullandığı dijital teknolojilerin başında %96,3 ile akıllı telefon ilk sırada gelirken, %19,1 ile bilgisayar ya da dizüstü bilgisayarı ikinci sıradadır. Sağlık sorunu ya da soruları ile ilgili olarak en çok kullanılan çevrim içi bilgi kaynağı ise %67,8 ile hastalıkla ilgili doktorların internet siteleri olmuştur. Hastaların %11’i iki yıllık pandemi sürecinde psikiyatrik tedavi ve takibi bıraktığını %34,5’i psikiyatrik tedavi ve takibine devam etmekte zorlandığını, %34,2’si ise psikiyatri polikliniğine erişiminin olumsuz etkilendiğini belirtti. COVID-19 pandemisinin ilk iki yıllık periyodunda herhangi bir nedenle psikolog veya psikiyatri uzmanından telepsikiyatri uygulamaları ile ilgili sağlık hizmeti alan sadece 2 hasta (%0,6) olduğu gözlemlendi (Tablo 2). Her iki hasta da uzaktan aldığı bu sağlık hizmetini videokonferans yöntemi ile psikologtan 3 ve 12 seans olmak üzere almıştır.

Tam Metin Sözlü Bildiri

Geçerlilik ve Güvenilirlik Sonuçları

YDOÖ'nün Geçerlilik ve Güvenilirliği

On dört maddelik taslak ölçeğin boyutlarına (faktör sayısı) ve madde sayısına karar vermek için AFA kullanılmıştır. KMO değerinin 0,945 olduğu tespit edilmiştir. Bartlett'in Küresellik Testi anlamlılık düzeyi $p < 0,001$ bulunmuştur. Faktör analizi sonuçları ve Yamaç-Birikinti grafiği (Scree-Plot) incelendiğinde YDOÖ'nün tek faktörlü bir yapıya sahip olduğu belirlenmiştir (Şekil2a). Ölçeğin tek faktörlü yapısının özdeğeri 9,7 ve toplam varyansı %69 bulunmuştur. Maddelerin açıkladıkları ortak varyans (communality) incelendiğinde 12. madde hariç (communality= 0,257) diğer maddelerin ortak varyansının 0,693 ile 0,878 arasında olduğu ve faktör yükünün 4. ve 12. maddeler hariç 0,40'ın üzerinde olduğu gözlenmiştir. Sorunlu olan bu iki madde sırası ile taslak ölçekten çıkarılıp yeniden faktör analizi tekrarlandığında ise KMO değerinin 0,936, Bartlett'in Küresellik Testi anlamlılık düzeyinin $p < 0,001$ olduğu bulunmuştur. Tek faktörlü yapısının özdeğeri 8,9 ve toplam varyansı %74 bulunmuştur. Geriye kalan 12 maddenin açıkladıkları ortak varyans (communality) incelendiğinde 0,759 ile 0,899 arasında olduğu ve faktör yüklerinin ise 0,782 ile 0,903 arasında olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3). Ölçeğin tek boyutlu 12 maddelik yapısının iç tutarlılığını gösteren Cronbach- α değerinin 0,966 olduğu tespit edilmiştir. Madde-total korelasyon (item-total correlation) katsayılarının ise 0,730 ile 0,887 arasında olduğu gözlenmiştir. İlk uygulamada 298 hastaya uygulanan ölçek, ölçeği ikinci kez uygulamayı kabul eden 40 hastaya (%11,3) bir hafta sonra ikinci kez uygulanmıştır. Test-tekrar test için ICC değeri 0,948 (0,903-0,972) bulunmuştur (Tablo 3).

TTÖ'nün Geçerlilik ve Güvenilirliği

On dokuz maddelik taslak ölçeğin KMO değeri 0,953 ve Bartlett'in Küresellik Testi anlamlılık düzeyi $p < 0,001$ bulunmuştur. Faktör analizi sonuçları ve Yamaç-Birikinti grafiği (Scree-Plot) incelendiğinde TTÖ'nün tek faktörlü bir yapıya sahip olduğu belirlenmiştir (Şekil 2b). Ölçeğin tek faktörlü yapısının özdeğeri 12,2 ve toplam varyansı %64,3 bulunmuştur. Maddelerin açıkladıkları ortak varyans (communality) incelendiğinde 0,483 ile 0,976 ve faktör yüklerinin 0,403 ile 0,919 arasında olduğu gözlenmiştir. Faktör analizi sonucunda sorunlu olan madde olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4). Ölçeğin tek boyutlu 19 maddelik yapısının Cronbach- α değerinin 0,967'dir. Madde-total korelasyon (item-total correlation) katsayılarının ise 0,388 ile 0,901 arasında olduğu gözlenmiştir. Test-tekrar test için ICC değeri 0,923 (0,860-0,959) bulunmuştur.

Hastaların Dijital Okuryazarlık ve Tele-Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutum İlişkisinin Değerlendirilmesi

Bu bölümüne günlük internet ve dijital teknolojileri kullanmadığını belirten 56 hasta dâhil edilmemiştir. Her iki ölçek puanı arasında iyi düzeyde bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r=0,627$; $p < 0,001$). Hastaların %8'inin dijital okuryazarlık (DO) düzeyi yetersiz iken %21,5'inin sınırlı, tele-tıp uygulamalarına yönelik tutumları incelendiğinde ise %21,2'si son derece olumsuz ve %8,7'si olumsuz tutumdadır (Tablo 5) (Şekil 3). Tablo 6'da tele-tıp uygulamalarına yönelik olumlu/son derece olumlu tutuma sahip grup ile olumsuz/son derece olumsuz tutuma sahip iki grup arasında bazı özelliklerin karşılaştırılma sonuçları sunulmuştur. Gruplar arasında cinsiyet, çalışma durumu, aylık gelir dağılımı açısından istatistiksel olarak fark olmadığı gözlenmiştir ($p > 0,05$). Tele-tıp uygulamalarına yönelik tutum düzeyine göre gruplar arasında OKB, somatoform bozukluk ve uyku bozukluğu dağılımı benzerdir ($p > 0,05$). Olumsuz tutuma sahip olanların günlük internet kullanım süresinin olumlu tutuma sahip hastalardan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,001$).

Tele-tıp uygulamalarına yönelik olumsuz tutuma sahip hastaların %62,9'u olumlu tutuma sahip olan hastaların ise %15,3'ü yetersiz/sınırlı dijital okuryazarlığa sahiptir buna göre yetersiz/sınırlı DO sıklığı olumsuz tutuma sahip olan hastalarda olumlu tutuma sahip hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p < 0,001$). Tele-Tıp uygulamalarına yönelik tutum düzeyine göre gruplar arasında pandemi döneminde tedaviyi bırakma, devam etmekte zorlanma ve poliklinik erişiminin olumsuz etkilenme durumu sıklığı benzerdir ($p > 0,05$). Tele-tıp uygulamalarına yönelik olumsuz tutuma neden olan bağımsız risk faktörlerini tespit edebilmek için yapılan univariate analizler sonucunda (Tablo 6) anlamlı bulunan değişkenler ($p < 0,05$)

Tam Metin Sözlü Bildiri

multivariate lojistik regresyon analizi (Enter metod) ile incelenmiştir (Tablo 7). Yapılan multivariate lojistik regresyon analizine göre yetersiz/sınırlı dijital okuryazarlığa sahip olmak hastalarda tele-tıp uygulamalarına yönelik olumsuz tutum için tüm değişkenler içinde DO, tek başına bağımsız risk faktörü olarak bulunmuştur [OR=4,76 (2,15-10,54)].

Yetersiz/sınırlı dijital okuryazarlık ile ilişkili bağımsız değişkenleri değerlendirebilmek için yapılan univariate analiz sonucunda yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, aylık gelir, medeni durum, yaşadığı yer, eşlik eden kronik hastalık varlığı ve günlük internet kullanım süresi DO düzeyine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklı bulunmuştur ($p<0,05$). DO düzeyi yetersiz olanların; yaşının daha büyük olduğu ve kronik hastalık sıklığının daha yüksek olduğu, günlük internet kullanım sürelerinin, eğitim düzeyinin, çalışma sıklığının, aylık gelirinin, şehirde yaşama sıklığının, bekar/dul/boşanmış olma sıklığının DO düzeyi yeterli olanlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu değişkenleri dâhil ederek kurulan multivariate lojistik regresyon analizi modeline göre 40 yaş üzerinde [OR=13,55 (5,76-31,87); $p<0,001$], ilk/ortaokul mezunu [OR=7,54 (3,45-16,49); $p<0,001$] ve aktif gelir getiren bir işte çalışmıyor [OR=2,84 (1,26-6,38); $p=0,012$] olmak yetersiz/sınırlı dijital okuryazarlık için bağımsız risk faktörleri olarak bulunmuştur.

Tartışma

Bu çalışmada psikiyatri hastalarının pandeminin ilk iki yıllık sürecinde telepsikiyatri hizmetlerini kullanma sıklığını, hastaların telepsikiyatri uygulamalarına yönelik tutumlarını, dijital okuryazarlık düzeyini ve aralarındaki ilişkiyi açıklamaya çalıştık. Bu çalışma literatürde psikiyatri hasta örnekleminde dijital okuryazarlık düzeyi ile tele-tıp uygulamalarına yönelik tutum arasındaki ilişkinin incelendiği ilk çalışmadır. Çalışmamızda yetişkin hastalarda dijital okuryazarlığı ve tele-tıp uygulamalarına yönelik tutumu değerlendirebilmek amacıyla 2 ayrı ölçek geliştirilmiştir. YDOÖ 12 maddelik tek boyutlu, TTÖ ise 19 maddelik tek boyutlu 5'li likert cevap tipinde ölçeklerdir. Bu ölçekler literatürde önerilen ölçek geliştirme basamaklarını geçerek⁹ son testleri yapılmış, geçerli ve güvenilir bulunmuş iyi kalitededir. YDOÖ literatürde geliştirilen diğer dijital okuryazarlık ölçeklerinden farklı olarak öğrencilere yönelik olarak geliştirilmeyen ilk yetişkin DO ölçeğidir.²⁸⁻³⁴ Tele-tıp hizmetlerini değerlendirmek için en çok kullanılan araçların neredeyse tamamı tele-tıp hizmetlerinin memnuniyetini (%49), kullanılabilirliğini (%34), kabulünü (%11,5) ve uygulama sürecini (%2) değerlendirmek için geliştirilmiştir.¹⁷ Literatürde tüm tele-tıpa özel tutum ölçeğinin olmadığı dikkat çekmiştir. Tele-tıpa yönelik tutum hem hazırbulunuşluğun hem de kabul modelinin ortak bileşenidir. Bu nedenle henüz yasal düzenlemesi yeni yapılan tele-tıp uygulamaları ülkemizde ulusal boyutta yaygınlaşmamıştır ve geçiş dönemindedir. Henüz kendi örneklemimizde dahi kullanım sıklığı %1'in altında olan telepsikiyatri uygulamalarının öncelikle tutum boyutunda değerlendirerek hastalarımızın tele-tıp kabul ve hazırbulunuşluğunu yorumlamak istedik. Çalışmamızda geliştirdiğimiz her iki ölçek de kendi konularında uluslararası ve ulusal literatürde eksikliği fark edilmiş ihtiyaç duyulan ölçeklerdir. YDOÖ yetişkinler için tasarlanmış ve TTÖ ise tele-tıpa özel tutumu değerlendiren ilk ölçeklerdir. Hastaların yalnızca 2'si (%0,6) uzaktan sağlık hizmeti almıştır. Yakın tarihli çalışmalarda dahi uzaktan sağlık hizmetlerine başlayan ülkelerde tele-tıpın genel olarak düşük oranda benimsendiği gösterilmiştir.^{35,36} Çoğu OECD ülkesinin COVID-19 pandemisinden önce bir tür tele-tıp uygulamasına sahip olmasına rağmen politikalar, izin verilen tele-tıp türleri, finansman ve ödeme yaklaşımı, sağlık çalışanları ve hastaların katılımı için uygunluk ve geleneksel yüz yüze hizmetlerle entegrasyon açısından büyük farklılıklar göstermektedir.³⁷ Özellikle pandemi döneminde herhangi bir hastalık tanısına sahip olsun veya olmasın bireyler dijital teknolojileri oldukça fazla kullanmıştır. Bu çalışmada hastaların %84'ü günlük ortalama 4 saat internet kullanmaktadır. Psikiyatri hastalarının internet kullanımına ilişkin çok az veri bulunmaktadır. Bir üniversite hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda 337 psikiyatri hastasının katıldığı çalışmada çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde, hastaların %79,5'i internet kullanıcısı olduğunu belirtmiştir.³⁸ Yine 2020 yılında yayınlanan kendi kliniğimizde 300 hastanın dâhil edildiği ve Psikiyatri Polikliniğine başvuranlarda internet ve akıllı telefon kullanımının değerlendirildiği benzer bir çalışmada Cinemre ve ark. hastaların yaklaşık %7'sinin hiç internet kullanmadığını %17'sinin nadiren kullandığını, %35'inin ise hemen hemen hergün kullandığını belirtmiştir.³⁹ Aynı klinikte gerçekleştirdiğimiz bu çalışmada ise hastaların %16'sı hiç internet kullanmadığını ifade etmiştir. Son 5 yıl içinde aynı klinikte gerçekleşen bu iki çalışmadaki internet

Tam Metin Sözlü Bildiri

kullanım durumları arasındaki farkın hastalara sorunun sorulma biçiminden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Çalışmaya dâhil edilen hastaların yaklaşık %30'unun tele-tıp uygulamalarına yönelik olumsuz tutum gösterdikleri saptanmıştır. Olumsuz tutuma sahip olanların yaşı olumlu tutuma sahip olan hastalardan daha büyük ve eğitim seviyesi ise daha düşük olarak bulunmuştur. Ayrıca şehir merkezi dışında yaşayanlar şehir merkezinde yaşayanlara göre daha fazla olumsuz tutuma sahiptir. Bu nedenle özellikle sağlık hizmetine erişimi zor olan şehir merkezinden uzakta yaşayan yaşlı bireylerin bu olumsuz tutumunu olumlu yöne çevirebilecek müdahaleler geliştirmek faydalı olacaktır. Uzaktan ruh sağlığı hizmetleri pratik ve kolay erişilebilir bir yöntem olmasının yanında hastaneye gelerek bulaş olma riski yaratmadığı için COVID-19 salgını sürecinde hem hastane hizmetlerinde hem de ayaktan tedavi hizmetlerinde yaygın olarak kullanılmıştır.^{40,41} Uzaktan ruh sağlığı hizmetlerinin yaygın ve etkili bir şekilde kullanılması kuşkusuz hizmet alacak olan hastaların sağlık okuryazarlığı, sosyal medya okur-yazarlığı, dijital okuryazarlık, eğitim düzeyi, yaş grubu, sosyoekonomik ve kültürel özelliklerine bağlı olacaktır. Bizim çalışmamızda tele-tıp uygulamalarına yönelik olumsuz tutuma sahip hastaların %62,9'u olumlu tutuma sahip olan hastaların ise %15,3'ü yetersiz/sınırlı dijital okuryazarlığa sahiptir. Çok değişkenli analize dâhil edilen tüm değişkenler içinde DO tek başına bağımsız risk faktörü [OR=4,76 (2,15-10,54)] olarak bulunmuştur. Çünkü daha önce de bahsettiğimiz gibi tele-tıp uygulamalarının güçlü bir teknoloji desteğine ihtiyacı vardır. Bu da ancak iyi bir dijital okuryazar olmakla mümkün olacaktır. Dijital sağlık okuryazarlığı, dijital okuryazarlığın sağlıkla ilgili olan daha spesifik bir alt alanıdır. Elektronik kaynaklardan sağlık bilgilerini değerlendirme ve edinilen bilgileri sağlıkla ilgili bir sorunu ele almak veya çözmek için uygulama yeteneği olarak tanımlanmaktadır. Literatürdeki çalışmaların tamamına yakını dijital sağlık okuryazarlık ya da e-sağlık okuryazarlığı ile tele-tıp uygulamaları arasındaki ilişkiyi değerlendirmeye çalışmıştır. Bizim çalışma hipotezimiz ise genel olarak dijital okuryazarlık düzeyinin tele-tıp tutumu ile olan ilişkisini göstermektir. Çünkü dijital okuryazarlığı kötü ya da yetersiz olan bir bireyin dijital sağlık okuryazarlığı yeterli olamaz. Çalışmamızda 40 yaş üzerinde olmak, ilköğretim/ortaokul mezunu olmak ve aktif gelir getiren bir işte çalışmıyor olmak yetersiz/sınırlı dijital okuryazarlık için bağımsız risk faktörleri olarak bulunmuştur. Dijital sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılan bir çalışmada çalışmamızdaki bulguları destekler nitelikte E-Sağlık okuryazarlığı daha yüksek olan katılımcıların daha genç ve daha eğitilmiş olduğu ve kronik hastalığı olanların e-Sağlık okuryazarlığının daha düşük olduğu bulunmuştur.⁴²

Sonuç

Bu araştırma ülkemizde psikiyatri hastalarının; pandemi döneminde internet ve dijital teknolojileri kullanma özellikleri, hastaların pandemi sürecindeki ayaktan takiplerinde psikiyatrik sağlık hizmetlerine erişim durumları, pandemi boyunca telepsikiyatrik uygulamalar kapsamında uzaktan herhangi bir sağlık hizmeti alıp almadıkları, tele-tıp uygulamalarına yönelik tutumları ve dijital okuryazarlık seviyeleri hakkında önemli sonuçlar sunmuştur. Tele-tıp uygulamalarına geçiş sürecinde en fazla talep edilecek alanlardan biri olan telepsikiyatri hedef grubu için kabul ve hazırbulunuşluk adına önemli sonuçlar göstermiştir. Ayrıca DO ile tele-tıp uygulamalarına yönelik tutum arasındaki ilişkiyi değerlendiren ilk çalışmadır. Ülkemizde tele-tıp uygulamalarına yönelik yasal düzenlemeler oldukça yenidir. Uzaktan sağlık hizmetleri sunumu hakkında yönetmelik 10.02.2022'de oldukça yakın zamanda yayınlanmış⁴³ olsa da ülkemizde tam bir alt yapı hem hizmet sunucuları hem de hizmeti alacak olan toplum tarafından oluşturulamamıştır. Tele-tıp uygulamalarının ülkemizde daha kullanılabilir düzeylere ulaşması için ve gelişmelerin yakından takip edilebilmesi için öncelikle bu hizmetin hedef gruplarının engelleri, içerisindeki dezavantajlı alt grupları tanımlanmalıdır. Telepsikiyatri hizmetlerinin hedefindeki hastaların bu nedenle genel özellikleri avantajlı ve dezavantajlı yanları daha çok sayıda ve analitik gücü yüksek çalışmalarla araştırılmalıdır. Sağlıkta eşitsizlik yaratmaması adına engeller tespit edildikten sonra gerekli müdahaleler planlanarak telepsikiyatri hizmetlerinden uygun olan yöntemle oldukça fazla hastanın yararlanması sağlanmalıdır.

Etik Beyan: Araştırmanın yürütülmesi için Akdeniz Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (22.11.2021/Karar No:926) alınmıştır.

Çıkar çatışması: Bu çalışmada herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Finansal destek: Çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

Tam Metin Sözlü Bildiri

Kaynaklar

1. Chen JA, Chung WJ, Young SK, et al. COVID-19 and telepsychiatry: Early outpatient experiences and implications for the future. *Gen Hosp Psychiatry*. 2020;66:89-95.
2. Kruse C, Heinemann K. Facilitators and Barriers to the Adoption of Telemedicine During the First Year of COVID-19: Systematic Review. *J Med Internet Res*. 2022;24(1):e31752.
3. Balestra M. Telehealth and Legal Implications for Nurse Practitioners. *The Journal for Nurse Practitioners*. 2018;14(1):33-9.
4. An L, Bacon E, Hawley S, et al. Relationship Between Coronavirus-Related eHealth Literacy and COVID-19 Knowledge, Attitudes, and Practices among US Adults: Web-Based Survey Study. *J Med Internet Res*. 2021;23(3):e25042.
5. Boriani G, Maisano A, Bonini N, et al. Digital literacy as a potential barrier to implementation of cardiology tele-visits after COVID-19 pandemic: the INFO-COVID survey. *J Geriatr Cardiol*. 2021;18(9):739-47.
6. Samuels-Kalow M, Jaffe T, Zachrisson K. Digital disparities: designing telemedicine systems with a health equity aim. *Emerg Med J*. 2021;38(6):474-6.
7. Torales J, Vilalba-Arias J, Bogado JA, et al. Satisfaction with Telepsychiatry during the COVID-19 pandemic: Patients' and psychiatrists' report from a University Hospital. *Int J Soc Psychiatry*. 2022:207640211070762.
8. Muthee V, Bochner AF, Kang'a S, et al. Site readiness assessment preceding the implementation of a HIV care and treatment electronic medical record system in Kenya. *Int J Med Inform*. 2018;109:23-9.
9. Boateng GO, Neilands TB, Frongillo EA, Melgar-Quiñonez HR, Young SL. Best Practices for Developing and Validating Scales for Health, Social, and Behavioral Research: A Primer. *Front Public Health*. 2018;6:149.
10. Gürbüz O, Karakuş G. Öğretmen adaylarının dijital okuryazarlık öz-yeterliliği ölçek geliştirme çalışması. *Kastamonu Eğitim Dergisi*. 2018;26(5):1427-36.
11. Hamutoğlu NB, Güngören ÖC, Uyanık GK, Erdoğan DG. Dijital okuryazarlık ölçeği: Türkçe'ye uyarlama çalışması. *Ege Eğitim Dergisi*. 2017;18(1):408-29.
12. Pala ŞM, Başbüyük A. 10-12 yaş grubu öğrencileri için dijital okuryazarlık ölçeği geliştirme çalışması. *Akdeniz Eğitim Araştırmaları Dergisi*. 2020;14(33):542-65.
13. Şahin A, Özkan RA, Turan BN. İlkokul Öğrencilerine Yönelik Dijital Okuryazarlık Ölçeğinin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Ana Dili Eğitimi Dergisi*. 2022;10(3):619-30.
14. Üstündağ MT, Güneş E, Bağcıvan E. Dijital okuryazarlık ölçeğinin Türkçeye uyarlanması ve fen bilgisi öğretmen adaylarının dijital okuryazarlık durumları. *Journal of Education and Future*. 2017(12):19-29.
15. Furr RM, editor *Scale Construction and Psychometrics for Social and Personality Psychology* 2011.
16. Almog T, Gilboa Y. Remote Delivery of Service: A Survey of Occupational Therapists' Perceptions. *Rehabil Process Outcome*. 2022;11:11795727221117503.
17. Hajesmael-Gohari S, Bahaadinbeigy K. The most used questionnaires for evaluating telemedicine services. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 2021;21(1):36.
18. Korkmaz S, Hoşman İ. Sağlık Sektöründe Tele-Tıp Uygulamaları: Tele-Tıp Uygulama Boyutlarını İçeren Bir Araştırma. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*. 2018;4(3):251-63.
19. Kyriazos T, Stalikas A. *Applied Psychometrics: The Steps of Scale Development and Standardization Process*. *Psychology*. 2018;09:2531-60.
20. Pentiu S, Putnam PE, Collins MH, Rothenberg ME. Dissociation between symptoms and histological severity in pediatric eosinophilic esophagitis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2009;48(2):152-60.
21. Scherer RF, Luther DC, Wiebe FA, Adams JS. Dimensionality of coping: Factor stability using the ways of coping questionnaire. *Psychological reports*. 1988;62(3):763-70.
22. Şencan H, Fidan Y. Normality Assumption In The Exploratory Factor Analysis With Likert Scale Data And Testing Its Effect On Factor Extraction. *Business & Management Studies: An International Journal*. 2020;8(1):640.
23. Ercan İ, İsmet K. Ölçeklerde güvenirlilik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2004;30(3):211-6.
24. Kline P. *An easy guide to factor analysis*: Routledge; 2014.
25. Chuang LL, Chuang YF, Hsu MJ, Huang YZ, Wong AMK, Chang YJ. Validity and reliability of the Traditional Chinese version of the Multidimensional Fatigue Inventory in general population. *PLoS One*. 2018;13(5):e0189850.

Tam Metin Sözlü Bildiri

26. Zinbarg RE, Revelle W, Yovel I, Li W. Cronbach's α , Revelle's β , and McDonald's ω H: Their relations with each other and two alternative conceptualizations of reliability. *psychometrika*. 2005;70(1):123-33.
27. Zinbarg RE, Yovel I, Revelle W, McDonald RP. Estimating generalizability to a latent variable common to all of a scale's indicators: A comparison of estimators for ω h. *Applied Psychological Measurement*. 2006;30(2):121-44.
28. Arnone MP, Small RV, Reynolds R. Supporting inquiry by identifying gaps in student confidence: Development of a measure of perceived competence. *School Libraries Worldwide*. 2010;16(1):47-60.
29. Brown GT. Student information literacy: Psychometric validation of a self-efficacy report. *Psychological reports*. 2005;96(3_suppl):1044-8.
30. Leung L, Lee PS. Impact of internet literacy, internet addiction symptoms, and internet activities on academic performance. *Social Science Computer Review*. 2012;30(4):403-18.
31. Ng W. Can we teach digital natives digital literacy? *Computers & education*. 2012;59(3):1065-78.
32. Tsai M-J, Tsai C-C. Junior high school students' Internet usage and self-efficacy: A re-examination of the gender gap. *Computers & Education*. 2010;54(4):1182-92.
33. Voogt J. Computer literacy in secondary education: The performance and engagement of girls. *Computers & education*. 1987;11(4):305-12.
34. Wecker C, Kohnle C, Fischer F. Computer literacy and inquiry learning: When geeks learn less. *Journal of computer assisted learning*. 2007;23(2):133-44.
35. FitzGerald M, Williams R. Commonwealth Fund. 2020 Nov 20. URL: <https://www.commonwealthfund.org/blog/2020/variations-telemedicine-across-world-qa-tiago-cravo-oliveira-hashiguchi> [accessed 2022-05-15].
36. Doty MM, Tikkanen R, Shah A, Schneider EC. Primary Care Physicians' Role In Coordinating Medical And Health-Related Social Needs In Eleven Countries. *Health Aff (Millwood)*. 2020;39(1):115-23.
37. Hashiguchi TCO. OECD Health Working Papers: Bringing Health Care To The Patient: An Overview of The Use of Telemedicine in OECD Countries. URL: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-working-papers.htm> [accessed 2022-05-15]. 2020.
38. Kalckreuth S, Trefflich F, Rummel-Kluge C. Mental health related Internet use among psychiatric patients: a cross-sectional analysis. *BMC Psychiatry*. 2014;14:368.
39. Cinemre B, Coskun MN, Topcuoğlu M, Erdoğan A. Psikiyatri Polikliniğine Başvuranlarda İnternet ve Akıllı Telefon Kullanımı ile Dijital Sağlık Uygulamalarına Yaklaşım. *Kocaeli Tıp Dergisi*. 2021;10(2):147-55.
40. Kalin ML, Garlow SJ, Thertus K, Peterson MJ. Rapid implementation of telehealth in hospital psychiatry in response to COVID-19. *American Journal of Psychiatry*. 2020;177(7):636-7.
41. Liu S, Yang L, Zhang C, et al. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(4):e17-e8.
42. Neter E, Brainin E. eHealth literacy: extending the digital divide to the realm of health information. *Journal of medical Internet research*. 2012;14(1):e1619.
43. Gurupur V, Shettian K, Xu P, et al. Identifying the readiness of patients in implementing telemedicine in northern Louisiana for an oncology practice. *Health Informatics J*. 2017;23(3):181-96.

Tam Metin Sözlü Bildiri

Tablolar ve Şekiller

Tablo 1. Hastalara ait bazı sosyodemografik özellikler

Parametreler (N=354)	
Yaş, yıl	
Ortalama=ss	40,9±15,2
Ortanca (min-maks)	41 (18-81)
Cinsiyet, n (%)	
Erkek	107 (30,2)
Kadın	247 (69,8)
Medeni Durum, n (%)	
Evlü	200 (56,5)
Bekâr	138 (39)
Dul/Boşanmış	16 (4,5)
Birlikte yaşadığı kişiler, n (%)	
Yalnız	51 (14,4)
Eşi ± çocukları	197 (55,6)
Anne-baba ± kardeşleri	82 (23,2)
Diğer-aile (çocuk/kardeş/torun)	19 (5,4)
Arkadaş	5 (1,4)
Eğitim düzeyi, n (%)	
İlkokul mezunu	104 (29,4)
Ortaokul mezunu	31 (8,7)
Lise mezunu	114 (32,2)
Üniversite mezunu	105 (29,7)
Çalışma durumu, n (%)	
Çalışıyor	101 (28,5)
Çalışmıyor	253 (71,5)
Meslek, n (%)	
İşsiz	2 (0,6)
Sağlık çalışanı	18 (5,1)
İşçi	32 (9)
Emekli	38 (10,7)
Serbest meslek	39 (11)
Memur	43 (12,1)
Öğrenci	60 (17)
Ev hanımı	122 (34,5)
Aylık gelir durumu, n (%)	
İyi	15 (4,2)
Orta	318 (89,9)
Kötü	21 (5,9)
Yaşadığı yer, n (%)	
Şehir merkezi	255 (72)
İlçe	90 (25,5)
Kasaba/köy	9 (2,5)

Tablo 2. Hastaların pandemi sürecinde psikiyatrik takip durumları

Parametreler (N=354)	
Pandemide psikiyatrik tedavi ve takibi bırakma durumu, n (%)	39 (11)
Pandemide psikiyatrik tedaviye ve takibine devam etmekte zorlanma, n (%)	122 (34,5)
Pandemide psikiyatri polikliniğine erişimin olumsuz etkilenmesi, n (%)	121 (34,2)
Pandemi sürecinde herhangi bir nedenle psikolog veya psikiyatri uzmanından telepsikiyatri uygulamaları ile ilgili sağlık hizmeti alma, n (%)	2 (0,6)

Tam Metin Sözlü Bildiri

Tablo 3. YDOÖ'nün son halinin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri sonuçları

No	Maddeler	Açıklanan ortak varyans (communality)	Faktör Yüğü	Madde-total korelasyon
1. Madde 1	Bilgisayar ya da telefon gibi bilgi ve iletişim araçlarını kullanma becerim iyidir.	0,814	0,891	0,870
2. Madde 2	Kullandığım bilgisayar ya da telefon gibi bilgi ve iletişim araçlarındaki basit sorunları çözebilirim.	0,818	0,900	0,879
3. Madde 3	İnternette araştırma yapma konusunda kendime güvenirim.	0,829		0,860
4. Madde 5	Bilgisayar, telefon gibi araçlar ile internette alışveriş, hastane veya bankacılık hizmetleri gibi işlemleri gerçekleştirebilirim.	0,759	0,844	0,820
5. Madde 6	İnternette aradığım bilgiye kolaylıkla ulaşırım.	0,834	0,903	0,887
6. Madde 7	Elektronik posta (e-posta) gönderip, karşıdan gelen e-postayı açabilirim.	0,800	0,882	0,862
7. Madde 8	İhtiyaç duyduğum ses, yazı, resim ya da video içeriğini internette bilgisayarım/telefonumu indirebilirim.	0,762	0,870	0,843
8. Madde 9	Sosyal medyayı (Facebook, Instagram ve Twitter gibi), rahatlıkla takip ederim.	0,884	0,823	0,778
9. Madde 10	Sosyal medyada (Facebook, Instagram ve Twitter gibi) rahatlıkla bilgi, belge, resim, ses veya video dosyası paylaşabilirim.	0,899	0,804	0,756
10. Madde 11	Dijital ortamda çevrimiçi video konferansa (Skype, Microsoft Teams, FaceTime, Whatsapp görüntülü konuşma gibi) katılabilirim.	0,883	0,782	0,730
11. Madde 13	Yeni dijital araçlar ilgimi çeker.	0,808	0,870	0,847
12. Madde 14	Günlük hayatta ihtiyaçlarımı gidermek için bilgisayar ya da telefon gibi bilgi ve iletişim araçlarını kullanmak hoşuma gider.	0,802	0,867	0,843
KMO Katsayısı= 0,936; Bartlett'in Küresellik Testi, p<0,001				
Faktör Sayısı=1	Özdeğer=8,9	Açıklanan toplam varyans= %74		
Güvenilirlik	İç Tutarlılık Cronbach-α= 0,966	Test-tekrar test güvenilirliği ICC=0,948 (0,903-0,972)		
Çıkarılan Maddeler				
Madde 4: Kullandığım bilgisayar, telefon gibi bilgi ve iletişim araçlarını internete bağlanmakta sorun yaşamam.				
Madde 12: Yeni dijital araçları kolayca kullanmayı öğrenirim.				

Tam Metin Sözlü Bildiri

Tablo 4. TTÖ'nün son halinin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri sonuçları

No	Maddeler	Açıklanan ortak varyans (communality)	Faktör Yüğü	Madde-total korelasyon
1. Madde 1	Tele-tıp uygulamaları, tam ve tedavi ile ilgili çeşitli sağlık hizmetlerine ulaşımı kolaylaştırabilir	0,853	0,919	0,901
2. Madde 2	Tele-tıp uygulamaları sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesini artırır.	0,809	0,894	0,876
3. Madde 3	Tele-tıp, sunulan sağlık hizmetlerinin maliyetlerini azaltır	0,770	0,872	0,856
4. Madde 4	Tele-tıp uygulamalarında hastaların memnuniyeti yüksektir	0,838	0,902	0,882
5. Madde 5	Tele-tıp uygulamaları hizmet sunucularının (hastane yönetimi, hekimler gibi) memnuniyetini artırır.	0,772	0,403	0,388
6. Madde6	Tele-tıp uygulamaları sayesinde kliniğine gitme ihtiyacı ortadan kalkar	0,767	0,424	0,413
7. Madde 7	Utanma, çekinme, damgalanma korkusu gibi nedenler ile rahatlıkla polikliniğe gidemeyenler için uzaktan sağlık hizmetlerine erişim daha faydalı olabilir.	0,701	0,799	0,760
8. Madde 8	Tele-tıp uygulamaları sayesinde hekime daha çabuk ulaşılabilir	0,708	0,829	0,800
9. Madde 9	Tele-tıp uygulamalarını çevremdekilere öneririm	0,786	0,878	0,859
10. Madde 10	Tele-tıp uygulamaları sayesinde doktora gelmeden uzaktan sağlık hizmeti almanın güvenilir olmadığını düşünüyorum.	0,860	0,917	0,899
11. Madde 11	Sağlık kuruluşuna ya da doktora gelmeden uzaktan sağlık hizmeti almanın tedavi ve takipte yeterli olmadığını düşünüyorum.	0,835	0,899	0,878
12. Madde 12	Tele-tıp uygulamaları ile sağlanan uzaktan sağlık hizmetleri tedavinin yanlış uygulanmasına neden olabilir	0,868	0,916	0,893
13. Madde 13	Tele-tıp uygulamalarına ulaşmak için gerekli teknik alt yapıya (bilgisayar, internet, telefon, kamera gibi) her zaman sahip olmayabilirim	0,831	0,893	0,870
14. Madde 14	Tele-tıp uygulamalarına ulaşmak için gerekli teknolojik bilgiye sahip değilim	0,627	0,765	0,730
15. Madde 15	Tele-tıp uygulamaları, herkes için uygun değildir	0,976	0,619	0,599
16. Madde 16	Tele-tıp uygulamaları, herkes için kolay değildir	0,970	0,638	0,618
17. Madde 17	Tele-tıp uygulamaları sağlık hizmetine ulaşmada eşitsizliklere neden olabilir	0,735	0,848	0,819
18. Madde 18	Sağlık kuruluşuna ya da doktora gelmeden aldığım sağlık hizmeti, sağlık kuruluşuna gelerek yüz yüze aldığım sağlık hizmeti kadar beni rahatlatmaz.	0,483	0,669	0,641
19. Madde 19	Tele-tıp uygulamaları sayesinde sağlık kuruluşuna ulaşım ve orda beklemek için zaman ayırmak zorunda kalmadığımdan kişilerin günlük işleri aksamaz.	0,791	0,855	0,822
KMO Katsayısı= 0,936; Bartlett'in Küresellik Testi, p<0,001				
Faktör Sayısı=1	Özdeğer=12,2	Açıklanan toplam varyans= %64		
Güvenilirlik	İç Tutarlılık Cronbach-α= 0,967	Test-tekrar test güvenilirliği ICC=0,923 (0,860-0,959)		

Tablo 5. YDOÖ ve TTÖ Puanlarının Dağılımı ve Puanlar Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

N=298	YDOÖ Puanı	TTÖ Puanı
Toplam Puan		
Mean±sd	74,1 ± 21,1	63,9 ± 22,8
Median (min-maks)	79,2 (18,8 - 100)	72,4 (7,9 - 93,4)
r* (p)	0,627 (<0,001)	
Düzye, n (%)		
0-40 puan	Yetersiz DO= 24 (8)	Son derece olumsuz T= 63 (21,2)
>40-60 puan	Sınırlı DO= 64 (21,5)	Olumsuz T= 26 (8,7)
>60-80 puan	Yeterli DO= 64 (21,5)	Olumlu T= 127 (42,6)
>80-100 puan	Mükemmel DO= 146 (49)	Son derece olumlu T= 82 (27,5)
Spearman korelasyon testi		

Tam Metin Sözlü Bildiri

Tablo 6. Tutum düzeyine göre bazı sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

N=298	Tele-Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutum Düzeyi		p
	Oturulu/Son derece olumlu, n=209	Oturulu/Son derece olumsuz, n=89	
Yaş, yıl			<0,001*
Ortalama	34,1±12,4	44,3±12,3	
Ortanca (min-max)	32 (18-72)	44 (19-75)	
Cinsiyet, n (%)			0,413**
Erkek	65 (31,1)	32 (36)	
Kadın	144 (68,9)	57 (64)	
Medeni Durum, n (%)			0,002**
Evli	92 (44)	59 (66,3)	
Bekar	106 (50,7)	26 (29,2)	
Dul/Bosannı	11 (5,3)	4 (4,5)	
Birlikte yaşadığı kişiler, n (%)			0,001**
Yalnız	37 (17,7)	9 (10,1)	
Eşi + çocukları	89 (42,6)	59 (66,3)	
Anne-baba + kardeşleri	69 (33)	13 (14,6)	
Diğer aile (çocuk kardeş/torun)	10 (4,8)	7 (7,9)	
Arkadaş	4 (1,9)	1 (1,1)	
Eğitim düzeyi, n (%)			<0,001**
İlkokul mezun	28 (13,4)	38 (42,7)	
Ortaokul mezun	12 (5,7)	10 (11,2)	
Lise mezun	81 (38,8)	26 (29,2)	
Üniversite mezun	88 (42,1)	15 (16,9)	
Çalışma durumu, n (%)			0,284**
Çalışıyor	72 (34,4)	25 (28,1)	
Çalışmıyor	137 (65,6)	64 (71,9)	
Aylık gelir durumu, n (%)			0,502**
İyi	12 (5,7)	3 (3,4)	
Orta	184 (88)	78 (87,6)	
Kötü	13 (6,2)	8 (9)	
Yaşadığı yer, n (%)			0,034**
Şehir merkezi	161 (77)	58 (65,2)	
Şehir merkezi dışında	48 (23)	31 (39,2)	
Psikiyatrik hastalık dışında kronik hastalık varlığı, n (%)			0,007*
Yok	167 (79,9)	58 (65,2)	
Var	42 (20,1)	31 (34,8)	
Depresif bozukluk, n (%)			0,006*
Yok	102 (48,8)	28 (31,5)	
Var	107 (51,2)	61 (68,5)	
Anksiyete bozukluğu, n (%)			0,013*
Yok	140 (67)	73 (82)	
Var	69 (33)	16 (18)	
Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, n (%)			0,038*
Yok	198 (94,7)	89 (100)	
Var	11 (5,3)	0	
Günlük internet kullanımı süresi, saat			<0,001*
Ortalama	4,2±1,9	2,7±1,7	
Ortanca (min-max)	4 (1-10)	2 (1-10)	
Sağlıkla ilgili soru/sorunları internette arama sıklığı, n (%)			<0,001**
Ara sıra	20 (9,6)	30 (33,7)	
Bazen	28 (13,4)	19 (21,3)	
Sıklıkla	50 (23,9)	17 (19,1)	
Her zaman	111 (53,1)	23 (25,8)	
İletişim ve bilgi amaçlı akıllı telefon kullanımı, (%)			0,738*
Yok	7 (3,3)	4 (4,5)	
Var	202 (96,7)	85 (95,5)	
İletişim ve bilgi amaçlı bilgisayar kullanımı, (%)			0,006**
Yok	160 (76,6)	81 (91)	
Var	49 (23,4)	8 (9)	
En çok kullanılan çevrimiçi sağlık bilgi kaynağı "Sağlıkla ilgili literatür kaynakları (Google akademik, pubmed, tıp dergileri gibi)", n (%)			0,001**
Yok	161 (77)	84 (94,4)	
Var	48 (23)	5 (5,6)	
Dijital Okuryazarlık Puanı			<0,001*
Ortalama	81,3±16,9	57,4±20,1	
Ortanca (min-max)	85,4 (33,3-100)	50 (18,8-100)	
Dijital Okuryazarlık Düzeyi, n (%)			<0,001**
Yeterli/Mükemmel	177 (84,7)	33 (37,1)	
Yetersiz/Sarh	32 (15,3)	56 (62,9)	

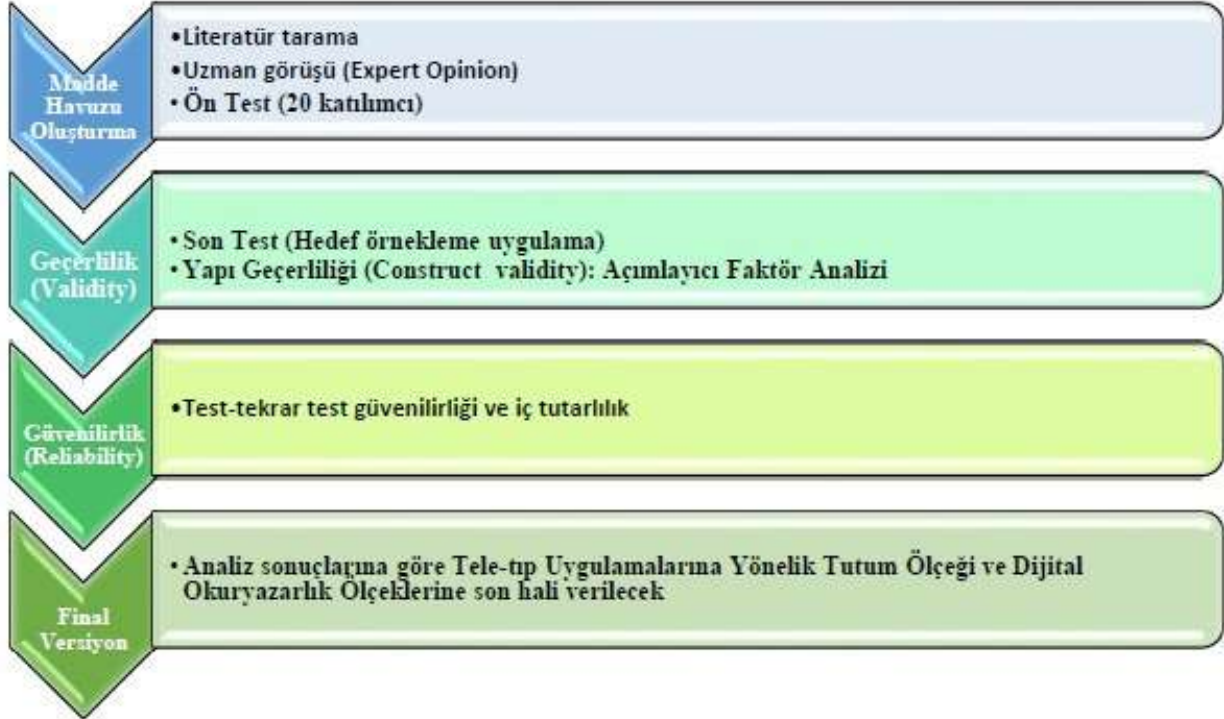
* Mann-Whitney-U testi ** K-S-kare Testi

Tam Metin Sözlü Bildiri

Tablo 7. Tele-tıp uygulamalarına yönelik olumsuz tutum üzerine etkili risk faktörlerinin Multivariate Lojistik Regresyon Analizi ile değerlendirilmesi

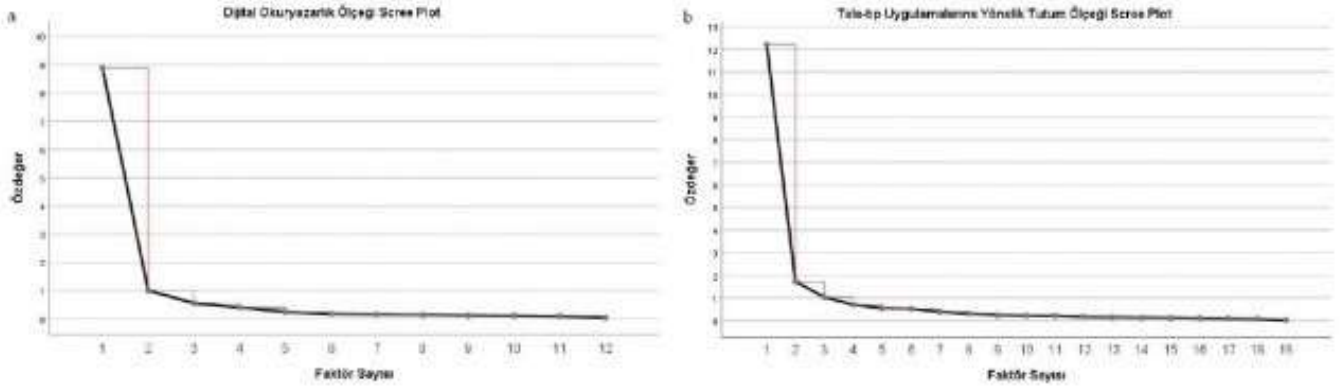
	Multivariate Lojistik Regresyon Modeli*	
	Adjusted OR (%95 GA)	p
Yaş: ≤40 yaş (ref: ≥41 yaş)	1,19 (0,53-2,68)	0,669
Medeni durum: Evli (ref: dul/boşanmış/bekar)	0,85 (0,43-1,70)	0,651
Eğitim durumu: İlkokul/ortaokul (ref: lise/üniversite)	1,32 (0,64-2,76)	0,446
Yaşadığı yer: Merkez (ref: şehir merkezi dışı)	1,12 (0,58-2,18)	0,739
Psikiyatrik hastalık dışında kronik hastalık varlığı (ref: yok)	0,92 (0,46-1,84)	0,806
Depresif bozukluk varlığı (ref: yok)	1,48 (0,68-3,22)	0,325
Anksiyete bozukluk yokluğu (ref: var)	1,18 (0,48-2,89)	0,714
Günlük internet kullanım süresi <4 saat (ref: ≥4)	1,37 (0,68-2,75)	0,380
İnternette sağlıkla ilgili arama sıklığı: ara sıra/bazen (ref: her zaman/sıklıkla)	1,77 (0,92-3,43)	0,089
İletişim ve bilgi amaçlı kullanılan dijital teknoloji: bilgisayar (ref: kullanmama)	2,08 (0,83-5,25)	0,121
Çevrimiçi bilgi kaynağı: Sağlıkla ilgili literatür kaynakları kullanımı (ref: kullanmama)	0,59 (0,21-1,72)	0,337
Dijital okuryazarlık düzeyi: Yetersiz/sınırlı (ref: Yeterli/mükemmel)	4,76 (2,15-10,54)	<0,001

Univariate analizlerde p<0,05 olan değişkenler (Tablo 8,9 ve 10) multivariate analize dâhil edilmiştir. OR: Odds Ratio, GA: Güven Aralığı

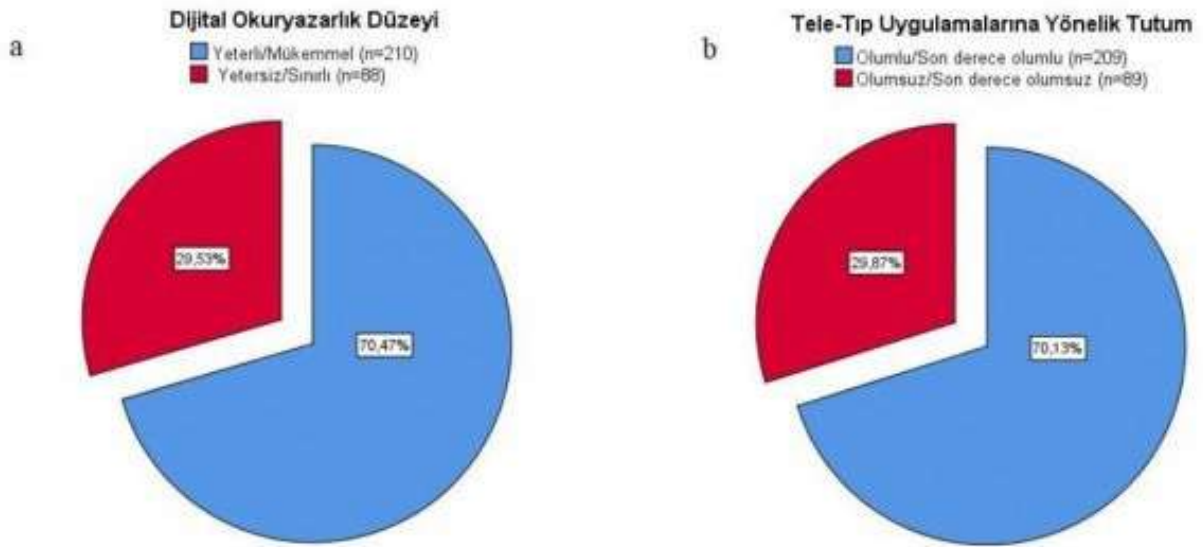


Şekil 1. Ölçek geliştirme basamakları

Tam Metin Sözlü Bildiri



Şekil 2. Ölçeklere ait Özdeğer Eğim
(Ölçeklere ait Özdeğer Eğim (Yamaç-Birikinti/Scree-Plot) Grafiği)



Şekil 3. Hastaların dijital okuryazarlık (a) ve tele-tıp uygulamalarına yönelik tutumlarına (b) göre dağılım grafiği

Anahtar Kelimeler: Tele-tıp, Telepsikiyatri, Dijital okuryazarlık, Psikiyatrik bozukluk, COVID-19

Özet Sözlü Bildiri

S53

GÖZLEMSEL ARAŞTIRMALAR İÇİN TAMAMLAYICI BİR BİAS RİSK DEĞERLENDİRME ARACI (BİRDA): METODOLOJİK BİR ÇALIŞMA

Ferhat YILDIZ¹, Pınar OKYAY²

¹Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Türkiye

²Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Türkiye

Giriş ve Amaç: Sağlık araştırmalarında çok sayıda yan tutma (bias) değerlendirme aracı geliştirilmiştir. Bununla birlikte, bu araçların içerik olarak yetersiz olması ve kullanım zorluğundan dolayı sağlık araştırmalarında kullanımı genellikle kısıtlı düzeydedir. Bu araştırmanın amacı; kolay kullanılabilen, kapsamlı, maliyet ve zaman etkin bir yan tutma kontrol aracı geliştirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Bu metodolojik araştırma; Haziran 2018 – Haziran 2020 tarihleri arasında yürütüldü. Araştırmanın etik izni Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 13.06.2019 tarihinde 2019/93 protokol numarası ile alındı ve 06.08.2020 tarihinde araştırma sonuç raporu ile Etik Kurul Uygunluk Onayı alınarak araştırma süreci sonlandırıldı. Araştırma için herhangi bir finansal destek alınmamış olup, giderler araştırmacılar tarafından karşılandı. Araştırma sürecinde herhangi bir çıkar çatışması olmadı. Araştırma basamakları; yan tutma değerlendirme aracında sorgulanacak maddeler için literatür taraması, uzman görüşlerinin alınması, Delphi panelleri, bias risk değerlendirme aracının ana hatlarının oluşturulması ve içerik geliştirilmesi, istatistiksel analiz ve araştırma sonucunun raporlanması şeklinde gerçekleştirildi. Literatür taraması, araştırmacılar tarafından belirlenmiş anahtar kelimeler ile gerçekleştirildi. Uzman görüşlerini alabilmek için "Uzman Değerlendirme Formu" geliştirilip kullanıldı. Formun içeriğinde, tanımlayıcı demografik bilgiler ve değerlendirilmesi istenen yan tutma ile ilgili maddeler bulunmaktaydı. Uzmanlardan her bir maddeyi "gerekli, gerekli/yetersiz, gereksiz" olarak kapalı uçlu ve "öneri" şeklinde açık uçlu olarak değerlendirmesi istendi. Uzman görüşlerinin alınmasından sonra, Kapsam Geçerlilik Oranı (KGO) değeri sıfır ve altında olan maddeler ile maddelerle ilgili diğer öneriler Delphi oturumlarında değerlendirildi. Kapsam geçerliliği çalışması, uzman görüşüne dayalı olarak yapıldı. Delphi panelleri toplam üç kere olmak üzere, iki farklı şehirde gerçekleştirildi. Geliştirilen aracın adının Bias Risk Değerlendirme Aracı (BiRDA) olmasına karar verildi. Kesitsel araştırmalar için BiRDA-Ke, vaka kontrol araştırmaları için BiRDA-VK, kohort araştırmaları için BiRDA-Ko olarak kullanılması kabul edildi. Tanımlayıcı istatistikler; frekans ve yüzde olarak sunuldu. İstatistiksel analizler, SPSS 26.0 (MacOS) paket programı ile yapıldı.

Bulgular: 67 uzmana toplam 71 adet uzman değerlendirme formu gönderildi ve bu formların 44'üne geri dönüş sağlandı. Kesitsel araştırmalar için 77 maddelik, vaka kontrol araştırmaları için 80 maddelik ve kohort araştırmalar için 82 maddelik uzman değerlendirme formu gönderildi. Geri dönüş yapan uzmanların 17'si (%38,6) e-posta yolu ile, 14'ü (%31,8) posta (kargo) yolu ile, 11'i (%25,0) elden teslim ederek, ikisi (%4,6) whatsapp uygulaması ile görüşlerini ilettiler. İçerik geçerliliği değerlendirildiğinde; sırasıyla 7 madde (%9,1), 14 madde (%17,5) ve 12 madde (%14,5) yetersiz olarak bulundu. Delphi panellerinin sonucunda; 68 maddelik BiRDA-Ke, 69 maddelik BiRDA-VK ve 70 maddelik Ko araçları geliştirildi. Her bir araçta üç başlık ve bu başlıklarda toplam 12 alt başlık bulunmakta olup BiRDA'da yer alan maddeler bu alt başlıklarda değişen sayılarda yer almaktaydı. Alt başlıklarda; temel öğeler, literatür okuma/tarama, örnek seçimi ve örneklem, anketör/denetçi özellikleri, anket/veri toplama formu, hatırlama faktörleri, ölçüm özellikleri, iletişim özellikleri, veri kaynağı özellikleri, literatür okuma/tarama/kullanma, veri girişi/analizi/sunumu, bulguların yorumlanması/yayımlanması yer almaktaydı. Alt başlıklar, sırasıyla ilk üçü araştırma verilerini toplamadan önce, sonraki altısı araştırma verilerini toplarken ve son üçü araştırma verilerini topladıktan sonra olası yan tutma kaynakları başlıkları altında yer almaktaydı. COVID-19 pandemisi nedeniyle BiRDA'nın güvenilirlik çalışması yapılamamış olup, ilerleyen dönemde yapılması planlandı.

Sonuç: BiRDA, gözlemsel sağlık araştırmaları için yan tutmayı değerlendirme aracı olarak kullanılabilir. Ayrıca, bu tür araçların kullanımı genellikle pratik olmadığı için mobil / internet uygulaması olarak kullanımı veya ileri çalışmalarda yapay zekâ teknolojileri ile kullanımı kolaylaştırılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Bias, Sağlık Hizmetleri Araştırması, Bilimsel Suistimal, Bias Risk Değerlendirme Aracı, BiRDA

Özet Sözlü Bildiri

S54

HACETTEPE SAĞLIK KOHORTU KATILIMCILARININ SAĞLIK DURUMLARININ BEYANA GÖRE VE KLİNİK AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Mustafa Enes ÖZDEN¹, Ahmet SERTÇELİK², Eda KARADOĞAN², Hanife UZAR², Mithat TEMİZER², Şeyma Aliye KARA³, Bilal BUZGAN¹, Damla ÖZYÜREK¹, Alparslan ALP⁴, Aşlı PINAR⁵, Bahar GÜÇİZ DOĞAN¹, Burçin ŞENER⁴, Deniz YÜCE⁶, Duygu AYHAN BAŞER⁷, Hilal AKSOY⁷, İzzet FİDANCI⁷, Lütfiye Hilal ÖZCEBE¹, Murat AKOVA⁸, Nursel ÇALIK BAŞARAN⁹, Oytun PORTAKAL⁵, Şehnaz ALP⁸, Volkan ARSLAN¹⁰, Zeliha Günnur DİKMEN⁵, Banu ÇAKIR²

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Türkiye

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Epidemiyoloji Bilim Dalı, Türkiye

³Ağrı İl Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

⁴Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Türkiye

⁵Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Türkiye

⁶Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kanser Enstitüsü Prevanatif Onkoloji Anabilim Dalı, Türkiye

⁷Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Türkiye

⁸Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Türkiye

⁹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD, Türkiye

¹⁰Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, Türkiye

Giriş: Tıp ve Diş Hekimliği Fakülteleri öğrencileri yoğun ders ve sınav programlarına ek olarak klinik stajların başlamasıyla, aktif hasta bakımında da rol alarak “çok riskli çalışma ortamına” katılmaktadırlar. Bu çalışmada öğrencilerin sosyodemografik özellikleri, hastalıkları, psikolojik sağlamlıkları beyana dayalı incelenerek; klinikte antropometrik ölçümleri ve fizik muayeneleri yapılmış; hemogram, kan biyokimya değerleri ölçülmüştür.

Yöntem: Çalışmada Hacettepe Öğrenci Sağlık Kohortu (HU-CoVaCS) verileri, kişi özelinde, kohorta katılım tarihleri itibarıyla, toplamda 1120 kişi için kesitsel olarak analiz edilmiştir. Açık kohort kapsamında Diş Hekimliği Dönem 4,5 ve Tıp Fakültesi Dönem 4-6 öğrencileriyle üç ardışık ziyaret (Haziran 21, Ekim 21, Mayıs 22) gerçekleştirilmiştir; her ziyarette ilk kez katılıma izin verilmiştir. Araştırma için sırasıyla Sağlık Bakanlığı, HÜ-Klinik Araştırmalar Etik Kurulu ve TİTCK'dan onay alınmıştır. Aydınlatılmış onam verenlerden, onayladıkları maddelere göre: (çevrimiçi doldurulan) sosyodemografik özellikler ve sağlık sorularına ait anketi, DSÖ Yaşam Kalitesi ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçekleri uygulanmış; antropometrik ölçümler, vital bulgular, tansiyon ölçümleri ile fizik muayene ve laboratuvar testleri tamamlanarak, istatistik analizler yapılmıştır. Kişisel verilerin korunması için öğrenciler onam sürecinden itibaren bireysel kodlamalar ile çalışmada yer almıştır. Araştırma 8 departman desteğiyle gerçekleştirilmiştir. İstatistiksel analizlerde sayı (%) ve ortanca değerler hesaplanmıştır. Araştırma bütçesi HÜ BAP tarafından karşılanmış olup, yazarların herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Bulgular: 2021-2022 yıllarında eğitime devam ederek, başlangıç anketini dolduran öğrencilerden, onam verenlerin, ölçek (n= 1113), fizik muayene (n= 1054), kan sonuçları (n= 875) tam olanlar analizlerde incelenmiştir. Katılımcıların %53,1'i erkek; %84,6'sı Tıp Fakültesi öğrencisidir; %28,2'si üniversite öncesinde Ankara'da yaşamakta iken %3,4'ü ise yurt dışından gelmiştir. Katılımcıların %43,3'ü ekonomik durumlarını “iyi-çok iyi” olarak belirtmektedir; “kötü-çok kötü” %5,4'dür. Katılımcıların %30,0'ı yurtda, %33,6'sı ailesi ile; %36,4'ü ise evde tek/arkadaşlarıyla yaşamaktadır. Katılımcıların %2,3'ü kendilerini sağlıksız hissetmekte iken; %30,5'inin doktor tarafından tanı konmuş en az bir rahatsızlığı bulunmakta ve %22,8'i en az bir ilaç kullanmaktadır. Katılımcıların %76,1'inin tansiyon değerleri ve %68,6'sının vücut-kitle indeksi (VKİ) normal sınırlarda bulunmuştur. Halen herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanan 104 katılımcının sadece %29,8'inin psikiyatrik hastalık tanısı olduğunu belirtmesi dikkat çekicidir. Kısa psikolojik sağlamlık ölçeğinden alınan

Özet Sözlü Bildiri

toplam puan ortanca (en küçük-en büyük) değeri 19,0 (6,0-30,0)'dur. DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları ortanca (%25-%75) değerleri; genel, fiziksel, psikolojik sağlık için sırasıyla 62,5 (50,0-75,0), 75,0 (64,3-82,1), 62,5 (50,0-70,8); fiziksel ve sosyal çevre için sırasıyla 65,6 (56,2-75,0) ve 66,6 (50,0-75,0) olarak hesaplanmıştır. Herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanmayanların DSÖ yaşam kalitesi ölçeği psikolojik sağlık puanları ilaç kullananlara göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuş ($p=0,005$); kısa psikolojik sağlamlık ölçeğinden alınan puanlar arasında benzer bir fark tespit edilmemiştir. Katılımcıların %33,8'i beslenmesini "yeterli ve dengeli" bulurken; düzenli kahvaltı yapma (%54,5) ve haftada en az 3 defa fiziksel aktivite (%30,1) yaygınlığı beklenenden düşüktür. Katılımcıların %21,2'si sigara içmekte, %48,2'si alkollü içecek tüketmektedir. Açlık kan testlerinde: HbA1c değeri yüksekliği %6,9, normal üzeri total kolesterol değeri %29,5 katılımcıda saptanmış; bir öğrenciye yeni DM tanısı konmuştur. Katılımcıların D vitamini ortanca (en küçük-en büyük) değeri 20,14 ng/ml (5,06-93,60) bulunmuş; 10 öğrenciden birinde ciddi (<10 ng/ml) vitamin D eksikliği saptanmıştır. Katılımcıların %9,8'inde anemi saptanmıştır. VKİ <30 kg/m², tansiyonu <90/140 mmHg ve (D vitamini, hemoglobin, hematokrit, trombosit, total kolesterol, HbA1c) laboratuvar değerleri normal sınırlar esas alındığında öğrencilerin sadece %15,3'ünün normal sınırlarda olması dikkat çekicidir.

Sonuç: Öğrenciler arasında sağlık açısından riskli grupta veya anormal değerlere sahip olanların sayısının yüksekliği endişe vericidir. Bireysel düzeyde yönlendirmeler yapıldıysa da, fakülte yönetimleri tarafından belirli aralıklarla öğrencilerde taramaların yapılması, sağlıklı yaşam alışkanlıkları kazandırılması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Öğrenci, Sağlık Durumu, Biyokimya Testleri, İlaç Kullanımı

Özet Sözlü Bildiri

S55

**COVID-19 BÖLGESEL RİSK FAKTÖRLERİ:
İSTANBUL ÖRNEĞİNDEN EKOLOJİK BİR ÇALIŞMA**

Bekir AKTURA¹, Hülya AKAN²

¹Güneştepe Aile Sağlığı Merkezi, Türkiye

²İstanbul Medipol Üniversitesi, Türkiye

Giriş ve Amaç: Çalışmamızda ilçe bazlı COVID-19 yoğunluğuna etki eden yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni hal, gelir durumu, aylık sağlık harcaması, aylık alkol-tütün harcaması, aylık eğitim harcaması gibi sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik verilerin araştırılması amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız ekolojik bir çalışma olup, İstanbul'da COVID-19 pandemisinin en yoğun pikinin yaşandığı Aralık 2021-Mart 2022 tarihleri arasında, İstanbul'un ilçeleri için Aktura ve arkadaşları tarafından 2021 yılında geliştirilen model ile hesaplanan risk skorlaması ile COVID-19 yoğunluğu belirlenmiştir (Aktura, Bekir, et al. «Hayat Eve Sığar uygulaması yoğunluk haritasından İstanbul'un ilçeleri ve bölgelerinin COVID-19 riskinin skorlanması.» Ankara Medical Journal 2021). Belirlenen ilçelere ait COVID-19 yoğunluğu ile ilçelere ait sosyodemografik ve sosyoekonomik verilerin korelasyon analizi yapılmıştır. Çalışmamız için Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu ile Sağlık Bakanlığından onay alınmıştır.

Bulgular: En düşük riskli dört ilçe sırası ile Şile, Çatalca, Adalar ve Silivri idi. En yüksek riskli dört ilçe sırası ile Gaziosmanpaşa, Bağcılar, Bahçelievler ve Kağıthane idi. İlçelere ait COVID-19 yoğunluğu ile ilçenin yüzölçümü($p<0,001$ $r=-0,570$), ilçede kilometrekare başına düşen insan sayısı($p<0,001$ $r=0,853$), ilçe toplam nüfusu($p<0,001$ $r=0,586$), ilçedeki 65 yaş üzeri nüfus($p<0,001$ $r=0,537$) anlamlı olarak korele idi. Gelir, aylık sağlık harcaması, aylık alkol-tütün harcaması, aylık eğitim harcaması ile korele değildi.

Sonuç: Nüfus sayısı ve nüfus yoğunluğu bölgesel olarak COVID-19 için bir risk faktörüdür. Kalabalık ve sıkışık şehirler salgın hastalıklarda riskli yerlerdir.

Beyan: Çıkar çatışması yoktur.

Destek: Sosyo-ekonomik ve sosyo-demografik veriler İstanbul Aile Hekimliği Derneğinin (İSTAHED) desteği ile Reidin Data Analytcs Şirketinden satın alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, bölgesel, risk

Özet Sözlü Bildiri

S56

KANAL HASUDER'DE 2020-2021/ 2021-2022 YAYIN DÖNEMLERİNDE YAYINLANAN WEBİNERLERİN İZLENME ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bengü Nehir BUĞDAYCI YALÇIN¹, Lütfi Saltuk DEMİR², İlke KARADAĞLI ÜÇÜNCÜ³,

Salih KESKİN⁴, Alp ERGÖR⁴, Beyhan Cengiz ÖZYURT⁵

¹Adıyaman Besni İlçe Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

²Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD., Türkiye

³İstanbul Büyükçekmece İlçe Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

⁴Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD., Türkiye

⁵Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD., Türkiye

Giriş: Günümüzde Youtube gibi sosyal medya araçları bilgiye ulaşma yolu olarak yaygın bir şekilde kullanılmakta ve geleneksel yöntemlerin yerini almaktadırlar. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği YouTube kanalında (Kanal HASUDER) yayınlanan webinarler izleyici kitlesine 2012 yılından beri eğitim ve güncel mesleki sorunları tartışabilme olanağı ve yaratmıştır. Bu çalışmada; Kanal HASUDER'de 2020-2021/2021-2022 yayın dönemlerinde yayınlanan webinarlerinin izlenme özelliklerini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki çalışmamızda Kanal HASUDER'de 2020-2021 (17.08.2020-16.08.2021) ve 2021-2022 (17.08.2021-16.08.2022) yayın dönemlerinde yayınlanmış webinarlerin özelliklerine ait veriler Youtube istatistik sistemi üzerinden alınarak, incelenmiştir. Videolar; konu, izlenme sayısı, izlenme süresi, izleyicilerin cinsiyeti ve yaşı, videoların hangi cihazdan ve konumdan izlendiği, toplam görüntülenme sayısı, toplam izlenme süresi ve ortalama görüntülenme süresi değişkenleri açısından değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde Youtube uygulamasının analizleri doğrudan kullanılmış, istatistiksel bir analiz yapılmamıştır. Etik kurul izni alınmamıştır. Ortalama görüntülenme süresi; seçilen tarih aralığı, bölge ve diğer filtrelere göre görüntülenme başına tahmini ortalama dakika cinsinden izlenme süresidir. Görüntülenme sayısı; her video için yapılan geçerli görüntüleme sayısı olarak tanımlanmaktadır. Toplam izlenme süresi ise saat cinsinden bu süreçlerde kaydedilen toplam süre olarak yansımaktadır. Ortalama izlenme süresi ise; dakika cinsinden seçilen video ve tarih aralığı için izleme başına düşen ortalama izlenme süresidir. Çalışma yapılırken finansal destek alınmadı. Yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Bulgular: Webinar çalışma grubu tarafından 2020-2021 yayın yılında 14, 2021-2022 yılında 18 adet olmak üzere toplam 32 video yayınlanmıştır. Bu videoların konuları incelendiğinde ise; %19.0'nın bulaşıcı olmayan hastalıklar, %15.6'sının bulaşıcı hastalıklar, %15.6'sının lisans ve uzmanlık eğitimi hakkında videolar olduğu tespit edildi. 2020-2021 yayın döneminde kanaldaki videoların toplam görüntüleme sayısı 61281, ortalama görüntülenme süresi 5:56 dk, videoların izlenme süresi 6075.9 saattir. En çok izlenen 3 webinar programları; 8293 kez ile Örneklerle G-Power, 4003 kez ile BIOS- Etki Büyüklüğü, Güç Analizi, G-Power ve 3488 kez ile Araştırmalarda Örneklem Seçimi ve Örnek Büyüklüğü olarak belirlendi. 2021-2022 yayın döneminde videoların toplam görüntülenme sayısı 46955, ortalama görüntülenme süresi 6:27 dk, izlenme süresi 5057.4 saat olarak tespit edildi. Dönem içerisinde en çok izlenen üç webinar programları; 7621 kez ile Örneklerle G-Power, 2412 kez ile Hastalık Yönetim Platformu, 1907 kez ile de BIOS-Etki büyüklüğü, Güç Analizi, G-Power olduğu saptandı. 2020-2021 yayın döneminde videoları görüntüleyen izleyicilerin özellikleri incelendiğinde; %60.6'sının kadın, %52.8'inin 25-34 yaş grubunda olduğu, %17.2'sinin kanala aboneliğinin olduğu, %58.6'sının videoları bilgisayardan izlediği saptandı. Ortalama görüntülenme süresine bakarak kanalın en çok izlendiği üç ilin; Ankara, İstanbul ve Bursa olduğu bulundu. 2021-2022 yayın döneminde videoları görüntüleyen izleyicilerin özellikleri incelendiğinde ise; %56.0'nın kadın, %55.6'sının 25-34 yaş grubunda, %15.5'inin aboneliğinin olduğu, %63.6'sının videoları bilgisayardan izlediği görüldü. Ortalama görüntülenme süresine bakarak kanalın

Özet Sözlü Bildiri

en çok izlendiği üç ilin; Antalya, Denizli ve Erzurum olduğu tespit edildi. 45-54 yaş grubunun ise her iki yayın döneminde de toplam izleyici içerisinde oranının az olmasına rağmen videoları daha uzun süre izlediği saptandı.

Sonuç Ve Öneriler: Biyoistatistik konularını içeren videoların iki yayın döneminde de daha yüksek sayıda izlendiği görüldü. Bunun yanında dönemsel olarak önem arz eden konular da izlenme sayısı olarak fark edilir düzeyde ön plana çıkmaktadır. Kanalda yayınlanan videoları en çok izleyenler 25-34 yaş grubunda olduğu ancak ortalama görüntüleme süresine bakıldığında zaman 45-54 yaş grubunun videoları daha uzun süre izlediği saptanmıştır. İzleyiciler arasında kadınların ve abone olmayanların çoğunluğu oluşturduğu tespit edilmiştir. Farklı yaş gruplarına ve geniş kitlelere yönelik videoların yayınlanması izlenme oranlarını önemli ölçüde artırabilir. Bu amaçla halk sağlığı alanında yüksek lisans, doktora yapanlar ve araştırma görevlileri, uzmanlar, öğretim üyeleri dahil tüm halk sağlığı çalışanlarından içerik hazırlama konusunda destek alınması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: webinar, uzaktan eğitim, youtube, çevrimiçi toplantı

Özet Sözlü Bildiri

S57

**TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN SOSYAL MEDYA BAĞIMLILIĞI İLE
AKADEMİK BAŞARILARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Hasan KÜÇÜKKENDİRCİ, Esra HACILAR, Enes KASAPOĞLU, Elif İNCEYOL ALICI

NEÜ Meram Tıp Fakültesi, Türkiye

Giriş ve Amaç: Bağımlılık; bireyin belirli bir davranışı tekrarlayarak iyi hissetmesi, yapmadığında kendini kötü hissetmesi ve bu davranış ona zarar verse bile vazgeçememesidir. Sosyal medya bağımlılığı; kişilerin sosyal medyada çok fazla zaman geçirmeleri ve buna bağlı psikolojik, sosyal ve fiziksel sorunlar yaşamalarıdır. Amacımız Meram Tıp Fakültesi 4, 5 ve 6.sınıf öğrencilerinin sosyal medya bağımlılık düzeylerini, bağımlılıkla ilişkili faktörleri ve bağımlılık düzeyinin akademik başarılarına etkisini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma kesitsel tipte bir çalışmadır. Çalışma için yerel etik kuruldan (Karar no:2022/3949 Tarih: 09.09.2022) ve dekanlıktan izin alınmıştır. Çalışmamızda finansal destek alınmamıştır ve bir kişi ya da kurumla çıkar çatışması bulunmamaktadır. Evren, 2022-2023 öğretim yılında Meram Tıp Fakültesi 4, 5 ve 6. sınıfta eğitim alan öğrencilerden oluşmaktadır. Örneklem büyüklüğü G-Power programıyla %5 hata payı, %99 güç ve orta etki büyüklüğü (0,25) ile tek yönlü varyans analizi baz alınarak 3 grup için 348 kişi hesaplanmış ve gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Çalışma 10.09.2022-30.09.2022 tarihleri arasında sözlü onam veren 352 öğrenciye, literatür taranıp 3 bölümden oluşan veri toplama formu geliştirildikten sonra yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. Formun ilk bölümü kişilerin sosyodemografik özellikleri ve not ortalamaları , ikinci bölümü sosyal medya kullanımları ve ilişkili faktörler, son bölüm ise Şahin (2018) tarafından geliştirilen "Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği-Öğrenci Formu"ndan (SMBÖ-ÖF) oluşmaktadır. Ölçek Likert tip beşli derecelendirmeli, 29 madde ve sanal tolerans(ST), sanal iletişim(Sİ), sanal problem(SP) ve sanal bilgilenme(SB) olmak üzere 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 29, en yüksek puan 145'dir. Kendini başarılı hissetme, dersler sırasında sosyal medya kullanımı, sosyal medya kullanımının derslerinde ve stajlarındaki başarısını etkileme, sosyal medya kullanımı sebebiyle ders çalışmayı erteleme, pandemi sırasında sosyal medya kullanımının değişimi bağımsız değişkenler, ölçek puanı bağımlı değişkendir.

İstatistiksel analizi için SPSS 27.0 paket programı kullanılmıştır.Verilerin özetlenmesinde; ortalama±standart sapma veya ortanca ve 1.-3. çeyreklik değerleri ile sayı ve yüzdeler kullanılmıştır. Analizde independent sample t testi, Mann-Whitney-U, ANOVA , Kruskal-Wallis, Spearman korelasyon testleri, post hoc analizde Tamhane testi ile Mann-Whitney U testi ve Bonferroni düzeltmesi kullanılmıştır, p <0,05 olan durumlar anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Öğrencilerin %62,8'i kadındı, yaş ortalamaları 22,73±1,45 idi, %36,1'i 4.sınıf , %33,1'i 5.sınıf, %31,1'i 6.sınıftı, %33,4'ü ailesinin yanında kalmaktaydı. Günlük uyku süresi ortalaması 7,07±1,05 saat, günlük sosyal medyada geçirilen süre ortalaması 2,61±1,50 saatti, %69'u sosyal medyayı gelişmelerin takibi için kullanmaktaydı, %79'unun dönem veya staj tekrarı yoktu, %61,6 kendini başarılı hissediyordu. Öğrencilerin not ortalaması 72,71±10,83 puandı. Sosyal medya kullanımı %82,1'sinin ders çalışmayı ertelemesine neden olmaktaydı, %57,4'ü dersler sırasında sosyal medyayı kullanmaktaydı. Öğrencilerin %70,5'i COVID-19 pandemisi sonrası sosyal medya kullanımının arttığını belirtti. Ölçekten aldıkları puan ortalamaları toplam:65,78±16,55, ST alt boyutu:11,56±3,80, Sİ alt boyutu:19,04±6,07, SP alt boyutu: 17,76±6,03, SB alt boyutu:17,40±4.53 olarak bulundu.

Toplam ölçek puanı, kendini derslerinde başarılı hissetmediğini, dersler sırasında sosyal medyayı kullandığını, sosyal medya kullanımının derslerinde ve stajlarındaki başarısını olumsuz etkilediğini, sosyal medya

Özet Sözlü Bildiri

kullanımı sebebiyle ders çalışmayı ertelediğini, pandemi sırasında sosyal medya kullanımının arttığını belirten öğrencilerde daha yüksekti. ($p<0,05$).

Öğrencilerin ölçek puanları ile not ortalamaları arasında negatif, sosyal medya hesap sayıları arasında pozitif anlamlı zayıf düzeyde korelasyon, sosyal medyada geçirdikleri ortalama süre arasında anlamlı orta düzeyde pozitif korelasyon saptandı ($p<0,05$).

Sonuç: Öğrencilerin çoğunluğunun değişik düzeylerde bağımlı olduğu görülmüştür. Bağımlılık puanı yükseldikçe not ortalamalarının azaldığı görülmüştür. Okullarda sosyal medya bağımlılığı konusunda bilinç düzeyini artırıcı faaliyetler düzenlenebilir. Öğrencilerin derslere daha aktif katılımı için düzenlemeler yapılabilir.

Anahtar Kelimeler: Sosyal medya, bağımlılık, akademik başarı

Özet Sözlü Bildiri

S58

CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE İNTERNET VE SOSYAL MEDYA BAĞIMLILIĞI PREVALANSI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRMESİ

Uğurcan SAYILI¹, Betül Zehra PİRDAL¹, Büşra KARA¹, Nurefşan ACAR², Emirhan CAMCIOĞLU²,
Erkin YILMAZ², Günay CAN¹, Ethem ERGİNÖZ¹

¹İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

²İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Türkiye

Giriş: Değişen dünyada internet ve sosyal medya kullanımı günlük hayatın bir parçası haline gelmiştir. Ancak bu teknolojilerin aşırı ve kontrolsüz kullanımı davranışsal bir bağımlılığa neden olabilmektedir. Bu çalışma, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi öğrencilerinde internet bağımlılığı (İB) ve sosyal medya bağımlılığı (SMB) prevalansını belirlemeyi ve ilişkili demografik, sosyokültürel faktörleri ve risk faktörlerini değerlendirmeyi amaçlamıştır.

Materyal ve Metot: Bu araştırma kesitsel tipte bir araştırma olup, 28 Nisan 2022- 25 Haziran 2022 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırma için İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan etik onay (26.04.2022-368021) alınmıştır. Araştırmanın evrenini 2021-2022 eğitim öğretim döneminde Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde öğrenim gören 2580 öğrenci oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem büyüklüğü OpenEpi ile hem İB hem de SMB için hesaplanmış aralarından yüksek olan kabul edilmiştir, kullanılan parametreler:N:2580,αyanılmapayı:0.05,İBprevalansı:%15,sapma:%5,SMBprevalansı%6,sapma:%3 alınarak İB için 183, SMB için 221 hesaplandı. Örneklem yöntemi olarak küme örneklem kullanılmıştır. Örneklem büyüklüğü sınıf mevcutlarına göre ağırlıklandırılarak her sınıftan alınması gereken öğrenci sayıları belirlendi ve belirlenen öğrenci sayılarını kapsayacak düzeyde küme her sınıftan basit rastgele yöntemle seçilmiştir. Araştırmacılar tarafından literatürden derlenerek oluşturulan anket formu katılımcılara sınıf ortamında uygulanmıştır. Anket formunda; Demografik, sosyoekonomik ve yaşam özelliklerine dair sorular, Young'ın İnternet Bağımlılığı Kısa Ölçeği ve Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı ölçeği yer almaktadır. Young İnternet Bağımlılığı testinin Cronbach alfa değeri 0.93, Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeğinin 0.83 ve iki ölçeğin de yüksek faktör yüklerine sahip olduğu ve Türkçe için geçerli-güvenilir olduğu bildirilmiştir.

Araştırmanın verileri IBM SPSS v21.0 istatistik programı ile analiz edilmiştir. Hipotez testleri olarak, Ki-kare testi, Fisherin kesin testi, Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. İB'nin risk ve koruyucu faktörlerini aydınlatmak için çok değişkenli lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. SMB saptanan kişi sayısı az olduğu için bu değişken için lojistik regresyon uygulanmamıştır.

Bulgular: Sınıflara göre katılım hızı 1.sınıflarda %11.3 (n:48), 2.sınıflarda %12.1 (n:44), 3.sınıflarda %8.6 (n:33), 4.sınıflarda %8.9 (n:38), 5.sınıflarda %13.3 (n:60), 6.sınıflarda %10.8 (n:57) olup toplam 280 öğrenci çalışmaya katılmıştır. İB sıklığı %16.1, SMB sıklığı %6.1 bulunmuştur. Erkeklerde İB %17.2, SMB %4.8 olarak bulunurken, kadınlarda İB %14.8, SMB %7.4 bulunmuştur. İB prevalansı en düşük olan 6.sınıf öğrencileri iken (%8.8) en yüksek olan 3.sınıf öğrencileriydi (%36.4) ve 3.sınıflarda 6.sınıflara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0.025). SMB prevalansı, sınıf düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı farklılık göstermemektedir (p:0.679). İB ve SMB için cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p: 0.581; 0.366). İB ve SMB, aylık aile geliri 10,000 TL'nin üzerinde olanlarda (p:0.029; 0.010), sağlık durumunu kötü olarak bildirenlerde (p:0.014; 0.003), haftada ikiden daha az fiziksel aktivite yapanlarda (p:0.020; 0.002) diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ayrıca İB, ayda bir veya daha az kitap okuyanlarda anlamlı düzeyde yüksektir (p:0.022). Çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile, İB ile, ayda en az bir kez kitap okuma OR= 0.38 (%95GA:0.18-0.82), yaşam memnuniyetinin yüksek olması OR= 0.80 (%95GA:0.66-0.97), haftada en az iki kez fiziksel aktivite yapma OR= 0.42 (%95GA: 0.20-0.85), interneti en sık

Tam Metin Sözlü Bildiri

iletişim amaçlı kullanma OR= 0.43 (%95GA: 0.19-0.97) ve 3.sınıfta olma OR= 9.86 (%95GA:2.73-35.56) ilişkili bulunmuştur.

Sonuç: Bu çalışmada İB sıklığı %16.1, SMB sıklığı %6.1 bulunmuştur. Ayrıca IA, sosyoekonomik özellikler ve kitap okuma, yaşam doyumu ve fiziksel aktivite gibi yaşam tarzı alışkanlıkları ile ilişkili görülmüştür. Tıp fakültesi öğrencilerini İB'dan korumak için kitap okuma, fiziksel aktivite vb. davranışlara yönlendirmek; ayrıca koruma stratejileri geliştirmek, farkındalık ve eğitim programları tasarlamak ve uygulamak gerekir. Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları vardır. Bunlardan birincisi, kesitsel tipte bir araştırma olması neden-sonuç ilişkisi açısından çıkarım yapmayı güçleştirmektedir.

Araştırma için herhangi bir finansal destek alınmamıştır. Araştırmacılar herhangi bir çıkar çatışması beyan etmemektedir.

Anahtar Kelimeler: internet, sosyal medya, bağımlılık, prevalans, tıp öğrencileri

Özet Sözlü Bildiri

S59

SAMSUN İLİ 112 ÇALIŞANLARINDA TÜKENMİŞLİK VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Can KARABIÇAK¹, Hatice Nilden ARSLAN²

¹Kastamonu İl Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

²Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D., Türkiye

Giriş ve Amaç: Tükenmişlik toplumda sık görülen işle ilgili bir sorun olarak tanımlanmakta ve sağlık çalışanlarının da içinde olduğu birçok meslek grubunu tehdit etmektedir. Çalışmada Samsun İl Ambulans Servisi Başhekimliğinde görevli sağlık çalışanlarında tükenmişlik ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki araştırmanın evrenini Samsun ilinde Temmuz-Eylül 2020 tarihlerinde İl Sağlık Müdürlüğü İl Ambulans Servisi Başhekimliğine bağlı olarak hizmet veren Komuta Kontrol Merkezi ve Acil Sağlık Hizmetleri istasyonlarında görev yapan 617 kişi oluşturdu. Örneklem alınacak kişi sayısı evreni bilinen örneklem formülü (%98 güç ve %5 tip 1 hata) ile 311 kişi olarak hesaplandı. Veri kaybını önlemek için %10 artırılarak araştırmaya 342 kişi alınması planlandı. Gelişigüzel örneklem ile ulaşılan 337 (%98,5) kişi ile çalışma tamamlandı. Komuta kontrol merkezi çalışanları verileri araştırmacı tarafından bırakılıp daha sonra toplanan anketlerle, Acil Sağlık Hizmetleri istasyonları çalışanları verileri ise Google formu ile hazırlanan ve WhatsApp ile ulaştırılan online anket ile toplandı. Araştırmanın etik onayı Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (2020/395), kurumsal izin Samsun İl Sağlık Müdürlüğünden alındı. Araştırmada kullanılan anket formu sosyodemografik özellikler ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği sorularından oluşmaktaydı. İstatistiksel analiz SPSS 22 ile yapıldı. Veriler ortanca (min-maks), sayı(%) ile ifade edildi. Nicel verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testiyle yapıldı. Analizlerde Mann Whitney U ve Kruskal-Wallis testi kullanıldı. Ölçeğin kesim noktası olmadığı için, alt ölçek puanları ortancadan dikotom haline getirilerek lojistik regresyon uygulandı. Tek değişkenli analizlerde anlamlı bulunan ve literatürle uyumlu değişkenler analize alındı. İstatistiksel analizlerde $p < 0.05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Katılımcıların %40,7'si erkek %59,3'ü kadın idi. Yaş ortalaması $33,1 \pm 5,9$ (22-54) yılı. Katılımcıların %80,4'ü evli ve %74,2'si çocuklu idi. Lisans mezunu olanlar %49,0 iken, meslek açısından bakıldığında ATT (%51,0) olarak çalışanlar fazla idi. Tükenmişlik alt ölçeklerinden alınan puanlara bakıldığında; duygusal tükenmişlik puan ortancası 29,0 (9-45), duyarsızlaşma puan ortancası 10,0 (5-24), kişisel başarı puan ortancası 29,0 (8-40) bulundu. Kadınların duygusal tükenmişlik puanı, erkeklerin duygusal tükenmişlik puanından anlamlı daha yüksekti ($p=0,001$). Eğitim durumları incelendiğinde; yüksek lisans mezunlarında duygusal tükenmişlik puanı 24 (10-39), diğer gruplara göre istatistiksel anlamlı düşük bulundu ($p=0,006$). Meslek gruplarında; doktorların duyarsızlaşma puanı 15 (6-19), şoförlerden 6 (5-19) anlamlı yüksekti ($p=0,003$). Ekonomik durumu iyi olanlarda duyarsızlaşma puanı, diğer gruplardan düşük bulundu ($p=0,005$). Güvenlik önlemlerinin yetersiz olduğunu düşünenlerin duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanları anlamlı olarak daha yüksekti (sırayla $p=0,043$, $p=0,036$). Çocuğu olanlarda kişisel başarı duygusu puanı, olmayanlara göre anlamlı düşük bulundu ($p=0,016$). 10 yıl ve üstü çalışanların kişisel başarı duygusu puanı, 10 yıldan az çalışanlara göre anlamlı daha düşüktü ($p=0,036$). Duygusal tükenmişlik kadınlarda erkeklere göre 2.4 kat, lise mezunu olanlarda yüksek lisans mezunlarına göre 4,9 kat daha fazlaydı (sırayla $p=0,001$, $p=0,002$). Duyarsızlaşmanın ekonomik durumu kötü olanlarda, ekonomik durumu iyi olanlara göre 2.4 kat, yeterli güvenlik önlemi olmadığını düşünenlerde ise 1,6 kat daha fazla olduğu bulundu (sırayla $p=0,024$, $p=0,047$). Kişisel başarı duygusunda azalmanın yaşın ilerlemesiyle azaldığı ($p=0,001$), meslekteki yılların artmasıyla 1.6 kat arttığı bulundu ($p=0,001$). Araştırmanın pandemide yapılması, katılımcıların vardiyalı çalışması nedeniyle anket uygulamada sorun yaşanması kısıtlılıklar arasında sayılabilir.

Sonuç: Çalışmamızda tükenmişliğin kadınlarda fazla olduğu, eğitim düzeyi arttıkça, ekonomik durum düzeldikçe azaldığı görüldü. Ayrıca meslekte geçen yılların ilerlemesi ve işyerinde güvenlik önlemlerinin yetersiz olmasıyla arttığı bulundu. Tükenmişliği azaltmak için iş ortamında düzenlemeler yapılmasının ve gerektiğinde psikolojik destek sağlanmasının etkili olacağı düşünülmektedir. Ayrıca geniş kapsamlı çalışmaların yapılması da risk faktörlerinin belirlenmesi açısından katkı sağlayabilir.

Çalışma için finansal destek alınmamıştır ve çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Anahtar Kelimeler: 112 acil, sağlık personeli, tükenmişlik

Özet Sözlü Bildiri

S60

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ'NDEKİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN BEYİN GÖÇÜNE BAKIŞI

Yazgı Beriy ALTUN GÜZELDEREN, Şefik YURDAKUL, Egemen ÜNAL, Salih MOLLAHALİLOĞLU

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Halk Sağlığı ABD, Türkiye

Giriş ve Amaç: Eğitimli ve vasıflı sağlık çalışanlarının kendi ülkelerinden, şartları daha iyi olan başka ülkelere göç etmesi olarak tanımlanan “tıbbi beyin göçü”, dönem dönem artış gösterebilmektedir. Türkiye’de yetişen hekim sayısı son 20 yılda belirgin artış göstermiştir. Fakat artan tıbbi beyin göçü, hasta başına düşen hekim sayısının istenilen seviyeye ulaşmasını engelleyen bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle ülkemizde yetişmiş sağlık insan gücünün verimli kullanılabilmesi için, beyin göçüne etki eden faktörlerin tıp fakültesi öğrencileri üzerinde incelenmesi önem arz etmektedir.

Çalışmamızda Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde öğrenim gören öğrencilerin beyin göçü hakkındaki düşünceleri, tutumları ve bu düşünceleri üzerinde etkili olabilecek değişkenlerin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız kesitsel tipte olup, tıp fakültesinde aktif olarak öğrenim gören dönem 1, 3 ve 6 öğrencilerinde gönüllülük esaslı gözetilerek yapıldı. Hazırlanan anket form, etik kurul onayı ve kurum izninin alınması sonrasında, katılımcılara çevrimiçi ve yüz yüze olarak uygulandı. Anketimizde, sosyo-demografik özellikler (yaş, cinsiyet, algılanan maddi durum, medeni durum), beyin göçüne yönelik faktörlerin incelendiği sorular ve Minnesota İş Tatmin Ölçeği bulunmaktadır. Örneklem hesabı yapılmadan çalışma evreninin tamamına ulaşılması hedeflendi.

Çalışmada bağımlı değişken olarak “Tıp eğitimi tamamladıktan sonra kalıcı olarak gitmeyi düşünüyor musunuz?” sorusuna verilen “evet”, “hayır” ve “kararsızım” yanıtları kullanıldı. Tanımlayıcı verilerin sunumunda frekans, yüzde, medyan ve çeyreklik değerleri kullanıldı. Verilerin normal dağılım özellikler incelendikten sonra kategorik değişkenlerin analizlerinde ki-kare analizi kullanıldı. Nicel değişkenlerin ikili gruplarda karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanılırken, ikiden fazla değişken olan karşılaştırmalarda Kruskal-Wallis Varyans Analiz yapıldı. İstatistiksel anlamlılık için $p \leq 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular: 1, 3 ve 6. sınıfta okuyan toplam 1393 öğrenciden 392 (%28,1)’sine ulaşıldı. Öğrencilerin yaş ortalaması $22,4 \pm 2,31$ (min 18-maks 30) yıl idi. Katılımcıların %57,4’ü (n=225) kadın, %42,6’sı (n=167) erkekti. Yurtdışına gitme planı açısından incelendiğinde gruplar arasında cinsiyet, dönem ve maddi durum değişkenleri yönünden anlamlı bir fark bulunamadı. (her biri için $p > 0,05$). İngilizce tıp bölümünde okuyanlar ($p < 0,001$), yakın çevresinde yurtdışında çalışan hekim olanlar ($p = 0,003$), not ortalaması daha yüksek olanlar ($p = 0,005$), yabancı dil seviyesinin iyi olduğunu belirtenler ($p < 0,001$) ve yabancı dil kursuna gidenlerin ($p < 0,001$) yurt dışına daha fazla gitmek istedikleri tespit edildi. Öğrencilerin Tıp eğitimi sonrası planları incelendiğinde, en sık yanıt olarak “Mezuniyetten sonra yurt dışına gitmeyi düşünüyorum.” yanıtının 212 (%54,1) kişi tarafından verildiği görüldü. Yurtdışına gitme düşüncesine etki eden faktörler sorulduğunda ise ilk üç sırada “Daha fazla iş ve gelir fırsatı elde edebilmek” 294 (%75,0), “Daha iyi şartlarda mesleğimi yapabilmek (hasta yükü, mobbing, mesleki saygınlık gibi)” 294 (%75,0), “Doktorların yeterli düzeyde değer görmemesi” 292 (%74,5) seçenekleri sıralandı. Gitmeyi düşünmeyenlere nedenleri sorulduğunda ise en sık üç neden “Yurtdışında aile ve sosyal destek eksikliği” (%33,4), “Ülkeme hizmet etme isteği” (%32,7), “Aile-akraba ilişkileri” (%31,1) şeklindeydi. Medyada çıkan “sağlıkta şiddet”, “hekimlerin ekonomik durumu” gibi haberlerin yurtdışına çıkma düşüncesine etkisi sorgulandığında katılımcıların 357 (%91,1)’si bu haberlerin kararında etkili olduğunu belirtti. “Yurtdışında mesleğiniz dışında çalışmanız

Özet Sözlü Bildiri

gerekse de gitmeyi düşünür müsünüz?” sorusunda ise katılımcıların 159 (%40,6)’u “evet” yanıtını verdi. Yurtdışına kalıcı olarak gitmeyi düşünmeyen öğrencilerin Minnesota İş Tatmin Ölçeği’nden aldıkları puanların ortancası, gitmeyi düşünen ($p=0,043$) ve kararsız olan ($p=0,013$) bireylerin ortancasından yüksek idi.

Sonuç: Tıbbi beyin göçü ülkemiz için önemli bir sağlık hizmeti sorunudur. Politika yapımcıların akademik çevrelerle iş birliği ile konu hakkında önlem almaları gerekmektedir.

Çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamıştır. Yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Anahtar Kelimeler: tıbbi beyin göçü, tıp fakültesi öğrencileri, mesleki tatmin

Özet Sözlü Bildiri

S61

TÜRKİYE'DE HEKİM ADAYLARI VE YENİ MEZUN HEKİMLERİN MESLEKLERİNE BAKIŞI: BİR NİTEL ARAŞTIRMA

Begüm AKGÜL¹, Berk GEYİKOĞLU¹, Berrin CAN¹, İlayda BAŞARANOĞLU¹, AYŞE ZÜLAL TOKAÇ FARIMAZ², Osman HAYRAN²

¹*İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi*

²*İstanbul Medipol Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

Giriş ve Amaç: Türkiye'deki hekimlerin çalışma koşulları ve özellikle de artan şiddet olayları konusunda yaşadıkları sorunlar nedeniyle şikayetçi oldukları ve grevlere gittikleri bilinmektedir. Yaşanılan sorunlar hakkında hekimler ile görüşülmesi meslek algılarının, deneyimlerinin daha iyi anlaşılmasını ve sorunların tespitini sağlayacaktır. Bu çalışmada hekim adayları ve yeni mezun hekimlerin Türkiye'de hekimlik mesleğine bakışlarını, duygu ve düşüncelerini derinlemesine değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma fenomenolojik desende nitel bir araştırmadır. Araştırma Temmuz 2022'de başlayıp Ağustos 2022'de tamamlanmıştır. Çalışmanın evreni tıp fakültesi dönem 3 öğrencileri, intörn hekimler ve son 2 yıl içinde mezun olmuş hekimlerden oluşmaktadır. Tıp fakültesinde klinik stajlar öncesi dönemde olan 3. dönem öğrencileri, mezuniyet öncesi son dönemde olan intörn öğrenciler ve mezun olup çalışmaya yeni başlayan hekimler, mezuniyet öncesi ve sonrası farklı dönemleri barındırması açısından belirlenmiştir. Amaca yönelik örneklem yöntemi ile her gruptan katılımcılar seçilmiştir. Yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler, araştırma ekibinde yer alan 4 araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler online olarak gerçekleştirilmiş ve yaklaşık 30-45 dk sürmüştür. Görüşmeyi gerçekleştiren araştırmacılar, derinlemesine görüşme deneyimi bulunan diğer iki araştırmacının danışmanlığında görüşmeleri gerçekleştirmiştir.

Görüşmelerde, literatüre dayanarak hazırlanan 17 ana soru ve 17 takip sorusundan oluşan ve pilot görüşme sonrası son hali verilen görüşme formu kullanılmıştır. Görüşme formunda, demografik bilgiler, tıp fakültesi tercih ve motivasyon etmenleri, mesleki kariyer, mesleğin kişiye etkileri, mesleğe bakış açısına dair sorular bulunmaktadır. Görüşme yapılacak toplam kişi sayısı, veriler toplanırken yapılmaya başlanan analiz sürecinde veri doygunluğuna göre belirlenmiştir. Her gruptan 5 kişi olmak üzere toplam 15 kişi ile görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların 9'u kadın, 6'sı erkek olup yaş ortancaları 24'tür (en az:21 en fazla:25).

Görüşmeler Microsoft Teams ve Zoom üzerinden görüntülü olarak yapılmıştır. Görüşmeler sırasında alınan ses kayıtları da Voiser üzerinden deşifre edilmiştir. Deşifre edilmiş her metinde 2 ayrı araştırmacı tarafından Microsoft Word üzerinden içerik analizi yapılarak kodlanmış, karşılaştırma yapılarak kodların son hali ortak olarak belirlenmiştir. Kodlardan da kategori ve temalara ulaşılarak analiz tamamlanmıştır. Araştırma için Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Protokol No:2022/680 ile onay alınmıştır.

Bulgular: Yapılan görüşmeler sonucu toplam 7 tema, 25 kategori ortaya çıkmıştır. Bu temalar ekonomi, mesleğe bakış, ilişkiler, mesleki motivasyon, mesleki kariyeri, sağlık sistemi ve önerilerdir.

"Ekonomi" teması, mesleğin ekonomik olarak değersizliği ve mesleğin ekonomik olarak olumlu yanı kategorilerinden oluşmaktadır. En çok vurgulanan noktalar yapılan işe göre maaş yetersizliği ve alım gücü yetersizliği olmuştur. Ayrıca diğer mesleklere kıyasla yapılan zamların yetersiz olduğu, asistan hekimlerin ve yan dal uzmanlarının maaşlarının düşük olduğuna değinilmiştir.

"Mesleğe bakış" teması beklentiler kategorisi altında katılımcıların manevi tatmini ön planda tuttuğu görülmüştür. Katılımcılar maddiyatın kendileri için öncelikli olmadığını belirtse de iyi bir yaşam ve maaş beklentileri olduğunu söylemişlerdir. Katılımcılar fakülteye başlamadan önce ve günümüzde hekimlik mesleği-

Özet Sözlü Bildiri

nin kendilerine çağrıştırdığı kavramlardan bahsederken, fakülte öncesine göre günümüzde olumsuz yöne evrildiği görülmüştür. Mesleklerinin kendilerinde uyandırdığı duygulardan bahsederken ise korku, umutsuzluk, belirsizlik, bıkkınlık, karamsarlık, öfke, hüznün, terk edilmişlik, haksızlık gibi olumsuz ifadeler kullanmalarına rağmen hala umutlarının olduğunu, aynı zamanda gururlu ve huzurlu hissettiklerini de belirtmişlerdir.

“İlişkiler” teması altında hasta-hekim ilişkileri ele alındığında katılımcılar en çok hekime şiddete eğilim olmasından yakınmıştır. Ayrıca bu tema altında hekim-hekim ilişkileri hakkındaki düşünceleri ve hekimlik mesleğinin sosyal hayatlarına etkileri ile ilgili yorumları yer almaktadır.

“Kariyer” temasında katılımcılar farklı kariyer imkanı ve planlarının varlığından bahsetmiş, uzmanlık eğitime geçerken bir sınava tabi tutulmanın iyi ve gerekli olduğunu ancak TUS’un adil olsa da zor bir sınav olduğunu, intörlük eğitimini aksattığını da belirtmişlerdir. Aynı zamanda Türkiye’de hekimlik yaparken akademik çalışma yapabilmenin zorluğu hakkındaki düşünceleri yer almaktadır.

“Sağlık sistemi” temasında çalışma sistemi ve koşulları kategorisi hakkında katılımcılar en çok hasta yoğunluğu ve yetersiz muayene sürelerinden yakınmışlardır. Politika ve hukuk kategorisi altında da uygulanan sağlık politikalarına dair fikirleri bulunmaktadır. Katılımcılar ayrıca dile getirilen sistem sorunlarının yol açtığı sonuçlardan da bahsetmişlerdir, defansif bir yaklaşımla mesleklerini icra etmeye devam edeceklerini belirtmişlerdir.

“Öneri” teması altında katılımcıların değişmesini veya aynı kalmasını istedikleri noktalar ve bu konular hakkındaki önerileri yer almaktadır. Öneriler ekonomik, eğitim ve kariyer, sağlık sistemi kategorileri altında toplanmıştır. Ekonomi kategorisi altında sabit maaşların artması, alınan maaşların standardize edilerek performans sisteminin kaldırılması gerektiğini söylemişler ve cerrahi işlemlerin maddi karşılığının verilmediğine ve bu konuda bir düzenleme yapılması gerektiğine değinmişlerdir.

Sonuç: Bu nitel araştırmada hekim ve hekim adaylarının meslekleri ile alakalı olarak en çok vurguladıkları noktalar sağlıkta şiddet, çalışma ve yaşam koşulları, ekonomik imkanların kısıtlılığı, sağlıkla ilgili politika ve hukuk sistemleri olmuştur. Katılımcıların mesleğin uygulanma şartlarına dair aktardıkları olumsuzlukların çokluğu ve çeşitliliğinin yanında, mesleklerine dair olumlu duygu ve düşünceler barındırdıkları da görülmektedir.

Hekimlerin bahsettikleri sorunların getirdiği bir sonuç da hekimlerin hekimlik dışında bir meslek tercihi yapması veya yaşanan sağlık insan gücü göçüdür. Hekimlerin özlük haklarının gözetilmesi, sorun alanlarına dair düzenleme yapılması ve hekimlik mesleğine saygıyla yaklaşılması halinde hekimler mesleklerini memnuniyet içerisinde yapacaktır. Meslekten duyulan memnuniyetin de sağlık insan gücü göçünü azaltması ve sağlık hizmetinin kalitesi arttırması muhtemeldir. Hekim ve hekim adaylarının bu yöndeki düşünceleri, yaşanan çeşitli sorunlar için yaptıkları çözüm önerileri gelecekte atılabilecek adımlar adına yol gösterici olabilir.

Araştırma için finansal destek alınmamıştır ve çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Anahtar Kelimeler: sağlık insan gücü, Türkiye’de hekimlik, çalışma şartları, sağlıkta şiddet

Özet Sözlü Bildiri

S62

COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNDE İSTANBUL'DAKİ FİLYASYON EKİPLERİNİN DENEYİMLERİ: BİR FENOMENOLOJİK İNCELEME

Ayşe POLAT¹, Hüseyin KÜÇÜKALİ², Zübeyde DEMİRCİOĞLU¹, Ayşe Zülal TOKAÇ FARIMAZ², Beyzanur YILMAZ¹

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi Sosyoloji Anabilim Dalı

²İstanbul Medipol Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş: COVID-19 pandemisi süresince farklı alanlarda pek çok bilimsel araştırma yürütülmesine rağmen COVID-19 pandemisinin yönetilebilmesi ve salgın hastalıkla mücadele kapsamında çok temel bir rol oynayan filyasyon ekipleri hakkında yeterli ve derinlikli az sayıda araştırma yürütülmüştür. Bununla birlikte, filyasyon ekiplerinin deneyimlerinin, bulaşıcı hastalıklarla mücadele açısından bugün ve gelecekteki sağlık politikalarının belirlenmesi açısından önemli bulgular barındırması muhtemeldir.

Bu araştırmanın amacı filyasyon ekipleri hakkında nesnel ve somut verileri ortaya koymak; ekiplerde görev alan sağlık çalışanlarının öznel deneyimlerini keşfetmek ve bu deneyimlerdeki ortak temaları tespit etmektir.

Yöntem: Bu proje fenomenolojik desene dayalı nitel bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini İstanbul ilindeki filyasyon ekipleri oluşturmaktadır. Amaçlı örnekleme ile belirlenen, İstanbul ilinin iki ilçesindeki filyasyon ekiplerinde görevli doktor, yardımcı sağlık çalışanı, şoför ve yöneticiler olmak üzere toplam 21 kişi ile yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Görüşmeler Temmuz- Ekim 2021 tarihleri arasında araştırmacılar tarafından yüz yüze olarak gerçekleştirilmiş, görüşmeler ortalama 45-60 dk sürmüştür. Görüşmeler gerçekleştirilirken eş zamanlı olarak veriler analiz edilmiş ve veri doygunluğa ulaşmasıyla görüşmeler tamamlanmıştır.

Derinlemesine görüşmelerin görüşme kılavuzu çok disiplinli araştırma ekibi tarafından müzakere edilerek belirlenmiş, 14 sorudan oluşan yarı-yapılandırılmış görüşme formu hazırlanmıştır. Bu form; demografik özellikler, filyasyonun yürütülmesine ilişkin olgusal ve yönetsel sorular, filyasyon çalışmalarının genel değerlendirmesine ilişkin sorular, ekipte yer alan sağlık profesyonellerinin bireysel deneyimlerine ve toplumsal gözlemlerine ilişkin sorulardan oluşmaktadır.

Katılımcıların onayıyla görüşme esnasında alınan ses kayıtları yazıya geçirilmiştir. Verilerin analizi için, ilk 5 görüşmenin kodlamasından sonra konsensus yoluyla bir kod kitapçığı oluşturulmuştur. Kodlama iki ayrı araştırmacı tarafından yapılmış ve üçüncü bir araştırmacı tarafından kontrol edilmiş ve anlaşmazlıklar çözülmüştür. Veri analizinde kodlama sonrası kategoriler ve temalar belirlenmiştir. Analiz için ATLAS.ti programı kullanılmıştır.

Araştırma öncesinde Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün izni (2021-03-21T17_44_08) ve İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun onayı (01.04.2021, No: 392) alınmıştır.

Bulgular: Filyasyonun nesnel ve öznel boyutları araştırmanın iki temel odağını teşkil etmektedir. "Nesnel Anlatılar" ekiplerin filyasyonun işleyişine dair aktardıklarından oluşmaktadır. Filyasyon işleminin ne olduğu, neleri içerdiği; ekiplerin kimlerden oluştuğu, nasıl organize edildiği ve filyasyonu gerçekleştirmek için gerekli kaynaklar, girdiler açıklanmıştır.

"Öznel Anlatılar" başlığı altında ise filyasyon ekiplerindeki sağlık çalışanlarının gözünden filyasyonun anlamı, işleyiş biçimi ve filyasyon çalışmasında yer almayı nasıl deneyimledikleri farklı boyutlarıyla incelenmiştir. Filyasyonun öznel olarak nasıl deneyimlendiği, nasıl anlamlandırılıp yorumlandığı şu temalar etrafında ele alın-

Özet Sözlü Bildiri

mıştır; “sağlık çalışanının kendi sağlığının ve aile ilişkisinin nasıl etkilendiği”, “sağlık çalışanının filyasyona bakışı: filyasyon çalışmasını ve kendisinin filyasyondaki rolünü değerlendirmesi”, “filyasyon işlemleri boyunca karşılaşılan zorluklar ve geliştirilen çözümler” ve “toplumsal gözlemler: vaka/temaslı ziyaretleri boyunca karşılaşılan sosyal durumlar”.

Filyasyonda görev alan sağlık çalışanları filyasyon sürecine dair ortak nesnel anlatılardan bahsetmekle birlikte farklılaşan işleyişlere de değinmişlerdir. Benzer şekilde öznel anlatılar altında, filyasyon deneyiminin kendilerine hissettirdiklerini, filyasyon faaliyetlerine yönelik düşünce ve bakış açılarını da zaman zaman birbiriyle karşıtlıklar içerecek şekilde, çok boyutlu yanlarına değinerek ifade etmişlerdir. Filyasyon faaliyeti ne düşünce ne duygu açısından ekiplerdeki sağlık çalışanları tarafından bütüncül olarak iyi veya kötü bir deneyim olarak anlamlandırılmayı, barındırdığı olumlu yanlar, olumsuzluklar ve çelişkilerle birlikte değerlendirilmiştir.

Sonuç: Günümüzde Türkiye’de Sağlık Bakanlığı merkezietçi bir örgütlenmeye sahip ise de pandemi sürecinde filyasyon ekiplerinde mutlak bir standardizasyon ve düzenleme görülmemiştir. Sadece toplum değil, ekiplerdeki bazı çalışanlar da filyasyonun etkililiğini sorgulamakta, filyasyonu gereksiz bir iş olarak yorumlayabilmektedir. Bu açıdan her bir vaka ve temaslarının tespit edilmesinin pandemiye kontrol altına almada ne kadar etkili olduğunu somut ve şeffaf olarak paylaşması faydalı olacaktır.

Bu araştırmanın en önemli katkılarından biri filyasyonda görev alan personelin karşılaştığı sorun ve zorlukları ortaya koymaktır. Bu açıdan ekiplerde görev alan sağlık personelinin filyasyonun nasıl daha iyi yürütülebileceğine dair sundukları görüş ve önerileri de dikkatli bir şekilde incelenmelidir. Gerek farklı sağlık çalışanları gerekse aynı sağlık mensubunun bile filyasyona dair çok farklı deneyimlerinin bulunması dolayısıyla filyasyon ekiplerinde görev alan farklı mesleki kariyerdeki bireylere odaklı olarak yürütülecek çalışmalarla desteklenmesi yararlı olacaktır. Filyasyonda görev alan çalışanların bazen mesleki tatmin duygusundan bahsederken, bazen mesleki tükenmişlik ve anlamsızlık yaşaması dolayısıyla oluşan mesleki ikilemler, kaynakların doğru kullanımı ile giderilebilir.

Bu araştırma, TÜBİTAK tarafından desteklenmiştir (Proje No: 121K062). Herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, pandemi, filyasyon, deneyim, sağlık çalışanları

Özet Sözlü Bildiri

S63

COVID-19 PANDEMİSİ DÖNEMİNDE ÖZEL VE TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI YAPTIRMA NEDENLERİNİN İNCELENMESİ

**Sultan AKAR¹, Yasemin Dilara ÖZTÜRK¹, Melih Utku TOKLUCU¹, Doruk ERDEM¹, AYŞE ZÜLAL TOKAÇ FARIMAZ²,
Sabanur ÇAVDAR², Osman HAYRAN²**

¹*İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Türkiye*

²*İstanbul Medipol Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye*

Giriş ve Amaç: COVID-19 pandemisinin sağlık sistemi üzerindeki etkileri sağlık sigortacılığı üzerinde farklı şekillerde olmuştur. Dünyada sağlık sigortası kapsayıcılığı ve şirket gelirlerinde bazı bölgelerde azalma bazı bölgelerde ise artış saptanmıştır. Türkiye’de ise özel ve tamamlayıcı sigorta yaptıran kişi sayıları bu dönemde artış göstermiştir. Bu araştırmanın amacı da COVID-19 pandemisi döneminde ferdi sigortalı kişilerin özel ve tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırma tercihi ve sigorta yaptırma nedenlerinin incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte olan bu araştırmanın evrenini İstanbul Medipol Üniversitesine başvuran ferdi sağlık sigortalı kişiler oluşturmaktadır. Araştırma, 11-16 Ağustos 2022 tarihleri arasında Bağcılar Medipol Mega Üniversite Hastanesi ve Koşuyolu İstanbul Medipol Hastanesi’nde kolayıcı örneklem ile araştırmayı kabul eden, 18 yaş üstü ve TC uyruklu hastalarla yüzyüze anket yoluyla yürütülmüştür. Araştırmacılar tarafından literatürden yararlanılarak soru formu katılımcılara ait sosyodemografik bilgiler, sigortalı olma bilgileri ve sigorta yaptırma nedenlerine dair sorular yer almaktadır. Sigorta yaptırma nedenleri hastaneyle ilgili genel nedenler, odayla ilişkili nedenler ve personelle ilişkili nedenlerdir; belirtilen ifadelerle ilgili görüşler katılıyorum/kısmen katılıyorum/katılmıyorum şeklinde kategorize edilmiştir. Bağımlı değişkenler sigorta tipi, sigorta yaptırma tarihi ve sigorta yaptırma nedenleri; bağımsız değişkenleri ise yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi, gelir düzeyi, memleket, ikamet tipi, hanedeki kişi sayısı ve COVID-19 deneyimleridir. Tanımlayıcı veriler sayı ve yüzde olarak sunulmuş, önemlilik testlerinden ki-kare yapılmıştır. İstatistik analizde SPSS kullanılmış, anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ kabul edilmiştir. Etik kurul izni İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik kurulundan alınmıştır (10/08/2022-690).

Bulgular: Araştırmaya katılan 310 kişinin 164’ü (%52,9) kadın, 135’i (%43,5) 25-34 yaş aralığında, 182’si (%58,7) üniversite mezunudur. Katılımcılardan 189 kişinin (%61,0) tamamlayıcı sağlık sigortası, 121 kişinin (%39,0) özel sağlık sigortası vardır. Sigorta yaptırma tarihleri incelendiğinde ise en sıklıkla 2019 veya öncesi yaptıranlar yer almaktadır (169 kişi, %54,5). 2020 yılından sonra sigorta yaptıran 141 kişiden %80,1’i sigorta yaptırma kararında pandeminin etkili olmadığını belirtmiştir. Özel/tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırmada hastane ile ilgili genel özelliklerden en çok neden olarak işaretlenen “Özel hastanelerde randevu almak daha kolaydır” seçeneği olmuştur (205 kişi, %66,1). Hastane personeli ile ilgili seçeneklerden en çok işaretlenen ise “Özel hastanelerde personel daha güler yüzlü ve kibardır” seçeneği olmuştur (198 kişi, %63,9). Oda servisi ve taburculuk ile ilgili seçeneklerden en çok işaretlenen ise “Özel hastanelerde odalar daha temizdir” seçeneği olmuştur (257 kişi, %89,2). Hastane ilişkili nedenler, personel ilişkili nedenler ve oda ilişkili nedenlerin tercih edilme durumları ile sigorta yaptırma tarihlerine göre önemli bir farklılık bulunmamaktadır ($p:0,990$, $p:0,292$, $p:309$).

Sonuç: Araştırmamızda katılımcıların çoğunluğu pandeminin sağlık sigortası yaptırma tercihleri üzerinde etkili olmadığı ifade etmiştir, bu bulgu Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi 2022 yılı raporundaki pandemi sonrası ferdi sigortalı sayısındaki artışı yansıtmamaktadır. Ayrıca pandemi döneminde ön plana çıkan hastanede sağlık hizmetine erişim sorunları ve hijyen şartları katılımcılar tarafından en sık kabul edilen sigorta yaptırma nedenleri arasında gösterilse de sigorta yaptırma dönemlerine göre karşılaştırıldığında farklılık bulunmamaktadır. Bu araştırmanın en önemli kısıtlılığı, hasta çeşitliliği gözetilerek İstanbul’un ayrı kıtalarında, farklı hasta profiline sahip iki hastanede yapılmış olsa da özel sigortalı bireylerin görüşlerini genel olarak yansıttığı söylenememesidir. Buna rağmen, araştırmanın genel sağlık sigortası uygulaması olan ülkemizde özel sağlık sigortası yaptırma rakamlarındaki artış konusunu pandemi etkisini gözeterek ele alması evrensel sağlık kapsayıcılığı ve hizmete erişim sorunu tartışmalarına katkı sağlayabilir.

Araştırma için finansal destek alınmamıştır ve çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, özel sağlık sigortası, tamamlayıcı sağlık sigortası

S64

SAĞLIK BAKANLIĞI WEB SİTESİNDE HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜNE AİT GENELGELERİN HALK SAĞLIĞI VE SAĞLIK POLİTİKALARI BAKIŞIYLA İNCELENMESİ

Erdem ERKOYUN¹, Ömer ACAT², Eray ÖNTAŞ³, Mehmet Akif SEZEROL⁴⁻⁵, Kevser TARI SELÇUK⁶

¹İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

²Karaman İl Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

³Devrek İlçe Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

⁴Sultanbeyli İlçe Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

⁵İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Epidemiyoloji Programı

⁶Bandırma Onyedil Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü Toplum Beslenmesi Anabilim Dalı, Türkiye

Giriş: Türkiye’de 1982 Anayasasında ve diğer mevzuatta bir hak olarak tanımlanan sağlık hakkı güvence altına alınması gereken temel insan haklarından biridir.¹ Anayasanın 56.maddesinde devletin görevleri arasında “herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesi amacıyla sağlık hizmeti veren kuruluşları tek elden düzenleme” yer almaktadır.² Sağlık Bakanlığı da devlet adına “halk sağlığının korunması ve geliştirilmesi, hastalık risklerinin azaltılması ve önlenmesi, teşhis, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesi, sağlık eğitimi ve araştırma faaliyetlerinin geliştirilmesi” vb. konularda çalışmalar yapmak, sağlık sistemini yönetmek ve politika belirlemekle görevlidir.³

Politika geniş anlamda amaçların ve hedeflerin genel çerçevesini çizen kapsamlı ifadelerin bütünüdür. Politika yazılı olabileceği gibi yazısız da olabilir.⁴ Yürütmenin araçlarından birisi de genelgelerle sağlık hizmeti sunumunun düzenlenmesidir. Genelgeler diğer mevzuattan farklı olarak bir eylem planı da içerebilirler.

Sağlık hizmeti tedavi edici olabildiği gibi koruyucu da olabilir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin yürütülmesi için sağlık sorunlarının saptanması, önceliklerin belirlenmesi, öncelikli sorunlara yönelik programlar ya da eylem planlarıyla girişimlerin planlanması gerekmektedir. Her bir programın da özgül, ölçülebilir ve ulaşılabilir birer amacı bulunmalıdır.⁵ Ayrıca yerele yetki devri ve yerel izleme-değerlendirme ölçütleri bulunmalıdır.^{6,7}

Sağlık Bakanlığı Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sisteminde halk sağlığı uzmanı “.. toplumun sağlık düzeyini, var olan ve gelişebilecek sorunlarını, bu sorunların nedenlerini ve toplumun sağlık gereksinmelerini bilimsel teknikler kullanarak saptayan, sağlık politikaları geliştirerek çözümler üreten, halk sağlığı programlarının kontrol ve değerlendirmelerini yapan, bu programların yürütülmesinde görev alan, sağlık hizmetlerinin her kademesinde yöneticilik yapan hekimdir. Bu görevlerini yerine getirebilmek için halk sağlığı uzmanı bilgi kaynaklarına erişir, veri toplar ve değerlendirir. Yönetimle ilgili olarak planlama, örgütleme, personel kullanımı, yürütme, denetleme, eşgüdüm, bütçe yapma ve hizmetleri değerlendirme işlerini yapar. Halk sağlığı uzmanı, araştırmacılık, danışmanlık ve yöneticilik görevlerinde, koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetlerinin sunumunda, salgınların incelenmesinde, halkın sağlık eğitiminde ve halk sağlığı laboratuvarlarının işletilmesinde doğrudan görev alır” ifadeleri yer almaktadır.⁸ Verilen tanımdan da anlaşılacağı üzere halk sağlığı uzmanı hekimler Sağlık Bakanlığının halk sağlığı uygulamalarında görev almak üzere yetiştirdiği hekimlerdir.

Bu analizde Sağlık Bakanlığı web sitesinde Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü’ne devredilmiş genelgelerden halk sağlığı konuları ile ilişkili olanların halk sağlığı uygulamaları ile ilişkisi, ölçülebilir amaçlarının var olup olmadığı, yerel düzeyde izleme ve değerlendirmeye ilişkin bilgi içerip içermedikleri ve genelgelerde halk sağlığı uzmanlarına görev verilir verilmemesinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışma nitel araştırma yöntemlerinden yazılı belgelerin sistematik olarak incelenmesi esasına dayalı bir doküman analizidir. Çalışma kapsamında 5 Eylül - 21 Ekim 2022 tarihleri arasında TC. Sağlık Bakanlığı web sitesinde yer alan, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu’ndan Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü’ne devredilen toplam 97 genelgeye ulaşılmıştır.⁹ Ulaşılan bu genelgeler Corbin & Strauss¹⁰ tarafından tanımlanan doküman analizi sürecine uygun olarak öncelikle yüzeysel ardından ayrıntılı incelenmiş ve yorumlanmıştır. Yapılan yüzeysel

Tam Metin Sözlü Bildiri

incelemede 97 genelgeden 22 tanesi halk sağlığı konuları ile ilişkili bulunmamıştır (Bu genelgelerin dördü sağlık ocakları ile ilgili, biri ise kullanımda olmayan formlarla ilgili olmak üzere beşi mülga olarak, 12 genelge genel idari uygulamalarla, üç genelge diğer sağlık hizmetlerinin koordinasyonu, iki genelge ise sağlığın diğer belirleyicileri ile ilgili olarak değerlendirilmiştir). Halk sağlığı uygulamalarıyla ilişkili bulunan 75 genelgeden aşı sonrası istenmeyen etkilerle ilgili olarak 2008 yılında çıkmış olan ve 2009 yılında aynı konuyla ilgili olarak yayımlanan bir başka genelgeyle mülga olan genelge dışlanmıştır. Geriye kalan 74 genelgenin; halk sağlığı konularına göre dağılımını, halk sağlığı uygulamalarıyla ilişkisini, ölçülebilir amaç cümlesinin/cümlelerinin olup olmadığını, yerel düzeyde izleme ve değerlendirmeye ilişkin bilgi içerip içermediğini ve halk sağlığı uzmanlarına görev verip vermediğini Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Sağlık Politikaları ve İstihdam Çalışma Grubu üyesi iki bağımsız araştırmacı ayrıntılı olarak incelemiş ve yorumlamıştır. Araştırma web sitesinde kamuya açık genelgeleri incelemiş olduğundan etik kurul onayı alınmamıştır. Araştırmanın finansmanı için bütçe alınmamıştır. Yazarlar çıkar çatışması bildirmemektedir.

Bulgular: Değerlendirmeye alınan genelgelerin halk sağlığı konularıyla ilişkisi Tablo 1’de verilmektedir. Halk sağlığı konularıyla ilişkili genelgelerin (n =74) halk sağlığı konularına göre dağılımına bakıldığında en fazla genelgenin çocuk, ergen, kadın ve üreme sağlığı (n = 23, %31,1) ile ilgili olduğu görülmektedir. Bu sırayı bulaşıcı hastalıklar (n = 15, %20,3) ve çevre sağlığı (n=13, %17,6) ile ilgili genelgeler izlemektedir. En az sayıda genelge ise bulaşıcı olmayan hastalıklar, toplumun sağlık eğitimi ve ölümlerle (tümü n = 1, %1,4) ilgilidir.

Halk sağlığı konuları ile ilgili 74 genelgenin 62’si halk sağlığı uygulamaları ile ilişkili, 12’si ise ilgili konularda yönetsel (n = 8, %66,6), sağlığın diğer belirleyicileri (n = 3, %25,0) ve diğer sağlık hizmetlerinin koordinasyonu ile ilişkilidir (n = 1, %8,3). Halk sağlığı uygulamaları ile ilişkili 62 genelgenin 19’u (%30,6) halk sağlığı programı ya da stratejisi ile, 8’i (%12,9) halk sağlığı veri sistemleri ile ve 7’si (%11,3) halk sağlığı hizmetlerinin lojistiği ile ilişkilidir. Halk sağlığı uygulamaları ile ilişkili bulunan genelgelerin 28’i (%45,2) diğer olarak sınıflanmıştır. Bunların 10’u denetim görevleriyle (tütün ürünü tüketimi, mobil hela, pestisit satışı, havuz suyu vb.), 6’sı çeşitli grupların eğitimiyle (toplum, sağlık çalışanları, sürücüler ya da diğer profesyoneller) ilgilidir (Tablo 1).

Genelgelerin 11’inde ölçülebilir amaç cümlesi saptanmıştır (%14,9). Yerel düzeyde izleme ve değerlendirmeye ilişkin bilgileri içeren 10 genelge (%13,5) vardır. Genelgelerden 72’sinde (%97,3) halk sağlığı uzmanlarına görev verilmemiştir. Halk sağlığı uzmanlarına görev verilen iki genelge 2009 yılında yayımlanan “Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler Genelgesi” ve 2006 yılında yayımlanan “Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele Genelgesi”dir. Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler (ASİE) Genelgesi halk sağlığı uzmanına Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı ve Salgın Hastalıklar Dairesi düzeyinde Merkez ASİE Danışma Kurulu üyeleri içerisinde görev vermektedir ve genelgede şu ifadeye yer verilmektedir: “Merkez ASİE Danışma Kurulu; çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları, epidemiyolog/ halk sağlığı uzmanları, erişkin ve çocuk enfeksiyon hastalıkları uzmanları, immünologlar, virologlar, mikrobiyoloji uzmanları, çocuk ve erişkin nöroloji uzmanları, sosyal pediatri uzmanları, allerji uzmanları, patoloji uzmanları ve Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nden konu ile ilgili personelden oluşur.” Bakanlığın taşra teşkilatında, yine benzer biçimde yapılanan İl ASİE Danışma Kurulu üyeleri arasında da halk sağlığı uzmanı olduğu görülmektedir: “Kurul, İl ASİE İzlem Sorumlusu, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı, enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanı ve halk sağlığı uzmanından oluşur”.¹¹ Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele Genelgesi’nde ise bulaşıcı hastalıkları izlemek ve çalışmalarını denetlemek için “İl Merkez İzleme ve Denetim Ekibi”nin oluşturulması; ekip üyeleri arasında epidemiyoloji, sağlık yönetimi, bulaşıcı hastalıklar, mikrobiyoloji ve çevre sağlığı konularında yetişmiş personelin bulunması gerektiği belirtilmiş ve “gerekli durumlarda bu ekibe teknik destek verecek tercihen halk sağlığı, enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji alanından uzmanlar ve akademisyenlerin belirlenmesi” ifadesine yer verilmiştir.¹²

Tartışma: Bu politika doküman analizinde Sağlık Bakanlığı web sitesinde Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne devredilmiş genelgelerin önemli bölümünün çocuk-ergen-kadın ve üreme sağlığı, bulaşıcı hastalıklar ve çevre sağlığı ile ilgili olduğu, ölçülebilir amaç ve yerel düzeyde izleme-değerlendirmeye ilişkin bilgiye yer veren genelgelerin sınırlı olduğu ve incelenen genelgeler içerisinde yalnızca 2 tanesinde halk sağlığı uzmanlarına

Tam Metin Sözlü Bildiri

görev verildiği belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığı web sitesindeki genelgeler Sağlık Bakanlığı politikalarının toplum ve sağlık çalışanları tarafından özümsemesinde birer aracıdır. Genelgelerin zaman içinde farklı politika hedeflerine yönelik farklı biçimlerde yazılmış olması, bütünlüklü bir yapı sergilememelerine yol açmaktadır.

Ölçülebilir amaç halk sağlığı eylem planlarının en önemli bileşenlerinden birisidir. Genelgelerle yerel düzeydeki yöneticilere ve sağlık çalışanlarına bildirilmeyen ölçülebilir amaç uygulanan politikanın sağlık çalışanları tarafından kabulünde yetersizliğe yol açabilir. Bu nedenle özellikle halk sağlığı programı ve stratejisi içeren genelgelerin ölçülebilir amaçları bulunmalıdır. Bunun yanında genelgelerin önemli bölümünde yerel düzeyde izleme ve değerlendirmeye ilişkin bilgi bulunmamaktadır. Bu durumda yürürlükte olan genelgelerin nasıl izlenip değerlendirileceği belirsiz kalmaktadır.

Sağlık Bakanlığının önemli sayıda genelgesinin çocuk, ergen, kadın, üreme sağlığı ve bulaşıcı hastalıklar ile ilgili olması Türkiye'nin hastalık yükü ile örtüşmemektedir. Küresel Hastalık Yükü çalışmasına göre bu grup hastalıklar Türkiye'de 2019'da toplam hastalık yükünün %9.2'sini oluştururken, bulaşıcı olmayan hastalıklar %83.5'ini oluşturmaktadır.¹³ Sağlık Bakanlığı web sitesinden ulaşılmış olan genelgelere göre Türkiye'de tütün kontrolüne ilişkin bir sağlık programı bulunmamaktadır, tütün kontrolüne ilişkin Sağlık Bakanlığının rolü kamusal alandaki kullanımı kısıtlayan düzenlemelerin ihlallerindeki denetimlere odaklanmıştır. Oysa sağlık çalışanları denetim ekibi içinde yer almanın yanı sıra, sağlık çalışanı olarak bu önemli risk etmeninin kontrolünde kendi becerilerine uygun farklı roller üstlenebilirler. Ölümler gibi sağlık durumunun önemli bir belirleyicisi ile ilgili yerel düzeyde detaylı ve kapsamlı izleme-değerlendirme görevlerinin belirlenmemiş olması da, bölgesel sağlık düzeylerinin yerel düzeyde izlenmesindeki ayrı bir belirsizliktir.

İklim değişikliğinin etkilerinin gözlenmesiyle çevre sağlığı ön plana çıkmıştır. Ancak genelgelerde çevre sağlığına yönelik bir eylem planı, strateji ya da politika olmadığı görülmektedir. Web sitesinde çevre sağlığına ilişkin genelgeler daha çok ruhsatlandırma ve denetim gibi konularla ilgilidir. İklim değişikliğine ilişkin önlemler halk sağlığı bakışıyla taşrada sağlık çalışanlarının içinde olduğu daha geniş bir eylem planı ile yürütülebilir.

Sağlık Bakanlığının bazı genelgelerinde programlarının sürdürülebilmesi için taşradaki personel görevlendirmelerini düzenlediği görülmektedir. Örneğin verem savaş dispanserlerinde çalışanların görev değişiklikleri için Tüberküloz Daire Başkanlığının bilgisi alınması şartı bulunmaktadır. Kanser şube müdürlerinin hekim olması gerektiği vurgulanmaktadır. Ancak genelgelerde halk sağlığı uzmanlarına sadece aşı sonrası istenmeyen etkiler danışma kurulunda somut görev verilmiş, bulaşıcı hastalıklarla mücadele genelgesinde ise muğlak atıflar yapılmıştır. Halk sağlığı uzmanları Sağlık Bakanlığı Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemine⁸ve Halk Sağlığı Uzmanları Derneğine göre halk sağlığı programlarının yürütülmesinden, izlenmesi ve değerlendirilmesinden sorumlu tutulabilecek düzeyde beceri ile tıpta uzmanlık eğitimlerini tamamlamaktadırlar.¹⁴ Yine derneğin yaptığı envanter çalışmasına göre halk sağlığı hizmetleri başkanları ve il sağlık müdürlerinin önemli bölümü ya pratisyen hekim ya da çeşitli dallarda uzman hekimlerdir.¹⁵ Halk sağlığı programlarının yönetimi, izlenmesi ve değerlendirilmesi teknik beceri gerektirdiğinden programlarda halk sağlığı uzmanlarının görev almaması bir eksikliktir.

Araştırmanın kısıtlılıkları ve üstünlükleri

Bu analizin güçlü yanı var olan genelgelerin standart bir veri toplama formuyla iki bağımsız araştırmacının gözden geçirmesiyle sınıflandırılmış olmasıdır. Araştırmanın bazı sınırlılıkları da bulunmaktadır. Bunlardan biri doküman analizinin dezavantajlarından biri sayılan sınırlılıktır. Sınırlılık verilerin dokümanda belirtildiği şekliyle analiz edilmesidir (9). Bu çalışmada da Sağlık Bakanlığı web sitesinde yer alan genelgeler incelenmiştir. Oysa ki Sağlık Bakanlığı bazı politikalarını ve eylem planlarını genelge olmadan yürütebilmekte, bazı genelgeleri web sayfasında yayınlamadan çalışanlara iç yazışma olarak gönderebilmektedir. Bu sebeple sistematik olarak inceleme olanağı bulunmadığından belirtilen iki türdeki genelge araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır.

Sonuç: Sağlık Bakanlığının önemli politika belgeleri olan genelgelerin çoğunun çocuk, ergen, kadın ve üreme

Tam Metin Sözlü Bildiri

sağlığı ile bulaşıcı hastalıklara yönelik düzenlemeler içerdiği, azında ölçülebilir amaç ve yerel düzeyde izleme değerlendirmeye ilişkin bilgi bulunduğu ve çok az sayıda genelgede halk sağlığı uzmanlarına görev tanımlandığı saptanmıştır. Ayrıca genelgeler bütünlüklü biçimde sunulmamaktadır. Bakanlığın web sitesinde genelgelerin konularına göre ayrılması ve mülga genelgelerin web sitesinden kaldırılması yararlı olacaktır. Halk sağlığı program ve stratejilerinin daha görünür olduğu, halk sağlığı uzmanlarının görevlerinin tanımlandığı genelgeler sağlık politikalarının daha izlenebilir olmasını sağlayacaktır.

Kaynaklar

1. Metin B. Sağlık hakkı. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. 2017 Oca 1;4(1):46-50.
2. T.C. Anayasası [İnternet]. [Erişim tarihi 16 Şubat 2021]. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/#anayasa>
3. Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi [İnternet]. [Erişim tarihi 24 Şubat 2021]. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=1&MevzuatTur=19&MevzuatTertip=5>
4. Buse K, Mays N, Walt G. *Making Health Policy*. Open University Press McGraw-Hill Education;
5. Kılıç B, Ünal B. *Toplum Yönelimli Sağlık: TOYS* [İnternet]. Ema Tıp Kitabevi; 2019. Erişim adresi: <https://www.ematip.com/arama/toys>
6. O'neil K, Viswanathan K, Celades E, Boerma T. Chapter 9 Monitoring, evaluation and review of national health policies, strategies and plans. In: *Strategizing national health in the 21st century: a handbook*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2016.
7. A S, A W. *Effects of Participation and Collaboration on Perceived Effectiveness of Core Public Health Functions*. *American journal of public health* [İnternet]. 2015 Aug [Erişim tarihi 24 Ekim 2022];105(8). Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26066965/>
8. Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı [İnternet]. Sağlık Bakanlığı Tıpta Uzmanlık Kurulu; 2019 [Erişim tarihi 2022 Oct 21]. Erişim adresi: <https://tuk.saglik.gov.tr/Eklen-ti/34085/0/halksagligimufreadativ24pdf.pdf>
9. Genelgeler [İnternet]. T.C. Sağlık Bakanlığı. [Erişim tarihi 23 Ekim 2022]. Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,10535/genel-geler.html>
10. Corbin JM, Strauss A. *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. 3rd edition. Los Angeles, Calif: SAGE Publications, Inc; 2007. 400 p.
11. Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler Genelgesi [İnternet]. T.C. Sağlık Bakanlığı. 2009 [Erişim tarihi 24 Ekim 2022]. Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11136/asi-sonrasi-istenmeyen-etkiler-genelgesi-2009.html>
12. Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele Genelgesi [İnternet]. T.C. Sağlık Bakanlığı. 2006 [Erişim tarihi 24 Ekim 2022]. Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11086/bulasici-hastalıklarla-mucadele.html>
13. GBD Compare | IHME Viz Hub [İnternet]. [Erişim tarihi 24 Ekim 2022]. Erişim adresi: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>
14. Halk Sağlığı Uzmanları Görev Tanımı ve İstihdamı Çevrimiçi Çalıştayı Raporu [İnternet]. Çevrimiçi: Halk Sağlığı Uzmanları Derneği; 2022 Nisan. Erişim adresi: <https://hasuder.org/Duyurular/Detay/genel/halk-sagligi-uzmanlari-gorev-tanimi-ve-istihdami-cevrimi-ci-calistayi-raporu-yayinlandi/7d2d1997-7d3a-6768-eed8-3a02e4686dd0>
15. Halk Sağlığı Uzmanlarının Sağlık Bakanlığı Kadrolarında İstihdamı ve Yöneticilik Durumu Raporu [İnternet]. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği; 2022 Ekim. Erişim adresi: <https://hasuder.org/Duyurular/Detay/bilgi-notlari/halk-sagligi-uzmanlarinin-saglik-bakanligi-kadrolarinda-istihdami-ve-yoneticilik-durumu-raporu/f2ea24fd-dcb3-d856-e8a8-3a06abf34cf6>

Tam Metin Sözlü Bildiri

Tablo 1: Sağlık Bakanlığı web sitesinde Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne ait genelgelerin halk sağlığı konularına ve halk sağlığı uygulamaları ile ilişkilerine göre sınıflandırılması

Konu	Lojistik*	Program/strateji*	Veri sistemi*	Diğer*	Diğer sağlık hizmetleri/koordinasyon	Yönetsel	Sağlığın diğer belirleyicileri	Toplam (n)	Toplam (%)
Aşılar ve bağışıklama		1	1	1				3	4,1
Bulaşıcı olmayan hastalıklar	3	8	2	1		1		15	20,3
Bulaşıcı Hastalıklar							1	1	1,4
Çalışan Sağlığı				2		1	1	4	5,4
Çocuk-ergen-kadın ve üreme sağlığı	3	9	3	7		1	1	23	31,1
Çevre Sağlığı				8		5		13	17,6
Kanserler	1	1	1	1	1	1		5	6,8
Toplum Ruh Sağlığı				1				2	2,7
Tütün ürünü/bağımlılık				6				6	8,1
Ölümler			1					1	1,3
Toplum sağlık eğitimi				1					1,4
Toplam	7	19	8	28	1	9	3	73	100,0

*: Halk sağlığı uygulamaları ile ilişkili genelgeler

Tablo 2: Ölçülebilir amaç, yerel düzeyde izleme değerlendirilmeye ilişkin bilgi ve halk sağlığı uzmanına görev verme durumuna göre halk sağlığı uygulamalarıyla ilgili genelgeler

	Var n(%)	Yokn(%)	Toplamn(%)
Ölçülebilir amaç cümlesi/cümleleri varlığı	11 (14,9)	63 (85,1)	74 (100,0)
Yerel düzeyde izleme ve değerlendirme ile ilgili bilgi varlığı	10 (13,5)	64 (86,5)	74 (100,0)
Halk sağlığı uzmanına görev verme durumu	2 (2,7)	72 (97,3)	74 (100,0)

Sağlık, Halk Sağlığı, Sağlık politikası, Genelge, Mevzuat

Tam Metin Sözlü Bildiri

S65 COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNDE SAĞLIK İŞGÜCÜ POLİTİKASI VE YÖNETİMİ

Kevser ERDOĞAN

SBÜ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Türkiye

Pandemi hazırlığı, devletlerin doğru bilgi ve kapasiteleri geliştirerek bir pandemiyi gerçekleşmeden önce tahmin etme ve küresel bir halk sağlığı acil durumuna hazırlanma becerisini ifade etmektedir. Tehlikeleri ve tehditleri anlamak, risk öngörüsü ve değerlendirmesi için kapasite oluşturmak ülkelerin pandemi öncesi sağlık işgücü politikalarının belirlenmesi ve risk yönetimi prosedürleri oluşturması açısından önemlidir.

Kriz yönetimi devlet genelinde uygun şekilde, doğru zamanda ve koordineli bir şekilde müdahale etmeyi gerektirir. Pandemi krizini yönetmek koordinasyon gerektirir ve kriz yönetimi operasyonlarına genellikle devlet merkezleri öncülük eder ve yönetir. Ancak alt ulusal düzeylerde yürütüldüğünden, yönetişim zorlukları ortaya çıkar. Özellikle büyük ölçekli krizlerin insanların devlete olan güveni üzerinde kritik bir etkisi olabileceğinden, kriz yönetimi ayrıca halka açık bir iletişim ve karar vermede şeffaflık gerektirir. Bu nedenle devletlerin kriz iletişim stratejileri, krizi yönetmek için uygulamaya koydukları yönetişim düzenlemeleri ve tüm toplumu koordine etmek için uyguladıkları önlemler hakkında değerlendirmelerin ne sonuca vardığını incelemek önemlidir. Ülkelerin COVID-19 politika yanıtlarını değerlendirmek için için daha fazla çalışmaya ihtiyaç bulunmaktadır (1).

COVID-19 pandemisi sürecinde DSÖ'nün sağlık işgücü yönetimi ile ilgili tavsiyeleri; "sağlık çalışanlarını bireysel düzeyde desteklemek için müdahaleler, sağlık çalışanlarının rollerini en iyi şekilde kullanmaya ve kapasite oluşturmaya yönelik müdahaleler, kurumsal çevreyi hedefleyen müdahaleler, sistem genelinde sağlık iş gücü sağlayıcılarını hedefleyen müdahaleler ve uygun ortam" şeklinde 5 başlık altında toplanmıştır (2). Bu çalışmada DSÖ'nün tavsiyeleri bağlamında geliştirilen politika ve yöntemler literatür taraması sonucu elde edilen veriler doğrultusunda incelenerek bu tavsiyeler doğrultusunda öneriler geliştirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Çalışma derleme türünde hazırlanmıştır. Derlemede COVID-19 pandemisi sürecinde sağlık işgücü politikası ve yönetimi hakkında yayınlanan ülke raporları ve makaleler ile DSÖ'nün Yayınlar (Publications) başlığı altında Health topics/Coronavirus disease (COVID-19) yer alan COVID-19 Sağlık İşgücü Politikası ve Yönetimi'ni konu alan raporları ve ILO tarafından hazırlanan insana yakışır işi konu alan kılavuz incelenmiştir. Örnek ülkeler sağlık sistemleri modellerine birer örnek olacak şekilde seçilmiştir. Vaka sayısı en yüksek ülkelerden biri olan ve ulusal sağlık sigortası modelini benimseyen Kanada, genel devlet bütçesi, hibe ve kredilerle ödemeye dayalı sağlık sistemi modeli olan Latin Amerika ülkeleri, Beveridge modelini benimseyen Danimarka, yüksek ölüm oranları ile dikkat çeken ülkelerden biri olan ve Bismarck modelini benimseyen Fransa ile çoğu cepten ödemeye dayalı sağlık sistemi olan Bangladeş olarak belirlenmiştir.

Literatürde kayıtlarını iyi tutan gelişmiş ülkelerin verilerine, gelişmemiş ya da gelişmekte olan bazı ülkelerin sağlık çıktılarının raporlarına göre erişim daha kolay olmuştur. Yapılan müdahale örneklerinin kısa vadeli sonuçlarına ulaşılabilirken, uzun vadeli etkileri pandeminin halen devam etmesi nedeniyle henüz bilinmemektedir.

Yirminci ve yirmi birinci yüzyılda yaşanan dört pandemi sırasıyla İspanyol Gribi (1918), Asya Gribi (1957-1958), Hong Kong Gribi (1968-1969) ve İnfluenza A (H1N1) (2009-2010) olmuştur. On altıncı yüzyıldan beri İnfluenza pandemileri, 10-50 yıl arasında değişen aralıklarla şiddeti ve etkisi farklılaşarak tekrarlamıştır. Buradan yola çıkarak ülkemizde ve bazı ülkelerde Pandemi İnfluenza Hazırlık Planı hazırlanmış olup belli aralıklarla güncellenmesine karar verilmiştir (3). Ancak tüm ülkelerin pandemi planlarını güncellemediği ya da ulusal bir hazırlık planı geliştirmedikleri COVID-19 pandemisine yeteri kadar yanıt gösterememeleriyle sonuçlanmıştır. Yaşamını kaybeden sağlık çalışanlarının oldukça çok sayıda olması sağlık politikalarının

Tam Metin Sözlü Bildiri

geliştirilmesi ve yönetiminde büyük eksikler olduğunu göstermektedir. Bu derlemenin pandemilerde sağlık işgücü politikası ve yönetimi için katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bulgular

1. COVID-19 Pandemi Yanıtı Bağlamında Sağlık İşgücü Politikası ve Yönetimi

1.1. Sağlık çalışanlarını bireysel düzeyde desteklemek için müdahaleler

1.1.A. Enfeksiyon önleme ve kontrol

Tüm dünyada yüz binlerce sağlık çalışanı SARS-CoV-2 enfeksiyonu nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Sağlık çalışanları arasında Covid sıklığı kişisel koruyucu donanım (KKD) daha iyi erişim ve COVID-19 aşısı sayesinde zamanla azalmaktadır. Ancak sağlık çalışanlarında risk devam etmektedir. Çalışma süresi ve iş yükünün artması KKD'nin uzun süreli kullanımına ve KKD'ye uyumun azalmasına neden olmaktadır. Bu nedenle sağlık çalışanlarının enfeksiyondan korunması ve hastalığın kontrol altına alınması zorlaşmaktadır (4).

1.1.B. İş sağlığı ve güvenliği de dahil olmak üzere insana yakışır çalışma koşulları

DSÖ ve ILO sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamı için çalışma süresi ve iş yükünün düzenlenmesini önermektedir. Sağlık çalışanları COVID-19 salgını sırasında ağır iş yükü, dinlenme ve iyileşme için yeterli zaman bulamamaktadır. Bu durum uykusuzluğa, koordinasyon ve verimliliğin azalmasına, reaksiyon süresinin uzamasına, bozulmuş biliş ve ruh hali değişikliklerine neden olabilir. İş yükü, görevler ve roller adil bir şekilde dağıtılarak çalışanların yeterli dinlenme saatine sahip olduğundan emin olunmalıdır (2,5).

COVID-19 krizinin kötü çalışma koşulları, stres, damgalanma ve ayrımcılık gibi bir dizi faktöre, şiddet ve taciz riskine yol açabileceği veya bu riskleri artırabileceğini kanıtlamıştır (6).

1.1.C. Sağlık çalışanlarının ruh sağlığı

Sağlık çalışanlarının ruh sağlığı ve iyi olma hali COVID-19 bağlamında etkilenmiştir. COVID-19 pandemisi sürecindeki sağlık hizmetlerinin stresine, önceden var olan yüksek düzeyde tükenmişlik ve psikolojik belirtiler eklenmiştir. Sağlık çalışanlarında mesleki tükenmişlik; duygusal tükenme, hastalarla azalmış kişisel ilişki hissi ve azalan kişisel başarı duygusundan oluşmaktadır. Yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarında tükenmişliğin %30 ila %50 arasında değiştiği bildirilmektedir (7,8,9).

COVID-19 sürecinde sosyal kopukluk ve izolasyon dahil olmak üzere işte ve evde stres faktörlerinin ikili etkisinin olduğunu bildirmektedir. Okul çağına çocukları olan ve yaşlı akrabalara bakım sağlayan sağlık çalışanları destek kaynaklarında zorlanma ve azalma olduğunu kaydetmişlerdir (10).

1.1.D. Ücret ve Teşvikler

Yetersiz ücret ve fazla mesai de dahil olmak üzere sağlık çalışanlarının tanınma eksikliği, hizmetten ayrılmalar da dahil olmak üzere sağlık çalışanlarını etkileyebileceğine DSÖ'nün yayınladığı bir politika eylem planında yer verilmiştir (11).

Daha yüksek COVID-19 iş yükünü ve risklerini karşılamak, yıpranmayı en aza indirmek için ek ödenekler gerekebilir. Sağlık hizmetlerinin sağlanmasını sürdürme kapasitesini ciddi şekilde etkileyen nedenlerden biri de sağlık çalışanlarına zamanında veya yeterli ödeme yapılmaması olmuştur (12).

1.2. Sağlık çalışanlarının rollerini en iyi şekilde kullanmaya ve kapasite oluşturmaya yönelik müdahaleler

1.2.A. COVID-19 müdahalesi için gerekli yetkinliklerin oluşturulması

Tüm dünyada artan sağlık çalışanı ihtiyacı yanında sağlık çalışanlarının eğitiminin ve işgücü performansının geliştirilmesinde ülkeler zorlukla karşı karşıyadır. Bazı ülkelerde sağlık çalışanlarının eğitim ve öğretimine yapılan kronik yetersiz yatırım, yetersiz sağlık sistemleri ve artan nüfus ihtiyaçları ile ilgili eğitim ve istihdam



Tam Metin Sözlü Bildiri

stratejileri arasındaki uyumsuzluk devam eden eksikliğin devam etmesine neden olmaktadır (13).

1.2.B. Roller en iyi şekilde kullanma

Belirli becerilerin eksikliği olan ortamlarda sağlık çalışanlarının görev ve rolleri ihtiyaçları karşılayacak şekilde optimize edilmelidir. Politika yapıcılarını sağlık iş gücü dağılımını, uygulama kapsamını, klinik yönetim yaklaşımlarını, bakım sağlama yollarını ve ekiplerin bileşimini ayarlamalıdır. Yoğun bakım ünitesinde çalışan yoğun bakım dışındaki sağlık çalışanlarına oksijen tedavisi, ventilatör kullanımı ve sepsis, pnömoni, kan basıncı ve ağrı kontrolü yönetimi konularında hızlı eğitim verilebilir (14).

1.2.C. Toplum sağlığı çalışanlarının ve diğer toplum temelli hizmet sağlayıcıların rolü

Toplum temelli sağlık işgücü (toplum sağlığı çalışanları, sosyal bakım çalışanları ve geleneksel tıp uygulayıcıları dahil olmak üzere diğer resmi ve gayri resmi toplum temelli sağlayıcılardan oluşur) büyük roller üstlenerek, katılım ve güven inşa ederek COVID-19 müdahalesine katkıda bulunabilir. Toplum sağlığı çalışanları topluluk liderleriyle birlikte çalışabilir ve STK'larda görev alarak temaslı takibi, toplum duyarlılığı, epidemiyolojik ve kültürel olarak uygun koruyucu uygulamaların teşviki ve veri toplama için görevlendirilebilirler (15). Halkın endişelerini anlamak ve kendilerine anlatılan mesajlardan ne anladığını öğrenmek için topluluklarla iletişim kanalları kurulabilir (16).

1.3. Kurumsal çevreyi hedefleyen müdahaleler

1.3.A. Sağlık çalışanı mevcudiyetini iyileştirme

Sağlık kurumlarında çalışacak olan sağlık personeli ve finansal kaynaklar pandemi öncesinde politika ve yönergelerle belirlenmelidir. Kamuda ve özel sektörde sağlık personeli sayısının artırılmalıdır. Alınan kararlara sağlık çalışanları temsilcilerinin dahil edilmesinin mevcut sağlık çalışanını çalışmaya teşvik ettiği görülmüştür. Pandemi sağlık çalışanlarının mevcut durumunu değerlendirme fırsatı sunarak, sağlık çalışanı mevcudiyetinde iyileştirme yapılmasının önemini ortaya koymuştur (17).

1.3.B. Destekleyici çalışma ortamı ve yönetilebilir iş yükü

Sağlık çalışanları için yeterli sanitasyon, hijyen ve dinlenme tesislerinin sağlanması için önlemler alınmalıdır. Dinlenme odası, güvenli içme suyu, kişisel ve menstrual hijyen için malzemeler, tuvalet gibi temel ihtiyaçlar hazır halde bulundurulmalıdır. Temizlik protokolleri hazırlanmalı ve bu protokoller sağlık hizmeti sunum alanlarının sık temizliğinin yapılmasını, temizlik yapanların yeterli ve uygun koruyucu ekipman kullanmasını içermelidir. İş kıyafetlerini değiştirebileceği ve kıyafet temizliğini sağlayabileceği olanaklar sağlanmalıdır. Sağlık çalışanlarına dezenfektanların güvenli kullanımı, KKD kullanımı ve imhası konusunda eğitimler verilmeli ve yeterli KKD sağlanmalıdır (18).

1.3.B.1. Enfeksiyonlar, Sağlık Sorunları ve Ölümler

Sağlık çalışanlarının enfeksiyon ve ölüm oranı zamanla azalmıştır, ancak hala dünyanın kayıtsız kalamayacağı şekilde devam etmektedir. Bu nedenle COVID-19 nedeniyle sağlık ve bakım çalışanları arasında enfeksiyonlar, sağlık sorunları ve ölümler hakkında veri toplama ve raporlama güçlendirilmelidir (4).

1.3.B.2. Sağlık ve bakım çalışanlarını korumak

Sağlık ve bakım çalışanları ağır iş yükleri yaşamakta ve uzun saatler çalışmaktadır. Her gün insanların acı çekmesine ve ölümüne şahitli yapmaktadırlar. Psikolojik zorluklar yanında KKD'leri yeniden kullanmak, hatta kadınlar kişisel koruyucu ekipmanlarını yapmak veya erkekler için tasarlanmış kendilerine uygun olmayan giysiler kullanmak zorunda kalmışlardır. Ayrıca istihdam fırsatlarına, düzenli maaşlara, cinsiyet ve ücret eşitliğine, kaliteli eğitime, sürekli mesleki gelişime, kariyer fırsatlarına, sosyal korumaya ve haklarının etkin bir şekilde tanınmasına ihtiyaçları vardır (19).

Tam Metin Sözlü Bildiri

Örneğin sağlık çalışanlarını korumak ve hastaların sağlık hizmetine erişimi kolaylaştırmak için Lüksemburg Devleti, uygun olduğu durumlarda tıbbi reçetelerin ve iş göremezlik raporlarının oluşturulması da dahil olmak üzere Sağlık Müdürlüğü'nün tavsiyesi ile COVID-19 salgını için teledanışma yasası geliştirmiştir (20).

1.3.B.3.Sağlık ve Bakım Çalışanlarını Aşılama

Ülkelerden elde edilen veriler bölgeler ve ekonomik gruplar arasında önemli farklılıklar olduğunu, ortalama her beş çalışandan sadece ikisinin tam olarak aşılandığını göstermektedir. Gelişmemiş ülkelerde her 10 kişiden 1'inden azı tam olarak aşılanmışken, çoğunlukla yüksek gelirli ülkelerde oran oldukça yüksektir. DSÖ bu aşı eşitsizliklerinden derin endişe duyduğunu ortak bildiriye açıklamaktadır. Tüm ülkelerdeki tüm sağlık çalışanlarının aşılama hızlandırılmalıdır (4).

1.4. Sistem genelinde sağlık iş gücü sağlayıcılarını hedefleyen müdahaleler

1.4.A. Yönetişim ve sektörler arası iş birliği

COVID-19 pandemisi sürecinde, birçok insan bilgi ve becerilerini pandemiye müdahale hizmetine sunmuştur. Tıp öğrencileri, emekli doktor ve hemşireler sağlık hizmeti verenler arasına katılmıştır. Ayrıca sağlık hizmeti sunucuları yanında tüm dünyada dikiş dikmeyi bilen kişiler koruyucu ekipmanları ücretsiz üretmişlerdir. Gönüllüler, temel gıdaları dağıtma çabalarında kuruluşlara ve derneklere katılmışlardır (6).

1.4.B. Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların izlenmesi dahil olmak üzere sağlık bilgi sistemleri için insan kaynaklarının güçlendirilmesi

Ulusal ve yerel COVID-19 müdahalesi için sağlık iş gücü konusunda kanıta dayalı politikalar oluşturulması için belirli sağlık iş gücü göstergelerinin takip edilmesi gerekmektedir (21). COVID-19 müdahalesi için sağlık iş gücü planlaması ve izlemesi için veri kullanılabilirliği sağlanmalıdır (22).

Sağlık çalışanlarının meslek grupları, dağılımı ve demografiye göre sayılarının belirlenerek, kapasitelerine uygun roller ve becerilerine göre eşleştirilerek, sağlık iş gücü izleme göstergelerine öncelik verilmelidir (23).

1.4.C. İhtiyaç değerlendirmesi ve planlama

Pandemiye yanıtta gereken sağlık müdahaleleri için acil müdahale durumunda insan kaynakları, stratejik orta ve uzun vadeli ihtiyaç değerlendirmesi ve planlama yapılması sürdürülebilir kaynak dağıtımı için iyi bir temel oluşturur. Önleyici, destekleyici, bakım ve rehabilitasyon hizmetleri için gerekenler belirlenmelidir. Uluslararası Sağlık Tüzüğü kriterlerine uygun şekilde kapasite belirlemesi yaparak ulusal stratejilerden, müdahale planlarından ve mevcut sağlık iş gücünden yararlanılmalıdır (24).

1.5. Uygun ortam

1.5.A. Cinsiyet ve eşitlik

Sağlık ve sosyal bakım sektörü, özellikle kadınlar için dünyanın en büyük ve en hızlı büyüyen istihdam sektörlerinden biridir (25).

Kadınlar, yaklaşık 5 milyar insana hizmet sağlamaktadır ve yarısı ücretsiz çalışma şeklinde olmakla birlikte küresel sağlığa yıllık tahmini 3 trilyon ABD doları katkıda bulunmaktadır (26).

Kadınların çoğunlukta olduğu bir meslekte neden bu kadar az kadının lider olduğunun paradoksunu incelenerek bu cinsiyet dengesizliğini düzeltmek için ilgili çalışmalar yürütülmektedir. Sağlıkta kadınlar ve erkekler arasındaki liderlik farkının, ancak kadınların ilerlemesinin önündeki sistematik engellerin ele alınmasıyla kapatılabileceğinden bahsedilmektedir (27). COVID-19 pandemisi cinsiyet eşitsizliği ile mücadele çalışmalarına darbe vurmuş ve sektördeki kadın liderlik boşluğunun daha da artırma riski oluşturmuştur (11).

Tam Metin Sözlü Bildiri

1.5.B. Sosyoekonomik faktörler (DSÖ, 2020)

Sosyoekonomik faktörler, ülkelerin önerilen sağlık sektörü müdahalelerini uygulama kapasitesini etkilemektedir. Finansman seçenekleri ve kısıtlamaları ülkeler arasında farklılık göstermektedir. COVID-19 müdahalesi için sağlık insan kaynakları, sağlık kapasitesi ve dayanıklılık için daha uzun vadeli daha fazla insan kaynağı için bir temel oluştururken, artan taleple başa çıkmak için nitelikli ancak işsiz sağlık çalışanlarını sağlık işgücü piyasasına çekmek için bir fırsat olabilir (2).

2. Ülkelerde COVID-19 Pandemisi Sürecinde Sağlık İşgücü Politikası ve Yönetimi Örnekleri

2.1. Kanada Örneği

Covid pandemisi ile 2009'daki H1N1 Pandemisi Planı ve 2013'teki Sağlık Portföyü Acil Müdahale Planı'nın güncellenmediği tespit edilmiştir. Bu planlar üzerinden organizasyonel koordinasyon geliştirilmiş, roller ve sorumluluklar netleştirilmiştir. Bilgi teknolojileri kullanılmış ve kurumlar arası iş birliği ile sağlık hizmetlerinin sunumu, verilerin toplanması ve raporlanması, uygulamaların yanıtının il ve bölge düzeyinde değerlendirilmesini içeren halk sağlığı rehberleri geliştirilmiştir (28).

2.2. Latin Amerika Örneği: Bolivya Çokuluslu Devleti, Şili, Kolombiya, Ekvador ve Peru

Kolombiya, Ekvador ve Peru'da en yüksek COVID-19 vakası yoğunluğu doktorlar ve hemşireler arasında gözlenmiştir. Her bir meslek grubundan sağlık çalışanına duyulacak ihtiyaçlar tahmini olarak hesaplanmıştır. Beş ülkede yeni ya da mevcut işe alım mekanizmaları ile sağlık çalışanı istihdamı, diğer servislerde çalışanların COVID-19 hastalarının tedavi ve bakımı için geçici olarak tahsisi, yerli ve yabancı öğrencilerin, yeni mezunların, emeklilerin, gönüllülerin ve silahlı kuvvetlerin sağlık çalışanlarına desteği ve uluslararası iş birliği ile sağlık işgücü politikaları geliştirilmiştir. İkramiyeler ve ücret artışları, çalışma koşullarında iyileştirmeler, hayat sigortası, COVID-19'un meslek hastalığı olarak tanınması (Şili ve Kolombiya'da), bazı faaliyetlerin durdurulması ve teletıp gibi COVID-19'a daha az maruz kalınan işlere geçilmesi, ruh sağlığının güçlendirilmesi eklenmiştir. Bölgeler arasında eşit olmayan sağlık çalışanı dağılımını dengelemek için maaş iyileştirmeleri ve daha iyi çalışma koşulları ile teşvikler sağlanmıştır (29).

2.3. Danimarka Örneği

Ülkede COVID-19 kriz yönetimi kapsamında getirilen en önemli mevzuat, bulaşıcı hastalıklar kanununun yenilenmesi olmuştur. Otorite eski bölgesel salgın kurullarından Sağlık Bakanlığına geçmiştir. Danimarka Parlamentosu Daimi Emirler Komitesi; viroloji ve immünoloji, sağlık hukuku ve kamu hukuku, sağlık ekonomisi ve kamu yönetimi ve siyaset bilimi alanlarında uzmanlığı temsil eden beş profesörden oluşan bağımsız bir soruşturma komitesi oluşturmuştur (30).

2.4. Fransa Örneği

Fransa Cumhuriyeti Cumhurbaşkanı, COVID-19 salgınının neden olduğu sağlık krizinin sağlık, ekonomik ve sosyal olmak üzere üç açıdan değerlendirilmesi ve uluslararası verilerle karşılaştırılmasını istemiştir. Bu amaçla multidisipliner perspektifle alanlarında en kalifiye olan bir doktor, bir epidemiyolog, enfeksiyon hastalıkları ve enfeksiyon riskinin önlenmesi uzmanı, bir başkan, bir ekonomist, bir felsefeci ve bir halk sağlığı doktoru bir araya getirilmiştir (31).

2.5. Bangladeş Örneği

Bangladeş'te sağlık kurumlarında doktor sayısı oldukça azdır ve pandemi sürecinde oldukça uzun çalışma saatleri olmuştur. Bu zorluğu azaltmak için Bangladeş Devleti ek doktor ve sağlık personeli ataması yapmıştır (32). Sağlık çalışanlarının maske, eldiven ve kişisel koruyucu ekipman sıkıntısı olmuştur (33).

Sağlık çalışanlarının dahil edildiği nitel araştırmada koordinasyonu sağlayacak ve yönlendirici olacak uzmanların olduğu bir komitenin eksikliğinden bahsedilmiştir. Sağlık çalışanları kendilerini nasıl koruyacağı

Tam Metin Sözlü Bildiri

konusunda yeterli eğitim almamıştır. Yani COVID-19 ile Bangladeş'te var olan sağlık sektöründeki aksaklıklar gün yüzüne çıkmıştır (34).

Sonuç ve Öneriler

COVID-19 pandemisi sürecinde sağlık işgücü politikası ve yönetimi kurumlar arası iş birliği, yetkilerin açık olduğu amaca uygun liderlik ve yönetim yapılarını gerektirmektedir. Bu sürecin etkili olması için kriz yönetiminin önceden tanımlanmış iç iletişim ve raporlama kanallarına dayanması gerekir. Bu nedenle devlet kurumları arasında bilgi iletişiminin ulaşılabilir ve kolay olması sağlanmalıdır.

Bilimsel danışma kurulları COVID-19 pandemisi krizi sürecinde devlet kurumlarına ve topluma kanıtli bilgiler sunarak ve öneriler geliştirerek süreç yönetimine büyük katkı sağlamıştır. Çeşitli uzmanlık alanlarının kanıta dayalı bu bilimsel kurullara katkı sağlaması önem arz etmektedir. Bilim kurulları aracılığıyla yöneticilerin güven veren, tutarlı ve bilgili konuşmaları halkın panik içine girmeden kriz yönetimini sağlamak açısından önemlidir. Ayrıca devletler, karar alma süreçlerinde şeffaflığı artırmak ve kriz yönetimi müdahalelerinin uygulanmasını kolaylaştırmak için sivil toplumu, özel sektörü ve yerel yöneticileri daha fazla dahil edebilir.

COVID-19 pandemisi sağlık insan kaynakları kapasitesini artırılması acil sağlık hizmetleri kapsamındadır. Bu nedenle yeni sağlık personelinin işe alınması ve mevcut çalışanların pandemide görevlendirilmesi ihtiyacı doğmuştur.

COVID-19 pandemisi sürecinde sağlık işgücü politikası ve yönetiminde kararlar alırken uluslararası iş birliği içinde olunmalıdır. Tüm ülkelerin aşı, test, tedavi gibi sağlık hizmetlerine erişimi için uluslararası örgütler tarafından fon sağlanmalıdır.

Ülkelerdeki bölgeler arasında sağlık işgücünün dengeli dağıtılması için sağlık çalışanı ihtiyacı olan bölgelerde ücretlerin artırılması gibi önlemler alınmalıdır. Sağlık insan kaynaklarının yeterli mevcudiyetinin sağlanması için ülkelerdeki sağlık bakanlıkları ile hazine ve maliye bakanlıkları arasında koordinasyon gerekmektedir.

COVID-19 gibi krizlerin üstesinden gelmek için siyasi eylem gerektirdiğine dair şüphe olmadığı görülmüştür. Siyasi liderler ancak güçlü bir idari altyapı mevcutsa bu tür krizlerle yetkin bir şekilde başa çıkabilir. Siyasi liderler uzmanlığı bulunan sağlık profesyonellerinden yetkin, güncel ve zamanında tavsiye almalıdırlar. Siyasi karar alıcılar riskler ve belirsizlikler hakkında çok kaynaklı tavsiyeler alarak hareket etmelidir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, Sağlık Yönetimi, Sağlık Politikası, Sağlık İşgücü, Pandemi

Kaynaklar

- 1) OECD (2015). *The Changing Face of Strategic Crisis Management, OECD Reviews of Risk Management Policies, OECD Publishing, Paris.* <https://dx.doi.org/10.1787/9789264249127-en> Erişim Tarihi: 18.07.2022
- 2) WHO (2020). *Health workforce policy and management in the context of the COVID-19 pandemic response, Interim guidance 3 December 2020.* <https://www.socialserviceworkforce.org/system/files/resource/files/Health-Workforce-Policy-and-Management-COVID19.pdf> Erişim Tarihi: 20.07.2022
- 3) T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. *Pandemik İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı.* Ankara, 2019.
- 4) WHO (2021). *World Health Organization Health Workforce Department. The impact of COVID-19 on health and care workers: a closer look at deaths. Working paper 1 September 2021*
- 5) ILO (2018). *Guidelines on decent work in public emergency services. ILO: Guidelines on decent work in public emergency services.* Erişim Tarihi: 02.08.2022
- 6) ILO *Violence and Harassment Convention, 2019 (No. 190): 12 ways it can support the COVID-19 response and recovery.* https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/publication/wcms_744782.pdf Erişim Tarihi:10.08.2022
- 7) T.D. Shanafelt, L.N. Dyrbye, C. Sinsky, O. Hasan, D. Satele, J. Sloan, et al. *Relationship between clerical burden and characteristics of the electronic environment with physician burnout and professional satisfaction.* *Mayo Clin Proc.* 2016;91(7): pp.836-848.

Tam Metin Sözlü Bildiri

- 8) N. Embriaco, L. Papazian, N. Kentish-Barnes, F. Pochard, E. Azoulay. Burnout syndrome among critical care healthcare worker. *Curr Opin Crit Care*. 2007;13(5): pp.482-488.
- 9) J.L. Gomez-Urquiza, E.I. De la Fuente-Solana, L. Albendin-Garcia, C. Vargas-Pecino, E.M. Ortega-Campos, G.A. Canadas-De la Fuente. Prevalence of burnout syndrome in emergency nurses: a meta-analysis. *Crit Care Nurse*. 2017;37(5): pp.e1-e9.
- 10) C. Nabors, A. Sridhar, U. Hooda, S.A. Lobo, A. Levine, W.H. Frishman, et al. Characteristics and outcomes of patients 80 years and older hospitalized with coronavirus disease 2019 (COVID-19) *Cardiol Rev*. 2021;29(1): pp.39-42.
- 11) WHO (2021). Closing the leadership gap: gender equity and leadership in the global health and care workforce. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025905> Erişim Tarihi: 09.07.2022
- 12) M. Ballard, E. Bancroft, J. Nesbit, et al. Prioritising the role of community health workers in the COVID-19 response. *BMJ Global Health*, 2020;5:e002550.
- 13) WHO (2021). Home / Health topics / Health workforce. https://www.who.int/health-topics/health-workforce#tab=tab_1 Erişim Tarihi: 19.08.2022
- 14) K. Tulenko. COVID-19 surge staffing checklist. 2020. https://www.researchgate.net/publication/340262746_COVID-19_Surge_Staffing_Checklist DOI:10.13140/RG.2.2.30216.98566 Erişim Tarihi: Erişim Tarihi: 01.09.2022
- 15) CHW Central. Cole C. Community health workers respond to Ebola outbreak in Sierra Leone. Boston: Initiatives Inc.; 2015. <http://www.chwcentral.org/blog/community-health-workers-respond-ebola-outbreak-sierra-leone> Erişim Tarihi: 27.03.2022
- 16) V.K. Nguyen. An epidemic of suspicion: Ebola and violence in the DRC. *New England Journal of Medicine*. 2019;380(14): 1298-9.
- 17) O'Brien, N., Flott, K., Bray, O., Shaw, A. and Durkin, M. Implementation of initiatives designed to improve healthcare worker health and wellbeing during the COVID-19 pandemic: comparative case studies from 13 healthcare provider organisations globally. *Globalization and Health*. 2022;18(24):1-13.
- 18) WHO (2021). COVID-19: Occupational health and safety for health workers: interim guidance, 2 February 2021. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-HCW_advice-2021-1 Erişim Tarihi: 01.09.2022
- 19) WHO (2021). Joint Statement on WHO's Estimates of Health and Care Worker Deaths due to COVID-19. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/2021-dha-docs/iyhcw_sc_joint_statement.pdf?sfvrsn=5fe331d2_5 Erişim Tarihi:03.09.2022
- 20) CNS (2022). Le Gouvernement Luxembourgeois CNS d'Gesondheetskeess - Health professionals – Teleconsultation. <https://cns.public.lu/en/actualites/2022/reprise-teleconsult.html> Erişim Tarihi: 28.08.2022
- 21) WHO (2018). National health workforce accounts implementation guide. Geneva: World Health Organization; 2018. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514446> Erişim Tarihi: 23.08.2022
- 22) T.T. Edejer, O. Hanssen, A. Mirelman, P. Verboom, G. Lolong, O.J. Watson, L.L. Boulanger, A. Soucat, Projected Health-Care Resource Needs for an Effective Response to COVID-19 in 73 Low-Income and Middle-Income Countries: a Modelling Study. *Lancet Global Health*. 2020;8(11): 1372-1379.
- 23) WHO (2020). Protocol for assessment of potential risk factors for 2019-novel coronavirus (COVID-19) infection among health care workers in a health care setting. 23 March 2020.
- 24) WHO (2019). Benchmarks for International Health Regulations (IHR) Capacities. February 2019. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311158> Erişim Tarihi:23.08.2022
- 25) ILO (2017). Improving employment and working conditions in health services. Geneva: International Labour Organization; 2017. https://www.ilo.org/sector/activities/sectoral-meetings/WCMS_548288/lang--en/index.htm Erişim Tarihi: 03.08.2022
- 26) A. Langer, A. Meleis, F.M. Knaul, R. Atun, M. Aran, H. Arreola-Ornelas, et al. Women and health: the key for sustainable development. *Lancet*. 2015;386(9999): 1165-1210.
- 27) WHO (2019). Delivered by women, led by men: a gender and equity analysis of the global health and social workforce. WHO Human Resources for Health Observer Series No. 24. Geneva: World Health Organization; 2019.
- 28) Office of the Auditor General of Canada, 2021 Reports of the Auditor General of Canada to the Parliament of Canada. Report 8—Pandemic Preparedness, Surveillance, and Border Control Measures, 2021.

Tam Metin Sözlü Bildiri

- 29) WHO (2021). *Impact of COVID-19 on human resources for health and policy response: the case of Plurinational State of Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador and Peru. Overview of findings from five Latin American countries.* 17 December 2021. Publication.
- 30) *Managing the COVID-19-Crisis: Report delivered to the Standing Orders Committee of the Danish Parliament January 2021 – Summary.* pp:1-9.
- 31) *République Française Liberté Égalité Fraternité Progress Report, French National Independent Mission on the Assessment of the COVID-19 Crisis Management and on the Anticipation of Pandemic Risks.* 13 October 2020.
- 32) T. Islam, A.K. Talukder, N. Siddiqui, T. Islam. *Tackling the COVID-19 pandemic: The Bangladesh perspective.* *Journal of Public Health Research.* 2020;9(1794): 389-397.
- 33) T. Asjad. *Ensuring Quality of PPE and Other Protective Components.* *The Financial Express*, 2020. <https://thefinancialexpress.com.bd/views/ensuring-quality-of-ppe-and-other-protective-components-1587744428> Erişim Tarihi: 10.09.2022
- 34) S.R. Razu, T. Yasmin, T.B. Arif, S. Islam, S.M. Shariful Islam, H.A. Gesesew, P. Ward. *Challenges Faced by Healthcare Professionals During the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Inquiry From Bangladesh.* *Frontier Public Health.* 2021;9: 647315.

Özet Sözlü Bildiri

S66

**ERCIYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN
SÜRDÜRÜLEBİLİR KALKINMA BİLİNÇ DÜZEYLERİ**

Tuğba COŞKUN ASLAN, Ayşe Nur TAT, Arda BORLU, Hasan DURMUŞ, İskender İSKENDER
Erciyes Üniversitesi, Türkiye

Giriş ve Amaç: Sürdürülebilir kalkınma (SK) kavramı ilk kez 1987 yılında Brundtland Raporu'nda "Bugünün ihtiyaçlarını gelecek kuşakların da kendi ihtiyaçlarını karşılayabilme olanağından ödün vermeksizin karşılamak" şeklinde ifade edilmiştir. SK hedefleri arasında sağlıkla ilişkili en net hedef "Sağlık ve kaliteli yaşam" hedefidir. Ancak diğer hedeflere ulaşabilme noktasında; üretim gerçekleştirecek insangücü kapasitesinin sağlanması, sağlık harcamalarının azaltılması, hizmet sunumunda çevrenin korunması önemlidir. Dolayısıyla SK hedeflerine ulaşabilmede sağlık sektörünün çalışmaları önemli bir yere sahiptir. Araştırmada tıp fakültesi öğrencilerinin sürdürülebilirlik bilinç düzeyinin ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma tanımlayıcı kesitsel niteliktedir. 2021 Kasım-Aralık ayında yapılmıştır. Çalışmada Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesinde öğrenim gören 2020 öğrencinin tamamına ulaşmak hedeflenmiş olup çalışma 1435 öğrenciyle tamamlanmıştır(%71). Çalışmada bağımlı değişken ölçek puanı, bağımsız değişken sosyodemografik özelliklerdir. Çalışmanın verileri anket formu aracılığıyla araştırmacılar tarafından, gönüllülerin olurları alındıktan sonra yüz yüze toplanmıştır. Anket Sürdürülebilirlik Bilinci Ölçeği (SBÖ) ve öğrencilerin sosyodemografik özelliklerini sorgulayan 66 sorudan oluşmaktadır. SBÖ 2012 yılında Michalos ve ark. tarafından geliştirilmiş olup; 2018 yılında Gericke ve ark. tarafından güncellenmiştir. Türkçe geçerlilik güvenilirliği Yücel Yüksel ve Bayram Yıldız tarafından 2019 yılında yapılmış, cronbach katsayısı 0.86 olarak hesaplanmıştır. SBÖ'den alınabilecek puanlar minimum 70 maksimum 250'dir. Alınan yüksek puan öğrencilerin sürdürülebilirlik bilinç düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekten alınan puanlara göre öğrencilere ait sürdürülebilirlik bilinci görünümleri düşük (50-117), orta (118-185) ve yüksek (186-250) olarak gruplandırılmaktadır.

Araştırma için Erciyes Üniversitesi Klinik araştırmalar etik kurulundan 19.01.2022 tarih ve 2022/75 sayı ile etik izin alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında SPSS 20 versiyon ile yapılmıştır. Verilerin normal dağılımı Kolmogorov Smirnov testi ile kontrol edildikten sonra; ölçek puanı ve sosyodemografik özelliklere ilişkin verilerin karşılaştırılması yapılmıştır. Veriler normal dağılmadığı için Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır. İstatistik analizlerde $p < 0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan öğrencilerin %49.1'i erkektir. Çalışmaya katılanların %36.4'ü SK kavramını daha önce duyduğunu belirtmiştir. Kavramı duyanların %42.3'ü sosyal medyadan, 24.7'si kitle iletişim araçlarından, %13'ü fakülte eğitiminden duymuş; %1.7'si daha önce SK ile ilgili eğitime katılmıştır. Öğrencilerin %7.9'u SK kavramını tanımlayabileceğini düşünmektedir. Katılımcıların %47.8'i hekimlerin sürdürülebilir kalkınma hedeflerine ulaşmada etkin rolü olduğunu düşünmektedir.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin sürdürülebilirlik bilinci ölçeğinden almış oldukları puan ortalaması 205.7 ± 21.5 olup, sürdürülebilirlik bilinci görünümleri yüksek bulunmuştur. Ölçek puan ortancası kadınların (M: 211, min-max:113-250, u:202180, $p < 0.001$), yurttaki kalanların (M: 209, min-max:113-250, $x^2:4.49$, $p:0.106$), ekonomik durumu iyi olanların (M: 210, min-max:70-250, $x^2:14.56$, $p:0.001$) daha yüksek bulunmuştur.

SK kavramını araştırmamızdan önce duyanlar ile duymayanlar arasındaki ilişki ve 'Sürdürülebilir kalkınma kavramını tanımlayabilir misin?' sorusuna verilen cevaplar incelediğinde ölçek puanı ve ölçek alt grupları (bilgi, tutum, davranış) açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Özet Sözlü Bildiri

Sonuç: Çalışmamızda tıp fakültesi öğrencilerinin sürdürülebilirlik bilinç düzeylerinin yüksek olduğu; fakat öğrencilerin SK kavramına yabancı oldukları belirlenmiştir. Bu nedenle daha iyi bir sağlığa ulaşmak için en iyi yol gösterici olan hekimlerin tıp fakültelerindeki SK ile ilgili eğitimleri içerik olarak zenginleştirilmelidir.

Finansal destek: Araştırmacılar herhangi bir finansal destek almadığını beyan eder.

Çıkar çatışması: Araştırmacılar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan eder.

Anahtar Kelimeler: Sürdürülebilirlik, Sürdürülebilir kalkınma, İnsan gücü, Sağlık politikaları

Özet Sözlü Bildiri

S67

BİR KENTSEL BÖLGE ÖRNEĞİNDE BULAŞICI OLMAYAN HASTALIĞA SAHİP OLAN ERİŞKİMLERİN COVID-19 PANDEMİSİ DÖNEMİNDE KRONİK HASTALIK İZLEM NİTELİĞİNDE VE TEDAVİ UYUMUNDAKİ DEĞİŞİKLİKLER

Kübra ÇİÇEK, Erhan ESER

MCBÜ Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

Amaç: Bu çalışmanın amacı, COVID-19 pandemisi etkisinde geçen iki yılda bulaşıcı olmayan hastalığa (BOH) sahip bireylerde, kronik hastalık bakım niteliğinin, sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğinin, kronik hastalık risk faktörlerindeki değişimin, ilaç tedavisine uyumun, algılanan sağlık ve ruh sağlığı değişiminin ve kronik hastalık yakınmalarındaki değişimin değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma birinci basamağa başvuruya dayanan kesitsel tipte bir çalışmadır. Çalışmada örneklem seçilmemiş; Manisa ili merkez ilçelerden seçilen on ASM'ye başvuran ve dahil olma kriterlerini karşılayan hastalar araştırmaya kabul edilmiştir (n=500). Çalışmanın bağımlı değişkenleri; ilaç tedavisine uyum, pandemi döneminde kronik hastalık bakım niteliği, sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği, pandemi öncesine göre algılanan sağlık durumu, algılanan ruh sağlığı durumu ve kronik hastalık yakınmalarındaki değişimdir. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-hasta sürümü (KBDh/PACIC), Morisky Tedavi Uyum Ölçeği-8 (MTUÖ-8) ve yapılandırılmış soru formu kullanılmıştır. Veri analizinde SPSS 23.0 kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin analizinde Ki-kare ve Fischer'in kesinlik testi, sürekli verilerin analizinde Student's t testi veya Mann Whitney U testi; tek yönlü varyans analizi veya Kruskal Wallis varyans analizi kullanılmıştır. Çok değişkenli analizlerde lojistik regresyon kullanılmıştır. Tip 1 hata 0.05 olarak kabul edilmiştir. MCBÜ Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan etik kurulu onayı (22/09 2021 tarih ve 20.478.486/951 sayılı karar) alınmıştır. Ayrıca T.C. Sağlık Bakanlığı ve Manisa İl Sağlık Müdürlüğü'nden araştırmanın yürütülmesi ile ilgili gerekli izinler alınmıştır. Finansal destek alınmamıştır. Yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Bulgular: Bu çalışmada, KBDh ölçeğinden alınan toplam puan 2.43 ± 0.24 'tür. Katılımcıların %47.6'sı pandemi döneminde kronik hastalık kontrolleriyle ilgili aksaklık yaşamıştır. Katılımcıların %37.2'sinin algılanan sağlık durumu pandemi öncesine göre daha kötü; %23.2'sinin pandemi öncesine göre algılanan ruh sağlığı durumu daha kötüdür. Katılımcıların %43.4'ü ilaç tedavisine düşük uyum göstermektedir. Katılımcıların %51.8'inin COVID-19 pandemisi döneminde kronik hastalığı ile ilgili semptom ve yakınmalarında artış ve/veya yeni yakınmaları olmuştur. Katılımcıların %15.6'sı pandemi döneminde kilo almış; %22.0'si pandemi döneminde, daha az yürüyüş/egzersiz yapmıştır.

65 ve üzeri yaş grubunda (OR: 17.38, %95GA:7.68-39.33), kadınlarda (OR: 2.63, %95GA:1.46-4.75), algılanan gelirin giderden az olanlarda (OR: 2.71, %95GA:1.19-6.15) ve kronik hastalığı takip eden bir doktorun olmayanlarda (OR: 22.61, %95GA: 6.35-80.49) COVID-19 pandemisi döneminde kronik hastalık bakım niteliği kötüleşmektedir. 65 ve üzeri yaş grubunda olmak (OR: 4.15, %95 GA:2.39-7.21) ve algılanan gelirin giderden az olması (OR: 3.19, %95 GA:1.58-6.45) pandemi döneminde sağlık hizmetlerine ulaşamama riskini artırmaktadır. Pandemi döneminde sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin kötü olması (OR: 2.01, %95GA: 1.37- 2.95) ve uyku düzeninin kötü etkilenmesi (OR: 2.14, %95GA: 1.34-3.42) algılanan genel sağlık değişiminin kötü olmasını artırmaktadır. Kadınlarda (OR: 2.46, %95GA: 1.18-5.10), pandemi döneminde uyku kalitesi kötü etkilenenlerde (OR: 8.25 %95GA: 4.66-14.60) ve bu dönemde aile içi (OR: 4.21, %95GA: 2.46-7.21) ve sosyal ilişkilerinden (OR: 2.69, %95GA: 1.58-4.57) daha az hoşnut olanlarda algılanan ruh sağlığı değişiminin kötü olması riski artmıştır. Algılanan gelirin gidere eşit olması (OR: 1.88, %95GA: 1.25-2.81), algılanan gelirin giderden fazla olması (OR: 1.93, %95GA: 1.04-3.60) ve yalnızca bir kronik hastalığın olması (OR: 2.16,

Özet Sözlü Bildiri

%95GA: 1.41-3.30) ilaç tedavisine uyumsuz olma riskini artırmaktadır. Pandemi döneminde sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin (OR: 2.05, %95GA: 1.40-2.99) ve kronik hastalık bakım niteliğinin kötü olması (OR:1.49, %95GA: 1.01-2.23), ilaç tedavisine uyumlu olmak (OR:1.48, %95GA: 1.02-2.16) ve kronik hastalık risk faktörlerinin olumsuz yönde değişmesi (OR:1.72, %95GA: 1.11-2.70) kronik hastalıkla ilgili yakınmalarında artış olma riskini artırmaktadır.

Sonuç: COVID-19 pandemisi döneminde kronik hastalığı olan bireylerin yaklaşık yarısının rutin kontrolleri aksamış; kronik hastalık bakım niteliği kötüleşmiş ve hastaların fiziksel ve ruhsal sağlığını olumsuz etkilenmiştir. Kronik hastalık bakımına yönelik pandemi acil eylem planı hazırlanmalıdır. Risk gruplarının psikolojik destek almaları sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, bulaşıcı olmayan hastalıklar, sağlık hizmeti sunumu, tedavi uyumu, Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik

Özet Sözlü Bildiri

S68

EDİRNE'DEKİ HUZUREVLERİNDE KALAN YAŞLILARIN TELEVİZYON İZLEME DAVRANIŞLARI VE BU KONUDAKI DÜŞÜNCELERİ

Gamze DEMİRAY¹, Emine AYDIN ÖZGÜR², Faruk YORULMAZ¹

¹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Türkiye

²Edirne Valiliği İlkyardım Eğitim Merkezi, Türkiye

Giriş ve Amaç: Televizyon (TV) izleme, yaşlı yetişkinler için önemli bir boş zaman etkinliğidir. 1950'lerden bu yana yapılan araştırmalar, yaşlı yetişkinlerin genç yaş gruplarına göre televizyon izlemeye daha fazla zaman ayırdıklarını göstermiştir. Yaşlı yetişkinlerin yaklaşık % 95,3'ü her gün televizyon izlemektedir. İlerleyen yaş ile birlikte bireyler tiyatroya gitmek, seyahat etmek gibi aktivitelere, hem fiziksel hem sosyoekonomik durumları nedeni ile daha az katılmakta ve bu faaliyetlerden boşalan zamanı televizyon izleyerek doldurmaktadır. Televizyon izlemek, evde vakit geçiren yaşlı bireylerin en önemli aktivitelerinden birisi haline gelmektedir. Yaşlı bireyler televizyonu eğlence aracı olmanın yanı sıra yeni bilgiler öğrenme, sosyalleşme yalnızlık duygusuyla başa çıkma konusunda bir arkadaş ve sosyalleşme aracı olarak da kullanmaktadır. Bu çalışmanın amacı, Edirne'de bulunan kamuya ait 2 huzurevinde kalan yaşlıların televizyon izleme durumu ile yaş, cinsiyet, gelir durumu, kronik hastalık varlığı gibi bağımsız değişkenler ile ilişkisini araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu araştırmanın evrenini Edirne Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü'ne bağlı Edirne merkez ilçe ve Uzunköprü'de bulunan 2 huzurevinde kalan 150 kişi oluşturmaktadır. Örneklem seçimi yapılmamış, tüm evrene ulaşılması hedeflenmiş, 60 kişiye ulaşılmıştır (ulaşma oranı: %40). Edirne Huzurevi'nde kalan yaşlıların bir kısmı araştırmaya katılımı engelleyecek sağlık problemleri nedeniyle dahil edilememiştir. Veri toplama süreci 13.12.2018-10.02.2019 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Veriler araştırmacılar tarafından geliştirilen 39 soruluk anket formu ile gözlem altında sözlü onamları alınarak toplanmıştır. Bağımlı değişken olan televizyon izleme alışkanlığı yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni hal, yaşadığı yer, ziyaret edilme durumu gibi bağımsız değişkenlerle karşılaştırılmıştır. Analiz için SPSS 21,0 sürümlü programı kullanılmış, tanımlayıcı istatistikler ve ki-kare analizi uygulanmış, $p < 0,05$ düzeyi istatistiksel açıdan anlamlı kabul edilmiştir. Araştırma için Edirne Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü'nden ve Trakya Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmıştır (Protokol kodu: TÜTF-BAEK 2018/352 Tarih: 15.10.2018). Çalışma sırasında herhangi bir kurumdan finansal destek sağlanmamıştır ve yazarlar aralarında herhangi bir çıkar çatışması bulunmadığını beyan etmektedir

Bulgular: Araştırmaya katılanların % 78,3'ü erkek, %58,3'ünün eşi ölmüş ve % 70'inin çocuğu vardır. Araştırmaya dahil edilenlerden en az 1 kronik hastalığı olan yaşlı sayısı 48 (% 80) 'dir. Katılımcıların % 76,7'sinin sürekli bir hobisi vardır. Hobiler içerisinde ilk üçü televizyon izlemek (% 60), spor yapmak (% 21,7) ve örgü örmektir (% 10). Huzurevinde kalan yaşlıların gelir durumuna bakıldığında 38 (% 63,3) 'inin aylık geliri 1245 TL üstüdür (2019 yılı için aylık ort. gelir 1245 TL \approx 222 ₺). Huzurevinde kalan yaşlıların % 96,7'si her gün TV izlemektedir. Günlük ortalama televizyon izleme süresi $3,79 \pm 0,32$ saattir. Katılımcıların % 66'sının kaldığı odada ve her iki huzurevinin ortak kullanım alanlarında TV bulunmaktadır. Kadın katılımcılar TV izleme nedeni olarak ilk sırada vakit geçirmeyi (%53,8); erkek katılımcılar ise gündem takibi olduğunu (%44,7) belirtmişlerdir. Sağlık programlarını izleyenler, en sık "sağlık bilgisi almak" amacı ile bu programları izlediklerini belirtmişlerdir. Sağlık içerikli TV programlarını izleme ile cinsiyet arasında bir ilişki saptanmıştır ($p=0,026$). Katılımcılara "TV'de izlediğiniz yaşlılar nasıl görünüyor?" sorusu yöneltildiğinde; % 91,7'si sağlıklı, % 86,7'si zengin ve 51,7'si mutsuz gösterildiğini belirtmiştir. Katılımcılar %45 oranında TV programlarının içeriklerinin yaşlılara uygun olmadığını ifade etmiştir. Katılımcıların TV'de doğru bulduğu içerikler haber programları (%28,3), sağlık programları (%18,3), eğlence ve müzik programları(%16,7) idi. TV izleme ile yaş, cinsiyet, gelir durumu, kronik hastalık varlığı arasında bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$)

Sonuç: Araştırma sonuçları Edirne huzurevlerinde kalan yaşlıların günlük yaşamlarında televizyon izlemenin önemli bir yer tuttuğunu göstermiştir. Aktif yaşlanma programları ile evde TV karşısında geçen süre azaltılarak yaşlılıkta daha hareketli bir hayat tarzı elde edilebilir.

Anahtar Kelimeler: yaşlı, huzurevi, televizyon

Özet Sözlü Bildiri

S69
COVID-19 GEÇİREN YAŞLILARDA KİŞİSELLEŞTİRİLMİŞ TELE-BESLENME
DANIŞMANLIĞININ BESLENME DURUMUNA ETKİSİ:
RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA

Deniz KORKUT GENÇALP¹, Fehmi AKÇİÇEK², Fisun ŞENUZUN AYKAR³, Sevnaz ŞAHİN²

¹Kepez Devlet Hastanesi, Türkiye

²Ege Üniversitesi, Türkiye

³İzmir Tınaztepe Üniversitesi, Türkiye

Giriş: Dünya çapında koronavirüs hastalığından en çok etkilenen bireyler yaşlı yetişkinler olmuştur. COVID-19 geçiren yaşlılarda taburculuk sonrası dönemde iyileşmenin sağlanmasında beslenme önemli bir role sahiptir. Salgın sürecinde anti-inflamatuar ve immünomodülatör özellikleri nedeniyle sağlıklı beslenme modeli olarak Akdeniz diyetinin önemi vurgulanmaktadır. Bu dönemde COVID-19 hastaları için danışmanlık hizmetlerinde telekonferans ve telefon gibi araçların kullanımı önerilmektedir. Çalışmanın amacı COVID-19 nedeniyle hastanede yatarak tedavi gören ve taburcu olan yaşlılarda telefonla beslenme eğitimine ek olarak verilen kişiselleştirilmiş tele-beslenme danışmanlığının beslenme durumu üzerine etkisini ve etkinliğini belirlemektir.

Yöntem: Tek kör randomize kontrollü çalışmaya Nisan-Ağustos 2021 tarihleri arasında ikinci basamak bir hastanenin COVID-19 servislerinde yatarak tedavi gören ve taburcu olan 65 yaş ve üstü yaşlılar dahil edilmiştir. Oral yolla beslenmeyen, oral beslenmeye ek enteral ürün kullanan, toplu beslenme yapılan kurumlarda ikamet eden ve böbrek yetmezliği nedeniyle protein, potasyum ve fosfordan kısıtlı diyet ile beslenen hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Çalışmada örnek seçilmemiş, çalışmaya katılmaya gönüllü olan yaşlılar G-Power 3.1 programı kullanılarak hesaplanan hedef örnek sayısına ulaşana kadar çalışmaya alınmıştır. Randomizasyon için gönüllüler taburculuk tarihlerine göre numaralandırılmış, Random Allocation Software programı ile kontrol ve girişim grupları belirlenmiş ve her bir grup için 21 kişi olmak üzere toplam 42 hasta ile çalışma tamamlanmıştır.

Araştırmada veri diyetisyen tarafından telefonla görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Kontrol grubuna her biri 20 dk süren haftada bir olmak üzere toplam üç kez beslenme eğitimi, girişim grubuna ise eğitimlere ek tele-beslenme danışmanlığı hizmeti verilmiştir. Hastaların sosyodemografik özellikleri, sağlık ve beslenme öyküleri, gastrointestinal semptomları, antropometrik ölçümleri ve ek olarak girişim grubundakilerin besin tüketim kaydı alınmıştır. Beslenme durumunu belirlemek için toplam 14 puanlık Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği (MEDAS) kullanılmış, ≥ 9 puan Akdeniz diyetine sıkı uyum olarak kabul edilmiştir. MEDAS eğitim öncesi, eğitim sonrası 1. hafta ve eğitim sonrası 4. haftada uygulanmış, beslenme alışkanlıklarındaki değişim incelenmiştir. Veri SPSS 26 programı ile değerlendirilmiş, $p < 0.05$ anlamlı kabul edilmiştir. Grup içi ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında Friedman varyans analizi ve Bonferroni düzeltilmeli Wilcoxon işaretli sıralar testi uygulanmış, post-hoc testlerde $p < 0.0167$ anlamlı kabul edilmiştir. Gruplar arası karşılaştırmalar Ki-kare, Fisher'in kesin testi, Fisher-Freeman-Halton ve Mann-Whitney U testi ile yapılmıştır.

Katılımcılardan yazılı bilgilendirilmiş onam ve Ege Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (01.04.2021; 21-4T/40) alınmıştır.

Bulgular: Gruplar arasında sosyodemografik özellikler, antropometrik ölçümler, sağlık ve beslenmeye ilişkin özellikler açısından anlamlı fark görülmemiştir, kontrol ve girişim grupları homojendir. Kontrol grubundaki hastaların eğitim öncesi (9.3 ± 1.59), eğitim sonrası 1. hafta (9.9 ± 1.61) ve 4. haftadaki (9.9 ± 1.60) MEDAS puanları arasında anlamlı fark saptanmazken ($p > 0.05$), girişim grubundaki hastaların eğitim öncesi puanına (8.4 ± 1.88) kıyasla eğitim sonrası 1.haftadaki (10.5 ± 1.54) ve 4. haftadaki (10.2 ± 1.89) MEDAS puanlarının

Özet Sözlü Bildiri

anamlı olarak yükseldiği görülmüştür ($p < 0.001$). Girişim grubunda Akdeniz diyetine sıkı uyum gösteren hastaların oranı eğitim öncesi %57.1 iken, eğitim sonrası 1. haftada %90.5'e ve 4. haftada %85.7'ye ulaşmıştır. Araştırma tek bir şehirde küçük bir örnek büyüklüğü ile yapılmıştır. İzolasyon önlemleri nedeniyle vücut ağırlığı ve boy uzunluğu için hasta beyanının kullanılması ve biyoelektrik impedans analizi ile vücut kompozisyonunun değerlendirilememesi araştırmanın kısıtlılıklarıdır.

Sonuç: Çalışmada pandemi döneminde eğitim vermenin yerine hastalara aktif olarak kişiselleştirilmiş beslenme danışmanlığı sunmanın ve yüz yüze görüşme yapılmasa dahi telefon aracılığıyla hastalarla iletişim ve ilişki kurmanın davranış değişikliği sağlama açısından teşvik edici olduğu görülmüştür. Çalışmanın sonunda kişiselleştirilmiş tele-beslenme danışmanlığının hastaların Akdeniz diyetine daha iyi uyum geliştirmelerine, sağlıklı beslenme alışkanlıklarını sürdürmelerine yardımcı olduğu belirlenmiş ve COVID-19 geçiren yaşlılarda beslenme eğitiminin etkinliğini artıran bir yöntem olduğu ortaya konmuştur.

Finansal Destek: Herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması: Herhangi bir kurum, kuruluş, kişi ile ve yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, tele-beslenme, Akdeniz diyeti, yaşlı

Özet Sözlü Bildiri

S70

YAŞLILARDA GLİSEMİK İNDEKS, GÜNLÜK ENERJİ ALIMI METABOLİK PARAMETRELER VE VÜCUT KOMPOZİSYONU ARASINDAKİ İLİŞKİ

Burak METE¹, Lezzan KESKİN², Ceren KANAT ŞAHİN¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

²Malatya Turgut Özal Üniversitesi Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalı, Türkiye

Giriş ve Amaç: Yaşlılarda beslenme hem koruyucu hem de tedavinin bir parçası olan önemli bir faktördür. Bu çalışmada yaşlı bireylerde diyet glisemik indeksi, günlük enerji miktarı ile metabolik parametreler ve vücut kompozisyonu arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki bu çalışma 2022 yılında Malatya Eğitim Araştırma Hastanesi Endokrinoloji Polikliniğine başvuran 65 yaş üstü bireyler üzerinde yapılmıştır. Çalışmanın yapılabilmesi için 26.07.2022 tarihinde Malatya Turgut Özal Üniversitesi Etik Kurulundan (karar sayısı: 2022/131) izin alınmıştır. Örneklem büyüklüğü hesabı: %99 güç %1 güven aralığı $r=0.381$ olarak referans alınan örneklem büyüklüğü analizinde ulaşılması gereken minimum kişi sayısı 152 olarak bulunmuştur (referans r değeri Ayyıldız ve ark. 2021 çalışmasından alınmıştır). 196 kişiye kolayda örnekleme yöntemi ile ulaşılmıştır. Çalışma dışlama kriterleri; 65 yaş altı olmak, herhangi bir organik yeme bozukluğu olmak, yakın zamanda ameliyat geçirmek, psikiyatrik hastalık olması, demans olması, kronik böbrek hastalığı olması, kalp yetmezliği olması, belli bir diyet uygulayan kişilerdir. Bireylerden üç günlük beslenme formuna tükettikleri besinleri kaydetmeleri istenmiştir. Formun ertesindeki hafta kontrolünde bireylerin metabolik parametreleri ölçümü (açlık kan glikozu, HbA1c, trigliserid, total kolesterol, LDL, HDL, insulin, HOMA-IR) ve vücut kompozisyon analizleri Body Composition Analyzer BC-420MA cihazı ile yapılmıştır (iç organ yağlanma miktarı, bazal metabolik hız, metabolik yaş, kemik kütlesi, iskelet kas kütlesi, yağsız vücut kütlesi, vücut yağ kütlesi, BMI). Besin içeriği BeBİS programı ile ölçülmüştür (günlük enerji alımı, glisemik indeks, karbonhidrat, yağ, protein). Verilerin analizinde SPSS 22 ve JAMOVI programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde t testi, Mann Whitney U testi, Spearman ve Pearson korelasyon analizi, Ki-kare testi ve Binary lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak önemli kabul edilmiştir. Çalışmamızda finansal destek alınmamıştır ve çıkar çatışması yoktur.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 196 kişinin yaş ortalaması 67.78 ± 2.76 'dır (min:65-max:78). Katılımcıların %42.3'ü erkek, %57.7'si kadındır. Katılımcıların %99'unun en az 1 tane kronik hastalığı mevcuttur. Diyet ortalama glisemik indeksi 70'in üstünde olan hastalarda HbA1c, insülin ve HOMA-IR, visceral yağlanma oranları, vücut yağ kütlesi ve metabolik yaşın daha yüksek olduğu, glisemik indeksin bu parametreler üstündeki etkisinin düşük olduğu bulunmuştur. Günlük enerji alımı ile açlık kan glukozu, trigliserid ve TyG indeksi arasında pozitif yönde korelasyon, günlük enerji alımı ve glisemik indeks ile iç organ yağlanma oranı, metabolik yaş, vücut yağ kütlesi ve BMI arasında pozitif yönde zayıf korelasyon olduğu bulunmuştur. Diyet glisemik indeksinin 70'in üstünde olması obezite riskini OR:3.7 (%95CI:1.72-7.94), HbA1c'nin 8'den yüksek olma riskini OR:3.13(1.01-9.74) kat artırmaktadır.

Sonuç: Çalışmamızın sonuçlarına göre yaşlılarda yüksek diyet glisemik indeksinin ve günlük enerji miktarının artmasının kötü glisemik kontrole yol açtığı, obezite riskini artırdığı, iç organ yağlanma oranı ve vücut yağ oranı ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Prediyabetik, KVH risk faktörü olan yaşlılarda düşük glisemik indeksli ve enerji miktarının ayarlandığı diyetlerin tavsiye edilmesi gelişebilecek olumsuz sonuçlardan koruyucu olacaktır.

Anahtar Kelimeler: yaşlı, glisemik indeks, Glikozile Hemoglobin A, obezite

Özet Sözlü Bildiri

S71

YAŞLILARDA HEDONİK AÇLIK DAVRANIŞI, GÜNLÜK DİYET İÇERİĞİ VE OBEZİTE ARASINDAKİ İLİŞKİ

Ceren KANAT ŞAHİN¹, Burak METE¹, Lezzan KESKİN²

¹Çukurova Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

²Malatya Turgut Özal Üniversitesi Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalı, Türkiye

Giriş ve Amaç: Hastalıkları önleme ve tedavi etmede diyet içeriklerinin önemi büyüktür. Yaşlanma ile artan hastalık riskini azaltmakta yeterli ve dengeli diyet içeriği, obezite ile savaş önem arz etmektedir. Hedonik açlık ise biyolojik ihtiyaç olmadan besinlerin duysal özelliklerinden kaynaklanan iştahta artma ve besin tüketimi ile alınan zevktir. Bu çalışmada yaşlı bireylerde günlük diyet içeriği, hedonik açlık davranışı ve obezite arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki bu çalışma 2022 yılında Malatya Eğitim Araştırma Hastanesi Endokrinoloji Polikliniğine başvuran 65 yaş üstü bireyler üstünde yapılmıştır. Çalışmanın yapılabilmesi için 26.07.2022 tarihinde Malatya Turgut Özal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (karar sayısı: 2022/131) izin alınmıştır. Örneklem büyüklüğü hesabı: %99 güç %1 güven aralığı $r=0.381$ olarak referans alınan örneklem büyüklüğü analizinde ulaşılmaması gereken minimum kişi sayısı 152 olarak bulunmuştur. 200 kişiye ulaşılmıştır. Çalışma dışlama kriterleri; 65 yaş altı olmak, herhangi bir organik yeme bozukluğu olmak, yakın zamanda ameliyat geçirmek, psikiyatrik hastalık olması, demans olması, kronik böbrek hastalığı olması, kalp yetmezliği olması, belli bir diyet uygulayan kişilerdir. Bireylerden üç günlük beslenme formuna tükettikleri besinleri kaydetmeleri istenmiştir. Formun ertesindeki hafta kontrolünde bireylerin metabolik parametreleri ölçümü ve vücut kompozisyon analizleri yapılmıştır. Besin içeriği BeBİS programı, vücut kompozisyon analizi biyoelektirik empedans yöntemi ile ölçülmüştür. Verilerin analizinde SPSS 22 ve JAMOVI programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde Mann Whitney U Testi, Spearman ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak önemli kabul edilmiştir. Çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamıştır ve çıkar çatışması yoktur.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 200 yaşlı bireyin yaş ortalaması 67.77 ± 2.79 'dur (min:65-max:78). Katılımcıların %50'si obez, %50'si normal kilodadır. Katılımcıların %42'si erkek, %58'i kadındır. Katılımcıların %99'unun en az 1 tane kronik hastalığı mevcuttur. Hedonik açlık davranışı alt boyutları ile diyet içeriği ilişkisi incelendiğinde günlük alınan karbonhidrat ve yağ miktarı ile bir ilişki saptanmamıştır, ancak duygusal yeme davranışı ile günlük alınan protein miktarı arasında pozitif korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$). Besine ulaşılabilirlik ile günlük diyetle alınan enerji arasında pozitif yönde zayıf korelasyon, kısıtlayıcı yeme davranışı ile vücut yağ yüzdesi ve kütlesi arasında pozitif yönde zayıf korelasyon, besine ulaşılabilirlik ile kas kütlesi arasında pozitif yönde zayıf korelasyon bulunmuştur ($p<0,05$). Obez katılımcılarda duygusal yeme ve dışsal yeme davranış puanları normal kilodaki kişilere göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Günlük diyet ortalama glisemik yükü ve günlük alınan enerji miktarı ile vücut kitle indeksi, iç organ yağlanma miktarı ve vücut yağ yüzdesi arasında pozitif yönde zayıf korelasyon bulunmuştur ($p<0,05$).

Sonuç: Çalışmamızda yaşlılarda duygusal yeme davranışı, besine ulaşılabilirlik, kısıtlayıcı yeme davranışı ve dışsal yeme davranışı ile günlük diyetle alınan enerji miktarı ve vücut kompozisyonu arasında ilişki olduğu bulunmuştur. Yaşlılarda hedonik açlık davranışlarının tespit edilmesi, farkındalığı artırma çalışmaları ve riskli davranış gösteren yaşlılarda günlük diyet içeriği düzenlemesi yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: yaşlı, obezite, hedonik açlık, diyet

Özet Sözlü Bildiri

S72

İSTANBUL'DAKİ BİR GRUP TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİSİNDE YAŞLILARA KARŞI TUTUM

Ayşe Seval PALTEKİ, Vildan AK, Burcu TALAY, Dilara PEK, Eda ARAS

İstanbul Medipol Üniversitesi, Türkiye

Giriş ve Amaç: Doğumda beklenen yaşam süresinin uzamasıyla toplumdaki yaşlı nüfusun oranı da artmaktadır. Yaş ile birlikte, sağlık sorunları ve sağlık hizmetlerine gereksinim de artış göstermektedir. Bu çalışmada, tıp fakültesi öğrencilerinin, gelecekte bugüne oranla sağlık hizmeti gereksiniminin daha yüksek seviyede olması beklenen yaşlı popülasyona yönelik tutumlarının belirlenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki araştırmanın evreni kolayda örnekleme ile seçilmiş, İstanbul'daki 7 tıp fakültesinde öğrenim görmekte olan Yükseköğretim Kurumu istatistiklerine göre 9.615 öğrenciden oluşmaktadır. Araştırmanın verileri online olarak Google Forms üzerinden 31 Temmuz - 15 Ağustos 2022 tarihleri arasında söz konusu tıp fakültelerinin dönem temsilcileri aracılığıyla Whatsapp grupları üzerinden iletilerek toplandı. Ankete katılım için ilk gönderim sonrasında iki kez hatırlatma yapıldı.

Soru formunda 1961 yılında geliştirilmiş, 2011 yılında Kılıç ve Adıbelli tarafından Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmış olan 26 soruluk Kogan Yaşlılara Karşı Tutum Ölçeği ve katılımcıların sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik 7 soru olmak üzere 33 soru yer almaktadır. Toplamda 156 puan alınabilen ölçek sorularında 2011 yılında Erdemir ve arkadaşlarının belirttiği şekilde 78 medyan değer olarak kabul edildi. Bu değer in altındaki puanlar negatif tutum, üzerindeki puanlar ise pozitif tutum olarak sınıflandırılarak değerlendirildi. SPSS v. 23 kullanılarak kategorik değişkenler sayı ve yüzde ile, sürekli değişkenler ise ortalama \pm standart sapma ile gösterildi. Gruplar arası önemli fark olup olmadığı ki-kare ve bağımsız gruplarda t önemlilik testleri kullanılarak değerlendirildi. İstatistiksel önemlilik düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi. Çalışmanın etik kurul izni İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 10.08.2022 tarih ve 668 sayılı kararıyla alınmıştır. Çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamış olup, çıkar çalışması bulunmamaktadır.

Bulgular: Bu çalışmaya katılım oranı %3,41'dir ($n=328$). Katılımcıların %63,7'si ($n=209$) kadın, %27,4'ü ($n=90$) dönem 5 öğrencisiydi. %68,6 ($n=225$) hane içerisinde 65 yaş üstü birey olmadığını aktarıırken, yalnızca 33 öğrenci (%10,1) geriatri alanında kariyer yapmayı planladığını belirtti. Katılan öğrencilerin Kogan Yaşlı Tutum Ölçeği puan ortalaması $95,30 \pm 17,07$ olarak hesaplandı. Hanesinde 65 yaş üzeri birey olanlarla olmayanlar arasında geriatri alanında kariyer düşünme açısından istatistiksel olarak önemli fark bulunmadı ($\chi^2=0,064$; $p=0,801$). Kogan puanları açısından; kadınlar ile erkekler ($t=1,478$; $p=0,140$) arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmazken, geriatri alanında kariyer düşünenler ve düşünmeyenler ($t=2,639$; $p=0,009$) arasında ve hanesinde 65 yaş üstü birey olanlarla olmayanlar arasında ise bulundu ($t=0,838$; $p=0,403$). Benzer şekilde klinik dönemdeki (Dönem 4,5 ve 6) ve klinik öncesi dönemdeki (Dönem 1,2 ve 3) öğrencilerin Kogan puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak önemli fark bulundu ($t=2,646$; $p=0,004$).

Sonuç: Çalışmaya katılan hem klinik öncesi dönem hem de klinik dönemdeki öğrencilerin Kogan puanları medyan değer üzerinde olup, yaşlılara karşı tutumlarının bu puana göre olumlu yönde olduğu anlaşıldı. Buna karşın klinik dönemdeki öğrencilerin öncesindeki dönemdekilere kıyasla daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu belirlendi. Söz konusu olumlu tutum değişiminin sebeplerinin net olarak anlaşılması amacıyla çalışmanın evreninde yer alan fakültelerin ders içeriklerini de dikkate alarak kapsamlı bir çalışma gerçekleştirilmesi, gelecekte hekimlerin günden güne daha sık karşılaşacağı yaşlı nüfusa yönelik tutumlarının daha olumlu hale getirilmesine katkı sağlayabilir. Çalışmanın veri toplama aşamasının, klinik öncesi dönemin tatiline, stajların ise kısmen online olarak devam ettiği döneme denk gelmesi nedeniyle online olarak gerçekleştirilmesi, katılımın hatırlatmalara rağmen düşük kalmasına sebep olmuştur.

Anahtar Kelimeler: Kogan Yaşlı Tutum, Tıp Fakültesi Öğrencileri, Yaşlılar

Özet Sözlü Bildiri

S73

BÜRO ÇALIŞANLARININ ERGONOMİK ÇALIŞMA KOŞULLARI VE STRES ALGILARI: BİR ÜNİVERSİTE ÖRNEĞİ

Feyza Nehir ÖZNER MUZ, Alaettin ÜNSAL, Didem ARSLANTAŞ, Ali KILINÇ, Mine TEPETAŞ
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Türkiye

Giriş ve Amaç: Ergonomi çalışan sağlığı ve güvenliğinin korunması adına çalışma koşulları ve ortamın iyileştirilmesiyle, oluşabilecek iş kazaları ve meslek hastalıklarının önlenmesini hedefleyen bir bilim dalıdır. Bireylerin uyum içinde çalışabilmesi için, sadece fiziksel değil aynı zamanda ruhsal sağlığın da ön planda tutulması, işlerini rahatlıkla yapabilmeleri amacıyla çevre ve sistemin bireye uygun düzenlenmesi, çalışanların performansını artırmasının yanı sıra üzerlerindeki baskı ve stres yükünü de azaltacaktır. Çalışmada Eskişehir Osmangazi Üniversitesi (ESOGÜ) büro çalışanlarının ergonomik çalışma koşulları algısı ile algılanan stres düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma ESOĞÜ büro çalışanlarında yapılan kesitsel tipte bir araştırma olup, iki aylık planlama ve hazırlık aşamasından sonra verileri 15 Mart-30 Nisan 2022 tarihleri arasında toplanılmıştır. Çalışmanın gerçekleştirilebilmesi için ESOĞÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı ve idari izinleri alınmıştır (22.03.2022 tarihli, E-25403353-050.99-313297). Herhangi bir finansal destek alınmamış olup, çıkar çatışması durumu bulunmamaktadır, çalışma başka bir yerde makale ya da kongrede sunum olarak yayınlanmamıştır. Üniversiteye bağlı 13 fakülte, 2 yüksekokul, 5 meslek yüksekokulu, 4 enstitü ve bağlı birimlerinde aktif büro çalışanı olmak kaydıyla toplamda 821 kişiye ulaşılması hedeflenmiş olup, çalışmaya katılmayı kabul eden 530 kişi (%64,6) çalışma grubunu oluşturdu. Veri toplamak amacıyla literatürden de faydalanılarak hazırlanan bir anket form kullanıldı. Anket form araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle dolduruldu. Çalışmanın bağımlı değişkeni ergonomik çalışma koşulları algısı iken; yaş, cinsiyet, kronik hastalık varlığı, fiziksel engelli olma durumu, işyerindeki mevcut görevi ve çalışma süresi, algılanan stres düzeyi vb. değişkenler bağımsız değişkenler olarak kabul edildi. Ergonomik çalışma koşullarının belirlenmesinde orijinali Türkçe olarak Oskaloğlu ve Çatı tarafından geliştirilen ve ergonomik çalışma koşullarının nasıl algılandığını ortaya koymaya çalışan 'Ergonomik Çalışma Koşulları Ölçeği', stres düzeylerinin belirlenmesinde ise Türkçe geçerlik güvenirliği Eskin ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen ve bireylerin yaşantılarını ne derece stresli algıladıklarını belirlemek amacıyla tasarlanan 'Algılanan Stres Ölçeği' kullanıldı. Veriler SPSS v20.0 istatistik paket programında değerlendirilmiş olup, analizler için Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis testi ve Spearman korelasyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Çalışma grubunu oluşturanların 339'u (%64,0) kadın, 191'i (%36,0) erkektir. Yaşları 19-60 arasında değişmekte olup, ortalama $37,2 \pm 8,9$ yıl idi. Katılımcıların "Ergonomik Çalışma Koşulları Ölçeği"nden aldıkları puanlar 36-130 arasında değişmekte olup ortalama $83,6 \pm 14,2$ puan idi. Kadın çalışanların ölçekten aldıkları puanlar, erkek çalışanların aldıkları puana göre daha düşüktü ($p=0,001$). Çalışanların %23,2'si ergonomi tanımını daha önce duymadığını belirtirken, duyanların da sadece %21,6'sı işyerlerinde ergonomik koşullara yönelik düzenleme yapıldığını bildirdi. Ergonomik Çalışma Koşulları Ölçeği'nden alınan puanlar ile Algılanan Stres Ölçeği'nden alınan puanlar arasında negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu tespit edildi ($r= - 0,167$, $p=0,001$). Çalışmanın kısıtlılıkları arasında kesitsel olması, tek merkezli çalışma olması ve kullanılan ölçek ile sadece bireylerin ergonomik çalışma koşullarını nasıl algıladıklarını ölçebilmesi sayılabilir.

Sonuç: Üniversite büro çalışanlarının, çalışma ortamı ergonomik koşullarını, orta düzeyde ergonomik olarak algıladıkları bulundu. Çalışmada kadınların, koşulları daha kötü olarak yorumlamaları, koşulların erkek ege-men toplumlarda olduğu gibi erkek cinsiyete göre ayarlanmış olabileceğini düşündürdü. Çalışanın kendisi veya işvereni tarafından ergonomik koşullara uygun düzenlemeler yapıldığında, katılımcıların çalışma ortamı ergonomik koşulları ile ilgili algılarının daha yüksek olduğu saptandı. Çalışanların ergonomik koşulları ile ilgili algı düzeyi arttıkça algılanan stres düzeyi azalmaktaydı. Üniversitede çalışma ortamının ergonomik açıdan düzenlenmesi ve çalışanlara yönelik konu hakkında bilgilendirme yapılması yararlı olabilir. Konu ile ilgili daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: ergonomi, stres, büro çalışanı, üniversite

Özet Sözlü Bildiri

S74

ORTA KARADENİZ BÖLGESİNDE BİR ŞEHİRDE ÖĞRETMENLERİN BESLENME ALIŞKANLIKLARI VE BESLENME OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİ

Serpil BOZDOĞAN¹, Gülay YILMAZEL²

¹Hitit Üniversitesi

Amaç: Beslenme okuryazarlığı, sağlığı geliştiren okullar hedefine ulaşmada bir araçtır. Bu çalışmanın amacı, Orta Karadeniz Bölgesi'ndeki bir şehirde öğretmenlerin beslenme davranışlarını ve beslenme okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Gereç-Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel türdeki bu araştırma, Eylül 2019-Mart 2020 tarihleri arasında Çorum il merkezinde bulunan devlet okullarının ilk ve ortaöğretim kademesinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini Çorum il merkezinde bulunan ilk ve ortaöğretim kurumlarında görev yapmakta olan 3254 öğretmen oluşturmaktadır. Ülkemizde beslenme okuryazarlığı düzeyinin %80 olduğu bilgisinden hareketle (Cesur, 2014) %80 güç ve %95 güven aralığında minimum örneklem büyüklüğü 228 olarak hesaplanmıştır. İlk ve ortaöğretim kurumları tabakalara (ilkokul, ortaokul, lise) ayrılmıştır. Dahasonra her tabakadaki öğretmen sayısı evrendeki kişi sayısına bölünerek tabaka ağırlıkları bulunmuştur. Çalışma, gönüllü 775 öğretmenin katılımıyla tamamlanmıştır. Verilerin toplanmasında kullanılan anket formunda; öğretmenlerin sosyo-demografik özellikleri, sağlık davranışları, gıda etiketi kullanımı ile ilgili özellikleri, sağlıklı beslenmeye erişimde kullandığı bilgi kaynakları, boyları ve kiloları sorgulandı. Beslenme okuryazarlığı durumunu tespit üzere Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı kullanıldı.

Araştırmanın uygulanabilmesi için Hitit Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan etik kurul onayı (2019-164) alınmıştır.

Verilerin analizinde yüzdeler, ortalama, ki-kare testi ve lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Değerlendirmelerde $p < 0.05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Bu çalışmada, ölçekten alınan puan ortalamaları 25.1 ± 2.8 olup, yeterli beslenme okuryazarlığına sahip olanların oranı %78,2'dir. Çalışma grubunda yeterli beslenme okuryazarlığına sahip olanların oranı 35-44 yaş grubunda %44,7 iken 55 yaş ve üzeri grupta %6,5 idi ($p < 0,01$). Yeterli beslenme okuryazarlığı oranı kadınlarda %52,8, erkeklerde %47,2'dir ($p < 0,01$). Katılımcıların %42,1'i günde 8 bardak ve üzeri su tükettiğini, %39,4'ü hiç fast-food tüketmediğini, %87,6'sı ise az tuzlu gıdaları tükettiğini belirtmiştir. Yeterli beslenme okuryazarlığına sahip olanların oranı sekiz bardaktan fazla su tüketenlerde, sık fast food tüketmeyenlerde, az tuzlu gıdaları tercih edenlerde, gıdanın markasına ve son kullanma tarihine düzenli olarak dikkat edenlerde daha yeterli bulundu ($p < 0,05$).

Sonuç: Öğretmenlerde beslenme davranışları ve beslenme okuryazarlığı kabul edilebilir düzeyde bulundu. Beslenme okuryazarlığı düzeyleri üzerinde en etkili değişkenin günlük su tüketimi olduğu belirlendi. Okul sağlığı hizmetlerinin bir parçası olarak öğretmenlerin beslenme davranışlarının olumlu yönde geliştirilmesi ve beslenme okuryazarlığı düzeylerinin yükseltilmesi sağlığı geliştiren okullar hedefi için önemli bir katkı sağlayabilecektir.

Anahtar Kelimeler: Beslenme, davranış, okuryazarlık, öğretmen

Bu çalışma için finansal destek alınmamıştır.

Bu çalışmada çıkar çatışması durumu olup olmadığı yoktur.

Özet Sözlü Bildiri

S75

**KENTSEL BÖLGEDEKİ BİR ORTAOKULDA BESLENME VE FİZİK AKTİVİTE
KONULARINDA SAĞLIĞI GELİŞTİRME MÜDAHALESİ**

Çağlar SÖGÜT¹, Beyhan CENGİZ ÖZYURT²

¹Bursa Nilüfer İlçe Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

²Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Amerika Birleşik Devletleri

Giriş ve Amaç: Çocukluk ve gençlik yıllarından itibaren yapılacak müdahaleler ile olumlu sağlık davranışlarının bireylere kazandırılması, onları tüm yaşamları boyunca pek çok hastalık ve sakatlık riskinden koruyarak sağlığın geliştirilmesini sağlayacaktır. Bu çalışmanın amacı ortaokul yedinci sınıf öğrencilerinin beslenme ve fizik aktivite konularındaki bilgi düzeylerinin ve davranışlarının belirlenmesi, öğrencilere uygulanan sağlık eğitimi ve diğer müdahale yöntemleri ile bu konulardaki bilgi, tutum ve davranışlarının geliştirilmesi ve müdahalenin etkisinin değerlendirilmesidir.

Gereç Yöntem: Bu çalışma Manisa'da birbirine benzer özellikteki iki devlet okulunda 2017-2018 eğitim-öğretim döneminin ikinci yarısında yürütülen bir müdahale araştırmasıdır. Örnek büyüklüğü hesabında G-power 3.0 power analizi programı kullanılarak bağımsız gruplarda t testine göre $d(\text{effect size})=0.40$, $\alpha=0.05$, $\text{güç}=0.80$ alındığında grupların minimum 99 kişiden oluşması gerektiği hesaplanmıştır. Müdahale okulunda rastgele üç şube seçilerek 102 öğrenci; kontrol okulunda ise altı şubedeki toplam 133 tane 7.sınıf öğrencisinin tümü çalışmaya alınmıştır, müdahale ve kontrol grubundan ayrılan öğrenci olmamıştır. Veriler araştırmacı tarafından literatür taranarak, öğrencilere ve velilere yönelik hazırlanan formlarla toplanmıştır. Bağımlı değişkenler 21 soruluk beslenme bilgi indeksi, 12 soruluk beslenme tutum indeksi, 7 soruluk fizik aktivite bilgi indeksi, 6 soruluk fizik aktivite tutum indeksi ve davranış değişkenleridir. Beslenme davranışı düzenli beslenme, sebze, meyve ve şekerli içecek tüketimi ile; fizik aktivite davranışı yeterli fizik aktivite yapma ve sedanterlik davranışları ile değerlendirilmiştir. Öğrencilerin boy ve ağırlık ölçümleri yapılmıştır. Müdahale okulundaki öğrencilere araştırmacılar tarafından uygulanan müdahale yöntemleri sağlık eğitimi, aile bülteni-el broşürlerinin dağıtılması, sınıflar arası spor müsabakaları, step-aerobik dersleri, parkur yarışları, adımsayar dağıtılması, yürüyüş etkinliği ve veli eğitimidir. Dönem sonunda anket uygulaması ve antropometrik ölçümler tekrarlanmıştır. Tanımlayıcı olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca, en büyük ve en küçük değerler; çözümleyici istatistiklerde Ki-kare, Fisher'in Kesinlik Testi, Student's t testi, Mann-Whitney U testi, McNemar testi, Paired Samples t test ve Wilcoxon işaretli sıralar testi kullanılmıştır. MCBÜTF Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (23/11/2017 tarih ve 92613 sayılı) alınmıştır. Çalışmamız için finans desteği alınmamış ve çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Bulgular: Araştırmanın başlangıcında, okul günlerinde öğle yemeğinin yendiği yer, okula ulaşım şekli ve süresi hariç diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Müdahale sonrasında müdahale grubundaki öğrencilerin beslenme ve fizik aktivite konusundaki bilgi ve tutum puanları artarken ($p<0.05$); kontrol grubunda beslenme bilgi puanı azalmış ($p=0.015$), fizik aktivite bilgisi ve tutum puanları ise benzer düzeyde kalmıştır ($p>0.05$). Her iki gruptaki öğrencilerin de beslenme ve fizik aktivite davranışlarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptanmamıştır ($p>0.05$). Ayrıca beden kitle indeksi değerleri müdahale grubunda azalmış ($p=0.009$), kontrol grubunda ise farklılık görülmemiştir ($p=0.762$).

Sonuç: Araştırmada öğrencilere uygulanan müdahale yöntemlerinin öğrencilerin beslenme ve fizik aktivite konularındaki bilgi düzeyi ve tutumlarını anlamlı olarak iyileştirdiği, beden kitle indeksinde azalma sağladığı, davranış değişkenlerinde ise olumlu değişimlere rağmen istatistiksel olarak etkili olmadığı görülmüştür. Yapılan müdahalelerin çalışmanın kısıtlılığı olarak bir yarı dönemde uygulaması ve tek araştırmacı tarafından

Özet Sözlü Bildiri

yürütülmesine rağmen olumlu sonuçlar vermesi diğer okullarda da uygulanabilir olduğunu göstermektedir. Çocuklara sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarının öncelikle gün içerisinde en çok vakitlerinin geçtiği yer olan okullarda verilecek eğitimlerle kazandırılmaya çalışılması gerekmektedir. Adölesanların ilgisini çekmek için klasik ders anlatım yönteminin dışında oyunlar, grup tartışmaları, soru-cevap gibi yöntemlerden faydalanılmalıdır. Davranış değişikliği meydana getirebilmek, olumlu ve uzun vadeli kazanımlar elde edebilmek için eğitim programlarının etkin, sürekli, çok bileşenli olması ve bir ekip tarafından düzenli bir şekilde uygulanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: sağlıklı beslenme, fizik aktivite, adölesan, müdahale, sağlık eğitimi

Tam Metin Sözlü Bildiri

S76

OKULLARDA SAĞLIK RİSKLERİNİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK İHTİYAÇ TESPİT ÇALIŞMASI

Muhammed ATAK¹, Ayşe Emel ÖNAL¹, Şeyma HALAÇ²

¹*İstanbul Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Türkiye*

²*Eyüpsultan İlçe Sağlık Müdürlüğü, Türkiye*

Giriş

Çocukluk dönemi, sonraki sağlıklı yaşam yıllarının temel belirleyicisi olup hastalıkların önlenmesi, bireylerin erken tanı ve tedavi ile topluma kazandırılma çalışmaları açısından oldukça önem taşımaktadır.¹ Okul dönemi insan hayatının önemli bir dönemini oluşturur.² Okul sağlığı, okulda olan öğrencilerle birlikte okul çalışanlarının da sağlığının değerlendirilmesi, öğrencilerin bedensel, ruhsal ve sosyal gelişiminin desteklenmesi ve geliştirilmesi, sağlıklı bir okul ortamının sağlanması ve sürdürülmesi, öğrenciye ve dolaylı olarak topluma sağlık eğitiminin verilmesi için yapılan faaliyetlerin tümü olarak tanımlanmaktadır.³ Okullarda, çocukların her yönüyle sağlıklı yetişmesi için okul sağlığı programları geliştirilmiş, 19. yüzyılda dünyada bu programlar uygulanmaya başlanmış, 20. yüzyıla gelindiğinde gelişmiş ülkelerde okul sağlığı hizmetleri rutin hizmet kapsamına alınmıştır.⁴

Türkiye’de de okul sağlığı ile ilgili ilk yasal düzenlemeler 1912’lere kadar uzanmakta olup, 1930’da çıkarılan Umumi Hıfzısıhha Kanunu’nda da okul sağlığı hizmetlerine yer verilmiş, bu hizmetlerin devlet yükümlülüğünde olduğu ifade edilmiştir.^{5,6} Milli Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı arasında 17.05.2016 tarihinde “Okul Sağlığı İşbirliği Protokolü” revize edilerek imzalanmış ve “Okulda Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi Programı” (OSKGP) başlatılmıştır.⁷ Bu programla okullarda şu ana kadar okul sağlığı kapsamında yürütülen ve yürütülecek tüm program ve projelerin çerçevesi çizilerek kapsamlı ve bütüncül yaklaşımı içeren bir format belirlenmiştir. Bu program kapsamında “sağlık hizmetleri, sağlıklı ve güvenli okul çevresi, sağlıklı beslenme, sağlık eğitimi, fiziksel aktivite, aile/ toplum katılımı” şeklinde 6 çalışma alanı belirlenmiş ve hazırlanan takip çizelgeleri ile Milli Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı’nın taşra teşkilatları tarafından bu alanların izlenmesi ve değerlendirilmesi hedeflenmiştir.^{7,8} Bu yasal ve yapısal düzenlemelere rağmen, bağışıklama dışında okul sağlığı ile ilgili programların uygulanmasında eksikliklerin olduğu belirtilmektedir.⁹ Yapılan çalışmalarda okul sağlığı programlarının saha uygulamalarında yaşanabilecek aksaklıklara dikkat çekilmektedir.^{10,11} Okullarda öğrencilerde ve ergenlerde en çok karşılaşılan okul sağlığı risklerine bakıldığında, okul kazaları ve şiddet, tütün, alkol ve diğer madde kullanımları, sağlıksız beslenme ve güvensiz gıdalar, riskli cinsel davranışlar, ruhsal sorunlar, ağız ve diş sağlığı sorunları, bulaşıcı hastalıklar, fiziksel inaktivite ve çevre sağlığı riskleri dikkat çekmektedir.^{12,13,14,15}

Bu çalışmanın amacı, okullardaki sağlık risklerinin yönetimine ilişkin sorun ve ihtiyaçların tespit edilmesi, okullarda sağlığın korunması ve geliştirilebilmesi için sağlık risklerinin bölgesel ihtiyaçlar doğrultusunda yeniden tanımlanması ve bu doğrultuda geliştirilecek müdahale programlarına ışık tutulmasıdır.

Gereç ve Yöntem

Çalışma tanımlayıcı tipte kesitsel bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini Eyüpsultan ilçesindeki kamu ve özel toplamda 191 okul ve bu okullarda çalışan 3285 okul çalışanı oluşturmaktadır. Araştırmanın verileri 81 soruluk bir anket formu ile toplanmıştır. Anket, literatürden ve Okullarda Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi Programı (OSKGP) uygulama kılavuzundan yola çıkılarak hazırlanmıştır. Söz konusu veri toplama formu; 12’si sosyo-demografik verileri sorgulayan, 13’ü okul ve sağlık kavramı ile ilgili, 12’si okul sağlığı hizmetleri ile ilgili, 6’sı okuldaki sağlık eğitimi ile ilgili, 5’i okuldaki fiziksel aktivite imkanları ve etkinlikleri ile ilgili, 6’sı okuldaki beslenme ortamı ve hizmetleri ile ilgili, 6’sı okuldaki sağlık hizmetleri imkanı ile ilgili, 4’ü okuldaki okul danışmanlığı, 52 psikolojik ve sosyal hizmetler ile ilgili, 3’ü okuldaki sosyal ve duygusal ortam ile ilgili, 5’i

Tam Metin Sözlü Bildiri

okuldaki fiziksel çevre ile ilgili, 5'i okuldaki çalışan sağlığı ile ilgili ve 4'ü okul-veli ilişkisi ile ilgili olmak üzere toplamda 81 temel sorudan oluşmuştur. 18 okul idarecisi çalışanı ile anketin pilot çalışması yapılmış, geri bildirimler ışığında revizyonlar yapılarak ankete son şekli verilmiştir. Araştırmada evrenin tamamına ulaşmak hedeflenmiş olup gönüllülük dikkate alınarak okul idarecilerinin desteği ile okul çalışanlarına elektronik ortamda anket ulaştırılmıştır. Milli Eğitim Müdürlüğü yöneticileri ve okul yöneticileri ile anket linki paylaşılmış ve bir ay süre verilmiştir. 21.10.2019- 21.11.2019 tarihleri arasında belli aralıklarla hatırlatma yapılarak anketlerin elektronik ortamda doldurulması sağlanmıştır. 554 okul çalışanı ankete katılım sağlamıştır.

Verilerin analizinde IBM SPSS 22.0 paket programı kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri frekans ve yüzde olarak, nicel değişkenlerinki ise ortalama ve standart sapma olarak sunulmuştur. Kategorik değişkenlerin kendi aralarında karşılaştırmalarında ki-kare testleri kullanılmıştır. Açık uçlu sorulara verilen cevaplar, frekans analizi ile tema ve kategorilere ayrılmıştır.

İzinler

18.07.2019 tarihinde Eyüpsultan Kaymakamlığı'ndan ilçede yapılacak çalışmalar için araştırma izni, 09.08.2019 tarihinde İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 2019/956 dosya numaralı etik kurul izni ve 20.09.2019 tarihinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni alınmıştır.

Bulgular

Çalışma katılımcısı 554 okul çalışanının 482'si (%87,0) bir kamu kurumunda çalışırken; 72'si (%13,0) özel kuruluşlarda çalışmaktadır. Katılımcıların %37,0'ı lisede çalışırken, bunu ortaokul (%28,3), ilkokul (%28,0) ve okul öncesi (%3,8) eğitim kurumlarında çalışanlar takip etmektedir. Katılımcıların ortalama yaşı $37,17 \pm 8,98$ (Min:22- Maks:65), %66,6'sı kadın, %68,8'i evli, %57,6'sı çocuk sahibi, %80,3'ü lisans mezunudur. %87,0'ı kamu okulunda, %37,0'ı lise kademesinde çalışmakta olup; katılımcıların %82,5'i öğretmen, %15,9'u okul müdürü ve müdür yardımcılarında oluşan idarecilerdir. Katılımcıların meslekte çalışma süresi: $11,9 \pm 8,8$ yıl, mevcut okulda çalışma süresi: $5,1 \pm 5,0$ yıl, mevcut pozisyonda çalışma süresi $8,9 \pm 7,5$ yıl'dır. Katılımcıların sosyo-demografik ve mesleki özellikleri Tablo 1 ve Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 1: Katılımcıların Sosyo-demografik Bilgileri

		n	%
Cinsiyet (n:554)	Erkek	185	33,4%
	Kadın	369	66,6%
Yaş (n:554)	22-32 yaş	203	36,6%
	33-43 yaş	226	40,8%
	44-54 yaş	100	18,1%
	55 yaş ve üstü	25	4,5%
Medeni Durum (n:554)	Bekar	166	30,0%
	Evli	381	68,8%
	Diğer	7	1,3%
Çocuk Sahibi Olma Durumu (n:552)	Yok	234	42,4%
	Var	318	57,6%
Eğitim Durumu (n:554)	Önlisans	27	4,9%
	Lisans	445	80,3%
	Yüksek Lisans Doktora	79 3	14,3% 0,5%

Tam Metin Sözlü Bildiri

Tablo 2: Katılımcıların Mesleki Bilgileri

		n	%
Çalışılan Okul Türü (n:554)	Kamu	482	87,0%
	Özel	72	13,0%
Çalışılan Okul (n:554)	Okul Öncesi	21	3,8%
	İlkokul	155	28,0%
	Ortaokul	157	28,3%
	Lise	205	37,0%
	Diğer	16	2,9%
Okuldaki Pozisyon (n:554)	Öğretmen	457	82,5%
	Müdür Yardımcısı	53	9,6%
	Müdür	35	6,3%
	Diğer	9	1,6%
Branş (n:554)	Sosyal Bilimler	156	28,2%
	Fen Bilimler	95	17,1%
	Güzel Sanatlar	42	7,6%
	Mesleki	108	19,5%
	Okul Öncesi	5	0,9%
	Özel Eğitim	6	1,1%
	Sınıf Öğretmenliği	123	22,2%
Yabancı Dil	16	2,9%	
Meslekte çalışma süresi (n:554)	≤ 5 yıl	160	28,9%
	6-11 yıl	144	26,0%
	12-17 yıl	100	18,1%
	18-23 yıl	89	16,1%
	24-29 yıl	37	6,7%
30 yıl ve üstü	24	4,3%	
Mevcut Okulda Çalışma Süresi (n:554)	≤ 5 yıl	390	70,4%
	6-11 yıl	106	19,1%
	12-17 yıl	36	6,5%
	18-23 yıl	15	2,7%
	24-29 yıl	5	0,9%
30 yıl ve üstü	2	0,4%	

Katılımcıların %11,1'i (62 kişi) sağlık kavramının bileşenlerine ilişkin soruya tam ve doğru yanıt vermiştir. Katılımcıların %12,5'i (69) okul sağlığı ile ilgili bilgi edinme ihtiyacı hissetmediğini belirtirken, bilgi edinme kaynağı olarak internet-bilimsel siteler %54,0 oranında; okul sağlığı ile ilgili yasal düzenlemeler, yönetmelikler %48,7 olarak belirtilmiştir. Katılımcıların %84,8'i okul sağlığı ile ilgili daha önce bir eğitim almadığını ifade etmiştir. Katılımcıların %42,9'u (238) okul sağlığı çalışmalarının "öğrencilerin, öğretmenlerin, okulda çalışan diğer personelin ve ailelerin sağlığı"nı kapsadığını belirterek soruya doğru yanıt vermiştir. Katılımcıların %29,8'i okullarında okul sağlığı ile ilgili bir hizmet verilmediğini; %38,8'i okullarda okul sağlığı hizmeti yürütücülerinin "okul müdürü ve müdür yardımcıları" olduğunu belirtmiştir. Katılımcılara okullarındaki okul sağlığı çalışmaları sorulduğunda; %73,3'ü sağlık eğitimi ile, %53,7'si su kontrolü ile, %51,2'si ağız-diş sağlığı taramaları ile, %63,3'ü işitme taraması ile, %67,7'si göz taramaları ile, %76,7'si okula kayıt muayenesi ile %78,9'u öğrencilerin periyodik fizik muayenesi ile, %80,6'sı bulaşıcı hastalıklarla mücadele ile, %61,3'ü kazaları önleme ve ilk yardım ile, %62,4'ü ruh sağlığı ile ilgili okullarında bir çalışma yapılmadığını belirtmiştir.

Tam Metin Sözlü Bildiri

Katılımcıların %76,0'ının ilk yardım sertifikası bulunmamaktadır. Katılımcıların öğretmenlerde ve öğrencilerde en sık rastlanan sağlık problemlerine verdikleri cevaplar, Uluslararası Hastalık Sınıflandırması ICD-10 tanı kriterlerine göre sınıflandırıldığında; öğretmenlerde (%54,0) ve öğrencilerde (%47,9) birinci sırada solunum sistemi hastalıklarının yer aldığı görülmüştür.

Katılımcıların %87,5'i öğrenci devamsızlıklarının en sık sebebinin "sağlık sorunları/hastalıklar" olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %46,3'ü okulunda bir okul sağlığı yönetim ekibi olmadığını, %59,0'ı okula özgü okul sağlığına yönelik yazılı bir döküman ve rehber mevcut olmadığını, %66,3'ü okullarında yaralanma veya bulaşıcı hastalık görülmesi durumunda yapılması gerekenlere ilişkin yazılı standart bir önlem/tedbir planı olmadığını, %62,9'u okullarında beklenmeyen kaza, şiddet, intihar vakalarına yönelik çalışanlara eğitim ve hazırlık çalışması yapılmadığını, %70,0'ı okulda düzenli periyotlarla içme ve kullanma suyu kaynaklarına yönelik analiz testleri yapılmadığını, %57,3'ü okulda gün boyu güvenli, temiz, ücretsiz içme suyu sağlanmadığını, %44,1'i okulda satılan yiyecek ve içeceklerin kantin yönetmeliğine uygun olmadığını belirtmiştir. Okuldaki sağlık eğitimleri ile ilgili olarak; katılımcıların %59,4'ü okulda kronik hastalıkların yönetimine ilişkin, %57,0'ı yaralanma ve şiddet önleme konularına ilişkin, %50,0'ı fiziksel aktivite ile ilgili, %54,4'ü hijyen ve bulaşıcı hastalıklardan korunma konularında eğitim düzenlenmediğini belirtmiştir. Okuldaki fiziksel aktivite imkan ve etkinlikleri sorgulandığında; katılımcıların %68,5'i okulda özel sağlık sorunu ve kronik hastalığı olanlara yönelik bireyselleştirilmiş fiziksel aktivite imkanı sağlanmadığını, %61'i okul fiziksel aktivite tesislerinin güvenlik standartlarına uygun olmadığını, %72'si okula geliş gidişlerde yürüyüş ve bisikletin teşvik edilmediğini, %66,7'si ders aralarında hareketliliği teşvik edici fiziksel aktivitelerin uygulanmadığını, %64,6'sı okulda fiziksel aktivite olanaklarının sunulması ve yeterli erişimin sağlanmasına yönelik düzenlemelerin olmadığını belirtmiştir. Okullardaki sağlıklı beslenme ortamı ve hizmetleri sorgulandığında; katılımcıların %62,1'i okulda sağlıklı beslenme hizmetleriyle ilgili yazılı bir rehber olmadığını, %51,3'ü okulda temiz, güvenilir kafeterya/yemekhane imkanı sağlanmadığını, %51,6'sı okulda yemek işi ilgilenen personel başta olmak üzere personellere gıda güvenliği eğitimi verilmediğini, %71,6'sı yemek kaynaklı acil durumlara (boğulma, gıda alerjisi, besin zehirlenmeleri vb.) yönelik eğitimlerin olmadığını belirtmiştir. Okuldaki sağlık hizmetlerine ilişkin ise; %89,0'ı okulda çalışan bir okul hemşiresi olmadığını, %71,5'i okulda çalışan, öğrenci ve aileler için sağlıklı yaşam konulu etkinlikler yapılmadığını, %54,5'i öğrencilerin periyodik muayene için aile sağlığı merkezine yönlendirilmediğini, %75,3'ü katılımcıların okul sağlığı ile ilgili iletişimde oldukları aile hekimi veya İlçe Sağlık Müdürlüğü'nde çalışan bir doktor olmadığını, %73,3'ü okulda acil sağlık müdahale planı hazırlanarak tüm personelin bilgilendirilmesinin sağlanmadığını, %62,4'ü okuldaki akut ve kronik hastalığı olan öğrencilerin durumlarının tanımlanması ve izlenmesinin sağlanmadığını belirtmiştir. Katılımcıların okullarında okul sağlığı ile ilgili hizmetlerin geliştirilmesine yönelik önerilerinin %39,0'ı eğitim programları oluşturulması, %17,4'ü okullarda sağlık personeli istihdamı şeklinde olmuştur.

Tam Metin Sözlü Bildiri

Tablo 3: Okul Sağlığı Çalışanlarının Yanıtlarına Göre Belirlenen Okul Sağlığı Risk ve İhtiyaçları ile Belirlenen Eğitim Modülleri

Belirlenen Sağlık Riskleri-İhtiyaçları	Hazırlanan Risk Yönetimi Eğitim Modülü
1.Kazalar,Acil durumlar	1.Sertifikalı İlk yardım Modülü
2.Bulaşıcı Hastalıklar	2.Bulaşıcı Hastalıklar Modülü
3.Çevre Sağlığı Riskleri	3.Hijyen ve Çevre Sağlığı Modülü
4.Sağlıksız Beslenme ve Hareketsiz Yaşam	4.Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Modülü
5.Ruh Sağlığı ve Mental Sorunlar	5.Ruhsal ve Davranışsal Sorun Yönetim Modülü
6.Madde Kullanımı	6.Bağımlılık ve Madde Kullanımı Farkındalık Modülü

Anket formuna verilen cevaplar kategorize edildiğinde okul sağlığına ilişkin ihtiyaç gösteren başlıklar; sağlık eğitimleri, su kontrolü, ağız-diş sağlığı taramaları, işitme taraması, göz taramaları, okula kayıt muayenesi, periyodik fizik muayene, bulaşıcı hastalıklarla etkin mücadele, kazaları önleme ve ilk yardım, ruh sağlığı çalışmaları (bağımlılık, davranış ve duygusal sorunlar) şeklinde sıralanmıştır. Tablo 3’de tespit edilen sağlık risk ve ihtiyaçları ile söz konusu ihtiyaçlara yönelik yapılması planlanan eğitim modülleri gösterilmiştir.

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışma ile okullardaki sağlık risklerinin yönetimine ilişkin sorun ve ihtiyaçların tespit edilmesi ve bu risklerin yönetimine dair geliştirilecek müdahale programlarının sahadaki veriye dayalı olarak temellendirilmesi; söz konusu sağlık risklerinin yönetimi için yereldeki imkanların seferber edilerek yeni bir çalışma sürecinin başlatılması amaçlanmıştır. İhtiyaç tespiti için okul çalışanlarına uygulanan ankete büyük kısmı kamuda çalışan, her okul kademesinden ve branştan, çoğunluğu lisans mezunu olan toplam 554 okul çalışanı katılmıştır. Anket bulgularına göre; katılımcıların sağlık ve okul sağlığı çalışmaları hakkındaki bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu görülmüştür. Okul sağlığı ile ilgili eğitim aldığını, ilk yardım sertifikasına sahip olduğunu belirtenlerin oranlarının oldukça düşük olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda literatürde bildirilen çalışmalarla uyumlu olarak, okulların kaza, şiddet, sağlıksız beslenme, bağımlılık, ağız ve diş sağlığı sorunları, bulaşıcı hastalıklar, yetersiz fiziksel aktivite açısından risk taşıdığı görülmüştür.^{12,13,14,15} Söz konusu sağlık risklerinin yönetimi için kurumlar arası iş birliği ile yürütülen bir okul sağlığı riskleri yönetim programı modeli oluşturulması ve bu programın sürdürülebilirliğinin sağlanması önerilmektedir.

Çıkar çatışması ve finansman bildirimini

Yazarlar bildirecek bir çıkar çatışmaları olmadığını beyan eder. Yazarlar bu çalışma için hiçbir finansal destek almadıklarını da beyan eder.

Anahtar Kelimeler: Okul Sağlığı, Sağlık Riskleri, İhtiyaç Analizi, Sağlık Eğitimi

Tam Metin Sözlü Bildiri

Kaynakça

1. Türkiye'de Okul Çağı Çocuklarında (6-10 Yaş Grubu) Büyümenin İzlenmesi (TOCBİ) Projesi Araştırma Raporu, Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 834, Ankara, 2011.
2. Pekcan H. Okul sağlığı. Halk sağlığı temel bilgiler kitabı. Ed: M Bertan, Ç Güler, Hacettepe Üniversitesi Hastanesi Basımevi, Ankara 2006; 453-480.
3. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzısıhha Mektebi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Sağlık Hizmetlerinde Okul Sağlığı Kitabı, Yayın No: Sb- Hm-2007-17,1- 110
4. WHO Global School Health Initiative & World Health Organization. Health Education and Promotion Unit. (1996). Promoting health through schools. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63367>
5. Umumi Hıfzısıhha Kanunu, <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/487.html> Erişim Tarihi: 25.10.2022.
6. Okul Sağlığı Çalışmaları <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/okul-sagligi/okul-sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1-%C3%A7a1%C4%B1%C5%9Fmalar%C4%B1.html> Erişim Tarihi: 25.10.2022.
7. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-sgp1/sagl%C4%B1g%C4%B1n-gelisitirilmesi/okulda-sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1n-korunmas%C4%B1-ve-geli%C5%9Ftirilmesi-program%C4%B1.html> Erişim Tarihi: 25.10.2022.
8. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk_ergen_db/dokumanlar/Uygulama_Klavuzu.pdf Erişim Tarihi: 25.10.2022.
9. Sağlık Bakanlığı, (2007), 21 Hedefte Sağlıkta Gelecek, T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi, Hıfzısıhha Mektebi, Ankara.
10. Shaibu S, Phaladze Na: School Health: The Challenges To Service Delivery In Botswana. Primary Health Care Research & Development 2010, 11(2):197-202
11. Şahinöz T, Şahinöz S, Kivanç A: Sağlığı Geliştirmenin En Kolay Yolu: Okul Sağlığı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2017, 6(4):303-312
12. Önal, A. E., Erbil, S., Gürtekin, B., Ayvaz, Ö., Özel, S., Cevizci, S., & Güngör, G. (2009). İki ilköğretim okulunda öğrencilerin kendi sağlıklarını algılama düzeyi ve bildikleri sağlık sorunları. Nobel Medicus, 5(2), 24-48.
13. Cowie, H., & Myers, C. A. (Eds.). (2017). School bullying and mental health: Risks, intervention and prevention. Routledge
14. Feldman E: Adolescent Health: Risks, Resilience, Prevention. Clin Fam Pract 2000, 2:767-790
15. Çavdar, S., Sümer, E. Ç., Eliaçık, K., Arslan, A., Köyun, B., Korkmaz, N., ... & Alikışifoğlu, M. (2016). Health behaviors in high school students in İzmir, Turkey. Turkish Archives of Pediatrics/Türk Pediatri Arşivi, 51(1), 22.

Özet Sözlü Bildiri

S77

MANİSA'DA BİR ÇELİK FABRİKASINDA İŞ KAZASI VE PSİKOSOSYAL RİSKLER ARASINDAKİ İLİŞKİLER

Ecem TÜZÜN, Pınar ERBAY DÜNDAR

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Halk Sağlığı, Türkiye

Giriş-Amaç: Psikososyal risklerin iş kazalarında olası etkileri bilinmektedir. Araştırmamızın amacı Manisa'da bir çelik fabrikasında; iş kazası sıklığı, sosyodemografik özelliklerin ve psikososyal risklerin iş kazalarına etkilerini araştırmaktır.

Gereç-Yöntem: Manisa'da yürütülen kesitsel tipteki çalışmanın evrenini bir çelik fabrikası mavi yakalı çalışanları 560 kişi oluşturmaktadır. Araştırma 9.07.2021- 28.12.2021 tarihleri arasında yürütülmüştür. Tüm çalışanlara ulaşma hedeflenmiş, 509 kişiye ulaşılmıştır. Anketlerin 43 tanesi anketin boş veya güvensiz olmasından dolayı hariç tutulmuştur. Psikososyal riskler için kadın cinsiyet risk sayıldığından ve sayı azlığı (n=3) nedeniyle karşılaştırma yapılamayacak olduğundan kadınlar da hariç tutulmuştur. 463 veri ile katılım oranı %82,7'dir.

Bağımlı değişken, çalışanın son bir yılda iş kazası geçirme durumudur. Bağımsız değişkenler; sosyodemografik özellikler, yaşam biçimi davranışları, çalışma özellikleri, iş ortamı psikososyal riskleridir. Psikososyal riskler, psikososyal riskleri 25 boyutta ölçen Kopenhag Psikososyal Risk Değerlendirme Anketi (KOPSOR) kullanılarak değerlendirilmiştir. Her boyut için ortalama puan hesaplanır, ortancadan bölünerek riskli/risksiz gruplar belirlenir.

Veri analizinde tanımlayıcı istatistikler, ki kare analizi, logistic regresyon analizi yapılmış, tip 1 hata 0.05 olarak belirlenmiştir. Çalışma için gerekli etik kurul onayı alınmıştır. Finansal destek alınmamıştır, çıkar çatışması yoktur.

Bulgular: Çalışanların yaş ortalaması 34,4±7,3'tür. Araştırma grubunun %84,0'ü kentsel bölgede yaşamakta, %79,5'i evlidir, %71,3'ünün çocuğu vardır. Çalışanların %4,8'i ilkökul, %22,0'si ortaokul, %57,7'si lise mezunudur; %34,8'inin eşi lise, %18,2'sinin yüksekokul/üniversite mezunudur. Çalışanların %70,4'ü ailede çalışan tek kişidir, %45,1'inin geliri giderinden azdır. Çalışanların %54,9'u aktif olarak sigara içmektedir. Çalışanların bölümlerindeki ortalama çalışma süresi 6,6±6,2 yıldır.

Çalışanların özellikle işte özgürlük eksikliği (72,1±23,2), bilişsel talepler yükü (70,3±20,9) ve tükenmişlik (66,1±24,3) boyutlarında psikososyal riskler için aldıkları ortalama puanları en yüksek bulunmuştur. Tüm hayatı boyunca iş kazası geçirme sıklığı %63,3, bu iş yerinde iş kazası geçirme sıklığı %49,0 bulunmuştur. Son bir yılda iş kazası sıklığı %22,0'dir. Son bir yılda gerçekleşen iş kazalarının %41,2'si gece vardiyasında yaşanmış, kaza sonrasında sıklıkla (%36,3) sıkışma, ezilme meydana gelmiştir. Çalışanlar son bir yıl içerisinde yaşanan kazaların %48,0'inin dikkatsiz çalışma sonucu meydana geldiğini belirtmiş, %58,8'inde sağlık kuruluşunda ayaktan tedavi alınmıştır.

Son bir yılda iş kazası geçirme gençlerde, eğitim durumu düşük olanlarda, sigara kullananlarda, haftalık çalışma süresi fazla olanlarda, bölümünde on yıldan az çalışmış olanlarda, vardiyalı çalışanlarda ve üstlerinden sosyal destek eksikliği olanlarda daha fazladır. Eğitim durumu üniversite/ yüksekokul olanlara göre lise olanların 2,9 (%GA:1,2-6,9) kat, ilkökul/ ortaokul olanların 3,6 (%GA: 1,5-8,9) kat son bir yılda iş kazası riski artmıştır. Aynı bölümde çalışma süresi on yıldan daha az olanların 3,1 (GA:1,2-8,1) kat; sigara kullananların 1,7 (%GA: 1,1-2,7) kat; son bir yılda iş kazası geçirme riski daha fazladır. Ayrıca yaş arttıkça son bir yılda iş kazası riski azalmaktadır. Çalışmanın sınırlılıkları kesitsel tipte bir çalışma olarak planlanmasından dolayı

Özet Sözlü Bildiri

nedensel ilişkilerin ortaya konmasındaki güçlük, iş kazası ve ilişkili değişkenlerin çalışanların beyanına göre toplanmış olması, işyerinde turnover ve çalışma süreleridir. Sanayi işçilerinde iş kazası ile ilişkili değişkenler olarak psikososyal risklerin katılım oranı yüksek bir örneklemede değerlendirilmesi çalışmanın güçlü yönüdür.

Sonuç-Öneriler: Fabrikada son bir yılda iş kazası geçirme sıklığı %22,0'dir. Özellikle gece vardiyalarının iş sağlığı ve güvenliği açısından değerlendirilmesi önerilir. Gençlerde düşük eğitime sahip olanlarda ve sigara içenlerde iş kazasının daha sık gerçekleştiği bulunmuştur. Eğitim durumu düşük olanlara ve gençlere özellikle uyum eğitimleri verilebilir. Çalışanlar sigarayı bırakmaya teşvik edilmelidir. Psikososyal risklerden; üstlerinden sosyal destek eksikliği son bir yılda iş kazası geçirme ile ilişkili tek değişkendir. Çalışanların en sık belirttiği psikososyal risklerden bilişsel talepler azaltılmalı, işte özgürlük eksikliği ve tükenmişliğe yönelik önlemler alınmalı, iş kazası ile ilişkili olarak da üstlerinden sosyal destek talebi karşılanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: iş kazası, iş hijyeni, psikososyal riskler, KOPSOR

S78

OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY PRACTICES IN THE COVID-19 PANDEMIC: A QUANTITATIVE AND QUALITATIVE RESEARCH

İrem DİLAVER¹, Nazım Ercüment BEYHUN², Kübra ŞAHİN³, Murat TOPBAŞ²

¹Gümüşhane İl Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

²KTÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ad, Türkiye

³Samsun İl Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

1. Introduction

The COVID-19 pandemic has affected all aspects of daily life. Workplaces have been influenced miscellaneously. In terms of employers, employees, customers, and social repercussions during the COVID-19 pandemic¹. During the COVID-19 pandemic, according to ILOSTAT data, the working population aged over 15 years worldwide makes up 57.2% of the world population as of the year 2020². Many people spend a major part of their days working and being in close contact with the public and other employees³. The most effective practices to protect employee health, and thus the health of the public is ensuring that the workplace is safe and healthy and taking the spread of the virus under control^{4,5}. Moreover, workplaces are effective platforms where OHS professionals can establish sensitivity towards OHS including the spread of information among employees and their families and prevention and protection precautions aimed at decreasing the spread of infectious diseases^{4,6}.

Due to these reasons, several national and international OHS organizations have rapidly published guidelines related to infection control and protection measures at the workplace and given suggestions during the COVID-19 pandemic. Legal regulations have also been made in many countries in relation to the precautions to be taken at workplaces^{7,8}. OHS professionals, in response to these regulations, have shown great effort and devotion in order to establish a safe and healthy working environment by making the workplaces take necessary precautions and regulate the workplaces accordingly⁹. Scientific research on the subject that have been conducted based on the effect of infectious diseases in the last 20 years on OHS and public health are of vital importance in terms of offering points of intervention to OHS. In this research, it was aimed to determine OHS practices in workplaces in the early phase of the COVID-19 pandemic and assess these practices from the perspective of OHS professionals.

2. Materials and Method

2.1. Research type

This is a descriptive research in which qualitative and quantitative data collection methods were used concomitantly.

2.2. Research population, sample and method

In the quantitative part of the research, snowball sampling technique was used, and no sampling selection was made. Data of the research was collected between May 20 and June 30, 2020. For the quantitative part of the research, data collection form prepared by Google Forms and converted into an online survey form was used. The online survey form was shared with OHS professionals through social platforms, communication networks of the society and communicating with Joint Health and Safety Units (JHSU)¹⁰. A total of 440 OHS professionals participated in the research during this time period. Four hundred and thirteen surveys with good quality were included into the study.

Participants with whom qualitative research would be conducted were chosen among the OHS professionals who approved to participate in the qualitative research. Maximum variation sampling was used in selecting OHS professionals that would be included into the qualitative part of the research. The criteria that were

Tam Metin Sözlü Bildiri

grounded on in this sampling method were being occupational physician/ occupational safety specialist, the form of delivery of service (within Joint Health and Safety Units or Occupational Health and Safety Units), and city where the service is provided. Participant inclusion continued until data saturation had been achieved and data has started to repeat themselves. Twenty-four OHS professionals were included into the qualitative part of the research. A semi-structured interview form was used for in-depth interviews. The interview form prepared in line with the aim of the research had been reviewed and approved by an expert. The research was planned with a phenomenological design. The interviews were preferably made via video communication networks. At the beginning of the interviews, the aim of the research was explained, approval for audio recording was asked promising full confidentiality, and the interview was started after consent of the participant had been obtained. While presenting the participant statements, the abbreviation "OP" for the occupational physician, "OSS" abbreviation for the occupational safety specialist and the participant number were used. These interviews lasted for an average of 40 minutes. The shortest interview took 20 minutes and the longest 92 minutes.

2.3. Data analysis

Data obtained from quantitative research were analyzed using SPSS 23.0 statistical package. Descriptive statistics were given as number and percentage for categorical variables and mean, standard deviation or median and minimum-maximum for numeric data. Statistical alpha significance was accepted as $p < 0.05$. OHS professionals may provide service in more than one workplace. Since infection spread risk is higher in crowded places, the answers on the survey were asked to be given considering the workplace with the highest number of employees.

Data collection and data analysis were performed synchronously during qualitative research. Interviews with the participants were analyzed using MAXQDA 2020 (VERBI Software, 2019)¹¹. During the coding phase of the qualitative data, a code list was formed considering the literature and participant responses. Thematic code list was formed determining the categories and themes that gather the related codes considering the differences and similarities between the codes.

2.4. Research approval

In order to conduct the research, application was made on May 14, 2020 to the Scientific Research Platform of Turkish Ministry of Health, and approval was received on May 19, 2020. Ethics Committee Approval was received from XXX University, Faculty of XXX, Scientific Research Ethics Committee (Date: 17.07.2020, Number: 24237859-473). Data collection for qualitative research was started following ethics board approval.

2.5. Conflict of interest

The authors declare that they have no conflicts of personal and financial interest.

3. Results

3.1. Quantitative data

Of the participants, 227 (67.1%) were occupational safety specialists, 108 (26.2%) were occupational physicians, and 28 (6.8%) were other healthcare personnel. Some characteristics of OHS professionals related to their profession and service delivery are given in Table 1.

Tam Metin Sözlü Bildiri

Table 1. Some characteristics of OHS professionals regarding personal and service delivery

	n	%
Occupation		
Occupational physician	108	26,2
Occupational safety specialist	277	67,1
Other healthcare personnel	28	6,8
Professional experience as an OHS Professional (year, mean±sd)	7,8±11,1	
Working hours		
Part-time	122	29,5
Full-time	291	70,5
The number of employees at the workplace median (min.-max.)	250 (3-10.000)	

Precautions taken by OHS professionals during the COVID-19 pandemic in terms of mask, social distancing, and general hygiene practices are presented in Table 2, Table 3 and Table 4.

Table 2. Precautions taken by OHS professionals at the workplace regarding mask use

	n	%
To be worn when entering and exiting the building	399	96,6
Ensuring that employees constantly wear masks at the working environment	377	91,3
Distributing masks free of charge	372	90,1
Driver and all personnel wearing surgical masks during journeys inside the vehicle (N=312)	279	89,4
Ensuring that employees wear masks in rest areas (N=409)	314	76,8
Ensuring that people attending meetings in meeting halls wear masks	180	43,6

Table 3. Precautions taken by OHS professionals at the workplace regarding social distance

	n	%
Re-arranging the carrying capacity of transportation vehicles considering social distance (N=312)	269	86,2
Arranging tables in the cafeteria considering social distance (N=342)	286	83,6
Arranging the work space considering social distance	334	80,9
Arranging the rest areas considering social distance (N=409)	312	76,3
Postponing face-to-face meetings and training until the pandemic has ended	298	72,2
Flexible shifts	243	58,8
Increasing the number of transportation vehicles (N=312)	166	53,2
Remote working	194	47,0

Tam Metin Sözlü Bildiri

Table 4. Precautions taken by OHS professionals at the workplace regarding hygiene

	n	%
Hand disinfectants at the entrances and exits of the workplace	366	88,6
Increasing the cleaning of toilets	353	85,5
Increasing the cleaning of the working environment	341	82,6
Measuring fever while entering and exiting the workplace	335	81,1
Regular disinfection of surfaces (working stations, counters, knobs, handles, devices shared, and etc.)	329	79,7
Frequent cleaning of the transportation vehicles, especially the places that are touched the most (N=312)	243	77,9
Appropriate and sufficient ventilation of the environment	309	74,8
Frequent disinfection of rest areas (N=409)	282	68,9
Providing handwashing units where appropriate	282	68,3
Disinfection of all equipment used by the employees (including instruments with screens)	281	68,0
Providing single-use seasonings, forks, knives, spoons, glasses, and toothpicks in the cafeteria (N=342)	232	67,8
Distribution of foods and beverages as single-use food packets (N=342)	209	61,1
Providing disposable towels	238	57,6
Providing contact-free garbage bins	244	59,1

Following the revisions made during data analysis, 37 codes were formed by combining similar conditions and differences. These codes were divided into 9 categories and 3 themes (difficulties, strengths and effect)

(Table 5).

Tam Metin Sözlü Bildiri

Table 5. Themes, categories and codes formed in relation to the experiences of OHS professionals during the COVID-19 pandemic

Themes	Categories	Codes
Difficulties	OHS execution areas	PPE
Social distance		
Remote training		
Cafeteria/rest areas		
Transportation vehicles		
Hygiene		
Organizing employees	Management of symptomatic employees and those in contact	
Organizing those with chronic diseases		
OHS culture	Legal regulations	
Employer approach		
Employee approach		
Government approach	Uncertainties	
Insufficient cooperation		
Lack of supervision		
Strengths	OHS professionals	Guidance
Staying active		
Rapid action		
Professional attitude		
Cooperation between OHS professionals		
Employer	Employer participation	
Leadership		
Service concern		
Believing in the disease		
Government	Guidance	
Role model		
Official regulations		
Effects	Negative	Training/meeting
Monitoring health		
Field visits		
Drill		
Engineering practices		
New health risks		
Positive	OHS awareness	
Hygiene		
Experience		
Increase in Attention/Vigilance		

3.2. Difficulties

The difficulties experienced by OHS professionals in managing the COVID-19 pandemic at the workplace were categorized as OHS execution areas, organizing employees, OHS culture, and government approach. All of the participants stated that they faced difficulties in relation to OHS execution areas. The use of personal protective equipment (PPE) and social distancing were the two most common difficulties in relation to OHS execution areas, which were followed by training, cafeteria/rest areas, transportation vehicles, and hygiene. Difficulties related to PPE use and social distancing regulations were associated with work comfort, employee awareness and weariness towards the precautions as time passed. Statements of some participants on the issue at hand were as such: "Social distancing and mask use disrupt comfort in occupational health and safety and decrease productivity. Therefore, it was also difficult for us to get the employees obey these rules (OP8)". One occupational physician expressed the following in relation to PPE use during the pandemic and at work: "For instance, PPE is at the forefront for us, but since we made it mandatory to wear masks in this period, PPE use has become a problem. Safety goggles could not be worn due to misting. People who weld use welding masks and therefore did not want to wear pandemic masks, or they told me that since they wore pandemic masks, they did not want to wear the welding masks (OP8)". One participant indicated the following on the difficulties they faced in social distance regulation: "Since mines are underground, workers have to work in very close contact. In short, we could not enforce social distancing on them (OSS11).

Another difficulty mentioned by OHS professionals was problems in accessing trainings in distance training sessions and low participation rate: "We cannot plan online trainings on Meet to workers. Most of them do not have internet connection at home or use smart devices or connect with these devices (OP11)."

Majority of OHS professionals stated that they faced difficulties in managing symptomatic employees and those who were in contact and organizing employees with chronic diseases. The subjects emphasized here were finding out the test result of the employees referred to hospital due to their symptoms and ensuring isolation of symptomatic employees at home. One occupational physician expressed the following in relation to not accessing information through institutions and delays in sharing information with the fear of being casted out: "We had to receive verbal information from the workers. Since we could not reach to any official records, we could not obtain full information. We called the workers every day and found out who got into contact with them. The problem was that a COVID-positive patient was casted out by the others. This was just like what happens to a HIV-positive patient. In the end, due to such exclusion, we later learned that some workers were also positive. Therefore, contact tracing of that worker, separating and following them at home took very long. Hence, infectiousness increased (OP1)". Another difficulty pointed out by OHS professionals during the pandemic was planning the leaves of absence and return to work of the workers with chronic diseases. Participants stated the fundamental reasons of the difficulties faced due to workers with chronic diseases as legal uncertainties related to private sector workers, financial worries of the employers and employees, and difficulty in reaching the medical records of the employees. Statements of the participants on the subject are as follows: "The Ministry of Internal Affairs wanted us to isolate those with chronic diseases and give them leave of absence so that they could stay home. How would the employer pay the wages of these employees who would not come to work? No one gave a report on this issue. It was at the initiative of the employer to take the necessary action. The employer made the employees use their annual leave, and those who did not have any days left from their annual leave were forced to unpaid leave, or the employer came up with something else. The biggest issue was with employee personal rights and benefits (IOP7)". Another issue that OHS professionals emphasized upon during this process was the fact that OHS professionals have limited authority before employers due to legal regulations, which made it more difficult to manage the process. Some statements from the participants were as follows: "The issue is that we are paid from the employer. We are occupational safety specialists, but our salary is paid by the boss. I'm saying there is a bug that needs to be fixed. Due to the financial interest, the employer wants me to be replaced. This is the real issue (OSS8)."

Tam Metin Sözlü Bildiri

Legal problems assessed under other themes, OHS professionals' boundaries of authority, accessibility to the medical records of the employees were also evaluated in the categories under this theme. There were uncertainties that arose from the fact that information on OHS practices specific to the sector could not be reached in the early period of the pandemic, there was lack of local and central cooperation with OHS professionals, and OHS professionals did not get involved in the decisions-making process, and such weaknesses made it difficult for OHS professionals to manage the process. Some of the statements regarding the afore-mentioned issues were as follows: "We mostly tried to implement the recommendations given by the general directorate of occupational health and safety. But they were only de facto practices. A method to be implemented by occupational physicians was not determined, and all of the methods they determined were only recommendations and were not mandatory for the employers (OP8). "OHS teams had to be supported by the Ministry of Health. They should have at least called or written and asked how we dealt with the process. We did not take part in any commission (OSS12)".

3.3. Strengths

This theme is based on the statements of OHS professionals regarding supportive factors that were effective in making OHS practices effective during the pandemic and regarding strengths in terms of OHS practices during the pandemic. The participants emphasized the supportive role of the employers, state and OHS professionals during this period.

Nearly all of the participants underlined the role of OHS professionals in making OHS practices effective during this process. Among the statements of the participants, having been given an active role in the field, having taken rapid actions, cooperation, know-how and guidance and professional attitudes were at the forefront: "OHS professionals approached the matter well. Healthcare workers, occupational physicians, and retired occupational physicians dominated the issue and shared very useful information. We were really prepared due to know-how and experience. Having experienced people on board, having implemented the practices that were applied abroad by immediately translating the articles into Turkish, and having physicians in the field of OHS and those that were specifically experienced on the subject paved our way (OSS13)."

The participants stated that the employers/management contributed to make OHS practices effective. Cooperation between the employer and OHS professionals and the fact that the employers showed a participating approach in implementing the practices were at the forefront. Other effective factors were leadership regarding the practices, commercial/service concern, and delegation of authority to OHS professionals: "In this period, since we had an advisory role, it was the management that had full responsibility in implementing and supervising the practices that we recommended. In general, it looked like occupational health professionals that did the work but decision-makers also had an active and efficient role in this period and faced many difficulties along the process (OP8)."

The participants emphasized the contribution of the government in achieving efficiency in OHS practices. The notification role of the state was at the forefront. Apart from this, official regulations and being a role model were also influential factors: "If it were not for the State's precautions, ours would be left hanging in the air. When the State adopted a decision, it was easier for us and more acceptable and convincing for the public to obey the regulations (OP2)." "The determined stance of the Minister of Health, appeared on tv regularly and gave speeches related to the subject were very effective. I heard at the construction site that the workers were persuaded by the effort of the Minister of Health to at least wear the mask. His attitude really affected their attitude (OSS8).

3.4. Effects

OHS professionals also elaborated upon the negative and positive effects of the COVID-19 pandemic on OHS practices.

Tam Metin Sözlü Bildiri

Negative

OHS professionals indicated that routine OHS practices halted in this period: “It has many negative aspects. I cannot even get the tests that I need to write a medical report. For instance, we could not get respiratory function tests performed because everyone would blow into a device and might increase COVID-19 infection risk (OSS9).” “We could not be in the field. The specialist or authorized person did not want to get into the field since we did not know who had it. The field was uncontrolled and we could not take the necessary actions in the field. Afterwards, we solved this problem with on-site cameras, followed everyone and everywhere with the cameras and detected inappropriate areas (OSS7).” “Earthquake drill, fire drill, their trainings, periodic examinations, normal occupational health and safety trainings were all interrupted. We were not able to perform our normal, regular responsibilities (OP11).” “Allergies increased; eye dryness increased also. There are more cases of allergic dermatitis and eczematous reactions (OP1).”

Positive

The participants also emphasized some positive aspects of the COVID-19 pandemic on OHS. The participants focused on the fact that OHS awareness of the employees and employers increased, more importance was attached to hygiene, OHS professionals gained experience regarding management of infectious diseases, and vigilance of the employees in terms of risks and dangers increased: “Firms once again understood the importance of occupational health and safety and realized that it was a teamwork. During the pandemic, the team that followed all protective precautions and the health of the workers comprised of 3 individuals; the occupational safety specialist, occupational physician and the assistant healthcare worker. Therefore, they realized what this team meant in a factory. Now, they pay more attention to what we say (OP1).”

“People give more importance to hygiene now. This is an advantage for us to prevent the spread of COVID-19 and other infectious diseases (OSS3).”

“I realized that I was weak in matters on health. I had to improve myself. I am more informed now. Because I have researched, made risk analyses and emergency plans. These made me to become more aware of matters on health (OSS4).”

“People are more attentive now. They also make an effort not to go to hospital. They are more careful when they do their jobs. Occupational accidents really decreased in this period. We did not dismiss any workers or reduced manufacturing capabilities. But we saw a decrease in occupational accidents. We are of the opinion that workers now do their jobs more carefully, of course we will be evaluating further in the future (OSS3).”

4. Discussion

Within the scope of the research, the precautions taken by OHS professionals during the pandemic were questioned. Majority of the participants stated that they had taken precautions such as wearing masks in all areas, measuring fever, implementing the social distance rule and making related arrangements. However, implementing flexible shifts, remote working, contact-free garbage bin, disposable towel use, use of disposable materials in the cafeteria, use of food packets, and increasing transportation vehicles were indicated much less by the participants. This finding shows that precautions that also appeared in the media including mask, distance and hygiene were more commonly implemented when compared to precautions that would require high cost or prevent the offering of services, like working with less personnel.

In the second part of the research, experiences of OHS professionals regarding OHS practices during the COVID-19 pandemic were evaluated with semi-structured interviews. All of the OHS professionals indicated that they faced difficulties in OHA practices during the COVID-19 pandemic. Difficulties with PPE and social distance were at the forefront. A factor that should be elaborated on is the compelling effect of other OHS practices related to the work itself on OHS practices related to the pandemic. This finding points to important intervention areas in terms of employee health and safety.

Tam Metin Sözlü Bildiri

Majority of OHS professionals expressed that they had difficulty in organizing those with COVID-19 symptoms and those who got into contact with the symptomatic employees and those with chronic diseases. OHS professionals have a key role in being prepared against COVID-19 in the workplaces they offer their services and in intervening when there are possible/definite cases at the workplace¹². In order to achieve this, OHS professionals need to access credible information regarding the medical statuses of the employees. In this research, OHS professionals pointed out that they could not have access to official test results of those applying to hospital due to symptoms and could not isolate those who were symptomatic or had contact with a positive case until their status became clear. This situation points to organizational weakness in the management of workplaces during the pandemic.

Difficulties faced by OHS professionals regarding those with chronic diseases are bilateral including their leave and return to work. In both cases, the uncertainty felt in the private sector in the guideline published by the state was stressed. It has been decided with official regulations following the first case in our country that employees over the age of 60 years and with chronic diseases in state institutions would be on administrative leave¹³⁻¹⁵. However, a legal regulation has not been made for those working in the private sector. The findings of this research underline that employees with chronic diseases that constitute a risk for COVID-19 do not have equal conditions in protecting one's health and benefiting from financial rights and draw attention to another aspect of inequality in health.

There is a role played by the government, employers and employees in controlling the spread of the pandemic and struggling with the COVID-19 crisis, and it is important that they cooperate with one another¹⁶. The COVID-19 pandemic has shown that the best way to implement OHS precautions is effective cooperation between the employers, employees, and governments. In this research, the participants indicated OHS professionals, employers and the state as the factors that contribute to OHS practices to come though during the COVID-19 pandemic. There were statements expressing that rapid actions taken by OHS professionals at the workplace and be constantly active during the process. The participants in this research expressed the positive role of the employer in achieving success in OHS practices, and the employers' participatory approach regarding OHS practices, having commercial/service concerns, leadership, and delegation of authority to OHS professionals were noted as positive effects of the process.

In the research, many positive and negative effects of the COVID-19 pandemic on OHS were indicated by OHS professionals. When negative effects of the COVID-19 on OHS were evaluated, nearly all of the participants stated that routine OHS practices were badly influenced by the pandemic. During the COVID-19 pandemic, while risk factors against which measures should be taken at workplaces still continued, OHS professionals, employers, and employees also faced the risks brought by COVID-19. This research found that most of the OHS professionals diverted their attention to precautions against the pandemic and the other OHS practices were put on the backburner. Each OHS practice offered at the workplace is separately and interrelatedly important for employee health. Setback in one of these precautions may generate serious threat for the health and safety of the employee. Therefore, the current picture is worrisome in terms of possible negative effects of the setbacks on employee health. Even, some participants stated that new health problems emerged in employees and drew attention to the health effects of COVID-19 in the early period.

In the literature, one of the positive effects of the COVID-19 pandemic on OHS is that it increased the value of OHS¹⁷. In this research, half of the participants stated that the pandemic made the employees and the employers understand the value of OHS. Another positive effect is that conformity o rules at the workplace increased. Moreover, the participants also gained experience in managing infectious diseases at the workplace. In the 21st century when infectious diseases have become more spread and induced a public threat, it is significant for OHS professionals to obtain experience in how to deal with and manage an infectious disease and to become prepared for the upcoming process. Few participants also expressed that attention and vigilance of the employees increased, which is regarded as a positive effect of COVID-19 on OHS.

Tam Metin Sözlü Bildiri

5. Conclusion

Within the scope of the research, the precautions taken by OHS professionals during the pandemic were evaluated. The research found that precautions including mask, distance and hygiene were more commonly implemented at the workplaces when compared to precautions that would require high cost or prevent the offering of services, like working with less personnel. The research pointed out many negative and positive effects of the COVID-19 pandemic on OHS. Nearly all OHS professionals stated that they experienced setbacks in routine OHS practices and the focus was on managing the pandemic. Furthermore, another negative effect of COVID-19 was that it led to new diseases to emerge in the employees, and they should be recorded and followed-up in the long term. As emphasized by half of the participants, the positive effect of COVID-19 was that it raised OHS awareness in the employers and employees. Therefore, studies should be made not to lose this interest and awareness formed for OHS in the future. Scientific research and evaluations must be reviewed with care for OHS practices that could save lives in another possible crisis.

Keywords: COVID-19, Pandemics, Occupational Health

References

1. Rothan HA, Byrareddy SN. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *J Autoimmun* 2020 May;109:102433.
2. World Health Organization (WHO). Coronavirus Disease (COVID-19) Outbreak [online]. Available at: <https://www.who.int/westernpacific/emergencies/COVID-19>. Accessed: Aug 2, 2022.
3. Occupational Safety and Health Administration (OSHA). Guidance on Preparing Workplaces for COVID-19 [online]. Available at: <https://www.osha.gov/Publications/OSHA3990.pdf>. Accessed: Aug 2, 2022.
4. International Labor Organization (ILO). COVID-19 and the world of work: Impact and policy responses [Online]. Available at: https://www.ilo.org/ankara/publications/WCMS_740193/lang--tr/index.htm. Accessed: Aug 2, 2022.
5. International Labor Organization (ILO). COVID-19 and the World of Work. Second Edition. Updated Estimates and Analysis [Online]. Available at: https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/WCMS_740877/lang--ja/index.htm. Accessed: Aug 2, 2022.
6. Turkish Ministry of Health. Koronavirüs, Alacağımız Tedbirlerden Güçlü Değildir [Online]. Available at: <https://www.saglik.gov.tr/TR,64383/koronavirus-alacagimiz-tedbirlerden-guclu-degildir.html>. Accessed: Aug 2, 2022.
7. Ministry of Family, Labour and Social Services of the Republic of Turkey. İşyerlerinde Koronavirüs ile Etkin Mücadelede Bakanlığımızın Yürüttüğü Çalışmalar [Online]. Available at: <https://www.csqb.gov.tr/haberler/isyerlerinde-koronavirus-ile-etkin-mucadelede-bakanligimizin-yuruttuğu-calismalar/>. Accessed: Aug 2, 2022.
8. International Labor Organization (ILO). COVID-19 and the World of Work, Country Policy Responses [Online]. Available at: <https://www.ilo.org/global/topics/coronavirus/country-responses/lang--tr/index.htm#TR>. Accessed: Aug 2, 2022.
9. Ministry of Family, Labour and Social Services of the Republic of Turkey. Yeni Koronavirüs Salgını Kapsamında İş Sağlığı ve Güvenliği Profesyonellerinin İşyerlerinde Aldıracağı Tedbirler [Online]. Available at: <https://ailevecalisma.gov.tr/covid19>. Accessed: Aug 2, 2022.
10. Ministry of Family, Labour and Social Services of the Republic of Turkey. İş Sağlığı ve Güvenliği Kayıt, Takip ve İzleme Programı (İSG-KATİP) [Online]. Available at: <https://isgkatip.csqb.gov.tr/Logout.aspx>. Accessed: Aug 2, 2022.
11. VERBI Software. (2019). MAXQDA 2020 [computer software]. Berlin, Germany: VERBI Software. Available at maxqda.com.
12. Nowacki K, Grabowska S, Łakomy K. Activities of employers and OHS services during the developing COVID-19 epidemic in Poland. *Saf Sci* 2020 Nov;131:104935.
13. Presidency of the Republic of Turkey. COVID-19 Kapsamında Kamu Çalışanlarına Yönelik İlave Tedbirler. 31076 Turkey; Mar 22, 2020.
14. Presidency of the Republic of Turkey. COVID-19 Kapsamında Kamu Kurum ve Kuruluşlarında Normalleşme ve Alınacak Tedbirler. 31139 Turkey; May 29, 2020.
15. TR Ministry of Health Health Services General Directorate. COVID-19 Hastalığı İçin Risk Grubunda Olan Kronik Hastalıklar. 14500235-403.99/ Turkey; Jun 5, 2020.
16. International Labour Organization (ILO). COVID-19: Protecting Workers. Occupational safety and health tips for workplaces [Online]. Available at: https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/multimedia/video/institutional-videos/WCMS_740609/lang--en/index.htm. Accessed: Aug 2, 2022.
17. Gold D, Hughes S, Thomas D. Perceptions, experiences and opportunities for occupational safety and health professionals arising out of the COVID-19 Pandemic. *Humanit Soc Sci Commun* 2021 Dec 16;8(1):271.

Özet Sözlü Bildiri

S79

KATARAKT HASTALIĞININ İŞLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLDİĞİ BİR OLGU-KONTROL ARAŞTIRMASI

Güven GÖKGÖZ¹, Gülşah GÖKGÖZ², Ali Naci YILDIZ³

¹Ankara Altındağ İlçe Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Türkiye

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

Giriş ve Amaç: Ultraviyole, kızıl ötesi ve iyonlaştırıcı radyasyona, bazı kimyasal maddelere uzun süreli maruz kalım veya kimyasal ya da termal yanıklar, künt ya da penetran travmalar gibi akut durumlar sonucu gelişen katarakt, gözde meydana gelen işle ilişkili hastalıklar ya da meslek hastalıkları arasındadır. Çalışma hayatı ile ilişkili katarakta gereken ilginin gösterilmediği, literatürdeki çalışmaların sıklıkla girişimsel kardiyoloji, radyoloji gibi alanlara odaklandığı görülmektedir. Gerek iyonlaştırıcı radyasyona maruz kalınan diğer çalışma alanlarına, gerekse katarakt riski oluşturan diğer etkenlere ilişkin araştırma sayısı sınırlıdır. Farklı etkenler nedeniyle katarakt riski taşıyan işlerin birlikte değerlendirildiği bir araştırmaya ise rastlanmamıştır. Bir üniversite hastanesinin göz hastalıkları kliniğine başvuran hastaların, çalışmış oldukları işler ve bu işler sırasında karşılaştıkları bazı etkenlerin, katarakt için tahmini rölatif risk artışına neden olup olmadığının saptanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Olgu-kontrol tasarımıdaki araştırmanın verileri, Kasım 2018-Mayıs 2019 arasında, 18-80 yaş arası katılımcılarla, bir anket formu kullanılarak, yüz yüze görüşme ile toplanmıştır. Katılımcıların ayrıntılı çalışma öyküleri alınmış, çalıştıkları işlerde katarakt ile ilgili mesleki etkenlere maruz kalıp kalmadıkları sorulmuştur. Her katarakt hastası için, cinsiyet ve yaşa göre eşleştirilmiş, kataraktı olmayan bir göz hastası kontrol olarak alınmış, toplam 554 kişi araştırmaya dahil edilmiştir. Yapılan örneklem büyüklüğü hesaplamasına göre sapma değeri 0,55-0,60 arasındadır. İstatistik analizlerde tanımlayıcı istatistikler, Pearson Ki-kare ve Mann-Whitney U testleri kullanılmış, tahmini rölatif risk (Odds Ratio - OR) değerleri hesaplanmış ve lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Hafıza faktörü yanlılık nedeni olabilir, ayrıca maruz kalınan dozların değerlendirilmemesi araştırma için bir sınırlılıktır. Araştırmanın yapılması için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin (06.11.2018 tarih ve GO 18/1024-51 sayılı) ve katılımcıların aydınlatılmış onamları alınmıştır. Araştırma bütçesi için destek alınmamış, giderler araştırmacılarca karşılanmıştır.

Bulgular: Her iki grupta katılımcıların %61,0'i kadın, yaşları ortancası 63,0'tür. Katarakt hastaları arasında okur-yazar olmayan, lisansüstü öğrenim görmüş olan, miyopi, yaşa bağlı maküla dejenerasyonu, diyabet ve astım hastalığı olan, kortikosteroid içerikli ilaç kullanan ve gözü etkileyen bir kaza geçirenlerin yüzdesi, kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazladır ($p < 0,05$). Tütün kullanımı, iş veya iş dışı nedenlerle bilgisayar kullanımı, iş dışı uğraşlar nedeniyle ilgili etkenlere maruz kalım ve ebeveynlerinde katarakt öyküsü olma durumu açısından gruplar arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir ($p > 0,05$). Olguların %22,4'ü, kontrollerin %11,9'unun mesleki ultraviyole radyasyon maruz kalımı vardır ($p = 0,001$); OR tek değişkenli analizde 2,1 (%95 GA: 1,3-3,4); üç farklı lojistik regresyon modelinde 2,0 (%95 GA: 1,2-3,2), 1,9 (%95 GA: 1,1-3,2) ve 2,1 (%95 GA: 1,3-3,3) kat saptanmıştır. Uluslararası ve yerel meslek hastalıkları listelerinde katarakt ile ilgili olduğuna yer verilen diğer fiziki ve kimyasal etkenlere maruz kalınan bir işte çalışma durumları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p > 0,05$). Olguların kontrollere göre, katarakt ile ilgili olduğu bilinen etkenlerden en az birine maruz kalınan işlerde çalışmış olma ya da çalıştıkları işler sırasında doğrudan gözün travma aldığı bir iş kazası geçirme durumu 2,3 (%95 GA: 1,5-3,5) kat fazladır ($p < 0,001$). Bu işlerde çalışan olguların %23,3'ü ve kontrollerin %17,8'i çalıştığı işlerden en az biri sırasında göz için kişisel koruyucu donanım kullanmıştır ($p > 0,05$).

Özet Sözlü Bildiri

Sonuç ve Öneriler: Katarakt hastaları arasında, çoğunluğu açık alanda çalışılan işler olmak üzere, ultraviyole radyasyona maruz kalınan işlerde ve meslek hastalıkları listelerine göre katarakt ile ilgili olduğu bilinen etkenlerden birine maruz kalınan işlerde çalışmış olanların yüzdesi daha fazladır; bu durum araştırmanın hipotezini de doğrulamaktadır. Çalışan eğitimleri ile açık alanda çalışma ve ultraviyole radyasyon başta olmak üzere ilgili etkenlerin olası sağlık risklerine ilişkin farkındalık artırılmalı, koruyucu donanım kullanmanın gerekçesi ve önemi vurgulanmalıdır. Çalışma şartları nedeniyle güneşe doğrudan maruz kalım azaltılmalı, güneş gözlüğü kullanımı yaygınlaştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Çalışan sağlığı, İşle ilişkili hastalık, Katarakt, Mesleki maruz kalım, Olgu-kontrol araştırması

Özet Sözlü Bildiri

S80

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ RADYASYON GÜVENLİĞİ HAKKINDAKİ BİLGİ DURUMLARI

Ayşe Seval PALTEKİ, İpek POURALIZADEH, Mesut BALIM, Sevede URVE BİLBEY

Istanbul Medipol Üniversitesi, Türkiye

Giriş ve Amaç: Dünya genelinde yapay radyasyon maruziyetinin %98'lik bölümü tıbbi teşhis ve tedavi teknolojilerinden kaynaklanmakta olup, yapay radyasyona maruz kalan her dört çalışandan üçü sağlık çalışanıdır. Bu çalışmanın amacı sağlık çalışanlarının radyasyon güvenliği konusundaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın evrenini kolayda örnekleme ile belirlenen Bağcılar, Pendik, Sancaktepe ve Maltepe'deki dört özel hastanede radyasyonlu alanlarda görev yapan sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Radyasyona maruz kalınıyor olunması araştırmaya kabul kriteridir. Söz konusu hastanelerde radyasyonlu alanda çalışanların sayısı net olarak elde edilemediğinden evren büyüklüğü hesaplanamadı. Veriler soru formu aracılığı ile yüz yüze olarak 8-18.08.2022 tarihleri arasında toplandı. Kullanılan soru formunda; 33 sorudan oluşan "Sağlık Çalışanlarının Radyasyondan Korunma Bilgisi Ölçeği" ve sosyodemografik özellikleri, radyasyon eğitim durumları ve çalışma koşulları hakkındaki bilgi edinmeyi amaçlayan 27 soru yer almaktadır. Sosyodemografik özellikleri, radyasyon eğitimi alma durumları ve çalışma koşulları çalışmanın bağımsız değişkenleri, ölçek ile belirlenen sağlık çalışanlarının radyasyondan korunma bilgi düzeyi ve söz konusu ölçeğin alt boyutları ise çalışmanın bağımlı değişkenleri olarak belirlendi. Sağlık Çalışanlarının Radyasyondan Korunma Bilgisi Ölçeği iyonlaştırıcı radyasyon ile çalışan sağlık çalışanlarının radyasyondan korunma bilgi düzeyini ölçebilmek amacıyla 2019'da Schroderus-Salo ve ark. tarafından geliştirilip, 2021'de Mahmut Ay tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Likert tipi sorulardan oluşan ölçekte 1-10 aralığında puan alınabilmekte, eşik değer olan 5 ve üzeri puanlar radyasyondan korunma düzeyinin yüksekliğini göstermektedir. Ölçeğin 3 alt boyutu "radyasyon fiziği, biyolojisi ve radyasyon kullanım ilkeleri", "radyasyondan korunma" ve "güvenli iyonlaştırıcı radyasyon kullanımı kılavuzu"dur. Çalışmanın etik kurul izni alınmış olup, toplanan verilerin analizi SPSS v.23 kullanılarak gerçekleştirildi. Sürekli değişkenler ortalama ve standart sapmayla, kategorik değişkenlerse sayı ve yüzdeyle gösterilirken; gruplar arasında önemli fark olup olmadığı bağımsız gruplarda t testiyle belirlendi. İstatistiksel önemlilik düzeyi 0,05 olarak kabul edildi. Çalışmada herhangi bir finansal destek alınmamış olup, çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Bulgular: 313 katılımcının %53,0'ü (n=166) erkek, %37,1'i (n=116) doktordu. %28,1 (n=88) ile en yüksek katılım radyolojiden olmakla birlikte, onu %16,0 (n=50) ile ameliyathane ve %10,9 (n=34) ile kardiyoloji birimleri izlemekteydi. %84,7'si (n=265) radyasyondan korunma eğitimi aldığını ifade ederken, %60,4'ü (n=160) hizmet içi eğitimlerden, %57,4'ü (n=152) ise mezun olduğu okuldan bu eğitimi aldığını belirtti. %50,8'i (n=159) skopi, %42,8'i (n=134) yatak başı çekilen röntgen grafisi sırasında en çok radyasyon maruziyetini yaşadıklarını ifade ettiler. Katılımcıların %60,7'si (n=190) radyoloji çalışanlarının, %66,8'i (n=209) ise hastanın tüm vücut için yıllık maksimum müsaade edilen doz limiti konusunda fikri olmadığını belirtti. Katılımcıların %80,8'i (n=253) kendisi için kurşun önlük kullandığını, doktorların %62,9'u (n=73) dozimetre kullanmadığını belirtti. Katılımcıların %66,5'i (n=208) şua izni kullanmadığını, buna neden olarak %73,0'ü (n=162) şua izninin olmadığını aktardı. Katılımcılar hem ölçek hem de alt boyutlarının tamamında eşik değer üzerinde ortalamaya sahipti. "Sağlık çalışanlarının radyasyondan korunma bilgisi ölçeği" ortalaması 7,54±2,78 bulunurken, alt boyutlardan "radyasyon fiziği, biyolojisi ve radyasyon kullanım ilkeleri" ortalaması 7,00±2,93, "radyasyondan korunma" ortalaması 7,92±2,79 ve "güvenli iyonlaştırıcı radyasyon kullanımı kılavuzu" ortalaması 7,75±2,96 olarak bulundu. "radyasyon fiziği, biyolojisi ve radyasyon kullanım ilkeleri" alt boyutunda erkeklerin ortalaması (6,64±2,88) kadınlara (5,83±2,94) kıyasla önemli düzeyde yüksek bulundu (t=2,460; p=0,014); diğer iki alt boyuttaysa bulunmadı (t=1,041; p=0,299) (t=0,901 p=0,368).

Sonuç: Çalışmada, radyasyon alanlarında çalışanların genel olarak radyasyondan korunma bilgi düzeylerinin eşik değer üzerinde olduğu görüldü. Radyasyon uygulamalarının doz limiti ve hesabıyla ilgili bilgi eksiklerinin olduğu ve bu sonucun literatürle uyumlu olduğu belirlendi. Katılımcıların yarısından çoğunun yasal hakları olan şua izninden yararlanamadıkları anlaşıldı. Kolayda örnekleme ile gerçekleştirilmiş olması ve kişilerin beyanına dayalı olması çalışmanın başlıca kısıtlılıklarıdır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Çalışanı, Radyasyon Güvenliği, Mesleki Maruziyet, İyonize Radyasyon

Özet Sözlü Bildiri

S81

BİR FABRİKA ÇALIŞANLARININ UYKU KALİTESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Yavuzalp SOLAK¹, Onur ACAR², Hasan DURMUŞ³, Nazife ALPMAN⁴

¹Keçiören İlçe Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

²Ağrı İl Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

³Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

⁴Erzin Devlet Hastanesi, Türkiye

Giriş ve Amaç: Fabrika çalışanları çalışma ortamı ve şartlarına bağlı olarak çeşitli sağlık riskleriyle karşı karşıya kalmaktadır. Uyku kalitesi kümülatif olarak bu sağlık risklerinin oluşumunda veya bu risklere karşı korunmada etkili olmaktadır. Bu duruma dayanarak, bu çalışma fabrika çalışanlarının uyku kalitesine odaklanmış ve çalışma yaşamıyla ilgili faktörlerin uyku kalitesine etkisini araştırmayı amaçlamıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın tipi kesitseldir. 10 Eylül-30 Eylül 2022 tarihleri arasında Hatay Dörtyol'da faaliyet gösteren ve bir ortak sağlık ve güvenlik biriminden hizmet alan bir fabrikada yapılmıştır. Tüm çalışanlara ulaşılması hedeflenmiş ve 183 fabrika çalışanından 174 kişi (%95) çalışmaya katılmıştır. Anket formu uygulanmadan önce katılımcılar çalışma ile ilgili bilgilendirilmiş ve onamları alınmıştır. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulundan çalışmayla ilgili gerekli izin alınmıştır (08.09.2022/08). Veri seti; Sosyodemografik bilgiler, uyku ve çalışma hayatı özelliklerinin yer aldığı ve literatüre uygun olarak araştırmacılar tarafından hazırlanan 30 sorudan oluşmaktaydı. Anket formunda uyku kalitesi ve çalışma hayatı ile ilgili subjektif değerlendirme soruları dördümlü likert tipte (kesinlikle katılıyorum-katılıyorum-katılmıyorum-kesinlikle katılmıyorum) tasarlandı ve bunların dışındakiler ise çoktan seçmeli veya direkt sayısal bilgilerle cevaplanabilen sorulardı. Uyku özellikleri "Yeterli seviyede uyku kalitesine sahibim.", "Düzenli uykuya sahibim", "Uykudan uyanmakta zorluk yaşarım", "Gün içerisinde sık sık uyuklarım", "Uzun süredir kendimi yorgun hissedirim" yargılarına "Kesinlikle katılıyorum-Katılıyorum-Katılmıyorum-Kesinlikle katılmıyorum" şeklinde cevap verilen dördümlü likert tipteki sorularla ölçüldü. Sonrasında dördümlü likert cevaplardan "Kesinlikle katılıyorum-Katılıyorum" olanlar Evet, "Katılmıyorum-Kesinlikle katılmıyorum" olanlar Hayır şeklinde ikili kategorik verilere dönüştürüldü. Çalışmanın bağımlı değişkeni uyku kalitesiydi (yeterli ve yetersiz şeklinde, kategorik) ve bağımsız değişkenleri çalışma hayatı özellikleri olan; toplam çalışma yılı, haftalık çalışma saati, vardiyalı çalışma, iş memnuniyeti ve iş stresiydi. İstatistiksel olarak nicel verilere ait tanımlayıcı bilgiler ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde olarak verildi ve normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testiyle değerlendirildi. Kategorik verilerin analizde Pearson ki-kare testi ve ki-kare testi anlamlı çıkan ($p < 0,05$) verilerde lojistik regresyon analizi kullanıldı. Verilerin analizi SPSS 20.0 paket programı kullanılarak yapıldı. İstatistiksel olarak $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması $36,10 \pm 8,58$ yıl, %94,3'ü erkek, %73'ü evli ve %82,8'i lise ve üzerinde eğitime sahipti. Toplam iş hayatında çalışma süresi $13,71 \pm 8,38$ yıldır. Haftalık çalışma süresi $49,14 \pm 5,17$ saat olup %39,7'si vardiyalı bir şekilde çalışmaktaydı. %48,9'u ortalamanın üzerinde iş stresine sahip olduğunu ve %23'ü işinden memnun olmadığını belirtti. Uyku özelliklerine gelindiğinde; çalışanların %46'sı uyku kalitesinin yetersiz olduğunu belirtti. Ek olarak; %36,2'i uykusunun düzensiz olduğunu, %39,1'i uykuya dalarken zorluk yaşadığını, %35,6'sı gün içerisinde uyukladığını ve %32,2'si kendini sürekli yorgun hissettiğini belirtti. Uyku kalitesinde yetersizliğe neden olan faktörler lojistik regresyon analizinde değerlendirildiğinde; vardiyalı çalışma 2,36 kat (1,22- 4,55), işinden memnun olmama 2,31 kat (1,05- 5,11) ve ortalamanın üzerinde iş stresine sahip olma 2,01 kat (1,06- 3,81) anlamlı olarak daha fazla uyku kalitesinde yetersizliğe neden olmaktaydı.

Sonuç: Bu çalışma fabrika çalışanları arasında uyku kalitesi yetersizliğinin ve uyku kalitesi yetersizliğine bağlı aktif çalışma süresinde görülen risk oluşturabilecek belirtilerin önemli oranda görüldüğünü ortaya koymak-

Özet Sözlü Bildiri

tadır. Ayrıca uyku kalitesi üzerinde vardiyalı çalışma, iş memnuniyeti ve iş stresinin etkili olan önemli faktörler olabileceğini göstermektedir. Fabrika çalışanlarında uyku kalitesinin geliştirilmesi halk sağlığı ve koruyucu sağlık hizmetleri açısından önemli bir konudur ve sağlık hizmet sunucularının bu konuda farkındalık yaratarak çalışanları destekleyici çalışmalar yapması önerilmektedir.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan eder.

Finansal Destek: Çalışma için herhangi bir kurum veya kuruluştan finansal destek alınmamıştır.

Anahtar Kelimeler: uyku kalitesi, fabrika çalışanları, iş sağlığı, halk sağlığı

Özet Sözlü Bildiri

S82

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE SON İKİ YILDA MEYDANA GELEN KAYITLI İŞ KAZALARININ İNCELENMESİ

Ülfiye ÇELİKKALP¹, Fulya ÖZDER TAŞ¹, Didem HAN YEKDEŞ¹, Cem MISIRLI², Faruk YORULMAZ¹

¹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Edirne, Amerika Birleşik Devletleri

²Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Amerika Birleşik Devletleri

Giriş ve Amaç: Sağlık çalışanları çalışma alanlarında genellikle perkütan yaralanmalar (iğneler veya diğer kesici aletler), mukokütanöz yaralanmalar (kan veya diğer vücut sıvılarının göz, burun veya ağza sıçraması) veya hasarlı ciltle kan teması nedeniyle meydana gelebilecek iş kazaları yaşamakta, fiziksel ve kimyasal pek çok tehlikeye maruz kalmaktadırlar. Bu çalışmanın amacı, bir üniversite hastanesinde son iki yıl içinde sağlık çalışanlarının yaşadıkları iş kazası kayıtlarının incelenmesidir. Çalışma sonucunda elde edilen bilgilerin, sağlık çalışanlarında görülen iş kazalarına karşı koruyucu yaklaşımların geliştirilmesine yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma tanımlayıcı nitelikte, kesitsel olarak bir üniversite hastanesinde 2020-2022 (Eylül 2022'ye kadar) tarihleri arasında meydana gelen iş kazası kayıtlarının incelenmesi amacıyla yapıldı. Çalışmada belirtilen tarihlerdeki kayıtlı tüm iş kazaları çalışma kapsamına alındı. Veriler hastanenin İş Sağlığı Birimi tarafından tutulan "İş Kazası Aylık İstatistik Formu" kayıtlarından elde edildi. Çalışma için kurum izin (14.09.2022) ve Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul (2022/269) onayı alındı. Verilerin değerlendirilmesinde iş kazası geçiren personele dair demografik özellikler ve iş kazalarının yeri, türü, meslek grubu, servis, kaza sonucunda gelişen yaralanma durumuna dair veriler frekans tablolar ve ki-kare test kullanıldı.

Bulgular: Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezinde ilgili tarihlerde toplam 288 iş kazası oldu. 2020 yılında 73, 2021 yılında 111 ve 2022'nin ilk 9 ayında 104 iş kazası meydana geldi. Her ay ortalama 8.72 ± 3.72 iş kazası olduğu tespit edildi. Yaşanılan iş kazaları incelendiğinde %61.5 ile en çok delici kesici alet yaralanmasının olduğu bunu %21.5'i zeminden kaynaklı düşme ve yaralanmalar, %10.1'i şiddet (beyaz kod), %5.5'i kan ve vücut sıvılarının sıçraması ve %1.4'ü kedi-köpek ısırması olarak belirlenmiştir. 2021-2022 yıllarına göre kesici delici alet yaralanması, düşme ve yaralanmalar, 2020-2022 yıllarına göre beyaz kod bildirimleri arasında istatistiksel farklılık olduğu tespit edildi ($p < 0.05$). Yaşanılan iş kazaları en çok sırasıyla intern doktor/ stajyer öğrenciler ile hemşire ve temizlik personeli çalışanlarının olduğu belirlendi. Yaşanılan iş kazalarının en çok yoğun bakımlar, acil servis ve cerrahi kliniklerinde olduğu ve çalışanların 44'ünün (%22.7) iş kazası sırasında kişisel koruyucu ekipmanın kullanmadığı belirlendi.

Sonuç: Sağlık kurumları iş sağlığı ve güvenliği bakımından yüksek riskli iş yerleri olarak değerlendirilmektedir. İş kazalarının; iş gücü kaybı oluşturması ve personelin sağlığını olumsuz yönde etkilemesi nedeniyle çalışan sağlığını korumak açısından kazaya sebebiyet veren etkenlerin incelenmesi ve gerekli önlemlerin alınması önemlidir. Yüksek riskli personelin tespit edilmesi, kazaların önlenmesine yönelik koruyucu yaklaşımların daha etkili olmasına yarar sağlayacaktır.

Finansal destek: Araştırma sürecinde herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

Çıkar çatışması: Yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hastane, iş kazası; sağlık çalışanları.

Özet Sözlü Bildiri

S83

KAYNAK SEKTÖRÜNDE İŞ VE SAĞLIK İLİŞKİSİ; KESİTSEL BİR ÇALIŞMA

**Merve DEMİRCİ ATİK¹, Alp ERGÖR², Aylin CİFCİ¹, Ahmet Naci EMECEN²,
Abdullah TAYLAN³, Naciye Sinem GEZER⁴, Eyüp Sabri UÇAN⁵**

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İş ve Meslek Hastalıkları B.D., Türkiye

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D, Türkiye

³Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji A.D, Türkiye

⁴Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji A.D, Türkiye

⁵Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları A.D, Türkiye

Giriş: Kaynak iş kolu; sektörde maruz kalınan kaynak dumanı, gürültü, ultraviyole (UV) radyasyon gibi pek çok tehlike nedeniyle iş sağlığı profesyonellerinin üzerinde çokça durduğu bir iş koludur. Bu çalışmanın amacı kaynak sektörü odağında iş ve sağlık ilişkisinin bütüncül bir bakış açısı ile ele alınması ve çalışma koşulları açısından işçileri etkileyebilecek öğelerin irdelenmesidir.

Yöntem: Bu kesitsel çalışmanın popülasyonunu İzmir’de bir üniversite hastanesinin iş ve meslek hastalıkları (İMH) polikliniğinde 2013-2022 yılları arasında takipli olan 95 kaynakçı oluşturdu. Olguların iş ilişkili sağlık sorunlarına, çalışma koşullarına, çalışma ilişkilerine ve çalışma ortamlarına dair veriler 15.08.2022-15.09.2022 tarihleri arasında telefon görüşmesiyle anket yöntemiyle toplandı. Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, ortalama (\pm standart sapma), ortanca (min-max) değerleri ile sunuldu. Oranların karşılaştırılmasında ki kare testi kullanıldı. Çalışma için etik kurul onayı Dokuz Eylül Üniversitesi Etik Kurulundan alındı (No: 2022/21-10). Çalışma için herhangi bir kurum ya da kuruluştan finansal destek alınmadı.

Bulgular: Çalışmada 5 kaynakçıya iletişim bilgilerinin güncel olmaması nedeniyle ulaşılamadı, ikisi katılmayı reddetti. Çalışmaya katılan 88 kaynakçının yaş ortalaması 45.5 (\pm 8, 04) ortancası 45 (26-69) idi. Olguların kaynakçılığa başlama yaşları 7 ile 49 arasında değişmekle birlikte ortancası 17’idi. Çalışma koşullarına bakıldığında, haftalık çalışma süresi ortancası 48 (8-105) saattir. Olguların çoğu (n=61, %69.3) asgari ücretin 2 katından az ücret almaktaydı. Sigortasız çalışan 3 kaynakçı mevcuttu. 6 kaynakçı ise sigortalarının asgari ücretten yatırıldığını, üzerindeki ödemeyi nakit aldıklarını ifade etti. Alt işveren adına 11 kaynakçı çalışıyordu, 2 kişi bağımsız yevmiyeli olarak çalışmaktaydı. Çalışmaya katılan kaynakçılarda örgütlenme oranı %33 idi. İş sağlığı güvenliği (İSG) uygulamalarına bakıldığında kaynak dumanına yönelik mühendislik önlem (mobil çekişli sistem) 21 kaynakçının (%23.9) çalışma alanında mevcuttu. Solunum koruyucu maske yalnızca 5 kaynakçıda mevcuttu. UV açısından göz korumasına yönelik kişisel koruyucu donanım tüm kaynakçılara sağlanmış iken, cilt koruması için uygun ekipman %46.6’sında (n=41) yoktu. Ardl göstergelere bakıldığında kaynakçıların %68.2’si (n=60) bir ya da daha fazla iş kazası yaşamışken, %60.2’si (n=53) meslek hastalığı tanısı almıştı. Kaynak iş koluna özel sağlık riskleri sorgulandığında en sık gözde fotokeratit (n=78, %88.6), fotodermatit (n=61, %69.3) ve işitme kayıpları (n=57, %64.8) görüldü. İMH kliniğine başvuru sonrası olguların %59.1’i (n=52) iş yerinden ayrılmıştı. İşten ayrılma oranları sendikalı olmayan kaynakçılarda anlamlı olarak daha fazlaydı (p=0.001). Sendikalı olan olguların haftalık çalışma süreleri anlamlı olarak daha az bulunmuş olup, aylık gelirleri, solunum ve işitme koruyucu donanım olanakları anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur (p<0.05).

Sonuç: Çalışmada kaynakçıların önemli bir bölümünün, çalışma koşulları ve çalışma ilişkileri özelliklerinin sağlık ve güvenliklerini desteklemeyecek düzeyde olduğu görülmüştür. Kapitalist sistemlerde sermaye birikim paradigmaları özellikle emeğin örgütsüz olduğu koşullarda İSG için önemli bir tehdittir. Bu nedenle çalışma ortamında sağlık ya da sağlıksızlık değerlendirilirken, çalışma yaşamı geniş bir perspektifle, bütüncül olarak ele alınmalıdır.

Çıkar ilişkisi beyanı: Yazarlar herhangi bir çıkar ilişkisi tanımlamamaktadır.

Anahtar Kelimeler: iş sağlığı, çalışma ortamı, örgütlenme, bütüncül yaklaşım

Özet Sözlü Bildiri

S84

COVID-19 PANDEMİ HASTANESİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ İŞ DOYUMLARININ KESİTSEL DEĞERLENDİRMESİ

Keyser DURGUN¹, Hür HASOY²

¹Bornova İlçe Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Türkiye

Giriş ve Amaç: İş doyumu kişinin işi ile ilgili sahip olduğu duygu ve tutumlar olarak tanımlanmakta; örgütsel çıktılar ile ve çalışanların iyi olma hali ile ilişkili olduğu için sıklıkla araştırılmaktadır. İzmir ilinde COVID-19 döneminde pandemi hastanesi olarak belirlenen Bornova Türkan Özilhan Devlet Hastanesi'nde yapılan bu araştırma ile sağlık çalışanlarının iş doyumu düzeylerinin ölçülmesi ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Şubat- Mart 2021 tarihlerinde yürütülen kesitsel tasarımdaki bu araştırmanın evrenini Bornova Türkan Özilhan Devlet Hastanesi'nde görev yapmakta olan 412 sağlık çalışanı oluşturmuştur. Evrenin tümüne ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmanın bağımlı değişkeni olan sağlık çalışanlarının iş doyumunu ölçmek için Spector (1985) tarafından geliştirilen ve Yelboğa (2009) tarafından Türkçe'ye uyarlanan İş Doyumu Ölçeği (Job Satisfaction Survey) kullanılmıştır. Bağımsız değişkenler beş grupta toplanmıştır; demografik ve sosyoekonomik özellikler, sağlık durumu ve alışkanlıklar, mesleki özellikler ve çalışma koşulları, pandemi hastanesinde çalışma özellikleri ve sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri. Veriler araştırmacı gözleminde çalışanların öz bildirimi ile doldurulan formlardan elde edilmiştir. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için; ikili karşılaştırmalarda T testi, üç ya da daha fazla grubun karşılaştırılmasında ise parametrik koşulları sağlama durumuna göre Varyans analizi ya da Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Çoklu analiz için lineer regresyon analizi yapılmıştır. Veri analizinde SPSS 23.0 programı kullanılmıştır. P<0.05 anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay (Evrak tarihi: 22.12.2020 ve E-99166796-050.06.04-sayılı) alınmıştır. Çalışma için finansal bir destek alınmamıştır. Çalışma kapsamında herhangi bir kişisel ve finansal çıkar çatışması yoktur.

Bulgular: Araştırmanın kapsayıcılığı %82,5 (n=340) düzeyindedir. Araştırma grubunun %68.8'i kadınlardan oluşmaktadır ve ortalama yaş 39,2±8,91'dir. İş Doyumu ölçek puanları ortalaması 111,28±2,29 hesaplanmıştır. Çok değişkenli analizlerde, alkol kullanımının fazla olması (p=0,006), yoğun bakımda çalışma (p=0,028), yaptığı işin eğitimine uygun olduğunu düşünmeme (p=0,044), işi ile ilgili kararlarda görüşlerinin alınmaması (p<0,001), çalışılan ortamda hijyen kuralları ve enfeksiyon önlemlerine uyulmaması (p<0,001), haftalık çalışma süresinin 46 saat ve üzerinde olması (p=0,001), isteği dışında görevlendirilme (p=0,006) ve tükenmişlik (p<0,001) iş doyumu puanının düşük olması ile ilişkili saptanmıştır. Çalışmamızın bazı sınırlılıkları vardır. Kesitsel tasarımda olduğu için bağımsız değişken ile bağımlı değişkenler arasında neden sonuç ilişkisinin kurulma olanağı sınırlanmaktadır. Verilerin öz bildirim dayalı olarak toplanması, hatırlamaya bağlı yan tutmaya neden olmuş olabilir. Çalışmamızın yürütüldüğü hastane pandemi hastanesi olduğu için hastanenin sağlık çalışanlarına sunduğu KKD, ek ödeme gibi imkanlar diğer devlet hastanelerinden daha ulaşılır durumdadır. Sonuçlarımızın diğer devlet hastanelerine genellenebilirliği sınırlıdır. Araştırmamızda çalışma koşullarına odaklanılmış, katılımcıların kişilik özellikleri, işten beklentileri sorgulanmamıştır. Bu etmenler iş doyumu ile ilişkili olabilir. Araştırmamızın katılım oranı yüksektir. Geçerliliği ve güvenilirliği gösterilmiş olan ölçekler ile bağımsız değişkenleri ayrıntılı sorgulayan bir veri toplama formu kullanılmıştır. Pandemi hastanesinde yürütülen bir çalışma olması çalışmanın özgün değerini arttırmaktadır.

Sonuç: Bu çalışmada sağlık çalışanlarının pandemi döneminde iş doyumu puanlarının düşük olduğu ve en düşük puanın da ücret alt boyutu olduğu saptanmıştır. Tükenmişlik düzeyi yüksek olanların, çalışma saati

Özet Sözlü Bildiri

fazla olanların, yoğun bakımda çalışanların, isteği dışında görevlendirilenlerin, eğitimine uygun işlerde çalışmayanların, işi hakkında görüşleri alınmayanların, çalıştığı alanda hijyen kurallarına ve enfeksiyon kontrol önlemlerine uyulmayanların iş doyumları düşüktür. İş doyumu puanı düştükçe alkol kullanım miktarının arttığı görülmüştür. Araştırmada iş doyumunun ağırlıkla çalışma koşulları ile ilişkili olduğu görülmüştür. Sağlık çalışanlarının iyilik hali ve ruh sağlığı için önemli olan iş doyumları çalışma koşullarının düzeltilmesi yolu ile arttırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: iş doyumunu, sağlık çalışanları, COVID-19

Özet Sözlü Bildiri

S85

**PROFESYONEL TURİST REHBERLERİNİN MESLEKİ İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ
KONUSUNDAKİ FARKINDALIKLARI VE RİSKLERİNİN ARAŞTIRILMASI**

Selçuk YÜZBAŞIOĞLU¹, Osman Faruk BAYRAMLAR², Selma KARABEY³

¹*İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı AD İş Sağlığı Programı, Türkiye*

²*Bakırköy İlçe Sağlık Müdürlüğü, İstanbul, Türkiye*

³*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Türkiye*

*Bu yazı bu yıl yayınlanan DOI: '10.13140/RG.2.2.15629.82409' nolu teze aittir.

**Yazarların, makalede tartışılan konu veya materyallerde mali çıkarı olan veya bunlarla mali çatışması olan herhangi bir kuruluş veya kuruluşla ilgili bağlantıları veya mali ilişkileri yoktur. Buna istihdam, danışmanlıklar, ücretler, hisse senedi sahipliği veya seçenekler, uzman tanıklığı, alınan veya bekleyen bağışlar veya patentler veya telif ücretleri dahildir.

***İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (onay numarası: 06 tarih: 23/03/2019)

İnsanlık tarihinin en eski faaliyetlerinden birisi olan turist rehberliği, turistleri görmeye değer yerlere götürüp oraların tarihi, kültürü, doğal ve diğer güzellikleri hakkında ayrıntılı bilgi veren ve konusu ile ilgili eğitim almış turist rehberi tarafından yapılan mesleğin adıdır. Pubmed arama motorunda 'occupational health' ve 'tour guide' olarak yaptığımız aramalarda ve diğer araştırmalarda bugüne kadar turist rehberlerinin mesleki iş sağlığı ve güvenliği (İSG) sorunları konusunda herhangi bir çalışma yapılmadığını gördük. Turist rehberliği mesleğinin yürütülmesi esnasında oluşabilecek tehlikeler ve bunlardan kaynaklanabilecek riskler henüz saptanmamıştır. Bu çalışmada amacımız söz konusu tehlikeleri saptamak ve rehberlerin farkındalıklarını belirlemektir.

Gözlemsel, tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan bu araştırmanın evreni 2019 yılında 4879 adet eylemli üyesi olan İstanbul Rehberler Odası'na kayıtlı eylemli rehberlerdir. Örneklem olasılıksız ardışık yöntemle seçilmiştir. Veriler İstanbul'da Haziran 2019 ile Şubat 2020 tarihleri arasında 375 kişi ile yüz yüze gönüllülük esasına dayanan, tarafımızca hazırlanmış 54 soruluk bir anket çalışması yapılarak toplanmıştır. Bu sorular rehberlerin sosyodemografik bilgilerinin yanısıra, çalışma koşulları, İSG eğitimleri, İSG ile ilgili bilgi düzeyleri, İSG ile ilgili tutumları, maruz kalınan tehlikeler ve maruziyet düzeylerini sorgulamaya yönelik tasarlanmıştır. Tehlike olarak 'stres', 'mobbing', 'tükenmişlik sendromu', 'şiddet görme', 'besin zehirlenmesi', 'zehirli hayvan-böcek tarafından sokulma', 'güneş çarpması', 'yüksekten düşme', 'trafik kazası', 'yangın', 'ses kısıklığı' ve 'bulaşıcı hastalık' başlıkları sorgulanmıştır.

Verilerin sunumu için tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılım gösterip göstermedikleri Kolmogorov-Smirnov Testi, Curtosis-Skewness, Kutu Grafiği'nin dağılımı ve histogram ile belirlenmiştir. Kategorik veriler arasındaki anlamlılık ilişkisi ki-kare testi ile incelenmiştir. Sürekli verilerden normal dağılım gösterenler için Bağımsız Gruplarda t Testi, normal dağılım göstermeyenler içinse Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık, %95 güven düzeyinde $p < 0,05$ ve iki yönlü olarak kabul edilmiştir. Veri analizi SPSS 21,0 programı kullanılmıştır.

Ankete katılan rehberlerin en yoğun yaş diliminin 40-49 yaş ve erkek sayısının kadın sayısından 1 kat fazla olduğu saptanmıştır. Bu durum İstanbul Rehberler Odası'na kayıtlı tüm rehberler için de benzerdir. Rehberlerin %15,5'i sigortasız olup, sigortalıların ise yaklaşık 2/3'ü ise 4/a sigortalıdır. Turlarda günde ortalama çalışma süresi her iki cinsiyette de 10 saate yakındır ($p > 0,05$). Tur esnasında ayakta geçirilen zaman ise or-

Özet Sözlü Bildiri

talama $6,5 \pm 2,2$ saattir. Kadın rehberlerin erkek rehberlere göre istatistiki olarak anlamlı şekilde turda ortalama 1 saat daha fazla konuştukları ($5,6 \pm 1,8$) saptanmıştır ($p < 0,05$). Rehberlerin yarısından fazlası en az bir kere sağlık açısından elverişsiz ve kötü şartlarda konaklamışlardır. Tehlike olarak, rehberlerin %80'i strese maruz kalırken, tükenmişlik sendromu ile kendilerini ilişkilendirenlerin oranının yaklaşık $2/3$ olduğu tespit edilmiştir. Yine rehberlerin $2/3$ 'ü çalışma hayatında en az bir kere ses kısıklığı yaşamış ve bir salgın hastalığı öğrendiğinde hangi önlemleri alacağını bilmediğini ifade etmiştir. Kadın rehberlerde mobbing, güneş çarpması, ses kısıklığı ve ses teli hastalığı ile ilgili tanı alma oranları istatistiki olarak anlamlı şekilde erkek rehberlerden fazla saptanmıştır ($p < 0,05$). Yaklaşık %40'lık kesimin ise ülke dışındaki salgınlar hakkında farkındalığının olmadığı görülmüştür. Her 4 rehberden 3'ü İSG eğitimini faydalı bulmaktadır. Ancak yine her 4 rehberden 3'ünün profesyonel turist rehberliği ile ilgili gerçek bir İSG eğitimi almadığı da anlaşılmıştır.

Profesyonel turist rehberliği iş kolunda İSG eğitim, uygulama ve denetim sistematiği yeterince gelişmemiştir. Türkiye'de 6331 sayılı kanunun işverene sağladığı bazı muvaffakiyetler ve 6326 sayılı kanunun rehberleri serbest meslek erbabı olarak tanımlaması rehberleri iş sağlığı ve güvenliği eğitiminden mahrum bırakmıştır. Rehberlik eğitimi veren kurumlarda da İSG dersi genelde tercih edilmeyen seçmeli ders olarak karşımıza çıkmış, tercih durumunda ise müfredat eksikliğiyle karşılaşmıştır.

Profesyonel turist rehberleri üzerinde İSG sorunlarını araştıran dünyadaki ilk çalışma olarak elde edilen bu veriler, gelecekte rehberler için oluşturulacak İSG eğitim müfredatının temelini teşkil edebilecektir. İlk çalışma olması nedeniyle sonuçların karşılaştırıp yorumlanmasında birtakım kısıtlılıklar yaşanmıştır. Ayrıca belirlenen mesleki sağlık sorunları ve tehlikeler, ileride yapılacak risk analizlerinde veya akademik çalışmalarda kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Turist Rehberi, İş Sağlığı ve Güvenliği, Turizmde İş Sağlığı ve Güvenliği, Profesyonel Turist Rehberliği

Tam Metin Sözlü Bildiri

S86

TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ ÇALIŞANLARINDA COVID-19 ANKSİYETESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Esra ZOPCUK, Erkan PEHLİVAN

İnönü Üniversitesi, Türkiye

Giriş ve Amaç

COVID-19 pandemisi sürecinde hizmet sunan sağlık çalışanları, COVID-19'a yakalanma ve yakın çevresine bulaştırma riski ile karşı karşıya kalmakta ve ruhsal travma veya stresörlerle ilişkili bir takım ruhsal bozukluklar açısından da risk altındadır. Pandemiler gibi acil ve ciddi durumlarda, sağlık çalışanlarında travma sonrası stres bozukluğunda, anksiyete ve depresyon görülme oranlarında artış olduğu bildirilmektedir(1-2). Artan çalışma süreleri, bakım verilen COVID-19 hasta sayısında artış ve lojistik destekleri sınırlı oluşu, ruhsal yükteki artış en yüksek oranda ilişkilendirilmiş faktörler olarak yer almaktadır(3). Bu çalışma ile sağlık çalışanlarının COVID-19 korkusu, anksiyetesi ve bunları etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Kesitsel türde olan bu çalışmanın evreni bir üniversite hastanesinde çalışan sağlık çalışanlarından oluşmaktadır. Çalışmamız Aralık 2020- Şubat 2021 tarihleri arasında yapılmıştır. İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan (2020/1147 sayılı) (Ek 1), İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığından ve Turgut Özal Tıp Merkezi Başhekimliğinden yazılı izinler alındıktan sonra uygulanmıştır. Tıp Merkezinin 3600 çalışanı çalışmanın evreni olarak belirlendi Liu ve arkadaşlarının yaptığı çalışma referans alınarak (anksiyete oranı % 12.5) Open-Epi programıyla yapılan analizde %99 güven aralığında 269 kişiye ulaşılmaya gerektiği belirlendi ve bunlar arasından basit rastgele örnekleme yöntemi ile belirlenen 18 yaş üstü 274 (E:131, K:143) sağlık çalışanına ulaşıldı. Meslek gruplarına göre tabakalandırma yapıldı ve yüz yüze görüşme yöntemi ile anket uygulandı. Uygulanan anket, katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine yönelik sorular, COVID-19 Korkusu Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Belirti Yorumlama Ölçeği'nden oluşmaktadır. Bağımlı değişkenler COVID-19 Korkusu Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Belirti Yorumlama Ölçeği; bağımsız değişkenler ise cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek gurubu, sigara kullanımı, alkol kullanımı, kronik hastalık, ilaç kullanımı ve aylık gelirden oluşmaktadır. COVID-19 korkusu ölçeğinden alınan puan yükseldikçe COVID'e bağlı korku da yükselmektedir. Ölçeğin kesim puanı 9'dur. Beck Anksiyete Ölçeği puanı 10 ve üzerinde olanlar anksiyete var olarak değerlendirilmiştir. Belirti Yorumlama Ölçeğinin duygusal, bedensel ve normalleştirilen atıf olmak üzere üç alt boyutu vardır. Kesme değeri yoktur, puan arttıkça o alanlardaki atıflar artmaktadır.

Veriler bilgisayar ortamında SPSS 22.0 paket programı kullanılarak analiz edildi. Sürekli değişkenler ortanca (min- maks), kategorik değişkenler sayı (n) ve yüzde (%) olarak ifade edildi. Değişkenlerde normal dağılımın sağlanıp sağlanmadığı Shapiro Wilk testiyle değerlendirildi. Veri dağılımında normal dağılımın sağlanmadığı durumlarda ikili gruplarda Mann Whitney U testi, grup sayısının ikiden fazla olduğu durumlarda Kruskal Wallis Testi uygulandı. Kruskal Wallis testinde farklılık saptanması durumunda farka sebep olan grubun belirlenmesinde Pairwise analizi uygulandı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanıldı. Çalışmadaki sürekli değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla Spearman Korelasyon Testi kullanıldı. İstatistiksel analizlerin tümünde anlamlılık değeri p<0,05 olarak kabul edildi.

Bulgular

Katılımcıların yaş ortalaması 34,51 ± 9,24 idi. Katılımcıların 131'i (%47,8) erkek, 143'ü (%52,2) kadındı. Sağlık çalışanlarının 228'i (%83,2) üniversite mezunuydu. 157'si (%57,3) evli, 117'si (%42,7) bekârdı. Katılımcıların 76'sını (%27,7) hekimler, 98'ini (%35,8) sağlık hizmetleri ve 100'ünü (%36,5) destek hizmetleri çalışanları oluşturmaktaydı. Sigara kullanım oranı %25,2, alkol kullanım oranı ise %6,6 idi. Katılımcıların 46'sının

Tam Metin Sözlü Bildiri

(%16,8) kronik hastalık öyküsü vardı ve 40'ı (%14,6) düzenli ilaç kullanmaktaydı. Çalışmaya katılanların 149'nun (%54,4) aylık geliri 2406-7838 TL arasındaydı.

Çalışmaya dahil edilenlerin COVID-19 hastalarına hizmet verilen yerlerde ortanca çalışma süresi 32 (0-360) gündü. Katılımcıların %23,4'ü COVID-19 hastalığına yakalanmış bunların %7,5'i hastanede yatarak tedavi almıştı. Hastalığa yakalananların % 54,6'sı virüsün hastanede çalıştığı ortamdan bulaştığını düşünmekteydi. Katılımcıların %56,9'u bir yakını hastalığa yakalanmış ve iyileşmişti, %16,4'ü ise en az bir yakını COVID-19 nedeniyle hayatını kaybetmişti.

Katılımcıların ortanca COVID-19 korkusu ölçeği puanı 17,5 (7-35) idi. Beck anksiyete ölçeği puanı ortanca değeri 5 (0-51) olarak saptandı. Belirti yorumlama ölçeği puanı ortanca değeri ise 84 (42-199) idi. Sağlık çalışanlarının %92,7'sinde COVID-19 korkusu olduğu ve %38'inde ise anksiyete bozukluğu olduğu saptandı.

Beck Anksiyete Ölçeğine göre katılımcıların 170'inde (%62,0) anksiyete yoktu, 49 (%17,9) kişide hafif, 31 (%11,3) kişide orta ve 24 (%8,8) kişide ise ciddi düzeyde anksiyete olduğu saptandı.

COVID-19 Korkusu Ölçeği Puanı ile Beck anksiyete ölçeği puanı arasında zayıf düzeyde ama pozitif yönde anlamlı bir korelasyon vardı ($r:0,305$, $p<0,001$). COVID-19 korkusu ölçeği ile Belirti yorumlama ölçeği arasında anlamlı bir korelasyon saptanmadı ($r:0,034$, $p=0,579$). Beck anksiyete ölçeği puanı ile Belirti yorumlama ölçeği puanı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir korelasyon saptandı ($r: 0,366$, $p<0,001$).

Beck anksiyete ölçeğine göre anksiyetesi olmayanların (beck puanı <10) COVID-19 korkusu ölçeği ortanca puanı 16 (7-35), Belirti yorumlama ölçeği ortanca puanı 74,5 (42-199) idi. Beck anksiyete ölçeğine göre ciddi anksiyetesi olanların (beck puanı 30-63) COVID-19 korkusu ölçeği ortanca puanı 22,5 (14-35), Belirti yorumlama ölçeği ortanca puanı 121 (47-174) idi. COVID-19 korku ölçeği ve Belirti yorumlama ölçeği puanlarının Beck anksiyete ölçeğine göre anksiyete düzeyi arttıkça arttığı görüldü. En yüksek COVID-19 korku ölçeği ve Belirti yorumlama ölçeği puanları ciddi düzeyde anksiyete bozukluğu olanlarda saptandı ($p<0,001$).

COVID-19 korkusu ölçeği puanı erkeklerde ortanca 16 (7-35), kadınlarda 19 (7-33) idi ve kadınlardaki değer erkeklerden anlamlı olarak yüksekti ($p=0,005$). Beck anksiyete ölçeği puanı kadınlarda erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,002$).

COVID-19 korkusu ölçeği puanı kronik hastalığı olanlarda ortanca 18,5 (7-32), kronik hastalığı olmayanlarda 17 (7-35) idi ve aradaki fark anlamlı değildi ($p=0,398$). Beck anksiyete ölçeği puanı kronik hastalığı olanlarda ortanca 7,5 (0-51), kronik hastalığı olmayanlarda 4 (0-51) idi ve kronik hastalığı olan sağlık çalışanlarının Beck anksiyete ölçeği puanı kronik hastalığı olmayanlardan anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,010$). Belirti yorumlama ölçeği puanı kronik hastalığı olanlarda ortanca 81 (42-199), kronik hastalığı olmayanlarda 84,5 (42-198) idi ve aradaki fark anlamlı değildi (0,582).

COVID-19 korkusu ölçeği ortanca puanı meslek grupları arasında anlamlı farklılık göstermekteydi ($p=0,020$). COVID-19 korkusu ölçeği ortanca puanı hekimlerde 16 (7-30), sağlık hizmetleri personelinde 18 (7-33) ve destek hizmetleri personelinde 18(7-35) idi. Sağlık hizmetlerinde ve destek hizmetlerinde çalışan personelin COVID-19 korkusu puanı hekimlerden anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla $p=0,039$ ve $p=0,006$). COVID-19 korkusu ölçeği ortanca puanı sağlık ve destek hizmetlerinde çalışan personelde benzerdi ($p=0,484$). Beck anksiyete ölçeği ortanca puanı hekimlerde 4 (0-37), sağlık hizmetleri personelinde 6 (0-51) ve destek hizmetleri personelinde 6 (0-51) idi. Meslek gruplarında Beck anksiyete ölçeği puanları açısından anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,450$). Belirti yorumlama ölçeği puanları meslek grupları arasında anlamlı farklılık göstermekteydi ($p<0,001$). Sağlık hizmetlerinde ve destek hizmetlerinde çalışan personelin Belirti yorumlama ölçeği puanı hekimlerden anlamlı olarak daha düşüktü (sırasıyla $p<0,001$ ve $p=0,004$). COVID-19 korkusu ölçeği ortanca puanı sağlık ve destek hizmetlerinde çalışan personelde benzerdi ($p=0,277$).

Tam Metin Sözlü Bildiri

Tartışma

Pandemi sürecinde hastalıkla mücadelede aktif rol oynayan sağlık çalışanları arasında yüksek düzeyde COVID-19 korkusu ve anksiyete görülmektedir. Çalışmamızda bir üniversite hastanesinde çalışan sağlık çalışanlarının %92,7'sinde COVID-19 korkusu olduğu ve %38'inde ise anksiyete bozukluğu olduğu saptandı. Anksiyete bozukluğu olanların %17,9'unun anksiyete düzeyi düşükken, %8,8'inde ciddi düzeyde anksiyeteye sahip olduğu tespit edildi. Ülkemizde ve diğer ülkelerde pandeminin öncesinde ve pandemi sürecinde yapılan çalışmalar sağlık çalışanlarında %13.0-%46.4 arasında anksiyete olduğunu göstermiştir (4,5). Sağlık çalışanlarının görevli olduğu kurumlara, görev yerlerine, iş yoğunluklarına ve sosyoekonomik ve bir takım demografik değişkenlere göre bu sonuçlarda farklılıklar görülmektedir. Bolat ve Ayvaz tarafından yapılan bir çalışmada 442 sağlık çalışanının COVID-19 korkusu düzeyi COVID-19 korkusu ölçeği kullanılarak değerlendirilmiş ve sağlık çalışanlarında COVID-19 korkusunun yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (6). Taşpınar ve arkadaşları tarafından fizyoterapistlerin COVID-19 korkusu ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada COVID-19 korkusu ölçeğinde alınan ortalama puanın 17 olduğu ve fizyoterapistlerin COVID-19 korkusunun yüksek olduğu saptanmıştır (7). Aynı çalışmada fizyoterapistlerin COVID-19 korkusu düzeyinin yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Landry ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, COVID-19 pandemisi sürecinde hastanede sağlık hizmeti sunumunda görev alan sağlık çalışanlarının stres, belirsizlik, korku, endişe, depresyon ve duygusal etkilenim yaşadıkları gösterilmiştir (8). Bizim çalışmamızın sonuçları benzer çalışmalarda olduğu gibi sağlık çalışanları arasında COVID-19 korkusunun yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir. Çalışmamız yaklaşık olarak pandeminin başlangıcının birinci yılına denk gelen dönemde yapılmıştır. Yapıldığı dönem itibari ile etkin bir aşılama yapılmamış, ağır vakalar ve yüksek ölümlerin görülmeye devam ettiği bir dönemi kapsamaktadır. Her ne kadar pandeminin başındaki kadar çok fazla bilinmezlik, çalışan şartlarında organizasyon karmaşası ve koruyucu malzeme eksikliği gibi korku ve anksiyeteyi artıracak faktörlerde azalma olsa da sağlık çalışanlarının korku ve anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir. Pandeminin başlarında ülkemizde sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının %22,7'sinin yüksek düzeyde anksiyete bulguları gösterdiği saptanmıştır (9). Adhikari ve arkadaşları pandeminin başında, ölümlerin çok görülmediği bir dönemde Nepalde sağlık çalışanları arasında anksiyete ve depresyon prevalansının %46.95 ve %41.31 olduğunu bildirmiştir (10). Khanal ve arkadaşları ve Pandey ve arkadaşları sağlık çalışanlarının COVID-19 pandemisi sürecinde sırasıyla %35.6'sı ve %17.0'si arasında anksiyete ve depresyon semptomlarının mevcut olduğunu bildirmişlerdir (11,12). Çalışmaların ortak sonucu sağlık çalışanlarında belli bir oranda anksiyete bozukluğunun olduğudur ancak çalışmalarda farklı oranlar dikkati çekmektedir. Bunun temel sebepleri, çalışmaların yapıldığı tarihteki pandeminin seyri, yapıldığı sağlık kurumlarının pandemide aldığı rol ve çalışmaların yürütüldüğü toplumun temel özellikleri sayılabilir.

Korku ve anksiyetenin hissedilmesinde cinsiyet önemli bir faktör olarak kabul edilebilir. Çalışmamızda kadın sağlık çalışanlarının COVID-19 korkusu düzeyleri ve anksiyete düzeylerinin erkek sağlık çalışanlarından daha yüksek olduğu saptandı. Shehada ve arkadaşlarının sağlık çalışanları üzerinde yaptıkları bir çalışmada, kadın sağlık çalışanlarının erkeklerden daha yüksek düzeyde COVID-19 korkusuna sahip oldukları bildirilmiştir (13). Gencer sağlık çalışanı ayırmaksızın toplum genelinde yaptığı bir çalışmada kadınların COVID-19 korku düzeyinin erkeklerden daha yüksek olduğunu bulmuştur (14). Kadınların geleneksel sosyal roller nedeniyle çalışma ve aile bakımı ile aile bakımı ve aile üyeleriyle temastan kaçınma arasında ikilemde kalması pandemi sırasında erkeklere göre daha yüksek oranda tepki vermelerine sebep olabilmektedir (15).

Çalışmamızda kronik hastalığı olanların COVID-19 korku düzeyi olmayanlardan yüksek olsa da arada anlamlı bir fark olmadığı saptandı. Ancak anksiyete düzeyi kronik hastalığı olanlarda olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksekti. Bakıoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında kronik hastalığı olanların COVID-19 korku düzeyleri daha yüksek saptanmıştır (16). Türk toplumunda COVID-19 pandemisi sürecinde görülen depresyon, kaygı ve sağlık kaygısı düzeylerini değerlendiren bir çalışmada eşlik eden bir kronik hastalık varlığının artmış sağlık kaygısı için risk faktörü olduğu sonucuna ulaşılmıştır (17). Gencer'in ülkemizde yaptığı bir çalışmada toplum

Tam Metin Sözlü Bildiri

içerisinde kronik hastalığı olanlar ile kronik hastalığı olmayanlardan COVID-19 korkusu düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (14). Çalışmamızın sonuçları bu bağlamda literatür ile uyumludur. Ancak bazı sonuçlarla çelişmektedir.

Literatürde meslek gruplarının anksiyete ve tükenmişlik düzeylerinin karşılaştırıldığı çalışmalarda farklı sonuçlar dikkati çekmektedir. Bazı çalışmaların sonuçlarına göre, hekimlerin hemşirelere göre daha yüksek oranda anksiyete belirtileri gösterdiği bildirilirken, Arpacioğlu ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada hemşire ve diğer sağlık personelinin (sağlık memuru, tekniker, temizlik personeli ve diğerleri) 'COVID-19 Korkusu' ölçek puanı hekimlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (18). COVID-19 pandemisi sürecinde, depresyon ve anksiyete semptomlarının hekim dışı sağlık çalışanlarında daha yaygın gözlemlendiğini bildiren çalışmalar mevcuttur (19,20).

Çalışmamızın birtakım kısıtlılıkları vardır. Birincisi veriler sadece bir üniversite hastanesinde çalışanlarla sınırlı olup sağlığın tüm sektörlerinde çalışanlara genellemek için yeterli değildir. Kesitsel bir çalışma olup pandeminin bir dönemini kapsamaktadır. Zamanla hastalığın seyirindeki değişiklik, geliştirilen tedaviler, aşı çalışmalarında ilerleme ve hastalıkla ilgili belirsizliklerin ortadan kalması ile sonuçlarda değişiklikler olacaktır. Çalışmanın yapıldığı tarih aralığı pandeminin başlangıcından belli süre sonrayı kapsamaktadır. Bu nedenle çalışanların pandeminin başındaki belirsizlik ortamındaki korku ve anksiyete düzeylerini yansıtmamaktadır. Katılımcılarda koronavirüs anksiyetesine karşı zamanla desensitizasyon gelişmiş olabilir. Diğer bir sorun ise anket ve ölçeklerin çok uzun olması nedeniyle sorulara verilen cevapların bir kısmının katılımcıların samimiyetlerine dayalı olmasıdır.

Sağlık çalışanların her açıdan korunması pandemi döneminde alınması gerekli olan tedbirlerin önemli bir parçasıdır.

Sonuç

Bu çalışma ile Turgut Özal Tıp Merkezi çalışanlarının COVID-19 anksiyetesi ve etkileyen faktörler incelenmiş olup ; çalışmanın verileri doğrultusunda şu sonuçlar elde edilmiştir:

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %92,7'sinde COVID korkusu, %38'inde anksiyete vardı. Katılımcıların %17,9'unda hafif, %11,3'ünde orta ve %8,8'inde ciddi düzeyde anksiyete olduğu saptandı. Sağlık çalışanlarının %73,3'ü mesleğini severek yapıyor ve %67,5'i işinden memnundu.

Katılımcıların%31'i pandemisi sürecinde çok ağır şartlarda çalıştığını ve kendisini tükenmiş/çaresiz hissettiğini belirtti. Ülkemizin sağlık sistemine güvenmeyen sağlık çalışanlarının oranı %28,8 idi.

COVID korkusu ölçeği puanı erkeklerde ortalama 16 (7-35), kadınlarda 19 (7-33) idi ve kadınlardaki değer erkeklerden anlamlı olarak yüksekti (p: 0,005).

Beck anksiyete ölçeği puanı kadınlarda erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksekti (p:0,002).

Medeni durum, aylık gelir, yaş, öğrenim durumu, COVID geçirme öyküsü, COVID 19'a bağlı olarak bir yakını kaybetme öyküsüne göre COVID korkusu ve Beck anksiyete puanları açısından anlamlı bir fark yoktu. Sağlık hizmetlerinde ve destek hizmetlerinde çalışan personelin COVID-19 korkusu puanı hekimlerden anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla p:0,039 ve p:0,006).

Meslek gruplarında Beck anksiyete ölçeği puanları açısından anlamlı bir fark saptanmadı (p:0,450). Belirti yorumlama ölçeği puanları meslek grupları arasında anlamlı farklılık göstermekteydi (p<0,001). Sağlık hizmetlerinde ve destek hizmetlerinde çalışan personelin Belirti yorumlama ölçeği puanı hekimlerden anlamlı olarak daha düşüktü (sırasıyla p<0,001 ve p:0,004). Kronik hastalığı olan sağlık çalışanlarının anksiyete düzeyleri kronik hastalığı olmayanlardan anlamlı olarak daha yüksekti (p:0,010). Çalışmaya dahil edilenlerin COVID-19 hastalarına hizmet verilen yerlerde ortalama çalışma süresi 32 (0-360)

Tam Metin Sözlü Bildiri

gündü. Katılımcıların %23,4'ü COVID-19 hastalığına yakalanmış bunların %7,5'i hastanede yatarak tedavi almıştı.

COVID-19 hastalığına yakalanıp hastanede yatarak tedavi alanların COVID-19 korkusu ölçeği puanı hastalığı geçirmeyen veya hastalık nedeniyle hastane yatmak zorunda kalmayanlardan anlamlı olarak daha düşüktü ($p:0,018$). En yüksek COVID-19 korku ölçeği ve Belirti yorumlama ölçeği puanları ciddi düzeyde anksiyete bozukluğu olanlarda saptandı ($p<0,001$).

Çalışmamızda bir üniversite hastanesindeki sağlık çalışanlarının pandeminin kesitsel bir dönemindeki COVID-19 korkusu ve anksiyete düzeyleri değerlendirilmiş ve sağlık çalışanlarında yüksek oranda COVID-19 korkusu ve anksiyetesi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu durumun sebeplerinin iyi irdelenmesi gerekmektedir. Pandemi gibi tüm toplumu etkisine alan bir dönemde sağlık çalışanları artmış iş yükü, yoğun çalışma temposu, hastalığa yakalanma ve hastalığı bulaştırma kaygısı gibi stres faktörleri ile karşı karşıya kalmaktadır. Hızlı yayılım, yüksek enfeksiyon oranları ve nispeten yüksek ölüm oranları sağlık çalışanlarının COVID-19 hakkında korku duymalarına sebep olmaktadır. Çalışma koşullarındaki iyileştirmeler, iş yükünü paylaşılması, yeterli ve etkin eğitim ile psikolojik destek düzenlenmesi, çalışanların moral ve motivasyonları artıracak faaliyetlerin düzenlenmesi gibi birtakım tedbirlerle bu korku ve anksiyetenin azaltılması üzerine çalışmalar yapılması gerekmektedir. Aksi takdirde bu korku ve anksiyete sağlık çalışanları üzerinde pandemi sonrasında da uzun süre etkisini sürdürecektir postravmatik stres bozukluklarına sebep olacaktır.

Sağlık çalışanların her açıdan korunması pandemi döneminde alınması gerekli olan tedbirlerin önemli bir parçasıdır. Hem sağlık çalışanların iyilik halinin devam ettirilmesi hem de sağlık hizmet sunumunun sürdürülmesi için yeterli insan kaynağının korunabilmesi açısından sağlık çalışanlarının ruh sağlığına gereken önem verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, anksiyete, korku, sağlık çalışanı

Kaynaklar

1. Shah K, Kamrai D, Mekala H, Mann B, Desai K, Patel RS. Focus on mental health during the coronavirus (COVID-19) pandemic: applying learnings from the past outbreaks. *Cureus*. 2020;12(3).
2. Kerlin MP, McPeake J, Mikkelsen ME. Burnout and joy in the profession of critical care medicine. *Critical Care*. 2020;24:1-6.
3. Elbay RY, Kurtulmuş A, Arpacioğlu S, Karadere E. Depression, anxiety, stress levels of physicians and associated factors in COVID-19 pandemics. *Psychiatry research*. 2020;290:113130.
4. Cheval, B., Mongin, D., Cullati, S., Winz, C., von Arx, M., Schmidt, R. E., Courvoisier, D. S. Reciprocal relations between care-related emotional burden and sleep problems in healthcare professionals: a multicentre international cohort study. *Occupational and environmental medicine*, 2018; 75(9), 647-653.
5. Weaver MD, Vetter C, Rajaratnam SMW, et al. Sleep disorders, depression, and anxiety are associated with adverse safety outcomes in healthcare workers: A Sağlık çalışanlarında anksiyete ve uykusuzluk. *Turk J Public Health* 2020;18(Special issue) 57 prospective cohort study. *J Sleep Res*. 2018;27(6):1-18.
6. Bolat, E., Ayvaz, Ö. Sağlık Personellerinin Covid-19 Korku Düzeylerinin Belirlenmesi Determination Of Covid-19 Fear Levels Of Medical Personnel Özet. *Journal Of Social And Humanities Sciences Research*, 2021, 8(71), 1398-1403.
7. Taspınar B, Taspınar F, Gulmez H, Sezgi Kizilirmak A. Fizyoterapistlerde COVID-19 korkusu ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Forbes J Med*. 2021;2(2):108-115.
8. Landry MD, Geddes L, Park Moseman A, Lefler JP, Raman SR, Wijchen JV. Early reflection on the global impact of COVID19, and implications for physiotherapy. *Physiotherapy*. 2020;107:1-3.
9. Polat, Ö. P., Coşkun, F. COVID-19 salgınında sağlık çalışanlarının kişisel koruyucu ekipman kullanımları ile depresyon, anksiyete, stres düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Batı Karadeniz Tıp Dergisi*, 2020, 4(2), 51-58.
10. Adhikari, S. P., Rawal, N., Shrestha, D. B., Budhathoki, P., Banmala, S., Awal, S., ... & Parajuli, A. R. Prevalence of anxiety, depression, and perceived stigma in healthcare workers in nepal during later phase of first wave of COVID-19 pandemic.: a web-based cross-sectional survey. *Cureus*, 2021, 13(6).

Tam Metin Sözlü Bildiri

11. Khanal P, Devkota N, Dahal M, Paudel K, Joshi D: *Mental health impacts among health workers during COVID-19 in a low resource setting: a cross-sectional survey from Nepal. Global Health. 2020, 16:89.*
12. Pandey A, Sharma C, Chapagain RH, Devkota N, Ranabhat K, Pant S, Adhikari K: *Stress, anxiety, depression and their associated factors among health care workers during COVID-19 pandemic in Nepal. J Nepal Health Res Council. 2021, 18:655-60.*
13. Shehada AK, Albelbeisi AH, Albelbeisi A, El Bilbeisi AH, El Afifi A. *The fear of COVID-19 outbreak among health care professionals in Gaza Strip, Palestine. SAGE Open Med. 2021;9:205.*
14. Gencer, N. *Pandemi sürecinde bireylerin koronavirüs (Kovid-19) korkusu: Çorum örneği. Uluslararası Sosyal Bilimler Akademi Dergisi, 2020, (4), 1153-1173.*
15. Li, G., Miao, J., Wang, H., Xu, S., Sun, W., Fan, Yet al. *Psychological impact on women health workers involved in COVID-19 outbreak in Wuhan: a cross-sectional study. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 2020, 91(8), 895-897.*
16. Bakioğlu, F., Korkmaz, O. & Ercan, H. *Fear of COVID-19 and Positivity: Mediating Role of Intolerance of Uncertainty, Depression, Anxiety, and Stress. Int J Ment Health Addiction, 2020, 1- 14.*
17. Özdin, S., Bayrak Özdin, Ş. *Levels and Predictors of Anxiety, Depression and Health Anxiety During COVID-19 Pandemic in Turkish Society: The Importance of Gender. International Journal of Social Psychiatry, 2020, 66(5), 504-511.*
18. Arpacıoğlu, S., Baltalı, Z., Ünübol, B. *COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanlarında tükenmişlik, Covid korkusu, depresyon, mesleki doyum düzeyleri ve ilişkili faktörler. Cukurova Medical Journal, 2021, 46(1), 88-100.*
19. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N. et.al. *Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. JAMA Network Open 2020;3(3).*
20. Zhang W-R, Wang K, Yin L, Zhao W-F, Xue Q, Peng M et al. *Mental Health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in china. Psychother Psychosom. 2020;89:242-50.*

Özet Sözlü Bildiri

S87

COVID-19 PANDEMİ DÖNEMİNDE EBEVEYNLERİN AŞI TEREDDÜTÜNÜN DEĞERLENDİRİLMESİ

Mustafa ÇAKIR¹, Recep ÇEPNİ², Hatice İKİŞİK¹, Işıl MARAL¹

¹*İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Türkiye*

²*İstanbul Çatalca Atatürk Anadolu Lisesi, Türkiye*

Giriş ve Amaç: Aşılama, halk sağlığının en büyük başarılarından birisidir. Aşı tereddütü, Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2019 yılında küresel sağlığa yönelik en büyük 10 tehditten biri olarak belirtilmiştir. Çalışmamızda COVID-19 pandemi döneminde ebeveynlerin COVID-19 aşı tereddütleri ile çocukluk çağı aşılarına yönelik tereddütlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Mart 2021 tarihinde İstanbul Çatalca İlçe Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı bir ilkokul (n=1170), bir ortaokul (n=800) ve bir lisede (n=940) okuyan öğrencilerin ebeveynlerinde yürütülmüştür. Araştırmada anket formu kullanılmıştır. Anketin ilk 8 sorusu sosyo-demografik özellikler, sonraki 7 soru COVID 19 ile ilgili sorular ve 21 sorudan oluşan aşı karşıtlığı ölçeğinden oluşmaktadır. Aşı karşıtlığı ölçeği Kilincarslan ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. 4 faktörde (aşı yararı ve koruyucu değeri, aşı karşıtlığı, aşı olmamak için çözümler, aşı tereddüdünün meşrulaştırılması) 21 maddeden oluşan ölçeğin kesme değeri yoktur ve puan arttıkça aşı karşıtlığı/tereddüdü artmaktadır. Anket formu İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü ve çalışma kapsamındaki okullar üzerinden ebeveynlere ulaştırılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul edenler ve anket formunu dolduranlar değerlendirmeye alınmıştır. Çalışma kapsamında 249 kişiye ulaşılmıştır. Araştırmanın etik kurul onayı S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 2021/0169 karar no ile alınmıştır. Ayrıca İstanbul İl Milli Eğitim Müdürlüğünden izin alınmıştır. Araştırma verisi SPSS 22.0 ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler, ortalama ± standart sapma, frekans dağılımı ve yüzde olarak sunulmuştur. Araştırmada çıkar çatışması yoktur. Çalışma için hiçbir yerden finansal destek alınmamıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan ebeveynlerin %37.3'ünün (n=93) 36-40 yaş grubunda, %24.9'u (n=62) 35 yaş ve altında olup yaşları ortalaması 39.6±6.0 dır. Katılımcıların %87.6'sı (n=218) kadın; %32.5'i (n=81) lise mezunu; %52.6'sı (n=131) ev hanımı; %16.1'inin (n=40) kronik hastalığı olduğu saptanmıştır. Araştırmada ebeveynlerin %1.2'sinin (n=3) çocuklarına aşıları düzenli yaptırmadığı; %26.1'inin (n=65) COVID-19 aşısını olmayı düşünmediği; %33.7'sinin çocuğuna COVID-19 aşısını yaptırmayı düşünmediği belirlenmiştir. "Herkes aşılanırsa hastalıklar azalır" önermesine katılımcıların %52.2'sinin (n=130), "Aşı sağlığı korumak için etkili bir yöntemdir" önermesine katılımcıların %55.4'ünün (n=138), "Salgın hastalıklara karşı en güçlü önlem aşıdır" önermesine katılımcıların %52.2'sinin (n=130) katılıyorum/kesinlikle katılıyorum yanıtını verdiği saptanmıştır. "Aşıların yan etkileri beni endişelendiriyor" önermesine katılımcıların %43'ünün (n=107), "Aşı birçok hastalığa neden olabilir" önermesine katılımcıların %20'sinin (n=50), "Aşı zorunlu değil isteğe bağlı olmalıdır" önermesine katılımcıların %28.5'inin (n=71) katılıyorum/kesinlikle katılıyorum yanıtını verdiği saptanmıştır.

Sonuç: Araştırmanın yapıldığı dönemde çalışma grubunu COVID 19 aşılama sürecinin başlamadığı ve ülkemizde ise aşılamanın yaklaşık 2. Ayında olduğumuz bilinmektedir. Bu durumun çalışma sonuçlarını etkileyebileceği göz önüne alınmalıdır. Çalışmamızda ebeveynlerin %1.2'sinin çocuklarına aşıları düzenli yaptırmadığı ve üçte birinin çocuklarına COVID-19 aşısını yaptırmayı düşünmediği saptanmıştır. Çalışmamızda ebeveynlerin çocuklarını aşılatmama oranının düşük olduğu görülmesine rağmen aşılar konusunda önemli oranlarda endişelerinin olduğu görülmektedir. Ebeveynlerin aşılar konusunda bilgilendirilmesi ve endişeli olma ve aşı yaptırmama sıklığının azaltılması için müdahale çalışmaları yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aşı tereddütü, Ebeveyn, COVID-19

Özet Sözlü Bildiri

S88

TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE AŞI TEREDDÜTÜNÜN DEĞERLENDİRİLMESİ

Mustafa ÇAKIR, Deniz DURMAZ, Cem MALAKÇIOĞLU, Merve KIRLANGIÇ, Hatice İKİŞİK, Hasan Hüseyin MUTLU, Işıl MARAL

Istanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Türkiye

Giriş ve Amaç: Aşılamaya küresel bir halk sağlığı başarısıdır. Her yıl aşılamaya ile 2-3 milyon hayat kurtarılmaktadır. Aşı tereddütü ise dünyada gittikçe artan önemli bir sorundur. Aşı tereddütünün hekim olacak tıp öğrencilerinde araştırılması ileride toplumu aşılamaya yönlendirme açısından öncelikli bir konudur. Çalışmada tıp öğrencilerinin aşı tereddütünün değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Çalışma Kasım 2021-Şubat 2022 tarihleri arasında İstanbul'da bir tıp fakültesinde 1, 2, 3, 4, 5 ve 6. sınıf öğrencileriyle yürütülmüştür. Araştırma toplam 1105 öğrenciden çalışmaya katılmayı kabul eden ve anketi dolduran 615 öğrenci ile gerçekleştirilmiştir (ulaşım yüzdesi %55,6). Dönem 1 öğrencilerinin %77,8'i, dönem 2 öğrencilerinin %77,4'ü, dönem 3 öğrencilerinin %40,5'i, dönem 4 öğrencilerinin %19,4'ü, dönem 5 öğrencilerinin %56,8'i ve dönem 6 öğrencilerinin %55'i çalışmaya katılmıştır. Araştırmada anket formu kullanılmıştır. Anket formu araştırmacılar tarafından aşı tereddütü ile ilgili literatür taranarak (aşı karşıtlığı ölçeği vb) oluşturulmuştur. Anket formu çevrim içi doldurulacak şekilde oluşturulup e-posta ve telefon mesajı olarak öğrencilere gönderilmiştir. Araştırmanın etik kurul onayı S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 27.10.2021 tarih ve 2021/0540 karar no ile alınmıştır. Çalışmada çıkar çatışması yoktur, hiçbir yerden finansal destek alınmamıştır. İstatistiksel analizler SPSS 22.0 istatistik paket programında yapılmıştır. Tanımlayıcı bulgular kısmında kategorik değişkenler sayı, yüzde ve sürekli değişkenler ise ortalama ± standart sapma ve ortanca (en küçük, en büyük değer) ile sunulmuştur. İstatistiksel analiz olarak, kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi kullanılmıştır. Tüm analizlerde istatistiksel olarak anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan tıp öğrencilerinin yaşları ortalaması $21,0 \pm 2,3$; %58,0'i (n=357) kadın; %24,6'sı (n=151) dönem 1, %23,4'ü (n=144) dönem 2, %12,2'si (n=75) dönem 3, %4,9'u (n=30) dönem 4, %13,5'i (n=83) dönem 5 ve %23,5'i (n=132) dönem 6'dır. Öğrencilerin %87,8'inin bebeklik veya çocukluk aşılarının tam olduğunu, %9,6'sı bilmediğini; %98,4'ü COVID-19 aşısını yaptırdığını belirtmiştir. "Aşılar sağlığı korumak için etkili bir yöntemdir" önermesine %94,1'i (n=579), "Devlet tarafından önerilen aşılarla güvenirim" önermesine %68,3'ü (n=420), "Aşıların yan etkileri beni endişelendiriyor" önermesine %28,0'i (n=172), "Genel olarak aşılarla ilgili tereddütlüyüm" önermesine %7,6'sı, "COVID-19 aşısı ile ilgili tereddütlüyüm" önermesine %17,4'ü (n=107) katılıyorum yanıtını verdiği saptanmıştır. "Genel olarak aşılarla ilgili tereddütlüyüm" önermesine prelinik (dönem 1,2,3) öğrencilerinin %10,5'i (n=39), klinik öğrencilerinin (dönem 4,5,6) ise %3,3'ü (n=8) katılıyorum yanıtını verdiği belirlenmiştir ($p < 0,001$). "COVID-19 aşısı ile ilgili tereddütlüyüm" önermesi yanıtlarında prelinik ve klinik öğrenciler arasında fark saptanmamıştır ($p = 0,331$).

Sonuç: Araştırmada tıp öğrencilerinde genel olarak aşılarla ilgili tereddütlü olma sıklığının önemli oranlarda olduğu prelinik öğrencilerinde bu sıklığın klinik öğrencilerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte COVID-19 aşısı ile ilgili tereddütlü olma sıklığının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aşı ve aşılamaya önemi konularının hem prelinik hem klinik dönem derslerinde daha fazla yer alması tıp öğrencilerinde aşı tereddütünün azalması ve aşı savunuculuğunun oluşmasının sağlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aşı tereddütü, Tıp Öğrencisi, COVID-19

Özet Sözlü Bildiri

S90

HOMOLOG VE HETEROLOG AŞI UYGULAMALARININ SARS-COV-2 OMICRON VARYANTI ÜZERİNDEKİ ETKİLİLİĞİ: MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ÇALIŞANLARI KOHORDU

Kübra ÇİÇEK¹, Yunus ÖZKAYA¹, Erhan ESER¹, Zeynep Ceyda BURAN¹, Zeynep Öykü ÖZTÜRK ARIKAN¹, Sinem AKÇALI², Pınar ERBAY DÜNDAR¹, Beyhan CENGİZ ÖZYURT¹, Şebnem ŞENOL AKAR³, Deniz ÖZER³, Ferya KARADAĞ YALÇIN⁴

¹MCBÜ Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

²MCBÜ Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Türkiye

³MCBÜ Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Türkiye

⁴MCBÜ Hafsa Sultan Hastanesi Başmüdürlük, Türkiye

Giriş: Bu çalışmada, Türkiye’de SARS-CoV-2 Omicron varyantının baskın olduğu dönemde, homolog (sadece CoronaVac veya sadece Pfizer-BioNTech) ve heterolog (CoronaVac ve Pfizer-BioNTech) aşı uygulamalarının etkililiğinin gösterilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Manisa Hastanesi Sağlık Çalışanları SARS-CoV-2 aşı kohordunda izlenen 1854 çalışanın, SARS-CoV-2 Omicron varyantının baskın olduğu 15 Ocak 2022 - 1 Mayıs 2022 döneminde COVID-19 enfeksiyonuna yakalanma (RT-PCR ile doğrulanmış) durumu ve COVID-19’a karşı aşılama durumları ile ilgili verileri değerlendirilmiştir. Aşı etkililiği değerlendirmelerinde iki ayrı referans grup kullanılmıştır: 1-Hiç aşılama olmamış olanlar, 2-Sadece iki doz CoronaVac uygulananlar. Homolog ve heterolog aşı modellerinin etkililiği, rölatif riskler ve korunabilirlik hızları ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizlerde MS Excel, SPSS 23.0 ve STATA 14.1 paket programları kullanılmıştır.

Bu çalışma Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 28/06/2021-184 tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır. Araştırma için finansal destek alınmamıştır. Çalışmanın yazarları arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 36.6±10.0’dır. 15 Ocak-1 Mayıs 2022 arası dönemde 372 hastane çalışanı COVID-19’a yakalanmıştır.

Hiç aşılama olmamış olanlar referans grup olarak alındığında, en etkili modelin sadece üç veya daha fazla doz primer Pfizer-BioNTech aşı modeli (%85.8 %95 GA: 40.7 – 96.6) olduğu bulunmuştur. İki doz primer CoronaVac aşılama sonrası uygulanan tek doz CoronaVac (%6.5, %95 GA: -56.3 – 44.2) veya tek doz Pfizer-BioNTech (%17.7, %95 GA: -30.2 – 48.0) hatırlatma dozundan oluşan modeller SARS-CoV-2 Omicron varyantına karşı etkili bulunmamıştır. Sadece iki doz primer CoronaVac uygulananlar referans grup olarak alındığında, iki doz CoronaVac aşısını takiben iki doz Pfizer-BioNTech hatırlatma aşısı olmak %38.4 (%95 GA:15.4 – 55.3), üç doz Pfizer-BioNTech hatırlatma aşısı olmak ise %56.4 (%95 GA: 33.9 – 71.3) etkilidir.

Sonuç: Aşısız olanlarla karşılaştırıldığında, en az üç doz Pfizer-BioNTech aşısını içeren homolog ya da heterolog aşı modelleri dışındaki hiçbir model etkili değildir. Sadece iki doz primer CoronaVac ile aşılama olanlarla karşılaştırıldığında, az üç doz Pfizer-BioNTech hatırlatma dozu içeren modeller, Omicron varyantına karşı diğer modellerden daha etkilidir.

Anahtar Kelimeler: Aşı etkililiği, COVID-19 aşıları, sağlık çalışanları, SARS-CoV-2

Özet Sözlü Bildiri

S91

FACTORS AFFECTING TREATMENT OUTCOMES FOR TUBERCULOSIS PATIENTS IN ORDU, TURKEY: A RETROSPECTIVE COHORT STUDY

Feyza Nur TOPÇU YENERÇAĞ, Fatih AYDIN

Provincial Health Directorate, Ordu, Türkiye

Objectives: Tuberculosis (TB) is one of the ten leading causes of death globally, as well as the leading cause of morbidity and mortality from an infectious agent. Worldwide, 10 million new cases of tuberculosis are reported each year. According to the World Health Organization (WHO), 1.5 million TB-related deaths occur each year. The present study aims to examine the treatment outcomes in TB patients and to determine the factors associated with unsuccessful treatment outcomes.

Methods: This study was a retrospective registry-based cohort study in which all patients diagnosed with TB with full registry information in TB dispensaries in Ordu province between July 1, 2017 and December 31, 2021 were included. A total of 479 TB patients diagnosed based on laboratory or clinical criteria according to national TB management guidelines were included in the study. The exclusion criteria were determined as a change in the outcome diagnosis, transfer to another country during the follow-up period, and unknown outcome as the treatment was ongoing. For these reasons, 79 patients were excluded from the study. The study was conducted on data from 400 patients. Treatment outcomes were categorized into unsuccessful outcome (death, failure and loss to follow-up) and successful outcome (cured and completed treatment) according to the National Tuberculosis Control Program (NTCP) guideline. The study was approved by Ordu University Clinical Research Ethics Committee with the approval number of 151/2022. To explore the risk factors associated with unsuccessful outcomes, binary logistic regression models were fitted with having unsuccessful treatment outcomes versus those having successful treatment outcomes as the outcome variables. Multivariable logistic regression was used for the final analysis, and adjusted all odds ratios (OR) and 95% confidence intervals (95% CI) were estimated by four variables known to affect the outcome based on the univariate analysis: history of prior treatment, age, gender and nationality.

Results: The observed overall treatment success rate (TSR) (cured or treatment completed) was 87.7% (351). 49 patients (12.3%) had unsuccessful treatment results (death, failure or loss to follow-up). The average age of the patients (\pm standard deviation, range) was (49.08 \pm 19.28, 1-92) years. The age group with the highest number of cases is 51-65 years old. The mean age of the patients whose treatment was unsuccessful was 62.94 \pm 19.86 years. Overall, the E:K ratio was 2.15:1. TB recurrence was recorded in 56 (11.7%) of 400 patients. Among the diagnosed TB patients, there were 263 (65.8%) PTB cases and 115 (28.7%) EPTB cases, 22 (5.5%) PTB+EPTB cases. TB lymphadenitis and pleural TB were the predominant types of EPTB during the study period. 5 (%1.2) of registered TB patients were diagnosed as HIV positive. 178 (65.4%) smear positive TB and 94 (34.6%) smear negative TB were observed. 125 (31.3%) cases were diagnosed on pathological basis, 122 (30.5%) cases on clinical or radiological basis, 101 (25.2%) cases on culture positivity, and 198 (49.5%) cases on smear positivity. Unsuccessful treatment rate (12.3%) was lower in smear-positive TB patients. The highest incidence occurred during the winter season. There was no significant difference in the rate of TB treatment failure between the different seasons. In univariate analysis, the risk of treatment failure was increased in older patients, those with a history of previous TB treatment, male patients and patients born outside of Turkey ($p < 0.05$ for all). In multivariate analysis, age $>$ 65 years (odds ratio [OR] =12.2, 95% confidence intervals [CI] =4.03-36.85), male gender (OR = 2.1, 95% CI = 1.02-4.71), and being foreign-born (OR = 9.2, 95% CI = 1.16-73.72) were identified as risk factors associated with unsuccessful outcomes in patients ($p < 0.05$).

Conclusion: Age $>$ 65 years, male gender and foreign-born patients tend to have unsuccessful treatment outcomes. Careful monitoring of patients with any of these characteristics and taking special precautions for them may help to decrease unsuccessful treatment outcomes.

Conflict of Interest: The authors declare no conflict of interest related to this article.

Funding sources: The authors declare that this study has received no financial support

Keywords: tuberculosis, treatment success rate, tuberculosis control

Özet Sözlü Bildiri

S92

TOPLUMUN COVID-19 AŞILARINA YÖNELİK TUTUM VE GÜVEN DURUMLARININ BELİRLENMESİ

Berkhan TOPAKTAŞ¹, Meryem ÇETİN², Aslı MEMİŞ³, Zeliha KARAPELİT⁴

¹Amasya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

²Amasya Üniversitesi Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Türkiye

³Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Türkiye

⁴Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Türkiye

Giriş ve Amaç: COVID-19 salgınıyla mücadelede, toplumsal bağışıklık oluşturmak için hedeflenen sayıda bireye aşı uygulamasını gerçekleştirmek en önemli mücadele yoludur. Bu amaçla toplumun aşılaraya yönelik tutum ve güven durumlarının belirlenmesi oldukça önemlidir. Bu çalışmada Amasya ili genelinde yaşayan 18 yaş ve üstü bireylerin, COVID-19 aşılarına yönelik güven ve tutumlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın tipi kesitsel olarak belirlendi. Amasya ilinde yaşayan 18 yaş ve üzeri 273.614 kişilik evrenden aşı olma oranı %87,5 ve sapma %5 olarak belirlendiğinde minimum örneklem sayısı %80 güç ve %5 tip-1 hata ile 403 olarak hesaplandı. Desen etkisinin de hesaplanmasıyla 786 kişiye ulaşılması hedeflendi. Araştırmanın bağımlı değişkeni aşılaraya olan güven durumu; bağımsız değişkenleri ise aşı sonrası yan etki gelişimi, bilgi kaynakları ve sosyodemografik özellikler olarak belirlendi. Amasya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 07/07/2022 tarih ve 76 sayılı onay alınmasını takiben, veri toplama işlemi 15/08/2022-15/09/2022 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Veri toplama yöntemi olarak araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formunda, sosyodemografik özelliklere ilişkin 9 soru yer alırken COVID-19 hastalık öyküsü ve aşılarına yönelik 12 soru yer aldı. Örneklem köy tabakasında katılımcıların eğitim durumu göz önüne alınarak yüz yüze anket uygulaması yapıldı. Beş adet köy tek aşamalı rastgele yöntemle küme olarak seçildi. Ziyaret saatlerinde evde olan kişilerin bilgisi muhtarlardan alınarak hanelerinde görüşüldü. İlgili hanelerde 18 yaş ve üzerinde olup çalışmaya katılmayı kabul eden herkese anket uygulandı. Kentsel bölgede ise olasılıksız örnekleme metoduyla hem çevrimiçi hem de yüz yüze yöntemlerle anket uygulandı. Her iki bölgede de yüz yüze anket araştırmacılar tarafından uygulandı. Veriler kodlandıktan sonra SPSS 22.0 paket programında analiz edildi. Sürekli değişkenler ortanca (en küçük-en büyük) ve kategorik değişkenler ise sayı (%) ile ifade edildi. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi. Çalışma için herhangi bir kişi veya kuruluştan finansal destek sağlanmamıştır. Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemektedir.

Bulgular: Çalışmaya katılan toplam 762 kişinin yaş ortancası 41 (18 - 84) yılı ve 385'i (%50,5) kadındı. Bireylerin 721'inin (%94,6) en az bir doz COVID-19 aşısı yaptırdığı belirlendi. En fazla yaptırılan aşının Comirnaty (%89,2) olduğu ve 309 kişide (%43,2) tüm aşılar için en az bir doz aşı sonrası yan etki geliştiği bulundu. "COVID-19 aşılarına yönelik düşüncenizi aşağıdaki seçeneklerden hangisi yansıtmaktadır?" sorusuna "Tümüne güvenirim", "Bir kısmına güvenirim" ve "Hiçbirine güvenmem" şeklinde üç adet seçenek sunuldu. Bu soruya cevap veren 754 kişiden 364'ü (%48,3) aşıların tümüne güvendiğini, 281'i (%37,3) bir kısmına güvendiğini, 109'u (%14,5) ise hiçbirine güvenmediğini beyan etti. Aşıların bir kısmına güvendiğini beyan edenlerin 217'si (%77,2) Comirnaty aşısına güvendiğini ifade etti. Bundan sonraki dönemde hatırlatma dozlarını olmayı düşünen 402 kişinin (%52,9) en fazla tercih ettiği aşının da Comirnaty (%78,8) olduğu tespit edildi. Aşıların tümüne güvenme oranı 65 yaş ve üzeri grupta, köylerde ikamet edenlerde, öğrenim durumu ortaokul ve altı olan bireylerde ve çalışmayanlarda daha yüksekti ($p < 0,001$). Aşılar hakkında bilgi

Özet Sözlü Bildiri

kaynaklarından biri olarak sosyal medyayı kullandığını beyan edenlerde ve herhangi bir aşı dozu sonrası yan etki geliştiğini belirten katılımcılarda, aşıların tümüne birden duyulan güven durumu daha düşük bulundu ($p<0,001$).

Sonuç: Katılımcıların yarıya yakınının tüm COVID-19 aşılarına güvendiği ve en çok güvenilip en çok tercih edilen aşının Comirnaty aşısı olduğu görülmüştür. Aşılarla güven durumu eğitim düzeyi yüksek olanlarda, aşı sonrası yan etki gelişimi belirten kişilerde ve bilgi kaynağı olarak sosyal medya kullananlarda daha düşük saptanmıştır. Bu çalışmanın en önemli kısıtlılıkları arasında kullanılan örnekleme yöntemi sebebiyle kırsal ve kentsel kesimdeki örneklemin kendi evrenlerini temsil etmemesi ve aşılarla yönelik güvenin tek bir soru ile ölçülmesi yer almaktadır. Aşıların toplum tarafından kabul edilmesi için sosyal medya gibi mecraların aşıya olan güveni hangi yollarla azalttığı incelenmeli ve yapılacak çalışmalarla özellikle eğitim düzeyi yüksek olan kişilerde aşıya olan güvensizliğin nedenleri belirlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, Aşı, Yan etki, Güven, Tutum

Özet Sözlü Bildiri

S93

EBEVEYNLERİN 5-12 YAŞ ÇOCUKLAR İÇİN, COVID-19 AŞISI TEREDDÜDÜ YAŞAMA SIKLIĞI VE COVID-19'DAN KORUNMASINA YÖNELİK HALK SAĞLIĞI ÖNLEMLERİ ALMA TUTUM-DAVRANIŞLARI

Gülsüm ŞANLIERKEKOĞLU, Erhan ESER

CBÜ Halk Sağlığı, Türkiye

Giriş ve Amaç: COVID-19 pandemisiyle savaşta “Aşı” ve “halk sağlığı önlemleri” (HSÖ) olmak üzere iki temel strateji ön plana çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün “2019 yılında küresel sağlığa yönelik ilk on tehdit” açıklamasına bakıldığında aşı tereddüdü dikkat çekmektedir. Ebeveynlerin çocuklarına yönelik uyguladıkları HSÖ konusunda Türkiye’de yeterli veri yoktur. Bu çalışmanın amacı ebeveynlerin çocukları için; COVID-19 aşısı tereddüdü yaşama sıklığını ve HSÖ almaya yönelik davranışlarını belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki çalışmanın evrenini; Manisa’da üçüncü basamak bir hastaneye Ocak-Şubat 2022’de (Türkiye’de Omicron varyantı kaynaklı vaka artışlarının olduğu dönem) ayaktan başvuran 5-12 yaş çocuğu olan ebeveynler oluşmaktadır. Araştırmada olasılıksız kota örneklem yöntemi kullanılarak; 5-8 yaşında çocuğu olan 120 ve 9-12 yaş çocuğu olan 120 ebeveyn olmak üzere toplam 240 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmanın katılım oranı %87.9’dur. Çalışmanın bağımlı değişkenleri ebeveynlerin çocukları için COVID-19 aşısı tereddüdü yaşama ve HSÖ alma (çocuğumun, maskenin takılması gereken kapalı, toplu alanlarda maske takmasına özen gösteriyorum; toplu alanlarda çocuğum ve diğer insanlar arasında 2-3 metre mesafe olmasına dikkat ediyorum; korunmak için evi sık sık havalandırırız) durumlarıdır. Katılımcıların sosyodemografik, COVID-19 enfeksiyonu ve aşılarıyla ilgili ve anne, babanın kendileri için HSÖ’ni alma durumlarına ait özellikleri ile COVID-19 Korkusu Ölçeği çalışmanın bağımsız değişkenleridir. Tek değişkenli analizlerde Student’s t testi, varyans analizi, ki-kare testi ve çok değişkenli analizlerde lojistik ve doğrusal regresyon modelleri kullanılmış olup tip-1 hata değeri 0.05 olarak kabul edilmiştir. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Manisa Celal Bayar ÜTF Etik kurulu tarafından onaylanmıştır. Çalışmada herhangi bir çıkar çatışması veya anlaşmazlık bulunmamaktadır. Çalışma için aynı katkı veya parasal destek alınmamıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan ebeveynlerin yaş ortalamaları 37.17 ± 6.49 ve %68.7’si kadın, çocuklarının yaş ortalamaları 8.57 ± 2.32 ve %53.8’i erkektir. Ebeveynlerin %17.9’u COVID-19’dan korunma ve aşılar hakkındaki bilgilerini az yeterli/ yetersiz görmektedir. Ebeveynlerin COVID-19’a karşı çocukları için HSÖ alma durumlarına bakıldığında; %28.7’si olumsuz tutum içerisinde fakat % 42.1’i tüm davranışları her zaman göstermektedir. Sosyal değişkenlerin farkına bakılmaksızın annelerin %15.8’i, babaların %13.8’i daha önce hiç COVID-19 aşısı yaptırmamış ve ebeveynlerin %48.8’i çocuğu için COVID-19 aşısı tereddüdüne sahiptir. Çoklu analiz sonucunda; ebeveynlerin çocukları için COVID-19 aşısı tereddüdü riskini; babaların hiç COVID-19 aşısı yaptırmaması 6.21 kat (%95GA:2.16-17.82); ebeveynin HSÖ bakımından olumsuz tutuma sahip olması 2.69 kat (%95GA:1.35-5.35) artırmakta ve annenin HSÖ davranış puanındaki her bir birimlik artış 0.89 kat (%95GA:0.84-0.95) etkilemektedir. Çoklu analizlerde, ebeveyn HSÖ davranışları puanı üzerinde de; COVID-19 korkusu ve babanın HSÖ davranışları puanı anlamlı düzeyde etkilidir ($p < 0.05$).

Sonuç: Yaklaşık olarak her iki ebeveyninden birisi çocuklarına COVID-19 aşısı yaptırmada tereddüt yaşamaktadır. Ebeveynlerin çocukları için COVID-19 aşısı tereddüdünü etkileyen en önemli belirleyici babanın kendisine COVID-19 aşısı yaptırmamasıdır. Ebeveynlerin yaklaşık yarısı COVID-19’a karşı çocukları için HSÖ’ni almaktadır. COVID-19’a karşı çocuklara yönelik HSÖ’ni alma durumu üzerinde de en belirleyici değişken, aşı uygulamasında da olduğu gibi, babanın kendisi için HSÖ davranışını sergilemesidir. Toplumumuzda çocukların sağlık hizmetlerini kullanmasındaki genel belirleyici aktör olan babanın COVID-19 önlemleri konusunda da birincil önemde olduğu anlaşılmaktadır. Çocuk sağlığında annenin yanında babanın da eğitimi üzerinde önemle durulması gereken bir konudur.

Anahtar Kelimeler: COVID-19 Aşısı, Ebeveyn, Çocuk

Özet Sözlü Bildiri

S94

HASTANE ÇALIŞANLARINDA, COVID-19 AŞI UYGULAMASI ARDINDAN OLUŞAN AŞI SONRASI İSTENMEYEN ETKİLER İLE ANTİKOR DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ayşe CAN, Lütfi Saltuk DEMİR, Bahadır FEYZİOĞLU

NEÜ Meram Tıp Fakültesi, Türkiye

Giriş ve Amaç: Aralık 2019'da ortaya çıkan COVID-19 salgını milyonlarca insanı etkilemiş ve halen etkilemektedir. COVID-19 pandemisini kontrol etmenin yolu ise koruyucu hekimliğin en önemli uygulamalarından olan aşılardan geçmektedir. Çalışmamızda; COVID-19 için yüksek risk altında bulunan sağlık çalışanlarının COVID-19 aşısı sonrasında yaşadıkları istenmeyen etkilerin ve oluşan antikor düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma 6 ay boyunca ardışık kesitsel anlarda izlenen bir Kohort izleme çalışması olup 28 Şubat-19 Eylül 2021 tarihleri arasında Konya ili Meram Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yapıldı. Araştırma için etik kurul izni (Karar sayısı: 2021/432) ve Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan (Tarih: 06.04.2021, Sayı: E-61749811-514.05.01-393792) onay alındı. Çalışma Necmettin Erbakan Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğü tarafından finanse edildi (Proje No: 211518010). Örneklem büyüklüğü, "OpenEpi" programıyla 3500 sağlık çalışanı popülasyonunda aşı sonrası istenmeyen etki (ASİE) için %50 bilinmeyen prevelans, %5 sapma, desen etkisi 1 ile minimum 347, aşı sonrası antikor düzeyi için %97,4 bilinen prevelans, %5 sapma, desen etkisi 1 ile minimum 45 olarak hesaplandı. Araştırma kapsamına alınan 396 kişiye aşı yan etkilerinin sorgulandığı anket formu 28 Şubat-8 Mart tarihleri arasında uygulandı. Bu kişilerden 2 doz Coronavac aşısı olup kan vermeyi kabul edenlerden, basit rastgele yöntemle seçilen 50 kişiden antikor düzeyi için 2.doz aşidan 1 ay sonra kan alındı. Bu 50 kişiden 6 ay sonra 3.doz aşı tercihlerinin Biontech mi CoronaVac mı olduğu sorgulanarak; tekrar kan vermeyi kabul eden 30 kişiden ikinci defa antikor düzeyi ölçüldü. Çalışmada kullanılan antikor testinin pozitiflik sınır değeri 0,8 U/ml'dir.

Verilerin özetlenmesinde; ortanca (1.çeyrek-3.çeyrek), n (%) kullanıldı. Kategorik veriler ki-kare testi ile, sayısal veriler Mann Whitney U ve Kruskal-Wallis testi ile analiz edildi. İstatistiksel olarak p<0,05 olan durumlar anlamlı kabul edildi.

Bu çalışmada yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

Bulgular: Bu çalışmada iki doz CoronaVac aşısı olan 396 katılımcının, %61,9'unda (n=245) ASİE görüldüğü belirlendi. ASİE görülen 245 katılımcının, %43,3'ü (n=106) ilk doz CoronaVac aşısından sonra, %28,2'si (n=69) 2. doz CoronaVac aşısından sonra ve kalan %28,5'i (n=70) her iki CoronaVac aşısından sonra ASİE ortaya çıktığını belirtti. Katılımcılarda aşı uygulanan kolda ağrı-uyuşma oranı %30,0, halsizlik %25,0, yorgunluk %19,6, baş ağrısı %19,6 olarak saptandı. Kolda uyuşma, lokal reaksiyon, boğaz ağrısı, baş dönmesi, bulantı, çarpıntı, öksürük ve tansiyonda düşme gibi ASİE'lerin 0-2 saat içinde en fazla görüldüğü belirlendi. Halsizlik, yorgunluk, baş ağrısı, kas ağrısı, ishal gibi yan etkilerin ise aşı sonrası 7-24 saat içinde en fazla görüldüğü belirlendi. İki doz CoronaVac aşısı sonrası antikor düzeyi ölçülen 50 kişinin, iki doz CoronaVac aşısından 1 ay sonra bakılan antikor düzeyi ortancası 128,85 U/ml (1.çeyrek:47,22 U/ml- 3.çeyrek:288,95 U/ml) olarak ölçüldü. İkinci doz aşidan sonra 6 ay boyunca COVID-19 geçirmeyenlerin (n=46) antikor düzeyleri (47,83 U/ml), COVID-19 geçirenlerin (n=4) antikor düzeylerine (140,45 U/ml) göre daha yüksekti ancak istatistiksel anlamlı fark yoktu (p>0,05). Katılımcıların 2.doz aşı sonrası ölçülen antikor düzeyleri; yaş gruplarında, cinsiyet, meslek, kronik hastalık varlığı, ASİE görülme durumlarına göre gruplar arasında benzer olarak tespit edildi (p>0,05).

İkinci kez kan alınmasını kabul eden 30 kişiden tekrar antikor düzeyi bakıldı. Katılımcıların %60,0'ının

Özet Sözlü Bildiri

(n=30) 3.doz aşı tercihinin Biontech, %14,0'ının (n=7) CoronaVac olduğu; %26,0'ının ise (n=13) 3.doz aşı yaptırmadıkları saptandı.

Katılımcılardan 3.dozu Biontech aşısı olanların antikor düzeyi 16869,00 U/ml (1.çeyrek:13729,50 U/ml- 3.çeyrek:25000,00 U/ml), 3. dozu CoronaVac aşısı olanların antikor düzeyi 2037,50 U/ml (1.çeyrek:1287,25 U/ml- 3.çeyrek:2274,00) ve 3. doz aşı olmayanların ise antikor düzeyi 60,50 U/ml (1.çeyrek:18,55 U/ml- 3.çeyrek:3265,50) olarak bulundu. Katılımcılardan 3.doz aşısını Biontech yaptıran grubun antikor düzeyleri diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı (p<0,001).

Sonuç: Araştırmamız sonucunda, COVID-19 aşısının hafif düzeyde istenmeyen etki oluşturduğu gözlemlendi. Aşı sonrası katılımcıların antikor seviyelerinin yükseldiği, 3. doz aşı olanların ise antikor seviyelerinin çok daha yüksek düzeylere ulaştığı tespit edildi. 3. doz aşı olmayanların ise antikor düzeylerinin düştüğü tespit edildi.

Anahtar Kelimeler: Antikor Cevabı, COVID-19 Aşıları, SARS-CoV-2

Özet Sözlü Bildiri

S95

**BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA ORTOREKSİYA NEVROZA PREVALANSI,
DEPRESYON VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Merve TATLI, Gülay YILMAZEL

Hitit Üniversitesi

ÖZET

Giriş ve Amaç: Ortoreksiya nervoza, sağlıklı ve doğal besin tüketimine yönelik patolojik ilgi olarak tanımlanmaktadır. Sağlıklı gıda tüketmeye aşırı özen gösterilmesi, saf besinden oluşan diyetler, yemek hazırlama ile ilgili uzun süren meşgul olma hali, katkılı gıdalara yönelik olumsuz düşünceler ile bunlara bağlı günlük yaşamda işlev yitimi yaşanması ortoreksiya için karakteristiktir. Ortoreksiya, birinci basamak sağlık çalışanlarında ihmal edilen konulardan birisidir.

Bu çalışmanın amacı birinci basamak sağlık çalışanlarında ortoreksiya prevalansı, depresyon ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türdeki bu çalışma Eylül 2020-Aralık 2020 tarihleri arasında yapıldı. Araştırmanın evrenini Çorum il ve ilçe merkezinde bulunan birinci basamakta görev yapan hekim, hemşire/ebe ve diğer sağlık çalışanları oluşturdu (N=600). Araştırmanın örnekleme evreni bilinen araştırmalarda uygulanan örnekleme formülü ile minimum örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır. Ülkemizde yapılan çeşitli araştırmalarda ortoreksiya nervoza prevalansı %12,2 - %76,4 arasında olduğu bilgisinden hareketle minimum örneklem büyüklüğü 235 olarak hesaplandı. Çalışma 490 birinci basamak sağlık çalışanının katılımı ile tamamlandı. Çalışmanın başlatılabilmesi için Hitit Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan onam alınmıştır (Kabul No: 2020-38). Etik kurul onayını takiben İl Sağlık Müdürlüğü ile görüşülerek yazılı izin alınmıştır. Yazılı izinler doğrultusunda birinci basamak sağlık çalışanlarının bulunduğu kurumlara haftalık ziyaretler planlanmıştır. Anket formlarının yanıtlanma süresi ortalama 20-30 dakikadır. Sağlık çalışanlarından bu süre içerisinde anketleri doldurmaları istenmiş ve geri toplanmıştır.

Verilerin toplanmasında sosyo-demografik bilgi formu, ORTO-15 ölçeği, Yeme Tutum Testi-26, Beck Depresyon Ölçeği ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 kullanıldı. Ortoreksiya ölçeğinde (alınabilecek puanlar 15-60 puan aralığındadır) kesme noktası 40 puan, Yeme Tutum Testinde (alınabilecek puanlar 0-53 puan aralığındadır) kesme noktası 20 puan, Beck Depresyon Ölçeğinde (alınabilecek puanlar 0-63 puan aralığındadır) kesme noktası 17 puan ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinde (alınabilecek puanlar 0-50 puan aralığındadır) kesme noktası 34 puan olarak ele alınmıştır.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri

Birinci basamak sağlık çalışanlarında ON görülme durumudur.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri

Birinci basamak sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri, ON düzeyleri ile ilişkili olabilecek sağlık davranışları, depresyon şiddeti, yeme tutumu ve sağlık okuryazarlığı düzeyleridir.

Araştırma verileri SPSS 21.0 programı aracılığı ile değerlendirilmiştir. Değerlendirmelerde verilerin normal dağılıma uygunluğu incelenmiştir. Analizlerde yüzdellik, ortalama, Ki-kare testi (gruplar arasındaki karşılaştırma için) Pearson Korelasyon Analizi (bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin gücü ve yönü için) ve multinominal lojistik regresyon analizi (bağımlı değişken üzerinde etkili olan faktörlerin belirlenmesi için)

Özet Sözlü Bildiri

yapılmıştır. İstatiksel analizlerde $p < 0,05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların ORTO-15 ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması $38,3 \pm 6,2$ olup %58,4'ü ortoreksiktir. Yeme tutum testinden alınan puanların ortalaması $14,3 \pm 10,2$ 'dir ve %76,3'ünde yeme tutumu normaldir. Depresyon ölçeğinden alınan puanların ortalaması $30,3 \pm 7,7$ iken %48,4'ünde depresyon şiddetlidir. Araştırma grubunun genelinde yetersiz/sorunlu sağlık okuryazarlığı oranı %46 olup ölçek puan ortalaması $37,1 \pm 9,1$ 'dir. Ortoreksiya eğiliminin 20-29 yaş grubundan başlayarak 40 yaşına kadar artış gösterdiği bu çalışmada yaş ile ortoreksik eğilimin ilişkili olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Bu çalışmada kadınların erkeklere göre daha ortoreksik olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Anormal yeme tutumu 20-29 yaş grubundan başlayarak artmış olup 40 yaş ve üzerindeki bireylerde ise yeme tutumunun normale döndüğü görülmüştür ($p < 0,05$). Kadınların erkeklere göre daha yüksek düzeyde anormal yeme tutumuna sahip oldukları görülmüştür ($p < 0,05$). Eğitim düzeyi yüksek bireylerin yeme tutumlarının anormal olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Bu çalışmada da evli bireylerin daha fazla anormal yeme tutumu sergiledikleri saptanmıştır ($p < 0,05$). Katılımcıların yaşları, kiloları ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile ortoreksiya eğilimi arasında pozitif yönde ($p < 0,05$), yeme tutumları ve depresyon ile ortoreksiya eğilimi arasındaki ilişki negatif yönde ve anlamlıdır ($p < 0,001$). Ortoreksiya riski sağlıklı ve temiz beslenmeye yönelik sosyal medya kanallarını takip edenlerde 2,09 kat, fiziksel aktivite yapanlarda 1,88 kat, anormal yeme tutumuna sahip olanlarda 5,35 kat ve depresyon düzeyi şiddetli olanlarda 2,40 kat daha yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Birinci basamak sağlık çalışanlarında ortoreksiya prevalansı ve depresyon oranı yüksek, sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük bulunmuştur. Anormal yeme tutumu ve depresyon şiddeti ortoreksiya eğilimi üzerinde en etkili iki risk faktörüdür. Bu faktörler birlikte ele alındığında, birinci basamak sağlık çalışanlarının ruhsal sağlık tarama ve destek programlarına yönlendirilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Birinci basamak, sağlık çalışanı, ortoreksiya, risk faktörleri, sağlık okuryazarlığı

Özet Sözlü Bildiri

S96

TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE ÇOCUKLUK ÇAĞI OLUMSUZ YAŞANTILARI SIKLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Beril KARA ESEN¹, Günay CAN¹, Umay Ece TUĞCU², Kardelen İNAN²

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Türkiye

Giriş ve Amaç: Çocukluk çağı olumsuz yaşantıları (ÇÇOY) kavramı, 18 yaşına kadar olan dönemde fiziksel, duygusal, cinsel istismar, fiziksel ya da duygusal ihmal ile hane içi işlev bozukluğunu ifade etmektedir. ÇÇOY'ye maruziyet, sıklıkları farklı olsa da her sosyoekonomik düzeyde görülebilir. Herhangi bir olumsuz yaşantıya maruziyet beraberinde diğer olumsuz yaşantıların görülme olasılığını da arttırmaktadır. Ayrıca ÇÇOY varlığında morbidite, mortalite ve riskli sağlık davranışlarında bulunma ihtimali de artmaktadır. Çalışmamızda eğitim düzeyi yüksek olan tıp fakültesi öğrencilerinde ÇÇOY sıklığı ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız kesitsel tiptedir. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde Ocak - Mart 2022 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evreni fakülteye kayıtlı olan 2580 öğrenciden oluşmaktadır. Evreni bilinen örneklem hesabına göre önceki çalışmalar referans alınarak ≥ 4 ÇÇOY maruziyeti %19, $\alpha:0.05$ alınarak Openepi programı ile ulaşılması hedeflenen minimum öğrenci sayısı 217 olarak bulunmuştur. Literatür taraması sonucu belirlenen 20 soruluk sosyodemografik veri formu ve Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği'nden oluşan anket araştırmacılar tarafından hazırlanmış ve online olarak katılımcılara ulaştırılmıştır. Çalışma için gerekli izinler alınmıştır (Etik kurul onay sayı no:2022/11).

Verilerin analizinde SPSS v21.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) programı kullanılmıştır. Kategorik değişkenler frekans, yüzde, sürekli değişkenler ortalama, standart sapma, ortanca ve 25.-75. persantil değerleriyle gösterildi. Sürekli değişkenlerin normaliteleri değişim katsayısı, basıklık-çarpıklık, görsel grafikler, Kolomogorov Smirnov veya Shapiro Wilk ile değerlendirilmiştir. İki bağımsız grup arasındaki karşılaştırmalar Mann-Whitney U, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırılması ise Kruskal-Wallis testi ile yapıldı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare, Fisher'in kesin testi ve post-hoc Bonferroni testi kullanıldı. Tüm p değerleri çift yönlü ve $p < 0,05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: 307 öğrenciye ait veriler analizlere katılmıştır. Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması $22,16 \pm 2,12$ ve %57,7'si kadındır

Öğrenciler arasında en az bir ÇÇOY maruziyeti bulunan öğrenci oranı %54,4, ≥ 4 ÇÇOY maruziyeti olan öğrenci oranı %9,8'dir. Duygusal ihmal (%28) en sık maruz kalınan kategori iken, öğrencilerin %25,7'i duygusal istismar, %17,3'ü fiziksel istismar, %9,8'i cinsel istismara, %2,6'sı fiziksel ya da tıbbi ihmale maruz kalmıştır. Hane içi işlev bozukluğu kategorilerinden, mental hastalığı veya intihar teşebbüsü olan hane üyesi varlığı öğrencilerin %19,5'inde, ayrılmış ebeveynler %12,4'ünde, alkolik veya uyuşturucu kullanan hane üyesi varlığı %5,9'unda, ev halkından birinin hüküm giymesi %3,9'nda görülmüştür. ÇÇOY kategorilerinin hepsinde diğer olumsuz yaşantılardan birine maruziyet anlamlı ölçüde fazla bulunmuştur. Cinsiyetler arasında, ebeveynlerinin eğitim düzeyi farklı olan öğrenciler arasında ve farklı vücut kitle indeksine sahip öğrenciler arasında ÇÇOY maruziyeti açısından istatistiksel düzeyde anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Yaş ve kardeş sayısı ile de ÇÇOY arasında ilişki mevcut değildi.

Fiziksel ve cinsel istismar hariç diğer ÇÇOY'ye maruziyetinde ruhsal hastalık varlığı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. En az bir ÇÇOY maruziyetinde ruhsal hastalık varlığı (%21) anlamlı olarak yüksekken, ≥ 4 maruz-

Özet Sözlü Bildiri

iyeti bulunanlarda da hiç maruziyeti olmayanlara veya 1 maruziyeti olanlara kıyasla ruhsal hastalık varlığı anlamlı olarak yüksekti($p_1 < 0,001$, $p_2 < 0,001$).

En az bir ÇÇOY varlığında sigara kullanımı (%16,2) ve alkol kullanımı (%41,9) maruziyeti olmayanlara göre(sırasıyla %7,9 ve %26,4) anlamlı olarak yüksektir ($p_1:0,028$, $p_2:0,005$). ≥ 4 maruziyeti bulunanlar arasında sigara kullanımı(%26,7), hiç maruziyeti olmayanlara göre(%7,9) anlamlı olarak yüksekti ($p=0,018$). 2 -3 kategoriye maruz kalanlarda alkol kullanımı(%46,8) da hiç maruz kalmayanlara göre(%26,4) yüksekti ($p=0,017$).

Sonuç: Çalışmamız tıp öğrencilerinde ÇÇOY varlığını ve ilişkili faktörleri değerlendiren ulusal ve uluslararası düzeydeki az sayıdaki çalışmadan biridir. Eğitim düzeyi yüksek olan bu grupta bile ÇÇOY maruziyetinin sık olması dikkat çekmektedir. Toplumdaki her kesim için bu konuda hassas olunarak erken dönemde maruziyetlerin engellenmesi, birey ve toplumların sağlıklı hale getirilmesi için gereklidir.

Bu araştırma için finansal destek alınmamıştır ve yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları, Tıp Öğrencileri, Ruhsal Hastalık

Özet Sözlü Bildiri

S97

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ'NDE ÇALIŞAN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ PANDEMİ DÖNEMİNDE PSİKOSOSYAL DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Emrah EMİRAL¹, Yunus Emre BULUT², Gülsüm ÖZTÜRK EMİRAL³, Hüsna SARICA ÇEVİK³, Abide AKSUNGUR⁴

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Türkiye

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

³Çankaya İlçe Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

⁴Altındağ İlçe Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

Giriş ve Amaç: COVID-19 pandemisi boyunca anksiyete, depresyon, stres, yalnızlık gibi ruh sağlığı problemlerinin sıklığı önemli derecede artmıştır. Birçok kişi evlerinde COVID-19 belirsizliği ve korkusu ile yaşarken, sağlık çalışanları adeta savaş ortamına benzer koşullarda bir yandan mesleklerini icra ederken bir yandan da hem kendi hem de sevdiklerinin sağlıklarını korumaya çalışmaktadır. Bu durumun onların ruh sağlıkları üzerine olumsuz etkileri görülmektedir. Bu çalışmada COVID-19 pandemisi döneminde Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Numune Yerleşkesi'nde filyasyonun farklı kademelerinde aktif olarak çalışan sağlık çalışanlarının depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, Dr.Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 23.12.2021 tarihli toplantısında 2021-12/20 dosya numarası ile etik onay alındıktan sonra Ocak-Nisan 2022 tarihleri arasında Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Numune Yerleşkesi'nde filyasyon uygulamasının farklı kademelerinde aktif olarak görev almış olan sağlık çalışanları ile yürütülmüş kesitsel tipte bir araştırmadır. Numune Yerleşkesi'nde Halk Sağlığı ve Destek Hizmetleri Başkanlıkları, Altındağ ve Çankaya İlçe Sağlık Müdürlükleri bulunmaktadır. Yerleşkede yaklaşık 800 personel çalışmaktadır. Bu çalışmada örneklem hacmi bilgisayar ortamında Openepi istatistik paket programında, anksiyete sıklığı %50 kabul edilerek, %99 güven aralığında ve %5 hata payı ile 363 olarak hesaplanmıştır. Sağlık çalışanlarının depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri Depresyon Anksiyete Stres - 21 Ölçeği (DASS-21) ile değerlendirilmiştir. Verilerin tek değişkenli analizlerinde Mann Whitney U/Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Bağımlı değişkenlerin yüzdelerinin karşılaştırılmasında İki Yüzde Arasındaki Farkın Önemlilik Testi kullanılmıştır. DASS-21'den alınan puanlar normal dağılıma uygunluk göstermediği için e tabanında logaritması alınmıştır. Tek değişkenli analizlerde $p < 0.05$ anlamlılık saptanan değişkenler ile multivariate lineer regresyon analizi yapılmıştır. Tüm analizlerde $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Çalışmada yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır. Çalışmanın giderleri yazarlar tarafından karşılanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının 272'si (%71.4) kadın, 109'u (%28.6) erkektir. Yaş ortalamaları 40.0 ± 9.9 (min:21-maks:63) yıl bulunmuştur. Sağlık personelinin %44.9'u (n=171) COVID-19 enfeksiyonu geçirdiğini beyan etmiştir. Pandemi öncesinde psikolojik destek alma ihtiyacı %28.6 iken pandemi döneminde bu ihtiyacın istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde %36.2'ye yükseldiği görülmüştür ($p < 0,001$). DASS-21 ölçeği değerlendirme sonuçlarına göre; sağlık personelinin depresyon sıklığı %31.0, anksiyete sıklığı %47.2, stres sıklığı ise %22.8 olarak saptanmıştır. DASS-21'in her 3 boyutunda, kendi arasında pozitif yönde korelasyon bulunmuştur (Her biri için $p < 0,001$). Katılımcılardan algılanan gelir düzeyi kötü olanların anksiyete, pandemi sürecinde sigara ve alkol kullanımını artanların depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri daha yüksekti (Her biri için $p < 0.05$). Çalışmada pandemi öncesinde ve pandemi döneminde psikolojik destek alma ihtiyacı duyanların, uyku problemi yaşayanların ve intihar düşüncesi olanların DASS-21'in her üç alt boyutundan aldıkları puanlar daha yüksek saptanmıştır (Her biri için $p < 0,05$). Çok değişkenli analiz sonuçlarına göre algılanan gelir düzeyi kötü olanlarda ve pandemi döneminde psikolojik destek alma ihtiyacı olanlarda anksiyete ($p < 0,05$); pandemi

Özet Sözlü Bildiri

döneminde uyku problemi yaşayanlarda ise stres ($p<0,05$) düzeyleri yüksek bulunmuştur. Pandemi sürecinde sigara kullanımı artanların, COVID-19 enfeksiyonu geçirenlerin, uyku problemi yaşayanların ve psikolojik destek alma ihtiyacı olanların depresyon puanı daha yüksek bulunmuştur (Her biri için $p<0,05$).

Sonuç: Elde edilen sonuçlara göre yaklaşık her üç sağlık çalışanından birisi ruhsal yönden problem yaşamaktadır. Pandemi döneminde, pandemi öncesine göre psikolojik destek alma ihtiyacı artmıştır. Katılımcılardan algılanan gelir düzeyi kötü olanların, pandemi sürecinde sigara ve alkol kullanımını artıranların, uyku problemi yaşayanların ve intihar düşüncesi olanların anksiyete, depresyon veya stres düzeyleri anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bu nedenle sağlık çalışanlarının çalışma koşullarının ruh sağlıkları üzerindeki etkileriyle başa çıkmalarına yardımcı olacak olanaklar sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Çalışanı, Pandemi, Depresyon, Anksiyete, Stres

Özet Sözlü Bildiri

S98

COVID-19 GEÇİREN HASTALARDA MENTAL SAĞLIK DURUMUNUN VE BUNU ETKİLEYEN ETMENLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Edanur SEZGİN¹, Gül ERGÖR², Can CİMİLLİ³

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

³Dokuz Eylül Üniversitesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Türkiye

Giriş ve Amaç: COVID-19 gibi bulaşıcı hastalık salgınlarında mental sağlık sorunları toplumda ve hastalarda normale göre artış eğilimi gösterebilir. Yeni ve bilinmeyen bir hastalık olması, hastalığa yakalanma ve başkalarına bulaştırma korkusu, karantina sürecinde yalnız kalma gibi etkenler bu riski daha da artırabilmektedir. Ayrıca koronavirüsün nörotropik yapıda bir virüs olması nedeniyle sinir hücrelerine tutulum yapabildiği bilinmektedir. Beyin hücreleri de bu tutulumdan etkilenebileceği için bilişsel işlevler ve mental sağlık etkilenimi görülebilir. Bu çalışmanın amacı COVID-19 tanısı alan hastalarda mental sağlık durumunun değerlendirilmesi ve bununla ilişkili faktörlerin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesinde 01.08.2021 – 30.09.2021 aralığında SARS-CoV-2 PCR (+) tanısı alan 18 yaş ve üzeri 1506 hasta içinden 345 hasta, tanı konduktan 15 gün sonra telefonla aranarak veri toplanmıştır. Arama yapılan günlerde, 15 gün önce tanı alan hastaların listesindeki geliş sırasına göre hastalar aranmıştır. Çalışma planlanırken bu dönemdeki tüm hastaların örnekleme dahil edilmesi planlanmıştır fakat vakaların ani artışı nedeniyle tüm hastalara ulaşmak mümkün olmamıştır. 2 kez aranmasına rağmen telefonu açmayan hastalara ulaşılamadığı kabul edilmiştir. Mental sağlık değerlendirmesi için 14 sorudan oluşan Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. İstatistiksel analizlerde SPSS 24.0 programı kullanılmış, çapraz tablolar, ki-kare testi, t testi ile ilişkili faktörler değerlendirilmiş, anlamlılık düzeyi için $p < 0.05$ anlamlı kabul edilmiştir. Etik kurul onayı DEÜ Girişimsel Olmayan Çalışmalar Etik Kurulundan alınmıştır (Karar no:2021/31-27 Tarih: 03.11.2021). Çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

Bulgular: 345 hastanın 61'inde (%17.6) Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği skorlamasına göre anksiyete veya depresyon açısından artmış risk bulunmuştur. 53 kişi depresyon, 29 kişi anksiyete ve bunların içinde 21 kişi de hem depresyon hem anksiyete açısından yüksek riskli bulunmuştur. Tanı konmuş bir psikiyatrik hastalık varlığı, psikiyatrik ilaç kullanımı ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olması depresyon ve anksiyete riskini istatistiksel açıdan anlamlı şekilde artıran değişkenlerdir. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum ve kronik hastalık varlığı ile istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. İyileşme algısı açısından bakıldığında; depresyon ve anksiyete tamamen iyileşmiş hissetmeyen grupta, tamamen iyileşmiş hisseden gruba göre anlamlı olarak daha yüksektir (sırasıyla %23.6 vs %12.5, $p=0.012$ ve %14.6 vs %6.13, $p=0.014$). Algılanan şikayet şiddeti açısından ağır şikayetleri olan grupta depresyon ve anksiyete açısından hafif ve orta şiddette şikayetleri olanlara göre anlamlı olarak risk artışı görülmektedir (sırasıyla %28.5 vs %10.6, $p=0.0001$ ve %15.3 vs %5.9, $p=0.008$). Ekonomik açıdan kendini kötü olarak tanımlayan grupta anksiyete istatistiksel açıdan anlamlı olarak artmış görülmekte olup (%22.2 vs %6.3, $p=0.001$), depresyon açısından anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Sonuç: COVID-19 gibi bulaşıcı hastalıkların ilerleyen dönemlerde yenileri ile karşı karşıya kalınabileceği bilinmektedir. Bu dönemlerde hastaların fiziksel olduğu kadar mental sağlık açısından da takip edilmesi çok önemlidir. Mental sağlık sorunları bazı riskli gruplarda ve hastalığı ağır geçiren kişilerde daha sık görülmektedir. Çalışmamız pandeminin daha erken dönemlerinde yapılmış olsaydı anksiyete ve depresyon sıklığının daha da yüksek olacağı tahmin edilmektedir. Türkiye’de yakın zamanda toplumdaki anksiyete ve depresyonu değerlendiren büyük çaplı bir çalışma olmadığı için çalışmamızın sonuçlarını normale göre değerlendirme açısından kısıtlılık yaşasak da, ruh sağlığı sorunlarının çeşitli hastalıklarda ve durumlarda arttığı bilinmektedir. Özellikle salgın gibi olağanüstü durumlarda hasta takiplerinde psikososyal destek verilmesi ve gerektiğinde ruh sağlığı hizmetlerine erişimlerinin sağlanması önem taşımaktadır.

Anahtar kelimeler: COVID-19, mental sağlık, ruh sağlığı, anksiyete, depresyon

Özet Sözlü Bildiri

S99

**İSTANBUL'DA 2019 VE 2022 YILLARINDA YAPILAN
ÇOCUĞUN PSİKOSOSYAL GELİŞİMİNİ DESTEKLEME PROGRAMI VE
SÜPERVİZYONLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Pelin ŞAVLİEMİROĞLU¹, Gökçe OTÇU², Nihan ÖZANT¹

¹*İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, Türkiye*

²*İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Türkiye*

Sağlık yalnızca bedensel değil ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik halidir. Dünya genelindeki çocukların ve ergenlerin %10 ile %20'sinin ruh sağlığı sorunlarından etkilendiği tahmin edilmektedir. Çocukluk ve ergenlik döneminde görülen ruh sağlığı bozukluklarının engellenebilmesi için gebelik döneminden itibaren dünya genelinde ruh sağlığını koruyucu ve geliştirici programlar uygulanmaktadır.

Türkiye'de Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme (ÇPGD) Programı ile çocuğun psikososyal izleminin birinci basamak sağlık hizmetleri içinde yer alması sağlanarak, gelişimin en hızlı olduğu gebelik ve 0-6 yaş döneminde çocuğun gelişiminin desteklenmesi ve gelişimi etkileyebilecek risk faktörlerinin erken belirlenip erken müdahalesi amaçlanmaktadır.

Bu amaçla öncelikle Aile Hekimleri (AH) ve Aile Sağlığı Çalışanları (ASÇ) eğitim almakta ve program kapsamında aile hekimliği birimlerinde, gebe, anne ve babalarla çocukların psikososyal gelişimlerinin izlenmesi ve değerlendirilmesi konusunda izlemler yapılmaktadır. ÇPGD izlemleri sırasında AH ve/veya ASÇ'ye süpervizyon verilmektedir. Bu süpervizyonların kapsamı; ASÇ'nin Psikososyal İzlem görüşmelerini izleyerek, desteklemek ve ASÇ'lerin gebe, anne ve babalarla yaptığı görüşmeleri gözlemleyerek personelin bilgi ve beceri düzeyini artırmaktır.

Bu çalışmada 2019 yılında ve 2022 yılının ilk 7 ayında İstanbul'da yapılan ÇPGD programı ve süpervizyonlarının değerlendirilmesini amaçlanmaktadır. Çalışma tanımlayıcı tipte olup örneklem seçilmemiştir. Çalışma evrenini 2019 ve 2022 yıllarında İstanbul'da yapılan ÇPGD programı kapsamında eğitim alan AH ve ASÇ'lerin tamamı ile süpervizyonlarda ulaşılan kişilerin tamamı oluşturmaktadır.

Çalışma için Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan 17.10.2022 tarih ve 2022/339 sayılı izin alınmıştır. Bu çalışmada herhangi bir kurum, kuruluş, kişi ile mali çıkar çatışması yoktur ve yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

2019 yılında 475 AH ve 453 ASÇ eğitim almış olup eğitime katılanların % 72'si (n=669) kadın ve % 28'i (n=259) erkektir. 2019 yılında 12 ilçede süpervizyon yapılmış olup 1420 sağlık çalışanına ÇPGD sırasında süpervizyon verilmiştir. Yapılan görüşmelerin %11'i (n=152) baba, % 52'si (n=745) bebek ve çocuk izlemlerinin yapıldığı anne görüşmesi ve %37'si (n=523) gebe görüşmesi olarak gerçekleşmiştir. Görüşmelerin %81'inde (n=1151) risk tespit edilmiş, risk tespit edilenlerin %91'ine (n=1043) doğru şekilde yönlendirme yapılmıştır. ASÇ'lerin %82'si önerilen görüşme tekniklerine uygun görüşme yaptığı, %80'i görüşme formu sorularını eksiksiz ve anlaşılır sorduğu ve %80'i sonraki görüşmeyi planlayarak görüşmeyi sonlandırdığı gözlenmiştir. 2022 yılında 165 AH ve 159 ASÇ eğitim almış olup eğitime katılanların %69'u (n=222) kadın ve %31'i (n=102) erkektir. 2022 yılında 17 ilçede süpervizyon yapılmış olup 313 sağlık çalışanına ÇPGD sırasında süpervizyon verilmiştir. Yapılan görüşmelerin %13'ü (n=39) baba, % 48'i (n=150) bebek ve çocuk izlemlerinin yapıldığı anne görüşmesi ve %39'u (n=122) gebe görüşmesi olarak gerçekleşmiştir. ÇPGD programı kapsamında yapılan görüşmelerde %83'ünde (n=260) risk tespit edilmiş olup, risk tespit edilenlerin %97'sine (n=252) doğru şekilde yönlendirme yapılmıştır. ASÇ'lerin %83'ü görüşme tekniklerine uygun görüşme yaptığı,

Özet Sözlü Bildiri

%84'ü görüşme formu sorularını eksiksiz ve anlaşılır sorduğu ve %74'ünün bir sonraki görüşmeyi planlayarak görüşmeyi sonlandırdığı gözlenmiştir.

ÇPGD programı ilimizde yıllardır devam etmekle birlikte ilk süpervizyonlar 2019 yılında başlamıştır. 2019 ve 2022 yıllarında yapılan görüşmelerin çoğunluğunun anne görüşmesi olduğu görülmektedir. Baba görüşmeleri ise iki yıl için de en az orana sahip görüşme olarak dikkat çekmektedir.

2019 ve 2022 yıllarında yapılan görüşmelerin çoğunluğunda çocuğun gelişiminde risk tespit edildiği ve %90'ından fazlasına doğru yönlendirme yapıldığı gözlenmiştir. Bu bulgu; ailelerin çocuğun gelişimi için desteğe ihtiyaç duyduğunda ve yürütülen ÇPGD programı çocuğun gelişimini desteklemede etkili bir faktör olabileceğini düşündürmektedir.

2019 ve 2022 yıllarında yapılan görüşmelerin en az %70'den fazlasının görüşme formatına uygun olarak yürütüldüğü ve verilerin eksiksiz doldurulduğu görülmektedir. Her 2 yılda da görüşme tekniklerine uyum yüksek olarak bulunmuştur. Bu bulgular ÇPGD programının yaygınlaşarak yürütülebileceğine işaret etmektedir. COVID-19 pandemisiyle birlikte programa ara verilmiş olmasına rağmen süpervizyon veren ilçe sayısı 2022 yılında daha fazladır. Süpervizyonların varlığı hem sahanın uyumunu artırdığı hem de motivasyonu yükselttiği düşünülmektedir. Bu nedenle bu ziyaretlerin artırılması ÇPGD'nin etkinliğini ve bu alanda birinci basamak sağlık çalışanlarının motivasyonunu da arttıracığı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çocuğun Psikososyal Gelişimi, Ruh Sağlığı, Süpervizyon

Özet Sözlü Bildiri

S100

**PANDEMİ DÖNEMİNDE İSTANBUL'DA YÜRÜTÜLEN BİRİNCİ BASAMAK PSİKOSOSYAL
DESTEK ÇALIŞMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Pelin ŞAVLI EMİROĞLU¹, Lodos YILDIZ²

¹*İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, Türkiye*

²*İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, Amerika Birleşik Devletleri*

COVID-19 salgınının doğurduğu belirsizlik ve korku bireylerin hem kendileri hem de sevdikleri için endişelenmelerine, uykusuzluk, alkol/ madde kullanımının artmasına ve intihar girişimlerine yol açmış ve bu alana yönelik önleyici ve destekleyici ruh sağlığı faaliyetlerinin planlanmasını ve yürütülmesini gerekli kılmıştır.

Sağlık Bakanlığı pandeminin ilanı ile psikososyal destek (PSD) çalışmalarına başlamıştır. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü (İİSM) Ruh Sağlığı Birimi koordinasyonunda salgının en başında PSD hizmetlerinin standardizasyonunu sağlamak ve sahada çalışan PSD ekiplerinin görüşmelerini yapılandırmak amacıyla "İİSM Psikososyal Destek Hattı Görüşme Formu" oluşturulmuştur. Bu form ile kişilerin demografik bilgileri, sosyal destek varlığı, ekonomik durumu, süregelen psikolojik ve fiziksel hastalığın varlığı, salgın sürecindeki günlük işlevselliği, kaygı yaşayıp yaşamadığı ve aile üyeleri sorgulanmakta ve risk durumu PSD elemanlarınca (psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve çocuk gelişimci) belirlenmektedir. Bununla birlikte İİSM koordinasyonunda kamu kurumları ile özel kurumların işbirliği içinde çalıştığı "İstanbul Koronavirüs Destek Programı (KORDEP)" oluşturulmuş ve PSD görüşmeleri bu sisteme girilerek ileri desteğe ihtiyacı olduğu tespit edilen bireyler bir üst basamağa yönlendirilmiştir. Bu çalışmada pandemi döneminde İstanbul'da yürütülen birinci basamak PSD çalışmalarının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Araştırma tanımlayıcı tipte bir çalışma olup araştırmanın evrenini 2020 ve 2021 yıllarında psikososyal destek programı kapsamında görüşülen ve KORDEP veri tabanına kaydedilen birinci basamak PSD verilerinin tamamı oluşturmaktadır. Arama sayısı kişinin PSD ihtiyacına bağlı olarak artmakla birlikte veri analizleri ilk görüşmede doldurulan PSD Görüşme Formunun KORDEP yazılım tabanına aktarılmış veriler üzerinden yapılmıştır. Çalışma için Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan 17.10.2022 ve 2022/340 sayılı ile izin alınmıştır. Bu çalışmada herhangi bir kurum, kuruluş, kişi ile mali çıkar çatışması yoktur ve yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Çalışmamızda 2020 yılında 39422 kişi ile PSD araması gerçekleştirilmiş olup bu aramalarının % 52'si (n=23813) kadın ve %48'i (n=22097) erkektir; 2021 yılında 29125 PSD araması gerçekleştirilmiş olup %54'ü (n=15837) kadın ve %46'sı (n=13288) erkektir. 2020 ve 2021 yıllarında en fazla PSD görüşmesi yapılan kişiler 41-65 yaş aralığında olup sırasıyla 26-40 yaş ve 19-25 yaş aralığındaki kişiler izlenmektedir. Ayrıca 2020 yılında 1238 gebe, 466 lohusa ve 278 engelli birey ile PSD görüşmesi yapılırken 2021 yılında 202 gebe, 61 lohusa ve 162 engelli kişiye PSD verilmiştir.

Görüşülen kişilerin 2020 yılında %72'si (n= 33003) COVID-19 ile enfekteyken 2021 yılında %95'i (n= 27684) COVID-19 ile enfekteydi. 2020 yılında COVID-19 ile enfekte olan kişilerin %3'ü (n=868), kronik hastalığı olan kişilerin %4'ü (n=220) ve psikiyatrik hastalığı olan kişilerin %21'i (n=153) kaygı düzeyini yüksek olarak belirtirken; 2021 yılında COVID-19 ile enfekte olan kişilerin %1'i (n=346), kronik hastalığı olanların %1'i (n=77) ve psikiyatrik hastalığı olanların da %13'ü (n=55) kaygı düzeyini yüksek olarak belirtmiştir. Birinci basamakta görüşmesi yapılan kişilerden 2020 yılında 1478, 2021 yılında 609 kişi bir üst basamağa yönlendirilmiştir. 2020 yılında PSD görüşmesi yapılan kişilerden %3'ü (n=1501) ve 2021 yılında %2'si (n=443) ekonomik destek ihtiyacı olduğunu ifade etmiş ve tamamına ilgili kurumlar konusunda bilgilendirme yapılmıştır.

COVID-19 ile enfekte olan ve kronik rahatsızlığı olan gruplardaki kaygı düzeyleri 2021 yılında 2020 yılına göre daha azdır. Bu azalma COVID-19 virüsünün "bilinmez" bir durum olmaktan çıkması ile açıklanabilir. 2020

Özet Sözlü Bildiri

yılında Çin’de yapılan bir çalışmada katılımcıların %31’inde, 2021 yılında Dünya genelinde yapılan bir meta-analiz çalışmasında da katılımcıların %35’inde yüksek kaygı saptanmıştır. Bizim çalışmamızda psikiyatrik hastalığı olan kişilerde yüksek kaygı düzeyi 2020 yılında %21 iken, 2021 yılında ise %13 olarak bulunmuştur.

Sonuç olarak bu çalışmayla İstanbul’da pandemi sürecinde 1. Basamak tarafından yürütülen PSD çalışmaları kapsamlı bir şekilde özetlenmiştir. 2021 yılında 2020 yılına göre verilen PSD ve kaygı düzeylerinde düşüş olmakla birlikte bu çalışma birinci basamakta psikososyal destek ihtiyacının sağlanması açısından önemlidir. Hem olası pandemiler hem de afet gibi durumlar için PSD ekiplerinin güçlendirilmesi, hizmet içi eğitimlerle dinamik tutulması mücadelede önemli olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Psikososyal Destek, Covid 19 pandemisi, kaygı düzeyi

Özet Sözlü Bildiri

S101

3-6 YAŞ ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN OTİZM FARKINDALIKLARI VE ÇOCUKLARININ PSİKOSOSYAL DURUMLARININ İNCELENMESİ

Elvan EMİNE ATA¹, Nadire ERCAN TOPTANER², Elif DÖNMEZ³, Merve SARITAŞ¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği ABD, Türkiye

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği ABD, Türkiye

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Hemşirelik Fakültesi Onkoloji Hemşireliği ABD, Türkiye

Giriş ve Amaç: Otizm spektrum bozukluğu genellikle geç bebeklik veya erken çocukluk döneminde ortaya çıkan, sosyal ve iletişim eksiklikleri ve sosyal normları ihlal eden tekrarlayan davranışların varlığı ile karakterize gelişimsel bozukluktur. Teşhis genellikle ebeveynlerden ayrıntılı gelişim öyküsü alınması, bireyin etkileşimlerinin gözlemlenmesi ile DSM V tanı kriteri doğrultusunda kalıcı sosyal ve iletişim eksiklikleri, tekrarlayan davranış kalıplarının varlığı ve/veya ilgi alanlarındaki farklılıklar ve duyuşal farklılıklara bağlı olarak konulmaktadır. Tedavinin erken başlayabilmesi için erken tanılama gerekmekte ve erken tanılama sürece olumlu etki göstermektedir. Farklılıkların erken fark edilmesi ve erken müdahale için ebeveyn farkındalığı büyük önem arz etmektedir. Bu çalışmada 3-6 yaş arası çocuğı olan annelerin otizme yönelik farkındalıklarının ve çocukların psikososyal durumlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki araştırma Marmara bölgesindeki bir ile bağlı beş ilçede yürütüldü. Araştırmanın örneklemini Mayıs-Temmuz 2022 tarihleri arasında İlçe Sağlık Müdürlüklerine bağlı Aile Sağlığı Merkezine başvuran, dahil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmaya kabul eden 532 anne oluşturdu. Veriler bilgi formu, Okul Öncesi Çocukların Annelerinin Otizm Farkındalığı Ölçeğı (AOFÖ) ve 3-6 Yaş Çocuklar için Psikososyal Durum Değerlendirme Ölçeğı-Ebeveyn Formu kullanılarak toplandı. Veriler SPSS for Windows 21 paket programı aracılığı ile değerlendirildi. Tanımlayıcı veriler "sayı, yüzdelik, ortalama, standart sapma" ile değerlendirildi. Değişkenler arasındaki farklılığın incelenmesinde bağımsız gruplar t testi ve ANOVA kullanıldı. Çoklu değişkenler arası farklılığın incelenmesinde Benferroni testinden yararlandı. Bu çalışma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (Belge Tarih ve Numarası: 13.05.2022/1332). Bu çalışmada finansal destek alınmamıştır ve yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Bulgular: Araştırmaya katılan annelerin yaş ortalamasının 32.36±6.21 olduğu, %35.5'inin lise mezunu olduğu, %87'sinin çevresinde otizm tanıli bir birey olmadığı ve otizme yönelik bilgi kaynağı olarak en fazla internet (%72.4), en az ise bilimsel kaynakları (%17.3) kullandıkları görülmektedir. Çalışmaya katılan annelerin sahip oldukları çocuk sayısının 1.90±0.97 olduğu, 3-6 yaş arası çocuk sayısının ise 1.14±0.38 olduğu ve örneklem grubunda yer alan çocuklarının yaş ortalamasının 4.26±1.04 olduğu görülmektedir.

Annelerin ölçeklerden aldıkları toplam puan ortalamaları incelendiğinde; AOFÖ puanının 66.60±13.19, AOFÖ alt boyutu Otizimli Bireylerde Görülen Davranış Kalıpları puanının 44.02±8.96, Otizimli Bireylerde İletişim ve Çevreyle Etkileşim puanının 22.58±5.18 ve PSDD-3-6 puanının ise 26.23±20.85 olduğu saptandı.

Katılımcılardan üniversite mezunu olanların, çalışanların, ekonomik durumu daha yüksek olanların, çevresinde otizm tanıli bir birey olanların ve televizyon dışındaki diğeri bilgi kaynaklarını kullananların kullanmayanlara göre AOFÖ toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0.05). Üniversite mezunu olanların, ekonomik durumu daha yüksek olanların, çevresinde otizm tanıli bir birey olanların ve televizyon dışındaki diğeri bilgi kaynaklarını kullananların kullanmayanlara göre Otizimli Bireylerde Görülen Davranış Kalıpları alt boyutu toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0.05).

Özet Sözlü Bildiri

Üniversite mezunu olanlar, çalışanlar, ekonomik durumu daha yüksek olanlar, çevresinde otizm tanılı bir birey olanların Otizmlili Bireylerde İletişim ve Çevreyle Etkileşim alt boyutu puan ortalamasının daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Annelerin tanımlayıcı özelliklerine göre çocukların psikososyal durumları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$)

Sonuç: Bu çalışmada ebeveynlerin otizme yönelik bilgi kaynağı olarak en fazla internet en az ise bilimsel kaynakları kullandıkları ve sağlık çalışanlarından bilgi alan ebeveyn sayısının düşük olduğu, eğitim durumu, çevresinde otizm tanılı birey varlığı, bilgi kaynağı gibi tanımlayıcı faktörlerin farkındalık düzeylerini artırdıkları bulundu. Elde edilen veriler doğrultusunda ebeveyn farkındalığının artırılmasına yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi, sağlık çalışanlarının bebeklik/ilk çocukluk döneminde ebeveynleri bilgilendirmenin önemi konusunda desteklenmeleri ve televizyonda farkındalığa yönelik spot reklamların kullanılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Farkındalık, otizm, psikososyal durum, ebeveyn, 3-6 yaş

Özet Sözlü Bildiri

S102

İSTANBUL'UN BİR İLÇESİNDE PANDEMİNİN İLK DALGASINDA BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA TÜKENMİŞLİK VE ANKSİYETENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hatice İKİŞİK¹, Esemehan AYSİT¹, Aybüke KAYALI², Mehmet Akif SEZEROL³, Yusuf TAŞÇI⁴, Mustafa ÇAKIR², Işıl MARAL²

¹*İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Türkiye*

²*İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Türkiye*

³*Sultanbeyli İlçe Sağlık Müdürlüğü, Türkiye*

⁴*Üsküdar İlçe Sağlık Müdürlüğü, Türkiye*

Giriş-Amaç: COVID-19'un küresel olarak getirdiği yaşamsal değişimlerin yanı sıra nispeten yüksek enfeksiyon ve ölüm oranları, COVID-19'un ölümcül ve kontrol edilemez doğası salgınla mücadelede önlerde yer alan sağlık çalışanlarında da kaygı ve stresi arttırmıştır. Bu çalışma, birinci basamak sağlık hizmet sağlayıcıları olan İlçe Sağlık Müdürlüğü çalışanları ile aile hekimleri, ebe, hemşire, sağlık memuru gibi Aile Sağlığı Merkezi çalışanları ve diğer çalışan personelin salgının ilk dalgasındaki tükenmişlik düzeyleri, yaygın anksiyete bozuklukları ve travma sonrası stres bozukluğu semptomlarını ve ilişkili faktörleri değerlendirmeyi amaçlamıştır.

Gereç-Yöntem: Kesitsel çalışma Türkiye'de pandemi ilanından yaklaşık altı ay sonra 28 Eylül-16 Ekim 2020 tarihleri arasında, salgının ilk dalgasında İstanbul'un Üsküdar ilçesindeki birinci basamak sağlık çalışanlarında yapılmıştır. Araştırma evrenini Üsküdar ilçesi İlçe Sağlık Müdürlüğü çalışanları (120), aile hekimleri (170), aile sağlığı elemanları (162) ve Aile Sağlığı Merkezi'nde görev yapan diğer sağlık çalışanları (hizmetli, aşçı, veri giriş elemanı vb) (91) olmak üzere toplam 543 kişi oluşturmaktadır. Örneklem seçilmemiş, evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. 18 yaş üstü, okuryazar olan ve herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı olmayan gönüllü sağlık çalışanları araştırmaya dahil edilmiştir. İlçe Sağlık Müdürlüğü çalışanlarının %53,3'üne (S:64), Aile Sağlığı Merkezi çalışanlarının %64,5'ine (S:273) hasta olmaları, fiyasyonda görevli olmaları ve yoğun çalışma şartları oldukları gerekçesiyle ulaşılamamıştır. Veriler gözlem altında araştırmacılar tarafından oluşturulan bir anket ile sözlü onamları alınarak toplanmıştır. Anketin ilk bölümü sosyodemografik değişkenlerden oluşan 19 sorudan (yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, öğrenim durumu, kronik, immünsüpresif hastalık veya gebelik varlığı, çalışma durumu) oluşmaktadır. İkinci bölüm; 7 soru ve 4 kategoriden oluşan (0-4 puan anksiyete yok, 5-9 puan hafif anksiyete, 10-14 puan orta anksiyete, 15 puan ve üstü ciddi anksiyete) Yaygın Anksiyete Bozukluğu Ölçeği (YAB-7), 22 soru ve 3 alt boyuttan (Yeniden Yaşama min-max 0-32 puan, Kaçınma min-max 0-32 puan, Aşırı Uyarılma min-max 0-32 puan) oluşan Olayların Etkisi Ölçeği (IES-R) ile 22 soru ve 3 alt boyuttan oluşan (Duygusal Tükenmişlik min-max 9-45 puan, Duyarsızlaşma min-max 5-25 puan, Kişisel Başarı Duygusu min-max 8-40 puan) Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nden (MBI) oluşmaktadır. Elde edilen veriler SPSS 25.0 ile analiz edilmiştir. Veri analizinde tanımlayıcı istatistikler (frekans, ortalama, standart sapma), Student-t test ve One-Way Anova testi ile Ki-kare analizi uygulanmıştır. Çok değişkenli lineer regresyon modeli kullanılarak farklı prediktörlerin IES-R ve MBI üzerindeki bağımsız etkileri incelenmiştir. Yaygın anksiyete bozukluğunu öngörmedeki bağımsız prediktörler lojistik regresyon analizi kullanılarak incelenmiştir (p<0,05 anlamlı kabul edilmiştir). Çalışma için S.B. İMÜ Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 30.09.2020 tarih 2020/0576 sayılı onay alınmıştır. Araştırma ile ilgili herhangi bir kurum, kuruluş, kişi ile mali çıkar çatışması yoktur ve yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Bulgular: Çalışmaya 206 (%37,9; N=543) sağlık çalışanı katılmıştır. Katılanların 56'sı (%27,1) İlçe Sağlık Müdürlüğü çalışanı ve 150'si (%72,8) Aile Sağlığı Merkezi çalışanıdır. Yaş ortalaması 37,37± 10,25 ve %72,8'i (n=150) kadındır. Sağlık çalışanlarının %41,1'i (n=81) hekim, %45,7' si (n=90) ebe/ hemşire/ ATT/ sağlık memuru ve % 13,2' si (n=26) diğer sağlık çalışanlarıdır. Katılımcıların MBI değerlendirmelerinde alt

Özet Sözlü Bildiri

boyutların puan ortalamaları; duygusal tükenmişlikte $14,03 \pm 8,02$, duyarsızlaşmada $6,12 \pm 3,20$ ve kişisel başarı duygusunda $16,21 \pm 3,20$ olarak saptanmıştır. IES-R için alt boyutları puan ortalamaları ise; yeniden yaşama için $10,40 \pm 7,12$, kaçınma için $10,23 \pm 6,24$ ve aşırı uyarılma için $7,44 \pm 5,80$ 'dir. YAB-7 ölçeğine göre katılımcıların % 40,3'ünde anksiyete yoktur. Bununla birlikte %28,6' sında hafif, % 17' sinde orta düzeyde anksiyete ve % 14,1' inde ciddi düzeyde anksiyete olduğu saptanmıştır. Yapılan lineer regresyon analizinde hekim olmak ($p=0,038$), orta/ciddi anksiyetesi olmak ($p=0,002$) ve koruyucu ekipmanlara ulaşamamak ($p=0,035$) Maslach Tükenmişlik Ölçek'i Duygusal Tükenmişlik alt boyutu ile ilişkili belirlenmiştir ($R^2=0,367$; $F=16,578$; $p<0,001$). Duyarsızlaşma alt boyutu ile ise kronik bir hastalığa sahip olmak ($p=0,027$), COVID-19 geçirmiş olmak ($p=0,037$), orta/ciddi anksiyetesi olmak ($p=0,004$) ve IES-R ölçeği kaçınma alt boyutu ($p<0,001$) ilişkili bulunmuştur ($R^2=0,274$; $F=19,894$; $p<0,001$). Sağlık çalışanlarında yaygın anksiyete bozukluğu ile ise COVID-19 nedeniyle yakınıni kaybetme (OR:2,641; %95GA:1,059-6,582; $p=0,037$), Duygusal Tükenmişlik alt boyut puanı (OR:1,103; %95GA:1,035-1,176; $p=0,003$) ve Yeniden Yaşama alt boyut puanı (OR:1,276; %95GA:1,169-1,392; $p<0,001$) ilişkili bulunmuştur.

Sonuç: Pandeminin ilk dalgasında birinci basamak sağlık çalışanlarında yapılan bu çalışmada hekim olma, koruyucu ekipmanlara ulaşamama ve daha yüksek anksiyetesi olma tükenmişlik düzeyleriyle ilişkilidi. Bununla birlikte COVID-19 nedeniyle yakınlarını kaybeden sağlık çalışanları daha yüksek anksiyete düzeyine sahiptiler. Araştırma için örneklem seçimi yapılmamıştır ve sonuçlar ankete cevap verenlerle sınırlı kalmıştır. Ankete cevap vermeyen sağlık çalışanları; hasta olmaları, filyasyonda görevlendirilmiş olmaları ve yoğun çalışma koşulları nedeniyle çalışmaya dahil olamadıklarından popülasyonun tükenmişlik ve anksiyete düzeyleri beklenenden daha düşük çıkmış olabilir. Ayrıca kesitsel türde bu çalışmanın, değişkenleri arasındaki nedensellik ilişkisinin yeterince ortaya konulamamış olması da bir başka sınırlılıktır. Yaşanılan COVID-19 pandemisinin ilk dalgasındaki sağlık çalışanlarındaki tükenmişlik, anksiyete ve yaşanan zorlukların bireylerin hayatını ne ölçüde zorlaştırdığının öngörücülerini belirlemeye yönelik çalışmalar olası pandemi planlamalarında ön safhada çalışan sağlık çalışanlarının ruh sağlıklarını iyileştirmek için atılacak adımlar açısından kıymetlidir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, Tükenmişlik, Anksiyete, Sağlık Çalışanı, Ruh Sağlığı

Özet Sözlü Bildiri

S103

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN YETİŞKİN BİREYLERDE COVID-19 KORKUSU VE DEPRESİF BELİRTİLER DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Raşit DURSUN, Şehide ARSLAN, Hasan DURMUŞ, Elçin BALCI

Erciyes Üniversitesi, Türkiye

Giriş ve Amaç: COVID-19 pandemisiyle birlikte enfeksiyon ve ölüm riskinin yanında; sosyal ilişkilerin etkilenmesi, izolasyon, bir yakını kaybetmek, salgın tedbirlerinin oluşturduğu ekonomik etkiler, bireylerde değişen düzeylerde psikolojik etkilere, stres tepkilerine ve depresif belirtilere sebep olmuştur. Bu çalışmada aile sağlığı merkezlerine başvuran 18 yaş ve üzeri bireylerde COVID-19 korkusu ve depresif belirti düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte planlanan bu araştırma 15 Eylül-15 Ekim 2022 tarihleri arasında Erciyes Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim dalı ile Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü yapılan protokol kapsamında bulunan eğitim araştırma bölgesinde yapıldı. Yüz yüze uygulanan anket formu tanımlayıcı sorular ile COVID-19 Korku Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeğinden oluşmaktaydı. COVID-19 korku ölçeği 5'li likert tipte 7 maddeden (en düşük 7, en yüksek 35) oluşmakta olup yüksek puanlar yüksek korkuyu göstermektedir. Geçerlilik güvenilirlik çalışması Satıcı ve ark. tarafından yapılan COVID-19 korku ölçeğinin Cronbach α 'sı 0.84 bulunmuştur. Veriler Kayseri merkez ilçelerinde (Kocasinan, Melikgazi, Talas) bulunan ve kura ile belirlenen 10 aile sağlığı merkezlerinde toplandı. Örneklem büyüklüğü orta ve şiddetli düzeyde depresyon sıklığı %25, α :0.05 ve desen etkisi 3 alınarak %95 güven aralığında 864 kişi olarak hesaplandı. Araştırmaya katılmayı reddeden ve cevapları yetersiz bulunan 65 kişi değerlendirmeye alınmayarak çalışma 799 (%92.5) ile tamamlandı. Araştırma için Erciyes Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 2022/606 sayı ve 14/09/2022 tarihinde etik izin alınmıştır. İstatistiksel analizlerde ANOVA, t testi, Pearson Kikare testi ve korelasyon analizi testleri kullanıldı, puanlar ortalama ve standart sapma olarak belirtildi ve $p<0.05$ değeri anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Araştırmaya katılan bireylerin %53.8'i kadın, yaş ortalaması 34.8'di. %49.9'u evli, %22.4'ünün en az bir kronik hastalığı mevcuttu. Katılımcıların %49.3'ü COVID-19 geçirdiğini, %90.6'sı da en az bir doz COVID-19'a karşı aşı olmuştur. Katılımcıların %26.2'si daha önce psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir.

Katılımcıların korku ölçeği puanı ortalaması 12.61 ± 5.70 iken, Beck depresyon ölçeği puanı ortalaması 9.83 ± 8.14 bulunmuştur. Depresyon ile COVID-19 korkusu arasında düşük düzeyde, pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r:0.175$, $p<0.01$).

Ekonomik durumu çok kötü-kötü (11.88 ± 5.15) olanlarla orta (13.15 ± 6.01) olanlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($F: 4.008$ $p:0.019$). Ekonomik durumu iyi-çok iyi olanların puanı 12.82 ± 5.89 'dir.

Kadınlarda COVID-19 korkusu (12.99 ± 5.73) erkeklerden (12.16 ± 5.63) daha yüksek ($t:2.060$ $p:0.04$), evlilerde (13.43 ± 6.27) bekarlardan (11.79 ± 4.94) daha yüksek ($t: 4.124$ $p<0.001$) ve kronik hastalığı olanlarda (14.24 ± 6.71) olmayanlara göre (12.14 ± 5.28) daha yüksek ($t:3.858$ $p:<0.001$) bulunmuştur. Ailesinde 65 yaş üstü birey olması COVID-19 korkusu ile ilişkili bulunmamıştır.

Beck depresyon ölçeği skorları minimal depresif belirtiler (0-12 puan) ve hafif-orta-şiddetli depresif belirtiler (13-63 puan) gösteren bireyler olarak iki gruba ayrılarak incelenmiştir. Kadınlarda hafif-orta-şiddetli depresif belirti görülme sıklığı (%36) erkeklere göre (%23.3) yüksekti ($X^2:15.302$ $p<0.001$). Kronik hastalığı olanlarda hafif-orta-şiddetli depresif belirti görülme sıklığı (%39.1) kronik hastalığı olmayanlara göre (%27.6) daha

Özet Sözlü Bildiri

yüksekti (X²:8.759 p:0.003). Hafif-orta-şiddetli depresif belirti görülme sıklığı ekonomik durumu çok kötü-kötü olanlarda (% 33.9) ve orta olanlarda (%33.1) ekonomik durumu iyi-çok iyi olanlara göre (% 18.5) yüksekti (X²:14.732 p<0.001).

Sonuç ve Öneriler: COVID-19 korkusu ile depresif belirtiler düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı fakat zayıf düzeyde bir ilişki mevcuttur. Çalışma COVID-19 korkusu ve depresif belirtilerin hassas gruplarda daha yüksek düzeyde olabileceğini ve farklı grupların, pandemi şartlarından, psikososyal olarak farklı düzeylerde etkilenebileceğini göstermektedir. Pandemi toplumdaki etkilenen bireyler için gerekli psikososyal desteğin sağlanması ile birlikte toplum ruh sağlığı çalışmalarının aksatılmaması gerekmektedir. Toplum sağlığına bütüncül ve çoğulcu bir bakış açısıyla yaklaşılmalı, geliştirilen sağlık stratejilerinde toplumun geneliyle birlikte hassas gruplar da göz önünde bulundurulmalıdır.

Finansal destek: Araştırmacılar herhangi bir finansal destek almadığını beyan eder.

Çıkar Çatışması: Araştırmacılar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan eder.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, Pandemi, Korku, Beck depresyon

Özet Sözlü Bildiri

S104

SEKS İŞÇİLERİNİN SAĞLIK HAKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: NİTELİKSEL BİR ÇALIŞMA

Kadir ONUR ŞİMŞEK¹, Nuray ÖZGÜLNAR²

¹Silopi İlçe Sağlık Müdürlüğü

²İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi

Giriş ve Amaç

Seks işçileri çalışma koşulları sebebiyle çeşitli sağlık sorunu yaşayan fakat sosyal güvencesizlik, ayrımcılık gibi nedenlerle sağlık hizmetlerine erişimleri sınırlı olan bir gruptur. Bu araştırmada Türkiye'deki seks işçilerinin sağlık hakkı ihlallerini, tarihsel mukayese ile değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırma niteliksel, fenomenolojik desende bir çalışma olarak tasarlanmış ve İstanbul'da yapılmıştır. Araştırmanın evrenini kayıtsız çalışan seks işçileri ve 90'larda ve/veya günümüzde seks işçileri ile hasta-hekim ilişkisi bulunan hekimler oluşturmaktadır. Seks işçiliği yapan kişiler, çalışma yıllarına göre 3 gruptan (90'lı yıllarda çalışmış ve son 10 yılda çalışmayan, 90'lı yıllarda çalışmış ve son 10 yılda çalışmaya devam eden, 90'lı yıllarda çalışmayıp son 10 yılda çalışan) örnek seçimi yapılarak veri toplanmıştır. 22 Mart 2021-28 Ekim 2021 tarihleri arasında 19 seks işçisi ve 5 hekim toplamda 24 kişi ile görüşülmüştür. Görüşmeler 20-60 dakika arasında sürmüştür. Seks işçilerine çeşitli dernek, vakıf ve sosyal ağlar vasıtasıyla ulaşıp yaş ve halen aktif çalışma durumlarının belirleyici olduğu amaçlı örneklem yöntemi ile ulaşılmıştır. Hekimlere çeşitli dernek, vakıf ve birlikler vasıtasıyla ulaşıp, örneklem oluşmasında kartopu tekniği kullanılmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme formu aracılığıyla yapılan görüşmelerin 11 tanesi fiziki ortamda, 13 tanesi görüntülü görüşme tekniği kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Görüntülü görüşmenin gerçekleşmesinde araştırmanın pandemi döneminde yapılmasının etkisi mevcuttur. Görüşülen kişilerin izniyle ses kaydı alınmış, ses kayıtları yazıya aktarılmıştır. Araştırmacı tarafından MAXQDA programı ile içerik analizi yapılmıştır. Araştırma için İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden 18.03.2021 tarihli-139021 sayılı etik kurul izni alınmıştır. Araştırmada herhangi bir finansal destek alınmamıştır ve çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Araştırmada, kayıtlı seks işçilerinin sayıca az olması ve pandemi koşullarından ötürü genelevlerin kapalı olması sebebiyle kayıtsız seks işçileri ile görüşülmüştür. Pandemi koşulları yapılan görüşmelerin sayılarına da etki etmiştir. Özellikle 90'lı yıllarda çalışmış, yaşça büyük kişilere ulaşımı zorlaştırmıştır. Pandemi dönemindeki yasaklarla beraber, seks işçilerinin sokakta çalışmalarının zorlaşması kişilere yalnızca sosyal medya ağlarıyla ve sivil toplum kuruluşları vasıtasıyla ulaşılmasına neden olmuştur. Görüşmeler esnasında oluşabilecek dil sorunu nedeniyle, mülteci seks işçileriyle görüşülmemiş, bu değerlendirme yapılamamıştır.

Bulgular

Görüşme yapılan seks işçilerinin çoğunluğunun 30-49 yaş grubunda olduğu görülmektedir. En genci 21, en yaşlısı 55 yaşındadır. Kişilerin çoğu cinsiyet kimliklerini trans kadın olarak tanımlamaktadır. Bunun haricinde travesti, kadın, crossdresser olarak tanımlayan kişiler de mevcuttu. Kişilerin yarısının sosyal güvencesinin olmadığı görülmektedir. Sosyal güvencesi olanların çoğu yaşça büyük kişilerden oluşmaktadır.

Seks işçilerinin en sık kronik hastalıkları olup, bu hastalıklar içinde psikolojik sorunlar önemli bir yer tutmaktadır. Seks işçileri devlet hastanesi ve özel hastane ikileminde zor bir seçim yapmak durumunda kalmaktadır. Bu araştırmada bulgular: adli muayenedeki uygunsuzluklar, sağlık personelinin olumsuz tutumu

Özet Sözlü Bildiri

(transfobi/ayrımcılık/ilgisizlik/stigmatizasyon), sağlık hizmetinin niteliğini etkileyen hastayla ilişkili faktörler, sağlık hizmetinde tarihsel değişim, yaşanan olumsuz deneyimler sonucunda geliştirilen davranışlar, olumlu tutumlar olmak üzere 6 tema altında toplanmıştır.

Görüşülen seks işçilerinin aldıkları sağlık hizmetleri sırasında çeşitli hak ihlallerine maruz kaldıklarını ve ihlallerin büyük çoğunluğunun 90'lı yıllarda sıklıkla göz altına alınan seks işçilerinin, gözüaltı giriş-çıkışlarındaki tıbbi darp muayeneleri sırasında yaşandığı belirtilmektedir. Tıbbi darp muayenelerinin İstanbul Protokolü'ne uygun olmadığı gözlenmektedir.

Transfobi genelde kişilere deadname'i (atanmış/kimlik ismi) ile hitap edilmesi, alaycı bakışlar, kişinin atanmış cinsiyetine göre servise yatırılması şeklinde gerçekleşmekte, stigmatizasyon ise seks işçiliğinin başta HIV/AIDS olmak üzere çeşitli CYBE'lerle ilişkilendirilmesi biçiminde görülmektedir.

Sağlık hizmetine erişimde karşılaşılan zorluklar kişileri sağlık hizmeti almaktan çekinmek gibi radikal yöntemlere sevk etmektedir. Sağlık hizmetinin niteliğini etkileyen hastayla ilişkili faktörler arasında sosyal güvence, ekonomik durum, cinsiyet kimliği, meslek bulunmaktadır. Görüşülen kişilerin çoğu 90'lı yıllarda hekimlerin seks işçilerine yönelik davranışlarının daha olumsuz, son 10 yılda daha olumlu olduğu yönündeydi. Özellikle seks işçilerinin 90'lı yıllardaki Cancan adı verilen Deri ve Zührevi Hastalıklar Hastanesi deneyimleri, o dönemlere ait başlıca şikâyet kaynağıydı.

Seks işçileri ile sağlık personelinin kendilerine karşı tutumları detaylıca irdelendiğinde, görüşülen kişilerden bir kısmı yaşadıkları olumlu deneyimlerden de bahsettiler. Bu olumlu deneyim ve yaklaşımları kendileriyle ilgili faktörlerle açıklayanlar olduğu gibi, olumsuz yaklaşımların kişiden kişiye, hekimden hekime göre değiştiğini belirtip; bu olumsuz deneyimlerin genele oranla küçük bir kesimle ilişkisi olduğundan söz ettiler. Olumlu yaklaşımlardan bahsedenlerin çoğunluğu spesifik olarak belli konularda özelleşmiş merkezlerden veya aile hekimliklerinden söz ettiler.

90'lı yıllar şiddetin fazlalığı, STK çalışmalarının yaygınlaşmamış olması, teknolojinin gelişmemiş olmasından kaynaklı hak ihlallerinin kanıtlanamaması, şikâyet mekanizmalarının fayda vermemesi, hekimlerin bilgi ve eğitim eksikliği gibi nedenlerle Türkiye'de çalışan seks işçilerinin sağlık haklarının sıklıkla ihlal edildiği yıllardır.

Sonuç

Araştırmada seks işçilerinin sağlık haklarına dair ihlaller ve sağlığa erişimlerinin önündeki engeller bir kez daha ortaya çıkmıştır. Sağlık personeli tarafından maruz kalınan nefret söylemleri, transfobi, ayrımcılık, stigmatizasyon, sağlık personelinin ilgisizliği, kriminalizasyon, yasalar tarafından korunmamak, ekonomik güçlükler, sosyal güvencesizlik, toplumun bakışı, bilgi eksikliği, şikâyetlerin dikkate alınmaması gibi nedenlerle seks işçilerinin sağlık hizmetlerine erişimi güç durumdadır. Aradan geçen yıllar içinde tıbbi literatür daha kapsayıcı bir yönde gelişmiş, bu gelişmelerle birlikte yetişen genç hekimlerin bakış açısı olumlu yönde değişmiş olsa da; başta sağlık personelinin ayrımcılığa karşı eğitim almalarının sağlanması, seks işçilerinin sosyal haklarının düzenlenmesi, seks işçilerinin CYBE hakkında bilgi düzeylerinin artırılması, şikâyet mekanizmalarının etkinleştirilmesi, eşitlikçi ve kapsayıcı politikalarla toplumun bakış açısının değişmesine katkı sunulması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: seks işçisi, sağlık hakkı, sağlığa erişim, transgender

Tam Metin Sözlü Bildiri

S105

**PANDEMİ VE BARINMA YOKSUNLUĞU BAĞLAMINDA KADINLARIN
SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETİ ERİŞİMİ: BASMANE ÖRNEĞİ**

İrem ŞEVİK, Meltem ÇİÇEKLIOĞLU

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD., Türkiye

Giriş ve Amaç

Barınmanın, sağlığın belirleyeni olarak kabul edilmesinin tarihi, Sanayi Devrimi sonrasında olumsuz konut koşullarında yaşayan işçi sınıfının sağlık durumunu tanımlayan ve müdahale alanlarına işaret eden Virchow, Chadwick ve Engels'in raporlarına kadar uzanır ve büyük salgınlara paralel olarak güçlenerek seyredir.^{1,2}

Barınma yoksunluğu en şiddetli form olan sokak evsizliğinden; konutun kullanım hakkının yasal güvenliği, hizmetlerin kullanılabilirliği, ödenebilirlik, erişilebilirlik, oturulabilirlik, konum ve kültürel elverişlilik gibi Birleşmiş Milletler tarafından belirlenen koşulları sağlamayan konutlarda yaşamaya uzanan bir spektrumdur.³ Barınma yoksunluğunun sokak evsizliğiyle sınırlanmayıp bir spektrum olarak benimsenmesiyle, daha fazla genç, kadın ve ailenin temsili sağlanmıştır.^{4,5} Böylelikle barınma yoksunluğunun sebepleri sadece birey ve sorumluluk odağından kurtarılmış, yoksulluk gibi paylaşılan sosyoekonomik sebepler ön plana çıkmıştır. Barınma yoksunluğunun sınırları; coğrafi, sosyokültürel, demografik, ekonomik ve politik özelliklere göre farklılık göstermekle beraber FEANTSA (European Federation of National Organisations Working with the Homeless)'nın önermiş olduğu ETHOS (European Typology of Homelessness and Housing Exclusion) sınıflandırmasına literatürde ortak bir dil kullanmak amacıyla sıklıkla başvurulmaktadır.⁶

Barınma yoksunluğu içindeki kişiler, sanitasyonun sağlanamaması ya da kalabalık hane içi nüfus gibi sebeplerle enfeksiyonla karşılaşma ihtimali daha yüksek ve halihazırda kronik hastalıklara sahip kişilerdir.⁷ Barınma yoksunluğu deneyimi olan kişilerin sağlık hizmetine erişimi de kısıtlıdır. Sağlık güvencesi, olumsuz sağlık hizmeti deneyimi, ulaşım, başka ihtiyaçların öncelenmesi gibi sebepler sağlık hizmeti kullanımını geciktirmekte, bazı hallerde ise tamamen engellemektedir.⁷

COVID19 sürecinde, enfeksiyon ve ölümlerin sosyoekonomik olarak dezavantajlı ve olumsuz konut koşullarının yaygın olduğu yerlerde yoğunlaşması, var olan sağlık eşitsizliklerini belirginleştirmiş; barınma hakkı, sağlık ve gıda hakkı için temel bir gereklilik olarak vurgulanmıştır.^{8,9,10} Barınma yoksunluğu içindeki grubun sağlık durumunun ve sağlık hizmetine erişiminin daha iyi tanımlanmasıyla yürütülen kapsamlı ihtiyaç analizleri, uygun toplum tabanlı müdahalelerin gerçekleştirilmesini sağlayacaktır.

Bu araştırmanın amacı, İzmir'de yaşayan konut yoksunluğu deneyimi olan yetişkin kadınların pandemi dönemindeki sağlık durumlarını, sağlık hizmetlerine erişimlerini ve COVID19 ile ilişkili koruyucu hizmetlere erişimlerini tanımlamaktır.

Gereç ve Yöntem

Bu araştırma, nitel araştırma teknikleriyle gerçekleştirilmiş tanımlayıcı bir araştırmadır. Çalışma, Nisan-Eylül ayları arasında, İzmir'de konut yoksunluğunun yoğun olarak gözlemlendiği, sosyoekonomik olarak dezavantajlı ve çoğunlukla göçmen nüfusun ikamet ettiği Basmane semtinde gerçekleştirilmiştir.¹¹ Basmane, hem iç hem dış göçle İzmir'e gelen nüfusun sıklıkla yerleştiği bir bölgedir. Bölgeye dış göç, başlıca Suriye, Afganistan ve Afrika'dan; iç göç ise daha çok Orta ve Doğu Anadolu'dan gerçekleşmektedir.¹¹ Bölgede iki adet Aile Sağlığı Merkezi, bir adet Sağlıklı Hayat Merkezi, Göçmen Sağlığı Birimi ve bir adet Güçlendirilmiş Göçmen Sağlığı

Tam Metin Sözlü Bildiri

Merkezi (GGSM) bulunmaktadır. Bir adet ikinci basamak hastane, iki adet üçüncü basamak kamu hastanesi (eğitim araştırma hastanesi), bir adet kamu dış hastanesi bölgeye yakın konumda hizmet vermektedir.

Bu araştırma kapsamında ETHOS'un 12 ve 13. alt kategorisinde değerlendirilen bir konut yoksunluğu deneyimi olan, Basmane'de ikamet eden ve 18 yaşının üzerindeki 17 kadınla görüşülmüştür. Çalışmada barınma yoksunluğu, ETHOS'un 12. alt kategorisi (elverişsiz veya uygunsuz konut koşullarında yaşayanlar) ve 13. alt kategorisini (kalabalık hane içi nüfusun olduğu konutlarda yaşayanlar) kapsamaktadır.⁶

Çalışmada kartopu örneklem yöntemi kullanılmıştır. Görüşülen ilk beş katılımcıya Sokak Çorbacıları Yardımlaşma Derneği aracılığıyla ulaşılmıştır. Yaş, eğitim düzeyi ve göç durumu ulaşılabilecek en yüksek çeşitliliğe ulaşmak için belirleyici olarak kullanılmıştır. Görüşmelere, veri doygunluğa ulaşıncaya kadar devam edilmiştir.

Derinlemesine görüşme yöntemiyle veri toplanmıştır. Derinlemesine görüşmelerde kullanılmak üzere sosyodemografik özellikler ve konut özelliklerine (kişi başına düşen oda sayısı, ısıtma olanağı, pencerelerin durumu, duvar ve tavanın uygunluğu, çatının uygunluğu, zeminin uygunluğu, akan musluk varlığı, banyo varlığı, küf varlığı, kemirgen ve haşere varlığı, aydınlatma, tuvaletin varlığı ve özellikleri, kira) dair bir anket ve sekiz adet açık uçlu sorudan oluşan yarı yapılandırılmış bir görüşme formu hazırlanmıştır. Açık uçlu sorulardan ilk dördü katılımcının genel sağlık durumu algısı, sağlığa ilişkin kaygıları ve sağlık bağlamında COVID19 deneyimine; diğer sorular ise katılımcının sağlık hizmetine ve COVID19 ile ilişkili koruyucu malzemelere erişimine yöneliktir.

Görüşmeler başlamadan önce, mahalledeki sosyal bağlamı gözlemlemek ve araştırma sürecindeki güven ilişkisini güçlendirmek için bir ay boyunca haftada iki gün olmak üzere mahalle ziyaret edilmiştir. Görüşmelerden önce, katılımcıların konut özelliklerinin ETHOS'un belirtilen alt kategorilerine uygunluğu konut özelliklerine dair anket formu ile değerlendirilmiştir. Görüşmeler, katılımcıların evlerinde ses kaydıyla gerçekleştirilmiş, görüşmenin dili katılımcının tercihinin bırakılmıştır. Görüşme sırasında ortamda sadece araştırmacı ve katılımcının bulunmasına özen gösterilmiştir. Sekiz görüşmede tercüman desteği alınmıştır. Görüşmelerin hemen sonrasında, görüşme sırasındaki gözlem ve izlenimlerin aktarıldığı metinler oluşturulmuştur.

Görüşmeleri gerçekleştiren araştırmacı, ses kayıtlarını çözümleyerek yazılı metin (transkript) haline getirmiştir. Transkriptler, içerik analizi yöntemiyle kodlanmış ve analiz edilmiştir. Kodlama, verilerden elde edilen kavramlara dayanarak oluşturulmuştur. Öncelikle öne çıkan kesitler aracılığıyla açık kodlar belirlenmiş, bu süreci seçici kodların belirlenmesi izlemiştir. Seçici kodlar ve ilişkili alıntılar ikinci bir araştırmacı tarafından tekrar okunmuş ve kod listesinde değişiklikler gerçekleştirilmiştir. Değişiklikler üzerinde fikir birliği sağlandıktan sonra veri ortak kodlar altında yeniden işlenmiştir. Kodlar bir araya getirilmiş ve ilişkili kodlar belirli kategoriler altında sınıflandırılmıştır. Bu kategoriler çalışmanın kuramsal çerçevesi ve verinin anlam bütünlüğü ile uyumlu olup çalışmanın temalarını oluşturmuştur.

Çalışma için Ege Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır. (Onay Kararı:22-4T/25). Katılımcılar, görüşmelerin ses kaydıyla kaydedileceği konusunda bilgilendirilmiş ve katılımcı onamı alınmıştır.

Çalışma için finansal destek alınmamıştır. Çıkar çatışması yoktur.

Bulgular

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Katılımcıların ortalama yaşı 38.9 ± 15.3 olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların konut özellikleri Tablo 2'de sunulmuştur.

Tam Metin Sözlü Bildiri

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı (n=17)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş		
18-36	8	47.06
37-55	6	35.29
56-74	3	17.65
Eğitim Durumu		
Okur yazar olmayan	7	41.18
İlkokul	3	17.65
Ortaokul	2	11.76
Lise	3	17.65
Lisans	2	11.76
Mesleği		
Var	3	17.65
Yok	14	82.35
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	3	17.65
Çalışmıyor	14	82.35
Geliri		
Günlük Asgari Bedelden Düşük	13	76.47
Günlük Asgari Bedele Eşit	4	23.53
Sosyal Güvencesi		
Var	2	11.76
Yok	15	88.24
Sağlık Güvencesi		
Var	10	58.82
Yok	7	41.18
Medeni Hali		
Bekar	2	11.76
Evli	13	76.47
Dul	2	11.76
Göç Öyküsü		
İç Göç	7	41.18
Dış Göç	10	58.82

Tam Metin Sözlü Bildiri

Tablo 2. Katılımcıların Konut Özelliklerine Göre Dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Konut sahipliği		
Konut kendisine ait	2	11.76
Kiracı	15	88.24
Kira Bedeli		
Gelirinin %30'undan Az	10	58.82
Gelirinin %30'undan Fazla	7	41.18
Hanedeki Kişi Sayısı		
1-5	11	64.71
6-10	6	35.29
Kişi Başına Düşen Alan		
Oda Sayısı / Kişi <1,5	15	88.24
Oda Sayısı / Kişi > 1,5	2	11.76
Isıtma Olanağı		
Isıtma yok	3	17.65
Isıtma var ama kullanılmıyor*	8	47.06
Isıtma var	6	35.29
Elektriğe Erişim		
Düzenli erişim sağlanıyor	11	64.71
Düzenli erişim sağlanamıyor	6	35.29
Suya Erişim		
Düzenli erişim sağlanıyor	11	64.71
Düzenli erişim sağlanamıyor.	6	35.29
Çatının Uygunluğu		
Çatı sızdırıyor	9	52.94
Çatı sağlam	8	47.06
Zeminin Uygunluğu		
Zemin kaplaması yok	1	5.88
Zemin kaplaması çatlak/kırık/çökmüş/kabarmış	14	82.35
Zemin kaplaması sağlam	2	11.76
Duvar ve Tavanın Uygunluğu		
Boya ve sıva yok	4	23.53
Boya ve sıvalarda dökülme/ soyulma/çatlama/delinme/kabarma var	13	76.47
Boya ve sıva sağlam	0	0.00
Pencerelerin Durumu		
Pencereler uygunsuz/soğuk geçiriyor	10	58.72
Pencereler sağlam	7	41.18
Aydınlatma		
Aydınlatma yeterli	3	17.65
Aydınlatma yetersiz	14	82.35
Haşere ve Kemirgen Varlığı		
Var	9	52.94
Yok	8	47.06
Banyo Varlığı		
Yaşanılan yer içinde banyo var	16	94.12
Yaşanılan yer içinde banyo yok	1	5.88

*8 Katılımcının tamamı maddi nedenlerle düzenli ısınmayı sağlayacak yakacaklara erişemediğini belirtirken, 2 katılımcı elbiselerini yakmak zorunda kaldıklarını, 1 katılımcı ise çöpten yakacak topladığını belirtmişlerdir.

Analiz sonucunda bulgular üç tema ve dokuz kategori altında sunulmuştur. Alıntının ait olduğu katılımcı belirtilirken parantez içinde yaş ve eğitim durumunun baş harfi (OYD: Okur yazar değil, İ: ilkokul, O: ortaokul, L: Lise, AÜ: Üniversite - Açık öğretim, Ü: Üniversite) kullanılmış, göçmen katılımcılar sona eklenen G harfiyle temsil edilmiştir.

Yaşam Koşulları ve Sağlık İlişkisi

Katılımcıların çoğu sağlık durumunun kötü olduğuna ilişkin ifadeler kullanmıştır. (12/17) Sağlık durumu al-

Tam Metin Sözlü Bildiri

gısı, sadece hastalık ile değil gıda, yakacak ve diğer temel ihtiyaçlarla da ilişkilendirilerek ifade edilmiştir.

İmmobilizasyon, fonksiyon kaybı ve sonuçta ortaya çıkan bakım ihtiyacı dört katılımcı tarafından sağlığa ilişkin kaygıları arasında sayılmıştır.

Katılımcılar pandemi dönemini psikolojik açıdan zor olarak tanımlamış; gıda, yakacak gibi temel ihtiyaçlara erişimin zorlaşması yönünden sağlıklarının kötü etkilendiğini ifade etmiştir. (7/17)

Olumsuz Konut Koşulları ve Sağlık İlişkisi

Katılımcılar olumsuz konut koşullarında yaşamanın sağlık durumlarıyla ilişkili olabileceğini ifade etmiş ve bu koşulları özellikle kas-iskelet sistemi, solunum sistemi ve sindirim sistemi rahatsızlıklarıyla ilişkilendirmiştir. Olumsuz konut koşullarının sağlık durumunu etkilediğini ifade eden katılımcıların yarısından fazlası (6/11) rutubetten ve rutubetle artan solunum yolu rahatsızlıklarından şikâyet etmiştir.

“Rutubetten dolayı rahatsız oluyorum, burnum tıkanıyor, nefes alamıyorum, ondan bunu kullanıyorum (ilacını gösteriyor)”

(33, OYD, G)

On bir katılımcı ısınma sorunundan bahsetmiştir. Bu katılımcılardan üçünün evinde herhangi bir ısıtma sistemi bulunmazken sekizinin evinde ısıtma sistemi olmasına rağmen ekonomik sebepler nedeniyle kullanılmamaktadır. Isınma yardımlara bağımlı kalmakta, yardımın olmadığı durumlarda battaniyeyle ısınılmaya çalışılmakta, bir başkasının evine gidilmekte veya yakacak olarak çöpten toplanan kâğıt vb. veya evdeki elbise vb. kullanılmaktadır.

“Pandemi döneminde devlet kömür vermediği için elbiselerimizi yaktık.”

(25, L, G)

Üç katılımcı ısınmamak ve hastalanmak arasında doğrudan bir ilişki kurmuştur.

“Kışta benim çocuklarım hep bir ay yattılar yatakta gripte. Soba yok, elektrik sobası da pahalı. Hep yatıyorlardı soğukta soğuktan.”

(38, OYD, G)

Sağlıkla ilişkilendirilen bir diğer konut özelliği yetersiz konut alanıdır. Yetersiz konut alanı doğrudan ve dolaylı olarak hastalıkla ilişkilendirilmiştir. COVID19 bağlamında yetersiz konut alanı, hane içi aşırı kalabalık nüfusun olduğu durumlarda bulaş riski nedeniyle olumsuz sağlık sonuçlarıyla ilişkilendirilmiştir. Ayrıca yetersiz konut alanı, testin pozitif çıkması halinde karantinanın uygun olarak sağlanamayacağı kaygısıyla, teste erişime de engel oluşturmuştur. Bir katılımcı ise yetersiz konut alanı ve konuttaki yoğun rutubeti kapanma düzenlemelerine tam uyamamanın gerekçesi olarak sunmuştur.

Gıdaya Erişim ve Sağlık İlişkisi

Gıdaya erişim, katılımcılar tarafından bir sağlık sorunu olarak ifade edilmiş, yedi katılımcı özellikle pandemiyle kötüleşen ekonomik durum ve artan gıda fiyatları sebebiyle gıdaya erişmekte zorlandığını belirtmiştir. Sebze, meyve ve protein grubu gıdalara erişim zorlaşmıştır.

“Açlıktan geberdik. Ne kocam çalışıyor... Pandemi döneminde iş yok... Hiç erzak falan da gelmedi, açlıktan öldük.”

(38, L, G)

Bazı katılımcılar ancak yardımlar aracılığıyla yeterli gıdaya erişebilmektedir. Gıda yardımlarının tüketim tarihi geçmiş olabilmekte veya böceklenmiş gıdalar dağıtılabilmektedir, yine de ihtiyaç sahipleri bu gıdaları tüket-

Tam Metin Sözlü Bildiri

tiklerini ifade etmiştir. Bir katılımcı ise çöpten yiyecek aramaktadır.

“Hiçbir şey yok, yiyecek bir şey yok, kocam bırakıp gitti, başkaları yardım olsun diye yiyecek getirdi... Geçen gün J (komşusunu kastederek) evde hissetmiş çocuklar ekmeksiz, ekmek getirmiş...”

(42, O, G)

Mahalle ve Sağlık İlişkisi

Mahalle ve sağlık ilişkisi katılımcılar tarafından daha çok COVID19 bağlamında değerlendirilmiştir. Katılımcıların çoğu (14/17) mahallede çok fazla kişinin COVID19 geçirdiğini belirtmiştir. Üç katılımcı bunun tesadüfi olduğunu ve Basmane'ye özgü olmadığını belirtmiştir. Her yer riskliydi vurgusu hakimdir. On katılımcı ise bu durumu, insanların maske takmak, sosyal mesafeye uymak ve hijyen malzemelerini kullanmak gibi konularda sorumsuz davranmasına ve Basmane'nin kirli bir yer olmasına bağlamaktadır. Bireysel sorumluluk vurgusu ön plandadır. Bir katılımcı herkesin dışarı çıktığını vurguladıktan sonra eşinin de işe giderken dışarı çıktığı için COVID19 olduğunu ifade etmiştir. Bu bağlamda dışarı çıkma zorunluluğunun dahi kişinin sorumluluğunda değerlendirildiği söylenebilmektedir.

Üç katılımcı mahallede sosyalleşme imkanlarının kısıtlı olduğunu belirtmiştir. Bir katılımcı sosyalleşmemenin sebep olduğu yalnızlık hissi ve ruhsal sıkıntının özellikle pandemi sürecinde derinleştiğini ifade etmiştir. İki katılımcı ise komşuluğun COVID19 önlemlerini anlamalarını ve uyum sağlamalarını kolaylaştırdığına ilişkin ifadelerde bulunmuştur.

Sosyal Özellikler ve Sağlık İlişkisi

Toplumsal Cinsiyet

Toplumsal cinsiyet, katılımcıların sağlık durumu algılarıyla ilgili ifadelerinde yer bulmuştur. Üç katılımcı, sağlık durumlarını nasıl değerlendirdikleri sorulduğunda, eşinin sağlık durumunu açıklamış ve eşinin sağlık durumu ile ilişkili kaygılarını belirtmiştir.

Katılımcıların çoğu çalışmamaktadır (14/17) ve haneye tek gelir getirenin eş olduğu durumlarda, pandeminin ekonomik etkileriyle beraber sağlık durumu algıları kötüleşmiş, sağlığa ilişkin kaygıları artmıştır.

“Psikolojik olarak yani hayat şartları zor oldu yani ne bileyim bu pandemiden dolayı... İki senedir kimse çalışmadı edemedi. Yani o zorlukları çok gördük bir de çocuklar evde kaldı, adam evde kaldı çalışmadı, çok zorluklar çektik yani.”

(46, İ)

Katılımcılar, zamanlarının çoğunu evde veya semt sınırları içinde geçirmektedir, bu nedenle sosyalleşmek ve haneye ekonomik destek sağlamak amacıyla eğitim talebinde bulunmuşlardır. Eğitim talebi başlıca evde yapılabilecek ekonomik katkı sağlayacak becerilere yönelik olmakla beraber, göçmen kadınlar tarafından Türkçe okuma - yazma eğitimi de talep edilmiştir.

Toplumsal cinsiyet ve kadına yüklenen bakım rolü, sağlığa ilişkin kaygının belirtildiği ifadelerde yer bulmuş veya doğrudan hastaneye gidememe sebebi olarak ifade edilmiştir. “Çocuğu bırakacak hiçbir yerin olmaması”, 1-3 yaş aralığında çocuğu olan dört kadından ikisi için sağlık hizmetine erişimde engel teşkil etmiştir. Hastalık durumunda çocukların bakımını üstlenecek kimsenin olmaması, sağlığa ilişkin kaygılar arasında sayılmıştır.

Dinsel İnanç

En ileri yaş aralığındaki katılımcıların tamamında (3), dinsel inanç kendi kendine sağaltma aracı olarak ifade edilmiş, sağlıkla ilişkili kaygıları savuşturmak adına kullanılmıştır. COVID19 bağlamında ise katılımcılar, korunmayı dinsel inanç aracılığıyla sağladıklarını düşündüklerini ifade etmişlerdir.

Tam Metin Sözlü Bildiri

Sağlık Hizmetine Erişim ve Kullanımı Önündeki Engeller

Katılımcılar, görüşmeler sırasında sağlık hizmetine ulaşırken karşılaştıkları farklı engelleri tariflemiştir. Bu engeller sağlık hizmeti kullanımının tamamen önüne geçebilmektedir. Altı katılımcı daha önce bir sağlık profesyoneli tarafından ihtiyacı olduğu ifade edilmesine rağmen sağlık arama davranışında bulunmamıştır.

“Özel bir hastalığım yok, zaten çoktan beridir doktora gittiğim de yok da işte dizlerimde kemikler çökme yapmış, sıvılar bitmiş diyorlar”

(73, İ)

Sağlık hizmeti erişim ve kullanımı sırasında karşılaşılan engeller, bu bölümde kategoriler halinde incelenmiştir.

Randevu Sistemi

Katılımcıların çoğu randevu sisteminden dolayı sağlık hizmetine erişimde zorluk yaşadığını belirtmiştir. (12/17) En yakın tarihli randevuya kadar olan uzun bekleme süresi veya randevuya hiç erişilememesi randevu sistemine en sık yöneltilen eleştirilerdir.

“Sen mesela hastasın randevu bulamıyorsun ölmen mi lazım? Gidemiyorsun. İşte o yüzden gidemiyorum çoğu zaman muayene olacağım 15 gün sonraya bulamıyorum...Ulaşamıyorum. Sağlığa da ulaşamıyoruz yani...”

(32, AÜ)

Randevu sistemiyle birlikte katılımcılar daha çok acil servis veya birinci basamak sağlık kurumlarını tercih ettiklerini dile getirmiştir. (8/17) Dört katılımcı ise randevu bulunmaması sebebiyle ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetine hiç erişemediğini ifade etmiştir. Yalnız bir katılımcı randevu sisteminin sağlık sistemi için olumlu bir gelişme olduğunu ve olası karışıklıkların önüne geçtiğini savunmuştur.

Hizmet Sunucusuna İlişkin Özellikler

Hizmet sunucusuyla ilişkili olumsuz deneyimlerin sonraki dönemdeki tedaviye uyumu ve sağlık hizmeti kullanımını olumsuz yönde etkilediği ifade edilmiştir. (5/17) Bununla beraber, doktora duyulan güvenin tedaviye uyumu arttırdığı ve COVID19 bağlamında aşı gibi hizmetlerin kullanımıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir. (6/17) Bir katılımcı, COVID19 bağlamında aile hekimleri tarafından telefonla sürdürülen izlemlerin hasta doktor ilişkisinde olumlu etkisi olduğunu ifade etmiştir.

Göçmen katılımcılar, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına erişimde sorun yaşamakta, bu nedenle GGSM'lere başvurmaktadır. Katılımcıların yakın olması nedeniyle sıklıkla başvurduğu GGSM'de kadın hastalıkları ve doğum uzmanı bulunmamaktadır. Bu nedenle üç katılımcı daha uzakta bulunan GGSM'ye gitmek durumunda kalmaktadır. Üç katılımcı GGSM'lerde kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının daha yaygın bulunmasını talep etmiştir.

“Sağlık ocağında kadın doğum doktoru olsun isterdim. Ne erkek var ne kadın var... Ultrason olsa.. Karabağlarda var ama hem çok uzak hem saat dörtte gitmen gerekiyor. Sıra gelmiyor.”

(32, O, G)

Finansman Sorunları

Güvence kapsamı, sağlık hizmetine erişimde önemli bir belirleyici olarak ön plana çıkmıştır. Sağlık hizmetine erişimde güvence kapsamı nedeniyle sorun yaşadığını belirtenlerin çoğu göçmen kadınlardır. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde güvencenin yeterince kapsayıcı olmadığı biri göçmen üç katılımcı tarafından ifade edilmiştir. Göçmen olmayan iki katılımcı da güvence sebebiyle hastaneye gitmediğini belirtmiştir. Güvence tedaviye erişimde de engel teşkil etmektedir.

“Ben 2-3 kere ödedim ama nasıl ödedim... (pulmoner emboli tedavisini kastediyor) Hiç yoktu... Oradan oraya

Tam Metin Sözlü Bildiri

oradan oraya borç.. Vallahi ... en son eşim dedi ben bunu...(ödeyemem) her ay bir milyar bir milyar zordur... “

(38, OYD, G)

Bir katılımcı güvencesi olmadığı için erişebildiği sınırlı tedaviyi ve bu kendi kendine tedaviyi sürekli artan ilaç fiyatlarına rağmen neden cepten ödemek zorunda olduğunu şöyle ifade etmiştir:

“...şimdi 20 milyona çıkmış ağrı kesiciler, o zaman on liraydı. Sigortası olmayana zor. Sadece ağrı kesici alabiliyorum, çünkü neden, doktora gitmedim, başka ilaçları bilmiyorum... Çok zam komuşlar ilaçlara, 30 olsa da almak zorundayız, ağrıyı çekesiye, en azından biraz hafifletiyor. Mecbur alacağız yani, 40 da dese alacağız.”

(58, OYD)

Güvence kapsamına ilişkin kaygılar COVID19 bağlamında teste erişimin önünde engel teşkil etmiştir. Bir katılımcı ise COVID19 kaygısının, güvencesizlik nedeniyle hastaneye gidememek kaygısıyla ilişkili olduğunu ifade etmiş, özellikle eve tek gelir getiren olan eşi için bu durumu vurgulamıştır.

Bir katılımcı ise hastanede yatış sürecinde bazı malzemeleri cepten ödemek zorunda kaldığını ve bu nedenle ekonomik olarak zorlandığını belirtmiştir.

Ekonomik koşullar katılımcıların pandemi sürecindeki korunma durumlarını da etkilemiştir. Çalışmak durumunda olan katılımcılar kapanma uygulayamadıklarını ifade etmiştir.

Katılımcıların çoğu (10/17), maske ve hijyen malzemelerine erişimde ekonomik sebeplerden dolayı zorlanmıştır. Erişim zorluğu yaşayan üç katılımcı, bir kereye mahsus olarak devlet kurumları aracılığıyla maske ve hijyen malzemelerine eriştiklerini ancak sunulan “yardımın” yeterli olmadığını ve devamlılık göstermediğini ifade etmiştir. İki katılımcı ise erişimdeki ekonomik engellere ek olarak, maske ve hijyen malzemelerinin pandeminin ilk döneminde hızlı ve aşırı tüketime bağlı olarak piyasada zor bulunur hale geldiğini vurgulamıştır.

“Valla bir ara bulunmuyordu, marketlerde falan bulunmuyordu işte o dönemde ulaşmak zordu. Şu anda şekere nasıl ulaşamıyorsak, una nasıl ulaşamıyorsak o da öyleydi. Kıtlık gibiydi yani.”

(32, AÜ)

Maske ve hijyen malzemelerine erişimde karşılaşılan ekonomik engeller, sınırlı kaynaklarla uzun süre idare etme gerekliliğini doğurmuş, bu durum malzemelerin uygun olmayan kullanımıyla sonuçlanmıştır.

“Yok valla, bi tane kolonya vardı en son su koyduk içine, çok pahalıydı, dezenfektanı sorduk, çok pahalıydı, onu nasıl alacağız kimse çalışmıyordu. Ben maske aldım bir kere, bedava almadım, paralı aldım. Yıkıyordum her gün maskeleri.”

(38, OYD, G)

Dil Kaynaklı Sorunlar

Göçmen katılımcıların tamamına yakını (8/9) sağlık hizmetine erişimde dil engeline değinmiştir. Katılımcılar, dil sebebiyle ikinci basamak sağlık kurumları yerine GGSM'ye başvurmaktadır. İkinci basamak sağlık kurumlarında tercümana erişim zorluğu veya yetersiz sayıdaki tercümana bağlı oluşan uzun bekleme süresi katılımcılar tarafından sıklıkla yinelenmiştir. Bu bağlamda GGSM'de Arapça hizmet sunan sağlık çalışanlarının olması katılımcılar açısından bir avantaj ve kolaylık olarak görülmektedir.

Tartışma

Barınma yoksunluğu içindeki kadınlar, kötü bir sağlık durumu algısına sahiptir ve sağlık hizmeti erişim ve kullanımının çeşitli basamaklarında engellerle karşılaşmaktadırlar. Bu engeller, sağlık arama davranışının oluşmasının dahi önüne geçebilmektedir.



Tam Metin Sözlü Bildiri

Katılımcıların çoğu, sağlık durumlarına dair ifadelerinde, öncelikle konut özellikleri ve gıdaya erişimle ilişkili sorunları bildirmiştir. Bu durum, sağlıklı hastalığın olmadığı durumlarla özdeşleştiren sağlık tanımlarının kısıtlılıklarını göstermektedir. Gıdaya erişimin ancak sosyal yardımlarla sağlandığı durumlar ifade edilmiştir. Sosyal hizmetin yerine sosyal yardımı koyan politikaların, elverişli konut, ısınma, gıda ve hijyen malzemelerine erişimde, dolayısıyla sağlıkta eşitsiz ve adil olmayan sonuçlara yol açtığı izlenmektedir.

Pandemi döneminde sağlık halinin sürdürülmesi, mahalle ve sağlık ilişkisi bağlamında bireyin sorumluluğunda görülmektedir. Katılımcılar, maskeye ve hijyen malzemelerine erişemediklerini ve ekonomik sebeplerle tam olarak kapanamadıklarını bildirmelerine rağmen, mahallenin diğer sakinlerinin maske takmaması ya da dışarı çıkıyor olması kişilerin sorumsuz olmasına bağlanmıştır. Neoliberalizmde risk yönetiminin bireyselleştirilmesi ve olumsuz sağlık sonuçlarının sorumluluğunun bireylere yüklenmesi ile karşılaşılır.¹² Neoliberalizmle güçlenen bireyin sorumluluğu söyleminin izleri, çalışmanın bulgularına göre pandemi bağlamında en kırılgan gruplarda dahi izlenmektedir.

Toplumsal cinsiyetin sağlık ve sağlık hizmetine erişimin pek çok basamağını etkilediği görülmektedir. Ekonomik bağımlılık gıdaya erişim ve sağlık güvencesi alanında özellikle vurgulanmış, bazı durumlarda eşin sağlığı bu nedenle öncelenmiştir. Ekonomik bağımlılık, tedaviye erişimde bağımlılığı da beraberinde getirmiştir. Literatür, kadının ekonomik olarak güçlenmesini, sağlığa yönelik kararları özgürce verebilme ve iyileşmiş sağlık hizmeti erişimi ve kullanımı ile ilişkilendirir.^{13,14,15} Bu bağlamda, kadının ekonomik bağımsızlığının sağlanması, sağlık açısından önemli bir müdahale alanı olarak değerlendirilebilir. Bakımın, özellikle çocuk bakımının, bir hizmet olarak değil, kadının sorumluluğu olarak algılanması ve bu sebeple sağlık arama davranışının tamamen engellenmesi, kadının sağlık hizmetine erişiminde toplumsal cinsiyet rollerinin önemli bir tezahürüdür.¹⁶

Katılımcılar, çoğunlukla birinci basamak sağlık kurumlarından hizmet almakta ve ikinci basamak sağlık kurumlarında sağlık hizmetine erişimde gelir, güvence kapsamı ve randevu sistemi gibi sebeplerle sorun yaşamaktadırlar. Bu açıdan, birinci basamak sağlık hizmetinin, sağlık eşitsizliklerini azaltıcı rolü ortadadır. Bulgular; gelir, güvence ve artan cepten ödemeyi sağlık hizmetine erişimin belirleyeni olarak öne süren literatürle uyumludur.^{17,18,19,20,21}

Dil, göçmen katılımcılar tarafından sağlık hizmetine erişimde bir engel olarak tanımlanmıştır. Sağlık hizmetine erişimde bir engel olarak dil, literatürde de kendisine yer bulmuştur.^{18,22} GGSM'lerde, anadilde sağlık hizmetinin göçmen katılımcıların sağlık hizmetine erişimindeki olumlu etkisi izlenebilmektedir. Benzer etkinin ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetine erişimde de izlenebilmesi için bu sağlık kurumlarında tercüman olanağının artırılması önem arz etmektedir.

Kısıtlılıklar

İzmir'de tek bir semtte sınırlı sayıda katılımcıyla gerçekleştirilen çalışmanın sonuçları genellenebilir değildir. Niteliksel bir çalışma olması nedeniyle sekiz görüşmede tercüman yardımı alınması bir diğer önemli sınırlılık olmakla beraber görüşmeler sırasında tercümanla beraber hazır bulunulmuştur. Çalışmada çeşitlilik sağlama çabası vardır; ancak triangulasyon uygulanamamıştır.

Sonuç

Kadınlar; barınma, cinsiyet, yoksulluk, göçmenlik gibi sağlık ve sağlık hizmetine erişimin pek çok belirleyenin kesişimselliğinin izlenebildiği önemli bir gruptur ve sağlık ve sağlık hizmetine erişimde karşılaştıkları engeller çoğunlukla yapısaldir. Bu nedenle, sağlık politikası yalnız birey odaklı çerçeveden kurtarılmalı, cinsiyet duyarlı ve sebeplerin sebebine odaklı topluma yönelik müdahaleler bir an önce hayata geçirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: barınma, COVID-19, kadın sağlığı, sağlık hizmetine erişim

Tam Metin Sözlü Bildiri

Kaynakça

1. Shaw M. Housing and public health. *Annu Rev Public Health*. 2004; 25: 397-418.
2. Jones-Eversley SD, Dean LT. After 121 Years, It's Time to Recognize W.E.B. Du Bois as a Founding Father of Social Epidemiology. *The Journal of Negro Education*. 2018; 87(3): 230 - 245.
3. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR), UN Habitat. *The Right to Adequate Housing (Factsheet 21, revision 1)*. [online] Available at: http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FS21_rev_1_Housing_en.pdf. Accessed October 5, 2022
4. Bretherton J. Homelessness and Gender Reconsidered. *European Journal of Homelessness*. 2017; 1-22.
5. Pleace N. Exclusion by Definition: The Under-Representation of Women in European Homelessness Statistics. In: Mayock P, Bretherton J editors. *Women's Homelessness in Europe*. London: Palgrave Macmillan. 2016.
6. Busch-Geertsema V, Edgar W, O'Sullivan E, Pleace N. Homelessness and Homeless Policies in Europe: Lessons from Research, *European Consensus Conference on Homelessness*. [online] Available at: <https://mintegia.siis.net/files/descargas/Buschhohnessness.pdf>. Accessed October 5, 2022.
7. Şevik İ, Çiçeklioğlu M. COVID19 Pandemisi Işığında Barınma Yoksunluğunu Yeniden Düşünmek. *Toplum ve Hekim*. 2022; 37(5): 377-390.
8. Bamba C, Riordan R, Ford J, Matthews F. The COVID-19 pandemic and health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2020; 74(11):964-968.
9. Marmot M, Allen J. COVID-19: exposing and amplifying inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2020; 74(9) : 681-682.
10. Farha L. UN Special Rapporteur on the right to adequate housing, 'Housing as the first line of defence against the COVID-19 outbreak', according to a UN expert', Press release - 18 March 2020. [online] Available at: <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25727&LangID=E>. Accessed October 5, 2022.
11. Oner AC, Durmaz-Drinwater B, Grant RJ. Precarity of refugees: the case of Basmane-İzmir. *Journal of Ethnic and Migration Studies*. 2020; 1-20.
12. Cardona B. The pitfalls of personalization rhetoric in time of health crisis: COVID-19 pandemic and cracks on neoliberal ideologies. *Health Promotion International*. 2020; 36(3) : 714-721.
13. Htun NMM, Hnin ZL, Khaing W. Empowerment and health care access barriers among currently married women in Myanmar. *BMC Public Health*. 2021; 21(1).
14. Roy K, Chaudhuri A. Influence of socioeconomic status, wealth and financial empowerment on gender differences in health and health-care utilization in later life: evidence from India. *Social Science & Medicine*. 2008; 66(9), 1951-1962.
15. Osamor P, Grady C. Women's autonomy in health care decision-making in developing countries: a synthesis of the literature. *International Journal Of Women's Health*. 2016; 8: 191-202.
16. Aleshire M, Adegboyega A, Escontrías O, Edward J, Hatcher J. Access to Care as a Barrier to Mammography for Black Women. *Policy, Politics, & Nursing Practice*. 2020; 22(1), 28-40.
17. Fu L, Lindenmeyer A, Phillimore J, & Lessard-Phillips L. Vulnerable migrants' access to healthcare in the early stages of the COVID-19 pandemic in the UK. *Public Health*. 2022; 203: 36-42.
18. Bahar Özvarış Ş, Kayı İ, Mardin D, Sakarya S, Ekzayez A, Meagher K, Patel P. COVID-19 barriers and response strategies for refugees and undocumented migrants in Turkey. *Journal Of Migration And Health*. 2020; 1-2, 100012.
19. Knights F, Carter J, Deal A, Crawshaw A, Hayward S, Jones L, Hargreaves, S. Impact of COVID-19 on migrants' access to primary care and implications for vaccine roll-out: a national qualitative study. *British Journal Of General Practice*. 2021;71(709): 583-595.
20. Stevens P, Keigher S. Systemic Barriers to Health Care Access for U.S. Women with HIV: The Role of Cost and insurance. *International Journal Of Health Services*. 2009; 39(2), 225-243.
21. Hoffman C, Paradise J. Health Insurance and Access to Health Care in the United States. *Annals Of The New York Academy Of Sciences*. 2008; 1136(1): 149-160.
22. Yong A, Germain S. Ethnic minority and migrant women's struggles in accessing healthcare during COVID-19: an intersectional analysis. *Journal For Cultural Research*. 2022; 26(1): 65-82.

Özet Sözlü Bildiri

S106

HUMAN TRAFFICKING IN TURKEY; 2016-2020

İsmail HAKKI TUNÇEZ

Konya İl Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

Introduction and Aim: The crime of human trafficking is one of the most serious human rights violations. The origin of dominating people and treating people as a commercial commodity is based on slavery. In this respect, since the crime in question is based on the exploitation of a person's body or labor, it is also referred to as human exploitation. In this study, it was aimed to determine the current situation of human trafficking in Turkey and its change over the years.

Materials-Methods: The universe of this study, which was designed in descriptive type, consists of 1115 human trafficking victims identified across Turkey between 2016-2020. Since the data of the entire population could be accessed in the study, no sample was taken. The data are taken from the fight against human trafficking report published every year by the Ministry of Interior, Directorate of Migration Management. Ethics committee approval was not obtained for the study, since the report in question was open to the public and free of charge. Spearman chi-square test was used with descriptive statistics in data analysis. Data analysis was done with IBM SPSS 22.0 computer program and statistical significance level was accepted as $p < 0.05$ for all tests.

Results: In the said report; 19.1% of the victims were men, 80.9% were women, and 90.7% were aged thirty-five and under. Again, according to the report; It was stated that 65.3% of these people were exposed to sexual exploitation, 22.3% to labor exploitation and 12.4% to other types of exploitation. While it was determined that there was a statistically significant increase in the type of labor exploitation by years from 2016 to 2020 ($r=0.900$, $p=0.037$), there was no significant change in sexual exploitation and other types of exploitation ($p>0.05$). In the report, it was stated that 23.0% of the victims were identified in Istanbul, 17.0% in Antalya, 9.5% in Şanlıurfa, 8.3% in İzmir and 42.2% in other provinces. While it was determined that there was a statistically significant decrease in the number of victims of human trafficking detected in Antalya by years ($r=-0.900$, $p=0.037$), there was no significant change in other provinces ($p>0.05$).

Conclusion: As a result, it is seen that the majority of human trafficking victims in Turkey are women and under 35 years old, and they are most exposed to sexual or labor exploitation. The increase in the number of people exposed to labor exploitation and the decrease in the number of victims in Antalya, where the entertainment sector is high, are findings that support each other. The fight against human trafficking should be made effective through national and international legislation and cooperation, and this modern slavery system should be prevented as much as possible.

Keywords: Human trafficking, Turkey, human exploitation

THE TWO ESSENTIAL COMPONENTS OF A COMPREHENSIVE RARE DISEASE CONTROL PROGRAM

Çağlar FİDAN¹, Recep AKDUR¹, Çiğdem Naz ÜNVER², Ömer Can ŞAHİN², Aşlı Begüm ALPER²

¹Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Türkiye

Summary

Rare diseases, which affect a small percentage of the population and have a negative impact on personal well-being, also affect millions of people globally and are recognized as an important public health problem. Due to the devastating nature of rare diseases, they have significant negative economic, social, and psychological impacts on patients and their communities, as well as challenging and costly diagnostic and treatment processes. The current ability of society to control common diseases has led to the rise of rare disease control as an important issue on the public health agenda. The two essential components of a comprehensive rare disease control program are: 1) primary prevention with carrier screening and 2) secondary prevention with early detection screening. Given the different genetic structures of nations and insufficient data on rare diseases, it may be considered advantageous to study the genetic infrastructures of countries, analyze cost-effectiveness along with the potential screening outcomes in accordance with national health policies, and identify the most effective carrier screening techniques. It is recommended to establish international criteria to ensure the affordability and effectiveness of carrier screening programs for the protection of public health, to model examples of countries with active and regular carrier screening programs similar to newborn blood spot screening, and to expand carrier screening programs.

Keywords: rare diseases prevention, carrier screening, preconception carrier screening, premarital screening, early diagnosis screening

Introduction

A rare disease is defined by the fact that it affects a small percentage of the population. However, there is no internationally recognized definition of a rare disease [1]. While the European Union defines rare diseases as life-threatening or chronically debilitating diseases that affect no more than 5 in 10,000 individuals, the Orphan Drug Act of 1983 and the Rare Diseases Act of 2002 define rare diseases as diseases that affect fewer than 200,000 individuals or affect 1 in 1500 individuals in the United States [1,2]. Data on the causes, pathophysiology, semiology, epidemiology and natural history of rare diseases are limited [3]. The diagnosis and treatment of rare diseases, which are recognized as a serious health problem worldwide, are very challenging and costly [3,4]. As with all diseases, in order to be successful in controlling rare diseases, the health program to be implemented must be based on protection and prevention. Therefore, it is very important to establish a comprehensive service network that includes the whole community and all its services to combat rare diseases.

The significance of health screenings in rare diseases

Health screenings are programs that are applied to healthy people at regular intervals [5]. The primary goals of screening programs are as follows: 1) Identifying at-risk individuals or carriers for screening, protecting them from the risk, and preventing disease onset (primary prevention). 2) Detecting and efficiently treating affected individuals at an early stage (at the asymptomatic/preclinical stage) (secondary prevention).

Screening is used in rare disease control programs for two purposes: 1) identifying individuals who are carriers (autosomal recessive (AR) or heterozygous for a pathogenic or possible pathogenic variant in an X-linked disease [6]; in other words, those who are at risk of marrying or having children (primary prevention); and 2) ensuring that affected individuals are diagnosed at an early stage and receive the most appropriate and effective treatment.

Tam Metin Sözlü Bildiri

1. Primary prevention with carrier screening: Approximately 1 in 100 couples worldwide are at risk of having a child affected by rare diseases as potential recessive carriers where the status does not usually affect one's own health and the birth of an affected child is typically unexpected. Carrier screening can detect the presence of these diseases/disorders. When carrier screening is mentioned, the perspective of genetic studies should be emphasized since screening strongly depends on the innovations the discipline brings.
2. Secondary prevention with early detection screening; Early diagnosis includes blood spot screening programs in the newborn period. In order to screen for rare diseases, many countries have incorporated newborn blood spot screening into their health screening programs. Similar practices exist in Turkey, where newborn blood spot screening is a more prominent and frequent screening method [7].

As seen in the diagram below, preventive health services are classified into five groups/classes. These groups are named primordial, primary, secondary, tertiary, and quaternary prevention. These groups also apply to rare diseases. In this context, the use of screening tests in a comprehensive rare disease control program is the most important tool or intervention. (Diagram: Comprehensive Control Program for Rare Diseases)

Diagram: COMPREHENSIVE CONTROL PROGRAM FOR RARE DISEASES (DISEASES ONSET AND PROGNOSIS)			
PRECLINIC PHASE		CLINIC PHASE	
PRIMORDIAL PREVENTION	PRIMARY PREVENTION	SECONDARY PREVENTION	TERTIARY PREVENTION
Evaluation of the social determinants	Determinations of the risk groups	Early diagnosis	Monitoring of patient and ongoing care
Legal regulations	Elimination of risk factors	Suitable treatments	Rehabilitation interventions
Making the infrastructure for health services	Premarital genetic screenings	Easy access to health services	Independency of the people and adequate income
Public education and raising the literacy level of the public	Prevent risk factors	Education of health personnel	Social participation
Raising the welfare level of the public	Prevent exposures	Easy-to-use healthcare facilities	
QUARTERNARY PREVENTION Prevention the overmedicalization Careful prescription/Attentive medical intervention/avoiding side effect Patient safety/Health services safety Avoiding fragmented and extreme specialization Combination of palliative care and monitoring			
This diagram is developed by Dr. Akdur			

Tam Metin Sözlü Bildiri

Who is screened and who should be screened?

Approximately 1 in 100 couples worldwide are at risk of having an affected child because of the possibility that one or both individuals may be recessive carriers [8]. The term carrier specifically refers to individuals who are heterozygous for a pathogenic or potentially pathogenic variant in an AR or X-linked disease/disorder [6]. Because carrier status does not usually affect one's own health, the birth of an affected child is typically unexpected [8].

Carrier screening, there can detect the presence of these diseases/disorders and the process involves analyzing a blood sample or other biological material. Over 40 years ago, Wilson and Jungner, on behalf of the World Health Organization (WHO), developed a gold standard criteria for the evaluation of population-based screening. These screening pioneers have proposed evaluating grounds in a way that explores four themes: the screened condition, the test, the treatment, and the screening program. While the Wilson and Jungner principles are a point of reference for government decision-making on screening, their practical implementation varies around the world to best adapt to local circumstances [9].

It is estimated that 1-2% of couples have a high probability of having a child with an AR or X-linked genetic disease. Often, people are unaware of genetic risks before having a child and discover their carrier status only after an affected is born. Carrier screening informs couples about their genetic risk prior to or during pregnancy. Couples at high risk can either plan for an affected child or choose reproductive procedures to avoid having one [10].

Advantages of Carrier Screening

The advantages of universal screening include the elimination of ethnic or racial factors, the reduction of stigma, and the removal of the burden on patients or physicians to recognize risk [11]. For a screening program to remain as a beneficial source however, long-term assessments must be made and its application to the current context and conditions, its technological applicability, and the efficacy of the treatment that follows must also be taken into account. For instance, preconception carrier screening for Spinal Muscular Atrophy (SMA) could no longer be required if a SMA medication can effectively treat newborns at an affordable cost and is incorporated in newborn screening (NBS). The impact of a nationwide Cystic Fibrosis (CF) carrier screening program in Israel has reduced the number of infants born with CF who have a relatively milder phenotype. As a result, the program's organizers have chosen to remove CF from the NBS panel. However, when a disorder has a treatment that worsens its effects on society, particularly economically, it can burden society and make preconception carrier screening even more critical [8]. When offered during the preconception period, carrier screening allows couples to make informed reproductive decisions, such as not having children, adopting, using Preimplantation Genetic Diagnosis (PGD) or In Vitro Fertilisation (IVF) to avoid having an affected child, or having a child naturally while being aware of the risks. By providing prospective parents with a diagnosis before the baby is born, pre-conception screening can prevent the birth of an affected child. Attempting to prevent the decision to terminate an affected pregnancy makes it more favorable in this regard than prenatal screening [9].

Disadvantages of Carrier Screening

Universal screening is expected to increase costs and complicate genetic variant analysis across laboratories. There will be a need to ensure that carrier screening tests have adequate accuracy and sensitivity across the population [11]. The expansion of carrier screening panels, in contrast to NBS public health programs, is currently primarily driven by commercial interests, is not founded on professional guidelines or defined criteria, and leads to a wide selection of tests covering hundreds of conditions. It may appear appealing to use a single test for multiple diseases/disorders at nearly the same cost, but if the risks and benefits are not carefully weighed, the program may inadvertently begin to include diseases/disorders that are mostly symptomatic in adults or variants of unknown significance. Another potential disadvantage of applying Next Generation Sequencing (NGS) in screening is the identification of less pathogenic DNA variants or variants of



Tam Metin Sözlü Bildiri

unknown significance. Also, the advantages of early treatment are unclear. Furthermore, American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) has stated that NBS cannot substitute for carrier screening and that NBS does not decrease the potential advantages of carrier screening. NBS remains significant. Not all prospective parents choose to participate in carrier screening tests or act on screening results because screening tests are not always able to detect all carriers [8].

The Perspective of Genetic Science

When carrier screening is mentioned, the perspective of genetic studies should be emphasized since screening strongly depends on the innovations the discipline brings. The aim of genetic screening tests is to guide couples to make autonomous, informed choices [12]. Technological advances have allowed more conditions to be detected, as panels spanning multiple conditions simultaneously replaced the gene-by-gene evaluation, and they have allowed carrier screening to become universal instead of a procedure specific to high-risk populations, making genetic tests affordable [11,13].

Whole Exome Sequencing (WES)

WES has been recognized as an ideal carrier screening method. Considering the technical advances of carrier screening and the application of a technological advance like WES, it is important to understand that WES does not identify every genetic variant that an individual carries. Among the cases where WES fails to identify a pathogenic variant, the following can be highlighted: mutations through deletion or duplication of all or part of the gene; microsatellite expansion mutations (dynamic mutations), diseases/disorders associated with mutations in two different genes (digenic inheritance), mutations not located in an exon (e.g., a pathogenic mutation in a promoter or intronic region), mutations in genes whose exons are captured with low efficiency by existing exonic selection kits; mutations in a gene that is very similar to other genes (paralogs) in the human genome, and mutations caused by the addition of a substitutive element [14].

Sequencing and Expanded Screening in Carrier Screening

Following the mentioned advances, it must also be noted that the identification of sequence variations in numerous genes concurrently at a low cost is made possible by next-generation sequencing. Carrier screening relies on next-generation sequencing (NGS), polymerase chain reaction (PCR), Sanger sequencing, multiplex ligation-linked probe amplification (MLPA), microarray and other laboratory methods to identify large-scale structural variants (SVs), including single nucleotide variants (SNVs) and copy number variants (CNVs) to identify small-scale genetic alterations. It is necessary to establish carrier screening procedures in a way that provides individuals an equal opportunity to learn about their reproductive risk using next-generation sequencing technology since expanded carrier screening is not expression specific. A better comprehension of this risk can enable patients to make informed reproductive decisions. Reproductive choice is a recognized indicator of the clinical value of universal carrier screening [6].

The Importance of Variants of Undetermined Significance (VUS) in Screening Reports

Typically, laboratories only report variations that are identified as pathogenic (>99% certainty) or likely (>90% certainty) pathogenic in a screening environment. However, there are cases where a variant of unknown significance (VUS) is reported [6]. Expanded Carrier Screening (ECS) reports currently include only pathogenic or likely pathogenic variants (P/LPVs) while VUS are not reported. P/LP and VUS carriers are thought to be at risk, especially for genes with high P/LP carrier rates. Researchers examined the consequences of VUS in an Ashkenazi Jewish population in a 2020 study, and they reported that in about 7% of the couples, ECS could detect P/LP and VUS carriers. According to the study's findings, if VUS are reported, the yield of ECS might be increased, and detection rates for couples at risk would dramatically increase [15]. This could involve recommending that a VUS be considered for reporting if, for example, one member in a couple is known to be carrying a pathogenic or potentially pathogenic variant after the second partner has been screened [6]. Regardless of the report's contents, patients must be made aware that the interpretation of clinical genetic test results is

Tam Metin Sözlü Bildiri

susceptible to change, that additional treatment may be required, and that while a negative screening result reduces the risk of carrying the diseases/disorders screened for, it does not completely eliminate it. The risk of being a carrier of any disease/disorder is never zero [15].

Genetics and Public Health

Public health aims to evaluate the redesign of diagnostic and laboratory services to integrate new genome-based technologies [16]. In order to implement carrier screening, it is necessary to ascertain the most effective approach for integrating genomic applications in population health. The implementation gap and health inequities may be reduced by collaboration between healthcare organizations and public health disparities [17].

Ethical Perspective

It may be considered beneficial to tackle ethical issues referring to carrier screening. Regarding the population-based screening aspect, the American College of Medical Genetics and Genomics (ACMG) noted that the accessibility of reproductive alternatives may vary depending on a number of social, legal, and cultural factors in various regions. It has been seen that partners are frequently chosen not at random but rather in response to social pressures, norms, and expectations [6]. Individuals may have different opinions on what is acceptable to screen for. Furthermore, routine carrier screening may cause new societal pressure on individuals to make particular choices [11]. An option that is rather important to mention is pregnancy termination, in other words, therapeutic abortion [8]. Even though some groups argue that abortion of an affected fetus during the prenatal period should not be recognized as a treatment option, ACMG has stated that when a fetus is diagnosed with a genetic disorder or congenital anomaly, couples should have the option of terminating the pregnancy [8,18].

Conclusion and Recommendations

Rare diseases create devastating effects by causing illness, disability and death when analyzed from the perspective of the individual, while from a social perspective, they have detrimental impacts on patients with rare diseases and their surroundings, including loss of workforce, economic, social, and psychological issues for both the sufferer and the care provider.

The loss of life at a young age of individuals with rare diseases should be seen as an important preventable cause of disease burden in terms of years lost due to death at a young age (YLL) and years lost due to disability (YLD).

All countries should establish comprehensive community and preventive service-based health programs to control rare diseases.

International criteria should be established to ensure the affordability and effectiveness of screening programs.

The genetic structures of countries should be thoroughly studied and appropriate planning to implement and expand the scope of carrier screening should be done by health professionals in accordance with the national health policies of the countries.

Intersectoral cooperation should be ensured in the devising and implementation of carrier screening.

A publicly-funded approach is essential to ensure that carrier screening is truly universal and equitable.

Researchers should include studies and advancements referring to genetic sciences, as well as the public's perspective on carrier screening, genetic testing and rare diseases in future studies.

Keywords: rare diseases prevention, carrier screening, preconception carrier screening, premarital screening, early diagnosis screening

Tam Metin Sözlü Bildiri

References

1. Julkowska, D., Austin, C. P., Cutillo, C. M., Gancberg, D., Hager, C., Halftermeyer, J., Jonker, A. H., Lau, L. P. L., Norstedt, I., Rath, A., Schuster, R., Simelyte, E., & van Weely, S. (2017). The importance of international collaboration for rare diseases research: A European perspective. In *Gene Therapy* (Vol. 24, Issue 9, pp. 562–571). Nature Publishing Group. <https://doi.org/10.1038/gt.2017.29>
2. Taruscio, D., Capozzoli, F., & Frank, C. (2011). Rare diseases and orphan drugs. *Ann Ist Super Sanità*, 47(1), 83–93.
3. de Vruueh, R., Baekelandt, E. R. F., & de Haan, J. M. H. (2013). Background paper 6.19 rare diseases.
4. Orphan Products: Hope for People With Rare Diseases | FDA. (n.d.). Retrieved October 1, 2022, from <https://www.fda.gov/drugs/information-consumers-and-patients-drugs/orphan-products-hope-people-rare-diseases>
5. Akın, H., Aşikovalı, S., Aykut, A., Bahsi, T., Başaran, S., Bolat, H., Bora, E., Bozkurt, G., Çağlayan, A. O., Çobanoğlu, N., Durmaz, A., Durmaz, B., Erdem, H. B., Ergün, M. A., Güleç, Ç., Karaca, E., Karakaya, T., Mıhçı, E., Öz, Ö., & Ünsel, M. (2020). Güncel genetik tabanlı tarama testleri (H. Akın, Ed.; 1st ed.).
6. Gregg, A. R., Aarabi, M., Klugman, S., Leach, N. T., Bashford, M. T., Goldwaser, T., Chen, E., Sparks, T. N., Reddi, H. v., Rajkovic, A., & Dungan, J. S. (2021). Screening for autosomal recessive and X-linked conditions during pregnancy and preconception: a practice resource of the American College of Medical Genetics and Genomics (ACMG). *Genetics in Medicine*, 23(10), 1793–1806. <https://doi.org/10.1038/S41436-021-01203-Z/ATTACHMENT/BE6DEE31-3AC2-45A3-9148-FC510C4C8F5D/MMC1.PDF>
7. Fidan, C., Orun, H., Alper, A. B., Unver, C. N., Sahin, O. C., Ugurlu, Z., Akdur, R., & Taruscio, D. (2022). Expanded newborn bloodspot screening: developed country examples and what can be done in Turkey. *Intractable & Rare Diseases Research*, 11(2), 63. <https://doi.org/10.5582/IRDR.2022.01039>
8. Cornel, M. C., Rigter, T., Jansen, M. E., & Henneman, L. (2021). Neonatal and carrier screening for rare diseases: how innovation challenges screening criteria worldwide. *Journal of Community Genetics*, 12(2), 257–265. <https://doi.org/10.1007/S12687-020-00488-Y/TABLES/2>
9. Molster, C. M., Lister, K., Metternick-Jones, S., Baynam, G., Clarke, A. J., Straub, V., Dawkins, H. J. S., & Laing, N. (2017). Outcomes of an international workshop on preconception expanded carrier screening: Some considerations for governments. *Frontiers in Public Health*, 5(FEB), 25. <https://doi.org/10.3389/FPUBH.2017.00025/BIBTEX>
10. Victorian Clinical Genetics Services. (2019). Reproductive genetic carrier screening - is more better? *The Partumpost*, 3(3).
11. Rowe, C. A., & Wright, C. F. (2020). Expanded universal carrier screening and its implementation within a publicly funded healthcare service. *Journal of Community Genetics*, 11(1), 21–38. <https://doi.org/10.1007/S12687-019-00443-6/TABLES/8>
12. Singer, A., & Sagi-Dain, L. (2020). Impact of a national genetic carrier-screening program for reproductive purposes. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 99(6), 802–808. <https://doi.org/10.1111/AOGS.13858>
13. Bajaj, K., & Gross, S. J. (2014). Carrier Screening: Past, Present, and Future. *Journal of Clinical Medicine*, 3(3), 1033. <https://doi.org/10.3390/JCM3031033>
14. Santos, C. M. de A. dos, Heller, A. H., Pena, H. B., & Pena, S. D. J. (2021). A Protocol for Preconceptional Screening of Consanguineous Couples Using Whole Exome Sequencing. *Frontiers in Genetics*, 12. <https://doi.org/10.3389/FGENE.2021.685123>
15. Fridman, H., Behar, D. M., Carmi, S., & Levy-Lahad, E. (2020). Preconception carrier screening yield: effect of variants of unknown significance in partners of carriers with clinically significant variants. *Genetics in Medicine*, 22(3), 646–653. <https://doi.org/10.1038/s41436-019-0676-x>
16. Molster, C. M., Bowman, F. L., Bilkey, G. A., Cho, A. S., Burns, B. L., Nowak, K. J., & Dawkins, H. J. S. (2018). The evolution of public health genomics: Exploring its past, present, and future. *Frontiers in Public Health*, 6, 247. <https://doi.org/10.3389/FPUBH.2018.00247/BIBTEX>
17. Khoury, M. J., & Holt, K. E. (2021). The impact of genomics on precision public health: beyond the pandemic. *Genome Medicine*, 13(1), 1–4. <https://doi.org/10.1186/S13073-021-00886-Y/METRICS>
18. ACMG Board of Directors. (2013). ACMG statement on access to reproductive options after prenatal diagnosis. *Genetics in Medicine*, 15(11), 900. <https://doi.org/10.1038/gim.2013.139>

Özet Sözlü Bildiri

S108

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ'NDE TAKİP EDİLEN HIV İLE YAŞAYAN BİREYLERİN SAĞLIK HİZMET KULLANIM ÖZELLİKLERİ

Aslı ATA TENELER¹, Zeliha Aslı ÖCEK², Deniz GÖKENGİN³

¹Giresun Merkez Toplum Sağlığı Merkezi, Türkiye

²Ludwig Maximilians University of Munich, Institut für Medizinische Informationsverarbeitung Biometrie und Epidemiologie, Almanya

³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Türkiye

Giriş ve Amaç: HIV (Human Immunodeficiency Virus) ile yaşayan bireyler ayrımcılığa uğrama korkusu nedeniyle sağlık hizmetleri (SH)'ne erişimde güçlük yaşayabilmektedirler. Bu kişilerin HIV ile ilişkili olan ve olmayan sebeplerle SH'ni kullanım sıklığını saptamak ve bu hizmeti kolaylaştıran ve engelleyen unsurlar ile SH kullanımını sırasında maruz kalınan ayrımcılığı ortaya koymak bu çalışmanın amacıdır.

Gereç ve Yöntem: Bu tanımlayıcı/ kesitsel tipteki çalışma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi (EÜTF) HIV polikliniğinde takip edilen, HIV ile yaşayan bireyleri kapsamaktadır. Kayıtlı 516 hasta içerisinde %95 güven aralığı, %5 hata payı ve prevalans %50 alınarak örneklem büyüklüğü 220 kişi olarak hesaplanmıştır. 6 aylık kontroller boyunca polikliniğe en az bir defa başvuracakları düşünülerek 2018 Eylül-2019 Şubat aralığında veri toplanmıştır.

Bağımlı değişken acil servis (AS), aile hekimi (AH), ağız ve diş sağlığı (ADS) ve HIV dışındaki poliklinikler (HIV-dışı) ile HIV polikliniğinin son bir yıldaki kullanımınıdır. Bağımsız değişkenler sosyodemografik ve ekonomik etmenler, HIV ile ilişkili etmenler, sosyal destek, SH'nin kullanımı sırasında erişimi engelleyen unsurlar ve algılanan ayrımcılık olarak gruplandırılmıştır. Sosyal destek "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" (ÇBASDÖ) ile değerlendirilmiştir. Yedili Likert tipi 12 önerme sonucu elde edilen puanın yüksek olması, algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir. Engeller ve ayrımcılık literatürden derlenen önermelerden oluşan anket ile yüz yüze görüşülerek sorgulanmıştır. EÜTF Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (28.08.2018 no:18-8/24) onay alınmıştır. Aydınlatılmış gönüllü onamı verenler çalışmaya dâhil edilmiştir. Çalışmada maddi destek alınmamıştır ve çıkar çatışması yoktur.

Veriler SPSS 24.0 istatistik programında değerlendirilmiş, tanımlayıcı analizde numerik değişkenler ortalama ve standart sapma, kategorik değişkenler sayı ve yüzde ile gösterilmiştir. Normal dağılıma uygunluk değerlendirildikten sonra ki-kare veya Mann Whitney U testleri ile karşılaştırmalar yapılmıştır. Post-hoc güç, G*Power 3.1.9.7 programı ile hesaplanmıştır. p<0,05 anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılmayı kabul eden 132 (cevaplama oranı %60) kişinin %92,9'unun biyolojik cinsiyeti erkektir, %50'si kendini homoseksüel olarak tanımlamıştır. Yaş ortalaması 35,91±9,45'tir. ÇBASDÖ ortalama puanı 57,06±16,1'dir. Çalışmanın post-hoc hesaplanan gücü orta etki büyüklüğü 0,3 kabul edilerek %76 hesaplanmıştır.

Son bir yıl içinde katılımcıların % 50,3'ü AS, %46,5'i AH, %44,6'sı ADS, %48,4'ü HIV dışı ve %97,5'i ise HIV poliklinik hizmetini kullanmıştır. Acil SH dışında diğer tüm hizmetlerde katılımcıların yarısından fazlası en az bir tane erişim engeli belirtmiştir (sırasıyla AS:%16; AH: %55,1; ADS: %62,2; HIV-dışı: %80,1; HIV: %75). En az bir tane algılanan ayrımcılık bildirilme sıklığının %55,6 ile ADS SH'de ve %52,3 ile HIV-dışındaki polikliniklerde diğer hizmetlerden daha fazla olduğu belirlenmiştir. Sağlık çalışanına HIV pozitif olduğunu bildirme sıklığının HIV dışındaki polikliniklerde %56,4 ile en yüksek olduğu, diğer hizmet kullanımlarında bildirim oldukça düşük olduğu saptanmıştır. HIV tanısının söylenmesi halinde kendisine farklı davranılacağı korkusu tüm hizmetlerde en sık karşılaşılan engeller arasındadır (sırasıyla AS %48,1; AH %50,6; ADS %52,6;

Özet Sözlü Bildiri

HIV-dışı %66,7; HIV 0). “Sağlık çalışanlarının HIV+ olduğum için bana iyi davranmadığımı hissettim” önermesine katılanların oranı AS’de %37,5; ADS’de %37; HIV dışı polikliniklerde %38,6’dır.

Erişim engelleri ($p>0,05$), algılanan ayrımcılık ($p>0,05$) ve sosyal destek ($p>0,05$) ile SH kullanımı arasında anlamlı ilişki görülmemiştir. Katılımcıların HIV tanısı nedeniyle kendisine diğer hastalardan farklı davranılacağı korkusu, SH kullanım sırasında daha az bildirimde bulunmalarına ve dolayısıyla engel ve ayrımcılığın saptanamamasına sebep olmuş olabilir.

Sonuç: Çalışma grubunun yarısına yakını son bir yıl içinde farklı SH’yi kullandıklarını bildirmişlerdir. HIV tanısının söylenmesi halinde kendisine farklı davranılacağı korkusu en sık SH kullanım engelidir. SH sağlayıcılarına HIV ile yaşayan bireylere yaklaşım ve farkındalık konusunda eğitimler faydalı olacaktır. İleri çalışmalarda HIV ile yaşayan bireylerin SH kullanımına ilişkin kolaylaştırıcı ve engelleyen unsurlar, nitel yöntemlerle sorgulanabilir.

Anahtar Kelimeler: HIV ile yaşayan bireyler, Sağlık hizmet kullanımı, Erişim engelleri, Ayrımcılık

Özet Sözlü Bildiri

S109

İSTANBUL'DA BİR HASTANEDEKİ HEKİMLERİN YABANCI HASTALARLA İLETİŞİMİNİN NİTELİKSEL DEĞERLENDİRİLMESİ

**Cemre Hilal KESEN YURTCANLI¹, Seyhan HİDİROĞLU¹, Beyza Nur ATAÖĞLU¹, Beril Aycan YAĞIZ²,
Burak BEKGÖZ², Elif Pelin YILMAZ², Zeynep BAYKAL²**

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş ve Amaç: Hasta ve sağlık çalışanları arasındaki iletişim, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesi üzerinde büyük bir etkiye sahiptir. Hastaların hekimleriyle kurdukları iletişimin yeterli olması tanı, tetkik ve tedavi süreçlerinin kritik bir belirleyicisidir. Yapılan çalışmalarda dil engelleriyle karşılaşan hastaların, yerel dili konuşan hastalara kıyasla daha kötü sağlık sonuçlarına sahip olduğu gösterilmiştir. Öte yandan bu durumun hekimlerde stres ve yetersizlik hissine sebep olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmada hekimlerin yabancı hastalara sağlık hizmeti sunarken yaşadıkları deneyimleri anlamak ve hekim ile yabancı hastalar arasındaki iletişim sorunlarının sağlık çalışanı perspektifinden değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma niteliksel tipte planlanmış bir araştırmadır. Mayıs- Haziran 2022 tarihinde İstanbul'da kamuya ait bir üniversite hastanesinde görev yapmakta olan gönüllü hekimlerle yüz yüze, derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Görüşmeler niteliksel araştırmalar konusunda eğitim almış hekimler tarafından hastanede uygun bir odada gerçekleştirilmiştir. Araştırmada daha sağlıklı veriler elde edebilmek için süre sınırlandırılması yapılmamış olup, gönüllünün konu dışına çıkmasına izin verilmeden veriler doygunluğa ulaştığında görüşmeler sonlandırılmıştır. Görüşmeler ortalama 30 dakika sürmüştür. Katılımcılar 4 İç Hastalıkları, 4 Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, 1 Göğüs Hastalıkları, 1 Kadın Doğum ve Hastalıkları, 1 Aile Hekimliği ve 1 Acil Tıp asistanı olmak üzere farklı klinik tecrübelerine sahip toplam 12 hekimden oluşmaktadır. Görüşmeler katılımcıların izni ile kayıt altına alınmış daha sonra yazıya geçirilmiştir. Araştırmada veri toplama aracı olarak literatür taraması sonucu oluşturulan yarı-yapılandırılmış soru formu kullanılmıştır. Yapılan görüşmelerin yazıya dökülmesiyle 34 sayfalık transkript oluşturulmuştur. Toplanan verileri analiz etmek için tematik analiz yöntemi kullanılmıştır. Her bir transkript, görüşmeleri yapan araştırmacılar tarafından ayrı ayrı değerlendirilip Atlas.ti programı yardımıyla kodlanmıştır. Tematik analiz için Excel programı kullanılmıştır. Tüm kodlamalar tamamlandıktan sonra araştırmadan elde edilen kodlara göre temalar ve alt temalar oluşturulmuştur. Bu araştırma Helsinki bildirgesi ilkelerine uygun olarak ve yerel etik komiteden onay alınarak planlanmıştır (09.2021.1272). Çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamıştır ve çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Bulgular: Yapılan analizler sonucunda "İletişim problemleri ve tercümanlık hizmetleri", "Yabancı hasta takibi ve hastane başvuruları", "Sağlık hizmetlerinin kalite ve kapasitesi", ve "Çözüm önerileri" olmak üzere 4 ana tema ortaya çıkmıştır. Katılımcıların tamamı yabancı hastalarla yaşadıkları deneyimleri anlatırken dil engelden bahsetmişlerdir. İletişim problemleri nedeniyle tanı ve tedavi süresinin uzadığını, özellikle acil serviste müdahalenin zorlaştığını, hasta mahremiyetinin sağlanamadığını belirleterek; bu durumun hem doktoru hem hastayı zor durumda bıraktığını ifade etmişlerdir. Yabancı hastaların tedavi uyumlarının diğer hastalara göre daha az olduğunu gözlemlediklerini belirtmişlerdir. Ayrıca dil engelinin yanı sıra sosyokültürel farklılıkların da hasta hekim arasındaki empatiyi engelleyerek süreci zorlaştırdığını ifade eden katılımcılar olmuştur. Hekimler, tercümanlık hizmetleri ile ilgili olarak hastanede böyle bir hizmetin olduğunu fakat gecikmeler olabildiğini ve tercümanın tıp diline hâkim olmadığı hallerde, durumun hasta tarafından tam olarak anlaşıldığından emin olmadıklarını söylemişlerdir. Yabancı hastaların kimlik ve sigorta problemleri sebebiyle tetkik sürecinde yetersiz kaldığını ve kayıt sistemindeki eksik bilgilerden dolayı hastaların takibinin mümkün olmadığını belirtmişlerdir. Katılımcıların vurguladıkları başka bir konu ise; ülkemizde gittikçe artmakta olan göçmen

Özet Sözlü Bildiri

nüfusunun yaşadıkları yerde yetersiz sağlık hizmeti almış olmalarıdır. Bundan dolayı yetersiz bağışıklama, bulaşıcı hastalıklar, takipsiz gebelikler gibi bazı sağlık sorunlarının arttığını ve sağlık sistemine çok yük bindiğini belirtmişlerdir. Hekimler öneri olarak ise tercümanlık hizmetlerinin kalitesinin iyileştirilmesinin ve tıp eğitimine yabancı hastalarla iletişimle ilgili konuların entegre edilmesinin gerekliliğinden bahsetmişlerdir.

Sonuç: Çalışmanın sonucunda özellikle göçmen hastalar başta olmak üzere yabancı hastalara sağlık hizmeti sunumunda en önemli sorunun iletişim engeli olduğu görülmektedir. Tanı ve tedavi sürecinde dil bilmemeye bağlı iletişim eksikliği hasta mahremiyetinin ihlaline ve sağlık hakkının kaybına, çalışanlarla hastalar arasında olumsuzluklara yol açmaktadır. Nitel çalışmaların doğası gereği sonuçların genellenememesi ya da yalnızca sınırlı ve özel genellemeler yapılabilmesi çalışmanın kısıtlılığıdır. Ülkemizde savaşlar, ekonomik kaygılar gibi sebeplerden dolayı gittikçe artmakta olan yabancı nüfusun sağlık sistemindeki etkilerini ve oluşan sorunları, sahada hekimlerin gözünden derinlemesine anlayabilmeyi sağlaması araştırmanın güçlü yönünü oluşturmaktadır. Bu bağlamda bu çalışmada da öne çıkan iletişim sorununa yönelik çözümler üretilmesi, tercümanlık hizmetlerine dair altyapının geliştirilmesi önerilmektedir. Ayrıca yabancı hastaların sağlık sistemine ve haklarına dair bilgilendirilmesi, sağlık çalışanları için de konuya dair hizmet içi eğitimler planlanması gerekmektedir. Halk sağlığı pratiğinin bütüncül yaklaşımı gereği sağlık hizmeti, her grubun ihtiyacı doğrultusunda ve mevcut kaynaklar etkili şekilde kullanılarak, en kaliteli ve kapsamlı şekilde sunulmalıdır. Bununla alakalı olarak konunun farklı ve geniş popülasyonlarla yapılacak çalışmalar ile daha detaylı değerlendirilmesi, güncel tutulması ve saptanan sorunlara yeni çözümlerin geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Dil bariyeri, Göçmen sağlığı, İletişim, Sağlık hizmetleri, Yabancı hastalar

Özet Sözlü Bildiri

S110

SAĞLIKLI YAŞAM BEKLENTİSİNİN YÜKSEK OLDUĞU ÜLKELERDE CİNSİYETE ÖZEL SAĞLIKLI YAŞAM BEKLENTİSİNİN BAZI DAVRANIŞSAL VE METABOLİK RİSKLER AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ: EKOLOJİK BİR ÇALIŞMA

Muammer KUNT

Konya İl Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

Giriş ve Amaç: Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılı (Disability Adjusted Life Year / DALY), erken yaşlardaki ölümler ile ölümle sonuçlanmayan ancak uzun dönemli işlev kaybına yol açan hastalıklar ve yaralanmalar nedeniyle kaybedilen yılları sayan mutlak bir sağlık kaybı ölçütüdür. 1 DALY, 1 sağlıklı yaşam yılından kaybı ifade eder. Sağlıklı Yaşam Beklentisi (Health Adjusted Life Expectancy / HALE) ise kişinin, hayatında ne kadarlık süreyi sağlıklı bir şekilde yaşadığını yıl cinsinden ifade eder. Doğumda beklenen yaşam süresinde elde edilen gelişmelere paralel olarak bu yılların ne kadarının sağlıklı geçtiği daha çok tartışılmaktadır. Sağlıklı yaşam beklentisinin yüksek olduğu ülkelerde ise hastalık yüklerinin büyük bir kısmı davranışsal ve metabolik risklere atfedilmektedir. Bu çalışmada cinsiyete özel doğumda beklenen HALE'nin yüksek olduğu ülkelerde bazı davranışsal ve metabolik risklerin bu durum ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Ekolojik türdeki bu çalışmada Washington Üniversitesi Sağlık Ölçümleri ve Değerlendirme Enstitüsü (IHME) tarafından yapılan Küresel Hastalık Yükü Çalışması 2019'a (GBD 2019) ait kamuya açık veriler kullanıldığı için etik kurul onayı alınmadı. Çalışmaya GBD 2019 sonuçlarına göre sıralanan 204 ülke arasından kadınlarda ve erkeklerde ayrı olarak doğumda beklenen HALE sıralamasında en yüksek çeyrekte yer alan ülkeler dâhil edildi. Bağımlı değişken HALE, bağımsız değişkenler ise tütün kullanımına (aktif ve pasif), alkol kullanımına, beslenmeyle ilgili risklere, yetersiz fiziksel aktiviteye, yüksek beden kitle indeksine, yüksek sistolik kan basıncına, yüksek LDL kolesterole ve yüksek açlık kan şekere atfedilen 100.000 kişiye düşen yaşa standardize DALY olarak belirlendi. Verilerin normal dağılımı Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Tanımlayıcı istatistik olarak ortanca (1. çeyreklik-3. çeyreklik) hesaplandı. Pearson ve Spearman korelasyon analizleri yapıldı. İstatistiksel analizlerde SPSS istatistik programı 22.0 sürümü kullanıldı ve tüm analizlerde anlamlılık değeri $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Kadınlarda çalışmaya alınan 51 ülkenin HALE ortancası 71,1 yıl (70,3-71,8) olarak bulundu. Kadınlarda HALE ile arasında anlamlı negatif korelasyon bulunan bağımsız değişkenlerin ilişki düzeyi güçlüden zayıfa doğru; yüksek LDL kolesterol [395 (332-548) DALY, $\rho = -0,633$; $p < 0,001$], beslenmeyle ilgili riskler [879 (713-1003) DALY, $\rho = -0,618$; $p < 0,001$], yüksek sistolik kan basıncı [987 (822-1319) DALY, $\rho = -0,598$; $p < 0,001$], tütün kullanımı [1218 (855-1543) DALY, $r = -0,488$; $p < 0,001$], yüksek beden kitle indeksi [1187 (1042-1724) DALY, $\rho = -0,466$; $p = 0,001$] ve yüksek açlık kan şekeri [1051 (842-1499) DALY, $\rho = -0,334$; $p = 0,017$] şeklindeydi. Alkol kullanımı [408 (256-551) DALY, $r = -0,264$; $p = 0,062$] ve yetersiz fiziksel aktivite [147 (127-192) DALY, $\rho = -0,253$; $p = 0,073$] ile HALE arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmedi. Erkeklerde çalışmaya alınan 51 ülkenin HALE ortancası ise 69,1 yıl (68,1-70,5) olarak bulundu. Erkeklerde HALE ile arasında anlamlı negatif korelasyon bulunan bağımsız değişkenlerin ilişki düzeyi güçlüden zayıfa doğru; yüksek beden kitle indeksi [1478 (1239-2214) DALY, $\rho = -0,837$; $p < 0,001$], yüksek sistolik kan basıncı [1797 (1387-2376) DALY, $\rho = -0,794$; $p < 0,001$], beslenmeyle ilgili riskler [1556 (1287-1947) DALY, $\rho = -0,768$; $p < 0,001$], yüksek LDL kolesterol [894 (689-1313) DALY, $\rho = -0,689$; $p < 0,001$], yüksek açlık kan şekeri [1603 (1265-2263) DALY, $\rho = -0,681$; $p < 0,001$], tütün kullanımı [2789 (2111-3204) DALY, $\rho = -0,413$; $p = 0,003$] ve yetersiz fiziksel aktivite [158 (126-243) DALY, $\rho = -0,326$; $p = 0,020$] şeklindeydi. Alkol kullanımı [1411 (1059-1931) DALY, $\rho = -0,075$; $p = 0,603$] ile HALE arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmedi.

Özet Sözlü Bildiri

Sonuç: Kadınlarda ve erkeklerde atfedilen DALY ortancası en yüksek ve en düşük risk faktörleri benzerlik göstererek sırasıyla tütün kullanımı ve yetersiz fiziksel aktivite olarak bulunurken risk faktörleri ile HALE arasındaki ilişki düzeyleri açısından farklılıklar görülmüştür. Kadınlarda erkeklerden farklı olarak yetersiz fiziksel aktivite ile HALE arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken kadınlarda yüksek LDL kolesterol, erkeklerde ise yüksek beden kitle indeksi, HALE ile en güçlü negatif korelasyona sahip olan risk faktörleri olarak tespit edilmiştir. Çalışma bulguları ışığında, sağlıklı yaşam beklentisinin yüksek olduğu ülkelerde cinsiyete özel HALE ile negatif yönde güçlü ilişkisi olduğu tespit edilen risk faktörlerinin önlenmesine yönelik çalışmalara daha fazla yoğunluk verilmesi gerektiği söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: sağlıklı yaşam beklentisi, davranışsal riskler, metabolik riskler, DALY, HALE

Özet Sözlü Bildiri

S111

**MANİSA'DA AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE İZLENEN TIP-2 DİYABETLİ BİREYLERİN
GLİSEMİK KONTROLÜNÜ ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Gülsüm ŞANLIERKEKOĞLU, Erhan ESER

CBÜ Halk Sağlığı, Türkiye

Giriş ve Amaç: Tüm dünyada epidemi şeklini alan yüksek düzeyde mortalite ve morbiditeye yol açan diabetes mellitusta (DM) tedavi glisemik kontrole odaklanmıştır. Bu çalışmada Tip-2 DM'li hastaların Türkiye'de yeni geliştirilen Hastalık Yönetim Platformu (HYP) uygulamasına geçilmeden önceki glisemik kontrol durumları ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel çalışmanın evrenini Manisa kent merkezinde yedi ASM'deki 21 aile hekimine 18-21.07.22'de başvuran Tip-2 DM'li hastalar oluşmaktadır. Evren hesabında DM kaba prevalansı %17 ve her diyabetlinin 100 günde bir birinci basamak kurumuna başvurması varsayımları kullanılmış olup 4 veri toplama gününde maksimum 428 Tip-2 DM'li başvurusu beklenmektedir. Örnek seçimine gidilmemiş, başvuran tüm Tip-2 DM'li olgularla görüşülmesi hedeflenmiştir. Görüşülen Tip-2 DM'li olguların %93.9'u çalışmaya katılmayı kabul etmiştir(n=280).

Çalışmanın bağımlı değişkeni, HbA1c ile değerlendirilen hastaların glisemik kontrol durumudur. Katılımcıların sosyodemografik, yaşam biçimi ve diyabetle ilgili özellikleri (sigara/ alkol kullanımı, kronik hastalık varlığı, fiziksel aktivite durumu, bel çevresi (en alt kaburga kemiğiyle iliak kemik arası orta noktasından ölçülerek kadın ≥ 80 cm, erkek ≥ 94 cm riskli/yüksek riskli)), tedavi uyumu (8 değişkenli Morisky Tedavi Uyum Ölçeği'ne göre <6 puan:düşük; 6-7 puan: orta; 8 puan: yüksek düzeyde tedaviye uyumlu), duygudurumu (WHO Beş İyilik Durumu İndeksi <13 puan:kötü ruhsal iyilik haline sahip) ve hastalık yönetim niteliği (PACIC-Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçek puanı artışı, bireylerin sağlık hizmet memnuniyetlerinin yüksek; kronik hastalık yönetimlerinin yeterli olduğunu göstermekte) bağımsız değişkenlerdir. Tanımlayıcı analizlerde 280, nedensellik çözümlenmelerinde HbA1c elde edilebilen 189 kişinin verileri SPSS 23.0 programıyla kullanılmıştır. Tek değişkenli analizlerde Student's t test, Ki-kare testi ve çok değişkenli analizlerde Logistik Regresyon kullanılmıştır. Tip-1 hata değeri $p < 0.05$ anlamlı kabul edilmiştir. Manisa Celal Bayar ÜTF Etik Kurulundan onay alınmış, çalışmada çıkar çatışması, aynı katkı veya parasal destek alınmamıştır.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 60.5 ± 10.2 ve ortalama diyabet süresi 10.7 ± 8.5 yıldır. Kişilerin %57.9'u kadın, %94.3'ü bel çevresi açısından riskli/yüksek riskli, %68.6'sı düzenli fiziksel aktivite yapmamaktadır. Kişilerin %52.4'ü yetersiz ($> \%7.0$) glisemik kontrole sahiptir, son HbA1c bakılma zaman ortalaması 7.1 ± 13.0 aydır. Katılımcıların %53.6'sı diyabet eğitimi almıştır, %23.6'sının evde kan şekeri cihazı yoktur, %31.1'i nadiren/hiç kan şekerini ölçtürmemektedir. Katılımcıların %37.9'u diyabet kontrolü için diyetle çok az/hiç uyum göstermemekte, %47.1'i izlemlerini ASM'de yaptırmakta, %57.5'i 3-6 ayda bir düzenli diyabet takibine gitmektedir. Kişilerin %35.0'i tedaviye düşük uyumlu, %31.4'ü kötü ruhsal iyilik hali içinde ve PACIC puan ortalamaları 63.1 ± 18.6 'dır. Katılımcıların %18.2'si son 1 yıl içerisinde şeker yüksekliği/düşüklüğü nedeniyle atak yaşamıştır. Katılımcıların %13.2'sinin kalp damar, %8.2'sinin böbrek hastalığı, %24.3'ünün gözde katarakt/kanaması, %12.5'inin ayakta yarası, %53.9'unun yanma/karınçalanması bulunmaktadır. Çoklu analiz sonucunda kötü glisemik kontrol riskini, 56-64 yaş arasında olmak 4.29 kat (%95GA:1.75-10.48), 65 yaş ve üzeri olmak 4.29 kat (%95GA:1.86-9.88); diyabet açısından düzenli takip edilmemek 2.53 kat (%95GA:1.23-5.24); sadece insülin tedavisi almak 9.90 kat (%95GA:1.60-61.12), OAD ve insülin tedavisi almak 5.14 kat (%95GA:1.64-16.06); orta düzeyde tedavi uyumu göstermek 3.17 kat (%95GA:1.31-7.65); düşük tedavi uyumu göstermek 3.10 kat (%95GA:1.33-7.23); kötü ruhsal iyilik haline sahip olmak 2.15 kat (%95GA:1.03-4.50) artırmaktadır.

Özet Sözlü Bildiri

Sonuç: Yaklaşık her iki Tip-2 DM'liden biri kötü glisemik kontrole sahiptir. Hastaların büyük kısmı, bel çevresi açısından riskli ve düzenli fiziksel aktivite yapmamaktadır. Yaklaşık her üç diyabetliden biri diyabet kontrolü için diyetine uymamaktadır. Hastaların yaklaşık yarısı takiplerini birinci basamak dışında yaptırmakta, düzenli takip ve tedavi uyumu yetersiz düzeyde kalmaktadır. Glisemik kontrolü etkileyen önemli belirleyicilerse yaşlılık, olumsuz duygudurum, düzensiz diyabet takibi, sadece insülin veya OAD+insülin tedavisi alma, tedaviye düşük veya orta düzeyde uyum göstermektir. Sonuç olarak HYP sayesinde risk faktörlerinin çoğunun aşılacağı düşünülmekle birlikte yaşlılar için evde bakım hizmetiyle entegre HYP yürütülmesi gündeme gelebilir.

Anahtar Kelimeler: Diabetes mellitus, Hb A1c, Glisemik kontrol

Özet Sözlü Bildiri

S112

MANİSA'DA AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİ'NE BAŞVURAN 18-64 YAŞ KADINLARDA FAZLA KİLOLULUK/OBEZİTE VE KİLO VERME GİRİŞİMİ SIKLIĞI VE NEDENSELLİĞİ

Zeynep Ceyda BURAN, Erhan ESER

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Halk Sağlığı, Türkiye

Giriş ve Amaç: Toplumda sıklığı giderek artan fazla kiloluluk/obezite (FK/O) kardiyovasküler ve endokrin sistem başta olmak üzere çeşitli hastalıklara yol açan önemli bir sağlık sorunudur. Kadınlardaki FK/O sıklığı 2022 Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Obezite Raporu 2016 yılı Türkiye verilerine göre %69.3, Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2017 verilerine göre %67.8 bulunmuştur. Amaç Manisa'daki kentsel yarıkentsel bölgelerdeki aile sağlığı merkezlerine (ASM) başvuran 18-64 yaş kadınlarda FK/O ve kilo verme girişimi (KVG) sıklığı ve nedenselliğini araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Manisa'da dört ASM'deki 22 Aile Hekimliği Birimi'ne 24-25.05-01.06.22'de başvuran 18-64 yaş arası kadınlar evreninde yürütülen bir çalışmadır. Bölgedeki 1.basamak sağlık hizmet kullanım verileri değerlendirildiğinde 18-64 yaş arası yıllık ASM'ye başvuru sayısının 2 olduğu varsayımıyla 3 veri toplama gününde 615 kadın başvurusu beklenmektedir. Örnek seçimine gidilmemiş, başvuran tüm 18-64 yaş kadınlarla görüşülmesi hedeflenmiş 327 kadına ulaşılmıştır. Veriler anket formu ile kadınlardan onam alındıktan sonra yüz yüze görüşme tekniğiyle toplanmıştır. Çalışmanın bağımlı değişkenleri FK/O ve KVG; bağımsız değişkenler sosyodemografik özellikler, yaşam biçimi özellikleri, sağlık hizmetleri kullanım özellikleri, obezite ile ilişkili durumlar, doğurganlık özellikleri, beslenme alışkanlıkları, iyilik hali-hoşnutluk durumudur. Kilo-boy ölçümü yapılmış, DSÖ BKİ kriterlerine göre ≥ 25.0 kg/m² olanlar FK/O kabul edilmiştir; psikolojik iyilik hali için DSÖ İyilik Hali Endeksi (WHO-5) kullanılmış, <13 puan alma kötü duygudurum olarak değerlendirilmiştir. Analizde tanımlayıcı istatistikler, sürekli veride Student's T Testi, kategorik veride Ki-Kare testi, çoklu analizde lojistik regresyon analizi yapılmış, tip 1 hata 0.05 olarak belirlenmiştir. Celal Bayar ÜTF etik kurulundan onay alınmıştır. Finansal destek alınmamıştır, çıkar çatışması yoktur.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 40.33±12.31'dir. Kadınların %51.4'ü yarıkentsel bölgede yaşamakta, %23.5'i sigara içmekte, %76.5'i alkol kullanmamakta, %53.5'i egzersiz yapmamaktadır. Katılımcıların %33.3'ünün kronik hastalığı vardır. Kişilerin %21.1'inin uyku kalitesi kötü, %8.6'sının beslenmesi sağlıksızdır. Kadınların %50.5'i FK/O (%28.7 FK; %21.7 O), bunların %62.4'ü en az bir kez KVG'de bulunmuştur. Kadınların %52.0'si kendini FK/O olarak değerlendirmektedir, %40.7'sinin FK/O olan 1.derecede yakını vardır. FK/O kişilerin %62.4'ü KVG'de bulunmuştur. Kişilerin %60.2'sinin yakın çevresinde KVG'de bulunan kişi vardır, KVG'de bulunanların %32.3'ü başarılı olmuştur. WHO-5'e göre %30.6'sı kötü duyguduruma sahiptir. Çoklu analizlere göre; FK/O riskini her bir yaş artışı 1.1 (%95GA:1.04-1.11), yarıkentsel bölgede yaşama 1.9 (%95GA:1.03-3.7), sigara kullanmama 2.3 (%95GA:1.1-4.9), haftada 1-3 kez fiziksel aktivite yapma 7.9 (%95GA:1.5-40.2), hiç fiziksel aktivite yapmama 11.4 (%95GA:2.3-57.3), kronik hastalık varlığı 2.4 (%95GA:1.2-4.9), kilodan memnun olmama 6.6 (%95GA:2.9-14.4), KVG'de bulunma 2.7 (%95GA:1.4-5.3), ekran başında >2 sa/gün zaman geçirme 2.3 (%95GA:1.2-4.5), kötü duyguduruma sahip olma 4.0 (%95GA:1.9-8.5) kat arttırmaktadır. KVG sıklığını FK/O olma 2.8 (%95GA:1.4-5.4), alkol kullanma 2.5 (%95GA:1.2-5.0), kilodan memnuniyet açısından kararsız olma 2.9 (%95GA:1.4-5.9) ve memnun olmama 4.6 (%95GA:2.4-8.9), 1.derece yakınında FK/O kişi olması 1.9 (%95GA:1.1-3.3), yakın çevresinde KVG'de bulunan kişi olması 3.8 (%95GA:2.1-6.6), kötü uyku kalitesi 2.2 (%95GA:1.1-4.6) kat arttırmaktadır.

Sonuç: Çalışmamızda her iki kişiden biri fazla kilolu/obezdir (%50.4). Fazla kiloluluk/obezite, toplumda yaygın görülen bir sorun olmaya devam etmektedir. FK/O olan kadınların %62.4'ü KVG'de bulunmuş (n=165), bu kadınların %20.4'ü KVG'de başarılı olmuştur. FK/O için alt sosyal sınıfta olma, olumsuz sağlık davranışlarına,

Özet Sözlü Bildiri

kötü mental ve fiziksel sağlığa sahip olma; KVG için obeziteye karşı olumsuz tutum içinde olma, ailede KVG öyküsünün bulunması risk faktörleri olarak saptanmıştır. FK/O olan her 4 kadından 1'i şu anki kilosundan memnun (%24.2), 5'inden 1'i kendini FK/O olarak görmemektedir (%19.4). Kişilerin FK/O olduğunun farkında olmaması ve kilosundan memnun olması, yani kilolu olmasını bir problem olarak görmemesi, büyük sorundur. Öncelikle FK/O'ye yönelik farkındalığı ve KVG'ni arttırıcı çalışmalar planlanmalıdır. Kadınların olumlu sağlık davranışlarının (fiziksel aktivite, kilo verme, sağlıklı beslenme gibi) geliştirilmesine yönelik toplum düzeyinde teşvik eden çalışmalar yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: çocuk istismarı, intörnlük, tıp eğitimi Kadın, Obezite, Fazla Kiloluluk

Özet Sözlü Bildiri

S113

MANİSA'DA AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN KRONİK HASTALIĞI OLAN KİŞİLERDE AKILCI İLAÇ KULLANIMI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Zeynep Ceyda BURAN, Erhan ESER

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Halk Sağlığı, Türkiye

Giriş ve Amaç: Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) akılcı ilaç kullanımını (AİK) “kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine uygun ilacı, uygun süre ve dozda, en düşük fiyatta, kolayca sağlayabilmeleri” olarak tanımlanmıştır. Kronik hastalıkların sık görülmesi beraberinde dünyada ve Türkiye’de tüketilen kutu ilaç sayısını arttırmaktadır. DSÖ’ye göre hastaların yaklaşık yarısı ilacını doğru şekilde kullanmamaktadır. Bu çalışmanın amacı, Manisa’da aile sağlığı merkezlerine (ASM) başvuran 18 yaş ve üzeri kronik hastalığı olanlarda AİK ve ilişkili faktörleri tanımlamaktır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki çalışmanın evrenini, seçilmiş dört ASM’ye başvuran kronik hastalığı olan ≥ 18 yaş kişiler oluşturmaktadır. Örnek büyüklüğü hesabında en sık olan kronik hastalık (hipertansiyon (HT)) sıklığı (Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması’na göre HT sıklığı %24) kullanıldı. Örnek büyüklüğü %95 güven, %24 sıklık, %5 hata payıyla 280 olarak belirlenmiştir. Veriler oluşturulan anket formu ile 23-28.03.2022 tarihlerinde ASM’ye başvuran kişilerden onamları alındıktan sonra yüz yüze görüşme tekniğiyle toplanmıştır. Çalışmanın bağımlı değişkeni AİK index puanı; bağımsız değişkenler sosyodemografik özellikler, yaşam biçimi davranışları, kronik hastalık durumu ve sağlık hizmetleri kullanım özellikleri, ilaç kullanım davranışlarıdır. AİK değerlendirilmesinde, AİK tanımı ve ilaç kullanım özellikleriyle ilgili olarak araştırmacılar tarafından geliştirilen 9 maddelik kompozit indeks (reçetede yazılan ilacın uygun dozda kullanılması, ilaçların hekimin önerdiği zaman aralıklarında kullanılması, ilaçlara ekonomik ulaşılabilirliği, kronik hastalığı için kullanılan ilacın takipli olduğu hekime danışmadan bırakması, ilaç tedavisi sırasında yan etki olması durumunda davranışı, ilacı ile birlikte hangi besinlerin tüketilmemesi gerektiğini bilmesi, ilacı ile birlikte hangi ilaçların kullanılmaması gerektiğini bilmesi, hekime danışmadan reçetesiz ilaç edinmesi/kullanması, prospektüs okuma durumu) kullanılmıştır. Bu indeksten alınan puan arttıkça AİK iyileşmektedir. Veri analizinde tanımlayıcı istatistikler, sürekli verilerde bağımsız gruplarda T Testi, Mann Whitney U Testi, 2’den fazla grup analizlerinde tek yönlü ANOVA, Kruskal Wallis Testi, sürekli verilerin karşılaştırılmasında Pearson Korelasyon Testi, çoklu analizlerde lineer regresyon analizi yapılmış, tip 1 hata 0.05 belirlenmiştir.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 54.43 ± 14.53 ’tür. Katılımcıların %54.6’sı kadın, %57.1’i yarı-kentsel bölgede yaşamakta, %5.3’ü eğitimsiz, %22.9’unun geliri giderinden azdır. Araştırmaya katılanların %33.9’unda HT, %30.4’ünde Tip 2 diyabet vardır. Katılımcıların %95.4’ü ilacını uygun dozda, %95.0’i ilacı hekimin önerdiği zaman aralığında kullanmakta, %41.4’ü ilaçlara ekonomik olarak orta/zor düzeyde erişebilmektedir. Çalışmadakilerin %26.4’ü ilacı hekime danışmadan bıraktığını, %46.4’ü yan etki olunca sağlık kuruluşuna başvurduğunu, %35.7’si ilaçla birlikte hangi besinlerin tüketilmemesi gerektiğini, %48.9’u hangi ilaçların birlikte kullanılmaması gerektiğini bilmediğini belirtmiştir. Çalışmamızda sosyoekonomik düzeyi (SED) düşük, insanlarla ve hekimiyle olan ilişkileri kötü ve sağlıksız yaşam tarzı olanların AİK puanı daha düşük saptanmıştır ($p < 0.05$). Çoklu doğrusal regresyon analizi indirgenmiş son modelinde; yarı-kentsel bölgede yaşama, yaşın ileri olması, düşük eğitim düzeyi, alt sosyal sınıfta olma, yetersiz gelir, sigara kullanma, fiziksel aktivitenin az olması/olmaması, kullanılan ilaç sayısının fazla olması, sağlık sorununda hekim dışı başvuru olması, hastalığı için reçetede yazılan doğru ilacın kullanılmaması, son kullanma tarihi geçen ilacın evde saklanıp kullanılması/arkadaşa verilmesi, prospektüsün ilaç kutusunun dışarısında tutulması AİK puanının düşürmektedir ($p < 0.05$).

Sonuç: Çalışmamızda ileri yaşta olan, düşük SED’de olan, sağlıksız yaşam tarzına sahip, çok sayıda ilaç kullanan, hekimle ilişkisi kötü olan bireylerde AİK puanı diğerlerinden daha düşüktür. AİK farkındalığının artırılmasında öncelikle ileri yaşta, alt sosyal sınıfta ve düşük eğitim düzeyindekilere sağlık hizmetleri daha nitelikli ve odaklanarak verilmeli, eğitimler düzenlenmeli, sağlığı geliştirici (fiziksel aktiviteyi artırma, sigara bıraktırma) girişimlerde bulunulmalıdır. Hekim-hasta ilişkisinin geliştirilmesi için önlemler alınması önerilir. Çalışmamızın sınırlılığı ASM’lere başvuranlarda yapıldığı için toplum temsiliyetinin düşük olmasıdır.

Anahtar Kelimeler: Kronik Hastalık, İlaç, Ekonomi, Akılcı İlaç Kullanımı

Özet Sözlü Bildiri

S114

BİR İLÇEDEKİ 18 YAŞ ÜSTÜ NÜFUSUN BULAŞICI OLMAYAN HASTALIK SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ RİSK FAKTÖRLERİ

Tuğçe MEHLİKA ŞANVER¹, Ümmühan Şevkat BAHAR-ÖZVARIŞ²

¹Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

²Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Enstitüsü, Türkiye

Giriş ve Amaç: Bulaşıcı olmayan hastalıklar yılda 41 milyon ölüme neden olmaktadır. Türkiye’de bulaşıcı olmayan hastalıklar artmakta ve toplam ölümlerin %88’ini oluşturmaktadır. Bu hastalıkların kontrolünde risk faktörlerinin azaltılması önem taşımaktadır. Bu araştırmada, bir ilçe merkezinde yaşayan 18 yaş ve üstü nüfusun beyana dayalı bulaşıcı olmayan hastalık sıklığının ve risk faktörlerinin saptanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki araştırma Ankara’nın yaşlı nüfusu yüksek olan ilçelerinden Gündül’de yürütülmüştür. Örneklem seçilmemiş, dört merkez mahalledeki tüm hanelere gidilmiş, her haneden bir kişi ile görüşülmüştür. Verilerin toplandığı dönemde bölgede oturan hane sayısı 726’dır. Katılmayı kabul etmeyen, dahil edilme kriterlerine uymayan, gidilmesine rağmen kimseye ulaşamayan haneler nedeniyle araştırma 526 hane ile tamamlanmıştır. Veriler 2018 yılı ekim ve kasım aylarında yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Veri toplama formu, bulaşıcı olmayan hastalıklar ve ilişkili risk faktörlerinin tespitine yönelik sorulardan oluşmuştur. Görüşülen 526 kişinin bulaşıcı olmayan hastalık durumları ve risk faktörleri ile ilgili bilgileri alınmış, boy ve kilo ölçümleri yapılmış, beden kitle indeksleri hesaplanmış, ayrıca aynı hanede yaşayan 18 yaş üstü 585 kişiye ait bulaşıcı olmayan hastalık bilgileri de alınmıştır. Bulaşıcı olmayan hastalık varlığı, örnek olarak yüksek kolesterol için “Bir doktor veya sağlık çalışanı tarafından kolesterolünüzün yüksek olduğu hiç söylendi mi?” şeklinde sorularak beyana dayalı olarak saptanmıştır. Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı’ndan (Karar No: GO 18/803-24, 11.09.2018) ve Gündül Kaymakamlığı’ndan yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılımda gönüllülük esas alınmış, katılımcılardan aydınlatılmış onam alınmıştır. Araştırma bütçesi için destek alınmamış, bütçe araştırmacı tarafından karşılanmıştır. Yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır. Araştırmanın bağımsız değişkenleri; bazı sosyodemografik özellikler, tütün kullanımı, alkol tüketimi, beslenme alışkanlığı, fiziksel aktivite yapma durumu, kanser tarama testleri konusundaki bazı bilgiler, Genel Sağlık Anketi puanı, bulaşıcı olmayan hastalık ile ilişkili bazı metabolik risk faktörleridir (hipertansiyon, hiperlipidemi). Bağımlı değişkenler, bulaşıcı olmayan hastalıklar ve ilişkili bazı metabolik risk faktörlerinin varlığı (hipertansiyon, diyabet, hiperkolesterolemi, inme, miyokard enfarktüsü, KOAH, kanser, demans, depresyon). İstatistik analizlerde “IBM Statistics Package for Social Sciences ver. 23.0” programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde olarak, dağılım istatistikleri ortalama, standart sapma, ortanca, en küçük ve en büyük değer olarak belirtilmiştir. Kategorik değişkenler için gruplar arasındaki farklılık Pearson Ki-Kare testi ve Fisher’s Exact testi ile değerlendirilmiştir. Hipertansiyon, diyabet, kolesterol yüksekliği ve koroner kalp hastalığı varlığı için, risk faktörü olduğu bilinen değişkenler kullanılarak lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Tip 1 hata değeri %5’in altında ($p < 0,05$) olan durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Verilerin ilçe merkezinde yaşayan herkese genellenememesi, hastalık sıklığının beyana dayalı saptanması, hanede yaşayan kişilerin hastalıklarının yüz yüze görüşülen kişiden öğrenilmesi araştırmanın kısıtlılıklarıdır. Beyana dayalı bilgi alınması nedeniyle beyana ve/veya hafıza faktörüne bağlı taraf tutma olabilir. Hanede yaşayan kişilerin hastalıklarının yüz yüze görüşülen kişiden öğrenilmiş olması, hastalıkların gerçekte olduğundan daha az bulunmasına neden olmuş olabilir.

Bulgular: Katılımcıların %27,6’sında hipertansiyon, %14,3’ünde diyabet, %11,8’inde koroner kalp hastalığı, %10’unda kolesterol yüksekliği, %7,1’inde kronik solunum yolu hastalığı, %6,4’ünde psikiyatrik hastalık, %1,8’inde kanser, %1,8’inde inme/felç tanısı bulunmaktadır. Risk faktörleri sorgulanan 526 katılımcının

Özet Sözlü Bildiri

%22,2'si tütün kullanmakta, %52,5'i obez, %30,8'si fazla kiloludur. Katılımcıların %28,7'si yeterli fiziksel aktivite yapmaktadır. Tütün kullanan katılımcıların %24,8'inde, kullanmayanların %46,9'unda hipertansiyon vardır ($p<0,001$). Obez katılımcıların %55,4'ünde, fazla kiloluların %30,9'unda, zayıf/normal gruptaki katılımcıların %20,5'inde hipertansiyon vardır ($p<0,001$). Yeterli fiziksel aktivite yapan katılımcıların %36,4'ünde, yetersiz yapan katılımcıların %44,3'ünde hipertansiyon vardır ($p=0,104$). GSA puanı <2 olan katılımcılardaki hipertansiyon varlığı ile (≥ 2) puanı ≥ 2 olan katılımcılardaki hipertansiyon varlığı arasında (%46,8) anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,346$). Obez katılımcıların %31,9'unda, fazla kiloluların %11,1'inde, zayıf/normal kiloluların %2,3'ünde diyabet vardır ($p<0,001$). Yeterli fiziksel aktivite yapanların %14,6'sında, yetersiz fiziksel aktivite yapanların %22,9'unda diyabet vardır ($p=0,032$). Obez katılımcıların %27,2'sinde, fazla kiloluların %12,3'ünde, zayıf/normal kiloluların %6,8'inde kolesterol yüksekliği vardır ($p<0,001$). Yeterli fiziksel aktivite yapan katılımcıların %13,9'unda, yetersiz fiziksel aktivite yapanların %21,3'ünde kolesterol yüksekliği vardır ($p=0,050$). Tütün kullananların %10,3'ünde kullanmayanların %15,9'unda koroner kalp hastalığı vardır ($p=0,128$). Yeterli fiziksel aktivite yapan katılımcıların %11,9'unda, yetersiz fiziksel aktivite yapanların %15,7'sinde koroner kalp hastalığı vardır ($p=0,263$). Hipertansiyon görülme durumu; ileri yaşta 7,7 (%95 GA: 4,675-12,850), diyabet varlığında 2,6 (%95 GA: 1,411-5,060), kolesterol yüksekliği varlığında 2,8 (%95 GA: 1,471-5,351), koroner kalp hastalığı varlığında 2,3 (%95 GA: 1,146-4,649) katına çıkmıştır. Diyabet görülme durumu; ileri yaşta 2,5 (%95 GA: 1,277-5,045), obezite varlığında 11 (%95 GA: 2,434-50,127), hipertansiyon varlığında 2,8 (%95 GA: 1,546-5,365), kolesterol yüksekliği varlığında 3,3 (%95 GA: 1,959-5,834), koroner kalp hastalığı varlığında 1,9 (%95 GA: 1,058-3,664) katına çıkmıştır. Kolesterol yüksekliği varlığı; hipertansiyon varlığında 3 (%95 GA: 1,590-5,667), diyabet varlığında 3,2 (%95 GA: 1,857-5,556) katına çıkmıştır. Koroner kalp hastalığı varlığı; ileri yaşta 4,4 (%95 GA: 1,921-10,522), hipertansiyon varlığında 2,2 (%95 GA: 1,126-4,464), diyabet varlığında 1,9 (%95 GA: 1,064-3,568), kolesterol yüksekliği varlığında 1,8 (%95 GA: 1,021-3,354) katına çıkmıştır.

Sonuç: Katılımcılar için bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörlerinin önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu görülmüştür. Bulaşıcı olmayan hastalıkların tespiti ve risk faktörlerinin azaltılmasına yönelik ek çalışmalar yapılmalı, farkındalığı artırmaya yönelik çalışmalar yürütülmeli ve eğitimler düzenlenmelidir. Düzenli doktor kontrollerinin ve sağlıklı yaşam davranışı geliştirmenin önemi, hastalık seyri üzerine olumlu etkileri vurgulanmalıdır. Çalışmanın; bulaşıcı olmayan hastalıklar ve ilişkili risk faktörleri konusunda farkındalığın artırılmasına, bireylerin, sağlık personellerinin ve yerel yönetimlerin gerekli önlemleri almalarına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hanehalkı, Bulaşıcı olmayan hastalıklar, Kronik hastalık, Risk faktörleri

Özet Sözlü Bildiri

S115

COVID-19 KAPANMA DÖNEMLERİNİN TİP 2 DİYABETES MELLITUS HASTALARININ METABOLİK KONTROLÜ ÜZERİNE ETKİSİ

Tuğde Buse UĞUR¹, Buse Ecem KURUGÖL¹, Sevilay ALİGÜLÜ¹, Şilan GÜNEŞ¹, Ayşe Zülal TOKAÇ FARIMAZ², Osman HAYRAN²

¹İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Türkiye

²İstanbul Medipol Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

Giriş: COVID-19 pandemisinin yayılmasını önlemek için hükümetler tarafından alınan önlemlerin biri de evde kalma çağruları ile kısmi ve tam kapanmalar olmuştur. Pandemi döneminde, bu kapanmaların da etkisiyle diyet ve fiziksel aktivite alışkanlıklarında değişiklikler bildirilmiştir. Bu yaşam tarzı değişiklikleri kronik hastalık yönetimini etkileyebilmektedir. Bu araştırmanın amacı da COVID-19 pandemisi sırasında uygulanan kapanma önleminin Tip 2 Diyabetes Mellitus hastalarının metabolik kontrolü üzerindeki olası etkisini incelemektir.

Yöntem: Kesitsel tipte olan bu araştırma bir özel üniversitenin dahiliye polikliniğine başvuran Tip 2 Diyabetes Mellitus hastalarının kayıtları üzerinden yürütülmüştür. Araştırma 20 Eylül 2019 ile 20 Eylül 2020 arasındaki dönem kapsamaktadır, kısmi kapanmanın uygulanmaya başladığı 20 Mart tarihi esas alınarak altı aylık iki dönem halinde incelenmiştir. Bağımsız değişkenler yaş ve cinsiyet, bağımlı değişkenler ise HbA1c, açlık glikoz, açlık trigliserit, kreatinin ve LDL-C olarak belirlenmiş ve hasta kayıtları üzerinden veriler elde edilmiştir. Kısmi kapanma öncesi ve sonrası dönemde başvuran hastaların biyokimyasal parametrelerinin ortalama ve çeyreklikler arası aralık değerleri belirlenmiştir. İki dönem arasındaki değişim Mann Whitney U testi kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırma için etik kurul izni İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan alınmıştır (17/02/2022-145).

Bulgular: Araştırmada incelen 489 kayıttan 321'i kısmi kapanma öncesi (1. dönem), 168'i ise sonrası (2. dönem) dönemdedir. 1. dönemdeki diyabet hastalarının HbA1c ortalaması 6.7 (5.8-8.1), 2. dönemde ise 6.5 (5.7-8.2)'dir, fark istatistiki olarak önemli değildir (p: 0.593). Ortalama açlık glikoz değerleri ise 121.2 (100.8-161.0) ve 131.0 (108.6-175.6)'dir, fark istatistiki olarak önemlidir (p: 0.036). Ortalama açlık glikoz değerlerindeki farklılık <65 yaş grubu analiz edildiğinde devam etmektedir (118.0 (98.7-164.2), 128.8 (107.8-177.2), p:0.045), ancak ≥ 65 yaşta kaybolmaktadır (129.4 (111.2-157.4), 141.7 (112.2-168.5), p:0.534). Benzer şekilde sadece erkekler analiz edildiğinde fark bulunmakta (129.1 (105.2-184.5), 141.4 (119.1-181.0), p:0.046) kadınlarda bu farklılık kaybolmaktadır (114.9 (96.7-146.7), 112.9 (99.6-150.2), p:0.522). HbA1c açısından hiçbir alt grupta farklılık bulunmamaktadır.

Sonuç: Bu araştırmada Tip 2 Diyabetes Mellitus hastalarının kapanma dönemi öncesi ve sonrasında ölçülen HbA1c değerlerinde bir farklılık saptanmazken, açlık glikoz değerlerinde önemli bir artış tespit edilmiştir. Bu artışın <65 yaş ve erkek hasta grubunda bulunması, kapanmadan çalışan kesimin daha çok etkilendiğini gösterebilir. Pandemi dönemlerinde yaşam alışkanlıklarındaki değişikliğin etkilerinin daha çok görüleceği alt gruplara özel önlemler geliştirilmesi düşünülebilir. Ayrıca kapanma sonrası dönemde önceki döneme kıyasla poliklinik başvuru sayısındaki düşüş, diyabet gibi kronik hastalıkların yönetimi açısından önemli bir sonuçtur. Pandemi dönemlerinde temel sağlık hizmetlerinin devamlılığı sağlanması kronik hastalık yönetimi açısından gereklidir. Bu araştırma bir özel hastaneye başvuran kişileri kapsıyor olması dolayısıyla kısıtlıdır ve toplumu yansıtmayabilir. Toplumla genellenebilecek daha ileri araştırmalara kapanma dönemlerinin diyabet kontrolüne etkisinin daha doğru anlaşılması açısından gerek vardır.

Araştırma için finansal destek alınmamıştır ve çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, Tip 2 Diyabetes Mellitus, kronik hastalık yönetimi

Tam Metin Sözlü Bildiri

S116

ÜNİVERSİTE HASTANESİNDEKİ ASİSTAN HEKİMLERİN İŞ TATMİNLERİ VE GELECEK KAYGISINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Erkan PEHLİVAN

İnönü Üniversitesi, Türkiye

Giriş ve Amaç

İş tatmini, çalışanların çalışma koşullarına ya da mesleklerine yönelik olumlu ya da olumsuz davranışlarının tümünü oluşturmaktadır (1). Ayrıca iş tatmini, çalışanların örgütlerinden ne bekledikleri ve bu beklentilerinin ne kadarının karşılandığı ile ilgilidir. Aynı zamanda iş tatmini, çalışanların işlerinden elde ettikleri kazanımların içsel motivasyonlarını ne ölçüde etkilediğini gösterir. İş tatmini, çalışanların iş yerindeki davranışlarını doğrudan etkileyen bir kavram olup, örgütlerin etkinliği ve verimliliği için ele alınması gereken en önemli faktörlerden biridir. Bu kapsamda çalışmanın amacı, üniversite hastanesindeki asistan hekimlerin iş tatminleri ve mesleki gelecekle ilgili kaygı düzeylerini belirlemek ve iş tatminini ve kaygı düzeylerini etkileyen faktörleri incelemektir.

Gereç Yöntem

Çalışmamız tanımlayıcı kesitsel nitelikte olan bir araştırmadır. Çalışmamız 01 Şubat – 01 Nisan 2022 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nde uygulanmıştır. Çalışmanın giderleri çalışmacılar tarafından karşılanmıştır. Çalışmada herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan (2022/3044 sayılı) (Ek 1), İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığından ve Turgut Özal Tıp Merkezi Başhekimliğinden yazılı izinler alındıktan sonra uygulanmıştır.

Tıp fakültesinin 366 Doktor araştırma görevlisi çalışanı çalışmanın örneklemi olarak belirlendi. Bunlar arasından rastgele örneklem yöntemi ile belirlenen 337 doktora ulaşıldı ve online anket uygulandı. Katılımcılardan 17'si anket sorularının hepsine yanıt vermediği için çalışma dışında bırakıldı.

Minnesota Memnuniyet Anketi, kâğıt kalem tipi bir ankettir ve hem bireysel hem de grup halinde uygulanabilir, ancak cinsiyet farklılıklarını dikkate almaz. Ölçek Weiss ve arkadaşları (2) tarafından geliştirilmiş ve Baycan ve arkadaşları tarafından (3) Türkçe'ye uyarlanmıştır. Minnesota Doyum Ölçeği (Short Form Minnesota Satisfaction Questionnaire, MSQ) içsel ve dışsal doyum faktörlerini ortaya çıkarıcı özelliklere sahip, 20 maddeden oluşan beşli likert tipi (1'den 5'e kadar değişen puanlamaya sahip) bir araçtır. Değerlendirmede her ifade için çok memnunum, memnunum, kararsızım, memnun değilim, hiç memnun değilim şeklinde ki beş seçenekten birisinin seçilmesi istenir. "Çok memnunum" seçeneği beş puan, "memnunum" dört, "kararsızım" üç, "memnun değilim" iki ve "hiç memnun değilim" seçeneğini işaretleyen bir kişinin aldığı puan ise birdir. Ölçek içsel doyum ve dışsal doyum olarak iki alt boyutta değerlendirilmektedir.

İçsel doyum faktörü: 1.2.3.4.7.8.9.10.11.15.16.20'dir. İçsel doyum puanı, içsel faktörleri oluşturan maddelerden elde edilen puanların toplanması ile oluşur.

Dışsal doyum faktörü: Bu boyutun maddeleri 5.6.12.13.14.17.18.19'dur. Dışsal doyum puanı da dışsal faktörleri içeren maddelerden elde edilen puanların toplanması ile bulunur.

Verilerin analizinde SPSS (statistic package for social sciences, Chicago, IL, USA) 22.0 paket programı kullanıldı. Tanımlayıcı veriler sürekli değişkenler için ortalama \pm standart sapma veya ortanca (min- mak), kategorik değişkenlerde sayı (yüzde) olarak gösterildi. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma yakın olup olmadığı Shapiro Wilk testiyle değerlendirildi. Verilerin dağılımın normal olduğu durumlarda bağımsız değişkenlerde T testi, verilerin normal dağılım göstermediği durumlarda ikili gruplarda Mann Whitney U testi, üç ve daha fazla

Tam Metin Sözlü Bildiri

olan gruplarda Kruskal Wallis Testi uygulandı. Kruskal Wallis testinde fark çıkması durumunda farkın hangi gruplar arasında olduğu post hoc Dunn's Q testi ile değerlendirildi. Kategorik değişkenlerin analizinde Ki-kare testi (Pearson ki-kare, Yates düzeltilmiş ki-kare veya Fisher kesin ki-kare) kullanıldı. Değişkenler arasındaki ilişkiye Spearman Korelasyon analizi ile bakıldı. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ değeri anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular

Çalışma İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan 320 doktor arasında yapıldı. Katılımcıların yaş ortalaması $28,67 \pm 4,28$ idi. Katılımcıların 154'ü (%48,1) erkek, 166'sı (%51,9) kadın olup çalışma grubunun 139'u (%43,4) evli, 181'i (%56,6) bekarı. Katılımcıların 57'sinin (%17,8) kronik hastalık öyküsü vardı. Çalışmaya dahil edilen doktorların 116'sının (%36,3) aylık hane geliri yoksulluk sınırının altındaydı. Çalışmaya dahil edilenlerin haftalık ortalama çalışma süresi $62,11 \pm 18,24$ saat idi. Çalışmaya katılan doktorların sigara kullanım oranı %19,4, alkol kullanım oranı ise %29,7 idi.

Doktor araştırma görevlilerinin %51,6'sı (165) mesleğinden memnun olmadığını, %59,4'ü (190) doktorluğu tekrar tercih etmek istemeyeceğini belirtti. Çalışmaya katılan doktorların %87,5'i (280) yıpranmış olarak hissettiğini belirtti. Çalışma grubundaki doktorların %70,6'sı (226) kendi istekleri ile doktorluğu tercih ettiğini belirtti. Doktor araştırma görevlilerinin 188'i (%58,8) yan dal düşünmediklerini, 145'i (%45,3) ise akademik kariyer düşünmediklerini belirttiler. Uzmanlık eğitimi sonrası; devlet kurumunda çalışmayı düşünenler grubun %40,3'ü (129), yurt dışında çalışmayı düşünenler ise grubun %65'ini (208) oluşturmaktaydı. Çalışma grubundaki doktorların 244'ü (%76,3) çocukların doktorluk yapmasını istemediğini 202'si (%63,1) ise gelecekte meslek şartlarının düzelmeyeceğini belirtti. Çalışma grubundaki doktorların 265'i (%82,8) meslek hayatları boyunca sözlü ya da fiziksel şiddete maruz kaldığını bunların 190'ı (%59,4) ise asistanlık süresince sözlü ya da fiziksel şiddete maruz kaldığını belirtmiş. Doktorların 245'i (%76,6) meslek hayatı boyunca mobbinge maruz kaldığını bunlarında 207'sinin (%64,7) asistanlık süresinde mobbinge maruz kaldığı belirtilmiştir. Çalışmaya katılan doktorların %31,6'sı (101) meslek hayatları boyunca en az bir kez hukuki süreç yaşadıklarını belirtti. Çalışmaya katılan doktorların 76'sı (%23,8) kendini iş yaşamında verimli bulduğunu belirtti. Doktorların 101'i (%31,6) sağlık durumunun iyi olduğunu belirtti. Doktorlara hobilerine vakit ayırabildikleri sorulduğunda ise 170'i (%53,1) vakit ayıramadığını belirtti. Çalışmaya katılan doktorlara sosyal ilişkilerinden memnuniyet durumları sorulduğunda ise 76'sı (%23,8) iyi olduğunu belirtti. Katılımcıların 213'ü (%66,6) klinik/temel bilim dallarında 107'si (%33,4) cerrahi bilim dallarında çalışanlardan oluşmaktaydı. Katılımcıların 231'i (%72,2) bölümlerinde nöbet tuttuklarını belirtti. Doktorların 107'si (%33,4) cerrahi tıp anabilim dallarında 213'ü (%66,6) temel/dahili tıp anabilim dallarında görev yapmaktaydı. Katılımcıların 16'sinin (%5) iş tatmini düşük, 281'inin (%87,8) iş tatmini orta düzeyde, 23'ünün (%7,2) iş tatmini yüksek bulunmuştur. Çalışmaya katılan doktorlardan erkeklerde 8 kişinin iş doyumu düşük, 133 kişinin iş doyumu orta, 13 kişinin yüksek iş doyumu kadınlarda 8 kişinin iş doyumu düşük, 148 kişinin orta iş doyumu, 10 kişinin yüksek iş doyumu olduğu bulunmuştur. Çalışmaya katılan doktorlardan evlilerde 7 kişinin iş doyumu düşük, 122 kişinin iş doyumu orta, 10 kişinin iş doyumu yüksek bekarlarda 9 kişinin iş doyumu düşük, 159 kişinin iş doyumu orta, 13 kişinin iş doyumu yüksek bulunmuştur.

İş tatmini ölçeği ortanca puanı, erkeklerde 52.5(20-87), kadınlarda 55(20-80) idi. Cinsiyete göre iş tatmini ölçeği puanları değerlendirildiğinde anlamlı fark saptanmadı ($p:0,316$). İş tatmini ölçeği ortanca puanı yaş grupları arasında anlamlı farklılık göstermekteydi ($p:0,003$). İş tatmini ölçeği ortanca puanı 27> yaş grupta 58(20-86), 27-30 yaş arası grupta 52(20-87) ve 30 yaş altı grupta olanların iş tatmin ölçeği puanı diğer yaş gruplarına göre daha yüksekti. Çalışmaya katılanların; medeni durum, yaşanılan yer ve aylık gelir durumuna göre iş tatminleri arasında anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla $p=0,374$, $p=0,457$, $p=0,272$). İş tatmini ölçeği ortanca puanı, sigara içenlerde 54.5(24-84), sigara içmeyenlerde 53(20-87) idi. Sigara içme durumuna göre iş tatmini ölçeği puanları değerlendirildiğinde anlamlı fark saptanmadı ($p:0,942$). İş tatmini ölçeği ortanca puanı, alkol kullananlarda 51(20-87), alkol kullanmayanlarda 54(20-87) idi. Alkol kullanımına göre iş tatmini ölçeği puanları değerlendirildiğinde anlamlı fark saptanmadı ($p:0,132$). İş tatmini ölçeği ortanca puanı,

Tam Metin Sözlü Bildiri

doktor olmaktan memnun olanlarda 67(43-87), doktor olmaktan memnun olmayanlarda 46(20-78), kararsız olanlarda 58(20-80) idi. Doktor olmaktan memnuniyet durumuna göre iş tatmini ölçeği puanları değerlendirildiğinde anlamlı fark saptandı ($p:0,000$). Çalışmaya katılanların; doktorluğu tekrar tercih etme düşüncesi, doktor olarak yıpranmış hissetme durumu, doktor olma sebebi ve iş yerinde sorun yaşama durumuna göre iş tatminleri karşılaştırıldığında anlamlı fark saptandı (sırasıyla $p:0,000$, $p:0,000$, $p:0,000$, $p:0,000$,). İş tatmini ölçeği ortanca puanı, uzmanlık sonrası yan dal yapmayı düşünenlerde 60(21-79), yan dal yapmayı düşünmeyenlerde 51(20-86), kararsız olanlarda 54.5(20-87) idi. Uzmanlık sonrası yan dal yapmayı düşünenler ile düşünmeyenler arasında iş tatmini ölçeği puanları değerlendirildiğinde anlamlı fark saptandı ($p=0,009$). Çalışmaya katılanların; uzmanlık sonrası akademik kariyer düşüncesi, mecburi hizmet sonrası çalışmayı düşündüğü kurum, mesleği yurt dışında yapma düşüncesi, çocuklarının aynı işi yapma istekleri ve gelecekte mesleklerinin düzelmesini bekleme durumlarına göre iş tatminleri karşılaştırıldığında anlamlı fark saptandı (Sırasıyla $p:0,000$, $p=0,002$, $p=0,002$, $p:0,000$, $p:0,000$). İş tatmini ölçeği ortanca puanı, istifayı düşünenlerde 44.5(20-69), istifayı düşünmeyenlerde 58(21-87) idi. İstifa etmeyi düşünenler ile istifa etmeyi düşünmeyenler arasında iş tatmini ölçeği puanları değerlendirildiğinde anlamlı fark saptandı ($p:0,000$). Çalışmaya katılanların; asistanlık boyunca sözlü ya da fiziksel saldırıya maruz kalma durumu, meslek hayatları boyunca sözlü ya da fiziksel saldırıya maruz kalma durumu, asistanlık süresince mobbinge maruz kalma durumu, meslek hayatı boyunca mobbinge maruz kalma durumu ve işten dolayı hukuki süreç yaşama durumlarına göre iş tatminleri karşılaştırıldığında anlamlı fark saptandı (Sırasıyla $p=0,001$, $p=0,004$, $p:0,000$, $p:0,000$, $p:0,000$,). İş tatmini ölçeği ortanca puanı, kendini iş yaşamında verimli bulanlarda 58(21-87), iş yaşamında verimli bulmayanlarda 44(20-68), kararsız olanlarda 57(20-80) idi. İstifa etmeyi düşünmeyenler ile istifa etmeyi düşünenler ve kararsız olanlar arasında iş tatmini ölçeği değerlendirildiğinde anlamlı fark saptandı ($p:0,000$). Çalışmaya katılanların; sağlık durumları, hobilerine ayırabilecek zamanları, sosyal ilişkilerden memnuniyet durumları ve nöbet tutma durumlarına göre iş tatminleri karşılaştırıldığında anlamlı fark saptandı (Sırasıyla $p:0,000$, $p:0,000$, $p:0,000$, $p=0,002$). Çalışmaya katılanların görev yaptığı birimler ile iş tatminleri karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanamadı ($p=0,207$).

İş tatmini puanı ile içsel doyum puanı arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir korelasyon vardı ($r:0,962$, $p<0,001$). İş tatmini puanı ile dışsal doyum puanı arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir korelasyon vardı ($r:0,923$, $p<0,001$). İş tatmini ölçeği; içsel doyum puanı ile dışsal doyum puanı arasından pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir korelasyon vardı ($r:0,791$, $p<0,001$).

İş tatmini puanı ile yaş arasında negatif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir korelasyon vardı ($r:-0,178$, $p:0,001$). İş tatmini puanı ile hekimlik süresi arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir korelasyon vardı ($r:-0,123$, $p:0,28$). İş tatmini puanı ile asistanlık süresi arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir korelasyon vardı ($r:-0,111$, $p:0,047$). İş tatmini puanı ile nöbet sayısı arasında negatif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir korelasyon vardı ($r:-0,163$, $p:0,003$). İş tatmini puanı ile haftalık çalışma süresi arasında negatif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir korelasyon vardı ($r:-0,212$, $p<0,001$).

İçsel doyum puanı ile yaş arasında negatif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir korelasyon vardı ($r:-0,164$, $p:0,003$). İçsel doyum puanı ile hekimlik süresi arasında anlamlı bir korelasyon yoktu ($r:-0,092$, $p:0,10$). İçsel doyum puanı ile asistanlık süresi arasında anlamlı bir korelasyon yoktu ($r:-0,079$, $p:0,161$). İçsel doyum puanı ile nöbet sayısı arasında negatif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir korelasyon vardı ($r:-0,177$, $p:0,001$). İçsel doyum puanı ile haftalık çalışma süresi arasında negatif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir korelasyon vardı ($r:-0,228$, $p<0,001$).

Dışsal doyum puanı ile yaş arasında negatif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir korelasyon vardı ($r:-0,178$, $p:0,001$). Dışsal doyum puanı ile hekimlik süresi arasında negatif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir korelasyon vardı ($r:-0,157$, $p:0,005$). Dışsal doyum puanı ile asistanlık süresi arasında negatif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir korelasyon vardı ($r:-0,145$, $p:0,009$). Dışsal doyum puanı ile nöbet sayısı arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir korelasyon vardı ($r:-0,123$, $p:0,028$). Dışsal doyum puanı ile haftalık çalışma süresi arasında negatif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir korelasyon vardı ($r:-0,173$, $p:0,002$).

Tam Metin Sözlü Bildiri

Tartışma

Çalışmamıza benzer şekilde Çam ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmada da cinsiyet ve medeni durum ile iş doyumu arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (80). Çalışmamıza benzer şekilde doktorlar arasında yapılan bir çalışmada yaşın artması ile iş memnuniyetinde azalma olduğu belirlenmiştir (90). Genel olarak araştırma görevlilerinin yaşlarıyla iş tatmini düzeyleri arasındaki negatif ilişki, deneklerin ilerleyen yaşlarının kendilerine aynı zamanda yeni beklentiler, istekler getirmesi ve bunların iş tarafından karşılanmasındaki görülen sıkıntılarla açıklanabilir. Çalışmamızda işinden memnun olanların iş tatminleri daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamıza benzer şekilde hekimler üzerinde yapılan bir çalışmada da işinden memnun olanların iş tatminleri daha yüksek bulunmuştur (118). Araştırma görevlisi doktorların seçilmiş olan bölümden memnun olup olmamasının ve imkan olsa idi farklı bir bölümü seçmeyi düşünüp düşünmemesinin iş tatmini ve depresyon üzerine etkisinin incelendiği bazı araştırmalarda; bölümlerinden memnun olmayan ve imkanları olsa idi farklı bir bölümü seçmeyi düşündüğünü ifade eden araştırma görevlisi doktorların daha düşük iş tatminine sahip olduğu saptanmıştır (121-124). Çalışmamızdan elde ettiğimiz bu bulgulara göre bölümünü değiştirmek isteyen araştırma görevlisi doktorların aslında istedikleri bölümde asistanlık yapamadıklarını ancak istedikleri bölümleri kazanacak puanı alamamış olmalarından dolayı özgüvenlerinin azalmış olabileceğini ve bu durumun da araştırma görevlisi doktorlarda iş tatmini seviyelerini etkilediğini düşünmekteyiz. Çalışmamızda kendini yıpranmış hissedendenlerin iş tatmini daha düşük çıkmıştır.

Ankara'da yapılan bir çalışmada çalışmamıza benzer şekilde yıpranmışlığın iş tatmini negatif yönde etkilediğini göstermiştir (125). Çalışmamızda mesleğini kendi istediği için tercih edenlerin iş tatmini daha yüksek çıkmıştır. Kılıç'ın yaptığı çalışmada başka meslek gruplarında da mesleği kendi tercih etmiş olanların iş tatminlerinin daha yüksek olduğunu bulmuştur (127). Sonuç olarak uzun ve zor bir eğitim olan tıp eğitimi ve özverili çalışmayı gerektiren hekimlik mesleğini seçen öğrencilerin, seçimlerini isteyerek yapmış olmaları, seçtikleri mesleğin manevi yönüne daha ağırlıklı olarak önem veriyor olmaları gerek eğitim hayatlarında gerekse çalışma hayatlarında başarılı olmaları ve işlerinden tatmin olmaları için önemli adımlardan biri olarak düşünülmektedir. Çalışmamızda işyerinde sık sorun yaşayanların iş tatminleri daha düşük bulunmuştur. Çalışmamıza benzer şekilde Tunç'un yaptığı çalışmada da iş yerinde daha sık sorun yaşayanların iş tatminlerini daha düşük bulmuştur (129). Dolayısıyla vaktinin önemli bir kısmını sağlık kurumunda geçiren sağlık personelinin sosyalleşme süreci ne kadar etkili olursa iş tatmini seviyeleri de aynı oranda yüksek olacağı düşünülmektedir. Çalışmamızda uzmanlık sonrası yan dal düşünenlerin iş tatmini düşünmeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Niğde'de yapılan bir çalışmada çalışmamıza benzer şekilde iş yaşamında yükselmeyi düşünenlerin iş tatminleri daha yüksek bulunmuştur (126). Bu sonuçta bireylerin işlerinde daha iyi mevkiye gelme ihtimalleri yükselme ihtimalleri iş tatminlerini arttırdığı söylenebilir. Çalışmamızda gelecekte mesleğinin düzelmeyeceğini düşünenlerin iş tatminleri daha düşük bulunmuştur. Gelecek kaygısı insanları depresyona itebilen, iş tatminsizliği yaşamalarına sebep olabilen oldukça önemli bir sorundur. Literatüre baktığımızda Al Dubai ve Rampal tarafından yapılan çalışmada gelecekle ilgili kesinliğin olmaması ve mesleki kaygıların iş tatminini düzeyini anlamlı olarak düşürdüğü tespit edilmiştir (133). Çalışmamızda istifayı düşünmeyenlerin iş tatmini düşünenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızın aksine yapılan farklı çalışmalarda iş tatmini ile istifa düşüncesi arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (135,136). Çalışmamızda asistanlık boyunca ya da meslek hayatları boyunca sözlü-fiziksel saldırıya uğramayanların iş tatminleri daha yüksek bulunmuştur. Son zamanlarda sağlık çalışanlarına yönelik gerçekleştirilen mobbing ve fiziksel şiddette artış dikkat çekmektedir. Birey ve Toplum için son derece yaşamsal bir misyonu üstlenmiş sağlık çalışanlarının çatışmadan uzak bir ortamda belirtilen bu yaşamsal hizmeti tam olarak ve yüksek kalitede verebilmesi için çatışmaya neden olan etkenlerin ortadan kaldırılması gerekmektedir. Çalışmamızda asistanlık boyunca ya da meslek hayatları boyunca mobbinge maruz kalmayanların iş tatminleri daha yüksek bulunmuştur. Yani sağlık çalışanlarının psikolojik şiddete maruz kalmaları durumunda iş tatminlerinin azaldığı gözlenmiştir. Balıkesir'de yapılan bir çalışmada da çalışmamıza benzer şekilde mobbinge maruz kalan sağlık çalışanlarının iş tatminleri daha düşük olduğu tespit edilmiştir (142). Çalışmamızda sağlık algısı yüksek olan doktorların iş tatminlerinin daha yüksek olduğu bulundu. İstanbul'da yapılan bir tez çalışmasında da çalışmamıza benzer şekilde kendini daha sağlıklı gören sağlık çalışanlarının iş doyumlarının daha yüksek olduğunu bulmuştur (129). Çalışmamızda nöbet tutmayan

Tam Metin Sözlü Bildiri

doktorların iş tatminlerinin daha yüksek olduğu bulundu. Çalışmamıza benzer şekilde yapılan bazı çalışmalarda da bizim çalışmamıza benzer şekilde nöbet tutanların iş tatminlerinin daha düşük olduğu bulunmuştur (119,126).

Çalışmamızda meslekteki geçirilen süre ile iş tatmini arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki saptandı. Serin ile Çelen'in yaptığı çalışmalarda da çalışmamıza benzer şekilde iş yaşamında geçen süreler uzadıkça iş tatminin azaldığını göstermektedir (125,131).

Sonuç

Çalışmaya katılan doktorların %80,6'sı sigara kullanmadığını, %70,3'ü alkol kullanmadığını belirtti. Katılımcıların %51,6'sı işinden memnun olmadığını, %59,4'ü ise tekrar tercih sansı olsa tercih etmeyeceğini belirtti. Doktorların %70,6'sı işini kendi isteğiyle tercih ettiğini belirtti. Çalışmaya katılan doktorların %95,4'ü nadiren ya da sık sık işyerinde sorun yaşadığını belirtti. Katılımcıların %18,8'si uzmanlık sonrası yan dal yapmayı düşündüğünü, %25,9'u ise uzmanlık sonrası akademik kariyer yapmayı düşündüğünü belirtti. Çalışmaya katılan doktorların %40,3'ü mecburi hizmet sonrası devlet kurumunda çalışmayı düşündüğünü, %45,6'sı ise mecburi hizmet sonrası özel sektörde çalışmayı düşündüğünü belirtti. Doktorların %65'i mesleğini yurt dışında yapmayı düşündüğünü belirtti. Çalışmaya katılan doktorların sadece %3,8'i çocuklarının kendisi ile aynı işi yapmasını istediğini belirtti. Katılımcılara gelecekte meslek şartlarının düzeleceğini düşünüyor musunuz sorusu yöneltildiğinde %63,1'i mesleki şartların düzelmeyeceğini düşündüğünü belirtti. Doktorların %33,1'i aktif çalıştığı yerden istifa etmeyi düşündüklerini belirttiler. Çalışmaya katılan doktorların %82,8'i mesleki hayatları boyunca en az bir kez sözlü yada fiziksel saldırıya maruz kaldıklarını belirttiler, bu oran asistanlarda ise %59,4 idi. Katılımcıların %76,6'sı mesleki hayatlarında mobbinge maruz kaldığını belirttiler, bu oran asistanlarda ise %64,7 idi. Çalışmaya katılan doktorların %31,6'sı işinden dolayı en az bir kez hukuki süreç geçirdiğini belirtti. Doktorların %31,6'sı kendisini iş yaşamında verimli bulmadığını belirtti. Katılımcıların %68,5'i sağlık durumlarının orta-kötü seviyede olduğunu belirttiler. Çalışmaya katılan doktorların sadece %17,8'i hobilerine vakit ayırabildiklerini belirtti. Katılımcıların sosyal ilişkilerinden memnuniyet durumları sorulduğunda %76,2'si sosyal ilişkilerinin orta-kötü seviyede olduğunu belirtti. Doktorların iş doyum ölçeklerinden aldıkları puanlar hesaplandığında %87,8'inin iş doyumuna orta düzeyde olduğu tespit edildi. Çalışmamızda iş tatmini düzeyinin düşük bulunması nedenleri arasında halkın doktora davranış biçimleri ve doktorların saygınlık ve maaş beklentilerini karşılaması ve doktorların mesleklerini yaparken çok fazla mobbing ve şiddete maruz kalmalarının neden olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda bir üniversite hastanesindeki doktorların kesitsel bir dönemde iş tatminleri ve ilişkili olduğu düşünülen faktörler değerlendirilmiş ve doktorların yüksek oranda iş tatminleri orta-düşük düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu durumun sebepleri iyi irdelenmesi gerekmektedir. Çalışma koşullarındaki iyileştirmeler, iş yükünü paylaşılması, yeterli ve etkin eğitimlerin düzenlenmesi ile farkındalık oluşturulması, çalışanların moral ve motivasyonları artıracak birtakım faaliyetlerin düzenlenmesi gibi birtakım tedbirlerle bu tatminsizlik düzeyinin azaltılması üzerine çalışmalar yapılması gerekmektedir. Aksi takdirde bu tatminsizlik doktorların mesleğini özverili bir şekilde yapmasına hastalarına gerekli ilgiyi verememesine sebep olacaktır. İş tatmini düzeyinin düşüklüğü gelecekte mesleğin tercih edilebilirliğini de düşürmektedir.

Günümüzün önemli sorunlarından birisi iş tatminsizliğidir. İşinden memnun olmayan kişiler, zamanla psikolojik ve ruhi sorunlar yaşayarak tükenmektedirler. İş tatminsizliğinin ve tükenmişliğin en önemli nedenleri arasında örgütsel yapı, meslektaşların ve yöneticilerin tutumu gelmektedir. İş tatminsizliği ve tükenmişlik yaşayan bireylerde; işe gelmeme, geç gelme, iş yerine yabancılaşma, monotonluk, fiziksel ve ruhsal rahatsızlıklar, çatışmalar, vb. durumlar görülür. Bu nedenle yöneticilerin iş tatminine önem vermeleri gerekir. Günümüzde artık hem işletmeler hem de çalışanlar için, çalışma hayatının yoğun ve yorucu temposu içinde koşuşturarak insanların kendilerini mutlu hissetmeleri ve işlerinden duydukları tatminle görevlerini daha iyi yapabilmeleri son derece önemlidir. Bugünün yoğun rekabet ortamında tükenmişliği tamamen ortadan kaldırmak neredeyse imkânsızdır. Çalışma yaşamında bireyler değişik zamanlarda hem tatminsizliği hem de tükenmişliği bir arada yaşayabilirler. Bununla beraber iş görenler için asıl konu, motivasyon ve dolayısıyla tat-

Tam Metin Sözlü Bildiri

min duydukları zamanın, tükenmişlik hissettikleri zamana göre daha fazla yaşanmasıdır. Bunun gerçekleştirilebilmesi için gerek iş görenlerin gerekse de işverenlerin tatminlerini artıracak uygulamalara yer vermeye çalışılmalıdır

Doktorların her açıdan korunması sağlık sisteminin devamı için alınması gerekli tedbirlerin önemli bir parçasıdır. Hem sağlık çalışanlarının iyilik halinin devam ettirilmesi hem de sağlık hizmet sunumunun sürdürülmesi için yeterli insan kaynağının devam ettirilmesi hem de sağlık hizmet sunumunun sürdürülmesi için yeterli insan kaynağının sağlanabilmesi açısından sağlık çalışanlarının ruh sağlığına gereken önem verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: iş tatmini, doktor, tutum ve davranış

Kaynaklar

1. Aytaç S. İş stresi yönetimi el kitabı iş stresi: oluşumu, nedenleri, başa çıkma yolları, Uludağ Üniversitesi, İİBF, 2009:1-34.
2. (Weiss, David J., Rene V. Dawis, and George W. England. "Manual for the Minnesota satisfaction questionnaire." *Minnesota studies in vocational rehabilitation* (1967).).
3. (Baycan FA. (1985). Farklı Gruplarda Çalışan Kişilerde İş Doyumunun Bazı Yönlerinin Analizi. Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, İstanbul.).
4. Çam, O., Akgün, E., Gümüş, A.B., Bilge, A., Keskin, G.Ü., (2005). Bir Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde çalışan Hekim ve hemşirelerin klinik ortamlarını değerlendirmeleri ile iş doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri dergisi*, 6(2), 13-220.
5. Sabreguess, J., Cebria, J., Rodriguez, C., Garcia, M., Juncosa, S., (2003). Job satisfaction and burnout in general practitioners. *Aten Primaria*, 31(4), 227-233
6. Abdel-Rahman, A. G., Meki, F., Halim, Amany, W. E. A. Ve Allam. M. F.(2008). Low Job Satisfaction Among Physicians in Eyypt. *TSK koruyucu Hekimlik Bülteni*, 7 (2) 91-96.
7. Başpınar R, Gökşin Cihan F, Kutlu R. Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Hekimlerde Depresyon Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*. 2016;7(25):1-9.
8. Karlıdağ R. Hekimlerde iş doyum ve tükenmişlik düzeyi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2000;11:1:49-57.
9. Yılmaz TD. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri'nde Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Tükenmişlik Düzeyi ve İlişkili Etmenler. *Ankara Üninversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Ankara, 2009.
10. Serin S. Duygusal emeğin tükenmişlik ve iş tatminine etkisi: Sağlık sektöründe bir uygulama. *İşletme Anabilim Dalı İşletme Programı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*,2014.
11. Kılıç M. İlköğretim Okullarında Görevli Öğretmenlerin Örgütsel Sinizm Düzeyleri ile İş Doyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (tez). *Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü*; 2013.
12. TUNÇ A.T. Sağlık çalışanlarının stresle başa çıkma tarzları ile iş tatmini düzeyleri arasındaki ilişki. *İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, 2017.
13. Toprak E. Mesleki Tükenmişlik düzeyi ile iş tatmini arasındaki ilişki: Sağlık sektöründe bir araştırma. *İşletme Anabilim Dalı Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Niğde: Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*,2013.
14. Al-Duabi SAR, Rampal KG. Prevalance and Associated Factors of Burnout Among Doctors in Yemen. *Journal of Occupational Health*. 2010;52(1):58-65.
15. Taşkaya S. Sağlık Çalışanlarının Örgütsel adaletle ilişkin algılamaları ile örgüte bağlılık düzeylerinin iş tatmini ve işten ayrılma niyeti üzerindeki etkileri. *Sağlık Hizmetleri Yönetimi Program. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*,2009.
16. Seyhan F. Sağlık Çalışanlarının Yaşadığı Örgütsel Çatışma, Örgütsel Stres, İş Yaşam Kalitesi, İş Tatmini Ve İşten Ayrılma Niyeti Arasındaki İlişki. *Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi*,2020.
17. Teker S. K. Mobbingin iş tatminine etkisinin belirlenmesine yönelik bir araştırma: Sağlık kurumu örneği. *İşletme Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Balıkesir: Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, 2014.
18. Yavuz. Ş. Hacettepe üniversitesi erişkin hastanesi çalışanlarının liderlik algılarının ve örgütsel bağlılıklarının iş tatmini üzerine etkisi. *Sağlık kurumları yönetimi programı. Yüksek lisans tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*,2009
19. Çelen Ö. Ekip Çalışması Etkinliğinin İş Tatmini Ve Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi: Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Eğitim Hastanesinde Bir Uygulama. *Sağlık Hizmetleri Yönetimi Program. Doktora Tezi. Ankara: Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi*, 2011.

Özet Sözlü Bildiri

S117

BİR TIP FAKÜLTESİ KLİNİK DÖNEM ÖĞRENCİLERİNİN MESLEKİ KAYGI DÜZEYLERİ

Ceren VARER AKPINAR

Giresun Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

Giriş ve Amaç: Hem zorlu tıp eğitimi süreci hem de mezun olduktan sonra meslek hayatı sürecindeki zorluklar ve mesleki kariyer ile ilgili belirsizlikler tıp fakültesi öğrencilerinde kaygı yaratabilmektedir. Bu çalışmada Giresun Tıp Fakültesi klinik dönem öğrencilerin mesleki kaygı düzeylerini ve bu kaygı ile ilişkili olabilecek faktörleri saptamak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki bu araştırmanın evrenini 2021-2022 yılında Giresun Tıp Fakültesi'ndeki 4.-5. ve 6. sınıf öğrencileri (187 kişi) oluşturmaktadır. Dışlama kriteri belirlenmemiş olup araştırmaya katılmayı kabul eden tüm öğrenciler araştırmaya dahil edilmiştir. %50 prevalans, %95 güven aralığı, %5 hata payı, desen etkisi 1, yanıtlanmama oranı %20 alınarak 151 öğrenci olarak örneklem büyüklüğü belirlenmiştir. Örnek seçimi yapılmamış, öğrencilerin tamamına ulaşılması planlanmıştır. Çalışma verileri Temmuz-Ağustos 2022 tarihleri arasında Google Form aracılığıyla toplanmış ve 161 kişi çalışmaya dahil olmuştur (%86,0).

Çalışmanın bağımlı değişkeni mesleki kaygı düzeyidir. Bağımsız değişkenler ise sosyo-demografik özellikler, depresyon ve anksiyete düzeyleridir. Mesleki kaygı düzeylerini sorgulamaya yönelik daha önce yapılan çalışmalarda kullanılan mesleki kaygı anketindeki sorulardan ve literatürden yararlanılmıştır. Mesleki kaygı anketi 5'li likert tipi 22 önermeden oluşmaktadır. Puan arttıkça mesleki kaygı düzeyinin arttığı kabul edilmektedir. Bu çalışma Cronbach alfa katsayısı 0,87 olarak bulunmuştur. Depresyon ve anksiyete düzeyini belirlemek için Hasta Sağlık Anketi-4 kullanılmıştır.

Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (01.07.2022-0749503) onay alınmıştır. Katılımcılardan bilgilendirilmiş gönüllü onamları alınmış ve çalışma hakkında gerekli bilgiler verilmiştir. Çalışmada hiçbir finansal destek alınmamış olup, çıkar çatışması yoktur.

Veriler SPSS 24.0 istatistik programında değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı analizde; numerik değişkenler ortalama ve standart sapma, kategorik değişkenler sayı ve yüzde üzerinden gösterilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu değerlendirildikten sonra, bağımsız değişkenlere göre mesleki kaygı MannWhitney U ve Kruskal Wallis testleri ile karşılaştırılmıştır. Mesleki kaygı, depresyon ve anksiyete skorları Spearman Korelasyon katsayısı kullanılarak değerlendirilmiştir. $P < 0,05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması $23,29 \pm 2,56$ ve %54'ü kadındır. Öğrencilerin mesleki kaygı düzeyi puan ortalaması $88,63 \pm 5,78$ 'dir. Mesleki kaygı düzeyiyle anksiyete skorları arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0.323$, $p < 0.001$). Kadınlarda, son sınıf öğrencilerinde, önceden tanı konmuş psikiyatrik rahatsızlıkları olanlarda, yüksek anksiyete ve depresyon düzeyi olanlarda mesleki kaygı düzeyi anlamlı olarak daha yüksektir ($p < 0.05$). En çok mesleki kaygı bildirilen önermeler; acil hastayla baş edememe (%65,22), yoğun çalışma koşulları (%63,98), hastaya yanlış tanı koyma ve malpraktis (%62,11) ve şiddete maruz kalma (%59,01) 'dır.

Sonuç ve Öneriler: Bu çalışmada tıp fakültesi klinik dönem öğrencilerinin mesleki kaygılarının yaygın olduğu gösterilmiştir. Yapılan önceki çalışmalardan farklı olarak, mesleki kaygıların nedenlerinde tıpta uzmanlık sınavıyla ilgili kaygıların daha alt sıralarda yer aldığı bulunmuştur. En sık mesleki kaygı nedeni olarak acil hastayla baş etme bildirilmiştir. Tıp fakültesinde sahadan uzak ve yoğun teorik bilgi içeren eğitimler yerine, klinik ve pratik eğitimlere ağırlık verilmesi bu kapsamda önemli olacaktır.

Özet Sözlü Bildiri

Yoğun çalışma koşulları, hastaya yanlış tanı koyma ve malpraktis ve şiddete maruz kalma yüksek mesleki kaygı nedeni olarak bildirilmiştir. Bu bağlamda hekimlerin çalışma koşullarına yönelik düzenlemelerin yapılması ve çalışacakları yerde can güvenliklerinin sağlanması son derece önemlidir. Bunun yanında tıp eğitimine iletişim becerileri konusunda verilen eğitimler ve hekim özlük hakları, tıp hukuku gibi derslerin eklenmesi önemli olacaktır.

Çalışmamızda kadınlarda, önceden tanı konmuş psikiyatrik rahatsızlığı olanlarda, depresyon ve anksiyete skoru yüksek olanlarda mesleki kaygı düzeyleri yüksek bulunmuştur. Bu kapsamda psikolojik destek gereksinimi olan öğrencilerin belirlenerek tıp fakültelerinde psikolojik destek birimlerinin kurulması faydalı olacaktır.

Gelecek çalışmalar için, tıp fakültesi öğrencilerinin mesleki kaygılarının standardize ölçekler kullanılarak değerlendirilmesi sonuçların güvenilirliğini arttıracaktır.

Anahtar Kelimeler: Mesleki kaygı, Tıp fakültesi, Öğrenci, Tıp eğitimi

Özet Sözlü Bildiri

S118

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İNTÖRN HEKİMLERİNDE KARIYER SEÇİMLERİ VE NEDENLERİNİN BELİRLENMESİ

Ahmet Furkan SÜNER, Elif IŞIK, Hatice ŞİMŞEK

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

Giriş ve Amaç: Hekimlerin uzmanlık tercihleri genellikle tıp eğitimleri ya da pratisyen hekim olarak uygulamaları sırasında belirlenir. Uzmanlık alanı seçerken maddi olanaklar, statü, çalışma koşullarının zorluğu, akademik kariyer beklentileri, ailesel sorumluluklar, toplumsal baskı gibi etmenlerin dikkate alındığı saptanmıştır. Bu alanda yapılan çalışmalar olmasına karşın değişen sağlık koşullarından intörn hekimlerin kariyer seçimlerinin nasıl etkilendiğinin araştırılması ve tıp eğitimi üzerindeki güncel olayların baskısının uzmanlaşmaya etkisinin irdelenmesi önemlidir. Ayrıca yaşanan COVID-19 pandemisi deneyimi ve ülkelerdeki sağlık politikasındaki değişiklikler de kariyer seçimlerinde etkili olabilir. Bu çalışmada, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2021-2022 döneminde eğitim gören intörn hekimlerin kariyer tercihleri ve nedenlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu çalışma Ağustos 2021 ile Şubat 2022 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesinde yürütülmüştür. Evren Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2021-2022 döneminde eğitim gören 326 intörn hekimdir. Örnek seçilmeyip tüm evrene ulaşmak hedeflenmiştir. Değişkenler intörn hekimlerin sosyodemografik özellikleri, literatürden derlenmiş kariyer seçimine ve nedenlerine ilişkin özelliklerdir. Veri önceden denemesi yapılmış anket aracılığıyla Google forms üzerinden çevrim-içi olarak toplanmıştır. Anketi 272 intörn hekim yanıtlamıştır (ulaşma oranı= %83.4). Sayımla belirtilen veri yüzde dağılımlarıyla, ölçümle belirtilen veri ortalama±standart sapmaları ile sunulmuştur. Çalışma için Tıp Fakültesi Dekanlığı'ndan izin, Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmıştır (Tarih: 25.08.2021- Karar No: 2021/24-03).

Bulgular: İntörn hekimlerin %48.7'si erkektir. İntörn hekimlerin %27'si mahrumiyet bölgesinde çalışmak istemekte, %89.3'ü uzman olmayı istemektedir. Katılımcıların %30.9'u üniversitede çalışmak istemekte, %25.7'si yurtdışında kariyer düşünmektedir. En çok tercih edilen bölümler psikiyatri (%9.5), göz (%6.9) ve dermatoloji (%6.9); en az tercih edilen bölümler göğüs cerrahisi, adli tıp, biyofizik, çocuk cerrahisi ve enfeksiyon hastalıklarıdır. Uzmanlık alanı seçiminde etkisine "çok etkiler" yanıtı verdikleri ilk beş etmen çalışma saatleri (%84), çalışma koşulları (%82.9), mesleki tatmin (78.4), şiddet (%74.3), uzmanlık eğitimi koşullarıdır (%73.6). Aynı sıralamada uzmanlık alanı seçimini çok etkileyeceğini belirtme sıklığı malpraktis davalarında %72.7, pandemi koşullarında %25.8'dir.

Sonuç: Tıp öğrencileri için mezuniyet sonrası başlıca kariyer seçeneği uzmanlıktır. Uzmanlık seçiminde kabul edilebilir çalışma saatleri, uzmanlık sonrası çalışma koşulları, iş tatmini, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, asistanlık eğitimi koşulları, malpraktis davaları ve yüksek gelir olanakları etkilidir. Gelecekteki araştırmalar, tıp öğrencilerinin yurtdışında çalışmaya yönelik tutumlarına odaklanmalıdır. Ülkemizdeki hekim açığı göz önünde bulundurularak mezuniyet sonrası kariyer planlamasında etkili olan faktörler dikkate alınmalı ve bu faktörlere yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

Yazarların herhangi bir çıkarı dayalı ilişkisi yoktur. Çalışmayı maddi olarak destekleyen kişi/kuruluş yoktur.

Anahtar Kelimeler: Uzmanlaşma, İntörn Hekim, Yurtdışı

Özet Sözlü Bildiri

S119

TIP FAKÜLTESİ UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN EĞİTİM SÜRECİNDE SOSYAL VE PSİKOLOJİK DEĞİŞİMLERİ, KOHORT ÇALIŞMASI

Meltem AKDEMİR¹, Yonca SÖNMEZ¹, Fırat KÖSE¹, Yeşim ŞENOL², Emine Esra Varkal TOPRAK³, Mehmet Rıfık AKTEKİN¹

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, Türkiye

³Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Türkiye

Giriş ve Amaç: Günümüzde depresyon, iş doyumsuzluğu, stres ve tükenmişlik gibi bazı sorunlar sağlık çalışanlarında, özellikle de hekimlerde sık görülmektedir. Bu çalışmada Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2018 yılında göreve başlayan uzmanlık öğrencilerinin sosyal ve psikolojik özellikleri ile bu özelliklerin eğitimlerinin ilk iki yılındaki değişimlerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma prospektif kohort çalışmasıdır. Araştırma evrenini 2018 yılında kayıt yaptıran 149 uzmanlık öğrencisi oluşturmuştur. Örneklem yöntemi kullanılmamış, göreve başladıkları ilk iki hafta içinde uygulanan veri toplama formunu yanıtlayan 98 öğrenci araştırma kohortu olarak çalışmaya alınmıştır. Araştırmaya katılım oranı %65,8'dir. Aynı bilgileri içeren ikinci veri toplama formu ile eğitimlerinin ikinci yılının (2020) sonunda 84 (devam oranı %85,7) öğrenciye ulaşılarak veriler tekrar toplanmış ve değişim prospektif olarak incelenmiştir. Veri toplama formunun ilk bölümü; öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini ve olası stresli yaşam olaylarını içeren sorulardan oluşmuştur. Strese yol açabilen yaşam olayları 20 maddeden oluşmuş ve öğrencilerin kendi kendilerine doldurdıkları bir kontrol listesi kullanılarak ölçülmüştür. Her bir madde öğrenci tarafından kendisinde yarattığı stresin derecesine bağlı olarak 0 (hiç stres yaratmıyor) ile 10 (çok yüksek, sürekli stress) arasında bir puan ile değerlendirilmiştir. Formun ikinci bölümünde; Genel Sağlık Anketi (GSA-12), Maslach Tükenmişlik (MTÖ), Minnesota İş Doyumu (MİDÖ), Yaşam Doyumu (YDÖ), Algılanan Stres (ASÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) soruları yer almıştır. Araştırmanın bağımlı değişkenleri; ölçek puanlarıdır. Bağımsız değişkenler; yaş, cinsiyet, medeni durum, sigara, alkol kullanma durumu, kronik hastalık varlığı, dahili ya da cerrahi branşlarda eğitim alma, nöbet tutma durumudur. Verilerin istatistiksel analizleri SPSS 23,0 kullanılarak yapılmıştır. Kohortun başlangıç ve ikinci yıl sonundaki stresli yaşam olayları skorlarının ve psikolojik ölçek skorlarının karşılaştırılması için Bağımlı Gruplarda T Testi ve Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için sınır değer olarak $p < 0,05$ kabul edilmiştir. Araştırma için Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmış (2017/753) ve çalışma TSA-2018-3793 Proje kodu ile Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından desteklenmiştir.

Bulgular: Uzmanlık eğitim sürecinin başlangıcında ve ikinci yılının sonunda öğrencilerin ölçek puan ortalamalarının değişimine bakıldığında; MTÖ-Duygusal Tükenme puanı 24,04'ten 26,89'a, MTÖ-Duyarsızlaşma puanı 11,90'dan 13,05'e, BDÖ puanı 7,47'den 10,24'e yükselmiştir ($p < 0,05$). YDÖ puanı 15,08'den 13,11'e, MİDÖ puanı ise 66,19'dan 62,20'ye düşmüştür ($p < 0,05$). GSA-12, ASÖ, MTÖ-Kişisel Başarı puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Sorgulanan olası stresli yaşam olaylarına verilen puanlarda; "toplumsal gelecek endişesi", "bireysel gelecek endişesi", "ekonomik sorunlar", "alınacak eğitimin yetersiz olma endişesi", "meslek seçiminden memnuniyetsizlik" ve "sosyal yaşantıdan hoşnutsuzluk" maddelerinde uzmanlık öğrencilerinin algıladıkları stres düzeyinin ikinci yılın sonunda istatistiksel açıdan anlamlı olarak artış gösterdiği saptanmıştır ($p < 0,05$).

Sonuç: Araştırmada uzmanlık öğrencilerinin ikinci yılın sonunda yaşam doyumu ve iş doyumu puanlarının azaldığı; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve depresyon puanları ile olası stresli yaşam olaylarından bazıları için algılanan stres düzeylerinin arttığı saptanmıştır. Bu nedenle, uzmanlık eğitiminin ilk iki yılında öğrencilerin ruhsal sağlığını koruyacak müdahalelerin planlanması önerilir.

Araştırma için herhangi bir finansal destek alınmamıştır ve çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Tükenmişlik, iş doyumu, uzmanlık öğrencileri, prospektif çalışma, stresli yaşam olayları

S120

**1970 - 2022 YILLARI ARASINDA TÜRKİYE'DE HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALLARINDA
YAPILMIŞ DOKTORA, UZMANLIK VE YÜKSEK LİSANS TEZLERİNİN
BİBLİYOMETRİK ANALİZİ**

Abdullah UÇAR*¹, Yasemin DENİZLİ*², Mahmut Talha UÇAR*³, Muhammet Yunus TUNCA⁴

¹Sakarya Üniversitesi Halk Sağlığı AD., Türkiye

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Türkiye

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD., Türkiye

⁴Hemşin Toplum Sağlığı Merkezi, Türkiye

Giriş ve Amaç

"Halk sağlığı, çevreyi sağlığa uygun hale getirmek, bulaşıcı hastalıkları kontrol altına almak, kişisel hijyen ilkelere göre bireyleri eğitmek, hastalıkların erken teşhis ve önleyici tedavisi için gerekli sağlık hizmetlerini organize etmek ve toplumun her bir ferdine sağlığını koruyabilecek yeterli bir yaşam standardı sunmak için organize olmuş toplumsal çabalar aracılığıyla hastalıkları önleme, yaşamı uzatma, fiziksel sağlığı ve verimliliği geliştirme bilim ve sanattır" (1). Halk sağlığı profesyonelleri geçmişte toplum sağlığına yönelik birçok konu üzerine çalışmışlar, bu konular günün koşullarına göre çeşitli eğilimlere sahip olmuştur. Yıllar içerisinde bazı konular güncelliğini yitirirken bazıları zamanla daha çok ilgi görmüş ve araştırma konusu olmuştur. Zamanın zorunluluklarına göre beliren temel konulardaki değişim, alanın referans eserlerinde gözlenmektedir. Hala sürmekte olan bu değişim sebebiyle halk sağlığı çalışma konuları arasında keskin sınırlar bulunmamaktadır (2;3;4;5). Bu değişimin en önemli göstergelerinden biri alanda yapılan bilimsel tezlerin konu dağılımlarının zamansal değişimidir. Halk sağlığı profesyonelleri akademik çalışmalarını tıpta uzmanlık, doktora ve yüksek lisans programları ile yürütmektedirler. Türkiye'de halk sağlığı uzmanlığı uzmanlık eğitimi 1958 yılında Refik Saydam Hıfzısıssıha Okulu'nda, 1965 yılında Hacettepe ve 1967 yılında Atatürk Üniversitesi'nde verilmeye başlanmıştır. Bu sebeple akademik tezler de 70'li yıllardan sonra hızlı bir artış içerisinde (6).

Halk sağlığı alanında yapılan lisansüstü tezler, alanda güncel ve ihtiyaç duyulan araştırma konularında yeni bilimsel keşiflere kapı aralarken bir taraftan da nüfusa ve bölgeye yönelik sağlık ihtiyaçlarının raporlanmasına, kaliteli hizmetlere eşit erişim gibi konularda ilgili araştırmacılara, politika yapıcılara ve hizmet sunucularına katkı sağlamaktadır. Bir taraftan bu tezler, toplum sağlığına yönelik gündemin tarih içinde nasıl değiştiğini gösteren tarihsel kayıtlardır, toplum sağlığının seyir defteri niteliğindedir. Bu sebeple alanda üretilmiş tezlerin bibliyometrik analizi, özellikle konuların zamansal dağılımları alanın bilim dünyasında hangi yönlerde ilerlediğini görebilmek için değerli bir harita sunmaktadır (7).

Bibliyometrik analiz, akademik yayınların özelliklerini incelemek amacıyla birçok yasalari ve yöntemleri içeren istatistiksel analizlerin kullanılmasıdır (8). Farklı bilim alanlarında veya aynı bilim alanının alt alanları arasında akademik çalışmalarının özelliklerinin ve değişim süreçlerinin incelenmesi için bibliyometrik analize başvurulduğunu ifade etmektedir (9). Bibliyometrik ilk çalışma 1919'da Alan ve Cole tarafından yapılırken, "bibliyometri" kavramı ilk olarak 1969'da Alan Pritchard tarafından kullanılmıştır. Bibliyometrik veri kaynağı olarak bibliyografiler (yazarlar, basımcılar, yayın yılı, yayının türü vb.), atıflar kullanılmaktadır (10). Bu çalışmalar, belirli bir alandaki eğilimleri analiz edilmesini, kişilerin ve çalışma alanlarının etkisinin ortaya konulmasını, değişen ve gelişen araştırma alanlarının gözlemlenmesini sağlamaktadır (11). Bu nedenle başarılı bibliyometrik çalışmalar, ilgili alan hakkında genel bakış elde edilmesine, alana dair mevcut boşlukların belirlenmesine ve gelecek araştırmacılar için ilgili alanda özgün çalışmalar yapılmasına rehberlik etmektedir. Bilimin öncü dergilerinden Nature, kendi birikimini yakın bir zamanda etkili bir şekilde haritalamış ve bilim dünyası ile paylaşmış, adeta bilgi uzayımızın eriştiği sınırları görünür kılmıştır.

Ülkemizde halk sağlığı alanında yapılan tez çalışmaları yıllar içerisinde hem kurumların hem de alandaki

Tam Metin Sözlü Bildiri

araştırmacıların artmasıyla paralel şekilde artmaktadır. Dolayısıyla, halk sağlığı alanında yapılan bibliyometrik çalışmalar giderek önem kazanmaktadır (12;13;14). Türkiye’de 2009-2019 yılları arasındaki halk sağlığı tıpta uzmanlık tezleri, yüksek lisans ve doktora tezleri bibliyometrik analiz ile incelenmiştir. Ancak, yalnızca 11 yılı değerlendiren bu çalışma, ulusal tez merkezindeki halk sağlığı alanındaki tüm yıllarda yapılan çalışmaları kapsamamaktadır. Ayrıca çalışmada, aynı anda birden fazla konuyu içerebilen tezler yalnızca bir konuya indirgenerek değerlendirilmiştir(12).

Bu çalışmada, halk sağlığı alanında ülkemizde yapılan bibliyometrik analizlerin kısıtlılıklarından ötürü daha kapsamlı bir araştırma hedeflenmiş, 1970 - 2022 yılları arasında halk sağlığı anabilim dallarında yapılan uzmanlık, doktora ve yüksek lisans tezleri değerlendirilmiştir. Çalışma kapsamında tez konularının belirlenmesi amacıyla halk sağlığının temel çalışma konuları alanın referans eserleri incelenerek tespit edilmiş ve bu konular tez konularının kodlanmasında kullanılmıştır. Böylece Türkiye’de son beş dekatta halk sağlığı konularındaki değişim kapsayıcı bir biçimde ortaya konulmuş ve bu alanların kendi aralarındaki etkileşimlerini incelenmiş, ileri araştırmalar için çalışmada oluşturulan interaktif içerikler çevrimiçi ortamda yayınlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Çalışma Tasarımı ve Kapsam

Bu çalışma kesitsel tipte tanımlayıcı bir araştırmadır. Araştırma kapsamı 1970 - 2022 yılları arasında YÖK tez merkezinde listelenen ve halk sağlığı anabilim dallarında yapılmış, detaylı arama kısmında bilim dalı “Halk Sağlığı” olan tüm yüksek lisans (YL), doktora (PhD) ve tıpta uzmanlık (TU) tezlerini (n=2520) içermektedir. Halk sağlığı konusuyla etiketlenmiş olmasına rağmen halk sağlığı anabilim dalları haricinde yapılmış tezler (n=1799) ve YÖK Tez Merkezi web sitesinde dizinlenmemiş tezler kapsam dışı bırakılmıştır.

Veri Temini ve Hazırlığı

Veriler YÖK Tez Merkezi’nde açık veri olarak yayınlanmakta olup dahil edilen tezlerin metaverileri (tez no, tez adı, yazar, danışman, yıl, tez türü, sayfa sayısı, üniversite) kullanılmıştır. Bu sebeple çalışma etik kurul onayı gerektirmemektedir.

Tezlerin mevcut olan metaverileri yanısıra her bir tezin halk sağlığının hangi alt çalışma konusunda yapıldığının tespiti gerekmiştir. Bunun için araştırmacılar tarafından temel halk sağlığı referans eserleri konu dağılımları incelenmiş, bu ön çalışma ile halk sağlığındaki konular listesi (n=32) oluşturulmuştur (2;3;4;5). Bu çalışma konuları kendi içinde temel çalışma alanı (Örn. Bağışıklama) , yöntemsel konular (Örn. Sağlığın Geliştirilmesi) ve aktüel konular (Örn. Bağlılık) olmak üzere 3 kümeye ayrılmıştır. Çalışmada halk sağlığı konularındaki tarihsel değişim incelenirken temel, yöntemsel ve aktüel çalışma alanı olarak konular belirlenerek analiz edilmesi amaçlanmıştır.

Çalışmada yapılan pilot uygulamada tek bir konuya odaklanmış tezler olduğu gibi farklı konuların kesişim alanında bulunan tezlerin olduğu görülmüş, bu sebeple 2520 tez, en az 1 ve en fazla 3 konu etiketi alacak şekilde araştırmacılar tarafından etiketlenmiştir. Toplamda 3488 konu etiketi oluşturulmuştur.

Veri Analizi

Veri analizinde temel yöntem olarak toplam, minimum, maksimum ve ortalama sayılar, yüzdeler, ortak konu analizi, frekans tabloları, bu tablolara dayalı interaktif görselleştirmeler uygulanmış, böylece 1970’ten 2022 yılına kadar yapılan tez çalışmaları haritalanmıştır. Yapılan analizlerde elde edilen sıklık tablolarının büyük boyutlu olması sebebiyle öne çıkan bulgular makalede yer almış olup tabloların Ek Materyal-1’de sunulmuştur.

Bulgular

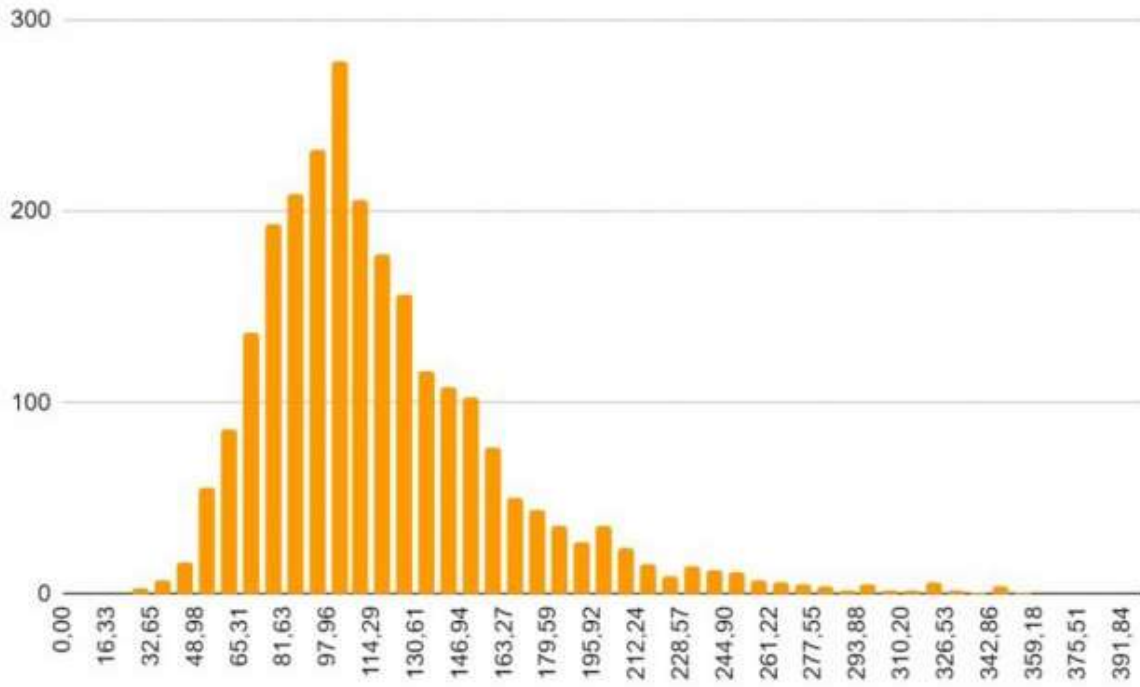
Çalışma kapsamında incelenen 2520 tezin %37,3’ü (n=940) tıpta uzmanlık, %17,14’ü (n=432) doktora ve %45,56’sı (n=1148) yüksek lisans tezidir. Türkiye genelinde tez yapılmış halk sağlığı kürsü sayısı 70’tir. Halk sağlığı tez sayısı en yüksek üniversiteler sırasıyla İstanbul (n=200), Hacettepe (n=197), Erciyes (n=193),

Tam Metin Sözlü Bildiri

Dokuz Eylül (n=147), Gazi (n=137) üniversiteleridir. PhD ve TU tez sayıları toplamına göre incelendiğinde ise bu sıralama İstanbul (n=131), Hacettepe (n=89) ve Dokuz Eylül (n=89), Ege (n=81), Gazi (n=73), Erciyes (n=71) Üniversitesi şeklindedir.

Tezlerin sayfa adetleri dağılımı incelendiğinde; sayfa sayısı dağılımı histogramında z skorları tespit edilerek skor değeri ± 3 dışındaki veriler (n=32) uç değer kabul edilmiş, 2 tezin de sayfa sayısı bulunamamış ve hariç tutulmuştur. Bu durumda 2486 tezin sayfa sayısı histogramı Şekil 1'deki gibidir. Tez sayfası ortalaması 117,6 ve standart sapması 46,7'dir.

Şekil 1



Tezlerin konularına göre incelenmesi için geliştirilen halk sağlığı konu tablosu Tablo 1'deki gibidir. İncelenen referans eserlerde tespit edilen konular ana konu başlıklarında toplandığında 32 ana konu, 41 alt konu tespit edilmiştir.

Tam Metin Sözlü Bildiri

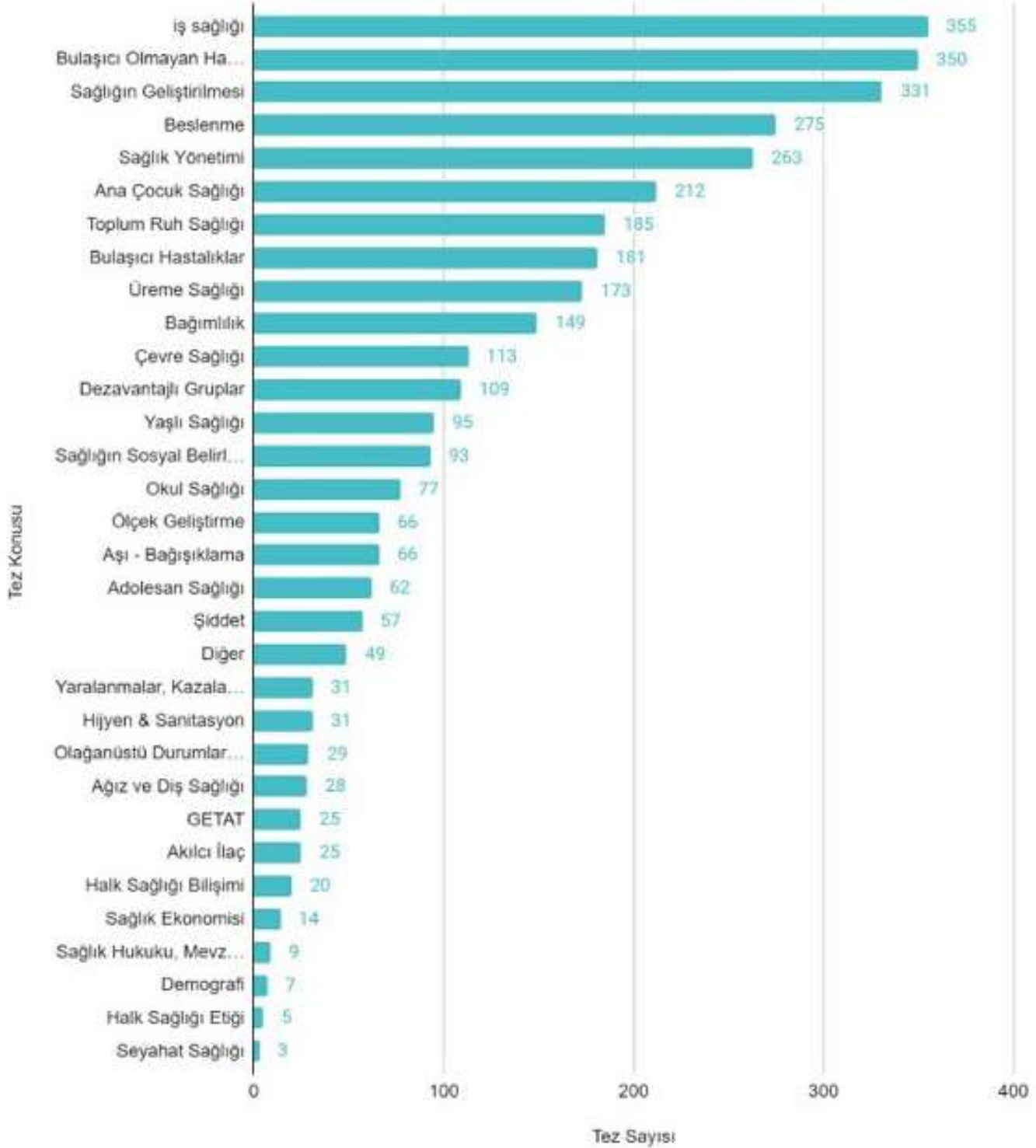
Tablo 1

Kategori	Ana Konu	Alt Konu 1	Alt Konu 2	Alt Konu 3	Alt Konu 4	Alt Konu 5	Alt Konu 6
Aktüel	Akılci İlaç						
Aktüel	Bağımlılık	Tütün	Alkol	Madde	Teknoloji	Kumar	
Aktüel	Dezavantajlı Gruplar	Engelliler	Cezaevleri	Toplumsal cinsiyet	Göçmen Sağlığı		
Aktüel	Küresel Sağlık	Enerji Krizi	Ekonomik Krizler	Gıda Krizleri			
Aktüel	Şiddet	Kadına Yönelik Şiddet	Hekime Yönelik Şiddet				
Temel	Adolesan Sağlığı						
Temel	Ağız ve Diş Sağlığı						
Temel	Ana Çocuk Sağlığı	Emzirme					
Temel	Aşı - Bağışıklama						
Temel	Beslenme	Emzirme	Toplum Beslenmesi	Ortoreksiya Nervoza			
Temel	Bulaşıcı Hastalıklar						
Temel	Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar	Diyabet, Obezite, Kardiyovasküler Hastalıklar	Kanser, Hipertansiyon, KOAH, Nörolojik Bozukluklar, Taramalar				
Temel	Çevre Sağlığı	Toksikoloji	İklim Değişikliği, Küresel Isınma				
Temel	GETAT						
Temel	Hijyen & Sanitasyon						
Temel	iş sağlığı	Ergonomi					
Temel	Okul Sağlığı						
Temel	Olağanüstü Durumlar ve Afet	Savaş	Biyoterörizm	Acil durumlar			
Temel	Sağlık Yönetimi	Sağlık Politikaları	Sağlık İnsan Gücü	Sağlık Sistemleri	Sağlık Hizmetleri	Sağlık Diplomasisi	Evde Sağlık Hizmetleri
Temel	Seyahat Sağlığı	Turist Sağlığı	Sağlık Turizmi				
Temel	Toplum Ruh Sağlığı	Toplumsal Cinsiyet	İntihar				
Temel	Üreme Sağlığı	Aile Planlaması					
Temel	Yaralanmalar, Kazalar ve Kontrolü						
Temel	Yaşlı Sağlığı						
Temel	Demografi						
Yöntem	Halk Sağlığı Bilişimi						
Yöntem	Halk Sağlığı Etiği						
Yöntem	Sağlığın Geliştirilmesi	Sağlık Eğitimi	Sağlık Okuryazarlığı	Sağlık İletişimi			
Yöntem	Sağlığın Sosyal Belirleyicileri						
Yöntem	Sağlık Ekonomisi	Maliyet Analizi					
Yöntem	Sağlık Hukuku, Mevzuatı						
Yöntem	Ölçek Geliştirme						
Diğer	Diğer						

Tam Metin Sözlü Bildiri

Çalışmada tezler ana konu başlıkları ile etiketlenmiştir. 2520 teze ait konu etiketi sayısı 3488'dir. Bu etiketlerin dağılımı Şekil 2'teki gibidir. Konu sayılarının azalan sıralama ile hareketli interaktif versiyonu için: <https://public.flourish.studio/visualisation/5921034/>

Şekil 2



1970-1979 aralığında sadece 7 tez kaydı olduğundan görselleştirmede bu dekat hariç tutulmuş, 1980 - 2022 arasında 4 dekatta konuların sıklık tablosu kullanılarak interaktif grafik oluşturulmuştur. Grafiğin statik versiyonu Şekil 3'teki gibidir. 2022 yılında listenin başında yer alan 5 konu öne çıkarılmıştır. (İnteraktif versiyonu için link: : <https://public.flourish.studio/visualisation/10191538/>)

Tam Metin Sözlü Bildiri

Tartışma ve Sonuç

Bu çalışmada ulusal tez merkezinde dizinlenmiş 1970-2022 yılları arasında halk sağlığı anabilim dallarında yapılmış yüksek lisans, doktora ve tıpta uzmanlık tezleri değerlendirilmiş, halk sağlığı alanında çalışılan konuların sıklıkları, konuların yıllar içindeki değişimi ve kendi aralarındaki ilişkiyi incelenmiştir. Benzer bir çalışma olarak 11 yıllık bir dönemde halk sağlığı tezlerini inceleyen bir yayın mevcuttur ancak bu yayında konular arası ilişki incelenmemiş ve kapsam 11 yıl ile sınırlandırılmıştır (12). 1970'ten 2022'ye kadar olan 52 yıllık bir dönemi kapsayan ve tüm tez türlerinde konuları ele alan, konuların yıllar içindeki değişimini ve kendi aralarındaki etkileşimini inceleyen bir çalışma olması sebebiyle çalışmamız orjinal ve kapsayıcı bir çalışmadır.

YL tezlerinin DR ve TU tezlerinden çok daha fazla olmasında YL eğitim döneminin 2 yıl, diğer eğitim dönemlerinin ise 4 yıl olması etken olabilir. En fazla tez sayısına sahip üniversiteler incelendiğinde bu üniversitelerin Türkiye'nin ilk köklü üniversiteleri olduğu görülmektedir. Yeni kurulan üniversitelerde doğal olarak tez sayısı daha düşüktür. En fazla yayın yapan ilk üç üniversite sırasıyla İstanbul Üniversitesi, Hacettepe Üniversitesi ve Erciyes Üniversitesi olduğu görülmektedir. 2009-2019 yılları arasındaki tezleri inceleyen çalışmada, en çok yayın yapan üniversitelerin sırasıyla Erciyes Üniversitesi, Dokuz Eylül Üniversitesi ve İstanbul Üniversitesi olduğu belirtilmiştir (12). Dolayısıyla son yıllarda Erciyes Üniversitesi ve Dokuz Eylül Üniversitesi halk sağlığı alanında daha fazla tez yayını yapmış olmakla birlikte 1970'ten günümüze kadar gelen tüm yayınları incelediğimizde İstanbul Üniversitesi ilk sırada yer alırken, Hacettepe Üniversitesi ve Erciyes Üniversitesi'nin takip ettiği söylenebilir.

Tezlerin sayfa adetleri incelendiğinde 32 tezin sayfa adetleri z skorlarına göre incelendiğinde 353 sayfa üzerindeki sayılar uç değer olarak değerlendirilmiştir. En yüksek sayfa sayısı 41.344 sayfa olan tez dokümanına ise YÖK tez merkezi üzerinden erişilememiş, detaylı inceleme yapılamamıştır. İlgili rakamın bir hata mı olup olmadığı açıklığa kavuşturulmalıdır.

Bu çalışma kapsamında halk sağlığı referans eserleri incelenerek halk sağlığının temel ve alt çalışma alanları tespit edilmeye çalışılmıştır. Ancak konular arası kesişimin çok fazla olduğu görülmüştür. Örn. emzirme konusu hem ana çocuk sağlığı konusuna hem beslenme konusuna girebilmektedir. Benzer şekilde adolesan sağlığı ile üreme sağlığı konuları büyük bir kesişim alanına sahiptir. Bu sebeple araştırmacılar açısından tablonun oluşturulması zorlu bir sürece dönüşmüştür, zira konuların belirlenmesi ve sınıflanması alanın felsefi temellerine de hakim olmayı gerektirmektedir. Görülen kadarıyla konular arasında keskin ayrımlar yapılması doğru ve mümkün değildir, her bir çalışmanın farklı alt çalışma alanlarına ne oranda girdiği tartışılabilir. Bu zorluğa rağmen bir öncü çalışma olarak araştırmacıların kendi tespit ve kümelemeleri tablo olarak sunulmuştur. İleri araştırmalarla bu tablo geliştirilebilir.

Tüm yıllara göre ve tüm tez türlerinde tez konularının dağılımı incelendiğinde en çok çalışılan ilk beş konunun sırasıyla iş sağlığı , bulaşıcı olmayan hastalıklar, sağlığın geliştirilmesi, beslenme, toplum ruh sağlığı olduğu görülmüştür. 2009-2019 yılları arasında halk sağlığı alanında yapılmış yüksek lisans, doktora ve tıpta uzmanlık tezlerini incelendiği çalışmada, en çok çalışılan ilk üç konu başlığı işçi sağlığı, üreme ve kadın sağlığı ve bulaşıcı olmayan hastalıklar ve yeti yitimi olduğu gösterilmiştir (12). İş sağlığı ve ve bulaşıcı olmayan hastalıklar tüm yıllar değerlendirilerek ele alındığında en çok çalışılan konu olmaya devam ederken, kadın üreme sağlığının yerini sağlığın geliştirilmesi konusunun aldığı görülmektedir. Bizim çalışmamızda kümülatif olarak tez sayıları yıllara göre incelendiğinde, 1980 yılında en çok çalışılan konular sağlığın geliştirilmesi ve bulaşıcı hastalıklar iken, 1990 yılında ilk üçte sağlığın geliştirilmesi, bulaşıcı hastalıklar ve beslenme, 2000 yılında on yıl içinde hızlı bir artış göstererek ilk üçte sağlık yönetimi, üreme sağlığı ve bulaşıcı hastalıklar, 2010 yılında sağlık yönetimi, iş sağlığı ve sağlığın geliştirilmesi, 2022 yılına geldiğimizde ise en çalışılan konuların iş sağlığı bulaşıcı olmayan hastalıklar ve sağlığın geliştirilmesi olduğu görülmektedir. 1980-2022 yılları arasında 4 dekkata çalışılan konu başlıklarının sıklık analizi incelendiğinde öne çıkan 5 konunun sırasıyla sağlığın geliştirilmesi, beslenme, bulaşıcı olmayan hastalıklar, iş sağlığı ve toplum ruh sağlığı olduğunu görülmektedir.

Tam Metin Sözlü Bildiri

Çalışma kapsamında yapılan ortak konu analizi giriş diyagramla görselleştirilmiş ve interaktif versiyon alanda çalışan araştırmacılar için pratik bir ilişki haritası olarak çevrimiçi sunulmuştur. Konu listesi sıklık grafiğindeki (Şekil 3) sıralama ile giriş diyagramdaki sıralama benzeşmemektedir, bunun sebebi konu sıklık grafiğinde tek etiketli tezler de dahilken giriş diyagramda sadece 2 ve 3 etiketli konuların yer almasıdır. Bu diyagram incelendiğinde en fazla ilişkinin sağlığı geliştirme ile beslenme konuları arasında olduğu görülmektedir. İkinci en büyük ilişki ise beslenme - ana çocuk sağlığı konuları ve sağlığın geliştirilmesi - bulaşıcı olmayan hastalıklar konuları arasındadır.

Bir ana bilim alanındaki bilimsel gelişmenin hangi yöne doğru olduğu, fazla çalışılan veya eksik bırakılan alanların olup olmadığı, alandaki bibliyometrik birikimin nasıl bir ilişki içinde olduğu ve benzeri tanımlayıcı bilgiler yeni araştırmacılar için değerli bir yol haritası olabilir. Bu sebeple bibliyometrik analizlerle halk sağlığı alanının nabzının tutulması, belirli aralıklarla bu araştırmaların tekrarlanması ve derinleştirilmesi özel bir önem taşımaktadır. Bu çalışma, bu vizyona katkıda bulunmayı amaçlamıştır.

Kısıtlılıklar

Halk sağlığının temel çalışma konularını değerlendirmeyi hedefleyen bu çalışmamızda sadece doktora, yüksek lisans ve tıpta uzmanlık tezleri incelenmiş olup orjinal araştırmalar değerlendirilmemiştir.

Çıkar Çatışması

Bu araştırma araştırmacılar tarafından fonlanmıştır. Herhangi gerçek veya tüzel bir kişiden destek alınmamıştır, herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Anahtar Kelimeler: halk sağlığı tezleri, bibliyometrik analiz, metabolizm

Kaynakça

1. Winslow CE. THE UNTILLED FIELDS OF PUBLIC HEALTH. *Science*. 1920 Jan 9;51(1306):23-33.
2. Detels, R., Gulliford, M., Karim, Q. A., & Tan, C. C. (Eds.). (2015). *Oxford textbook of global public health*. Oxford Textbook.
3. Öztekin, A. Z. (2020). *Halk sağlığı kuramları ve uygulamaları*. Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı.
4. Wallace, R. B., Kohatsu, N., & Last, J. M. (2007). *Maxcy-Rosenau-Last Public Health and Preventive Medicine*. McGraw-Hill.
5. Fişek, N. H. (1983). *Halk sağlığına giriş*. Hacettepe Üniversitesi.
6. Kılıç, B., Şahan, C., & Bahadır, H. (2014). *Dünyada ve Türkiye’de Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitiminin Tarihiçesi, İçeriği ve İstihdam Politikaları*. TAF Preventive Medicine Bulletin, 13(6).
7. Zwanikken PA, Huong NT, Ying XH, Alexander L, Wadidi MS, Magaña-Valladares L, Gonzalez-Robledo MC, Qian X, Linh NN, Tahir H, Leppink J, Scherpbier A. Outcome and impact of Master of Public Health programs across six countries: education for change. *Hum Resour Health*. 2014 Aug 6;12:40.
8. M. K. McBurney and P. L. Novak, "What is bibliometrics and why should you care?," *Proceedings. IEEE International Professional Communication Conference, 2002*, pp. 108-114.
9. Mishra DK, Gawde M, Solanki MS. Bibliometric study of Ph.D. thesis in English. *Global J Academ Librarians* 2014; 1: 19-36.
10. LAWANI, S. M. "Bibliometrics: Its Theoretical Foundations, Methods and Applications" *Libri*, vol. 31, no. Jahresband, 1981, pp. 294-315.
11. Naveen Donthu, Satish Kumar, Debmalaya Mukherjee, Nitesh Pandey, Weng Marc Lim, How to conduct a bibliometric analysis: An overview and guidelines, *Journal of Business Research*, Volume 133, 2021, Pages 285-296, ISSN 0148-2963.
12. UZUNU, Süleyman Utku; BAYSAN, Caner; BEKAR, Türker, *Türkiye’de Son 11 Yılda Halk Sağlığı Alanında Yapılmış Tıpta Uzmanlık, Yüksek Lisans ve Doktora Tezlerinin Bibliyometrik Analizi*, *Firat Tıp Dergisi* . 2021, Vol. 26 Issue 3, p124-129. 6p.
13. Keçeci, Ş. (2021). *Ulusal Tez Merkezinde Yer Alan İş Sağlığı Güvenliği Alanında Yazılmış Tezlerin Bibliyometrik Analizi* . *Uluslararası Sosyal Bilimler ve Eğitim Dergisi* , 3 (4) , 51-68.
14. Oncel, Selma & Sümen, Adem. (2017). *Türkiye’de halk sağlığı hemşireliği alanında yürütülen lisansüstü tezlerin değerlendirilmesi / Assessment of Theses Written in the Field of Public Health Nursing in Turkey*. *Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics*. 3. 20-8.

Özet Sözlü Bildiri

S121

TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ SINAVINDA HALK SAĞLIĞI UZMANLIK EĞİTİMİNİN TERCİH EDİLME DURUMLARI VE ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ: 15 YILLIK RETROSPEKTİF ÇALIŞMA

Bahadır DEDE, Merve SAVAŞ AKSAKAL, Metin PIÇAKÇIEFE, Şehbal YEŞİLBAŞ, Emine TİRİÇ
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

Giriş ve Amaç: Tıpta Uzmanlık Eğitimi Sınavı(TUS) taban puanlarına göre uzmanlık alanı tercihleri yıllar içinde farklı eğilimler göstermektedir. Bu çalışma hekimlerin TUS'ta Halk Sağlığı(HS) uzmanlık eğitimini tercih etme durumları ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi amacı ile yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Retrospektif tanımlayıcı olan araştırmanın evrenini; Ölçme, Seçme ve Yerleştirme Merkezi Başkanlığı(ÖSYM) web tabanı üzerinden 2007-2022 yılları arasında yapılan 31 TUS dönemi sonuçlarına göre HS uzmanlık eğitimine yerleştirilen adayların tercih ettikleri 60 devlet ve vakıf üniversiteleri oluşturmaktadır. Örneklem seçilmemiştir. Bağımsız değişkenler; zaman(yıl), TUS dönemleri, TUS kontenjan sayıları, HS kontenjan sayıları, kontenjanın kadro türü [Yükseköğretim Kurumu(YÖK), Sağlık Bakanlığı Adına(SBA)] üniversite tipi(devlet, vakıf), bölge, kontenjan ilan edilen HS Anabilim Dalı(AD) sayıları, AD'nın kadro ilanı verdiği dönem sayısı, göreve başlayan ve boş kalan kadro sayılarıdır. Bağımlı değişken; HS uzmanlık eğitimini tercih etme durumudur. Tercih etme durumu hekimlerin TUS'da aldıkları puanlar olarak belirlenmiştir. Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, ortalama ve standart sapmalar ile değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenler Kolmogrov-Smirnov, Shapiro-Wilk testleri ile normallik dağılımları değerlendirilmiştir. Normal dağılan değişkenler bağımsız gruplarda t testi, tek yönlü varyans analizi(ANOVA) ile varsayımların sağlanmadığı durumlarda non-parametrik karşılığı ile test edilmiştir. HS tercih etme durumunun zamansal değişimi Joinpoint regresyon yöntemi(JPR) ile sınanmıştır. Hata terimleri, otokorelasyon olmaması ve sabit varyans gibi temel varsayımlar sınanmıştır. Grid search metodu, permütasyon testi modeli ile hesaplamalar değerlendirilmiştir. Verilerin analizi SPSS 22.0 paket programı ve JPR 4.9.1 ile gerçekleştirilmiştir. Tüm istatistiksel çözümlerinde p<0.05 anlamlılık sınırı kabul edilmiştir. Herhangi bir çıkar çatışması ve finansal desteği olmayan çalışmamızın etik kurul onayı alınmıştır.

Bulgular: On beş yılı kapsayan bu süreçte 60 farklı HS AD, 1231 ilanda 2037 asistan ilanı vermiştir. Dönem başına ortalama 31.51±5.97 AD, 1.65±0.92 ilan verilmiştir. Asistan sayılarının %63.4'ü YÖK, %36.6'sı SBA ve %97.5'i devlet, %2.5'i vakıf üniversitesi kadrosundadır. Genel TUS kontenjanları içindeki HS kontenjan yüzdesi ortalaması 1.99±0.64 (min:0.73; max:3.60)'tür. HS kontenjanlarının doluluk yüzdesi %98.18'dir. Tüm dönemlerin HS TUS puan ortalamaları genel; 58.08±3.54, YÖK; 59.00±3.22, SBA; 56.23±3.44, devlet; 58.12±3.53, vakıf; 56.93±3.64'tür. Tek değişkenli çözümlerinde TUS puan ortalamaları, bahar dönemlerinin sonbahara göre; YÖK kontenjanlarının SBA'ya göre, devlet üniversitelerinin vakıf üniversitelerine göre; İç Anadolu Bölgesi AD'larının, Akdeniz, Doğu Anadolu ve Karadeniz Bölgesi AD'larına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

HS toplam kontenjanlarının TUS genel kontenjanlarına göre oranının 2008-2021 yılları arasındaki trendi JPR ile sınanmış ve bir kırılma noktası bulunmuştur. Buna göre 2008-2012 yılları arasındaki artış anlamlı değil iken (p>0.05), 2012-2021 yılları arasında %-4.30 ile anlamlı bir azalma bulunmuştur (p<0.05). Bu değişim trendleri istatistiksel olarak anlamlıdır. HS kontenjanlarının TUS genel kontenjanlarına göre oranının zamansal değişimi YÖK ve SBA yan değişkenlerine göre değerlendirildiğinde; YÖK için bir kırılma noktası ile 2017-2021 yılları arasında %-8.30 ile anlamlı bir azalma, SBA için bir kırılma noktası ile 2011-2021 yılları arasında %-3.60 ile anlamlı bir azalma bulunmuştur (p<0.05).

Özet Sözlü Bildiri

TUS'ta HS'na giriş puan ortalamalarındaki yıllık trendin YÖK ve SBA yan değişkenlerine göre JPR ile değerlendirilmesinde YÖK TUS puanlarında herhangi bir kırılma noktası ve anlamlı bir trend bulunmamıştır ($p>0.05$). SBA TUS puanlarında 2 kırılma noktası ile 2008-2016 yılları arasında %0.77'lik anlamlı bir artış saptanmaktadır ($p<0.05$). 2016-2018 ve 2018-2021 yılları arasında anlamlı bir trend gözlenmemiştir ($p>0.05$).

Sonuç: Halk sağlığı asistan kontenjanlarının çoğunluğu YÖK ve devlet üniversitesi kadrosunda olup, kadrolar tama yakın doluluk oranında tercih edilmektedir. HS kontenjanlarının genel TUS kontenjanlarına oranı yıllar içerisinde anlamlı bir şekilde azalmaktadır. HS TUS puan ortalamaları bahar döneminde, YÖK kadro türünde ve devlet üniversitelerinde anlamlı bir artış göstermektedir. Genel TUS kontenjanları içerisinde HS AD'larına ayrılan asistan kontenjanlarının artırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Halk sağlığı, Tıpta Uzmanlık Eğitimi Sınavı (TUS), Uzmanlık eğitimi tercihi, Retrospektif çalışma

Özet Sözlü Bildiri

S122

**TÜRKİYE'DEKİ TIP FAKÜLTESİ SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN
KARIYERLERİNİ YURTDIŞINDA SÜRDÜRME EĞİLİMLERİ VE BUNU ETKİLEYEN
FAKTÖRLER: 39 TIP FAKÜLTESİNDE ÇOK MERKEZLİ BİR ARAŞTIRMA**

Erhan ESER¹, Elif ÇİL¹, Nesibe Efruz ŞEN GÜNDOĞAN¹, Meltem ÇÖL², Elif Nur YILDIRIM ÖZTÜRK², David Terence THOMAS³, Ahmet Tevfik SÜNTER⁴, Hatice Nilden ARSLAN⁴, Rıza ÇİTİL⁵, Yalçın ÖNDER⁵, Metin PIÇAKÇIEFE⁶, Bahadır DEDE⁶, Can DEMİREL⁷, Neriman AYDIN⁸, Çiğdem ÇAĞLAYAN⁹, Ahmet Alp AKER⁹, Arda BORLU¹⁰, Hasan DURMUŞ¹⁰, Günay CAN¹¹, Esin SİDDİKOĞLU¹¹, Ergün Haldun SÜMER¹², Tunahan UYGUN¹², Seval ALKOY¹³, Kübra AKTAŞ AYCAN¹³, İbrahim KORUK¹⁴, Rüstem KUZAN¹⁴, Lütfi Saltuk DEMİR¹⁵, Esra HACILAR¹⁶, Hıdır SARI¹⁷, Zehra KILINÇ¹⁷, Özgür ÖNAL¹⁸, Edanur DOĞAN¹⁸, Mestan EMEK¹⁹, Rıdvan TERZİOĞLU¹⁹, Gülçin YAPICI²⁰, Deniz ERDAL²⁰, Sultan ESER²¹, Emine AYHAN AKMAN²¹, Zahide KOŞAN²², Sinan YILMAZ²², Ferruh Niyazi AYOĞLU²³, Bilgehan AÇIKGÖZ²³, Berna MUSAL²⁴, Ahmet Furkan SÜNER²⁵, Ayşegül ERDOĞAN²⁶, İdris CILBURUNOĞLU²⁶, Meral SAYGUN²⁷, Didem DAYMAZ²⁷, Didem ARSLANTAŞ²⁸, Muhammed Fatih ÖNSÜZ²⁸, Nazım Ercüment BEYHUN²⁹, Medine Gözde ÜSTÜNDAĞ²⁹, Galip EKUKLU³⁰, Fulya ÖZDER TAŞ³⁰, Filiz ABACIGİL³¹, Selcen ÖNCÜ³², Seyhan HİDİROĞLU³³, Ayşe Nilüfer ÖZAYDIN³³, Edibe PİRİNÇÇİ³⁴, İrem BULUT³⁴, Mustafa TÖZÜN³⁵, Muzaffer ESKİOCAK³⁶, Pınar GÜNEL³⁷, Sebahat Dilek TORUN³⁸, Melike YAVUZ³⁸, Metin HASDE³⁹, Derya ÇAMUR³⁹, Gülşen GÜNEŞ⁴⁰, Burak KURT⁴⁰, Nüket GÜLER BAYSOY⁴¹, Nadi BAKIRCI⁴², Figen DEMİR⁴², Binali ÇATAK⁴³, Ferda ÖZYURDA⁴⁴, Mustafa TURAN⁴⁵

¹Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

²Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

³Maltepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi Anabilim Dalı/Pediyatrik Cerrahi Anabilim Dalı, Türkiye

⁴Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

⁵Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

⁶Muğla Sıtkı Kocaman Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

⁷Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biofizik Anabilim Dalı/Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, Türkiye

⁸Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı/Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, Türkiye

⁹Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

¹⁰Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

¹¹İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

¹²Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

¹³Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

¹⁴Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

¹⁵Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

¹⁶Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

¹⁷Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

¹⁸Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

¹⁹Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

²⁰Mersin Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

²¹Balıkesir Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

²²Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

²³Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

²⁴Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, Türkiye

²⁵Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

²⁶Kahramanmaraş Sütçüimam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

²⁷Kırıkkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

²⁸Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

²⁹Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

³⁰Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

³¹Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

³²Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, Türkiye

³³Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

³⁴Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

³⁵İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

³⁶Sanko Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı/Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, Türkiye

³⁷Sanko Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı/Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, Türkiye

³⁸Bahçeşehir Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

³⁹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

⁴⁰Yüksek İhtisas Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

⁴¹Biruni Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

⁴²Acıbadem Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

⁴³Kafkas Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

⁴⁴TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

⁴⁵TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, Türkiye

Özet Sözlü Bildiri

Giriş ve Amaç: Son yıllarda Türkiye’de hekimlerin yaşadığı ekonomik sorunlar, sağlık sektöründeki popülist uygulamalar ve hekime yönelik şiddetin artması nedeniyle batı ülkelerine hekim göçü artmaktadır. TTBB’den yurtdışında çalışmak amacıyla temiz sicil belgesi talep eden hekim sayısının 2022 yılının ilk yarısında bir önceki yıl rakamını yakalayarak 1401’e ulaştığı bildirilmiştir. Bu çalışmada, Türkiye’deki 5. ve 6. sınıf tıp öğrencilerinin mesleki kariyerlerini yurtdışında sürdürme eğilimleri ve buna bağlı faktörlerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Türkiye’de halen 23’ü Vakıf üniversitesi 72’si devlet üniversitesi olmak üzere 5. ve 6. sınıfta öğrencisi bulunan toplam 95 tıp fakültesi vardır. Çalışmaya eposta çağruları ve mesleki sosyal medya grupları aracılığıyla yapılan araştırmaya katılım çağrılarında 35’i devlet, 8’i vakıf olmak üzere toplam 43 tıp fakültesinden araştırmacı olumlu yanıt vermiştir. Çalışmaya kabul koşulu olan Türk vatandaşı olan 5.inci ve 6. sınıf öğrencisi mevcudunun en az %50’sinin katılımı koşulunu sağlayabilen 39 tıp fakültesi çalışmaya kabul edilmiş, eksik veri toplayan dört tıp fakültesinin verileri çalışma dışında bırakılmıştır. Bu 39 tıp fakültesinin 5. ve 6. Sınıf mevcudları toplamı (n=14511) ülkedeki tüm tıp fakültelerinin 5. ve 6. Sınıf mevcudunun (n=27731) %51.9’unu oluşturmaktadır. Sonuç olarak çalışmaya 9881 tıp öğrencisi katılmış, katılım oranı % 68.1 olmuştur. Aynı veri toplama formu, katılımı artırmak amacıyla ya internet anketi formatında ya da kağıt-kalem yoluyla yanıtlanmıştır. Çalışmada, öğrencilerin, sosyoekonomik özellikleri, aldıkları tıp eğitimi ve mesleki ve yabancı dil becerileri ile ilgili öz-değerlendirmeleri, yurt dışın deneyimleri sorgulanmıştır. Ayrıca yurtdışına göçüne neden olabilecek yurt içindeki itici faktörler (ülkedeki çalışma koşulları ve sosyal yaşamın iticiliği) ve yurtdışı çeken faktörler (yurtdışındaki çalışma koşulları ve sosyal yaşamın çekiciliği) de değerlendirilmiştir. İstatistik analizlerde kaba ve düzeltilmiş (Lojistik regresyon ile) Odds oranları hesaplanmıştır. Tıp 1 hata değeri <0.05 olarak kabul edilmiştir. Analizlerde SPSS 24.0 istatistik paketi kullanılmıştır.

Bulgular: Tıp öğrencilerinin %70.7’si mesleğini yurt dışında sürdürmek ve bunların da %60’ı ise kalıcı olarak yurtdışında kalmak istemektedir. Çok değişkenli analiz sonuçlarına göre, erkek cinsiyette olanların (OR 1.26,%95GA:1.15-1.39), aile geliri giderini karşılayamayan öğrencilerin (OR 1.52,%95GA:1.36-1.71)ve daha az tercih edilen (üniversite giriş sıralamasında 12000’in üstünde olan) tıp fakültelerinde okuyan öğrencilerin (OR 1.15,%95GA: 1.04-1.27) diğerlerinden daha fazla göç etme eğiliminde olduğunu gösterdi. Ayrıca mesleğini uygulamacı klinisyen olarak sürdürmek isteyenlere göre araştırma ve temel tıp bilimleri alanında sürdürmek isteyenlerin yurt dışına 1.37(%95GA: 1.22-1.54) kat daha fazla göç etme eğilimindedirler. Beklendiği gibi yurtdışında arkadaş ya da yakınları olan (OR 1.45,%95GA:1.32-1.59), daha önce yurtdışında herhangi bir nedenle bulunmuş olan ve kendini mesleki (OR 1.18,%95GA:1.01-1.37) ve yabancı dil yeterliliği (OR 2.17,%95GA:1.92-2.46) açısından yetkin bulan öğrencilerin göç eğilimleri diğerlerine göre daha fazladır.

Tıp eğitiminin niteliği kötüleştikçe göç eğilimi de artmaktadır (kısmen etkili: OR: 1.28,%95 GA: 1.14-1.44); tamamen etkili: (OR:1.79, %95GA:1.53-2.10). Türkiye’deki olumsuz çalışma koşulları yurt dışına göç için itici faktör (kısmen etkili: OR: 1.32,%95 GA: 1.22-1.59; tamamen etkili: OR:1.61, %95GA:1.39-1.88); yurt dışındaki sosyal yaşam ise çen belirleyici ekici faktör (kısmen etkili: OR: 1.19,%95 GA: 1.04-1.36; tamamen etkili: OR:1.47, %95GA:1.28-1.67) olarak saptanmıştır.

Tıp Fakültesi Etik Kurulunun 23.02.2022/20.478.486/1204 tarih-sayılı kararıyla onanmıştır. Çalışmada herhangi bir yazarın çıkar çatışması yoktur ve bu çalışma herhangi bir kişi veya kuruluştan finansal destek almamıştır.

Sonuç: Kariyerlerini “kesinlikle” yurtdışında sürdürmek isteyenlerin oranı diğer gelişmekte olan ülkelerle aynı düzeyde olmasına rağmen, “kalıcı” göç eğiliminde olan öğrenciler ülkemizde daha fazla oranda gözlemlendi. Daha iyi tıp fakültelerinde okuyan tıp öğrencilerinin diğerlerine göre daha az göç etme eğiliminde olması, ülkeden hekim göçünün önlenmesi için fırsatlar sunabilir.

Anahtar Kelimeler: tıp eğitimi, tıp öğrencileri, meslek seçimi, göçmenlik ve göç, kariyer tercihi

Özet Sözlü Bildiri

S123

TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN AKADEMİK KAYNAK KULLANMA ALIŞKANLIKLARI: İSTANBUL'DA İKİ ÜNİVERSİTE ÖRNEĞİ

Anıl KARAMAN¹, Arzu Neslişah YÜRÜK¹, Aysegül PARMAKSIZ¹, Cansel CAN¹, Oğulay EREN¹,
Sabanur ÇAVDAR², Ayşe Zülal TOKAÇ FARIMAZ²

¹İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Türkiye

²İstanbul Medipol Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

Giriş ve Amaç: Tıbbi bilgiler artarken bilgiye erişim yöntemleri de gelişmektedir. Bilgiye ulaşmanın kolaylığı ve hızılığının istenmeyen sonucu yanlış veya eski bilgiye erişimdir. Hekimlerin ve hekim adaylarının doğru ve güncel bilgiye ulaşması, pratiklerinin kanıta dayalı ve güncel olması ve dördüncül koruma düzeyinin sağlanması (tıbbi uygulamalardan kaynaklanan yan etki ve zararların önlenmesi) için gereklidir. Bu araştırmanın amacı İstanbul'da eğitim görmekte olan tıp fakültesi öğrencilerinin akademik kaynakları kullanma alışkanlıklarının incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu araştırma Haziran 2022'de online anket araştırması olarak yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini İstanbul Medipol Üniversitesi (n=1205) ve Marmara Üniversitesi (n=1511) Tıp Fakültesi öğrencileri (N=2716) oluşturmaktadır. Örnek seçimi yapılmamış olup araştırma her 2 üniversitenin tıp fakültesinin tüm sınıflarında kayıtlı olan öğrencilere ulaşılması planlanmıştır. Dahil etme kriteri belirlenen iki tıp fakültesinde öğrenim görmekte olmaktır. Soru formu literatürden yararlanılarak araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir ve 9 sorudan oluşmaktadır. Son soru literatürden belirlenen akademik kaynakları ve bu kaynakların kullanım sıklığını araştırmaktadır. Bağımsız değişkenler eğitim görülen kurum ve sınıf, cinsiyet, yaş, hedeflenen tıpta uzmanlık branşı, İngilizce bilgi düzeyi, teknolojik alet kullanma yeteneğinin düzeyi, okul başarı düzeyi ve bilimsel bilgi edinmeye verilen değer düzeyi; bağımlı değişkenler ise kullanılan akademik kaynaklar ve bu kaynakları kullanma alışkanlığıdır. Araştırmaya gönüllü katılım daveti, öğrenci temsilcilerinin koordinasyonu ile sınıfların Whatsapp gruplarından paylaşılmıştır. Soru formu Google docs'ta düzenlenmiş, katılım daveti ve soru formu linki standart bir davet mesajıyla 1.,3.,5. günlerde olacak şekilde katılımın daha fazla olması beklenen akşam saatlerinde aynı anda yapılmıştır. Katılım linki 6. gün sonunda yeni yanıtlara kapatılmıştır. Toplam 350 yanıt gelmiş, eksik yanıtı 2 anket hariç tutularak analiz 348 anketle yürütülmüştür. İstatistiksel analiz SPSS paket programda yapılmış, anlamlılık düzeyi <0,05 kabul edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, medyan) dışında önemlilik testi olarak Pearson ki-kare yapılmıştır. İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan etik izin (23.06.2022, No: 560) alınmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %60,9'u (n=212) kadındır; %50,6'sı (n=176) ilk 3 sınıf (temel bilim) öğrencisidir, %68,4'ü (n=238) tıp uzmanlık branş hedefini belirlemiştir. İngilizce bilgi düzeyi %65,8'inde (n=229) yüksek seviye; Teknolojik alet kullanabilme yeteneği düzeyi %70,1'inde (n=244) yüksek seviye; Okul başarı düzeyi %52,6'sında (n=183) yüksek seviye, Bilimsel bilgi edinmeye verilen değer düzeyi %50'sinde (n=174) yüksek seviye olarak belirtilmiştir. Son 3 sene (4-5-6. Sınıf) öğrencilerinin UpToDate, MedScape kullanma sıklığı alt sınıflara göre anlamlı olarak yüksektir. İngilizce düzeyi yüksek olan öğrencilerin akademik makaleler, UpToDate, Medscape, Lecturio, Osmosis ve Radiopaedia kaynaklarını kullanma oranları düşük seviye İngilizce bilenlere göre anlamlı yüksektir. Teknolojik alet kullanma becerileri yüksek olanların akademik makaleler, UpToDate, Osmosis, Drugs.com ve Radiopaedia kaynaklarını kullanma oranları düşük seviye İngilizce bilenlere göre anlamlı yüksektir. Okul başarı düzeyi yüksek olan grubun kağıt textbooklar, UpToDate ve Medscape kaynaklarını kullanma oranları başarı düzeyi düşük olanlara göre anlamlı olarak yüksektir. Bilimsel bilgiye erişime önem verenlerin tüm kaynaklara erişim oranları önem vermeyenlere göre anlamlı olarak yüksektir.

Özet Sözlü Bildiri

Sonuç: Araştırmamız tıp fakültesi öğrencilerinin yabancı dil düzeyleri, teknoloji kullanım becerileri ve bilimsel bilgiye erişime verdikleri öneme göre kaynaklara erişim farklılıkları olduğunu ortaya koymaktadır. Literatürde tıp fakültesinin sağladığı imkanların artmasıyla birlikte elektronik akademik kaynak kullanımının arttığı da belirtilmektedir. Hekim adaylarının bilimsel bilgiye erişimlerinin önündeki engeller kaldırılmalı, öte yandan güncel elektronik kaynaklarla ilgili okur yazarlıkları artırılmalıdır. Araştırmamızın genellenme kısıtlılıkları olsa da konuyla ilgili güncel bilgi sunma ve ihtiyacı gösterme açısından katkı sağlayacağı öngörülmektedir.

Çalışma için finansal destek alınmamıştır ve çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Anahtar Kelimeler: akademik kaynak, kanıta dayalı öğrenme, bilgiye erişim becerisi

HALK SAĞLIĞINA YÖNELİK ÖĞRENCİ TUTUM ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ

Mehmet Akif SEZEROL¹, Halim İŞSEVER²

¹*İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Epidemiyoloji Programı, Türkiye*

²*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye*

Giriş: Ülkemizde tıp fakültesi mezunları yollarına pratisyen hekim olarak devam edebildikleri gibi Tıpta Uzmanlık Sınavına (TUS) girerek uzmanlık tercihi de yapabilmektedirler. Kariyerlerine halk sağlığı alanında devam etmek isteyenlerin genellikle önlerinde iki seçenek bulunmaktadır. Bunlardan ilki TUS yoluyla halk sağlığı uzmanlığını almak diğeri ise lisansüstü eğitimlerle halk sağlığında kariyer yapmaktır. 2022 birinci dönem Tıpta Uzmanlık Sınavında ÖSYM tarafından 11.601 genel kontenjan açılmış olup bu kontenjanların %86,8'i dolmuştur.¹ Açılan kontenjanlardan uzmanlık alanı halk sağlığı olan 96 genel kontenjan vardır ve kontenjanların tamamına bir yerleşen olmuştur.² 2021 yılı ÖSYM TUS değerlendirme raporuna göre sınava girenler toplam 26.689 tercih yapmıştır. Bu tercihlerin sadece 514'ü halk sağlığı uzmanlık alanıdır.³ Bir başka deyişle her 100 tercihten sadece 2 tanesi halk sağlığı uzmanlığı ile ilgilidir. Bu açıdan halk sağlığı tercih sıralarında birçok bölümün gerisinde kalmaktadır. Bu değerlendirmelere bakıldığında ülkemizde halk sağlığının beklenen ilgiyi görmediği veya diğer branşlara göre daha az ilgi gördüğü söylenebilir. Mezun olacak öğrencilerin birçoğu gelir, toplumsal statü ve baskı, mesleki açıdan tatmin ve kariyer nedeniyle tıpta uzmanlığın zaruri olduğunu düşünmektedir. Sadece %6'sı uzmanlık yapmanın zorunluluk olmadığını belirtmişlerdir.⁴ Mezunların kariyer için tercih edecekleri uzmanlık alanlarını belirlemelerinde bazı faktörler rol oynamaktadır. Bunların başında eğitim verecek yerin özellikleri, tercih edilen uzmanlığın özellikleri, kişisel faktörler gibi durumlar gelmektedir.⁵ Ülkemizde yürütülen bir diğer çalışmada ise tercihleri etkileyen en önemli üç neden mesleki tatmin, maddiyat ve prestij beklentisidir.⁶

Tıp fakültesi öğrencilerinin uzmanlık alanı seçimlerini etkileyen faktörlere yönelik çok sayıda çalışma olmasına rağmen halk sağlığına yönelik spesifik bir çalışma bulunmamaktadır. Ayrıca halk sağlığına olan ilgiyi artırmak ve bu konuda yeni politikalar geliştirmek için öğrencilerin halk sağlığı alanına yönelik tutumlarını sürekli izlemek ve değerlendirmek de yararlı olacaktır. Bu araştırmanın amacı tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin halk sağlığına ilişkin tutumlarını irdeleyecek geçerli ve güvenilir bir ölçek elde etmektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma metodolojik türde yapılmış ve halk sağlığı doktora tezi olarak planlanmış bir ölçek geliştirme çalışmasıdır. Araştırmanın evrenini İstanbul'da öğrenim gören ve halk sağlığı stajını bitirmiş olan intern öğrenciler oluşturmaktadır. Son sınıf öğrencisi olmayan ve halk sağlığı stajını yapmayan öğrenciler çalışmaya dahil edilmemiştir. Evren içerisinden madde sayısının en az beş katı kadar kişiye ulaşılması hedeflenmiştir.⁷ Bunu sağlamak için kolayda örnekleme yöntemi kullanılarak öğrencilere çevrimiçi platformlar aracılığıyla taslak ölçek yollanmıştır. Ölçeğin geliştirme aşamaları aşağıda sıralanmıştır.

- 1- Literatür taraması ve uzman görüşmeleri ile ölçülecek yapının özelliklerinin belirlenmesi: Yapının özelliklerinin ne olacağı bu aşamada belirlenmiştir. Bu aşamada literatürden ve uzmanlarından yararlanılarak yapısal özellikler belirlenmiştir. Ölçeğin mesleki kariyer ve ilgiyle ilgili bir boyutu içermesi, halk sağlığının önemine dair ayrı bir boyut barındırmasına karar verilmiştir. Ayrıca ders ve stajların tutumlara etkisini belirlemek için de bir boyut olmasına karar verilmiştir. Yani başlangıçta ölçek üç boyutlu olarak tasarlanmıştır.
- 2- Madde havuzu oluşturulması: Kısa ve net ifadeler kullanılarak olabildiğince fazla madde yazılarak madde havuzu geniş tutulmaya çalışılmıştır. İlk aşamada madde havuzunda 97 ifade yer almıştır.
- 3- Kullanılacak ölçek tipinin kararlaştırılması: Bu çalışmada tutum ölçeklerinde daha kolay ve kullanışlı ol-

Tam Metin Sözlü Bildiri

ması nedeniyle 5'li Likert tipi ölçeklendirme kullanılmıştır. Ölçekte “kesinlikle katılıyorum”, “katılıyorum”, “kararsızım”, “katılmıyorum”, “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde 5'li derecelendirme yapılmıştır.

- 4- Uzman görüşlerinin toplanması: Bu işlem başta hazırlanan maddeleri değerlendirebilecek, halk sağlığı alanı uzmanlarınca kapsam geçerliliğini artırmak amacıyla yapılmıştır. Lawshe tekniği kullanılan bu aşamada en az 5 en fazla 40 uzmandan görüş alınması gerekir. Araştırmamızda 24 uzmandan görüş istenmiş olup görüşler “uygun”, “yararlı ama yetersiz” ve “uygun değil” şeklinde kategorize edilmiştir. Görüşler toplandıktan sonra kapsam geçerlilik oranı (KGO), kapsam geçerlilik ölçütü (KGÖ) ve kapsam geçerlilik indeksi (KGI) hesaplanmıştır.
- 5- Ölçek ön uygulaması: Araştırmada İstanbul ilinde bulunan iki üniversitenin son sınıf tıp fakültesinde eğitim gören 22 öğrenciye ön uygulama yapılmıştır. Öğrencilerden ölçeğin anlaşılabilirliği, yanıt için gereken süre ve tepki oluşturan bir madde olup olmadığıyla ilgili geri bildirimler alınarak ölçeğe son hali verilmiştir.
- 6- Ölçek maddelerinin örnekleme uygulanması: Çalışmamızda örneklem büyüklüğü literatürle uyumlu olarak madde sayısının en az beş katı olarak hesaplanmıştır. Dolayısıyla ölçekte uygulama öncesi 77 madde olduğundan ulaşılmaması gereken minimum sayı 385 kişidir.
- 7- Maddelerle ilgili değerlendirmelerin yapılması: Olumlu maddelerde “kesinlikle katılıyorum” ifadesine 5 puan, “kesinlikle katılmıyorum” ifadesine ise 1 puan verilmektedir. Ters puanlama yapılan olumsuz önermelerde “kesinlikle katılıyorum” ifadesi 1 puan iken “kesinlikle katılmıyorum” ifadesi 5 puandır.
- 8- Ölçeğe son halinin verilmesi: Yapılan geçerlik ve güvenilirlik analizleri sonrası ölçekte kalması ve çıkarılması gereken maddeler belirlenmiştir. Bu aşamadan sonra ölçek nihai halini almıştır.

İlk etapta oluşturulan taslak ölçekte 5'li Likert tipinde 97 madde bulunmaktaydı. Bu haliyle uzman görüşüne sunulmuş ve Kapsam Geçerlilik Ölçütü (KGÖ) kritik değer altında bulunan altı madde ölçekten çıkarılmıştır. Uzman görüşleri neticesinde birbirine benzer olan maddelerin de teke indirilmesi istenmiş ve 14 madde daha bu nedenle çıkarılmıştır. Sonrasında 22 öğrenciyle yapılan ön uygulamada yüzey geçerliliği değerlendirilmiştir. Taslak ölçekte kalan 77 madde üzerinden veri toplama aşamasına geçilmiş ve online olarak hazırlanan formula 2020 Temmuz - 2021 Mart tarihleri arasında veriler toplanmıştır. Veri toplama işlemi öncesi İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 24.01.2020 tarih ve 02 sayılı toplantı kararıyla etik izin alınmıştır.

Katılımcıların demografik veri analizleri için tanımlayıcı istatistikler, kapsam geçerlilik analizleri için Lawshe tekniği, faktör analizine uygunluk açısından Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), Bartlett testi, madde toplam korelasyon katsayısı ve ortak varyans hesapları yapılmıştır. Ayrıca açıklayıcı faktör analizi (AFA) yöntemlerinden temel bileşenler analizi, faktör çıkarma için ise Kaiser kriteri ve yamaç grafiği kullanılmıştır. Güvenilirlik analizlerinde Cronbach's alpha testi, madde silinirse Cronbach's alpha değerleri ve iki yarıya bölme testi seçilmiştir. Analizler Microsoft Excel ve SPSS paket programı ile yapılmıştır.

Araştırma bir tez çalışması olup yapılan bütün harcamalar doktora öğrencisi tarafından karşılanmış ve finansal destek alınmamıştır. Ayrıca yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Bulgular: Literatür taraması sonrası 97 maddelik taslak bir ölçek hazırlanmıştır. Araştırmacılar ölçeği literatür ve alan uzmanlarının görüşleri doğrultusunda başlangıçta üç boyutlu olarak tasarlamıştır. İlk boyut “mesleki kariyer ve ilgi”, ikinci boyut “halk sağlığının önemi” ve üçüncü boyut ise “halk sağlığı ders ve stajı” ile ilgilidir. Ölçekle ilgili 24 uzmandan görüş alınmıştır. Görüşü alınan uzmanların üçte ikisi kadın olup tamamı akademik olarak görev yapmaktadır. Uzmanların 2/3'ü kamu üniversitesinde çalışmakta ve 15'inin unvanı profesördür. Ayrıca uzmanların 22'si halk sağlığı alanında çalışmaktadır.

Tam Metin Sözlü Bildiri

Uzmanlardan alınan görüşler sonrası hesaplanan kapsam geçerlik oranları 0,167-1,00 aralığındadır. 7, 8, 14, 44, 81 ve 86 nolu maddeler kritik değer altında olduğundan çıkarılmıştır. 4, 19, 21, 25, 28, 32, 39, 49, 58, 80, 84, 87, 92 ve 93 nolu maddeler ise ölçekte yer alan diğer maddelerle benzerlik taşıdığından çıkarılmıştır. Sonuçta kalan 77 maddenin KGO değerleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

77 maddelik ölçek için 590 öğrenciden cevap alınmıştır. Bunların içinde halk sağlığı stajını tamamlayan katılımcı sayısı 548 olup ölçek geliştirme için analizler bu veriler üzerinden yapılmıştır. Katılım gösteren öğrencilerin %37,4'ü erkektir. Ayrıca katılımcıların %39,6'sı kamu üniversitesinde öğrenim görmektedir.

Araştırma başında tasarlanan ölçekte üç farklı boyutta maddeler gruplandırılmıştır. İlk olarak maddelerin faktör analizine uygunluğu değerlendirilmiş ve sonrasında faktör analizleri temel bileşenler analiz yöntemiyle yapılmıştır. Mesleki kariyer ve ilgi boyutunda toplam madde sayısı 48'dir. Analizler sonucunda madde-toplam korelasyon katsayısının 0,2'nin altında olan 11 madde, ortak varyansı 0,5 değerinin altında olan 6 madde taslak ölçekten çıkarılmıştır. Ayrıca 2 madde binişik ifade oluşturmuş ve bu nedenle çıkarılmıştır. Sonuçta Halk Sağlığına Yönelik Öğrenci Tutum Ölçeğinin mesleki kariyer ve ilgi boyutunda 29 madde kalmıştır. 29 maddeyle direct oblimin yöntemiyle yapılan döndürme işlemi sonrası analiz sonuçları ve ortak varyans değerleri tablo 1'de gösterilmiştir. Açıklanan toplam varyans analizlerine bakıldığında bu boyutta 6 faktör bulunmaktadır. Bu faktörler "kariyer hedefi" "konfor" "üstün özellikler" "etkisiz bulma" "yüksek ilgi" ve "saygınlık" olarak isimlendirilmiştir.

Tablo 1. Döndürme işlemi sonrasında maddelerin faktör yükleri ve dağılımı

Madde Numarası	Ortak Varyans	Yapı Matrisi					
		F1	F2	F3	F4	F5	F6
m2	0,715	0,823					
m1	0,814	0,787					
m5	0,732	0,755					
m17	0,741	0,698					
m4	0,675	0,638					
m20	0,618	0,581			0,320		
m38	0,550	0,529			-0,305		
m24	0,796		-0,861				
m25	0,720		-0,860				
m29	0,751		-0,859				
m8	0,743		-0,843				
m6	0,719		-0,786				
m33	0,626			0,810			
m31	0,629			0,779			
m47	0,645			0,588			
m46	0,578			0,563		-0,346	
m32	0,598				0,740		
m22	0,642				0,715		
m43	0,520			0,306	0,518		
m48	0,673					-0,790	
m15	0,638					-0,740	
m19	0,703	0,304				-0,663	
m13	0,522					-0,660	
m16	0,535					-0,485	-0,307
m23	0,636						-0,819
m36	0,646						-0,586
m35	0,647			0,344			-0,520
m9	0,510						-0,517
m3	0,542						-0,479

Tam Metin Sözlü Bildiri

Halk sağlığının önemi boyutunda yer alan 18 madde analiz edildiğinde 3 maddenin madde-toplam korelasyon katsayısının 0,2'den az olması sebebiyle taslak ölçekten atılmasına karar verilmiştir. Bunun dışında diğer analizlerde çıkarılan başka bir madde bulunmamaktadır. 15 maddeyle direct oblimin yöntemiyle yapılan döndürme işlemi sonrası analiz sonuçları ve ortak varyans değerleri tablo 2'de gösterilmiştir. Bu boyutta özdeğeri 1'den büyük üç faktör bulunmaktadır. Bu faktörler "değer verme" "önemsiz bulma" ve "korumanın önemi" şeklinde adlandırılmıştır.

Tablo 2. Döndürme işlemi sonrasında maddelerin faktör yükleri ve dağılımı

Madde Numarası	Ortak Varyans	Yapı Matrisi		
		F1	F2	F3
m50	0,629	0,831		
m59	0,612	0,771		
m55	0,663	0,769		
m51	0,562	0,757		
m49	0,643	0,740		
m58	0,557	0,691	-0,426	
m54	0,722	0,690		
m62	0,756	0,681		
m53	0,535	0,679		
m63	0,758	0,652		
m61	0,718	0,545		0,354
m64	0,576		0,750	
m60	0,594		0,723	
m66	0,766			0,876
m65	0,723			0,866

Halk sağlığı ders ve stajı boyutunda yapılan analizler sonucunda madde-toplam korelasyon değeri 0,2'nin altında olan 1 madde, binişik ifade olması nedeniyle 3 madde ve ortak varyans değeri 0,5'in altında olan 2 madde taslak ölçekten atılmıştır. 5 maddeyle direct oblimin yöntemiyle yapılan döndürme işlemi sonrası analiz sonuçları ve ortak varyans değerleri tablo 3'de gösterilmiştir. Sonuçta bu boyutta iki faktörlü bir yapı ortaya çıkmıştır. Bu faktörler "faydasız bulma" ve "staja ilgi" olarak adlandırılmıştır.

Tablo 3. Döndürme işlemi sonrasında maddelerin son durumda faktör yükleri ve dağılımı

Madde Numarası	Ortak Varyans	Yapı Matrisi	
		F1	F2
m69	0,708	,873	
m71	0,730	,851	
m68	0,729	,717	
m70	0,820		,937
m67	0,813		,809

Başta tasarlanan üç boyutta da güvenilirlik analizleri ayrı ayrı yapılmıştır. Ayrıca ölçeğin tamamı için yapılan güvenilirlik analizlerinde Cronbach's alfa değeri 0,944 hesaplanmış ve güvenilirlik düzeyinin çok yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu analizlerde elde edilen Cronbach's alfa değeri boyutlar için sırasıyla 0,915, 0,910 ve 0,782 bulunmuştur. Dolayısıyla boyutların ayrı ayrı da çok yüksek ve yüksek güvenilirliğe sahip olduğu tespit edilmiştir. Madde silinirse Cronbach's alfa değerine de bakılmıştır. Hesaplanan alfa değerlerine yakın olduğu görülmüştür. Bu nedenle hiçbir madde çıkarılmamıştır. Ölçek güvenilirliği için iki yarıya bölme yöntemi de ayrıca kullanılmış ve Spearman-Brown değeri 0,764 çıkmıştır. Bu sonuca göre de ölçeğin güvenilir olduğu anlaşılmıştır.

Tam Metin Sözlü Bildiri

Tartışma: Halk sağlığı, TUS'a katılan öğrenciler tarafından diğer branşlara göre daha düşük puanlarla tercih edilmektedir. Bu tablo halk sağlığı uzmanlığının tıp fakültesi mezunları için yeterince cazip olmadığını göstermektedir. Literatür taraması yapıldığında halk sağlığına yönelik tutumları ve ilgiyi değerlendiren bir çalışma ve ölçeğe rastlanmamıştır. Bu sebeple kariyeri ile ilgili henüz karar aşamasında olan tıp fakültesi öğrencilerinin halk sağlığına yönelik tutumlarını ölçmek amacıyla kullanılacak bir ölçek geliştirmek hedeflenmiştir.

97 madde olarak hazırlanan ölçek önce 24 uzmanın görüşüne sunulmuş ve Lawshe tekniği kullanılarak analizler yapılmıştır.⁸ Kapsam geçerliliği ile ilgili oran ve ölçütler kullanılarak maddeler değerlendirilmiştir.⁹ Hesaplanan kapsam geçerlilik indeksi değerleri 0,417 üzerinde ve ölçeğin kapsam geçerliliği yeterlidir.¹⁰ Çalışmamızda kapsam geçerliliğini sağlamayan ve uzman görüşleri sonrası benzer olduğuna karar verilen 20 madde elenmiştir. Örneklem büyüklüğü ile ilgili literatürde farklı öneriler bulunmaktadır.¹¹ Genelde ideal örneklem büyüklüğünün ifade sayısının en az 5 katı olması istenmektedir.¹² Taslak ölçek için KMO değerlerine bakarak örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu görülmüştür.¹³ Ayrıca Barlett testinin istatistiksel olarak anlamlı olması da verilerin faktör analizine uygunluğunu güçlendirmiştir.

Faktör analizi uygunluğu için bakılan bir diğer kriter de madde korelasyonu olup madde-toplam korelasyonu 0,20 değeri altında olan ifadelerin faktör analizine geçilmeden ölçekten atılması önerilmektedir.¹⁴ Bazı çalışmalarda madde-toplam korelasyon değerlerinin daha yüksek istendiği de görülmüştür.¹⁵⁻¹⁶ Çalışmamızda sınır 0,20 kabul edilmiş ve 15 madde bu nedenle çıkarılmıştır.

Faktör analizi ölçek yapısını geçerliliğini değerlendirebilecek en kritik testlerden biridir.¹⁷ Bu açıdan en sık kullanılan yöntem açıklayıcı faktör analizi olmuştur.¹⁸ Ayrıca ortak varyans değerleri faktör analizi açısından kritik bir etkiye sahiptir. Ölçek geliştirme araştırmalarında her bir madde için ortak varyans değerinin 0,50'nin üstünde olması istenilmektedir.¹⁹ Bazı çalışmalarda ise ortak varyans alt sınırı için daha düşük değerler de kabul edilmiştir.²⁰⁻²¹ Çalışmamızda sınır 0,50 kabul edilmiş ve 8 madde bu şartı sağlayamadığından çıkarılmıştır.

Ölçek geliştirme çalışmalarında hangi faktörde hangi maddenin yer alacağına faktör yüklerine ait değerlere bakılarak karar verilmektedir. Ayrıca faktör analizinde maddelerin birden çok faktörde yer alıp almadığı mutlaka kontrol edilmelidir. Bu kontrolün amacı binişik madde olup olmadığını tespit etmektir. Eğer bir madde birden fazla faktörde faktör yükü oluşturursa bu değerler arasında en az 0,10 düzeyinde bir fark olması gerekir.²² Çalışmamızda iki madde binişiklik gösterdiği için çıkarılmıştır. Her boyut için Kaiser kriteri kullanılarak faktör sayısı da belirlenmiştir.²³

Literatürde güvenilirlik sonuçları için sıklıkla Spearman-Brown ve alpha katsayısı ve bir testin iki yarıya bölünmesi kullanılmaktadır. Çalışmamızda alpha katsayısı 0,90 üstünde bulunmuş ve ölçeğin mükemmel düzeyde güvenilirlik sağladığı gözlemlenmiştir. Ayrıca Spearman-Brown katsayısı ve testin ikiye bölünmesi yöntem sonuçları da ölçeğin güvenilir olduğunu göstermiştir.

Sonuç: İstatistiksel analizler sonucunda Halk Sağlığına Yönelik Öğrenci Tutum Ölçeğinin geçerli ve güvenilir bir ölçek olarak kullanılabileceği ortaya konmuştur. Nihai ölçek 49 maddelik olup ölçekte 3 farklı boyut yer almaktadır. Boyutlardan ilkinde 29, ikincisinde 15 ve üçüncüsünde ise 5 madde bulunmaktadır.

Kaynaklar

1. 2022- TUS 1. Dönem Yerleştirme Sonuçlarına İlişkin Sayısal Bilgiler. <https://dokuman.osym.gov.tr/pdfdokuman/2022/TUSDONEM1/sayisalbilgiler28042022.pdf>. 2022.
2. 2022-TUS 1. Dönem Yerleştirme Sonuçlarına İlişkin En Küçük ve Ek Büyük Puanlar. <https://dokuman.osym.gov.tr/pdfdokuman/2022/TUSDONEM1/minmax-gnyu28042022.pdf>. 2022.
3. 2021-TUS 1. ve 2. Dönem Değerlendirme Raporu. <https://www.osym.gov.tr/TR,22508/2021-tus-1-ve-2-donem-degerlendirme-raporu.html>. 2021.
4. Göktaş Dörtüoğlu B. Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Mezuniyet Sonrası İle İlgili Düşünceleri, Kariyer Seçimleri Ve Etkileyen Faktörler. *Tıp Eğitimi Dünyası*. 2017;16(50):12-21.

Tam Metin Sözlü Bildiri

5. Querido SJ, Vergouw D, Wigersma L, Batenburg RS, de Rond MEJ, ten Cate OTJ. Dynamics of career choice among students in undergraduate medical courses. A BEME systematic review: BEME Guide No. 33. Vol. 38, Medical teacher. 2016. p. 18–29.
6. Açıkgoz B, Ekemen A, Zorlu I, Aslan Yüksel N, Niyazi Ayoğlu F, Ü Ö, et al. Tıp öğrencilerinde uzmanlaşma eğilimi, uzmanlık alan seçimi ve etkileyen faktörler. Araştırma Mersin Univ Sağlık Bilim Derg. 2019;12(1):113–25.
7. Haşiloğlu SB, Baran T, Aydın O. A Study On The Potential Problems in Marketing Research: Convenience Sampling and Scale Items with Adverbs of Frequency. Pamukkale Journal of Business and Information Management. 2015;2(1):19–28.
8. Baghestani AR, Ahmadi F, Tanha A, Meshkat M. Bayesian Critical Values for Lawshe's Content Validity Ratio. Measurement and Evaluation in Counseling and Development. 02 Ocak 2019;52(1):69-73
9. Yeşilyurt S, Çapraz C. Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kullanılan Kapsam Geçerliği İçin Bir Yol Haritası. Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi [İnternet]. 01 Nisan 2018 [a.yer 26 Ekim 2021]; Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/doi/10.17556/erziefd.297741>
10. Ayre C, Scally AJ. Critical Values for Lawshe's Content Validity Ratio: Revisiting the Original Methods of Calculation. Measurement and Evaluation in Counseling and Development. Ocak 2014;47(1):79-86.
11. Cicchetti DV. Methodological Commentary The Precision of Reliability and Validity Estimates Re-Visited: Distinguishing Between Clinical and Statistical Significance of Sample Size Requirements. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology. 2001;23(5):695-700.
12. Yaşloğlu MM. Sosyal Bilimlerde Faktör Analizi ve Geçerlilik: Keşfedici ve Doğrulamalı Faktör Analizlerinin Kullanılması. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi. 2017;46(Özel Sayı):74-85.
13. Çilingirtürk AM. İstatistiksel Karar Almada Veri Analizi. 1. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2011
14. Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı: İstatistik, Araştırma Deseni Spss Uygulamaları Ve Yorum. 28. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık; 2020. 179-185 s.
15. Yaşar M. İstatistiğe Yönelik Tutum Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. pamu. 2014;(36):59-75
16. Özgen K, Bindak R. Matematik Okuryazarlığı Öz-yeterlik Ölçeğinin Geliştirilmesi. Kastamonu Eğitim Dergisi. 2008;16(2):517-28.
17. Aydın B, Kaplan M, Atılğan H, Gürel S. A Preliminary Study to Evaluate the Reproducibility of Factor Analysis Results: The Case of Educational Research Journals in Turkey. Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi. 2019;10(1):1-11.
18. Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik: SPSS ve LISREL Uygulamaları. 6. Baskı. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık; 2021.
19. Erkuş A. Psikolojide Ölçme ve Ölçek Geliştirme-I Temel Kavramlar ve İşlemler [İnternet]. 5. Baskı. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık; 2021 [a.yer 26 Aralık 2021]. Erişim adresi: <https://www.pegem.net/kitabevi/136124-Psikolojide-Olcme-ve-Olcek-Gelistirme-I-Kitabi.aspx>
20. Akyüz HE. Yapı Geçerliliği İçin Doğrulamalı Faktör Analizi: Uygulamalı Bir Çalışma. Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi. 2018;7(2):186-98.
21. Atalay A, Tortum A, Çodur YM. Modeling of Traffic Accidents by Using Factor Analysis. International Journal of Traffic and Transportation Safety. 2014;1(1):35-54.
22. Tavşancıl E. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. 5. Basım. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2014.
23. Özdamar K. Eğitim, Sağlık ve Davranış Bilimlerinde Ölçek ve Test Geliştirme Yapısal Eşitlik Modellemesi. 1. Baskı. Eskişehir: Nisan Kitabevi; 2016.

Anahtar Kelimeler: halk sağlığı, ölçek, öğrenci, tutum

Özet Sözlü Bildiri

S125

MANİSA'DA SEÇİLEN AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN 18 YAŞ VE ÜZERİ POPÜLASYONDA TOPLUMSAL CİNSİYET ALGISI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

**Ecem TÜZÜN, Pınar ERBAY DÜNDAR, Kübra ÇİÇEK, Erk ATLAY, Neşe KAYACAN, Nazlı Beyza AYDOĞDU,
Hatice Elif ÖZDEMİR, Gizem EĞLU, Emre SARIMAN**
Manisa Celal Bayar Üniversitesi Halk Sağlığı, Türkiye

Giriş ve Amaç: Toplumsal cinsiyet kadın veya erkek olmaya toplumun, kültürün sosyal olarak yüklediği anlamları ve beklentileri ifade etmektedir. Toplumsal cinsiyet içine doğulan kültürün bir parçasıdır. Çalışmamızda Manisa'da seçilen kentsel ve yarıkentsel aile sağlığı merkezleri(ASM)'nde 18 yaş üzeri popülasyonda toplumsal cinsiyet algısının ve ilişkili faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır ve 17.06.2022-18.07.2022 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmamızın evrenini Manisa Yunusemre 9 ve 14, Şehzadeler 4 nolu ASM'lerine bir hafta süresince başvuran kişiler oluşturmaktadır. Evreni bilinmeyen örneklem yöntemiyle p=%50,0 alınarak örnek sayısı 384 hesaplanmış, araştırmaya katılmaya gönüllü kişilerden veri toplanmış, 330 kişilik örneğe ulaşılmıştır. Katılım oranı %85,93'tür. Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından oluşturulan anket formu kullanılmıştır. Anketin ilk bölümünde; cinsiyet, eğitim durumu, meslek, çocuk sayısı, gelir algısı gibi demografik bilgileri ortaya koymayı amaçlayan sorular bulunmaktadır. Kardeş ve çocukların cinsiyetleri, eşiyile akrabalığı, evlenme şekli, ebeveynleri arasında akrabalık varlığı, sağlıklı yaşam davranışları ve psikolojik iyi oluş sorgulanmıştır. Psikolojik iyi oluş düzeyini değerlendirmek için Diener ve arkadaşları tarafından 2009 yılında geliştirilen Türk kültürüne uyarlama çalışması yapılan Psikolojik İyi Oluş Ölçeği kullanılmıştır. Ölçekten alınan puanın yüksekliği kişinin birçok psikolojik kaynak ve güce sahip olduğunu göstermektedir.

Anketin son bölümünde "Toplumsal cinsiyet algısı(TCA) ölçeği" kullanılmıştır. 2013 yılında Altınova ve ark. tarafından geliştirilen ölçekte artan puan olumlu toplumsal cinsiyet algısıyla ilişkilidir. Ölçekten değerleri ortancadan bölünerek iyi/kötü toplumsal cinsiyet algısı olarak kategorize edilmiştir. Tek değişkenli analizlerde Student's t testi ve kıkare kullanılmıştır. Tek değişkenli analizlerde anlamlı çıkan değişkenlerle logistik regresyon analizi yapılmıştır. İstatistiksel analizlerde tip 1 hata değeri 0,05 olarak belirlenmiştir. Çalışma için gerekli etik kurul onayı alınmıştır. Finansal destek alınmamıştır, çıkar çatışması yoktur.

Bulgular: Araştırma grubunun yaş ortalaması $38,5 \pm 14,4$ 'tür. Grubun %40,3'ü kadındır, %40,6'sı kırsal/yarıkentsel bölgede yaşamaktadır, %55,2'si aktif olarak bir işte çalışmaktadır, %52,4'ü üst sosyal sınıftadır. Grubun %9,7'si eğitimsiz, %18,2'si ilkökul, %10,3'ü ortaokul ve %29,1'i lise mezunudur. Grubun %21,8 görücü usulü evlenmiştir, %21,7'si eşiyile akrabadır ve bu kişilerin %74,5'i birinci derece akraba evliliği yapmıştır. TCA ölçeği puan ortalaması $90,8 \pm 21,8$ bulunmuştur. Tek değişkenli analizlere göre, erkeklerin, eğitim durumu düşük olanların, kırsal/yarı kentsel bölgede yaşayanların, evlilerin, alt sosyal sınıftakilerin, göç edenlerin, erkek kardeşi olanların, 12 yaşına kadar geniş ailede yaşayanların, anne babası akraba olanların, görücü usulü evlenenlerin, eşiyile akraba olanların, kronik hastalığı olanların, sağlık algısı orta olanların, anne, baba ve eş eğitimi kötü olanların TCA'sı daha kötü bulunmuştur. TCA ile psikolojik iyi oluş arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Yapılan çok değişkenli analize göre erkek cinsiyetin olumsuz TCA riskini 2,3(%95 GA:1,3-3,8) kat, evli olmanın yalnız olanlara göre 2,1(%95GA:1,2-3,8) kat arttırdığı bulunmuştur. Eğitim durumu lise/ortaokul olanlar, üniversite mezunu olanlara göre 3,1(%95GA: 1,7-5,9) kat, ilkökul mezunu olanlar 4,3 (%95GA: 1,7-10,7) kat, eğitimsiz olanlar 2,9(%95GA: 1,1-8,0) kat daha olumsuz algıya sahiptir. 12 yaşına kadar yaşadığı bölge yarıkentsel olanların kentsel olanlara göre 2,0 (%95GA: 1,1-3,7), kırsal olanların kentsel olanlara göre 2,3(%95GA: 1,2-4,3) kat daha olumsuz TCA'ya sahip oldukları bulunmuştur.

Sonuç ve Öneriler: Araştırma grubunun TCA puan ortalaması Türkiye genelinden yüksek olmasına karşın, TCA iyileştirilmesi gereken sosyokültürel bir süreçtir. Grubun %21,7'sindeki akraba evliliği oranı geleneksel yapının korunduğunu düşündürmektedir. Araştırmada özellikle erkeklerde, evlilerde, eğitim seviyesi düşük olanlarda, 12 yaşa kadar yarıkentsel ve kırsal bölgelerde yaşayanlarda toplumsal cinsiyet algısının daha kötü olduğu belirlenmiştir. Toplumsal cinsiyet algısı; temel olarak düşük eğitim ve sosyal sınıfta özellikle erkeklerde daha olumsuz düzeydedir. Sosyokültürel farklılıkları ve eğitim düzeyini iyileştirmek üzere çok yönlü kamu politikaları geliştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Toplumsal Cinsiyet Algısı, Cinsiyet Roller, Cinsiyet Eşitliği

Özet Sözlü Bildiri

S126

MANİSA'DA AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN 20 YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERDE UYKU KALİTESİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Zeynep Ceyda BURAN, Beyhan CENGİZ ÖZYURT

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Halk Sağlığı, Türkiye

Giriş ve Amaç: Uyku; yaşamın yaklaşık üçte birini kapsayan, kişinin duyuşsal veya başka uyarımlarla uyandırılabilmesi için gerekli olan uykunun yetersizliği yorgunluk, dikkat dağınıklığı, sinirlilik, ruhsal bozukluk, iştahsızlık ve ağrı eşliğinde azalmaya neden olmaktadır. Amaç Manisa'da Aile Sağlığı Merkezleri'ne (ASM) ayaktan başvuran 20 yaş ve üzeri erişkinlerin uyku kalitesi (UK) ve bunu etkileyen faktörleri saptamaktır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki çalışmanın evrenini alınan üç ASM'ye kayıtlı 20 yaş ve üzeri 17239 kişi oluşturmaktadır. Örnek büyüklüğü hesabı için gerekli prevalans Türk Uyku Tıbbi Derneği'nin 2010 yılında gerçekleştirdiği Erişkin Toplumda Ulusal Uyku Epidemiyolojisi Araştırması'nda saptanan kötü UK prevalansı %21.8 alınmıştır. Örnek büyüklüğü Epi-info StatCalc programıyla %95 güven, %21.8 sıklık, %5 hata payıyla 258 olarak hesaplanmış 260 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Veriler oluşturulan anket formu ile 18-24.08.2022 tarihlerinde ASM'ye başvuran kişilerden onamları alındıktan sonra yüz yüze görüşme tekniğiyle toplanmıştır. UK'nin değerlendirilmesinde Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) ve anksiyete-depresyon değerlendirilmesinde Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD) kullanılmıştır. Çalışmanın bağımlı değişkeni UK, bağımsız değişkenler sosyodemografik özellikler, yaşam biçimi özellikleri, sağlık durumu ile ilgili özellikler, uyku ile ilişkili özellikler ve anksiyete-depresyon durumudur. Veri analizinde tanımlayıcı istatistikler, kategorik verilerde Ki-Kare testi, çoklu analizlerde lojistik regresyon analizi yapılmış, tip 1 hata 0.05 olarak belirlenmiştir. Manisa Celal Bayar ÜTF etik kurulundan onay alınmıştır. Çalışma için finansal destek alınmamıştır, çıkar çatışması yoktur. ASM'lere başvuranlarda yapılan çalışma olduğu için toplumu tam olarak temsil etmemesi çalışmamızın sınırlılığıdır.

Bulgular: Katılanların yaş ortalaması 40.98±13.68 idi. Katılımcıların %63.8'i kadın, %42.7'si yarıkentsel bölgede yaşamakta, %6.5'i eğitimsiz, %48.5'i alt sosyal sınıfta, %21.9'unun geliri giderinden azdır. Herhangi bir işte çalışanların %21.1'i vardiyalı/part-time çalışmaktaydı. Katılımcıların %43.8'i kronik hastalığı olduğunu, %24.2'si sigara, %5.8'i alkol kullandığını, %46.2'si fiziksel aktivitede bulunmadığını belirtmiştir, VKİ'ye göre %19.2'si obezdir. Katılımcıların %36.2'sinin saat 18.00'dan sonra kafeinli içecek içtiği, %8.1'inin uykuya dalmadan son 2 saat içinde yemek yediği, %15.8'inin aydınlık, %26.5'inin loş odada uyuduğu, %43.0'ünün uyumadan önce elektronik cihazlarla ilgilendiği bulunmuştur. Katılımcıların %21.5'i son 1 ayını, %21.9'u çalışma ortamını stresli olarak değerlendirmiş, %10.8'i anksiyete açısından sınırdan, %12.7'si anormal; depresyon açısından %13.8'i sınırdan, %8.5'i anormal düzeyde saptanmıştır. Uyku problemi yaşadığı belirten katılımcıların %86.5'inin hiçbir yere başvurmadığı, %7.7'sinin doktora, %0.8'inin eczaneye başvurduğu, %3.5'inin ise bitkisel ürün kullandığı saptanmıştır. PUKİ'ye göre kötü UK sıklığı %34.6 olarak bulunmuştur, toplam PUKİ puanı 4.21±3.03'tür. Çalışmamızda sosyoekonomik düzeyi düşük, sağlık durumu kötü ve stresli durumda olanların UK daha kötü saptanmıştır. Çok değişkenli analizlerde kötü UK sıklığını yaşın her bir birim artışının 1.06 (%95GA:1.03-1.10), kadın olmanın 4.3 (%95GA:1.7-10.7), yarıkentsel bölgede yaşamının 2.5 (%95GA:1.2-5.4), vardiyalı/part-time çalışmanın 4.4 (%95GA:1.3-14.7), sigara kullanmanın 2.7 (%95GA:1.2-6.6), loş ışıkta uyumanın 7.6 (%95GA:3.3-17.7), aydınlıkta uyumanın 12.3 (%95GA:4.5-33.9) kat arttırdığı bulunmuştur. Kötü UK sıklığı sınırdan anksiyetesi olanlarda 3.8 (%95GA:1.3-11.5), anormal düzeyde olanlarda 13.04 kat (%95GA:3.9-43.6) daha fazla görülmektedir.

Sonuç: Çalışmamızda her üç kişiden birinde (%34.6) kötü UK saptanması ile toplumda yaygın görülen bir

Özet Sözlü Bildiri

sorundur. İleri yaşta, kadınlarda, sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda, yarıkentsel bölgede yaşayanlarda, vardiya usulü çalışanlarda, sigara kullananlarda, aydınlık ve loş ortamda uyuyanlarda ve anksiyetesi olanlarda UK'nin daha kötü olduğu bulunmuştur. UK'yi arttırmak için; birinci basamakta ve işyeri birinci basamakta (işyeri hekimliği) sağlığı geliştirici faaliyetlerin düzenlenmesi (obezitenin önlenmesi, fizik aktivitenin artırılması, sigara kullanımının önlenmesi), kronik hastalık izlemlerinde UK'nin sorgulanması ve uyku hijyeninin arttırılmasına yönelik bilgilendirme yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Uyku Kalitesi, Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi, Anksiyete

Özet Sözlü Bildiri

S127

MANİSA YUNUSEMRE İLÇESİ'NDE AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN 18 YAŞ VE ÜZERİ KADINLARDA BEL AĞRISI SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Gülsüm ŞANLİERKEKOĞLU, Pınar ERBAY DÜNDAR
CBÜ Halk Sağlığı, Türkiye

Giriş ve Amaç: Bel ağrıları, çoğu ülkede ve yaş grubunda engellilikle geçirilen yılların önde gelen nedenlerindedir. 2019 yılında, Türkiye'de 7.7 milyon, Dünya'da 570 milyon kişi bel ağrısından etkilenmiştir. Bu çalışmanın amacı 18 yaş ve üstü kadınlarda hayat boyu (HBA) ve akut bel ağrısı (ABA) sıklığı ve ilişkili faktörleri belirlemektir

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki araştırmanın evrenini Manisa Yunusemre İlçesi'ndeki üç aile sağlığı merkezine (ASM) 18-21.04.22'de başvuran 18 yaş ve üstü kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemi %66.0 prevalans ve evreni bilinmeyen örneklem formülü kullanılarak %95 güven %5 hata payı alınarak 344 olarak hesaplanmıştır. Anket formu, o anda ASM'ye başvuruda bulunan 18 yaş ve üzeri kadınların sözel onamları alınarak araştırmaya katılmayı kabul eden kişilere uygulanmıştır. Çalışmaya katılan kişi sayısı 300, katılım oranı %87.20'dir. Çalışmanın bağımlı değişkenleri HBA ve ABA yaşama durumudur. Katılımcıların sosyodemografik, yaşam biçimi ve doğurganlık özellikleri, bel ergonomisi, Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kısa formu (IPAQ-Short Form), Hastane Anksiyete - Depresyon Ölçeği (HAD) çalışmanın bağımsız değişkenleridir. Tek değişkenli analizlerde ki-kare testi ve çok değişkenli analizlerde lojistik regresyon modelleri kullanılmış olup tip-1 hata değeri 0.05 olarak kabul edilmiştir. Manisa Celal Bayar ÜTF Etik Kurulundan 25.05.2022 tarihli 20.478.486/1368 nolu etik onay alınmıştır. Çalışmada herhangi bir çıkar çatışması veya anlaşmazlık bulunmamaktadır ve çalışma için aynı katkı veya parasal destek alınmamıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalamaları 43.1 ± 12.9 'dur. Kadınların %78.0'i evli, %24.6'sı ortaokul ve altı eğitime sahip, %51.3'ü çalışmıyor, %30.0'unun geliri giderinden az ve %45.7'si alt sosyal sınıf mensubudur. Kadınların %20.3'ü obez, %97.7'si fiziksel olarak inaktif/minimal aktif, %15.0'i anksiyeteye, %9.7 depresyona sahiptir. Kadınların %37.0'si ABA, %77.0'si HBA yaşamıştır. Kadınların %41.6'sı bel ağrısı olduğunda bir sağlık kuruluşuna başvurmuş, en çok başvuru alan yer %28.1 sıklıkla ASM olmuştur. Katılımcıların HBA riskini, bir doğum yapmış olmak 4.5 (%95GA:1.7- 11.3) kat; iki ve üzeri doğum yapmış olmak 3.6 (%95GA:1.4- 9.0) kat; sigara kullanıyor olması 3.1 (%95GA:1.4- 6.9) kat; sınırda anksiyeteye sahip olması 2.8 (%95GA:1.2- 6.6) kat artırmaktadır. 18 yaş ve üzeri kadınların ABA riskini, gelir düzeyinin gider düzeyine eşit olması 2.9(%95GA:1.1- 7.8) kat; bir doğum yapmış olmak 2.9(%95GA:1.1- 7.9) kat; iki ve üzeri doğum yapmış olmak 3.0(%95GA:1.1- 8.8) kat; anksiyeteye sahip olmak 2.3(%95GA:1.1- 4.8) kat artırmaktadır.

Sonuç: Kadınlarda yüksek sıklıkta görülen bel ağrısı önemli bir halk sağlığı sorunudur. Araştırmada her dört kadından üçü daha önce HBA yaşamış; yaklaşık biri ise ABA yaşamaktadır. HBA veya ABA yaşama durumunu etkileyen en önemli belirleyici kadınların doğum yapmış olmasıdır. Gebelik ve doğum eyleminin çeşitli patofizyolojik yollarla bel ağrısını tetiklediği bilinmektedir. Bir veya daha fazla doğum yapan kadınların daha sonraki hayatlarında bel sağlığının korunmasına yönelik birinci basamağın önderliğinde çalışmalar yürütülmelidir. Düşük gelir düzeyi, sigara kullanımı ve anksiyete varlığı da bel ağrısında etkili değişkenlerdir. Sigara kullanımını önlemeye yönelik olarak; sigara bırakma polikliniklerinin sayıları artırılmalı, birinci basamak tarafından bu konuda hem kişilerin farkındalığı hem de sigara bırakma polikliniklerine yönlendirilmeleri sağlanmalıdır. Son olarak araştırmamızda kadınların neredeyse tamamına yakınının fiziksel olarak inaktif olması, bel ağrısı ile aradaki ilişkiyi saptayamamamıza neden olsa da, bilindiği üzere düzenli fiziksel aktivite yapmak dolaşım; solunum; vücut postürü gibi birçok faktör üzerinden bel sağlığına fayda sağlayan en önemli etkenlerdendir. Bu nedenle bel sağlığının korunabilmesi için birinci basamak sağlık kurumları liderliğinde egzersiz eğitimleri ve bilinçlendirme çalışmalarının yapılması önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bel ağrısı, Kadınlar, Sıklık

Özet Sözlü Bildiri

S128

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN SOSYAL ADALET SAVUNUCULUĞU VE ETİK DUYARLILIK İLE İLİŞKİSİ

Feyza KOCAKURT, Belgin AKIN

Lokman Hekim Üniversitesi, Türkiye

Giriş ve Amaç: Tarihsel süreçte kaynakların eşitsiz dağılımı insanları hak ve adalet kavramları etrafında toplamıştır. Toplumdaki eşitsizliklerin giderilmesi için savunuculuk ön plana çıkmaktadır. Savunuculuk “bir başkasına yardım eden, savunan veya koşuşturan kişi” nin yaptığı şey olarak tanımlanır. Mikrososyal düzey, hastaların özerkliği, haklarını ve değerlerini korumayı içerirken, makrososyal savunuculuk, bireyler ve toplum için eşitsizliklerin ele alınmasını içeren sosyal adalet savunuculuğunu tanıır. Bu bağlamda bütünleştirici bir sosyal savunuculuk teorisinde hemşirelerin savunuculuk yaparken sadece hastanelerdeki hastaları değil toplumu da savunmaları gerektiği söylenebilir. Bu da sosyal adalet savunuculuğunun hemşirelerde mesleki bir kod olmasını gerekli kılmaktadır. Bu çalışmanın amacı özel bir üniversitede eğitim gören 1,2,3,4. sınıf hemşirelik öğrencilerinin sosyal adalet savunuculuğu düzeylerini saptamak sosyal adalet savunuculuklarının sosyo-demografik özellikler, bazı akademik özellikler ve etik duyarlılıkla ilişkisini incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, tanımlayıcı tipte olup, Ankara’da bulunan Lokman Hekim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümünde 2021/2022 eğitim öğretim yılı bahar döneminde uygulanmıştır. Araştırmanın evrenini Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümü 1,2,3 ve 4. Sınıfta öğrenim gören 167 (n=167) öğrenci oluşturmaktadır. Araştırmada örnek seçilmeksizin tam sayım yöntemiyle evrenin tümü çalışmaya dahil edilmiştir. Bu çalışmanın verileri Anket Formu, Sosyal Adalet Savunuculuğu Ölçeği ve Ahlaki Duyarlılık Anketi ile toplanmıştır. Dean (2009) tarafından geliştirilen ölçeğin Bayoğlu Serpen, Duyan, Aldoğan (2014) tarafından Türkçe’ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması gerçekleştirilmiştir. Ölçek; İşbirlikçi Hareket, Müracaatçının Güçlendirilmesi, Sosyal/Politik Savunuculuk ve Müracaatçı/Toplum Savunuculuğu altında dört alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam en düşük ve en yüksek puan 43-291 arasında olup puanın yüksek olması olumlu, düşük olması olumsuz bir tutum olarak değerlendirilir. Lutzen ve ark. (1997) tarafından geliştirilen Ahlaki Duyarlılık Anketinin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini Tosun (2018) gerçekleştirmiştir. Ölçekten alınabilecek toplam en düşük ve en yüksek puan 30-210 arasında değişmekte olup puan yükseldikçe etik duyarlılık düşmektedir. Bu araştırmanın bağımlı değişkenini sosyal adalet savunuculuğu düzeyi oluşturmaktadır. Bağımsız değişkenler; Sosyo-demografik özellikler, Akademik özellikler ve Etik duyarlılık düzeyidir. Etik duyarlılık düzeyi ahlaki duyarlılık ölçeği ile ölçülmüştür. Lokman Hekim Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu’nun 31.05.2022 Tarih ve 2022/84 sayılı kararı uyarınca araştırma etik olarak uygun bulunmuştur. Veriler SPSS 23 paket programı ile analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, ortalama, ortanca, birinci ve üçüncü çeyreklikler, en küçük ve en büyük değerler olarak, sayısal değişkenlerin Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile veriler normal dağılıma uymadığından grupların karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney U testleri kullanılmıştır. Kruskal-Wallis testinde anlamlı bir farklılık saptanan değişkenlerdeki gruplar ikili olarak Mann-Whitney U testi kullanılarak karşılaştırılmış ve Bonferroni düzeltmesi kullanılarak değerlendirilmiştir. Değişkenler normal dağılıma uymadığından dolayı değişkenler arası ilişkiler için korelasyon katsayıları ve istatistiksel anlamlılıklar Spearman testi ile hesaplanmıştır. Herhangi finansal bir destek alınmamıştır. Çalışmada herhangi bir çıkar çatışması ve sınırlılık bulunmamaktadır.

Bulgular: Araştırma grubunu 133 kişi oluşturmaktadır. Birinci sınıf 46 (%34,6), ikinci sınıf 30 (%22,6), üçüncü sınıf 36 (%27,1), dördüncü sınıfı 21(%15,8) kişi oluşturmaktadır. Katılımcılar Sosyal Adalet Savunuculuğu Ölçeğinden ortalama 193,08±43,29 (medyan 195,0) puan almıştır. Katılımcıların öğrenim gördüğü

Özet Sözlü Bildiri

sınıfa göre aldıkları SAS puanları incelendiğinde dördüncü sınıfların birinci ve ikinci sınıflardan SAS puanları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,019$). Sınıfa göre farklılık olması öğrencinin eğitim sürecindeki aldığı teorik ders ve uygulamaların sosyal adalet duyarlılığını arttırdığını düşündürmüştür. Katılımcıların Ahlaki Duyarlılık Anketinden aldıkları puanlar ile Sosyal Adalet Savunuculuğu Ölçeği alt ölçeklerinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında Ahlaki Duyarlılık Anketinden aldıkları puanlar ile Müracaatçının Güçlendirilmesi alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında çok zayıf düzeyde ($r=-0,238$) ve istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde korelasyon saptanmıştır.

Sonuç: Ülkemizdeki hemşirelerin sosyal adalet savunuculuğu ve etik duyarlılık ile ilişkisine yönelik çok az bilimsel veri bulunmakta ve daha fazla çalışma yapılması, hemşirelik öğrencilerin sosyal adalet savunuculuğu konusundaki bilgi ve becerilerinin incelenmesi, hemşirelik müfredatlarının sosyal adalet savunuculuğu ve etik duyarlılığa yönelik gözden geçirilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Sosyal Adalet Savunuculuğu, Etik duyarlılık, savunuculuk

Özet Sözlü Bildiri

S129

BİR YÜKSEKÖĞRENİM KIZ YURDUNDAKİ ÖĞRENCİLERDE UYKU KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Rabia ATEŞ¹, Çiğdem CAĞLAYAN²

¹Kocaeli Üniversitesi, Türkiye

²Kocaeli Üniversitesi, Türkiye

Giriş ve Amaç: Sağlık; kişinin ruhen, bedenen ve sosyal alanlarda tam bir iyilik hali içinde bulunmasıdır. Bu iyilik halinin önemli gereksinimlerinden biri de uykudur. Kaliteli bir uyku bireylerin ruh sağlığından temel yaşam becerilerine kadar günlük yaşamın vazgeçilmez bir parçasıdır. Günümüzde uyku problemlerinin çok yaygın olması, kötü uyku kalitesinin birçok tıbbi hastalıkla yakından ilişkisinin olması tüm dünyada bu alanda yapılan çalışmaların artmasına neden olmuştur. Yapılan bu çalışmanın amacı bir yükseköğrenim kız yurdunda kalan öğrencilerde uyku kalitesini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. 20.05.2022-20.09.2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş olup veriler Kocaeli'nin İzmit ilçesindeki bir yükseköğrenim kız yurdunda kalan öğrencilerden toplanmıştır. Araştırma evrenini yükseköğrenim kız yurdundaki 170 Türk uyruklu öğrenci oluşturmuş olup çalışmaya 100 (%58) öğrenci katılmıştır. Katılımın düşük olması bir kısıtlılıktır. Araştırma için Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onay alınmıştır. (Etik Kurul Onay tarihi ve No:GOKAEK-2022/12.03) Veri toplama formu olarak bulunan kişisel bilgi formu, Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) ve Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ölçeği kullanıldı. Veriler gözetim altında kişilerin kendileri tarafından doldurularak toplandı. Araştırmanın bağımlı değişkeni uyku kalitesi düzeyi; bağımsız değişkenler ise kişisel bilgiler, sağlık özgeçmişi, gelir-iş durumu, yurttaki kaldığı oda bilgileri, çay kahve tüketimi ve diğer alışkanlıkları, algılanan stres düzeyidir. Verilerin SPSS paket programında analizi edilmiş, tanımlayıcı istatistikler, ki-kare ve normallik analizi sonucunda Student t-testi, normal dağılıma uymayanlarda ise Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması $21,6 \pm 1,6$ olup %87'si birinci öğretimde eğitim görmekteydi. Katılımcıların %40'ı gelirini yetersiz %39'u yeterli %19'u çok yetersiz %2'si fazlasıyla yeterli bulurken medyan gelir 1000 TL (min:700-max:5000) idi. Katılımcıların % 82' sinin uyku kalitesi kötü bulundu. ASÖ'ye göre ortalama stres skoru $11,08 \pm 3,6$ olarak ölçüldü. Katılımcıların %7' sinin her gün düzenli egzersiz yaptığı, %13' ünün sigara %4'ünün alkol tükettiği görüldü. Katılımcıların %81'inin günlük siyah çay tüketimi 1-3 fincan arası, %67'sinin günlük kahve tüketimi 0-1 fincan arası bulundu. Yalnızca %4'ünün kronik bir hastalığı olduğu tespit edildi. Birinci öğretime devam edenlerin % 81,6'sı 2. Öğretim olanların %84,6'sının uyku kalitesi kötü bulunurken istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p < 0,792$). Her gün düzenli egzersiz yapanların %37,5'inin düzenli egzersiz yapmayanların ise %16,3'ünün uyku kalitesi iyi bulunurken istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p < 0,134$). Gelir durumu, çay kahve tüketimi, odada bulunan öğrenci sayısı ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmedi. Araştırmada sadece stres skoru ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış olup uyku kalitesi iyi olanların ortalama stres puanı $7,8 \pm 2,3$ iken uyku kalitesi kötü olanların stres puanı $11,7 \pm 3,5$ olarak bulundu ($p < 0,001$).

Sonuç: Araştırmamızda yurttaki kız öğrencilerde uyku kalitesinin yüksek boyutta kötü olduğu gözlemlendi. Araştırmamızda ayrıca uyku kalitesinin çay-kahve tüketimi, gelir düzeyi, öğrenim türü ve genel alışkanlıklarla değişmediği ancak stres düzeyinin uyku kalitesi ile ilişkili olduğu görülmüştür. Uyku konusunda kanıt düzeyi yüksek araştırmalara ve uyku kalitesinin sağlanmasına yönelik kurumsal ve bireysel önlemlere gereksinim vardır.

Çıkar çatışması yoktur. Finansal destek alınmamıştır.

Anahtar Kelimeler: seks işçileri, HPV, serviks kanseri, tarama, bağışıklama Uyku kalitesi, Stres, Sağlık, Öğrenci

Özet Sözlü Bildiri

S130

**OTİZMLİ ÇOCUKLAR VE EBEVEYNLERİNİN EĞİTİM SÜREÇLERİNİN
İNCELENMESİ VE EBEVEYNLERİN OTİZM FARKINDALIĞININ
DEĞERLENDİRİLMESİ: NİTELİKSEL BİR ÇALIŞMA**

**Fatma Burcu DOĞANÇ¹, Selma HASANOĞLU², Harika ÖZASLAN², İlayda MAHŞERECİ³, Elif Simay BİNİCİ³,
Cemre HAMOĞLU³, Abobakr BAGABER³, Seyhan HİDİROĞLU¹**

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

²Can-AHBAP Otizm Entegrasyon Projesi

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş ve Amaç: Otizm, yaşamın ilk üç yılı içinde ortaya çıkan ve yaşam boyu devam eden; sosyal etkileşim, sözel ve sözel olmayan iletişimde problemler, tekrarlayıcı davranış ve kısıtlı ilgi alanları ile kendini gösteren, karmaşık bir gelişimsel bozukluktur. Otizmi olan çocuklar iletişim kurmakta sorunlar yaşadıkları için uygun sosyal davranışları doğal yollarla öğrenmede ve bunları sergilemede sıkıntı yaşamaktadırlar. Bu nedenle gerek sosyal becerilere ilişkin gerekse de motor becerilere ilişkin özel eğitim sürecine gereksinimleri söz konusudur. Bireysel eğitimlerin yanı sıra ebeveynlerin bu süreci yönetebilir olmaları çocuklardan alınacak sonuçlar açısından önemli bir belirleyicidir. Ebeveyn eğitimlerinden biri de zar-kabuk modelidir. Bu model çocukların zihinsel gelişimini temel alan hem “ilişki temelli” hem de “davranışçı yaklaşım”ı içeren bir psiko-eğitim modelidir. Bu psiko-eğitimde amaç hem tipik hem atipik gelişimi olan çocukların aileleri için davranış örüntüleri geliştirmektir. Bu eğitim modeli Türkiye’de şu anda Can-Ahbap Otizm Entegrasyon Projesi’nde kullanılmaktadır. Eğitimin yanı sıra otizmlili çocuklara yönelik toplumsal farkındalığın artması; çocukların ve ebeveynlerinin stigmatizasyonunun azaltılmasında ve toplumda otizmlili çocuklara ve ailelere karşı sorumluluk duygusu yaratmada çok önemlidir. Bu nedenle, bu çalışmada ebeveynlerde çocukluk çağı otizm farkındalığının değerlendirilmesi ve ebeveyn eğitimlerinin ve otizmlili çocuklara yönelik eğitimlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Niteliksel tipte tasarlanan araştırmamız için Can-AHBAP otizm entegrasyon projesi için proje kapsamında ücretsiz olarak İstanbul’da özel bir anaokulunda özel eğitim almakta olan 36-40 ay arası otizm tanılı çocuğu olan anne-babalarla yarı yapılandırılmış 20 soruluk soru formu aracılığıyla 15-30 Eylül 2022 tarihleri arasında çevrimiçi olarak derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler 2 araştırmacı tarafından yapılmış olup görüşmelerde bir araştırmacı soruları yöneltmiş olup diğer araştırmacı gözlemci olarak yer almıştır. Görüşmelerin süresi 30-45 dakika arasında değişmektedir. Araştırmaya Can-AHBAP otizm entegrasyon projesine toplamda 9 aile ve bu ailelerin 10 otizmlili çocuğu dahil edilmiş olup ailelerden sadece 5’i ebeveyn eğitimi almıştır. Bu nedenle gönüllülük esasına dayalı olarak toplamda 5 anne, 4 baba ile görüşülmüştür. Görüşmelerde veri doygunluğuna ulaşılmış olup daha sonra dijital ortamda yazıya dökülerek içerik analizine tabi tutulmuş ve ayrı ayrı iki araştırmacı tarafından değerlendirilip kodlanmıştır. Analiz için Atlasti programı kullanılmıştır. Ayrı ayrı oluşturulan kodlara göre yine iki araştırmacı tarafından ortak bir şekilde temalar ve alt temalar oluşturulmuştur. Araştırma için Marmara Üniversitesi Etik Komitesi’nden (06.05.2022-09.2022.745) izin alınmıştır. Ayrıca katılımcılardan bilgilendirilmiş onamları alınmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %55’i kadın, %45’i erkektir. Görüşme analizlerinden elde edilen kodlar 5 ana tema altında toplanmıştır. Bu ana temalar “Otizm tanısı öncesi bilinenler”, “Çocuktaki farklılıklar”, “Otizm tanı süreci”, “Otizmde eğitim” olarak belirlenmiştir. Otizm tanısı öncesi bilinenler ana temasına bakıldığında katılımcıların %75’inin (n=7) daha önce otizm hakkında herhangi bir şey bilmedikleri görülmüştür. İki katılımcı sosyal medya aracılığıyla otizmden haberdar olduğunu ve otizmin çok ağır bir hastalık olduğunu bildiğini söylemiştir. Ebeveynler çocuklarında özellikle çok fazla hareketlilik olduğundan yakınmışlardır. Ayrıca cisimleri döndürdüklerinden, kendi etrafında döndüklerinden, göz teması kurmadıklarından ve bir nokta-

Özet Sözlü Bildiri

ya dalıp takılıp kaldıklarından bahsetmişlerdir. Katılımcıların tümünün çocuklarında konuşma problemleri olduğu tespit edilmiştir. Otizm tanı sürecine bakıldığında tanının hepsinin çocuk psikiyatristleri tarafından konulduğu görülmüştür. Katılımcıların %75'ine (n=7) otizm tanısı direkt söylenmiş olup tanı sonrası ailelerde ilk etapta üzülmeye, ağlama ve kabullenememe davranışı yaşandığı belirlenmiştir. Otizmde eğitim ana temasına baktığımızda katılımcıların yeni bir eğitim modeli olarak tasarlanan zar-kabuk modeli ile aldıkları ebeveyn eğitimlerinden çok önemli faydalar gördükleri tespit edilmiştir. Katılımcılar bu eğitim sayesinde çocuklarına karşı yaptıkları hatalı davranışları gördüklerini ve bu davranışlarını düzeltince çocuklarının daha iyi gelişim gösterdiğini belirtmişlerdir. Bir katılımcı anne ebeveyn eğitimi "Bu eğitim keşke sadece özel gereksinimli çocuğu olan ailelere değil, evlenmeden önce ya da çocuk doğurmadan önce verilseydi. Çocuğuma doğduğu andan itibaren çok farklı bir yaklaşımım olurdu." şeklinde tanımlamıştır. Çocukların Can-AHBAP otizm entegrasyon projesi ile aldıkları eğitimden çok fayda gördükleri tespit edilmiştir. Aileler özellikle bu eğitimin; sosyal becerilerin gelişmesi, davranış kalıplarının oluşması, hiperaktivitenin azalması, diğer çocuklarla iletişimin artması konularında çocukların ilerlemesine çok katkıda bulunduğundan bahsetmişlerdir. Tüm katılımcılar özellikle tanı konur konmaz, küçük yaşlarda verilen eğitimlerin çok önemli olduğunu vurgulamıştır. Eğitimdeki en büyük sorunun eğitimin özel sektör tarafından ele geçirilmiş olması ve pahalılık olduğundan bahsetmişlerdir. Devletin verdiği eğitim saatinin çok kısıtlı olduğu, çocuklara yetmediği ve daha fazla eğitim almak istediklerinde de bu eğitimlerin çok maliyetli olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca özel eğitimler için doğru yönlendirilmediklerinden bahsetmişlerdir.

Sonuç: Katılımcıların otizm hakkında daha önceden bilgi sahibi olmamaları toplumsal farkındalığın eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Daha önce özellikle sadece otizmliler çocuklara eğitimler verilip ailelerin destek anlamında kendi başlarına bırakıldığı düşünüldüğünde özellikle ebeveyn eğitimlerine olan gereksinimin öne çıktığı görülmektedir. Bu nedenle Can-AHBAP projesi gibi sosyal projelerin desteklenmesi önem arz etmektedir. Devlet dışında verilen özel eğitimlerin çok pahalı olması nedeniyle ailelerin eğitimlere ulaşmakta zorlanmakta olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle devletin otizm ile ilgili olarak eğitim açısından daha ciddi yatırımlar yapması gerektiği görülmektedir. Çalışmamızın bir takım sınırlılıkları vardır. Çalışmamız niteliksel bir çalışma olduğu için evrene genellenemez. Ayrıca projeye katılım sayısı düşük olduğu için dahil edilen katılımcı sayısı da düşük kalmıştır. Daha yüksek katılımcı sayısı ile daha farklı sosyal sorumluluk projelerinde otizm eğitimi verilen çocukların ebeveynleri ile daha ileri niteliksel araştırmalar planlanması önerilmektedir. Özellikle ebeveyn eğitiminin önemine vurgu yapan bu çalışma ilerideki çalışmalara ışık tutacaktır.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan eder.

Finansman: Bu çalışma için herhangi bir finansal destek yoktur. Araştırmanın tüm masrafları araştırmacılar tarafından karşılanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Otizm, Eğitim, Ebeveyn eğitimi, Psiko-eğitim

Özet Sözlü Bildiri

S131

TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN TOPLUMSAL CİNSİYET TUTUMLARININ EĞİTİM MÜDAHALESİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Cansu ÖZBAŞ¹, Merve ATIK ŞAHİN¹, Merve KORUCU², Mustafa Necmi İLHAN¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Türkiye

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Amerika Birleşik Devletleri

Giriş ve Amaç: Toplumsal cinsiyet, toplumun kadın veya erkek cinsiyette olmaya yüklediği sosyokültürel anlam ve beklentileri ifade eden dinamik bir kavramdır (1, 2, 3). Üniversite dönemi genç yetişkinlerin kimlik arayışlarını tamamladıkları bir dönemdir. Bu nedenle bu dönemde yapılacak olan müdahalelerin, bireylerin eşitlikçi toplumsal cinsiyet rolünü hayat boyu benimseyebilmesini sağlayabileceği düşünülmektedir (4, 5, 6). Tıp fakültesi öğrencileri ise özellikle meslek hayatında cinsiyet ayırt etmeden hizmet edebilmesi ve toplumsal olaylara sabırlı ve empatik bir tutum sergileyebilmesi gerektiğinden özel bir hedef grup olarak değerlendirilebilir. Toplumsal cinsiyet, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi eğitim müfredatında 1 saatlik kısa bir eğitimle kendine yer bulmaktadır. Literatürdeki diğer çalışmalarda verilen eğitimlerin süresi ve kapsamı arttıkça müdahale etkinliğinin arttığı görülmektedir (7, 8, 9).

Bu çalışmada Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 3 öğrencilerinde toplumsal cinsiyet eğitim müdahalesinin “Toplumsal Cinsiyet Rolü Tutum Ölçeği” kullanılarak değerlendirilmesi ve ikincil amaç olarak bazı demografik özelliklerin toplumsal cinsiyet rol tutumları üzerine etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma müdahale çalışmasıdır ve Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde 2021-2022 yılında Dönem 3 Türkçe sınıfına kayıtlı 241 öğrencinin katılımı ile yürütülmüştür. Öğrenci İşleri’nden alınan bilgiye göre 2021-2022 yılında kayıtlı öğrenci sayısı 338’dir. Veri kaynağı olarak tanımlayıcı soru formu ve Toplumsal Cinsiyet Rol Tutumları Ölçeği kullanılmıştır. Ders öncesi ölçek ile birlikte tanımlayıcı soru formu birlikte uygulanmış olup, dersten 3 ay sonra ölçek ilk uygulamaya katılan öğrencilere tekrar uygulanmıştır. Ölçekten alınan puanlar 15-75 arasında değişmekte ve alınan puanın yükselmesi toplumsal cinsiyet rollerinde eşitlikçi tutumun artması anlamına gelmektedir (10).

Araştırma verilerinin istatistiksel analizleri için SPSS sürüm 23,0 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler, kategorik değişkenler için sayı ve yüzde verilerek; sürekli değişkenler ise ortalama ± standart sapma ve ortanca (çeyrekler arası aralık) ile sunulmuştur. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu ortalama ve ortanca değerleri, görsel (histogram, olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri, Skewness ve Kurtosis değerleri) kullanılarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel yöntem olarak eğitim öncesi ve sonrası durum değerlendirilirken, parametrik test varsayımları sağlanmadığı için Wilcoxon Testi kullanılmıştır. Sosyodemografik özellikler ile test puanlarının karşılaştırılmasında ise parametrik test varsayımları sağlanmadığı için Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri $p < 0.05$ olarak alınmıştır. En az biri normal dağılmayan değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesi için korelasyon katsayıları ve istatistiksel anlamlılıklar Spearman testi ile hesaplanmıştır. Araştırmanın etik onayı bulunmaktadır. Araştırmanın çıkar çatışması ve finansal desteği bulunmamaktadır.

Bulgular: Katılımcıların toplumsal cinsiyet ölçeği ön test puan ortanca değeri 61 (IQR 25-75; 53,5-68,0) son test puan ortanca değeri 62 (IQR 25-75; 52,5-68,5) olup ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,274$). Araştırmaya katılan bireylerin “Toplumsal Cinsiyet Ölçeği” ön test puanları ile son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, güçlü bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($r=0,795$, $p < 0,001$). Bununla birlikte “Toplumsal Cinsiyet Ölçeği” ön test puanlarının demografik özelliklere göre karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olan tek sonuç cinsiyettir ve kadın cinsiyetin ön test puan ortancası 66 (IQR 25-75; 46-75), erkeklerden 54 (IQR 25-75; 34-75) yüksektir ($p < 0,001$).

Sonuç: Kadın cinsiyetteki öğrencilerin, toplumsal cinsiyet tutum rolleri açısından daha eşitlikçi bir tutuma sahip olduğu ve kısa süreli eğitim müdahalesinin toplumsal cinsiyet rol tutumları üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır. Bu perspektifte üniversitede müfredatında bulunan 1 saatlik toplumsal cinsiyet dersinin; bireylerin tutum değişikliği için yeterli olmadığını ve bu derslerin içerik (panel, seçmeli ders vb.) ve sürelerinde yapılacak değişimlere ihtiyaç olduğunu söylemek mümkündür.

Anahtar Kelimeler: Toplumsal cinsiyet, Eğitim, Müdahale

Özet Sözlü Bildiri

S132

COVID-19 SURVIVORS' INTENSIVE CARE UNIT EXPERIENCES: A QUALITATIVE STUDY

Tahsin Gökhan TELATAR¹, Ayça TELATAR², Çiçek HOCAOĞLU³, Ayşe HIZAL⁴, Mustafa SAKIN², Sarp ÜNER⁵

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

²Rize Devlet Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Bölümü

³Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

⁴Recep Tayyip Erdoğan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Bölümü

⁵Lokman Hekim Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Introduction and Aim: Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), caused by severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2), has become a devastating and unprecedented global public health problem in the 21st century. According to Johns Hopkins University Coronavirus Resource Center, total cases exceeded 300 million with 5.5 million deaths globally as of January 2022. Although there are no global ICU admission rates due to COVID-19, the global shortage of ICU beds for COVID-19 patients reveals the high incidence of ICU admission. ICU stay may have psychological effects, including depression, anxiety, and post-traumatic stress disorder regardless of the underlying disease. Four out of every five ICU survivors experience new or worsened psychological or psychical problems due to post-intensive care syndrome. This qualitative study aims to identify the experiences of COVID-19 ICU survivors and provide insights into relevant mental health problems after being discharged.

Material and Methods: This qualitative research was carried out according to the Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR). All stages of the study and liabilities are clearly explained to the participants before asking for their consent. The Ethical Board of Recep Tayyip Erdogan University, Faculty of Medicine, approved the study on December 23, 2020 (registration number 2020/246). The phenomenological approach allows researchers to analyze people's unique experiences through dialogue, especially in health sciences. Colaizzi's 7-step approach was used to ensure the reliability of the patient experiences.

The researchers consisted of two public health specialists, one psychiatrist, and three anesthesiologists. All researchers had previous experiences with qualitative research design: the public health specialists and the psychiatrist mainly designed the study while anesthesiologists conducted the interviews. All interviews were conducted during January and February of 2021. A purposeful sampling method with a criterion strategy was used, and the study was held with 21 participants. Data was collected through both face-to-face interviews and phone calls and interview time was approximately one hour for both groups. The patients who were discharged from the ICU and continued their treatment in a general ward in the same hospital were interviewed directly. Other participants were interviewed by phone calls. Patients' medical records were obtained from their hospital files, including their accompanying chronic conditions, duration of ICU stay, and presence of intubation. The data gathering form had four main topics: general opinions about the COVID-19 pandemic, family and social support, ICU period, and future predictions. Following Colaizzi's 7-step approach, all interviews are transcribed from audio recordings. Then they were entered into the QDA Miner Lite v2.0.8 software. The significant statements were extracted from participants' narratives and those statements made up the study's themes and subthemes.

Results: Of the participants, 61.9% (13) were male, and 90.5% (19) were married. The mean age was 54.05±11.85, and 47.6% (10) had a high school degree or higher. The average ICU stay was 15.95±9.35 days, and 5 (23.8%) of the participants were intubated. 13 patients (61.9%) were interviewed in the hospital at the general wards, and the rest of the interviews were held on the phone. There were three themes and two subthemes for every single theme generated from the interviews; "emotions on COVID-19 diagnosis" (subthemes: towards others, towards themselves), "feelings about ICU stay and health care providers," (subthemes: positive feelings, negative feelings) and "life in the shadow of COVID-19" (subthemes: general effects, future alter-

Özet Sözlü Bildiri

ations). A total of 19 codes were extracted (anger, support, concern about family, sadness, regret, physical disturbances, gratefulness, relief, feeling safe, dissatisfaction, fear and anxiety, loneliness, being uncomfortable, seeking information, bewildering, resignation, changing lifestyle, deliberation, expectation).

Discussion: The qualitative approach provides a thorough evaluation of the experiences and potential challenges for the future life of COVID-19 ICU survivors. The most important aspect of the study is that it revealed the leading causes of possible mental health conditions after discharge. Each patient has a unique inner world, and preventive interventions should be designed individually for the patients. The main limitation of this study is the unknown psychiatric illness status of the patients after ICU discharge. The study was conducted with patients treated and discharged from the ICU due to COVID-19 after a certain period and did not include long-term follow-up results. It is thought that cohort-style studies that include quantitative items will help to evaluate the long-term results. The small sample size of the study prevents the results to be generalized to the general population, but the findings provide important clues for future studies. In this study, which included qualitative evaluations, more detailed socio-demographic information about the participants could not be presented, and analyses evaluating the relationships between factors and outcomes could not be performed.

Keywords: COVID 19, intensive care units, survivors, experiences, phenomenological approach

Özet Sözlü Bildiri

S133

İSTANBUL ANADOLU YAKASINDA BULUNAN BİR ANAOKULUNDAKİ OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARIN GELİŞİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Şevket GİRĞİN¹, Lara ÖZDEMİR², Zeynep GÜMÜŞ³, Esra KILIÇ³, Tuğçe Gönül ACARALIOĞLU⁴,
Fatma Burcu DOĞANÇ¹, Seyhan HİDİROĞLU¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Türkiye

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Türkiye

⁴Can-AHBAP Otizm Entegrasyon Projesi, Türkiye

Giriş ve Amaç: Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB), bireyler arası sosyal ilişkiler ve iletişim becerilerinde bozukluk ve tekrarlayıcı hareketler gibi davranış problemlerinin gözlemlendiği nöro-gelişimsel farklılıktır. Erken teşhis erken müdahale için kritik olmakta ve çocuğun özelleştirilmiş bir eğitim programına dahil edilmesi önem arz etmektedir. Günümüzde uygulanmakta olan bir takım farklı eğitim modelleri bulunmaktadır. OSB'li bireylere yönelik yaygın olarak kullanılan eğitim yaklaşımları ilişki temelli yaklaşım, çoklu uygulama yaklaşımı ve beceri temelli yaklaşım olmak üzere üç kategoride incelenmektedir. Çalışmamızın amacı, İstanbul Anadolu yakasında bulunan özel bir anaokulundaki otizm spektrum bozukluğu olan çocuklara uygulanan eğitimin gelişimlerine etkisini incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız kesitsel tiptedir. Evrenimizi Maltepe'de bulunan özel bir anaokulunda eğitim görmekte olan 7 OSB tanılı çocuk oluşturmaktadır. Bu çocukların gelişimleri eğitim öncesi (Haziran) ve eğitim sonrası (Ağustos) olmak üzere iki defa Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE) kullanılarak değerlendirilmiştir. Değerlendirme ölçütümüz olan AGTE, bebek ve çocukların gelişimi ile ilgili derinlemesine ve sistemli bilgi sağlamaya yönelik olarak Savaşır, Sezgin ve Erol (1995) tarafından geliştirilmiştir. Envanter, dil bilişsel alan 64, ince motor alan 26, kaba motor alan 24, sosyal beceri özbakım alanı 39 ve genel gelişim 164 madde ve dört alt testten oluşmaktadır.

Çalışmamızda kullanılan eğitim yöntemleri ise çocuklara uygulanan 'İlişki Temelli Eklektik Yaklaşım' ve ailelere uygulanan 'Zar/Kabuk Hipotezi' olmaktadır. 'İlişki Temelli Eklektik Yaklaşım' ilk amacı ilişki kurabilmeyi öğretmek olan oyun temelli bir yöntemdir. Bu eğitimin içine daha sonrasında renkler, sözel ifadeler, kavramlar da eklenmektedir. 'Zar/Kabuk Hipotezi' i ana fikri 'hacim' kelimesi etrafında dönmekte olup canlıların hayatın her alanında belirli bir hacim, ölçüt içerisinde olma arayışına dayanmaktadır. Çalışmanın bağımsız değişkenleri yaş, cinsiyet, kardeş sayısı, doğum şekli, çocuklara uygulanan eğitim; bağımlı değişkeni ise AGTE skorlarıdır. Verilerin istatistiksel analizinde, nicel verilerin normal dağılıma uygunluğunun değerlendirilmesi için Shapiro-Wilk testi ve histogram grafikleri kullanılmıştır. Olguların sosyo-demografik özelliklerine göre AGTE skorunun karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, eğitim öncesi ve sonrası AGTE skorlarını karşılaştırmak için Wilcoxon testi kullanılmıştır. Analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi p<0,05 olarak kabul edilmiştir.

Çalışmanın etik kurul onayı, 02.09.2022 tarihli 09.2022.1185 protokol numarası ile Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan alınmıştır.

Bulgular: Araştırmamızda olguların 5/7'si erkek, yaş ortalaması 34,14 ± 5,49 ay, 4/7'sinin tek kardeşi bulunmakta, 6/7'si ilk çocuktur. Olguların 6/7'sinde gebelik planlı, doğum türü 4/7'sinde normaldir. Olguların genel gelişim skor medyanı eğitim öncesi 80 (IQR=16), eğitim sonrası 89 (IQR=19) olarak saptanmıştır (p= 0,018). Olguların dil bilişsel skor medyanı eğitim öncesi 24 (IQR=8), eğitim sonrası 27 (IQR=10) olarak hesaplanmıştır (p= 0,018). Olguların sosyal beceri ve öz bakım skor medyanı eğitim öncesi 22 (IQR=4), eğitim sonrası 24 (IQR=5) olarak bulunmuştur (p= 0,017). İnce motor ve kaba motor alanlarında ise eğitim

Özet Sözlü Bildiri

öncesi ve sonrası skorlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir ($p>0.05$). Doğum türleri ile eğitim sonrası genel gelişim ($p=0,03$), eğitim sonrası kaba motor ($p=0,04$) ve eğitim sonrası sosyal beceri ve öz bakım ($p=0,03$) skorları arasında sezaryen doğumda normal doğuma göre istatistiksel olarak anlamlı yükseklik bulunmuştur. Cinsiyet ve kardeş sayısı ile AGTE skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p >0,05$).

Sonuç: Çalışmamızda, anaokulundaki OSB tanılı çocuklarda 2 ay boyunca uygulanan eğitim sonucu AGTE skorlarına göre gelişimleri değerlendirilmiştir. Çocukların değerlendirildiği beş ana başlıktan 'genel gelişim', 'dil bilişsel' ve 'sosyal beceri ve öz bakım' alanlarında belirgin gelişme kaydedilmiştir. Çalışmamız ile otizm spektrum bozukluğu tanılı çocuklarda erken başlanılan yoğunlaştırılmış eğitimin gelişimlerine olumlu etkilediği görülmüştür. Bununla birlikte uygulanan eğitimlerin etkililiğini araştıran daha uzun süreli araştırmalar gerekmektedir.

Çıkar çatışması: Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan eder.

Finansman: Araştırmada herhangi bir finansman desteği yoktur.

Anahtar Kelimeler: Otizm spektrum bozukluğu, İlişki temelli eğitim, AGTE

Özet Sözlü Bildiri

S134

COVID-19 PANDEMİSİNİN KADINA YÖNELİK ŞİDDET OLGULARINA ETKİSİNİN İNCELENMESİ: MEDYA HABERLERİ ÜZERİNDEN BİR DEĞERLENDİRME

Şehbal YEŞİLBAŞ, Emine TİRİÇ, Metin PIÇAKÇIEFE, Bahadır DEDE, Merve SAVAŞ AKSAKAL

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Halk Sağlığı AD, Türkiye

Giriş ve Amaç: Dünyada kadına yönelik şiddet kadının ruhsal ve bedensel bütünlüğüne zarar veren önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu çalışmada ülkemizde COVID-19 pandemisinin kadına yönelik şiddet olgularına etkisinin medya haberleri üzerinden değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Retrospektif tanımlayıcı tipteki araştırmada, google arama motorunda haberler kısmında “kadına yönelik şiddet”, “kadına yönelik aile içi şiddet”, “kadın cinayeti”, “öldürülen kadınlar”, “namus ve töre cinayeti”, “kadın kurban”, “kadın istismarı”, “darp edilen kadın”, “şüpheli kadın ölümü”, “kadın intiharı” anahtar sözcükleri kullanılarak tirajı en yüksek beş ulusal gazetenin haberleri pandemi öncesi iki yıl (11.03.2018-10.03.2020) ve pandemi dönemi iki yılı (11.03.2020-10.03.2022) kapsayacak şekilde incelenmiş, ulaşılabilen tüm haberler analize dahil edilmiştir. Veri toplama formu literatür taranarak oluşturulmuş ve veriler SPSS dosyasına kaydedilmiştir. Farklı anahtar kelimelerle bulunan, farklı gazetelerde yer alan, haftanın farklı günlerinde tekrar yayımlanan aynı olaya ait haberler bir kez ele alınmış ve dublikasyonlar engellenmiştir. Çalışmanın değişkenleri; yaş, şiddetin yaşandığı bölge, il, mevsim, saat, yer, neden, tür, şekil, sonuç, cinsiyet, yakınlık, şiddet sonrası durumu, mağdur medeni durumudur. Veriler 1-31 Ağustos 2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri analizinde SPSS 22.0 paket programı kullanılmış, tanımlayıcı istatistikler; sayı, yüzde, ortalama, standart sapma olarak verilmiştir. Etik kurul izni alınmıştır. Çıkar çatışması ve finansal destek yoktur.

Bulgular: İncelenen 529 şiddet haberinin, %29,5'i pandemi öncesinde, %70,5'i pandemi döneminde meydana gelmiştir. Şiddet mağduru kadınların yaş ortalaması 33,67±12,25, uygulayıcıların yaş ortalaması 38,31±11,94'dür. Şiddet haberlerinin en çok geçtiği bölge %33,5 ile Marmara bölgesi (pandemi öncesi %26,3, pandemi dönemi %36,5), il ise %21,0 ile İstanbul'dur (pandemi öncesi %14,1, pandemi dönemi %23,9). Şiddet olguları en sık %34,8 ile kış mevsiminde (pandemi öncesi %25,6, pandemi dönemi %38,6), %55,9 ile gündüz saatlerinde (pandemi öncesi %53,6, pandemi dönemi %56,4) ve %54,4 ev ortamında (pandemi öncesi %51,3, pandemi dönemi %55,7) gerçekleşmiştir. Şiddet uygulayıcılarının %98,2'si erkektir (pandemi öncesi %98,6, pandemi dönemi %98,0). Şiddet mağduru kadınların %60,5'inin evli olduğu (pandemi öncesi %56,1, pandemi dönemi %62,6), uygulayıcıların mağdura yakınlık durumları incelendiğinde ise ilk üç sırada eş %42,1 (pandemi öncesi %42,7, pandemi dönemi %41,8), sevgili %16,0 (pandemi öncesi %17,5, pandemi dönemi %15,4) ve eski eşin %9,8 (pandemi öncesi %10,5, pandemi dönemi %9,5) olduğu görülmüştür. Şiddet nedenlerine bakıldığında en sık kıskançlık %15,2 (pandemi öncesi %13,9, pandemi dönemi %15,6), mağdurun boşanma isteği %15,0 (pandemi öncesi %24,1, pandemi dönemi %12,2), mağdurun sevgilisinden ayrılma isteği %6,7 (pandemi öncesi %10,1, pandemi dönemi %5,7) olduğu bulunmuştur. Şiddet türleri incelendiğinde en sık fiziksel şiddet %93,6 (pandemi öncesi %96,1, pandemi dönemi %92,6), fiziksel ve psikolojik şiddetin %2,3 (pandemi öncesi %1,3, pandemi dönemi %2,7), fiziksel ve sözlü şiddetin %1,3 (pandemi öncesi %0,0, pandemi dönemi %1,9) olduğu görülmüştür. Şiddetin gerçekleşme şekline bakıldığında en sık ateşli silah %34,5 (pandemi öncesi %42,1, pandemi dönemi %31,3), kesici, delici, ezici alet %30,1 (pandemi öncesi %35,5, pandemi dönemi %27,8), darp %18,9 (pandemi öncesi %13,8, pandemi dönemi %21,0) ve boğma %6,9 (pandemi öncesi %4,6, pandemi dönemi %7,9) yoluyla olduğu saptanmıştır. Şiddet sonucunda kadınların %67,3'ü hayatını kaybetmiştir (pandemi öncesi %80,1, pandemi dönemi %61,9). Şiddet sonrası uygulayıcıların %38,4'ü tutuklu (pandemi öncesi %48,7, pandemi dönemi %33,9), %36,8'inde soruşturmanın devam etmekte

Özet Sözlü Bildiri

(pandemi öncesi %33,1, pandemi dönemi %38,4), %8,5 serbest (pandemi öncesi %3,2, pandemi dönemi %10,7) olduğu görülmüştür.

Sonuç: COVID-19 pandemisi döneminde kadına yönelik şiddet olgularının belirgin olarak artması çalışmamızın en önemli sonucudur. Pandemi döneminde Marmara bölgesinde, kış mevsiminde, gündüz saatlerinde, ev ortamında ve evli olanlarda şiddet sıklığı artmıştır. Ayrıca darp, boğma şeklinde gerçekleşen şiddet olgularının sıklığının arttığı, şiddet sonrası ölüm sıklığının ise azaldığı görülmüştür. Kadına yönelik şiddetin önlenmesi için tam gün hizmet verecek acil şiddet hattının, şiddet mağdurlarının barınacağı yerlerin ve şiddetle mücadele merkezlerinin kurulması ve sayılarının artırılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19 Pandemisi, Kadına Yönelik Şiddet, Medya Haberleri

Özet Sözlü Bildiri

S135

BİR TIP FAKÜLTESİNDE İNTÖRN HEKİMLERİN BEYAZ KOD İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bahadır DEDE, Merve SAVAŞ AKSAKAL, Metin PIÇAKÇIEFE, Şehbal YEŞİLBAŞ, Emine TİRİÇ
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Halk Sağlığı AD, Türkiye

Giriş ve Amaç: Beyaz kod (BK), sağlık çalışanlarına karşı işlenen suçların ceza hukuku kapsamında işlemlerin başlatıldığı bir uygulamadır. Bu çalışmada tıp fakültesi intörn hekimlerinin BK ile ilgili bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki araştırmanın evrenini 2022-2023 yılı eğitim öğretim döneminde bir tıp fakültesinde eğitim alan 99 intörn hekim oluşturmaktadır. Örneklem seçilmemiş, intörn hekimlerin tamamı çalışmaya katılmıştır. Veri, araştırmacılar tarafından geliştirilen bir anket formu ile kendi kendine uygulama yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Bağımsız değişkenler; sosyodemografik özellikler, şiddet ve BK ile ilgili özellikleri içeren değişkenlerden oluşmaktadır. Bağımlı değişken ise; BK ile ilgili bilgi düzeyidir (BKBD). Bağımlı değişken, toplam 10 sorudan oluşan ve her bir sorudan alınabilecek min puan -1, max puan +1 olacak şekilde hazırlanmış yarı yapılandırılmış form ile değerlendirilmiştir. BKBD'den alınabilecek toplam puan minimum -10 maximum +10 puandır. BKBD formundan alınabilecek toplam puan ortalaması 5 puandır. BKBD toplam puanının artması BK ile ilgili bilgi düzeyinin arttığını göstermektedir. Tanımlayıcı istatistiklerden yüzde, ortalama, minimum, maksimum değerler ve standart sapmalar değerlendirilmiştir. Tek değişkenli çözümlenmelerde sürekli değişkenler için Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk testleri ile normallik dağılımları değerlendirilmiştir. Parametrik varsayımları sağlayan durumlarda bağımsız gruplarda t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile varsayımların sağlanmadığı durumlarda non-parametrik karşılığı ile test edilmiştir. Verilerin analizi SPSS 22.0 paket programı ile gerçekleştirilmiştir. Tüm istatistiksel çözümlenmelerde p<0.05 anlamlılık sınırı kabul edilmiştir. Çalışmanın etik kurul onayı alınmıştır. Bu çalışmada herhangi bir çıkar çatışması yoktur. Çalışma için finansal destek alınmamıştır.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalamaları 24.02±1.40, %57.6'sı erkek ve ortalama intörnlük süresi 2.75±2.50 aydır. Son 1 yıl içerisinde katılımcıların %24.2'si şiddete maruz kalmış, %57.6'sı herhangi bir sağlık çalışanının şiddete maruz kaldığını görmüştür. İntörnlerin %33.3'ü BK verildiğini ve BK verenlerin %90.9'unun hekim tarafından verildiğini görmüştür. BK ihbarlarının %63.6'sı acil serviste gerçekleşmiştir. En son görülen BK olayındaki şiddetin %72.7'si sözel, şiddeti uygulayanların %63.6'sı hasta yakını ve şiddeti uygulayanların %69.7'si erkektir. Katılımcıların %21.2'si tıp fakültesinde BK ile ilgili eğitim almıştır. İntörnlerin %77.8'i izlenen sağlık politikalarının, %48.5'i ihmalin, %57.6'sı kötü iletişimin şiddete zemin hazırladığını düşünmektedir. Katılımcıların BKBD ortalama puanı 2.38±2.36 (%10.1'i negatif puan, %10.1'i sıfır puan)dır. Tek değişkenli çözümlenmelerde BKBD ortalama puanı, kadınlarda erkeklere göre, geliri giderinden fazla olanlarda az olanlara göre, BK ile ilgili eğitim alanlarda almayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p<0.05). BK verildiğini görmeyenlerin BKBD ort. puanı, şiddete maruz kalmayıp BK verildiğini görenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p<0.05). İntörnlerin şiddete maruziyeti durumunda "BK veririm", "kolluk kuvvetlerine bildiririm" görüşlerine katılanların katılmayanlara göre BKBD ort. puanı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p<0.05). İntörnlerin şiddete zemin hazırlayan nedenlerden "ihmal edildiğini düşünme", "hasta ile sağlık çalışanı arasındaki kötü iletişim" görüşlerine katılanların katılmayanlara göre BKBD ort. puanı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p<0.05).

Sonuç: İntörnlerin dörtte biri şiddete maruz kalmış, çoğunluğu bir sağlık çalışanının şiddete maruz kaldığını ve üçte biri ise BK verildiğini görmüştür. İntörnlerin beşte birinin BK eğitimi alması dikkat çekici bulgulardandır. Ayrıca intörnlerin büyük bir çoğunluğunun BKBD ortalama puanının, BKBD yarı yapılandırılmış formundan alınabilecek toplam puan ortalamasının altında olması çalışmanın en önemli sonucudur. BK eğitimi ile BKBD ort. puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. İntörnlerin BK ile ilgili eğitimlere katılımı ve eğitimin sürekliliği sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Beyaz kod, Bilgi düzeyi, İntörn hekimler, Şiddet

Özet Sözlü Bildiri

S136

SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN ŞİDDETE YÖNELİK TUTUMLARININ VE ŞİDDET GÖRME KORKU DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Serap SALİMOĞLU, Recep AKDUR

Başkent Üniversitesi, Türkiye

Giriş-Amaç: Şiddet, küresel bir sorun olup farklı boyutlarıyla toplumun her kesimini etkilemektedir. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet her geçen gün artmaktadır. Bu çalışmanın amacı, bir grup Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencisinin şiddete yönelik tutumlarını ve gelecekte şiddet görme korku düzeylerini belirlemek ve bazı değişkenler ile ilişkisini incelemektir.

Gereç-Yöntem: Çalışma tanımlayıcı tipte olup evrenini, 2022-2023 öğretim yılında Başkent Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'na devam eden 967 öğrenci oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmemiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden 542 öğrenciye 2022 yılı Ekim ayında web tabanlı anket formu uygulanmıştır. Çalışmada; soru formu, Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği ve Şiddet Görme Korkusu Ölçeği kullanılmıştır. Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği Akın ve arkadaşları tarafından 2016 yılında Türkçe'ye uyarlanmıştır. Cronbach alpha değeri 0,83'dür. 7'li likert tipi ölçek 17 maddeden oluşmaktadır. Ölçek; suç ve savaş, bedensel ceza ve partner şiddeti alt boyutlarını oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 17, en yüksek puan 119'dur. Ölçekten alınan yüksek puan, şiddete yönelik tutumlarının yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir. Şiddet Görme Korkusu Ölçeği Akbolat ve arkadaşları tarafından 2019 yılında Türkçe'ye uyarlanmıştır. Cronbach alpha değeri 0,94'dür. 5'li likert tipi ölçek tek boyutlu olup 10 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 10, en yüksek puan 50'dir. Verilerin analizinde SPSS 25.0 programı kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Skewness-Kurtosis katsayıları ile incelenmiştir. Gruplar arası karşılaştırmalarda istatistiksel önemlilik testlerinden Student t testi ve tek yönlü ANOVA testi kullanılmıştır. Şiddete karşı tutum ile gelecekte şiddet görme korkusu arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir. Başkent Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler ve Sanat Araştırma Kurulu'ndan (Sayı: 17162298.600-228) onay alınmıştır. Finansal destek ve çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Bulgular: Çalışmaya katılan öğrencilerin %24,4'ü erkek, %75,6'sı kadındır. Yaş ortalaması $19,82 \pm 2,34$ 'dür. Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği güvenilirlik katsayısı 0,733 ve Şiddet Görme Korkusu Ölçeği güvenilirlik katsayısı 0,935 bulunmuştur. Öğrencilerin Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği puanlarının ortalaması $42,57 \pm 10,89$ 'dur. Erkek öğrencilerde Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği puanları, kadın öğrencilerden yüksek olup fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=5,272$, $p=0,000$). Öğrencilerin Şiddet Görme Korkusu Ölçeği puanlarının ortalaması $26,15 \pm 15,21$ 'dir. Şiddet Görme Korkusu Ölçeği puanları kadın öğrenciler, 2.sınıf öğrenciler ve staj yapmış öğrencilerde daha yüksek olup fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Staj yapan öğrencilerin %22'si staj hastanede şiddete tanık olduklarını ve öğrencilerin %62,9'u gelecekte çalışma ortamında şiddet olayı ile karşılaşmaktan endişe duyduğunu belirtmiştir. Şiddet görmüş, hastane ortamında şiddete tanık olmuş ve gelecekte çalışma ortamında şiddet görme endişesi olanlarda Şiddet Görme Korkusu Ölçeği puanları yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Öğrencilerin şiddete yönelik tutumları ile şiddet görme korkusu düzeyleri arasında negatif yönde düşük düzeyde ($r=0,113$, $p=0,008$) ilişki saptanmıştır.

Sonuç: Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, sadece çalışanlarda değil geleceğin sağlık çalışanları olacak öğrencilerde de etkileriyle önemli bir sorundur. Staj ve uygulama dersleri nedeniyle hastanelerde eğitim alan öğrenciler, henüz mesleğe başlamadan şiddete maruz kalabilmekte veya şiddete tanık olabilmektedir. Literatürde şiddete maruz kalma ve şiddet görme korkusu ile ilişkili çalışmalar sağlık çalışanlarında gerçekleştirilmiştir. Bu çalışma, sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrenci grubunda konuya ilişkin bilgi sağlaması bakımından katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Şiddet, Sağlıkta Şiddet, Şiddet Görme Korkusu, Öğrenci

S137 KOL EMEĞİYLE ÇALIŞANLARIN COVID-19 PANDEMİSİNDEN ETKİLENİMLERİ: BİR FOTOSES ÇALIŞMASI

Selma KARABEY¹, Temmuz GÖNÇ SAVRAN², Yağmur KÖKSAL YASIN³, Ahmet CAN BİLGİN⁴, Yeşim YASİN⁵, Bülent KILIÇ⁶

¹*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Türkiye*

²*Anadolu Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü, Türkiye*

³*Hatay Dörtyol İlçe Sağlık Müdürlüğü, Türkiye*

⁴*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD, Türkiye*

⁵*Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Türkiye*

⁶*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Amerika Birleşik Devletleri*

Giriş-Amaç

COVID-19 Pandemisi, 21 Ekim 2022 tarihi itibarıyla Dünyada 623.893.894 vakaya ve 6.553.936 ölüme, ülkemizde ise 2 Ekim 2022 itibarıyla 16.919.638 vakaya ve 101.203 ölüme yol açmıştır (1,2). Öte yandan pandeminin etkisi sadece hastalık ve ölümlerle sınırlı kalmayıp, sosyal ve ekonomik açıdan önemli kayıplara da neden olmaktadır. Bu nedenle tek bir pandemi yerine, açlık, eşitsizlik, yoksulluk, şiddet, eğitimsizlik pandemilerini kapsayan çoklu pandemiden (Polypandemic) söz edilmektedir(3). Pandemi sürecinin toplumda yarattığı olumsuz etkiler göz önüne alındığında tüm gruplar üzerinde benzer etkiyi göstermiş gibi görünmekle birlikte riskli ve dezavantajlı grupları daha derinden etkilemektedir.

Salgın sürecinde uzaktan çalışma olanağı bulunmayan, kol emeğiyle çalışan kişilerin beyaz yakalı çalışanlara kıyasla daha dezavantajlı olan gruplar arasında geldiği söylenebilir. Bir yandan pandemi sürecindeki olağanüstü gelişmeler nedeniyle üretim kapasitesi ve istihdam hacmi daralmış, işsizlik artmış ve çok sayıda işçi ani bir iş ve gelir kaybıyla karşı karşıya kalmıştır (4,5). İşsizliğin ve işsiz kalma korkusunun fiziksel ve zihinsel sağlık üzerinde ciddi olumsuz etkileri olduğu uzun zamandır bilinmektedir (6,7). Bu etkilerin bazıları doğrudan kaygı ve stresten, bazıları ise işini kaybedenlerin bir kısmının sağlık sigortası kapsamının dışında kaldığı için sağlık hizmetlerinden yararlanamamasından kaynaklanmaktadır. Özellikle bu ikinci neden salgın sürecinde ciddiyeti artan bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (8).

Diğer yandan işlerini koruyabilenlerin bir kısmı işlerinin doğası gereği evden çalışmamış, karantina koşullarında kalabalık çalışma ortamlarında çalışmak ve sıklıkla toplu taşımayı kullanmak zorunda kalmış, hastalıkla ilgili daha fazla riske maruz kalmıştır(9). COVID-19 süreci çalışmak zorunda olduğu için evde kalamayan, çalışma koşullarında ise gerekli önlemlerin alınmadığı gruplarda daha yıpratıcı olmuştur (10). Özellikle gelişmekte olan ülkelerdeki işgücünün yaklaşık %70'ini oluşturan kayıt dışı ekonomide istihdam olanlar, COVID-19 krizinden en fazla etkilenen grupların başında gelmektedirler(11). Bilimsel ve teknik hizmetler, şirket ve işletmelerin yönetimleri, eğitim hizmetleri, finans ve sigorta gibi alanlardaki işlerin evden yapılabilirliği daha fazlayken; nakliye ve depolama, inşaat, perakende ticaret, tarım, orman, balıkçılık ve konaklama ve yiyecek hizmetleri alanlarına giren işlerin ise evden yapılabilirliği daha düşüktür.

Pandemi sürecinin tıbbi yönüyle ilgili pek çok çalışma yapılsa da başta dezavantajlı gruplar olmak üzere sağlığın sosyal belirleyicileri üzerinden yapılan çalışmalar görece kısıtlıdır. Bu çalışmanın amacı gelir, çalışma koşulları, barınma koşulları, artan ev içi iş yükü ve izolasyon, azalan sosyal destek gibi gündelik yaşamda deneyimlenen yönleri üzerinden COVID-19 sürecinin işçiler üzerindeki etkilerini araştırmaktır. Çalışmamızda asıl olarak beden gücüyle çalışan işçilerin psiko-sosyal ve bedensel sağlık durumları açısından pandemi öncesindeki dönemden farklı olarak ne tür değişimler yaşadıkları, yaşama ve çalışma koşullarındaki değişimlerin ruhsal ve bedensel sağlıklarını nasıl etkilediğine ilişkin algıları kendi anlatılarıyla tanımlanmıştır. Böylelikle işçilerin COVID-19 pandemisi sürecini nasıl deneyimledikleri anlaşılmalı ve sağlığın sosyal belirleyicileri ve eşitsizlikler göz önünde bulundurularak değerlendirilmeye çalışılmıştır. Araştırmadan beklenen sonuç, salgın sürecinin nicel çalışmalarda öne çıkmayan, gündelik yaşam deneyimlerindeki mikro etkilerini yansıtması, bu

Tam Metin Sözlü Bildiri

ayrıntıların küçük de olsa anlamlı olduğunu göstermesi ve katılımcıların kendileri için ne anlam ifade ettiğini ortaya koymasidir.

Gereç ve Yöntem

Nitel araştırma metodolojisinin benimsendiği bu çalışmada veri toplama yolu olarak kol emeğiyle çalışan kişilerle odak grup görüşmesi ve topluluk temelli katılımcı bir yöntem olan, katılımcıları ve katılımcıların güçlendirilmesini merkeze alan fotoses yöntemi kullanılmıştır. Aydın, Eskişehir ve İzmir 'den birer grupla olmak üzere toplamda üç odak grupla altı görüşme yapılmıştır. Bu şehirler hem araştırmacıların kendi deneyimlerini yansıtabilecekleri ortamlar olması, hem de araştırma katılımcılarına ulaşmanın daha kolay olması nedeniyle seçilmiştir. Araştırma verileri Ağustos 2021-Ekim 2021 tarihleri arasında toplanmıştır.

Odak gruplardaki kişi sayısı minimum 6, maksimum 8 kişidir. Her odak grubun üyeleri aynı sektörde çalışan kişilerden seçilmiştir. Böylece Aydın'da çocuk bakımı/ev temizliği, Eskişehir'de kargo, İzmir'de sağlık hizmetleri alanında çalışan kişilerle üç odak grup oluşturulmuştur. Nitel metodolojide bulguların genellenmesi söz konusu olmadığı için katılımcılara araştırmacıların kişisel iletişim ağlarındaki kişiler aracılığıyla yargısal örnekleme tekniklerinden olan kartopu örnekleme yöntemi ile ulaşılmış; araştırmacılar tarafından çalışmanın amacı ve izlenecek yöntem hakkında telefonda bilgi verilerek çalışmaya davet edilmişlerdir. Görüşmelerin başında her katılımcıdan bilgilendirilmiş onam formunu okuyup imzalaması istenmiştir. Araştırmaya dahil edilme kriterleri: 18 yaşından büyük olmak, sözel iletişim kurabilecek durumda olmak, görsel engeli olmamak, pandeminin DSÖ tarafından resmen ilan edildiği Mart 2020 itibarıyla çocuk bakımı/ev temizliği, kargo veya hastane temizlik işinde çalışıyor olmaktır (görüşmeler sırasında işsiz olabilir). Bu kriterlerin birisinin dahi karşılanmaması durumunda dahil edilmeme kararı verilmiştir. Her odak grupta sekizer katılımcının yer alması hedeflenmiştir; ancak Aydın'da iki, İzmir'de bir katılımcı ikinci görüşmeye katılmayı kabul ettiği halde iş yoğunluğu sebebiyle izin alamadığı için gelememiştir.

Tüm odak grup görüşmeleri araştırmacıların kendileri tarafından COVID-19 salgını önlemleri doğrultusunda, maske ve mesafe kuralına uygun olarak, kamuya açık mekanlar veya konutların bahçe ya da toplantı salonunda mahremiyet gözetilerek yüzyüze gerçekleştirilmiştir. Çalışma verilerinin toplandığı üç şehirdeki üç odak grup katılımcılarının bilgisi ve görüşme sürelerinin dağılımı Tablo 1'de verilmiştir:

Tablo 1. Araştırmanın odak grup katılımcılarının bilgisi ve görüşme sürelerinin dağılımı

Şehir- Sektör	Katılımcı Bilgileri (Sayı, Cinsiyet, Yaş Aralığı)	Görüşme Süreleri (1./ 2. Görüşme)
Aydın - Çocuk bakımı/ev temizliği	6 Kadın, 42-67	112' / 125'
Eskişehir- Kargo çalışanları	8 Erkek, 18-59	124'/114'
İzmir-Hastane temizlik işçileri	4 Kadın, 3 Erkek (35-55)	72' / 96'
Toplam	10 Kadın, 11 Erkek (18-67)	308'/335'

Odak gruplardan veri toplama süreci şu şekilde gerçekleşmiştir:

Oryantasyon oturumu olarak da adlandırılabilir ilk görüşmede katılımcılara araştırma kapsamı hakkında bilgi verilmiş ve genel sosyo ekonomik ve demografik özellikleri hakkında veri toplanmıştır. Bu verilerin toplanmasında katılımcı bilgi formu kullanılmıştır. Bu formda yaş, cinsiyet, eğitim, meslek, doğum yeri, medeni hal, çocuk sayısı, hane büyüklüğü gibi sosyo-demografik ve ekonomik nitelikler yer almıştır. Ardından katılımcılara fotoses yöntemiyle ilgili bilgi verilmiş ve fotoğraf çekme özelliği bulunan telefona sahip olan katılımcılardan COVID-19 ile ilişkili gördükleri, gündelik yaşamlarında maruz kaldıkları riskleri, bu risklerden korunma veya korunamama durumlarını fotoğraflamaları istenmiştir. Bunun için kendilerine 8-10 günlük bir süre tanınmıştır. Fotoğraflarda herhangi bir kişinin kimlik bilgisi, marka, şirket veya kurum adı yer alma-

Tam Metin Sözlü Bildiri

ması konusunda uyarılmış ve fotoğraf karesine girebilecek kişilerin 18 yaş üstü olmaları ve bilgilendirilmiş onamlarının alınması koşuluna uymaları sağlanmıştır. Her katılımcıdan 5-10 adet fotoğraf çekmesi istenmiştir. Sekiz- on günlük sürenin ardından ikinci odak grup görüşmesinde katılımcıların kendilerinin ve odak gruptaki diğer katılımcıların çektikleri fotoğraflar hakkında konuşmaları, fotoğraflanan olguyu/konuyu kendi cümleleriyle betimlemeleri ve yorumlamaları istenmiş, kendi salgın deneyimlerini sundukları fotoğraflar üzerinden tartışmaları sağlanmıştır. Her tartışmanın başında her bir katılımcının kendi çektiği fotoğraflar içinden, deneyimlerini en iyi yansıtan fotoğrafları seçmesi istenmiştir. Her bir katılımcı diğer katılımcılara kendi çektiği fotoğraflardan en az birini seçerek göstermiş ve bu fotoğraf hakkında kendi öyküsünü (neden çekilmeye değer olduğunu, fotoğrafın mesajının ne olduğunu) anlatmıştır. Her bir katılımcı grubun diğer üyeleriyle bir fotoğraf paylaştıktan sonra diğer katılımcılardan sunulmuş olan fotoğrafla ilgili olarak düşünce veya yorumlarını söylemeleri istenmiştir. Ayrıca araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan yarı yapılandırılmış odak grup görüşme rehberleri aracılığıyla da katılımcılara pandeminin yaşamları üzerindeki etkilerine ilişkin çeşitli sorular yönlendirilmiştir. Görüşmeler sona erdiğinde fotoğrafların katılımcılarda kalmasına izin verilmiştir. Katılımcıların izniyle tüm görüşmelerinin ses kaydı alınmış, kayıtlar sosyoloji yüksek lisans öğrencileri tarafından deşifre edilmiştir.

Görüşmelerde toplanan verilerin analizi için görüşmeleri gerçekleştiren araştırmacıların kendileri tarafından önce açık kodlama yapılmış, salgın sürecinde deneyimlenen risklerin ve sorunların temalarını ve kategorilerini oluşturan temel kodlar saptanmıştır. Bu süreçte ortaya çıkan kodlar tanımlanmış ve kayıt altına alınmıştır. Aksiyal kodlama aşamasında açık kodlar birbirleriyle ilişkilendirilmiş, araştırma problemini cevaplamak amacıyla kategoriler ve temalar ortaya konmuştur. Son olarak seçici kodlama sürecinde tema ve kategoriler problemle ilişkilendirilmiş, veriler eleştirel perspektifle yorumlanmıştır. Analiz sürecinde oluşturulan kodlar ve ortaya çıkan kategoriler farklı araştırmacılar tarafından kendi odak gruplarının mülakatlarına dayanılarak oluşturulmuş, ardından bu kod ve kategoriler diğer araştırmacılarla zoom toplantıları ile paylaşılmış, büyük ölçüde ortak oldukları saptanmış, tartışılmış ve tüm çalışmayı kapsayacak temalar ortak olarak oluşturulmuştur.

Araştırmanın etik kurul izni İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 31.05.2021 tarih ve E-29624016-050.99-220934 sayılı yazısıyla alınmıştır.

Bulgular

Odak grupların görüşme kayıtlarının analizi ile belirlenen temalar şunlardır: ekonomik durum, çalışma yaşamı, psikolojik etkilenme, eğitim, beden, sağlık, sosyal etkilenme, değişen alışkanlıklar, sorumluluk, fırsatçılık ve adaletsizlik, yönetim, infodemi, dayanışma. Bu bildiri de çalışmanın amacıyla örtüşen ve katılımcıların fotoğraflara yaptıkları yorumlarda öne çıkan temalar sunulmuştur.

Ekonomik Durum

Pandemi döneminde yaşanan ekonomik sorunlar ve sağlıklı gıdaya erişim zorlukları tüm katılımcılar tarafından dile getirilmiştir.



Tam Metin Sözlü Bildiri

“Pazara gidemedik. Çünkü pazarlar belirli bir süre kapandı. Tek güne düştü. Bir de korktuk gitmeye yani niye korktuk? Hani eşimle ben market tercih ettik. Çünkü kronik rahatsızlığı vardı o dönemde yani hala var. Hani pazara gidip de hani oradan bir bulaş olmasın diye marketi tercih ettik ama markette de dediğim gibi fiyatlar daha yüksekti. Yani pazara göre 1 lira veya 2 lira veya 3 lira daha fazlaydı yani. ... Televizyonda sağlık açısından C vitamini, C vitamini alın, C vitamini alın diye sürekli böyle bizi bilgilendirirlerken hani biz C vitaminin kilosunu 7-8 liraya 10 liraya alacaksak. Nasıl yapacağız? Nasıl C vitamini alacağız?” (Kubilay, Kargo çalışanı)

“Pandemide söylenen pandemiye karşı en büyük şey bağışıklık sistemi. Peki biz bu gıdalara ulaşamıyorken, bunları alamıyorken bağışıklık sistemimizi nasıl koruyacağız? Nasıl güçlendireceğiz?” (Necdet, Kargo çalışanı)

Ailesi çiftçilik yapan ve ek iş olarak bu ürünleri pazarda satan bir katılımcı, pazarların kapalı olması nedeniyle satılamayıp kasalarda çürüyen ürünlerin fotoğrafının bu süreçteki deneyimlerini en iyi yansıtan fotoğraf olduğunu belirtmiştir:

“Pazarlar kapandığı zaman ürünlerimizin satışını yapamadık... Biz kendimiz tezgâhta satmaya çalıştık ama mallarımız ellerimizde kaldı. ...bu da mallarımızın kasada çürüdüğüne dair bir fotoğraf aslında.” (Muhammet, Kargo çalışanı)

Çocuk bakımı/ev temizliği yaparak hayatını kazanan kadınlar pandemi döneminde işsiz kalma olasılığı karşısında duydukları kaygıyı şöyle ifade etmişlerdir:

“Benim şey korkum oldu pandemi girince, beni de belki ara verir diye. Çünkü çevremdeki insanların hepsi işten çıkartıldığı için, ya herkes, çok yani çok rastladım. Ben de olur mu felan diye ... Hanım da dert yandı, arkadaşlarımın bakıcıları evi terk etti ortada kalmışlar, biz böyle yaşamayız inşallah diye. İkimiz de aynı korkuları yaşamışız. O ben bırakcam diye, ben de o beni bırakır diye şey ettik ama biz devam ettik.” (Binnur, Çocuk bakımı/ev temizliği işçisi)

Kendilerinin işten çıkma tedirginliklerinin ve deneyimlerinin yanı sıra katılımcılar ailelerinde de işten çıkarılma olduğundan, geçimin zorlaştığından ve bu dönemde bekledikleri devlet desteğini alamamış olmaktan şikayetlerini dile getirmiştir:

“Pandemi döneminde, kendi ailemin dışında kimsenin, devletin hiç şeyi yok zaten. Benim oğlum belediyeden üç ay ücretsiz izne çıkartıldı. Hani belediye dönüp de bakmadı bile bu çocuk 1000 lira maaşla geçinebilir mi? Baya yani bir yıpratıcı dönem. Kız da iş bulmamıştı, yani biz çok etkilendik çocuklar olarak.” (Fatma, Çocuk bakımı/ev temizliği işçisi)

Çalışma Yaşamı



Tam Metin Sözlü Bildiri

Hastane temizlik işçileri çok yoğun bir çalışma temposu içinde olduklarını, izin dahi alamadıklarını, sağlık sorunları yaşamalarına rağmen rapor ve istirahat verilmediğini belirtmiştir. Ayrıca sürekli çalışmak zorunda olmanın sokağa çıkma yasağı olan dönemlerde ulaşım ve kötü beslenme gibi sorunlara yol açtığı ifade edilmiştir. Temizlik işçileri için işyerinde yaşanan en önemli sorun diğer sağlık çalışanlarıyla aralarında yaşadıkları çatışmalardır. Temizlik işçileri kendilerinin en alt sınıfta görüldüklerini, dışlandıklarını, ayırimcılığa uğradıklarını belirtmişlerdir. En yoğun çatışma ise temizlik işçileriyle hemşireler ve hastane müdürleri arasında yaşanmaktadır:

“...yani şöyle söyleyeyim temizlik ve personel kavga yaparsa personel haklı. Personelle hemşire kavga yaparsa, hemşire haklı. Hemşireyle doktor kavga yaparsa doktor haklı. Burada böyle, sınıf sınıf. Yani adalet bekliyoruz ama umudumuz yok. Bu her alanda kurumdan tut yaşadığımız her alanda. Zaten görüyoruz yani (Ahmet, Hastane temizlik işçisi)

Temizlik işçileri kötü hastane yönetiminden yoğun bir şekilde yakınmaktadır. Hastane yönetiminin temizlik çalışanları arasında eşitsiz ve adaletsiz uygulamalar yaptığını, çalışanlara mobing yapıldığı, bazılarının kayırıldığı, çoğunlukla aşağılanma, azarlanma, saygısızlık ve sürgün gibi uygulamaların yaygın olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca iş yerinde çalışma koşullarının kötü olduğu, kişisel koruyucu malzeme ve donanım eksikliği bulunduğunu, danışmanlık, iletişim, eğitim vb uygulamaların çok yetersiz olduğunu ifade etmişlerdir.

Kargo çalışanları tarafından çalışma hayatıyla ilgili çekilen fotoğraf ve yapılan yorumlarda günde 10-14 saatlik yoğun çalışma temposundan ve aşırı yorulmaktan şikayetlerini dile getirmişlerdir. İş yoğunluğu nedeniyle evine gidemeyip kamyonda uyuyan bir kargo çalışanının fotoğrafını çeken katılımcı şu yorumu yapmıştır:



“Pandemi döneminde lojistik sektörü çok yoğun çalıştığı için, e bu da haliyle çalışanlara yansdı. Çalışanlarda hem mesai saatleri arttı tam anlamıyla dinlenemedikleri için böyle gün içerisinde aslında yani iyi bir şey değil aslında çok kötü bir fotoğrafı görüyoruz yani sorarsanız. Yani bir adam arabanın içinde uyuyor normal bir şey gözükse de aslında altında yani işin içeriğine girdiğiniz zaman aslında bize bu fotoğrafın çok şey anlattığını görebiliyoruz.” (Muhammet, Kargo çalışanı)

Tam Metin Sözlü Bildiri

Psikolojik Etkilenme

Hastane temizlik işçilerinde yoğun bir şekilde duygusal etkilenme olduğu, çoğunluğunun kendilerini depresif olarak tanımladığı görülmektedir. İşçiler yoğun bir kaygı duyduklarını, korku yaşadıklarını (hastalık kapma, yakınlarına bulaştırma korkusu) ifade etmişlerdir. Ayrıca yaptıkları iş nedeniyle toplum tarafından dışlandıklarını, kendilerini yalnız ve değersiz hissettiklerini, kadın çalışanlar ise zaman zaman nedensiz ağladıklarını belirtmişlerdir. Bir kısım çalışan bazen öfkelenediklerini ve kızgınlıklarını başka şeylerden çıkartmaya çalıştıklarını söylemiştir.

“Bir, insanlar bizi dışladı. Yani hastanede özellikle pandemi servisinde çalıştığımız için bize vebalı gibi yaklaşıyorlardı. Yani söylediğimiz zaman bir kere dikkat ediyorsa, iki kere, üç kere dikkat etmek zorunda görünüyorlardı” (Ahmet, Hastane temizlik işçisi)

“Ya şimdi bu hastalık ortaya çıktığında hocam, ben çok korkmuştum böyle herkes ölecek yok korona olanları ölenleri kireç şeyine batırı çıkı batıp çıkarıyorlar diye. Yani ailemden çok korktum, inşallah dedim kimseye bir şey olmaz dedim. Hani onlara bir şey olursa nasıl şey yapcam, yardımcı olucam? Çünkü kimseyi bu korona zamanında şey yaklaştırmıyorlarmış bildiğim kadarıyla. Ondan sonra kızıma sarılamıyordum, hep böyle o çok sarılmak istiyordu ama ben hep uzak kalıyordum. Neden sarılmıyorsun bana gibisinden. Çok çocuk çocuğum çok etkilenmişti, kendim çok etkilendim. İş çok ağır, iş yükü çok ağır” (Kerime, Hastane temizlik işçisi)



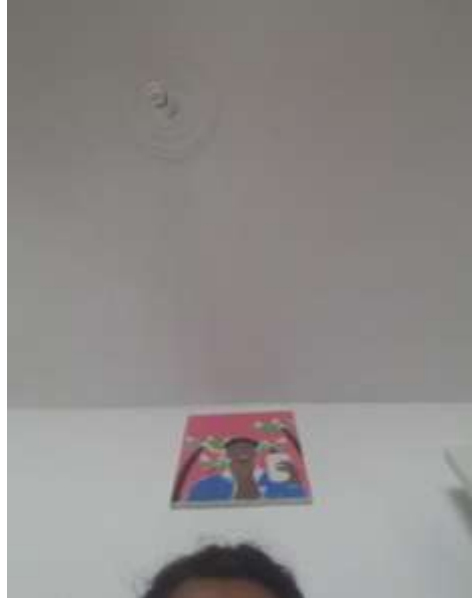
Ayrıca küçük evlerde kalabalık haneler olarak yaşamının etkisi pandemi sürecinde yoğun şekilde hissedilmiştir. Bir kargo çalışanının getirdiği fotoğraf ve anlatısından yapılan aşağıdaki alıntı, barınma koşulları değerlendirilirken kişi başına düşen alanın ve kimlerle birlikte yaşayacağı konusunda tercih şansına sahip olmanın sınıfsallığını ve önemini göstermektedir:

“Bu da benim [pandemiyi] geçirdiğim yer, sadece burasıydı işte pandemi dolayında. Balkon. O balkonda da zaten çoğu zaman tek olmuordum...Herkes evde olduğu zaman, ben abimle fazla anlaşılan bir insan değilim.

Tam Metin Sözlü Bildiri

Anlaşamıyoruz. Bir odada kalıyoruz. Ne o benle muhatap oluyor ne ben onla muhatap oluyorum. Diğer odaya geçsem babam var. Diğer odaya geçsem kardeşim var. Balkona çıksam üvey annem orada. Yani hiçbir yer yok alan kalmıyor sana. Sadece tuvalete gidersen kendi başına kalırsın hani.” (Halit, Kargo çalışanı)

Çocuk bakımı/ev temizliğinde çalışanlar da pandemi sürecinde insanların evlerde çok bunaldıkları ve zorlandıklarını, evin sorumluluklarının eşit dağılması gerekirken tek kişiye yüklendiğinde bu zorlukların daha arttığını ifade etmişlerdir. Evinin tavanını fotoğraflayan katılımcının ifadesi aşağıdadır:



“Bir aydır annem hasta bende, eşim işsiz evde, oğlum okula gidemiyor bende, baktığım çocuk bende, ben bizdeyim. Yani artık hani geldiler [gülüyor] bana. Çünkü herkes bir şekilde işleri yapmak zorunda, nedense o görev evde bana düştü. Eşimin işsizliğinin psikolojisini düzeltiyorsunuz, çocuk iyi değil, annem hasta o, ufak bebeğe ilgi ve sevgi vermek zorundasınız. Kendinize de tavan kalıyor böyle işte.” (Gamze, Çocuk bakımı/ev temizliği işçisi)

Pandeminin Ortaya Çıkardığı Olumlu Bir Sonuç: Dayanışma

Katılımcılar hem çalışma ortamında hem de toplumda pandeminin getirdiği zorluklara karşı bir dayanışma tutumunun geliştiğine, bunun da kendilerini mutlu ettiğine vurgu yapmışlardır:



Tam Metin Sözlü Bildiri

“Pandemi servisi, oda temizliği. Ekip olarak çok çalışıyoruz ama mutluyuz. Mutlu pozları zafer işaretleri, bir hasta daha gönderdik, sağlam bir hasta daha gönderdik (Kerime, Hastane temizlik işçisi)

“Birlik bütünlüğümüz vardı. Yani sadece fotoğraflarda kalmıyordu. Onun altını doldurabiliyorduk. Yani dediğim gibi bir kahvaltı ne bileyim bir piknik, bir çay içmek... Buluyorduk yani bir ortam bulup mutlaka o anı değerlendiriyorduk. Ekip olarak ama, bireysel değil. Örnek veriyorum oteldeyken karşı komşumuzu, alttaki komşumuzu çağırıp mesela altı yedi kişi oturup kahvaltı yapabiliyorduk” (Ahmet, Hastane temizlik işçisi)

“Hasta olanın kapıya malzeme koymamız çok hoşumuza gitti. Bizim alt kattakiler on beş gün karantinaya alındı hasta oldular. Dışarıya çıkamıyorlar. Bu sefer telefonla hepsini kapıya asıyorduk bir ihtiyacınız var mı, bir şeyin. O çok hoşuma gitti ama.” (Sinem, Çocuk bakımı/ev temizliği işçisi)

Tartışma

Sağlığın sosyal belirleyicileri arasında olan çalışma ve yaşama koşulları, güvenli gıdaya erişim, uygun barınma koşulları, iyi yönetim ve politik olarak sesini duyurabilme, sosyal ve topluluksal ağlar gibi faktörlerin sağlık üzerindeki etkilerini ortaya koyan çok sayıda nicel araştırma söz konusudur (12, 13). Bu çalışma ise yapısal olarak ortaya konmuş olan bu sorunların pandemi sürecinde katılımcı özneler tarafından nasıl deneyimlendiğini, gündelik yaşam sürecindeki küçük ayrıntılara nasıl yansıdığını göstermektedir. Mavi yakalı işçilerin çalışma koşullarının zorlaşması, gelirlerinin azalması, gıdaya erişimlerinin zorlaşması, küçük mekanlarda kalabalık hane halkları olarak yaşamaları, pandeminin yarattığı genel strese eklenerek yaşamlarını büyük ölçüde zorlaştırmıştır. Sosyal ağların dayanışma boyutundaki etkisi olumlu olmakla birlikte, bu ağları korumanın bedeli de hane içinde bakım verilmesi gereken kişi sayısının artması, kişinin kendine ayırabileceği alan ve zamanın azalması ve yeniden üretim ile ilgili işlerin, özellikle pandemi bağlamında yapılan fazladan temizlik işlerinin artması olmuştur. Hem çalışma yaşamını hem de özel alanı ve aile yaşamını zorlaştıran koşullar birbirine eklenerek pandeminin etkilerinin mavi yakalı işçilerin tüm yaşamına yayılmasına yol açmıştır.

Pandemi döneminde işini, gelirini veya gelirinin bir kısmını kaybetmek son derece önemli bir deneyimdir. İşsizlik ve belirsizlik sağlığın sosyal belirleyicileri arasındadır ve sağlık üzerindeki bozucu etkileri bilinmektedir. Bu durum yoksullaşmaya neden olarak güvenli gıdaya erişimi sınırlamaktadır. Mavi yakalı işçiler gelirlerinin azalması yüzünden en temel ihtiyaçlarını karşılayamıyor olmaktan hem maddi hem de psikososyal açıdan etkilenmişlerdir ve bu durum pandemi sürecini kendileri için zorlaştırmıştır (14).

COVID-19 Pandemisi toplumun bütün üyelerini etkilese de farklı gruplarda bu etkiler nicelik ve nitelik olarak farklılıklar göstermektedir. Kol emeğiyle çalıştıkları için uzaktan çalışma olanağının bulunmamasının yanısıra uzun ve tüketici çalışma saatleri özellikle hastane temizlik işçileri ve kargo çalışanlarında hem bedensel hem de psiko-sosyal yönden yıpranmaya yol açmıştır. Örneğin sağlık kuruluşlarında kol emeğiyle çalışan temizlik işçileri anlatılarında yoğun şekilde hastalık kapma ve yakınlarına bulaştırma korkusu yaşadıklarını, çoğunluğu depresif bir ruh hali içinde bulduklarını ifade etmişlerdir. Çalışma temposunun yoğunluğuna ilaveten belli dönemler bulaştırma korkusuyla evlerine gidememiş olmanın, gitseler bile annelerine, çocuklarına sarılamamanın getirdiği yalnızlık duygusunun ruhsal durumlarını olumsuz yönde etkilediğini ifade etmişlerdir. Öte yandan sağlık sektörü çalışanları da kendi içinde katmanlı bir yapıya sahip oldukları için diğer sağlık çalışanları ve yöneticiler tarafından en alt sınıfta görüldüklerini, dışlandıklarını, ayrımcılığa uğradıklarını belirtmişlerdir. Hastane dışında da yaptıkları iş nedeniyle toplum tarafından dışlandıklarını, kendilerini yalnız ve değersiz hissettiklerini ifade etmişlerdir.

Sadece ülkemizde değil, başka ülkelerde de kol emeğiyle çalışan işçilerin çalışma koşullarının ağırlaşması, birçok sektörde iş kaybının getirdiği ekonomik ve sosyal zorluklar zaten pandemi öncesinde de güçlükle yaşam mücadelesi veren bu grupların salgından hem bedensel hem de de psiko-sosyal açılardan daha fazla etkilendikleri, yaşam koşullarının iyice ağırlaştığı söylenebilir (15). Çalışmada çocuk bakımı/ev temizliği işçileri işlerine ilaveten evdeki sorumlulukların da çoğunu üstlenmek zorunda kaldıkları için aşırı bir iş yükü altında ezildiklerini ifade etmişlerdir. Tüm dünyada özellikle de sosyo-ekonomik açılardan daha dezavantajlı durumda olan kadınların hem derinleşen yoksulluk hem de ev içi şiddetin artması nedeniyle salgından en çok

Tam Metin Sözlü Bildiri

etkilenen gruplar arasında yer aldığı, yani toplumsal cinsiyetin burada da belirleyici bir rol oynadığı başka çalışmalarda da bildirilmektedir (16).

Araştırmanın kısıtlılığı olarak, veriler her şehirde farklı araştırmacılar tarafından toplanıp analiz edildiği için, araştırmacıların algı farklılıkları hem görüşmelerin yürütülmesinde hem de kodlama ve temaların belirlenmesinde rol oynamış olabilir. Bunu en aza indirmek için araştırmanın her aşamasında çok yakın temas ve deneyim paylaşımı sağlanmaya çalışılmıştır.

Sonuç

Ülke yönetimlerinin hala süregelen pandemiye karşı yeterli ve etkin bir hazırlık içinde olmamaları, proaktif olmak yerine reaktif bir pozisyon almaları salgının yıkıcı etkilerini ağırlaştırmıştır. Hızla kötüleşen ekonomik koşullar ve iş kaybı karşısında sosyal devlet olma gereklerinin yerine getirilmesi, en çok etkilenen gruplara yeterli nakit desteğinde bulunulması, toplumdaki en dezavantajlı gruplara yönelik ek sosyal politika uygulamalarının devreye sokulmasının ne kadar önemli olduğu bu salgın döneminde yaşanarak görülmüştür.

Psiko-sosyal yönden en çok etkilenen gruplara yönelik kolay ulaşılabilir ve etkili ruh sağlığı hizmetlerinin sunulması da önemli ihtiyaçlar arasındadır. Salgınla ve sonuçlarıyla başetmede ruh sağlığının ne denli önemli olduğu gözönüne alınarak bu hizmetlere yatırım yapılması öncelikli bir halk sağlığı politikası olmalıdır.

Son olarak; bu çalışmanın verilerinin toplanmasında kullanılan fotoses yönteminin yenilikçi bir yöntem olarak bu araştırmadaki gibi kapsamlı ve çok katmanlı konuların araştırılmasında yararlı olduğu söylenebilir. Belirlenmeye çalışılan sorunların çarpıcı görsellerle tanımlanması bir avantaj sağlamakta, ayrıca katılımcıların araştırma verilerinin oluşturulması sürecinde merkezi bir rol üstlenmesini de mümkün kılmaktadır. Bu yanıyla katılımcıları güçlendiren bir yöntem olduğu araştırmacılar tarafından deneyimlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, Pandemi, Sağlıkın Sosyal Determinantları

Kaynaklar

1. WHO. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard [Online]. Available at: <https://covid19.who.int/>. Accessed Oktober 24,2022.
2. TC Sağlık Bakanlığı. COVID-19 Bilgilendirme Sayfası [Online]. Available at: <https://covid19.saglik.gov.tr/>. Accessed Oktober 24,2022.
3. MSC. Polyandemic Munich Security Report Special Edition on Development, Fragility, and Conflict in the Era of COVID-19 [Online]. Available at: https://securityconference.org/assets/02_Dokumente/01_Publikationen/201104_MSC_Polyandemic_EN.pdf. Accessed Oktober 24,2022.
4. Balci Y, Çetin G. COVID-19 Pandemi Sürecinin Türkiye'de İstihdama Etkileri ve Kamu Acısından Alınması Gereken Tedbirler. İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2020; Bahar (Covid19-Özel Ek), 40-58.
5. Kara E. COVID-19 Pandemisi: İşgücü Üzerindeki Etkileri ve İstihdam Tedbirleri. Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi. 2020; 7(5): 269-282.
6. Wilson SH, Walker GM. Unemployment and health: a review. Public Health. 1993 May;107(3):153-62. doi: 10.1016/s0033-3506(05)80436-6. PMID: 8511234.
7. Pharr JR, Moonie S, Bungum TJ. The Impact of Unemployment on Mental and Physical Health, Access to Health Care and Health Risk Behaviors. International Scholarly Research Notices, vol. 2012, Article ID 483432. <https://doi.org/10.5402/2012/48343210>.
8. Gangopadhyaya, Anuj ve Garrett B. Unemployment, Health Insurance, and the COVID-19 Recession. Timely Analysis of Immediate Health Policy Issues [Online]. Available at: https://www.urban.org/sites/default/files/publication/101946/unemployment-health-insurance-and-the-COVID-19-recession_1.pdf. Accessed Oktober 24,2022.
9. Galasso V. COVID: Not a Great Equalizer. CESifo Econ Stud. 2020 Nov 27: ifaa019. doi: 10.1093/cesifo/ifaa019. PMID: PMC7750712.
10. UNDP. Coronavirus vs. inequality [Online]. Available at: <https://feature.undp.org/coronavirus-vs-inequality/>. Accessed Oktober 24,2022.
11. Gerdin, A., & Kolev A. Why protecting informal economy workers is so critical in time of COVID-19 [Online]. Available at: <https://oecd-development-matters.org/2020/04/17/why-protecting-informal-economy-workers-is-so-critical-in-time-of-COVID-19/>. Accessed Oktober 24,2022.

Tam Metin Sözlü Bildiri

12. *Rahkonen O, Laaksonen M, Martikainen P, Roos E, Lahelma E. Job control, job demands or social class? The impact of working conditions on the relationship between social class ve health. Journal of Epidemiol Community Health 2006; 60(1), 50-54.*
13. *Umberson D, Montez JK. Social relationships and health: a flashpoint for health policy. J Health Soc Behav. 2010;51 Suppl(Suppl):S54-66. doi: 10.1177/0022146510383501.*
14. *Dahlgren G, Whitehead, M. Policies and strategies to promote social equity in health. Institute of Futures Studies, Stockholm"den aktaran OECD (2003). DAC Guidelines and Reference Series: Poverty and Health. [Online]. Available at: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562366.pdf>. Accessed November 02,2022.*
15. *HASUDER Sosyal Bilimler ve Halk Sağlığı Çalışma Grubu ve Göçmen Sağlığı Çalışma Grubu. Görünmeyeni Görünür Kılmak: Sosyal Belirleyiciler ve COVID-19 Pandemisi Sempozyum Kitabı, Bilgin AC, Demir G, Karabey S (Eds), 11-12 Haziran 2021, HASUDER Yayınları, Ankara.*
16. *Sachs JD, Abdool Karim SS, Akinin L, et al., The Lancet Commission on lessons for the future from the COVID-19 pandemic. Lancet 2022; 400: 1224-80.*

Özet Sözlü Bildiri

S138

GÖÇMEN KADINLAR ARASINDA AİLE PLANLAMASI İLE YAKIN PARTNER ŞİDDETİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Sema ÇİFÇİ¹, Sibel İÇKE¹, Sevil HAKİMİ²

¹Mardin Artuklu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Türkiye

²Tabriz University of Medical Sciences, İran

Giriş ve Amaç: Aile planlaması, çiftlerin ve bireylerin istedikleri zamanda ve sayıda ve sağlıklı aralıklarla, bakabilecekleri sayıda çocuk sahibi olma, sorumlucu karar vermeleri ve bu amaçla bilgi, eğitim ve araçlara sahip olmalarıdır. Suriyeli göçmenler üzerinde yapılan çalışmalarda, Suriyeli göçmen kadın ve kızların yüksek oranda cinsel şiddet, erken ve zorla evlilik yaşadıklarını, aile planlaması hizmetlerine erişimde daha fazla zorluk yaşadıklarını ve buna bağlı olarak daha yüksek oranda istenmeyen gebelik yaşadıklarını göstermektedir. Bu çalışmada Mardin'de üreme çağındaki göçmen kadınlar arasında aile planlaması ve yakın partner şiddeti arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Kesitsel tipteki bu araştırmanın evrenini, Mardin'de yaşayan 15-49 yaş arası evli Suriyeli kadınlar oluşturmuştur. Kayıtlara göre Mardin il nüfusu 854.716'dır. Kentte kayıtlara göre ilde nüfusun %10'undan biraz fazlasını oluşturan 91.455 Suriyeli göçmen yaşamaktadır. Suriyeli nüfusu olan örneklem popülasyonu, olası prevalans %50 ve güven aralığı (CI) %95 olarak alınmış ve 380 kişi örneklem olarak hesaplanmıştır. Araştırma 401 kişi ile sonlandırılmıştır. Veri toplama araçları olarak anket formu, Aile Planlaması Tutum Ölçeği (APTÖ) ve Kadına Yönelik Eş Şiddeti Ölçeği (KYEŞÖ) kullanılmıştır. APTÖ'den alınması gereken en düşük puan 34, en yüksek puan ise 170'tir. KYEŞÖ'den alınacak en düşük puan 29, en yüksek puan ise 145'tir. Çalışmaya başlamadan önce Mardin Artuklu Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 09/10/2022 tarih ve 2022- 5 sayılı karar ile izin alınmıştır. Çalışmanın yürütülebilmesi amacıyla hazırlanan MAÜ.BAP.22.SBF.008 no'lu proje ile Mardin Artuklu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Projeleri Koordinatörlüğünden finansal destek sağlanmıştır. Çalışmada yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

Bulgular: Katılımcıların %69.80'i 19-34 yaş aralığında, %74.60'ı çekirdek aile tipine sahip, %87.30'u resmi nikahlı, %37.40'ı ilköğretim mezunu, %92.30'u düzenli bir işte çalışmamakta, %84.30'unun eşi de düzenli bir işte çalışmamakta, %64.60'ının gelirinin giderine eşit olduğu, %92.00'sinin çocuk sahibi olduğu ve bunların %42.30'unun 3 ve üstü çocuğa sahip olduğu, %38.40'ının istemeden gebelik yaşadığı ve bunların da %74.00'ünün gebeliği önleyici yöntem kullanımının olmaması veya hatalı kullanımına bağlı gebe kaldığı, %65.85'i son iki gebelik arasında iki yıl ve daha fazla süre olduğunu, %91.80'i isteyerek düşük(lerinin) olmadığını, %26.20'si aile planlamasını tanımlayabildiği, %33.68'inin korunmama nedenine dair bir fikir sahibi olmadığını, %93.50'sinin doğum kontrol yöntemlerini bildiği, %66.60'ının şu an herhangi bir yöntem kullandığını, bunların %34.10'unun kullandığı yöntemin güvenilir olmasından dolayı kullandığını ve %87.30'unun yöntemle eşi ile birlikte karar verdiğini, %85.80'inin gebelikten korunmayı eşi ile konuştuğunu, %98.00'in herhangi bir madde bağımlılığının olmadığı, %97.30'unun eşinin de herhangi bir madde bağımlılığının olmadığı belirlenmiştir. APTÖ toplam puanı 111.202±14.196, KYEŞÖ toplam puanı ise 57.559±15.275 olarak hesaplanmış ve ölçekler arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. APTÖ'nün 3 alt boyutu vardır. Toplama ilişkin tutum alt boyutunun puan ortalaması 43.414±9.698, yöntemlere ilişkin tutum alt boyutunun puan ortalaması 38.414±6.620, gebeliğe ilişkin tutum alt boyutunun puan ortalaması ise 29.374±5.406'dır. KYEŞÖ'de de 3 alt boyut mevcuttur. Kadına yönelik eş şiddeti (fiziksel, psikolojik, ekonomik ve cinsel) alt boyutunun puan ortalaması 30.394±11.401, şiddet mağdurunun şiddet karşısındaki sosyal destek algısı alt boyutunun puan ortalaması 16.012±2.999, şiddet mağdurunun şiddete ilişkin yaygın inanışları alt boyutunun puan ortalaması ise 10.671±4.179'dur. Sosyodemografik özelliklerin aile planlaması tutumu ve kadına yönelik

Özet Sözlü Bildiri

eş şiddeti üzerindeki etkisine bakıldığında aile tipi, eşinin düzenli bir işte çalışması, çocuk varlığı, son iki gebelik arası süre, isteyerek düşük varlığı, korunmama nedeni, doğum kontrol yöntemi bilme durumu, şu an korunma yöntemi kullanımı, kendisinde ve eşinde madde bağımlılığı ile hem aile planlaması tutumu, hem de kadına yönelik eş şiddeti açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Ancak, eş eğitim durumu, gelir durumu, korunma yöntemi seçme nedeni, yöntemle karar veren kişi, korunmayı eş ile konuşma durumu ile hem aile planlaması tutumu, hem de kadına yönelik eş şiddeti üzerinde anlamlı etkisi olduğu bulunmuştur.

Sonuç: APTÖ ve KYEŞÖ arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Aile planlaması tutumu arttıkça kadına yönelik eş şiddetinde azalma olduğu tespit edilmiştir. APTÖ ve KYEŞÖ ile eş eğitim durumu, gelir durumu, korunma yöntemi seçme nedeni, yöntemle karar veren kişi, korunmayı eş ile konuşma durumu arasındaki ilişki anlamlıdır.

Anahtar Kelimeler: aile planlaması, eş şiddeti, göçmen, kadın

Tam Metin Sözlü Bildiri

S139

TÜRKİYE'DE 2010-2021 YILLARI ARASI GERÇEKLEŞEN KADIN CİNAYETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: EKOLOJİK BİR ÇALIŞMA

Fulya ÖZDER TAŞ, Galip EKUKLU

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

ÖZET

Giriş ve amaç: Kadın Cinayetlerini Durduracağız Platformu verilerine göre Türkiye'de 2010-2021 yılları arasında 3576 kadın erkekler tarafından öldürülmüştür. Önemli bir toplumsal sorun olarak kadın cinayetleri gerçekleşmeye devam etmektedir. Bu çalışmanın amacı Türkiye'deki kadın cinayetleri hızının 2010-2021 arası yıllardaki trendini, İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflamasına (İBBS) göre dağılımını ve 2010-2021 yılları arası kadın cinayetleri hızının; kadınların iş gücüne katılımı, okur-yazar olmama, toplam doğurganlık hızı, adölesan doğurganlık hızı faktörleriyle karşılaştırmaktır.

Yöntem ve Gereçler: Bu çalışmada 2011-2021 yılları arasındaki erkekler tarafından öldürülen kadınların sayıları Kadın Cinayetlerini Durduracağız Platformu'ndan, İBBS bölgelerinin kadın nüfusu ve bakılan diğer parametrelerin verileri TÜİK'ten elde edilmiştir. Kadın cinayeti sayıları ve o yıla ait kadın nüfusu kullanılarak kadın cinayet hızı (milyon kadında) hesaplanmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkeni bir milyon kadında görülen kadın cinayet hızı iken, bağımsız değişkenler; Okur-yazar olmayan kadın yüzdesi, 25 yaş üstü kadınların iş gücüne katılım yüzdesi, toplam doğurganlık hızı, adölesan doğurganlık hızı ve 2021 yılı kaba evlenme hızıdır. Verilerin analizinde sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile kontrol edilmiştir. 2010-2021 arası yıllarda kadın cinayeti hızı ile o yılın diğer parametreleri arasında ilişki olup olmadığı Pearson (parametrik verilerin analizi) ve Spearman (parametrik olmayan verilerin analizinde) korelasyon testleri ile analiz edilmiştir. $p < 0.05$ düzeyi istatistiksel yönden önemlilik sınırı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Kadın cinayeti hızı 2010 yılı için 4,91 (milyon kadında), 2011 yılı için 3,25 (milyon kadında) hesaplanmıştır. 2011 yılından 2019 yılına kadar yükselme trendinde olup 2019 yılında 11,44'e yükselmiştir. 2019-2021 yılları arasında azalma trendinde olup 2021 yılında 6,66'ya düşmüştür. Kadın cinayeti hızı 2021 yılında en yüksek Orta Anadolu bölgesinde olduğu görülmektedir. Yıllara göre kadın cinayeti hızı değerlendirildiğinde 2010'dan 2021'e geldiğinde kadın cinayetlerinin arttığı görülmektedir ($r: 0,657$; $p=0,020$). Ayrıca 2010-2021 yılları arasında okur-yazar olmayan kadın oranı azaldıkça kadın cinayeti hızının arttığı ($r: -0,654$; $p=0,021$) ve 2014-2020 yılları arasında 25 yaş ve üzeri kadınların iş gücüne katılım oranı arttıkça kadın cinayetlerinin arttığı saptanmıştır. ($r: 0,955$; $p=0,001$)

Sonuç: Yıllar içinde kadın cinayetleri hızının artıyor olması konunun son derece önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu ve nedenlere yönelik alan çalışmalarının yapılması gerektiğini düşündürmektedir. Sağlıklı veri toplanabilmesi ve gerçek durumun ve nedenlerinin ortaya konulabilmesi için iyi planlanmış saha çalışmalarına gerek vardır. Yapılacak bu çalışmalar sayesinde sorunun çözümü için uygun politikaların üretilmesi olanaklı olabilecektir.

Anahtar Kelimeler: kadın cinayetleri, kadına yönelik şiddet, kadının statüsü

Giriş

Birleşmiş Milletler Kadına Yönelik Şiddetin Ortadan Kaldırılmasına İlişkin Bildirge'de (Aralık,1993) 'Kadına yönelik şiddet; kadınlara fiziksel, cinsel veya zihinsel zarar veya ıstırap veren veya verebilecek olan toplumsal cinsiyete dayalı her türlü eylem, bu tür eylemlerle tehdit etmek de dahil olmak üzere, ister kamusal ister özel hayatta meydana gelsin, zorlama veya keyfi olarak özgürlükten yoksun bırakma' olarak tanımlanmıştır.(1)

Tam Metin Sözlü Bildiri

Kadına yönelik şiddet önemli bir halk sağlığı sorunudur ve bir insan hakları ihlalidir. Dünyanın birçok yerindeki kadınlar için şiddet; fiziksel, zihinsel, cinsel ve üreme sağlığı sorunları için bir risk faktörü olduğu kadar yaralanma ve sakatlığın da önde gelen nedenidir.(2)

İnsan haklarının korunması ve geliştirilmesiyle ilgilenen uluslararası kuruluşlarca uzunca bir süre gündem dışında bırakılmış olan kadına yönelik şiddet, 1980'li yıllarla birlikte dikkat çekmeye başlamıştır. Birleşmiş Milletler (BM) Kadınlara Karşı Her Türü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW) 1979 yılında hazırlanıp ve 1981 yılında yürürlüğe girmiştir. Türkiye tarafından 1985 yılında imzalanmıştır. 1992 yılında CEDAW Komitesi "Kadınlara Karşı Şiddet" konulu 19 sayılı Genel Tavsiye Kararıyla cinsiyete dayalı şiddeti "kadınların erkeklerle eşit temelde hak ve özgürlüklerden yararlanma becerisini ciddi şekilde kısıtlayan bir ayrımcılık şekli" olarak tanımlamıştır. CEDAW 19 Sayılı Genel Tavsiye Kararı'nda, devletlerin kadınlara yönelik şiddet ile mücadele ederken "kadınların bütünlüğüne ve onuruna saygı" ilkesini gözetmesi vurgulanmıştır.(3)

Kadının statüsü; kadının gelir düzeyi, ekonomik bağımsızlığı, istihdamı, eğitimi, sağlığı ve doğurganlığı, aile ve toplum içindeki rolü, değeri gibi faktörlerle tanımlanmaktadır.(4) Toplumsal cinsiyet; toplumun cinsiyete göre atfettiği rol, görev, sorumluluk ve beklentiler ile ilgili bir kavramdır. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği nedeniyle kadınlar daha az sağlıklı, daha düşük eğitilmiş, daha az işgücüne katılan, daha az gelir getiren işlerde çalışan pozisyonadadır.(5) Kadına yönelik şiddetin kaynağı temelde toplumsal cinsiyet eşitsizliği, ataerkil toplum yapısından kaynaklanan asimetrik güç ilişkisidir.(6)

Ülkelerin cinsiyet eşitsizliğini dört boyut (ekonomik katılım, eğitim, sağlık ve politik güçlenme) ile karşılaştıran Dünya Ekonomik Forumu Küresel Cinsiyet Uçurumu İndeksi 2022 Raporunda Türkiye 146 ülke arasında 124. Sıradadır. Bu raporda; iş gücüne katılım ekonomik katılımın göstergelerinden ve okur-yazar olma oranı eğitimin göstergelerinden biri olarak kullanılmaktadır.(7)

Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinde İlerleme Cinsiyete İlişkin Anlık Görüntü 2022 verileri, kadına yönelik şiddetin devam etmekte olduğu ve dünyanın 2030 yılına kadar cinsiyet eşitliğini sağlama yolunda olmadığı göstermektedir.(8)

Kadına yönelik şiddet, sözlü taciz ve diğer duygusal istismar biçimlerinden günlük fiziksel veya cinsel istismara kadar geniş bir eylem yelpazesini kapsar. Yelpazenin en ucunda kadın cinayeti bulunmaktadır.(9)

Kadın cinayetleri kavramı ilk kez 1801 yılında İngilizce bir yayında "bir kadının öldürülmesi" anlamında kullanılmıştır.(10) Öldürülen kişinin cinsiyetine vurgu yapan femicide kavramı olarak literatüre dahil edilmiştir. Bu kavram Türkçe'de kadın cinayetleri olarak kullanılmaya başlanmıştır. Kavramın farklı dillerde hızlıca kendine yer bulması, yalnızca literatürde yaygınlaşmaya değil, olgunun varlığına ilişkin kabulün hızla yayıldığına işaret etmesi bakımından önemlidir. Kadın cinayetleri kavramı kadınların, toplumsal rolleriyle bağlantılı nedenlerle öldürülmeleri anlamında kullanılmaktadır.(11) Araştırmalar; geleneksel cinsiyet normları, kadınların eşit olmayan sosyal, yasal ve ekonomik statüsü, zayıf topluluk yaptırımları gibi risk faktörlerinin şiddet kullanımını arttırdığını göstermiştir.(12)

Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi 2020 raporuna göre; 2020 yılında dünyada toplam 47000 kadın partneri veya aile içi birey tarafından öldürülmüştür. Rapora göre kadın cinayeti hızı dünyada 100binde 1,2 (milyonda 12) şeklindedir. Tüm bölgelerdeki kadınlar ve kız çocukları toplumsal cinsiyete dayalı cinayetlerden etkilenmektedir. Bu cinayetlerin sayısal olarak en yüksek olduğu kıta Asya iken, nüfusuna göre kadın cinayeti hızının en yüksek olduğu kıta Afrika (100 binde 2,7) ve kadın cinayetinin hızının en düşük olduğu kıta Avrupa'dır (100 binde 0,7).(13)

Kadın Cinayetlerini Durduracağız Platformu verilerine göre Türkiye'de 2010-2021 yılları arasında 3576 kadın erkekler tarafından öldürülmüştür. Önemli bir toplumsal sorun olarak kadın cinayetleri gerçekleşmeye devam etmektedir.

Bu çalışmanın amacı Türkiye'deki kadın cinayetleri hızının 2010-2021 arası yıllardaki trendini, İstatistik Bölge

Tam Metin Sözlü Bildiri

Birimleri Sınıflamasına (İBBS) göre dağılımını ve 2010-2021 yılları arası kadın cinayetleri hızının; kadınların iş gücüne katılımı, okur-yazar olmama, toplam doğurganlık hızı, adölesan doğurganlık hızı gibi kadının statüsü ve toplumsal cinsiyet belirleyicileri ile ilişkisini araştırmaktır.

Yöntem ve Gereçler

Bu çalışmada 2010-2021 yılları arasındaki erkekler tarafından öldürülen kadınların sayıları Kadın Cinayetlerini Durduracağız Platformu'ndan, İBBS bölgelerinin kadın nüfusu ve bakılan diğer parametrelerin verileri TÜİK'ten elde edilmiştir. Kadın cinayeti sayıları ve o yıla ait kadın nüfusu kullanılarak kadın cinayet hızı (milyon kadında) hesaplanmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkeni bir milyon kadında görülen kadın cinayet hızı iken, bağımsız değişkenler; okur-yazar olmayan kadın yüzdesi, 25 yaş üstü kadınların iş gücüne katılım yüzdesi, toplam doğurganlık hızı, adölesan doğurganlık hızı ve 2021 yılı kaba evlenme hızıdır. Verilerin analizinde sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile kontrol edilmiştir. 2010-2021 arası yıllarda kadın cinayeti hızı ile o yılın diğer parametreleri ve 2021 yılında illerin kadın cinayeti hızları ile kaba evlenme hızları arasında ilişki olup olmadığı Pearson (parametrik verilerin analizi) ve Spearman (parametrik olmayan verilerin analizinde) korelasyon testleri ile analiz edilmiştir. $p < 0.05$ düzeyi istatistiksel yonden önemlilik sınırı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular



Şekil 1: 2010-2021 yılları arası kadın cinayeti hızları (milyon kadında)

Şekil 1'deki grafikte 2010-2021 arası kadın cinayeti hız trendi gösterilmiştir. Grafik değerlendirildiğinde 2010-2019 yılları arasında kadın cinayetlerinde dramatik bir artış olduğu görülmektedir. 2019'dan sonra görece azalmasına karşın ülkemizde kadın cinayetleri hala önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Araştırmanın kapsadığı döneme ait temel göstergeler tablo 1'de sunulmuştur.

Tam Metin Sözlü Bildiri

Tablo 1: 2010-2021 yılları kadın cinayeti hızları ve temel göstergeler

Yıl	Toplam Nüfus	Kadın Nüfusu	Kadın cinayeti sayısı	Kadın cinayet hızı (milyonda)	Toplam Doğurganlık hızı	Adölesan doğurganlık hızı	25 yaş ve üstü kadın Okur-yazar olmama oranı	25 yaş ve üstü kadın iş gücüne katılım oranı
2010	73722988	36679806	180	4,91	2,08	33,76	14,6	VY
2011	74724269	37191315	121	3,25	2,05	32,13	11,8	VY
2012	75627384	37671216	210	5,57	2,11	30,73	10,3	VY
2013	76667864	38194504	237	6,21	2,11	28,93	9,7	VY
2014	77695904	38711602	294	7,59	2,19	27,92	9,4	30,9
2015	78741053	39229862	303	7,72	2,16	25,82	9,1	31,9
2016	79814871	39771221	328	8,25	2,11	24,05	8,6	33,0
2017	80810525	40275390	409	10,16	2,08	21,81	8,1	34,2
2018	82003882	40863902	440	10,77	2,00	18,87	7,6	34,8
2019	83154997	41433861	474	11,44	1,88	16,83	6,9	34,8
2020	83614362	41698377	300	7,19	1,76	14,76	6,5	31,6
2021	84680273	42252172	280	6,63	1,70	12,96	6,1	33,5*

VY: VERİ YOK

*Hanehalkı İşgücü Araştırması'nda anketin tanım, kapsam ve tasarımındaki düzenlemeler nedeniyle seri önceki yıllarla karşılaştırılabilir değildir. Analize bu veri dahil edilmemiştir.

Tablo 1 değerlendirildiğinde; 2010 yılından 2021 yılına doğru toplam doğurganlık hızı, adölesan doğurganlık hızı, 25 yaş ve üzeri kadın okur-yazar olmama oranı ve iş gücüne katılım oranının azalma trendinde olduğu görülmektedir.

Tablo 2: İBBS'ye göre 2020 ve 2021 yılları kadın cinayeti sayı ve hızları (milyon kadında)

İBBS	2020 kadın cinayeti sayısı	2020 kadın cinayeti hızı	2021 kadın cinayeti sayısı	2021 kadın cinayeti hızı
İstanbul	42	5,45	47	5,94*
Batı Marmara	11	6,12	17	9,29*
Ege	58	10,84	42	7,77
Doğu Marmara	22	5,36	21	5,03
Batı Anadolu	26	6,32	18	4,31
Akdeniz	50	9,33	43	7,92
Orta Anadolu	14	6,85	24	11,68*
Batı Karadeniz	13	5,57	15	6,38*
Doğu Karadeniz	11	8,20	11	8,15
Kuzeydoğu Anadolu	14	13,02	5	4,67
Ortadoğu Anadolu	10	5,14	6	3,09
Güneydoğu Anadolu	29	6,43	31	6,80*
Toplam	300	7,19	280	6,63

* Kadın cinayeti hızının 2020'ye göre 2021'de yüksek olduğu bölgeler

Tablo 2 değerlendirildiğinde; kadın cinayeti hızı 2021 yılında en yüksek Orta Anadolu (Kırıkkale, Aksaray, Niğde, Nevşehir, Kırşehir, Kayseri, Sivas Yozgat) bölgesindedir ve bu bölgeyi Batı Marmara (Tekirdağ, Edirne, Kırklareli, Balıkesir, Çanakkale) ve Doğu Karadeniz (Trabzon, Ordu, Giresun, Rize, Artvin, Gümüşhane) bölgeleri izlemektedir.

Tam Metin Sözlü Bildiri

Kadın cinayeti hızı 2020 yılında en yüksek Kuzeydoğu Anadolu (Erzurum, Erzincan, Bayburt, Ağrı, Kars, Iğdır, Ardahan) bölgesindedir ve bu bölgeyi Ege (İzmir, Aydın, Denizli, Muğla, Manisa, Afyonkarahisar, Kütahya, Uşak) ve Akdeniz (Antalya, Isparta, Burdur, Adana, Mersin, Hatay, Kahramanmaraş, Osmaniye) bölgeleri izlemektedir.

Yıllara göre kadın cinayeti hızı değerlendirildiğinde 2010'dan 2021'e gelindiğinde kadın cinayetlerinin arttığı görülmektedir (r: 0,657; p=0,020). Ayrıca 2010-2021 yılları arasında okur-yazar olmayan kadın oranı azaldıkça kadın cinayeti hızının arttığı (r: -0,654; p=0,021) ve 2014-2020 yılları arasında 25 yaş ve üzeri kadınların iş gücüne katılım oranı arttıkça kadın cinayetlerinin arttığı saptanmıştır. (r: 0,955; p=0,001) 2021 yılında illerin kadın cinayet hızının 2021 yılındaki kaba evlenme hızlarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur. Kaba evlenme hızı yüksek olan illerde kadın cinayeti hızı da artmaktadır. (r: 0,406; p=0,001)

Tartışma

Çalışmamızın bulgularında kadın cinayeti hızının 2011 yılından 2019 yılına dek yaklaşık 4 kat arttığı (milyonda 3.25'ten 11.44'e yükselmiştir) görülmektedir. 2019 yılından 2021 yılına doğru kadın cinayeti hızında azalma görülmektedir. Ekolojik tasarımlı bu çalışmada öne çıkan temel bulgulardan bir diğeri de 2010-2021 yılları arasında okur-yazar olmayan kadın oranı azaldıkça ve 2014-2020 yılları arasında 25 yaş üstü kadınların iş gücüne katılım oranı arttıkça kadın cinayetlerinin önemli bir biçimde arttığıdır.

Yıllar içinde kadının statüsünü etkileyen iş gücüne katılım ve okur-yazar olma gibi faktörlerde gelişim gözlenmesine rağmen kadın cinayetleri hızında artış olmaktadır.

Bu durumu kadınların eğitim düzeyinin artıp ekonomik güç elde etmeleriyle birlikte haklarına yönelik farkındalıklarının artması ve bunun erkekler tarafından otoritelerine karşı bir risk olarak algılanması ve şiddete eğilimlerinin artması şeklinde yorumlayabiliriz.

Gelenekçi ve ataerkil toplumlarda kadını dışlayan ve ikincil konuma iten anlayış kadının, kalkınma sürecine katılımını da engellemektedir.(14)

Kadının statüsünün yükselmesi ve iş gücüne katılımı gibi gelişmelerin ataerkil toplumlarda erkeklerin otoritelerinin sarsılacağı yönündeki kaygıları artırabileceği ve bunun da şiddeti tetikleyebileceği düşünüldüğünde, ülkemizde yıllar içinde kadın cinayetlerinin artışı bu gelişmelerle ilişkili olabilir. Toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlamak ve kadın cinayetlerini azaltmak için kadının statüsünün güçlenmesini tek yönlü gerçekleştirmek yeterli olmayıp toplumsal farkındalık yaratma yaklaşımı gerekmektedir. Türkiye'deki tüm illerin kadın cinayeti hızı ve kaba evlenme hızı (2021 verileri) verileri arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. Kaba evlenme hızı yüksek olan illerde kadın cinayeti hızı daha yüksektir. İller bazında veri erişimi kısıtlı olduğu için bölgelere ait kadın cinayeti hızları son 2 yılın (2020-2021) verileriyle hesaplanabilmiştir. İBBS bölgelerinde kadın cinayeti hızları incelendiğinde; bazı bölgelerde Türkiye ortalamasının altında bazı bölgelerde ise ülke ortalamasının üzerinde olmak üzere tüm bölgelerde kadın cinayetlerinin gerçekleştiği görülmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü Kadına Yönelik Şiddet Yaygınlık Tahminleri, 2018 Raporuna göre; 2000-2018 yılları arasında yakın partner şiddeti gören kadın yüzdesi dünyada % 27, Türkiye'de % 32'dir.(15) TÜİK'in 2014 yılına ait Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması verilerine göre en yüksek fiziksel şiddet sıklığı Orta Anadolu Bölgesi'nde (Kırıkkale, Aksaray, Niğde, Nevşehir, Kırşehir, Kayseri, Sivas Yozgat) yaşanırken, bu bölgeyi Batı Anadolu (Ankara, Konya, Karaman) ve Kuzeydoğu Anadolu (Erzurum, Erzincan, Bayburt, Ağrı, Kars, Iğdır, Ardahan) izlemektedir.(16) Kadın cinayeti hızlarının da 2021 yılında Orta Anadolu ve 2020 yılında Kuzeydoğu Anadolu bölgelerinde yüksekliği dikkat çekmektedir. Doğal olarak kadına şiddetin en uç noktası olan kadın cinayetleri de benzer dağılım göstermektedir.

Ekolojik tasarımlı bu çalışmada toplum verileri üzerinden analizler yapılmış ve ilişkilendirilen parametreler arasında nedensel ilişkiden bahsedilememiştir.

Tam Metin Sözlü Bildiri

Araştırmada resmi verilere erişilemediği durumlarda sivil toplum kuruluşlarının kamuoyu ile paylaşılan verileri kullanılmıştır. Bu verilere şüpheli kadın ölümleri dahil edilememesi nedeniyle hesaplanan değerlerin üzerinde kadın cinayeti hızları olabileceği göz önünde bulundurulmalı ve bu konuda daha kapsamlı yaklaşım içeren çalışmalar yapılmalıdır.

Sonuç ve Öneriler

Yıllar içinde kadın cinayetleri hızının artıyor olması ve Türkiye'nin Kadına yönelik şiddette dünya ortalamasının üzerinde bir sıklığa sahip olması bulguları; konunun son derece önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu ve nedenlere yönelik alan çalışmalarının yapılması gerektiğini düşündürmektedir. Sağlıklı veri toplanabilmesi, gerçek durumun ve nedenlerinin ortaya konulabilmesi için iyi planlanmış saha çalışmalarına gerek vardır. Yapılacak bu çalışmalar sayesinde sorunun çözümü için uygun politikaların üretilmesi olanaklı olacaktır.

ÇIKAR ÇATIŞMASI: Yazarlar aralarında herhangi bir çıkar çatışması bulunmadığını beyan eder.

Finansal Destek

Çalışma sırasında herhangi bir kurumdan finansal destek sağlanmamıştır.

Anahtar Kelimeler: kadın cinayetleri, kadına yönelik şiddet, kadının statüsü

Kaynaklar

1. Birleşmiş Milletler Kadına Yönelik Şiddetin Ortadan Kaldırılmasına İlişkin Bildirge, 85. genel kurul toplantısı, Aralık 1993
2. Heise L, Garcia Moreno C. Violence by intimate partners. In: Krug EG et al., eds. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002:87– 121
3. T.C. Aile Ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele IV. Ulusal Eylem Planı (2021-2025), Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Ankara, 2021
4. Roysten, E., Armstrong, S., Preventing Maternal Deaths, WHO, Geneva, 1989.
5. Demirgöz Bal, M. (2016). TOPLUMSAL CİNSİYET EŞİTSİZLİĞİNE GENEL BAKIŞ . Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi , 1 (1) , 15-28 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kashed/issue/22284/239026>
6. Başar, F. & Demirci, N. (2016). TOPLUMSAL CİNSİYET EŞİTSİZLİĞİ VE ŞİDDET . Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi , 2 (1) , 41-52 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kashed/issue/22285/239034>
7. World Economic Forum, Global Gender Gap Report 2022, Erişim Adresi: https://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2022.pdf
8. Progress On The Sustainable Development Goals The Gender Snapshot 2022, United Nations, Department Of Economic And Social Affairs
9. Sagot M. Strengthening and organization of women and coordinated action between the state and civil society at the local level to prevent and address family violence – research protocol. San José, Costa Rica, Pan American Health Organization, 2002.
10. Caputi, Jane – Russell, Diana E.H. (1990), "Femicide: Speaking the Unspeakable", Ms., Vol. 1(2), s. 34-37.
11. Gaziöğlü E. [Kadını: kavramsallaştırma ve sorunsal yaklaşımlar]. Sosyal Politika Çalışmaları 2013;13(7):89-100.
12. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva/London, World Health Organization/London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2010.
13. Research and Trend Analysis Branch, United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Data Matters No. 3 - Killings of women and girls by their intimate partner or other family members - Global estimates 2020 Erişim adresi: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/statistics/crime/UN_BriefFem_251121.pdf
14. Aslan, A., & Kırışkan, I. (2022). Türkiye'de kadın cinayeti haberlerinin içerik analizi (2008-2021). International Journal of Social Inquiry 15(1), 85–104. <https://doi.org/10.37093/ijsi.1034519>.
15. Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
16. AÇSHB, Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması, 2008, 2014. Ankara: T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı.

Özet Sözlü Bildiri

S140

COVID-19 PANDEMİ DÖNEMİNDE BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN ASİSTAN HEKİMLERE YÖNELİK ŞİDDETİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ayşe GÖKÇE, Gülseda BOZ, Ali ÖZER

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

Giriş ve Amaç: Şiddet; kişinin kendisine, başkasına veya topluluğa karşı ölüm, yaralanma veya yoksun bırakmaya neden olan fiziksel güç veya psikolojik zarar verme durumudur. Çeşitli araştırmalarda sağlık çalışanları meslek yaşamları süresince %54-%75 arasında şiddete maruz kaldığı ifade edilmektedir. Bu çalışmanın amacı pandemi döneminde bir üniversite hastanesinde çalışan asistan hekimlere yönelik şiddetin değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte kesitsel bir çalışma olan bu çalışma, Eylül 2022 – Ekim 2022 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmanın yapılabilmesi için Turgut Özal Tıp Merkezi Başhekimliğinden yazılı izin ve İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Etik Kurulundan etik kurul onayı alınmıştır (Karar No: 2022/3463). Ek olarak bu çalışma İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından desteklenmiştir (No: TSA-2022-3019). Çalışmaya, Turgut Özal Tıp Merkezinde araştırma görevlisi olarak görev yapan 366 asistan hekim dahil edilmiştir. Araştırmanın örneklem büyüklüğü referans çalışmanın hekimlerin şiddete uğrama oranı 75.6 alındığında 160 kişi hesaplanmış olup çalışmaya katılmayı kabul eden 163 kişi ile çalışma tamamlanmıştır. Çalışmanın verileri araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu ile çevrimiçi olarak toplanmıştır. Anketin birinci bölümünde sosyodemografik sorular, ikinci bölümünde ise hekimlerin pandemi öncesinde ve pandemi döneminde şiddet yaşama durumları, yaşanan şiddetin tipi, muhtemel nedenlerini içeren sorular yer almaktadır. Çalışmanın bağımsız değişkenleri yaş, cinsiyet, meslekte çalışma süresi (yıl), ortalama günlük muayene edilen hasta sayısı ve şiddetle ilişkili çeşitli sorular iken; bağımlı değişkenleri pandemi döneminde şiddet yaşama durumu olarak belirlenmiştir. Tanımlayıcı veriler sayı (n), yüzde (%) ile ifade edilmiştir. İstatistiksel analizlerde Ki-Kare testi kullanılmıştır. Tüm istatistiksel testlerde önemlilik düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortancası 28(24-52) olup, %52.1'i kadındır. Pandemi öncesi şiddete uğrayan hekimlerin oranı %40.5 iken pandemi döneminde ise %49.1'dir. Hekimlerin %93.8'i sözel şiddet, %42.5'i psikolojik şiddete, %18.8'i fiziksel şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Hekimlerin %48.8'i 2-3 kez şiddet yaşadığını, bu olayların da en fazla sırasıyla acil servis (%59.3), polikliniklerde (%50.5) yaşadığını ifade etmişlerdir. Yaşanan şiddet olayı sonrasında hekimlerin %87'si öfke veya hayal kırıklığı, %66.3'ü üzüntü, %64.1'i ise sinirlilik yaşadığını belirtmiştir. Hekimlerin %2.2'si yaşadığı bu şiddet olayı sonucunda psikiyatrik tedavi/destek aldığını söylemiştir. Asistan hekimlerin %76.7'si sağlık çalışanı olarak kanunlarla korunmadıklarını ifade etmişlerdir. Kadınların %60'ı, erkeklerin %37.2'si pandemi döneminde şiddet yaşamış olup kadınların şiddet yaşamı oranı erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0.004$). Meslekte çalışma süresi, çalışma saatleri, iş yerinde şiddeti bildirmeye yönelik herhangi bir uygulama olma durumu ve iş yerinde şiddet sonrasında yapılan özel bir uygulama olma durumuna göre şiddet yaşama durumu arasında anlamlı farklılık yoktur ($p > 0.05$).

Sonuç: Araştırma grubundaki hekimlerin yaklaşık yarısı pandemi öncesinde ve pandemi döneminde herhangi bir şiddet olayı yaşadığını ifade etmiştir. Pandemi döneminde yaşanan şiddet olaylarının neredeyse tamamında sözlü şiddet olmakla birlikte diğer şiddet türleri de eşlik etmektedir. Şiddet yaşayan hekimlerin yarısı bu süreçte 2-3 kez şiddet yaşamıştır. Bu oran oldukça yüksektir. Şiddet olaylarının en fazla yaşandığı acil servis, polikliniklerde bu olayları engellemek için gerekli önlemler alınmalıdır. Hekimlerin pandemi dönemlerinde yüksek oranlarda şiddet yaşamaları ve bu açıdan kanunlarla korunmadıkları düşüncesinin oldukça yaygın olması kişisel olarak mesleki motivasyon ve psikolojik sağlamlıklarını etkileyebilir.

Araştırmada herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, Pandemi, Şiddet.

Özet Sözlü Bildiri

S141

**HASTANELERİN KARŞILAŞTIRMALI KURUMSAL SAĞLIK OKURYAZARLIĞI
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Yusuf TAŞÇI¹, Sabanur ÇAVDAR², Mehmet Akif SEZEROL³, Ömer ATAÇ², Ayşe Emel ÖNAL⁴

¹Üsküdar İlçe Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

²Medipol Üniversitesi Halk Sağlığı ABD, Türkiye

³Sultanbeyli İlçe Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

⁴İstanbul Üniversitesi Halk Sağlığı ABD, Türkiye

Background: The success of the health service and the achievement of the targeted results are related to the health literacy level of the individuals and health organizations. Herein, we aim to compare the organizational literacy levels of hospitals and to guide both policy makers and health organizations in line with the results.

Materials-Method: This is a cross-sectional study including all public, private and university hospitals in Üsküdar district of Istanbul. Hospitals were assessed using the Revised Harvard Health Literacy Environmental Assessment Questionnaire (Harvard-HLE). The Health Literate Health Organizations (HLHO-10) scale was applied to hospital managers, and patient complaints about organizational health literacy were evaluated by qualitative analysis. Content analysis was conducted among public, private and university hospitals. Pearson chi-square test, Mann-Whitney U test and Kruskal-Wallis test were used in data analysis. Ethics committee approval was obtained from Zeynep Kamil Gynecology and Pediatrics Training and Research Hospital on 06/01/2021 with Decision No:3. The authors have no conflicts of interest to declare and no financial support was received.

Results: Fifteen hospitals were included in the study. The mean score of the revised Harvard-HLE evaluation was calculated as 162.6±9.4 for public hospitals, 157.5±0.7 for university hospitals, and 154.3±10.2 for private hospitals. When Harvard-HLE subdivision scores and total scores were evaluated according to hospital types, no statistically significant difference was found. While there was no significant relationship between the HLHO-10 score and the length of hospital duty time and the age of the building, a negative correlation was found between the bed capacity, the number of health personnel, the number of other personnel and the total number of employees.

Conclusion: In Üsküdar district, public hospitals serving in old buildings are not suitable enough for disabled use and the frequent changes in service areas to meet altering needs cause more dispersed services. It has been observed that the use of technology in the evaluated institutions is insufficient. It has been observed that televisions are used for promotional purposes in private hospitals. Providing quality service and contributing to the health promotion processes of institutions depend on the efforts to increase the level of organizational health literacy.

Key Words: Organizational Health Literacy, Health Literate Health Organizations scale, Harvard Health Literacy Environmental Assessment Questionnaire

Özet Sözlü Bildiri

S142

TRAKYA KIRSALINDA SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI - 2019

Gamze DEMİRAY¹, Mehmet GÜNEŞ², Burcu TOKUÇ³, Muzaffer ESKİOCAK⁴

¹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD, Türkiye

²Niğde Merkez Toplum Sağlığı Merkezi, Türkiye

³Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ABD, Türkiye

⁴Sanko Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD, Türkiye

Giriş ve Amaç: Sağlık hizmetleri, birey ve topluma sağlıklı yaşam bilgisi, bilinci, isteği ve davranışı kazandırmak, toplumun tüm bireylerine gereksinimi olan bütün sağlık hizmetlerini coğrafi, sosyal, maddi ve diğer olanaklara bağlı olmadan eşit ve kaliteli biçimde vermek, kişisel, toplumsal ve çevresel sağlıklı ortamlar yaratmak, sağlık elde etmek, onu korumak ve geliştirmek yoluyla toplumu sağlıklı kılmak amacıyla verilen hizmetlerdir. Bu çalışmanın amacı, Trakya'nın kırsal bölgelerinde yaşayan kişilerin sağlık hizmetlerini kullanım durumlarını saptamak ve bireylerin sağlık hizmeti kullanımının kimi sosyo-ekonomik değişkenlerle ilişkilerini incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma kesitsel tipte bir araştırmadır. Trakya bölgesinde yer alan Edirne, Kırklareli ve Tekirdağ illeri kırsalında yürütülmüştür. Kır/ kent ayrımındaki sorunların tam çözülmemiş olmasından dolayı Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2018'de olduğu gibi bu araştırmada da 6360 sayılı kanun öncesi yerleşim yerlerinin statüleri kullanılmıştır.

Örneklem hacmi, DSÖ tarafından "Evren Oranını Belli Bir Rölatif Kesinlikle Tahmin Etmek" için hazırlanmış olan tablolardan yararlanılarak 384 olarak hesaplanmıştır. Trakya kırsalından basit rasgele örnekleme yöntemi ile seçilen 50 köyden, köylerin nüfuslarına göre ağırlıklandırılarak 414 hane belirlenmiş, tüm hanelere ulaşılmış ve her haneden bir kişi ile yüz yüze görüşülerek veri toplanmıştır. Veri toplama amacıyla araştırmacılar tarafından ilgili literatürden yararlanılarak geliştirilen 42 soruluk anket formu kullanılmıştır.

Analizler IBM SPSS Ver 22.0 programında yapılmış, tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra Ki-Kare ve Student t testi kullanılmıştır. Araştırma için Trakya Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmıştır (Protokol kodu: TÜTF-BAEK 2019/198 Tarih: 13.05.2019).

Bulgular: Görüşülen hanelerde yaşayan kişi ortancası 3 (min:1 maks:14)'tür. Hanelerin %49.5'inde aylık toplam geliri 2019 yılı için belirlenmiş net asgari ücret olan 2020 TL'nin altındadır ve hanelerin %9.4'ü (39 hane) sosyal güvencesi yoktur. Bağ-Kur ve SSK sigortalısı olan 37 hane (%10.7) ise SGK prim borçlarının olduğunu belirtmiştir. Köylerin %72'sinde herhangi bir sağlık kuruluşu bulunmazken, %18'inde Aile Sağlığı Merkezi (ASM), %10'unda Sağlık Evi (SE) bulunmaktadır. Köylerin en yakın devlet hastanesine uzaklığı ortalama 16.5±8.5 km (min:5.7 - maks:60.3)'dir. ASM bulunmayan köylerde Aile hekimi tarafından mobil hizmet sunulmaktadır. Katılımcılardan 182'si mobil hizmetin sunulduğu köylerde yaşamaktadır. Mobil hizmetin sıklığı sorgulandığında katılımcılardan 96'sı haftada 1 gün (% 52.7), 33'ü 2 haftada 1 gün (%18.1), 19'u ayda 1 gün (%10.4) ve 12'si haftada 2 gün (%6.5) aile hekiminin mobil hizmet için geldiğini belirtmiştir. Araştırmaya dahil edilen 414 kişinin yaş ortalaması 51.7 ± 15.5 yıl olup %53.6'sı erkek, %79.2'si evli ve %1.9'u okuryazar değildir. Hanede görüşülen kişinin son bir yılda sağlık hizmeti kullanım ortancası 5 (ort:6.27, min:0 - maks:37)'tir. Görüşülen kişilerin %50.2'si mesai saatleri içinde ilk başvuru yeri olarak devlet hastanelerini (DH) tercih ettiğini, %37.2'si ASM'yi, %9.2'si de özel Hastane ve muayenehaneleri tercih ettiğini söylemiştir. ASM'yi tercih edenlerin büyük çoğunluğu (%80.5) yakınlığı nedeniyle tercih ettiğini, DH'yi tercih edenlerin %29.8'i teknik olanakları daha iyi olduğu için tercih ettiğini belirtmiştir. Son bir yıl içinde en çok başvurunun ASM'ne yapıldığı belirtilmiştir. Köylerinde ASM bulunanların %58.6'sının, mobil

Özet Sözlü Bildiri

hizmet alanların %68.1'inin mesai saatleri içinde ilk başvuru yeri olarak birinci basamak dışı kurumları tercih ettiği tespit edilmiştir ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($X^2=3.94$, $p=0.047$). Geliri asgari ücretin altında olanların, üstünde olanlara göre ilk başvuru yeri olarak birinci basamak dışı kurumları daha fazla tercih ettiği belirlenmiştir (sırasıyla %68.1 ve %58.6) ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($X^2=5.24$, $p=0.022$). Mesai saatleri içinde ilk başvuru yeri olarak 1. Basamak kurumları tercih edenlerin ve etmeyenlerin en yakın devlet hastanesine uzaklıkları arasında da anlamlı bir fark bulunmamıştır (sırasıyla 15.96 ve 15.02, $p=0.315$). Araştırmakapsamında 65 yaş üstü 107 kişi ile görüşülmüştür, 79'unun (%73.8) tanı almış en az bir kronik hastalığı bulunmaktadır. Tanı almış kronik hastalığı olan 79 kişiden 51'i (%64.5) Aile Hekiminin kronik hastalığı ile ilgili kontrolleri yapmadığını belirtmiştir. Bu kişilerden %69'unun ikamet ettiği yerde ASM bulunmaktadır. Araştırma kapsamında 15-49 yaş arası 93 kadın katılımcı ile görüşülmüştür. Kadınların 61'i (%65.5) bağlı oldukları aile hekimi tarafından düzenli olarak izlemlerinin yapılmadığını belirtmiştir, düzenli izlemleri yapılmayan kadınların %62.3'ünün yaşadığı köyde ASM bulunmaktadır. Hanesinde 5 yaş altı çocuk bulunan 35 katılımcı (%8.5) vardır. 35 çocuğun tamamının bebeklik ve çocukluk dönemi izlemleri bağlı olunan Aile hekimi tarafından yapılmıştır. Elli yaşından büyük 232 katılımcının yalnızca 76'sı (%32.8) herhangi bir kanser için tarama yaptırdığını belirtmiştir.

Tüm hanelerde tek bir kişi ile görüşülmüş olması ve Trakya'da bulunan tüm köylerin araştırmaya dahil edilmemiş olması çalışmanın kısıtlılıklarını oluşturmaktadır.

Sonuç: Trakya kırsalında halkın sağlık hizmetlerine erişiminde çok büyük sorun görünmemekle birlikte, çoğunlukla başvuru temelli hizmet verildiği, nitelikli ve güvenilir sağlık hizmetinin halka götürülmediği, çocukluk çağı dışında birinci basamakta düzenli izlemlerin yapılmadığı anlaşılmaktadır. Oysa, sağlığa hak temelli yaklaşım ile kırsalda yaşayan nüfusun sağlık hizmetlerine ulaşmasını beklemek yerine, nitelikli ve güvenilir sağlık hizmetleri onlara götürülmeli, sağlık hizmetlerine uzun vadeli erişim sağlanmalı, kırsal ve kentsel bölgeler arasındaki sağlık eşitsizlikleri azaltılmalıdır.

Çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Anahtar Kelimeler: Trakya, Kırsal, Sağlık Hizmetleri, Mobil Hizmet

Özet Sözlü Bildiri

S143

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ RADYOLOJİK ACİL DURUM VEYA AFETLERE MÜDAHALESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Nihal DAĞ¹, Cüneyt ÇALIŞKAN², Hüseyin KOÇAK²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Türkiye

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümü, Türkiye

Giriş ve Amaç: Radyolojik olaylar, radyoaktif bir kaynaktan radyasyona maruz kalmayı içeren kasıtlı veya kasıtsız olaylardır. Radyolojik olaylar, nadir olmasına rağmen mevcut jeopolitik gerilimler/savaşlar ve nükleer silahların çoğalması, radyolojik olaylara karşı endişeleri artırmıştır. Radyolojik olaylar büyük ölçekli tahliye, hastaneye yatış, radyasyona maruz kalma ile ilişkin yaralanma ve ölümlerle sonuçlanabilir. Sağlık çalışanlarının radyolojik olaylarında kontaminasyonu belirlemek; triyaji yapmak ve yönetmek; kazazedeyi stabilize etmek ve dekontaminasyonu sağlamak gibi birçok yeterliliklere sahip olmalıdır. Literatürde sağlık çalışanlarının radyolojik olaya müdahalesini etkileyen faktörleri derleyen ve bu faktörlerin sebep olduğu eylemlerin hangi faktörle bağlantılı olduğunu açıklayan bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Böylece ilgili faktörlerin tespiti ile radyolojik acil durum veya afetlerde toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi için sağlık çalışanları üzerinden çalışmalar yürütülebilir. Bu sistematik incelemede, sağlık çalışanlarının radyolojik olaylara müdahalesini etkileyen faktörler ile birlikte, bu faktörlerin neden olduğu eylemlerin analizi amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmanın amacı doğrultusunda belirlenen anahtar kelimeler ile Mart 2022 tarihine kadar Cochrane, Scopus, Web of Science, PubMed ve Google Scholar (gri literatür) veri tabanları üzerinden tarama yapılmıştır. Anahtar kelimeler “radiation, health care workers, health care providers, disaster, emergency, terrorism, accident, attack, crisis, catastrophe, hazard, nuclear, management, response, radioactive materials, ionizing, medical, plan, program, preparedness” oluşmaktadır. Dahil edilme kriterleri arasında (1) makale veya dokümanların sağlık çalışanlarını ele alması, (2) radyolojik tehlike türlerinden en az birine yer verilmesi, (3) sağlık çalışanlarının radyolojik olaylara müdahalesini etkileyen faktörlerden en az birisinin olması, (4) makaleleri ve raporların tam metninin erişilebilir ve ücretsiz olması, (5) çalışmaların İngilizce dilinde yayınlanmış olması yer almaktadır. Araştırmanın kilit kelimeleri ile bulunan 210 çalışmadan 51 çalışma duplikasyon nedeniyle çıkarılmıştır. Duplikasyon sonrası 159 çalışma ile gri literatürden gelen 7 çalışma özet okuma aşamasına aktarılmıştır. Özetleri değerlendirilen 166 çalışmadan 135'i dahil edilme kriterlerini kapsamadığı için çıkarılmıştır. Kalan 31 makaleden 5'i yazılım içerikli olduğu, 5'i radyolojik olaya müdahaleyi etkileyen bir faktöre yer vermediği ve 3'ü radyolojik bir olay içermediğinden çıkarılmıştır. Araştırmanın bulgularına dahil edilen 18 çalışmanın yayınlanma tarihleri 2004 ve 2022 yılları arasında değişmektedir. Önyargı riski açısından dahil etme kriterlerine uygun 18 hakemli makalenin Karma Yöntemler Değerlendirme Aracı (MMAT) kategorilerine göre iki yazar tarafından bağımsız olarak gözden geçirilmesi sağlanmıştır. Daha sonra bu sistematik inceleme de PICOS ve Sistematik incelemeler ve Meta-Analiz (PRISMA) yönergeleri için Tercih Edilen Raporlama Öğeleri takip edilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı ve içerik/tematik analiz kullanılmıştır. Makalelerden içerik analizi ile veri çıkartmak için “başlık, yazar, amaç, yöntem, faktör, eylem” veri maddelerinin yer aldığı bir form türetilmiştir. Çalışma bir sistematik inceleme olduğundan bir etik kurul iznine başvurulmamıştır. Çalışma için herhangi bir finansman desteği alınmamış ve yazarlar bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

Bulgular: Araştırmaya dahil edilen 18 makalenin 8'i kesitsel, 7'si tanımlayıcı, 2'si müdahale ve 1'i sistematik incelemedir. MMAT 2018 sürümüne göre makalelerin kritik değerlendirmesinin sonuçları, MMAT kriterlerinin üç ila beşini (beş üzerinden) karşılayan makaleler arasında değişmektedir. Nitel analiz sonucunda, radyolojik bir olayda sağlık çalışanlarının müdahalesini etkileyen yedi faktör belirlenmiştir: olayın nadir meydana gelmesi,

Özet Sözlü Bildiri

radyolojik olaya karşı yetersizlik, duyuşsal tepkiler, ikilem ve etik kaygı, iletişim, iş gücü ve diğler. Bu yedi faktör, sağlık çalışanlarının radyofobisinin olması, trajik bir radyolojik olaya tıbbi müdahalede bulunamaması, tıbbi personelin kontaminasyona maruz kalması, kazazedelerin hastaneye kabul edilmemesi, kazazedelerin tıbbi bakımının ertelenmesi ve tedavi sürecinin zorlaşması gibi birçok eylemlere neden olmaktadır.

Sonuç: Çalışmaya dahil edilen makaleler arasında sağlık çalışanın radyolojik olaya müdahalesini etkileyen yedi faktör belirlenmiştir. Faktörler arasında en sık karşılaşılan faktör, sağlık çalışanın radyolojik olaya karşı eğitim yetersizliğidir. Bu ve diğler faktörlerin en çok neden olduğu eylemler ise, kazazedelerin hastaneye götürülmemesi ve uygun tedavinin verilememesidir. Sağlık çalışanın radyolojik olaya müdahale edebilmesi için başta eğitim eksikliği ile birlikte diğler faktörler üzerinde çalışmalar yürütülmelidir. Böylece radyolojik bir acil durum veya afetin toplum sağlığı üzerindeki etkileri hafifletilebilir.

Anahtar Kelimeler: Acil durum, Kazazede, Radyolojik olay, Sağlık çalışanı, Tıbbi müdahale

Tam Metin Sözlü Bildiri

S144
ÇATIŞMA VE SAVAŞ BÖLGELERİNDE SAĞLIK;
UKRAYNA-RUSYA SAVAŞI ÜZERİNDEN BİR VERİ TABANI ARAŞTIRMASI

Fatih CEMAL TEKİN

Karapınar Devlet Hastanesi, Acil Servisi, Türkiye

Giriş ve Amaç: İnsanlık tarihi ile eş zamanlı bir tarihe sahip olan şiddet olgusu, hiç şüphesiz çağımızın en büyük sorunlarından biridir. Ancak modern çağda kullanılan araçlar hem de etkileri açısından şiddet daha ciddi travmalar ve sonuçlar ortaya çıkarmaktadır. Her yıl dünya genelinde 1,3 milyondan fazla insan şiddet nedeni ile ölmektedir. Şiddet nedeni ölümler tüm ölümlerin %2,5' ini oluşturmaktadır. 15-44 yaş aralığında ki ölüm sebepleri arasında ise şiddet 4.sırada yer almaktadır (1,2).

Savaş ve çatışma bölgelerindeki sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olayları ise bu konunun en uç noktasıdır. Bu tür şiddet olayları sağlık çalışanlarının yanında tüm basamak sağlık hizmetlerini de hedef alır. Halk sağlığı hedeflerinde sapmaya yol açar, toplumun sağlık ve refah düzeyinde önemli ölçüde bozulmaya yol açar. Cenevre Sözleşmesine dayanan kuralların en eskilerinden biri olan, savaş bölgelerindeki sağlık çalışanları ve yaralı askerlerin korunma ihtiyacının tanınması, maddesine rağmen günümüzde; sağlık çalışanları ve sağlık hizmetlerine yönelik saldırılar (SHYS) artarak devam etmektedir (3,4).

Karışıklık bölgelerinde hastalara, sağlık çalışanlarına, sağlık tesis ve sağlık ulaşım araçlarına yönelik saldırılar ne yazık ki savaş ve çatışmanın bir parçası haline gelmektedir. Bu olayları engellemeye yönelik çabalar öncelikle bu tür durumların bildirimine bağlıdır. Çalışmamız ile Ukrayna- Rusya Savaşı özelinde SHYS'nin incelenerek Savaş ve çatışma bölgelerinde ki saldırılara dikkat çekmeyi, bu saldırıları azaltmaya yönelik girişimlere katkıda bulunmayı ve ileri araştırmalar yapılması için önerilerde bulunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Araştırma kesitsel tipte bir çalışmadır. Araştırma verileri için internet üzerinden, açık erişimli olan DSÖ tarafından kurulan Sağlık Hizmetlerine Saldırı (AHC) inisiyatifinin çıktılarında biri olan Sağlık Hizmetlerine (SSA) Saldırıları için Sürveyans Sistemi (5) veri tabanı kullanılmıştır. Araştırmanın evrenini Rusya- Ukrayna Savaşının başladığı 24 Şubat 2022 ile 01.09.2022 tarihleri arasındaki SHYS oluşturmuş, örneklem hesabı yapılmadan tüm verilere ulaşılmıştır. Açık erişimli bir kaynaktan ve herkesin ulaşabileceği bir veri tabanından alınan veriler kullanıldığından etik kurul onayı alınmamıştır.

Araştırma sonucu elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak IBM SPSS 23.0 (IBM SPSS Statistics, Sürüm 23.0 Armonk, NY: IBM Corp.) programı ile analiz edilmiştir.

SHYS incelenirken bağımsız değişkenler; sağlık tesislerine saldırılar, sağlık ulaşım araçlarına saldırılar, ağır ya da bireysel silahların kullanım durumu, 1. basamak ya da diğer basamaklarda hizmet sunan kuruluşlara saldırı yapılması şeklinde belirlenirken; bağımlı değişken sağlık çalışanı etkilenimi, sağlık ulaşım aracı hasarı, sağlık tesisi hasarı olarak belirlenmiştir.

Tanımlayıcı analizlerde frekans verileri sayı ve yüzde olarak gösterilirken, sürekli sayısal veriler aritmetik ortalama \pm standart sapma kullanılarak verilmiştir. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında ki-kare (χ^2) testi kullanılmıştır. Tüm testler için istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Ukrayna- Rusya arasındaki savaşta Ukrayna Bölgesindeki Sağlık Hizmet Sunucularına yönelik toplam 530 adet saldırı gerçekleşmiş idi. Bu saldırılarda 60 sağlık çalışanı ve 24 hasta etkilenmiş, 100 kişi ölmüş, 129 kişi ise yaralanmıştı. 452 sağlık tesisi hedef alınmış, 73 sağlık ulaşım aracı hasar görmüş, 12 sağlık deposu tahrip edilmiş, 144 sağlık ekipmanı zarar görmüştü. Bu olaylarda 35 kez sağlık hizmet sunumunun engellendiği rapor edilmiş, 16 kez sağlık çalışanlarına yönelik göz altı, tutuklanma ve kaçırılma olayı ihbar edilmişti.

Tam Metin Sözlü Bildiri

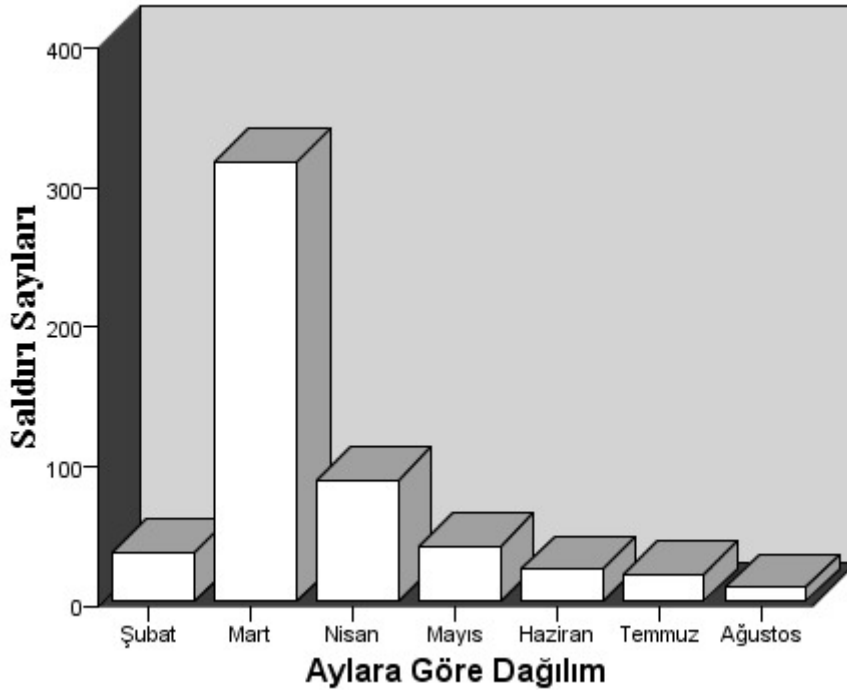
Düzenlenen SHYS'lerde ortalama $0,24 \pm 1,96$ kişinin yaralandığı, bir saldırıda en fazla 35 kişinin yaralandığı bildirilmişti. Saldırılarda ortalama $0,19 \pm 2,4$ kişinin öldüğü, bir saldırıda bir saldırıda 56 kişinin öldüğü tespit edilmiş idi.

Sağlık hizmeti sunan merkezlere tespit edilebilen 445 saldırı içinde en çok bildirim 174 (%39,1) saldırı ile 2.basamak sağlık merkezlerinden, sonrasında ise 1. basamak sağlık merkezlerin 166 (%37,3) saldırı olarak yapılmıştı (Tablo 1).

Tablo 1. Sağlık Hizmeti Sunan Merkezlere Yönelik Saldırıları

	n	%
1 Basamak Sağlık Merkezleri	166	37,3
2 Basamak Sağlık Merkezleri	174	39,1
3 Basamak Sağlık Merkezleri	19	4,3
Acil Bakım ve Afet Tıbbı Merkezleri	41	9,2
Rehabilitasyon Merkezleri	7	1,6
Kan Merkezleri	10	2,2
Eczaneler	28	6,3
Toplam	445	100

Savaşın başladığı şubat ayında sağlık hizmetlerine yönelik 35 (%6,6) saldırının gerçekleştiği, mart ayında 316 (%59,7) ile en çok saldırının yapıldığı ve diğer aylarda giderek saldırı sayısının azaldığı bildirilmişti (Şekil 1).



Şekil 1. Sağlık Hizmetlerine Yönelik Saldırı Sayılarının Aylara Göre Dağılımı

SHYS'nin 430' unda ağır silahların (ateşli silahlar, tanklar, füzeler, bombalar, havanlar gibi) kullanıldığı ve bu saldırılarda 124 kişinin yaralandığı, 94 kişinin öldüğü bildirilmişti. 48 saldırıda ise bireysel silahların (bıçaklar,

Tam Metin Sözlü Bildiri

tuğlalar, sopalar, silahlar, el bombaları ve el yapımı patlayıcı cihazlar) kullanıldığı ve bu saldırılarda 5 kişinin yaralandığı 6 kişinin öldüğü bildirilmişti. Sağlık tesislerinin zarar gördüğü saldırıların %91,8'inde ağır silahlar kullanılmış idi ve ağır ya da bireysel silah kullanımı ile Sağlık Tesislerinin zarar görme ihtimali arasında ($p < 0,001$ $\chi^2 = 30,477$) istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Bireysel silah ya da ağır silah kullanımı ile sağlık ulaşım aracı hasarı arasında ($p < 0,005$ $\chi^2 = 14,423$) ve çalışanlarının etkilenme durumu arasında ($p < 0,05$ $\chi^2 = 6,611$) istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (Tablo 2).

Tablo 2. Bireysel ya da Ağır Silah Kullanımı ile Sağlık Tesisi, Sağlık Ulaşım Aracı ve Sağlık Personellerinin Etkilenme Durumu

	Sağlık Tesisi Hasarı		Sağlık Ulaşım Aracı Hasarı		Sağlık Çalışanlarının Etkilenme Durumu	
	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
Bireysel Silah Kullanımı	24 (%63,2)	14 (%36,8)	13 (%36,1)	23 (%63,9)	8 (%22,2)	28 (%77,8)
Ağır Silah Kullanımı	393 (%91,8)	35 (8,2)	47 (%12,6)	325 (%87,4)	34 (%8,8)	352 (%91,2)
	$p < 0,001$ $\chi^2 = 30,477$		$p < 0,05$ $\chi^2 = 14,423$		$p < 0,05$ $\chi^2 = 6,611$	

Sağlık çalışanlarının saldırılardan etkilenme durumu ile hangi basamaktaki sağlık hizmet merkezinde çalıştığı incelendiğinde; 1.basamak sağlık merkezlerinde çalışanların %6,3'ünün saldırılardan etkilendiği, diğer basamak sağlık kuruluşlarında çalışanların %15,2' sinin saldırılardan etkilendiği tespit edildi ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0,05$ $\chi^2 = 7,448$). Sağlık çalışanlarının saldırılardan etkilenme durumu ile sağlık tesisinin hedef alınıp alınmaması durumu incelendiğinde; sağlık tesisi hasarı olan durumların %7,6'sında sağlık çalışanlarının etkilendiği bulunurken, tesis hasarı olmayan durumların %37,8'inde etkilendikleri bulundu ve iki durum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi ($p < 0,01$ $\chi^2 = 53,141$). Sağlık ulaşım aracı hasarı ile sağlık çalışanı etkilenmesi durumu arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilemedi ($p > 0,05$ $\chi^2 = 2,539$).

Tartışma: Ukrayna- Rusya Savaşının başlamasından bu yana toplam 5.827 kişi öldürüldü (2.270 erkek, 1.559 kadın, 153 kız ve 187 erkek, ayrıca cinsiyeti henüz bilinmeyen 35 çocuk ve 1.623 yetişkin) bunun yanı sıra 8.421 kişi ise yaralandı(6). Ukrayna- Rusya Savaşında çoğunluğu kadınlar ve çocuklardan oluşan yaklaşık 12 milyon insan evlerini terk etmek zorunda kaldı. Ülke içinde evlerinden edilmiş insanların sayısı ise 6,9 milyona yükseldi. Karışıklık ve savaş durumunda insanların ve özellikle dezavantajlı grupların sağlık hizmetlerine ihtiyacını arttırdığı gibi ulaşımını da zorlaşmaktadır (7,8). Birçok sağlık hizmetinin aksadığı bu dönemlerde, sağlık hizmet sunumuna yönelik organizasyon, tesis, araç, ekipman ya da personelin hedef alınması ise bu durumu daha da karmaşık bir hale getirmektedir. Yakın zamanda başlayan ve halen devam etmekte olan Ukrayna- Rusya Savaşında da uluslararası birçok anlaşmayla kesin olarak yasaklanmasına rağmen SHYS'ler devam etmektedir. 8 ay gibi kısa bir sürede sağlık hizmetlerine yönelik 530 saldırı gerçekleşmiştir. 2016 yılından 2020 yılına kadarki veriler incelendiğinde dünya genelinde 4094 SHYS'nin gerçekleştiği, 978 sağlık tesisinin hasar gördüğü, 1524 sağlık çalışanının yaralandığı, 681 sağlık çalışanının öldürüldüğü bildirilmiştir (9).

Çatışma ve Savaş Bölgelerinde acil sağlık hizmetlerinin yanında temel sağlık hizmetlerinin de devam ettirilmesi elzemdir. Ölümler ve sakatlıklar dışında; hijyen ve sanitasyon problemleri ve alt yapı hasarı nedeni ile kısa zamanda ortaya çıkabilecek salgın hastalıklar ciddi problemlere yol açabilecek, su ve gıda problemi nedeni ile beslenme bozuklukları ortaya çıkacak, aşılama hizmetleri aksayacak ve diğer birçok halk sağlığı hizmeti aksayacaktır (10,11). Veriler incelendiğinde 1.basamak sağlık hizmetlerinin saldırılara oldukça fazla maruz kaldığı görülmektedir. Aksayan sağlık organizasyonunu durma noktasına getireceğinden temel sağlık

Tam Metin Sözlü Bildiri

hizmetlerine yönelik saldırıların yoğunluğuna uluslararası kamuoyunun dikkatinin çekilmesi önemlidir.

Savaş ve karışıklıklarda bir diğer önemli sorun da sağlık tesis, altyapısı, ekipmanlarının hedef alınması sonrasında uzun vadede de sağlık hizmet sunumunun kısıtlanması ve engellenmesidir. Günümüzde savaş silahlarının etki gücünün artması ise bu durumu daha ciddi bir sorun haline getirmektedir (12). Ağır silahlar ile hedef alınan sağlık tesislerinde hasar ihtimalin arttığı, çalışmamızda da görülmektedir. Çalışmamızda dikkat çeken bir husus ise bireysel silahların kullanıldığı durumlarda sağlık çalışanlarına yönelik etkilenmenin daha fazla olmasıdır. Bu durum bireysel silahların kullanıldığı saldırılarda sağlık çalışanlarının direk olarak hedef alındığını akla getirmektedir.

Çalışmamızda verilerin bildiriminden kaynaklı eksiklikler ve bazı bildirimlerde birden fazla etkenin belirtilmiş olmasından kaynaklı kısıtlılıklar bulunmaktadır.

Sonuç: Savaş ve çatışma ortamlarında toplumun sağlık ihtiyaçları arttığı gibi sağlık hizmetlerine ulaşım da zorlaşmaktadır. Sağlık hizmetlerini hedef alan saldırılar ise sağlık sistemini işlevini azaltmakta, bazı durumlarda ise sağlık hizmet sunumunu tamamen durdurmaktadır. Uluslararası insancıl hukuk kuralları ile sağlık hizmetleri ve sunucularına yönelik saldırılar kesin olarak yasaklanmıştır. Ancak son çatışma bölgelerinden olan Ukrayna'da görüldüğü üzere ne yazık ki saldırılar devam etmektedir. Bu saldırıların durdurulması için uluslararası iş birliğinin yanında, olayların zamanında ve eksiksiz bildirilmesi de önemlidir. Bu çabalara katkı sağlayacak en küçük girişimler bile değerlidir.

Kaynaklar

1. WHO EMRO, Attacks on health care. In: WHO Emergencies [Online]. Available at: <http://www.emro.who.int/eha/attacks-on-health-care/index.html>. Accessed September 12, 2022.
2. Global status report on violence prevention 2014. In: UNDP Publications [Online]. Available at: https://www.undp.org/publications/global-status-report-violence-prevention-2014?utm_source=EN&utm_medium=GSR&utm_content=US_UNDP_PaidSearch_Brand_English&utm_campaign=CENTRAL&c_src=CENTRAL&c_src2=GSR&gclid=CjwKCAjw1ICZBhAzEiwAffvFhGtp3IE_LgnwdKNp5xWeO-d7zVRoJZYM_tbx-Nc-BsoHIO5Wjy1MKjhoCPW4QAvD_BwE. Accessed August 14, 2022.
3. Wiist WH, Barker K, Arya N, Rohde J, Donohoe M, White S, et al. The Role of Public Health in the Prevention of War: Rationale and Competencies. *Am J Public Health*. 2014;104(6):34-47.
4. Protection of Hospitals, Medical Personnel and Persons Being Treated in the International Law of Armed Conflict. In: ICRC health-care law factsheet [Online]. Available at: <https://www.icrc.org/en/document/health-care-providers-patients-suffer-thousands-attacks-health-care-services-past-5-years>. Accessed August 30, 22.
5. Surveillance System for Attacks on Health Care (SSA). In: WHO Overview [Online]. Available at: [https://www.who.int/publications/i/item/surveillance-system-for-attacks-on-health-care-\(ssa\)](https://www.who.int/publications/i/item/surveillance-system-for-attacks-on-health-care-(ssa)). Accessed August 28,22.
6. Ukraine: civilian casualty update 12 September 2022. In: OHCHR [Online]. Available at: <https://www.ohchr.org/en/news/2022/09/ukraine-civilian-casualty-update-12-september-2022>. Accessed September 12,22.
7. Ukraine Emergency Situation Report 6 – 12 September 2022. In: UNFPA Resources [Online]. Available at: <https://www.unfpa.org/resources/ukraine-emergency-situation-report-12-6-september-2022>. Accessed September 12,22.
8. Gögen S. Bir Savaş Silahı Olarak Kadına Yönelik Cinsel Şiddetin Sağlık Üzerine Etkileri: Bosna Savaşı Örneği. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2011; 11(1):119-126.
9. More Than 4000 Attacks Against Health Workers, Facilities, and Transports Since 2016 Underscore Need for Action to Protect Health Care in Conflict – World. In: ReliefWeb [Online]. Available at: https://reliefweb.int/report/world/more-4000-attacks-against-health-workers-facilities-and-transports-2016-underscore-need?gclid=CjwKCAjwsfuYBhAZEiwA5a6CDCORgyfqma8-SIYgE3scd7rDkJ0-iU66Q-vgwKIRD8KZRzu2I9-KpXBoCclwQAvD_BwE. Accessed September 12, 22.
10. Ukraine: Public Health Situation Analysis (PHSA) - Long-form (Last Update: July 2022) – Ukraine. In: ReliefWeb [Online]. Available at: <https://reliefweb.int/report/ukraine/ukraine-public-health-situation-analysis-phsa-long-form-last-update-july-2022>. Accessed September 12, 22.
11. İnandı T, Bilgin MK, Eltaş MC. Suriye Savaşı ve Halk Sağlığına Etkileri. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*. 2018;9(34):90-8.
12. Yılmaz S. Teknoloji ve Savaş. *İstanbul Esenyurt Üniversitesi İşletme ve Yönetim Bilimleri Fakültesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Der-*

Tam Metin Sözlü Bildiri

gisi. 2021;1(1):51-66.

1.Basamak Sağlık Merkezleri	166	37,3
2.Basamak Sağlık Merkezleri	174	39,1
3.Basamak Sağlık Merkezleri	19	4,3
Acil Bakım ve Afet Tıbbı Merkezleri	41	9,2
Rehabilitasyon Merkezleri	7	1,6
Kan Merkezleri	10	2,2
Eczaneler	28	6,3
Toplam	445	100

Acil ve Afet Tıbbı, Çatışma ve Savaşta Sağlık

Özet Sözlü Bildiri

S145

EPİLEPSİLİ BİREYLERDE AFETLERE VE ACİL DURUMLARA HAZIR BULUNUŞLUK İLE SAĞLIK YETKİNLİĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Gülay YILMAZEL

Hitit Üniversitesi, Türkiye

Giriş ve Amaç: Küresel hastalık yükünde önemli bir paya sahip kronik hastalıklardan biri olan epilepsi, uygun hastalık yönetimi ile kontrol altına alınabilir. Sağlık yetkinliği, acil durumlara ve afetlere karşı davranış geliştirme ve hazırlık sürecinde koruyucu bir mekanizmadır. Bu çalışma ile epilepsili bireylerde acil durumlara ve afetlere karşı hazırlık bulunma ile sağlık yetkinliği arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı özellikteki bu çalışma 01 Nisan-30 Mayıs 2022 tarihleri arasında Çorum ilinde gerçekleştirildi. Araştırmanın evrenini Çorum ilinde yaşayan ve Türkiye çapında bir dernek olan Epilepsi ve Yaşam Derneği'ne kayıtlı 547 üye oluşturdu. Çalışma, 18 yaş ve üzerindeki gönüllü 270 epilepsi hastası ile gerçekleştirildi. Araştırmanın verileri online hazırlanan anket formunun derneğin yöneticisi aracılığıyla whatsapp grubuna gönderilmesi ile toplandı. Anket formunda katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, hastalık yönetimine ilişkin sağlık davranışları yer aldı. Katılımcıların afete hazırlık durumları "Afete Hazırlık Ölçeği", sağlık yetkinlikleri ise "Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Kısa Form" ile değerlendirilmiştir.

Afete Hazır Bulunuşluk Ölçeği

Genel toplumun afete hazır bulunuşluk düzeyini belirlemek amacıyla Türkçe geliştirilen (Şentuna ve Çakı, 2020), ve 15 maddelik 4'lü Likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin tamamından alınabilecek en düşük puan 15, en yüksek puan 60'dır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirliğinde cronbach alfa tutarlılık katsayısının 0,82 olduğu belirtilmiştir.

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Kısa Form

Yetişkinlerde sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek amacıyla geliştirilen ölçeğin cronbach alpha güvenirlik katsayısı 0,850 olarak saptanmıştır. Ölçeğin değerlendirilmesinde formül (İndeks = (Ortalama-1) x 50/3) kullanılmaktadır. Formülle hesaplanan indeks değeri 0-50 arasında değişmektedir, yüksek puan daha iyi sağlık okuryazarlığını göstermektedir (Duong et al., 2019).

Türkçe geçerlik ve güvenirliği Yılmaz ve Eskici (2021) tarafından yapılmış olup, cronbach alpha katsayısı 0,856 olarak belirlenmiştir.

Çalışma için Hitit Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan etik onam alınmıştır (30.01.2022/2022/07).

Araştırmada bağımlı değişkenler afete hazır bulunuşlukları ile sağlık okuryazarlığı düzeyleridir. Sosyo-demografik özellikler, sağlık davranışları ve acil durumlara yönelik davranışlar ise bağımsız değişkenlerdir.

Araştırmanın verileri SPSS 22.0 programı aracılığıyla yüzdeler, ortalama, Mann-Whitney U testi Kruskal Wallis testi ve Spearman Korelasyon analizi ile değerlendirildi ve p<0.05 değeri istatistiksel açıdan anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Katılımcıların %50'si erkek, %50'si kadın olup ortanca yaş 38 idi. Katılımcıların ortanca gece uyku süresi 7,5 saat/gün, ortanca epilepsi süresi 15 yıldır. Medyan sağlık yetkinliği puanı 30 ve medyan afete hazır bulunma puanı 31'dir. Katılımcıların üçte ikisinden fazlası nöbetlerin tetikleyicisini biliyordu ve evden ayrıldıklarında yanlarında en az üç gün ilaç bulundurduğunu ifade etti. Katılımcıların sadece %6,7'si tıbbi

Özet Sözlü Bildiri

uyarı bilekliği/kartının olduğunu, %37,4'ü herhangi bir acil durumda aramaları gereken acil çağrı numarasını bildiklerini belirtmiştir. Medyan afete hazır bulunma puanları cinsiyete göre farklılık göstermekle birlikte ($p<0,01$) kadınlar için 32, erkekler için 31'dir. Afete hazırlık medyan puanı evliler için 31 olup, bekarlara göre anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). İl/ilçe merkezinde yaşayanların afete hazırlık puanı daha yüksekti ($p<0,01$). Düzenli fiziksel aktiviteye sahip olanların, farklı kronik hastalığı olanların ve ilaçlarını düzenli kullananların medyan afete hazır bulunma puanı 31 olup diğer gruplara göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,000$). Bireylerin yaşı, uyku süresi, epilepsi süresi, sağlık yetkinliği ve afete hazır bulunma düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$).

Sonuç: Epilepsili bireylerin acil durumlara ve afetlere karşı hazırlıklı olma davranışları ile sağlık yetkinlikleri alanında sınırlılıkların olduğu belirlendi. Bir afet ve acil durum sırasında, tıbbi açıdan savunmasız epilepsili bireyler, özel ihtiyaçlarını kendi başlarına karşılayabilmelidir. Bu bireylerde acil durum ve afete hazırlık davranışlarını geliştirebilmenin bir yolu olarak sağlık yetkinliklerinin artırılması önerilebilir.

Çalışmanın Sınırlılıkları: Çorum ilinde yaşayan 18 yaş ve üzerindeki epilepsi hastalarını kapsamıştır.

Çalışmada finansal destek ve çıkar çatışması yoktur

Anahtar Kelimeler: epilepsi, acil durum, afet

Özet Sözlü Bildiri

S146

BİR ÜNİVERSİTENİN ÖĞRENCİLERİNE YÖNELİK SAĞLIK İNANÇ MODELİ TEMELLİ AFETLERDE FARKINDALIK EĞİTİMİNİN ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN BİLGİ VE İNANÇ DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Çiğdem SAMANCI TEKİN¹, Sefa ERTÜRK², Sıdıka Sena KANLI³

¹Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

²Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyofizik Anabilim Dalı, Türkiye

³Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Afet Yönetimi Anabilim Dalı, Türkiye

Giriş-Amaç: İnsan var oldukça afetler olmaya devam edecektir. Afetlere hazırlık için özellikle kırılğan grupların eğitimi önem kazanmaktadır. Kırılğan gruplar içinde yer alan gençlerin eğitimi için üniversiteler en elverişli ortamlardır.

Sağlık İnanç Modeli, davranış bilimlerinde yer alan teorileri içeren ve sağlık davranışlarına uyarlanan en eski ve en yaygın kullanılan modellerden biridir. Literatürde toplumun afetlere hazırlık sürecini etkileyen faktörleri açıklamada, Sağlık İnanç Modeli'nin faydalı olabileceği gösterilmiştir. Bu çalışmamızda üniversite öğrencilerine verilen Sağlık İnanç Modeli temelli afetlerde farkındalık eğitiminin afet ile ilgili bilgi ve afet hazırlık inanç düzeylerine etkisini saptamak amaçlandı.

Gereç-Yöntem: Bu çalışma yarı deneysel olup, tek grupta ön test-son test düzeni şeklinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Merkez Kampüsünde 14 fakültede öğrenim gören yaklaşık 26.000 öğrenci oluşturmaktadır. Veriler toplanmadan önce, G*power (Version 3.1.9.7) programında, %90 istatistiksel güç ve $\alpha=0.05$ anlamlılık düzeyinde, ilişkili örneklem t-testine göre $d=0.50$ etki büyüklüğünü tespit etmek için gereken en küçük örneklem genişliği 172 olarak hesaplanmıştır. Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi kampüsünde bulunan rastgele seçilmiş fakültelerdeki (Tıp Fakültesi, Mühendislik Fakültesi, Mimarlık Fakültesi, Fen Edebiyat Fakültesi) öğrencilere fakülte yönetimleri aracılığıyla eğitim bilgilerinin duyurusu yapılmış, katılım sağlayan gönüllü 180 öğrenciye, alanında uzman araştırmacı yoluyla, konuları Sağlık İnanç Modeli alt bileşenlerine (Algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yarar, algılanan engeller, özyeterlilik, eyleme geçiriciler) uygun şekilde hazırlanmış, 90-120 dakika süren afetlerde farkındalık eğitimi verilmiştir. Katılımcılara ön test-son test anket soruları numaralandırılmış şekilde aynı anda dağıtılmış, eğitimden önce ön test ve eğitimden sonra son test anket formlarının doldurulması istenmiştir. Literatür taranarak hazırlanan anket formunda katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile afet deneyimleri ve afetlerle ilgili bilgi düzeylerine yönelik sorular bulunmaktadır. Ayrıca 45 soruluk Genel Afet Hazırlık İnanç Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek yazarlarından ve etik kuruldan (2021/18-24) izin alınmıştır. Eğitimler Aralık 2021- Mayıs 2022 tarihleri arasında yapılmıştır. Veriler IBM SPSS Statistics Standard Concurrent User V 26 (IBM Corp., Armonk, New York, ABD) istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler birim sayısı (n), yüzde (%), ortalama, standart sapma, medyan, minimum, maksimum, interquartile range (IQR) değerleri olarak verilmiştir. Sayısal değişkenlere ait verilerin normal dağılımı Shapiro Wilk normallik testi ile değerlendirilmiştir. Ön test ile son test Genel Afet Hazırlık İnanç ölçeği puanları Wilcoxon testi ile karşılaştırılmıştır. Ön test ve son test bilgi sorularının her biri için doğru cevaplayan öğrenci sayılarının karşılaştırılmasında McNemar testi kullanılmıştır. Ön test ve son testte bilgi soruları toplam puanları ile ölçek puanları arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Tüm karşılaştırmalarda $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak önemli kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmada 122 (%67,8) kadın ve 58 (%32,2) erkek olmak üzere toplam 180 öğrenci yer almıştır. Öğrencilerin yaşları 18-32 yıl aralığında değişmekte olup medyan yaş 21 yıldır. Daha önce bir afet nedeniyle

Özet Sözlü Bildiri

maddi hasar ya da fiziksel zarara uğrayan 7 (%3,9) öğrenci bulunmaktadır. Maddi hasar ya da fiziksel zarara uğrayan 7 öğrencinin dördü maddi hasara, üçü fiziksel zarara uğramıştır. Öğrencilerin 70'i (%38,9) afet ile ilgili, 120'si (%66,7) tatbikat ile ilgili eğitim almıştır. Tatbikat eğitimi alan 120 öğrencinin 49'u (%40,8) yangın, 70'i (%58,2) deprem ve biri (%0,8) doğru tahliye üzerine eğitim almıştır. Eğitim öncesinde ve sonrasında öğrencilere afetlerle ilgili bilgi soruları sorulmuş ön test ve sontest puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre son testte doğru cevap veren öğrenci sayısı ön teste göre istatistiksel olarak daha fazladır ($p < 0,001$). Öğrencilerin öntest ve sontest Genel Afet Hazırlık İnanç Ölçeği puanları karşılaştırılmıştır. Buna göre son test algılanan duyarlılık puanları önteste göre istatistiksel olarak yüksektir ($p = 0,004$). Öntest ve son test algılanan ciddiyet puanları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamaktadır ($p = 0,960$). Son test algılanan yarar alt ölçeği puanları istatistiksel olarak öntest puanlarından yüksektir ($p = 0,003$). Son test algılanan engeller ve eyleme geçiriciler alt ölçek puanları ön teste göre istatistiksel olarak düşüktür ($p < 0,001$; $p < 0,001$). Son test özyeterlilik puanları öntest puanlarına göre istatistiksel olarak yüksektir ($p < 0,001$). Son test Genel Afet Hazırlık İnanç Ölçeği puanları istatistiksel olarak öntest puanlarına göre yüksektir ($p < 0,001$).

Sonuç: Sağlık İnanç Modeli temelli bu çalışmamızın öğrencilerin afete ilişkin bilgi düzeyleri ve afete hazırlık inanç değişimleri üzerinde olumlu etkisi görüldü. Özellikle bu eğitim algılanan duyarlılık, algılanan yarar, özyeterliliğin arttırılmasında ve algılanan engellerin azalmasında, aynı zamanda eyleme geçiricilerin farkına varılmasında etkili olmuştur. Bu eğitimin üniversite öğrencilerinin tümünü kapsayacak şekilde yaygınlaştırılması, afete dirençli toplum inşaasında üniversitenin sunduğu katkıların başında gelecektir.

Çıkar Çatışması: Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

Finansal Destek: Finansal destek alınmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık İnanç Modeli, Afet, Halk Sağlığı, Üniversite öğrencisi

Özet Sözlü Bildiri

S147

ORMAN YANGINLARINA ŞAHİT OLAN VEYA MAĞDURİYET YAŞAYANLARDA TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU VE DEPRESYON

Gonca SOYSAL

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Türkiye

Giriş: Orman yangınları; çevresel yıkıma, fiziksel yaralanmaya ve ölümlere sebep olmanın yanı sıra hayatta kalan bireylerde yıllar sonra bile devam eden ruhsal bozukluklara sebep olan gün geçtikçe sayısı artan küresel bir afettir. Bir afet sonrasında araştırmalarda en sık bildirilen ve araştırılan ruh sağlığı sorunları travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve depresyondur. Bu ruhsal bozuklukların afet sonrası toplumda görülme sıklıklarının ve kronikleşme eğilimlerinin yüksekliği, sağaltım güçlükleri sebebiyle uygun tarama yöntemleriyle erken dönemde tespit edilmesi ve tedavisinin yapılması gerekmektedir. Dolayısıyla bu çalışmanın amacı, Türkiye'nin Muğla ve Antalya illerindeki orman yangınlarına şahit olan veya mağduriyet yaşayanlarda afetlerin ruhsal sonuçlarından olan TSSB ve depresyon görülme sıklıkları ile ilişkili faktörleri tespit etmektir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte olan bu araştırmanın evrenini Türkiye'de 28.07.2021-12.08.2021 tarihleri arasında meydana gelen Türkiye Cumhuriyeti tarihinin en büyük yangını olarak adlandırılan orman yangınlarına şahit olan/mağduriyet yaşayan Antalya ve Muğla'daki yöre halkı oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem büyüklüğünde; Open Epi Programı kullanılarak %95 güven aralığı, 0,05 sapma ve design effect=1 ile en az 385 Muğla ve Antalya illerinde ikamet eden orman yangını şahidi veya mağduru bireyi kapsamaması planlanmıştır. 417 bireye ulaşılmış 388 bireyle araştırma gerçekleştirilmiştir. Araştırma katılımcılarına, Muğla ve Antalya illerinin orman yangınlarının olduğu yörelerinde yaşayan hedef kişiler üzerinden kartopu örnekleme ile ulaşılmıştır. Araştırmanın verileri Ocak 2022-Mart 2022 tarihleri arasında katılımcılarla telefonla görüşme tekniği ve telefon mesaj uygulamaları araçları ile online anket form aracılığıyla toplanmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak literatür taranarak oluşturulan katılımcıların sosyo-demografik ve orman yangını öykülerine yönelik 15 sorudan oluşan anket formu, dokuz maddeden oluşan TSSB için Ulusal Stresli Olaylar Anketi-Kısa Ölçek ve 21 maddeden oluşan Beck Depresyon Envanteri kullanılmıştır. Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulundan 31.12.2021 tarihli 28.12 karar no ile etik kurul onayı alınmıştır. Araştırmada finansal destek alınmamış olup çıkar çatışması bulunmamaktadır. Araştırmanın verileri; tanımlayıcı istatistikler, Ki-Kare Testi (Yates düzeltmesi ve Pearson Ki-Kare Testi), tek yönlü ANCOVA testleri ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların %54,9'u erkek, %45,1'i ise kadındır ve yaş ortalamaları 29,1±11,0 yıldır. Katılımcıların orman yangınları kaynaklı olası TSSB görülme sıklığı %13,7 (%95 güven aralığı 10,6-17,4) iken olası depresyon görülme sıklığı %28,9 (%95 güven aralığı 24,5-33,5)'dur. Orman yangınları öncesinde tanı almış bir psikolojik rahatsızlığı olma durumlarının etkisi düzeltilerek kurulan ANCOVA testi sonuçlarına göre TSSB ölçeği toplam puanları; kadınlarda, 26-40 yaş grubunda 25 yaş ve altı yaş grubuna göre, önlisans mezunlarında lise mezunlarına göre, tarım/hayvancılıkla geçinenlerde öğrencilere göre ve evli olanlarda bekar olanlara göre daha yüksektir (p=0,004; 0,017; 0,019; 0,044; 0,021). Diğer taraftan Beck depresyon ölçeklerinin toplam puanları; kadınlarda, öğrencilerde kamu ve özel sektörde çalışan bireylere göre, düşük gelirli olanlarda orta ve yüksek gelirli olanlara göre, bekar olanlarda evli olanlara göre daha yüksektir (p<0,001; p=0,002; 0,035; 0,038). Birebir orman yangınlarını gören/yaşayanlarda, kendisi/yakın çevresinde fiziki bir yaralanma yaşayanlarda ve orman yangını kaynaklı ruhsal bir bozukluk yaşamaya başladığını düşünenlerde hem TSSB ve hem de depresyon ölçeği toplam puanları daha yüksektir (p<0,050). Orman yangınları esnasında bireylerin malı/mülkünün zarar görme durumuna göre TSSB ölçeği toplam puanlarında istatistiki anlamlılık düzeyinde bir fark varken (p<0,001) depresyon ölçeği toplam puanlarında bir fark yoktur (p=0,060).

Özet Sözlü Bildiri

Sonuç: Bireylerin sosyo-demografik özellikleri ve orman yangını öyküleri olası TSSB ve depresyon için öngörücülerdir. Orman yangını sonrasında acil tıbbi bakımın yanı sıra toplum ruh sağlığına yönelik bakımın gerekliliği açıktır. Toplum ruh sağlığı ilkyardım birimi oluşturularak dezavantajlı gruplar başta olmak üzere yangına şahit olan veya mağduriyet yaşayan her bireye ulaşan bir sağlık sistemi kurulmalıdır. Ayrıca orman yangını için yüksek risk taşıyan yerleşim yerlerinde yaşayan bireylere afet öncesinde kapsamlı ruh sağlığı dayanıklılık eğitimleri verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: orman yangını, TSSB, depresyon, afet, Toplum ruh sağlığı

Özet Sözlü Bildiri

S148

GÖÇMEN SAĞLIĞI MERKEZİNDEN HİZMET ALAN KADINLARIN ÜREME SAĞLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

İlkem DUMAN KIYMIK, Ahmet Tefvik SÜNTER

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

Giriş ve Amaç: Göç evrensel bir olgudur ve insanların buldukları yerden ekonomik, sosyal, siyasal ve kültürel nedenlerden dolayı başka bir yere hareket etmesi olarak tanımlanabilir. Göç eden nüfus, göç ettiği bölgeye daha önceden orada olmayan yeni sağlık sorunları taşıyabilir. Göçten kadınlar ve çocuklar daha fazla etkilenmektedir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde göçün kadınlar üzerindeki olumsuz etkileri olarak dil problemi, kadın sağlığı ve aile planlaması, ruhsal problemler, erken yaşta evlilikler, fiziksel ve cinsel şiddet, bulaşıcı hastalıklar, ekonomik koşullar nedeniyle beslenme ve barınma sorunları yer almaktadır. Literatürde bulunan kaynaklarda göçmen kadınların üreme sağlığı dâhil olmak üzere birçok konuda sorun yaşadıklarının bildirilmesi üzerine, günümüzde göçmen sağlığını ve ayrıca göçmen kadınların sağlıklarını değerlendirme gereksinimi doğmuştur. Dolayısıyla bu çalışmada göçmen sağlığı merkezine başvuran kadınların üreme sağlığının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın anketi Samsun ili Canik ilçesi Göçmen Sağlığı Merkezinde (GSM) 01.03.2021-31.08.2021 tarihleri arasında eşi ya da partneri olan göçmen kadınlara uygulanmıştır. Yapılan Güç analizine göre hesaplanan 141 kişinin verileri çalışmaya dâhil edildi. Anket soruları evet-hayır veya çoktan seçmeli yanıtlardan oluşan kolay anlaşılır kapalı uçlu sorular ve kişisel bilgiler olmak üzere toplam 41 sorudan oluşmaktadır. Anket noter onaylı yeminli tercüman tarafından Arapçaya çevrilip araştırmacı tarafından tercüman aracılığıyla yüz yüze, okuryazar olmayanlar için okunarak uygulanmıştır. Araştırmanın planlaması yapıldıktan sonra Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuru yapıldı. Etik kurulun 30.12.2020 tarih ve OMÜ KAEK 2020/761 Karar nolu izninden sonra, Samsun ili Sağlık İl Müdürlüğü Bilimsel Araştırma Değerlendirme Kurulu'ndan izin alınarak Canik ilçesi GSM'de anket uygulandı.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortancası 28 (17-68) yıl, ilk evlilik yaşı ortancası ise 18 (13-32) yıl idi. İlk evlilik yaşı 13-18 yaş aralığında olan kadınlar çalışma grubunun %58,9'unu oluşturmaktaydı. İlk gebelik yaşı ortancası 19 (13-34) olarak hesaplandı. İlk gebeliklerin %53,2'si 19-25 yaş aralığında ve %42,1'i 13-18 yaş aralığında idi. Yüz on beş kişinin ortanca gebe kalma sayısı 3 (1-10), yaşayan çocuk sayısı ortancası ise 3 (0-7) idi. Katılımcıların %39,7'si daha önce düşük yaşamıştır. Katılımcıların %51,8'inin önceki doğumlarında doğum sonrası bakım ve izlemlerinin yapılmadığı ve yapılan doğumların sadece %53,3'ünün herhangi bir sağlık kuruluşunda gerçekleştiği saptanmıştır. Aylık gelir durumu ve eğitim düzeyinin artışı ile hastanede doğumların sıklığı artmaktadır. Geçmiş gebeliklerinde herhangi bir sağlık kuruluşunda takip olma oranı %48,0 olarak saptanmıştır. Katılımcıların %63,7'sinin daha önce aile planlaması yöntemleri hakkında bilgilendirilmedikleri, eğitim almadıkları, herhangi bir aile planlaması yöntemi kullananların oranının ise %66,1 olduğu bulunmuştur. Modern yöntemlerin kullanılma sıklığı (%55,6) geleneksel yöntemlere (%44,4) göre daha yüksek bulunmuştur. En sık kullanılan modern yöntemlerin kondom ve doğum kontrol hapi, bütün yöntemler içinde ise en fazla kullanılan yöntemin geri çekme olduğu saptanmıştır. Çalışma grubunun doğumları değerlendirildiğinde tüm doğumlarını vajinal olarak yapanların oranı %49,2 olarak saptanmıştır. Tüm doğumlar içerisinde en az bir kere sezaryen doğum yapma oranı ise %48,0 olarak gözlenmiştir. Rahim ağzı kanseri taraması yaptırma oranı %17,5 olarak hesaplanmıştır.

Kısıtlılıklar: Çalışmamız tek bir ilde ve merkezde yürütüldüğünden tüm göçmen toplumuna genellenemez. Katılımcıların Türkiye'de bulunma süreleri bilinmemektedir. Anket sorularının kişilerin özeline girmesi nedeniyle negatif tutum gözlenmiştir.

Özet Sözlü Bildiri

Sonuç: Çalışmamızın bulgularına göre katılan göçmen kadınlarda doğurganlık sayılarının yüksek olduğu, aile planlaması hizmetinden yararlanma ve aile planlaması yöntemi kullanma davranışının düşük olduğu, doğum öncesi ve doğum sonrası bakım oranının da düşük olduğu saptanmıştır. Göçmen kadınlara, sağlık profesyonelleri tarafından kendi sosyokültürel yapılarına uygun şekilde doğurganlık, aile planlaması ve üreme sağlığı konularında eğitim/danışmanlık verilmelidir. Ayrıca sağlık profesyonellerinin farkındalığını artırmanın da sağlık sorunlarının çözülmesinde yardımcı olabileceği düşünülmektedir.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını ve finansal destek almadıklarını beyan ederler.

Anahtar Kelimeler: mülteci, aile planlaması, üreme sağlığı, kadın sağlığı, göçmen

Özet Sözlü Bildiri

S149

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNDE MEDİKAL ZENOFOBİ VE İLİŞKİLİ ETMENLER

Süleyman Utku UZUN, Bilge Betül KILIÇ, Ümmühan İnci KANDEMİR

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

Giriş: Ülkemize artan göç göz önüne alındığında hekimlerin göçmen/mültecilere yönelik olumsuz tutumlarının belirlenmesi bu konuda alınacak önlemler açısından önemlidir. Bu çalışma asistan hekimlerin zenofobi düzeyleri ve ilişkili etmenlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki bu araştırmanın evrenini 2021-2022 eğitim öğretim döneminde Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki asistan hekimler (N=490) oluşturmaktadır. Çalışmada G*Power kullanılarak örneklem hesabı yapılmıştır. Çalışmanın bağımlı değişkeni zenofobi ölçek puanıdır. Bu amaçla gerekli örneklem büyüklüğünü hesaplamak için daha önce yapılan çalışmadaki zenofobi ölçek puanı baz alınarak etki büyüklüğü hesaplanmıştır. Bu çalışmada hesaplanan etki büyüklüğü (effect size) $d=0,2$ olduğu bulunmuştur. Bu sebeple $d=0,2$ alınmış, %90 güç, $\alpha:0,05$ parametreleri kullanılarak çalışma için gerekli örneklem büyüklüğü toplamda en az 265 kişi olarak bulunmuştur. Örneklem alınacak kişiler buldukları branşlara göre tabakalandırılıp, her tabakanın ağırlığına göre örneklem alınacak kişi sayısı belirlenmiştir. Çalışmaya alınan kişiler tıpta uzmanlık öğrencileri listesinden basit rastgele örneklem yöntemiyle seçilmiştir. Üç kere gidilip ulaşılamayan veya reddeden kişilerin yerine listedeki bir altındaki kişiye gidilmiştir. Veriler 1-20 Ağustos 2022 tarihlerinde veriler toplanmıştır. Araştırmanın bağımsız değişkenlerini katılımcıların sosyodemografik özellikleri, öğrenim gördüğü branş, meslekte çalıştığı yıl, yabancı uyruklu akraba/aile/iş arkadaşı varlığı ve göçmen/mültecilere yönelik görüşleri oluşturmaktadır. Veri toplama işleminde araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulan 38 soruluk anket formu kullanılmıştır. Anket formu yüz yüze toplanmıştır. Anket formunda sosyodemografik özelliklerle ilgili 8 soru, katılımcıların çalışma koşullarıyla ilgili 3 soru, göçmen/mültecilerle ilgili görüşleri ve özellikleriyle ilgili 16 soru sorulmuş olup, göçmen/mültecilere yönelik tutum puanını ise 11 sorudan oluşan Zenofobi Ölçeği kullanılarak ölçülmüştür. Zenofobi Ölçeği 2011 yılında Kees Van Der Veer ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Özmete ve ark. tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçekteki sorular 6'lı likert dereceleme tipinde olup; ölçekten en az 11 en fazla 66 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan puanının artması zenofobinin arttığını göstermektedir. Veriler SPSS 17.0 paket programında değerlendirilmiş olup; tanımlayıcı istatistikler kategorik değişkenler için sayı, yüzde; sürekli değişkenler için aritmetik ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum değerler ile verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov analiz yöntemi ile test edilmiştir. Ölçeğin normal dağılımı sağlayabilmek için ölçekten alınan en yüksek puanın bir fazlasından ölçek puanları çıkarılıp karekök dönüşümü yapılmıştır. Zenofobi puanıyla ilişkili etmenlerin belirlenmesinde çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır. Modele yaş, branş ve çevrede yabancı uyruklu olma durumu eklenmiştir. Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (26/07/2022 tarih ve 11 sayılı toplantı) ve ölçek sahibinden gerekli izinler alınmıştır. Finansal destek alınmamıştır. Çıkar çatışması yoktur.

Bulgular: Araştırmaya 271 kişi katılmıştır. Hesaplanan örneklem büyüklüğüne ulaşılmıştır. Çalışmaya katılan tıpta uzmanlık öğrencilerinin yaş ortalaması $27,70 \pm 2,16$ olup %52,8'i (n=143) kadındır. Katılımcıların %53,7'si mülteci/göçmenlere sağlık hizmeti vermek istemediğini belirtmiştir. Araştırmaya katılanların %58,7'si mülteci/göçmenlere ücretsiz sağlık hizmeti verilmemesi gerektiğini belirtirken, %53,1'i mülteci/göçmenlerin ayrı yerlerde sağlık hizmeti almaları gerektiğini düşünmektedir. Araştırmaya katılan her 10 hekimden 1'i mülteci/göçmenlere sağlık hizmeti vermeyi geciktirebileceğini belirtmiştir. Asistan hekimlerin zenofobi puan ortalaması $57,53 \pm 7,82$ 'dir. Çoklu regresyon analizi sonucunda cerrahi branşta öğrenim gören hekimlerin (B= 0,571, %95 GA= 0,27-0,86 $p<0,001$) ve çevresinde yabancı uyruklu olmayan hekimlerin (B= 0,724, %95 GA= 0,42-0,92 $p<0,001$) zenofobi puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Asistan hekimlerin zenofobi puanları yüksek düzeyde olumsuz olduğu saptanmıştır. Türkiye'ye artan göç göz önüne alındığında zenofobinin nedenlerinin saptanması ve hekimlerin göçmen/mültecilere olumlu tutumunu artırmak için ek girişimlere gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: Zenofobi, hekim, yabancı düşmanlığı, tutum

S150

**MÜLTECİ KAMPLARINA GÖREVLENDİRİLEN SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA
SAVAŞIN ARKA PLAN PSİKOLOJİK ETKİLERİ**

İsmet ÇELEBİ¹, Selma DURMUŞ SARIKAHYA², Harun ÖZKAN³

¹Gazi Üniversitesi, Türkiye

²Artvin Çoruh Üniversitesi, Türkiye

³Eskişehir Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

Amaç: Sağlık çalışanlarının sürekli olarak çeşitli kritik ve acil durumlara maruz kalmaları zamanla hem fiziksel hem psikolojik sorunların gelişmesine karşı bireyin savunmasızlığını artırmaktadır. Özellikle acil müdahale gerektiren durumlarda en ön safhada çalışma, savaş mağduru dramatik durumdaki bireylere yardım etme ve sınır ötesine geçme ya da buldukları yerde çatışma altında kalma gibi risklerle de karşı karşıya olmaları çalışanların stres, kaygı düzeyleri ile yorgunluk ve tükenmişlik yaşama risklerinin artmasına yol açmaktadır. Bu çalışma mülteci kamplarına geçici olarak görevlendirilen sağlık çalışanlarının tükenmişlik, depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri ile bunlarla ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Yöntem: Tanımlayıcı-kesitsel olarak tasarlanan bu araştırma mülteci kamplarında geçici olarak çalışmak için görevlendirilen 234 sağlık çalışanı ile gerçekleştirilmiştir. Evrenin tamamına ulaşım hedeflendiği için örneklem seçim yöntemi ve örnek büyüklüğü hesaplaması yapılmamıştır. Çalışmada sosyodemografik bilgi formu, DAS-21 Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Envanteri (MTE) kullanılmıştır. Veri analizinde bağımsız değişkenler sayı ve yüzde olarak belirtilmiş, kategorik verilerin karşılaştırılması için ki-kare çözümlene yöntemi, bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. Yaş, görev süresi, MTE alt boyut puanları, DAS-21 alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelenmiştir.

Bulgular: Katılımcıların %64.5'i 31 yaşından küçük, %50.0'ı Paramedik, %31.2'si sınır ötesine geçmiş ve %54.7'si gönüllü olarak kamplarda görevlendirildiğini ifade etmiştir. UMKE olarak görevlendirilen katılımcıların Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı puan ortalaması 112 olarak görevlendirilenlere göre ve istatistiksel olarak anlamlıydı. UMKE çalışanlarında ve sınır ötesi göreve gidenlerde depresyon oranı istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur. Mülteci kamplarına görevlendirme sayısı ile stres arasında pozitif yönde yüksek düzeyde ilişki saptanmıştır.

Sonuç: Bu araştırma ile sınır ötesi göreve gidenlerde depresyon oranının, gönüllü görevlendirilenlerde duygusal tükenmenin daha fazla olduğu, kadınlarda duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve anksiyetenin daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Mülteci kamplarında sağlık çalışanlarında iş doyumunu artıracak ve tükenmeyi azaltacak şekilde çalışma şartlarında düzenlemeler yapılması ve bu bölgelerde çalışanlara gerekli psikolojik destek sağlanması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Tükenmişlik, Sağlık Çalışanları, Ruh sağlığı, Mülteci Kampı Abstract

Objectives: The constant exposure of healthcare employees to various critical and emergency situations increases the vulnerability of the individual to the development of both physical and psychological problems over time. Especially working at the forefront in situations that require urgent intervention, helping war victims in dreadful situations and being exposed to risks such as cross border or local conflicts, leads to an increased risk of stress, increased anxiety levels, fatigue and burnout in employees. This study has been carried out to evaluate the burnout, depression, anxiety and stress levels of healthcare employees temporarily assigned to refugee camps and factors related hereto. **Method:** This descriptive-cross-sectional study has been conducted with 234 healthcare employees assigned to work temporarily in refugee camps. Since the aim was to reach the entire population, the sample selection method was not used and a sample size calculation was not made. A socio-demographic information form, the DAS-21 scale and the Maslach Burnout Inventory (MBI) were used in this study. Independent variables were mentioned in numbers and percentages in the data analysis, the chi-square analysis method was used to compare categorical

Tam Metin Sözlü Bildiri

data and the T-test was used for independent groups. The relationship between age, duration of assignment, MBI sub-scores and mean DAS-21 sub-scores was evaluated with a correlation analysis.

Results: *A percentage of 64.5% of the participants stated that they were younger than 31 years old, 50.0% stated they were working as a paramedic, 31.2% stated they had crossed the border and 54.7% stated that they were assigned to camps on a voluntary basis. The Emotional Exhaustion, Desensitization and Personal Achievement score average of the participants assigned to National Medical Rescue Teams were found to be statistically significant compared to those assigned to 112 emergency services. The rate of depression was found to be statistically higher in National Medical Rescue Team employees and those who had gone on cross-border assignments. A high positive correlation was found between the number of assignments to refugee camps and stress.*

Conclusion: *On the basis of this study, it was concluded that the rate of depression is higher in those who go on a cross-border mission, that emotional exhaustion is higher in those who have been assigned on a voluntary basis and that emotional exhaustion, depersonalization and anxiety levels are higher in women. It is recommended that arrangements are made in the working conditions to increase job satisfaction and reduce burnout in healthcare employees working in refugee camps and that the necessary psychological support is provided to those working in these regions.*

Keywords: *Burnout, Healthcare employees, Mental health, Refugee camp*

GİRİŞ VE AMAÇ

Ön safhalarda görevlendirilen sağlık çalışanları sürekli olarak çeşitli kritik ve acil durumlara (örneğin; yangınlar, doğal afetler, motorlu araç kazaları, tıbbi acil durumlar vb.) maruz kalmaları sebebiyle yüksek riskli bir meslektir. 1,2 Hasta ve yaralının acısına maruz kalmak zamanla hem fiziksel hem psikolojik sorunların gelişmesine karşı bireyin savunmasızlığını artırmaktadır.2,3 Özellikle, itfaiye, ambulans ve kurtarma çalışanlarının işlerinin doğası gereği travmaya maruz kalmaları sonucu yaşanan birikim yorgunluk ve tükenmişlik riskinin artmasına neden olmaktadır.4 Ayrıca depresyon, anksiyete ve panik bozukluğu da dahil olmak üzere diğer psikolojik bozukluklar da tükenmişlik ile ilişkilendirilmiştir.5 Çatışma, savaş, göç vb nedenlerle ülkelerini terk etmiş, rutin hayat işleyişleri bozulan bireylerle çalışan sağlık personeli toplumun diğer kesimlerine kıyasla daha fazla stres altında kalmaktadır.6

Günümüzde yaşanan kitlesel göçler, çatışmalar, savaşlar, artan eşitsizlikler, küresel terörizm ve iklim değişiklikleri nedeniyle mültecilik dünyada ve ülkemizde gittikçe artan önemli sorunlardan biri olmaya devam etmektedir.7,8 Ülkemizde bugün üç milyondan fazla Suriyeli sığınmacı bulunmakta olup bir kısmı geçici barınma merkezlerinde, büyük kısmı da ülkenin değişik kentlerinde, sığınmacı olarak yaşamlarını sürdürmektedirler.9 Türkiye’de geçici barınma merkezlerinde bulunan sığınmacılarına verilen sağlık hizmetlerinin bir kısmı geçici bir süre ile görevlendirilen sağlık çalışanları tarafından sunulmaktadır. Geçici bir süre ile görevlendirilen sağlık çalışanlarının savaş mağduru bireylere yardım etmek, sınır ötesine geçmek ya da buldukları yerde çatışma altında kalmak gibi risklerle de karşı karşıya olmaları stres ve kaygı düzeylerinin artmasına yol açmaktadır.

Araştırmanın Kapsamı ve Literatüre KatkısıLiteratürde mülteci ve sığınmacıların yaşadıkları sağlık sorunları, sağlık hizmetlerini kullanımı ve erişimindeki güçlükler ile ilgili birçok çalışma mevcut iken 5,7,10 mülteci ve sığınmacılara sağlık hizmeti sunan sağlık çalışanlarının yaşadıkları sorunlar, tükenmişlik ve depresyon durumları ile ilgili çalışmaların sınırlı olması nedeniyle bu çalışmanın önemli olduğunu düşünülmektedir. Mülteci ve sığınmacıların sağlık hizmetlerinde yarattığı sorunların yanında sağlık çalışanları boyutunda yarattığı etkisinin ve bunlarla ilişkili faktörlerine ele alınmasının bilimsel verilere katkı sağlama açısından çalışma önem taşımaktadır. Bu çalışma mülteci kamplarına geçici olarak görevlendirilen sağlık çalışanlarının tükenmişlik, depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri ile bunlarla ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma hipotezi: H0: Mülteci kamplarına görevlendirilmek sağlık personeli arasında Depresyon, Anksiyete, Stres ve tükenmişlik düzeyini artırmaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Bu araştırma mülteci kamplarında geçici olarak görev almış sağlık çalışanlarının tükenmişlik, depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri ve bunu etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı kesitsel olarak tasarlanmıştır

Araştırmanın Yapıldığı Yer, Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Eskişehir ilinde il sağlık müdürlüğüne bağlı görev yapan sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Geçici barınma yerlerine görevlendirmeler ambulans servisi ve ulusal medikal kurtarma ekibi (UMKE) ile yapıldığı için araştırmaya bu birimlerde görev yapan personel dahil edilmiştir. Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı ambulans servisinde 465 sağlık çalışanı ve Eskişehir UMKE biriminde 149 kişi çalışmaktadır. Evrenin tamamına ulaşım hedeflendiği için örneklem seçim yöntemi kullanılmamıştır. Araştırma kapsamında 234 kişiye ulaşılmıştır (Ulaşım oranı: %38,11). Araştırmaya dahil edilme kriteri; geçici barınma yerlerinde en az bir kez görevlendirilmiş ve araştırmaya katılmak için gönüllü olmak, araştırmada hariç tutma kriteri ise psikiyatri tarafından herhangi bir anksiyete, depresyon tanısı almış olmasıdır.

Veri Toplama Aracı

Araştırmada Kişisel Bilgi Formu, Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği (DAS-21) ve Maslach Tükenmişlik ölçeğinin bulunduğu üç bölümden oluşan veri toplama formu kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından oluşturulan bu formda yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, sigara ve alkol kullanımı gibi 11 soru bulunmaktadır.

Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği (DAS-21): DAS-21 Lovibond ve Lovibond (1995) tarafından DAS-42'nin kısaltılmasıyla oluşturulmuştur. 11 DAS-21 ölçeğinin "normal ve klinik örneklemde Türkçe versiyonun psikometrik özellikleri Sarıçam (2018) tarafından yapılmıştır. 12 Bu ölçek 4'lü Likert tipi olup "depresyon, stres ve anksiyete boyutlarını" ölçen yedişer sorudan oluşmaktadır. Bireyin depresyon alt boyutundan beş puan ve üzeri, anksiyeteden dört puan ve üzeri, stresten sekiz puan ve üzeri alması ilgili probleme sahip olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı depresyon için .91, anksiyete için .84 ve stres için .90'dır. 12

Maslach Tükenmişlik Envanteri: Maslach tarafından geliştirilen 13, ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Çam ve Ergin tarafından 14 yapılmış olan Maslach Tükenmişlik Envanteri (MTE) kullanılmıştır. MTE, duygusal tükenme (DT), duyarsızlaşma (D) ve kişisel başarı (KB) olmak üzere üç alt boyuttan ve 22 maddeden oluşmaktadır. 13, 14 Ölçekte, DT ile ilgili 9, duyarsızlaşma ile ilgili 5, KB ile ilgili 8 madde bulunmaktadır. Maddeler, 5 dereceli (0: hiçbir zaman 1: çok nadir; 2: bazen; 3: çoğu zaman ve 4: her zaman) likert tipi yanıtlanan önermelerden oluşmaktadır. Bu puanların toplanması ile DT için 0-36, D için 0-20 ve KB için 0-32 arasında değişen puanlar elde edilmektedir. DT ve D alt gruplarında, yüksek puanlar yüksek tükenmişliği, KB alt grubunda ise düşük puanlar yüksek tükenmişliği göstermektedir. 13, 14 Ülkemizde Çam (1991) tarafından ölçeğin Türkçe versiyonunun göre güvenilirlik katsayıları DT için 0.89; D için 0.71 ve KB için 0.72 bulunmuştur. 14

Değişkenler

Çalışmanın bağımlı değişkenleri, DAS-21 ölçeği ve MTE ölçeğine göre katılımcıların aldığı puanlar; bağımsız değişkenler ise sosyodemografik özelliklerdir

Verilerin Toplanması

Veriler Ağustos -Eylül 2022 tarihleri arasında, gönüllülük esasına dayalı olarak, Eskişehir ambulans servisinde ve Eskişehir UMKE biriminde görevli sağlık çalışanlarına online olarak google forms aracılığıyla toplanmıştır. Görevli sağlık çalışanlarına sosyal medya gruplarından ve e posta yoluyla ulaşılmıştır. Araştırma öncesinde katılımcılara araştırma içeriği, araştırma soruları, veri toplama esnasında dikkat edilmesi gerekenler hakkında

Tam Metin Sözlü Bildiri

bilgilendirme yapılmıştır. Soru formlarının cevaplanma süresi yaklaşık 20 dakika olup, veriler etik kurul ve kurum izni alındıktan sonra toplanmıştır

Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 25.0 paket programı ile analiz edilmiştir. Tanımlayıcı verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama kullanılmıştır. DAS-21 ölçek toplam puan dağılımı sonucunda kategorik verilerin karşılaştırılması için ki-kare çözümlene yöntemi kullanılmıştır. MTE ve alt boyut ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımsız grupta t testi kullanılmıştır. Yaş, görev süresi, MTE alt boyut puanları, DAS-21 alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelenmiştir. Ayrıca yaş, iş deneyim süresi, DAS-21 ve MTE puan ortalamaları, standart sapmaları, Mod değerleri verilmiştir. Tüm analiz sonuçlarının yorumlanmasında güven düzeyi %95, anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yürütülebilmesi için Artvin Çoruh Üniversitesi Etik Kurulundan 24.08.2022 tarih ve E.59350 sayılı karar no ile etik kurul izni alınmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özellikleri ve tanıtıcı bilgileri Tablo 1’de verilmiştir. Toplam katılımcıların %64.5’i 31 yaşından küçük, %65.0’i erkek, %85.5’i üniversite mezunu, %50.0’i Paramedik, %31.2’si sınır ötesine geçmiş, %54.7’si gönüllü olarak kamplarda görevlendirildiği saptanmıştır. (Tablo 1).

Tam Metin Sözlü Bildiri

Tablo 1. Katılımcılara Ait Sosyo Demografik Özellikler

		Sayı	%
Yaş	<31	151	64.5
	>31 ve	83	35.5
Cinsiyet	Erkek	152	65.0
	Kadın	82	35.0
Eğitim Durumu	Ortaöğretim	34	14.5
	Üniversite	200	85.5
Görev Süresi	<8 yıl	145	62.0
	>8 yıl ve	89	38.0
Medeni Durum	Evli	79	33.8
	Bekar	155	66.2
Ünvan	Paramedik	117	50.0
	ATT	53	22.6
	Diğer*	64	27.4
Birim	112	173	73.9
	UMKE	61	26.1
Sınır Ötesi Geçme	Evet	73	31,2
	Hayır	161	68.8
Görevlendirilme	Gönüllü	128	54.7
	Görevlendirme	106	45.3
Sigara	İçiyor	107	45.7
	İçmiyor	127	54.3
Alkol	Kullanıyor	39	16.7
	Kullanmıyor	195	83.3

*Hemşire, Ebe, Doktor, Laborant

Katılımcıların yaş ortalaması 30.95 ± 11.13 olduğu, COVID-19 pandemisinin psikolojik olarak etkileme ortalamasının 5.99 ± 3.05 , MTE puan ortalamasının 37.22 ± 15.75 ve anksiyete puan ortalamasının 5.72 ± 4.02 olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Tam Metin Sözlü Bildiri

Tablo 2. Bazı Değişkenlere ait bilgiler

	Min	Max	Ortalama	SS
Yaş	18.00	43.00	30.95	11.13
Görev Süresi	1.00	38.00	7.91	8.14
MTE Toplam	0.00	75.00	37.22	15.76
Duygusal Tükenme	0.00	34.00	15.14	7.15
Duyarsızlaşma	0.00	18.00	8.87	4.79
Kişisel Başarı	0.00	24.00	13.21	5.74
Anksiyete	0.00	14.00	3.78	3.04
Depresyon	0.00	15.00	4.63	3.44
Stres	0.00	18.00	5.72	4.02

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve tanıtıcı bilgilerine göre Maslach Tükenmişlik Envanteri Alt Boyutları puan ortalamasının dağılımları Tablo 3'te verilmiştir. Sonuçlar incelendiğinde 31 yaş altı (p=0.009),kadın (p=0.001), 8 yıl ve altı çalışma süresi (p=0.027), evli (p=0.017), UMKE de çalışanı (p=0.024), sözlü şiddet, fiziksel şiddete maruz olan (p=0.001), sigara ve alkol kullanan (p=0.001) katılımcıların duygusal tükenme alt boyutu puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 3. Maslach Tükenmişlik Envanteri Alt Boyutları Puan Ortalamasının Bazı Değişkenlere Göre Fark Analizi

		Duygusal Tükenme			Duyarsızlaşma			Kişisel Başarı		
		Ort-SS	t	p	Ort-SS	t	p	Ort-SS	t	p
Yaş	<31 yaş	16.05±6.99			9.61±4.78			10.84±5.96		
	>31 yaş ve	13.49±7.17	2.652	0.009	7.53±4.53	3.240	0.001	14.51±5.19	4.897	0.001
Cinsiyet	Erkek	13.54±7.63			7.85±4.84			12.82±6.14		
	Kadın	18.11±4.97	-4.880	0.001	10.77±4.09	-4.639	0.001	13.92±4.87	-1.407	0.161
Çalışma Süresi	<8 yıl	15.95±6.51			9.55±4.77			14.55±5.73		
	>8 yıl ve	13.83±7.95	2.220	0.027	7.76±4.63	2.812	0.005	11.02±6.54	4.772	0.001
Medeni Durum	Evli	16.71±7.88			8.89±4.51			13.16±5.58		
	Bekar	14.34±6.63	2.412	0.017	8.85±4.83	0.061	0.951	13.23±5.84	-0.085	0.932
Birim	112	14.52±6.34			8.23±4.63			12.57±5.36		
	UMKE	16.91±8.88	-2.272	0.024	10.68±4.80	-3.528	0.001	15.03±6.41	-2.876	0.004
Sınır ötesi	Evet	15.56±7.74			9.63±4.81			13.78±6.64		
	Hayır	14.95±6.88	0.599	0.550	8.52±4.75	1.636	0.103	12.95±5.68	1.025	0.306
Görevlendirilme	Gönüllü	16.02±8.04			9.42±5.27			13.61±6.23		
	Görevlendirme ile	14.11±5.81	2.022	0.044	8.19±4.06	1.969	0.051	12.72±5.06	1.172	0.243
Sigara	İçiyor	17.67±7.24			10.31±4.38			14.57±5.06		
	İçmiyor	13.02±6.35	5.236	0.001	7.65±4.79	4.402	0.001	12.05±6.03	3.426	0.001
Alkol	Kullanıyor	18.82±4.34			12.02±2.73			15.28±2.53		
	Kullanmıyor	14.41±7.38	3.605	0.001	8.24±4.87	4.661	0.001	12.79±6.11	2.497	0.013

Tam Metin Sözlü Bildiri

Tablo 4. Depresyon, Anksiyete Ve Stres Durumunun Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi

		Depresyon			Anksiyete			Stres		
		n (%)	ki kare	p	n (%)	ki kare	p	n (%)	ki kare	p
Yaş	<31	82(54.3)			68(58.3)			35(23.2)		
	>31 ve	38(48.8)	1.557	0.222	35(42.2)	5.574	0.020	24(28.9)	0.935	0.349
Cinsiyet	Erkek	74(48.7)			70(46.1)			39(25.7)		
	Kadın	46(56.1)	1.172	0.337	53(64.6)	7.376	0.009	20(24.4)	0.045	0.876
Eğitim Durumu	Ortaöğretim	13(38.2)			13(38.2)			7(20.6)		
	Üniversite	107(53.5)	2.710	0.137	110(55.0)	3.276	0.094	52(26.0)	0.451	0.670
Çalışma Süresi	<8	91(62.8)			95(65.5)			50(34.5)		
	>8 ve	29(32.6)	20.098	0.001	28(31.5)	25.654	0.001	9(10.1)	17.370	0.001
Medeni Durum	Evli	41(51.9)			31(39.2)			28(35.4)		
	Bekar	79(51.0)	0.018	0.998	92(59.4)	8.491	0.004	31(20.0)	6.618	0.016
Ünvan	Paramedik	66(56.4)			72(61.5)			25(21.4)		
	ATT	26(49.1)			23(43.4)			19(35.8)		
	Diğer*	28(43.8)	2.790	0.248	28(43.8)	7.560	0.023	15(23.4)	4.204	0.222
Birim	112	76(43.9)			90(52.0)			40(23.1)		
	UMKE	44(72.1)	14.356	0.001	33(54.1)	0.078	0.882	19(31.1)	1.541	0.232
Sınır Ötesi	Evet	47(64.4)			41(58.2)			19(26.0)		
	Hayır	73(45.3)	7.290	0.008	82(50.9)	0.552	0.483	40(24.8)	0.037	0.872
Görevlendime	Gönüllü	68(53.1)			74(57.8)			33(25.8)		
	Görevlendirme ile	52(49.1)	0.384	0.602	49(46.2)	3.122	0.088	26(25.5)	0.048	0.880
Sigara	İçiyor	52(48.6)			47(43.9)			34(31.9)		
	İçmiyor	68(53.5)	0.568	0.512	76(59.8)	5.901	0.018	25(19.7)	4.502	0.036
Alkol	Kullanmıyor	20(51.3)			26(66.7)			14(35.9)		
	Kullanmıyor	100(51.3)	0.000	1.000	97(49.7)	3.733	0.056	45(23.1)	2.833	0.107

Tablo 4'e göre çalışma süresi sekiz yılın altında olan katılımcılarda depresyon, anksiyete ve stres çalışma süresi sekiz yıl ve üzeri olan katılımcılardan daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Görev birimi UMKE olan katılımcılarda görev yeri 112 olanlara göre depresyon oranı daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Sınır ötesi göreve gidenlerde sınırı ötesi göreve gitmeyenlere göre depresyon oranı daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 5. Bazı Değişkenler Arasındaki Korelasyon

	Yaş	Görev Süresi	Görevlen. sayısı	DT	D	KB	Depresyon	Anksiyete	
Yaş	r	1							
	p								
Çalışma Süresi (Yıl)	r	0.651	1						
	p	0.001							
Görevlendirme sayısı	r	0.053	-0.023	1					
	p	0.418	0.728						
Duygusal tükenme	r	-	-0.322	-0.070	1				
	p	0.009	0.001	0.283					
Duyarsızlaşma	r	0.208	-0.355	0.023	0.722	1			
	p	0.001	0.001	0.729	0.001				
Kişisel Başarı	r	0.306	-0.436	0.035	0.720	0.596	1		
	p	0.001	0.001	0.592	0.001	0.001			
Depresyon	r	0.030	-0.375	0.002	0.562	0.474	0.355	1	
	p	0.649	0.001	0.973	0.001	0.001	0.001		
Anksiyete	r	0.112	-0.368	0.087	0.454	0.559	0.354	0.779	1
	p	0.086	0.001	0.184	0.001	0.001	0.001	0.001	
Stres	r	0.092	-0.426	0.140	0.624	0.511	0.491	0.875	0.790
	p	0.161	0.001	0.032	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001

Tam Metin Sözlü Bildiri

Bazı değişkenler arasındaki korelasyonun yer aldığı Tablo 5 incelendiğinde, DT, Duyarsızlaşma ve KB ile yaş ve görev süresi arasından yüksek düzeyde negatif yönde ilişki vardır. Görevlendirme sayısı ile stres arasında pozitif yönde yüksek düzeyde ilişki vardır. DT, Duyarsızlaşma ve KB ile depresyon ve anksiyete arasında yüksek düzeyde pozitif yönde ilişki vardır.

TARTIŞMA

Yoğun çalışma koşulları, psikolojik destek yoksunluğu, hasta ve yakınları tarafından şiddete maruz kalma sağlık çalışanları arasında zamanla tükenmişlik ve beraberinde depresyon, anksiyete meydana gelmesine yol açmaktadır.15 Geçici barınma kamplarında görevli sağlık çalışanlarının çalışma ortam ve koşullarındaki zorluklar, travmatik hasta ve yaralıya müdahale etme ve bununla birlikte ek stresörlerin varlığı bireyin yüksek travmatik stres altında kalmasına neden olmaktadır. Mülteci kamplarında görevli sağlık çalışanları arasında tükenmişlik, depresyon, anksiyete, stres düzeyleri ve bunlarla ilişkili faktörlerin incelendiği sınırlı sayıda çalışmalardan biri olan bu çalışmada alana katkıda bulunacak sonuçlara ulaşılmıştır. Çalışmada katılımcıların Türk toplumuna oranla daha yüksek düzeyde depresyon, anksiyete düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir. Türkiye depresyon oranı %3.81, anksiyete oranı: %5.87'dir.16 Katılımcıların depresyon ve anksiyete oranlarının topluma göre yüksek olmasının temel sebebi şüphesiz işlerinin doğası gereği potansiyel olarak travmatik olaylara (örneğin, doğal afetler, araba kazaları) kronik olarak maruz kalmalarıdır.5,17 Konuya ilişkin literatür incelendiğinde 112 acil sağlık çalışanlarının görevleri sırasında şiddet ve ölüme tanıklık etmeleri, ağır fiziksel yaralanmalara müdahalede bulunmaları, çocuk ölümlerine tanıklık etme ve insan eliyle yapılmış saldırılara maruz kalmış bireylerle çalışmış olmaları nedeniyle yüksek travmatik stres belirtileri gösterdiği belirlenmiştir.18 Savaş, terör saldırısı, göç gibi yaşantılar bireyin yaşamını olduğu kadar fiziksel ve ruhsal iyi oluş halini de tehdit eden travmatik yaşantılardır ve yalnızca yaşantıya doğrudan maruz kalan bireyi değil, bireyin ilişkide bulunduğu kişileri de etkileyebilmektedir. Konuya ilişkin literatür incelendiğinde travma anında veya sonrasında meslek elemanlarının yaptıkları yardım davranışı sonucunda deneyimledikleri örseleyici olay, ölüme tanık olma ve yaralanma riski gibi nedenlerle dolaylı yoldan maruz kalan birey üzerinde de en az birincil maruziyeti yaşamış kişi kadar etki bırakabildiğini göstermektedir.19,20 Örselenmiş bireylere yardımda bulunan, ister profesyonel ister gönüllü olsun, meslek elemanlarının bireylerin yaşam olaylarına tanıklık etmeleri nedeniyle kendilerinin de benzer ruhsal belirtileri göstermeleri kaçınılmazdır.19,21 Bu çalışmamızda geçici barınma yerlerine gönüllü olarak giden katılımcıların yüksek düzeyde depresyon, anksiyete ve stres düzeyine sahip oldukları belirlenmiş, ve hatta DT puan ortalaması gönüllü çalışanlarda anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Örselenmiş bireylere psikososyal yardımda bulunan, ister profesyonel ister gönüllü olsun, meslek elemanlarının bireylerin yaşam olaylarına tanıklık etmeleri nedeniyle kendilerinin de travma sonrası stres belirtilerine benzer belirtileri göstermelerinin kaçınılmaz olduğu, bunu önlemek için olumsuz etkilenme düzeylerini en aza indireyecek yaklaşımların belirlenmesi ve koruyucu ruh sağlığı çalışmalarının yapılması gerekmektedir. Araştırmada UMKE'de çalışan katılımcıların tükenmişlik düzeyi puanının anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durumun sebebinin UMKE personelinin kurtarma çalışmaları gibi daha travmatik durumlara diğer sağlık çalışanlarına kıyasla daha fazla ve ön safhalarda müdahale ediyor olmasından olabilir.

Çalışmada sınır ötesi göreve giden katılımcılarda depresyon oranı daha yüksek bulunmuştur. Sınır ötesi görev esnasında her an çatışma ortamında bulunma korkusu gibi ciddi stresörlerin varlığı bireylerde depresyon eğilimi yaratmış olabilir.

Çalışmanın sınırlılıkları; bu çalışmanın en önemli sınırlılığı kesitsel tanımlayıcı olarak planlanmasından dolayı genelleme yapılamamasıdır. Diğer sınırlılıkları ise çalışmanın sadece bir il özelinde uygulanmış olması ve verinin online ortamda toplanmış olmasıdır. Çalışmanın güçlü yönü ise geçici barınma yerlerinde görevli sağlık çalışanlarının ruhsal durumu üzerine yapılmış sınırlı sayıda çalışmalardan biri olmasıdır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak, katılımcıların depresyon, stres ve anksiyete oranlarının yüksek olduğu söylenebilir. Katılımcıların

Tam Metin Sözlü Bildiri

kadın olma, 31 yaş ve altında olma, görevde çalışma sürelerinin kısa olması, Umke personeli olması, tükenmişlik düzeyini artırırken, kamplarda gönüllü çalışanların depresyon düzeyleri daha yüksekti. Mülteci kamplarında sağlık çalışanlarında iş doyumunu artıracak ve tükenmeyi azaltacak şekilde çalışma şartlarında düzenlemeler yapılması, bu bölgelerde çalışanların yakından izlenmesi ve gerekli psikolojik destek sağlanması önerilmektedir. Çalışanların hem çalışma ortamında hem de çalışma ortamının dışında sosyal destek ağına sahip olmalarını hedefleyen düzenlemeler, girişimsel aktivitelerde bulunulması başetme mekanizmalarının güçlendirilmesinde etkili olacaktır. Ülkemizde mülteci kamplarında çalışan sağlık personelinin yaşadığı tükenmişlik ve depresyon durumları ile ilgili yapılmış çalışmaların az olduğu bilinmektedir. Mülteci kamplarında çalışan sağlık personelinin yaşadığı stres ve tükenmişliğin farklı değişkenlerle incelenmesinin literatüre katkıda bulunacağı düşünülmektedir

FİNANSAL DESTEK VE ÇIKAR ÇATIŞMASI BEYANI

Bu çalışmanın herhangi bir aşamasında finansal destek alınmadığı ve yazarların hiçbirinin çıkar çatışması olmadığı beyan edilmektedir.

YAZAR KATKISI

İÇ, SDS, HÖ: Araştırmanın tasarımı, İÇ, HÖ: Veri toplama, İÇ, SDS: Veri analizi, İÇ, SDS, HÖ: Yazım

Anahtar Kelimeler: Tükenmişlik, sağlık çalışanları, Ruh sağlığı, Mülteci kampı

KAYNAKLAR

1. Karter MJ, Molis JL. US firefighter injuries-2012. Quincy, MA: National Fire Protection Association. Fire Analysis And Research Division. 2013.
2. Jitnarin N, Jahnke SA, Poston WS, Haddock CK, Kaipust CM. Posttraumatic stress disorder (PTSD) and mental health comorbidity in firefighters. *Journal of Workplace Behavioral Health*. 2022;1-22.
3. Lee JY, Kim SY, Bae KY, Kim JM, Shin IS, Yoon JS, Kim SW. The association of gratitude with perceived stress and burnout among male firefighters in Korea. *Personality and Individual Differences*. 2018; (123): 205-208.
4. Jahnke SA, Poston WSC, Haddock CK, Murphy B. Firefighting and mental health: Experiences of repeated exposure to trauma. *Work (Reading, Mass.)*. 2016;53(4), 737-744. doi:https://doi.org/10.3233/WOR-162255
5. Stellman JM, Smith RP, Katz CL, Sharma V, Charney DS, Herbert R, Southwick S. Enduring mental health morbidity and social function impairment in world trade center rescue, recovery, and cleanup workers: the psychological dimension of an environmental health disaster. *Environmental Health Perspectives*. 2008; 116(9):1248-53.
6. Sağlam AG, Çına BE. Tükenmişlik kavramı: Birey ve örgütler açısından önemi. *Yönetim ve Ekonomi* 2008;15(1): 131-48.
7. Karadağ Ö, Altıntaş KH. Mülteciler ve Sağlık. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2010;9(1):55-62.
8. Küçükkendirci H, Batı S. Konya'da sağlık çalışanlarının mülteci ve sığınmacılara bakış açısının değerlendirilmesi. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*.2020; 2(2): 28-39.
9. United Nations High Commissioner for Refugees. <https://www.unhcr.org/tr/turkiyedeki-multeciler-ve-siginmacilar> (Erişim tarihi: 10.10.2022)
10. Kördeve MK. Suriyeli mültecilerin sağlık hizmetlerine erişimi: bir alan araştırması. *Sağlık Yönetimi Dergisi*.2017; 1(2):1-12.
11. Lovibond SH, Lovibond PF. *Lovibond Manual for the depression anxiety stress scales (2nd ed.)*, Psychology Foundation, Sydney. 1995.
12. Sarıcam H. The psychometric properties of Turkish version of depression anxiety stress scale-21 (DASS-21) in health control and clinical samples. *Journal of Cognitive- Behavioral Psychotherapy and Research*. 2018;7(1):19-30.
13. Maslach C, Wilmar BS, Leiter MP. Job burnout. *Annual Reviews Psychology*. 2001; 52(1):397-422
14. Çam O. Hemşirelerde Tükenmişlik Sendromunun Araştırması. *Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, İzmir, 1991.*

Tam Metin Sözlü Bildiri

15. Çelebi İ. Çanakkale 112 acil sağlık hizmetleri istasyonlarında görev yapan sağlık çalışanlarının şiddetle karşılaşma durumu ve bu durumun tükenmişlik sendromu üzerine etkisi. *Hastane Öncesi Dergisi*.2016; 1(2): 1-13.
16. World Health Organization. Supporting Turkish mental health policy and service delivery <https://www.who.int/about/accountability/results/who-results-report-2020-mtr/country-story/2020/supporting-turkish-mental-health-policy-and-service-delivery> (Erişim tarihi: 10.10.2022)
17. Skeffington PM, Rees CS, Mazzucchelli T. Trauma exposure and post-traumatic stress disorder within fire and emergency services in Western Australia. *Australian Journal of Psychology*. 2017; 69(1): 20-28.
18. Yeşil A.112 acil sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık çalışanlarında ruhsal travma ve ilişkili sorunların yaygınlığı. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli, 2010*.
19. Kahil A. Travmatik yaşantıları olan bireylere yardım davranışında bulunan profesyonel ve gönüllülerin ikincil travmatik stres düzeylerinin incelenmesi. *Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2016*.
20. Choi GY. Secondary traumatic stress of service providers who practice with survivors of family or sexual violence: a national survey of social workers. *Smith Coll Stud Soc Work*. 2011; 81:101-19.
21. Figley CR. Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care. *J Clin Psychol*. 2002;58:1433-4

Tam Metin Sözlü Bildiri

S151
GÖÇ VE TÜRKİYE

Beyza Püren Selcan GÜNDOĞDU¹, Seher PALANBEK YAVAŞ², Ayşe Emel ÖNAL³

¹*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye*

²*Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye*

³*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye*

Giriş

Göç; süresi, yapısı ve nedeni ne olursa olsun bir kişinin veya bir grup insanın uluslararası bir sınırı geçerek veya bir devlet içinde yer değiştirdiği nüfus hareketleridir. Bu nüfusa mülteciler, yerinden edilmiş kişiler, yerinden çıkarılmış kişiler ve ekonomik göçmenler dâhildir. (1)

Dünya üzerinde göçlerin en sık nedenleri savaşlar, doğal afetler, insani krizler, sosyal, kültürel, ekonomik nedenlerdir. Ulusal ve uluslararası göç politikaları, sağlık hizmetleri dahil olmak üzere kamu hizmetlerine erişim, istihdam, barınma gibi sosyoekonomik belirleyiciler göç sürecini etkilemektedir. Göç eden kişiler insanca yaşam hakkının olacağı, hizmetlere kolay ulaşabileceği bölgelere göç etme arayışındadırlar. Türkiye başta coğrafi konumu olmak üzere sağladığı olanaklarla göç hareketlerinin durağıdır ve birçok göçmene ev sahipliği yapmaktadır.

Göçü çevreleyen koşullar bireyin sağlığını iyileştirebilir ya da kötüleştirebilir. Hem göç eden kişilerin hem göç ettikleri yerin sağlık düzeyleri incelenmelidir. Göçle beraber yaşanan endemik hastalıkların taşınması, sağlık taramaları, aşı gibi koruyucu sağlık hizmetlerinin alınamaması, uygunsuz çevre koşullarında yaşama sonucu hastalıkların artması, tanı ve tedavi hizmetlerine ulaşımında yaşanan sorunlar, göç eden kişilerin topluma uyumunda zorluklar gibi psikososyal sorunlar halk sağlığı açısından önem arz etmektedir.

Yöntem

Değerlendirmenin amacı Türkiye’de göç sağlığıyla ilgili en sık saptanan bireysel ve toplumsal sorunları, hastalıkları belirlemek; bu sorunlara ve hastalıklara uygun koruyucu önlemler ve uygun çözüm yollarını araştırmak ve bu konuda yapılan çalışmaları, gerçekleştirilen sağlık, eğitim gibi hizmetleri değerlendirmektir.

Bulgular

Dünyada uluslararası koruma ihtiyacı içinde olan en fazla kişiye ev sahipliği yapan Türkiye’de geçici koruma altında 3,7 milyon Suriyeli, diğer milletlerden uluslararası koruma başvuru ve statü sahibi 320.000’in üzerinde kişi bulunmaktadır. (2)

İkamet izni ile Türkiye’de bulunan yabancıların 2005 yılında 178.964, 2013 yılında 313.692, 29.09.2022 itibari ile ise 1.363.982 kişi olduğu görülmektedir. Yakalanan düzensiz göçmen sayısının ise 2005 yılında 57.428, 2013 yılında 39.890, 29.09.2022 itibari ile ise 213.795 olduğu saptanmıştır. Yakalanan düzensiz göçmenler içinde en sık Afganistan uyruklu kişilerin olduğu belirlenmiştir. (3) Yıllara göre sayılar incelendiğinde göçmen sayısının her sene arttığı görülmektedir, bu artışta en büyük etken savaşlar ve politiklardır. Ukrayna’da yaşanan savaş nedeniyle 145.000 kayıtlı mülteci Türkiye’ye gelmiştir. (4)

Göç edilen bölgedeki çevre koşulları, toplumun sağlık düzeyi, uygulanan koruyucu ve tedavi edici hizmetler ve bu hizmetlere sınırlı erişim, yetersiz beslenme göçmenlerin sağlığını etkilemektedir. Göçmenlerin, ev sahibi ülkeyi en çok korkutan sağlık sorunları bulaşıcı hastalıklardır. Kızamık, ishalleri hastalıklar, akut solunum yolu enfeksiyonları, tüberküloz, sıtma, hepatit ve HIV/AIDS gibi bulaşıcı hastalıklar göçmenlerde sık görülür.

Göçmen çocuklar, göçmenler içerisinde en savunmasız ve hastalıklardan en çok etkilenen grubu oluşturmaktadır. Bulaşıcı hastalıklar bu grupta önemli mortalite ve morbidite nedenleridir. Kalabalık yaşamla birlikte menenjit, uyuz, pnömoni, bronşit riski artar. Bebeklik ve çocukluk dönemi aşılı aksamış olan çocuk

Tam Metin Sözlü Bildiri

sığınmacılarda suçiçeği, difteri, boğmaca, kabakulak, neonatal tetanoz gibi hastalıklarda, erişkinlerde ise cinsel yolla bulaşan hastalıklar gibi hastalıklarda artış beklenir. Tüberküloz, kutanöz leishmaniasis, Suriyeli mülteciler arasında görülen yaygın bulaşıcı hastalıklardandır. Poliomyelit ve kızamık aşılması Suriye ve Irak gibi savaş bölgelerinde azalmıştır dolayısı ile polio ve kızamık olgularının sayısı artmaktadır. Bu nedenlerle sığınmacılar Türkiye’de Genişletilmiş Bağışıklama Programı uygulamalarına dahil edilmişlerdir. Genişletilmiş Bağışıklama Programı kapsamında sığınmacıların sınırdan geçişlerinde bir sağlık değerlendirmesi yapıyor; 0-5 yaş grubu çocukların tamamına çocuk felci aşısı, 0 ay-14 yaş aralığında olan sığınmacılar için OPV, 9 ay-15 yaş sığınmacılar için KKK, yaşına uygun olarak 5’li ya da 4’lü karma, gebelere difteri-tetanoz aşuları uygulanıyor. Daha sonra aşılama takvime uygun olarak devam ediyor. Mülteci çocukların bağışıklanma durumuna ilişkin kaygılara yanıt olarak Sağlık Bakanlığı (SB) 2017 yılında beş yaşından küçük kayıtlı ve kayıtlı olmayan mülteci çocuklara yönelik ek bir aşı kampanyası hayata geçirmiştir. UNICEF ve DSÖ tarafından da desteklenen kampanya kapsamında ülke ölçeğinde üç tur aşı yapıldı. Kampanya, sağlık merkezleri, geçici aşı merkezleri ve gezici sağlık ekipleri aracılığıyla beş yaşından küçük 376.000 mülteci çocuğa ulaştı, bu çocukların penta-valent (DaPT-IPV-Hib), Kızamık Kabakulak-Kızamıkçık (KKK) ve Hepatit B aşuları açısından durumları belirlendi. Bu değerlendirmenin ardından 121.600 çocuğa pentavalent aşı dozları yapılarak, 142.000 çocuğa da KKK aşısı uygulandı. UNICEF Suriye bağlantılı cVDPV2 (aşı kaynaklı çocuk felci virüsü tip-2) salgınına yönelik ihtiyat planı çerçevesinde SB’ye 50.000 doz IPV (inaktif çocuk felci aşısı) temin etmiştir. (5)

Göçmenlerde kötü beslenme de bir sorundur. 2018 TNSA’da çocukların beslenme durumları, uluslararası standartlar referans alınarak kilo ve boyun karşılaştırılmasıyla değerlendirilerek; Suriyeli Göçmen Örneğine göre, 5 yaş altı çocukların %17’sinin bodur ya da yaşına göre çok kısa olduğu saptanmıştır. Bu durum kronik kötü beslenmeyi işaret etmektedir (6). UNICEF, özellikle kamp dışında yaşayanlarla birlikte Suriyeli çocukların aşılama, beslenme ve hijyen ihtiyaçlarının karşılanması ve önemli sağlık meseleleri ile ilgili farkındalığın artması için Türkiye Hükümetiyle yakın iş birliği içinde çalışmaktadır. UNICEF’in 2017 verilerine göre; Suriye’de 2013 yılında baş gösteren çocuk felci vakalarının ardından 1 milyonun üzerinde Suriyeli ve Türkiyeli çocuğa çocuk felci ve kızamık aşuları yapılmış olup, 1,3 milyonun üzerinde çocuk da Sağlık Bakanlığı tarafından 2015 yılında gerçekleştirilen çocuk felci eliminasyon kampanyası kapsamında aşılanmıştır. 2.200’den fazla çocuğa beslenme taraması yapılmıştır. Bu çocuklardan 45’inde orta düzeyde akut malnütrisyon tespit edilmiş ve tedavi programları kapsamına alınmıştır. Mikronütriye yetersizliği olan yaklaşık 750 çocuğa vitamin tozları (VMP) verilmiştir. Yaklaşık 2.450 çocuğa, hamile kadına ve emziren kadına da yüksek enerji bisküvileri sağlanmıştır. İyi beslenme, diyet çeşitlendirme, yüksek enerjili bisküvi (HEB) ve mikronütriye tozu kullanımı, anne sütüyle beslenme ve hijyen konularında farkındalığı artırmak üzere yaklaşık 650.000 broşür ve diğer iletişim materyali dağıtılmıştır. Kamplarda ve kamp dışında yaşayan Suriyeli çocuklara 1,6 milyon paket HEB sağlanmıştır. Akut malnütrisyon tedavisi, bebek ve küçük çocuk beslenmesi, gıda güvenliği, su ve sanitasyon gibi konuları kapsayan “Olağanüstü durumlarda beslenme eğitimleri” verilmiştir. (7)

UNICEF, mülteci çocuklarda aşılama oranlarının yükseltilmesini desteklemek amacıyla SB Göçmen Sağlığı Merkezleri’ne aşı lojistiğinin ve soğuk zincirin internet üzerinden izlenmesini kolaylaştıran 91 Aşı İzleme Sistemi paketi sağlayarak mülteci çocukların aşılanma oranının artırılmasına katkıda bulunmuştur. Birinci derece sağlık hizmetlerinde çalışan Türk ve Suriyeli sağlık profesyonellerine mülteciler de dahil olmak üzere risk altındaki gruplarda olumlu bebek ve küçük çocuk beslenme uygulamalarını destekleyebilmeleri amacıyla eğitim verilmiş, 20 eğitim modülü güncellenmiştir. (8)

Türkiye’de göçmen kadınlarda en sık rastlanılan üreme sağlığı sorunları bulaşıcı hastalıklar, aile planlaması hizmetlerinden yararlanamama, doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanamama, evde sağlık personeli olmaksızın yapılan doğumların yüksek olması, düzensiz adet kanamaları, kendiliğinden olan düşükler, çok sayıda ve kısa aralıklarla olan gebeliklerdir.

Türkiye’de, adolesan dönemde olan (15-19 yaş grubu) Suriyeli kadınların %39’u hâlihazırda çocuk sahibidir ya da ilk çocuklarına gebedir. Halen evli Suriyeli kadınların %41’i daha fazla çocuk doğurmak istemezken %25’i bir sonraki doğumları için en az iki yıl beklemek istemektedir. Bu kadınlar aile planlaması ihtiyacı olan kadınlar



Tam Metin Sözlü Bildiri

olarak tanımlanmaktadır. 2018 TNSA, halen evli Suriyeli göçmen kadınların %21'inin karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı olduğunu; %10'unun bir sonraki doğuma ara vermek istediğini, %11'inin ise daha fazla doğum yapmak istemediğini ortaya koymaktadır. Kısa doğum aralıkları anne ve çocuk ölümlülüğü riskini yükseltmektedir. Bu nüfusta ortanca doğum aralığı 27 aydır. Önceki doğum ile aralığı 2 yıldan az olan bebeklerde bebek ölüm hızı 1.000 canlı doğumda 38'den, önceki doğum ile arası 2 yıldan fazla olan çocuklarda 1.000 canlı doğumda 15'e düşmektedir. (6)

Göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişiminde sorunlar yaşanabilmektedir. Bu durumun nedenleri arasında sağlık sisteminin göçmenlere uyumlu olmayışı, göçmenlerin sahip oldukları sağlık hakkı ve hizmeti hakkında bilgisinin olmayışı, sağlık çalışanlarının göçmenlerin özel gereksinimleri konusunda farkındalığının ve deneyiminin az olması, dil ve iletişim sorunları bulunmaktadır.

Türkiye'de bulunan tüm göçmenlerin sağlığa erişimleri Sağlık Bakanlığı'nca birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinde sağlanmaktadır. Türkiye'de geçici koruma altındaki Suriyelilerin birinci basamak sağlık hizmetleri; toplum sağlığı merkezleri ve bağlı birimleri (sağlıklı hayat merkezleri, göçmen sağlığı merkezi vb.) ile aile sağlığı merkezlerinde verilmektedir. Nüfusu nispeten yüksek olup tam teşekküllü bir kamu hastanesine uzak olan geçici barınma merkezleri ile Suriyeli sayısının 20 binin üzerinde olduğu yerleşim yerlerinde Güçlendirilmiş Göçmen Sağlık Merkezi (GSM) teşekkül ettirilmektedir.

Güçlendirilmiş GSM'de; birinci basamak sağlık hizmetlerine ilave olarak dâhiliye, çocuk, kadın-doğum, ağız-diş sağlığı ve psikososyal destek hizmetleri sunulmakta; hizmetler, görüntüleme üniteleri ve basit hizmet laboratuvarları ile desteklenmektedir. Böylelikle, hizmetlere erişimin artırılması, hastanelerin yükünün azaltılması amaçlanmaktadır.

GSM'lerde, Suriyeli sağlık personeline ilave olarak, iki dil bilen (Arapça-Türkçe) hasta yönlendirme elemanları ile destek hizmetleri personeli de görev yapmaktadır. Geçici koruma altındaki Suriyelilere sunulan birinci basamak sağlık hizmet verileri "Muayene Bilgi Yönetim Sistemi" kullanılarak kayıt altına alınmaktadır.

Sağlık Bakanlığı tarafından yabancılara sunulan birinci basamak koruyucu, tanı ve tedavi edici sağlık hizmetleri kapsamında; ayakta tanı ve tedavi hizmetleri, bağışıklama hizmetleri, bulaşıcı hastalık ve salgın ile mücadele hizmetleri, tüberkülozla mücadele hizmetleri, kadın ve üreme sağlığı hizmetleri, çocuk ve ergen sağlığı, çevre sağlığı hizmetleri hizmetleri vardır. Kamplarda verilen sağlık hizmetleri incelendiği zaman 31 Aralık 2016 tarihine kadar 184.390 doğum gerçekleştiği, toplam gerçekleşen poliklinik hizmeti sayısının 20 milyonu aştığı saptanmıştır. Geçici barınma merkezlerinde gerçekleştirilen aşı, bebek ve çocuk izlem sayıları yıl geçtikçe artmaktadır. (9)

Suriye ile komşu olup göç alan Türkiye, Ürdün ve Lübnan'ın sağlık sistemlerinin karşılaştırıldığı bir çalışmaya göre uygulamalar ve maliyet açısından önemli farklılıklar bulunmuştur. Lübnan tıbbi harcamaların bir miktarını kısmakta ve göçmenlerden ücret almaktadır. Ürdün'de, kamp dışında yaşayan mülteciler için sağlık kapsamı sınırlandırılmış ve tam ücret alınıyorken, sadece kamplarda yaşayanlara ücretsiz sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Türkiye ise tüm Suriyeli mültecilere ücretsiz sağlık hizmeti sunmaktadır. Üç ülkede de nüfus başına benzer sayıda doktor ve hastane yatağı bulunmasına rağmen Türkiye'de daha kapsayıcı bir sağlık hizmeti sunulmaktadır. (10)

Göçmenlerde diyabet, anemi gibi daha önce kendilerinde var olan, yaşam koşullarıyla da bağlantılı pek çok bulaşıcı olmayan hastalık tanı, tedavi ve izlem açısından sorun olmaya başlamaktadır. Ayrıca zorlu yaşam ve çevre koşulları yeni bulaşıcı olmayan hastalıkların oluşumuna zemin hazırlamaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıklar, her koşulda ihmal edilen bir durum olmasının yanı sıra tedavi edilmediği durumlarda ekonomik açıdan da önemli bir yük oluşturmaktadır. Dünyada sorun olan hipertansiyon, diabetes mellitus, iskemik kalp hastalığı, böbrek yetmezliği, kanser, anemi, depresyon, şizofreni gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar Suriye'de ve ülkemize göç etmiş Suriyeli sığınmacılarda sağlık sorunu olmayı sürdürmektedir. Göçmen aileler; yüksek yoksulluk düzeyi, savaş ve uzun süreli yerinden edilmeden kaynaklanan kalıcı travma, dil engeli ve sosyal içerme eksikliği nedeniyle özel ve acilen aşılması gereken zorluklarla karşı karşıya bulunmaktadır. (11)



Tam Metin Sözlü Bildiri

Savaşlar, afetler ve bireylerin bu yollarla yaşadıkları kayıplar, insanları psikolojik ve sosyal yönden olumsuz etkileyerek, ruh sağlığı sorunlarına yol açmaktadır. Mülteciler ve sığınmacılar memleketlerinden ayrılık, sosyal çevrelerinin değişmesi, iletişimin zorlaşması ve kültürel çatışma sonucu anksiyete, posttravmatik stres, depresyon ve psikoz da dahil olmak üzere bir çok ruhsal sağlık problemleri için yüksek risk altındadır. AFAD raporlarına göre göç eden kadınların %55'i, erkeklerin %50'si psikolojik desteğe ihtiyaç duymaktadır.

Gerek barınma merkezlerinde gerekse illerde ikamet eden Suriyeli yabancılara Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından psikososyal destek hizmetleri sunulmaktadır. 2015 yılında geçici barınma merkezlerinde sunulan hizmetlere ilişkin olarak; toplamda 71.698 geçici koruma statüsünde bulunan Suriyeli yabancıya psikososyal destek hizmeti verilmiştir. (12)

Verilen çeşitli hizmetlerin sunumunda dil sorunu ortaya çıkmıştır. Bu sorun özellikle sağlık hizmetlerinin sunulduğu yerlerde yoğun başvuru yapılan birimlerde tercümanlar bulundurulmasıyla aşılmaya çalışılmaktadır. Sağlık Bakanlığı dil konusunda yaşanan anlaşmazlıkların önüne geçmek amacı ile 'Uluslararası Hastalar için Tercümanlık Hattı' kurmuştur. Göçmenlere sağlık hizmeti sunan personele (tercüman, hemşire, doktor), AFAD, Dünya Sağlık Örgütü, Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği gibi kuruluşlarla birlikte göçmen sağlığına yönelik eğitimler verilmiştir.

Göçmenlerin sağlık okur yazarlığını artırmak kişilerin kendi sağlıklarını yönetebilmesini sağlar; Sık ve uzun süreli olan hastane yatışlarını, gereksiz acil kullanımını azaltır. Sağlık sisteminde oluşan yükün hafiflemesini sağlar. Türkiye'de DSÖ tarafından Suriyeli göçmenlerin sağlık okur yazarlığını ölçmek için 2020 yılında 7105 kişinin katıldığı bir anket çalışması yapılmıştır. Katılımcıların %23,1'i sağlık durumlarını kötü olarak değerlendirirken, sağlık hizmetleri için gitmeyi tercih ettikleri ilk üç kurumu kamu hastaneleri (%52,9), mülteci sağlık merkezleri (RHC'ler; %28,5) ve özel sağlık merkezleri (%9,8) olarak belirtmişlerdir. Katılımcıların %50'sinden fazlası, özellikle kamu hastaneleri ve aile sağlığı merkezlerinde en yaygın engel olan dil olmak üzere, sağlık hizmetlerine erişimde engeller ve zorluklar yaşadıklarını bildirmiştir. Ancak katılımcılar, dil engeli ve uzun bekleme sürelerine rağmen, uzmanların bulunması ve daha ayrıntılı laboratuvar testleri nedeniyle kamu hastanelerinden sağlık hizmeti almayı tercih etmekteydiler. (13) Kişilerin kullandığı iletişim kanallarında bilgilendirme yaparak güvenilirliğin artırılması ve daha rahat iletişim kurabilecekleri göçmen sağlığı merkezleri gibi birinci basamak sağlık kuruluşlarına yönlendirilmesi ile bu durum engellenebilir. Yapılan çalışmada katılımcıların %82,8'inin fonksiyonel sağlık okuryazarlığı düzeyleri yetersiz veya sorunlu bulunmuş, eğitim düzeyi yükseldikçe ise sağlık okuryazarlığı düzeyinin arttığı görülmüştür. Cinsiyete göre dağılımına bakıldığında ise sağlık okuryazarlığı oranı erkeklerde daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun kültürel etkenler nedeni ile olduğu düşünülmüştür. Çalışmada bulunan sonuçlar sağlık okur yazarlığını artırmaya ihtiyaç olduğunu göstermektedir, bu sayede sağlık maliyetleri ve iş gücü yükü azalabilir, kaynaklar daha dengeli kullanılabilir.

COVID-19'un neden olduğu sosyoekonomik problemler, psikolojik sıkıntılar, hizmetlerin aksaması, akut yetersiz beslenme hali, daha savunmasız durumda olan mültecilerin sağlığı ve refahı için büyük tehditler oluşturmaktadır. Salgının başlangıcında, hareket kısıtlamaları ve enfekte olma korkusuyla da birlikte, mültecilerin sağlık tesislerine erişimi önemli ölçüde azalmıştır. Öte yandan mültecilerin temel hizmetlere güvenli erişiminin devam etmesini sağlamak için de düzenlemeler yapılmıştır. Karantinalar ve kısıtlamalar hafifledikçe sağlık hizmetlerinin kullanımı büyük ölçüde eski haline dönmüştür.

UNHCR (Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği) geçici ve uluslararası koruma kapsamındaki kişilerin Türkiye'de aşya erişim durumunu inceleyerek 2021 yılının Temmuz ve Eylül aylarında 49 ilde anketler düzenlemiştir. Katılımcıların %72'sinin Eylül sonu itibarıyla en az bir kez Covid aşısı ile aşılandığı, coğrafi değişkenler de hesaba katıldığında yabancı nüfusun Türkiye'deki genel nüfusun aşılama oranına benzer seyrettiği saptanmıştır (2)

UNHCR Haziran 2022 tarihinde yayınladığı Suriyeli mültecilerin Suriye'ye dönüşüne ilişkin algı ve niyetleri çalışmasında da kişilere günlük yaşamınızda ev sahibi ülkede sizin ve ailenizin karşılaştığı temel zorluklar nedir

Tam Metin Sözlü Bildiri

sorusu sorulmuş, cevaplar arasında geçim zorluğu gibi ekonomik nedenler, temel ihtiyaçları karşılayamama, sağlık hizmetlerine yetersiz erişim, eğitime yetersiz erişim, ev sahibi topluluk içinde gerginlik, tahliye tehdidi cevaplar alınmıştır.

Göç ile ilgili yaşanan sosyal sorunlardan birisi de göç edilen bölgedeki topluma uyum problemidir. Farklı kültürlerle, dile, dine, hayat tarzına sahip bireyler bir arada yaşayıp etkileşim içine girmekte, bu durum ise her iki toplum için zorluklara yol açabilmektedir. Göç eden kişilerde yabancılaşma, dışlanma, kendi kültürünü yaşayamama olabilirken, göç edilen bölgedeki toplumda da göçmen karşıtlığına yol açabilmektedir. Örneğin özellikle ekonomik problemlerin olduğu bir bölgede göçmenler daha ucuz maliyetle istihdam edildiğinden ya da güvencesiz çalıştırıldığından o bölgedeki insanlar göç eden kişileri bir tehdit olarak görebilmektedir. Kalifiye olduğu işlerde çalışan göçmenler, göç ettikleri ülkelerin gelişmesinde ve kalkınmasında yardımcı olurlar. Deneyimleri olmayan veya tanınmayan kişiler sıklıkla ucuz emeğe dayalı işlerde kayıtsız çalışmaktadır(14).

Sosyalleşme, sağlık ve esenliğin özellikle ayrılmaz bir parçasıdır ve bunun önündeki ana engellerden biri işgücünden dışlanmadır. Çoğu zaman, mültecilerin ve göçmenlerin eğitimleri, becerileri ve deneyimleri tanınmamakta, bu da kayıt dışı sektörde orantısız temsil edilmelerine ve bu nüfusların toplum üzerinde bir yük olarak yanlış algılanmasına yol açmaktadır. Ancak, bu engellerin aşılması, mültecilerin ve göçmenlerin işgücüne tam olarak katılmalarının sağlanması tüm insanların sağlığı ve esenliği için iyidir. Bu nedenlerle entegrasyon ve sosyal içermeyi teşvik etmek önemlidir. (15)

Toplumdaki uyumu sağlayabilmek için ırkçılığın ve ayrımcılığın da engellenmesi gerekir. İstanbul Göç Araştırması raporuna göre özellikle Afrikalı göçmenlerin yaşadığı en büyük sorun ırkçılıktır. Kişiler dili, dini, ten rengi nedeniyle iş bulmakta, işte eşit koşullarda çalışmakta, barınmak için yer bulmakta, sosyalleşmekte zorlanmaktadır. Afrikalı göçmenler düzensiz göçmen kategorisinde oldukları için Suriyeli mültecilere sunulan yasal çerçevenin, hakların ve hizmetlerin aksine bu haklara sahip olamamakta ve temel ihtiyaçlarının karşılanmasına ilişkin hizmetlere ulaşamamaktadır. Bu durum ise kişileri daha dayanıksız hale getirmektedir.

Barınma, güvenlik ihtiyacı ve temiz koşullarda yaşamak sağlığımızla da ilişkili olan en temel ihtiyaçlarımızdır. Göçmenler ise bu ihtiyaçlarını karşılarken yukarıda sözü edilen nedenlere ek olarak, diğer bazı nedenlerden dolayı zorlanabilmektedir. Suriyeli hanelerin ev kiralamakta zorlandıkları, kendilerinden yerel halka nispeten yüksek kira bedelleri talep edildiği, fiziksel olarak kötü koşullara sahip evlerde kalabalık olarak ikamet ettikleri için mahremiyetten yoksun oldukları, güvenlik ve evden çıkarılma kaygısı yaşadıkları, ev sahiplerinin evlerine sıklıkla müdahale ettiği görülmektedir. (16)

Göç İdaresi Başkanlığı ve UNHCR, uluslararası koruma ihtiyacı içindeki kişiler, ev sahibi toplum, kanaat önderleri ve hizmet sağlayıcılar arasındaki etkileşimi artırmak ve topluluklar arasında uyumlu ilişkiler kurmak amacıyla Ulusal Uyum Stratejisi ve Eylem Planı çerçevesinde uyum ve sosyal uyum faaliyetleri yürütmektedir. Bu kapsamda muhtarlarla toplantılar, kamu görevlileriyle “Biz Bize Sohbetler” etkinlikleri ve kültürler arası eğitimler düzenlenmektedir (2)

İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü koordinesinde ilgili tüm kurumların katılımı ile Uyum Strateji Belgesi ve Ulusal Eylem Planı (2018-2023) hazırlanmıştır. Göçmenlerin uyum süreci çok boyutlu olduğundan planlama 6 kategoride yapılmıştır, bunlardan birisi de sağlık alanıdır. Göçmenlere, ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerinin kolay ulaşılabilir, etkin ve sürdürülebilir bir şekilde sunulması amaçlanmıştır. Bu doğrultuda göçmenlerin ülkeye giriş yaptıkları noktalarda ya da ilk temasın sağlandığı alanlarda, genel sağlık değerlendirmelerinin yapılması, acil ve bulaşıcı hastalıklar başta olmak üzere sağlık risklerine yönelik tedbirlerin alınması hedeflenmiştir. Ayrıca göçmenlere, ulusal ve uluslararası mevzuat doğrultusunda birinci, ikinci ve üçüncü basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin ve acil sağlık hizmetlerinin, kolay ulaşılabilir ve etkin bir şekilde sunulabilmesi için gerekli düzenlemelerin yapılması, kurumsal kapasitenin artırılması hedeflenmiştir. Sağlık hizmetlerinin etkin, verimli, zamanında ve hakkaniyete uygun bir şekilde sunulabilmesi; hizmetlerin sürdürülebilirliğinin sağlanabilmesi için uluslararası kuruluşlar ve ilgili sivil toplum kuruluşlarıyla ortak çalışmalar yapılması planlanmıştır.

Tam Metin Sözlü Bildiri

İkinci amaç sağlık hizmetlerinin, kültürel özellikler göz önünde bulundurularak, göçmenlerin ihtiyaçlarına göre planlanması, farkındalık ve uyumu artırıcı faaliyetlerin gerçekleştirilmesidir. Bu doğrultuda göçmenlerin sağlık okuryazarlıklarının artırılmasına yönelik çalışmalar yapılması, göçmenlere hizmet sunulan sağlık tesislerinde, tercümanlık hizmetlerini de içermesi şeklinde hasta rehberlik hizmetlerinin güçlendirilmesi, sağlık çalışanlarına, göç sağlığı hakkında eğitimler verilmesi ve farkındalık çalışmalarının yapılması, sağlık çalışanı olan göçmenlerin sağlık hizmetlerinin sunumuna dâhil edilmesine yönelik çalışmalar yapılması hedeflenmiştir.

Üçüncü amaç göçmenlerin, sağlık hizmetlerine erişimlerinin kayıt altına alınması, etkin bir şekilde izlenmesi ve değerlendirilmesidir. Göç ve göçmen sağlığına ilişkin verilerin kaydedilmesi, toplanması ve analiz edilmesi, göçmenlerin sağlık ihtiyaçlarına ve hizmetlere erişimlerinin değerlendirilmesine yönelik çalışmalar yapılması, göçmenlere sunulan sağlık hizmetlerinin etkinliği ile ilgili bilimsel araştırmaların desteklenmesi hedeflerdir.

Eğitim de uyum sürecinin gerekliliğidir. Milli Eğitim Bakanlığı'nın verilerine göre, 2019-2020 eğitim öğretim yılında ülke genelinde geçici koruma altındaki 684.724 çocuk örgün eğitim programlarına kayıt yaptırmıştır. Bununla birlikte tahminlere göre, yaklaşık 400.000'i aşkın çocuk halen eğitim sisteminin dışındadır. Psikolojik travma yaşayan ve eğitimlerine devam edemeyen çok sayıda Suriyeli çocuk ve ergen çeşitli riskler karşısında daha savunmasız durumdadır. Savunmasız kalan çocukların ve gençlerin özellikle dışlanma, ayrımcılık, çocuk yaşta evlilik, ekonomik ve cinsel sömürü gibi risklerle karşı karşıya kalma ihtimali de artmaktadır. Eğitimlerden geri kalan geçici koruma altındaki çocukların ve ergenlerin yıllar geçtikçe eğitim öğretim ortamına dönmeleri daha da zorlaşmaktadır. (17)

SONUÇ VE ÖNERİLER

Göç tüm dünyayı ilgilendiren ve nedenleri sonuçları ile beraber kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi gereken bir konudur. Göç sebebi ister savaş olsun ister ekonomik nedenler olsun, kişileri savunmasız bırakabilen bir süreçtir. Bu süreci planlı bir şekilde yürütebilmek, sadece göçmenlerin değil tüm toplumun yararına. Evrensel bir bakış açısıyla, tüm insanların temel hakkı gözetilmeli, Türkiye'de olduğu gibi uluslararası kuruluşlar ile, sivil toplum örgütleriyle beraber çalışılmalıdır. İnsan haklarına ve onuruna yakışır muamele yaparak, damgalama ve ayrımcılığı önleyerek göçmenlerin sağlık düzeyleri ve verilen hizmet sunumları iyileştirilmelidir. Anemi, malnütrisyon, diğer kronik hastalıkların ve toplum sağlığı açısından önemli hastalıkların taranması ve ücretsiz tedaviye ulaşımın sağlanması, bağışıklama ve üreme sağlığı hizmetlerinin ücretsiz ve ulaşılabilir olması, ruh sağlığı hizmetlerinin sunumu, sağlık çalışanlarının bu kişilere özel ihtiyaçları ve uygun yaklaşım konusunda eğitim alması, riskli gruplara öncelik verilmesi, dil sorununa yönelik çözümler getirilmesi, başta doğum ve ölümler olmak üzere sağlık göstergelerinin düzenli tutulması, sürekli izleme ve değerlendirmelerin yapılması ve bu hizmetlerin sürdürülebilir kılınması çok önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Göç, Türkiye, Suriye, Mülteci, Sağlık

KAYNAKLAR

1. Uluslararası Göç Örgütü, *Göç Terimleri Sözlüğü* 2013: 35
2. UNHCR Şubat 2022 Türkiye Bilgi Notu
3. T.C. İç işleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Başkanlığı Verileri <https://www.goc.gov.tr/duzensiz-goc-istatistikler> Erişim Tarihi 18.10.2022
4. 19.05.2022 tarihli UNHCR verileri , https://data.unhcr.org/en/situations/ukraine#_ga=2.232763295.1824875698.1666088185-1710043697.1665334249 Erişim tarihi 18.10.2022
5. Türkiye- UNICEF Ülke İş Birliği Programı 2016-2020
6. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Suriyeli Göçmen Örnekleme, Temel Bulgular. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
7. Türkiye'deki Suriyeli Çocuklar Bilgi Notu Ekim 2017

Tam Metin Sözlü Bildiri

8. 2019 UNİCEF Faaliyet raporu
9. T.C. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü Yıllık Göç Raporu 2016
10. Ayman Saleh, Serdar Aydın, Orhan Koçak. Türkiye'deki Suriyeli Mülteciler Üzerine Karşılaştırmalı Bir Araştırma, Lübnan ve Ürdün: Sağlık Hizmetlerine Erişim ve Verim. DOI: 10.26466/opus.376351
11. UNİCEF 2019 Faaliyet raporu
12. T.C. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü Yıllık Göç Raporu 2015
13. WHO Assessing the health literacy and health communication needs of Syrian refugees in Turkey 2020
14. Küreselleşme Çağında Göç İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ AÇIK VE UZAKTAN EĞİTİM FAKÜLTESİ DOÇ. DR. YUSUF ADIGÜZEL
15. Report on the High-level Meeting on Health and Migration: 17-18 March 2022, Istanbul
16. İstanbul Göç Araştırması Raporu 2020
17. UNICEF Türkiye'de Geçici Koruma Altındaki Çocukların Eğitimine İlişkin İstatistik raporu Ekim 2019
18. Savaş, Göç ve Sağlık Şubat 2016, Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları
19. Aydoğan S, Metintas S. Türkiye'ye Gelen Dış Göç Ve Sağlığa Etkileri. Türk Dünyası Uygulama Ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi. 2017; 2(2),37-45
20. Demir, G., Arıöz, A. (2014). Göç Eden Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 1(2), 1-8
21. Tuzcu, A., Bademli, K. (2014). Göçün psikososyal boyutu. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 6(1), 56-66
22. Aydın, D., Şahin, N., Akay, B. (2017). Göç olayının çocuk sağlığı üzerine etkileri. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi, 7(1), 8-14.
23. Nacar, E., Özer, A. (2017). Göçlerin Çocuk Sağlığına Etkileri. Türkiye Klinikleri Halk Sağlığı Özel Dergisi, 3(1), 36-40.
24. Karabey, S., Bayram, S. (2017). Göçlerin Ruh Sağlığına Etkileri. Türkiye Klinikleri Halk Sağlığı Özel Dergisi, 3(1), 27-35.
25. Karadağ Ö, Altıntaş KH. Mülteciler ve Sağlık [Refugees and Health]. TAF Preventive Medicine Bulletin 2010;9(1)
26. UNICEF Türkiye'de Geçici Koruma Altındaki Çocukların Eğitimine İlişkin İstatistik Raporu Ekim 2019
27. UNHCR SURİYELİ MÜLTECİLERİN ALGILARI & SURİYE'YE DÖNÜŞ NİYETLERİ Yedinci Bölgesel Araştırma Haziran 2022

S152

65 YAŞ VE ÜZERİ POPÜLASYONDA GÖZ SAĞLIĞI TARAMASI, HUZUREVİ ÖRNEĞİ

Ayşen TİL¹, İbrahim Ethem AY²

¹Burdur İl Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

²Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Türkiye

Giriş

Nüfus yaşlanmasının bir sonucu olarak toplumun öncelikli sağlık sorunları da yer değiştirmektedir. Multimorbidite giderek yaygınlaşmakta, hipertansiyon, diyabet ve kas iskelet sistemi hastalıklarının görülme sıklığı giderek artmaktadır. Bununla birlikte 70 yaş ve üzeri bireylerin yeti yitimi ile geçirilen yılları (Years Life Disabled; YLD) değerlendirildiğinde ilk sıralarda duyu organ hasarının olması dikkat çekicidir (1). Yaşa bağlı doğal değişikliklerin yanında toplumda görülme sıklığı artan hipertansiyon, diyabet gibi kronik hastalıkların göz sağlığını olumsuz etkilediği bilinmektedir. Dünya sağlık örgütünün verilerine göre küresel olarak, görme bozukluğunun önde gelen ilk 5 nedeni sırasıyla düzeltilmemiş kırılma hataları, katarakt, yaşa bağlı makula dejenerasyonu, glokom ve diyabetik retinopatidir (2). Türkiye’de de demografik dönüşümün sonucu olarak göz hastalıkları görülme sıklıklarının artması beklenmektedir. Ancak glokom, katarakt, yaşa bağlı makula dejenerasyonu ve diyabetik retinopati gibi hastalıkların ulusal düzeyde prevalansının tespit edildiği bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Ulaşılabilen ulusal diyabetik retinopati prevalansını ortaya koyan tek çalışma 2005 yılında yapılmış olup, %36,8 olarak bulunmuştur (3). 2018 yılı sağlık istatistikleri yıllık verilerine göre; 2014 yılında 65-74 yaş grubundaki bireylerin %17,6’sı, 75 yaş üzeri bireylerin %28,8’i görme sorunu yaşamaktadır. Bu oranların 2016 yılında sırasıyla %18,5 ve %31,9’a yükseldiği görülmektedir. Ayrıca gözlük/lens kullanmalarına rağmen göremeyenler/hiç göremeyenlerin hesaplamaya alınmamış olması göz hastalıklarının yaşlı nüfusta giderek arttığını göstermektedir (4). Hastalıkların görülme sıklıklarında yaşanan artışın bireysel ve toplumsal sonuçlarına da dikkat çekmek gerekmektedir. DSÖ raporunda; görme bozukluklarının düşmeyi iki kat, depresyon/ anksiyeteyi ve motor fonksiyon kayıplarını üç kat arttırdığı belirtilmektedir. Ayrıca yaşlı bireylerde sosyal izolasyonu arttırdığı, kaza ve istismara açık hale getirdiği düşünülmektedir (2). Sonuç olarak göz hastalıkları özellikle yaşlı nüfusta yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir. Geriatrik popülasyonun yaşam kalitesinin artırılması, tedavi edilebilir körlüklerin önlenmesi, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin erken planlanması için dezavantajlı bireylerin, sağlık hizmetine erişimi kolaylaştırılması gerekmektedir.

Bu çalışmanın amacı; Covid 19 pandemisi nedeniyle güvenli sağlık hizmeti erişiminde zorluk yaşayabileceği düşünülen, Sandıklı Hüseyin Develi Huzurevinde kalan kişilerin kuru göz, glokom, katarakt, senil makula dejenerasyonu ve diyabetik retinopati prevalansı ile bu hastalıkları etkileyen faktörlerin belirlenmesi, tedavi ihtiyacı olan hastaların yerinde veya sağlık kurumunda tedavilerinin planlanmasıdır.

Materyal Metot

Kesitsel tipteki çalışmamıza 1-31 Mayıs 2021 tarihleri arasında Sandıklı/Afyonkarahisar Hüseyin Develi Huzurevi’nde konaklayan tüm yaşlılar (53 kişi) dahil edilmiştir. İki kişi ağır demans nedeniyle anket sorularını yanıtlayamadığı ve tam olarak muayene olmayı kabul etmediği için çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmamıza 51 kişi (%96,3) katılmıştır.

Çalışmaya katılan kişilere sosyodemografik özellikleri ve Edmonton Kırılma Ölçeği sorularından oluşan bir anket uygulanmıştır. Edmonton Kırılma Ölçeği, yaşlı kişilerde kırılma ölçmek için Rolfson ve ark. tarafından geliştirilmiştir (5). Ölçek, dokuz kırılma alanından (bilişsel durum, genel sağlık durumu,

Tam Metin Sözlü Bildiri

fonksiyonel bağımsızlık, sosyal destek, ilaç kullanımı, beslenme, ruh hali, kontinans ve fonksiyonel performans) oluşmaktadır. Ölçekten minimum 0 puan, maksimum 17 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan toplam puanın artması kırılma şiddetinin arttığını göstermektedir. Türkçe geçerlik güvenirliği yapılmış olan ölçeğin kırılma düzeyi; kırılma değil (0-4 puan), savunmasız (5-6 puan), hafif kırılma (7-8 puan), orta derecede kırılma (9-10 puan) ve şiddetli kırılma (11-17 puan) olarak gruplandırılmıştır (6).

Anketleri tamamlayan yaşlıların göz hastalıkları uzmanı tarafından anamnezleri alınmış, göz içi basınçları ölçülmüş, görme keskinliği değerlendirilmiş ve ön segment, fundus muayeneleri yapılmıştır. Muayene için taşınabilir el biyomikroskobu, nonkontakt rebound tonometri ve fundus görüntüleme için Volk 90D kullanılmıştır. Hastaların her iki gözünün görme keskinliği, ayrı ayrı ve 6 metre mesafeden Snellen eşeliyle değerlendirilmiştir. 6/12 - 6/18 arası görme: hafif görme bozukluğu, 6/18 - 3/60 arası görme:ciddi görme bozukluğu ve 3/60 görme: yasal körlük olarak değerlendirilmiştir. Nonkontakt rebound tonometri yardımıyla ölçülen göz içi basıncı 21mm Hg ve altında ise normal, 21 mm Hg'nin üzerinde ise yüksek olarak kabul edilmiştir. El biyomikroskobuyla yapılan ön segment muayenesinde katarakt varlığı değerlendirilmiştir. Lens kesafeti sonucunda tespit edilen görme keskinliği 6/18'in üzerinde ise cerrahi müdahale gerektirmeyen katarakt varlığı; 6/18 ve altında ise cerrahi müdahale gerektiren katarakt varlığı olarak kabul edilmiştir. Hastalar fundus patolojileri açısından Amsler kartı ile muayene edilmiş ve retinada olası bir patolojiden kuşulanılan olguların akıllı telefona adapte edilebilen VolkinView cihazıyla fundus muayeneleri yapılmıştır. Makülasında beşten fazla drusen veya yaşa bağlı skar dokusu görülmesi senil maküla dejenerasyonu olarak kabul edilmiştir. Schirmer testi ve gözyaşı kırılma zamanı testi ile kuru göz değerlendirilmesi yapılmıştır. Gözyaşı menisküs yüksekliği 1mm'nin altında ve/veya Schirmer testi 10mm'nin altında olması ve/veya gözyaşı kırılma zamanı 10sn'nin üzerinde olması kuru göz olarak kabul edilmiştir.

Çalışmada elde edilen verilerde sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma, kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde olarak rapor edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorow-Smirnov ve Shapiro – Wilk normallik testleri ile değerlendirilmiştir. Normal dağılıma uymadığı tespit edildiğinden sayısal değişkenlerin karşılaştırmalarında Mann whitney u testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler ise χ^2 testi ile karşılaştırılmış, gerekli durumlarda Yates düzeltmesi ya da Fisher'in exact testi kullanılmıştır. P değerinin 0.05'ten küçük olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Çalışma için gerekli etik kurul izni Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan alınmıştır (2021/101). Çalışmanın yürütülmesinde herhangi bir finansal destek alınmamış olup, yazarlar arasında kişisel ve finansal çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Bulgular

Çalışmaya katılanların 33'ü (%64,7) erkektir. 22 kişi (%43,1) 65-74 yaş aralığında, 16 kişi (%31,4) 75-84 yaş aralığında ve 13 kişi (%25,5) 85 yaş ve üzerindedir. Okuryazar olmayan veya yalnızca okuryazarlık düzeyinde eğitim almış 30 kişi (%58,8), ilköğretim ve üzerinde eğitim almış 21 kişi (%41,2) bulunmaktadır. 51 kişinin (%100) herhangi bir sağlık güvencesine sahip olduğu tespit edilmiştir.

Alınan anamnezde 14 kişinin (%27,5) diyabet hastası olup, 11 kişinin (%78,6) düzenli olarak son bir yıldır oral antidiyabetik ilaç yada insülin kullandığı; 22 kişinin (%43,1) hipertansiyon hastası olup, 15 kişinin (%68,2) düzenli olarak son bir yıldır antihipertansif ilaç kullandığı tespit edilmiştir. 15 kişi (%29,4) ise kas iskelet sistemi rahatsızlıkları olduğunu beyan etmiş olup, düzenli olarak ilaç kullanım öyküsü bulunmamıştır. 9 kişinin (%17,6) son bir yıl içinde düşme öyküsü olup, düşme sonucunda tedavi aldığı tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan 25 kişi (%49,0) son bir yıl içinde göz hastalıkları uzmanına başvurmak istediğini ancak pandemi nedeniyle hastaneye gidemediğini beyan etmiştir.

Yapılan göz muayenesi sonucunda 11 kişide (%21,6) refraksiyon kusuru, 6 kişide (%11,8)

Tam Metin Sözlü Bildiri

kuru göz, 20 kişide (%39,2) katarakt, 13 kişide (%25,5) senil maküla dejenerasyonu, 3 kişide (%5,9) diyabetik retinopati ve 2 kişide (%4) glokom tespit edilmiştir. Edmonton Kırılgenlik Ölçeği sonuçlarına göre 20 kişinin (%39,2) kırılgen olmadığı, 6 kişinin (%11,8) görünüşte savunmasız, 8 kişinin (%15,7) hafif düzeyde kırılgen, 4 kişinin (%7,8) orta düzeyde kırılgen ve 13 kişinin (%25,5) ileri düzeyde kırılgen olduğu bulunmuştur. Kadınlarda Edmonton Kırılgenlik Ölçeği ortalama puanı $10,0 \pm 4,3$; erkeklerde Edmonton Kırılgenlik Ölçeği ortalama puanı $4,5 \pm 4,1$ olup, cinsiyete göre kırılgenlik skoru arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$). Yaşa göre edmonton kırılgenlik düzeyi değerlendirildiğinde, 65-74 yaş grubunda 12 kişinin (%54,6) kırılgen olmadığı, 4 kişinin (%18,2) görünüşte savunmasız, 1 kişinin (%4,5) hafif düzeyde kırılgen, 1 kişinin (%4,5) orta düzeyde kırılgen ve 4 kişinin (%18,2) ileri düzeyde kırılgen olduğu bulunmuştur. 75 yaş ve üzeri kişilerde ise 8 kişinin (%27,6) kırılgen olmadığı, 2 kişinin (%6,9) görünüşte savunmasız, 7 kişinin (%24,1) hafif düzeyde kırılgen, 3 kişinin (%10,3) orta düzeyde kırılgen ve 9 kişinin (%31,1) ileri düzeyde kırılgen olduğu bulunmuştur. Yaş gruplarına göre kırılgenlik düzeyi arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0,089$). Eğitim düzeyine göre Edmonton Kırılgenlik Ölçeği ortalama puanları değerlendirildiğinde; okuryazar olmayan ve/veya yalnızca okuryazar olan kişilerin kırılgenlik skoru ortalama puanı $8,2 \pm 5,1$, ilköğretim ve üzerinde eğitim almış olan kişilerin kırılgenlik skoru ortalama puanı $3,8 \pm 3,4$ olarak hesaplanmıştır. Eğitim düzeyi ile kırılgenlik skoru ortalama puanları arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0,002$).

Edmonton Kırılgenlik Ölçeği ortalama puanı refraksiyon kusuru olan kişilerde $9,2 \pm 5,2$ puan, refraksiyon kusuru olmayan kişilerde $5,6 \pm 4,6$ puan; senil maküla dejenerasyonu olan kişilerde $9,5 \pm 5,0$ puan ve senil maküla dejenerasyonu tespit edilmemiş kişilerde $5,3 \pm 4,5$ olarak saptanmış olup bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0,041$; $p = 0,013$). Kronik hastalık öyküsü, son bir yılda düşme öyküsü, katarakt ve kuru göz varlığına göre Edmonton Kırılgenlik Ölçeği ortalama puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p = 0,165$; $p = 0,097$; $p = 0,060$; $p = 0,340$).

Tartışma

Çalışmamızda huzurevinde yaşayan 65 yaş ve üzeri kişilerde katarakt, diyabetik retinopati, senil makulo dejenerasyonu, glokom, kırma kusuru ve kuru göz prevalansları sırasıyla %39,2, %5,9, %25,5 ve %4,0, %21,6, %11,8 olarak bulunmuştur.

Türkiye'de son yıllarda yapılan çalışmalarda katarakt prevalansı %43,0 (7) ve %38,4 (8) olarak bulunmuş olup, çalışmamız bu sonucu desteklemektedir. Bununla birlikte Çin'de (9) katarakt prevalansı %54,4, Danimarka'da (10) %14-43, Avusturalya'da (11) %56,0 ve İspanya'da (12) %65-69 olarak bulunmuştur. Katarakt prevalansındaki bu farklılıklar çalışmaların yapıldığı yıllar, çalışmanın örneklem büyüklüğü, ülkelerin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyleri ve çalışmaya katılan kişilerin sağlık okur yazarlık düzeyleri gibi pek çok nedenden kaynaklanabilir. 1980-2008 yılları arasındaki çalışmalar değerlendirildiğinde global diyabetik retinopati prevalansı %34,6 olarak hesaplanmıştır (13). Yıllar içinde beklenen artışa rağmen çalışmamızda daha düşük diyabetik retinopati prevalansının tespit edilmesi, bölgesel farklılıklara ve hasta sayımızın az olmasına bağlı olabilir. Yunanistan'da yapılan bir çalışmada diyabetik retinopati prevalansı %37,6 (14) olarak bulunmuştur. Çalışmamızdan farklı olarak bu çalışmada tip 2 diyabet hastaları çalışmaya alınmıştır. Diyabetin diyabetik retinopati gelişmesindeki temel neden olduğu göz önüne alındığında prevalansın yüksek çıkması beklenen bir sonuçtur. Türkiye'de yapılan çalışmalarda ise diyabetik retinopati sıklığı %4,7 (15) ve %3,3 (8) olarak bulunmuştur. Bu çalışmalarda görme kaybı nedeniyle hastaneye başvuran hastaların çalışmaya dahil edilmiş olmasına rağmen çalışmamızın sonuçlarına benzer olarak diyabetik retinopati prevalansı beklenenden düşük bulunmuştur. 2008 ulusal diyabetik retinopati prevalansından daha düşük bir sonuç elde etmiş olmamız, çalışmamızın huzurevinde yaşayan sınırlı sayıda kişide yapılmış olması olabilir (3).

Tam Metin Sözlü Bildiri

Türkiye’de yapılan çalışmalarda 65 yaş ve üzeri kişilerde senil makülo dejenerasyonu prevalansı %17,7 (16) ve %15,8 (8) olarak bulunmuştur. Çalışmamızda senil makülo dejenerasyonu prevalansının yüksek bulunmuş olması, huzur evi gibi pandemide dezavantajlı gruplarda sağlık hizmeti kullanımlarında gecikmeler yaşanmış olabileceğini düşündürülebilir.

Çalışmamızda huzurevinde yaşayan 65 yaş ve üzeri kişilerde glokom prevalansı %4,0 olarak bulunmuştur. Kars’ta yaşlı bireylerde yapılmış olan bir çalışmada glokom sıklığı %6 (16) bulunmuştur. 2013 yılında (40-80 yaş arası nüfusta) küresel glokom prevalansı %3,54 olarak rapor edilmiştir (17). 2004-2018 yılları arasında Norveç’te toplumda glokom prevalansı 1,4 iken, 70 yaş ve üzeri nüfusun yaklaşık %8’inin glokom hastası olduğu tespit edilmiştir (18). Nüfus yaşlanmasının etkisiyle glokom hasta sayısında beklenen artış ve yaş grupları dikkate alındığında çalışmamızda glokom prevalansının literatürle uyumlu olduğu görülmüştür. Çalışmamızda 65 yaş ve üzeri kişilerde kırılma düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç kırılmanın ileri yaş, düşük eğitim seviyesi ve düşük sosyoekonomik düzeylerde daha yüksek olması ile açıklanabilir. Ayrıca senil makülo dejenerasyonu olan ve ciddi görme kaybı yaşayan hastaların kırılma düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç erken tanı ve tedavi ile görme kayıplarının önlenmesi ile yaşlı kırılmasının azaltılabileceğini göstermektedir. Van Nispen ve arkadaşları, evde bakım hastaları ile yaptıkları araştırmada, basit temel oftalmolojik tarama muayenesinin, yaşlılarda görme kaybını engelleyebileceğini göstermiştir. Hemşireler tarafından sadece görme keskinliği ve görme alanı taraması uygulanmış ve ihtiyaç halinde göz hekimine sevkı sağlanmıştır. Yapılan göz taramasının erken tanı ve tedavi imkanı sunduğu için yaşlıların yaşam kalitesini arttıracığı vurgulanmıştır (19). Çalışmada hemşirelerin görme taraması konusundaki yetkinlik ve yeterlilikleri ile ilgili bir bilgiye yer verilmemiş olması çalışmamızın kısıtlılığı olarak değerlendirilebilir. Türkiye’de de rutin göz taramalarının eğitim alan hemşireler ile evde sağlık hizmeti kapsamında yapılması hem yaşlı sağlığının korunması ve geliştirilmesini hem de uygulamanın sürdürülebilirliğini sağlayacağı düşünülmektedir. Bununla birlikte literatürde görme keskinliğini geliştirmenin, yaşlılarda düşmeyi engellediği bildirilmiştir (20). Bu veriler ışığında sağlık erişiminde güçlük yaşayabileceği düşünülen engelli, 65 yaş ve üzeri bakıma muhtaç kişilerin yılda bir kez yerinde göz muayenesinin yapılması göz hastalıklarının erken tanı ve tedavisine imkan sağlayacaktır. Dolaylı olarak kırılma düzeylerini düşürecek ve yaşam kalitesini arttıracaktır.

Sonuç

Çalışmamızda huzurevinde yaşayan 65 yaş ve üzeri kişilerde, senil makuladejenerasyonu sıklığı yüksek, refraksiyon kusuru, katarakt, glokom, kuru göz, diyabetik retinopati ve ciddi görme kaybı görülme sıklığı literatürle uyumlu bulunmuştur. Bununla birlikte çalışmamız görme kaybı yaşayan ve senil makuladejenerasyonu olan yaşlıların kırılma düzeylerinin yüksek olduğunu göstermiştir. Altmış beş yaş üzeri nüfusun göz hastalıkları açısından pek çok patolojiyi kapsayan riskleri olduğu açıktır. Sağlık erişimine güçlük yaşayabileceği düşünülen huzurevinde yaşayan yaşlıların rutin göz muayenelerinin yapılması ile görme kayıplarının ve kırılma düzeylerinin azaltılabileceğini düşündürmektedir. Huzurevinde yaşayan yaşlıların %49,0’unun son bir yıl içinde göz hastalıkları uzmanına başvurmak istediğini ancak pandemi nedeniyle hastaneye gidemediğini beyan etmesi sağlık hizmeti erişiminin düşük olduğunu ortaya koymuştur. Yaşlıların eğitim ve sağlık okuryazarlık düzeylerinin düşük olması nedeniyle beklenen bir sonuçtur. Bu durum Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde yaşlı sağlığının korunması ve geliştirilmesi için evde sağlık hizmetlerinin ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Türkiye’de yaşlılığın kaçınılmaz bir sonucu olarak görülen göz hastalıklarının erken tanı ve tedavisi için rutin göz taramalarının evde sağlık hizmetleri kapsamına alınması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Senil makuladejenerasyonu, retinopati, kırılma, yaşlı

Tam Metin Sözlü Bildiri

Kaynaklar

1. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), *Global Burden of Diseases, Data Visualizations*, Available at: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>. Accessed April 22,2022.
2. *World report on vision*. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
3. Taş, A., Bayraktar, M. Z., Üzeyir, E., Sobacı, G., & Uçar, M. Diyabetik hastalarda retinopati sıklığı ve risk faktörleri 2005.
4. Bora Başara, B., Soyutun Çağlar, İ., Aygün, A., Özdemir, T. A., Kulali, B., & Uzun, S. B. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı 2019.
5. Rolfson, D. B., Majumdar, S. R., Tsuyuki, R. T., Tahir, A., & Rockwood, K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age and ageing*, 2006;35(5):526-529.
6. Aygör, H. E., Fadiloğlu, Ç., Şahin, S., Aykar, F. Ş., & Akçiçek, F. Validation of edmonton frail scale into elderly Turkish population. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2018;76:133-137
7. Mirza E, Mirza GD, Oltulu R, Okka M, Ozkagnici A. The Frequency and Causes of Blindness in a Rural Region of Central Anatolia of Turkey. *Eurasian J Med*. 2019 Oct;51(3):242-246. doi: 10.5152/eurasianjmed.2019.18312.
8. Kıvanç SA, Akova-Budak B, Olcaysü OO, Çevik SG. Sociodemographic status of severely disabled and visually impaired elderly people in Turkey. *Arq Bras Oftalmol*. 2016 Feb;79(1):24-9. doi: 10.5935/0004-2749.20160008. PMID: 26840162.
9. Chen, X., Zhou, D. Y., Shen, J., Prevalence and risk factors on age-related cataract and surgery in adults over 50 years old in Binhu District, Wuxi, China. *International journal of ophthalmology* 2020;13(3):445-451.
10. Jensen H, Tubæk G. Elderly people need an eye examination before entering nursing homes. *Dan Med J*. 2017 Feb;64(2):A5325.
11. Green C, Goodfellow J, Kubie J. Eye care in the elderly. *Aust Fam Physician* 2014 Jul;43(7):447-50. PMID: 25006605.
12. Navarro Esteban JJ, Gutiérrez Leiva JA, Valero Caracena N, Buendía Bermejo J, Calle Purón ME, Martínez Vizcaíno VJ. Prevalence and risk factors of lens opacities in the elderly in Cuenca, Spain. *Eur J Ophthalmol*. 2007 Jan-Feb;17(1):29-37. doi: 10.1177/112067210701700105.
13. Yau JW, Rogers SL, Kawasaki R, et al; Meta-Analysis for Eye Disease (META-EYE) Study Group. Global prevalence and major risk factors of diabetic retinopathy. *Diabetes Care* 2012 Mar;35(3):556-64. doi: 10.2337/dc11-1909.
14. Syriga M, Ioannou Z, Pitsas C, Dagalaki I, Karamelas M. Diabetic retinopathy in Greece: prevalence and risk factors studied in the medical retina clinic of a Greek tertiary hospital. *Int Ophthalmol*. 2022 Jan 31. doi: 10.1007/s10792-021-02162-9.
15. Karahan M, Demirtaş AA. Causes of Blindness in Adults in Southern Turkey According to Health Committee Reports. *Turk J Ophthalmol*. 2021 Jun 29;51(3):146-150. doi: 10.4274/tjo.galenos.2020.76301.
16. Koban, Y., Mustafa, K. O. Ç., & Çağatay, H. H. The Common Cause of Visual Impairment and Blindness Among an Elderly Population in the Province of Kars. *Kafkas Journal of Medical Sciences*, 2018;8(1):39-44.
17. Tham, Y. C., Li, X., Wong, T. Y., Quigley, H. A., Aung, T., & Cheng, C. Y. Global prevalence of glaucoma and projections of glaucoma burden through 2040: a systematic review and meta-analysis. *Ophthalmology* 2014;121(11):2081-2090.
18. Slettedal JK, Traustadóttir VD, Sandvik L, Ringvold A. The prevalence and incidence of glaucoma in Norway 2004-2018: A nationwide population-based study. *PLoS One*. 2020 Dec 10;15(12):e0242786. doi: 10.1371/journal.pone.0242786.
19. Van Nispen, R., van der Aa, H., Timmermans, F., Meijer, N., Koster, N., de Blok, J., ... & van Rens, G. Reducing avoidable visual impairment in elderly home healthcare patients by basic ophthalmologic screening. *Acta Ophthalmologica* 2019;97(4):401-408.
20. Cumming RG, Ivers R, Clemson L, Cullen J, Hayes MF, Tanzer M, Mitchell P. Improving vision to prevent falls in frail older people: a randomized trial. *J Am Geriatr Soc*. 2007 Feb;55(2):175-81. doi: 10.1111/j.1532-5415.2007.01046.x.

Özet Sözlü Bildiri

S153

SAKARYA'DAKİ YATALAK MORBİD OBEZLERİN YAŞAM KALİTELERİ VE BAKIM BAĞIMLILIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Şeyda TOK¹, Zeynep BOZAT², SELİN TUNALI ÇOKLUK², Zeynep DEVRAN MUHARREMOĞLU³, Fulya AKTAN KİBAR³, Neşe AŞICI⁴, Enes Ahmet GÜVEN⁵, İsmail ONUR², Aziz ÖĞÜTLÜ²

¹Hendek İlçe Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

²Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

³Serdivan İlçe Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

⁴Adapazarı İlçe Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

⁵Erenler İlçe Sağlık Müdürlüğü, Amerika Birleşik Devletleri

Giriş-Amaç: Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Beden Kütle İndeksi (BKİ) 40 ve daha büyük olanları morbid obez olarak tanımlamaktadır. Evde sağlık hizmetleri (ESH) yatağa bağımlı hastalarla, çeşitli kronik ya da malign hastalıklar nedeniyle sağlık kuruluşuna ulaşımında güçlükler yaşayan hastalara ev ortamında muayene, tetkik, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin profesyonel bir sağlık ekibi tarafından verilmesidir. Çalışmamızda Sakarya ilinde evde sağlık hizmetleri koordinasyon merkezine kayıtlı yatalak BKİ≥40 olan hastaların yaşam kalitesi ve bakım bağımlılığının değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç-Yöntem: Kesitsel tipteki araştırmada ESH'ye kayıtlı toplam 57 hastadan 56 (%98,24) hastaya ulaşılmıştır. 2022 yılında Haziran-Temmuz aylarında Sakarya İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı İlçe Sağlık Müdürlüğü/Toplum Sağlığı Merkezlerindeki diyetisyenler tarafından yatalak obez hastalara rutin ziyaretler yapılmıştır. Bu ziyaretler sırasında hastaların sosyo-demografik durumunu ve hastalık varlığını belirlemek için soru formu, kısa form 36 yaşam kalitesi ölçeği ve bakım bağımlılığı ölçeği kullanılmıştır. Sorular her bir kişiye tek tek, yüksek sesle anlaşılır biçimde okunarak cevaplar kaydedilmiştir. Bel ve kalça ölçümleri diyetisyenler tarafından yapılmıştır. Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla sekiz boyutun ölçümünü sağlayan, 0-100 arasında puanla değerlendirilen ve puan yükseldikçe yaşam kalitesinin iyi olduğu şeklinde yorumlanan 36 maddeden oluşan Kısa form 36 yaşam kalitesi ölçeği (SF-36) kullanılmıştır. Bireylerin bağımlılık düzeylerini belirleyen, günlük yaşam aktivitelerini içeren toplam 17 maddeden oluşan, ölçek puanının yüksek olması, hastanın bakım gereksinimlerini karşılarken bağımsız olduğunu, düşük olması bakım gereksinimlerini karşılamada başkalarına bağımlı olduğunu gösteren Bakım bağımlılığı ölçeği (BBÖ) kullanılmıştır. Verinin değerlendirilmesinde SPSS 23 programı kullanılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistiksel metotların (sayı, yüzde, minimum, maksimum, mean (ortalama), standart sapma, 1.çeyrek, 3.çeyrek, median (ortanca)) yanı sıra iki grup arası niceliksel verinin değerlendirilmesinde Mann-Whitney U Testi ve Student T testi, niceliksel verilerin ikiden fazla grup arası değerlendirmelerinde Kruskal Wallis Testi ve ANOVA kullanılmıştır. Parametreler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearman Korelasyon Analizi kullanılırken, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Bulgular: Toplam 56 yatağa bağımlı morbid obez hastanın 49'u (%87,5) kadın ve yaş ortalaması $70,46 \pm 10,35$ yıldır. %96,4'ü (n=54) ilkökul mezunuydu ve %48,2'sinin (n=27) eşi vefat etmişti. Haneye giren toplam gelir %64,3'ünde (n=36) 5000 TL (Türk Lirası) ve altındaydı ve %73,2'si (n=41) sosyal yardım almamaktaydı. Hastaların hepsinin en az bir kronik hastalığı olmakla birlikte %85,7'sinin (n=48) hipertansiyonu, %62,5'inin (n=35) diabetes mellitusu vardı ve %31,1inin (n=18) toplam 5 ve daha fazla kronik hastalığı vardı. %19,6'sının da (n=11) psikolojik hastalığı vardı. Hastaların 33'ünün (%58,9) yatağa bağlı olma nedeni obezite iken, 18'inin (%32,1) kaza veya amputasyon, 5'inin (%8,9) ise hem obezite hem kaza ya da amputasyon idi. Ölçüm yapılabilen 51 (%91,07) hastanın bel çevresi $142,92 \pm 10,61$ cm, 48 (% 85,71) hastanın kalça çevresi $150,92 \pm 19,99$ cm'yd. Hastaların BBÖ'den aldıkları puan ortalaması $49,95 \pm 18,96$ 'dır. Yatağa bağımlı olma yıl toplamıyla BBÖ'den

Özet Sözlü Bildiri

alınan puan arasında negatif yönde, küçük, anlamlı ilişki vardır ($p=0,044$). Kadınlarla erkeklerin SF-36 ağrı alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir fark vardı ($p=0,029$), kadınların puan ortancası 22,50 iken erkeklerin 67,50 idi.

Sonuç ve Öneriler: Pandemi sürecinde önceliklendirilmeyen, yatalak olma riski taşıyan morbid obez hastalara önleyici hizmetlerin sunulması gerektiği düşünülmektedir

*Çalışma için herhangi bir finansal destek alınıp alınmamış ve yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Anahtar Kelimeler: morbid obez, yaşam kalitesi, bakım bağımlılığı

Özet Sözlü Bildiri

S154

MANİSA'DA BİR ÜÇÜNCÜ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞUNA BAŞVURANLARDA DİYABET RİSKİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Zeynep Ceyda BURAN, PINAR ERBAY DÜNDAR

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Halk Sağlığı, Türkiye

Giriş ve Amaç: Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) verilerince 2021 yılında küresel ve Türkiye'deki DM prevalansı %10.5 ve %14.5'tir. DM'in gelişimi egzersiz ve sağlıklı beslenme gibi yaşam tarzında değişiklikler ile büyük ölçüde önlenilmekte veya geciktirilebilmektedir. Çalışmanın amacı Manisa Celal Bayar Üniversitesi (MCBÜ) Hafta Sultan Hastanesi ayaktan tedavi birimlerine başvuran 20 yaş ve üzeri kişilerin DM riskini ve ilişkili faktörleri saptamaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma 26-28.01.2022 tarihlerinde arasında MCBÜ Hafsa Sultan Hastanesi polikliniklerine başvuran 20 yaş ve üzeri kişiler üzerinde yürütülen kesitsel bir araştırmadır. Araştırmada örnek büyüklüğü %50 prevelans ve evreni bilinmeyen örneklem formülü kullanılarak %95 güven %5 hata payıyla 384 olarak hesaplanmıştır. Veriler oluşturulan anket formu ile kişilerden onamları alındıktan sonra yüz yüze görüşme tekniğiyle toplanmıştır. Çalışmanın bağımlı değişkeni DM gelişme riskidir; bunun için FINDRISK (Finlandiya Diyabet Risk Değerlendirmesi) skorlaması kullanılmıştır. Skorlamadan minimum 0 maximum 26 puan alınmaktadır; <7 puan düşük, 7-11 puan hafif, 12-14 puan orta, 15-19 puan yüksek ve ≥20 puan çok yüksek risk olarak değerlendirilmektedir. Bağımsız değişkenler; sosyodemografik özellikler, yaşam biçimi özellikleri, sağlık hizmeti kullanım özellikleridir. Veri analizinde tanımlayıcı istatistikler, kategorik verilerde Ki-Kare testi, çoklu analizlerde lojistik regresyon analizi yapılmış, tip 1 hata 0.05 olarak belirlenmiştir. DM tanılı 48 kişi analize dahil edilmemiş, analizler 336 kişi üzerinden yapılmıştır. Manisa Celal Bayar ÜTF etik kurulundan onay alınmıştır. Çalışma için finansal destek alınmamıştır, çıkar çatışması yoktur.

Bulgular: Araştırma grubunun yaş ortalaması 43.96±15.65'tir. Katılımcıların %50.0'si kadın, %30.5'i yarı-kentsel bölgede yaşamakta, %6.3'ü eğitimsiz, %46.9'u işsiz, %54.5'i alt sosyal sınıfta bulunmakta ve %27.1'inin geliri giderinden azdır. Katılımcıların %43.2'si fazla kilolu, %18'i obezdir ve %31.5'i sigara kullanmakta, %68.2'si hiç fiziksel aktivite yapmamaktadır. Erkeklerin %24.3'ünün bel çevresi >102 cm ve kadınların %37.1'inin bel çevresi >88 cm idi. Katılımcıların %51.3'ü günde ≥3 ana öğün ve %61.5'i ara öğün tüketmekte, %69.3'ü düzenli kahvaltı yapmakta, %59.4'ü sağlıklı beslendiklerini düşünmektedir. Katılımcıların %38.5'inin kronik bir hastalığı vardır ve %38.8'i düzenli bir ilaç kullanmaktadır. Katılımcıların %33.1'i bir sağlık problemi olduğunda ilk olarak ASM'ye başvurmaktadır ve %40.1'i son 3 ayda kan şekeri ölçtürmüştür. Araştırma grubunun DM risk puan ortalaması 9.42±5.11 olarak bulunmuştur; %2.7'si çok yüksek riskli, %12.2'si yüksek riskli, %17.3'ü orta riskli, %33.9'u hafif riskli ve %33.9'u düşük risklidir. Sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda, sağlığı kötü durumda olanlarda ve olumsuz sağlık davranışlarına sahip olanlarda DM riski daha yüksek saptanmıştır (p<0.05). Çok değişkenli analizlerde DM sıklığını kadın olma 3.3 (%95GA: 1.3-8.5), eğitimsiz olma 6.1 (%95GA: 1.6-22.9), herhangi bir işte çalışmama 2.5 (%95GA: 1.1-5.9), gelirinin az olması 6.9 (%95GA: 1.7-28.1), günde 2'den fazla ana öğün tüketme 2.7 (%95GA: 1.1-6.4) kat artırmaktadır.

Sonuç: FINDRISK skorlamasına göre DM riski yüksek/çok yüksek olanlar çalışmamızda %14.9 olarak saptanmıştır. Risk kadınlarda, düşük sosyoekonomik durumda olanlarda ve sağlıksız yaşam davranışlarına sahip olanlarda daha fazla saptanmıştır. Özellikle düşük sosyoekonomik düzeydeki kesime ve kadınlara yönelik eğitim düzeylerini artırıcı planlamalar yapılmalı kişiler çalışmaya yönlendirilmelidir. Olumsuz sağlık davranışlarının (fiziksel aktivite yapmama, sigara kullanma, sağlıksız beslenme gibi) engellenmesine yönelik eğitimler planlanmalı, toplum düzeyinde olumlu sağlığı geliştirici davranışları teşvik eden çalışmalar yapılmalıdır. Skorlama yöntemi uygulaması kolay, düşük maliyetli ve güvenilirdir. Her üç kişiden birinin bir sağlık sorunu olduğunda ilk olarak 1. basamağa başvurduğu göz önüne alındığında DM riski açısından değiştirilebilir risk faktörlerinin takibi 1. basamakta yapılabilir ve önleyici uygulamalar burada planlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Diabetes Mellitus, Risk Faktörleri, FINDRISK, Erişkin

Özet Sözlü Bildiri

S155

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK MERKEZİNE BAŞVURAN BİREYLERDE KOLOREKTAL KANSER TARAMA DAVRANIŞLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Elif DÖNMEZ¹, Nadire ERCAN TOPTANER², Elvan EMİNE ATA³, Zeynep DÜLGER¹, Onur ACAR⁴

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Hemşirelik Fakültesi Onkoloji Hemşireliği ABD, Türkiye

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği ABD, Türkiye

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği ABD, Türkiye

⁴Ağrı İl Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

Giriş ve Amaç: Mortalite ve morbidite oranları yüksek olan kanserler içinde yer alan kolorektal kanser (KRK) önemli bir halk sağlığı sorunudur. Kolorektal kansere bağlı hastalık ve ölüm oranlarının azaltılmasında en yaygın kullanılan yaklaşım tarama programlarıdır. KRK tarama davranışlarını inceleyen ulusal ve uluslararası araştırmalarda çok çeşitli faktörlerin KRK taramalarına katılmada etkili olduğu ileri sürülmektedir. Transteoretik Model kapsamında, KRK tarama davranışları değişim aşamalarını (düşünmeme, düşünme, hazırlık, hareket/eylem ve sürdürme) hangi faktörlerin etkilediği bazı çalışmalarda incelense de henüz bu alanda yeterli çalışma bulunmamaktadır. Bu araştırmanın amacı, birinci basamak sağlık merkezine başvuran bireylerin kolorektal kanser tarama davranışlarını, davranış değişim aşamalarına göre tanımlamak; tarama davranışları ile bireylerin demografik özellikleri, kolorektal kanser yarar ve engel algıları arasındaki ilişkileri incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu araştırma gerekli etik kurul izninin alınmasının ardından (Karar sayısı:2022-13/12) Mayıs-Haziran 2022 tarihleri arasında İstanbul Anadolu yakasında İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı İlçe Sağlık Müdürlükleri'nde yürütüldü. Araştırmanın örneklemini çalışma tarihleri arasında aile sağlığı merkezlerine başvuran ve dahil edilme kriterlerini karşılayan 498 kişi oluşturdu. Veriler; Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu ve Kolorektal Kansere Tarama Davranışları Yarar ve Engel Algısı Ölçeği olmak üzere iki farklı veri toplama aracı kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Ölçeğin orijinal dildeki geçerlik güvenilirlik çalışması bulgularına göre, DGKT yarar Cronbach Alfa Katsayısı: .76, DGKT engel boyutu Cronbach Alfa Katsayısı: .82, Kolonoskopi yarar Cronbach Alfa Katsayısı: .71, Kolonoskopi engel Cronbach Alfa Katsayısı: .89 arasındadır. Bu çalışmada Cronbach Alfa katsayısının DGKT yarar $\alpha = .874$, DGKT engel $\alpha = .717$, Kolonoskopi yarar $\alpha = .876$, Kolonoskopi engel $\alpha = .853$ olarak bulunduğu gözlemlendi. Verilerin istatistiksel analizi SPSS (versiyon 21) istatistik paket programı kullanılarak yapıldı. Tanımlayıcı veriler "sayı, yüzdelik, ortalama, standart sapma" ile değerlendirildi. 3'lü kategorik gruplarda One-Way ANOVA testi kullanıldı. Levene Testine göre ana kütle varyansı homojen olanlar ($p > 0.05$) için posthoc testi olarak Tukey, homojen olmayanlar ($p < 0.05$) için Tamhane's T2 testi uygulanarak gruplar arası farklılığın kaynağı tespit edildi. Bu çalışmada finansal destek alınmamıştır ve yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Bulgular: Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 59.10 ± 5.71 (min = 50, max = 70), %54.8'i kadın, %85.7'si evli, %66.1'i liseden daha alt düzeyde okul mezunu, %67.9'u gelir getiren bir işte çalışmamakta, %70.3'ünün gelir durumu orta, %62'sinin sağlık durumu orta, %90.4'ünün ailesinde KRK öyküsü bulunmamakta, %75.9'una daha önce KRK taraması önerilmemişti. Katılımcıların %60.2'sinin dışkıda gizli kan testi (DGKT) hakkında bilgisi bulunmazken %68.7'sinin kolonoskopi hakkında bilgisi bulunmaktaydı. Katılımcıların %58.6'sının DGKT, %63.9'unun kolonoskopi yaptırmayı düşünmediği görüldü. KRK tarama davranışları ile bireylerin sosyo-demografik özellikleri karşılaştırıldığında; DGKT ve kolonoskopi parametrelerinin yarar alt boyutu ile cinsiyet ve medeni durum haricindeki tüm değişkenler arasında anlamlı fark bulunduğu ($p < 0.05$); DGKT parametresinin engel alt boyutu ile KRK tarama önerisi, kolonoskopi bilme durumu, DGKT bilme durumu arasında anlamlı fark bulunurken ($p < 0.05$), diğer değişkenler arasında anlamlı

Özet Sözlü Bildiri

fark bulunmadığı ($p>0.05$); kolonoskopi parametresinin engel alt boyutu ile DGKT bilme durumu arasında anlamlı fark bulunurken ($p<0.05$) diğer değişkenler arasında anlamlı fark bulunmadığı ($p>0.05$) görüldü. KRK tarama davranışı değişim aşamaları ile KRK taramalarına (DGKT ve kolonoskopi) ilişkin yarar algısı puan ortalamaları karşılaştırıldığında düşünmeme aşamasındaki bireylerin yarar algısı puan ortalamalarının, üst aşamalardaki (düşünme, hazırlık ve eylem) bireylerin yarar algısı puan ortalamalarına göre daha düşük olduğu; engel algısı puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise düşünmeme aşamasındaki bireylerin engel algısı puan ortalamalarının üst aşamalardaki (düşünme, hazırlık ve eylem) bireylerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p<0.05$).

Sonuç: Bu çalışmada bireylerin yarısından fazlasının KRK tarama yöntemlerine başvurmayı düşünmediği, KRK taramasına katılımlarında tarama yöntemlerine ilişkin bilgi durumlarının, yarar ve engel algılarının etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. KRK taramalarının etkin şekilde yürütülmesinde risk grubundaki bireylerin bilgilendirilmesinin, toplum eğitimlerinin planlanmasının ve basın yayın araçları ile bilginin sürekliliğinin sağlanmasının etkili olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kolorektal kanser, tarama, transteoretik model, erken tanı

S156

TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE BAŞ AĞRISI PREVALANSI VE İLİKİLİ FAKTÖRLERİN ARAŞTIRILMASI, MERSİN, TÜRKİYE

Derya KALE¹, Bengü Nehir BUĞDAYCI YALÇIN², İbrahim ÇEVİK³, Matin DOLATABADI³, Baharnaz EKİNCİ⁴,

Süleyman Turan POLAT⁵, Caferi Tayyar ŞAŞMAZ³

¹Kütahya İl Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

²Adıyaman Besni İlçe Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

³Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Türkiye

⁴Giresun Tirebolu Devlet Hastanesi, Türkiye

⁵Patnos Devlet Hastanesi, Türkiye

Giriş ve Amaç: Baş ağrıları toplumda en sık görülen klinik semptom ve şikayetlerden biridir. Baş ağrılarının yaşam boyu prevalansı % 96.0 olarak belirtilmektedir¹. Baş ağrılarının %90'ı altta yatan bir nedenin olmadığı primer baş ağrılarıdır ^{2,3}.

Migren toplumun %12'sinde görülürken, kadınlarda görülme olasılığı (%18) erkeklerden (%6) daha yüksektir³. Baş ağrısının hem ağrı şiddeti hem de eşlik eden bulantı, kusma ve çevresel uyaranlardan etkilenme durumu yaşam kalitesini düşürmektedir. Genç yaş, kadın olmak, düşük eğitim, düşük sosyoekonomik durum, genetik faktör, baş veya boyun yaralanması, komorbit hastalıklar, obezite, uyku apnesi, kafein, ilaç aşırı alımı, depresyon ve anksiyete varlığı migren için risk faktörleridir^{1,3}. Dünyada yapılan çalışmalara bakıldığında yetişkinlerde baş ağrısı görülme sıklığı %46'dır ve kadınlarda daha sık görülmektedir. Primer baş ağrılarında migren sıklığı %11 ve gerilim tipi baş ağrı sıklığı %42 olarak belirtilmektedir. Gerilim tipi baş ağrısının sıklığının yüksek olmasından dolayı hastalık yükünün migrenden fazla olduğu belirtilmektedir⁴.

Türkiye'de 2008 yılında 5323 katılımcı ile yapılan kapsamlı bir çalışmada katılımcıların %44.6'sı son bir yıl içinde tekrarlayan baş ağrısı şikayetinin olduğunu, katılımcıların %16.4'ü kesin migren tanısı, %12.4'ü olası migren tanısı aldığı, kesin gerilim tipi baş ağrısı prevalansı %5.1, katılımcıların %9.5'i olası gerilim tipi ve %1.3'ü sınıflandırılmamış baş ağrısı olarak belirtilmektedir⁵. Türkiye'de tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan internet bağımlılığı ve baş ağrısı çalışmasında öğrencilerin %17.0'si son 3 ay içinde baş ağrısı nedeniyle okula gitmediği günler olduğunu, öğrencilerin %24.5'i baş ağrılarının okul başarısını etkilediğini belirtmektedir. Baş ağrısı şiddetinin yüksek olduğu öğrencilerde internet bağımlılığı ölçek puanı daha yüksek görülmüştür⁶. Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinin %75.3'ünde baş ağrısı şikayeti olduğunu ve uykusuzluğun, stres, üzüntü ve yorgunluğun baş ağrısını tetiklediği belirtilmektedir. Öğrencilerin büyük kısmı baş ağrısının, okul devamlılığını ve okul başarılarını etkilediğini bildirmektedir⁷. Brezilya'da tıp öğrencilerinde yapılan çalışmada katılımcıların %93.5'i son 3 ay içinde baş ağrısı şikayeti olduğunu bildirmiş ve öğrencilerin baş ağrısından kaynaklanan okul devamsızlık günlerinin son 3 ayda 3.1 gün olduğu belirtilmektedir⁸.

Üniversite öğrencileri, yaş aralıklarından dolayı primer baş ağrısının başlangıcına uygun bir dönemdedirler. Yapılan çalışmalarda da üniversite öğrencilerinde baş ağrısı prevalansı toplumda görüldüğü gibi yüksek seyretmekte ve okul başarı, eğitim ve yaşam kalitesini etkilediği görülmektedir. Bu çalışma ile bir tıp fakültesinde baş ağrısı ve tiplerinin prevalansı ile etkileyen faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde yapılan çalışma kesitsel tipte planlanmıştır. Çalışma için Mersin Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurul'undan etik onay ve Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı'ndan kurum izni alınmıştır. Çalışma "Bir Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Akıllı Telefon Bağımlılığı Prevalansı ve Baş Ağrısı ile İlişkinin Araştırılması" başlıklı çok amaçlı proje olarak yürütülmüştür. Projenin yürütülmesi için finansal bir destek alınmamıştır. Bu projeden "Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Akıllı Telefon Bağımlılığı Prevalansı ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması. Mersin, Türkiye" başlıklı makale Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisinde yayınlanmak üzere kabul edilmiştir. Yazarlar tarafından çıkar çatışması beyan edilmemiştir.

Tam Metin Sözlü Bildiri

2021-2022 eğitim öğretim döneminde öğrenci sayıları Tıp Fakültesi Dekanlığından elde edildi. Evrende toplam 1581 kişi bulunmaktaydı. Minimum örnek büyüklüğü %50 prevalans, %95 Güven aralığı, %4 hata payı, 1581 kişilik evren büyüklüğü ile 436 olarak hesaplandı ve çalışmaya 450 öğrenci alınmasına karar verildi¹⁴. Hedeflenen örneklem sayısı her dönemde bulunan öğrenci sayısına göre tabakalandırılarak dağılım yapıldı. Dönemlerden örnekleme alınacak öğrenciler sistematik örnekleme yöntemi ile öğrenci listesinden seçilerek belirlendi ve öğrenci sayısının yarısı kadar yedek öğrenciler de listeden belirlendi. Araştırmaya katılmayacak öğrenciler ile yapılan pilot çalışma sonucu hazırlanan veri formunun çevrimiçi yapılabilmesi için öğrencilerin iletişim bilgileri dönem temsilcilerinden ve sınıflara gidilerek yüz yüze sorularak öğrenildi. Katılımcıların iletişim adreslerine google formda hazırlanan veri formu gönderildi. Ulaşılamayan ve çalışmaya katılmayı reddeden 14 kişi yerine yedek listeden belirlenen katılımcıya veri formu gönderildi.

Veri formu dört bölümden ve 51 sorudan oluşmaktadır. Birinci bölüm, kişilerin sosyo-demografik özellikleri ile ilgili soruları içermektedir. İkinci bölümde katılımcının çevresindeki insanlar ile ilişkileri ve alışkanlıkları ile ilgili sorular yer almaktadır. Üçüncü bölümde Noyan ve ark. tarafından üniversite öğrencileri üzerinde Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin araştırıldığı "Akıllı Telefon Bağımlılık Kısa Form" (ATBÖ-KF) ölçek soruları bulunmaktadır. Ölçeğin chronbach alfa katsayısı 0.867 olarak tespit edilmiştir. Ölçek maddeleri likert tipte 1'den 6'ya doğru puanlandırılan 10 sorudan oluşmaktadır. Ölçekten alınan puan arttıkça bağımlılık riskinin arttığı belirtilmektedir¹⁵.

Veri formunun dördüncü bölümünde, uluslararası kuruluşlar tarafından hazırlanan Baş Ağrısına Atfedilen Kısıtlama, Özürülük, Sosyal Engel ve Katılım Engeli ((Headache-Attributed Restriction, Disability, Social Handicap and Impaired Participation (HARDSHIP)) anketinden elde edilen 13 soru bulunmaktadır. Bu bölümden elde edilen cevaplar, analiz kısmında tanı algoritması kullanılarak migren, olası migren, gerilim tipi baş ağrısı, olası gerilim tipi, sınıflandırılmayan ve İAB baş ağrısı ön tanıları konulmuştur¹⁶.

Bağımlı değişken; öğrencilerinde tiplerine göre tanımlanan baş ağrısıdır. Bağımsız değişkenler ise öğrencilerin sosyo-demografik, kişisel özellikleri ve akıllı telefon bağımlılık puanı olarak belirlendi.

Veriler bilgisayar ortamına aktarıldıktan sonra veri kalite kontrolü gerçekleştirildi. Verinin özetlenmesinde tanımlayıcı istatistikler kullanıldı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare önemlilik testi, sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında; sürekli değişken parametrik test koşullarını sağlamadığından dolayı Kruskal Wallis testi kullanıldı. İstatistiksel olarak önemlilik düzeyi $p \leq 0.05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan 442 tıp fakültesi öğrencisinin %53.4'ü erkek ve %46.6'sı kadın öğrencidir. Öğrencilerin yaş ortalaması 21.5 (sd \pm 2.4)'dir. Katılan öğrencilerin %50.7'si prelinik ve %49.3'ü klinik bölümdeydi. Öğrencilerin anne eğitim durumuna bakıldığında, okuryazar olan ve okuryazar olmayanlar %12.4, ilkokul ve ortaokul mezunu %33.3, lise mezunu %21.7 ve lise üstü eğitim alan öğrenci anneleri %32.6'ydı. Öğrencilerin baba eğitim durumuna bakıldığında, okuryazar olan ve okuryazar olmayanlar %4.8, ilkokul ve ortaokul mezunu %26.5, lise mezunu %20.6 ve lise üstü eğitim alan öğrenci babaları %48.2 idi. Öğrencilerin %50.5'i hayatında hiç sigara içmemişken, %25.1'i halen sigara içmektedir. Çalışmaya katılan öğrencilerin %39.6'sı hiç alkol almamış, %41.2'si halen alkol kullanmaktadır. Öğrencilerin %19.2'si staj veya dönem tekrarı yapmışken, %80.8'i staj veya dönem tekrarı yapmamış veya dönem 1 öğrencisi olduğundan dolayı dönem tekrarı yapmamıştır. Öğrencinin ailesinin gelir durumu, en uzun yaşadığı yerlerin dağılımı tablo 1'de gösterilmektedir.

Tam Metin Sözlü Bildiri

Tablo 1. Çalışmaya Katılan Öğrencilerin Sosyodemografik Dağılımı

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde(%)
Cinsiyet		
Erkek	236	53.4
Kadın	206	46.6
Yaş		
18	30	6.8
19	68	15.4
20	71	16.1
21	65	14.7
22	55	12.4
23	74	16.7
24	38	8.6
25 ve üzeri	41	9.3
Sınıf		
Preklinik	224	50.7
Klinik	218	49.3
Anne Eğitim Durumu		
Okuryazar ve okuryazar değil	55	12.4
İlkokul ve ortaokul	147	33.3
Lise	96	21.7
Lise üstü eğitim	144	32.6
Baba Eğitim Durumu		
Okuryazar ve okuryazar değil	21	4.8
İlkokul ve ortaokul	117	26.5
Lise	91	20.6
Lise üstü eğitim	213	48.1
En Uzun Sure Yaşadığı Yer		
Köy ve belde	49	11.1
İlçe	107	24.2
İl	110	24.9
Büyükşehir	176	39.8
Sigara İçme Durumu		
Hiç içmedim	223	50.5
İçtim bıraktım	108	24.4
Halen içiyorum	111	25.1
Alkol İçme Durumu		
Hiç içmedim	175	39.6
İçtim bıraktım	85	19.2
Halen içiyorum	182	41.2
Staj/ Dönem Tekrarı Yapma Durumu		
Evet	85	19.2
Hayır veya dönem 1 öğrencisiyim	357	80.8
Toplam	442	100.0
Ailenin Aylık Geliri (TL)		
2825 TL ve altı	69	16.4
2826-5650 TL	141	33.7
5651-8475 TL	79	18.9
8476 TL ve üzeri	130	31.0
Toplam	419	100.0
Yaş (ortalama ±sd)	21.5	2.4

Tam Metin Sözlü Bildiri

Çalışmaya katılan öğrencilerin kardeş sayısı ortalaması 3.4 ± 2.0 , günlük içilen kahve bardağı sayısı ortalaması 1.9 ± 1.8 bardak iken günlük uyku saati ortalaması 7.1 ± 1.1 saattir. Öğrencilere sorulan aile ilişkileri, arkadaşlarla ilişkileri, okul başarıları ve sağlık durumunu 10 tam puan üzerinden puanlamaları istendiğinde sırasıyla puan ortalamaları; 8.1, 7.9, 6.7 ve $7.9'$ dur.

Tablo.2 Çalışmaya katılan öğrencilerin bazı sürekli değişkenlerin ortalamaları

Değişkenler	Ortalama \pm Sd
Kardeş sayısı	3.4 ± 2.0
Anne baba ile ilişki puanı (1-10)	8.1 ± 1.7
Arkadaşları ile ilişki puanı (1-10)	7.9 ± 1.6
Sağlık durumu puanı (1-10)	7.9 ± 1.5
Okul başarı durumu puanı (1-10)	6.7 ± 1.6
İçilen kahve sayısı (bardak/gün)	1.9 ± 1.8
Günlük ortalama uyku saati	7.1 ± 1.1
Akıllı telefon bağımlılığı ölçek puanı	31.4 ± 10.3

Katılımcıların %84.6'sında son bir yıl içinde baş ağrısı şikayeti olmuştur. HARSHIP algoritmasına göre öğrencilerin 70'inde (%15.8) migren, 72'sinde (%16.3) gerilim tipi baş ağrısı ve 232'sinde de (%52.5) diğer tiplerde baş ağrısı tespit edilmiştir.

Öğrencilerin demografik ve bazı kişisel özellikleri ile baş ağrısı olma durumu karşılaştırıldığı zaman, ebeveyn birlikteliği ($p=0.006$), öğrencinin egzersiz yapması ($p=0.006$), sağlık durumu ($p=0.017$) ve günlük uyku süresi ($p=0.043$) ile baş ağrısı prevalansı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu tespit edildi (Tablo 3,4,5).

Tablo 3 – Baş ağrısı tiplerinin değişkenlere göre dağılımı

Değişkenler	Baş ağrısı olmayan		Migren		Gerilim Tipi Baş Ağrısı		Diğer BA (n=232)		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet									0.173
Kadın	29	14.1	41	19.9	31	15.0	105	51.0	
Erkek	39	16.5	29	12.3	41	17.4	127	53.8	
Sınıf									0.703
Preklmik	35	15.6	39	17.4	33	14.7	117	52.2	
Klinik	33	15.1	31	14.2	39	17.9	115	52.8	
Yasadığı Yer									0.330
Büyükşehir ve Şehir	46	16.1	51	17.8	49	17.1	140	49.0	
Diğer	22	14.1	19	12.2	23	14.7	92	59.0	
Anne Eğitim Durumu									0.973
Okuryazar ve değil	10	18.2	7	12.7	9	16.4	29	52.7	
İlkokul ve ortaokul	21	14.3	27	18.4	23	15.6	76	51.7	
Lise	17	17.7	13	13.5	14	14.6	52	54.2	
Lise üstü eğitim	20	13.9	23	16.0	26	18.1	75	52.1	
Baba Eğitim Durumu									0.821
Okuryazar ve değil	5	23.8	2	9.5	4	19.0	10	47.6	
İlkokul ve ortaokul	13	11.1	18	15.4	19	16.2	67	57.3	
Lise	17	18.7	15	16.5	12	13.2	47	51.6	
Lise üstü eğitim	33	15.5	35	16.4	37	17.4	108	50.7	
Anne ve baba ilişki durumu									0.006
Anne baba sağ ve birlikte	51	12.9 ¹	66	16.7	66	16.7	212	53.7	
Diğer	17	36.2	4	8.5	6	12.8	20	42.6	
Toplam %	68	15.4	70	15.8	72	16.3	232	52.5	

Z skoru anlamlılık düzeyleri ¹ p<0.05 ² p<0.01 ³ p<0.001

Tam Metin Sözlü Bildiri

Tablo 4- Baş ağrısı tiplerinin bazı kişisel özelliklere göre dağılımı

Değişkenler	Baş ağrısı olmayan		Migren		Gerilim Tipi baş ağrısı		Diğer BA		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sigara kullanma durumu									0.104
Hiç içmedim	37	16.6	42	18.8	32	14.3	112	50.2	
İçtim bıraktım	14	13.0	13	12.0	14	13.0	67	62.0	
Halen içiyorum	17	15.3	15	13.5	26	23.4	53	47.7	
Alkol kullanma durumu									0.175
Hiç içmedim	27	15.4	31	17.7	25	14.3	92	52.6	
İçtim bıraktım	13	15.3	17	20.0	8	9.4	47	55.3	
Halen içiyorum	28	15.4	22	12.1	39	21.4	93	51.1	
Egzersiz yapma durumu									0.006
Yapmıyorum	18	14.2	16 ¹	12.6	32 ¹	25.2	61 ¹	48.0	
Düzensiz yapıyorum	24	11.8	38	18.6	26	12.7	116	56.9	
Haftada 1-2 gün yapıyor	10	17.2	9	15.5	10	17.2	29	50.0	
Haftada ≥3 gün yapıyor	16 ¹	30.2	7	13.2	4 ¹	7.5	26	49.1	
Toplam	68	15.4	70	15.8	72	16.3	232	52.5	

Z skoru anlamlılık düzeyleri ¹p<0.05 ²p<0.01 ³p<0.001

Tablo 5. Baş ağrısının bulunmaması ve baş ağrısı tiplerinin sürekli değişkenler ile ilişki durumu

Değişkenler	Baş Ağrısı Tipleri								p*
	Baş ağrısı olmayan		Migren		Gerilim Tipi BA		Diğer BA		
	Sayı	Ortalama ±SD	Sayı	Ortalama ±SD	Sayı	Ortalama ±SD	Sayı	Ortalama ±SD	
Yaş (n=442)	68	21.6±2.5	70	21.2±2.0	72	21.9±2.7	232	21.5±2.3	0.573
Anne baba ile ilişki puanı (1-10) (n=442)	68	8.2±1.6	70	8.2±1.7	72	8.2±1.8	232	8.2±1.7	0.996
Arkadaşları ile ilişki puanı (1-10) (n=442)	68	8.1±1.6	70	7.8±1.6	72	8.0±1.4	232	7.9±1.6	0.644
Sağlık durumu puanı (1-10) (n=442)	68	8.4±1.2	70	7.6±1.5	72	7.7±1.7	232	7.8±1.4	0.017
Okul başarı durumu puanı (1-10) (n=442)	68	6.8±1.6	70	6.7±1.4	72	6.4±1.9	232	6.7±1.6	0.471
İçilen kahve sayısı (bardak/gün) (n=442)	68	1.9±1.5	70	1.7±1.5	72	1.9±2.1	232	1.9±1.9	0.842
Günlük ortalama uyku süresi (saat) (n=428)	67	7.3±1.3	67	7.2±1.2	69	7.3±0.9	225	6.9±1.0	0.043
Akıllı telefon bağımlılığı ölçek puanı (n=442)	68	28.7±9.6	70	32.0±10.2	72	31.8±12.7	232	31.7±9.6	0.235

Kruskal-wallis testi

Tam Metin Sözlü Bildiri

Tartışma: Türkiye’de 2008 yılında yapılan çalışmada son bir yılda yetişkinlerin %44.6’sında tekrarlayan baş ağrısı görüldüğü, %16.4’ünde migren, %12.4’ünde olası migren, %5.1’inde gerilim tipi baş ağrısı ve %9.5’inde olası gerilim tipi baş ağrısı tipleri görüldüğü belirtilmiştir¹². Türkiye’de tıp fakültesi öğrencilerinde baş ağrısı görülme sıklığı %81.8 olarak bulunmuştur⁶. Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinin %75.3’ünde baş ağrısı şikayeti olduğu belirtilmiştir⁷. Sivas ilinde üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmada migren prevalansı %10.6 olarak belirtilmektedir¹³. Çalışmamızda da baş ağrısı prevalansı diğer üniversite öğrencilerindeki çalışmalarla benzer sıklıkta bulunmuş ancak tüm topluma bakıldığında daha yüksek prevalans görülmüştür. Üniversite öğrencilerinin içinde bulunduğu stres faktörlerinin ve baş ağrısı risk faktörlerinin topluma göre farklı olması baş ağrısı sıklığındaki yüksekliğe neden olabilir.

Filistin’de tıp öğrencilerinde yapılan çalışmada gerilim tipi baş ağrısı prevalansı %59.8 ve migren baş ağrısı prevalansı %21.9 olarak bulunmuştur¹⁴. Çalışmamızda migren ve olası migren görülme sıklığı daha yüksek bulunmuş gerilim tipi baş ağrısı daha düşük bulunmuştur. Günlük uyku azlığı ve egzersiz yapma durumu migren ve gerilim tipi baş ağrısında tetikleyici faktörler olarak belirtilmektedir¹⁴. Çalışmamızda da günlük uyku süresinin uzun olması ve haftada düzenli egzersiz yapanlarda baş ağrısı olmama durumu daha yüksek bulunmuştur. Baş ağrısı şikayeti için bir çok risk faktörü bulunmaktadır. Yaşam şekli ve yaşam koşulları bu risk faktörlerinin başında yer almaktadır. Libya’da yapılan çalışmada son bir yılda üniversite öğrencilerinin %60.6’sında sık sık baş ağrısı şikayeti olmuştur ve sağlığını kötü algılayanlarda baş ağrısı şikayeti anlamlı olarak ilişki belirtilmiştir¹⁵. Çalışmamızda da baş ağrısı olmayanlarda sağlık durumunu daha iyi algılamaktadır. Ağrı şikayetlerinin varlığı sağlık durum puanını düşürebilmektedir.

Ülkemizde yapılan akıllı telefon bağımlılığı ve baş ağrısı arasındaki ilişkiye bakılan çalışmada bizim çalışmamızda olduğu gibi akıllı telefon ve baş ağrısı arasında ilişki bulunmamıştır¹⁶. Başka bir çalışmada üniversite öğrencilerinde telefon kullanım süresi arttıkça baş ağrısı şikayeti anlamlı olarak yüksek olduğu belirtilmektedir¹⁷. Çalışmamızda akıllı telefon bağımlılığı ve baş ağrısı şikayeti arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Çalışma sonuçlarımız değerlendirilirken, araştırmanın bir fakültede yapılmış olmasının sınırlılığı dikkate alınması önerilir.

Sonuç: Çalışmamızda tıp fakültesi öğrencilerinde yüksek düzeyde baş ağrısı ve migren, gerilim tipi baş ağrısı tipleri tespit edildi. Baş ağrısı tiplerinin, egzersiz yapma durumu, günlük uyku süresi, kendi sağlık durumunu nasıl algıladığını ve anne babanın ilişki durumu risk faktörü olarak tespit edilmiştir. Öğrencilerin fiziksel aktivite yapmaya teşvik edilmesi ve daha kaliteli uyku alışkanlığı için danışmanlık yapılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Üniversite öğrencileri, Baş ağrısı, Akıllı telefon bağımlılığı

Özet Sözlü Bildiri

S157

**PREDİYABET HASTALARINA UYGULANAN EGZERSİZ YARAR/ENGEL ÖLÇEĞİ
GEÇERLİK-GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

Tülay ORTABAĞ¹, Melek ÖZTÜRK²

¹Gedik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Türkiye

²Kilis 7 Aralık Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksel Okulu, Türkiye

Giriş ve Amaç: Bu çalışmanın amacı prediyabet hastalarına uygulanan Egzersiz Yarar/Engel Ölçeği'nin geçerlik-güvenirlik çalışmasını yapmaktır.

Gereç ve Yöntem : Metodolojik tipte tasarlanan bu çalışma, Temmuz-Eylül 2021 tarihleri arasında Kilis ili aile sağlığı merkezlerinde gerçekleştirildi. Çalışmanın Etik Kurul onayı Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan alındı (Karar no: 2021/049). Çalışmanın evrenini, aile sağlığı merkezine başvuran ve prediyabet tanısı alan 40-60 yaş arası bireyler, örneklemini araştırma kapsamına alınma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 240 prediyabet hastası oluşturdu. Test tekrar test için üç hafta arayla ölçek 90 prediyabet hastasına yeniden uygulandı. Veriler araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulan kişisel bilgi formu ve Egzersiz/Yarar Engel Ölçeği kullanılarak toplandı. Katılımcıların soruları cevaplama süresi yaklaşık 15-20 dakika arasındadır. Egzersiz Yarar/Engel Ölçeği ; Sechrist ve arkadaşları tarafından kişilerin egzersiz yarar ve engel algılarını saptamak amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirliği Ortabağ ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Cronbach alfa katsayısı 0,95 olarak bulunan ölçek 4'lü likert tipinde olup 4'ten (kesinlikle katılıyorum) 1'e doğru (kesinlikle katılmıyorum) cevaplanmaktadır. 43 sorudan oluşan ölçeğin toplam puanı 43- 172 arasındadır. Egzersiz Yarar ve Engel şeklinde iki alt boyuttu mevcuttur. Yarar ölçeği toplam puanı 29-116, engel ölçeği toplam puanı ise 14-56 arasındadır. Egzersiz Yarar Ölçeği toplam puanın yüksek olması bireyin egzersiz yarar algısının iyi olduğunu, Egzersiz Engel Ölçeği'nin toplam puanının yüksek olması ise kişinin egzersiz engel algısının yüksek olduğunu göstermektedir. Egzersiz Yarar/Engel ölçeğinin geçerlik çalışması için yapı geçerliği, güvenirlik için zamana karşı değişmezlik, madde analizi, iç tutarlık yöntemleri kullanıldı. Verilerin analizi SPSS for Windows 20 paket programı ve LISREL 8.80 paket programı ile yapıldı. Araştırmada finansal destek ve çıkar çatışması yoktur.

Bulgular: Katılımcıların %64.60'sı kadın olup katılımcıların yaş ortalamaları 48.5±5.49'dır. Araştırmaya katılanların %45.00'i ilkokul mezunu, %92.50'i evli, %63.80'i çalışmamakta ve %44.60'ının geliri giderine eşittir. Katılımcıların %62.10'unun sağlık güvencesi SGK'dır. Araştırmaya katılan katılımcıların %44.60'ı fiziksel aktivite durumunu yaşlarına göre daha iyi olarak tanımlamakta iken %19.60'ı fiziksel aktivite durumunu daha kötü olduğunu düşünmektedir. Egzersiz Yarar/Engel Ölçeğinin yapı geçerliliğini belirlemek üzere faktör analizi yapıldı. Faktör analizi öncesinde örneklem yeterliliği ve verinin faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett's testleri uygulandı. Çalışmada, KMO değeri 0.938, Bartlett testi sonuçları da ($\chi^2=9664.891$, $p=0.001$) olarak bulundu. Ayrıca çalışma verilerinin faktör analizine uygun olup olmadığını değerlendirmek için ölçek maddelerinin anti-imağ korelasyonlarına da bakıldı. Egzersiz Yarar/Engel Ölçeğinin, orijinal yapıya benzer olarak iki alt boyuttan oluştuğu görüldü. Ölçeğe ait bütün maddelerin faktör yükleri 0.40'ın üzerindedir ve açıklanan varyans; Yarar alt boyutu için %43.50, Engel alt boyutu için %10.78 ve toplam Egzersiz Yarar/Engel Ölçeği için %54.28'dur. Açımlayıcı faktör analizi sonrasında daha kesin bulgular elde edebilmek için doğrulayıcı faktör analizi ile yapısal eşitlik modellemesi kuruldu, χ^2/SD değeri 4.16, GFI 0.98, AGFI 0.97, CFI 0.98, RMSEA 0.057 ve SRMR 0.07 olarak saptandı. Modele ait faktör yükleri 0.18 ile 0.90 arasında değişmektedir ve tüm maddelere ait t değeri 1.96'nın (3.84-36.01) üzerindedir. Hiçbir modifikasyon uygulanmadan model orijinal yapısında olduğu şekli ile kabul edildi. Egzersiz Yarar Alt Boyut Ölçeği Cronbach α katsayısı 0.98, Egzersiz Engel Alt Boyut Ölçeği Cronbach α katsayısı 0.80 olup ölçeğin tüm maddelerine yönelik madde toplam korelasyonları 0.30'un üzerinde saptandı. Ölçeğin yarar alt boyutu test tekrar test ölçümleri $r=0.980$ ve $p<0.05$, engel alt boyutu test tekrar test ölçümleri $r=0.992$

Özet Sözlü Bildiri

ve $p < 0.05$ olarak bulundu. Egzersiz Yarar/Engel Ölçeği alt boyutlarından alınan minimum, maksimum ve ortalama puanların dağılımına göre Yarar alt boyutundan ortalama 78.36 ± 15.20 (min: 38.00-max: 115.00) puan ve Engel alt boyutundan ortalama 39.84 ± 5.27 (min: 27.00-max: 55.00) puan alındı. Egzersiz yarar ölçeğinin alt boyutlarından alınan puanlar; hayat geliştirme (2.67 ± 0.57), fiziksel performans (2.77 ± 0.57), psikolojik görünüm (2.81 ± 0.67), sosyal etkileşim (2.58 ± 0.58), sağlığı koruma (2.73 ± 0.55) olarak saptandı. Egzersiz engel ölçeği alt boyutlarından alınan puanlar ise; egzersiz olanakları (2.81 ± 0.43), zaman harcama (2.79 ± 0.53), fiziksel zorlanma (2.76 ± 0.61), aile desteği (2.49 ± 0.72) olarak bulundu.

Sonuç: Bu araştırmada Egzersiz Yarar/Engel ölçeğinin; açımlayıcı faktör analizi sonucunda ölçeğe ait tüm maddelerin faktör yükleri 0.40'ın üzerinde saptandı ve madde analizi sonucunda ölçeğin yeterli düzeyde ayırt edici özelliğe sahip olduğu bulundu. Çalışmamızda test-tekrar test güvenilirliği çalışması sonucuna göre Yarar Alt Boyutu Ölçeğinin ve Engel Alt Boyutu Ölçeğinin yüksek düzeyde, pozitif yönlü ve anlamlı ilişki olduğu belirlendi.

Araştırma sonucunda Egzersiz Yarar/Engel Ölçeğinin prediyabet hastalarının egzersizin yarar ve engel durumunu ölçmede geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu belirlendi. Bu ölçek, prediyabet döneminde olan bireylerin egzersiz durumlarının tespiti, egzersiz yapmayı artırmaya yönelik girişimlerin planlanması ve değerlendirilebilmesi için önemli bir araç olarak önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Egzersiz, geçerlik-güvenirlik, prediyabet

Özet Sözlü Bildiri

S158

BİR TIP FAKÜLTESİ HASTANESİNE BAŞVURAN HASTALARIN KANSER TARAMALARI KONUSUNDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Arda DENİZ¹, Sevim Bilge ONUK¹, Fatih Şahin BOYRAZ¹, Umur ŞENGÜL¹, Ramazan MEMİŞ¹,
Kutay KUZUCU¹, Şehbal YEŞİLBAŞ², Bahadır DEDE²

¹Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Türkiye

²Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Halk Sağlığı AD, Türkiye

Giriş ve Amaç: Bu çalışmada Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi (MSKÜ) Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvuran hastaların kanser taramaları hakkında bilgi, tutum, davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki araştırmaya 25 Nisan-9 Mayıs 2022 tarihlerinde hastanemize başvuran 30-70 yaş, kanser hastası olmayan 360 hasta katılmıştır. Veriler Özel Çalışma Modülü kapsamında anabilim dalımızda eğitim alan Dönem 2 öğrencisi araştırmacılar tarafından yüz yüze anket yöntemi ile toplanmıştır. Ankette sosyodemografik özellikler (13 soru), kanser taramalarına yönelik bilgi ve davranışsal özellikler (5 soru), kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği (24 soru) olmak üzere toplam 42 soru bulunmaktadır. Geçerlik ve güvenilirliği Elif Nur Yıldırım Öztürk ve arkadaşları tarafından yapılan kanser taramalarına yönelik tutum ölçeğinde sorular beşli likert türünde olup 1-5 arasında puanlandırılmıştır. Cronbach's alpha katsayısı 0,957 olarak hesaplanmış, ölçekten alınabilecek puan en düşük 24, en yüksek 120'dir ve puan arttıkça olumlu tutum lehine yorumlanmıştır. Bağımlı değişkenler; kanser taramaları hakkında bilgi, tutum, davranışlardır. Bağımsız değişkenler; yaş, cinsiyet, eğitim ve gelir durumu, sigara ve alkol kullanma, düzenli egzersiz yapma, sağlıklı beslendiğini düşünme, kronik hastalığı olma, birinci derece akrabalarda kanser hastalığı varlığı, özel sağlık sigortası olma durumudur. Verilerin değerlendirilmesi SPSS 22.0 paket programı ile yapılmış, tanımlayıcı veriler ortalama, standart sapma, sayı, yüzde olarak verilmiştir. Sayısal değişkenlerin karşılaştırılmasında student-t testi ve one way anova testi kullanılmış ve p<0,05 anlamlılık sınırı kabul edilmiştir. Etik kurul (MSKÜ Tıp ve Sağlık Bilimleri Etik Kurulu, karar tarihi:21.04.2022 karar no:36) ve kurum izni alınmıştır. Çıkar çatışması ve finansal destek yoktur.

Bulgular: Katılımcıların yaşı 42,8±9,2, %56,4'ü erkek, %76,7'si üniversite ve üstü eğitim seviyesine sahip, %78,1'i evli, %54,7'sinin geliri giderine eşit, %39,4'ünün sigara, %21,4'ünün alkol kullandığı, %38,3'ünün düzenli egzersiz yaptığı, %54,7'sinin sağlıklı beslendiğini düşündüğü, %28,3'ünün kronik hastalığı olduğu, %26,9'unun birinci derece akrabalarda kanser hastalığı olduğu, %18,3'ünün genel sağlık sigortasına ek olarak özel sağlık sigortası olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %57,2'si kanser taramalarından haberdar olduklarını ifade etmişlerdir. Kanser taramalarından haberdar olanların %36,4'ünün internet/radyo/televizyon/gazete/kitaplardan, %23,8'inin Sağlıklı Hayat Merkezinden/KETEM den bilgi edindikleri bulunmuştur. Sağlık Bakanlığı tarama programında kolorektal kanser taramalarını katılımcılardan 50-70 yaş arası olanların %23,8'inin, serviks kanseri taramalarını katılımcılardan 30-65 yaş arası kadınların %77,6'sının, meme kanser taramalarını katılımcılardan 40-69 yaş arası kadınların % 89,0'ünün bildiği belirlenmiştir. Bakanlığın belirtmiş olduğu ideal periyotlarda ve uygun yaşta olan katılımcıların %9,5'inin kolorektal, kadınların %39,1'inin serviks, %44,0'ünün meme kanseri taramasını yaptırdığı saptanmıştır. Kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği puanları 99,6±15,3'tür. Cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu, sigara kullanma, alkol kullanma, düzenli egzersiz yapma, sağlıklı beslendiğini düşünme, kronik hastalığı olma, birinci derece akrabalarda kanser hastalığı varlığı ile kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0.05). Kanser taramalarından haberdar olmayanların, 50 yaş altı ve özel sağlık sigortası olan katılımcıların ölçek puanları ise istatistiksel olarak anlamlı düşük bulunmuştur (p<0.05).

Sonuç: Katılımcıların dörtte biri taramalar hakkında bilgiyi Sağlıklı Hayat Merkezinden/KETEM'den almıştır.

Tam Metin Sözlü Bildiri

Tarama yaptırması gereken yaşta olan katılımcıların dörtte üçü kolorektal kanser taramasından, dörtte biri ise serviks kanseri taramasından haberdar değildir. Kanser taramalarını yaptırmaması gereken katılımcıların büyük çoğunluğunun da taramalarını yaptırmadığı, kanser taramalarından haberdar olmayanların taramalara karşı olumsuz tutum sergiledikleri bu çalışmanın en önemli sonuçlarındandır. Olasılıksız örnekleme yöntemi kullanıldığı için sonuçların genellenebilirliğine ilişkin kısıtlılık çalışmanın sınırlılığıdır. Sağlık profesyonelleri tarafından tarama programları konusunda toplumun bilgilendirilmesi, tarama yapılan sağlık kurumlarının bilinirliğinin artırılması için çalışmalar yapılması, kansere karşı farkındalığın artırılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: kanser taraması, bilgi, tutum, davranış

Özet Sözlü Bildiri

S159

KONYA İLİ KOMEK/ASEM'DE 20-70 YAŞ ARASI KURSIYERLERİN KANSER TARAMA SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Seyfettin ABUOĞLU¹, Lütfi Saltuk DEMİR²

¹Konya İl Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

²Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

Giriş ve Amaç: Tüm ülkelerde hiçbir ayırım gözetmeksizin herkesi etkileyebilen ve en önemli ölüm nedenlerinden biri olan kanser hastalığı, son yıllarda erken teşhis ile birlikte tedavisinde önemli bir yol katedilmiş ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) ve Sağlıklı Hayat Merkezi (SHM) mobil tarama araçları da kullanarak birinci basamakta kanser taramaları ile ikincil koruyucu sağlık hizmeti sunmaktadır. Bu çalışmada, Konya il merkezinde bulunan KOMEK/ASEM (Konya Meslek Edindirme Kursları/Aile Sanat Eğitim Merkezi)' lerde 20-70 yaş arası kadınlardan meme, serviks ve kolorektal kanser taraması yaptıran kadınların sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, kesitsel/tanımlayıcı tipte planlandı. Çalışmanın evreni Konya ili merkez Selçuklu, Meram ve Karatay KOMEK/ASEM' lerine kayıtlı 20-70 yaş arası 12.341 kursiyerden oluşmaktadır. Araştırmanın örnek büyüklüğü kanser taraması için %95 güven aralığı, %80 güç, %5 hata payı, %50 prevalans oranı, %10 fark ile en az 388 olarak hesaplandı. Araştırma için Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Etik Kurulundan 01 Nisan 2022 tarih ve 3734 sayılı onay alındı. Kursiyerlere ulusal kanser tarama standartları kapsamında KETEM/SHM ekibi tarafından kanser hastalığı ve taramasına yönelik halk eğitimi yapıldı. Eğitim sonrasında meme kanseri, serviks kanseri ve kolorektal kanser taraması yaptırmak isteyen kişilere KOMEK/ASEM bahçesinde, mobil KETEM aracı ile hizmet verilerek taramaları gerçekleştirildi. Meme kanseri taraması için Mamografi, serviks kanseri için HPV-DNA ile smear ve kolorektal kanser için gaitada gizli kan (GGK) yöntemi kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikte kategorik verilerde n (%), sayısal verilerinin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirilerek normal dağılmayanlarda medyan (min-max) değerleri kullanıldı. Verilerin analizinde, iki grup verilerini karşılaştırmak için Mann-Whitney U testi, üç ve üzeri grup karşılaştırmaları için Kruskal Wallis varyans analizi testi kullanıldı. İstatistiki olarak p<0,05 değeri anlamlı kabul edildi. Bu çalışmada yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır. Çalışma bütçesi için herhangi bir kurumdan destek alınmamıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamında 566 kişi ile görüşme yapıldı. Görüşme yapılan kursiyerlerden 425 (%75) kişi kanser tarama hizmetine katılmayı kabul etti. Çalışmaya katılanların 49 (40-69) yaşında olduğu tespit edildi. Taramaya katılanların tamamı meme kanseri taraması için mamografi çekti. Mamografi taraması yapılanların sonuçlarından 4 (%0,9) kadında BI-RADS 4, 399 (%93,9) kadında BI-RADS 1-2 ve 22'sinde (%5,2) BI-RADS 0 tespit edildi. Mamografi ile meme kanseri taramasına katılanlardan BI-RADS 0 çıkanların 48 (41-59) yaşında, BI-RADS 1-2 çıkanların 49 (40-69) yaşında, BI-RADS 4 çıkanların 50 (45-55) yaşında olduğu tespit edildi. Mamografi taraması sonrası BI-RADS sonuçlarına göre katılımcıların yaşları arasında istatistiksel olarak farklılık tespit edilmedi. Serviks kanseri için 232 (%41) kadın taramayı kabul ederek HPV- DNA ve smear numunesi verdi. Serviks kanseri taramasına katılan 227 (%98) kadında tarama sonucu negatif olarak çıktı. Serviks kanseri taraması için örnek veren 5 (%2) kadında ise HPV-DNA test sonucu pozitif olarak tespit edildi. Serviks kanseri için tarama yaptıranlardan sonucu pozitif çıkanların 49 (44-55) yaşında, negatif çıkanlar da 49 (40-64) yaşında idi. HPV-DNA testi ile serviks kanseri taramasına katılanların test sonuçlarına göre pozitif ve negatif çıkanların yaşları arasında istatistiksel olarak farklılık tespit edilmedi. Kolorektal kanser için yapılan GGK testini 53 (%9) kişi yaptırmayı kabul etti. Yapılan GGK testlerinde 47 (%89) kişide negatif, 6 (%11) kişide ise pozitif sonuç tespit edildi. Kolorektal kanser

Özet Sözlü Bildiri

için GGK testi ile taramaya katılanlardan sonucu negatif çıkanların 55 (50-66) yaşında, pozitif çıkanların ise 53,5 (52-65) yaşında olduğu tespit edildi. GGK testi numune alımı sonrası taramaya katılanların yapılan test sonuçlarına göre sonucu pozitif ve negatif çıkanların yaşları arasında farklılık tespit edilmedi.

Sonuç: Tarama sonuçlarına göre meme kanserinde %0,9, serviks kanserinde %2 ve kolorektal kanserde %11 oranında pozitif tespit edildi. Tarama sonucunda pozitif olarak tespit edilen kadınlar kesin tanı için uzman hekime yönlendirildi. Sağlık Bakanlığı tarafından ücretsiz olarak sunulan kanser taramalarına yönelik bilgilendirme çalışmalarının aksatılmadan yürütülmesi, mobil KETEM' lerin daha yaygın kullanımı ve erken tanı için taramaların devamlı olarak sağlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kanser taraması, serviks kanseri, meme kanseri, kolorektal kanser

Özet Sözlü Bildiri

S160

BİR ÜNİVERSİTEDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERDE İŞTEN AYRILMANIN İŞ STRESİ İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: OLGU KONTROL ÇALIŞMASI

Saadet Göksu ÇELİK, Yücel DEMİRAL

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

Giriş ve Amaç: İş stresi; depresyon, tükenmişlik, kardiyovasküler hastalıklar, yüksek işten ayrılma niyeti, kötü iş performansı, verimsizlik, iş tatminsizliği, işten ayrılma gibi psikolojik, fiziksel ve toplumsal sonuçlara neden olmaktadır. Hizmet kalitesi yüksek bir hastanede iyi yetişmiş ve tecrübeli bir hemşireyi kaybetmenin sebep olacağı bireysel, organizasyonel ve toplumsal sonuçlar düşünüldüğünde ayrılma eylemi gerçekleşmeden önlemek oldukça önemlidir. Psikososyal risklerin belirlenmesi için Karasek tarafından geliştirilen “iş yükü-kontrol-sosyal destek modeli üç bileşenden oluşmaktadır. Bunlar fiziksel ve mental yönden çalışandan beklenen yükü ölçen “iş yükü”, çalışanın işle ilgili kararlar verme alanını ölçen “iş kontrolü”, amirlerden ve iş arkadaşlarından görülen “sosyal destek” dir. İş gerilimi, yüksek iş yükü ve düşük kontrol olduğunda ortaya çıkmaktadır. Sosyal destek ise iş geriliminin sağlık etkilerini değiştiren (effect modifier) bir etken olarak tanımlanmaktadır. Bu çalışmanın amacı bir üniversite hastanesinde 2015-2018 yılları arasında iş stresi ölçeğine göre değerlendirilmiş ve kurumdan ayrılmış olan hemşirelerin işten ayrılmalarının iş stresi ile ilişkisinin değerlendirilmesi ve ayrılmayı etkileyen faktörlerin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem: 2015 - 2018 yılları arasında periyodik muayenelerde iş stresi ölçeği ile durumları değerlendirilmiş olan 379 hemşirenin verileri ele alınmış, katılımcı erkek sayısının düşük olması nedeniyle iki erkek hemşire çalışmaya alınmamıştır. Ölçek değerleri olan 377 kadın hemşireden 234’ü (%62) çalışmaya katılmıştır. Çalışmaya katılan hemşirelerden veri toplama esnasında işten ayrılmış olduğunu belirtenler olgu, halen üniversitede çalışmakta olanlar kontrol grubu olarak belirlenmiştir. 234 kişiden 30’u (%12.8) işinden ayrılmıştır ve olgu grubundadır. 01.04.2022 – 30.09.2022 tarihleri arasında telefonla görüşülerek veri toplanmış, tüm katılımcılar en az iki kere aranmıştır. Katılımcıların geçmişte değerlendirildiği “İş stresi ölçeği”; Karasek ve ark. tarafından “İş yükü-kontrol-sosyal destek modeli”ne göre geliştirilmiş olan “İsveç iş yükü-iş kontrolü-sosyal destek anketi” nin dilimize Demiral ve ark. tarafından uyarlanmış ve geçerlilik güvenilirliği değerlendirilmiş halidir. İş stresi ölçeği toplam 16 sorudan oluşmaktadır ve 4’lü Likert tipindedir. Alt boyutlarından; iş yükü 5 soru; iş kontrolü 5 soru; sosyal destek 6 soru içermektedir. Ölçeğe göre iş yükü, iş kontrolü ve sosyal destek puanları belirlenmiştir. İş yükü ve iş kontrolü puanlarının birbirine oranı “iş gerilimi” olarak tanımlanmıştır. İş gerilimi, literatürde örnekleri olduğu üzere, medyan değerleri kesim noktası alınarak yüksek iş gerilimi ve düşük iş gerilimi olarak kategorik değişkene dönüştürülmüştür. Sosyodemografik değişkenlerle ilgili 12 soru bulunmaktadır. Bağımlı değişken için halen çalışma-ayrılma durumu (emeklilik, istifa ve tayin olma dahil), ayrılış yılı ve ayrılma nedeni sorulmuştur. Ayrılma nedeni açık uçlu şekilde sorulmuş olup 6 kategoriye (iş yükü fazlalığı, yönetsel sebepler, daha iyi çalışma koşulları için, ailesel (eş durumu vb.) sebepler, sağlık sebepleri, yaş) ayrılmıştır. İstatistiksel analizlerde SPSS 24.0 programı kullanılmış, çapraz tablolar, ki-kare testi, t testi ile ilişkili faktörler değerlendirilmiş, ileri analiz için lojistik regresyon kullanılmıştır. OR ve %95 düzeyinde güven aralıkları sunulmuştur. Anlamlılık düzeyi için $p < 0.05$ anlamlı kabul edilmiştir. Etik kurul onayı DEÜ Girişimsel Olmayan Çalışmalar Etik Kurulundan alınmıştır (Karar no:2022/06-10, Tarih:16.02.2022). Çalışma için finansal destek alınmamıştır. Çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Bulgular: Tek değişkenli analizlerde; yaş ve meslekte çalışılan süre işten ayrılmış olma ile karşılaştırıldığında olgular kontrollere göre daha yaşlıdır ve daha uzun süre çalışmıştır (47.2 ± 9.9 vs 41.9 ± 6.1 , $p = 0.008$ ve 22.67 ± 9.7 vs 19.43 ± 6.5 , $p = 0.02$). Eğitim durumu olgu grubunda daha düşüktür ve anlamlıdır. ($p < 0.001$). Kurumda çalışılan süre, medeni durum, çocuk sayısı, çalışma düzeni, görev, kadro durumu (kadrolu-sözleşmeli), birim

Özet Sözlü Bildiri

değişikliği, kronik hastalık varlığı ile ayrılma arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Olgu grubunda ayrılma nedenleri (birden fazla seçenek seçilebilir) şöyledir: iş yükü nedenli ayrılanlar 16 (%53.3), yönetim nedeniyle 14 (%46.7), daha iyi koşullar için ayrılanlar 8 (%26.7), aile-eş durumu sebebiyle ayrılanlar 6 (%20), yaş nedeniyle 3 (%10), sağlık sebebiyle ayrılanlar 2 (%6,7) kişidir. Kontrol grubunda toplam iş yükü puanları ve iş gerilimi olgu grubuna göre anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0.001$, $p=0.003$). Ölçeğin diğer iki boyutu olan iş kontrolü ve sosyal destek puanları ile ayrılma arasında anlamlı ilişki yoktur. Yüksek iş gerilimi olanlar ile düşük grup arasında halen çalışanlarda iş gerilimi daha yüksektir ($p=0.001$). Bağımlı değişken olan işten ayrılmış olma ile tek değişkenli analizlerde istatistiksel olarak anlamlı bulunan yaş, iş yükü ve öğrenim durumu arasında çok değişkenli lojistik regresyon analizi yapılmış; işten ayrılmış olma ile yaş (OR: 0.9, %95 GA: 0.86-0.98, $p=0.012$); iş yükü (OR: 1.2, %95 GA:1.02-1.46, $p=0.043$) ve ön lisans mezunu olmak, lisansüstü grup referans olarak alındığında, (OR: 3.5, %95 GA:1.28-9.51, $p=0.028$) ilişkili bulunmuştur. İşten ayrılmış olma ile tek değişkenli analizlerde istatistiksel olarak anlamlı bulunan, yaş ve iş gerilimi lojistik regresyon analizine alındığında; yaşa göre düzeltildiğinde, iş gerilimi ile ayrılma arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır (OR: 6.9, %95 GA:0.40-117.22 $p=0.181$).

Sonuç: Çalışmamızda, tahmin edilenin aksine, işten ayrılmış olan hemşirelerin iş yükleri daha düşüktür. Sebebi hemşirelerin kıdemlendikçe iş yüklerinin düşük, kontrolün ve sosyal desteğin yüksek olduğu poliklinik, eğitim hemşireliği, mediko vb. iş geriliminin daha düşük olduğu birimlere geçmeleri olabilir. Çalışma kamu hastanesinde yapıldığından özel sektöre göre daha az işten ayrılma (özellikle istifa) gerçekleşmektedir. Katılımcıların çoğunluğunun (%94.4) devlet memuru kadrosunda olması da çalışmanın kısıtlılıklarındandır. Halen çalışan hemşirelerin maruz kaldığı iş yükü yüksekliklerini ve iş gerilimini belirlemesi açısından da çalışmanın sonuçları değerlendirilmeli; iş gerilimi her zaman işten ayrılma ile sonuçlanmadığından halen çalışmakta olan gruplar tükenmişlik, işten ayrılma niyeti, sessiz istifa gibi kavramlar açısından da değerlendirilmeli ve sorunları belirlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, İş stresi, İşten ayrılma

Özet Sözlü Bildiri

S161

**KOCAELİ İLİNDE PANDEMİNİN İKİNCİ YILINDA İŞ YERLERİNDE ALINAN
COVID-19 ÖNLEMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ-ÖN RAPOR**

Çiğdem ÇAĞLAYAN, Mehmet Ertan GÜNER, Gonca YILDIRIM COŞKUN, Cem TURAN, Hatice Cemre KESER

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Türkiye

Giriş ve Amaç: Aralık 2019'da Çin'in Wuhan kentinde başlayan COVID-19 pandemisi iş yaşamı da dahil olmak üzere hayatın her alanında etkisini sürdürmektedir. İşyerlerinde, çalışanların sağlığının korunması ve geliştirilmesi yasal bir zorunluluktur. Çalışanların birçoğu için SARS-CoV-2'ye maruz kalmanın birincil kaynağı, çalışma alanı tasarımının sosyal mesafeyi engellediği, kişisel koruyucu ekipmanın (KKE) bulunmadığı veya sınırlı olduğu ve sanitasyon ve havalandırmanın yetersiz olduğu işyerleridir. İşyeri müdahalelerinin etkinliğini değerlendiren çalışmalar, işyerlerine yönelik tavsiyelerin ve işyerinde SARS-CoV-2 bulaşmasını önlemeye yönelik ulusal politikaların tasarlanmasında özellikle önemlidir. Bu araştırmanın amacı pandeminin ikinci yılında işyerlerinde COVID-19 önlemlerinin güncel uygulanma durumunu ve önlemlerin devam edip etmediğini saptamaktır.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma kesitsel tipte planlanan bir epidemiyolojik araştırmanın kongreye son başvuru tarihine kadar gelen yanıtların sunulduğu bir ön rapor olup tanımlayıcı bulguları içermektedir. Araştırma evrenini ... Tabip Odası İşçi Sağlığı ve İşyeri Hekimliği kolunun iletişim ağında bulunan 240 işyeri hekimi oluşturmaktadır. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan işyeri hekimlerine online anket formu gönderilmiş ve şimdiye kadar 35 (%14,5) yanıt alınmıştır. Veri formunda; iş yeri bilgileri, iş yerindeki iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları, işyerinde COVID-19 vaka ve aşılama durumu, COVID-19 bulaşını engellemeye yönelik yapılan önleyici uygulamalar ve bu uygulamaların pandemi başında ve şu anki durumları ile bu uygulamaların yeterli bulunup bulunmadığı sorgulandı. Veriler IBM SPSS version 21.0 programında analiz edildi. Tanımlayıcı istatistikler uygulandı. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak, numerik değişkenler ortalama± standart sapma olarak gösterildi.

Bulgular: Araştırmaya katılan işyeri hekimlerinin %74,3'ü tam zamanlı olarak çalışmakta olup tüm işyerlerinin tamamında İSİG kurulu bulunmaktadır. Araştırmaya katılan işyerlerinin 4 (%11'4)'ü az tehlikeli, 19 (%54,3)'ü tehlikeli, 12(%34,3)'ü ise çok tehlikeli sınıfta yer almaktadır. Ortalama olarak işyerlerinde 100 işçi başına COVID-19 geçiren yüzdesi 35±22 olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılan işyerlerinde en az üç doz aşılı personel yüzdesi %75 ve üzerinde olan 14 (%45,2) işyeri bulunurken, %25 ve altında aşılı personel yüzdesi bulunan işyeri sayısı 4(%12,9)'tür. İşyerlerinin %97;1'inde COVID-19 pandemisine özel risk değerlendirmesi yapıldığı ve %54,3'nün güncel veriler ışığında risk değerlendirmesinin güncellendiği bildirilmiştir. Araştırmaya katılan işyerlerinde çalışma alanlarının sosyal mesafe kurallarına uygun olarak düzenlenmesi ile ilgili olarak %28,9'si pandeminin başından beri uygulandığını, % 67,1 pandeminin başından 01 Temmuz 2021 tarihine (normalleşme genelgesi) kadar uygulandığını ama artık uygulanmadığını ve %8,6'ı da hiç uygulanmadığını belirtmiştir. Çalışma ortamının sık aralıklarla havalandırılması önlemini %51,4'ü pandeminin başından beri kesintisiz uygularken, % 45,7'si pandeminin başından 01 Temmuz 2021 tarihine (normalleşme genelgesi) kadar uygulandığını ama artık uygulanmadığını ve %2,9'u hiç uygulanmadığını belirtmiştir. Havalandırma sistemlerinde HEPA filtresi kullanımı açısından değerlendirildiğinde %26,5'i pandeminin başından beri kesintisiz uygularken, % 17,6'sı pandeminin başından 01 Temmuz 2021 tarihine (normalleşme genelgesi) kadar uygulandığını ama artık uygulanmadığını ve %47,1'i ise hiç uygulanmadığını belirtmiştir. İşyerinde hızlı antijen testi uygulaması değerlendirildiğinde %37,1'i pandeminin başından beri kesintisiz uygularken, % 25,7'si pandeminin başından 01 Temmuz 2021 tarihine (normalleşme genelgesi) kadar uygulandığını ama artık uygulanmadığını ve %31,4'ü ise hiç uygulanmadığını

Özet Sözlü Bildiri

belirtmiştir. İşyeri hekimleri arasında tüm pandemi süreci göz önüne alındığında işyerinde alınan pandemi önlemlerini kısmen yetersiz bulanlar %5,7, kısmen yeterli bulanlar %42,9 ve yeterli bulanlar %51,4'tür. **Sonuç:** Kocaeli İlinde çalışan işyeri hekimlerinin değerlendirmelerine göre COVID-19 Pandemisi için işyerlerinde alınan önlemler genellikle yeterli bulunurken, normalleşme genelgesi ile birlikte işyerlerinde alınan önlemlerin artık uygulanmadığı bildirenler yaklaşık yarısını oluşturmaktadır. İSİG uygulamaları pandemi mücadelesinin bir parçası olarak ele alınmalı ve etkin biçimde yürütülmelidir.

Çıkar çatışması yoktur. Finansal destek alınmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Covid19, İş Sağlığı, İş güvenliği

Tam Metin Sözlü Bildiri

S162

İŞ VE MESLEK HASTALIKLARI UZMANLIĞI SAHA DENEYİMİ: BİR OLGU ÜZERİNDEN MESLEK HASTALIĞI SEVK, TANI VE BİLDİRİM SÜRECİNDEKİ SORUNLARIN MEVZUAT YÖNÜNDEN İNCELENMESİ

Aylin ÇİFCİ, Ceyda SAHAN, Yücel DEMİRAL
Dokuz Eylül Üniversitesi, Türkiye

Giriş

Meslek hastalıkları; sık görülmesi, sağlık ve ekonomik yükünün fazla olması ve önlenebilir hastalıklar olması nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Meslek hastalıklarının kapsamlı bir şekilde kaydedilmesi ve bildirilmesi, yalnızca etkilenen işçilerin tedavi, rehabilitasyon ve sakatlık gibi masraflarının tazmin edilmesi için gerekli değildir; ayrıca tehlikeleri kontrol altına almak ve aynı hastalığın diğer çalışanlar arasında tekrarlanmasını önlemek için işyerinde hedefe yönelik tedbirlerin alınması açısından da kritik öneme sahiptir. Uluslararası Çalışma Örgütü (UÇÖ) yayınladığı rehber ile; meslek hastalıklarının nedenleri hakkında inceleme yapabilmek, bunun sonucunda politika geliştirebilmek, araştırma ve eğitim faaliyetlerini yürütebilmek, sürveyans sistemlerini oluşturabilmek, önleyici girişimlerde bulunabilmek, tazminat ve rehabilitasyon sistemlerini oluşturabilmek için meslek hastalığı verilerinin kaydı ve incelenmesinin önemini vurgulamıştır (1). Ülkemizde meslek hastalıkları ile ilgili ilk bilgiler 19. yüzyılda maden işçilerinin sağlık sorunları ile ilgili bilgilere dayanmaktadır. 1949, 1976, 1978 yıllarında Zonguldak, İstanbul ve Ankara Meslek Hastalıkları Hastanelerinin kurulmasıyla bu tanı oranları artmış ve iş sağlığı ve güvenliği adına yapılan düzenlemeler hız kazanmıştır. Meslek Hastalıkları tanı ve bildirim; 2011 yılında tüm eğitim araştırma ve kamu tıp fakülteleri hastanelerine sağlık kurulu raporu düzenleme yetkisi verilmesine karşın çok ilerleme kaydedememiştir (2). Esas görevi Meslek Hastalığı tanı ve bildirim olan İş ve Meslek Hastalıkları uzmanlarının (İMHU) yetiştirildiği yan dal eğitim programı 2013 yılında kurulmuş 2017 yılında ilk uzmanlarını vermiştir. TUKMOS eğitim müfredatında İMHU'nun ilgi alanı; çalışma yaşamının insan sağlığı üzerine zararlı etkilerini tanımlamak, bu etkilerin sağlık üzerinde yarattığı sonuçları değerlendirip koruyucu önlemleri geliştirmek ve çalışanın sağlıklı bir şekilde çalışmayı sürdürmesini sağlayacak tüm etkinlikler olarak belirtilmektedir (3). Ülkemizde yan dal uzmanlık eğitimini tamamlayan İMHU'lar genel olarak meslek hastalığı tanı, tedavi ve bildirim görevlerini yürütmektedir. Bazıları buldukları hastanelerde işyeri hekimi olarak görevlendirilirken bazıları ise ana branş polikliniklerinde görevlendirilmektedir. İMHU görev ve yetkileri konusunda mevzuatta net bilgi bulunmamaktadır. Ülkemizde 6 eğitim programı ve 38 uzman hekim görev yapmakta olup meslek hastalığı tanı ve bildiriminde halen önemli sorunlar bulunmaktadır. Türkiye'deki iş ve meslek hastalığı uzmanlık eğitimi programı eğiticileri, uzmanları ve yan dal uzmanlık öğrencilerinin görüşlerinin değerlendirildiği bir delphi çalışmasında; iş ve meslek hastalıkları uzmanlık dalının tanınırlığının yetersiz olduğu, özlük hakları ve görev tanımlarının net olmadığı sonuçlarına ulaşılmıştır. Bunun yanında; İMHU işlevselliği açısından yasal düzenlemeler, sosyal güvenlik sistemi uygulamaları, hastanelerde meslek hastalıkları tanı süreçlerinde sorunlar olduğu tespit edilmiştir (4). Bu çalışmayla; iş sağlığı ve güvenliği alanındaki gelişmelerin sağlanmasının önemli bir koşulu olan meslek hastalıkları tanı ve bildiriminde yaşanan sorunların, İMHU'nun değerlendirdiği bir meslek hastalığı olgusu üzerinden mevzuat ışığında incelenmesi amaçlanmıştır. Herhangi bir finansal destek alınmamıştır ve çıkar çatışması yoktur. Olgudan aydınlatılmış onam alınmıştır.

Olgu

Dört yıl önce Ege Bölgesi'nde tapu kadastro memuru olarak bir mühendislik firmasında çalışırken bıçak saplanır tarzda sırt ağrısı olan olguya, yapılan tetkikler ile Ege Bölgesi'nde bir eğitim ve araştırma hastanesinde lenfoma ön tanısı konmuş ve memleketi olan bir İç Anadolu bölgesi ilinde biyopsi yapılmış. Non-hodgkin lenfoma tanısı alan olgu 1 yıl önce otolog kemik iliği nakli tedavisi olmuş. Şuan hedefe yönelik tedavi alıyormuş. Malign hastalık nedeni malulen emekli olmuş ve 4 yıldır çalışmıyormuş. Olgu hastalığının

Tam Metin Sözlü Bildiri

mesleksi olduğunu düşünerek SGK sevki ile Meslek Hastalıkları Hastanesine başvurmuş. Mevcut tetkik sonuçları ile yapılan değerlendirme sonucunda yazılan sağlık kurulu raporu ile SGK'na başvuru yapmış ve SGK, Meslek Hastalıkları Hastanesi'nde düzenlenen Sağlık Kurulu raporunda hematoloji uzmanı görüşü olmaması nedeniyle ara karar vererek olgunun Hematoloji ve İş ve Meslek Hastalıkları uzmanının (İMHU) birlikte olduğu bir sağlık kurulu raporu alabilmesi için yeniden sevkine karar vermiş. Çalışmış olduğu işyeri Ege Bölgesi'nde olduğundan buradaki SGK'dan sevk alması istenmiş ve olgu yetkili sağlık kuruluşu olan Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, İş ve Meslek Hastalıkları Polikliniği'ne sevk edilmiş. Olgu hastanemize sevkine kadar geçen süreçte; yaşadığı ilden uzak bir hastanede tetkiklerini sürdürmüştür. Bunun yanında tıbbi ve hukuki sonuçları olan bu tanının koyulması gereken sağlık kuruluşunda Hematoloji ve ileri uzmanlık gerektiren diğer branş hekimlerinin bulunmaması nedeniyle tanı süreçleri aksamıştır. Başvuru sırasında 4 yıldır çalışmayan, düzenli ve yeterli geliri olmayan, nefes darlığı ve eklem ağrısı yakınmaları olan olgunun yaşadığı ilden çok uzak bir bölgeye SGK sevki ile başvurusu gerektiğinden; ulaşım, konaklama ve temel ihtiyaçlarını giderme zorluğu olan ve bütünsel düşünülduğünde maddi zorluğa neden olan bir sürecin içerisine girmiştir. Hastanemizde hazırlanacak olan meslek hastalığı sağlık kurulu e-rapor sürecinde ise; olgunun İMHU ve Dahiliye, Hematoloji Uzmanları yanı sıra; Ortopedi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Psikiyatri, Nöroloji, Genel Cerrahi, Göz, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları polikliniklerinden muayene süreçlerini tamamlaması gerekmektedir. Yani aslında şikayeti ile ilgisi olmayan 6 branşın daha muayenesi için başvurusu istenmektedir. Bu olgu özelinde ve pek çok hastamızda olduğu gibi tıbbi durumlarının acil olmaması nedeniyle hastanede yatarak tetkiklerinin yapılması endikasyonu olmadığı için mümkün olmamaktadır. Hastalık tanı sürecinin zorlu olması ve hastanın takip ve tedavisinin başka bir merkezde yapılması nedeniyle; Hematoloji ve İş ve Meslek Hastalıkları Uzmanları'nın tüm hızlandırma çabalarına rağmen yaklaşık 6 hafta süren meslek hastalığı tanı süreçleri yaşanmış ve ek olarak e-rapor kurul imza süreçleri de 2 haftaya kadar uzamıştır. SGK sevki almış olan olgularda tanı süreçleri boyunca oluşan maddi giderlerin faturası var ise giderlerinin ancak 10 gün içerisinde harcanan bir kısmı SGK tarafından geri ödenebilmektedir. Randevuların ileri tarihlerde olması ve hastane yatışının mümkün olmaması nedeniyle hastanın maddi ve manevi kayıplarında artış sözü konusudur. Olgunun meslek hastalığı tanı sürecinde karşılaşılan sorunlar şekil 1'de ifade edilmiştir.

Kısaltmalar: İMHU: İş ve Meslek Hastalıkları Uzmanı, MHH: Meslek Hastalıkları Hastanesi

Tartışma

Meslek hastalığı; ülkemizde 2012 yılında yürürlüğe giren 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nda da Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ile benzer olarak, "mesleki risklere maruz kalım sonucu ortaya çıkan hastalık" olarak tanımlanmaktayken, meslek hastalıklarının tazminine ilişkin hususlar 2006 yılında yayınlanan 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve ekleri ile düzenlenmektedir (5). 5510 sayılı kanunun ekinde yer alan Meslek Hastalıkları Listesi'nde bulunan hastalıklar meslek hastalığı olarak kabul edilmektedir. Listede bulunmayan bir hastalık durumunda hastalığın çalışma koşullarından kaynaklandığı kanıtı dayalı olarak ortaya konabildiği takdirde, Sosyal Sigorta Sağlık Kurulu kararı ile bu hastalık da meslek hastalığı olarak kabul edilmektedir. Ancak bu konu uzun süren bir çalışmayı ve Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulunun konu ile ilgili kararını gerektirmektedir. İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'ndaki tanım ise meslekten kaynaklandığı kanıtı dayalı olarak ortaya konması durumunda bütün hastalıkların meslek hastalığı olarak kabul edileceği anlamına gelmektedir (6). Bu hastalıkların tıbbi olarak tanınması ve etkili sürveyans sistemleri ile kayıt altına alınması iş sağlığı ve güvenliği önlemleri ve geliştirilecek politikalar açısından önemlidir. Tanı koyulan hastalıkların ne kadarının tazmin edileceği ise her ülkelerin mali ve sosyal politikalarına göre belirlenen bir program dahilinde yapılmaktadır ve ayrı bir tartışmanın konusudur.

Çalışanın meslek hastalığı tespiti amacıyla yetkilendirilmiş sağlık kuruluşlarına başvurusu; işyeri hekimi sevki, sağlık hizmeti sunucuları tarafından sevki, SGK il müdürlüğüne şahsi başvuru ile SGK sevki, yetkili sağlık kurumlarına şahsi başvurusu ile 4 şekilde olabilmektedir. Meslek hastalıkları Hastaneleri başta olmak üzere bazı kurumlarda 4 yolla başvuru yapılabilir ve geri ödeme sorunları yaşanmazken, özellikle üniversitelerde yalnızca SGK sevki ile kurum geri ödemesi alınabilmektedir. Bunun yanında yalnızca SGK sevki ile yapılan

Tam Metin Sözlü Bildiri

başvurularda sağlık hizmeti, yol ve gündelik giderleri karşılanmaktadır (7). SGK sevkinde ise yukarıda olguda bahsedildiği gibi kişinin çalıştığı İl SGK Sağlık Kurulu'na başvurusu koşulu uygulanmaktadır.

Ülkemizde 2008 yılına kadar; 1949 da kurulan Zonguldak Meslek Hastalıkları Hastanesi, 1976'da kurulan İstanbul ve 1978'de kurulan Ankara Meslek Hastalıkları Hastaneleri raporları ile meslek hastalıkları tanısı konulmakta ve çalışma gücü ve meslekte kazanma gücü kaybı oranı belirlenmekteydi. Bu durumda; İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesinin kapsama alanı olan Marmara Bölgesi şehirleri, İzmir ve Zonguldak Meslek Hastalıkları Hastanesinin kapsama alanı olan Zonguldak ve Bartın şehirleri olmak üzere toplam 12 il dışında kalan illerin Ankara Meslek Hastalıkları Hastanesinden hizmet almıştır. Bu durum çalışanların sağlık hizmetine ulaşımını engellediğinden meslek hastalığı tanı kapasitesinin artırılması amacıyla 2008 yılında Kamu Üniversite Hastaneleri ve 2011 yılında da Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerine meslek hastalığı dosyası hazırlama ve tanı koyma yetkisi verilmiştir. Bu değişiklik ile 91 Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile 66 Üniversite Hastanesi meslek hastalığı tanısı koyma yetkisi kazanmış ancak buna rağmen tanı istatistiklerinde beklenen artış elde edilememiştir (8). Bunun en önemli nedenlerinden biri; tıbbi tanı alan olguların bildiriminin ve sürveyansının yapılmaması; bunun yerine SGK Sağlık Kurulu tarafından %10 ve üzeri meslekte kazanma gücü kaybı oranı hesaplanan olguların istatistiklere yansıyor olmasıdır. Bir diğer neden ise üniversite ve eğitim araştırma hastanelerine tanı koyma yetkisi verilmesine karşın yeterli sayıda yetkin ve meslek hastalığı tanısı konusunda farkındalığı olan, eğitim almış personel altyapısının henüz oluşturulmamış olmasıdır. İş sağlığı sisteminin üçlü sac ayağı yapısının ortasında konumlanması gereken hekimin hukuki tazmin süreçlerini de içeren bu süreçten sakınması da doğal bir sonuç ve bu duruma temel nedenlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Meslek hastalığı tanı süreçleri aktif olarak Zonguldak, İstanbul ve Ankara illerindeki Meslek Hastalıkları Hastanelerinde yürütülürken 2013 yılında 5 merkezde kurulan (Ankara Atatürk Sanatoryum EAH, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dokuz Eylül Üniveritesi Tıp Fakültesi ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi) İş ve Meslek Hastalıkları eğitim protokolleriyle yandal uzmanları yetiştirilmeye başlanmıştır. 2020 yılında Bezmî Alem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi de bu listeye eklenmiştir.

Günümüz itibariyle İş ve Meslek Hastalıkları branşında 38 uzman hekim görev yapmaktadır. Bu hekimlerin 7'si İstanbul, Zonguldak ve Ankara Meslek Hastalıkları Hastanelerinde, diğer hekimler ise çeşitli illerde 3. basamak hastanelerde görev yapmaktadırlar. Özellikle Meslek Hastalıkları Hastaneleri açısından 2. basamak olmaları ve ileri uzmanlık-yandal branş hekimlerinin bulunmaması ve bazı ileri tetkiklerin yapılamıyor olması tanı süreçlerinin aksaması ile hasta ve hekim mağduriyetlerine neden olmaktadır. Üçüncü basamak hastaneler olan eğitim ve araştırma hastaneleri, üniversite hastaneleri ve bazı şehir hastanelerinde ise toksikoloji laboratuvarları bulunmadığından başta ağır metal etkilenimleri olmak üzere kimyasal risklere bağlı gelişen meslek hastalıkları ve iş kazaları açısından tetkik yapılamamaktadır. Hastalar İstanbul ve Ankara Meslek Hastalıkları Hastaneleri'ne yönlendirilmek zorunda kalmaktadır.

Meslek hastalığı tanısı için rapor düzenlenen bu merkezlerde Meslek Hastalığı Sağlık kurulu raporları ıslak imzalı olarak; asgari aynı branştan 3 hekim ya da farklı branşlardan 5 hekim imzası ile düzenlenebiliyorken; SGK 13.02.2020 tarihinden itibaren meslek hastalığı raporlarının da genel sağlık kurulu raporu sistemi üzerinden e-rapor olarak hazırlanması gerektiğini, bu şekilde hazırlanmayan raporların değerlendirmeye alınmayacağını bildirmiştir. Yapılan bu düzenleme neticesinde Sağlık Bakanlığı'nın e-rapor sisteminin kullanılması istenmektedir. Ancak Sağlık Bakanlığı'nın sağlık raporları usul ve esaslarına dair mevzuatında "Sağlık Bakanlığı Sağlık Raporlarına İlişkin Usul ve Esaslar (2017)" ve "Sağlık Raporları Usul ve Esasları Hakkında Yönerge (2019)" içerisinde Meslek Hastalığı Sağlık kurulu raporlarının usul ve esaslarına dair özel bir düzenleme bulunmamaktadır. 09.09.2021 tarihinde "Sağlık Raporları Usul Ve Esasları Hakkında Yönergede Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge" ile ek yapılan 33. maddede "5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununa göre sigortalı sayılanların, maluliyet, çalışma gücü kaybı ve erken yaşlanma durumlarının tespiti yönelik düzenlenecek sağlık raporları Yönerge eki Ek-14 Maluliyet ve Çalışma Gücü Kaybına Esas Sağlık Kurulu Rapor Formatına uygun olarak düzenlenir." ibaresi eklenmiştir (9). Bahsi geçen Ek-14'te sağlık kurulu rapor formatı ve kurul için gerekli branş hekimlerinin listesi yayınlanmıştır. Dahiliye, Göz, KBB, Genel Cerrahi veya Ortopedi, Nöroloji veya Ruh Sağlığı branş hekimlerinin muayene notları, tetkik sonuçları ve tanıların bulunduğu ve kurul başkanı ve başhekim onayının gerektiği bir rapor formu oluşturulmuştur (10). Gerekli ise bu branşlar dışındaki branş muayeneleri

Tam Metin Sözlü Bildiri

de eklenebilmektedir. Tek bir branşı ilgilendiren hastalık varlığında, bu branştan 3 hekim imzası ile de sağlık kurulu raporu hazırlanabileceği belirtilmiştir. Bu sağlık kurulu raporu formatıyla, maluliyet, meslek hastalıkları ve iş kazası raporu hazırlanabilmektedir ancak rapor formatında İMHU'ları ile ilgili bir gereklilik ya da olasılıktan bahsedilmemektedir. İMHU'ların bulunmadığı hastanelerde belirtilen sağlık kurulunun yapılması, meslek hastalığı kararı için doğru ve güvenli bir yol olarak kabul edilebilir fakat görev ve yetkinliği meslek hastalığı tanısı koymak olan İMHU varlığında bu kurula ihtiyaç duyulmamalıdır. Meslek Hastalıkları Sağlık Kurulu Raporu bir engellilik kurul raporu değildir. İMHU'nun bulunduğu durumlarda sevk nedeni ya da mevcut sağlık sorunu dışındaki 7 branşın muayenesini gerektirmemelidir. Sosyoekonomik sorunları olan vatandaşların özellikle üniversite hastaneleri polikliniklerinden randevu alarak uzaktan ya da aynı il içerisinde kurul muayenelerini tamamlamaları hem zaman kaybı hem de maddi kayıplara yol açmaktadır. Diğer bir yandan poliklinik randevularında gereksiz yoğunluğa yol açarak ihtiyacı olan hastaların muayenesi engellenmektedir. İMHU ve hastanın konsulte edildiği branşların oluşturacağı bir kurul ile meslek hastalığı tanısı koyulabilmelidir.

Sonuç olarak; meslek hastalığı tanı süreçlerinin uzunluğu, İş ve Meslek Hastalıkları uzmanlarının sayılarının yetersizliği, dolayısıyla çalışanların yaşadığı ilden farklı bir ilde tetkiklerini sürdürmesi, hukuki süreçlere neden olabilen meslek hastalığı tanısında İMHU'nun bulunduğu sağlık kuruluşlarında toksikolojik analizler gibi ileri tetkik olanakları ve bazı yandal branşlarının bulunmaması, tanı süreci uzunluğu nedeniyle iş günü kayıpları meslek hastağı şüpheli çalışanları zor durumda bırakmaktadır. Üstelik tüm bu süreçlerin sonunda hasta meslek hastalığı tanısı alamazsa giderleri için herhangi bir geri ödeme alamamaktadır. Bu nedenle çalışanların meslek hastalıkları şüphesiyle ilgili merkezlere başvurma motivasyonları düşmektedir. Hastaların bu şekilde yaşadığı ilden uzakta tetkik ve tedavi olanaklarına ulaşım sorunları yaşaması ayrıca klinik sağlık sorunlarını da artırabilir. Meslek hastalıkları Sağlık Kurulu e-rapor sistemi ile ilgili düzenleme yapılarak İMHU bulunan merkezlerde, İMHU başkanlığında konsulte edilen hekimlerin görüşü ile meslek hastalığı raporu yazılabilmesi bu sorunun çözümünde uygun olabilir. Bu sayede endikasyon dışı poliklinik hizmeti alımı ve zaman kaybının önüne geçilmiş olacaktır. İMHU sayısı yandal uzmanlık öğrencisi kontenjanları artırılarak iyileştirilmeye çalışılmaktadır. Özellikle İMHU yandal eğitimi verilen hastaneler olmak üzere mümkün olan ana merkezlerde toksikoloji laboratuvarlarının kurulması hem eğitim süreçleri hem de hastaların tanı ve tedavisi kolay ve ulaşılır hale getirilmesi açısından faydalı olabilir. İMHU'ların tam teşekküllü 3. basamak hastanelere atanması ya da buldukları illerdeki ileri uzmanlık dallarına erişimi hastaneler arası yapılacak protokollerle kolaylaştırılmalı ve hastaların bu konudaki mağduriyetleri giderilmelidir.

Anahtar Kelimeler: bildirim, meslek hastalığı, sevk, tanı, sorunlar

KAYNAKÇA

1. ILO. *National System for Recording and Notification of Occupational Diseases*. 2013 p. 16–8.
2. Bilir DN. *Türkiye'de Düünden Bugüne İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri*. (2021) Sağlık ve sosyal Yardım Vakfı, Ankara. Sf:25-30
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Tıpta Uzmanlık Kurulu Tıpta ve Dış Hekimliğinde Uzmanlık Dallarının Çekirdek Müfredat ve Standartları Versiyon 2.3 Dökümanları, 2017 [online].
4. Karabağ İ, Şahan C, Alagüney ME vd. *İş ve Meslek Hastalıkları Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumlulukları Ve Özlük Hakları Konularında Bu Alanda Çalışanların Görüşleri*. *Turkish Journal of Public Health*. 2022 May;
5. *Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu*. (2006, 16 Haziran) Resmî Gazete (Sayı: 26200) Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5510&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>
6. *İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu*. (2012, 20 Haziran) Resmî Gazete(Sayı: 28339) Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=6331&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=57>.
7. Kurt B, Yrd GM, Sakallı M, Başkanı D vd. *Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü (İSGGM), Meslek Hastalıkları Bildirim Rehberi*. 2020;52.
8. Yaşar GY. *Meslek Hastalıkları ve Meslek Hastalıkları Hastaneleri, Çalışma Ortamı, Sayı 156: 19-22, 2018. Çalışma Ortamı*. 2018;156:19–22.
9. *Sağlık Raporları Usul ve Esasları Hakkında Yönergede Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge*. (2020, 20 Ekim). Erişim adresi: <https://shgmsgudb.saglik.gov.tr/TR-85392/saglik-raporlari-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonerge--ve-hakem-hastane-listeleri.html>
10. T.C. Sağlık Bakanlığı. *Sağlık Raporları Usul ve Esasları Hakkında Yönerge*. (2021, 9 Eylül). Erişim adresi: <https://shgmsgudb.saglik.gov.tr/Eklenti/41694/0/saglik-raporlari-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonerge-10102020-ve-09092021-degisiklikleri-islenmis.pdf>

S163

INVESTIGATING OF FACTORS AFFECT ON DIAGNOSIS AND NOTIFICATION OF OCCUPATIONAL DISEASES AMONG RESIDENTS IN A UNIVERSITY HOSPITAL

Melih Gaffar GÖZÜKARA¹, Mustafa Necmi İLHAN²

¹Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Türkiye

Background/Aims: The diagnosis and notification of occupational disease require special education, knowledge, and behaviors due to its challenging nature. In this review, we aimed to investigate the factors that affect the diagnosis and notification of Occupational Diseases (OD).

Material and Methods: We conducted our research in a university hospital in Turkey's capital city Ankara. We reached 367 residents working in various departments and administrated our own-developed survey. In the survey, we try to evaluate knowledge, self-efficacy, and behavior toward Occupational Diseases. As statistical methods, we applied the Pearson Chi-square and Mann Whitney-U tests for statistical analysis.

Results: 23.7% of the participants have diagnosed/encountered occupational disease at least once in their field of specialty. Lackness of education is the most common reason for the participants' evaluation of the insufficient diagnosis, treatment, and legal knowledge of OD.

Conclusion: This study has found that self-competence about OD are very low and it is one of the key elements that affect positively the diagnosis and notification of OD could be directly or through history-taking behavior. Continuing education of OD including health law starting from the undergraduate period should be implemented in all medical faculties curricula which may increase OD diagnosis and notification. One of the more significant findings from this study is that the medical history section in medical history forms led to more accurate occupational history questioning. Adding an occupational history section to medical forms would be a vital intervention for OD awareness.

Introduction

The poet and physician Ramazzani introduced the first theories of occupational diseases (OD) in the 17th century (1), as far as it goes working affects health from the existence of humanity. It is vibrant in terms of factors that cause occupational diseases. It is estimated that 160 million employees in the world, corresponding to about 4% of the working population each year, develop occupational diseases. In Turkey, the incidence of OD was 1044 (4.7 per one hundred thousand) in 2018, while the number of insured employees was 22,072,840 (2) so that does not reflect the current situation. It raises the most crucial question: is there a problem with diagnosis and reporting that affects OD's incidence rate?

The diagnosis of occupational disease requires special education and organization due to its challenging nature. Although OD can be a specialty, every physician with his multidisciplinary nature has medical and legal responsibilities. Gaining the knowledge and behaviors towards the OD of research assistants, who are considered at the beginning of their professional life, may increase their awareness and confidence about many aspects of OD. Therefore, it could increase the frequency of diagnosis and reporting of OD (3). In this review, we aimed to investigate the factors that affect the diagnosis and notification of occupational diseases among residents.

Methods

Study Population

Our research is cross-sectional. We conducted our research in a university hospital in Turkey's capital city Ankara. All of the 429 research assistants working in departments of internal medicine, cardiology, neurology,

Tam Metin Sözlü Bildiri

infectious diseases and clinical microbiology, physical therapy and rehabilitation, emergency medicine, pulmonary diseases, psychiatry, child health and diseases, child psychiatry, dermatology, ophthalmology, urology, orthopedics and traumatology, thoracic surgery, neurosurgery, otolaryngology surgery, pediatric surgery, cardiovascular surgery, and general surgery was the population of the study. We aimed to reach the whole population.

Survey development

We created our survey in January 2020 after a detailed literature review. First, we tested the survey on the research assistants of the institution's public health department, where we conducted our study. After the initial test, three experts in the epidemiology field reviewed and revised it. The survey consists of 58 questions and four sections. In the first part of the survey, questions ask about demographic characteristics, knowledge, and self-efficacy in the second section, attitude in the third section, and behavior in the fourth section. We excluded the attitude section in the article for shortening. We specifically created questions about OD implemented in Turkey, according to the law and discipline.

Survey Administration

We received a list of research assistants working in selected departments from the institution's management two weeks before the survey administration. In February 2020, we applied our survey face-to-face to those who agreed to participate in the study over the entire list. We reached a total of 409 people, and 32 people refused to participate in the survey for various reasons. We reached a total of 367 research assistants (85.5% of the population) on top of that, we reached over 80% of all of the study population in each department. We asked about the participants' profession, as the profession of their parents for pediatric patients.

Statistical Analysis

We evaluated the research data with the SPSS 22 for Windows (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). For analyzing data distribution, we used visual methods (histogram and probability distributions) and the Kolmogorov-Smirnov method. We observed that all of the research data was distributed non-normally. We presented the data by using percentage, median, and minimum-maximum values. As statistical methods, we applied the Pearson Chi-square test for categorical variables, Mann-Whitney U Test to assess statistical significance between the two independent groups. The statistical significance value (p) was accepted as <0.05 . In the assessment of the survey, behaviors questions that were answered "No" were evaluated as 1 point, "Sometimes" answer as 2 points, "Occasional" answer as 3 points, "Often" answer as 4 points, and "Always" answer as 5 points. The "Behavior Assessment" section of the survey gets a maximum of 45 points and a minimum of 9 points.

Ethics Approval

Ethics approval was granted by Gazi University Ethics Committee, dated 07/01/2020, number:01.

Conflict of Interest

All authors declare that they have no conflict of interest.

Funding

This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Results

General Characteristics and Occupation-Related History

The response rate of the survey was 367 (89.7%) out of 409 people. The median age of the participants was 27 (24-39). The participants' sociodemographic variables are presented in Table 1. 51.8% of the participants

Tam Metin Sözlü Bildiri

were women, and 49.2% were men. The median total employment duration of the participants was 24 (1-192) months. The median employment duration of the participants in a tertiary hospital was 18 (1-66) months. Research assistants working in each department had a participation rate of over 80%. The departments in which the participants take part are presented in Table 1.

Occupational Diseases Education, Diagnosis, and Reporting Status

Table 2 summarizes the participants' OD education, diagnosis, and notification experiences. 196 (54%) participants received occupational disease training, and 156 (83.4%) participants received this training during their undergraduate education, only 16 (8.5%) received training during residency. 230 (64.6%) of the participants had the desire to receive occupational disease training, and only 160 (44.9%) participants had access to basic educational material about OD.

Occupational diseases self-efficacy assessments of the participants

Table 3 presents the self-assessment of the competency related to OD. Of the participants, 58 (15.8%) stated that they had sufficient information to diagnose OD, and as the reason for inadequacy, 174 (58.2%) of them stated that they did not receive the necessary training. Fifty of the participants (13.6%) evaluated their knowledge about the treatment as sufficient, and as the reason for inadequacy, 174 (58.2%) of the participants stated that they did not receive the necessary training.

Behaviors of taking occupational history

In Table 4, the behaviors of the participants regarding OD in the last year are presented. While only 85 (23.3%) of the participants always questioned their patients' profession, 37 (10%) never questioned. The questioning frequency is always below 10% in almost all behaviors. The median behavior scores of the participants were found to be 25 (9-45). Self-efficacy relationship with diagnosis and reporting of occupational disease experience

In Table 5, the diagnosis, treatment, and legal self-efficacy of the participants and the relationship between diagnosis and notification are examined. Those who felt adequate in the diagnosis, treatment, and legal fields of OD had a higher frequency of at least once diagnosing or encountering and organizing and reporting an occupational disease higher than those who felt inadequate. ($p < 0.05$).

Factors affect the behavioral score

The comparison of the scoring based on the participants' occupational disease anamnesis behavior frequencies in the last year with some factors is presented in Table 6. Occupational disease education, having medical history form that contains an occupational inquiry section, having sufficient knowledge about diagnosis, treatment, and legal aspects of OD, and having access to basic information were the factors that positively affect behavior score ($p < 0,05$).

Main Points

The occupational history section in medical forms leads to more frequent diagnosis and notification of OD. Roughly half of the participants have taken OD education.

OD education significantly contributes to the diagnosis and notification of OD.

Discussion

Diagnosing and reporting occupational diseases

When the diagnosis and reporting status of OD are examined, 23.7% of the participants have diagnosed/encountered occupational disease at least once in their field of specialty. These results match those

Tam Metin Sözlü Bildiri

observed in earlier studies. In the study of Üzmezoğlu et al. (3), approximately one-fifth of the inter-medicine residents were diagnosed with an occupational disease related to the specialty, but the frequency of diagnosis was higher in the residents who were in the last year of education. Although these finding matches some other studies, a possible explanation for low-rate diagnosis might be; due to taking an incomplete occupational history, inexperience, long delay time between exposure and onset of symptoms, and multi-factorial etiology; many OD are attributed to other causes or conditions (4, 5). Another important finding in our study was that, only about half of those who have previously diagnosed or encountered an occupational disease; prepared an occupational disease report and notified it. These results agree with the findings of some other studies such as, a study of general practitioners in South Africa found that 75% of physicians diagnosed OD at least once in the past six months, even though one in four knew their legal responsibilities, only one reported that this was due to lack ness of legal knowledge (6). Likewise, in Üzmezoğlu et al. (3) study, more than half of the participants stated that they were insufficient to report OD. Insufficient legal knowledge about OD also may have contributed to this result in our study. These findings also may suggest that lack of notification could be one of the major causes of the low rate of OD.

The behavior of history taking effect on diagnosing and reporting

There is no valid scale that measures medical doctors' approach to OD, including our study. Nevertheless, our findings are consistent and encouraging. In our study, participants who were diagnosed and notified of an occupational disease at least once had higher behavioral scores. A case report was made in South Africa, in which many patients were misdiagnosed more than once since the correct occupational histories were not taken (7). We calculated the scores based almost entirely on occupational disease history taking related, which could be interpreted as a more accurate occupational history leading to a higher score. This result implies that positive behavior could increase diagnosis and reporting rates of OD.

Importance of education in diagnosis and reporting of occupational diseases

In this study, we found that almost half of the research assistants have not received any OD education during their undergraduate period, and almost none of them were during residency. Like our findings, also in Üzmezoğlu et al. (3) study, only 57.6% of the participants received occupational disease education during their undergraduate period however about one in five have received OD education during residency, unlike our study. This positive difference could be attributed to their study population which included only internal medicine residents. The interpretation of a superficial, inadequate, and discontinuous education as not being trained even by participants who have previously taken OD education, or complete lack of OD education in many medical faculties may explain this result. Another important finding is, answering the lack of education was the most common reason for the participant's evaluation of the lack of diagnosis, treatment, and legal knowledge of OD. Although the proportion of those who feel competent in terms of diagnosis, treatment, and legal aspects of OD is quite low among participants like many other studies (3, 8, 9), it is promising that those who feel competent make a more frequent diagnosis and notification of occupational disease because the general run of the participants has a demand for OD education and willingness is positively correlated with the effectiveness of education (10). It is safe to establish the hypothesis that regular education will increase OD's competencies, and the frequency of diagnosis and reporting will increase.

Health law is an important area, and there is no compulsory education curriculum in Turkey during the medicine undergraduate program. Similar to our study, a study in Poland found that only 5% of healthcare professionals received health law education during their undergraduate education (9). Previous studies have shown that most of the physicians had a slight health law knowledge, but at least they were eager to receive legal information (9, 11). It is unacceptable that educational opportunities are limited in this era. In our study, half of those with sufficient access to OD educational materials had higher behavioral scores than those with insufficient access. Likewise, in the study of Üzmezoğlu et al. (3), only 56.4% of the research assistants stated that they had sufficient access to OD educational materials related to their fields of expertise, but unfortunately, there was no statistical comparison. When considering that the study of Üzmezoğlu et al. (3) only included internal medicine residents



Tam Metin Sözlü Bildiri

who are more likely to encounter OD, a lack of educational opportunities may be meager all over Turkey. Taking into account that behavior score positively affects OD diagnosis and notification in our study, improving access to OD education materials may contribute to achieving the real rate of OD.

Taking the right history

Only half of our participants had an occupational history section in their history form. In the study of Üzmezoğlu et al.(3), only 51% of internal medicine research had an occupational history section in their history forms which is very similar to our study. And also in our study, the participants who had the occupational history section in the medical history form had higher behavior scores. In the study of Çimrin et al. (5), clinics with a medical history form that includes an occupational history section questioned more about occupational history. Although the history forms appear in small detail, in the occupational disease history taking, the first question is the work done by the person. Inaccurate or incomplete history taking may affect all subsequent decisions including diagnosis, initial treatment, and complete mistreatment, and vice versa (12). Even in our university, one of the oldest medical faculties in Turkey, medical history forms lack the occupational history section; thus, it could easily lead even undergraduate students to be unaware of OD. The inclusion of occupational history sections, which existed back even in 1978 (13), in all medical history forms could provide a diagnosis and notification of OD. The occupational history section in the anamnesis forms should not be left to individual preferences.

Half of the participants only agreed that questioning the last job of the patient would save him time. In a study on practitioners working in UK primary health care services, 63% of the participants stated that the time allocated to the patient for history taking restricted them from diagnosing OD (14). In another study, the participants stated that time restriction and OD knowledge are the most critical obstacles to a complete occupational disease history (15). In our study, clinicians may have had to think this way due to the sheer amount of patients and rapid working conditions, as in another study (16).

In our study, it is disappointing that only a quarter of the participants questioned their patients' jobs in the last year. In a study conducted on patient files in a university hospital in the USA, only 27.8% of the patient's occupational history was taken (17). In the study of Çimrin et al. (5), 43.9% of the participants questioned the occupational history of their patients. In another study conducted in Turkey, 28.9% of physicians stated that they questioned the occupational history of their patients (18) . In the study of Üzmezoğlu et al.(3), 35.8% of the participants always questioned the occupational history of their patients for the last year, and 28.5% of participants never or rarely. In many studies, time constraints, lack of knowledge, motivation, and being unaware of the OD have been stated as obstacles to questioning occupational history (19-21). Even though the obstacles on this issue were not asked directly in our study when deduced from participants' behavior answers, our findings are consistent with previous studies, and we can assume that removing these obstacles will increase the rate of diagnosis and notification of OD.

Considering the strengths of our study; the fact that it has been done on research assistants is very promising in terms of the ease and effectiveness of the future interventions that can be made. Participation rate and medical department diversity can be pretty successful in reflecting the general situation. The faculty of the study is a tertiary institution in Turkey's capital which is also important for revealing the seriousness of problems. The main weakness of the study is the reliability and validity of the survey used. Behavior measurement is one of the titles that are difficult to evaluate by its nature.

This is the first study that behavior scoring that has been used to determine factors that could affect the diagnosis and notification of OD. This study has found that generally self-competence about OD are very low and it is one of the key elements that affect positively the diagnosis and notification of OD could be directly or through history-taking behavior. About half of the participants have not taken any OD education during undergraduate medical education and even worse it was continuing at residency with a major lack ness regarding having access to basic OD educational materials. Continuing education of OD including health law

Tam Metin Sözlü Bildiri

starting from the undergraduate period should be implemented in all medical faculties curricula which may increase OD diagnosis and notification via increasing self-competency. One of the more significant findings from this study is that the medical history section in medical history forms led to more accurate occupational history questioning (figured from behavior score). Adding an occupational history section to medical forms is a vital intervention for OD awareness.

Keywords: Occupational Diseases, Diagnosis, Notification, Education, Behavior

References

1. Riva MA, Belingheri M, De Vito G, Lucchini R, Bernardino Ramazzini (1633–1714). *Journal of Neurology*. 2018;265(9):2164-5.
2. Yılığı SGKİ. 2018 SGK İstatistik Yıllıkları. 2018.
3. Uzmezoglu B, Ocaktan ME, Sari G, Caliskan D. Awareness of Occupational Diseases in Training Internal Medicine: The Importance of Continuing Education. *Cyprus Journal of Medical Sciences*. 2019;4(1):5-14.
4. Lax MB, Grant WD, Manetti FA, Klein R. Recognizing occupational disease--taking an effective occupational history. *Am Fam Physician*. 1998;58(4):935-44.
5. Cimrin AH, Sevinc C, Kundak I, Ellidokuz H, Itil O. Attitudes of medical faculty physicians about taking occupational history. *Medical education*. 1999;33(6):466-7.
6. Govender M, Ehrlich R, Mohammed A. Notification of occupational diseases by general practitioners in the Western Cape. *South African Medical Journal*. 2000;90(10):1012-4.
7. Naidoo S, Ryan A, Lalloo U. Taking an occupational history its value in avoiding a misdiagnosis.
8. Mandırcıoğlu A, Batı A. Ege Üniversitesi tıp fakültesi 6. sınıf öğrencilerinin meslek hastalıkları eğitimi konusunda görüşlerinin değerlendirilmesi. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 2006; 21: 22. 2006;26.
9. Zajdel J, Zajdel R, Kuna P. Knowledge of medical law amongst doctors of internal diseases. *International journal of occupational medicine and environmental health*. 2013;26(2):242-56.
10. Sáez FM, Bustos CE, Pérez MV, Mella JA, Lobos KA, Díaz AE. Willingness to Study, Self-Efficacy and Causal Attributions in Chilean University Students. *Journal of Educational Psychology-Propósitos y Representaciones*. 2018;6(1):223-45.
11. Lazarus JV, Jaruseviciene L, Liljestrand J. Lithuanian general practitioners' knowledge of confidentiality laws in adolescent sexual and reproductive healthcare: A cross-sectional study. *Scandinavian journal of public health*. 2008;36(3):303-9.
12. Alex R, Francis M, Prashanth H, Kundavaram A. Occupational history: A neglected component of history taking. *Indian journal of occupational and environmental medicine*. 2013;17(1):29.
13. Guidotti T, Cortez J, Abraham H, Hughson W, Krems A, Neuman T, et al. Taking the occupational history. *Annals of Internal Medicine*. 1983;99(5):641-51.
14. Elms J, O'Hara R, Pickvance S, Fishwick D, Hazell M, Frank T, et al. The perceptions of occupational health in primary care. *Occupational Medicine*. 2005;55(7):523-7.
15. Harber P, Merz B. Time and knowledge barriers to recognizing occupational disease. *Journal of occupational and environmental medicine*. 2001;43(3):285-8.
16. Kumaş H, Yücel Beyaztaş F. Türkiye'deki hekimlerin çalışma koşullarının irdelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2007;29(3):123-7.
17. Politi BJ, Arena VC, Schwerha J, Sussman N. Occupational medical history taking: how are today's physicians doing? A cross-sectional investigation of the frequency of occupational history taking by physicians in a major US teaching center. *Journal of occupational and environmental medicine*. 2004;46(6):550-5.
18. Malat G, Aslan V, Özden Y, Kıyan A. İş sağlığı, meslek hastalıkları eğitimi ve mesleki anamnez konusunda hekimlerin tutum ve görüşleri: bir alan araştırmasının betimleyici sonuçları. 4. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Didim. 1994.
19. Arnaud S, Cabut S, Viau A, Souville M, Verger P. Different reporting patterns for occupational diseases among physicians: a study of French general practitioners, pulmonologists and rheumatologists. *International archives of occupational and environmental health*. 2010;83(3):251-8.

Tam Metin Sözlü Bildiri

20. Harber P, Mullin M, Merz B, Tarazi M. Frequency of occupational health concerns in general clinics. *Journal of occupational and environmental medicine*. 2001;43(11):939-45.
21. Parhar A, Lemiere C, Beach JR. Barriers to the recognition and reporting of occupational asthma by Canadian pulmonologists. *Canadian respiratory journal*. 2011;18(2):90-6

Table 1. Socio-Demographic Characteristics of Participants

		n (%) *	
Gender (n=367)			
Female		190 (51.8)	
Male		177 (48.2)	
Employment duration as medical doctor (month) (median) (n=367)			
In a tertiary hospital		18 (1-72) **	
Total		27 (1-80) **	
Department of residency (n=367)			
	n (%*)	n (%*)	
Emergency medicine	15 (4.1)	General surgery	27 (7.4)
Pediatrics	64 (17.4)	Chest surgery	9 (2.5)
Cardiology	14 (3.8)	Pulmonary	11 (3.0)
Child & Adolescent	6 (1.6)	Ophthalmology	14 (3.8)
Internal medicine	80 (21.8)	Cardiovascular	6 (1.6)
Dermatology	5 (1.4)	Ear nose throat surgery	13 (3.5)
Infectious diseases	11 (3.0)	Neurology	18 (5.3)
Physical medicine and rehabilitation	16 (4.4)	Orthopedic surgery	23 (6.3)
Psychiatry	13 (3.5)	Neurosurgery	4 (1.1)
Urology	7 (1.9)	Pediatric surgery	11 (3.0)

* Column percentage **Median (Min-Max)

Tam Metin Sözlü Bildiri

Table 2. Educational, diagnosis and reporting variables regarding occupational diseases of participants 2020.

	n (%) *
Education status of OD (n=373)	
I have	196 (54.0)
I have not	167 (46.0)
Education time of OD (n=187)	
During under graduation	156 (83.4)
During residency	16 (8.5)
During in-service training	14 (7.5)
During work-place doctor training	6 (3.2)
In-service education request of OD (n=356)	
I request	230 (64.6)
I do not request	126 (35.4)
Accessibility to basic educational material of OD related to your specialty (n=356)	
Sufficient	160 (44.9)
Insufficient	196 (55.1)
Medical history form status of having occupation inquiry section (n=367)	
It has	184 (50.1)
It has not	183 (49.9)
Status of having diagnosed or encountered an occupational disease related to specialty at least once	
I have	87 (23.7)
I have not	280 (76.3)
Status of having prepared medical report and notified an occupational disease related to my specialty at least once (n=87)	
I have	41 (47.1)
I have not	46 (52.9)

* Column percentage

Table 3. Self-assessments of participants about occupational diseases

	n (%) *
Competency self-assessment of OD diagnosis (n=367)	
Competent	58 (15.8)
Incompetent	309 (84.2)
Reason for feeling incompetent in diagnosis OD (n=299**)	
Inadequate training	174 (58.2)
“Not my field of interest”	114 (38.1)
“Not my responsibility”	42 (14.0)
Inexperience	139 (46.5)
Competency self-assessment of OD treatment (n=367)	
Competent	50 (13.6)
Incompetent	317 (86.4)
Reason for feeling incompetent in treating OD (n=308**)	
Inadequate training	174 (58.2)
“Not my field of interest”	114 (38.1)
“Not my responsibility”	42 (14.0)
Inexperience	139 (46.5)
Self-assessment of legal knowledge regarding OD (n=359)	
Sufficient	36 (10.0)
Insufficient	323 (90.0)
Reason for having insufficient legal knowledge of OD (n=323**)	
Inadequate training	218 (67.5)
“Not my field of interest”	112 (34.6)
Inexperience	122 (37.5)

*Column percentage ** Answered more than one. Percentage calculated on the number of respondents.

Tam Metin Sözlü Bildiri

Table 4. Behaviors regarding taking occupational diseases history of participants

	Always	Often	Sometimes	Rarely	Never
	n (%) *	n (%) *	n (%) *	n (%) *	n (%) *
In the last year, how often have you questioned the job of patients? (n=365)	85 (23.3)	144 (39.5)	71 (19.5)	28 (7.7)	37 (10.1)
In the last year, how often have you chronologically questioned all the jobs and exposures of patients? (n=362)	31 (8.6)	59 (16.3)	97 (26.8)	78 (21.5)	97 (26.8)
In the last year, how often have you questioned the patient's line of work in detail (such as the metalworker or the printing house worker)? (n=367)	46 (12.5)	88 (24.0)	101 (27.5)	83 (22.6)	49 (13.4)
In the last year, how often have you questioned the patient's thoughts about whether his/her complaints related to work? (n=364)	37 (10.1)	75 (20.4)	96 (26.2)	84 (22.9)	75 (20.4)
In the last year, how often have you questioned the patients about whether his/her colleagues have the same complaints? (n=367)	32 (8.7)	69 (18.8)	82 (22.3)	78 (21.3)	106 (28.9)
In the last year, how often have you questioned the patients whether they had work-related health problems before? (n=367)	33 (9.0)	83 (22.6)	106 (28.9)	71 (19.3)	74 (20.2)
In the last year, how often have you questioned the patients about their personal protective equipment usage? (n=367)	32 (8.7)	79 (21.5)	83 (22.6)	74 (20.2)	99 (27.0)
In the last year, how often have you questioned the jobs of persons whom patients had contact? (n=367)	28 (7.6)	51 (13.9)	87 (23.7)	79 (21.5)	122 (33.2)
In the last year, how often have you questioned the patients about whether their complaints change after working hours? (n=367)	31 (8.4)	66 (18.0)	91 (24.8)	74 (20.2)	105 (28.6)

* Row percentage

Tam Metin Sözlü Bildiri

Table 5. Comparison of self-assessment with the diagnosis and reporting of occupational disease experience

	I have diagnosed or encountered an occupational disease related to my specialty at n (%) *	I have not diagnosed or encountered an occupational disease related to my specialty at n (%) *	I have prepared medical report and notified an occupational disease related to my specialty at least once n (%) *	I have not prepared medical report and notified an occupational disease related to my specialty at least once n (%) *
Competency self-assessment OD diagnosis (n=367)			Competency self-assessment OD diagnosis (n=367)	
Competent	28 (48.3)	30 (51.7)	13 (22.4)	45 (77.6)
Incompetent	59 (19.1)	250 (80.9)	30 (9.7)	279
	$\chi^2 = 22.994$	$p < 0.001^{**}$	$\chi^2 = 7.621$	$p = 0.006^{**}$
Competency self-assessment OD treatment (n=367)			Competency self-assessment OD treatment (n=367)	
Competent	27 (54.0)	23 (46.0)	16 (32.0)	34 (68.0)
Incompetent	60 (18.9)	257 (81.1)	27 (8.5)	290
	$\chi^2 = 29.373$	$p < 0.001^{**}$	$\chi^2 = 23.024$	
Self-assessment of legal knowledge related to OD (n=359)			Self-assessment of legal knowledge related to OD (n=359)	
Sufficient	15 (41.7)	21 (58.3)	9 (25.0)	27 (75.0)
Insufficient	70 (21.7)	253 (78.3)	32 (9.9)	291
	$\chi^2 = 7.166$	$p = 0.007^{**}$	$\chi^2 = 29.373$	

*: Row percentage **: Pearson Chi-Square test was used.

Table 6. Comparison of factors may influence the behavioral score

	n	Median Behavior Score (Min-Max)	p
Having occupational disease education			
I have	196	26 (9-45)	0.007*
I have not	167	24 (9-45)	
Whether the medical history form includes the section inquiring the occupation of the patient or not			
Present	184	28 (9-45)	<0.001*
Absent	183	20 (9-45)	
Competency self-assessment of diagnosing OD			
Competent	58	29 (9-45)	0.004*
Incompetent	309	25 (9-45)	
Competency self-assessment of treating OD			
Competent	50	29 (10-45)	<0.001*
Incompetent	317	24 (9-45)	
Self-assessment about legal knowledge related to OD			
Sufficient	36	29 (9-45)	0.013*
Insufficient	323	25 (9-45)	
Access of primary information sources regarding your specialty related to OD			
Sufficient	160	26 (9-45)	0.025*
Insufficient	196	24 (9-45)	

*Mann Whitney U Test was used. **International Labour Organization

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN GEBELİKTE AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI KONUSUNDA BİLGİ DÜZEYİ

Merve AKIN, Nurhan MEYDAN ACIMIŞ, Kerim BALTACI

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Türkiye

Giriş ve Amaç: Gebelikte ağız içi dokusu ve ağız sağlığı oldukça önem kazanır. Gebeler, gebelikleri boyunca diş etlerinde yaklaşık %60-75 oranında kızarma ve şişme yaşamaktadır. Literatür çalışmalarında, gebelikte ağız ve diş sağlığı ile ilgili antenatal bakımda hekimlerin bilgi düzeylerinin yeterli olmadığı ve gebelere yeterli düzeyde yönlendirme yapılmadığına dair sonuçlar mevcuttur. Bu çalışma, mezuniyet öncesi tıp eğitiminde intern hekimlerin gebelikteki ağız ve diş sağlığı bilgi düzeylerini değerlendirebilmek amacı ile planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki bu çalışmanın evrenini, 2022-2023 Eğitim Öğretim yılındaki Tıp Fakültesinde eğitim gören 201 intern oluşturmaktadır. Olasılıksız örneklem yöntemi ile evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışmaya katılan öğrencilere literatür taranarak oluşturulan 45 soruluk anket formu uygulanmıştır. Anketler Google Forms platformu kullanılarak oluşturulmuş ve son sınıf öğrencilerinden oluşan Whatsapp grubu üzerinden erişimi sağlanmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkenini ankette yer alan 34 bilgi sorusu oluşturmaktadır. Katılımcıların her birinin gebelikte ağız ve diş sağlığı bilgi düzeyleri sorgulanmıştır. Puanlama önermelerin doğru yanıtlarına "1" yanlış cevaplara "0" verilerek yapılmıştır. Geçerlik ve Güvenirliliği olan ölçek kullanılmamış, toplam puanın ortanca değeri kesme noktası belirlenmiş bilgi düzeyi düşük ve yüksek olarak kategorize edilmiştir. Araştırmanın bağımlı değişkeni: alınan bilgi puanı oluşturmaktadır. Bağımsız değişkenler; sosyo-demografik özellikleri, ailedeki bireylerin öğrenim durumları, gebelikte ağız ve diş sağlığı sorunu yaşayan gebe ile karşılaşma, kendi ağız ve diş sağlığını değerlendirme, gebelikte oluşabilecek ağız ve diş sağlığı sorunları hakkında bilgi edinme ve hangi kaynaktan bilgi edindiği, gebelikte ağız ve diş sağlığı bilgi düzeyini yeterli bulma ve eğitim alma isteme durumlarıdır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS-17 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler kategorik değişkenler için sayı, yüzde; sürekli değişkenler için ortanca ve çeyrekler arası fark ile verilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmıştır. Gebelikte ağız ve diş sağlığı bilgi düzeyi ile ilişkili faktörlerin belirlenmesinde lojistik (backward) analizi yapılmış olup, $p < 0,05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir. Çalışma öncesinde üniversitemiz girişimsel olmayan klinik araştırma etik kurulu onayı 26.07.2022 tarihli E-60116787-020-237264 sayılı yazı ile alınmıştır.

Bulgular: Evrenin %93,5'ine ($n=188$) ulaşılmıştır. Katılımcıların yaş ortancası 23 tür. Katılımcıların %6,9'u ağız ve diş sorunu yaşamış bir gebe ile karşılaşmış, %45,7'si kendi ağız ve diş sağlığını iyi olarak değerlendirmektedir. Gebelikte ağız ve diş sağlığı konusunda bilgi edinenler %20,2, gebelikte ağız ve diş sağlığı konusunda kendini yeterli görenler %9 ve gebelikte ağız ve diş sağlığı konusunda eğitim almak isteyenler %59 'dur. Gebelikte ağız diş sağlığı bilgi puanının ortancası 18,0'dir. Katılımcıların %58,5'inin bilgi düzeyi yüksektir. Çalışmada kadınların erkeklere göre bilgi düzeyi anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p=0.000$). Gebelikte ağız ve diş sağlığı konusunda bilgi edinenlerin bilgi düzeyi istatistiksel olarak daha yüksektir ($p=0.007$). Gebelikte ağız ve diş sağlığı konusunda eğitim almak isteyenler istemeyenlere göre anlamlı olarak daha bilgilidir ($p=0.034$). Yapılan lojistik regresyon analizinde kadınlarda ($B:2,717$ %95GA= 1,458-5,062 $p=0.002$), gebelikte ağız ve diş sağlığı konulu eğitim almak istemeyenlerde ($B:2.882$ %95GA= 1,217-6,826 $p=0.016$) bilgi düzeyi daha yüksek bulunmuştur.

Sonuç ve Öneriler: Gebelik ve ağız-diş sağlığı konusunda hekim adaylarının temel bilgi eksiklikleri olduğu ve ana çocuk sağlığı gibi halk sağlığının önemli bir alanını ilgilendiren bu konuda farkındalığının yeterli olmadığı ortaya konmuştur. Hekim adaylarının büyük çoğunluğu kendini bu konuda yetersiz görmüştür. Literatürde bu konuda yapılan çalışma kısıtlı olduğundan daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Bilgi, Ağız Diş Sağlığı, Tıp Öğrencisi

Özet Sözlü Bildiri

S165

VİZYONA GİREN VE EN ÇOK İZLENEN YERLİ YAPIM SİNEMA FİMLERİNDE TÜTÜN KULLANIMININ İNCELENMESİ (5 ÜLKE, 2019)

Kürşat KUTLUCA, Ferhan Ceyda GÜZEL, Berke CURAL, Ayşe Betül BOZDAĞ,
Özge ALKAN, Enes BAŞKIRAN, Mahmut Selim HAKBİLEN, Mustafa UYAR, Elif KEPENEK, Bahadır ŞEN,
Enes TEL, Kaan AKSU, Damla ÖZYÜREK, Fahriye HAS AKDAĞ, Hilal ÖZCEBE
Hacettepe Üniversitesi, Türkiye

Giriş: Tütün endüstrisi sinema filmlerinde tütün kullanımını yaygınlaştırmak için yatırımlarına devam etmektedir. Geçmişten bugüne tütün şirketlerinin sinema filmlerinde tütün içeren sahnelerin kullanılması karşılığında film sektörüne sponsor oldukları ortaya koyulmuştur. Filmlerde tütün ürünleri kullanımının kısıtlanmasının, toplumda tütün ürünü kullanımını azalttığı belirlenmiştir. Sinemada ve televizyon ekranlarında tütün kullanımının azaltılması, adolesan yaş grubunda uzun dönemde tütün kullanım sıklıklarını düşürmektedir. Uluslararası düzeyde tütün kullanımının kitle iletişim araçlarında gösterilmesine yönelik yapılan kısıtlamalar olmasına rağmen, halen üretilen sinema filmlerinde tütün kullanımına rastlanmaktadır. Çalışmamızın amacı ise yakın dönem amacı yöntemde belirtildiği şekilde seçilen filmlerdeki tütün ürünleri kullanımının gösterilmesi, uzun dönemde de bu konuda yapılmış araştırmalara ek literatür sağlamaktır ayrıca bu araştırma tanımlayıcı tipte epidemiyolojik bir araştırmadır.

Yöntem: Bu çalışmada Dünya Bankası'ndan alınan veriler doğrultusunda en yüksek gayri safi milli hasılaya sahip dünyadaki ilk dört ülke (ABD, Çin, Almanya, Japonya) ve Türkiye'de 2019 yılı içerisinde vizyona giren, yerli yapım şirketleri tarafından yayınlanan ve en çok izleyiciye ulaşan 25 sinema filmi tütün kullanımı sahneleri ve tütün ürünü yerleştirmesi yönünden incelenmiştir. Filmler, seçilen ülkenin yerli yapımı olacak şekilde 2019 yılının Box Office Mojo verilerine göre en çok hasılat getiren, Britanya Film Sınıflandırma Kurulu'nun 12 yaş üstü şeklinde sınıfladığı ve süper kahraman filmi olmayan ilk 5 filmi arasından seçilmiştir.

Sinema filmlerinde yer alan tütün sahnelerinin değerlendirilmesi için belirli sorular hazırlandı. Sahnenin başlangıç- bitiş süresi, sahnedeki tütün ürünleri, hatırlatıcı varlığı, tütün ürünü kullanan kişi sayısı, kullanan kişinin başrol olup olmadığı ve çocuk varlığı vb. sorularla bir form hazırlandı. Öncelikle incelenen sekansta tütün varlığı veya anımsatıcısı olup olmadığı değerlendirildi. Bu sekansların filmin hangi dakikasında başlayıp bittiği kaydedildi. Tütün kullanan bir karakter varsa formdaki tütün kullanan kişinin karakteri, rolü, mesleği gibi özelliklerin sorgulandığı sorular cevaplandı. Eğer o sekansta sadece anımsatıcı varsa karakter özellikleri 99 olarak kodlandı, anımsatıcının türü-mekanın özellikleri gibi sorular cevaplandı. Bu şekilde bir filmdeki toplam sekans sayısı tütün kullanılan ve/veya tütün anımsatıcısı olan sekansların toplamı olarak hesaplandı. Hazırlanan taslak formlar her film için ayrı ayrı dolduruldu. Her filmi birbirinden bağımsız iki araştırmacı izledi ve formlar karşılaştırılıp uygun sonuçlar birleştirildi. Toplam 25 film, 50 izlenme ile kişi başı yaklaşık 5 film değerlendirildi. Tabi ki de her çalışmada olduğu gibi bu araştırmada da çeşitli sınırlamalar oldu insan gücünün 11 kişiden ibaret olması, izlenebilen film sayısı ve değerlendirilen filmlerin tütün gösterimini etkileyecek sponsorluk, fonlama vb. özelliklere ulaşılamaması bu çalışmanın kısıtlılıklarıdır. Veri toplama aracı olarak "ülke künyesi", "film künyesi", "veri toplama formu" başlıklarında üç ayrı form kullanılmıştır. Bu formlardan elde edilen veriler SPSS v.24 programı ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Aynı ülkelerin en çok hasılat yapan 5 filmdeki tütün içeren sekans yüzdesi Almanya'da %47,1, ABD'de %4,5, Türkiye'de 18,6, Çin'de %5,3 ve Japonya'da %22,9 olarak saptanmıştır. Tütün kullanımı veya anımsatıcısı olan sekanslarda; toplam 301 sekansın 104'ü (%34,6) açık havada geçerken, 197'si (%65,4) kapalı mekanlarda geçmektedir.

Özet Sözlü Bildiri

En çok kapalı mekanda tütün kullanımı sahnesi olan ülke Almanya olarak saptanmıştır. En çok açık mekanda tütün kullanımı sahnesi olan ülke Amerika Birleşik Devletleri'dir. Araştırmaya alınan filmlerde tütün ürünü kullanan karakterin rolü tüm filmlerde %49,8 yan rol, %28,0 başrol olmuştur. Türkiye yapımı filmlerde tütün ürünü kullanan karakterin rolü %64,4 ile yan rol öne çıkarken, Japonya yapımı filmlerde tütün ürünü kullanan karakterin rolü %44,1 ile başrol ön plana çıkmaktadır. Tüm filmlerde tütün ürünü kullanan karakterlerin %84,9 erkek, %15,1 kadın oyuncu olduğu belirlenmiştir. Tütün ürünü kullanan kadınların hepsi sigara kullanmaktadır. Çin yapımı filmlerde tütün ürünü kullanan karakterlerin tümünü erkek karakterler oluşturmaktadır.

Sonuç ve Öneriler: Türkiye ve Çin'in tütün kullanım sıklığı en yüksek olan iki ülke olmasına rağmen, sinema filmlerinde tütüne daha az rastlanmış olması bu iki ülkenin sinema ve televizyondaki tütün ile ilgili mücadelede Almanya ve Japonya'ya göre daha etkili düzenlemeleri olduğunu ortaya koymaktadır. En sık kullanılan tütün ürünü %80 ile sigara olmaktadır. Nargile içeren sekansların Türkiye yapımı filmlerde veya ABD yapımı bir filmin çölde geçen bir sahnesinde geçmesi dikkat çekicidir. 56'sı Almanya yapımı filmlerde olmak üzere, toplam 81 sekansta alkol kullanımı tütün ürünleriyle beraber gösterilmiştir. İncelenen sekansların %8,9'unda ortamda bir çocuğun olduğu görülmüştür.

Çocukların ve adölesanların tütün ürünlerinin zararlarına karşı farkındalıklarını artırmak için bu gibi sahnelerde filmlerde yer verilmemesi gerekir. Film yapımcılarını bu konuda adım atmaya yönlendirmek için ABD örneğindeki gibi tütün kullanımını filmlerin sınıflandırmasında bir kriter olarak kullanmak, filmlerde tütün şirketlerinin reklam ve sponsorluğuna son vermek alınabilecek tedbirlerdendir.

Bu çalışmada topluma açık veriler kullanıldığı için etik kurul onayı gerekliliği bulunmamaktadır. Yapılan çalışmada finansal bir destek alınmamıştır. Çalışmacıların tütün endüstrisi ile bağlantısı bulunmamaktadır. Bu nedenle çıkar çatışması durumu mevcut değildir.

Anahtar Kelimeler: Tütün, Sigara, Sinema, Film

Özet Sözlü Bildiri

S166

BİREYLERİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI İLE SİBERKONDRI DÜZEYLERİ İLİŞKİSİ

Pelin ZİVDİR¹, Rabia SOHBET²

¹Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Türkiye

²Gaziantep Üniversitesi, Türkiye

Giriş ve Amaç: Teknolojik gelişmelerin artması ile birlikte dünyada internet kullanımı da artış göstermekte, sağlık bilgisine erişimde geleneksel yöntemlerin yerini internet almaktadır. İnternette sağlık bilgisi aranması sonucunda meydana gelen olumsuz durumu ifade etmek için “siberkondriyazis” terimi kullanılmaktadır. Bu bağlamda gerek sebep olduğu sağlık problemleri gerek sebep olabileceği maliyetler düşünüldüğünde siberkondrinin daha iyi anlaşılması gerekir. Bu çalışmada, 19-60 yaş arası genç ve yetişkinlerin siberkondri düzeyleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma tanımlayıcı kesitsel bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini, Mersin ili Tarsus ilçesinde yaşayan 19-60 yaş arası 189.093 kişi oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini evreni bilinen örneklem hesaplama yöntemine göre %95 güven düzeyinde 384; %99’da 663 kişi örneklem büyüklüğü olarak belirlenmiştir. Örneklem kaybının %15 olarak göz önüne bulundurularak 770 kişiye anket uygulanmış ve anketi tam olarak yanıtlayan 517 kişi örneklem olarak alınmıştır. Araştırma verileri 28/07/2022-25/09/2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Veriler pandemi koşullarına uygun olarak belirtilen tarihlerde araştırmanın amacı anlatıldıktan sonra online anket uygulanarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın bağımlı değişkeni sosyodemografik değişkenler; bağımsız değişkeni siberkondri ciddiyeti ölçeği ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğidir. Veriler tanımlayıcı özellikler bilgi formu, siberkondri ciddiyeti ölçeği (css-12) ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde dağılımları), One Way Anova testi, Independent T testi ve Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır. Tarsus Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulundan 28/07/2022 tarih ve 2022/73 sayılı etik kurul onayı alınmıştır. Araştırmaya katılan kişilere araştırmanın amacı anlatılmış olup, ‘Bilgilendirilmiş Olur’ onamları alınmıştır. Araştırmanın Tarsus’da yaşayan kişiler ile yürütülmüş olması araştırmanın sınırlılıklarındandır. Çalışmada finansal destek alınmamış olup yazarlar herhangi bir çıkar çatışması beyan etmemiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan katılımcıların %66’sı kadın, %40,8’si 19-24 yaşında, %51,1’i evli, %38,1’i önlisans, %32,1’i lisans mezunudur. Katılımcıların %60,7’si çalıştığını; %37,7’si kamu kurumunda, %12,4’ü özel sektör çalıştığını söylemiştir. Katılımcıların %34,2’sinin öğrenci olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %54,9’u kendilerini sağlıklı bulduklarını, %36,2’si kısmen sağlıklı olduklarını %77,8’i herhangi bir kronik rahatsızlığı olmadığı ve ilaç kullanmadığını belirtmiştir. İnternette iş dışında %53,4’ü 1-2 saat zaman geçirdiğini ve %33,1’i bir yıl içinde hekime 1-2 kez başvurduğu söylemiştir. Bireylerin Siberkondri Ciddiyeti Ölçek puan ortalaması 31,18±9,46(min:12-max:60); Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam puan ortalaması 137,03±23,91(min:60-max:208)’dir. Katılımcıların Siberkondri Ciddiyeti ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeğinden ve tüm alt boyutlarından alınan toplam puanlar arasında anlamlı ve pozitif yönde ilişki olduğu belirlenmiştir(p<0,05; r:0,269). Bireylerin cinsiyeti ile siberkondri ciddiyeti ölçeği alt boyutu olan ‘Aşırılık’ ve sağlıklı yaşam biçimi davranışı ölçeği alt boyutlarından ‘sağlık sorumluluğu’ ve ‘kişilerarası ilişkiler’ boyutları ortalama skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur(p<0,05). Bireylerin kendini sağlıklı bulma ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ve alt boyutlarından ‘fiziksel aktivite’, ‘manevi gelişim’, ‘stres yönetimi’ ortalama skorları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur(p<0,05).

Sonuç: Çalışma sonucunda, sağlıklı yaşam biçimi davranışı ortalaması yüksek olan bireylerin siberkondri ciddiyetleri ortalamasında yüksek olduğu belirlenmiştir. Bireylerin kendini sağlıklı bulmasının; fiziksel aktivite, maneviyat ve kişilerarası ilişki düzeylerini yüksek oranda etkilenmektedir. Bireylerin hastalıkları ile ilgili internet araştırmaları yapma ihtiyacını azaltarak siberkondri oluşumu önenebilir. Sağlık hizmetlerine güvenin artması, iletişimde yaşanan zorlukların ele alınması ve bireylerin doğru kaynaklardan bilgiye ulaşması sağlıklı yaşam davranışlarını arttırırken, siberkondri düzeylerini düşürmesi açısından önemlidir. Araştırma evreni ve örneklemini daha büyük kitleleri kapsayacak çalışma yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Siberkondri, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Genç Bireyler, Yetişkin Bireyler

Tam Metin Sözlü Bildiri

S167

COVID-19 DÖNEMİNDEKİ SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE KİTLE İLETİŞİM ARAÇLARIYLA VERİLEN SAĞLIK EĞİTİMİ HABERLERİNE YÖNELİK TUTUM DÜZEYLERİNİN İLİŞKİLENDİRİLMESİ

Fatma Semanur KORKMAZ ÖNER¹, Seçil ÖZKAN²

¹Antalya Aksu İlçe Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

Giriş ve Amaç

Çin'in Wuhan kentinde 2019 Aralık'ta yeni bir tipte koronavirüsün yol açtığı pnömoni salgını oluşmuş, önce tüm Çin Halk Cumhuriyeti'ne sonra da dünyaya hızlı bir şekilde yayılarak bütün dünyayı etkisi altına almıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), bu yeni tip koronavirüs hastalığını 11 Mart 2020'de pandemi olarak duyurmuştur(1). COVID-19'un yayılmasını önlemek amacıyla alınan tedbirlerden biri de sokağa çıkma kısıtlamasıdır; bu süreç, kişilerin fiziksel aktivitelerini, beslenmelerini ve duygu durumlarını fazlasıyla etkilemiştir. Bu zaman diliminde sosyalleşme; telefon, internet, bilgisayarlar ile uzaktan sağlanmıştır(2-4). Salgınla mücadelede de kitle iletişim araçları birçok yönden önemli rol almaktadır(5). COVID-19 pandemisinin başlangıcından günümüze, bu konuyla ilgili bilgi üretimi ve tüketimi hızla ve önemli ölçüde artmıştır(6, 7). Bu virüsün hızlıca pandemiye dönüşümü, bireyleri hayatlarına yeni giren bu virüs ile ilgili bilgi edinmeye, önlem almaya zorlamıştır(8). 2020 Mart'da yayınlanan Edelman Güven Ölçeği Raporuna göre insanların %70'i virüs ile ilgili haberlere günde en az bir kez göz atmıştır(9). CDC'nin COVID-19'u önlemek için pek çok faydalı yönergesi, yaygın şekilde kullanılan sosyal medyada ön plana çıkan reklamlar ile insanlar arasında pekiştirilmiş; Instagram, facebook ve televizyon medyası, «evde kal» ve «sosyal mesafe» nin önemini sık ve ücretsiz şekilde duyurmuştur. Ülke yöneticileri ve sağlık ile ilgili yetkililer, televizyonda, dergilerde, web sitelerinde, Instagram, Twitter ve Facebook gibi sosyal medyada hükümet talimatlarını ve sağlık yönergelerini yayınlamışlardır(10). Öte yandan salgınla ilgili, özellikle internet ve sosyal medyada asılsız ve aşırı olarak paylaşılan içeriklerden kaynaklı bilgi kirliliği yaşanmaktadır ve bu duruma infodemi denmektedir(8). Mevcut pandemide, negatif bilgi yanlılığı felaket senaryolarına sebep olurken, pozitif bilgi yanlılığı gereksiz iyimserlik haline sebep olmaktadır ve infodeminin yarattığı birçok sonuç ve risk arasında bulunmaktadır(11). Bu noktada sağlık okuryazarlığı (SOY) seviyesinin yüksek olmasının önemi anlaşılmaktadır, COVID-19 ile ilgili güvenilir bilgilerle konu ile alakalı dezenformasyona neden olan yanlış bilgiler arasında ayrımı kolaylaştıran unsur SOY düzeyi yüksekliktir ve SOY düzeyi yüksek olursa, COVID-19 salgını sürecinde, kişiler koruyucu ve sağlıklı davranışları uygulama ve bilinçli bir şekilde sağlık ile ilgili kararları alma konusunda güçlenecektir(6, 12, 13). Sağlık okuryazarlığı; sağlık ile ilgili bilgilere ulaşmak, bu bilgileri anlamak, yorumlamak, uygulamak ve sağlık ile alakalı kararlar vermek amacıyla kullanılan motivasyon, bilgi ve yeterliliklerdir(14). Avrupa'daki 8 ülkede sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmek için uygulanan HLS-EU ölçeği sonucu araştırmaya katılanların%16,5'inin mükemmel, %36'sının yeterli, %35,2'sinin sorunlu-sınırlı ve %12,4'ünün ise yetersiz SOY'a sahip olduğu bulunmuştur (15).Türkiye'de ise TSOY-32 ölçeği uygulanması sonucu kişilerin %30,9'unun yetersiz, %38,0'nının sorunlu-sınırlı, %23,4'ünün yeterli, %7,7'sinin ise mükemmel SOY'a sahip olduğu saptanmıştır(16). Salgının kontrol altında tutulabilmesi için en kritik nokta alınan tedbirlerin öneminin halk tarafından benimsenmesi ve anlaşılması sonrasında da uygulanmasıdır(17).

COVID-19 pandemi sürecinde başlangıçta belirsizlik sürecin devamında ise salgının dinamikliği nedeniyle kişiler paniğe kapılmış ve sürece hakimiyet kurmak için bu hastalıkla ilgili bilgiye ihtiyaç duymuşlardır ve bununla beraber salgın önlemleri kapsamında daha çok evde vakit geçirmiş ve sosyalleşmekten uzak kalmışlar bu sosyalliği televizyon, internet, sosyal medya gibi kitle iletişim araçlarında aramışlardır. Bu iki durum bir araya geldiğinde bilgiyi kitle iletişim araçlarından edinmek kaçınılmaz olmuş ve doğru bilgiler gibi yanlış bilgiler de hızla yayılmış doğru bilgiye ulaşmada, yorumlamada ve uygulamada sağlık okuryazarlığının önemi bir kez daha gözler önüne serilmiştir. Literatürde salgın sürecinde kitle iletişim araçlarından edinilen sağlık

Tam Metin Sözlü Bildiri

haberlerinin tutuma dönüşmesi ve bu dönüşümün SOY düzeyleri ile bağlantısıyla ilgili eksiklikler bulunduğu görülmüş ve literatüre katkı sağlaması amacıyla bu çalışma planlanmıştır.

Bu çalışmada; “COVID-19 Döneminde Sağlık Okuryazarlığı ve Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutum Düzeylerinin İlişkilendirilmesi” amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışmanın tipi, kesitsel tanımlayıcıdır.

Araştırmanın evrenini; Ankara ilinde bulunan Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne 6 -10 Eylül 2021 tarihleri arasında başvuran 18 yaşın üzerindeki yetişkinler oluşturmaktadır.

Çalışmanın evreni, örnekleme ve örnekleme yöntemi; Gazi Üniversitesi Hastanesi istatistik biriminden bir hafta içinde 18 yaş üstü 20000 ayaktan başvuru olduğu öğrenilmiş olup araştırmanın evreni 20000 kişi kabul edilmiştir. Çalışmanın örnekleme sayısı openepi online bilgisayar programı ile hesaplanmıştır. %95 güven aralığından $\alpha = 0,05$, $d = \%3$, tasarım etkisi 1.0 ve %50 bilinmeyen sıklık ile hesaplanan örnekleme sayısı 1066'dır. Bu çalışmanın örnekleme sayısı minimum 1066 olarak hesaplanmıştır. Yanıtsızlık veri eksikliği de göz önüne alınarak 1066 kişilik örneklemin %20'si eklenerek 1280 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Örnekleme yöntemi olarak polikliniklere başvuranlarda basit rastgele örnekleme kullanılmıştır.

Çalışmanın etik kurul onayı; Çalışma için Gazi Üniversitesi Etik Kurulunun 2021-847 kod no'lu onayı alınmıştır.

Bildirinin finansal destek durumu; bulunmamaktadır.

Çıkar çatışması durumu; bulunmamaktadır.

Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Sağlık Okuryazarlığı Puanı

Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutum Düzeyleri

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Cinsiyet

Yaş

Medeni Durum

Hanede Yaşayan Kişi Sayısı

Öğrenim Durumu

Çalışma Durumu

Gelir Düzeyi

Kronik Hastalığı Bulunma Durumu

Sağlık Okuryazarlığı Puanı

Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutum Düzeyi

Araştırmanın Veri Kaynağı ve Ölçme Araçları

Bu çalışmada veri kaynağı olarak “Bir Üniversite Hastanesine Başvuranlarda COVID-19 Pandemi Sürecinde

Tam Metin Sözlü Bildiri

Kitle İletişim Araçlarında Verilen Sağlık Haberlerinin ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Değerlendirilmesi” anket formu kullanılmıştır. Anket formu araştırmayı yürüten ekip tarafından hazırlanmıştır. Araştırmanın anketi toplamda 100 sorudan ve üç bölümden oluşmaktadır. Anketin birinci bölümünde 5’li likert tipi 32 önermeden oluşan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği uygulanmıştır. İkinci bölümde ise 5’li likert tipi 47 önermeden oluşan kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum ölçeği uygulanmıştır. Üçüncü bölümde demografik özellikler ile ilgili anket soruları bulunmaktadır.

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32):

TSOY-32 ölçeği HLS-EU çalışması referans alınarak geliştirilmiş ve ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2016 yılında Okyay ve ark. tarafından yapılmıştır(18). Ölçeğin iç tutarlılık analizi sonucu Cronbach’s Alfa katsayısı 0,927 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin değerlendirilmesinde; indeksler (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Çalışması) HLS-EU çalışmasında olduğu gibi 0 ile 50 arasında olacak şekilde standardize edilmiştir. Bunun için aşağıdaki formül kullanılmıştır. İndeks = (ortalama-1) x (50/3)

Bu formülde, indeks, kişiye özgün hesaplanan indeksi ve ortalama bir kişinin cevaplandığı her maddenin ortalamasını ifade etmektedir. Soru numaraları 1-4, 2-3, 3-2, 4-1, 5-0 olacak şekilde tekrar kodlanarak toplam puan ve ortalama puan hesaplanmıştır. Bu hesaplama sonrasında, 0 en düşük sağlık okuryazarlığını ve 50 de en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir. HLS-EU çalışmasında olduğu şekilde, elde edilen indeks dört kategoride sınıflandırılmıştır.

Aşağıdaki puanlamaya göre sağlık okuryazarlığı;

(0-25) puan: Yetersiz sağlık okuryazarlığı

(>25-33): Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı

(>33-42): Yeterli sağlık okuryazarlığı

(>42-50): Mükemmel sağlık okuryazarlığı, olarak tanımlanmaktadır(18).

Kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum ölçeği:

Akgün ve Deniz tarafından yetişkinlerin kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutumlarını belirleyecek geçerli ve güvenilir bir ölçeğin geliştirilmesi amaçlanmıştır. Cronbach’s Alfa katsayısı 0,945; KMO değeri 0.877 olarak bulunmuştur(19). Bu ölçekte 24 olumsuz, 23 olumlu ifade içeren toplam 47 maddeden oluşan 5’li likert tipi önerme bulunmaktadır. Ölçekte her bir maddeye 1-5 arasında puan verilmiştir. 3, 4, 7, 10, 11, 14, 17, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 47’inci maddeler olumsuz ifade içeren maddeler olup, negatif ifade içeren maddelerin puanları tersine çevrilerek kullanılmaktadır. Ölçekteki faktörlerin puanları hesaplanırken faktördeki maddelerin değerleri toplandıktan sonra madde sayısına bölünerek (aritmetik ortalama) faktör puanları elde edilir. Ölçeğin en düşük puanı 1,09, en yüksek puanı 4,96 olup, en yüksek puan kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutumlarının çok yüksek olduğunu göstermektedir:

Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutum Ölçeğinin Puanları

Seçenekler	Puanlar	Puan Aralığı	Ölçek Değerlendirme
Hiç Katılmıyorum	1	1,00 - 1,79	Çok düşük
Az Katılıyorum	2	1,80 - 2,59	Düşük
Kararsızım	3	2,60 - 3,39	Orta
Çok Katılıyorum	4	3,40 - 4,19	Yüksek
Tamamen Katılıyorum	5	4,20 - 5,00	Çok yüksek

Tam Metin Sözlü Bildiri

Araştırma Verisinin Düzenlenmesi ve Analizi

Araştırma verisi SPSS 23.0 istatistik paket programı ile değerlendirilmiştir. Normal dağılımın uygunluğu, görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemlerle (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilks Testleri) incelenmiştir. Parametrik verilerin tanımlayıcı analizi ortalama ve standart sapma kullanılarak, nonparametrik veriler ise ortanca ve minimum-maksimum değerler kullanılarak sunulmuştur. İstatistiksel yöntem olarak kategorik değişkenler için Ki-kare, iki bağımsız grup arasındaki istatistiksel anlamlılıklarda Mann-Whitney U, 2'den fazla bağımsız grup arasındaki istatistiksel anlamlılıklarda Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. SOY puanı ile kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeyleri ölçek puanı ilişkisini değerlendirmek için Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. Korelasyon katsayısının 0-0,25 arasında olması zayıf, 0,26-0,50 arasında olması orta, 0,51-0,75 arasında olması güçlü ve 0,76-1,00 arasında olması çok güçlü korelasyon olarak kabul edilmiştir. SOY puanları ve kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeyleri üzerine etkili olabilecek faktörler multivariate lojistik regresyon analizi (Backward:LR) ile ayrıntılı incelenmiştir. Lojistik regresyon analizlerinde ki kare testi sonucunda $p < 0,25$ olan değişkenler modele alınmıştır. Lojistik regresyon sonucu tahmini rölatif risk (OR) hesaplanmıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Ki kare tabloları oluşturulurken yetersiz ve sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı grubu birleştirilerek 'yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığı', 'yeterli' ve 'mükemmel sağlık okuryazarlığı' grubu birleştirilerek 'yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı' grubu olarak gruplandırılmıştır.

Kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutumu 'çok düşük' ve 'düşük' olanlar birleştirilerek 'düşük'; 'yüksek' ve 'çok yüksek' grupları birleştirilerek 'yüksek' olarak gruplanmıştır.

Yaş grupları '18-41', '41-64' ve '65 ve üzeri' olarak gruplanmıştır.

Hanedeki kişi sayısı '1-4' ve '5-9' olarak gruplanmıştır.

Öğrenim durumu analize alınırken 'okuryazar değil', 'okuryazar' ve 'ilkokul mezunu' grubu birleştirilerek 'ilkokul mezunu ve altı'; 'ortaokul' ve 'lise mezunu' birleştirilerek 'ortaokul-lise mezunu'; 'ön lisans/lisans mezunu ve 'yüksek lisans ve üzeri' birleştirilerek 'lisans ve üzeri' olarak gruplandırılmıştır.

Çalışma durumu analize alınırken 'işsiz', 'ev hanımı', 'öğrenci', 'emekli', 'çalışma engelli' grupları birleştirilerek 'çalışmıyor' olarak gruplanmıştır.

COVID-19 aşısı olma durumu analize alınırken 'evet tek doz', 'evet 2 doz', 'evet 3 doz' grupları birleştirilerek 'evet' olarak gruplanmıştır.

COVID-19'un bulaşması konusundaki endişe durumu analize alınırken 'çok endişeliyim', 'kısmen endişeliyim' grupları birleştirilerek 'endişeliyim'; 'pek endişeli değilim', 'hiç endişeli değilim' grupları birleştirilerek 'endişeli değilim' olarak gruplanmıştır.

COVID-19 ile ilgili bilgi alınan kişiler ile ilgili soru analize alınırken 'aile hekiminden', 'aile hekimi dışı hekimden' grupları birleştirilerek 'hekim'; 'eczacıdan', 'diyetisyen-beslenme danışmanından', 'ebe-hemşireden', 'psikologdan' grupları birleştirilerek 'yardımcı sağlık personeli' olarak gruplanmıştır.

Kitle iletişim araçlarından alınan bilgilerin resmi kaynaklara dayalı olmasının önemi ile ilgili soru analize alınırken 'çok önemlidir', 'kısmen önemlidir' grupları birleştirilerek 'önemlidir'; 'pek önemli değildir', 'hiç önemli değildir' grupları birleştirilerek 'önemli değildir' olarak gruplanmıştır.

Lojistik regresyon tabloları oluşturulurken gelir düzeyi '2825 TL ya da daha az' olanlar ile '2825 TL-5650 TL' birleştirilerek '5650 TL'nin altı' olarak; '5650 TL-8475 TL' ve '8475 TL ve üzeri' birleştirilerek '5650 TL ve üzeri' olarak gruplanmıştır.

Tam Metin Sözlü Bildiri

Araştırmanın Kısıtlılıkları

Anket uygulaması mesai saatleri içerisinde olduğu için çalışan nüfusa ulaşmakta beklenenin altında kalınmış olabilir.

Anket uygulaması esnasında kısa işlemler yaptırmak için başvuran kişiler içerisinde ankete katılmak istemeyen veya yarıda bırakan kişiler olduğu belirlenmiştir.

Bulgular

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Yeterli-Mükemmel SOY Düzeyleri Üzerine Etkili Faktörlerin Analizi, Ankara 2022.

		Yeterli-Mükemmel SOY	
		Odds Ratio (Güven Aralığı)	P (Value)
Medeni Durum (n=1188)			
Evli	1(Referans)	-	
Bekar	1,462 (1,137-1,880)	0,003	
Öğrenim Durumu(n=1188)			
Okuryazar Değil, Okuryazar ve İlkokul Mezunu	1 (Referans)	-	
Ortaokul ve Lise Mezunu	3,170 (1,940-5,179)	<0,001	
Lisans ve Üzeri	3,168 (1,922-5,223)	<0,001	
Gelir Düzeyi (n=1188)			
5650 TL'nin altı	1(Referans)	-	
5650 TL ve üzeri	1,306 (1,007-1,694)	0,044	

O.R.: Odds Ratio

Ki kare analizleri sonucunda SOY düzeyleri ile ilişkili olabilecek değişkenler ($p<0,25$) multivariate lojistik regresyon analizleri ile değerlendirilmiştir. (Modele alınan değişkenler: Cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, kronik hastalığı bulunma durumudur.) Buna göre kurulan modelde cinsiyet, yaş, çalışma durumu ve kronik hastalık bulunma durumunun SOY düzeyi üzerine etkili olmadığı bulunmuştur.

Metot olarak Backward LR kullanıldığından tabloda SOY düzeyi üzerine etkili olmayan değişkenler gösterilmemiştir.

Tablo 1'de araştırmaya katılan bireylerin yeterli-mükemmel SOY düzeyleri üzerine etkili faktörlerin analizi (Multivariate lojistik regresyon) sunulmuştur. Bekarların yeterli-mükemmel SOY'a sahip olma olasılığı evlilere göre 1,4 kat daha fazladır. Ortaokul ve lise mezunlarının yeterli-mükemmel SOY'a sahip olma olasılığı okuryazar değil, okuryazar ve ilkököl mezunlarına göre 3,1 kat daha fazladır. Lisans ve üzeri mezunların yeterli-mükemmel SOY'a sahip olma olasılığı okuryazar değil, okuryazar ve ilkököl mezunlarına göre 3,1 kat daha fazladır. Gelir düzeyi 5650 TL ve üzeri olanların yeterli-mükemmel SOY'a sahip olma olasılığı 5650 TL'nin altı gelir düzeyine sahip katılımcılara göre 1,3 kat daha fazladır.

Tam Metin Sözlü Bildiri

Tablo 2. Araştırmaya Katılan Bireylerin Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Yüksek Tutum Düzeyi Üzerine Etkili Faktörlerin Analizi, Ankara 2022.

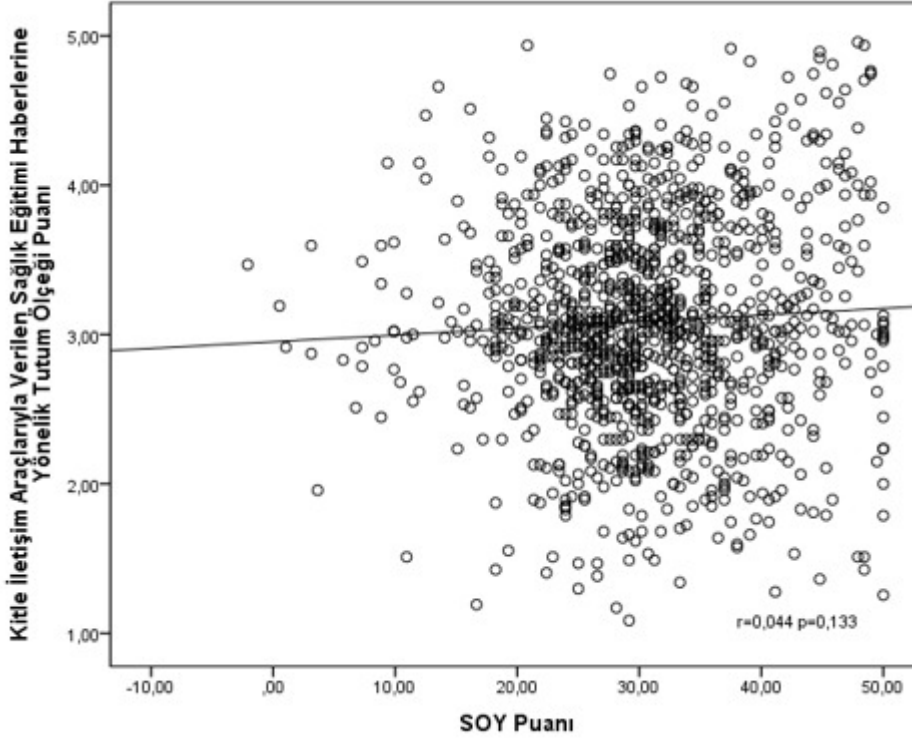
		Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Yüksek Tutum Düzeyi	
		Odds Ratio (Güven Aralığı)	P (Value)
Cinsiyet (n=1188)			
	Kadın	1(Referans)	-
	Erkek	1,588 (1,221-2,065)	0,001
Medeni Durum (n=1188)			
	Evlü	1,327 (1,027-1,716)	0,031
	Bekar	1(Referans)	-
Çalışma Durumu (n=1188)			
	Çalışmıyor	1,406 (1,077-1,836)	0,012
	Çalışıyor	1(Referans)	-

O.R.: Odds Ratio.

Ki kare analizleri sonucunda kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeyleri ile ilişkili olabilecek değişkenler ($p < 0,25$) multivariate lojistik regresyon analizleri ile değerlendirilmiştir. (Modele alınan değişkenler: Cinsiyet, Yaş, Medeni Durum, Öğrenim Durumu, Çalışma Durumu, Gelir Düzeyi, Kronik Hastalığı Bulunma Durumudur.) Buna göre kurulan modelde yaş, öğrenim durumu, gelir düzeyi ve kronik hastalık bulunma durumunun kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeyleri üzerine etkili olmadığı bulunmuştur. Metot olarak Backward LR kullanıldığından tabloda kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeyleri üzerine etkili olmayan değişkenler gösterilmemiştir.

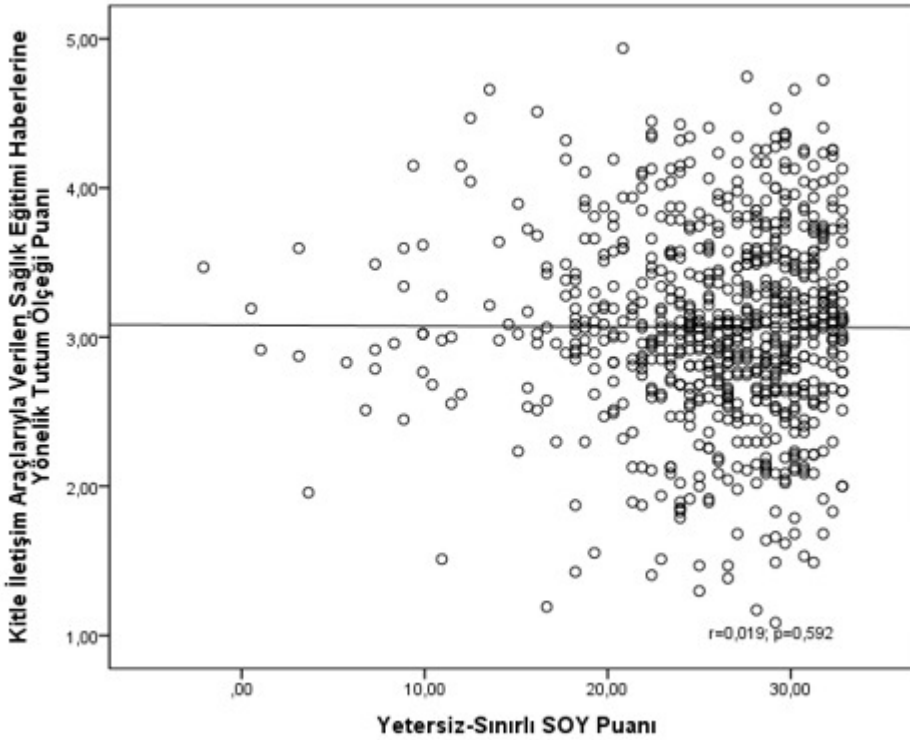
Tablo 2'de araştırmaya katılan bireylerin kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik yüksek tutum düzeyi üzerine etkili faktörlerin analizi (Multivariate lojistik regresyon) sunulmuştur. Erkeklerin yüksek tutuma sahip olma olasılığı kadınlara göre 1,5 kat daha fazladır. Evlilerin yüksek tutuma sahip olma olasılığı bekarlara göre 1,3 kat daha fazladır. Çalışmayanların yüksek tutuma sahip olma olasılığı çalışanlara göre 1,4 kat daha fazladır.

Tam Metin Sözlü Bildiri



Şekil 1. SOY Puanı ile Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutum Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki

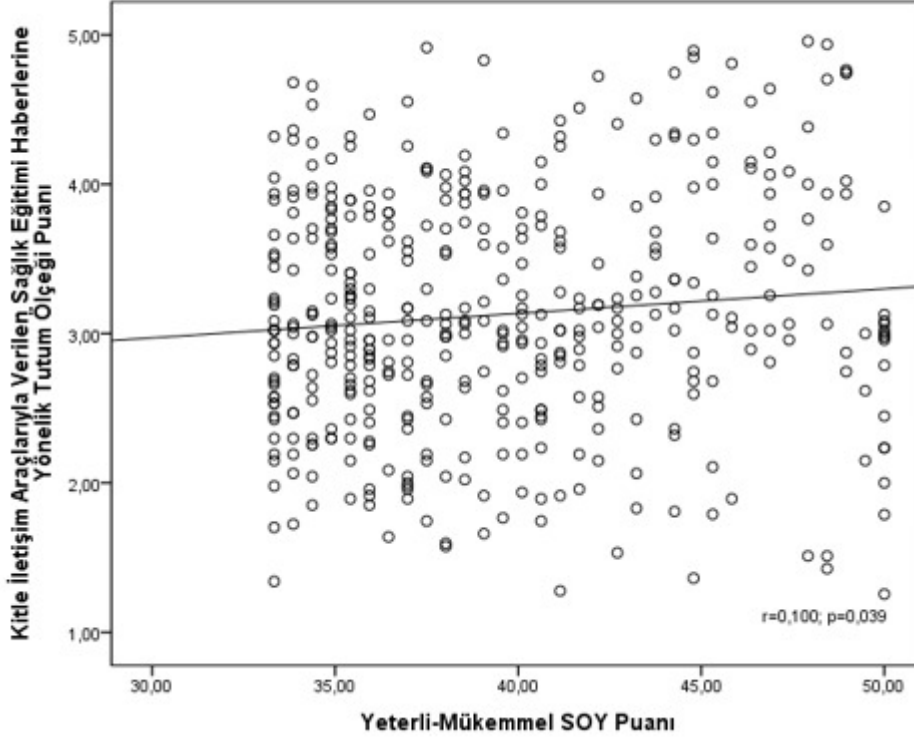
SOY puanı ile kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeyi arasında bir ilişki bulunmamıştır ($r=0,044$; $p=0,133$).



Şekil 2. Yetersiz-Sınırlı SOY Puanı ile Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutum Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki

Tam Metin Sözlü Bildiri

Yetersiz-sınırlı SOY puanı ile kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeyi arasında bir ilişki bulunmamıştır ($r=0,019$; $p=0,592$).



Şekil 3. Yeterli-Mükemmel SOY Puanı İle Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutum Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki

Yeterli-mükemmel SOY puanı ile kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeyi arasında düşük düzeyde pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($r=0,100$; $p=0,039$).

Tartışma

Araştırma, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde polikliniklere başvuranlarda COVID-19 Döneminde Sağlık Okuryazarlığı ve Kitle İletişim Araçlarıyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutum Düzeylerinin İlişkilendirilmesi amacıyla 1188 kişinin katılımı ile gerçekleştirilmiştir.

Bu çalışmada yapılan çok değişkenli analiz sonucu bekar olmak, 'ortaokul ve lise mezunu' ve 'lisans ve üzeri mezunu' olmak, gelir düzeyinin 5650 TL ve üzeri olması SOY'nın yeterli ve yüksek olması üzerine etkili olan faktörler olarak değerlendirilmiştir. 2019'da Elazığ'da yapılan bir çalışmada bekarların %40'ının; 2020'de Erzurum'da yapılan bir başka çalışmada ise bekarların %38,8'inin yeterli ve yüksek SOY'a sahip olduğu bulunmuştur (20, 21). Bu durum bekar bireylerin hayata daha çok katılması bu nedenle bilgi alışverişine daha açık olmasından kaynaklanabilir. 2020'de Nijerya'da yapılan bir çalışmada da 'ilkokul ve altı mezunlar' a göre 'ortaokul ve lise mezunu' olan (OR:2,5) ve 'lisans ve üzeri mezunu' olan (OR:3,9) katılımcıların yeterli ve yüksek SOY'a sahip olma olasılığı daha yüksektir (22). Yapılan çalışmalarda paralel olarak eğitim düzeyi arttıkça SOY düzeyinin de arttığı saptanmıştır literatür ve çalışmamızdaki benzerliklerin nedeni kişilerin eğitim seviyesi arttıkça her duydukları bilgileri kolayca kabullenmeyip her konuda okuyup araştırmaya daha fazla meyletmelerin olabilir. Bu çalışmada yapılan çok değişkenli analiz sonucu erkek olmak, evli olmak ve çalışmıyor olmak kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeyinin daha yüksek olması üzerine etkili olan faktörler olarak değerlendirilmiştir. 2017'de Sakarya'da yapılan ve 2014'de İstanbul'da yapılan çalışmalarda cinsiyet ve medeni durum ile tutum düzeyleri arasında anlamlı bir farka rastlanmamıştır (19,23). Literatür ile çalışmamız arasındaki farkın nedeni araştırmamızın COVID-19 döneminde yapılmasından ve daha çok

Tam Metin Sözlü Bildiri

evde vakit geçirerek kitle iletişim araçlarıyla dışarıdan bilgi almalarından kaynaklanabilir. 2017'de Sakarya'da yapılan bir çalışmada çalışanların tutum düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (23). 2014'de İstanbul'da yapılan bir başka çalışmada da çalışanların tutum düzeyi daha fazladır (19). Bu farkın nedeni bu çalışmadaki katılımcıların çalıştıkları sürede kitle iletişim araçlarını takip edememesi fakat Sakarya'daki ve İstanbul'daki çalışmalarda katılımcıların ise çalışanların sağlık haberlerini iyi sentez edip hayatlarına dahil edebildiklerini düşündürebilir.

Bu çalışmaya katılan bireylerin sağlık okuryazarlığı ölçeği puanı ile kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum ölçeği puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında SOY puanı ile kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeyi arasında bir ilişki bulunmamıştır ancak SOY puanları alt gruplara ayrılarak incelendiğinde yeterli-mükemmel SOY puanı ile kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeyi arasında düşük düzeyde pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($r:0,100$; $p=0,039$). 2020'de Nijerya'da yapılan bir çalışmada da medyadan sağlık ile ilgili bilgi alanların SOY düzeyleri daha fazla yeterli ve mükemmel bulunmuştur(22). Bu durum bize SOY düzeyi yeterli mükemmel olanların kitle iletişim araçlarında verilen sağlık haberlerine ya kayıtsız kaldığı ya da doğru haberleri seçerek tutum oluşturdıklarını gösterebilir.

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmada, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde polikliniklere başvuran 1188 kişinin COVID-19 dönemindeki sağlık okuryazarlığı ve kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeylerinin ilişkilendirilmesi incelenmiştir. Katılımcıların yarısı kadın, yaş ortalaması $38,9 \pm 14,4$, yarısından fazlası evli, her on kişiden dördü ön lisans ve lisans mezunudur.

Araştırma bulgularının incelenmesinden ortaya çıkan sonuçlar şunlardır:

Medeni durum, öğrenim durumu ve gelir düzeyi SOY düzeyleri üzerine etkili faktörler olarak saptanmıştır. Tutum düzeyleri üzerine etkili faktörler cinsiyet, medeni durum ve çalışma durumudur. Yeterli-mükemmel SOY puanı ile kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeyi arasında düşük düzeyde pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($r=0,01$; $p=0,039$).

Araştırmanın bulguları ve literatürdeki bulguların incelenmesi sonucunda öneriler:

Kitle iletişim araçları sürekli bilgi akışı sağlaması açısından çok büyük avantaja sahiptir. Sağlık eğitiminde doğru kullanılabilirse kişilere katkısı çok büyük olacaktır ancak kişiler kitle iletişim araçlarındaki sağlık haberlerine güvenmek istemektedir. Bunun için mecralarda gerekli yasal düzenlemelerle alanında uzman kişilerden oluşan bir heyet kurulmalı bu mecralardaki sağlık bilgileri bir süzgeçten geçerek yayınlanmalıdır.

SOY için etkili faktör bir kez daha eğitim çıkmıştır. Kişilerin SOY düzeylerini arttırmak için eğitim seviyelerini arttırmak şüphe götürmez bir gerçektir. Ancak bu şekilde kişiler sağlıklarıyla ilgili doğru kararı alacak koruyucu önlemlere önem verecektir. Çalışmamızda da bulduğumuz gibi ancak SOY düzeyi yeterli mükemmel olanlar kitle iletişim araçlarındaki sağlık haberlerini alıp işleyerek tutum geliştirebilmektedir.

Daha çok medya çalışanlarının sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesi de kitle iletişim araçlarındaki sağlık haberlerinin kalitesini arttıracaktır.

Bu çalışmada özellikle erkeklerin, evlilerin ve çalışmayanların kitle iletişim araçlarıyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutum düzeyleri yüksek bulunmuştur. Bu kişilerin hangi kitle iletişim araçlarını daha sık kullandığı üzerine detaylı araştırma yapılarak sağlık ile ilgili bilgi düzeylerini arttırarak SOY seviyelerini arttırmak için harekete geçilebilir.

Anahtar Kelimeler: Kitle İletişim Araçları, Sağlık Haberleri, Sağlık Okuryazarlığı

Tam Metin Sözlü Bildiri

Kaynaklar

1. Sezgin D, Karaaslan YS, Ersoy İ. The pandemic infodemic: The role of risk communication and media in a pandemic. *Gazi Medical Journal*. 2020;31(2):325-7.
2. Cinatl J, Morgenstern B, Bauer G, Chandra P, Rabenau H, Doerr HW. Glycyrrhizin, an active component of liquorice roots, and replication of SARS-associated coronavirus. *Lancet*. 2003;361(9374):2045-6.
3. Zhang H, Kang Z, Gong H, Xu D, Wang J, Li Z, et al. Digestive system is a potential route of COVID-19: an analysis of single-cell coexpression pattern of key proteins in viral entry process. *Gut*. 2020;69(6):1010-8.
4. T.C. İçişleri Bakanlığı. 65 Yaş ve Üstü ile Kronik Rahatsızlığı Olanlara Sokağa Çıkma Yasağı Genelgesi. 2020.
5. Anwar A, Malik M, Raees V, Anwar A. Role of Mass Media and Public Health Communications in the COVID-19 Pandemic. *Cureus*. 2020;12:10453.
6. Ashrafi-Rizi H, Kazempour Z. Information Diet in COVID-19 Crisis; a Commentary. *Arch Acad Emerg Med*. 2020;8(1):e30.
7. Ashrafi-Rizi H, Kazempour Z. Information Typology in Coronavirus (COVID-19) Crisis; a Commentary. *Archives of academic emergency medicine*. 2020;8(1):e19-e.
8. Abel T, McQueen D. Critical health literacy and the COVID-19 crisis. *Health Promot Int*. 2020;35(6):1612-3.
9. Edelman Trust Barometer Trust and Coronavirus. Mart 2020.
10. B C. 'Gizli viral' metin mesajlarında yanlış koronavirüs söylentileri artıyor. *NBC Haberleri*. 2020.
11. Van den Broucke S. Why health promotion matters to the COVID-19 pandemic, and vice versa. *Health promotion international*. 2020;35(2):181-6.
12. Paakkari L, Okan O. COVID-19: health literacy is an underestimated problem. *Lancet Public Health*. 2020;5(5):e249-e50.
13. Okan O, Sørensen K, Messer M. COVID-19: a guide to good practice on keeping people well informed. *The Conversation*. 2020;19.
14. Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. *J Gen Intern Med*. 2006;21(8):878-83.
15. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015;25(6):1053-8.
16. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması 2018.
17. Norman CD, Skinner HA. eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. *J Med Internet Res*. 2006;8(2):e9.
18. Okyay P AF. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı. 2016.
19. Akgün G. Yetişkinlerin kitle iletişim araçları yoluyla verilen sağlık eğitimi haberlerine yönelik tutumlarının belirlenmesi: Eğitim Bilimleri Enstitüsü; 2014.
20. Yakar B, Gömleksiz M, Piriççi E. Bir üniversite hastanesi polikliniğine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Euras J Fam Med*. 2019;8(1):27-35.
21. Dr. Duygu Kavuncuoğlu. Erzurum İl Merkezinde Yetişkinlerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Etkili Faktörler: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2020.
22. Kuyinu YA, Femi-Adebayo TT, Adebayo BI, Abdurraheem-Salami I, Odusanya OO. Health literacy: Prevalence and determinants in Lagos State, Nigeria. *PLoS One*. 2020;15(8):e0237813-e.
23. Kırılmaz H, Yıldırım Y. Sağlık Haberlerine Yönelik Yetişkin Tutumlarının Araştırılması. *İnsan ve İnsan*. 2018;5(15):21-45.

Tam Metin Sözlü Bildiri

S168

**MAHALLE DÜZEYİNDE SOSYAL SERMAYE VE SAĞLIK ALGISI:
İSTANBUL'DA KESİTSEL TİPTE BİR SAHA ARAŞTIRMASI**

İlker KAYI¹, Nuray ÖZGÜLNAR²

¹Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Türkiye

²İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Türkiye

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) sağlık tanımında yer alan iyilik halinin bedensel, ruhsal eklenene sosyal boyutu, insanların ve toplumların ürettikleri sistemlerdeki karmaşık ilişki ve etkileşim ağlarına işaret etmektedir¹. Tanımdaki sosyal iyilik hali sayesinde birey ve toplum arasındaki ilişki de sağlık bağlamında ele alınabilmektedir. Buradan hareketle bireyin genetik ve demografik özelliklerinden başlayıp mahalle düzeyine, ulusal ve hatta küresel düzeye varan sosyal, kültürel ve politik faktörlerden oluşan bir etkileşim kümesi sağlığın belirleyicileri olarak adlandırılmaktadır².

Sağlığın belirleyicileri, sağlık çıktılarını ilk halkada etkileyen sağlığın sosyal belirleyicileri ile ikinci ve daha geniş çaplı bir halka olarak sağlıkta hakkaniyetsizliklerin belirleyicileri olarak iki grupta ele alınır³. Sosyal belirleyiciler maddi koşullar, davranışlar, psikososyal koşullar ve sağlık hizmetlerine erişimden; sağlıkta hakkaniyetsizliklerin belirleyicileri ise etnisite, toplumsal cinsiyet, sosyo-ekonomik konum, ulusal ve küresel düzeyde politik ve kültürel unsurlardan oluşur. Bu çerçeve içinde ilk ve ikinci halkaları ara bir halka olarak bağlayan diğer belirleyici ise sosyal sermayedir^{3,4}.

Üzerinde anlaşılan bir tanımla olmamakla birlikte en yaygın kullanılan tanım Robert Putnam'ın yaptığı tanımdır: "Fiziksel ve insani sermaye (bireysel verimliliği artıran araçlar ve eğitim) anlayışıyla benzer şekilde sosyal sermaye, ortak çıkarlar için eşgüdüm (koordinasyon) ve işbirliğini (kooperasyon) kolaylaştıran ağlar, normlar ve güven gibi toplumsal örgütlenmenin özelliklerine atıfta bulunan bir kavramdır."⁵ Sosyal sermaye, topluluk veya toplumsal bir yapının içindeki sosyal ilişkiler sayesinde var olur⁶. Toplum veya topluluk, ortak değerlere dayalı olan bilişsel ve yapısal olarak adlandırılan iki ana boyuta sahiptir. Bilişsel boyutta, birliktelik, dayanışma ve karşılıklılık gibi duygular ifade bulur. Toplum ya da topluluğu oluşturan bireylerin aralarındaki sosyal ağlarda gözlenen davranışlar ise yapısal boyut olarak ele alınır⁷. Sosyal ağlara bakıldığında ise toplumsal güç ilişkileri, ortak değerler ve yaşam tarzına göre homojen ya da heterojen gruplar arasında kurulabilirlikleri görülmektedir. Homojen veya heterojen tüm sosyal ağlarda şekillenen ilişkiler, sosyal sermayenin de kaynağını oluşturur⁷⁻⁹.

Bilişsel sosyal sermaye, bireyin içinde yaşadığı toplumu algılama biçimini belirleyen değerler, normlar, güven, karşılıklılık ve aidiyet gibi kavramları içerir. Toplumun ortaklaşa kabul ettiği ve bireylerin birbirinden beklemediği davranışlara norm¹⁰, olumlu geri dönüşünün kimlerden ve ne zaman geleceği bilinmese de sivil alanda gerçekleştirilen çeşitli eylemler sayesinde oluşan ilişki dinamiğine karşılıklılık adı verilir¹¹. Güven ise üç seviyede ele alınmaktadır: tanıdık bireyler arasındaki güven, yabancı bireyler arasındaki güven ya da "toplumsal güven" ve son olarak da kurumlara güven⁸. Toplumdaki farklı gruplar arasındaki ağlardaki yakın ve güçlü ilişkiye toplumsal birlik adı verilirken ayrımcılık, dışlama ve kutuplaşma gibi durumlarla ters bir orantı içindedir^{12,13}.

Yapısal sosyal sermaye, insanları ve grupları bir araya getiren ilişki ağlarını, dernekleri ve kurumları tarif etmektedir¹⁴. Ağlara katılım ve ağların yoğunluğuna göre farklı türleri vardır. İçe dönük, homojen gruplarda bağ kuran (bonding); dışa dönük, farklı gruplar ya da heterojen yapılar arasında köprü kuran (bridging) sosyal sermayeden söz edilmektedir^{8,11}. Bu iki tür yatay düzlemde¹⁵ bir sosyal sermaye iken güç ilişkilerini ve toplumdaki hiyerarşik yapı içinde meydana gelen dikey bir ilişki ağında özellikle kaynaklara erişimi kolaylaştıran diğer bir tür ise bağlantı kuran (linking) sosyal sermayedir¹⁶.

Tam Metin Sözlü Bildiri

Sosyal sermaye ekonomiden eğitime birçok disiplinde araştırmalara konu olsa da Putnam'a göre sosyal sermayenin en belirgin etkisi sağlık üzerindedir¹¹. Sosyal sermaye ve sağlık ilişkisi 1990'lardan bu yana giderek artan bir şekilde incelenmektedir. Sağlığın sosyal belirleyicileri literatüründe mutlak eşitsizlik kaynağı olan gelir, eğitim gibi değişkenlere ek olarak Wilkinson'ın gelir dağılımına dayalı göreceli eşitsizliklerin de yaşam beklentisine güçlü bir şekilde etki ettiğini göstermesi¹⁷ ile literatürde mutlak gelir hipotezi ve etkilerini psikososyal ve maddi yollardan yaratan göreceli gelir hipotezi olmak üzere iki türlü bir ayrışma meydana gelmiştir¹⁸. Ekonomi, büyük ölçüde nicel değişikliklerle sınırlı kalırken, sağlığın maddi ve sosyal durumlara duyarlı olduğunu, dolayısıyla nitel ve nicel değişikliklerden etkilendiğini ifade eden Wilkinson, gelir eşitsizliğinin aşırı olduğu durumlarda sosyal adalet duygusunun yara aldığını ve bunun toplumsal birlik duygusunu zayıflatarak, özellikle artan şiddet ve suç olayları bağlamında toplum yaşantısında ve dolayısıyla yaşam kalitesinde kötüleşmeye yol açtığını öne sürmektedir¹⁹.

Kavramın sağlık etkilerini ilk inceleyen 1897 tarihli "İntihar" çalışmasıyla sosyolog Emile Durkheim'dır. Durkheim²⁰, intihar oranlarının bir toplumdaki diğerine farklı olmasını toplumsal nedenlerden ötürü olduğunu öne sürerken intihar oranlarının dinsel, ailesel ve siyasal bütünleşme derecesiyle ters orantılı olduğunu ifade etmiştir. Daha sonrasında sağlık ile toplumsal birlik, sosyal ağlar ve özellikle de sosyal destek arasındaki ilişkinin incelendiği birçok çalışma yapılmasına karşın, bu çalışmalar sosyal sermaye şemsiyesi altında değerlendirilmemiştir²¹.

Sosyal sermayenin doğrudan sağlık etkileri arasında sağlık bilgisinin hızla yayılmasına olanak sağlaması; sağlıklı davranışların benimsenmesini artırması; olumsuz sağlık davranışlarına karşı toplumsal bir kontrol mekanizması sağlaması yer almaktadır. Ayrıca, sosyal ağlar üzerinden kaynaklara erişimi kolaylaştırması ve sosyal destek mekanizmalarıyla psiko-sosyal açıdan sağlık algısı ve iyilik hali üzerinde etkili olabilir²². Halk sağlığı uzmanlık tezi olarak planlanan bu çalışmada İstanbul'da bir aile sağlığına kayıtlı nüfusta sosyal sermaye ve sağlık algısı arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Kesitsel bir çalışma olarak gerçekleştirilen bu araştırma, 2011 yılında İstanbul il merkezi, Beşiktaş İlçesi'ne bağlı Akatlar Mahallesi'nde görev yapan bir aile hekimi için tanımlanan bölgede yürütülmüştür. Araştırma bölgesi bu çalışma için özel olarak seçilmiştir. Yerleşim olarak birbirine komşu iki bölgeden oluşmaktadır. Biri, Karanfilköy olarak bilinen gecekondu alanı, diğeri ise ağırlıklı olarak apartmanlar ve müstakil lüks konutlardan oluşan düzenli konut alanıdır.

Bu çalışma İstanbul Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından desteklenmiştir. Çalışma için 14.02.2011 tarihinde İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Etik Kurulu'na başvurulmuş, etik kurul onayının ardından İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü ile 08.06.2011 tarihinde imzalanan araştırma protokolünün ardından veri toplanması aşamasına geçilmiştir. Araştırmanın evrenini İstanbul'un Beşiktaş İlçesi'ne bağlı Akatlar Mahallesi'nde iki hekimli bir ASM'de görev yapmakta olan aile hekimine kayıtlı, ekonomik olarak bağımsız kabul edilen 18-65 yaş aralığındaki 2.319 kişi oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü %95 Güven Aralığında, %5 hata payıyla ve toplum oranının bilinmediği durumlarda önerilen %50'lik oran kullanılarak 330 kişi olarak hesaplanmış, yanıtızlık durumu hesaba katılarak örneklem büyüklüğü üç katına çıkarılarak 990 kişi olarak alınmıştır. Ek olarak %10 oranında 100 kişilik bir yedek örneklem grubu planlanmıştır. Örneklem seçimi, cinsiyete ve 18-25, 26-35, 36-45, 46-55 ve 56-65 olarak belirlenen beş yaş grubuna göre sistematik tabakalı seçim yoluyla gerçekleştirilmiştir. Aile Hekimine kayıtlı insanların listesi bir Microsoft Office Excel dosyasında cinsiyete ve yaş gruplarına göre ayrı ayrı sıralandıktan sonra her yaş grubuna göre sistematik örnekleme yoluyla seçim yapılmıştır. Belirlenen isimlerden adresleri araştırma bölgesi dışında olup Aile Hekimi Nüfusuna kayıtlı olan 151 kişiye ek olarak vefat etmiş olarak görünen 4 kişi örneklem dışında bırakılmıştır.

Haziran-Ağustos 2011 tarihleri arasında araştırmacı tarafından örnekleme giren bireylerin adresleri ziyaret edilerek araştırmaya katılmayı kabul edenlere hazırlanan soru formu, bireylerin isimlerinin yazılı olduğu kapalı bir zarf içinde teslim edilmiş ve soru formunu geri almak için bir hafta süre sonunda araştırmacının aynı

Tam Metin Sözlü Bildiri

adresten gelip formu teslim alacağı bildirilmiştir. Soru formunu teslim eden bireylerin soru formları teslim alınırken kontrol edilmiş ve eksik veriler tespit edilerek katılımcılardan tamamlamaları rica edilmiştir. Bir hafta sonunda soru formunu yanıtlanmayanlara dört gün daha ek süre verilmiş, ancak bu süre sonunda da yanıt alınmadığında birey yanıtız olarak kabul edilmiştir. Evde bulunamayan bireylere haftasonu olmak üzere üç kez ziyaret yapılmıştır ve üçüncü ziyarette de evde bulunamayan bireyler de yanıtız kabul edilmiştir.

Anketlerin dağıtımında, 102 kişi evde bulunamadığı, 56 kişi çalışmaya katılmayı ret ettiği, 53 kişi taşınmış, 5 kişi okuryazar olmadığı ve 11 kişi ise duysal ve fiziksel engelli olmalarını için katılmak istemediği, 2 kişinin adresinin ise işyeri olarak görüldüğü için çalışma dışında bırakılmıştır. Yedek grup dâhil toplamda 774 anket dağıtılmıştır.

Veri toplamak için 68 sorudan oluşan bir soru formu kullanılmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkeni sağlık algısıdır. "Genel olarak kendi sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?" sorusuna verilen "çok kötü", "kötü", "ne kötü, ne iyi", "iyi" ve "çok iyi" seçeneklerinden oluşan beşli Likert tipinde hazırlanmış bir soru ile değerlendirilmiştir. İstatiksel analizler için iyi ve çok iyi seçenekleri birlikte "iyi" olarak; "çok kötü", "kötü" ve "ne iyi, ne kötü" seçenekleri ise "iyi değil" olarak birleştirilerek ikili bir değişken hazırlanmıştır.

Bağımsız değişkenler demografik, sosyo-ekonomik ve sosyal sermaye değişkenleri ile kronik hastalık varlığından oluşmaktadır. Demografik değişkenler olarak yaş, cinsiyet, medeni durum, hanehalkı sayısı, mahallede ikamet etme süresi (yıl) kullanılmıştır. Sosyo-ekonomik değişkenler olarak eğitim düzeyi, aylık hane geliri, yerleşim alanı (gecekondu ve düzenli konut), sosyal güvence ve özel sigorta varlığı kullanılmıştır. Eğitim düzeyi "okuryazar", "ilkokul mezunu", "ortaokul mezunu", lise mezunu", "yüksek okul (2 yıllık) mezunu", "üniversite mezunu", "yüksek lisans (master) mezunu" ve "doktora mezunu" şeklinde değerlendirilmiş ve "lise mezunu ve altı" ile "üniversite mezunu ve üstü" olarak ikili değişken haline getirilmiştir. Hane geliri "aylık gelirim yok", 655,57 TL (2011 yılının asgari ücreti) veya daha az", "656-1.499 TL arası", 1.500-2.499 TL arası", "2.500-3.499 TL arası" ve "3.500 TL ve üzeri" şeklinde kategorilerde değerlendirilmiş, "asgari ücret veya daha az", "1.500-3.499" ve "3.500 ve üzeri" şeklinde üçlü değişken olarak analize alınmıştır. Kronik hastalıkların değerlendirilmesinde "Düzenli ilaç kullanmanızı veya düzenli tedavi olmanızı gerektiren bir hastalığınız var mı?" sorusuna verilen "hayır" ya da "evet" şeklinde cevapları olan tek soru ile değerlendirilmiş, "evet" yanıtı verenlerden bu hastalık veya hastalıkları yazmaları istenmiştir.

Sosyal sermayenin farklı tanımlarının bulunması nedeniyle ölçülmesi konusunda üzerine fikir birliğine varılmış bir yöntem bulunmamaktadır²³. Bu çalışmada ölçüm için kullanılacak olan sorular Harpham ve ark. tarafından geliştirilen ASCAT (Adapted Social Capital Assessment Tool) temelinde hazırlanmıştır²⁴. Sosyal sermaye ölçümü 32 maddeyle değerlendirilmiş olup bu bildiriye toplumsal birlik, güven ve sivil katılım unsurlarını değerlendiren 7 soru kullanılarak analizler tamamlanmıştır.

Bilişsel sosyal sermayenin ölçülmesi gerektiğinde toplumsal aidiyet ve güven duygusunun sorgulanması önerilmektedir¹⁴. Toplumsal birliğin değerlendirilmesinde mahalle aidiyeti (Kendinizi bu mahallenin bir parçası gibi hissediyor musunuz?), mahallede karşılıklılık (Bu mahallede oturan insanlar komşularına yardımda bulunmaya istekli midir?) ve güven duygusu (Genel olarak, aynı mahallede yaşadığınız komşularınıza güvenirsiniz?) alt başlıklarına ait sorular kullanılmıştır. Soruların yanıtları "kesinlikle hayır", "hayır" "ne evet, ne hayır", "evet" ve "kesinlikle evet" olmak üzere beşli Likert tipinde hazırlanmıştır. Analizlerde ilk üç seçenek birleştirilerek "düşük" ve son iki seçenek birleştirilerek "yüksek" olmak üzere ikili değişkenler kullanılmıştır.

Sivil katılımın değerlendirilmesinde dört soru kullanılmıştır. Bunlardan ilki sivil toplum kuruluşlarına (STK) üyeliği değerlendiren bir soru olup, meslek kuruluşları, sendika, siyasi parti, spor kulübü ve diğer dernek ve vakıflar olmak üzere farklı türde STK'lar sıralanarak hangilerine katılımcıların hangilerine üye olduklarını belirtmeleri istenmiştir. Analizlerde "üyeliği yok" ve "en az 1 STK üyesi" şeklinde ikili bir değişken olarak kullanılmıştır. Sivil katılımın "evet" ve "hayır" seçenekleriyle değerlendirildiği diğer üç soruda ise bir imza kampanyasına, halk yürüyüşüne ve protesto eylemine katılıp katılmadıkları sorgulanmıştır. Analizlerde üç soru "Son 12 ayda sivil eylem" başlığı altında birleştirilerek üç sorudan en az birine "evet" diyenler "katılmış", hepsine

Tam Metin Sözlü Bildiri

“hayır” yanıtı verenler “katılmamış” olarak kabul edilmiştir.

Tanımlayıcı istatistikler, sürekli veriler için ortalama, standart sapma, ortancaları ile birlikte, sayım verileri ise yüzde oranlarla birlikte sunulmuştur. Verilerin istatistiksel olarak karşılaştırmalarında sayım verileri için Ki-Kare testi kullanılmıştır. Birden çok etkenin incelendiği çok değişkenli analizler Lojistik Regresyon analizi uygulanmıştır. Lojistik regresyon modeli oluşturulurken demografik ve sosyo-ekonomik değişkenlerden istatistiksel anlamlı olanlar ile çalışmanın ana konusunu oluşturan sosyal sermaye değişkenlerinin tamamı (istatistiksel anlamlılık aranmadan) modele katılmıştır. Değişkenler arasında olası ko-linearite ilişkisi düşünülerek geriye doğru seçim kriteriyle (backward stepwise) anlamlı bulunmayan değişkenin modelden çıkarılması ilkesine göre lojistik regresyon analizi yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için %95 Güven Aralığında (GA) 0,05’in altında bulunan p değeri anlamlı kabul edilmiştir. İstatistiksel analizler için SPSS 26.0 paket programı kullanılmıştır.

Bulgular

Çalışmaya toplam 629 kişi katılmıştır. Örneklemeye ulaşma oranı %63,2’dir. Katılımcıların %51,7’si (n=325) erkektir. Yaş ortalaması, standart sapması ve ortancası sırasıyla 40,2, 12,7 ve 39’dur. Diğer tanımlayıcı istatistikler Tablo 1’de sunulmuştur. Katılımcıların sağlık algısının hangi faktörlerle ilişkili olduğunun değerlendirildiği iki değişkenli analizler Tablo 2’de sunulmuştur. Buna göre cinsiyet, yaş grupları, hanehalkı sayısı, mahallede ikamet etme süresi, eğitim, yerleşim alanı, aylık hane geliri, özel sigorta, kronik hastalık, sivil toplum kuruluşlarına üyelik ve son 12 ayda sivil eylem ile sağlık algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir (p<0.05). Tablo 3’de ise iki yerleşim alanının farklı sosyo-ekonomik özelliklere göre yapılan iki değişkenli analizlerini görebilirsiniz. Buna göre düzenli konut sakinleriyle kıyaslandığında gecekondü sakinlerinin hanehalkı sayılarının daha fazla (p<0,001), eğitim düzeylerinin (p<0,001), aylık hane gelirlerinin (p<0,001) ve özel sigorta sahiplik oranının (p<0,001) daha düşük olduğu gözlenmektedir.

Çok değişkenli analizde kullanılan lojistik regresyon modeline demografik değişkenlerden yaş (sürekli değişken olarak dahil edilmiştir), cinsiyet ve mahallede ikamet süresi, sosyo-ekonomik değişkenlerden yerleşim alanı, aylık hane geliri, eğitim düzeyi, özel sigorta, sağlık değişkeni olarak kronik hastalık varlığı ve sosyal sermaye değişkenlerinin tamamı (mahalle aidiyeti, mahalle sakinleri arasında yardımlaşma, mahalle sakinlerine güven, STK üyeliği, son 12 ayda sivil eylem) katılmıştır. Geriye doğru seçim ilkesiyle yapılan analizde son adıma kadar hanehalkı sayısı, mahallede ikamet süresi, aylık hane geliri, eğitim düzeyi, mahalle sakinleri arasında yardımlaşma, mahalle sakinlerine güven ve son 12 ayda sivil eylem değişkenleri elenmiştir (Tablo 4). Oluşturulan modelin uyumu (goodness of fit) için Hosmer ve Lemeshow test sonucu p=0,161 olarak elde edilmiş ve model uyumlu kabul edilmiştir.

Tartışma

Bilişsel ve yapısal sosyal sermayenin değerlendirildiği bu kesitsel çalışma farklı iki sosyo-ekonomik mahalle özelliklerine sahip iki komşu bölgede gerçekleştirilmiş ve bilişsel sosyal sermaye öğelerinden mahalle aidiyeti ve yapısal sosyal sermaye öğelerinden STK üyeliğinin sağlık algısı ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi olduğu bulunmuştur. İyi sağlık algısıyla anlamlı ilişki tespit edilen diğer değişkenler yaş, erkek cinsiyet, düzenli konut alanı iken kronik hastalık varlığının ters ilişkili olduğu gözlenmiştir.

Cinsiyet, yaş, gelir, eğitim düzeyi, etnisite gibi demografik ve sosyo-ekonomik değişkenlerle sağlık algısının karşılaştırıldığı çalışmalarda çeşitli düzeylerde ilişkiler olduğu görülmektedir^{25,26}. Artan yaş ve kronik hastalıklarla birlikte sağlık algısının azalması beklenen bir durumdur. Öte yandan sağlık algısının erkeklerde kadınlara kıyasla daha iyi olduğunu gösteren çalışmalar çoğunlukta^{25,27}.

Ankara’da gerçekleştirilen bir çalışmada sağlık algısının eğitim ve gelir seviyesinin yükselmesiyle iyileştiği gösterilmiştir²⁸. Mahalle farklılıklarını dikkate alan bir çalışma örneği olarak Türkkın tarafından yapılan bir saha çalışmasında gecekondü sakinleri de araştırmaya dahil edilmiş ve sağlık algısının yerleşim alanı, eğitim, geçim sıkıntısı, kronik hastalık ve sosyal sınıfla anlamlı ilişki içinde olduğunu gözlemlemiştir²⁹. Yerleşim yerler-

Tam Metin Sözlü Bildiri

inin özelliklerine göre yapılan bir çalışmada mahallenin bakıma ihtiyaç duyması ve mahalle yoksunluk düzeyinin yüksek olmasının diğer sosyo-ekonomik değişkenler kontrol edildiğinde sağlık algısında bozulmaya yol açtığı gösterilmiştir³⁰. Çalışmamızda iki değişkenli analizlerde hanehalkı sayısı, eğitim düzeyi, aylık hane geliri, yerleşim alanı ve özel sigorta değişkenlerinin sağlık algısı ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi bulunmasına karşın, çok değişkenli analizlerde yerleşim alanı dışında anlamlılığını koruyan değişken kalmadığı görülmektedir. Bu durum ko-linearite nedeniyle kaynaklanmış olabilir. Tablo 3’de görüleceği gibi yerleşim alanı diğer sosyo-ekonomik değişkenlerle yüksek düzeyde anlamlı ilişki göstermektedir. Dolayısıyla yerleşim alanı, diğer sosyo-ekonomik göstergelerin tamamını kapsayacak nitelikte bir özellik göstermiş ve sağlık algısını öngörmeye öne çıkmış olabilir. Diğer bir ifadeyle, gecekondü sakinleri arasında sağlık algısının anlamlı derecede iyi olmaması, düzenli konut sakinlerine kıyaslandığında hanehalkının kalabalıklığı, aylık hane gelirinin ve eğitim düzeylerinin ve özel sigorta sahipliğinin daha düşük olmasıyla da açıklanabilir.

Sosyal sermaye ile sağlık algısı arasındaki ilişki bugüne değin defalarca incelenmiştir^{22,31-34}. Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) 39 eyaleti kapsayan bir çalışmada Kawachi ve ark. güven ve karşılıklılık duygularının sağlık algısıyla anlamlı biçimde olumlu yönde ilişkili olduğu bulunmuştur²². Helliwell ve Putnam tarafından ABD’nin 40 farklı yerleşim alanında yaptıkları çalışmada tüm örnekleme ve mahalle ölçeğinde güven seviyesinin sağlık algısını anlamlı olarak iyileştirdiğini göstermişlerdir³⁵. Öte yandan Lynch ve ark. tarafından yapılan ekolojik bir çalışmada Kawachi ve ark.²² tarafından yapılan çalışmayı 16 ülke verisinde karşılaştırmış ve anlamlı bir sonuca varamadıklarını bildirmiştir³⁶. Ziersch ve ark. ise mahallede güvende hissetmenin zayıf etkisi dışında sağlık ve sosyal sermaye unsurları arasında bir ilişki gözlemlediklerini ifade etmiştir³⁷. Bizim çalışmamızda mahalle sakinleri arasındaki güven seviyesinin sağlık algısı ile anlamlı bir ilişkisi gözlenmemiştir. Toplumsal düzeyde güven ülkeler arasında ve ülke içinde değişkenlikler gösterebilmektedir. Avrupa ve Dünya Değerler Araştırması verileri kullanılarak yapılan bir çalışmada 40 ila 60 tane ülkeden oluşan üç ayrı veri setinde analizler yapılmış, hem erkekler hem de kadınlar arasında ülke düzeyinde ölçülen güven ile sağlık algısı arasında olumlu yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir³⁸. Düzenli olarak tekrarlanan Dünya Değerler Araştırması’nın 2011 yılında Türkiye’den 1.605 kişiye dayalı sonuçlarına göre mahalle sakinlerine güven düzeyi %85,4 iken genel olarak insanlara güven ise %11,6 iken, bu oranlar 2018 yılında sırasıyla %81,8 ve %14,0 olarak ölçülmüştür³⁹. Ören’e göre Türkiye’de sosyal erdemlerdeki erozyonun sonucu olarak toplumsal güven duygusu yitirilmekte ve bu durum ekonomi başta olmak üzere toplumsal yaşantıya olumsuz etki etmektedir⁴⁰. Toplumsal güven, insanların birbirleri arasında var olurken, kurumsal güven ise devlet veya diğer toplumsal kurumlara yöneliktir. Ayrıca, Putnam yakın ve sık görüşülen kişiler arasındaki güveni “güçlü güven” olarak tanımlarken, genelleşmiş ötekilere karşı duyulan güveni ise “zayıf güven” olarak tanımlamaktadır¹¹. OECD ise buna yeni bir boyut ekleyerek kamu veya özel kurumlara karşı olan “kurumsal güven”den söz etmektedir⁴¹. Bizim çalışmamızda mahalle sakinleri arasındaki güven düzeyinin sağlık algısıyla ilişkisinin anlamlı olmaması, Türkiye’deki mahalle ile toplumsal ve kurumsal düzeydeki güven farkından kaynaklanıyor olabilir. Bu konuda farklı güven boyutlarını ele alan yeni çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Bir sistematik derlemede 32 araştırmanın bulgularına göre, çoğu çalışmada sosyal sermaye ve sağlık algısı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmesine karşın, bölgeye göre sonuçlarının farklılıklar gösterdiği gözlenmiştir²¹. Bir başka çalışmada ise 139 ülkeden 271.642 bireyi içeren veri seti kullanılmış ve gönüllülüğün de kapsandığı sosyal sermaye ile sağlık algısı arasında farklı ekonomik, coğrafi veya kültürel ortamlarda dahi tutarlı ve olumlu yönde bir ilişki tespit edilmiştir⁴². Benzer şekilde Achat ve ark. sosyal katılımın sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinde yükselmeye ilişkili olduğunu ifade ederken⁴³, Krantz ve Orth da kadın popülasyonundaki bir çalışmada sosyal katılım ve grup üyeliklerinin genel olarak ifade edilen sağlık sorunlarında azalmayla ilişkili olduğunu göstermiştir⁴⁴. Güney Afrika’da gerçekleştirilen bir başka çalışmada ise ticaret odalarına üye olmak ve toplumsal birlik duygusunun sağlık algısını ırk değişkeninden bağımsız olarak etkilediği bulunmuştur⁴⁵. Carpiano ve ark. tarafından Kanada’da mahalle düzeyinde aidiyet ve sivil katılım sonuçlarına göre sağlık algısı özellikle sivil katılım ile anlamlı düzeyde bir ilişki içindedir³¹. Öte yandan Carpiano’nun çalışmasından esinlenerek İsveç’de yapılan bir çalışmada ise farklı olarak kişisel destek eksikliği ve gururlandırılmamış olmak ile sağlık algısı arasında ilişki gözlenmiştir⁴⁶. Sapag ve ark. da Şili’de yaptıkları bir çalışmada sosyal sermaye boyutlarından mahalle sakinleri arasında güven ve karşılıklılık duygularının sağlık algısına olumlu etki

Tam Metin Sözlü Bildiri

ettiğini, ancak sosyal katılım ve entegrasyonun anlamlı bir etkisi olmadığını göstermişlerdir⁴⁷.

Bizim çalışmamızda yerleşim alanı daha önce de belirtildiği üzere sosyo-ekonomik eşitsizliklerin bir göstergesi olarak sağlık algısı ile anlamlı bir ilişki içindedir. Öte yandan yaş, cinsiyet ve kronik hastalık değişkenleri de sosyal belirleyiciler literatüründe değiştirilemeyecek faktörler olarak ele alınmaktadır. Çalışmamızda, bu değişkenlerin yanında STK üyeliği ve mahalle aidiyetinin çoklu analizde sağlık algısıyla olumlu yöndeki anlamlı ilişkisini koruması yapısal belirleyicilere ek olarak mekâna özgü sosyal ilişkilerin unsurlarının da ile önemine işaret etmektedir. DSÖ Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu sosyal sermayeyi yapısal belirleyiciler ile sağlık çıktıları arasında bir ara halka olarak nitelendirmektedir³. Verhaege ve Tampubolon tarafından İngiltere’de gerçekleştirilen ve mahallelerin yoksunluk düzeylerini dikkate alan bir çalışmada benzer bir görüş dile getirilmiş, mahalle yoksunluğu ile bozulmuş sağlık algısı arasında gözlenen anlamlı ilişkinin mahalle düzeyinde güven ve ağırlara katılım ile tamponlandığı gösterilmiştir⁴⁸.

Kısıtlılıklar

Çalışmanın kesitsel tasarımı nedeniyle tartışılan ilişkilerin iki yönlü oluşu sonuçlar yorumlanırken dikkate alınmalıdır. Özellikle sosyal sermaye unsurları olarak öne çıkan mahalle aidiyeti ve STK üyeliği ile sağlık algısı arasındaki ilişki sağlık algısı iyi olan sakinlerin sosyal sermayelerinin de iyi olabileceğine işaret edebilir. Diğer bir kısıtlılık ise sosyal sermayenin farklı tanımları ve ölçüm önerileri bulunması nedeniyle sosyal sermayenin değerlendirilmesinde karşılaştırılabilir standart bir yöntemin bulunmamasıdır. Öte yandan özellikle sosyal sermaye sorularına katılımcılar sosyal istenirlik eğilimiyle cevap vermiş olabilir. Son olarak çalışmanın 2011 yılında gerçekleştirilmiş olması bugünkü durumu yansıtmak konusunda kısıtlılık yaratabilir. Son 10 yılda Türkiye’de sivil alanda gerçekleşen değişim çalışmanın bulguları değerlendirilirken bugüne dair çıkarımlar yapmak için dikkatle değerlendirilmelidir. Yine de Türkiye’deki halk sağlığı literatüründe sosyal sermaye ve sağlık arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmaların kısıtlı olması bu çalışmanın bulgularını halen daha değerli olabileceğine işaret etmektedir. Çalışmanın bir mahalle içinde özellikle sosyo-ekonomik açıdan farklı iki yerleşim alanında yapılmış olması sosyal sermaye açısından önemli olan heterojen grupları kapsamaması bakımından önemlidir.

Sonuç

Çalışmamızda sosyal sermaye unsurlarından yalnızca STK üyeliği ve mahalle aidiyeti sağlık algısıyla ilişkili bulunmuştur. Literatürde farklı sonuçların bulunması sosyal sermaye kavramının tanımındaki farklılıklar kadar çalışmaların yapıldığı mekanlardaki sosyal bağlamların farklılıklarından da kaynaklanıyor olabilir. Bu çalışmadaki sonuçlar demografik ve sosyo-ekonomik değişkenlerin (yaş, cinsiyet, kronik hastalık ve yerleşim alanının) sağlık algısıyla ilişkisini teyit etmekle birlikte çok değişkenli analiz sonuçlarında sosyal sermaye unsurlarının da önemli bir şekilde sağlık algısıyla ilişkisini göstermektedir. Bu durum sağlık algısının iyileştirilmesi için yapılabilecek halk sağlığı müdahalelerinde özellikle dezavantajlı koşullarda yaşayanlar için yapısal (mahalle altyapısı ve sosyo-ekonomik kalkınma) yanında sosyal sermayenin de müdahalenin parçası olabileceğini göstermektedir. Bu konuda ülkemizde sivil yaşamın unsurlarının sağlık üzerine etkilerini inceleyecek yeni çalışmalara gereksinim giderek artmaktadır.

Çıkar Çatışması: Yazarların herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Tam Metin Sözlü Bildiri

Tablo 1. Katılımcıların demografik, sosyo-ekonomik, sağlık ve sosyal sermaye düzeylerinin dağılımı

		Toplam	
		n	%
Cinsiyet	Erkek	325	51,7
	Kadın	304	48,3
Yaş Grupları	18-25	86	13,7
	26-35	169	26,9
	36-45	147	23,4
	46-55	126	20,0
	56-65	101	16,1
Medeni durum	Bekâr	210	33,4
	Evli	419	66,6
Hanehalkı sayısı	1-2	82	13,0
	3-4	385	61,2
	5+	162	25,8
Mahallede ikamet süresi	≤5 yıl	121	19,2
	>5 yıl	508	80,8
Eğitim	Lise ve altı	442	70,3
	Üniversite ve üstü	187	29,7
Yerleşim alanı	Gecekondu sakinleri	409	65,0
	Düzenli konut sakinleri	220	35,0
Aylık hane geliri	Asgari ücret veya daha az	257	40,9
	Asgari ücret ile onun 5 katına kadar	194	30,8
	Asgari ücretin 5 katı ve üzeri	178	28,3
Sosyal sigorta varlığı	Yok	62	9,9
	Var	567	90,1
Özel sigorta	Yok	467	74,2
	Var	162	25,8
Kronik hastalık	Yok	459	73,0
	Var	170	27,0
Sağlık algısı	İyi değil	279	44,4
	İyi	350	55,6
Mahalle düzeyinde aidiyet	Düşük	131	20,8
	Yüksek	498	79,2
Mahalle sakinleri arasında yardımlaşma	Düşük	210	33,4
	Yüksek	419	66,6
Mahalle düzeyinde güven	Düşük	244	38,8
	Yüksek	385	61,2
STK üyeliği	Yok	367	58,3
	Var	262	41,7
Son 12 ayda sivil eylem	Katılmamış	464	73,8
	Katılmış	165	26,2

Tam Metin Sözlü Bildiri

Tablo 2. Sağlık algısının demografik, sosyo-ekonomik ve sosyal sermayeye değişkenleriyle ilişkisi

		Sağlık Algısı			p
		İyi değil n (%)	İyi n (%)	Toplam n (%)	
Cinsiyet	Erkek	128 (39,4)	197 (60,6)	325 (100)	0,009
	Kadın	151 (49,7)	153 (50,3)	304 (100)	
Yaş Grupları*	18-25	30 (34,9)	56 (65,1)	86 (100)	<0,001
	26-35	66 (39,1)	103 (60,9)	169 (100)	
	36-45	57 (38,8)	90 (61,2)	147 (100)	
	46-55	69 (54,8)	57 (45,2)	126 (100)	
	56-65	57 (56,4)	44 (43,6)	101 (100)	
Medeni durum	Bekâr	82 (39,0)	128 (61,0)	210 (100)	0,058
	Evli	197 (47,0)	222 (53,0)	419 (100)	
Hanehalkı sayısı	1-2	31 (57,8)	51 (42,2)	82 (100)	0,017
	3-4	161 (41,8)	224 (58,2)	385 (100)	
	5+	87 (53,7)	75 (46,3)	162 (100)	
Mahallete ikamet süresi	≤5 yıl	41 (33,9)	80 (66,1)	121 (100)	0,01
	>5 yıl	238 (46,9)	270 (53,1)	508 (100)	
Eğitim	Lise ve altı	228 (51,6)	214 (48,4)	442 (100)	<0,001
	Üniversite ve üstü	51 (27,3)	136 (72,7)	187 (100)	
Yerleşim alanı	Gecekondu sakinleri	215 (52,6)	194 (47,4)	409 (100)	<0,001
	Düzenli konut sakinleri	64 (29,1)	156 (70,9)	220 (100)	
Aylık hane geliri*	Asgari ücret veya daha az	139 (54,1)	118 (45,9)	257 (100)	<0,001
	1.500-3.499	93 (47,9)	101 (52,1)	194 (100)	
	3.500 ve üzeri	47 (26,4)	131 (73,6)	178 (100)	
Sosyal sigorta varlığı	Yok	33 (53,2)	29 (46,8)	62 (100)	0,139
	Var	246 (43,4)	321 (56,6)	567 (100)	
Özel sigorta	Yok	235 (50,3)	232 (49,7)	467 (100)	<0,001
	Var	44 (27,2)	118 (72,8)	162 (100)	
Kronik hastalık	Yok	173 (37,7)	286 (62,3)	459 (100)	<0,001
	Var	106 (62,4)	64 (37,6)	170 (100)	
Mahallete aidiyet	Düşük	57 (43,5)	74 (56,5)	131 (100)	0,827
	Yüksek	222 (44,6)	276 (55,4)	498 (100)	
Mahallete yardımlaşma	Düşük	87 (41,4)	123 (58,6)	210 (100)	0,295
	Yüksek	192 (45,8)	227 (54,2)	419 (100)	
Sakinler arası güven	Düşük	114 (46,7)	130 (53,3)	244 (100)	0,342
	Yüksek	165 (42,9)	220 (57,1)	385 (100)	
STK üyeliği	Yok	199 (54,2)	168 (45,8)	367 (100)	<0,001
	Var	80 (30,5)	182 (69,5)	262 (100)	
Son 12 ayda sivil eylem	Katılmamış	223 (48,1)	241 (51,9)	464 (100)	0,002
	Katılmış	56 (33,9)	109 (66,1)	165 (100)	

* Eğitimde Ki-Kare testi uygulanmıştır.

Tam Metin Sözlü Bildiri

Tablo 3. Sosyo-ekonomik değişkenler ve kronik hastalığın yerleşim alanı ile ilişkisi

		Yerleşim Alanı			p
		Geçekonu sakinleri n (%)	Düzenli konut sakinleri n (%)	Toplam n (%)	
Hanehalkı sayısı	1-2	26 (6,4)	56 (25,5)	82 (13,0)	<0,001
	3-4	241 (58,9)	144 (65,5)	385 (61,2)	
	5+	142 (34,7)	20 (9,1)	162 (25,8)	
Eğitim	Lise ve altı	370 (90,5)	72 (32,7)	442 (70,3)	<0,001
	Üniversite ve üstü	39 (9,5)	148 (67,3)	187 (29,7)	
Aylık hane geliri*	Asgari ücret veya daha az	244 (59,7)	13 (5,9)	257 (40,9)	<0,001
	1.500-3.499	142 (34,7)	52 (23,6)	194 (30,8)	
	3.500 ve üzeri	23 (5,6)	155 (70,5)	178 (28,3)	
Özel sigorta	Yok	383 (93,6)	84 (38,2)	467 (74,2)	<0,001
	Var	26 (6,4)	136 (61,8)	162 (25,8)	
Toplam		409 (65,0)	220 (35,0)	629 (100)	

Tablo 4. Sağlık algısının ilişkili olduğu demografik, sosyo-ekonomik ve sosyal sermaye değişkenlerinin lojistik regresyon sonuçları

	B	p	OR	%95 Güven Aralığı
Yaş (Sürekli değişken)	-0,023	0,003	0,977	0,962-0,992
Cinsiyet (Ref. 'Kadın')	0,359	0,043	1,431	1,011-2,026
Kronik hastalık (Ref. 'Var')	0,830	<0,001	2,294	1,491-3,530
Özel sigorta (Ref. 'Yok')	0,466	0,077	1,593	0,951-2,670
Yerleşim alanı (Ref. 'Geçekonu sakinleri')	0,906	<0,001	2,474	1,542-3,969
Mahalle aidiyeti (Ref. 'Düşük')	0,651	0,007	1,917	1,197-3,069
STK üyeliği (Ref. 'Yok')	0,679	<0,001	1,972	1,358-2,864

Anahtar Kelimeler: Sağlık algısı, Sosyal sermaye, Mahalle, Sosyo-ekonomik durum

Tam Metin Sözlü Bildiri

Kaynaklar

1. World Health Organization. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. 1948.
2. Marmot M. Giriş. In: Marmot MW, R., ed. *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri*. İstanbul: İNSEV Yayınları; 2008.
3. Solar O, Irwin A; A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. World Health Organization; 2010.
4. Kayı İ, Özgülnar N. *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri İçinde Ara Halka: Sosyal Sermaye*. Toplum ve Hekim 2015; Cilt: 30 (Ocak-Şubat Sayı 1).
5. Putnam R. *The Prosperous Community; Social Capital and Public Life*. *The American Prospect*. 1993; Spring (Section: Mending The Social Fabric).
6. Grootaert C, van Bastaleer T; *Introducion and Overview*. In *The Role of Social Capital in Development: An Emprical Assessment*. Grootaert C, van Bastaleer T (ed.) Cambridge: Harvard University Press; 2002.
7. Harpham T. *The measurement of community social capital through surveys*. 51-62. In: Kawachi IS, S.V.; Kim, D., ed. *Social Capital and Health* New York, USA: Springer; 2008:51-62.
8. Baum F, Ziersch A; *A glossary of social capital*. *Journal Epidemiology Community Health*. 2003;57:320-323.
9. Uğuz HE. *Kişisel ve Kurumsal Gelişmeye Farklı Bir Yaklaşım: Sosyal Sermaye*. Orion Kitabevi; 2010.
10. Marshall G. *Sosyoloji Sözlüğü* Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları; 2009.
11. Putnam R. *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. New York: Simon&Schuster; 2000.
12. Kawachi I, Berkman LF; *Social Cohesion, Social Capital, and Health*. In: Berkman LF, Kawachi I (ed.) *Social Epidemilogy*. New York: Oxford University Press; 2000:74-190.
13. Stansfeld SA. *Toplumsal Destek ve Toplumsal Birlik*. In: Marmot MW, R.G., ed. *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri* İstanbul: İNSEV Yayınları; 2009:173-199.
14. McKenzie K, Harpham T. *Meanings and uses of social capital in the mental health field*. In: McKenzie K, Harpham T (ed.) *Social capital and mental health*. London: Jessica Kingsley Publishers; 2006:11-23.
15. Woolcock M. *The Place of Social Capital in Understanding Social and Economic Outcomes*. *Isuma Canadian Journal of Policy Research*. 2001;2 (1):11-17
16. Granovetter MS. *The Strength of Weak Ties*. *American Journal of Sociology*. 1973;78(6):1360-1380
17. Wilkinson RG. *Income distribution and life expectancy*. *BMJ*. 1992;304(6820):165-168.
18. Hawe P, Shiell A. *Social capital and health promotion: a review*. *Soc Sci Med*. 2000;51(6):871-885.
19. Wilkinson RG. *Unhealthy Societies*. London: Routledge; 1996.
20. Durkheim E. *İntihar*. İstanbul: Cem Yayınevi, çev. Ozankaya Ö. 2. Basım; 2011.
21. Kim D, Subramanian SV, Kawachi I. *Social capital and physical health: A systematic review of the literature*. In: Kawachi I, Subramanian SV, Kim D (ed.) *Social Capital and Health*. New York, USA: Springer; 2008:139-190.
22. Kawachi I, Kennedy BP, Glass R. *Social capital and self-rated health: a contextual analysis*. *Am J Public Health*. 1999;89(8):1187-1193.
23. Macinko J, Starfield B. *The utility of social capital in research on health determinants*. *Milbank Q*. 2001;79(3):387-427, IV.
24. Harpham T, Grant E, Thomas E. *Measuring Social Capital within Health Surveys: key issues*. *Health Policy and Planning*. 2002;17(1).
25. Franks P, Gold MR, Fiscella K. *Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US*. *Soc Sci Med*. 2003;56(12):2505-2514.
26. Iburg KMS, J.A.; Tandon, A.; Murray, C.J.A.; *Cross-population comparability of self-reported and physician-assessed mobility levels: Evidence from the Third National Health and Nutrition Examination Survey*, *Global Programme on Evidence for Health Policy Discus-*

Tam Metin Sözlü Bildiri

- sion Paper No. 14. World Health Organization;2001.
27. Denton M, Prus S, Walters V. Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. *Soc Sci Med.* 2004;58(12):2585-2600.
28. Yardım MS, Özcebe H. Ankara ili Çankaya ilçesinde 25 yaş ve üzeri nüfusun sağlık düzeyinde sosyoekonomik farklılıklar *Ege Tıp Dergisi.* 2010; 49(1):19-30.
29. Türkkan A. Uludağ Üniversitesi-Nilüfer Belediyesi Fethiye Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Merkezi Bölgesinde Sosyo-ekonomik Açıdan Farklı İki Bölgede Sağlıkta Eşitsizlikler ve Bunu Etkileyen Etmenler. *Bursa: Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uludağ Üniversitesi; 2005.*
30. Malmstrom M, Sundquist J, Johansson SE. Neighborhood environment and self-reported health status: a multilevel analysis. *Am J Public Health.* 1999;89(8):1181-1186.
31. Carpiano RM. Neighborhood social capital and adult health: an empirical test of a Bourdieu-based model. *Health Place.* 2007;13(3):639-655.
32. Fujisawa Y, Hamano T, Takegawa S. Social capital and perceived health in Japan: an ecological and multilevel analysis. *Soc Sci Med.* 2009;69(4):500-505.
33. Lindstrom M. Social capital, the miniaturisation of community and self-reported global and psychological health. *Soc Sci Med.* 2004;59(3):595-607.
34. Veenstra G. Social capital, SES and health: an individual-level analysis. *Soc Sci Med.* 2000;50(5):619-629.
35. Helliwell JF, Putnam RD. The social context of well-being. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2004;359(1449):1435-1446.
36. Lynch J, Smith GD, Hillemeier M, Shaw M, Raghunathan T, Kaplan G. Income inequality, the psychosocial environment, and health: comparisons of wealthy nations. *Lancet.* 2001;358(9277):194-200.
37. Ziersch AM, Baum FE, Macdougall C, Putland C. Neighbourhood life and social capital: the implications for health. *Soc Sci Med.* 2005;60(1):71-86.
38. Kim D, Baum CF, Ganz ML, Subramanian SV, Kawachi I. The contextual effects of social capital on health: a cross-national instrumental variable analysis. *Soc Sci Med.* 2011;73(12):1689-1697.
39. Inglehart R, Haerpfer C, Moreno A, Welzel C, Kizilova K, Diez-Medrano J, Lagos M, Norris P, Ponarin E, Puranen B ve ark. *World Values Survey: Round Six - Country-Pooled Datafile Version. 2014; https://www.worldvaluessurvey.org/WVSDocumentationWV6.jsp. .*
40. Ören K. Sosyal Sermayede Güven Unsuru ve İşgücü Performansına Etkisi. *Kamu-İş.* 2007;9(1).
41. OECD. *The Wellbeing of Nations: The Role of Human and Social Capital.* Paris: OECD;2001.
42. Kumar S, Calvo R, Avendano M, Sivaramakrishnan K, Berkman LF. Social support, volunteering and health around the world: cross-national evidence from 139 countries. *Soc Sci Med.* 2012;74(5):696-706.
43. Achat H, Kawachi I, Levine S, Berkey C, Coakley E, Colditz G. Social networks, stress and health-related quality of life. *Qual Life Res.* 1998;7(8):735-750.
44. Krantz G, Ostergren PO. Common symptoms in middle aged women: their relation to employment status, psychosocial work conditions and social support in a Swedish setting. *J Epidemiol Community Health.* 2000;54(3):192-199.
45. Olamijuwon EO, Odimegwu CO, De Wet N. Social cohesion and self-rated health among adults in South Africa: The moderating role of race. *Health Place.* 2018;51:89-96.
46. Linden-Bostrom M, Persson C, Eriksson C. Neighbourhood characteristics, social capital and self-rated health--a population-based survey in Sweden. *BMC Public Health.* 2010;10:628.
47. Sapag JC, Aracena M, Villarroel L, et al. Social capital and self-rated health in urban low income neighbourhoods in Chile. *J Epidemiol Community Health.* 2008;62(9):790-792.
48. Verhaeghe PP, Tampubolon G. Individual social capital, neighbourhood deprivation, and self-rated health in England. *Soc Sci Med.* 2012;75(2):349-357.

Özet Sözlü Bildiri

S169

GIDA VE BESLENME OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ: METODOLOJİK BİR ÇALIŞMA

Gülcan DEMİR¹, Ali ÖZER²

¹Sinop Üniversitesi SHMYO, Türkiye

²İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Türkiye

Giriş ve Amaç: Gıda okuryazarlığı ve beslenme okuryazarlığı alanında geliştirilen ölçüm araçları, dar kapsamı ve sınırlı sayıda olmaları nedeniyle eleştirilmektedir. Bu çalışmada geç dönem adolesan bireylerin gıda ve beslenme okuryazarlığını, sağlık okuryazarlığının çıktıları açısından değerlendirebilen kapsamlı bir ölçüm aracı geliştirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Metodolojik tipteki araştırmanın evrenini 4359 öğrenci oluşturmaktadır. Çalışmanın yürütülebilmesi için, X Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'nun 08.10.2019 tarihli 55317723-604.01.01-E. sayılı kararıyla etik kurul izni alınmıştır. Ölçeğin model yapısının oluşturulmasından önce kapsamlı bir literatür incelemesi yapılmıştır. Literatür bilgileri doğrultusunda konu boyutları planlama ve yönetim, seçim, hazırlama ve yeme olarak alan boyutları ise okuryazarlığın çıktılarına uyumlu olacak şekilde (bilgi, tutum ve davranış) matris tasarlanmıştır. Hazırlanan bilgilerin ve maddelerin yer aldığı form e-mail aracılığıyla uzmanlara iletilerek görüşleri alınmıştır. Uzmanlardan gelen dönütler sonrası Lawshe tekniğinden faydalanmak suretiyle kapsam geçerlik indeksi ve kapsam geçerlik oranı analizleri yapılmıştır. Büyük saha örneklemeden veri toplamadan önce yüzey geçerliliğini sağlamak amacıyla çalışma grubuna benzer ancak çalışmada yer almayan 20 kişi ile ön uygulama yapılarak katılımcılar tarafından değerlendirmeleri alınmıştır. Veriler cinsiyete dayalı kota örnekleme yöntemi ile 02.03.2020-11.03.2020 tarihleri arasında, uygun ders saatlerinde öğrenciler ziyaret edilerek gözlem altında anket uygulama tekniği ile toplanmıştır. X üniversitesinin merkez yerleşkelerinde eğitim-öğretim gören 18-21 yaş arası toplam 600 öğrenciye ulaşılmıştır. Ölçeğin başlangıçta tasarlanan modeli yansıtıp yansıtmadığının açıklığa kavuşturulması amacıyla açıklayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Ölçeğin ayırt edicilik özelliğinin sınanmasında ölçüt geçerliliği uygulanmıştır. Güvenirlilik analizleri kapsamında güvenilirlik katsayıları, test tekrar-test ve madde analizleri yapılmıştır. Araştırmanın yürütümü esnasında ortaya çıkan giderler araştırmacı tarafından karşılanmış olup herhangi bir yerden destek alınması söz konusu değildir. Herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Bulgular: Gıda ve beslenme okuryazarlığı ölçeği alan boyutlarının kapsam geçerlilik indeksi değerleri ≥ 0.83 olarak bulunmuştur. Maddelerin çıkartılmasında düzeltilmiş madde-toplam korelasyonu, çift serili korelasyon katsayısı (≤ 0.20), madde güçlük ve madde ayırt edicilik indeks değerleri ($r_{jx} < 0.20$), binişik madde olma (≤ 0.10), faktör yükünün ve ortak varyans değerinin (< 0.40) olması gibi kriterler açısından değerlendirilerek aşama aşama analiz dışı bırakılmıştır. Açıklayıcı faktör analizi sonrası gıda ve beslenme okuryazarlığı ölçeği bilgi alan boyutunun 5 faktörden, tutum ve davranış alan boyutlarının ise 4 faktörden oluştuğu saptanmıştır. Açıklanan yığılımlı varyans oranları en düşük ve en yüksek %54.62- %62.32 olarak bulunmuştur. Doğrulayıcı faktör analizi model uyum indeksleri ($\chi^2/sd \leq 2.44$, $p \leq 0.003$, $GFI \geq 0.96$, $CFI \geq 0.93$, $SRMR \leq 0.05$ ve $RMSEA \leq 0.05$) oldukça iyi düzeydedir. Ölçüt geçerliliğinde kadınların bilgi düzeyi erkeklerden daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Gıda ve beslenme okuryazarlığı ölçeği bilgi, tutum ve davranış alan boyutlarının Cronbach alfa katsayıları ≥ 0.60 'dır. Test tekrar-test sonuçlarına göre oldukça güvenilir pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (en düşük $r = 0.74$; $p < 0.01$). Ölçekte yer alan maddelerin ayırt edicilikleri oldukça yüksek düzeydedir.

Sonuç: Gıda ve beslenme okuryazarlığı ölçeği, 18-21 yaş arası geç dönem adolesanlarda gıda ve beslenme okuryazarlığı düzeylerini değerlendirebilen geçerliği ve güvenilirliği kanıtlanmış bir ölçek olarak kullanılabilir. Çalışma örnekleminin 18-21 yaşları ile sınırlı tutulması, üniversite öğrencileri ile uygulanmış olması ve aynı örnekleme COVID-19 pandemisi kısıtlamaları nedeniyle AFA ve DFA gerçekleştirilmiş olması sınırlılıklarımız olarak belirtilebilir.

Anahtar Kelimeler: adolesan, beslenme okuryazarlığı, geçerlilik, güvenilirlik, sağlık okuryazarlığı

Özet Sözlü Bildiri

S170

MİKROBİYOTA OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ; GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Feyza Nehir ÖZTUR MUZ, Selma METİNTAŞ, Muhammed Fatih ÖNSÜZ, Ener Çağrı DİNLEYİCİ, Ersin KARADEMİR

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Türkiye

Giriş-Amaç: İnsan sağlığını yakından ilgilendiren ve pek çok hastalık ile ilişkilendirilen mikrobiyota özellikle son yıllarda dikkatleri üzerine çekmeyi başarmıştır. Bağırsak mikrobiyotası genetik, doğum şekli ve anne sütü alımı gibi faktörlerin yanı sıra bireyin farkındalığının artırılması ile değiştirilebilecek olan egzersiz, uygunsuz antibiyotik kullanımı ve beslenme gibi yaşam tarzı ve çevresel faktörlerden de etkilenmektedir. Çalışmada bireylerin beslenme ile mikrobiyota dengesinin korunması konusunda farkındalıklarını ve bu konuda okuryazarlık düzeyini değerlendirecek bir ölçek geliştirmek, geçerlilik ve güvenilirliğini yapmak amaçlandı.

Gereç-Yöntem: Çalışma metodolojik tipte bir araştırma çalışması olup, verileri 29Nisan-5Temmuz 2022 tarihlerinde araştırmacı tarafından toplanılmıştır. ESOGÜ-BAP Koordinasyon Birimi finansal desteği sağlanmıştır, herhangi bir çıkar çatışması durumu bulunmamaktadır. ESOGÜ klinik araştırmalar etik kurulundan alınmıştır (28.04.2022,E-80558721-050.99-331204). Üniversitede görev yapan 5571 kişilik evrenden; idari, işçi ve sözleşmeli olarak çalışan personelden kolayda örnekleme yöntemiyle seçilen, minimum örneklem hacmi için taslak ölçek madde sayısının 5-10 katına ulaşılması önerisine uyularak, çalışmaya katılmayı kabul eden 252 katılımcı çalışma grubunu oluşturdu. Katılımcıların 167'si (%65,7) kadın, 87'si (%34,3) erkek idi. Yaşları 19 ile 60 arasında değişmekte olup, ortalama $39,1 \pm 9,4$ yıl idi. Literatür taraması yapılarak 60 maddelik, okuryazarlık tanımına uygun kavramsal bilgi, işlevsel bilgi ve özyeterlilik başlıklarını kapsayabilecek 3'lü Likert ve çoktan seçmeli bilgi sorularını da içeren bir soru havuzu oluşturuldu. Mikrobiyoloji, mikrobiyota, beslenme ve ölçek geliştirme konularında deneyimli 17 uzman içerik ve amacı, kapsam geçerlilik indeksine göre kontrol ettikten sonra Türk dili alanında iki ayrı uzmanın görüşü alınarak gerekli düzenlemeler yapıldı. Ölçeğin geçerlik analizinde kapsam, yapı ve ölçüt geçerliği incelenirken, güvenilirlik analizinde iç tutarlılık kat sayısı ve test- tekrar test analizleri SPSS ve R Studio paket programları kullanılarak yapıldı.

Bulgular: Çalışmada KGI 0,73 hesaplanarak ölçek taslağı, 44 madde ve üç alt alandan oluştu. Araştırmacı tarafından 11 hekime ön uygulama yapıldı, soruların anlaşılabilirliği, yanıtlanabilirliği ve cevaplama süresi test edilerek 6 madde ölçekten çıkarıldı. Madde analizinde madde-total madde korelasyon katsayısı "0,30" dan küçük olan 11 madde ve binşik olan 5 madde ölçekten çıkarıldı. AFA'da toplam varyansın %46,78'ini açıklayan ve faktör yükleri 0,79-0,42 arasında değişen üç alt alandan oluşan bir ölçek elde edildi. Kavramsal bilgi alt alanında 10, işlevsel bilgi alt alanında 4 ve özyeterlilik alt alanında 8 madde yer aldı. Ölçek sorularının okunabilirliğini test etmek amacıyla Ateşman Okunabilirlik İndeksi kullanıldı, aldığı değer 63,8 idi. Bunların toplam varyansa katkıları sırasıyla %29,74, %10,50 ve %6,54 idi. Cronbach α güvenilirlik katsayısı 0,88 (alt alanlarda sırasıyla 0,85, 0,64 ve 0,82) olan 22 maddelik ölçek taslağı ile analizler sürdürülerek DFA'ya geçildi. Uyum indekslerinden χ^2/df , SRMR, RMSEA, CFI, TLI sırasıyla (1,74, 0,058, 0,054, 0,91, 0,90) mükemmel/kabul edilebilir aralıkta olduğu görüldü. Madde ayırt ediciliğini değerlendirmede, alt ve üst %27'lik gruplarda ortanca puanlar arasında anlamlı fark olduğu görüldü ($p<0,001$). Ölçekten alınabilecek puanlar 0-44 arasında olup, toplam puan arttıkça mikrobiyota okuryazarlığının da arttığı kabul edildi. Ayrıca vücut kitle indeks >30 olanların MOÖ'den aldıkları toplam puan, diğerlerine göre daha düşüktü ($p<0,001$). Ölçüt geçerliliğinde standart test Kısa Gıda Okuryazarlığı (KGO) kabul edilerek korelasyona bakıldı. KGO ile MOÖ özyeterlilik alt alanı arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu görüldü ($r=0,214$, $p=0,001$). Ölçeğin kendi alt alanları arasında korelasyon testinde pozitif yönde orta düzeyde bir korelasyon saptandı ($r=0,321$, $0,392$, $0,425$, $p<0,001$). Ölçek güvenilirliğinin belirlenmesinde 2 hafta arayla test-tekrar test yönteminde 19 katılımcının

Özet Sözlü Bildiri

puanları arasında pozitif yönde yüksek düzey korelasyon saptandı ($r=0,730$, $p<0,001$).

Kısıtlılıklar: Çalışma grubunun öğrenim düzeyinin yüksek olması ve literatürde yayınlanmış başka bir mikrobiyota ölçeği olmaması sebebiyle karşılaştırma yapılamaması sayılabilir.

Sonuç: Üç alt alanlı (kavramsal bilgi, işlevsel bilgi, özyeterlilik) ve 22 maddeden oluşan MOÖ geçerli ve güvenilir bir ölçek olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin daha geniş çalışma gruplarında uygulanması önerilir.

Anahtar Kelimeler: mikrobiyota, beslenme, okuryazarlık

Özet Sözlü Bildiri

S171

**TİP 1 DİYABET, ANNE SÜTÜ, TAHILLARA ERKEN BAŞLAMA VE PASİF İÇİCİLİK:
BİR OLGU-KONTROL ÇALIŞMASI**

İpek ÇİÇEKLİ¹, Raika DURUSOY²

¹Acıbadem Üniversitesi, Türkiye

²Ege Üniversitesi, Türkiye

Giriş ve Amaç: Tip 1 Diabetes Mellitus (DM) genellikle çocukluk çağında, pankreasın beta hücrelerinin otoimmün veya otoimmün dışı nedenlerle harap olması sonucu ortaya çıkan kronik metabolik bir hastalıktır.

Diyabet epidemiyolojisini etkileyen diyet antijenleri dahil olmak üzere birçok çevresel faktör olduğu ileri sürülmüştür. Bu çalışmanın amacı, Ege Üniversitesi Çocuk Hastanesine başvuran çocuklarda Tip 1 DM ile ilişkili olabilecek risk faktörlerinden anne sütü başta olmak üzere yaşamın ilk yılında beslenme ve pasif sigara içiciliği ile ilişkisini araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma olgu kontrol çalışmasıdır ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastanesinde Ocak 2020-Mart 2020 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çalışmaya 4-14 yaş grubunda toplam 246 gönüllü dahil edilmiştir. Çalışmada Tip 1 DM'li çocuklar 120, sağlıklı kontroller 126 katılımcıdan oluşmaktadır. Tip 1 DM'li çocuklara Ege Üniversitesi Çocuk Hastanesi Endokrin ve Metabolizma Hastalıkları polikliniğine başvuran hastalardan; kontrol grubuna aynı hastanede genel pediatri polikliniğine başvuran, Tip 1 DM tanısı almamış ve kronik hastalığı olmayan sağlıklı çocuklardan ulaşılmıştır. Bu çalışmada kullanılan veri toplama formu literatüre bağlı kalarak araştırmacılar tarafından yapılandırılmıştır (doğumdan sonra ek besinlere başlanma zamanı, toplam emzirme süresi, sadece anne sütü alma süresi, maternal özellikler, fiziksel aktivite düzeyi). Hazırlanan form, araştırmacı tarafından ebeveynlere yüz yüze görüşme tekniğiyle uygulanmıştır. Sadece anne sütü alma, "bebeğin sadece anne sütü aldığı dönem" olarak tanımlanmıştır. Annelere gebelik ve emzirme döneminde sigara kullanımı sorulmuştur. Ebeveynler evde ve çocuğun yanında/yakınında içtiği günlük sigara sayısı, günlük içilen toplam sigara sayısı bakımından sorgulanmıştır. Ebeveynleri evde sigara içen çocuklar "pasif içici" olarak kabul edilmiştir. Yine Tip 1 DM'li çocukların ebeveynlerine "tanı almadan önce çocuğunuzun yanında sigara içiyor muydunuz" sorusu sorulmuş, tanı öncesinde sigara dumanı maruziyeti sorgulanmıştır. Veriler SPSS istatistik programı ile analiz edilmiştir. Olgu ve kontrollerin tanımlayıcı değişkenleri Student t, Mann Whitney U ve ki-kare testleriyle karşılaştırılmıştır. Çoklu lojistik regresyon analizi düzeltilmiş olasılık oranları (aOR) ve %95 güven aralıkları hesaplanarak değerlendirilmiştir.

Bu çalışma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 08.01.2020 tarih ve 20-1T/38 sayılı karar ile onaylanmıştır. Çalışmanın yürütülebilmesi için yazarlar herhangi bir araştırma fonu (ne kamu ne de özel) almamıştır ve yazarlar araştırmayı herhangi bir hibe almadan kendi imkanlarıyla yürütmüştür. Yazarların çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Bulgular: Araştırmada olgu grubuna 63 kız, 57 erkek; kontrol grubuna 54 kız ve 72 erkek çocuk dahil edilmiştir. Yaş ortalamaları Tip 1 DM'li çocuklarda 10,4±3,3 yıl, kontrol grubunda 7,5±2,6 yıl (p<0,001) olarak bulunmuştur. Olgu grubunun tanı yaşı ortalaması 6,3±4,0'dır ve kontrol grubunun yaş ortalamasından (p=0,006) daha düşüktür.

Sadece anne sütü alma sürelerinde olgularda 1,88±2,23 ay, kontrollerde 2,67±2,38 ay saptanmıştır (p=0,009). Çalışmada başlıca diğer risk faktörlerinden bağımsız olarak sadece anne sütü alma süresinin her bir aylık artışının Tip 1 DM olasılığında 0,83 kat (0,72-0,96) azalma sağladığı sonucuna varılmıştır.

Olguların %5,5'i, kontrollerin %3,2'si tahillara 6.ay ve öncesinde başlamıştır ve bunun diğer tüm risk

Özet Sözlü Bildiri

faktörlerinden bağımsız olarak Tip 1 DM olasılığını 2,58 kat (1,29-5,16) arttırdığı saptanmıştır.

Olgu grubundaki ebeveynlerin çalışmaya alındığında günlük içtiği sigara sayısı ortalamaları 10,16±12,92; kontrol grubunda 7,13±8,58'dir (p=0,038). Olgu grubundaki çocukların ebeveynlerinin, çocukları tanı almadan önceki zamanda içtikleri günlük sigara sayısı ortalamaları 9,94±13,06'dır ve kontrol grubundan daha fazla olduğu saptanmıştır (p=0,056).

Ebeveynlerin evde ve çocuğun yanında/yakınında içtiği günlük toplam sigara sayısındaki her bir birimlik artışın Tip 1 DM olasılığını 1,15 (1,03-1,28) kat arttırdığı saptanmıştır.

Aile öyküsü, annenin gebelik özellikleri, annenin ve çocuğun takviye gıda kullanım durumu, ebeveynlerin eğitim düzeyi, doğum şekli, doğum sırası açısından iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Tamamlayıcı besinlere geçiş zamanı, inek sütü, yumurta, meyve ve sebzelere başlanma zamanı ortalamaları arasında anlamlı fark gözlenmemiştir.

Sonuç: Sadece anne sütüyle beslenmenin hastalığı önlemeye katkısının belirlenmesi koruyucu politikaların oluşturulmasında önemlidir. Daha uzun süre sadece anne sütüyle beslenme, hastalığın önlenmesinde önemli bir rol oynayabilir. Gerçekten işe yarayan bu ücretsiz müdahale maliyet etkin olacaktır. Yaşam boyu devam eden Tip 1 DM'nin gelişimini önlemek hatta geciktirmek bile sağlık üzerinde önemli bir etkiye sahip olacaktır. Aktif ve pasif sigara içimi, insülin direnci ve tip 2 diyabet riskinin artışıyla ilişkilendirilmiştir. Literatürde sigara içiciliğinin insülin direncini indüklediğini; veya bozulmuş glukoz toleransına yol açtığı gösterilmiştir. Ancak pasif içicilik ve Tip 1 diyabet riski üzerindeki etkisi aktif sigara içiciliği ile aynı olmayabilir. Pasif sigara içimi ile Tip 1 diyabet riski arasındaki ilişkiyi ileriye dönük olarak değerlendirmek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Çalışmamızda pasif içicilik olgu grubunun hem tanı öncesi günlük sigara içimi, hem de çalışmaya alındığında günlük sigara içimi, kontrol grubundaki ebeveynlerin günlük sigara içimi ile karşılaştırılmıştır ancak olgu-kontrol çalışmalarında bulunan hatırlama yanlılığı bulunmaktadır. Yine olgu grubundaki ebeveynler çocuklarının hastalıklarından dolayı bu konuda yanıltıcı davranmış olabilir. Araştırmanın sınırlılıklarından biri, soruların hatırlanmaya dair olarak sorulmasıdır. Araştırmanın diğer sınırlılıkları, hatırlama yanlılığı olasılığı, olguların tek merkezden ve üçüncü basamak bir üniversite hastanesinden seçilmiş olması ve kontrollerin de aynı hastaneye akut nedenlerle başvuran, kronik hastalığı olmayan olgulardan seçilmesi olabilir. Çalışmada ayrıca annelerin doğumda gestasyon haftası sorgulanmamıştır bu nedenle doğum ağırlığının gestasyon yaşına göre normal olup olmadığı değerlendirilememiştir. Ayrıca çocuklarda aşılama durumu bilinmemektedir, aşılama enfeksiyon risklerini azaltarak immüniteyi olumlu etkileyebilir. Dolayısıyla bu değişkenler ile Tip 1 DM arasındaki bulgular sonucu doğru yansıtmayabilir. Çalışmamızın sınırlılıkları göz önünde bulundurulduğunda Tip 1 DM gelişimi üzerinde hem özel hem de özel olmayan emzirme ile pasif içicilik ve tahıllara erken başlanmasının etkilerini netleştirmek için ileri araştırmalar yararlı olacaktır.

Anahtar kelimeler: diyabet; emzirme; beslenme durumu; anne sütü; pasif içicilik, tahıl

Özet Sözlü Bildiri

S172

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNDE SÜRDÜRÜLEBİLİR VE SAĞLIKLI BESLENME DAVRANIŞLARININ ÇEVRE OKURYAZARLIĞI İLE İLİŞKİSİ

Büşra EKERCİ Şeyma DUMAN, Arda BORLU, Hasan DURMUŞ
Erciyes Üniversitesi, Türkiye

Giriş ve Amaç: Sürdürülebilir beslenme, Gıda ve Tarım Örgütü (FAO) tarafından “şimdiki ve gelecek nesillerin beslenme ihtiyaçlarını karşılayan, biyolojik çeşitliliğe ve ekosisteme karşı saygılı olan, koruyucu, kültürel olarak kabul edilen, ulaşılabilir, ekonomik olarak satın alınabilen, beslenme açısından yeterli, güvenilir ve sağlıklı beslenme” olarak tanımlanmıştır. Bu çalışmada Erciyes Üniversitesinin farklı fakültelerinde okuyan 1. Sınıf öğrencilerinin sürdürülebilir ve sağlıklı beslenme davranışları ile çevre okur yazarlıkları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı nitelikte olan çalışmamızda yüz yüze uygulanan anket formu sosyodemografik sorularla yetişkinler için çevre okuryazarlığı ölçeği ve Sürdürülebilir ve Sağlıklı Beslenme Davranışları (SSBD) ölçeğinden oluşmaktadır. Sürdürülebilir beslenme ölçeği türkçe versiyonu 32 adet 7’li likert (hiç:1, her zaman:7, en düşük 32 en yüksek 224) sorudan oluşmaktadır. 7 alt kategori puanlarının hesaplanmasında alınan ortalama puan üzerinden değerlendirme yapılmıştır. Çevre okuryazarlığı ölçeğinde Puanlama için; 20-46 düşük düzey, 47-73 orta düzey 74-100 yüksek düzeyde çevre okuryazarlığı olarak değerlendirilmektedir. Örneklem büyüklüğü G*power programı ile iki yönlü hipotez kurularak düşük etki büyüklüğünde, $\alpha:0.05$, güç %80 olarak bivariate korelasyona göre en az 782 kişi olarak hesaplanmıştır. Üniversiteyi temsil etmesi için sağlık, mühendislik ve sosyal bilimlerden en az bir fakülte olacak şekilde Tıp fakültesi, Eczacılık fakültesi, İktisadi İdari Bilimler fakültesi, Mühendislik fakültesi, İlahiyat fakültesi seçilmiştir. Erciyes Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan (14.09.2022 tarih 2022/618 sayılı) ve ölçek sahiplerinden araştırma için gerekli olan izin alınmış ayrıca katılımcılardan onam alınmıştır. İstatistiksel analizlerde ANOVA, t testi, Pearson Kikare testi ve korelasyon analizi testleri kullanılmıştır. $p < 0.05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir. Bulgular $\bar{X} \pm SD$ şeklinde gösterilmiştir.

Bulgular: Çalışma 959 kişi ile tamamlanmıştır. Öğrencilerin %50.2’si erkektir. Katılımcıların %64.2’si daha önce sürdürülebilir beslenme kavramını duymamış ve %29.7’si ne anlama geldiğini bildiğini bilmektedir. En çok yemek tüketilen yer %43.1 ile yemekhanedir. Ayrıca küresel iklim değişikliği konusunda öğrencilerin %27.6’sı endişe duymamaktadır.

Öğrencilerin SSBD puan ortalamaları 120 ± 26.29 ’dır. Kadınların SSBD’leri (124 ± 25.95) erkeklerden (117 ± 26.26) (t: 3.834 $p < 0.001$) daha yüksektir. Ailesi ile birlikte (123 ± 24.80) (F:4.202 $p:0.006$) ve köyde yaşamını geçirmiş olanların (132 ± 22.37) (F:4.152 $p:0.006$) daha önce sürdürülebilir beslenme kavramını duyduğunu belirtenlerin (124 ± 26.2) (t:3.490 $p:0.001$) ve ne anlama geldiğini bilenlerin (125 ± 26.0) (t:3.352 $p:0.001$) puanları daha yüksektir. Zayıflamak için diyet yapanların puanı (125 ± 25.9) kilo almak için diyet yapanlara (118 ± 27.3) ve diyet yapmayanlara (119 ± 25.9) (F:4.014 $p:0.007$) göre daha yüksekti. En yüksek ölçek puanı evde yemeğini kendi hazırlayan öğrencilerdeydi (130 ± 24.6) (F:13.069 $p:0.001$). Küresel iklim değişikliği olduğunu düşünenler (121 ± 26.4) (t:2.388 $p:0.017$) iklim değişikliği konusunda endişelenenler (113 ± 25.7) (t:5.231 $p:0.00$) ve iklim değişikliğine etkisi olduğunu düşünenlerin (122 ± 26.5) (t:3.507 $p:0.00$) puanı daha yüksek bulunmuştur.

Çevre okuryazarlığı puan ortalaması 74 ± 14.27 bulunmuştur. SSBD ile çevre okuryazarlığı arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. (r: 0.290 , $p < 0.001$)

Özet Sözlü Bildiri

Sonuç ve Öneriler: Küresel iklim değişikliği olduğunu düşünenler, iklim değişikliği konusunda endişelenenler ve iklim değişikliğine etkisi olduğunu SSBD puanları daha yüksek çıkmıştır. Çevre konusunda daha bilinçli olan bireylerin bunu beslenmelerine de yansıttığı görülmektedir. Bu nedenle sürdürülebilir beslenmeyi desteklemek için gıda sistemleri ile çevre okuryazarlığı bilinci artırılmalıdır.

Çalışmanın kısıtlılıkları: Anket formları farklı araştırmacılar tarafından farklı zamanlarda toplandığı ve gönüllülerin hepsine anket uygulandığı için örneklem büyüklüğünün üzerinde bir sayı ile araştırma tamamlanmıştır.

Finansal destek: Finansal destek bulunmamaktadır.

Çıkar çatışması: Çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Beslenme, Sürdürülebilirlik, Çevre okuryazarlığı

Özet Sözlü Bildiri

S173

SİNOP PLAJLARININ REKREASYONEL SU KALİTESİNİN MİKROBİYOLOJİK GÖSTERGELERİ İLE KAMU SAĞLIĞI TEHDİDİ

Gülcan DEMİR

Sinop Üniversitesi, Türkiye

Giriş ve Amaç: Mikrobiyolojik kalite kriterlerini karşılamayan sularda kişilerin yüzmesine bağlı olarak ortaya çıkabilecek hastalıkların önlenabilir olması ve toplumun büyük bir çoğunluğunu etkilemesi nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu nedenle Sinop ilindeki plajların mikrobiyolojik kirlilik düzeylerinin bazı değişkenlere göre dağılımı ile halk sağlığı için risk seviyesinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte planlanan çalışmada 2011-2022 yıllarında Sinop ilinin denize kıyısı olan Sinop merkez başta olmak üzere, Ayancık, Türkeli ve Gerze ilçelerine bağlı plajlarından alınan numunelerin mikrobiyolojik analiz sonuçları değerlendirilmiştir. Herhangi bir örnekleme yönteminin kullanılmadığı araştırmada, Sinop merkezde 14 plaj, Türkeli’de 3 plaj ve Ayancık ile Gerze’de kayıtlı 6 plaj olmak üzere toplam 29 numune noktasına ait veriler kullanılmıştır. Çalışma için kullanılan veriler, Sağlık Bakanlığı’na ait “Yüzme Suyu Takip Sistemi”nden yıllara göre tek tek alınarak SPSS’e aktarılmıştır. Bir gün içerisinde çift ölçümün olması ve farklı değerlere yer verilmesi ile günlük numune sonuçlarının paylaşılmadığı günlerin yer alması sebebiyle 17 veri analiz dışı bırakılmıştır. Kriterleri karşılamayan bu verilerin çıkarılması sonucu fekal kirlilik açısından toplam 2503 numune sonucu ile çalışılmıştır. Verilerin analiz edilmesinde tanımlayıcı istatistiklerden (yüzde, medyan, minimum ve maksimum değerler gibi) ve uyuşum analizlerinden faydalanılmıştır. Verilerin kamuya açık olması nedeniyle etik izine başvurulmamıştır. Herhangi bir yerden finansal destek alınmamış olup çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Bulgular: Plaj sularındaki en fazla mikrobiyal kirlilik 2011 yılında görülmüştür. A sınıfı yüzme suyu kalitesini Sinop plajlarının %54,5’i (n=1365) karşılamaktadır. Escheria Coli yoğunluğu için 10.000 kob/100 ml değerine ve intestinal enterokok yoğunluğu için ise 9.000 kob/100 ml değerine 2020 yılında ulaştığı tespit edilmiştir. 25 Eylül 2009 tarihli 30899 sayılı Yüzme Suyu Kalitesinin Yönetimine Dair Yönetmelik uyarınca fekal kirlilik göstergeleri olan Escherichia coli ve intestinal enterokok yoğunlukları için bu numune sonuçlarından elde edilen ortanca değerleri sırasıyla 10 (Q1=0; Q3=40) ve 6 (Q1=0; Q3=26) olarak bulunmuştur. ABD Çevre Koruma Ajansı’nın önerdiği enterokok yoğunluğu kriterini %20,6’sının (n=516) karşılamadığı görülmüştür. Dünya Sağlık Örgütü’nün rekreasyonel sular için mikrobiyal kalite değerlendirmesi ile Sağlık Bakanlığı’nın değerlendirme uyumu incelendiğinde (MC_{rc}=0,151;p<0,001) düşük orta düzeyde uyuşum sergilediği saptanmıştır.

Sonuç: Sinop ilindeki plajların bakteriyolojik kirlilik sınırlarının aşıldığı günlerin olduğu ancak numune noktalarından elde edilen yıl içi numunelerin toplam değerlendirmesinde deniz suyu kalite sınıfının yarısının A olduğu saptanmıştır. Yüzme sularının mikrobiyal kalite değerlendirmesi referans aralıklarının halk sağlığını koruyacak düzeyde düzenlenmesi ve özellikle arıtma tesislerinin olmadığı illerde ölçümlerin daha sık aralıklarla yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Deniz suyu kalitesi, bakteriyolojik değerlendirme, fekal indikatör, Sinop

Özet Sözlü Bildiri

S174

KIRKLARELİ İLİ İÇME-KULLANMA SULARININ ORGANOLEPTİK ÖZELLİKLERİNİN KOLİFORM KİRLİLİĞİYLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ahmet Burak DUMLU¹, Ahmet Önder PORSUK², Çiğdem CERİT³

¹Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

²Lüleburgaz İlçe Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

³Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü, Amerika Birleşik Devletleri

Amaç: İnsani tüketime sunulan sular gerek ulusal gerekse uluslararası düzeyde düzenlemelere uygun olarak mikrobiyolojik, kimyasal, radyoaktif ve fiziksel kontrolleri düzenli olarak yapılmaktadır. Bu parametreler arasından koliform bakterilerin varlığı ve suların organoleptik özellikleri sık sık izlenmektedir. Buna göre Avrupa normunda (98/83/EC) suda koliform bakterilerin varlığı istenmezken, suyun organoleptik özelliklerinde ise (tat, koku, bulanıklık, renk) suyun kalitesine uygun olarak tüketicilerce kabul edilebilir olması ve anormal değişiklik olmaması istenir. Bu çalışma ile Kırklareli ilinde koagülant ajan ile arıtım olmaksızın insani tüketime sunulan içme-kullanma sularının organoleptik özelliklerinden olan renk, koku ve bulanıklık parametrelerinin değişiminde koliform bakterilerin etkisinin ölçülmesi ve bu parametrelerdeki değişimlerin birbirleriyle ilişkilerinin istatistiki olarak belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel tipteki bu araştırma kapsamında Kırklareli ili genelinde Kasım 2019 - 2021 tarihleri arasında 218 noktadan toplam 1022 içme-kullanma suyu numunesi alınmıştır. Numunelerin E. coli ve diğer koliform bakteri analizi numunelerin membran filtrasyon işleminden sonra geleneksel kültür metoduyla 100 ml'de kantitatif olarak; renk, koku ve bulanıklık parametreleri ise 98/83/EC normu doğrultusunda tüketicilerce kabul edilebilir durumda olduğunun uygunluğuna göre kalitatif olarak değerlendirilmiştir. İçme sularında indikatör olarak tespiti yapılan toplam koliform parametrelerinin (E.coli ve diğer koliform bakteri) %95 güven aralığında suyun rengi, kokusu ve bulanıklığındaki değişimine etkisi ayrı ayrı olarak ikili lojistik regresyon analizi ile araştırılmıştır. Ayrıca suların renk, koku ve bulanıklık parametrelerinin birbirleriyle bağımsız ilişkisi ki kare (x²) ve korelasyon testleri ile analiz edilmiştir. Bulunan sonuçların istatistiksel açıdan değerlendirilmesinde, p değeri 0,05'in altında olan bulgular anlamlı kabul edilmiştir. Araştırmanın konusu ve materyalleri Etik Kurul Onayı kapsamında olmamakla birlikte, çalışma Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma Başvuruları İnceleme Komisyonu'nun 24.08.2022 tarihli 22 sayılı kararı ile gerçekleştirilmiştir. Çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamış olup, herhangi bir çıkar çatışması da bulunmamaktadır.

Bulgular: 1022 numune içerisinde E.coli ve diğer koliform bakteri üremesi görülen numune sayısı sırasıyla 229 ve 244 olup (toplam koliform üreyen numune 352) rengi, kokusu ve bulanıklığı tüketicilerce kullanıma uygun olmayan numune sayısı sırasıyla 79, 51 ve 145'tir. Bakteri üremesinin suyun rengi, kokusu ve bulanıklığı üzerindeki etkisini belirlemek üzere oluşturulan regresyon modelinde yalnızca "Koku" parametresi için anlamlı bulunmuştur (Hosmer&Lemeshow p>0,05). Araştırmanın bağımsız değişkenlerinin koku üzerindeki değişimlerin yüzde 8,9'unu açıklamaktadır (Nagelkerke R²=0,089; Omnibus ki kare = 30,265; Sd =2; p<0,001). Ayrıca analiz sonucu kategorik olarak değerlendirilen renk, koku ve bulanıklık parametrelerinin birbirleriyle ikili ilişkisini belirlemek için yapılan ki kare analizine göre; bulanıklık-renk, bulanıklık-koku ile renk-koku parametreleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Sırasıyla X² = 260,690; 53,492; 94,352. Hepsi p<0,001). Bulanıklık ile renk arasındaki ilişki güçlü, bulanıklık ile koku ve renk ile koku arasındaki ilişki ise zayıftır (Sırasıyla Cramer's V = 0,533; 0,229; 0,034. Hepsi p<0,001). Kokusu uygun olan numunelerin %34,5, uygun olmayanların %33,3'ünde, rengi uygun olan numunelerin %33,2, uygun olmayanların %49,4'ünde koliform üremesi saptanmıştır. Bulanıklık bakımından ise uygun olan numunelerin %33,1'inde, uygun olmayan numunelerin %42,8'inde koliform üremesi görülmüştür. Su

Özet Sözlü Bildiri

numunelerinde koliform bakteri bulunmasıyla, suyun kokusu, rengi ve bulanıklığı arasındaki ilişki ki kare analizi ile test edildiğinde, koliform varlığıyla koku ve bulanıklık arasında zayıf bir ilişki görülmektedir (Sırasıyla $x^2 = 8,446; 5,176$. $p=0,005; 0,03$. Cramer's $V= 0,091; 0,071$). Suda koliform varlığı ile suyun rengi arasındaki ilişki ise anlamlı değildir ($p>0,05$).

Sonuç: Çalışmamızda incelenen su örneklerinin fizikokimyasal özellikleriyle mikrobiyal kirliliği arasında ilişki olabileceğinin tespit edilmiş olması nedeniyle, içme-kullanma sularında organoleptik yöntemlerle uygunsuzluk saptandığında, bakteriyolojik kirlilik de olabileceğinin daima göz önüne alınması ve aksi ispatlanıncaya kadar bakteriyolojik kirlilik açısından dikkatli olunması gerektiği söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: İçme Suyu, organoleptik, Koliform Basil, Escherichia coli, Su mikrobiyolojisi

Tam Metin Sözlü Bildiri

S175
HAVA KİRLİLİĞİNE ATFEDİLİR MORBİDİTE ÖRNEĞİ:
AIR Q PROGRAMI İLE EDİRNE'DE HAVA KİRLİLİĞİNE ATFEDİLİR
MORBİDİTE VE MORTALİTE

Didem Han YEKDEŞ, Ali Cem YEKDEŞ, Pelin SARI SERİN, Ülfiye ÇELİKKALP
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Türkiye

Giriş ve Amaç

Hava kirliliği atmosfer yapısında değişikliğe yol açan fiziksel, kimyasal ya da biyolojik bir ajan tarafından iç veya dış ortamın kirlenmesi olarak tanımlanır. Isınma amaçlı kullanılan fosil yakıtlar, ulaşım sektöründe kullanılan motorlu taşıtlar, ülkelerin ekonomik kalkınmalarını sağlamak amacıyla yürüttüğü endüstriyel faaliyetler ve kazalar sonucu meydana gelen orman yangınları hava kirliliğine yol açabilmektedir (1).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre küresel nüfusun neredeyse tamamı limit değerler üzerinde kirli hava solumakta ve bu durum özellikle düşük ve orta gelir grubuna sahip ülkelerde daha fazla görülmektedir. Aynı zamanda DSÖ 2016 verilerine göre küresel olarak 4,2 milyon ölüm dış ortam hava kirliliğine ve 3,2 milyon ölüm iç ortam hava kirliliğine atfedilmiştir (1, 2). Ülkemizde ise "Hava Kirliliği ve Sağlık Etkileri: Kara Rapor" verilerine göre yeterli veriye sahip 72 ilin 45'inde (%62,5) ulusal limitlerin üzerinde kirli hava solunduğu görülmüş, hava kalitesi limitleri DSÖ limitlerine çekildiğinde ise kirli hava soluyan nüfusun kabaca %90 ve üzerinde olduğu bildirilmiştir (3). Kara rapor 2021'e göre de PM10 düzeyine göre Edirne en kirli ilk 10 il arasında yer almaktadır.

Dış ortam hava kirliliği nedenleri bireysel davranışların da ötesinde ancak hükümetlerin alacağı önlemler ile kontrol altına alınabilir. Bunun için ise enerji, ulaşım, endüstriyel tarım ve atık yönetimi gibi pek çok alanda eylem planları gerekmektedir (2).

Hava kirliliği pek çok soruna yol açmakta olup bunlardan biri olan iklim değişikliği, küresel olarak dünyayı etkileyen en büyük on sorunun ilkidir (4). İklim, hava kalitesi ve sağlık arasındaki etkileşim nedeniyle iklim değişikliği ilişkili pek çok ikincil problem (gıda güvenliği problemleri, aşırı hava olayları, göçler ve farklı sağlık sorunları) de bulunmaktadır (5, 6).

Hava kirliliğinin yol açtığı sağlık sorunları ise özellikle çapları daha küçük olan toz veya gaz kirleticilere maruz kalarak, bunları soluyarak akciğerlerden sistemik dolaşıma geçer ve kronik inflamasyon ve karsinojeniteye neden olabilir. Hava kirliliğinin etyolojisinde yerinin gösterildiği hastalıklar ise kronik obstrüktif akciğer hastalığı, stroke, iskemik kalp hastalığı, akciğer kanseri olarak belirtilebilir. Ayrıca düşük doğum ağırlığı, diyabet, nörolojik hadiseler ile ilişkisini bildiren literatür de mevcuttur (7). Hava kirliliğinden etkilenim kırılganlık zemininde özellikle kadınlar, çocuklar, yaşlılar, kronik hastalığı olanlarda daha fazla görülebilmektedir, ayrıca sosyoekonomik faktörler de maruziyet etkilenim ve başa çıkma kapasitesinde önemli olabilmektedir (8, 9).

Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC) 2013'te dış ortam hava kirliliği ve Partiküler Madde (PM) 2.5'u grup 1 kanserojen olarak sınıflamış ve akciğer kanseri ile ilişkisini göstermiştir (10, 11). AIR Q programı DSÖ tarafından geliştirilen ve hava kirliliğine atfedilir morbidite ve mortalite verisi sağlamaya yarayan bir programdır (12).

Çalışmanın amacı hava kirliliğine atfedilir PM 2.5 ilişkili akciğer kanser insidansı, NO2 ilişkili mortalite hızı ve O3 (SOM035) ilişkili solunum hastalıklarına bağlı mortalite hızı AIRQ programı ile hesaplanmasıdır.

Yöntem

Araştırma ekolojik bir tasarım olup bağımlı değişken akciğer kanser sıklığı iken ana bağımsız değişken hava kalitesi verileridir. Demografik veriler 2018 yılı Edirne iline ait nüfus verilerinden yaşa ve ile özel ölüm hızları

Tam Metin Sözlü Bildiri

ve ile ve nedene özel ölüm hızları TÜİK üzerinden hesap edilmiştir. Ölüm ve nüfus verilerinin hesabında 30 yaş üstü bireylerde yaşa özel hızlar kullanıldığından toplam nüfusa 2018 yılına ait Edirne nüfusunun tamamı, risk altındaki nüfusa ise yaşa özel hız hesap edilebilmesi amacıyla 30 yaş üzeri nüfus kullanılmıştır. Hava kalitesi verileri ise meteoroloji genel müdürlüğü resmi sitesi üzerinden alınmış ve 2018 yılına ait günlük PM 2.5, PM 10, NO₂ ve O₃ değerleri kullanılmıştır. İlgili yıla ait SO₂ düzeyi yeterli ölçüm olmadığından alınmamıştır. PM 2.5 sınır değeri araştırma yapılan dönemde DSÖ yıllık ortalama limit değeri olan 10 µg/m³ olarak alınmıştır. İle ait hava kalitesi ölçüm istasyonlarından Karaağaç'ta PM 2.5 ölçümü yapılırken PM 10 ölçülmemekte, merkezde ise tam tersi durum söz konusudur. PM 10 ve 2.5 dönüşümleri AİRQ programı üzerinden yapılarak il ortalaması için 3 istasyonun (Merkez ilçe, Karaağaç, Keşan) ortalama değeri alınmıştır. O₃ değeri AİRQ programının yönergelerine göre SOM035 değerine çevrilerek kullanılmıştır. Hava kalitesi verileri Excel® programında kaydedilerek SPSS'e (Statistical Package for the Social Sciences Versiyon 22.0; SPSS Inc. Chicago, IL, USA) aktarılmış tanımlayıcı istatistikler yüzde ortalama ± standart sapma ve minimum ve maksimum değerleri ile sunulmuştur. AİRQ v.2.1.1 programı üzerinden hesaplamalar yapılarak kirleticilere özel morbidite ve mortalite verileri hesaplanmıştır. Hava kalitesi verileri, ölüm verileri açık erişime sahip veri tabanlarından alınmış olup hesaplamalar AİRQ programı üzerinden yapıldığından etik izin alınmamıştır.

Bulgular

Tanımlayıcı Bulgular

Edirne İli Nüfus Verileri

Edirne 2018 il nüfus verileri Türkiye İstatistik Kurumu resmi web sitesinden alınmıştır. Buna göre 2018 yılına ait Edirne ili toplam nüfusu 411.528 olup; %51'i kadın, %49'u erkektir. Nüfus verileri 30 yaş üstü ve altı olarak değerlendirildiğinde ise; 30 yaş üzeri nüfus %71 şeklinde hesaplanmıştır, detaylar Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo1. Edirne İli 2018 Yılı Nüfusu, TÜİK 2018.

	30 yaş altı	30 yaş üstü	Toplam
Kadın	38.941	163.197	202.138
Erkek	82.070	127.320	209.390
Toplam	121.011	290.517	411.528

Edirne ili 2018 yılına ait ölüm verileri Türkiye İstatistik Kurumu resmi web sitesinden (tuik.gov.tr) alınmıştır. Buna göre 2018 yılına ait Edirne iline ait toplam ölüm sayısı 3509'dur. Detaylar Tablo 2'de yer almaktadır.

Tablo 2. Edirne İli Ölüm Verileri, TÜİK 2018

Yaş Dağılımı	Ölüm Sayısı	%
0-30 yaş	82	2
30yaş +	2427	98
Toplam	3509	100

Edirne ili 2018 yılına ait hava kalitesi verileri Çevre Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı sürekli izlem merkezi (sim.csb.gov.tr) resmi sitesinden alınmıştır. Buna göre Edirne yılı 2018 yılına ait hesaplanan yıllık ortalama PM 2.5, PM 10, NO₂ ve O₃ üzerinden hesaplanan SOM035 değerleri alınmıştır. Edirne ili için 2018 yılına ait hesaplanan yıllık ortalama PM 2.5 değeri 31,7 µg/m³, yıllık ortalama PM 10 değeri 45,6 µg/m³, yıllık ortalama NO₂ değeri 13,3 µg/m³, yıllık ortalama O₃ (günlük ortalama 8 saatlik O₃

Tam Metin Sözlü Bildiri

konsantrasyonu üzerinden) değeri 58,05 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ olarak hesaplanmıştır. Detaylar Tablo 3'de sunulmuştur.

Tablo 3. Hava Kalitesi Verileri Edirne 2018

Kirleticiler	İstasyonlar	Yıllık Ortalama \pm SD	Min-Max	25-75P
PM 2.5 ($\mu\text{g}/\text{m}^3$)	Merkez	27,2	-	-
	Karaağaç	14,5 \pm 11,9	0-147,6	7,6-17,1
	Keşan	53,4 \pm 37,1	0-537,5	32,6-63,7
	İl Ortalaması		31,7	
PM 10 ($\mu\text{g}/\text{m}^3$)	Merkez	41,7 \pm 26,5	0-409,6	28,4-49,7
	Karaağaç	53,4 \pm 37,1	0-537,5	25,3-63,7
	Keşan	41,8		
	İl Ortalaması		45,6	
NO ₂ ($\mu\text{g}/\text{m}^3$)	Karaağaç	9,9 \pm 8,7	0-76,2	4,02-13,05
	Keşan	16,7 \pm 14,6	0-99,8	6,5-22,5
	İl Ortalaması		13,3	
	O ₃ ($\mu\text{g}/\text{m}^3$)	Karaağaç	57,5 \pm 32,33	0-163,1
Keşan		58,6 \pm 32,53	0-149,2	32,73-82,5
İl Ortalaması			58,05	
SOMO₃₅ indeksi uncorrect			1552	

Edirne ilinde 2018 yılına ait kirleticilere ilişkin sağlık sonuçları incelendiğinde; Tablo 4'de PM 2.5'a atfedilir akciğer kanseri vaka sayısı ve 100.000 nüfusta insidans hızı, Tablo 5 'de NO₂'ye ilişkin mortalite verileri ve O₃ (SOMO35) ilişkili solunum hastalıklarına bağlı mortalite verileri sunulmuştur.

Tablo 4. Edirne'de 2018 yılına ait PM 2.5'a atfedilir yüzde, akciğer kanseri vaka sayısı ve 100.000 kişide insidans hızları

Kirletici	Yüzde (%)			Vaka Sayısı			100000 kişi başına atfedilir insidans hızı		
	Ortalama	Min	Max	Ortalama	Min	Max	Ortalama	Min	Max
PM _{2.5}	17,06	8,16	24,75	18	9	26	6,12	2,93	8,88

Tablo 5. Edirne'de 2018 yılına ait NO₂'ye ve SOMO₃₅'e atfedilir 30 yaş üzeri ölüm yüzde, vaka sayısı ve 100.000 kişide insidans hızları

Kirletici	Yüzde (%)			Vaka Sayısı			100000 kişi başına atfedilir mortalite hızı		
	Ortalama	Min	Max	Ortalama	Min	Max	Ortalama	Min	Max
NO ₂ 'ye atfedilir akciğer kanseri vaka ve insidansı	1,32	0,6	2,03	45	21	69	15,5	7,3	23,88
SOMO ₃₅ 'e atfedilir solunum hastalıklarından ölüm	14,77	5,57	23,86	58	22	95	14,21	5,36	22,96

TARTIŞMA

Edirne iline ait 2018 yılı hava kalitesi verileri DSÖ hava kalitesi rehberi yıllık ortalama limit değerlerinin üzerindedir. Bu değerler tek tek incelendiğinde özellikle yıllık ortalama PM 10 değeri DSÖ limit değerinin

Tam Metin Sözlü Bildiri

kabaca 3 katı iken, PM 2.5 ise 6 katı değerindedir. Ancak günlük ortalama 8 saatlik O3 konsantrasyonu DSÖ limit değerinin altında bulunmuş yine yıllık ortalama NO2 değeri limit değerini %30 aşmıştır (14). Mevcut verilere göre Edirne’de ilgili yıla ait özellikle PM 2.5 ve PM 10’a ait kirlilik saptanmıştır. Partiküler madde kirliliği yaygın bir kirlenici olup bölgesel olarak farklı fiziksel ve kimyasal özelliklere sahip olabilir. Doğal ve antropojenik kaynaklı olabilir. Antropojenik NO2 asıl trafik ve termik santral kaynaklı olup iç ortamda ise soba, fırın vb. kaynaklı olabilir. Ozon kirliliği ise özellikle yaz mevsiminde güneşin ultraviyole ışınları ile birlikte sekonder kirlenici olarak meydana gelmektedir. Çalışmamızda NO2 ve O3 kirliliği PM kirliliğine göre daha düşük seviyededir. Edirne’de özellikle PM kirliliği Altınok ve ark.’nın Trakya’da yaptığı araştırma ile benzer şekilde bulunmuştur ve yıllar içerisinde azalma eğiliminde olduğu görülmüştür (15). Bu azalmanın nedeni ise Keşan’da 2017’den itibaren doğalgaz kullanımına geçişle açıklanabilir.

Çalışmamızda hava kirliliğine atfedilir PM 2.5 ilişkili akciğer kanser insidansı, NO2 ilişkili ölüm hızı ve O3 (SOM035) ilişkili solunum hastalıklarına bağlı mortalite hızı AIRQ programı ile hesaplanmıştır. Konya ilinde NO2’ye atfedilir mortalitenin hesaplandığı bir çalışmada yıllık ortalama NO2 düzeyi ve ölümler de çalışmamızdan daha fazla bulunmuştur (16).

Çalışmamızda NO2 ye bağlı mortalite hızı genel olarak Marmara bölgesinde yapılan diğer çalışmalardan daha düşük bulunmuştur. Bu durum istasyon bölgelerinin temsil etme gücü ile ilişkili olabileceği gibi bölgedeki trafik yoğunluğunun daha düşük olması ve enerji kaynakları ile ilişkili olabilir (17).

Çalışmamızda PM2.5’a atfedilir akciğer kanseri sıklığı %17 iken, İran’da yapılan bir çalışmada bu oran %25-30 arasında bulunmuştur (18). PM2.5 ilişkili akciğer kanseri insidans ve mortalitesinin değerlendirildiği bir meta analizde bu oran ortalama %8 olarak bulunmuş ancak bu sıklığın kıtalara ve ülkelere göre değiştiği gözlenmiştir. Çalışmamızda PM2.5’a atfedilir akciğer kanseri sıklığı literatürden yüksek bulunmuştur (19). Bu durum Edirne ili DSÖ PM2.5 limitlerinin 6 katı üzerinde olması ile açıklanabilir.

Araştırma ekolojik bir tasarım olup neden sonuç ilişkisi açısından güçlü kanıt düzeyine sahip değildir bu durum araştırmanın kısıtlılıklarından biri olarak değerlendirilebilir.

Sonuç ve Öneriler

Edirne ilinde pek çok hava kirlenici ajan içinde özellikle partiküler madde kirliliği dikkat çekmektedir. PM10 ve PM 2.5 kirliliği DSÖ limitlerinin sırasıyla 3 ve 6 katı, NO2 kirliliği ise limitin %30 üzerindedir. Hava kalitesi verilerinin sağlık etkileri değerlendirildiğinde Edirne’de PM2.5 ilişkili sağlık sorunları yükü fazladır. Her ne kadar NO2 ilişkili akciğer kanseri mortalitesi düşük olsa da gerek PM2.5 ilişkili akciğer kanseri sıklığı gerekse de ozon ilişkili solunum sistemi hastalıklarına bağlı ölümlerinin hava kirliliğine atfedilir kısımları %15 civarındadır. Hava kirliliğinin pek çok nedeni olabilir bunlar; ısınma, ulaşım, sanayi, fosil yakıt tüketimi olarak sınıflandırılabilir. Kirlilik kaynaklarına yönelik her sektöre özel yeşil dönüşüm, yenilenebilir enerji tercihi, düşük kaliteli kömür kullanımının azaltılması gibi önlemler gerekmektedir. Uluslararası iklim değişikliği protokollerine (Kyoto-Paris) uyularak, ulusal mevzuat (hava kalitesi kontrol yönetmeliği) da DSÖ-AB limitleri dikkate alınarak düzenlenmelidir.

Araştırma sürecinde herhangi bir finansal destek alınmamıştır. Yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Kaynaklar

1. Ambient (outdoor) air pollution: World Health Organization; 2022 [Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ambient-\(outdoor\)-air-quality-and-health](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ambient-(outdoor)-air-quality-and-health)].
2. Landrigan PJ. Air pollution and health. *The Lancet Public Health*. 2017;2(1):e4-e5.
3. Platformu THH. Kara Rapor 2020 Hava Kirliliği ve Sağlık Etkileri. Erişim adresi <https://www.temizhavahakki.com/wp-content/uploads/2020/09/Kara-Rapor-2020-Son27082020.pdf> (Erişim tarihi: 1808 2021). 2020.
4. Forumu WE. Global Risk Reports: World Economic Forum; 2022 [Available from: <https://www.weforum.org/reports/global-risks-report-2022>].

Tam Metin Sözlü Bildiri

5. Platformu THH. Kara Rapor 2021 Hava Kirliliği ve Sağlık Etkileri. Erişim adresi <https://www.temizhavahakki.com/wp-content/uploads/2021/09/KaraRapor2021.pdf> (Erişim tarihi: 18.08.2021). 2021.
6. Pörtner H-O, Roberts DC, Adams H, Adler C, Aldunce P, Ali E, et al. Climate change 2022: Impacts, adaptation and vulnerability. IPCC Sixth Assessment Report. 2022.
7. Organization WH. Climate Change and Health: World Health Organization; 2021 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health>].
8. Kampa M, Castanas E. Human health effects of air pollution. *Environmental pollution*. 2008;151(2):362-7.
9. Organization WH. Equity impacts of air pollution 2022 [Available from: <https://www.who.int/teams/environment-climate-change-and-health/air-quality-and-health/health-impacts>].
10. Makri A, Stilianakis NI. Vulnerability to air pollution health effects. *International journal of hygiene and environmental health*. 2008;211(3-4):326-36.
11. Zencirci SA, IŞIKLI B. Hava kirliliği. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*. 2017;2(2):24-36.
12. Loomis D, Grosse Y, Lauby-Secretan B, El Ghissassi F, Bouvard V, Benbrahim-Tallaa L, et al. The carcinogenicity of outdoor air pollution. *Lancet Oncology*. 2013;14(13):1262.
13. Samek L. Overall human mortality and morbidity due to exposure to air pollution. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*. 2016;29(3):417.
14. Organization WH. WHO global air quality guidelines: particulate matter (PM_{2.5} and PM₁₀), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide. 2021 [Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345329>].
15. ALTUNOK A, ESKİOCAK M. Trakya'da partiküler madde kirliliği ve mortalite ilişkisinin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Public Health*. 2020;18(3):124-32.
16. ÖZTÜRK ENY, Mehmet U, ÖZTÜRK M. KONYA İLİNDE 2016-2019 YILLARI ARASINDA NO₂ KAYNAKLI HAVA KİRLİLİĞİNİN MORTALİTEYE ETKİSİNİN AİRQ+ YAZILIMI ARACILIĞIYLA DEĞERLENDİRİLMESİ. *Bozok Tıp Dergisi*. 2016;12(1):18-23.
17. Önal AE, Palanbek S, Pacci SN, Çağlayan Ç, editors. MARMARA BÖLGESİ NO₂ DEĞERLERİNİN MORTALİTE ÜZERİNE ETKİSİ. 3 International 21 National Public Health Congress; 2019.
18. Karimi A, Shirmardi M, Hadei M, Birgani YT, Neisi A, Takdastan A, et al. Concentrations and health effects of short-and long-term exposure to PM_{2.5}, NO₂, and O₃ in ambient air of Ahvaz city, Iran (2014–2017). *Ecotoxicology and environmental safety*. 2019;180:542-8.
19. Huang F, Pan B, Wu J, Chen E, Chen L. Relationship between exposure to PM_{2.5} and lung cancer incidence and mortality: A meta-analysis. *Oncotarget*. 2017;8(26):43322.

Anahtar Kelimeler: Hava Kirliliği, AİR Q, Edirne, Akciğer Kanseri

Tam Metin Sözlü Bildiri

S176

TÜRKİYE'DE KAPALI ORTAM HAVA KİRLİLİĞİNE ATFEDİLEN HASTALIK YÜKÜ: AIRQ+ ÖRNEĞİ

Pelin SARI SERİN¹, Miraç ÇAĞLAYAN², Didem HAN YEKDEŞ³, Faruk YORULMAZ²

¹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Türkiye

²Trakya Üniversitesi, Türkiye

³Trakya Üniversitesi, Türkiye

Giriş ve Amaç

İnsan sağlığını veya çevresel dengeleri bozacak şekilde havanın bileşiminin değişmesine ya da havada bulunmaması gereken maddelerin havaya karışmasına hava kirliliği denir (1). Hava kalitesini bozan başlıca kirlleticiler; partiküler madde, karbon monoksit, ozon, nitrojen dioksit ve kükürt dioksit olarak sayılmaktadır. Hem dış hem de iç ortam hava kirliliği potansiyel olarak ölümcül hastalıklara neden olabilmektedir(2).

Kapalı ortam hava kirliliği; içinde barınılan, çalışılan ya da eğitim görülen konut, işyeri, okul gibi yapıların özelliklerine ve yapımında kullanılan malzemeye, ısıtma sistemine, havalandırma durumuna, içinde yaşayan kişilerin davranış biçimlerine (sigara kullanımı vb), sürdürülen faaliyetlere (işyeri vb) bağlıdır. İç ortam hava kirliliğine, dış koşullar da katkı yapabilmektedir. Özellikle yanma sonucu oluşan kirlleticiler dış ortamdan iç ortama girmektedir(3).

Birleşmiş Milletler tarafından yapılan bir araştırmaya göre, insanlar zamanlarının %88'ini kapalı ortamlarda geçirmektedir(4). Bu nedenle iç ortam havasının, en az dış ortam hava kalitesi kadar halk sağlığı üzerinde etkisi vardır. Yapılan çalışmalarda iç ortam hava kalitesinin bozulmasının çeşitli solunum yolu hastalıkları, alerjik hastalıklar ve kanser gibi pek çok ciddi hastalığa neden olabileceği belirtilmektedir(5).

Dünya çapında yaklaşık 2,4 milyar insan ısınmak ve yemek pişirmek için katı yakıtlar (odun, mahsul atıkları, kömür ve gübre gibi) ve gaz yağına ihtiyaç duymaktadır.

Her yıl 3,2 milyon insan iç ortam hava kirliliğine atfedilen hastalıklardan erken ölmektedir. Pnömoniye bağlı tüm ölümlerin çocuklarda %44'ü ve erişkinlerde %22'si, iskemik kalp hastalığına bağlı tüm ölümlerin %12'si, inme nedeniyle oluşan tüm ölümlerin %12'si, kronik obstrüktif akciğer hastalığından kaynaklanan tüm ölümlerin %23'ü, akciğer kanseri nedeniyle ölümlerinin %11'i kapalı ortam hava kirliliğine atfedilmektedir. Kapalı ortam hava kirliliği, çocuklarda alt solunum yolu enfeksiyon riskini 2 katına çıkarmaktadır. Pişirme ve ısınma amaçlı yakıt kullanımına bağlı kirlilik, bu işleri erkeklerden daha fazla yaptıkları için kadınları daha fazla etkilemektedir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde iç ortamda geçirdikleri süre daha fazla olduğu için, kadınların ve küçük çocukların iç ortam kirliliğinden daha fazla etkilendiği bildirilmektedir(6). Ortadoğu, Afrika ve Asya'da sigara içmeyen kadınlarda gözlenen yüksek kronik obstrüktif akciğer hastalığı prevalansından yemek pişirme amacıyla kullanılan katı yakıtlar sorumlu tutulmaktadır(7).

2015 yılında 190'dan fazla ülke tarafından imzalanan, küresel sıcaklık artışını 1,5 derece ile sınırlamayı hedefleyen Paris Anlaşması kapsamında Türkiye'nin hedefleri arasında; karbondioksit emisyonunu 2030'a kadar %21 azaltma ve 2053'te sıfır emisyona ulaşma bulunmaktadır(8). Elbette ki bu hedefler, petrol, kömür gibi fosil yakıt kullanımının azaltılmasını, yenilenebilir enerji üretim ve kullanımını ön plana çıkartmayı gerektirmektedir.

Türkiye İstatistik Kurumu tarafından her yıl açıklanan "Katı Yakıtlar" istatistiğinde üretilen, ithal edilen ve konutlardan termik santrallere kadar pek çok yere teslim edilen kömürün miktarı belirtilmektedir. Son 10 yıllık istatistik kayıtları incelendiğinde; konutlar, restoranlar ve lojmanlar gibi meskenlerin taş kömürü tüketiminin 2012 yılından beri arttığı, özellikle doğalgaza üst üste zamların geldiği 2018 - 2019 yılları sonrası konutlardaki

Tam Metin Sözlü Bildiri

kömür tüketiminde önemli bir yükseliş gerçekleştiği görülmektedir(9-13).

AirQ+ programı kohort çalışmalarından elde edilen risk tahminlerine dayanarak hava kirliliğinin sağlık etkilerini ölçmeye yarayan Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen bir programdır(14).

Ülkemizde AirQ+ programı kullanılarak kapalı ortam hava kirliliği çalışmaları sınırlıdır. Yapılan çalışmalar daha çok dış ortam hava kirliliği ve buna atfedilen mortalite ve morbidite yükü üzerine kurulmuştur. Çalışmamızda iç ortam hava kirliliğinin morbidite yüküne dikkat çekilerek bu konudaki sınırlı çalışmalara katkı sağlamayı planlamaktayız.

Çalışmamızın amacı özellikle ısınma ve yemek pişirme amacıyla katı yakıtların (odun, kömür gibi) kullanımı sonucu oluşan kapalı ortam hava kirliliğinin sağlık etkileri üzerine etkisini incelemektir. Bu gerekçelerle Türkiye’de kapalı ortam hava kirliliğine atfedilen sağlık sorunlarından olan iskemik kalp hastalığı, inme, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve akciğer kanseri sıklığının AirQ+ programı ile hesaplanması hedeflenmektedir.

Yöntem

Araştırmanın ekolojik bir çalışma olarak yapılması planlanmış ve bu kapsamda 2017 verileri esas alınmıştır. Bağımlı değişkenler iskemik kalp hastalığı, inme, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve akciğer kanseri insidansları iken ana bağımsız değişken Dünya Sağlık Örgütü’nden alınan kapalı ortam hava kirliliği (Türkiye’de katı yakıt tüketim oranı) verileridir. Türkiye’de katı yakıt tüketim oranı AirQ+ programının ülke bazlı katı yakıt tüketim oranının tanımlandığı tablodan alınmıştır.

Kapalı ortam hava kirliliğine atfedilen hastalık yükü AirQ+ yazılımı ile hesaplanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi tarafından iç ve dış ortam hava kirliliğinin belirli bir popülasyon üzerindeki sağlık etkilerini hesaplamak için geliştirilen AirQ+ metodolojisi, çalışmamızda kapalı ortam hava kirliliğine bağlı önlenebilir morbidite nedenlerini belirlemek için kullanılmıştır. Bu metodolojide, rölatif risk katsayısı için %95 güven aralığı esas alınarak, kapalı ortam hava kirliliğine atfedilen hastalık yükü için en düşük ve en yüksek tahminler elde edilmiştir.

AirQ+ kullanılırken “Burden of Disease” penceresinde analiz tipi “Household” olarak işaretlenmiştir. Risk altındaki nüfus hesaplanırken AirQ+ programı içinde bulunan, her ülkede katı yakıt kullanımından etkilenen popülasyon verileri kullanılmıştır. Türkiye için katı yakıt kullanım oranı bu verilere göre %3,68 olarak alınmıştır.

İskemik kalp hastalığı ve inme insidansı için Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan “Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri Kohort Çalışması” verileri, akciğer kanseri insidansı için Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan “Türkiye Kanser İstatistikleri 2017 Raporu” verileri esas alınmıştır(15, 16). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı insidansı için Özdemir T ve arkadaşları tarafından hazırlanan “Türk Toplumunda Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Epidemiyolojik Çalışması” verileri kullanılmıştır(17). Akut alt solunum yolu enfeksiyonuna ait güncel insidans verileri bulunmadığından bu sağlık sorununun katı yakıt kullanımına atfedilen sıklığı hesaplanmamıştır.

Demografik veriler için Türkiye İstatistik Kurumu 2017 verileri kullanılmış olup 2017 yılı Türkiye nüfusu 80 milyon 810 bin 525 kişi olarak hesaplamaya dahil edilmiştir(18).

Bulgular

Tablo 1’de çalışmaya dahil edilen hastalıkların Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından yapılan 6 yıllık kohort çalışmasından, Türkiye Kanser İstatistikleri Raporu’ndan ve Türk Toplumunda Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Epidemiyolojik Çalışması’ndan alınan yaşa ve cinsiyete standardize edilmiş insidans hızları ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Tam Metin Sözlü Bildiri

Tablo 1: Hastalıkların yaşa ve cinsiyete standardize edilmiş 100 000 kişide insidans hızı

Hastalık	100 000 kişide insidans hızı	
	Kadın	Erkek
İnme	241,8	215,3
İskemik Kalp Hastalığı	968,0	1011,8
Akciğer Kanseri	11,1	56,7
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	510,0	740,0

Çalışmamızda AirQ+ programı kullanarak yapılan hesaplamada inme vakalarının kadınlarda %1,45-4,9'u; erkeklerde %1,09-4,9'u katı yakıt kullanımına bağlı kapalı ortam hava kirliliğine atfedilmiştir. Kapalı ortam hava kirliliğine atfedilen inme vakaları sayısı kadınlarda en az 104, en fazla 353; erkeklerde en az 70, en fazla 313 olarak hesaplanmıştır. Kapalı ortam hava kirliliğine atfedilir inme insidans hızı kadınlarda 100 000 kişide en az 3,51 en fazla 11,86; erkeklerde 100 000 kişide en az 2,35 en fazla 10,53 olarak hesaplanmış ve Tablo 2.1'de gösterilmiştir.

İskemik kalp hastalığı tanı vakaların kadınlarda %1,45-4,9'u; erkeklerde %1,09-4,9'u katı yakıt kullanımına bağlı iç ortam hava kirliliğine atfedilmiştir. Kapalı ortam hava kirliliğine atfedilen iskemik kalp hastalığı tanı vakaların sayısı kadınlarda en az 418, en fazla 1410; erkeklerde en az 329, en fazla 1475 olarak hesaplanmıştır. Kapalı ortam hava kirliliğine atfedilir iskemik kalp hastalığı insidans hızı kadınlarda 100 000 kişide en az 14,04 en fazla 47,43; erkeklerde 100 000 kişide en az 11,05 en fazla 49,58 olarak hesaplanmış ve Tablo 2.1'de gösterilmiştir.

Tablo2.1: Türkiye'de katı yakıtların kullanılması sonucu oluşan kapalı ortam hava kirliliğine atfedilen hastalık yükü (%), vaka sayısı, 100 000 kişi başına atfedilir insidans hızı

Hastalık	Yüzde%				Vaka Sayısı				100 000 kişi başına atfedilir insidans hızı			
	Kadın		Erkek		Kadın		Erkek		Kadın		Erkek	
	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max
İnme	1,45	4,9	1,09	4,9	104	353	70	313	3,51	11,86	2,35	10,53
İKH	1,45	4,9	1,09	4,9	418	1410	329	1475	14,04	47,43	11,05	49,58

Akciğer kanseri vakalarının kadınlarda %1,81-6,21'i; erkeklerde %1,45-4,57'si katı yakıt kullanımına bağlı kapalı ortam hava kirliliğine atfedilmiştir. Kapalı ortam hava kirliliğine atfedilen akciğer kanseri vakaları sayısı kadınlarda en az 6, en fazla 21; erkeklerde en az 24, en fazla 77 olarak hesaplanmıştır. Kapalı ortam hava kirliliğine atfedilir akciğer kanseri insidans hızı kadınlarda 100 000 kişide ortalama 0,51; erkeklerde 100 000 kişide ortalama 1,82 olarak hesaplanmış ve Tablo 2.2'de gösterilmiştir.

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı vakalarının kadınlarda %2,51-7,17'si; erkeklerde %0,73-7,17'si katı yakıt kullanımına bağlı iç ortam hava kirliliğine atfedilmiştir. Kapalı ortam hava kirliliğine atfedilen kronik obstrüktif akciğer hastalığı vakaları sayısı kadınlarda en az 381, en fazla 1088; erkeklerde en az 161, en fazla 1579 olarak hesaplanmıştır. Kapalı ortam hava kirliliğine atfedilir kronik obstrüktif akciğer hastalığı insidans hızı kadınlarda 100 000 kişide ortalama 23,28; erkeklerde 100 000 kişide ortalama 23,72 olarak hesaplanmış ve Tablo 2.2'de gösterilmiştir.

Tam Metin Sözlü Bildiri

Tablo2.2: Türkiye’de katı yakıtların kullanılması sonucu oluşan kapalı ortam hava kirliliğine atfedilen hastalık yükü %, vaka sayısı, 100 000 kişi başına atfedilir insidans hızı

Hastalık	Yüzde%						Vaka Sayısı						100 000 kişi başına atfedilir insidans hızı					
	Kadın			Erkek			Kadın			Erkek			Kadın			Erkek		
	Ort	Min	Max	Ort	Min	Max	Ort	Min	Max	Ort	Min	Max	Ort	Min	Max	Ort	Min	Max
Akciğer Kanseri	4,57	1,81	6,21	3,21	1,45	4,57	15	6	21	54	24	77	0,51	0,20	0,69	1,82	0,82	2,59
KOAH	4,57	2,51	7,17	3,21	0,73	7,17	692	381	1088	705	161	1579	23,28	12,81	36,59	23,72	5,41	53,08

Tartışma

Çalışmamızda kapalı ortam hava kirliliğinin neden olduğu hastalık yükü söz konusu olduğunda en güçlü birlikteliğin kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve akciğer kanseri ile olduğu görülmektedir. Balidemaj ve ark. tarafından yapılan ve Etiyopya’da kadınların iç ortam hava kirliliği maruziyetine atfedilen hastalık yükünün hesaplandığı bir çalışmada benzer bir sonuca ulaşılmıştır(19). KOAH için bu durumun olası nedeni katı yakıtların yakılmasıyla ortaya çıkan partiküler madde, karbon monoksit, nitrojen dioksit ve kükürt dioksit gibi neredeyse tüm kirleticilerin solunum yolu irritanı olması ve kronik obstrüktif akciğer hastalığını tetikleme olabilir. Mentşe ve ark. tarafından 2017 yılında Çanakkale ilinde yapılan bir çalışmada iç ortam hava kalitesinin solunum yolu hastalıklarına olan etkisi araştırılmış ve solunum semptomları ile hava kalitesi parametreleri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır(5).

Kapalı ortam hava kirliliğinin akciğer kanserine atfedilen hastalık yükü nedeni fosil yakıtların yakılmasıyla oluşan kirleticilerden biri olan partiküler madde olabilir. Partiküler madde (PM2.5); 2013 yılında Uluslararası Kanseri Araştırmaları Ajansı (IARC) tarafından grup 1 kanserojen olarak sınıflandırılmış ve akciğer kanseri ile ilişkisi gösterilmiştir(1). Hadei M. ve arkadaşları tarafından 2013-2016 yılları arasında İran’ın 10 şehrinde yapılan bir çalışmada PM2.5 kirliliği yıllar içinde azalan şehirlerde PM2.5’a atfedilen akciğer kanseri ölümlerinin de azaldığı gösterilmiştir(20).

Çalışmamızda incelenen hastalıklar karşılaştırıldığında kapalı ortam hava kirliliğine atfedilen vaka sayısı en fazla iskemik kalp hastalığında görülmüştür. Bunun nedeni bu hastalıklar arasında iskemik kalp hastalıklarının 100 000 kişide insidans hızı en yüksek hastalık olması olabilir.

Kapalı ortam hava kirliliğinin inme ve iskemik kalp hastalığına atfedilen hastalık yükü kadın ve erkeklerde benzer orandayken, akciğer kanseri ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı için bu oranın kadınlar aleyhinde arttığı bulunmuştur. Bunun nedeni kadınların, kapalı ortamda geçirdikleri sürenin daha fazla olması nedeniyle, kadınların iç ortam kirliliğinden daha fazla etkilenmesi olabilir.

Katı yakıt kullanımının azaltılması, modern ısınma ve pişirme yöntemlerine geçilmesinin çalışmamızda bahsedilen hastalıkların insidans ve prevalansını azaltacağı tahmin edilmektedir. Nitekim Abtahi ve ark. tarafından 1990-2013 yılları arasında İran’da yapılan çalışmada, katı yakıt kullanımındaki %97’lik bir düşüşün kapalı ortam hava kirliliğine atfedilen hastalık yükünde %98,5 oranında azalmaya neden olduğu bulunmuştur(21). Keles ve ark. yapmış olduğu çalışmada İstanbul’da doğalgaz kullanımına geçildikten sonra solunum yolu hastalıklarının prevalansının azaldığı gösterilmiştir(22).

Hastalıklara ait en güncel insidans verilerinin 2017 yılına ait olması, AirQ+ programının hastalık yükü hesapları 25 yaş ve üzeri hastalık insidansları baz almasına karşın Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan çalışmalarda inme ve iskemik kalp hastalığı insidansının 15 yaş ve üzeri bireyler, akciğer kanseri insidansının tüm yaş gruplarındaki bireyler, Özdemir T. ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmadan alınan kronik obstrüktif akciğer insidansının 18 yaş ve üzeri bireyler için hesaplanmış olması çalışmamızın kısıtlılıklarındandır. Ayrıca araştırma ekolojik bir tasarım olup bağımlı ve bağımsız değişkenlerin toplumla ilgili sağlık düzey ölçütleri olması

Tam Metin Sözlü Bildiri

nedeniyle nedenselliği düşüktür. Elde edilen çıkarımlar (iskemik kalp hastalığı, inme, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, akciğer kanseri insidansları ve Türkiye’de katı yakıt tüketim oranı) toplumsal ortalamalar olup bireysel düzeyde yorumlanamaz.

Sonuç ve Öneriler

2017 yılında tüm konutlarda doğalgaz, elektrik gibi modern ısınma yöntemlerine geçilmiş olsaydı inme tanılı en az 174 en fazla 666, iskemik kalp hastalığı tanısı alan en az 747 en fazla 2885, kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanılı 1397, akciğer kanseri tanılı 69 hastanın bu tanıları alması geciktirilebilir, önlenebilirdi. Bu sonuçlar hem sağlık sistemi üzerindeki hem de sağlık harcamalarındaki bulaşıcı olmayan hastalık yükünü azaltmak açısından son derece önemlidir.

Başta kentlerde yaşayan insanlar olmak üzere gün içi aktivelerinin çoğunun bina içi ortamlarda gerçekleştirildiği günümüzde kapalı ortam hava kalitesini korumaya yönelik; kapalı ortamlarda sigara içme yasağının ödünsüz uygulanması, ısıtma, havalandırma sistemlerinin ve yapı malzemelerinin doğru seçilmesi gibi eğitim programlarına öncelik verilmelidir. Dış ortam hava kalitesinin de iç ortam hava kirliliğini etkilediği göz önünde bulundurulduğunda Paris Anlaşması’ndaki gibi uluslararası protokollerde belirtilen karbon emisyonlarına uyum hava kalitesini iyileştirmek açısından son derece önemlidir. Ancak ne yazık ki ülkemizde TÜİK tarafından açıklanan katı yakıt istatistikleri son 10 yıldır kömür tüketiminin arttığını göstermektedir. Bunun nedeni henüz Türkiye’nin tüm il ve ilçelerine doğalgaz arzı sağlanamaması ve son yıllarda gelen doğalgaz zamları nedeniyle ısınma amaçlı daha ucuz olan kömür kullanımının tercih edilmesi olabilir. Bu doğrultuda en kısa zamanda Türkiye’deki tüm konutlarda kömür, odun gibi ilkel ısınma yöntemleri yerine doğalgaz, elektrik gibi modern ısınma yöntemlerine geçilmesi hedeflenmelidir.

Araştırma sürecinde herhangi bir finansal destek alınmamıştır. Yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Anahtar Kelimeler: AirQ+, kapalı ortam hava kirliliği, atfedilir morbidite, katı yakıt

Kaynaklar

1. Zencirci SA, Işıklı B. Hava Kirliliği. *Türk Dünyası Uygulama Ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi* 2017; 2(2),24-36.
2. WHO. Review of Evidence on Health Aspects of Air Pollution 2013 [Available from: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/193108/REVIHAAP-Final-technical-report-final-version.pdf].
3. Soysal A, Yücel D. Kapalı Ortam Hava Kirliliği. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007;6(3).
4. Alyüz B, Sevil V. İç Ortam Havasında Bulunan Uçucu Organik Bileşikler ve Sağlık Üzerine Etkisi. *Trakya Univ J Sci* 2006;7(2):109-116.
5. Menteşe S, etal. İç Ortam Hava Kalitesinin Solunum Sağlığına Olan Etkisi. 13. Ulusal Tesisat Mühendisliği Kongresi İç Hava Kalitesi Sempozyumu. 2017.
6. WHO. Household Air Pollution and Health 2022, 27 Temmuz [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/household-air-pollution-and-health>].
7. Kocabaş A. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı epidemiyolojisi ve risk faktörleri. *TTD Toraks Cerrahisi Bülteni*. 2010;1(2):105-13.
8. Dışişleri Bakanlığı TC. Paris Anlaşması 2022 [Available from: <https://www.mfa.gov.tr/paris-anlasmasi.tr.mfa>].
9. TÜİK. Katı Yakıtlar 2012 [Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Kati-Yakitlar-IV-Ceyrek-2012-13475>].
10. TÜİK. Katı Yakıtlar 2013-2014 [Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Kati-Yakitlar-Ocak-2014-15925>].
11. TÜİK. Katı Yakıtlar 2015-2016 [Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Kati-Yakitlar-Eylul-2016-21565>].
12. TÜİK. Katı Yakıtlar 2017-2018 [Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Kati-Yakitlar-Aralik-2018-30612#:~:text=Kat%C4%B1%20yak%C4%B1tlar%C4%B1n%202018%20y%C4%B1%C4%B1%20Aral%C4%B1k,438%20bin%20199%20ton%20ve>].

Tam Metin Sözlü Bildiri

13. TÜİK. Katı Yakıtlar 2019-2020 [Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Kati-Yakitlar-Ekim-2020-33645>].
14. WHO. AirQ+: software tool for health risk assessment of air pollution 2022 [Available from: <https://www.who.int/europe/tools-and-toolkits/airq---software-tool-for-health-risk-assessment-of-air-pollution>].
15. SağlıkBakanlığı, HSGM. Türkiye Kanser İstatistikleri 2017 Raporu. 2021.
16. SağlıkBakanlığı, HSGM. Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri Kohort Çalışması. 2021.
17. Özdemir T, Nilgün D, Hatice K, Orhan K, Akın K. An epidemiologic study of physician-diagnosed chronic obstructive pulmonary disease in the Turkish population: COPDTURKEY-1. Turkish Journal of Medical Sciences 2020;Vol50:No1,Article
18. TÜİK. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2017 [Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2017-27587#:~:text=T%C3%9C%C4%B0K%20Kurumsal&text=40%20milyon%20535%20bin%20135,8'ini%20ise%20kad%C4%B1nlar%20olu%C5%9Fturdu.&text=Y%C4%B1l%C4%B1k%20n%C3%BCfus%20art%C4%B1%C5%9F%20h%C4%B1z%C4%B1%202016,y%C4%B1l%C4%B1nda%20%E2%80%B012%2C4%20oldu>].
19. Balidemaj F, Isaxon C, Abera A, Malmqvist E. Indoor air pollution exposure of women in adama, ethiopia, and assessment of disease burden attributable to risk factor. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021;18(18):9859.
20. Hadei M, Nazari SSH, Yarahmadi M, Kermani M, Farhadi M, Shahsavani A. Estimation of gender-specific lung cancer deaths due to exposure to PM2. 5 in 10 cities of Iran during 2013-2016: A modeling approach. International journal of cancer management. 2017;10(8).
21. Abtahi M, Koolivand A, Dobaradaran S, Yaghmaeian K, Mohseni-Bandpei A, Khaloo SS, et al. National and sub-national age-sex specific and cause-specific mortality and disability-adjusted life years (DALYs) attributable to household air pollution from solid cookfuel use (HAP) in Iran, 1990–2013. Environmental Research. 2017;156:87-96.
22. Keles N, Ilicali ÖC, Deger K. Impact of Air Pollution on Prevalence of Rhinitis in Istanbul. Archives of Environmental Health: An International Journal. 1999;54(1):48-51.

Özet Sözlü Bildiri

S177

TÜRKİYE'DE PM2.5 MARUZİYETİNİN KAYBEDİLEN YAŞAM YILLARI İLE İLİŞKİSİ

Süleyman Utku UZUN, Kerim BALTACI, Ayşe Miray KOŞAR

Pamukkale Üniversitesi, Türkiye

Giriş ve Amaç: Küresel olarak hava kirliliği KOAH, Tip 2 diyabet, akciğer kanseri, iskemik kalp hastalığı, inme ve alt solunum yolları hastalıklarına neden olarak ölümlere yol açmaktadır. Hava kirliliğinin en zararlı bileşenleri, çapı 10 µm veya daha düşük olan partikül maddelerdir (PM10 ve PM2.5). Birkaç ülkede yapılan araştırmalar, ortam PM2.5 maruziyetinin solunum yolu hastalıklarından erken ölüme kadar bir dizi olumsuz kısa ve uzun vadeli sağlık sonuçlarıyla ilişkili olduğunu göstermiştir. Ölüm yaşı ile beklenen yaşam süresi arasındaki fark olarak tanımlanan kaybedilen yaşam yılı (years of life lost - YLL); sağlık açısından risk faktörlerinin değerlendirilmesinde ölüm sayılarından çok daha önemli bir indekstir. Çünkü kaybedilen yaşam yılı genç yaştaki ölümlerin etkisini daha fazla dikkate alarak ilgili risk faktörünün hastalık yükünü daha iyi bir şekilde ortaya koyabilmektedir. Hava kirliliğine atfedilen kaybedilen yaşam yılının incelenmesi, sağlık yükünü yetkililere ve politika yapıcılara daha etkili bir şekilde yansıtılabilir. Türkiye’de farklı hava kirleticilerine maruz kalmanın neden olduğu erken ölüm ve sağlığa etkilerini araştıran az sayıda çalışma bulunmakla birlikte, kaybedilen yaşam yıllarını değerlendiren herhangi bir çalışmaya ise rastlanmamıştır. Bu çalışma, 2019 yılında Türkiye’de PM10 ve PM2.5 maruziyetine atfedilen kaybedilen yaşam yıllarını (YLL) ortaya çıkarmayı amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma ekolojik tipte olup, Türkiye’deki tüm şehirlerdeki hava kalitesi izleme istasyonlarındaki 2019 yılına ait PM10 ve PM2.5 verileri kullanılmıştır. Bu veriler için Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı’nın Ulusal Hava Kalitesi İzleme Ağı web Sitesi’nden alınmıştır. PM2.5 düzeyleri, ilgili bakanlık tarafından bütün istasyonlarda ölçülmemektedir. Bu nedenle PM2.5 ölçümü yapılan 32 şehrin istasyonundan elde edilen veriler analiz aşamasında doğrudan kullanılmıştır, ölçüm yapılmayan 43 şehrin istasyonlardaki PM2.5 değerleri ise ölçülen PM10 değerlerini DSÖ tarafından verilen dönüşüm katsayısı (0,66327) ile çarpılarak elde edilmiştir. 6 şehirde ölçülmesi gereken 365 ölçümün %75’ten az olması nedeniyle dışlanmıştır. Türkiye’de PM2.5 maruziyetinin neden olduğu erken ölümlere bağlı kaybedilen yaşam yıllarını hesaplamak amacıyla, DSÖ’nün geliştirmiş olduğu AirQ+ hesaplama aracı kullanılmıştır. Bu hesaplama için gerekli değişkenlerden illerin 2019 yılına ait yıl ortası nüfus bilgileri ve illerin 2019 yılına ait yaş gruplarına göre ölüm sayıları TÜİK’in internet sitesinden ve illerin yüz ölçüm bilgileri ise Millî Savunma Bakanlığı Harita Genel Müdürlüğü’nün internet sitesinden elde edilmiştir. Referans PM*2.5 düzeyi ise DSÖ’nün limit değer olarak kabul ettiği 5 µg/m³ olarak belirlenmiştir. Çalışma için AirQ+ 2.0 yazılımı kullanılarak PM2.5’e maruziyet nedeniyle kaybedilen yaşam yılları (YLL) hesaplanmıştır. Çalışma öncesinde etik kurulu izni (ref: 22.02.2022 tarih ve 04 sayılı kurul kararı) alınmıştır. Finansal destek alınmamıştır ve çıkar çatışması yoktur.

Bulgular: Türkiye’nin 2019 yılı PM2.5 yıllık ortalaması 28,23’tür. En yüksek olan şehirler Muş (90,45 µg/m³), Iğdır (58,65 µg/m³) ve Şırnak (54,01 µg/m³)’tır. PM2.5 konsantrasyonuna atfedilebilen ölümler nedeniyle kaybedilen yaşam yılı Türkiye için 27.837,18 yıldır. 65 yaş altı nüfus için YLL 7938,74 yıl, 65 yaş ve üzeri için YLL ise 19.898,43 yıldır. En yüksek YLL’ye sahip olan şehirler sırasıyla 2747,94 ile İstanbul, 1126,17 ile Ankara ve 1036,28 ile Bursa’dır. Türkiye’nin YLL kaba hızı 100binde 33,68’tir. Kaba YLL hızı en yüksek olan şehirler; Çorum (82,47), Siirt (74,03) ve Erzincan (69,37)’dir. PM2.5 konsantrasyonu ile YLL arasında düşük orta düzeyde korelasyon bulunmuştur (r=0,375, p=0,001).

Sonuç ve Öneriler: Bu çalışmada 76 şehirden elde edilen PM2.5 verileri doğrultusunda Türkiye 2019 yılı PM2,5 ortalaması DSÖ’nün önerdiği üst limitinin yaklaşık 6 katıdır. PM10’dan dönüşüm kullanılması çalışmanın kısıtlılığını oluşturmaktadır. Türkiye için PM2.5 konsantrasyonuna atfedilebilen ölümler nedeniyle kaybedilen yaşam yılları oldukça yüksek olup %71’i 65 yaş ve üzerinden kaynaklanmaktadır. Ülkemizce belirlenen ve DSÖ üst limitlerine kıyasla çok yüksek olan, kirleticilere ait üst limitler en kısa zamanda DSÖ üst limitleri ile benzer değerlere getirilmelidir. Mevzuatımızda hali hazırda yer almayan ve özellikle solunum sistemi hastalıkları ve erken ölümler ile güçlü ilişkisi kanıtlanmış olan PM2.5 için DSÖ standartlarına benzer bir üst limit belirlenmeli ve kirliliği önlemeye yönelik çalışmalar bu limitler dahilinde yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hava kirliliği, Partiküler madde, Kaybedilen yaşam yılları, PM2.5

Özet Sözlü Bildiri

S178

YETİŞKİNLERİN SU TASARRUFU İLE İLGİLİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Mehmet UYAR, Enes KASAPOĞLU, Gizem Sena DEMİR
NEÜ Meram Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

Giriş ve Amaç: Bu çalışma Konya ili merkez Meram ilçesinde bulunan aile sağlığı merkezlerine başvuran yetişkinlerin su tasarrufuyla ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını saptamayı amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma kesitsel tipte bir araştırma olarak planlanmıştır. Araştırma Konya ili merkez Meram ilçesindeki 29 aile sağlığı merkezinin oluşturduğu evrenden basit rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen 5 aile sağlığı merkezinde yürütülmüştür. Araştırma için Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Etik Kurulu'ndan (Tarih:13/05/2022, Karar no:2022/3803) izin alınmıştır. Finansal giderler araştırmacılar tarafından karşılanmıştır. Yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır. Örneklem büyüklüğü hesaplanmamış olup 15.05.2022-05.06.2022 tarihleri arasında herhangi bir nedenle, belirlenen aile sağlığı merkezlerine başvurup araştırmaya katılmak için sözlü onam veren 18 yaş ve üzerindeki 230 kişi araştırma kapsamına alınmıştır. Literatür taramasının ardından hazırlanan veri toplama formunun 8 sorudan oluşan ilk bölümü kişilerin sosyodemografik özelliklerini, 24 sorudan oluşan ikinci bölümü su tasarrufu ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını sorgulamaktadır. Veri toplama formları, gönüllü katılımcılara gözlem altında uygulanmıştır. Sayısal verilerin özetlenmesinde; ortalama±standart sapma veya ortanca ve minimum-maksimum değerleri, kategorik verilerin özetlenmesinde sayı ve yüzdeler kullanılmıştır. Kategorik veriler arasındaki ilişkiler ki-kare testiyle bağımsız iki gruptaki sayısal verilerin karşılaştırılması bağımsız gruplar t testiyle yapılmıştır. İstatistiksel olarak p değeri <0,05 olan durumlar anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların; yaş ortalaması 38,28±14,67 (min:18.00-max:85.00), %53,0'ı kadın, %63,0'ı evli, %53,9'u üniversite mezunuydu. Evde günlük tahmini su kullanım miktarını katılımcıların %54,6'sı 10-100 litre, %32,8'i 101-300 litre, %12,7'si 300 litreden fazla olarak belirtti. Çalışmaya katılanların %61,7'si su tasarrufu konusunda yeterince bilgi sahibi olduğunu, %90,4'ü Dünya'daki su kaynaklarının tükenebileceğini, %66,5'i ülkemizde su sıkıntısı olduğunu, %89,6'sı ülkemizde gelecekte su sıkıntısı olabileceğini, %56,1'i ülkemizde suyun en çok tarım sektöründe kullanıldığını, %60,0'ı evlerde en çok duş-banyo-lavabo için su kullanıldığını düşünmekteydi. Katılımcıların; yüzde 83,9'u diş fırçalarken veya tıraş olurken musluğu kapattığını; yüzde 81,7'si arızalı olan muslukları hemen tamir ettirdiğini; yüzde 73,5'i bulaşıkları makinede yıkadığını; yüzde 72,2'si ailelerini su tasarrufu yapmaları konusunda uyardığını; yüzde 59,1'i ev aletleri alırken su tasarruflu olmasına dikkat ettiğini; yüzde 48,7'si çamaşır ve bulaşık makinelerini tam dolmadan çalıştırmadığını; yüzde 37,4'ü evde tasarruflu duş ve musluk başlığı kullandığını belirtti. Ev aletleri alırken su tasarruflu olmasına dikkat eden katılımcıların eğitim düzeyi lisans ve üzeri olanlarının yüzdesi dikkat etmeyenlerden anlamlı olarak yüksek bulundu (p=0,005). Meyve ve sebzeleri, katılımcıların yüzde 65,7'si akan suda, yüzde 34,3'ü bir kapta suda bekleterek yıkadığını belirtti. Ortalama duşta kalma süresi, katılımcıların yüzde 57,8'inde 0-15 dakika, yüzde 35,2'sinde 16-30 dakika, yüzde 7,0'sinde 30 dakikadan fazla bulundu. Merdiven, balkon ve teras temizliğini katılımcıların yüzde 13,5'i süpürerek, 37,0'ı paspasla silerek, 49,6'sı yıkayarak yaptığını söyledi. "Az kirli (gri) suları balkon, merdiven, araba temizliğinde kullanır mısınız?" sorusuna katılımcıların yüzde 15,7'si evet, yüzde 24,3'ü bazen şeklinde cevapladı. Araştırmaya katılanlar arasında su ayak izi kavramını duymayanların oranı %69,6 idi. Su ayak izi kavramını duyduğunu belirten katılımcıların yaş ortalaması 28,44±8,55; duymayan katılımcıların yaş ortalaması 42,53±14,73 iken; duyanların %81,4'ü lisans ve üstü eğitim düzeyine sahipti. Su ayak izi kavramını duyanların yaş ortalaması duymayanlardan anlamlı olarak düşük (p<0,001) ve eğitim düzeyi duymayanlardan anlamlı olarak yüksek (p<0,001) bulundu. "Ülkemizde gelecekte su sıkıntısı görülebilir mi?" sorusuna erkekler anlamlı olarak daha fazla hayır cevabı verdi (p=0,04). Geliri düşük olan katılımcılar elde yıkamayı anlamlı olarak daha fazla tercih etmekteydi (p=0,001).

Sonuç: Araştırmaya katılanların çoğu su kaynaklarının tükenebileceğini ve su tasarrufu hakkında yeterince bilgi sahibi olduğunu düşünmektedir. Su tasarrufu yapmaya yönelik davranışları daha az oranda gösterdikleri tespit edilmiştir. Konuyla ilgili daha büyük örneklemler araştırılmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: çevre sağlığı, halk sağlığı, su farkındalığı

Özet Sözlü Bildiri

S179

BİR GRUP ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİSİNİN ÇEVREYE YÖNELİK DAVRANIŞLARININ VE KÜRESEL İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ FARKINDALIK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Serap SALİMOĞLU, Hüseyin Tolga ÇAĞATAY, Recep AKDUR

Başkent Üniversitesi, Türkiye

Giriş-Amaç: Çevre sorunu ve küresel iklim değişikliği; etkileri ile çevre sağlığını dolayısıyla toplumsal sağlığı etkileyen önemli bir küresel sorundur. Bu çalışmanın amacı, bir grup öğrencinin çevreye yönelik davranışlarını ve küresel iklim değişikliği farkındalık düzeylerini belirlemektir

Gereç-Yöntem: Tanımlayıcı çalışmanın evrenini 2021-2022 öğretim yılında Başkent Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'na devam eden 939 öğrenci oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmemiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden 436 (%46,4) öğrenciye 2022 yılı Nisan ayında web tabanlı anket uygulanmıştır. Çalışmada; soru formu, Çevre Davranış Ölçeği ve Küresel İklim Değişikliği Farkındalık Ölçeği kullanılmıştır. Çevre Davranış Ölçeği 2013 yılında Timur ve Yılmaz tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Cronbach alpha değeri 0,85'dir. Ölçek 20 maddeden ve 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları; kişinin ekonomik yararına olan kaynak koruma aktiviteleri, çevreye duyarlı tüketici, doğa ile ilgili boş zaman aktiviteleri, geri dönüşüm çabaları, sorumlu vatandaşlık ve çevre eylemciliğidir. 5'li likert tipi ölçekten alınabilecek en düşük puan 20, en yüksek puan 100'dür. Küresel İklim Değişikliği Farkındalık Ölçeği 2020 yılında Deniz ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Cronbach alpha değeri 0,82'dir. 5'li likert tipindeki ölçek, 21 maddeden ve dört boyuttan oluşmaktadır. Ölçek "Küresel İklim Değişikliğinin Doğal ve Beşeri Ortama Etkilerine Yönelik Farkındalık", "Küresel Organizasyonlar ve Anlaşmalara Yönelik Farkındalık"; "Küresel İklim Değişikliğini Ortaya Çıkaran Sebeplerine Yönelik Farkındalık" ve "Küresel İklim Değişikliğinin Enerji Tüketimine Yönelik Farkındalık" alt boyutlarından oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 21, en yüksek puan 105'dir. Verilerin analizinde SPSS 25.0 programı kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Skewness-Kurtosis katsayıları ile incelenmiştir. Çalışmada; veriler normal dağıldığından Student t testi, tek yönlü ANOVA testi ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir. Başkent Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler ve Sanat Araştırma Kurulu'ndan (Sayı: 17162298.600-47) onay alınmıştır. Finansal destek ve çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Bulgular: Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması $20,11 \pm 2,99$ 'dur. Öğrencilerin %17,7'si erkek, %82,3'ü kadındır. Çevre Davranış Ölçeği Cronbach alpha değeri 0,908 ve Küresel İklim Değişikliği Farkındalık Ölçeği Cronbach alpha değeri 0,918 bulunmuştur. Çevre Davranış Ölçeği puanlarının ortalaması $64,14 \pm 17,04$ ve Küresel İklim Değişikliği Farkındalık Ölçeği puanlarının ortalaması $69,17 \pm 17,99$ olarak bulunmuştur. Her iki ölçek için cinsiyet, anne eğitim durumu, baba eğitim durumu ve gelir durumu değişkenlerine göre puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Öğrencilerin, Çevre Davranış Ölçeği puanları ile Küresel İklim Değişikliği Farkındalık Ölçeği puanları arasında orta düzeyde pozitif yönlü ($r = 0,503$, $p < 0,05$) bir ilişki olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin %85,3'ü çevre sorunları ile ilgili gelişmeleri internet ortamından takip ettiklerini belirtmiştir. İklim değişikliği nedeniyle endişeli ve çok endişeli olanların oranı %82,5, enerji tüketim alışkanlıklarının değiştirilmesi gerektiğini düşünenlerin oranı %86,9 ve iklim değişikliğini önlemede yaşam tarzında değişiklik yapabileceklerini belirten öğrencilerin oranı %76,8 bulunmuştur. Yaşam tarzında değişiklik yapmak istemeyenlerin ve kararsız olanların her iki ölçekten aldıkları puanlar istekli olanlara göre düşük olup fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F = 10,554$, $p < 0,05$; $F = 7,542$, $p < 0,05$). Öğrencilerin %40,4'ü çevre konusunda yeterli eğitim almamış olduklarını düşünmekte olup yaklaşık yarısı üniversite ders programlarında çevre ile ilişkili ders bulunması gerektiğini düşünmektedir.

Sonuç: Çevre kirliliği ve iklim değişikliği ile mücadele ve uyum kapasitesinin geliştirilmesi için eğitim, bilgilendirme ve farkındalık artırma faaliyetlerine yer verilmesi gereken önemli yerlerden biri de üniversitelerdir. Öğrencilerin tümünü kapsayan çalışmalar yapılarak öğrencilerin farkındalık düzeylerinin artırılması çevre sağlığı dolayısıyla toplum sağlığına katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Çevre, Küresel İklim Değişikliği, Çevre Davranış Ölçeği, Küresel İklim Değişikliği Farkındalık Ölçeği, Öğrenci

Özet Sözlü Bildiri

S180

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ FARMASÖTİK ATIK KAVRAMI HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYİ

Feyza Nur TOPÇU YENERÇAĞ

Ordu İl Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

Giriş-Amaç: Atıklar, dünya nüfusundaki artış ve tüketimin artmasıyla tehlikeli boyutlara ulaşan bir halk sağlığı sorunudur. Farmasötik atıklar kullanma süresi dolmuş veya artık kullanılmayan, ambalajı bozulmuş, dökülmüş ve kontamine olmuş ilaçlar, aşular, serumlar ve diğer farmasötik ürünler ve bunların artıklarını içerir. Farmasötik kimyasalların kullanımının her geçen gün artması ve bu kimyasalların ekosisteme katılmasıyla, insan ve çevre üzerindeki etkileri araştırılması gereken bir konu olmuştur. Birçok ülkede yapılan çalışmalarda ilaç etken maddeleri kanalizasyon, yeraltı ve üstü sularında tespit edilmiştir. Arıtma sistemlerinin yeterli olmadığı durumlarda atık suların diğer su kaynaklarına ve içme sularına karışarak gerek sucul ortamların ekolojik dengesini gerekse insan sağlığını bozmasıyla endişe yaratmaktadır. Bu çalışmada sağlık çalışanlarında farmasötik atıklar konusunda bilgi düzeyinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Araştırma kesitsel tiptedir. Çalışma verileri 1 Eylül-15 Ekim 2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışma için etik izin alınmıştır. Veriler araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatür taranarak hazırlanan web tabanlı (Google Formlar) bir anket yardımıyla online olarak toplanmıştır. İki bölümden oluşan anket formunun birinci bölümü sosyo-demografik özellikleri ve ilaç kullanımlarıyla ilgili soruları; ikinci bölümü farmasötik atıklarla ilgili bilgi sorularını içermektedir. Anket form çevrimiçi sosyal medya platformları (Whatsapp, Instagram ve Telegram) aracılığıyla sağlık çalışanlarına online link paylaşarak toplanmıştır. Çalışmaya dahil edilme kriterleri olarak; sağlık çalışanı olmak ve araştırmaya katılmayı kabul etmek olarak belirlenmiştir. Araştırma formundaki bilgilendirme bölümünü okuyup gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden sağlık çalışanlarının verileri analize dahil edilmiştir. Elde edilen veriler SPSS istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı veriler sayı ve yüzde değerleri ile verilmiştir.

Bulgular: Çalışma grubunu oluşturan toplam 142 kişinin %65,5'si (n=93) kadın, %34,5'i (n=49) erkektir. Yaşları 20-69 arasında değişmekte olup, ortalama 38,22±10,25 yıldır. Ankete katılanların çoğu üniversite mezunuydu (%78,9). Katılımcıların %60,6'ı kendilerine son 3 ayda en az bir kez ilaç reçete edildiğini belirtmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu şuan evinde bir veya daha fazla kullanılmayan/son kullanma tarihi geçmiş ilaç olduğunu belirtti. Ankete katılan 84 kişi (%59,2) evde 1-5 arası kullanılmayan/süresi dolmuş ilaca sahipken, 38 kişi (%26,8) 5'ten fazla ilaca sahiptir. Sağlık çalışanlarının farmasötik atık kavramını bilme oranı %29,6 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların çoğunluğu (%90,1) ilaç atıklarının imhası ile ilgili eğitim almadıklarını belirtti. Ankete katılanların çoğu (%78,2) ilaçların evde potansiyel riskler sunduğunu ve (95,8) çocukların bunlarla ilişkili risklere karşı daha savunmasız olduğunu düşünüyordu. Sağlık çalışanlarının çoğunluğu (%97,9), bu ilaçların nasıl imha edileceği konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığını ve (%78,9) kullanılmayan, arta kalan veya son kullanma tarihi geçmiş tüm ilaçları almak için bir program/strateji olması gerektiğini düşünüyordu. İlaç atıklarının imhası ile ilgili sorular incelendiğinde; ankete katılanların %73,9'u kullanılmayan ilaçları ev çöpüne attığını, %17,6'sı tuvalete/lavaboya attığını, % 10,5'i seyreterek/kırarak attığını bildirdi. 45 katılımcı ilaçları son kullanma tarihine kadar evde tuttuğunu belirtti.

Sonuç: Çalışmada sağlık çalışanlarının çoğunda farmasötik atıklarla ilgili bilgi eksikliği olduğu saptandı. Hatalı kullanım, zehirlenme ve ilaç suistimalini önlemenin yanısıra çevreye verilen zararın en aza indirilmesi amacıyla kullanılmayan ilaçların geri toplanması gereklidir. Kullanılmayan yada son kullanma tarihi geçmiş ilaçların ayrı toplanması için geliştirilecek programlar oldukça önemlidir. Bu konuda sağlık çalışanlarının bilgilendirilmesi ve toplum genelinde farkındalık oluşturmaya yönelik faaliyetlerin yapılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

Çıkar Çatışması: Yazar, bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması beyan etmemektedir.

Finansman kaynakları:

Yazar, bu çalışmanın herhangi bir finansal destek almadığını beyan eder.

Anahtar Kelimeler: atık yönetimi, farmasötik atık, bilgi düzeyi, sağlık çalışanı

Özet Sözlü Bildiri

S181

**MERSİN İL MERKEZİNDEKİ İLKOKUL VE ORTAOKUL ÖĞRENCİLERİNDE
ANTROPOMETRİK ÖZELLİKLERİNİN OKUL OTURMA MOBİLYALARI İLE UYUMUNUN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Derya KALE¹, Resul BUĞDAYCI²

¹Kütahya İl Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

²Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Türkiye

Giriş ve Amaç: Doğru bir postürde ve kendine uygun masa ve sandalyede oturmak çocuk sağlığı açısından önemlidir. Çalışmamızda okul oturma mobilyalarının ergonomik olup olmadığı araştırılmaktadır. Ergonomi yaşamın her alanında kullanılması gereken bir bilim dalıdır. Çalışmamız, Mersin il merkezindeki 7 ile 14 yaş gruplarının bulunduğu ilkokul ve ortaokul öğrencilerinin antropometrik ölçümleri ile sandalye ve masaların boyutlarının karşılaştırılmasıyla elde edilen uyumsuzlukların değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız kesitsel tipte bir araştırmadır. Mersin ilinde merkezde bulunan dört ilçedeki dört ilkokul ve dört ortaokulda çalışma yapılmıştır. Çalışma evrenini, dört merkez ilçede 2021-2022 eğitim öğretim döneminde, kamuya ait ilkokul ve ortaokullarda okuyan 144051 öğrenci oluşturmaktadır. Minimum örneklem büyüklüğü %50 prevalans, %5 hata payı, %95 güven aralığı ve 2 desen etkisi alınarak 767 olarak hesaplandı. Hedeflenen örneklem büyüklüğü sınıflara ve cinsiyete göre ağırlıklandırma yapılmıştır. Çalışmaya toplam 809 öğrenci alındı. Çalışmada 12 sorudan oluşan veli veri formu ve 9 sorudan oluşan araştırmacı veri formu kullanıldı. Öğrencilerin 12 antropometrik ölçümü alındı. Bu ölçümler masa ve sandalye boyutları ile karşılaştırıldı. Çalışmamız Mersin Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından 2021-2-TP3-4494 numaralı proje kapsamında finansal destek alınmıştır. Yazarlar açısından çıkar çatışması bulunmamaktadır. Çalışma için Mersin Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulunun 25.08.2021 tarih ve 2021/74 nolu kararı ile etik onay izni ve Mersin Valiliği ile Mersin İl Milli Eğitim Müdürlüğünden çalışma izinleri alındı. Araştırma, Şubat 2021-Mayıs 2022 tarihleri arasında yürütüldü. Verilerin analizinde; tanımlayıcı istatistikler kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 10.3 ± 2.1 'dir. Katılımcıların %51.2'si kız, %48.8'i erkek ve %55.5'i ilkokul, %44.5'i ortaokul öğrencisidir. Öğrencilerin tamamında kullanılan sandalye ve masaların en az bir boyutunda uyumsuzluk tespit edildi. Sandalye derinliği için uyumsuzluk, ilkokul öğrencilerinde %51.9 ve ortaokul öğrencilerinde %70.8'dir. İlkokul öğrencilerinde sandalye genişliği için uyumsuzluk %1.1, ortaokul öğrencilerinde ise %14.4'tür. İlkokul öğrencilerinde masa yüksekliği uyumsuzluğu %89.8, ortaokul öğrencilerinde %73.3'tür. Sandalye yüksekliği uyumsuzluğu ilkokul öğrencilerinde %96.7 ve ortaokul öğrencilerinde %75.6'dır. Sandalye sırt bölgesi yüksekliği için uyumsuzluk ilkokul öğrencilerinde %17.8, ortaokul öğrencilerinde %6.7'dir. Öğrencilerin %68.0'i oturma mobilyalarından rahatsız olmaktadır. Rahatsızlıklardan en sık %44.1 ile sırt ağrısı, %33.1 ile boyun ağrısı ve %22.0 ile bacak ağrısı saptandı.

Sonuç: Çalışmamızdaki öğrencilerin tamamı uygun olmayan bir masa sandalye kombinasyonunda eğitim almaktadır. Öğrencilerin çoğu oturma mobilyalarından rahatsız olmaktadır. Sınıf mobilyaları ergonomi açısından değerlendirilmeli ve öğrenciler için ayarlanabilir masa ve sandalye kullanımı sağlanmalıdır. Sınıflarda öğrenci yerleşimi yapılırken, öğrencinin antropometrik ölçümlerine uygun olabilecek sandalye ve masa kombinasyonu olmasına dikkat edilmelidir. Aynı sınıfta farklı ölçülerde masa ve sandalyeler olmalıdır. Ülkemizde, okullarda sınıf sandalye ve masa ergonomisini ele alan az çalışma vardır. Bu konuda geniş ve çok merkezli çalışmalar yapılmalıdır. Çalışmada sadece kamu okullarının alınması ve özel okulların çalışma dışı bırakılması araştırmanın sınırlılığıdır.

Anahtar Kelimeler: Antropometri, Ergonomi, Öğrenci, Okul Sağlığı

Özet Sözlü Bildiri

S182

**ANTALYA İLİ MERKEZ İLÇELERİNDE 2. VE 3. TRİMESTERDAKİ GEBELERİN
COVID-19 AŞISI YAPTIRMA DURUMLARI**

Gamze AKIN ÖZKARA, Fatma KARSAVURDAN, Mestan EMEK, Emsal ÇETİN, Mehmet Rıfık AKTEKİN

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Abd, Türkiye

Giriş: COVID-19 hastalığının riskli gruplarından olan gebelerin; virüse yakalanma riski toplumla benzer olsa da; aynı yaştaki gebe olmayan kadınlara göre yoğun bakıma yatış ve ölüm riski daha fazladır. Ayrıca; bebek için de riskli perinatal sonuçlar söz konusu olabilmektedir. DSÖ, CDC, ACOG gibi sağlık otoriteleri; kullanım onayı alan COVID-19 aşılarını gebe veya emziren kadınlara önermiştir. Bu bilgi ve önerilere rağmen bazı gebelerin aşı olmaya ilişkin tereddütleri olduğundan ve gebelere özel bir aşılama yaklaşımı olmadığından pandemide tüm gebeler aşılanamamıştır. Bu çalışma; Antalya ili merkez ilçelerinde, aile hekimliği birimlerine kayıtlı 2.-3. trimesterdaki gebelerin COVID-19 aşısı yaptırma durumlarını, aşılama kararlarını etkileyebilecek faktörleri, aşılanmama nedenlerini belirlemeyi amaçlamıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma kesitsel tiptedir. 01/12/2021- 30/06/2022 tarihleri arasında yürütülmüştür. Antalya ili merkez ilçelerinde aile hekimliği birimlerine kayıtlı 8461 gebeden; ulaşılmaması hedeflenen katılımcı sayısı, en az 292 olarak hesaplanmıştır. Minimum katılımcı sayısına ulaşmak için merkez ilçelerdeki 435 aile hekimine, ilçelere göre tabakalı örnekleme uygulanmış; toplam 20 aile hekimi basit rastgele örnekleme ile seçilmiştir. Örnekleme çıkan aile hekimlerinin tüm 2.-3. trimesterdaki gebelerine ulaşmak hedeflenmiştir. Çalışma süresince; pandemi koşulları nedeniyle, aile sağlığı merkezine gelmeyen gebelere iki kez telefonla ulaşılmaya çalışılmış ancak ulaşılamayan gebeler olmuştur.

Çalışmanın bağımlı değişkeni, COVID-19 aşısı olma durumu; bağımsız değişkenleri ise yaş, eğitim ve gelir durumu, meslek, kronik hastalık varlığı, sigara kullanma durumu, doğurganlık öyküsü, gebeyken Td aşısı yaptırma durumu, COVID-19 geçirme durumu, gebeyken COVID-19 aşısının önerilme durumu, önerildiyse kimin önerdiği.

Veriler; araştırmacıların oluşturduğu veri toplama formu ile toplanmış, SPSS 23.0 programı ile analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerde yüzde, ortalama \pm standart sapma değerleri hesaplanmış; tek değişkenli analizlerde Ki-kare testi, Student t testi kullanılmıştır. Çok değişkenli analiz için lojistik regresyon analizi yapılmış; $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Çalışma için gerekli idari izinler ve etik kurul onayı alınmıştır. Çalışmada finansal destek yoktur. Yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Bulgular: Çalışmada gebelerin % 67,8' ine ulaşılmıştır (n=198). Gebelerin yaş ortalaması $29,01 \pm 5,53$ 'tür; %61,4'ü gebeliğin 3. trimesterindedir; %12,2'sinin bir kronik hastalığı vardır. Pandeminin başından beri gebelerin %31,2'si (n=60) COVID-19 geçirmiştir; bu 60 gebenin %35'i (n=21) COVID-19'u gebeyken geçirmiştir. Gebelerin %74,2'si (n=144) en az bir doz COVID-19 aşısı yaptırmış; aşılananların da % 43,2'si (n=61) gebelik döneminde aşılanmıştır. Gebelerin %25,8'i (n=50) hiç aşılanmamıştır; %20,7'sine (n=41) hiç COVID-19 aşısı önerilmemiştir.

Hiç COVID-19 aşısı olmamış gebelerden, aşılanmama nedenini belirtenlerin en sık belirttiği iki neden; yan etkilerinden korkmak (%51,1), bebeğin olumsuz etkilenme ihtimalinden korkmaktır (%24,4).

Tek değişkenli analizlerde aşı olmama ile eğitim durumu, gelir durumu, aşığı öneren sağlık personeli değişkenleri arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur. Bu değişkenlerden; ortaokul mezunu olma, gelirin

Özet Sözlü Bildiri

giderinden az olması, aşığı önerenler arasında kadın hastalıkları ve doğum uzmanı olmaması halinde aşı olma yüzdesi istatistiksel anlamlı olarak daha düşüktür (p değerleri sırasıyla; p= ,006; p= ,02; , p= ,02).

Çok değişkenli analizde modele değişken olarak; gelir, eğitim durumu, aşığı kimin önerdiği alınmıştır. Aşığı önerenler arasında kadın hastalıkları ve doğum uzmanı yoksa; COVID-19 aşığı yaptırmama 3,2 kat fazladır (%95 GA; 1,2-8,8).

Sonuç: Gebelerin 1/4'ü hiç aşılanmamıştır. Bu, çalışmanın yapıldığı dönemde Türkiye'deki 18 yaş üstü aşılanmama hızından yüksektir. COVID-19 enfeksiyonunun sonuçları göz önünde bulundurulduğunda; hâlâ ciddi sayıda gebe ve bebeği risk altındadır. Gebeler, sunulacak sağlık hizmetleri bakımından ilk öncelik ve önem verilmesi gereken gruptur. Özellikle pandemi gibi yüksek riskli bir durumda; kullanılan bilgi sistemlerinin de yardımıyla bu grup yakından takip edilmeli, gebelerin aşısız olmasına 'sıfır tolerans' yaklaşımı benimsenmelidir. Gebelerin 1/5'ine aşı önerilmemiştir. Bu noktada sağlık personelinin, özellikle kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının rolü kritiktir. Gereken hassasiyet gösterilmezse; önemli sağlık göstergelerinden olan anne ölüm oranlarının artması kaçınılmaz olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Gebelikte COVID-19, COVID-19 aşığı, Gebelikte COVID-19 aşığı

Tam Metin Sözlü Bildiri

S183

QUALITATIVE EVALUATION OF REASONS FOR HEALTHCARE PROFESSIONALS WHO UNVACCINATED AGAINST COVID-19

Elif Nur KOÇAK¹, Sevgi CANBAZ², Servet YÜCE², Osman Faruk BAYRAMLAR³

¹Sultangazi District Health Directorate, Turkish Ministry of Health, Türkiye

²Istanbul University, Istanbul Faculty of Medicine, Türkiye

³Bakırköy District Health Directorate, Türkiye

Funding: No funding was used.

The authors have no relevant affiliations, financial involvement and conflict interest .

Introduction

Healthcare professionals have worked on the front lines all over the world during the pandemic. For this reason, Occupational Health and Safety Administration (OSHA) stated that healthcare workers are in the high-risk group in the COVID-19 pandemic (1). As with all infectious disease pandemics, the COVID-19 pandemic has placed a huge burden on healthcare systems at the global level. For health services not to be interrupted and to cope with this burden, adequate and healthy health care workers play a key role (2).

Vaccination rates are important in the long-term control of the disease at the global level (3). Healthcare professionals have been considered as a group that should be emphasized due to many reasons such as being in the most reliable group to consult the information about vaccines, being expected to be a role model for the society by being vaccinated, and being in the risky population in terms of getting COVID-19. On the other hand, although there are many quantitative studies on COVID-19 vaccine acceptance and rejection. "Vaccination hesitancy-vaccine rejection" is a complex, multi-layered, social behavior phenomenon and is a global problem that varies according to time, country and region, age, socioeconomic level, education level, and different vaccines (4). For this reason, when examining the reasons for vaccine hesitancy-vaccine rejection, qualitative research methods that offer a versatile and detailed evaluation are needed (5). This study aims to evaluate the reasons for not getting the COVID-19 vaccine among health professionals working at Istanbul Medical Faculty Hospital and to offer solutions for the identified reasons.

Methods

It is a descriptive study using qualitative research techniques. The research was carried out at Istanbul University Istanbul Medical Faculty Hospital. The data of the study were collected in 4 months between July 2021 and October 2021. In this qualitative design, a phenomenological analysis was used.

Participant Group

The study consists of health professionals from Istanbul Medical Faculty who have never been vaccinated against COVID-19. It consists of 32 people selected by the "maximum diversity sampling method" which is determined based on the duties of the individuals, their working status in the COVID-19 clinic, and the units they work in, and the sampling was terminated when data saturation was reached. By visiting the departments, the researcher of the study reached people who have never been vaccinated against COVID-19. Participants consist of medical doctors (physicians), nurses, and other health Professional (such as security guards, data loggers, secretary, cleaning staff, physiotherapist, etc.) (Table 1). In addition, 5 people who were key people in the vaccination program were reached from the Medical, Surgical, Nursing, Directorate, and Faculty Dean units.

Tam Metin Sözlü Bildiri

Inclusion and Exclusion Criteria

The inclusion criteria of the study were to be a health Professional at Istanbul University Istanbul Faculty of Medicine at the time the research was conducted, and to volunteer to participate in the study. The exclusion criteria of the study were to have the COVID-19 vaccine or not to be vaccinated due to the contraindication to the vaccine.

Data Collection Method

Sociodemographic data, gender, age, education level, working time in the profession, department, position, working status in the COVID-19 clinic of all participants were recorded. Semi-structured interview questions were created after a detailed literature review and were developed with the recommendations of two research assistant doctors and two lecturers in the field of Public Health. Evaluation was made by conducting a pilot interview. In-depth face-to-face interview technique was applied with semi-structured open-ended questions. In-depth interviews were conducted with 5 key people using a semi-structured interview form.

Data Analysis

Audio recordings were deciphered and transcripts in Word format were obtained. These transcripts were read by the researcher and the codes were determined. The coding was re-read and evaluated, and themes were created from the codes collected in a similar framework using the inductive qualitative evaluation method. Thematic content analysis was made and evaluated with the MAXQDA program with qualitative analysis methods.

The data were coded by two researchers and then validated by comparative evaluation. During the writing of the research findings, citations were given as much as possible, and the reader was given the opportunity to judge the consistency and validity of the conclusions reached with the findings.

Results

1. Reasons Due To COVID-19 Vaccine and Vaccination

a) Distrust

It was determined that the biggest anxiety experienced by the participants about the COVID-19 vaccines was the lack of sufficient scientific data on the side effects of the vaccines used, especially on the long-term side effects. Some participants stated that they were afraid of side effects such as myocarditis, autoimmune diseases, inability to have children, or the possibility of other long-term effects that are not yet known. For this reason, they stated that they decided to wait for a while, even though they are in the high-risk group, to observe the side effects that may occur.

"...I think that the side effects of the vaccine will appear in the future. So not now, but in a few years. We got an extra virus in our body. Let's see what will happen? People will see it in the future..." (K31-Other Health Professional, 39 Years old, 6 Years in Profession)

Although the study results of the vaccines were published at the time of the study, some of the interviewees stated that they thought that the study data for COVID-19 vaccines were not yet sufficient.

Some of the interviewees thought that the COVID-19 vaccines are ineffective, and it has been seen that the extra doses reinforce the thoughts that the vaccine is ineffective.

"...If it had been so effective, they wouldn't have taken out the third dose either. First, they said two doses, one and two, then they looked at it which was not very effective, so they made the third dose. They even cross now. So it's not very effective. (K31-Other Professional, 39 Years old, 6 Years in Profession)

Some participants mentioned that they felt like a volunteer subjects because they thought that the results of

Tam Metin Sözlü Bildiri

the COVID-19 vaccine studies were unreliable.

In one study, in the evaluation of the Ministry of Health's decision to "vaccinate health workers first", some participants supported this decision, while others reported that they did not support it because they thought they were being used as guinea pigs (6). Similarly, in our study, the idea of feeling themselves as a subject was expressed. Thanks to the reports such as the Declaration of Helsinki and the Nuremberg Code that draw the ethical framework of scientific studies, the health of the participants is prevented from being adversely affected during the studies.

Distrust in COVID-19 treatments and the content of vaccines increases the rate of non-vaccination.

"...So it is not possible for people to not have a question mark against the vaccine. First, we gave Plequanel, now we banned it. First, there was favipiravir, now there is no need for it...So this confuses people..." (K28-Physician, 32 Years old, 8 years in Profession)

Before the administration of the mRNA vaccine, a form called "mRNA COVID-19 Vaccine Application Information and Consent Form" is signed. This situation created doubts in the decision of some participants to be vaccinated.

In our study, the most emphasized reason for not being vaccinated is the lack of confidence in the vaccine, and healthcare professionals experience insecurity, especially about the long-term side effects of vaccines. In their study, Kose et al. stated the reasons for not vaccinating against COVID-19 as fear of side effects, not trusting the vaccine because it is a new vaccine, thinking that the vaccine will be ineffective, not thinking that the vaccine is necessary, and trusting their immune system (7) In our study, it is seen that these reasons are common.

b) Vaccine Production

During the pandemic period, the phases of vaccine development studies were carried out together, which shortened the process. However, the checks of the security steps continue (8). Vaccines such as the smallpox vaccine produced for many years are given as an example, and it has been stated that the production of new vaccines in a short period creates question marks, and there are doubts that the phase studies of the vaccine have been completed. The fact that mRNA technology is a new technology was also expressed as a reason for hesitation.

"Previously, as you know, vaccines were not available like the other day. Which vaccine was it, measles? What was it? It took years, so they issue a vaccine in six months here..." (K15-Other Professional, 43 Years old, 13 years in Profession).

One of the participants stated that she was uneasy because of the emergence of new companies other than the companies producing traditional vaccines and COVID-19 vaccines.

"...I wonder why companies that produce vaccines can't produce it. The fact that companies that were not previously associated with vaccines came to the market and produced vaccines made me nervous..." (K1-Physician, 42 Years old, 4 years in Profession)

Some of the participants stated that they will be vaccinated when the domestic COVID-19 vaccine is produced and spread. While one participant attributed this to the genetic situation, another participant mentioned that he trusts scientists in Turkey.

c) The Effect of the Nature of the Virus on the Vaccine

The fact that the protection of COVID-19 vaccines is not life-long, the necessity of repeating the vaccination, and the uncertainty experienced in this regard have been expressed as the reason for not being vaccinated.

"...They call it the third dose right now. Then they'll say maybe a fourth, fifth dose. How far we will be vaccinated



Tam Metin Sözlü Bildiri

is unknown. If it is not known, why are you vaccinating three billion people...” (K19-Physician, 26 Years old, 2 years in Profession)

Expressing that there is no guarantee that COVID-19 infection will not be transmitted after COVID-19 vaccination was expressed as the reason for not being vaccinated.

“...The solution must be certain. For example, if you are thirsty, you drink water, and your thirst is quenched. That’s a sure thing, isn’t it? The vaccine will protect you, so you won’t get COVID. This should be said...” (K30-Nurse, 21 Years old, 1 year in Profession)

It has been found that different clinical situations brought about by the peculiarities of COVID-19, such as the virus being mutated, cause hesitancy to be vaccinated.

“...The virus is very variable, and there is no such thing as directly killing the person it is caught in. This situation caused me to wait for the Turkish vaccine or to continue to be protected with a mask-distance...” (K18-Physician, 30 Years old, 4 years in Profession)

2. Individual Reasons and Group Effects

In this group, it was observed that the risk perception of the COVID-19 disease was most effective in the vaccination decision. The reasons that affect the low-risk perception are listed as follows: Thinking that they will overcome the disease mildly or that they will overcome the disease mildly, thinking that they are healthy. Two people stated that their decision was affected due to an illness.

a) Risk Perception

One of the most emphasized issues during the interviews was that being healthy, not having any chronic diseases, and being young has an impact on the COVID-19 vaccination decision. On the other hand, some participants think that the COVID-19 vaccines should only be administered to risk groups. It was also stated that the situation of not being infected and finding oneself less risky in terms of transmitting the disease was also expressed.

It has been determined that vaccination is not considered necessary because the probability of severe disease is low and its mortality is exaggerated, but the risk/benefit ratio of the vaccine is low due to the low protection of the vaccines.

“... the (vaccine’s) protection is not complete. I also do not think that COVID-19 has as much mortality as is exaggerated. It is not scarier than tetanus...” (K12-Physician, 26 Years old, 1.5 Years in Profession)

Some participants stated that they were already very careful with measures such as masks, paying attention to physical distance and hygiene rules, not entering crowded environments, using N95 masks, not using public transportation, and stated that they were not vaccinated.

“...I have always been very careful about protection, I have never used it other than the N95 mask. I always commute by shuttle, you know, I didn’t take public transportation much. In the environments I was in, I paid attention to many things such as physical distance myself. That’s why I always had a feeling as if it wouldn’t mess with me...” (K7-Nurse, 34 Years old, 12 Years in Profession)

In a study, it has been reported that people who reject the COVID-19 vaccine have a higher risk perception of the vaccine compared to their disease risk perception, and the fear of harming the vaccine is more dominant (9). In our study, it was observed that being healthy decreased the risk perceptions of people. On the other hand, negative experiences were found to increase the hesitancy to be vaccinated. Because while the risk perception is formed, past experiences, accumulations, and experiences are used and attitudes and behaviors towards a new event are shaped. Correct management of risk perception is possible with good vaccine communication.

Tam Metin Sözlü Bildiri

The median age of the participants in the study was 29 years, and the median period of working in the profession was four years. There were two people with chronic diseases. Due to this distribution, there is a possibility that the representation of the elderly and people with chronic diseases may not be sufficient.

b) Having COVID-19

Having COVID-19 negatively affects the decision to be vaccinated in some people, for reasons such as thinking that the COVID-19 infection has made the person immune, reducing the fear of the disease due to being mild, and forgetting the severity of the disease even if it is serious and because time has passed.

"... having COVID-19 greatly influenced my decision to get vaccinated. Because before it, I was terrified. So what happens, do I infect my parents? I didn't know how to get over it myself... but when I got COVID-19 and had a mild illness, I didn't think I needed a vaccine..." (K13-Nurse, 22 Years old, 1 Year in Profession)

One study found that people with COVID-19 infection had a more positive attitude toward getting vaccinated (10). In our study, it was determined that having COVID-19 can affect the vaccination decision both positively and negatively. These different results show that many factors are responsible for the development of risk perception.

c) Knowledge/Awareness

Some participants stated that they did not do enough research about the contents of COVID-19 vaccines, that they did not have enough information about this subject, or that they had insufficient information.

"...I have read a few articles like this, but I don't know as much as I can tell about their content at the moment. I only know Biontech is mRNA. The other is the vaccines we always know. I didn't do much research, so let me tell you..." (K13-Nurse, 22 Years old, 1 Year in Profession)

Key people stated that the reason why health personnel is not vaccinated may be a lack of knowledge.

In a study conducted in Turkey, the reasons for not being vaccinated against COVID-19 were reported as being a new vaccine and not trusting the companies producing vaccines (11). Thinking that vaccine companies have commercial concerns, that trade relations between countries affect this situation, and not trusting the global dynamics imposed by the health industry negatively affects the decision to be vaccinated. m-RNA technology is used in the COVID-19 vaccine production process. As with healthcare professionals, some people in society are skeptical of mRNA vaccines because they describe them as new. However, scientists have been working on m-RNA technology for more than 20 years. Some participants incorrectly knew the m-RNA vaccine as a live vaccine and expressed their hesitations about this method. Among the participants, the lack of information about the content and origin of the vaccines and the vaccine hesitation overlap with each other. For this reason, it is important to equip health workers with evidence-based information about vaccines and their applications, to be a role models for society.

d) Opinions of People Around

It is seen that the personal comments made by people who are reliable in different subjects and who are thought to be knowledgeable in general, without knowing much about vaccines, affect people.

"...My aunt's wife is doing a lot of research. If he is researching so much that a person who translates foreign articles, he certainly does not see vaccination as correct. She says everything is planned. He doesn't lie either, after all, he is a person who researches..." (K5-Nurse, 26 Years old, 2.5 Years in Profession)

For the formation of a positive perception towards the vaccine in societies, the recommendations of the experts working in the health sector are important and can have a motivating quality for the masses. Experts' knowledge of the perceived likelihood, perceived seriousness, perceived effectiveness, and perceived potential harms of the vaccine can drive mass perceptions (12).



Tam Metin Sözlü Bildiri

e) Pregnancy

Due to the lack of adequate studies on COVID-19 vaccines in pregnant women, one participant tried to overcome the complexity of the benefits and risks of vaccines by choosing to be vaccinated after delivery. In this way, she aimed to ensure that antibodies are passed to her baby through breastfeeding.

3. Contextual Reasons

a) Distrust

Some of the participants also that they think that there is no transparency in information sharing during the pandemic period, therefore there is distrust in the health system.

“...How accurate are the numbers, are the diagnoses made correctly, are the deaths caused by this, are those in the intensive care unit unvaccinated? There is no transparency. Maybe he/she would have suffered the same if he/she had not been vaccinated, we do not know about that...” (K22-Nurse, 41 Years old, 21Years in Profession)

b) Policies

It has been determined that the political events between countries, the fact that vaccination is not compulsory, and that equal obligations are not imposed on each group in the society affect the vaccination decision negatively.

“...These events first started in China. China should finish last, but they finish first. This seems pretty ridiculous to me. It did not seem very sincere to me that he produced and produced a vaccine again...” (K14-Nurse, 22 Years old, 1 Years in Profession)

In a study conducted in Turkey, it was reported that in the case of a vaccine preference, the confidence in the domestic vaccine was higher than in other vaccines (11). In this study, some participants reported negative opinions about the Chinese vaccine, some participants stated that they would be vaccinated only when the domestic vaccine was released. However, it was not emphasized that the people who produced the German vaccine were Turkish. Although some of the participants said they were waiting for the Turkish vaccine, the prejudice against the Biontech vaccine, whose founders are already Turkish, is a striking result in showing the level of being affected by perceptions rather than facts.

During the period of the study, the COVID-19 vaccination program was ongoing, and the interviewees were people who had not yet received their first vaccination. Restrictions on access to those who are not vaccinated for COVID-19 were discussed at the time when the PCR test requirement was just beginning (13). It is thought that at least some of the participants may have been vaccinated in the period after our study was conducted. The study reflects the hesitations specific to the period in which the data were collected, rather than a general hesitation

c) Infodemic

It has been stated that there is a lot of information pollution about COVID-19 vaccines and infection during the pandemic period. It has been observed that people who are confused due to this pollution tend not to be vaccinated. Not being able to understand how the pandemic happened, thinking it was planned, and some conspiracy theories were expressed as the reasons for not being vaccinated against COVID-19.

“...As if it was specially made like this. You know, some consciously say that elderly patients, those with chronic diseases and that seem like a burden on the society, that harm the state budget, that are not very active in social life, in short, people who are said to be for the society whether it happens or not. It seems to me as if something was done to eliminate that part...” (K31-Other Personnel, 39 Years old, 6 Years in Profession)

Tam Metin Sözlü Bildiri

It has been stated that frequent updating of information on disease and vaccination policies has hurt the decision.

“Okay, science can change as it is added to something, but knowledge cannot be disproved so quickly. So, there is doubt about the necessity of that information...” (K13-Nurse, 22 Years old, 1 Years in Profession)

Key people stated reasons such as social media pollution as the reason why health workers are not vaccinated.

“...The number one cause is social media pollution. There is a group on social media that does not want people to be vaccinated, and for some reason shares dirty and false information like crazy in a way we cannot understand. They are very impressed with them. They are very affected by conspiracy theories about vaccines...” (A5-Dean, 54 Years old, 30 Years in Profession).

The fast-spreading misinformation advances the problem, fueling fear and speculation (14). In our study, it was determined that this information pollution confuses people. Although governments have the power to correct inaccurate and distorted health information spread on the Internet, these remain limited (15). For this reason, health professionals have an important role in correcting misinformation and communicating evidence-based health information to the public. Another important point in overcoming and managing the infodemic is to bring “risk communication, community participation, media literacy” to society and especially to healthcare professionals.

d) Pharmaceutical Company Perception

While explaining the reason for not being vaccinated, it was determined that there were participants who said that the main purpose of COVID-19 vaccines was the commercial concerns of pharmaceutical companies.

“... Before the year 2000, global pharmaceutical companies hated vaccines. After the 2000s, they directed their biggest investments towards vaccines. In recent events, for example, whether it is swine flu or bird flu, they have locked us up with fifty million vaccines as a country. It rotted in the warehouses. For this reason, I don't think these vaccines are safe. Countries are in line, they are buying billions of billions. I think it is purely commercial, monetary...” (K9-Other Personnel, 29 Years old, 1 Year in Profession)

e) Anti-Vaccine Currents

An interviewee mentioned that she followed some pages that looked at the event from a sociological point of view, not from a health point of view, and made her comments.

“...I followed a person named SE.. I read a few of his articles. It's a little different. He looks at it from a different perspective, not in terms of health...” (K13-Nurse, 28 Years old, 3 Years in Profession)

Another participant stated that she is distant from being vaccinated or vaccinated en masse because she thinks that COVID-19 is produced in a laboratory environment.

“...It doesn't make sense to me that the Coronavirus was first produced in a laboratory environment and spread to the world, and eventually we all go and get our vaccines every year like robots. Then, as a reaction to them, it was like I didn't get their vaccinations...” (K17-Physician, 28 Years old, 3 Years in Profession)

A UK study reported that the spread of misinformation causes vaccine hesitancy (16). In a study on Google searches, it was determined that anti-vaccine searches increased and grew during the pandemic (17). In our study, the idea of thinking that the pandemic was planned was expressed by people who took into account the anti-vaccine thoughts on the internet as a source of information. It is critical to plan initiatives that can increase the health literacy levels of societies in the fight against the information epidemic (14). To combat misinformation, some social media platforms have collaborated with health authorities. Some measures have been taken, such as redirecting to an automatic information page when something related to COVID-19 is shared on Instagram (18). It is recommended that Public Health experts increase their youtube content. In

Tam Metin Sözlü Bildiri

addition, anti-vaccination opponents should be responded with informational messages consisting of real-life stories of vaccinated people, just like their methods (19). It has been shown that the statements of the Ministry of Health and the sharing of images of vaccinated health workers on social media have a positive effect on people's opinions about the COVID-19 vaccine (6).

f) Uncertainty

It has been stated that rapid changes in vaccination policies in parallel with new developments during the pandemic period create suspicion in people.

It has been stated that leaving the vaccine dose, number, and brand choice to individuals may hurt the decisions of individuals to have COVID-19 vaccines.

"For example, vaccines are still left to the will of everyone, so here are two CoronaVac vaccines, three mRNA vaccines, so these are not things that can be decided by the public. This situation kind of drags the people into a social experiment..." (K20-Physician, 30 Years old, 4 Years in Profession)

g) Number of Cases and Culture

In the period when the number of COVID-19 cases decreased, one participant stated that she was nearing the end of her pregnancy and she did not have the vaccine because the number of cases decreased.

Key people stated that the structure of the society may have an impact on the decision not to be vaccinated.

"...Healthcare professionals also have the characteristics of Turkish society... In Turkish society, resistance to treatment exists in every disease. Our patients show resistance to hypertension, diabetes, and cholesterol..." (A4-Internal, 64 Years old, 41 Years in Profession)

In a study conducted in Turkey, it was reported that people with a high level of trust in government institutions and healthcare professionals have a significantly more positive attitude towards the COVID-19 vaccine (14). Mandatory COVID-19 vaccination for healthcare Professional with ethical arguments such as no harm may increase the rate of vaccination, but this carries the risk of breaking the trust between the healthcare professionals and the institution. Before considering the necessity of vaccination, it is advocated that policies that will increase the trust in the health system should be put into action by addressing the concerns of (20). Key people stated that it is necessary to act individually in the studies to be carried out and that the desired message should be given by using positive discourses in the messages to be given to the society.

4. General Issues Related To Vaccine/Vaccination

Approaches to influenza vaccine and COVID-19 vaccine were found to be similar in some participants. This similarity coincides with the low perception of risk associated with the disease, doubts about the protection of the vaccine, and the necessity of continuous vaccination.

"...I get the flu twice a year...So I'm having a hard time, but I feel so relieved. When I get the flu vaccine, I think I can't get rid of that phlegm or that dirt..." (K15-Other Professional, 43 Years old, 13 Years in Profession)

It is known that the attitude against the previously recommended vaccines is a common reason for hesitancy to be vaccinated. In the study of Biswas et al, it was reported that a history of flu vaccination increased the probability of getting a COVID-19 vaccine (21). It is noteworthy that none of the participants in our study also received the flu vaccine.

a) Medication Concerns

Investigating the content of the drugs, the state of hypersensitivity, and anxiety during the use of all drugs also affect the vaccination status.

Tam Metin Sözlü Bildiri

“...For example, while using a drug, I read the package leaflet, get a second opinion, look at how it has side effects on other people, from the website, on the internet... I made a vaccination appointment twice. I canceled both of them, I couldn't get them done...that's how I have a fear...” (K31-Other Professional, 39 Years old, 6 Years in Profession)

b) Belief in Natural Immunity

Two people think that it is more effective to strengthen the immune system with methods such as vitamin supplements, and adequate and balanced nutrition and that immunity formed by passing the disease is healthier.

“...It is a situation where our immunity should be strong, but we are offered a vaccine at the first stage. There are different conditions, there are many things with vitamin D supplements...” (K13-Nurse, 22 Years old, 1 Year in Profession)

c) Negative Experience

An employee mentions that a negative experience of the rotavirus vaccine she had given to her child in the past years had an impact on all vaccine decisions:

“For example, I had problems with my child due to vaccinations. When I had his special vaccinations, for example, the rotavirus vaccine, my child had a more severe illness. Because of this, it was like prejudice against vaccination...” (P10-Other Professional, 40 Years old, 6 Years in Profession)

d) Distrust

It has been observed that the existing distrust of drugs affects the COVID-19 vaccine decision.

“...I worked as a journeyman in a pharmacy for at least twelve, thirteen years. Pharmaceutical companies would make great bargains with some dialysis centers, especially if they would make huge donations...so that their drugs could be prescribed. I don't trust the drug either...” (P9-Other Professional, 29 Years, 1 Year)

Conclusion

Distrust of the healthcare system, COVID-19 vaccines, and vaccines, in general, is the intersection of themes, leading to a decision not to be vaccinated for COVID-19. Negative experiences with other vaccines and COVID-19 vaccination are also at the intersection of themes. Insecurity in COVID-19 vaccines, infodemic, uncertainty about vaccines/vaccination, political approaches, lack of knowledge/awareness, and risk perception form a tangle of concepts. As knowledge and awareness about the disease increase, there is an increase in risk perception. This increases the vaccination rates. It is necessary to prevent the decrease in the success of vaccination, which is the most effective method in the fight against the pandemic, due to these hesitations.

Anahtar Kelimeler: Vaccine Hesitation, Healthcare Professional, COVID-19 Vaccines, Qualitative

References

1. Department Of Labor Occupational Safety And Health Administration US. Hazard Recognition What is the risk to workers in the United States? 2022 [Available from: <https://www.osha.gov/SLTC/COVID-19/hazardrecognition.html>].
2. Cetintepe SP, İlhan MN. Risk Reduction in Healthcare Workers in the COVID-19 Pandemic. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*. 2020;4:50-4.
3. Zhang Y, Zeng G, Pan H, Li C, Hu Y, Chu K, et al. Safety, tolerability, and immunogenicity of an inactivated SARS-CoV-2 vaccine in healthy adults aged 18–59 years: a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 1/2 clinical trial. *The Lancet infectious diseases*. 2021;21(2):181-92.
4. WHO. WHO, Report of the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy 2020. [Available from: https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/SAGE_working_group_revised_report_vaccine_hesitancy.pdf].

Tam Metin Sözlü Bildiri

5. Baltacı A. *The Qualitative Research Process: How to Conduct a Qualitative Research?* *Journal of Ahi Evran University Institute of Social Sciences*. 2019;5(2):368-88.
6. Aci OS, Kackin O, Karaaslan S, Ciydem E. *Qualitative examination of the attitudes of healthcare workers in Turkey regarding COVID-19 vaccines*. *International Journal of Nursing Knowledge*. 2021.
7. Kose S, Mandiracioglu A, Sahin S, Kaynar T, Karbus O, Ozbel Y. *Vaccine hesitancy of the COVID-19 by health care personnel*. *International Journal of Clinical Practice*. 2021;75(5):e13917.
8. Yavuz E. *COVID-19 Vaccines*. *Turkish Journal of Family Practice*. 2020;24(4):223-34.
9. Woodhead C, Onwumere J, Rhead R, Bora-White M, Chui Z, Clifford N, et al. *Race, ethnicity and COVID-19 vaccination: a qualitative study of UK healthcare staff*. *Ethnicity & health*. 2021:1-20.
10. Yildiz Z, Gencer E, Gezezen NF. *Evaluation of Individuals' Attitudes towards Vaccines Developed in the COVID-19 Pandemic Process*. *Journal of Gumushane University Social Sciences Institute*. 2021;12(3):877-89.
11. Ogulcan M. *People's View of COVID-19 Vaccine in Turkey*. *Dicle Medical Journal*. 2021;48(3):583-94.
12. Reiter PL, Pennell ML, Katz ML. *Acceptability of a COVID-19 vaccine among adults in the United States: How many people would get vaccinated?* *Vaccine*. 2020;38(42):6500-7.
13. *Ministry of Interior RoT. PCR Test Obligation Circular Sent for Some Activities*. 2021 [Available from: <https://www.icisleri.gov.tr/bazi-faaliyetler-icin-pcr-testi-zorunlulugu-genelgesi-gonderildi>].
14. Karabela SN, Coskun F, Hosgor H. *Investigation of the relationships between perceived causes of COVID-19, attitudes towards vaccine and level of trust in information sources from the perspective of Infodemic: the case of Turkey*. *BMC public health*. 2021;21(1):1-12.
15. Wu JT, McCormick JB. *Why health professionals should speak out against false beliefs on the internet*. *AMA journal of ethics*. 2018;20(11):1052-8.
16. Lockyer B, Islam S, Rahman A, Dickerson J, Pickett K, Sheldon T, et al. *Understanding COVID-19 misinformation and vaccine hesitancy in context: Findings from a qualitative study involving citizens in Bradford, UK*. *Health Expect*. 2021;24(4):1158-67.
17. Pullan S, Dey M. *Vaccine hesitancy and anti-vaccination in the time of COVID-19: A Google Trends analysis*. *Vaccine*. 2021;39(14):1877-81.
18. Bozkurt F. *A Return of Fake and Hoaxed News in the COVID-19 Pandemia Process: Examination of Infodemic in the Context of Turkey*. *Journal of International Folklor Research Association* 2021;4(7):135-51.
19. Yiannakoulis N, Slavik CE, Chase M. *Expressions of pro-and anti-vaccine sentiment on YouTube*. *Vaccine*. 2019;37(15):2057-64.
20. Gur-Arie R, Jamrozik E, Kingori P. *No jab, no job? Ethical issues in mandatory COVID-19 vaccination of healthcare personnel*. *BMJ global health*. 2021;6(2):e004877.
21. Biswas N, Mustapha T, Khubchandani J, Price JH. *The nature and extent of COVID-19 vaccination hesitancy in healthcare workers*. *Journal of community health*. 2021;46(6):1244-51

Özet Sözlü Bildiri

S184

KAYSERİ İLİ'NDE 18 YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERDE BULAŞICI HASTALIK RİSK FARKINDALIĞI

Tuğba COŞKUN ASLAN¹, Güzin ATEŞ ÖZBEY¹, Dilek ENER², Fevziye ÇETİNKAYA¹

¹Erciyes Üniversitesi, Türkiye

²Kırıkkale İl Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

Amaç: Bulaşıcı hastalıkların kontrolü konusundaki gelişmelere rağmen etkene, çevreye ait faktörlerin bireysel ve toplumsal risk faktörleriyle birleşerek kolay bulaşabilmeleri nedeniyle bulaşıcı hastalıklar halen toplumun önde gelen halk sağlığı sorunlarından biridir. Bu çalışmada Kayseri İli'nde yaşayan 18 yaş ve üzeri bireylerin bulaşıcı hastalıklar risk farkındalığının ve sosyodemografik değişkenlerle ilişkisinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Yöntem: Tanımlayıcı-kesitsel nitelikteki bu çalışma Kayseri İli 4 merkez ilçesinde yaşayan 18 yaş ve üzeri bireyler üzerinde yapılmıştır. Örneklem G-Power programı ile hesaplanmış; $\alpha:0,05$, güç %80, düşük etki büyüklüğü alınmış, bilgi düzeyinin %50 olduğu varsayılarak örnekleme alınacak minimum kişi sayısı 199 olarak bulunmuştur. Anket uygulamasına 18 yaş üstü, okuma yazma bilen, işitme problemi ve akut psikiyatrik problemi olmayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü 300 kişinin alınması hedeflenmiştir. Her bir ilçeden 1 ASM seçilmiş, olasılıksız örneklem yöntemi kullanılarak 2022 Nisan ayında ASM'lere başvuran ve araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uygun bireylere intern doktorlar tarafından yüzyüze anket uygulanmıştır. Veri toplama aracı olarak "Demografik Bilgi Formu" ve Ener, Seyfeli ve Çetinkaya tarafından geliştirilen 'Bulaşıcı Hastalıklar Risk Farkındalığı ve Korunma Ölçeği' kullanılmıştır. Ölçek 6 boyut ve 36 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin açıklanan total varyansı %45,2; standardize edilmiş katsayıları %99 güven düzeyinde anlamlıdır. Model uyumunu test eden indexler uyum kriterlerini sağlamaktadır. Alt boyutlar 'Ortak Yaşam Risk Farkındalığı', 'Kişisel Korunma Farkındalığı', 'Korunma Davranışları', 'El Yıkama Davranışları', 'Toplumsal Korunma Farkındalığı' ve 'Kişisel Temas Farkındalığı'dır. Ölçekten alınan puanlar 36-180 arasında değişmekte, ölçeğin kesim noktası bulunmamaktadır. Ölçekten alınan puanın yüksekliği bireylerin bulaşıcı hastalıklara yönelik genel risk farkındalığı ve korunma düzeylerinin yüksek olması şeklinde yorumlanmaktadır. Verilerin kodlanarak değerlendirilmesi SPSS programı kullanılarak yapılmış, analizlerde student t ve ANOVA, Post-hoc test olarak, Tukey testi kullanılmıştır. Fark analizlerinde %95 güven aralığı sınır kabul edilerek $p<0,05$ anlamlı kabul edilmiştir. Erciyes Üniversitesi Etik Kurulundan etik onay alınmış (20.3.2019 tarih, 96681246 sayı), çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamış ve herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Bulgular: Araştırma grubu 163 erkek, 130 kadın; toplam 293 kişiden oluşmaktadır. Grubun toplam ölçek puan ortalaması 180 üzerinden $143,7\pm 19,1$, erkeklerde: $140,4\pm 18,8$ kadınlarda: $147,7\pm 18,8$ olup kadınlarda anlamlı ölçüde yüksektir. Yaş gruplarına göre toplam ölçek puanı anlamlı ölçüde farklıdır. Ölçek puanı en düşük 18-24, en yüksek 50 ve üzere yaş grubundadır. İl merkezinde yaşayanların ilçe ve köyde yaşayanlara, evli olanların bekarlara ve çocuk sahibi olanların olmayanlara göre ortalama puanı anlamlı ölçüde yüksektir. Öğrenim durumu, ekonomik durum, sağlık çalışanı olma, ailesinde sağlık çalışanı olma, herhangi bir kronik hastalığa sahip olma ve evcil hayvan sahibi olma durumu açısından ölçek toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Alt boyutlar açısından değerlendirildiğinde; ortak yaşam risk farkındalığı 45 üzerinden $32,0\pm 7,6$, kişisel korunma farkındalığı 40 üzerinden $33,0\pm 4,3$, korunma davranışları 40 üzerinden $32,0\pm 4,9$, el yıkama davranışları 15 üzerinden $12,8\pm 2,1$, toplumsal korunma farkındalığı 20 üzerinden $16,5\pm 2,7$, kişisel temas farkındalığı 20 üzerinden $17,4\pm 2,2$ olarak bulunmuştur. En düşük puan ortak yaşam risk farkındalığı, en yüksek puan kişisel temas farkındalığı alt boyutundadır.

Özet Sözlü Bildiri

Ortak yaşam risk farkındalığı, korunma davranışları ve toplumsal korunma farkındalığı alt boyutları 50 ve üzeri yaş grubunda anlamlı ölçüde yüksektir. Kişisel korunma farkındalığı, el yıkama davranışları ve kişisel temas farkındalığı alt boyutlarında yaş grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Korunma davranışları dışındaki bütün alt boyut puanları kadınlarda anlamlı ölçüde yüksektir. Toplumsal korunma farkındalığı dışındaki bütün alt boyut puanları evlilerde bekarlara göre, çocuk sahibi olanlarda olmayanlara göre anlamlı ölçüde yüksektir.

Sonuç: Çalışmamızda bulaşıcı hastalıklar risk farkındalık puanı ortalamanın üstünde bulunmasına rağmen istenen düzeyde değildir. Bireyin ve toplumun sağlığının geliştirilmesi açısından farklı ve daha geniş örneklem gruplarında çalışmalar yapılarak sorunun daha geniş boyutlu ortaya konması ve buna yönelik eğitim faaliyetleriyle risk algısının geliştirilmesi önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Bulaşıcı hastalık, Risk, Farkındalık, Ölçek, Korunma

Özet Sözlü Bildiri

S185

EDİRNE İLİNDE AİLE HEKİMLERİ VE AŞI YÖNETİM EKİBİNİ BAĞIŞIKLAMA VE AŞI TEREDDÜDÜNE İLİŞKİN BİLGİLENDİRME VE TUTUM GELİŞTİRİLMESİNE İLİŞKİN MÜDAHALE ÇALIŞMASI

Bahar MARANGOZ¹, Didem HAN YEKDEŞ², Muzaffer ESKİOCAK³

¹Edirne İl Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

²Trakya Üniversitesi, Türkiye

³Sanko Üniversitesi, Türkiye

Giriş ve Amaç: Ülkemizde aşı kararsızlığı, aşı reddi ve aşı karşıtlığı yıllar içerisinde artmaktadır. Sağlık çalışanları en güvenilen danışman ve aşılama kararını etkileyendir; aşı hakkında en güvenilir bilgi kaynağı olmayı sürdürmeleri için desteklenmelidir.

Bu çalışma ile Edirne ilinde aile hekimliği birimlerinde çalışan aile hekimlerinin ve Edirne İli Aşı Yönetim Ekibinin (hekimler) aşı kararsızlığı ile baş etme kapasitelerini artırmak için bağışıklama ile ilgili bilgi güncelleme, aşı kararsızlığı ile ilgili bilgi düzeylerini artırma ve buna karşı tutum geliştirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, müdahale araştırması olarak planlandı. Araştırma 20.05.2019 ile 01.08.2019 tarihleri arasında Edirne ilinde çalışmakta olan tüm aile hekimleri ve il aşı yönetim ekibi toplam 135 kişi araştırmanın evreni olarak kabul edildi. Evrenin tamamına ulaşamaması halinde çalışma popülasyonumuzda %90 güç, effect size 0.3, α 0.05 için örneklem ihtiyacı 115 olarak hesaplandı. Eğitimlere 115 kişi katıldı; 4 kişi anket formlarını eksik yanıtlamaları nedeniyle çalışma dışı bırakıldı.

Araştırmanın yürütülmesi için, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 13.05.2019 tarihinde gerekli izin (Protokol Kodu: TÜTF-BAEK 2019/199) alınmıştır.

Müdahale, Edirne İl Sağlık Müdürlüğü'nün konulu hizmet içi eğitimi şeklinde planlandı. Eğitim içeriği: Giriş ve Amaç, Bağışıklama Hizmetleri, Aşı Bilgisi, Aşılama Güvenli mi? Türkiye'de ve Edirne'de Durum, Aşısız Kalma/Aşılama, Aşı Reddi, Aşı Kararsızlığı ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) hazırlamış olduğu aşuya güven inşa etmek için iletişim başlıklı sağlık çalışanları için eğitim modülü olarak belirlendi.

Katılımcıların, eğitimin ilk 15 dakikasında sadece eğitim öncesi anketi uygulamaları sağlandı. Böylece katılımcıların aşı ile ilgili kararsızlıklarının olup olmadığı, varsa hangi aşuya karşı olduğu, kararsızlık nedeni olabildiği konular belirlendi. Eğitimin ilk saatinde belirlenen konular interaktif şekilde tartışıldı. Eğitim araştırmacılar tarafından verildi. Eğitim sonrası eğitim sonu anketi uygulandı. Uygulanan anketler araştırmacılar tarafından geliştirilen önceki çalışmalardan ve DSÖ'nün aşı kararsızlığı standardize anket sorularından yararlanılarak oluşturuldu.

Araştırmada elde edilen sonuçların analizinde SPSS for Windows 22.0 programı ile tanımlayıcı istatistikler, ki-kare analizleri kullanılmıştır; $p < 0,05$ değeri istatistiksel yönden önemli farklılık olarak kabul edilmiştir. Müdahalenin etkililiğinin değerlendirilmesinde rölatif etkililik, atfedilen etkililik ve etkililik (koruyuculuk) boyutu hesaplanmıştır. Eğitim öncesinde aşılama/aşılama/aşılama ilgili olumsuz görüş bildiren kişilerin eğitim sonunda görüşlerinin olumlu yönde olması tutum değişikliği olarak kabul edilmiştir; ancak tutum değişikliğinin eğitim sonu anketinin eğitimden belli bir müddet sonra uygulanarak gösterilememesi bu araştırmanın kısıtlılığıdır.

Bulgular: Araştırma grubu toplam 111(%88) kişi olup, yaş ortalaması $45 \pm 8,9$ yıl (min: 27 max: 70 median: 45) saptandı.

Özet Sözlü Bildiri

Eğitim öncesi aşı tereddüdü/reddi olan kişilerle görüşmelerde gereklilik ve etkililik açısından desteğe ihtiyaç duyanlar 52 kişi (%50,5) iken eğitim sonunda 8 kişidir (%7,8) (p=0,00). Eğitim öncesinde aşı tereddüdü/ reddi olan kişilerle görüşmelerde yan etkiler ile ilgili desteğe ihtiyaç duyanlar 50 kişi (%48,5) iken eğitim sonunda 7 kişidir (%6,8) (p=0,00).

Katılımcıların mevsimsel grip aşısını yaptırma, çocuğuma/çocuklarına bağışıklama programındaki tüm aşıları yaptırma, yaşlı veya kronik hastalığı olan yakınlarını aşılatma tutumu, aşılanma isteği dışında başvuruları aşılatma ve aşı reddi ile karşılaşmada iletişim açısından hazır hissetme, aşı reddine sahip kişilerle görüşmede gereklilik ve etkililik, içerik ve güvenilirlik, yan etkiler, komplo teorileri ile ilgili desteğe ihtiyaç duyma açısından eğitim öncesine göre eğitimden olumlu etkilendikleri saptandı.

Sonuç: Aile hekimlerine verilen eğitim ile aşı kararsızlığı/reddi vakalarını yönetim kapasitelerinin artırılması sağlanmıştır. Aile hekimlerinin aşı kararsızlığı ve aşı reddi vakaları ile baş etme kapasitelerini artırmak için bağışıklamaya ilişkin bilgilerini güncelledikleri, aşılanmama olgusu ve aşı kararsızlığı/reddini anladıkları ve tutum geliştirmelerini amaçlayan hizmet içi eğitimin sistematik olarak sürdürülmesi gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Müdahale çalışması, Aşı kararsızlığı, Aile hekimi

Özet Sözlü Bildiri

S186

COVID-19 NEDENİYLE HASTANEDE YATMAKTA OLAN AŞISIZ KİŞİLERİN AŞI TEREDDÜTLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

İlknur AYYVAZ, Aysena ÖRTLEK, Seda KORKMAZ, Zehra KARACA, Eda Ceren GÜLLÜ, Ahmet TOPUZOĞLU

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş ve Amaç: COVID-19 salgını Mart 2020'de pandemi durumuna ulaşmış olup fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak insanlığı tehdit etmektedir. Salgının kısa bir süre içinde tüm dünyayı etkisi altına alması, hastalığın kontrolü için yeni tedaviler ve aşıların salgın başladığı anda elde olmaması, insanlarda hastalık ile ilgili belirsizlik duygusuna neden olmaktadır. Covid -19 hastalığından korunmak adına maske kullanımı, ellerin sık sık yıkanması, sosyal mesafe ve aşılama gibi korunma önlemlerine uyulması önerilmektedir. Halk sağlığının korunması için bu önlemlerin en önemlisi ise aşı uygulamasıdır. Aşılama, enfeksiyon hastalıklarına bağlı gerçekleşebilecek ölüm, sakatlık ve hastalıkları önleyen oldukça güvenli, etkili ve ucuz bir yöntemdir. Aşıların bilinen tüm faydalarına karşın, birçok neden aşı tereddütüne yol açabilmektedir. Aşı tereddütü; aşığı kabullenmekte gecikme veya aşığı ulaşmış olmasına rağmen reddetme durumudur. Aşı tereddütü nedenleri arasında; dini nedenler, kişisel inançlar, güvenlik endişeleri ve aşı hakkında daha fazla bilgi alma isteği vardır. Türkiye'de aşılar ile ilgili benzer bir eğilim görülmekte ve aşı tereddütü hem hizmet sunumunda hem de kamuoyunda karşılaşılan bir konu haline gelmektedir. COVID-19 aşılarına karşı yaşanan tereddüt toplum bağışıklığının sağlanmasının önündeki en büyük engellerden birisidir. Bu niteliksel çalışmadaki amacımız COVID-19 sebebiyle hastanede yatmakta olan Covid -19'a karşı aşılanmamış kişilerin aşı tereddütlerini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Niteliksel tipte tasarlanan araştırmamız, Ocak-Şubat 2022 tarihinde İstanbul'da kamuya ait bir üniversite hastanesinin Covid servisinde yatmakta olan Covid PCR pozitif olan ve Covid aşısı olmamış 18 yaş üstü 12 hasta ile yapılmıştır. Araştırmamızda veri toplama aracı olarak literatür taraması sonucu oluşturulan sosyodemografik özelliklere yönelik sorular ve açık uçlu soruları içeren yarı yapılandırılmış soru formu kullanılmıştır. Veriler gerekli koruyucu önlemler alınarak katılımcılarla yüz yüze yapılan derinlemesine görüşmelerle toplanmıştır. Katılımcıların oksijen ihtiyaçları nedeniyle efor sarf etmekte zorlanabileceği göz önünde bulundurularak oksijen tedavisini tamamlayıp oda havasında takip edilen hastalar veya düşük düzeyden oksijen alan hastalar ile görüşülmeye öncelik verilmiştir. Görüşmeler 30-40 dk arasında sürmüş olup katılımcıların izni ile kayıt altına alınmıştır. Katılımcılara ait kişisel bilgiler ya da ses kayıtları üçüncü kişi veya kurumlarla paylaşılmamış, veriler anonim olarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde tematik analiz yöntemi kullanılmıştır. Yapılan görüşmelerin yazıya dökülmesinin ardından her bir transkript; görüşmeleri yapan birbirinden bağımsız iki araştırmacı tarafından ayrı ayrı değerlendirilip elle kodlanmıştır. Tüm kodlamalar tamamlandıktan sonra araştırmadan elde edilen kodlara göre temalar ve alt temalar oluşturulmuştur. Araştırmamızın etik kurul onayı ilgili üniversitenin Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 07.01.2022 tarihinde 09.2022.74 protokol numarası ile alınmıştır. Gerekli Sağlık Bakanlığı ve kurum izinleri de alınmıştır. Bu çalışmada herhangi bir finansal destek alınmamış olup bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Bulgular: Araştırma kapsamında görüşülen 12 hastanın 9'u erkek, 3'ü kadın olup yaşları 24 ile 86 arasında değişmektedir. Katılımcılar genel olarak lise altı eğitim düzeyine sahiptir. Katılımcılar COVID-19 pandemisinin başlaması ile yaşantılarının değiştiğinden, koruyucu önlemlerin hayatlarında büyük önem arz ettiğinden bahsetmişlerdir. Katılımcıların çoğu COVID-19 pandemisinde koruyucu önlemlerin hastalıktan korunmada önemli olduğunu düşünmektedir. Katılımcıların genel aşı bilgisi incelendiğinde çoğu, aşının vücudu mikropardan koruduğunu ya da vücut direncini arttırdığını belirterek kendilerinin ya da çocuklarının çocukluk çağı aşılarını yaptırdıklarını ifade etmiştir. COVID-19'a karşı aşılanmama sebepleri incelendiğinde yabancı aşılar ve aşı etkinliğine karşı güvensizlik ön plandadır. Katılımcılar özellikle yerli olmayan aşılar konusunda tereddüt yaşamaktadır. Katılımcıların bazıları ise aşı olanların da hasta olmaları ve vefat etmeleri dolayısıyla aşının etkinliğine güvenmediklerini ya da aşının yan etkilerinden çekindiklerini belirtmiştir. Bazı katılımcılar ise COVID-19 pandemisinin varlığına inanmakta tereddüt ettiklerini bu nedenle de aşı olmadıklarını belirtmiştir.

Özet Sözlü Bildiri

Bu inanmayışın sebepleri olarak salgının başka ülkelerde başlamış olmasını, bazı ülkelerin diğer bazı ülkelere zarar vermek için bunu ortaya çıkarmış olabileceklerini ve COVID-19'un genel olarak bilinen nezle/gripten farklı olmadığını düşündüklerini belirtmişlerdir. Katılımcılardan bazıları aşı olmak için yeterli bilgisi olmadığını ya da mevcut bilgi kirliliği nedeniyle karar veremediğini belirtmiştir. Bunların yanında eş, çocuk gibi diğer aile bireyleri aşı yaptırmasını istemediği için aşı yaptırmamış olan katılımcılar da mevcuttur. Bu durum ataerkil toplum yapısının aşı yaptırma kararını vermede de etkili olduğunu göstermektedir. Katılımcılara sağlık ile ilgili bilgi kaynakları sorulduğunda daha çok sağlık çalışanlarından edindiklerini belirtmişlerdir. Bunun dışında televizyon, internet, yakın çevre (komşu, arkadaş ve aile üyeleri) diğer bilgi kaynakları arasındadır. Katılımcılara aşı olmak ile ilgili güncel düşünceleri sorulduğunda katılımcılardan bazıları daha önce aşı olmadığı için pişman olduğunu belirterek uygun olan zamanda aşı olmak istediğini belirtmiştir. Aşı olmaya karar veren katılımcıların çoğu hastalığı atlattıktan sonra yerli aşığı olmak istemektedir. Bazı katılımcılar ise yukarıda belirtilen sebepleri öne sürmeye devam ederek, hastane yatışı sonrasında bile aşı olmayacaklarını belirtmiştir.

Sonuç: Aşı, COVID-19 salgınında en etkili korunma yöntemi olup, buna rağmen birçok insan çeşitli sebeplerle aşı tereddütü yaşamaktadır. Çalışmamızda aşı tereddüt sebeplerinin güvensizlik, aşı milliyetçiliği, düşük eğitim seviyesi veya bilgi kirliliği olduğu gözlemlenmiştir. Yerli aşının aşılama takvimine girmesi, aşılarda yabancı ülkelere üretilmesinden dolayı güvensizlik duyan kişilerin aşılama kararı verme sürecinde etkili olmaktadır. Aşı tereddütünün azaltılması noktasında toplumda var olan bilgi kirliliğinin giderilmesi ve eğitim düzeyi düşük olan kişilerin de kolaylıkla anlayabilmesini sağlayacak bilgilendirilmelerin yapılması gerekmektedir. Katılımcıların çoğunun sağlık ile ilgili bilgi kaynaklarının başta doktorlar olduğu göz önünde bulundurulursa; yeterli ve kişiye özgü bilgilendirme çalışmalarında sağlık çalışanlarına da büyük rol düşmektedir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, pandemi, aşı tereddütü, aşı milliyetçiliği, infodemi

Tam Metin Sözlü Bildiri

S187

SEKS İŞÇİLERİNDE HPV BULAŞI, BAĞIŞIKLAMA VE TARAMA KONUSUNDA KÜRESEL VE ULUSAL YAKLAŞIMLAR

Doğa ÇIKIM, Ceyda ŞAHAN

Dokuz Eylül Üniversitesi, Türkiye

Giriş

İnsan Papilloma Virüsü (HPV) cinsel yolla bulaşan bir virüs olup üreme sisteminin en sık görülen viral enfeksiyonudur(1). HPV'nin yüksek riskli grupları ile bulaş, kadınların en sık 4. kanseri olan serviks kanserlerinin %99'undan sorumludur(2). HPV6/11/16/18 tiplerine etkili dört valanlı ilk HPV aşısının 2006 yılında A.B.D Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından onay alması ile (3) serviks kanserinin önlenmesi anlamında ezberler tamamen bozulmuştur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) de 2009 yılında yayınladığı bildiri ile serviks kanserinin önlenmesi için HPV aşısını önermiştir(4). HPV'nin serviks kanserlerinin neredeyse tamamından sorumlu olması; küresel anlamda aşılama sağlandığı takdirde serviks kanserinin ortadan kaldırılabileceğini göstermektedir(3). Dünya'da yaklaşık 291 milyon kadının HPV taşıyıcısı olduğu bilinmektedir(5). Cinsel ilişkiye girilen kişi sayısı, ilk cinsel ilişki deneyiminin erken yaşta yaşanması, korunmasız ve çok eşli cinsel yaşam HPV bulaşı açısından risk faktörleridir(6,7). Yapılan birçok çalışma (6,8,9,10,11) neticesinde görülmüştür ki kadın seks işçilerinde (Sİ) HPV bulaşı genel nüfusa kıyasla daha yüksektir. Hatta Bangkok menşeli çalışmada, özellikle gelişmekte olan toplumlarda yüksek riskli (YR) HPV tiplerinin Sİ'leri kaynaklı olduğu ifade edilmiştir. Bu gibi kültürlerde çoğu kadının evlilik öncesi cinsel ilişkiye girmeyip tek eşli olmasına rağmen erkeklerin çoğu evliliği öncesinde ve/veya sırasında Sİ'leri ile korunmasız cinsel ilişki öyküsü bulunması göz ardı edilemeyecek bir unsurdur(12). Cinsel sağlık hizmetlerinin genel nüfusa sunulandan farklı olarak Sİ'leri hedef alınarak sunulması daha faydalı sonuçlar ortaya koyacaktır(13).

Sİ'lerinde HPV prevalansı saptanması amacıyla birçok ülkede çalışmalar yapılmıştır. Türkiye'deki ilk çalışma 2008'dedir. Çalışma kapsamında kayıtlı 250 Sİ C. trachomatis/N. gonorrhoeae ve HPV prevalansı açısından değerlendirilmiştir. Sİ'lerinde HPV bulaşının %9.7 olduğu görülmüştür. Genel nüfusa kıyaslama yapabilmek için daha önce klinik başvurusu yapan kadınların HPV pozitifliğinin bakıldığı iki farklı çalışma ile karşılaştırılmış ve Sİ'lerinde daha yüksek prevalans olduğu görülmüştür(14). 2013 yılında kayıtlı 239 Sİ dahil edilerek yapılan bir çalışmada sadece HPV prevalansı ve ilişkili risk faktörleri araştırılmış ve bulaş oranı %20.1 olarak saptanmıştır. En fazla görülen serotipin %40 ile HPV18, onu takiben %17 ile HPV16 ve %15 ile HPV50 olduğu tespit edilmiştir. Sİ ile temasın genel nüfustaki prevalansa olan katkısının da üzerinde durulduğu bu çalışmada bunun bulaş açısından kısır bir döngü oluşturarak yine Sİ'nde serviks kanseri riskinde de artışa yol açtığı ifade edilmiştir. Sonuçlar incelendiğinde Sİ'lerinde sadece HPV'nin değil, YR-HPV'nin de prevalansının yüksek olduğu görülmektedir. Çalışma sonucu sigara içmenin, kondom kullanmamanın, cinsel ilişkiye girilen kişi sayısının ve 30 yaşından genç olmanın HPV bulaşına katkısı olduğu görülmüştür(10). Ancak kondom kullanımı için farklı araştırmalar farklı sonuçlar ortaya koymaktadır. Örneğin İspanya'da 549 Sİ'nin değerlendirildiği bir çalışmada Sİ'lerine son bir ayda hem müşterilerle hem de kişisel partnerler ile kondom kullanımı sorulmuş ve bunun YR-HPV prevalansında bir değişiklik yaratmadığı sonucuna varılmıştır. Ancak son 1 aylık süreci kapsayan kondom kullanımı, neredeyse tamamı 1 aydan daha uzun süredir cinsel aktif olan Sİ'lerinin HPV pozitifliklerinde çok da değer taşımamaktadır(11). Macaristan'da 34 Sİ ile 52 kişilik kontrol grubunun hem HPV PCR ile prevalansının hem de katılımcılara HPV enfeksiyonu, aşısı hakkında bildikleri; cinsel davranışları ve kondom kullanımlarının sorulduğu bir anket ile karşılaştırıldığı bir çalışmada Sİ'lerinin olduğu grupta YR-HPV prevalansının %55.9 ile kontrol grubunun iki katından fazla olduğu görülmüştür. İspanya'daki çalışmaya (11) benzer olarak kondom kullanımının HPV bulaşı için yeterli koruyuculuk sağlamadığı görülmüştür(6). 2010'da kayıtlı ve düzenli doktor kontrolündeki 30 Sİ'nin değerlendirildiği bir çalışmada prevalansın %13 olduğu görülmüştür. Her ne kadar prevalans İzmir'deki çalışmaya kıyasla düşük olsa da bu araştırmada katılımcıların düzenli kontrol altında olan Sİ'leri olduğu vurgulanmalıdır(16). Bu hususta düzenli sağlık hizmetine erişimi olan Sİ'lerinin dahi HPV

Tam Metin Sözlü Bildiri

taramasına tabi tutulmasının daha yararlı olacağını söylemeliyiz(10). 2006'daki bir derlemede Türkiye'de yaklaşık 2000 kayıtlı Sİ'nin olduğu belirtilmektedir. Bu sayı sadece İstanbul'da bile 15000 olduğu tahmin edilen kayıtsız Sİ ile birleşince Türkiye'de Sİ'lerinin HPV prevalansının incelendiği çalışmalarda sayıların yetersiz olduğu anlaşılmaktadır. Buna rağmen Sİ'lerinin yüksek HPV prevalansları ortadadır(17). Belçika'da 2000'lerin başında sosyal yardım kapsamında düzenlenen bir çalışma ile ülkede yapılan mevcut serviks kanseri taramasının Sİ için yeterli olup olmadığı belirlenmek istenmiştir. Çalışmada 653 kişilik bir Sİ grubu ile yaş olarak eşdeğer 653 kişilik bir kontrol grubu karşılaştırılmıştır ve intraepitelyal lezyon oranları Sİ'lerinde çok daha fazla bulunmuştur. DIFFER çalışmasında bahsedildiği gibi burada da Sİ için nüfusun tamamına sağlanan cinsel sağlık hizmetlerinin yeterli olmadığı görülmüştür(14). Örneğin Belçika'da 25 yaşından büyük kadınlara 3 yılda bir serviks kanseri için yapılan taramanın Sİ için yaştan bağımsız işe başlangıçları baz alınarak yılda bir gibi sık aralıklarla yapılmasının daha uygun olacağı düşünülmüştür(8). Avrupa'da Sİ'lerinin hem YR-HPV pozitifliğinin hem de serviks kanseri görülme sıklığının daha fazla olduğu gelişmekte olan ülkelere göç ettiği bilinmektedir. Bu ülkelere ya henüz ulusal bir HPV aşılama programının bulunmadığı ya da çok yeni yürürlüğe girdiği belirtilmelidir(18). Bu sebeple İspanya'da yapılan bir çalışmada 549 seks işçisi coğrafi kökenlerine göre gruplandırılmıştır. Çalışma çerçevesinde Sİ'lerinin hem ticari hem de kişisel partnerleriyle olan seks davranışları anket yapılarak değerlendirilmiş ve katılımcılardan servikal örnekler alınmıştır. Araştırmanın dikkat çeken bir başka yönü ise 1 yıldan kısa süredir Sİ olarak çalışan kadınlarda daha yüksek YR-HPV prevalansı izlenmesidir. Hem buradaki artışın hem de yaş arttıkça görülen düşüşün sebebinin yıllar içerisinde yoğun HPV maruziyeti sonucu edinilen bağışıklıktan olduğu düşünülmektedir. Benzer bir sonuç, 30 yaş altındaki Sİ'lerinde belirgin prevalans düşüşünün görüldüğü İzmir'de yapılan çalışmada da gözlenmektedir(9,11). Meksika'da yapılan 217 Sİ ile 254 kişilik kontrol grubunun karşılaştırıldığı çalışmada HPV prevalansları %5.5 ve %2.8'dir. YR-HPV prevalansının burada da Sİ'lerinde daha yüksek olduğu görülmüştür. Diğer araştırmalardan farklı olarak hem düşük prevalans hem de iki grup arasında yakın bulaş oranları saptanmıştır. Sebebinin kondom kullanımı, cinsel ilişkiye girilen kişi sayısı ve yaş gibi etkenler olduğu düşünülmektedir(19). Toplamda 21.402 Sİ'nin değerlendirildiği 33 çalışma incelenerek oluşturulmuş bir derlemede, total HPV prevalansı %42.6 saptanmıştır. HPV16/52/53 serotiplerinin en sık görülen YR-HPV tipleri olduğu görülmüştür. Dünya çapında prevalansın %13 ve %82 aralığında seyrettiği düşünülürse Sİ'lerindeki HPV prevalansının genel nüfustan yüksek olduğu bir kere daha görülmektedir. Tayland, Singapur, İran gibi gelişmekte olan ülkelerin HPV prevalansının şaşırtıcı şekilde düşük olması dikkat çekmektedir. Ancak bu durumun bulaş oranının gerçekten düşük olmasından çok bu ülkelerdeki yetersiz HPV taramalarının ve seks işçiliğinin yasal olmaması sebebiyle yetersiz veri elde edilebilmesinin sonucu ortaya çıkmış bir yanılsama olduğu düşünülmektedir. Bu durum sonucun %42.6'den bile yüksek olabileceği düşündürmektedir(20). Bu çalışmaların genelinde ortak payda Sİ'lerindeki HPV bulaşının genel nüfusa göre fazlalığıdır.

Bu derlemede HPV bulaşının yüksek olduğu seks işçileri grubunun küresel ve ulusal anlamda ne ölçüde tarandıkları ve bağışıklı oldukları değerlendirilmiştir.

Küresel HPV Bağışıklama Durumları ve Seks İşçilerindeki Karşılığı

2022 itibarıyla FDA tarafından onaylanmış 3 HPV aşısı bulunmaktadır: HPV16 ve 18 serotiplerine etkili bivalanli aşı CERVARIX, HPV6/11/16/18 serotiplerine etkili dört valanlı GARDASIL ve HPV6/11/16/18/31/33/45/52/58 serotiplerine etkili dokuz valanlı GARDASIL 9(21). Aşı, virüsün kanser yapıcı proteini olan L1 kapsid proteinine karşı oluşan doğal bağışıklık aracılığı ile tanınması ve sıvısal bağışıklığın antikor üretmesi ile koruma sağlamaktadır. GARDASIL 9 bu proteinden yapay şekilde üretilir ve bu çarkı devreye sokarak enfeksiyonun oluşturabileceğinin 10- 100 katı antikor cevabı ortaya çıkmasını sağlar(21,22,23). HPV ve serviks kanserinin doğrudan ilişkisi ve aşı ile tamamen önenebileceği bilinmesine rağmen 2016 senesi itibarıyla dünya üzerindeki genç kadınların sadece %12'sinin aşılabilirdiği ve 2014 sonuna kadar uygulanan programlar ile 10-20 yaş arası kadınlar arasından sadece %6 gibi küçük bir yüzdenin aşılandığı bilinmektedir. DSÖ'nün hedefi (24) 15 yaş altındaki kız çocuklarının %90'ını aşılaktır. Haziran 2020'de 107 ülke kısmi veya tam olarak HPV aşısını ulusal aşılama programlarına dahil etmiştir. Türkiye bu ülkeler arasında değildir ve hala genel nüfus için bile aşının maliyet-etkinliği tartışılmaktadır. Bu gerçek de

Tam Metin Sözlü Bildiri

göz önüne alındığında Türkiye’de Sİ’lerine yönelik bir aşılama programının en azından ulusal boyutlarda çok da olası olmadığı ve ancak sosyal yardım kapsamında yapılabileceği görülmektedir(21). Mart 2022’de Ankara 62. İş mahkemesi HPV aşısının ücretini ödememesi sebebiyle SGK hakkında şikayette bulunan bir kadını haklı bulmuştur ve aşının ücretinin şahsa iadesine karar verilmiştir. Bu gelişme ile Türk yargı sistemi aşının anayasal bir hak olduğunu kabul etmiştir ve yakın gelecekte ulusal aşılama mümkün gözükmektedir. Aşılama yapan ülkelerin çoğu Avrupa ve Amerika kıtalarındadır. Aşılama yapan düşük ve orta gelirli ülkelerdeki uygulamanın ise yetersiz olduğunun altı çizilmelidir. 2019 öncesinde, programın zaten daha geç uygulanmaya başlandığı düşük gelirli ülkelerde yavaş hızda da aşılama söz konusuydu. 2019 sonrası düşük gelirli ülkelerin bulunduğu kıtalardan da katılım sağlanarak bu durumda tersine bir olumlu değişim sağlanmıştır(23). Ancak aşılamanın daha önce başlandığı ülkeler, okul çağı çocuklarına ek olarak uygulama sahasını genişleterek özel grupları da aşılama başlamıştır(26). Her ne kadar aşının 10-15 yaş arası grupta daha koruyucu olduğu bilinse de nüfusun daha büyük kesimlerine ulaşabilme noktasında böyle değiştirilmiş yaklaşımların uygulanması yararlı olacaktır(27). Serviks kanserinin tamamen önlenmesinde henüz cinsel aktif olmayan 15 yaş altı kız çocukların aşılması ile erişkin kadınların düzenli HPV odaklı taraması bir araya getirilerek başarı hedeflenmektedir. Aşılamanın yapıldığı bir ülkede aşının ilk uygulandığı grup en yaşlı kadın nüfusunu oluşturduğu zaman herkes aşı olacağı için HPV taramasına da gerek kalmayacaktır(28). HPV bulaşı açısından yüksek risk altındaki Sİ’lerinin aşılması konusunda birçok görüş ifade edilmektedir. Kadın Sİ’lerine HPV aşısı sunumunun tartışıldığı bir yazıda mevcut çalışmalar incelenmiş ve mevcut görüşler için de kanıtlara yer verilmiştir. Şu anda piyasada sadece önleyici aşılar bulunduğu bilinmektedir. Bir görüş HPV maruziyeti olsa dahi aşının bağışıklık sağladığını ifade etmektedir. Hatta HPV ilişkili hastalık geçirmiş kişilerde aşı olanların cerrahi tedavi başarı oranlarının olmayanlara kıyasla daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Sİ’lerine aşı sağlanmasının bir başka olumlu yanı olarak kişinin HPV maruziyeti olsa dahi büyük ihtimalle HPV serotiplerinin hepsiyle enfekte olmadığı ve hala aşının etki ettiği ve henüz karşılaşılmamış alt tiplere karşı koruyuculuk sağlayacağı gösterilmektedir. Buna ek olarak aşının içeriğindeki antikolar sayesinde bulaşın önlenebileceği düşünülmektedir. Bir başka görüş ise Sİ’lerine aşı sunulmasının fayda sağlamayacağını savunmaktadır. Yukarıda da değinildiği üzere aşı önleyici olup tedavi etme özelliği bulunmamaktadır. Bu sebeple HPV ile enfekte olmuş kişinin kendi bağışıklığı devreye gireceğinden aşının ek bir koruma sağlamayacağı savunulmaktadır. Yine Sİ’lerinin enfekte olma sıklığı da göz önüne alınarak birçok Sİ’nde latent enfeksiyon olabileceği ve aşının bu enfeksiyonlarda antikör üzerinden işleyen mekanizmasının doğası gereği etki edemeyeceği belirtilmektedir. Son olarak, bulaş HPV DNA’sının negatifliği üzerinden taranmaktadır. Ancak HPV ile enfekte olmuş her kadında serum düzeyinde değişiklik olmayabildiği ve bunun HPV pozitif kadın sayısının sanılandan daha fazla olabileceğini işaret ettiği düşünülmektedir. Bu da HPV pozitif kişilerde aşının etkili olmadığını savunulduğu bu görüş için aşıdan yarar görece Sİ sayısının azalması demektir(18). Aşılamanın etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla randomize kontrollü deneylerin derlendiği bir çalışmada HPV aşısı ile enfeksiyonun önlenmesinde; kişiye 15-25 yaşları arasında 3 doz birden yapılmış, 6’dan fazla partnerleri ve öncesinde anormal servikal sitoloji sonuçları olmadı ise etkili oldukları saptanmıştır(29). Bunlara rağmen Çin ve Adana’da’ki çalışmalarda da görülmüştür ki Sİ’leri HPV aşısı olmak konusunda heveslilerdir. Çin’deki çalışmanın sonuçlarına bakıldığında aşı olmak isteyen seks işçisi oranı yaklaşık %60 olup bunlardan %40’ının ücretsiz olması halinde, %20’sinin ise ücretleri kendi karşılarsalar dahi olmak istediklerini belirtmesi dikkat çekmektedir. Adana’daki çalışmada ise Sİ’lerinin %84.5’i aşı olmak istemektedir(7, 30).

Tarama Yaklaşımları

Türkiye’de 30 ve 65 yaşları arasındaki kadınların KETEM adı verilen 1. basamak sağlık kuruluşlarında 5 yılda bir HPV taraması yaptırması beklenmektedir. Devlet tarafından sunulan bu tarama hizmeti bu koşulu sağlayan bütün kadınlar için ücretsizdir. HPV enfeksiyonu sonrası kanser gelişiminin 5-10 yıllık bir süreç olması göz önüne alındığında tarama programlarının ne ölçüde önemli olduğu daha da belirgin hale gelmektedir. Türkiye’de 2014’te yürürlüğe giren bu yöntem izlendiğinden beri servikal tarama oranları 5-6 kat artmıştır(31). Benzer yöntemlerin kaynakları kısıtlı diğer ülkeler için de geleneksel sitoloji incelemelerine kıyasla hem daha kolay uygulanabilir hem de salt HPV hedefli programlar olmaları sebebiyle daha etkili sonuçlar verebileceği düşünülmektedir. Örneğin VIA testi ile çok hızlı sonuç alınabilmesi HPV tespitinin sağlık kuruluşuna en az

Tam Metin Sözlü Bildiri

başvuru ile yapılabilmesini sağlamaktadır(32). Tek ziyaret ile pozitiflik sonucu alınabildiğinde yüksek dereceli servikal neoplazi oranlarında ciddi bir düşüş sağlanmıştır. Düşük gelirli ülkeler için büyük ölçekteki nüfusların taranmasını kolaylaştıracak basit ve uygun maliyetli bir yöntem olduğunun altını çizmektedir(33). Söz konusu çalışmalar toplumun geneli baz alınarak yapılmış olup toplum tarafından ötekileştirilmiş kadın grupları için farklı yaklaşımların uygulanabilirliği tartışmalıdır. Hollanda'da yapılan bir çalışmada toplumdan dışlanmış, evsiz, güvencesi ve oturma izni olmayan ve Sİ'leri gibi gruplara mensup kadınların devletin serviks kanseri taraması ile taranan kadınlara kıyasla daha yüksek kanser öncesi lezyonlara sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu durum Hollanda gibi neredeyse nüfusunun tamamının sosyal güvenceye sahip olduğu gelişmiş bir ülkede bile mevcut taramanın Sİ'leri için yeterli olmadığını ve sadece bu grupların hedef alındığı tarama yaklaşımlarının uygulanması gerektiğini düşündürmektedir(34). Benzer bir yorum sağlık hizmetlerinin nüfusun neredeyse tamamı için ulaşılabilir olduğu Kanada için de yapılabilir. Zira burada da Sİ'lerinin sadece %36'lık bir kısmı düzenli tarama yaptırmaktadır. Kanada'da hem sokakta çalışan hem de kayıtlı Sİ'lerine yaşadıkları bölgelere yakın hareketli sağlık kabinleri ile ulaşılan bir çalışmada tarama oranının %35 arttığı görülmüştür. Bir kez daha sivil toplum kuruluşları gibi sosyal yardım sunan organizasyonlar aracılığıyla tarama sunulduğu takdirde seks işçilerinin çalışma saatleri, dil engeli, sağlık çalışanları tarafından maruz kalabilecekleri kötü muamele gibi bu ve benzeri dezavantajlı grupların sağlık hizmetleri almasını zorlaştıran sorunlardan sıyrılabilirdiği görülmüştür(35).

Türkiye'de Seks İşçilerine Yönelik Tarama ve Bağışıklama Var mıdır, Nasıl Olabilir?

Türkiye'deki Sİ sayısının yaklaşık 150.000 olduğu tahmin edilmektedir. Kayıtlı ve kayıtsız toplam 100.000 Türk Sİ'nin olduğu, kalanının ise yabancı olduğu düşünülmektedir. Aslında yasa gereği hiçbir yabancı Sİ olmak üzere Türkiye sınırlarından geçemez(36). Yasal olmayan işlerde işçinin güvencesi olmaması sebebiyle sömürüye karşı açık hale gelmektedir. Seks işçiliği de bu işlerden biri olup ek olarak göçmen Sİ toplum tarafından daha yoğun bir ötekileştirilmeye maruz bırakılmaktadır(37). Sİ bir geneleve kayıtlı veya sokakta, kayıtsız şekilde çalışabilmektedir. Genelevler devlet kontrolünde işlemektedirler ve burada Sİ'leri düzenli sağlık kontrolünden geçer. Bu işlem yasal olarak zorunludur ve uygulanmadığı takdirde genelev kapatılır. Buna ek olarak kondom kullanımı da zorunlu tutulmaktadır. Ancak Adana'da bir genelevde 103 seks işçisinin dahil edildiği ve HPV konusunda bilgilerinin değerlendirildiği bir çalışmada (30) kondom kullanma oranının sadece %52.4 olduğu tespit edilmiştir(38). Bahsi geçen sağlık kontrolü haftada 2 kez hastane ziyaretinde bulunarak cinsel yolla bulaşan hastalıkların kontrolünü de kapsamaktadır. Sİ için böylesine yoğun bir kontrol zorunlu tutulurken hizmeti satın alan erkek müşteriler için herhangi bir hastalık kontrolü yapılmamaktadır. Kayıtlı olmayan Sİ otoriteler tarafından tespit edildiği zaman zorunlu bir sağlık kontrolünden geçirilmektedir. Ancak bu grup için düzenli bir sağlık kontrolü söz konusu değildir. Yasal olmayan 'sokak' Sİ ile de cinsel temasta bulunan erkek müşteriler için caydırıcı cezaların olmaması da bulaşı kolaylaştıran etkenlerden birisidir. Bu açıdan değerlendirildiğinde düzenlemenin kayıtlı Sİ'den erkeğe olan bulaşı engellediği ancak erkekten Sİ'ne bulaşı engellemediği görülmektedir. Hatta müşterilerin hiçbir şekilde kontrole tabi tutulmaması genel nüfusa da cinsel yolla bulaşan hastalıkların geçişine sebep olup halk sağlığı sorununu derinleştirir. Düzenli kontrolün kamu sağlığına olan yararı bu yöntem sayesinde bir nebze olsun sağlansa da Sİ'nin sağlık ihtiyaçlarının göz ardı edildiği ve özlük haklarının korunmadığının altı çizilmelidir(37). Erkek aşılamanın maliyet etkinliğinin tartışıldığı bir derlemede, incelenen 26 çalışma arasından 16'sının etkin olduğu görülmüştür. Erkeklerin de aşılandığı Avusturalya'da bu durum; toplumsal yükümlülük kadınlar üzerinden tartışılrsa da virüsün kaynağının erkekler olması ve anal kanserlere de yol açabilen HPV ile enfeksiyonun erkekler için de önlenmesi sebeplerine dayandırılmıştır. Sonuç olarak her iki cinsiyetin de kapsadığı aşılama programları sürü bağışıklığını hızlandırmakla kalmayıp erkekler için de bazı kanserlerin insidansının azalmasına ve kadınların aşılanmasından fayda görmeyen homoseksüel erkek nüfusunun korunmasına olanak sağlayacaktır(38).

Türkiye'de ve uluslararası alanda Sİ için devlet tarafından ortaya konulan tarama yaklaşımları yeterli olmamakla birlikte, bu yaklaşımların sadece kayıt altında çalışmakta olan kişileri kapsadığı da bilinmektedir. Düzenli sağlık kontrolünün yapılması dahi hem küresel anlamda hem de Türkiye'de yeterli olmadığı görülmüştür(30, 34). Teorik olarak Sİ'lerinin toplumun tamamına sunulan sağlık hizmetlerine erişimi olduğu bilinse de gerçek hayatta

Tam Metin Sözlü Bildiri

Sİ'leri hem çalışma koşullarının alışlagelmiş işlerden saat ve mekan anlamında farklı olmasıyla hem de sağlık kuruluşlarında dışlanabilmeleri sebebiyle bu hizmetlere ulaşımında sorun yaşamaktadırlar. Bu etkenler tek bir çatı altında toplandığında çözüm Sİ'lerine sağlık hizmeti sunmak değil yaşadıkları veya çalıştıkları yerlere profesyonel ekipler tarafından sağlık hizmeti götürülmesidir. Çalışacak profesyonellerin daha önce Sİ'lerini muayene ve onlarla iletişim tecrübesine ve sonrasında takibini ve belgelenmesini sağlayacak donanımlara sahip olması gerekmektedir. Belirtilen önlemlerin hem sosyal yardım projeleri hem de devlet politikaları ile uygulamaya konulmasıyla Sİ'lerinin büyük ölçeklerde taranması ve hatta mümkünse bağışıklanması toplum sağlığının korunması için önemlidir. Ülkemizde öncelikli risk gruplarının belirlenerek en etkin şekilde yararlanabilecek kişilerin bir an önce aşılana başlanması ve taramaların özellikle yayılımın önlenmesi açısından Sİ'lerinde önceliklendirilmesi önerilir.

ETİK ONAY: Gereksinim yoktur. **FİNANSAL DESTEK:** Alınmamıştır. **ÇIKAR ÇATIŞMASI:** Yazarlar çıkar çatışması olmadığını bildirmektedir.

Anahtar Kelimeler: seks işçileri, HPV, serviks kanseri, tarama, bağışıklama

Kaynaklar

1. *Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, May 2017*
2. *WHO. Cervical cancer, Available at: www.who.int/health-topics/cervical-cancer#tab=tab_1. Accessed September 21,2022.*
3. *Harper DM, DeMars LR. HPV vaccines - A review of the first decade. Gynecol Oncol. 2017 Jul;146(1):196-204.*
4. *World Health Organization. WHO position on HPV vaccines. Vaccine. 2009 Dec 9;27(52):7236-7.*
5. *Soochoo M, Blas M, Byraiah G, Carcamo C, Brown B. Cervical HPV Infection in Female Sex Workers: A Global Perspective. Open AIDS J. 2013 Dec 30;7: 58-66.*
6. *Marek E, Dergez T, D'cruz G, Bozsa S, Cseh A, Szilard I, Benczik M, Kiss I, Varszegi D, Vilagi S, Ember I, Gocze P. Human papillomavirus infections among Hungarian female sex workers. Eur J Cancer Care (Engl). 2014 Jan;23(1):65-75*
7. *Hong Y, Zhang C, Li X, Lin D, Liu Y. HPV and cervical cancer related knowledge, awareness and testing behaviors in a community sample of female sex workers in China. BMC Public Health. 2013 Jul 30;13:696.*
8. *Gitsch G, Kainz C, Reinthaller A, Kopp W, Tatra G, Breitenecker G. Cervical neoplasia and human papilloma virus infection in prostitutes. Genitourin Med. 1991 Dec;67(6):478-80.*
9. *R Mak, L Van Renterghem, C Cuvelier. Cervical smears and human papillomavirus typing in sex workers. Sex Transm Infect 2004;80:118-120.*
10. *Ersan G, Kose S, Senger SS, Gunes H, Sehirali S, Gurbuz I. The prevalence and risk factors of human papillomavirus in female sex workers. Eurasian J Med. 2013 Feb;45(1):16-20.*
11. *del Amo J, González C, Belda J, Fernández E, Martínez R, Gómez I, Torres M, Saiz AG, Ortiz M. Prevalence and risk factors of high-risk human papillomavirus in female sex workers in Spain: differences by geographical origin. J Womens Health (Larchmt). 2009 Dec;18(12):2057-64.*
12. *Thomas DB, Ray RM, Kuypers J, Kiviati N, Koetsawang A, Ashley RL, Qin Q, Koetsawang S. Human papillomaviruses and cervical cancer in. III. The role of husbands and commercial sex workers. Am J Epidemiol. 2001 Apr 15;153(8):740-8.*
13. *Lazarus L, Deering KN, Nabess R, Gibson K, Tyndall MW, Shannon K. Occupational stigma as a primary barrier to health care for street-based sex workers in Canada. Cult Health Sex. 2012;14(2):139-50.*
14. *Reza-Paul S, Lazarus L, Maiya R, Venukumar KT, Lakshmi B, Roy A, Haldar P, Andina M, Lafort Y, Lorway R. Delivering community-led integrated HIV and sexual and reproductive health services for sex workers: A mixed methods evaluation of the DIFFER study in Mysore, South India. PLoS One. 2019 Jun 21;14(6):e0218654.*
15. *Gazi H, Surucuoglu S, Yolasigmaz G, Sen M, Akcali S, Dinc G, Teker A, Sanlidag T, Koroğlu G. Prevalence of Chlamydia trachomatis/ Neisseria gonorrhoeae and human papilloma virus among women-at risk in the Aegian region of Turkey, and their knowledge about HIV/AIDS. West Indian Med J. 2008 Sep;57(4):398-402.*
16. *Yaşar KK, Pehlivanoğlu F, Şengör G, Bakar M. Kayıtlı seks işçilerinde Human papillomavirüs sıklığı ve tiplendirilmesi. Zeynep Kamil Tıp Bülteni 2010, 41(4): 177-181*

Tam Metin Sözlü Bildiri

17. Ay P, Karabey S. Is there a "hidden HIV/AIDS epidemic" in Turkey?: The gap between the numbers and the facts. *Marmara Medical Journal Jan;2006;19(2):90-97*
18. Schim van der Loeff MF, Vorsters A, Marra E, Van Damme P, Hogewoning A. Should female sex workers be offered HPV vaccination? *Hum Vaccin Immunother. 2019;15(7-8):1544-1548.*
19. Velazquez-Hernandez N, Sanchez-Anguiano LF, Guerra-Infante FM, Aguilar-Duran M, Perez-Alamos AR, Estrada-Martinez S, Navarrete-Flores JA, Sandoval-Carrillo AA, Antuna-Salcido EI, Hernandez-Tinoco J, Alvarado-Esquivel C. Human Papillomavirus Infection in Female Sex Workers: A Case Control Study. *J Clin Med Res. 2019 Mar;11(3):196-201.*
20. Farahmand M, Moghoofei M, Dorost A, Abbasi S, Monavari SH, Kiani SJ, Tavakoli A. Prevalence and genotype distribution of genital human papillomavirus infection in female sex workers in the world: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health. 2020 Sep 25;20(1):1455.*
21. Özdemir J, Yücel M, Kızılkaya S, Yıldırım G, Özyiğit İİ, Yuluğkural Z. HPV, HPV vaccination worldwide and current status of HPV vaccination in Turkey: A literature review. *Turk Med Stud J 2022;9(2):48-54*
22. Soca Gallego L, Dominguez A, Parmar M. Human Papilloma Virus Vaccine. 2022 Jul 12. In: *StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-*.
23. Castle PE, Maza M. Prophylactic HPV vaccination: past, present, and future. *Epidemiol Infect. 2016 Feb;144(3):449-68.*
24. Arbyn M, Weiderpass E, Bruni L, de Sanjosé S, Saraiya M, Ferlay J, Bray F. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. *Lancet Glob Health. 2020 Feb;8(2):e191-e203.*
25. Bruni L, Saura-Lázaro A, Montoliu A, Brotons M, Alemany L, Diallo MS, Afsar OZ, LaMontagne DS, Mosina L, Contreras M, Velandia-González M, Pastore R, Gacic-Dobo M, Bloem P. HPV vaccination introduction worldwide and WHO and UNICEF estimates of national HPV immunization coverage 2010-2019. *Prev Med. 2021 Mar;144:106399.*
26. Tsu VD, LaMontagne DS, Atuhebwe P, Bloem PN, Ndiaye C. National implementation of HPV vaccination programs in low-resource countries: Lessons, challenges, and future prospects. *Prev Med. 2021 Mar;144:106335.*
27. Reisinger KS, Block SL, Lazcano-Ponce E, Samakoses R, Esser MT, Erick J, et al. Safety and persistent immunogenicity of a quadrivalent human papillomavirus types 6, 11, 16, 18 L1 virus-like particle vaccine in preadolescents and adolescents: a randomized controlled trial. *Pediatr Infect Dis J 2007;26:201-9.* 28. Lowy DR, Schiller JT. Reducing HPV-associated cancer globally. *Cancer Prev Res (Phila). 2012 Jan;5(1):18-23.*
29. Rambout L, Hopkins L, Hutton B, Fergusson D. Prophylactic vaccination against human papillomavirus infection and disease in women: a systematic review of randomized controlled trials. *CMAJ. 2007 Aug 28;177(5):469-79.*
30. Akcalı N, Nazlıcan E, Akbaba M, Okayay RA, Nayir T. Knowledge, Attitudes And Behaviors Of Sex Workers About Cervical Cancer In A Brothel From Adana, Turkey. *Cukurova Medical Journal 2017;42(1):41-47.*
31. Gultekin M, Zayifoglu Karaca M, Kucukyildiz I, Dundar S, Boztas G, Semra Turan H, Hacikamiloglu E, Murtuza K, Keskinilic B, Sencan I. Initial results of population based cervical cancer screening program using HPV testing in one million Turkish women. *Int J Cancer. 2018 May 1;142(9):1952-1958.*
32. Basu P, Mittal S, Banerjee D, Singh P, Panda C, Dutta S, Mandal R, Das P, Biswas J, Muwonge R, Sankaranarayanan R. Diagnostic accuracy of VIA and HPV detection as primary and sequential screening tests in a cervical cancer screening demonstration project in India. *Int J Cancer. 2015 Aug 15;137(4):859-67.*
33. Catarino R, Petignat P, Dongui G, Vassilakos P. Cervical cancer screening in developing countries at a crossroad: Emerging technologies and policy choices. *World J Clin Oncol. 2015 Dec 10;6(6):281-90.*
34. Bongaerts THG, Ridder M, Vermeer-Mens JJC, Plukkel JJ, Numans ME, Büchner FL. Cervical Cancer Screening Among Marginalized Women: A Cross-Sectional Intervention Study. *Int J Womens Health. 2021 Jun 8;13:549-556.*
35. Duff P, Ogilvie G, Shoveller J, Amram O, Chettiar J, Nguyen P, Dobrer S, Montaner J, Shannon K. Barriers to Cervical Screening Among Sex Workers in Vancouver. *Am J Public Health. 2016 Feb;106(2):366-73.*
36. Kaya O, Erez E. Migration, Agency, and the Sex Industry: Practitioners' Perspectives on Foreign Sex Workers in Turkey. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology. 2018 Aug;62(10):2954-2981.*
37. Coşkun E. Curbing sex trafficking in Turkey: The policy-practice divide. *Asian and Pacific migration journal:APMJ. 2015 Jul;24(3):327-352.*
38. Spînu AD, Anghel RF, Marcu DR, Iorga DL, Cherciu A, Mischiianu DL. HPV vaccine for men: Where to? (Review). *Exp Ther Med. 2021 Nov;22(5):1266. doi: 10.3892/etm.2021.10701. Epub 2021 Sep 7. PMID: 34594403; PMCID: PMC8456458.*

Özet Sözlü Bildiri

S188

**OMİKRON VARYANTI DÖNEMİNDE COVID-19 REENFEKSİYONU VE AŞI:
SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA BİR OLGU-KONTROL ARAŞTIRMASI**

**Göknil ÇAVUŞ¹, Ayşe KUZUBAŞ¹, Isabel Raika DURUSOY ONMUŞ¹, Seyfi DURMAZ², Yeşim BABÜR KORKMAZ³,
Funda KARBEK AKARCA⁴, Mert Anıl ALTUN⁵**

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Türkiye

³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Türkiye

⁴Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Türkiye

⁵Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Türkiye

Giriş: SARS-CoV-2 Omikron varyantının yaygın olduğu 1 Ocak 2022-11 Eylül 2022 döneminde gerçekleştirilen bu olgu-kontrol tasarımıdaki çalışmada Ege Üniversitesi Hastanesi çalışanlarında reenfeksiyon olanların özellikleri ile bir defa COVID-19 enfeksiyonu olanların özellikleri karşılaştırılmıştır. Türkiye’de sağlık çalışanlarının dahil edildiği COVID-19 reenfeksiyon çalışmalarının azlığı ve kimlerin reenfeksiyona daha yatkın olduğunun araştırılması gereksinimi, bu çalışmanın gerekçelerini oluşturmuştur.

Gereç Yöntem: Olgu-kontrol tipindeki araştırmamızda Ege Üniversitesi Hastanesi çalışanlarından Omikron piki döneminde SARS-CoV-2 ile reenfekte olan kişiler olgu grubunu, aynı pikte hayatında ilk kez COVID-19 ile enfekte olanların da kontrol grubunu oluşturmuştur. Re-enfekte olan 76 sağlık çalışanı olgu grubuna karşılık, bir kez SARS-CoV-2 ile enfekte olan 190 sağlık çalışanı kontrol grubuna randomizasyon ile seçilmiştir. Çalışma kapsamında sağlık çalışanlarının ilk enfeksiyon sonrası 93 günlük (çeyreklikler 78,8-152,5) takipleri değerlendirilmiştir. Aşılı olmak, koruyucu önleme maruz kalan grubu tanımlamıştır. Aşı türleri son iki doz üzerinden (Sinovac, Biontech ve heterolog) tanımlanmıştır. Aşı sayıları da değişken olarak değerlendirilmiştir. Cinsiyet, yaş, sigara kullanımı, kronik hastalık (DM, hipertansiyon, kanser, KOAH vb.) değişkenleri kontrol değişkenleri olarak alınmıştır. Analizlerde SPSS 25 programı kullanılmıştır. Gruplar arası fark için ki-kare ve Student t testi ile değerlendirme yapılmıştır. Hastaliksız sağkalım hesaplanmasında Kaplan-Meier testi kullanılmıştır. Anlamlılık değeri 0,05 olarak kabul edilmiştir.

Etik kurul onamı Ege Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 25.08.2022 tarihinde alınmıştır. Etik kurul onam numarası 22-8.1T/53 şeklindedir.

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur ve finansal destek alınmamıştır.

Bulgular: Katılımcıların %68,8’i kadın, yaş ortalaması 38,1±9,5, %33,1’i sigara içiyor, %16,2’sinin kronik hastalığı vardır. İkinden az aşı olan 10 kişi (%3,9) iken, 5 ve 6 doz aşı olanlar 60 (%23,3) kişidir. Son iki doz aşısı Sinovac olanlar 45 (%12,5), Biontech olanlar 243 (%67,5) ve heterolog aşı olanlar 72 (%20,0)’dir. Son doz aşı ile ilk hastalık tanısı arasında geçen medyan süre 206 gündür (çeyreklikler 169-278). İlk enfeksiyon sonrası hastaliksız sağkalım 181,0 (%95GA 174,9-187,1) gün bulunmuştur. Reenfeksiyon olma ile cinsiyet, aşı türleri, doz sayıları, aşı ile ilk hastalık arasında geçen süre arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Kadınlarda %32,8, erkeklerde %19,3 reenfeksiyon saptanmıştır (p=0,024). Aşı türlerinde heterolog aşı olanlarda reenfeksiyon olasılığının arttığı görülmektedir. Son iki dozu Sinovac aşısı olanlarda %44,4, Biontech olanlarda %45,7 iken heterolog aşı olanlarda ise %69,4 bulunmuştur (p=0,001). İki dozdan daha az aşısı olanlarda reenfeksiyon %70 iken, üç doz olanlarda %44,6, beş ve altı doz olanlarda ise %16,7’dir (p<0,001). Son doz aşı tarihi ile ilk hastalık tanısı arasında geçen süre ile reenfeksiyon oluşma süresi arasında negatif yönde düşük korelasyon bulunmuştur (r=0,384, p=0,001). Son doz aşı tarihi ile ilk hastalık tanısı arasında üç aydan daha kısa süre bulunması durumunda %66,7; 90-182 gün olanlarda %39,7; altı ay ve daha uzun süre olanlarda ise %18,6 reenfeksiyon saptanmıştır (p<0,001).

Özet Sözlü Bildiri

Sonuç: Reenfeksiyon görülme sıklığı kadınlarda erkeklere göre fazladır. Aşı dozu sayısı arttıkça reenfeksiyon oranlarında azalma görülmüştür. Heterolog aşı olanlarda sadece Sinovac veya Biontech aşılarından birini olanlara göre reenfeksiyon olasılığının artmış olduğu görülmüştür. Son doz aşı tarihi ve ilk hastalık tanısı arasında geçen süre ile reenfeksiyon oluşma süresi arasında negatif yönde düşük korelasyon bulunmuştur. Bu noktada aşı sonrasında erken sürede karşılaşılan SARS-CoV-2 enfeksiyonuyla oluşan doğal immünitinin azalmasını araştırarak ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Re-enfeksiyon, SARS-CoV-2, Omicron, Sağlık Çalışanları, Aşı

Özet Sözlü Bildiri

S189

TÜRKİYE'DE COVID-19 BAĞIŞIKLAMASINDA BÖLGELER VE İLLER DÜZEYİNDE EŞİTSİZLİK

Bahar MARANGOZ¹, Mehmet ZENCİR², Muzaffer ESKİOCAK³

¹Edirne İl Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

²Türk Tabipleri Birliği Halk Sağlığı Kolu, Türkiye

³Sanko Üniversitesi, Türkiye

Dünyada ve ülkelerde COVID-19 aşılmasında eşitsizlik, pandemiyle mücadeleye olumsuz yansımaktadır. Öte yandan pandemi, mevcut eşitsizlikler ve bağışıklama hizmetlerine özgü hali hazırda sorunları derinleştirmektedir.

Bu araştırma ile ülkemizde sunulan COVID-19'a karşı bağışıklama hizmetinde eşitsizliğin Türkiye İstatistik Bölge Birimleri Sınıflandırması-1 (IBBS Düzey 1), Türkiye illerinin %20'lik dilimleri ve iller düzeyinde değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Araştırma tanımlayıcı epidemiyolojik tipte bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini Türkiye'deki tüm iller (N=81) oluşturmaktadır. Örneklem seçimi yapılmadan illerin tümü araştırmaya dahil edilmiştir. 81 ilin COVID-19 aşılama verileri Sağlık Bakanlığı web sitesinden alınmıştır. Araştırma ülkemizde COVID-19'a karşı bağışıklamanın başladığı 14.01.2021 tarihinden itibaren 24.10.2022 tarihine değin yapılmış tüm 2 doz COVID-19 aşılarını kapsamaktadır. Söz konusu 2 doz aşılama: CoronaVac, Pfizer Biotech ve Turkovac aşılardan başlanılan aşıyla 2. doza devam edilmesi ya da başlanılan aşıdan farklı bir aşı tercih edilmesini ifade etmektedir. Sağlık Bakanlığı web sitesinde günlük olarak il bazında yayınlanan 18 yaş üstü nüfusun aşılama oranları ve TÜİK 2020 nüfus istatistikleri kullanılarak her il ve Türkiye geneli için paydada il nüfusu olacak şekilde COVID-19 2. doz aşılama oranları hesaplanmıştır. Tüm nüfus üzerinden hesaplanarak elde edilen aşılama oranları üzerinden IBBS Düzey 1, Türkiye illerinin %20'lik dilimleri ve iller düzeyinde eşitsizlik göstergeleri hesaplanmıştır. Eşitsizlik göstergeleri Hız Oranı ve Topluma Atfedilen Risktir. Bu araştırmada Hız Oranı aşılama açısından en kötü durumdaki il ya da bölgenin en iyi durumdaki il ya da bölge ile kıyaslanmasıdır. Topluma Atfedilen Risk ise en kötü durumda olan il ya da bölgenin en iyi durumda olan il ya da bölge düzeyine erişmesi durumunda söz konusu toplumda aşılama oranı olmayan kişilerin ne kadarının aşılama oranı olabileceğini ifade etmektedir. Araştırma kamuya açık verilerle yürütüldüğü için etik kurul onayı veya kurumsal izin alınmamıştır. Sağlık Bakanlığı web sitesinde 13.09.2021 tarihinde aşılama verisinin sınırlandırılması nedeniyle COVID-19 bağışıklamasında hatırlatma dozları üzerinden eşitsizlik analizi yapılamaması araştırmanın en önemli kısıtlılığıdır.

Ülkemizde 24.10.2022 tarihi itibarıyla 12 yaş ve üzerinin COVID-19'a karşı bağışıklamasında bölgeler düzeyinde (IBBS Düzey 1) gerçekleştirilen değerlendirmede Batı Marmara Bölgesi'nin aşılama oranı %67,9; Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nin %41,3'tür. Türkiye ortalaması ise %63,5'tir.

En iyi durumdaki Batı Marmara Bölgesi'nin COVID-19'a karşı aşılama oranı, en kötü durumdaki Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nin 1,6 katıdır. Eğer Türkiye genelinin aşılama oranı Batı Marmara Bölgesi'nin düzeyine erişseydi, aşılama oranı olmayanların %13,51'inin (aşılama oranı olmayan 100 kişiden 13'ünün daha aşılama oranı) aşılama oranı olduğu belirlenmiştir.

24.10.2022 tarihi itibarıyla COVID-19'a karşı aşılama oranı iller düzeyinde gerçekleştirilen değerlendirmede ise: en iyi durumdaki ilin %70,8 aşılama oranı ile Kırklareli; en kötü durumda olan ilin ise %34,3 aşılama oranı ile Şanlıurfa olduğu saptanmıştır.

Özet Sözlü Bildiri

En iyi %20'lik dilimdeki illerin (sırasıyla Kırklareli, Çanakkale, Edirne, Ordu, Balıkesir, Muğla, Giresun, Bartın, Amasya, Burdur, Eskişehir, Artvin, Zonguldak, Sinop, Kastamonu, İzmir- 100 kişiden 66 ve daha fazlasının COVID-19 aşısı olduğu illerimiz), en kötü %20'lik dilimdeki illerin (sırasıyla Şanlıurfa, Siirt, Batman, Muş, Diyarbakır, Mardin, Ağrı, Bitlis, Şırnak, Bingöl, Van, Gaziantep, Iğdır, Hakkari, Adıyaman, Erzurum-100 kişiden 51 ve daha azının COVID- 19 aşısı olduğu illerimiz) 1,6 katıdır. Eğer Türkiye genelinin COVID-19'a karşı aşılama oranı en iyi %20'lik dilim düzeyine erişseydi, aşılammamış olanların %13,51'inin (aşılammamış 100 kişiden 13'ünün daha aşılanaebileceği) ek olarak aşılanaebileceği belirlenmiştir.

Güneydoğu Anadolu bölgesi hem IBBS-düzye1 hem de en kötü %20'lik dilimde COVID-19 aşı eşitsizliğinin en yoğun olduğu bölgedir. COVID-19 aşı kapsayıcılığı açısından bu bölgedeki iller dezavantajlı durumdadır. Eşitsizliğin bu illerde belirgin olmasının genel toplumsal eşitsizlikle ilgisi ve bağışıklama hizmetlerinin kapasitesi -birinci basamak sağlık personeli varlığı, yeterliliği, kalıcılığı- ve hizmetin sunumu ve kullanımına engel oluşturacak ögeler -güven ilişkisi, aşıya erişim, hizmet sunumunun kalitesi- açısından araştırılmaya değerdir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, Bağışıklama, Eşitsizlik

Özet Sözlü Bildiri

S191

**BİR ÜNİVERSİTENİN TIP FAKÜLTESİ İLK 5 YILINDAKİ ÖĞRENCİLERDE
SİNİZM DÜZEYİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

Nurhan MEYDAN ACIMIŞ¹, Fatma Nur EĞİLMEZ², Onur ORHAN²

¹Pamukkale Üniversitesi, Türkiye

²Pamukkale Üniversitesi, Türkiye

Giriş-amaç: Öğrenci sinizmi üniversite eğitim süreçleri veya ortamına yönelik beklentilerinin karşılanamamasından doğan negatif duygu, davranış ve hayal kırıklıklarıdır. Tıp eğitiminin zorlu olması, yarış ortamı, öğrencilerin bilgi paylaşımlarından kaçınmalarına, kendilerini yalnız, başarısız, tükenmiş hissetmelerine yol açabilmektedir. Çalışmamızın amacı; bir üniversitede beş yıl boyunca eğitim alan tıp öğrencilerinde sinizm düzeylerini ve ilişkili etmenleri belirlemektir.

Gereç-yöntem: Kesitsel tanımlayıcı araştırmanın evrenini 2021-2022 eğitim öğretim döneminde Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğrenim gören ilk beş yılındaki öğrenciler oluşturdu. Örneklem seçilmeden evrenin tamamına ulaşılması hedeflendi. Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 14.02.2022 tarihinde E-60116787-020-168785 sayılı onay izni alındı. Araştırma 1 Ocak - 28 Şubat 2022 tarihleri arasında yapıldı. Araştırmanın bağımlı değişkeni öğrencilerin sinizm düzeyi olup; bağımsız değişkenleri ise öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri, kronik hastalık varlığı, kullandığı ilaç, dış görünüm memnuniyeti, alkol ve sigara kullanım alışkanlıkları, okul başarısı, tıp fakültesine olan bakışları ile ilgili sorular oluşturmaktaydı. Çalışmada kullanılan online anket formu 37 soru içermektedir. Katılımcılara sosyo-demografik özellikleri ile ilgili 11 soru, sağlık durumlarıyla ilgili 3 soru, fakülteleriyle ilgili 5 soru, 5'li likert tipinde 18 soru bulunan "Üniversiteye Yönelik Sinik Tutumlar" ölçeği (ÜSTÖ) sorularak verilerimiz toplandı. Analizde SPSS 17.0 paket programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca, çeyrekler arası fark olarak verildi. Verilerin normal dağılıma uygun olup olmadıkları Kolmogorov-Smirnov ile test edildi. Ölçümsel verilerin analizinde Mann Whitney U veya Kruskal Wallis testleri kullanıldı. Sinizm düzeyine ilişkin faktörlerin belirlenmesinde Lineer regresyon analizi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan 342 öğrenciden 95'i (%57,0) kadındır. Pandemi koşulları etkin bir şekilde sürerken dönemler göre katılım dağılımı şöyledir; dönem 1(%37,3), dönem 2(%32,1), dönem3(%21,2), dönem 4(%18,6), dönem 5(%30,7) dir. Araştırmamızda öğrencilerin ölçek puan ortalaması $54,6 \pm 10,4$ olarak orta seviyede saptandı. Erkeklerin sinizm düzeyi (56,5) kadınlara göre (53,1) daha yüksekti.($p = 0,005$). Baba öğrenim durumu üniversite/yüksek lisans/doktora düzeyinde olanların (55,8) lise ve altı olanlara göre (53,5) ($p=0,041$), sigara içenlerin (58,5) içmeyenlere göre (53,0) ($p=0,007$), alkol kullananların (58,2) kullanmayanlara göre (52,6) ($p < 0,001$), sağlık düzeyini iyi ve üstü olarak belirtenlerin (55,6) daha az olanlara (51,0) ($p=0,001$), dış görünüşünden her zaman/nadiren /bazen memnun olanların (56,1) diğerine göre (53,4) ($p=0,009$) daha yüksek sinizm düzeyine sahip olduğu belirlendi. Öğrencilerin fakülteleriyle ilgili özelliklerine bakıldığında; tıp fakültesini başkasının etkisiyle seçenlerin (59,0) kendi isteğiyle seçenlere göre (53,7) ($p=0,001$), üniversite tercih sıralamasında tıp fakültesi ilk beşte yer alanların (56,6) beş ve üzeri olanlara göre (52,6) ($p=0,001$), öğretim üyeleriyle ilişkisini zayıf olarak yorumlayanların (59,3) çok iyi ve orta diyenlere göre (52,7) ($p < 0,001$), idari personelle ilişkisi orta ve zayıf olanların (55,3) çok iyi olanlara göre (49,8) ($p=0,002$), okul başarısını orta ve altı olarak algılayanların (56,0) daha iyi algılayanlara göre (51,4) ($p < 0,001$) daha yüksek sinizm seviyesine sahipti. Yapılan çoklu analizde; erkek öğrenciler ($B=4,970$), tıp fakültesi tercihinin başkalarının etkisiyle yapanlar ($B=6,724$), alkol kullananlar ($B=6,500$), öğretim üyeleriyle ilişkisi zayıf olanlar ($B=5,997$), idari personelle ilişkisi orta ve zayıf olanlar ($B=9,007$) ÜSTÖ puanı yüksek bulundu.($p < 0,05$).

Özet Sözlü Bildiri

Sonuç: Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi ilk beş yılındaki öğrencilerinde sinizm düzeyi, erkeklerde, tıp fakültesi seçme kararını başkalarının etki ve baskılarıyla alanlarda, öğretim üyeleriyle ilişkisi zayıf olanlarda, idari personellerle ilişkisi orta ve zayıf olanlarda, alkol kullananlarda daha yüksek bulundu. Tüm tıp fakültelerinin zorlu ders müfredatı içinde iletişim becerileri dersi olmalı ve tıp fakültesi seçme kararlarında rehberlik çalışmalarına daha çok önem verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Sinizm, Tıp Fakültesi, Öğrenci (Araştırmada herhangi bir çıkar çatışması ve finansal destek yoktur)

Özet Sözlü Bildiri

S192

MANİSA'DA SERBEST ECZACILARIN SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÜSTLENDİĞİ ROLLER VE BUNU ETKİLEYEN DEĞİŞKENLER

Hülya ERTEN, Beyhan CENGİZ ÖZYURT

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Türkiye

Giriş ve Amaç: Son yıllarda dünyada serbest eczacıların ilaçtaki geleneksel rolleri dışında hasta danışmanlığı ve müdahaleler gibi daha fazla sağlık eğitimi ve hastalık önleme faaliyetlerini içerecek şekilde rollerini genişletmeye olan ilgi artmıştır. Ülkemizde serbest faaliyet gösteren eczaneler 2019'da yayımlanan "Sağlık Hizmeti Sunucularının Basamaklandırılması" konulu genelgede ve 10.02.2022 tarihli yönetmelikte "birinci basamak sağlık hizmet sunucusu" olarak tanımlanmıştır. Erişilebilir olması, halkla sık sık iletişim kurması, uzun çalışma saatleri ve coğrafi olarak geniş bir alana dağılmış olması nedeniyle serbest eczaneler genellikle sağlığı geliştirme, kronik hastalık izlemlerine destek olabilecek uygun danışmanlık verebilecek yerlerdir.

Türk Eczacıları Birliği (TEB)'nin 2014'te başlattığı Rehber Eczanem Programı'nda eczacıların güncel eğitim modülleriyle diyabet, astım yönetimi, hipertansiyon, farmasötik bakım hizmetleri gibi eğitimlerle danışmanlık hizmeti sunması geliştirilmekte ve teşvik edilmektedir

Amacımız Manisa'da aktif çalışan serbest eczacıların sağlık hizmetlerinde üstlendiği roller ve bunu etkileyen değişkenleri belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma kesitsel türdedir. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı ve TEB 29. Bölge Manisa Eczacı Odası'ndan yazılı izin alınmıştır. Evren Manisa ili merkez ilçelerde aktif olarak serbest eczacılık mesleğini yürüten 151 eczacıdır. Örneklem hesaplanmadan araştırmacı tarafından tüm evrene Aralık 2021-Mayıs 2022 tarihlerinde ulaşılmaya çalışılmıştır. Sosyodemografik bilgiler, verilen danışmanlık konuları, karşılaşılan problemleri belirlemeye yönelik 41 sorudan oluşan anket formu aracılığıyla veriler online toplanmaya başlamıştır, istenen sürede yeterli veri toplanmadığı için yöntem değişikliğine gidilip merkez iki ilçedeki online ankete cevap vermeyenlere gidilerek yüz yüze yöntemle toplanmıştır. Araştırmanın kapsayıcılığı %76.2'dir (n:115). Bağımsız değişkenler, eczacıya ait sosyodemografik değişkenler, eczanenin konumu, eczanede çalışan kişi sayısı, eczaneye başvuran kişi sayısı ve en sık başvuran yaş grubu, eczacının Rehber Eczanem Programı'na ve meslek içi eğitimlere katılma durumu, hekim reçeteleriyle ilgili değerlendirmeleri ve bu konuda iletişimleri, üniversite eğitiminde halk sağlığı dersini değerlendirme, kanser taraması yaptırmadır. Bağımlı değişkenler eczacıların danışmanlık hizmeti verme (Rehber eczanem programı ana eğitim modüllerindeki hipertansiyon, diyabet, astım-KOAH yönetimi ve ek olarak sağlığı geliştirme açısından kilo kontrolü konusunda dört ana başlığın tümünde danışmanlık verme) ve danışmanlık verenlerin verdikleri hizmeti değerlendirme durumudur. Tek değişkenli analizlerde Ki-kare ve bağımsız gruplarda t testi, pearson korelasyon testi, çok değişkenli analizlerde lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Bu çalışmada finansal destek alınmamış, herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Bulgular: Eczacıların yaş ortalaması 49.16±15.45 olup, % 66.1'i kadındır. Eczacılara verdiği danışmanlık hizmeti sorulduğunda hipertansiyon %61.7, sağlıklı beslenme %58.3, acil hormonal doğum kontrolü %57.4, Kovid-19 %57.4, kilo kontrolü %56.5 ve diğerleri olmak üzere sıralanmaktadır. En az verilen danışmanlık intihar riski (%6.1)'dir. Başvuranın danışmanlık talebinin önündeki engeller en sık %65.2 ile başvuranın utanması, %55.7 eczanenin kalabalık olması, % 53.9 cinsiyet farkı olarak belirtilmiştir. Eczacıların danışmanlık vermesinin önündeki engeller; en sık %73.9 ile eczacıların iş yükü fazlalığı, %67.0 eczacı tarafından çok fazla teknik iş yapılması, %57.4 zaman yetersizliği, %51.3 hastaların çoğunlukla bir acelesi olması ve zamanının olmaması olarak belirtilmiştir. Rehber Eczanem Programı'na katılan eczacıların oranı %15.7'dir. Çok değişkenli analizlerde Rehber Eczanem Programı'na katılanların 10.18 (%95GA=2.54-40.67) kat, kilolu/obez olanların 4.23 (%95GA=1.60-11.14) kat, genç olanların 1.03 (%95GA=1.01-1.07) kat daha fazla danışmanlık hizmeti verdikleri saptanmıştır.

Sonuç: Mesleki eğitim programlarına katılan serbest eczacılar daha fazla danışmanlık vermektedir. Serbest eczacıların Rehber Eczanem gibi eğitici programlarına katılımı düşüktür. Bu tür programların güçlendirilerek katılım artırılmalıdır. TEB ve Sağlık Bakanlığı, serbest eczacıların sağlık sistemine daha etkin entegrasyonu için danışmanlık rollerini ve meslek hakkını birlikte düzenleyerek yeni çerçeveler ve işbirliği planları oluşturabilir.

Anahtar Kelimeler: Eczacılar, Sağlık hizmeti, Manisa

Özet Sözlü Bildiri

S193

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ ÇALIŞANLARINDA FARKLI COVID-19 AŞILARININ ETKİLİLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hazal Cansu ÇULPAN¹, Sümeyye Nur AYDIN², Abdulkerim UYGUR², İlker İnanç BALKAN³, Rıdvan KARAALİ⁴, Beyhan BUDAK⁴, Yılmaz KESKİNDEMİRCİ⁵, Neşe SALTOĞLU⁴, Günay CAN²

¹Karaman Merkez Toplum Sağlığı Merkezi, Türkiye

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

³İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Amerika Birleşik Devletleri

⁴İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Türkiye

⁵İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Hastaneler Genel Direktörlüğü, Türkiye

Giriş-Amaç: Gerçek dünya çalışmaları, COVID-19 aşılarının etkililiğinin varyantlara karşı veya zaman içerisinde azaldığını göstermiştir. COVID-19 aşılarının koruyuculuğunun ve bağışıklığın azalmasına ilişkin kanıtlar Dünya Sağlık Örgütü tarafından gözden geçirilmiş ve rapel dozlara duyulan ihtiyacın değerlendirilmesine yol açmıştır. Dünyada COVID-19 rapel dozu uygulayan ilk ülke İsrail'in ardından diğer ülkeler de COVID-19 vakalarındaki artışı önlemek için rapel dozları uygulamaya başlamıştır. Bu çalışma, farklı tiplerde (inaktif veya m-RNA) ve dozlarda (2 ila 4 doz) COVID-19 aşısı uygulanan sağlık çalışanları arasında COVID-19'a karşı aşı etkililiğini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Gereç-Yöntem: Bu retrospektif kohort çalışması 1 Ağustos - 30 Kasım 2021 tarihleri arasında İstanbul'da bir üniversite hastanesinde yapıldı. Çalışma için İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (02/03/2022 tarih ve 327664 sayılı etik kurul onayı). Çalışmada herhangi bir çıkar çatışması ve finansal destek yer almadı. Aşılama durumu ve polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) testi sonucu ile ilgili veriler, fakülte ve hastane yönetiminden izin alınarak hastane kayıtlarından elde edildi. 4067 sağlık çalışanınin 1057'si daha önce COVID-19 ile enfekte olmak, aşı denemelerine katılmak veya sadece bir doz aşı yaptırmak gibi çeşitli nedenlerle çalışma dışı bırakıldı.

Çalışmada altı farklı aşılama durumu değerlendirildi:

- 1- Aşısız (UV)
- 2- İki doz CoronaVac (2C)
- 3- İki doz BNT162b2 (2B)
- 4- Üç doz CoronaVac (3C)
- 5- İki doz CoronaVac ve bir doz BNT162b2 (2C1B)
- 6- İki doz CoronaVac ve iki doz BNT162b2 (2C2B)

Yeterli takip süresinin sağlanabilmesi için aşı durumunun belirlenmesinde 30 Eylül 2021 tarihine kadar uygulanan aşılar dikkate alındı. 30 Eylül'den sonra aşılananlar veya PCR testi pozitif çıkanlar sansürlendi. 30 Eylül 2021'deki aşı durumuna göre aşısız grup için takibe 1 Ağustos 2021'de başlandı. Takip periyodu diğer gruplar için ya son dozu aldıktan 14 gün sonra ya da 1 Ağustos 2021 (hangisi daha geçse) olarak tanımlandı. Aşının düzeltilmemiş ve düzeltilmiş (yaşa ve cinsiyete göre) etkililiğini tahmin etmek için insidans hızı oranı ve Cox regresyon kullanıldı. Sonuçlar tehlike oranı (hazard ratio) ve %95 güven aralığı ile sunuldu. İstatistiksel anlamlılık için p<0,05 kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 3.050 sağlık çalışanınin %51'i 2C1B ile aşılanmıştı ve bunu sırasıyla 2C2B (%12), 2B (%11,7), 2C (%10) ve 3C (%8,5) izledi. Çalışanların %6,7'si ise aşısızdı. Çalışma sırasında sağlık

Özet Sözlü Bildiri

çalışanlarının %5,7'si (n=171) COVID-19 enfeksiyonu geçirdi. En yüksek COVID-19 pozitifliği aşısız grupta (%21.7) ardından 2C grubunda (%14.2), en düşük ise 2C2B grubunda (%1.4) bulundu ($p<0.001$). COVID-19 enfeksiyonu için düzeltilmemiş etkililik 2C2B'de en yüksek (%93, %81-97), 3C'de en düşüktü (%62, %38-77). 2C'nin COVID-19 enfeksiyonu için düzeltilmemiş etkililiği anlamlı değildi (%29, %-8-53). COVID-19 enfeksiyonu için yaşa ve cinsiyete göre düzeltilmiş etkililik 2C2B'de en yüksek (%91, %77-96), 3C'de en düşüktü (%56, %27-74). 2C'nin COVID-19 enfeksiyonu için düzeltilmiş etkililiği anlamlı değildi (%24, %-15-50). 120 günlük medyan takip sırasında SARS-CoV-2 enfeksiyonunun kümülatif insidansı 2C2B ile aşılansmış sağlık çalışanları için %2,5, 2C1B için %3,2, 2B için %5, 3C için %11,9 ve 2C için %19,4'tü. Aşılansmamış sağlık çalışanları için kümülatif insidans %24,9'du.

Sonuç: Bu çalışmada, iki doz CoronaVac aşısının COVID-19 enfeksiyonuna karşı etkililiği anlamlı bulunmazken CoronaVac veya BNT162b2 ile rapel doz uygulanmasının etkililiği anlamlı olarak artırdığı belirlendi. Ayrıca rapel doz olarak BNT162b2 uygulanan sağlık çalışanlarında aşı etkililiğinin daha yüksek olduğu saptandı. Bu bulgular Dünya Sağlık Örgütü tarafından değerlendirilen ek aşı dozlarına ihtiyaç olduğuna dair kanıtları desteklemektedir. Ancak bu sonuçların kanıt düzeyi daha yüksek araştırma tasarımları ile doğrulanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aşı etkililiği, BNT162b2, CoronaVac, COVID-19 aşısı, Sağlık çalışanları

Özet Sözlü Bildiri

S194

BİR ÜNİVERSİTEDEKİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN KÜRESEL İKLİM DEĞİŞİKLİĞİNE YÖNELİK FARKINDALIKLARI

Elif Aylin YÜCE YÖRÜK¹, Ceren VARER AKPINAR²

¹Muğla İl Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

²Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Türkiye

Giriş ve Amaç: Yaşamın her alanında etkilerinden bahsedebileceğimiz iklim değişikliği, yüzyılımızın en önemli halk sağlığını tehdit eden konusu haline gelmiştir. Küresel iklim değişikliği, milyarlarca yıldır süregelen olaylar silsilesinden farklı olarak günümüzde; fosil yakıtların yakılması, kentleşme, ormansızlaşma ve sanayi süreçleri gibi insan faaliyetleri ile atmosfere salınan sera gazı birikimi sonucu yerkürenin ortalama yüzey sıcaklıklarında artış ve iklim değişikliklerini ifade etmektedir. Türkiye IPCC raporlarında, iklim değişikliğine karşı kırılgan ülkelerden biri olarak tanımlanmıştır. TBMM İklim Araştırma Komisyonu'nun ağustos 2021'de yayımladığı taslak raporda, ülkemizde aşırı hava olaylarının şiddet ve sıklığının arttığı gözlemlenmiştir. İklim değişikliğinin nedenlerinin bilinmesi, öneminin anlaşılması, tüm boyutlarıyla ele alınması ve kanıta dayalı olarak sonuçlarının gösterilmesi, korunma için yapılabileceklerin ortaya konması için eğitimli insan gücü gereklidir. Bu amaçla bir üniversitenin tıp fakültesi öğrencilerinin küresel iklim değişikliği hakkında farkındalık düzeylerinin tespit edilmesi planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte olan araştırma evrenini 2022-2023 döneminde üniversitenin tıp fakültesine kayıtlı 426 öğrenci oluşturmaktadır. %50 prevelans, %95 güven aralığı, %5 hata payı, desen etkisi 2, yanıtlanmama oranı %20 alınarak 240 öğrenci örneklem büyüklüğü olarak belirlenmiş, sınıf düzeyine göre tabakalandırılmıştır. Etik kuruldan 220083 başvuru numarası, 26.09.2022 tarihli ve 86 nolu kararı ile onay alındıktan sonra iki hafta süresince, örnek seçimi sonucu belirlenen öğrencilere Google form aracılığıyla anket uygulanmıştır. Araştırmamızda finansal destek ve çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Sosyodemografik özellikler: yaş,cinsiyet,sınıf,yaşadığı ilin bölgesi(TNSA 2018),ailesinin yaşadığı yer(İl/ilçe merkezi, köy),gelir algısı. Küresel İklim Değişikliğine Yönelik Farkındalık Ölçeği (KİD):Deniz ve ark.(2021) tarafından geliştirilen 21 maddelik ölçek; Doğal ve Beşeri Ortama Etkiler (9 madde), Küresel Organizasyonlar ve Anlaşmalara İlişkin Farkındalık (6 madde), Ortaya Çıkarıcı Sebepler (3 madde) ve Enerji Tüketimi İlişkisi (3 madde) olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekten en yüksek 105; en düşük 21 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puan ortalamalarına göre 1-2,33 arası düşük, 2,34-3,66 arası orta, 3,67-5,00 arası yüksek farkındalık şeklinde yorumlanmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,826'dır.

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS ver. 18.0 kullanılmıştır. Analizlerde tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde, dağılım istatistikleri ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değer olarak belirtilmiştir. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorow Smirnow testi ile kontrol edilmiştir. Parametrik test varsayımlarına uygun olduğundan Student t testi ve ANOVA testi kullanılarak analizler yapılmıştır. Tip-1 hata düzeyi 0,05 olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya 149'u (%59,8) kadın, 100'ü (%40,2) erkek 249 öğrenci katılmıştır. Öğrencilerin yaş ortalama 20,83±2,45(17-38)'tir. Tabakalandırma düzeyine uygun olarak 74 (%29,7) öğrenci birinci, 60 (%24,1) öğrenci ikinci, 51 (%20,5) öğrenci üçüncü, 13 (%5,2) dördüncü, 28 (%11,2) beşinci ve 23 (%9,2) altıncı sınıf öğrencisidir. Öğrencilerin aileleri ile yaşadıkları illerin bölgelerine bakıldığında 64 (%25,7) öğrenci Kuzey Anadolu, 61 (%24,5) öğrenci Batı Anadolu, 47 (%18,7) öğrenci Orta Anadolu, 42 (%16,9) öğrenci Güney Anadolu, 33 (%13,3) öğrenci Doğu Anadolu ve 2 (%0,8) öğrenci de yurtdışında yaşamış olup 231 (%92,8) kişi il/ilçe merkezi, 18 (%7,2)'inde köydür. Aile gelir seviyesini 161 (%64,7) kişi orta ve 66 (%26,5) kişi iyi olarak

Özet Sözlü Bildiri

değerlendirmiştir. KİD ölçeğine göre, 3 (%1,2) öğrencide düşük, 162 (%65,1) öğrencide orta ve 84 (%33,7) öğrencide yüksek düzeyde farkındalık tespit edilmiştir. Öğrencilerin toplam puanları ile sosyodemografik değişkenler açısından fark tespit edilmezken alt boyutlar incelendiğinde, 1.sınıfların 6.sınıflara göre küresel organizasyon ve anlaşmalara yönelik farkındalık ile enerji tüketimine yönelik farkındalık boyutlarında ortalamaları anlamlı olarak yüksek tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Sonuç: Tıp fakültesi öğrencilerinde iklim değişikliği farkındalığı orta düzeyde tespit edilmiştir. Öğrencilerin sınıf ilerledikçe iklim değişikliği farkındalıklarında azalma olduğu görülmüştür. Tıp fakültesi müfredatına yüzyılımızın acilen müdahale edilmesi gereken bir halk sağlığı sorunu olarak iklim değişikliği eklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: iklim değişikliği, küresel iklim değişikliği ölçeği, tıp fakültesi öğrencileri, farkındalık

Özet Sözlü Bildiri

S195
İNTÖRN HEKİMLERDE İKLİM DEĞİŞİKLİĞİNİN KÜRESEL, YEREL, BİREYSEL
BAĞLAMININ NİTEL BİR DEĞERLENDİRMESİ

Merve AKBAYRAK, Işıl ERGİN

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Hükümetlerarası İklim Değişikliği Paneli (IPCC) iklim değişikliğini, iklimin özelliklerinde on yıllar veya daha uzun bir süre boyunca devam eden ve istatistiksel olarak anlamlı değişiklikler olarak tanımlamıştır. Günümüzde iklim krizi olarak da adlandırılan bu acil durumla mücadelede bireysel ve toplumsal farkındalık önemlidir. İklim değişikliğinin nedenlerinin, sonuçlarının ve sonuçları ile mücadelede kullanılacak sosyal, ekonomik ve çevresel unsurların farkında olan toplumlar; ihtiyaç duyulan stratejileri ve politikaları geliştirebilir. Ülkemizde toplam nüfusun %15.3'ünü oluşturan 15-24 yaş arası gençler (TÜİK, 2021) gelecekte iklim değişikliğinin getireceği sorunlarla en çok karşılaşacak olanlardır. Bu grup aynı zamanda gelecekte yönetici ve politikacı olarak görevler de alacaktır. Bu bağlamda gençlerin iklim değişikliği hakkındaki düşünce ve tutumlarını anlamak ve farkındalığı artırmaya yönelik gereksinimleri saptamak önemlidir. Bu araştırma ile, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi intörn hekimlerinin iklim değişikliğinin küresel, yerel ve bireysel düzeydeki etkileri; sanayinin, devletlerin ve bireylerin bu konudaki sorumluluğu; olası bilgi kaynakları ve eğitim yöntemleri konusundaki düşüncelerini belirlemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Ağustos-Ekim 2022 tarihleri arasında yürütülen bu niteliksel araştırmada odak grup görüşme yöntemi kullanılmıştır. Amaçlı örnekleme yönteminin kullanıldığı çalışmada veriler doygunluk noktasına ulaşana kadar görüşmelere devam edilmiştir. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi 6.sınıf öğrencileri ile Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda, her biri yaklaşık 50 dakika süren, en az 8 en fazla 10 öğrenciden oluşan 9 odak grup görüşmesi yapılmıştır. Görüşmelerde 2 araştırmacı, hazırladıkları 5 ana bölümden oluşan (iklim değişikliği tanımı ve genel etkilenim, sanayinin sorumluluğu, devletlerin sorumluluğu, bireylerin sorumluluğu, eğitim önerileri) yarı yapılandırılmış görüşme formunu kullanmıştır. Her bir katılımcının cinsiyeti, kırsal kökenlerinin olup olmadığı ve daha önce iklim değişikliği ile ilgili eğitim alıp almama durumu görüşme başında kaydedilmiştir. Etik kurul onayı ve dekanlıktan izin alınmıştır. Katılımcıların onayı alınarak görüşmeler kaydedilmiştir. Kayıt altına alınan görüşmeler ve araştırmacıların gözlemleri yazılı metin haline getirilmiştir. Elde edilen veriler içerik analizi yöntemiyle kodlanmış ve temalar oluşturulmuştur. Herhangi bir finansal destek alınmamıştır ve çıkar çatışması yoktur.

Bulgular: Görüşmelerin içerik analizi sonucunda, iklim değişikliğinin tanımı ve genel etkilenim başlığında; küresel ısınma, buzulların erimesi, deniz seviyesinin yükselmesi, kuraklık, tarımın etkilenmesi, su kaynaklarının azalması ve aşırı hava olayları temaları öne çıkmıştır. Sanayinin sorumluluğu başlığında; sanayinin karbon emisyonu, atıklarının azaltılması, sürdürülebilir teknolojiler ve sorumluluktan kaçınma temaları öne çıkmıştır. Devletlerin sorumluluğu başlığında; denetimlerin yetersizliği, yaptırım gerekliliği, önleyici politikalarda toplumun teşviki ve farkındalık eğitimi temaları öne çıkmıştır. Bireylerin sorumluluğu başlığında; bireysel farkındalık ve öngörü, çevresel düzenlemelerin olmamasının engelleyici rolü, ekonomik kriz, su tüketimini azaltma ve geri dönüşüm temaları öne çıkmıştır. Eğitim önerileri başlığında; okul öncesi dönemdeki ve ilkökul dönemindeki eğitimin önemi, ailenin davranıştaki rolü, eğitimde görsel araçların kullanımı, eğitimlerin kısa ve etkin olması, sosyal medya araçlarının etkin kullanılması, yükseköğretimde katılımlı eğitim yöntemlerinin benimsenmesi ve eğitimlerin tekrarlanması gerekliliği temaları öne çıkmıştır.

Sonuç: İntörn hekimlerin iklim değişikliği, bunda sanayinin ve kamunun rolü hakkındaki bilgi düzeylerinin ve bireysel farkındalıklarının genel olarak iyi düzeyde olduğu; buna rağmen bireysel gündemlerinde ön sıralarda yer almadığı ve ülke gündeminde de ön sıralarda yer almadığını düşündükleri görülmüştür. Bireysel farkındalığın kamu politikalarında belirleyici olabileceğini düşünmekte ve kendilerinin de karar verici konumda olma olasılıklarını önemsemektedirler. Ancak; bireysel önlemleri alma konusunda hevesli olmalarına rağmen uygulamalarını hayata geçirecek çevresel koşulların olmadığına dair saptamalar ve süregiden ekonomik koşullar, iklim değişikliği karşısında yürütülecek bireysel çabaların kamusal desteğe ve düzenlemelere ihtiyacını ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: İklim değişikliği, İklim krizi, Nitel araştırma

Özet Sözlü Bildiri

S196

**SICAK DALGALARI BİLGİ, FARKINDALIK, UYGULAMA VE DAVRANIŞ ÖLÇEĞİ
GELİŞTİRMESİ, GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

Uğurcan SAYILI, Betül Zehra PİRDAL, Abdülkerim UYGUR, Ferdane Şeyma EROL, Esin SİDDİKOĞLU, Günay CAN
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Türkiye

Giriş ve Amaç: Sıcak dalgaları, morbidite ve mortaliteyi artırarak halk sağlığını tehdit eden aşırı hava ve iklim olaylarıdır. Sıcak dalgalarının sağlık üzerindeki etkilerini azaltmak için halkın bilgi düzeyinin artırılması, farkındalık ve koruma çalışmalarının yapılması ve bu faaliyet sonuçlarının izlenmesi gerekmektedir. Bu çalışmanın amacı, halk sağlığı açısından önemi giderek artan sıcak dalgaları için Türk toplumuna yönelik bilgi, farkındalık, uygulama ve davranış ölçeği geliştirmek ve bu ölçeğin geçerlilik-güvenirlilik araştırmasını yapmaktır.

Gereç ve Yöntem: Bu metodolojik tipteki araştırma Şubat 2022-Haziran 2022 tarihleri arasında yürütülmüştür. Bu çalışma İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (10.03.2022-334078; 2022/26). Araştırma için finansal destek alınmamıştır ve yazarlar çıkar çatışması bildirmemektedir. Çalışmada araştırmacılar tarafından literatürden elde edilen bilgilere dayalı olarak sıcak dalgaları bilgi alt ölçeği için (Evet, Hayır, Kararsızım), farkındalık ve davranış alt ölçeği için 5'li Likert tipinde (1:Kesinlikle katılmıyorum, 2:katılmıyorum, 3:kararsızım, 4:katılıyorum, 5:kesinlikle katılıyorum) 89 maddelik aday ölçek madde havuzu oluşturulmuştur. Ölçeğin kapsam geçerliliğini göstermek için aday ölçek madde havuzu; halk sağlığı, çevre sağlığı ve iklim değişikliği alanında uzmanlar ve çalışma yapan akademisyenlerden oluşan 20 kişiye gönderilmiştir. Kendilerinden soruları uygun, uygun ancak gerekli değil veya uygun değil şeklinde belirtmeleri, ayrıca sorulara 1; çok kötü ve 4; çok iyi olmak üzere 4 puandan birini vermeleri istenmiştir. Kapsam geçerliliğini analiz etmek amacıyla Lawshe tekniği ile kapsam geçerlilik oranı (CVR) ve kapsam geçerlilik indeksi (CVI) hesaplanmıştır. Kapsam geçerliliğinin ardından aday ölçek 308 kişiye çevrimiçi anket olarak uygulanmıştır. Örnek boyutu için, kılavuzlarda genel öneri, yaklaşık 300 deneye kadar madde başına yaklaşık 5 ila 10 denek oranıdır. Bu nedenle örneklem büyüklüğü 300 katılımcı olarak belirlenmiştir. Veri toplama 308 katılımcı ile yapılmıştır. Bilgi yapısının geçerlik ve güvenirliliğini değerlendirmek için difficulty (güçlük) indeksi, diskriminant (ayırt edicilik) indeksi ve Kruder Richardson 20 (KR20) kullanılmıştır. Farkındalık ve davranış yapılarının geçerlik ve güvenirliliği açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri ile değerlendirilmiş ve Cronbach alfa kullanılmıştır. 308 kişilik çalışma grubu randomizasyon ile iki gruba ayrılıp bir grupta açıklayıcı faktör analizi (AFA), diğer grupta doğrulayıcı faktör analizi (DFA) uygulanmıştır. Analizler Microsoft Excel, IBM SPSS v21 ve IBM AMOS ile gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Aday ölçek madde havuzu 89 sorudan oluşmaktaydı. Kapsam geçerlilik analizlerinde CVR≥0.50 ve CVI>79% kriterlerini karşılayan 44 madde ölçekte kalmıştır. Kapsam geçerliliği sonrası bilgi yapısında 20, farkındalık ve davranış yapılarında ise 24 madde bulunmaktaydı.

Kapsam geçerliliğinin ardından geçerlilik-güvenirlilik analizleri ile, bilgi yapısındaki 5 madde güçlük indeksi ve/veya ayırt edicilik indeksindeki uygun olmayan değerler nedeniyle çıkarılmıştır, geriye kalan 15 madde iyi bir güçlük ve ayırt edicilik indeksi ve KR20'ye sahiptir. Farkındalık ve davranış yapılarının geçerliliği için AFA uygulanmıştır.

Çalışmaya başlarken var olan farkındalık ve davranış yapıları, AFA sonrası 3 faktörlü bir yapıda izlenmiştir. Davranış yapısı olarak oluşturulan maddeler iki farklı alt yapıya ayrılmıştır. Bazılarının davranışı, bazılarının ise uygulamayı yordadığı değerlendirilmiştir, bu nedenle çıkarılmamış, ölçekte tutulmuştur. Uygulama alt boyutundaki sorular davranıştan daha somut olarak eyleme dönük ifadeler olduğu için uygulama olarak

Özet Sözlü Bildiri

adlandırılmıştır. Birinci faktör olan 'uygulama' varyansın %41.7'sini, ikinci faktör 'farkındalık' varyansın %12.2'sini ve üçüncü faktör 'davranış' ise varyansın %8.2'sini açıklamaktadır. Düşük faktör yükü (<0.4) olan maddeler ve iki faktöre yüklenip faktör yükü farkı <0.1 olan 9 madde ile sadece bir faktöre yüklendiği için 1 madde daha olmak üzere toplam 10 madde çıkarılmıştır.

Alt ölçekler ve genel ölçek iyi güvenirlik sonuçlarına sahiptir. Güvenirlik analizi, Cronbach alfa değerlerinin 0.855, 0.847, 0.829 ve 0.878 olduğunu göstermiştir (sırasıyla: farkındalık, uygulama, davranış ve toplam maddeler). Tüm maddelerin madde-toplam korelasyon katsayıları 0.40'tan büyüktür. AFA'dan sonra diğer grup üzerinde DFA yapılmıştır. AFA'da 14 madde iken, DFA'da bir madde düşük standartlaştırılmış regresyon ağırlığına (0.384) sahip olduğu için çıkarılmış ve geriye 13 madde kalmıştır.

Sonuç: Sonuç olarak bu çalışma sıcak dalgası bilgi, farkındalık, uygulama ve davranış için geliştirilen ilk Türkçe ölçek olma özelliğini taşımaktadır. Bilgi alt boyutu 15, farkındalık alt boyutu 5, uygulama alt boyutu 5, davranış alt boyutu 3 madde olmak üzere ölçek toplam 28 maddeden oluşmaktadır. Böylelikle sıcak hava dalgası bilgi, farkındalık, uygulama ve davranışını değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bir Türkçe dil ölçeği geliştirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Isı dalgası, bilgi, farkındalık, davranış, ölçek

Özet Sözlü Bildiri

S197

**TIP FAKÜLTELERİNDE İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ VE SAĞLIK ETKİLERİ KONUSUNUN
TIP EĞİTİMİNDEKİ YERİNİN SAPTANMASI**

Çiğdem ÇAĞLAYAN¹, Rabia ÇUKURLU¹, Pınar KOÇKAYA²

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Türkiye

²Kocaeli Üniversitesi Tıp Eğitimi AD, Türkiye

Giriş-Amaç: İklim değişikliği insan sağlığına yönelik en büyük tehditlerden birisi olarak önemini korumaktadır. İklim değişikliği kronik hastalıkları şiddetlendirmekte; aşırı sıcaklıklara ve çevresel kirleticilere maruz kalmayla daha yüksek yaralanma ve ölüm oranları ile ilişkilendirilmektedir. Genel olarak, iklim değişikliği gıda ve su güvenliğini bozmakta, biyoçeşitliliği azaltmakta, hava kalitesini kötüleştirmekte ve bulaşıcı hastalıkların coğrafi dağılımını ve mevsimselliğini değiştirmektedir. Bu değişiklikler, özellikle çocuklar, yaşlılar ve sağlık eşitsizliği yükü altında olanlar dahil olmak üzere savunmasız nüfusları orantısız bir şekilde etkilemektedir. Sağlık ve iklim politikası savunucularının çağrılarına rağmen az sayıda tıp fakültesi resmi müfredatlarında iklim eğitimi sunmaktadır. Uluslararası Tıp Öğrencileri Birlikleri Federasyonu tarafından 2019 yılında yapılan bir araştırmada 112 ülkedeki tıp fakültelerinin sadece %15,9'unun iklim bilimi öğrettiği saptanmıştır. Bu çalışmanın amacı ülkemizdeki tıp fakültelerinde iklim değişikliği ve sağlık etkileri ile ilgili eğitiminin durumunu saptamak ve verilen eğitimin içeriğini değerlendirmektir.

Gereç-Yöntem: Tanımlayıcı tipte çevrimiçi gerçekleştirilen bir araştırmadır. Araştırmanın evreni tıp eğitimi anabilim dalı eğitimcilerinin bulunduğu iletişim grubunda kayıtlı 28 üniversite oluşturmakta olup, 19 (%68) tıp fakültesinden yanıt alınmıştır. Yanıt hızının düşük olması ve evrenin sadece tıp eğitimi anabilim dallarından oluşması araştırmanın sınırlılıktır. Veri toplama formu 19 sorudan oluşmaktadır ve Google Forms üzerinden Tıp Eğitimi Anabilim Dalındaki öğretim üyelerine çevrim içi olarak gönderilmiştir. Veriler 1 Eylül 2022- 30 Eylül 2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışmanın bağımlı değişkeni tıp fakültesinde iklim değişikliği ve sağlık eğitiminin verilme durumudur. Ayrıca eğitim veriliyorsa verilen eğitimin türü, verildiği sınıf, eğitimi veren anabilim dalları, Ulusal Çekirdek Eğitim Programında (UÇEP) yer alan dersler gibi eğitimin içeriğine ilişkin sorular da sorulmuştur. Çalışmanın bağımsız değişkenleri; tıp fakültesindeki öğrenci sayısı, fakültenin bulunduğu bölge, fakültenin kuruluş yılı, iklim değişikliği ile ilgili olay yaşanması, iklim eğitimi dışında yapılan diğer etkinliklerdir. Veriler MS Excell programında analiz edilmiş olup tanımlayıcı istatistikler yapılmıştır.

Bulgular: Veri toplama formunu 19 tıp fakültesinden tıp eğitimi anabilim dalındaki öğretim üyeleri yanıtlamıştır. Araştırmadaki tıp fakültelerinin bölgelere göre dağılımı; Marmara bölgesi (%33), İç Anadolu Bölgesi (%27), Karadeniz Bölgesi (%16), Ege Bölgesi (%11) ve Akdeniz Bölgesi (%11) şeklinde olmuştur. Katılımcıların 8 (%42.1)'i bulunduğu tıp fakültesinin iklim-sağlık ile ilgili eğitim verildiğini belirtmiştir. İklim-sağlık eğitimi veren 8 tıp fakültesinin tamamı zorunlu çekirdek dersin /kurulun /stajın bir parçası olarak bu eğitimi vermekte ve öğrencilerin iklim-sağlık bilgilerini kurul sınavı(%87,5) ve ödev(%12,5) şeklinde değerlendirmektedir. İklim-sağlık eğitimi veren tıp fakültelerinin tamamı 2020 yılında güncellenen UÇEP'de yer alan iklim değişikliği ile ilgili derslerden sağlıklı beslenme ve gıda politikaları, çevresel hastalıklar, zararlı çevresel etkenlere maruz kalım, nüfus değişiklikleri ve politikaları, toplumda bulaşıcı hastalıklar ile mücadele derslerinin bulunduğunu belirtmiştir. Bununla birlikte çevre ve ekoloji etiği, kentleşme, mekan ve sağlık dersleri sadece 4 okulda verilmektedir. İklim ve sağlık dersleri tüm fakültelerde Halk Sağlığı AD tarafından verilirken, 4 fakültede Enfeksiyon Hastalıkları AD da ders vermektedir. Katılımcıların %55,6'sı müfredata eklemeyi planladığı herhangi bir iklim-sağlık eğitimi etkinliği olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %28,6'sı verilen eğitimi yeterli bulurken, %71,4'ü geliştirilmeli yanıtını vermiştir.

Sonuç: Araştırma bulgularına göre iklim değişikliği ve sağlık etkileri konusunda eğitim veren tıp fakültelerinin

Özet Sözlü Bildiri

sayısı yeterli değildir. Sağlık profesyonelleri, iklim değişikliğiyle ilişkili olan ve sağlıkla olumsuz bir şekilde ilişkilendirilebilecek faktörlerin nasıl önleneceği, azaltılacağı ve bunlara nasıl müdahale edileceği konusunda eğitilmelidir. Bu nedenle UÇEP'te yer alan iklim ve sağlıkla ilgili derslerin tıp eğitimi müfredatlarına entegre edilmesi ile ilgili çalışmalara gereksinim vardır.

Etik Kurul Onayı İle ilgili Not: Müfredat değerlendirildiği ve Kişisel veri toplanmadığı için etik kurula başvurulmamıştır.

Yazarlara arasında çıkar çatışması yoktur.

Finansal destek alınmamıştır.

Anahtar Kelimeler: İklim değişikliği, Çevre, Tıp Eğitimi

Özet Sözlü Bildiri

S198

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDEKİ DOĞUMLARDA KORD KANINDA
BİSFENOL-A, F, S İLE TİROİT HORMON DÜZEYLERİ**

Merve Buke ŞAHİN¹, Murat ÇAĞAN², Anıl YİRÜN³, Aylin BALCI³, Selinay Başak ERDEMLİ KÖSE³, Irem İYİGÜN⁴, Melda ÇELİK⁵,
Özgür ÖZYÜNCÜ², Pınar ERKEKOĞLU³, Cavit Işık YAVUZ¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Perinatoloji Bilim Dalı, Türkiye

³Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmasötik Toksikoloji Anabilim Dalı, Türkiye

⁴Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Neonatoloji Bilim Dalı, Amerika Birleşik Devletleri

⁵Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Sosyal Pediatri Bilim Dalı, Türkiye

Giriş ve Amaç: Endokrin bozucu kimyasal olarak tanımlanan Bisfenol A (BPA)'nın plasentadan geçebildiği; kord kanında, amniyotik sıvıda ve fetal plazmada bulunduğu gösterilmiştir. BPA'nın halk sağlığı açısından yarattığı endişeler nedeniyle BPA kullanımı kısıtlanmış, öte yandan bu duruma alternatif olarak Bisfenol F (BPF) ve Bisfenol S (BPS) üretimi ise artmıştır. BPF ve BPS'ye maruz kalım ve başta tiroit bezi olmak üzere endokrin sistem ile etkileşimleri konusunda çalışma azdır. Bu çalışmada Ankara'da bir üniversite hastanesinde gerçekleşen doğumlarda kord kanında bisfenol A, F ve S ile Tiroit Stimulan Hormon (TSH) ve serbest T4 hormonu düzeylerinin ve annelerin olası bazı BPA maruz kalım kaynaklarının ortaya konması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma tanımlayıcı tiptedir. Çalışma grubunu Hacettepe Üniversitesi (HÜ) Hastanesi Doğumhanesinde 1 Kasım- 31 Aralık 2021 tarihleri arasında yapılan doğumlar oluşturmaktadır, çalışmada tiroitle ilgili hastalığı olan ve in vitro fertilizasyon (IVF) yöntemiyle gebe kalmış anneler dışlanmıştır. Veriler, annelere yüz yüze görüşme ile uygulanan bir anket formu ve doğum esnasında kordondan alınan kan örneği ile araştırmacılar tarafından toplanmıştır. Anket formu sosyodemografik özellikler, günlük hayatta kullanılan plastik malzemeler ve beslenmeyle ilgili bilgilerin kaydedildiği toplam 36 sorudan oluşmaktadır. Kan örneği bebeğin doğumu sonrasında kalan plasentadan 5 mililitre kord kanı alınarak deplastize cam tüplere aktarılmış, aynı gün buz üstünde laboratuvara ulaştırılmış ve analizlere kadar -80°C'de saklanmıştır. Bisfenol düzeyleri HPLC, tiroit hormon düzeyleri ELISA yöntemiyle ölçülmüştür. Çalışmada toplam 121 anneye anket uygulanmıştır. Alınan kord kanı örneklerinin 2'si tiroit hastalığı, 5'i IVF'la gebelik durumu olduğu anlaşıldığından dışlanmış, analiz sırasında 3 tüpün kırılması ve 14 numunenin analiz için yetersizliği nedeniyle toplam 104 kord kanı analiz edilmiştir. Araştırma bütçesi için HÜ Bilimsel Araştırma Programı Koordinasyon Birimi'nden (Proje Kodu: THD-2021-19595) destek alınmış ve HÜ Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan da onay alınmıştır (26 Mayıs 2021 tarih ve 16969557-1099 sayılı). Katılımcılara araştırma süreci anlatılarak çalışmaya davet edilmiş, kabul edenlerin aydınlatılmış onamları yazılı olarak alınmış, kan sonuçlarını öğrenmek isteyenlere sonuçlar iletilmiş, TSH ve FT4 düzeyleri yüksek çıkan katılımcılar aranarak poliklinik muayenesine davet edilmiştir. İstatistiksel analizler SPSS v23.0 ile yapılmıştır. Tanımlayıcı ve dağılım istatistikleri, kategorik değişkenlerde Ki-kare ve Fisher-exact test, normal dağılıma uyan sürekli değişkenler arasında Mann-Whitney U testi ve normal dağılıma uymayan sürekli değişkenler arasında Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi p<0,05 olarak kabul edilmiştir. Araştırmada bisfenol düzeyi tek bir ölçümle değerlendirilmesi ve tiroit hormonlarının birçok faktörden etkilenmesi kısıtlılığa neden olabilmektedir.

Bulgular: Araştırmaya katılan annelerin yaş ortalaması 30,11±4,71'dir annelerin %41,3'ü, eşlerin %47,1'i lise ve üzeri öğrenim görmüştür. Annelerin ve eşlerin öğrenim durumu ile plastik malzeme tercih durumları arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ve öğrenim düzeyi arttıkça plastik malzemelerin daha az kullanıldığı belirlenmiştir (sırasıyla p=0,006, p<0,001). Ölçüm yapılan kord kanlarının %96,2'sinde BPA,

Özet Sözlü Bildiri

%93,3'ünde BPF ölçülebilir düzeyde bulunmuştur (deteksiyon limitinin üstünde) ve BPA düzeyi ortalama $10,69 \pm 2,39$ ng/ml, BPF $3,80 \pm 0,58$ ng/ml; TSH $2,36 \pm 0,23$ μ IU/ml ve FT4 $14,18 \pm 0,53$ pg/ml olarak ölçülmüştür. Kord kanlarındaki BPS düzeylerinin ise deteksiyon limitinin altında kaldığı görülmüştür. Kord kanı BPA ve BPF düzeyleri ile annelerin plastik malzeme kullanımı arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık yoktur. Çalışmayan annelerde kord kanı BPA düzeyi daha yüksektir ($p=0,002$). Kord kanındaki BPA ve BPF değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ve orta düzeyde bir korelasyon bulunmaktadır. BPA ve F ile TSH ve FT4 düzeyleri arasında ise anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır.

Sonuç: Bu çalışmada kord kanında BPA ve BPF yüksek oranda tespit edilebilir düzeyde bulunmuştur, BPS ise tespit edilememiştir, tiroit hormonları ile anlamlı korelasyon saptanmamıştır. Ülkemizde bu endokrin bozucu kimyasalların düzeyleri, etkileri ve maruz kalım kaynaklarıyla ilgili çalışmalara gereksinim vardır. Özellikle gebelikte maruz kalımın azaltılması için çabalar artırılmalıdır.

Yazarlar çıkar çatışmaları olmadığını beyan ederler.

Anahtar Kelimeler: Bisfenol, Kord kanı, Tiroit hormonları, Yeni doğan

Özet Sözlü Bildiri

S199

**TÜRKİYE'DE YAŞLILARDA COVID-19'A BAĞLI MORTALİTE:
İNDİREK STANDARDİZASYONA DAYALI BÖLGESEL TAHMİNLER**

Cavit Işık YAVUZ , Özge YAVUZ SARI

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Türkiye

Giriş ve Amaç: COVID-19 pandemisinin ilk yılına ait veriler, tüm vakaların %31'inin, hastane yatışlarının %45'inin, yoğun bakım yatışlarının %53'ünün ve ölümlerin %80'inin 65 yaş üstü nüfusa ait olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada, önemli bir risk grubu olan 65 yaş üstü nüfusta bölgesel mortalite tahminlerinin yapılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmada Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan haftalık durum raporlarında belirtilen 11 Mart-25 Ekim 2020 dönemi mortalite verileri kullanılmıştır. Beklenen ölüm tahminleri için ülke genelinde yaşa ve cinsiyete özel ölüm sayıları kullanılmış, Türkiye İstatistik Bölge Birimleri sınıflamasına göre 1. Bölge (NUTS 1) için indirek standardizasyon yöntemi ile mortalite tahminleri hesaplanmıştır. Standardize Mortalite Oranı (SMO), her bölge için beklenen ölüm oranları ile gözlemlenen ölüm oranları karşılaştırılarak belirlenmiştir. İstatistiksel analizler için SPSS (23.0), Windows Excel 2022 ve Open Epi (3.01) kullanılmıştır. Kullanılan veriler kamuya açık resmi web siteleri aracılığı ile edinilmiş olup çalışma için etik kurul onayı gerekmemektedir. Çalışma için finansal destek alınmamıştır, yazarların herhangi bir çıkar çatışması yoktur

Bulgular: 65 yaş üstü nüfusun en yüksek olduğu ilk 3 bölge Doğu ve Batı Karadeniz (14.6%), Batı Marmara (13.6%), ve Ege (12.2%) bölgeleridir. Haftalık durum raporlarına göre COVID-19'a bağlı ölümlerin %74,7'si NUTS-1 bölgesi içerisinde (sırayla İstanbul, Batı Anadolu, Güneydoğu Anadolu, Ege ve Doğu Marmara) görülmüştür. Gözlenen ölümlerin, beklenen ölümlerden daha yüksek olduğu bölgeler sırasıyla İstanbul (SMO:2,19 GA:2.11-2.62), Batı Anadolu (SMO: 1,35, GA:1.28-1.42) ve Güneydoğu Anadolu (SMO:1,76, GA: 1.65-1.86) olmuştur. Güneydoğu Anadolu bölgesi 65 yaş üstü nüfus oranı en düşük il (%5,1) olmasına karşın, bu yaş grubunda en fazla ölümün görüldüğü üçüncü bölge olmuştur.

Sonuç: COVID-19'a bağlı ölüm verilerinin bölge nüfuslarının yaş ve cinsiyet yapısı yönünden dikkatle incelenmesi gerekmektedir. Ölüm sayılarının ülke geneli ile paralel bir şekilde bölgelerin 65 yaş üstü nüfus oranları doğrultusunda bölgelere yansımaması sağlık altı yapısı, sosyo-ekonomik özellikler ve salgın dinamikleri gibi faktörlerin önemini göstermektedir. Ölüm verilerinin yaş dağılımıyla eşleştirilmesi, pandemiye karşı yüksek güvenlik açığı olan bölgelerin belirlenmesine yardımcı olacaktır. Yaşlı nüfus dinamiklerinin izlenmesi, daha hassas durumdaki yaşlı nüfusa yönelik koruma önlemleri konusunda daha fazla rehberlik sağlayabilir, pandemiye alınacak nonfarmakolojik önlemlerin kapsamı ve süresi hakkında yol gösterebilir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, Yaşlı, Geriatri, Mortalite, İndirek Standardizasyon

Özet Sözlü Bildiri

S200

PANDEMİ DÖNEMİNDE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA ANKSİYETE DÜZEYİ VE TÜKENMİŞLİK DURUMU DEĞERLENDİRİLMESİ

İbrahim GÜNAY¹, Didem DAYMAZ², Meral SAYGUN²

¹Konya Akşehir İlçe Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

²Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Türkiye

Giriş ve Amaç: Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), COVID-19 salgınına 11 Mart 2020'de pandemi olarak tanımlamıştır. COVID-19 pandemisi küresel düzeyde ülkelerin sağlık hizmetlerinde aksamaya, ekonomik yavaşlamaya neden olmuş ve insanlar üzerinde de birçok klinik ve psikolojik problemler meydana getirmiştir. Sağlık çalışanları pandeminin başından itibaren salgınla mücadelenin ön saflarında yer almıştır. Bunun yanı sıra sağlık çalışanları bu süreçte, uzun çalışma saatleri, psikolojik problemler, yorgunluk, mesleki tükenmişlik, damgalanma ve fiziksel ve psikolojik şiddete de sıkça maruz kalmıştır. Bu çalışmada COVID-19 pandemisinde birinci basamakta görev alan sağlık çalışanlarında anksiyete düzeyleri ve tükenmişlik durumlarının değerlendirilmesi ve pandemiye aldıkları görevlerin bu durumlar açısından farklılığa neden olup olmadığının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu araştırma, Kırıkkale ili merkez ilçe birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan personelin 448'inin (%76) katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Veriler 1 Aralık 2020-1 Mart 2021 tarihleri arasında çalışanlarının görev yaptığı birimlere gidilerek, gözlem altında anket uygulanarak toplanmıştır. Pandemi döneminde esnek mesai uygulanmasından ve bazı çalışanların mevcut birimlerinden farklı yerlerde (temaslı-filyasyon ekibi gibi) çalışıyor olmasından dolayı bazı katılımcılara ulaşamaması çalışmanın sınırlılığıdır. Veri kaynağı olarak 26 sorudan oluşan veri toplama formu, 21 sorudan oluşan Beck Anksiyete Ölçeği ve 23 sorudan oluşan Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılmıştır. Sağlık Bakanlığı ve İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınmıştır. Ayrıca Kırıkkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmıştır (Karar no:2020.11.23). Çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamış olup, herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır. İstatistiksel analizler için SPSS versiyon 20.0 yazılımı ile uygun istatistiksel testler uygulanmıştır. Alfa anlamlılık düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan 448 kişinin %50,7'si kadın, % 82,1'i evli ve yaş ortalamaları 41,5±9,1'dir. Çalışanların %21,6'sı hekim,%27,0'si hemşire/ebe, %23,4'ü sağlık memuru, %13,2'si memur, %5,1'i hizmet personeli ve %9,7'si diğer meslek gruplarından. Çalışanlarının %23,9'u COVID-19 tanısı aldığını belirtmiştir. Ailesinde COVID-19 tanısı alan sağlık çalışanı sıklığı ise %35,0'dir. Beck Anksiyete Ölçeğine göre katılımcılardan %59,4'ünün anksiyetesinin olmadığı, %22,8'ininde hafif düzeyde anksiyete, %11,8'inde orta düzeyde anksiyete ve %6,0'sında şiddetli düzeyde anksiyete tespit edilmiştir. Pandemi döneminde çalışma durumları ile Beck Anksiyete puanları karşılaştırıldığında çalışılan yere göre anksiyete puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,022). Toplum Sağlığı Merkezi personelinin aldıkları puanlar, İl Sağlık Müdürlüğü personelinin Beck Anksiyete puanına göre anlamlı düzeyde yüksektir (p=0,005). Pandemi döneminde aktif görev yapan çalışanların yapmayanlara göre anksiyete düzeyi yüksek bulunmuştur (p=0,016). Evde hasta takibi / ilaç dağıtımı (p=0.022) ve temaslı / filyasyon ekibinde görev alan çalışanların, almayanlara göre anksiyete düzeyleri yüksek bulunmuştur (p<0,001). Rutin taramalar (p=0,251), istatistik/organizasyon/koordinasyon (p=0,990) ve telefonla hasta takibi (p=0,834) gibi görev alanlarda almayanlara göre anlamlı bir fark saptanmamıştır. Pandemi döneminde aktif görev olarak evde hasta takibi/ilaç dağıtımı yapan çalışanların Beck Anksiyete Ölçeği medyan puanı sekiz iken, bu görevde çalışmamış olanların beştir. Temaslı/filyasyon ekibinde çalışanların Beck Anksiyete Ölçeği medyan puanı on iken, bu görevde çalışmamış olanların beştir. Her iki grupta da fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Pandemi sürecinde aktif görev aldığını belirten çalışanların duygusal tükenme (p<0,001) ve duyarsızlaşma puanları (p<0,001) aktif görevde yer almayan çalışanlara göre

Tam Metin Sözlü Bildiri

anamlı olarak daha yüksektir.

Sonuç ve Öneriler: Pandemi döneminde sağlık çalışanlarında birinci basamakta yapılan sınırlı sayıdaki çalışmalardan biri olan ve evrenin büyük bir çoğunluğuna ulaşılmış bu çalışmanın sonuçlarına göre, pandemi sürecinin zorluklarına bağlı olarak ön saflarda çalışanlar başta olmak üzere sağlık çalışanlarında ortaya çıkması olası anksiyete, tükenmişlik gibi ruhsal bozuklukların erken dönemde tespiti ve ilerlemesinin önlenmesi; risk faktörlerinin tespit edilip gerekli müdahalelerin erken dönemde hayata geçirilebilmesi ve ihtiyaç duyanlara psikolojik destek verilmesi son derece önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Birinci Basamak, Sağlık Çalışanı, COVID-19, Anksiyete, Tükenmişlik

Özet Sözlü Bildiri

S201

COVID-19 PANDEMİSİNDE SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞINI ETKİLEYEN DEĞİŞKENLER VE ETKİLİLİK DÜZEYLERİNİN YAPISAL EŞİTLİK MODELİ İLE İNCELENMESİ

Pınar ATALI, Seyhan HIDIROĞLU, Melda KARAVUŞ, Alican SARISALTIK

Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

Giriş: İnsanlığın günümüze dek pek çok kere karşılaştığı doğal olaylardan biri de salgın hastalıklar olmuştur. Bireylerin salgın tehdidi karşısında gösterecekleri sağlık arama davranışı; salgının coğrafi yaygınlığı ve olası can kayıplarını azaltmak ve yayılma hızını en aza indirmek açısından önemlidir. Gündemimizi oluşturmaya devam eden COVID-19 pandemisinde olduğu gibi, olağandışı koşullar sunan ve gündelik yaşamı değiştirecek etkisi olan tedbirler devam ederken toplumun sağlık arama davranışını şekillendiren faktörlerin ortaya çıkarılması için saha çalışmalarına duyulan ihtiyacın nasıl giderebileceği sorusuna 'etkililik' çerçevesinden cevap verilebileceğidir.

Amaç: Araştırmamızla; COVID-19 pandemisinde bireylerin sağlık bilişleri düzeyi, korona virüs korku düzeyi, sağlıklı yaşam biçimi davranışı düzeyi ve olası diğer değişkenlerin sağlık arama davranışlarını nasıl etkilediği ve etki düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmamız, COVID-19 pandemisinde toplum genelinde bireylerin sağlık arama davranışlarını etkileyen sosyodemografik verileri ile ilişkisinin incelenmesinin yanında; geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış SB (Sağlık Bilişleri Ölçeği), SAD (Sağlık Arama Davranışı Ölçeği), KK (Korona virüs Korku Ölçeği) ve SYBD (Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği) ölçeklerinin soruları kullanılarak sağlık arama davranışına etkileri ve etki düzeylerinin yapısal eşitlik modellemesi ile incelenerek değerlendirilmesi amacıyla planlanmış tanımlayıcı tipte bir araştırma olup, araştırmaya ait anket verileri 05 Mart 2021-08 Haziran 2021 tarihleri arasında İstanbul'un Tuzla ilçesinde ikamet eden çalışmayı katılmayı kabul eden katılımcılarla anket yoluyla yüz yüze görüşülerek verilerinin toplanması sağlanmıştır. Araştırmanın minimum örneklem büyüklüğü; hata payı 0,05, güç %80, beklenen prevalans %50 olarak kabul edildiğinde 384 kişi olarak hesaplandı. Çalışma sonunda 391 katılımcıya ulaşılmıştır.

Araştırmada kullanılan ölçeklerin izinleri alınarak Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na 27 Ekim 2020 tarihinde başvurularak, 06 Kasım 2020 tarihinde 09.2020.1212 protokol no ile etik onay izni alınmıştır.

Araştırmamızda; ölçek puanlarının maddeler ile ilişkisi Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir. Ölçeklerin güvenilirlik analizi Cronbach alfa değeri ile, yapısal geçerliliği Doğrulamalı Faktör Analizi ile incelenmiştir. Bağımlı değişken SAD'ı etkilediği öngörülen SB, SYD ve KK değişkenleri yapısal eşitlik modeli ile incelenmiştir. Geçerlilik ve güvenilirlik analizleri STATA 17 ile gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler frekans, yüzde, ortanca, %25 ve % 75 persentil değerleri ile tablolarda sunulmuştur. Ölçeklerin açıklayıcı faktör analizi ve doğrulamalı faktör analizi yapılmıştır. Katılımcıların bireysel özellikleri ile ölçek puanları arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesinde ki-kare testi, Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis testi, ANOVA testi, lojistik regresyon, varyans ve korelasyon testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmamıza katılan katılımcıların anket verilerinden elde edilen bulgulara göre; katılımcıların n=236 (%60,36)'sı kadın, n=155 (%39,64)'u erkektir. Katılımcılara ait yaş aralıkları frekanslarına bakıldığında anket çalışmasına en çok katılım gösteren yaş aralığı n=106 (%27,11) ile 31-40 yaş arası grup, n= 95 (%24,30) ile 41-50 yaş arası grup takip etmektedir. Katılımcıların n=62 (% 15,86)'sının en az bir COVID-19 testi pozitifdir. Katılımcıların n=243 (%62,31) ile büyük çoğunluğunu yüksek öğrenim mezunu bireyler oluşturmaktadır. Çalışmaya en çok katılım gösteren meslek grubu n=132 (%46,98) ile sağlık çalışanları, n= 48 (% 17,08) ile eğitimciler onu takip etmektedir. Katılımcıların n=316 (% 80,82)'si çekirdek ailelerden gelmektedir. Katılımcıların on iki yaşına kadar en çok yaşadıkları bölge n=151 (%38,62) ile il merkezi, n= 146 (%37,34) ile

Özet Sözlü Bildiri

ilçe merkezi takip etmektedir. Katılımcıların son beş yıl içinde en çok yaşadıkları bölge n=193 (%49,36) ile ilçe merkezi, n=179 ile (%45,78) ile il merkezidir. Katılımcıların n=199 (% 50,90)'unun algılanan sosyoekonomik durumu ortanın üstü, n=110 (% 28,13)'ünün sosyoekonomik durumu ortanın altıdır. Katılımcıların n=101 (%25,83)'ünün kronik hastalık durumu varken, n=109 (%27,95)'i sürekli ilaç kullanmaktadır. Katılımcıların n=23 (% 5,90)'ünün sağlık güvencesi yoktur. Katılımcıların n=204 (%52,31)'inin ilk başvurduğu sağlık kurumu aile hekimliği, n=111 (% 28,46)'sının devlet hastanesi, n=75 (% 19,23)'ü diğerleri olarak belirlenmiştir.

Araştırmamıza katılan katılımcıların büyük çoğunluğunu (%60,36) kadın katılımcılar oluşturmaktadır. Katılımcılar en çok (%27,11) 31-40 yaş arasında ve yüksek öğrenim mezunları (%62,31) ve sağlık çalışanlarıdır (%46,98). Araştırma sonuçlarımızdan, kadın katılımcıların erkelere oranla daha fazla sağlık arama davranışı göstermekte oldukları; genç bireylerin daha çok online sağlık arama davranışı, yaşlı bireylerin daha çok sağlık sorumluluğu gösterdikleri; yüksek öğrenimli bireylerin daha çok geleneksel sağlık arama davranışı gösterdikleri, lise ve altı öğrenim düzeyine sahip bireylerin daha çok profesyonel sağlık arama davranışı gösterdikleri; ilk on iki yaş en uzun yaşanan bölgenin sağlık arama davranışlarının şekillenmesinde daha etkili olduğu; alt sosyoekonomik seviyenin COVID-19 korku düzeyini 1,94 kat (%95 GA:1,08-3,48) arttırdığı bulgularına ulaşılmıştır.

Doğrulamalı Faktör Analizi (DFA) sonucunda tüm ölçeklerin SRMR (Standardized Root Mean Square Residual) ve CD (Coefficient of Determination) uyum kriterlerinin kabul edilir değerler gösterdiği bulunmuştur. SYD ölçeğinin RMSEA (Root Mean Squared Error of Approximation) değerinin de yeterli uyumu gösterdiği bulunmuştur. CFI (Comparative Fit index) ve TLI (Tucker-Lewis index) bütün ölçeklerde kabul edilir değer olan 0,95'in altında olduğu bulunmuştur. SAD'ı etkileyen faktörlerin yapısal eşitlik modeli bulguları arasında SB ($p<0,0001$) ve SYD ($p=0,002$) ile ilişkili bulunmuştur. Bir başka ifadeyle sağlık arama davranışı ölçeğinin, sağlık bilişleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışı ölçek puanlarının artması ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Ancak sağlık arama davranışı ölçeğinin korona virüs korku ölçeği ile ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Sonuç: Araştırmamızda, COVID-19 pandemisinde korona virüs korku düzeyinin sağlık arama davranışına etkisinin olmadığı; bireylerin sağlık bilişleri ve sağlıklı yaşam biçimi haline gelen davranışlarının sağlık arama davranışına yönelten başlıca etmenlerden olduğu saptanmıştır. Sağlık arama davranışlarını etkileyen değişkenler ve etkililik düzeylerinin anlaşılmasına yönelik daha çok bilimsel çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, pandemi, sağlık arama davranışı, yapısal eşitlik modeli



6th International • 24th National
Congress on Public Health
HEALTH IN THE
Shadow of War and Violence
December 1 - 4, 2022 / Antalya



6. Uluslararası • 24. Ulusal
Halk Sağlığı Kongresi
1 - 4 Aralık 2022 / Antalya
Savaş ve Saldırı Çağrısında
SAĞLIK



Poster Bildiriler



6th International • 24th National
Congress on Public Health
HEALTH IN THE
Shadow of War and Violence
December 1 - 4, 2022 / Antalya



6. Uluslararası • 24. Ulusal
Halk Sağlığı Kongresi
1 - 4 Aralık 2022 / Antalya
Sağlık ve Saldırı Gelirince
SAĞLIK



Özet Poster Bildiri

P01

18 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERİN KANSER TARAMALARINA YÖNELİK BİLGİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Lütfi Saltuk DEMİR¹, Ayça Bera TALAŞ², Yusuf BÜYÜKKELLEÇİ², Zeynep BERBER², Beyza URHAN²,
Ali DOĞAN², Elif Nazlı SATIR², Yasemin DURDURAN², Mehtap YÜCEL², Gizem Sena DEMİR²

¹NEÜ Meram Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD, Türkiye

²NEÜ Meram Tıp Fakültesi, Türkiye

Giriş ve Amaç: Kanserden ölümler Dünya çapında en sık yaşam kaybına neden olan ilk on neden arasındadır. Ülkemizde Ulusal Kanser Tarama Programı ile meme, serviks ve kolorektal kanser taramaları yapılmaktadır. Bu araştırma ile Konya ili Meram ilçesinde yer alan bir mahallede, 18 yaş üstü bireylerin Ulusal Kanser Tarama Programı ile ilgili bilgilerini değerlendirmek ve anket sonrasında bilgilendirme yapmak amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı türde tasarlanan bu araştırma Haziran 2022 tarihinde yapılmıştır. Araştırma öncesinde gerekli izinler alınmıştır. Çalışma, Meram Tıp Öğrencileri Birliği Halk Sağlığı Kolu ile Konya ili Meram ilçesi Gödene mahallesinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma için örnek büyüklüğü hesaplanmamış olup, sözlü onam veren, 18 yaş üstü 202 kişi çalışmaya dâhil edilmiştir. Çalışma öncesinde, Halk Sağlığı Kolu öğrencilerine, İl Sağlık Müdürlüğüne ulusal kanser taramalarına yönelik eğitim, Meram Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı tarafından anket uygulaması hakkında bilgi verilmiştir. Çalışma iki basamak halinde gerçekleştirilmiştir. İlk basamakta katılımcılara sosyodemografik özelliklerini, kanser taramaları ve ulusal kanser tarama programları ile ilgili bilgilerini sorgulayan ve 20 sorudan oluşan anket formu yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. İkinci basamakta, anket formunu dolduran katılımcılara kaçırılmış fırsat olmaması adına ulusal kanser tarama programına yönelik bireysel eğitim verilmiştir. Verilerin özetlenmesinde; ortalama±standart sapma, frekans dağılımları ve yüzdeler kullanılmıştır. Veriler arasındaki ilişkiler ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık için p'nin 0,05'ten küçük olduğu durumlar kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılmayı kabul eden 202 katılımcının yaş ortalaması 51,96±11,18'di. Katılımcıların %58,4'ü (n=118) kadındı ve %38,1'i (n=77) ulusal kanser tarama programları ile ilgili daha önce bilgi/eğitim aldığını, %37,6'sı (n=76) daha önce kanser taraması yaptırdığını belirtti. Bireylerin %48,0'ı (n=97) ülkemizde taranan kanserlerin hangileri olduğunu bildiğini belirtmesine rağmen %25,8'i (n=25) taranan üç kanser türünü doğru biliyordu. Ayrıca çalışmaya dâhil edilen bireylerin %61,9'u (n=125) kanser taramalarının nerelerde yapılabileceğini bildiğini belirtti. Katılımcıların %62,4'ü (n=126) birinci basamak sağlık kuruluşlarında kanser taramalarının ücretsiz olduğunu, %33,7'si (n=68) bilmediğini, %4,0'ı (n=8) ücretli olduğunu ifade etti. Kolorektal kanserin erken tanısı için gaitada gizli kan testinin hangi sıklıkta yapıldığını bildiğini belirtme oranı %15,3 (n=31) iken, bunların %54,8'inin (n=17) bu bilgiyi yanlış bildiği tespit edildi. Çalışmaya dâhil edilen 118 kadının %41,5'i (n=49) meme kanseri tarama sıklığını bildiğini ifade etti. Bunların sadece %36,7'sinin (n=18) bu bilgisi doğru idi. Kadın katılımcıların %21,4'ü (n=37) serviks kanseri erken tanısı için uygulanan smear testinin hangi sıklıkta yapıldığını bildiğini belirttiği halde, bunların %48,6'sının (n=18) bu bilgiyi yanlış bildiği belirlendi. Ulusal kanser tarama programları ile ilgili daha önce bilgi/eğitim alma durumunun kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı ve daha yüksek olduğu saptandı ($\chi^2=4,257$, $p=0,039$). Daha önce kanser taraması yaptıran, ulusal kanser tarama programı kapsamında taranan kanserleri ve kanser taramalarının yapıldığı yerleri bilme durumu kadınlarda erkeklere göre daha yüksekti (sırasıyla $\chi^2=40,530$, $p<0,001$; $\chi^2=19,204$, $p<0,001$, $\chi^2=6,967$, $p=0,008$).

Sonuç: Katılımcıların kanser taramalarına yönelik eksik ve yanlış bilgileri vardır. Meme, serviks ve kolorektal kanserler için yapılan tarama testlerinin uygulanma sıklıklarının doğru bilme ve tarama yaptıran oranı yüksek değildir. Bu çalışma sonucunda bireylerin taramalar hakkında daha doğru bilgiye ulaşmasında ve tarama yaptıran sıklığını arttırmada kanser taramalarına yönelik toplum tabanlı bilgilendirme çalışmalarına ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kolorektal kanser, meme kanseri, sağlık eğitimi, serviks kanseri

Özet Poster Bildiri

P02

COVID-19 PANDEMİ DÖNEMİNDE ÖĞRETMENLERDE UYKU KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

Mustafa ÇAKIR¹, Recep ÇEPNİ², Hatice İKİŞİK¹, Işıl MARAL¹

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Türkiye

²İstanbul Çatalca Atatürk Anadolu Lisesi, Türkiye

Giriş ve Amaç: Ülkemizde COVID-19 pandemi döneminde karantina uygulamaları başlamış, eğitime ara verilmiş ve uzaktan eğitime geçilmiştir. Bununla birlikte bu süreçte COVID-19 tedavisinin olmaması ve aşı uygulamasının yeni başlaması toplumda stres ve korkuyla birlikte uyku kalitesi etkilenebilmektedir. Araştırmamızda COVID-19 pandemi döneminde öğretmenlerde uyku kalitesinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Araştırma Şubat-Mart 2021 tarihleri arasında İstanbul ili Çatalca ilçesinde Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı 51 okulda görevli toplam 860 öğretmenden araştırmaya katılmayı kabul eden 218 öğretmen ile gerçekleştirilmiştir (ulaşım yüzdesi %25.3). Araştırmada çevrim içi anket formu kullanılmıştır. Anketler ilçe Milli Eğitim Müdürlüğü üzerinden öğretmenlere ulaştırılmıştır. Anketin ilk 9 sorusu sosyo-demografik özellikler, sonraki 5 soru COVID-19 ile ilgili sorular, sonra 24 sorudan oluşan Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ), sonra 10 sorudan oluşan algılanan stres ölçeği ve 7 sorudan oluşan COVID-19 Korkusu Ölçeğinden oluşmaktadır. Araştırmanın etik kurul onayı S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 2020/0757 karar no ile alınmıştır. Ayrıca İstanbul İl Milli Eğitim Müdürlüğünden izin alınmıştır. Araştırma verisi SPSS 22.0 ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler, ortalama \pm standart sapma, frekans dağılımı ve yüzde olarak sunulmuştur. İstatistiksel yöntem olarak Pearson Ki-Kare testi, Mann Whitney U testi ve Spearman korelasyon testi kullanılmıştır. Analizde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ alınmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılanların %35.3'ü (n=77) 30 yaş ve altında, %41.8'i (n=91) 31-40 yaş arasında olup yaşları ortalaması 35.0 ± 8.9 dur. Araştırmada öğretmenlerin %75.2'si (n=164) kadın; %59.6'sı (n=130) evli; %78.9'u (n=172) lisans mezunu; %36.2'sinin (n=79) çalışma süresi 5 yıl ve altında; %45.4'ünün (n=99) lisede, %32.1'inin (n=70) ortaokulda, %22.5'inin (n=49) ilkokulda çalıştığı belirlenmiştir. Çalışmada öğretmenlerin %9.6'sına (n=21) COVID-19 hastalığı tanısı konulduğu, %0.9'unun (n=2) COVID-19 hastalığı nedeniyle hastanede yattığı, %15.6'sının (n=34) COVID-19 hastalığı tanısı olan bir kişiyle teması olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan öğretmenlerin %45.9'unun (n=100) uyku kalitesinin kötü olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada uyku kalitesi iyi olanların ortalama uyku süreleri 7.5 ± 1.1 saat, kötü olanların ise 6.3 ± 1.1 saat olarak saptanmıştır. Uyku kalitesi iyi olanların uyku saatleri daha yüksek saptanmıştır ($p < 0.001$). Araştırmaya katılanların Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi puanları ile Algılanan Stres Ölçeği puanları arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu ($r:0,517$, $p: < 0,001$); Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi puanları ile COVID-19 Korkusu Ölçeği Puanları arasında pozitif yönde zayıf ilişki olduğu ($r:0,144$, $p:0,034$) tespit edilmiştir.

Sonuç: Çalışmada uyku kalitesi ile algılanan stres arasında güçlü, COVID-19 korkusu arasında ise zayıf ilişki tespit edilmiştir. Araştırmada uyku kalitesi iyi olanların uyku sürelerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Öğretmenlere stresi yönetme konusunda ve yeterli uyku alma konusunda bilgilendirme ve eğitimlerin verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, Uyku kalitesi, Öğretmen

Özet Poster Bildiri

P03

TIP FAKÜLTESİ 2.SINIF ÖĞRENCİLERİNİN BİLGİSAYAR KULLANIM ALIŞKANLIKLARI

Elif Nur AVŞAR USLU, Meral TÜRK

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D, Türkiye

Giriş ve Amaç: Ergonomi, insan kullanımına yönelik tasarım, çalışma ve yaşama koşullarının en uygun hale getirilmesini amaçlar. Eğitim programı kapsamındaki ergonomi uygulamasında, tıp fakültesi 2.sınıf öğrencilerine doğru bilgisayar kullanımına yönelik ergonomik düzenlemeler aktarılmaktadır.

Çalışmanın amacı ergonomi uygulamasına katılan tıp fakültesi 2. sınıf öğrencilerinin bilgisayar kullanım alışkanlıklarını belirlemektir.

Gereç Yöntem: Tanımlayıcı araştırma 2021-2022 öğretim yılında, ergonomi uygulaması kapsamında çevrimiçi soru formunu dolduran 396 tıp fakültesi 2. sınıf öğrencileri ile gerçekleştirildi. 9 öğrenci soru formunu doldurmadı.

Soru formları, “ Bilgisayar Kullanarak İş Gören Büro Çalışanlarında Ergonomi Eğitiminin Etkinliği” adlı doktora tezinde “Bilgisayar Kullanan Ofis Çalışanları İçin Koruma Rehberi” temel alınarak geliştirilmiştir (Dr.Baydur, 2011). Etik kurul onayı Ege Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu’ndan alındı.

Soru formu, bazı sosyo-demografik özellikler, bilgisayar kullanma süresi, kaç yıldır bilgisayar kullanıldığı, kullanılan bilgisayar tipi ve amacına ilişkin sorular; bilgisayar ve aksesuarlarını kullanma şekilleri (1-2-3-4-5-6-7-14-18-20-21 nolu önermeler), bilgisayar kullanım sırasında egzersiz ve dinlenme araları (9-10-11 nolu önermeler), bilgisayar kullanırken oturma biçimi ve ortamın fiziksel özelliklerini (8-12-13-15-16-17-19-22 nolu önermeler) ergonomik olarak değerlendiren 22 önermeden oluşmaktadır. Önermeler her zaman, bazen ve hiçbir zaman şeklinde cevaplanmış olup tanımlayıcı analizlerde “bazen” ve “hiçbir zaman” seçenekleri birleştirilip “bazen + hiçbir zaman” ve “her zaman” olarak değerlendirilmiştir. Doğru kullanım alışkanlığı edinip edinmedikleri son soru olarak “Doğru kullanım açısından yaptığınız değişiklikleri yazınız” şeklinde sorulmuştur. Veri girişi ve analizlerde SPSS 25 kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler ortalama, frekans dağılımı ve yüzdeler sunuldu.

Finansal destek alınmamıştır.Çıkar çatışması yoktur.

Bulgular: Araştırmaya katılanların %57.8 erkek, %42.2 kadındır. Kullanılan bilgisayar tipi en çok dizüstü (%75.7), diğerleri masaüstü (%14.4) ve tablet (%10.1)tir. Bilgisayar kullanım amacı en çok ders (%69.3), diğerleri film (%14), oyun (%13.2), haberleşme (%2), diğer nedenler (sosyal medya, kripto para) (%1.5)dir. Bilgisayar kullanımı ortalama 9.7 yıl, bilgisayar kullanım süresi ise ortalama 3.6/gündür.

Bilgisayar ve aksesuarlarının kullanımına ilişkin; öğrencilerin %31.4’ü klavyeyi, kol ve bileğini her zaman doğru konumlandırıldığını, %59.5’i fareyi, %55.8’i fareyi kullanırken bileğini, %39.7’si kolunu “her zaman” doğru tuttuğunu ifade etmiştir. Öğrencilerin %62.3’ü fareyi kullanırken bedensel zorlama yapmadığını, %43.5’i kasılma pozisyonunda kalmadığını, %29.9’u güç uygulanan hareket tekrarından kaçındığını, %71.2’si klavyeyi doğru konumda tuttuğunu belirtmiştir. Monitörde parlamaya dikkat eden %59, monitör göz hizasını ayarlayan %35.4, monitör izleme mesafesine dikkat eden %47.8’dir.

Bilgisayar kullanımında egzersiz ve dinlenme araları ilgili önermelerde öğrencilerin %13’ü kısa molalar, %43.8’i uzun molalar verirken, ofis egzersizlerini her zaman uygulayan sadece %14.8’dir. Oturma biçimleri ve ortamın fiziksel özelliklerine ilişkin önermelerde “her zaman”ı seçenler; uzun süre sabit pozisyonda kalmama %34.5, doğrudan hava akımına maruz kalmama %65.5, masa alanının uygunluğu %63,

Özet Poster Bildiri

sandalye uygunluğu %36.7, sırt-bel desteği kullanma %27.1, otururken uygun açığa dikkat etme %11, ayaklara yeterli alan olması %72.6, beden duruşuna dikkat etme %11.3'tür.

Uygulama sonrası öğrencilerin %93.9'ü doğru kullanım alışkanlığı edindiğini belirtmiştir. Düzeltilecek alışkanlıklar; mola verme (%65.6), oturma pozisyonu ve duruş değişikliği (%64.6), monitörün kullanımı (%40.9), birden çok bilgisayar aksesuarının kullanımı (%36.8), ofis egzersizleri (%34.4), masa-sandalye değişikliği (%28.5), fare kullanımı (%16.6), fiziksel alan (%7) ve klavye kullanımı (%5.7) ile ilgilidir.

Sonuç: Öğrencilerin bilgisayarın ergonomik açıdan doğru kullanımı konusunda alışkanlıklarının her zaman çok sağlıklı olmadığı saptanmıştır. Ergonomi dersi sonrası öğrencilerin tamamına yakını doğru kullanım alışkanlığı kazanma yönünde adım atmıştır. Doğru bilgisayar kullanımı konusunda uygulamalı ergonomi derslerinin ileri dönemlerde ortaya çıkacak sağlık sorunları açısından önleyici etkisi olacaktır.

Anahtar Kelimeler: ergonomi, tıp , bilgisayar

P04

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE TOPLUMSAL CİNSİYET İLİŞKİLERİ- FLÖRT ŞİDDETİ İLİŞKİSİ; ALANYA ÖRNEĞİ

Saliha ÖZPINAR¹, Erhan DAĞ², Yaşar DEMİR¹, Pınar KARAKUŞ¹

¹Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi, Türkiye

²Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Türkiye

ÖZET

Giriş ve Amaç: Flört şiddeti, flört esnasında partnerin (genellikle erkek) diğerine fiziksel, cinsel, sözel ve duygusal istismar uygulaması ve sosyal kısıtlamalardır. Flört şiddeti ile mücadelede ana amaç flört şiddetini oluşmadan önlemek olmalıdır. Bu nedenle bölgesel risk faktörlerinin belirlenmesi mücadelede önemlidir. Çalışmada üniversite öğrencilerinin flört ilişkilerinde şiddete maruziyetinin ve belirleyicilerinin saptanması, öğrencilerin flört şiddetine yönelik tutumlarının ve toplumsal cinsiyet algılarının/ ilişkilerinin flört şiddetine maruziyet ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Çalışma kesitsel tiptedir. Araştırma verileri 20.09.2021-20.11.2021 tarihleri arasında toplandı. Araştırmanın evrenini 2021-2022 Eğitim-Öğretim yılında eğitim gören lisans öğrencileri oluşturmaktadır (n=8750). Örnek büyüklüğü %99 güven sınırında, %50 prevalans ile 0.05 yanılğı düzeyinde, desen etkisi 2 alınarak minimum örnek büyüklüğü 1928 olarak belirlendi. Toplamda 2010 öğrenciye ulaşıldı. Araştırmaya her fakülteden kaç öğrenci alınacağı ağırlıklandırma yapılarak belirlendi. Nominal veriler yüzde dağılımları ile sayısal veriler ortalama±ss ile tanımlandı. İlişkilerin değerlendirmesinde ki kare testi, Student's t testi ve lojistik regresyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Araştırma grubunun %55'i kadın, yaş dağılımı 20.85±1.25 (18-24) dir. Araştırma grubunun %44.6'sının halen romantik bir ilişkisi mevcut olup, %54.4'ünün daha önce romantik ilişkisi olmuştur. Halen romantik ilişki yaşayanlarda bir yıldan fazla süren romantik ilişki yüzdesi %54.3'dür. Araştırma gurubunda flört şiddeti yaşam boyu sıklığı %57,1 olup son bir ayda %18,2 olarak belirlenmiştir. Şiddet türleri dağılımı ise şöyledir; fiziksel şiddete maruziyet yaşam boyu %7.2, son bir ayda maruziyet %0.5; Psikolojik şiddete maruziyet yaşam boyu %14.4, son bir ayda maruziyet %4.6; cinsel şiddete maruziyet yaşam boyu%19.4, son bir ayda maruziyet %6.8; sosyal şiddete maruziyet yaşam boyu%27.1, son bir ayda maruziyet %7.4; dijital şiddete maruziyet yaşam boyu%30.3, son bir ayda maruziyet %6.9; ısrarlı takip maruziyeti yaşam boyu%12.4, son bir ayda maruziyet %4.6 olarak belirlenmiştir. Çalışmada önemli bir bulgu cinsiyet, sosyal sınıf, gelir, anne eğitimi gibi sosyoekonomik göstergelerin flört şiddeti üzerinde etkili olduğu belirlenmiş olmasıdır. Daha iyi sosyoekonomik düzeye sahip olan bireyler diğerlerine göre daha az şiddete maruz kalmaktadır. Diğer önemli bulgu ise çalışmamızda şiddete maruz kalan bireylerin şiddeti destekleyen tutuma sahip oldukları ve bu bireylerin cinsiyet ilişkilerinde negatif yönde tutum içinde olmaları ve cinsiyet ilişkilerinde eşitliğe inanmadıkları belirlenmesidir.

Sonuç: Araştırma gurubunda her on gençten yaklaşık altısının flört şiddetine maruz kaldığı belirlenmiştir. Bu bizim toplumumuz için flört şiddetinin önemli bir sorun olduğunu gösteren önemli bir veridir. Flört şiddetinin ekonomik göstergelerden etkilenmesi, şiddete maruz kalanların şiddete karşı kabullenir tutumda olmaları ve cinsiyet eşitliğine inanmamaları araştırmadan elde edilen diğer önemli sonuçlardır. Öneriler: Sosyal ve kültürel birçok nedene bağlı olan şiddet davranışının önüne geçmek için sağlık başta olmak üzere birçok sektörün işbirliği gerekir. Özellikle flört şiddeti açısından riskli olan grupların belirlenmesi, flört şiddetine yönelik farkındalık geliştirme programlarının yapılması ve özellikle toplumsal cinsiyet derslerinin yaygınlaştırılması önerilmektedir.

Anahtar sözcükler: Üniversite öğrencisi, Toplumsal Cinsiyet İlişkileri, Toplumsal Cinsiyet Tutumu, Flört Şiddeti, Flört Şiddetine Yönelik Tutum

Tam Metin Poster Bildiri

Giriş ve Amaç

Şiddet, hem dünyada hem de ülkemizde toplumsal olarak karşımıza çıkmaktadır. Toplumda şiddet içeren olaylar hızla artmakta gençleri de içine alacak şekilde yaygınlaşmakta ve gençler daha da fazla risk altında kalmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü şiddeti “bireyin kendisine, diğer bir kişiye ya da grup veya topluluğa yaralanma, ölüm, psikolojik zarar, yoksunluk ya da gelişim bozukluğuna yol açacak ya da yol açma olasılığı yüksek olacak şekilde, kasıtlı olarak fiziksel güç ya da kudret uygulaması ya da bununla tehdit etmesi” şeklinde tanımlanmaktadır.¹

Flört; sosyal etkileşim içerisinde bulunan gençlerin ilişkiye devam etmesi ya da herhangi bir sebeple bir tarafın veya her iki tarafın ilişkiyi sonlandırma eyleminde bulunması veya resmi olarak nişanlanma, evlenme gibi olaylarla devam edilen bir ilişki türü olarak tanımlanmaktadır.² Flört şiddeti, “ bireylerin flört ilişkilerinde birbirlerine karşı, fiziksel, duygusal, cinsel, ekonomik, dijital ve sözel şiddet davranışları uygulaması ve birbirlerini sosyal olarak kısıtlamasıdır.” 16-24 yaş arası gençler arasında görülen ve şiddet türlerinin en yaygın olanı flört şiddetidir.³ Flört şiddetinin boyutlarını incelediğimizde fiziksel flört şiddeti, cinsel flört şiddeti, psikolojik flört şiddeti, dijital flört şiddeti, sosyal flört şiddeti olarak görülmektedir. Dünya genelinde birçok genç ve ergen bu şiddet türünden etkilenmektedir ve yaklaşık olarak kadınların %44-88, erkeklerin ise %36’sı flört şiddeti ile karşı karşıya kalmaktadır.⁴

Şiddetin görülme sıklığı, araştırmalarda flört şiddetinin tanımlanma ve değerlendirme yöntemlerindeki farklılıklar nedeni ile değişiklikler gösterebilmektedir. Ancak dünyada %1.0-66.5 oranında flört şiddeti bildirilirken, Türkiye verilerinde %11.0-45.8 arasında değiştiği bildirilmiştir.⁵⁻⁶ Flört şiddeti görülme sıklığının yanı sıra bireylerin sağlıklarını olumsuz yönde etkileyen bir halk sağlığı problemidir. Flört şiddetinin neden olduğu ciddi olumsuz etkiler arasında alkol ve madde kullanımı, intihar girişiminde bulunma, sigara ve uyuşturucu kullanma, travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete ve depresyon, yeme bozuklukları, anti-sosyal kişilik bozukluğu, sık cinsel ilişkiye girme ve anal seks, riskli cinsel davranışlar, gebelik, uyku bozuklukları, korku, utanma, öfke ve suçluluk duygusu sayılabilir.⁷⁻⁸

Flört şiddeti sıklıkla, fiziksel, duygusal, cinsel, ekonomik, dijital ve ısrarlı takip alt başlıkları halinde incelenmektedir.⁹ Umana ve arkadaşlarında yine öğrencilerle yaptıkları çalışmada hayat boyu flört şiddeti oranı %42 olarak bulunmuştur. Yine aynı çalışma da fiziksel şiddet %8, cinsel şiddet %7 ve psikolojik şiddet %42 olarak tespit edilmiştir. Flört şiddetinin farklı formlarda ortaya çıkmasının birçok nedeni vardır. Aile içinde şiddete maruz kalan ve tanıklık eden çocukların ilerleyen yaşlarında şiddeti normal görüp uygulamaktadırlar. Yine ebeveynleri tarafından cezalandırılan çocuklar, sevgisiz ortamda büyüyen çocuklar, flört şiddetini daha fazla desteklemekte iken, eğitim seviyesi yüksek aile içinde büyüyen çocukların ise flört şiddeti desteği oranı daha düşüktür.¹⁰ Aşırı alkol, sigara ve madde kullanımı, önceden şiddete maruz kalma, flört şiddeti mağduru arkadaşın varlığı da flört şiddeti riskini artırmaktadır.¹¹ Bunların yanında toplumsal cinsiyete ilişkin kalıp yargılar da flört şiddetine yönelten sebeplerden biri olarak kabul edilmektedir.¹²

Toplumsal cinsiyet, erkek ve kadınların uyması gereken birtakım davranışlar ortaya koymaktadır ve bu davranışlara toplumsal cinsiyet kalıp yargıları adı verilmektedir.¹³ Bu kalıpların oluşmasında en önemli faktör aile iken, okul, çevre ve kitle iletişim araçları da bu süreci pekiştirmektedir.¹⁴ Toplumsal cinsiyet rolleri ile ilgili kalıplar, hem kadınların hem de erkeklerin yaşamını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bununla birlikte toplumsal cinsiyet bağlamında yapılan çalışmalar, toplumlarda süregelen toplumsal cinsiyete ilişkin kalıpların, özellikle kadını olumsuz önde etkilediğinin; kadının ikincil konumunu pekiştirdiğinin ve cinsiyete dayalı ayrımcılığı yeniden ürettiğinin altını çizmektedir.¹⁵⁻¹⁶

Alan yazında yapılan çalışmalarda kadın ve erkeklere yüklenen kalıp yargıların flört şiddetinin gelişmesinde ve toplumsal cinsiyet rollerine ait geleneksel tutuma sahip bireylerin flört şiddetini daha fazla destekleri tespit edilmiştir.¹⁷ Bu çalışmaların sonuçlarından da anlaşılacağı üzere toplumsal cinsiyet tutumları flört şiddetinin en iyi belirleyicisidir.

Gereç Yöntem

Araştırmanın Amacı

Çalışmada üniversite öğrencilerinin flört ilişkilerinde şiddete maruziyetinin ve belirleyicilerinin saptanması, öğrencilerin flört şiddetine yönelik tutumlarının ve toplumsal cinsiyet algılarının/ ilişkilerinin flört şiddetine maruziyet ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın Evren Örnekleme

Çalışma kesitsel tiptedir. Araştırma verileri 20.09.2021 ve 20.11.2021 tarihleri arasında toplandı. Araştırmanın evrenini Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi 2021-2022 Eğitim-Öğretim yılında eğitim gören lisans öğrencileri oluşturdu (n=8750). Örnek büyüklüğü %99 güven sınırında, %50 prevalans ile 0.05 yanılıgı düzeyinde, desen etkisi 2 alınarak minimum örnek büyüklüğü 1928 olarak belirlendi. Toplamda 2010 öğrenciye ulaşıldı. Araştırmaya her fakülteden kaç öğrenci alınacağı ağırlıklandırma yapılarak belirlendi. Çalışmanın izni, Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 05/03/2020 tarih ve 17-7 kararıyla alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Çalışmada veriler “Sosyodemografik Anket Formu”, “Toplumsal Cinsiyet İlişkileri Ölçeği”, “Flört Şiddeti Tutum Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır.

Tanıttıcı Anket Formu: Sosyodemografik bilgilerin incelendiği 11 soru ve partner ilişkilerinin sorgulandığı 7 sorudan oluşmaktadır.

Toplumsal Cinsiyet İlişkileri Ölçeği: Bu ölçek “Eşitlik” ve “İktidar/Güç” olarak adlandırılan 2 alt ölçek ve “katılıyorum” ve katılmıyorum” şeklinde cevabı belirlenmiş 23 maddeden oluşmaktadır. Toplumsal Cinsiyet İlişkileri Ölçeği, kadın ve erkek arasındaki yakın ilişkilerinde iktidar ve eşitliğe ilişkin tutumu ölçmeyi amaçlamaktadır. Ölçek toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumu, cinsel ilişki ve korunma yöntemleri konusunda ve ev içindeki iktidar ilişkilerini, aile içi şiddet ve iletişim konularını içeren 23 madde ve iki alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçek, GEMS ve SRPS ölçekleri maddelerinden derlenen sorulardan oluşturulmuştur. Eşitlik Alt Ölçeği (Equity Subscale – ES): Ölçek 16 maddeden oluşmaktadır. İktidar Alt Ölçeği (Power Subscale – PS): Ölçek 7 maddeden oluşmaktadır. Ölçek maddeleri “Katılıyorum”,ve “Katılmıyorum” şeklinde derecelendirilmiştir. Her olumlu cevap 1, diğer cevaplar ise 0 puan ile skorlanmıştır. Alt ölçekler kendi içinde değerlendirildikten sonra elde edilen iki puan toplanarak GRS skoru elde edilmiştir. Ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0.723 ile yeterli bulunmuştur. Ölçeğin iki ayrı boyutu için ayrı ayrı yapılan güvenilirlik analizinde eşitlik boyutu için cronbach’s alfa değeri 0.643, güç boyutu için ise 0.642 olarak belirlenmiştir (Özpınar ve Horosan 2018). Bizim çalışmamızda ise ölçeğin cronbach alfa güvenilirlik katsayısının 0,779 olduğu belirlenmiştir.

Flört Şiddeti Tutum Ölçeği (FŞTÖ): Öğrencilerin flört şiddetine yönelik tutumlarının değerlendirilmesi Terzioğlu ve arkadaşları (2016) tarafından geliştirilen “Flört Şiddeti Tutum Ölçeği ile yapılmıştır.⁴¹ Ölçek 5 alt boyuttan oluşmaktadır ve cinsel şiddet 7 madde, duygusal şiddet 6 madde, genel şiddet 5 madde, ekonomik şiddet 5 madde ve fiziksel şiddet 5 madde olmak üzere ölçekte toplamda 28 madde yer almaktadır. Ölçeğin cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.91 ve alt boyutlarının cronbach alfa güvenilirlik katsayıları ‘cinsel şiddet’ için 0.84, ‘duygusal şiddet’ için 0.85, ‘genel şiddet’ için 0.72, ‘ekonomik şiddet’ için 0.75, ‘fiziksel şiddet’ için 0.72 bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise ölçeğin cronbach alfa güvenilirlik katsayısının 0,879 olduğu belirlenmiştir. Flört Şiddeti Tutum Ölçeği’ne verilen yanıtlar her bir maddeye verilen toplam puanlar üzerinden değerlendirilmektedir. Ölçekte yer alan maddeler 5’li likert tipindedir ve 1) “kesinlikle katılmıyorum”, 2) “Katılmıyorum”, 3) “Kararsızım”, 4) “Katılıyorum”, 5) “Tamamen Katılıyorum” şeklindedir. Bu puanlamaya göre ölçekte yer alan her bir madde için alınabilecek en yüksek puan 5, en düşük puan ise 1’dir. Ölçek puan ortalamasının 5’e yaklaşması bireylerin flört şiddetine yönelik sahip olduğu tutumlarının, flört şiddetini desteklemediğini göstermektedir.

Tam Metin Poster Bildiri

Veriler SPSS for Windows 20.0 istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Nominal veriler yüzde dağılımları ile sayısal veriler ortalama±ss ile tanımlanmıştır. Cinsiyet ile flört şiddeti türleri arasındaki ilişkilerin değerlendirmesinde ki kare testi, toplumsal cinsiyet ilişkileri ölçeği ile flört şiddeti ölçeği arasındaki ilişkiyi tespit etmek için korelasyon analizi ve flört şiddetini etkileyen demografik özellikleri tespit etmek için lojistik regresyon analizi ve şiddet türlerinin yaygınlığı hesaplamada ise yüzde analizi kullanılmıştır. Flört şiddetinin yaşam boyu ve son bir aydaki sıklığını hesaplamak için sıklık analizi kullanılmıştır.

Bulgular

Araştırma grubunun %55'i kadın, yaş dağılımı 20.85±1.25 (18-24) dir.%73.6'sı çekirdek aile yapısına sahip olup, %82.3'i üst sosyal sınıfta bulunmakta ve %68.6'sının gelir algısı gelir gidere denk ya da fazla olarak belirlenmiştir (Tablo 1)

Tam Metin Poster Bildiri

Tablo1. Araştırma Grubunun Bazı Sosyodemografik Özellikleri

		N	%
Cinsiyetiniz	Erkek	905	45
	Kadın	1105	55
Yaşınız		(Min-max) 18-24	
		20.85±1.25	
Fakülte	Tıp Fakültesi	142	7,1
	İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	386	19,2
	Sağlık Bilimleri Fakültesi	209	10,4
	Spor Bilimleri Fakültesi	101	5
	Mühendislik Fakültesi	400	19,9
	Turizm Fakültesi	184	9,2
	Diş Hekimliği Fakültesi	80	4
	Gazipaşa havacılık ve Uzay Bilimleri Fakültesi	40	2
	Sanat, Tasarım ve Mimarlık Fakültesi	60	3
	Eğitim Fakültesi	408	20,3
Bölümünüz	Tıp Fakültesi	142	10,3
	Ekonomi ve Finansman	183	13,3
	Hemşirelik	209	15,1
	Beden Eğitimi ve Spor Eğitimi	101	7,3
	Bilgisayar Mühendisliği	72	5,2
	Turizm İşletmeciliği	184	13,3
	Diş Hekimliği Fakültesi	80	5,8
	Havacılık Yönetimi	40	2,9
	Mimarlık	60	4,3
	Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık	310	22,4
Sınıfınız	1. Sınıf	503	25
	2. Sınıf	489	24,3
	3. Sınıf	519	25,8
	4. Sınıf	499	24,8
Anne ve Baba Durumu	Annem ve babam birlikte yaşıyor	1730	86,1
	Anne ve babam boşandı, ayrı yaşıyor	155	7,7
	Babam yaşamıyor	95	4,7
	Annem yaşamıyor	20	1
	Her ikisi de yaşamıyor	10	0,5
Babanızın Eğitim Durumu	Lise	1697	84,4
	Yüksekokul / Üniversite	278	13,8
	Yüksek lisans / doktora	35	1,7
Annemenizin Eğitim Durumu	Lise	1861	92,6
	Yüksekokul / Üniversite	139	6,9
	Yüksek lisans / doktora	10	0,5
Sosyal Statü	Üst	1656	82,3
	Alt	354	17,7
Ailenizin gelir düzeyi	Gelir-Giderden Az	632	31,4
	Gelir-Gidere Denk	1136	56,5
	Gelir-Giderden Fazla	242	12,1
Aile türü	Geniş aile	400	19,9
	Çekirdek aile	1480	73,6
	Tek ebeveynli aile	130	6,5

Tam Metin Poster Bildiri

Tablo 2’de araştırma grubunun flört ilişki yaşama özellikleri verilmektedir. Araştırma grubunun %44.6’sının halen romantik bir ilişkisi mevcut olup, %54.4’ünün daha önce romantik ilişkisi olmuştur. Halen romantik ilişki yaşayanlarda bir yıldan fazla süren romantik ilişki yüzdesi %54.3’dür (Tablo 2)

Tablo 2. Araştırma Grubunun Flört İlişki Yaşama Özellikler Dağılımı

OZELLİK	N	%
Halen romantik bir ilişkisi olma		
Evet	897	44,6
Hayır	1113	55,4
Şuan ki flört ilişki süresi		
1 yıldan az	401	44,7
1-3 yıl	409	45,5
4 yıl ve üzeri	87	9,8
Halen romantik ilişki yaşadığınız bireyin eğitim durumu		
Lise	50	5,57
Üniversite/Yüksekokul	813	90,63
Doktora/Yükseklisans	34	3,8
Halen romantik ilişki yaşadığınız kişinin mesleği		
Öğrenci	813	90,63
Beyaz Yakalı Çalışan (Zihin Gücüyle Çalışan)	40	4,45
Mavi Yakalı Çalışan (Emek Gücüyle Çalışan)	44	4,92
Daha önceki romantik ilişki yaşama		
Evet	1969	54,4
Hayır	41	45,6
Daha önceki flört ilişkisi süresi		
1’den az	1118	56,7
1-3 yıl	843	42,8
4 yıldan fazla	8	0,5
Toplam	2010	100,0

Tablo 3’de araştırma grubunda şiddete maruz kalanların cinsiyete göre yaşam boyu ve son bir aydaki dağılımı görülmektedir. Araştırma grubunda yaşam boyu fiziksel şiddete maruz kalanların %8’i erkek; %11’i kadın, cinsel şiddete maruz kalanların %8.9’u erkek, %9.8’i kadındır. Yaşam boyu fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma kadınlarda erkeklere göre daha fazladır. Yaşam boyu ısrarlı takibe maruz kalanların ise %11.2’si erkek, %12.4’ü kadındır. İsrarlı takibe maruz kalma kadınlarda daha fazladır. Yaşam boyu psikolojik şiddete maruz kalanların ise %14’ü erkek, %14.4’ü kadın; sosyal şiddete maruz kalanların %26.2’si erkek, %27.8’i kadındır. Cinsiyetler arasında fiziksel şiddete maruz kalma, sosyal şiddete maruz kalma, cinsel şiddete maruz kalma, ısrarlı takip ve dijital şiddete maruz kalma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Son bir ay fiziksel flört şiddetine maruz kalanların ise %0.89’u erkek (905), %0.5’i kadındır (1105). Son bir ayda fiziksel şiddete maruz kalan kadınların sayısı erkeklerden fazladır. Son bir ayda psikolojik şiddete maruziyet (sırasıyla %3.9; %5.4), cinsel şiddete maruziyet (sırasıyla %2.5, %4.3), sosyal şiddete maruziyet (sırasıyla %6.2, %8.5), dijital şiddete maruziyet (sırasıyla %7.5, %6.6) ve ısrarlı takip (sırasıyla % 3.3, %5.9) ile cinsiyetler arasında sosyal şiddete maruz kalma, ısrarlı takip ve dijital şiddete maruz kalma istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 3).

Tam Metin Poster Bildiri

Tablo 3. Cinsiyet Ve Yaşam Boyu Ve Son Bir Ayda Flört İlişkisinde Şiddete Maruz Kalma

	Erkek (905)		Kadın (1105)		Toplam (2010)		X ² / p
	Yok N (%)	Var (N(%))	Yok N (%)	Var (N(%))	Yok N (%)	Var (N(%))	
Yaşam Boyu							
Fiziksel şiddete	833 92%	72 8%	984 89%	121 11%	1867 92,8%	193 7,2%	X ² =13.781 P=0.017
Psikolojik şiddete	779 86%	126 14%	942 85,2%	163 14,8%	1721 85,6%	289 14,4%	X ² =8.672 P=0.070
Cinsel şiddete	825 91,1%	80 8,9%	997 90,2%	108 9,8%	1822 90,6%	188 19,4%	X ² =10.760 P=0.013
Sosyal şiddete	668 73,8%	237 26,2%	798 72,2%	307 27,8%	1466 72,9%	544 27,1%	X ² =13.373 P=0.020
Dijital Şiddet	635 70,1%	270 29,9%	766 69,3%	339 30,7%	1401 69,7%	609 30,3%	X ² =11.884 P=0.005
Israrlı takip (stalking)	804 88,8%	101 11,2%	958 86,6%	147 13,4%	1762 87,6%	248 12,4%	X ² =10.498 P=0.015
Son 1 Ayda							
Fiziksel şiddete	897 99,11%	8 0,89%	1094 99%	11 1%	1991 99,5%	19 0,5%	X ² =9.445 P=0.093
Psikolojik şiddete	870 96,1%	35 3,9%	1046 94,6%	59 5,4%	1916 95,4%	94 4,6%	X ² =8.765 P=0.067
Cinsel şiddete	883 97,5%	22 2,5%	1058 95,7%	47 4,3%	1941 93,2%	69 6,8%	X ² =6.777 P=0.079
Sosyal şiddete	849 93,8%	56 6,2%	1012 91,5%	93 8,5%	1861 92,6%	149 7,4%	X ² =6.901 P=0.228
Dijital Şiddet	838 92,5%	67 7,5%	1033 93,4%	72 6,6%	1871 93,1%	139 6,9%	X ² =3.667 P=0.000
Israrlı takip (stalking)	876 96,7%	29 3,3%	1040 94,1%	65 5,9%	1916 95,4%	94 4,6%	X ² =10.015 P=0.018

Tablo 4 incelendiğinde; toplumsal cinsiyet ilişkileri ölçeği ile flört şiddeti tutum ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0,05). Boyutlar arasındaki ilişkiye bakıldığında toplumsal cinsiyet ölçeği alt boyutlarından olan eşitlik alt boyutu ile iktidar alt boyutu arasında güçlü düzeyde pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=,618; p<0,05). Flört şiddeti tutum ölçeği alt boyutlarından genel şiddet ile cinsel şiddet arasında güçlü düzeyde pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=,151, p<0,05) (Tablo 4).

Tam Metin Poster Bildiri

Tablo 4. Toplumsal Cinsiyet İlişkileri Ölçeği (GRS) ve Flört Şiddeti Tutum Ölçeği (FŞTÖ); Korelasyon Analizi

Ölçekler ve Alt Boyutları		1	1.1.	1.2.	2.	2.1.	2.2.	2.3.	2.4.	2.5.
1. Toplumsal Cinsiyet İlişkileri Ölçeği (GRS)	r	1	0,951*	0,832*	0,095*	0,092*	0,048*	-	0,042	0,133*
	p		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,815	0,610	0,000
1.1. Eşitlik	r		1	0,618*	0,057*	0,051*	0,003	-	0,016	0,103*
	p			0,000	0,011	0,000	0,886	0,553	0,486	0,000
1.2. İktidar	r			1	,138*	,141*	0,115	0,01	0,078*	0,152
	p				0,000	0,000	0,000	0,642	0,000	0,000
2. Flört Şiddeti Tutum Ölçeği	r				1	,768*	0,795*	,687*	,693*	,829*
	p					0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
2.1. Genel Şiddet	r					1	,593*	,346*	347*	,629*
	p						0,000	0,000	0,000	0,000
2.2. Fiziksel Şiddet	r						1	,658*	,486*	,478*
	p							0,000	0,000	0,000
2.3. Duygusal Şiddet	r							1	,486*	,310*
	p								0,000	0,000
2.4. Ekonomik Şiddet	r								1	,423*
	p									0,000
2.5. Cinsel Şiddet	r									1
	p									

p<0,05 (İstatistiksel önemlilik düzeyi) r= korelasyon katsayısı

Yaşam boyu ve son bir ayda flört şiddeti maruziyeti ve etkileyen faktörler lojistik regresyon modeli ile incelenmiş ve ilişkili faktörler belirlenmiştir. Modele göre belirleyiciler (Tablo 5);

Tam Metin Poster Bildiri

Table 5. Yaşam Boyu ve Son Bir Ayda Flört Şiddeti Maruziyeti ve Etkileyen Faktörler; Lojistik Regresyon

Reference	B	S.E.	β	%95 CI		P
				min.	max	
Yaşam Boyu Fiziksel Şiddet						
FTŞÖ/Duygusal	-0,834	0,446	3,496	0,181	1,041	0,030
Aile Türü	-0,525	0,282	3,464	0,34	1,028	0,040
Anne Eğitim Durumu	-0,657	0,336	3,83	0,268	1,004	0,020
Yaşam Boyu Psikolojik Şiddet						
GRS/İktidar	-0,188	0,073	6,627	0,718	0,956	0,010
FTŞÖ/Ekonomik	-0,704	0,195	12,922	0,337	0,725	0,000
Yaşam Boyu Cinsel Şiddet						
Cinsiyet	-0,356	0,382	0,868	0,332	1,481	0,006
FTŞÖ/Cinsel	-0,039	0,357	0,012	0,477	1,938	0,028
Aile Türü	-0,246	0,352	0,488	0,392	1,559	0,042
Daha Önce Romantik İlişki	0,161	0,361	0,199	0,579	1,482	0,000
Yaşam Boyu Sosyal Şiddet						
FTŞÖ/Duygusal	-1,135	0,391	8,452	0,149	0,691	0,004
FTŞÖ/Ekonomik	-1,622	0,327	3,788	0,104	0,375	0,000
FTŞÖ/Cinsel	0,514	0,224	5,285	1,079	2,591	0,022
Anne Eğitim Durumu	-0,698	0,294	5,642	0,288	0,885	0,018
Baba Eğitim Durumu	-0,506	0,245	4,266	0,373	0,975	0,039
Daha Önce Romantik İlişki	1,295	0,241	3,321	0,976	1,034	0,000
Yaşam Boyu Dijital Şiddet						
Anne Eğitim Durumu	-0,077	0,805	1,365	0,191	0,376	0,000
Mevcut Romantik İlişki	-0,557	0,851	1,045	0,873	1,224	0,033
FTŞÖ/Cinsel	0,104	0,568	1,651	0,482	1,386	0,027
Yaşam Boyu Israrlı Takip						
Cinsiyet	0,460	0,170	1,586	1,130	1,987	0,006
sosyal statü	-0,354	0,160	0,702	0,438	0,950	0,020
Daha Önce Romantik İlişki	0,427	0,170	1,532	1,009	1,854	0,013
Son Bir Ayda Fiziksel Şiddet						
Aile Türü	0,370	0,174	4,503	1,029	2,037	0,034
FTŞÖ/Ekonomik	-1,109	0,466	5,670	0,132	0,822	0,017
FTŞÖ/Fiziksel	0,140	0,064	4,815	1,015	1,303	0,028
Son Bir Ayda Psikolojik Şiddet						
Cinsiyet	-0,538	0,227	5,617	0,374	0,911	0,018
Aile Türü	-0,569	0,221	6,633	0,367	0,873	0,010
GRS/Eşitlik	0,165	0,063	6,909	1,043	1,334	0,009
Son Bir Ayda Cinsel Şiddet						
Cinsiyet	-0,769	0,348	4,878	0,234	0,917	0,027
Mevcut Romantik İlişki	-1,469	0,551	4,928	0,251	0,918	0,026
Daha Önce Romantik İlişki	0,846	0,331	6,521	0,904	1,296	0,011
Aile Türü	-0,734	0,551	2,939	0,251	0,918	0,008
Son Bir Ayda Sosyal Şiddet						
Mevcut Romantik İlişki	1,137	0,159	2,394	0,599	1,114	0,000
Daha Önce Romantik İlişki	0,887	0,157	1,866	0,644	1,060	0,000
FTŞÖ/Fiziksel	-0,710	0,292	1,421	0,526	1,651	0,019
Son Bir Ayda Dijital Şiddet						
cinsiyet	-0,801	0,276	1,198	0,261	0,772	0,004
Ailenin Gelir Durumu	-0,705	0,219	3,626	0,322	0,759	0,001
FTŞÖ/Fiziksel	-1,493	0,609	1,669	0,448	1,337	0,014
Son Bir Ayda Israrlı Takip						
Ailenin Gelir Durumu	0,464	0,177	1,167	1,125	1,619	0,009
Daha Önce Romantik İlişki	0,778	0,216	1,723	0,738	1,192	0,000
Aile Türü	0,124	0,433	1,415	0,605	1,906	0,031
GRS/İktidar	-0,301	0,103	1,792	0,827	1,306	0,004

Tam Metin Poster Bildiri

Yaşam boyu fiziksel şiddet: Yaşam boyu fiziksel flört şiddetine maruziyeti mevcut romantik ilişkisi olma, flört şiddeti tutum ölçeği duygusal alt boyutu, aile türü ve anne eğitim durumu etkilemektedir. **Yaşam boyu psikolojik şiddet:** Yaşam boyu psikolojik şiddete maruziyeti flört şiddeti tutum ölçeği ekonomik şiddet alt boyutu, toplumsal cinsiyet ilişkileri ölçeği iktidar alt boyutu etkilemektedir.

Yaşam boyu cinsel şiddet: Yaşam boyu cinsel şiddete maruziyeti, cinsiyet, aile türü, flört şiddeti tutum ölçeği cinsel şiddet ve daha önce romantik ilişki durumu etkilemektedir.

Yaşam boyu sosyal şiddet: Yaşam boyu sosyal şiddete maruziyeti, flört şiddeti tutum ölçeği duygusal, ekonomik ve cinsel şiddet alt boyutları, anne eğitim durumu, baba eğitim durumu ve daha önce romantik ilişkisi olma etkilemektedir.

Yaşam boyu dijital şiddet: Yaşam boyu dijital şiddete maruziyeti, halen romantik ilişkisi olma, anne eğitim durumu ve flört şiddeti tutum ölçeği cinsel şiddet alt boyutu etkilemektedir.

Yaşam boyu ısrarlı takip: Yaşam boyu ısrarlı takip maruziyetini, sosyal statü, cinsiyet ve daha önce romantik ilişki durumu etkilenmektedir.

Son bir ayda fiziksel şiddet: Son bir ayda fiziksel flört şiddeti aile türü, flört şiddeti tutum ölçeği ekonomik ve fiziksel şiddet alt boyutundan etkilenmektedir.

Son bir ayda psikolojik şiddet: Son bir ayda psikolojik flört şiddeti aile türü, cinsiyet ve toplumsal cinsiyet tutum ilişkileri ölçeği (GRS) eşitlik alt boyutundan etkilenmektedir.

Son bir ayda cinsel şiddet: Son bir ayda cinsel flört şiddeti aile türü, daha önce romantik ilişki durumu, mevcut romantik ilişki durumu ve cinsiyetten etkilenmektedir.

Son bir ayda sosyal şiddet: Son bir ayda sosyal flört şiddeti daha önce romantik ilişki durumu, mevcut romantik ilişki durumu ve flört şiddeti tutum ölçeği fiziksel şiddet alt boyutundan etkilenmektedir.

Son bir ayda dijital şiddet: Son bir ayda dijital flört şiddeti cinsiyet, ailenin gelir durumu, flört şiddeti tutum ölçeği fiziksel şiddet alt boyutundan etkilenmektedir.

Son bir ayda ısrarlı takip şiddet: Son bir ayda ısrarlı flört şiddeti ailenin gelir durumu, daha önce romantik ilişki, aile türü ve toplumsal cinsiyet ilişkileri iktidar alt boyutundan etkilenmektedir.

Sonuç

Flört şiddeti, şiddetin en yaygın türünü oluşturmaktadır. Şiddetin görülme sıklığı, araştırmalarda flört şiddetinin tanımlanma ve değerlendirme yöntemlerindeki farklılıklar nedeni ile değişiklikler gösterebilmektedir. Flört şiddeti hem kültürel hem de ülkenin toplumsal normlarına göre farklılık göstermekle beraber yapılan çalışmalarda Amerika'da %53, Çin'de %59, Brezilya'da ortalama %76, Hindistan'da %16, Nijer'de %18 ve Kırgızistan'da %42 olduğu tespit edilmiş olup,¹⁸ Dünyada %1.0-66.5 oranındadır.⁸⁻⁵ Türkiye'de ise flört şiddeti sıklığı %11.0-45.8 arasında değiştiği bildirilmiştir.⁶ Bizim çalışmamızda flört şiddeti yaşam boyu sıklığı %57,1 olup son bir ayda %18,2 olarak belirlenmiştir. Çalışma sonuçları literatür ile uyumludur.

Fiziksel flört şiddeti ile ilgili birçok farklı ülkeden katılımcı ile yürütülen (16 ülkedeki 31 üniversitede) yapılan, çok uluslu çalışmalarda ise fiziksel şiddet davranışlarında bulunma oranlarının %17 ile %45 arasında değiştiği,¹⁹ şiddet davranışlarına maruz kalma oranlarının ise %14 ile %39 arasında değiştiği tespit edilmiştir.²⁰ Fiziksel flört şiddeti ile ilgili Viejo ve diğerleri (2015) tarafından İngiltere ve İspanya'da yapılan çalışmada ise çiftlerin %30'unun birbirlerine fiziksel şiddet uyguladığı tespit edilmiştir.²¹ Bazı çalışmalarda, fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kalınması konusunda herhangi bir cinsiyet farkı bulunmamış; fakat sadece kadınların cinsel şiddete maruz kaldıkları bulunmuştur. Öğrencilerin bir kısmının yasak cinsel ilişkide bulunan, gayri meşru çocuk sahibi olan, homoseksüel bir ilişki içerisinde olan kişilerin şiddeti hak ettiklerini düşündüklerini belirtmiştir.²² Bizim çalışmamızda da yaşam boyu fiziksel flört şiddetine

Tam Metin Poster Bildiri

maruz kalma erkeklerde %8, kadınlarda ise %11 olarak tespit edilmiştir. Kadınların yaşam boyu fiziksel şiddete maruz kalma yaygınlığı erkeklerden daha yüksektir. Aynı zamanda fiziksel flört şiddeti ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Uluslararası fiziksel flört şiddeti ile ilgili yapılan çalışmalarda da fiziksel flört şiddetine maruziyet oranının kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu ve cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.²³

Genel olarak yapılan araştırmalarda psikolojik saldırgan davranışlarda bulunma oranlarının %82 ile %90.6 arasında değiştiği; psikolojik saldırıya maruz kalma oranlarının ise %80 ile %85.9 arasında değiştiği sonucuna ulaşılmıştır.²⁴ Bizim çalışmamızda yaşam boyu psikolojik şiddete maruz kalma oranı %14.4 olarak tespit edilmiştir. Ayrıca kızların erkeklere göre daha fazla oranda psikolojik şiddete maruz kaldıkları görülmektedir. Psikolojik şiddet ile ilgili olarak yapılan diğer çalışmalarda bizim bu çalışmamızdaki bulguları desteklemektedir.¹⁷ Leen ve diğerleri (2013) tarafından yapılan çalışmada cinsel flört şiddetine maruz kalma yaygınlığı kızlarda %1,2-%21,3, erkeklerde %1-%13 arasında tespit edilmiştir.^{25,26}

Cinsel şiddet küresel ölçekte önemli bir insan hakları sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO,2013) tahminlerine göre, dünya çapında kadınların %35'inin eş ya da partnerleri tarafından cinsel şiddete maruz kaldığını göstermektedir.²⁸ Geniş katılımlı çalışmalarda cinsel flört şiddetine maruz kalma yaygınlığı 12-18 yaş arası gençlerde kızlar için %1,2 ile %21,3; erkekler için %1 ile %13 arasında değişmektedir.²⁵ Avustralya İstatistik Bürosu (2013) ve Avustralya Adalet İstatistikleri Bürosu (2014) yayınlarına göre 16-24 yaş arasındaki kadınlar erkek arkadaş, eş ya da erkek bir tanıdıklarından cinsel şiddet yaşama konusunda en büyük risk grubu olarak görülmektedir.²⁹⁻³⁰ Ülkemizde ise Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması 2014 raporunda; ülkemiz kadınlarının %44'ünün duygusal şiddet, %36'sının fiziksel şiddet, %30'unun ekonomik şiddet, %12'sinin ise cinsel şiddet türleriyle karşılaştığı belirtilmektedir.³¹ Üçok ve ark yaptığı çalışmada, cinsel istismara uğramış ergenlik dönemindeki kızların %52,3'ünün erkek arkadaşları tarafından cinsel flört şiddetine maruz kaldıkları, bu grubun ise %31,4'ünün geçmişinde birden fazla istismarcı öyküsü bulunduğu belirtilmektedir.²⁶ Türk örnekleme üzerinde 834 katılımcıyla yürütülen bir çalışmada katılımcıların %30'unun partnerlerine karşı psikolojik şiddet uyguladığına, %5'inin cinsel şiddet davranışlarında bulunduğu, %12'si ise fiziksel şiddet davranışlarında bulunduğu ulaşılmıştır. Kadın ve erkek katılımcıların şiddet kurbanı olma ve şiddet faili olma oranlarının birbirlerine yakın olduğu sonucuna ulaşılmıştır.³² İftar ve Güler (2020) tarafından yapılan çalışmada da erkeklerin uyguladığı psikolojik ve fiziksel şiddeti kabul düzeyinin yüksek olduğu tespit edilmiştir.³³ Ozaki ve Otis (2017) tarafından yapılan araştırmada da cinsiyet eşitsizliğine inanan ve ataerkil kültür normlarına sahip bireylerin fiziksel ve psikolojik flört şiddeti uygulama oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur.³⁴ Gökkaya ve Öztürk (2021) tarafından gençlerin flört şiddeti tutumlarının incelendiği çalışmada mevcut romantik ilişkisi olanların birbirlerinin sosyal medya hesap şifrelerini istemeleri, sosyal medya üzerinden sürekli nerde olduklarını takip ettikleri tespit edilmiştir.³⁵ Bu şiddet türünü her iki cinsiyette benzer şekilde uygulamaktadır. Açıkgoz ve diğerleri (2017), Akış ve diğerleri (2019) ve Rubio-Garay ve diğerleri (2017) tarafından yapılan çalışmalarda bu bulguyu desteklemektedir.³⁶⁻³⁷ Yaptığımız çalışmada da yaşam boyu cinsel şiddete maruz kalma erkeklerde %8.9, kadınlarda ise %9.8 olarak tespit edilmiştir. Aynı zamanda yaşam boyu cinsel şiddet maruziyeti ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir.

Çalışmamızda sosyal sınıf, gelir, anne eğitimi gibi sosyoekonomik göstergelerin flört şiddeti üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir. Daha iyi sosyoekonomik düzeye sahip olan bireyler diğerlerine göre daha az şiddete maruz kalmaktadır. Öğrenim düzeyi yüksek olan aileler aynı zamanda sosyoekonomik düzeyleri de yüksek aileler olduğu ve çocuklarına daha iyi olanaklar sağlayabildikleri için gelişimlerinin daha olumlu yönde etkilendiği düşünülebilir. Buna karşılık olarak, öğrenim seviyesi düşük ailelerin aynı zamanda sosyo-ekonomik düzeyi de düşük aileler olduğu ve çocuklarına daha iyi koşullar sağlayamadıkları varsayılabilir. Bununla birlikte hem maddi hem manevi ihtiyaçları yeterince karşılanamayan gençlerin istenmeyen davranışlara yönelebilirler. Literatürde de gelir düzeyinin düşük olması ile şiddet tutumları ve davranışları arasında ilişki olduğunu belirten çalışmalarda mevcuttur.³⁸⁻⁴⁰ Yavuz (2009) çalışmasında ailelerinin ekonomik durumunu kötü olarak nitelendiren öğrencilerin şiddet puanlarını daha yüksek bulurken, Gönültaş ve Atıcı (2014) ailesinin maddi durumu zayıf olan öğrencilerin saldırganlık puanlarını daha yüksek bulmuştur.³⁸⁻³⁹ Ekonomik

Tam Metin Poster Bildiri

düzeyi düşük aileden gelen gençlerde saldırganlık ve şiddet içeren tutum ve davranışların gelişmesi, gençlerin maddi imkansızlıklarından dolayı fiziksel ve sosyal ihtiyaçlarının karşılanamaması ve bunlara bağlı olarak ümitsizlik ve baş etme mekanizmalarının sağlıklı kullanılamaması ile şiddete daha fazla başvurdukları şeklinde açıklanabilir.

Yapılan çalışmada toplumsal cinsiyet ilişkileri ölçeği ile flört şiddeti tutum ölçeği arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ve Öztürk ve diğerleri (2021) üniversite öğrencilerinin çoğunlukla flört şiddetini desteklemediğini tespit ettiği çalışma ile örtüşmektedir.⁴⁰

Sonuç olarak; Araştırma gurubunda her on gençten yaklaşık altısının flört şiddetine maruz kaldığı belirlenmiştir. Araştırmadan elde edilen veriler bizim toplumumuz için flört şiddetinin önemli bir sorun olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda önemli bir bulgu şiddete maruziyet ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmasıdır. Çalışmamızda önemli bir diğer bulgu sosyal sınıf, gelir, anne eğitimi gibi sosyoekonomik göstergelerin flört şiddeti üzerinde etkili olduğu belirlenmiş olmasıdır. Daha iyi sosyoekonomik düzeye sahip olan bireyler diğerlerine göre daha az şiddete maruz kalmaktadır. Diğer önemli bulgu ise çalışmamızda şiddete maruz kalan bireylerin şiddeti destekleyen tutuma sahip oldukları ve bu bireylerin cinsiyet ilişkilerinde negatif yönde tutum içinde olmaları ve cinsiyet ilişkilerinde eşitliğe inanmadıkları belirlenmesidir. Sosyal ve kültürel birçok nedene bağlı olan şiddet davranışının önüne geçmek için sağlık başta olmak üzere birçok sektörün iş birliği gerekir. Özellikle flört şiddeti açısından riskli olan grupların belirlenmesi, flört şiddetine yönelik farkındalık geliştirme programlarının yapılması ve özellikle toplumsal cinsiyet derslerinin yaygınlaştırılması önerilmektedir.

Çıkar çatışması; Makalemizde herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Finansal destek; Makalemiz Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğü Proje No: 2021-04-02-MAP03 numaralı BAP projesi kapsamında desteklenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Üniversite öğrencisi, Toplumsal Cinsiyet İlişkileri, Toplumsal Cinsiyet Tutumu, Flört Şiddeti, Flört Şiddetine Yönelik Tutum

Kaynakça

1. World Health Organization World Report on Violence and Health. Geneva: WHO. http://www5.who.int/violence_injury_prevention/download.cfm?id=0000000582. 2002. Accessed September, 22, 2022.
2. Baldan GA, Akış N. Flört şiddeti. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2017;43(1): 41-44.
3. Özpınar S, DinçHorasan G. Toplumsal cinsiyet ilişkileri ölçeği türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. 2. Uluslararası kadın kongresi (Tam Metin Bildiri/Sözlü Bildiri) 2018:67-69.
4. Bonomi AE, Anderson ML, Nemeth J, Rivara FP, Buettner C. History of dating violence and the association with late adolescent health. *BMC Public Health*. 2013;13(1):1-12.
5. Walters GD, Espelage DL. Prior Bullying, Delinquency, and Victimization as Predictors of Teen Dating Violence in High School Students: Evidence of Moderation by Sex. *Vict Offenders*. 2018;13(6):859-875.
6. Toplu Demirtaş E. Flört Şiddeti Konusunda Lise Gençlerinin Çözüm Önerileri: Araştırma Raporu; 2018.
7. Callahan MR, Tolman RM, Saunders DG. Adolescent dating violence victimization and psychological well-being. *Journal of adolescent research*. 2003;18(6):664-681.
8. Exner-Cortens D, Eckenrode J, Rothman E. Longitudinal Associations Between Teen Dating Violence Victimization and Adverse Health Outcomes. *Pediatrics*. 2013;131(1):71-78.
9. Wekerle C, Wolfe DA. Dating violence in mid-adolescence: Theory, significance, and emerging prevention initiatives. *Clinical Psychology Review*. 1999;19(4):435-456.
10. Umama JE, Fawole OI, Adeoye IA. Prevalence and Correlates of Intimate Partner Violence Towards Female Students of the University of Ibadan, Nigeria. *BMC Women's Health*, 2014;14(1):131.

Tam Metin Poster Bildiri

11. Kaukinen C. Dating violence among college students: The risk and protective factors. *Trauma, violence, & abuse*. 2014;15(4):283-296.
12. Shen ACT. Dating violence and posttraumatic stress disorder symptoms in Taiwanese college students: The roles of cultural beliefs. *Journal of interpersonal violence*. 2014;29(4):635-658.
13. Tok Y. Cinsiyet rolleri ile ilgili farklı kalıp yargılara sahip üniversite öğrencilerinin saldırganlık düzeyleri. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara*. 2001.
14. Dökmen ZY. *Toplumsal Cinsiyet: Sosyal Psikolojik Açıklamalar*. İstanbul: Remzi Kitabevi. 2012.
15. Özpınar S. *Gender and women's health (Edition 1)*. Akın, A., Özpınar S (Ed), *Domestic violence against women and women's health*, Ankara: Nobel publication; 2018. p. 237-259).
16. Özpınar S. *Discrimination in Terms of Women's Health*. *Society and Physician*. 2020;35(2):111-122.
17. Reyes HLM, Foshee VA, Niolon PH, Reidy DE, Hall JE. Gender role attitudes and male adolescent dating violence perpetration: normative beliefs as moderators. *J Youth Adolesc* 2016; 45:350-60.
18. Pengpid S, Peltzer K. Intimate partner violence victimization and associated factors among male and female university students in 22 countries in Africa, Asia and the Americas. *African journal of reproductive health*. 2016;20(1): 29-39.
19. Straus MA. Prevalence of violence against dating partners by male and female university students worldwide. *Violence Against Women*. 2004;10: 790-811.
20. Chan KL, Straus MA, Brownridge DA, Tiwari A, Leung WC. Prevalence of dating partner violence and suicidal ideation among male and female university students worldwide. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2008;53:529- 537.
21. Viejo C, Monks CP, Sánchez V, Ortega-Ruiz R. (2015). Physical Dating Violence in Spain and the United Kingdom and the Importance of Relationship Quality. *Journal of Interpersonal Violence*. 2015;31(8):1453-1475.
22. Yiğitalp G, Ertem M, Özkaynak V. Üniversite öğrencilerinin şiddet konusunda deneyimleri ve bu konudaki görüşleri. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2007; 6:131-136.
23. Shaffer CS, Adjei J, Viljoen JL, Douglas KS, Saewyc EM. Ten-Year Trends in Physical Dating Violence Victimization Among Adolescent Boys and Girls in British Columbia, Canada. *Journal of Interpersonal Violence*. 2018.
24. Cyr M, McDuff P, Wright J. Prevalence and predictors of dating violence among adolescent female victims of child sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*. 2006;21:1000-1017.
25. Leen E, Sorbring E, Mawer M, Holdsworth E, Helsing B, Bowen E. Prevalence, dynamic risk factors and the efficacy of primary interventions for adolescent dating violence: An international review. *Aggression and violent behavior*. 2013;18(1): 159-174.
26. Üçok Demir N, Irmak MY, Murat D, Perdahlı Fiş N. Cinsel istismara uğrayan ergen adli olgularda flört ilişkisinde şiddet varlığı. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2016;17(3).
27. Selçuk KT, Avcı D, Mercan Y. Üniversite Öğrencilerinde Flört Şiddetine Maruziyet: Flört Şiddetine Yönelik Tutumların ve Toplumsal Cinsiyet Algısının Şiddete Maruziyet ile İlişkisi. *ACU Sağlık Bil Derg*. 2018;9(3):302-308.
28. World Health Organization. *Global and regional estimates of violence against women: Prevalence an health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. 2013.
29. Australian Bureau of Statistics. *Personal Safety Survey*. Canberra: Australian Government Publishing Service. 2013.
30. Australian Law Reform Commission. *Inquiry into Serious Invasions of Privacy in the Digital Era*. (2014). Retrieved from [http:// www.alrc.gov.au/publications/serious-invasions-privacy-digitalera-alrc-report-123](http://www.alrc.gov.au/publications/serious-invasions-privacy-digitalera-alrc-report-123). Accessed September, 22, 2022.
31. KSGM-Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü *Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması*. Ankara. 2014.
32. Toplu E, Hatipoğlu-Sümer Z. Flört ilişkisinde şiddetin yaygınlığı ve türleri. *XI. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi, Selçuk, İzmir*. Ekim, 2011.
33. İftar M, Güler G. Attitudes and behaviors of university students towards dating violence. *International anatolia academic online journal health sciences*. 2020;6(2): 151-167.

Tam Metin Poster Bildiri

34. Ozaki R, Otis MD. Gender equality, patriarchal cultural norms, and perpetration of intimate partner violence: Comparison of male university students in Asian and European cultural contexts. *Violence against women*. 2017;23(9): 1076-1099.
35. Gökaya VB, Öztürk M. Çocukluktaki Aile İçi Şiddet Öyküsü ile Flört Şiddeti Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2021;19(4):219-240.
36. Açıkgöz B, Açıkgöz B, Karakoyun AR., Yüksel NA, Akca F, Akca ASD. Tıp fakültesi 5. ve 6. sınıf öğrencilerinde flört şiddetinin değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*. 2018;10(2): 168-174.
37. Akış N, Korkmaz NH, Taneri PE, Özkaya G, Güney E. Üniversite öğrencilerinde flört şiddeti sıklığı ve etkileyen etmenler. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*. 2019;4(3):294-300.
38. Yavuz N. şiddet olgusunun 1980 sonrası çağdaş sanat eserlerine yansımaları (Doctoral dissertation, DEÜ Güzel Sanatlar Enstitüsü). 2009.
39. Gönültaş O, Atıcı M. Ortaokul Son Sınıf Öğrencilerinin Öfke ve Saldırganlık Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2013; 23(1):370-386.
40. Öztürk R, Duygu, Mete D, Altıntaş M, Pekmez MA. Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Flört Şiddeti Tutumlarının Şiddete Karşı Profesyonel Roller ile İlişkisi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2021;15(1):142-153.
41. Terzioğlu, F, Gönenç, İ.M., Özdemir, F, Güvenç, G., Kök, G., Sezer Yılmaz, N., Hiçyılmaz Demirtaş, B. (2016). Flört Şiddeti Tutum Ölçeği Geçerlilik ve Güvenirlilik Flört Çalışması, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*,19(4): 225-232.

Özet Poster Bildiri

P05

SÜRÜCÜ DAVRANIŞLARINI GELİŞTİRME EĞİTİMİ (SÜDGE) KATILICILARININ ALKOLLÜ ARAÇ KULLANMA TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Ahmet Önder PORSUK¹, Dilara RAMADAN¹, Çiğdem CERİT²

¹Lüleburgaz İlçe Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

²Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü, Türkiye

Amaç: Yapılan kontrollerde kanında belirlenen limitlerin üzerinde alkol tespit edilen kişilerin, bu durumu tekrarlamaları halinde sürücü belgelerine 2 yıl boyunca el konularak, bu süre sonunda sürücü davranışlarını geliştirme eğitimine (SÜDGE) katılmaları zorunlu tutulmuştur. Çalışmamızın amacı SÜDGE programına dahil edilen sürücülerin bazı kişisel özellikleriyle, alkollü araç kullanımı hakkındaki beyan ettikleri tutumlarını inceleyerek, alkollü araç kullanılmasının önlenmesi amacıyla alınacak tedbirlere ve düzenlenecek faaliyetlere katkı sunmaktır.

Gereç Yöntem: Bu tanımlayıcı çalışmaya, Lüleburgaz İlçe Sağlık Müdürlüğünde düzenlenen SÜDGE'lere 2015 - Ocak, 2022 - Temmuz tarihleri arasında katılmış ve eğitimini tamamlamış 264 katılımcı dahil edilmiştir (N=264). SÜDGE'ye başvurmuş ancak eğitimi tamamlamamış olmak dışlanma kriteri olarak belirlenmiştir. Veriler araştırmacılarca hazırlanan bilgi formuyla, SÜDGE kayıtlarından yararlanarak toplanmış, SPSS programıyla değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler ve ki kare testleri kullanılmıştır. Sonuçların değerlendirilmesinde p değeri 0,05'in altında olan bulgular anlamlı kabul edilmiştir. Çalışmamız için Kırklareli Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan 08.08.2022 tarih ve 06 sayılı izin alınmıştır. Çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamış olup, herhangi bir çıkar çatışması da bulunmamaktadır. Çalışmanın sınırlılıkları arasında, kayıtlarda sürücülerin olumlu izlenim oluşturmak adına verebilecekleri samimi görüşlerini yansıtmayan yanıtlar bulunması olasılığı, çeşitli sebeplerle bazı soruların tüm katılımcılarca cevaplanmamış olması ve belki de en önemlisi çalışma dönemimizde COVID-19 pandemisi yaşanması nedeniyle diğer yıllara nazaran daha az sayıda SÜDGE düzenlenmiş olması sayılabilir.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 39,3±10,0'dur (min 22, maks 66). Katılımcıların %97,7'sinin erkek, %61,4'ünün evli olduğu görülmüştür. En sıklıkla beyan edilen bilgilere göre, katılımcıların %66,5'i B sınıfı ehliyet belgesine sahip, %50,4'ü lise ve üstü eğitime sahip, %58,0'ı kendi sahibi olduğu işyerinde çalışan, %70,5'i gelir durumunu iyi olarak bildiren kişilerdir. Katılımcıların %84,6'sı halen sigara ve %79,3'ü alkol kullandıklarını bildirmişlerdir. Katılımcıların %39,8'i alkollü araç kullanırken kendilerini kaygılı hissettiklerini ve %55,3'ü ceza aldıktan sonra kendilerini suçlu hissettiklerini beyan etmiştir. Katılımcıların %79'5'i kendi beyanlarına göre 10 yıldan daha uzun süredir fiilen araç kullanmaktadırlar. Katılımcıların sahip oldukları ehliyet belgesinin tipine, başka bir deyişle ağır vasıta ya da binek araç kullanma durumlarıyla alkollü araç kullanırken kendilerini kaygılı hissetmeleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05). Buna mukabil 10 yıldan kısa süredir araç kullanan sürücülerde alkollü araç kullanırken kendilerini kaygılı hissetme durumu istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksektir (p=0,016)

Sonuç: Katılımcılarımızın yaklaşık üçte birinin binek araçlardan daha büyük araçları kullanmalarına olanak sağlayan sürücü belgesi sahibi oldukları ama alkollü araç kullanırken kendilerini kaygılı hissetme durumlarının küçük araç sürücüleriyle farklı olmadığı saptanmıştır. Ayrıca on yıldan kısa süredir araç kullanan katılımcılarımızın alkollü araç kullanırken kendilerini, on yıldan uzun süredir araç kullanan katılımcılarımıza göre daha yüksek oranda kaygılı hissettikleri tespit edilmiştir. Bu bulgularımız ışığında, alkollü araç kullanımıyla mücadele çabalarında büyük araçları kullanmaya olanak sağlayan sürücü belgesi sahibi olan ve özellikle de uzun yıllardır araç kullanan kişilerin tutum ve davranışlarını değiştirmelerine yönelik faaliyetlere ağırlık verilmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sürücü Davranışları, Alkol Kullanımı, Trafik Güvenliği

Özet Poster Bildiri

P06

LİSE 1. SINIF ÖĞRENCİLERİNİN DİJİTAL OYUN BAĞIMLILIĞININ OBEZİTE MEVCUDİYETİ VE LGS BAŞARISI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Onur SÜER, Lütfi Saltuk DEMİR

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Türkiye

Giriş ve Amaç: Dijital oyun bağımlılığı (DOB); oyun oynama isteği ve ayrılan süre üzerinde kişinin kontrolünü kaybetmesiyle, bu aktivitenin diğer sorumlulukların ihmali seviyesinde kişinin hayatında yüksek öncelik haline gelmesi olarak tanımlanabilir. DOB; okul başarısını etkileyebileceği gibi azalmış fiziksel aktiviteye bağlı olarak obezite gibi hastalıkların oluşmasına da yol açabilmektedir.

Bu çalışmada lise 1. sınıf öğrencilerinin; DOB'un, eğitim hayatında önemli bir yere sahip olan Liselere Geçiş Sistemi (LGS) başarısı ve obezite mevcudiyetine etkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Araştırma kesitsel türde tasarlandı. Araştırmanın evrenini Konya'nın Meram ilçesinde bulunan liseler oluşturmaktadır. Meram ilçesinde 13 tanesi özel, 8 tanesi LGS puanına göre öğrenci kabul eden 39 okul arasından basit rastgele yöntemle seçilen LGS puanı ile öğrenci alan 4 ve LGS puanından bağımsız öğrenci alan 5 olmak üzere toplam 9 (%23,1) okulun lise 1. sınıf öğrencilerinden 2022 yılının mayıs ayında veriler toplandı.

Örneklem büyüklüğü %80 güç, %5 hata ile literatürde DOB ile ilgili çalışmaların ölçek puan ortalaması $51,4 \pm 17,8$ olarak alınarak, DOB ölçek değerinden %10 fark olacak şekilde 412 kişi olarak hesaplandı. Çalışma kapsamında 9 okuldan toplam 417 öğrenci ile araştırmacı tarafından veriler yüz yüze olarak toplandı. Araştırma için NEÜ İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 15 Nisan 2022 tarihi ve 2022/3756 sayılı kararlar Etik Kurul onayı alındı. Liselerde araştırmanın gerçekleştirilebilmesi hususu için ise Konya İl Millî Eğitim Müdürlüğü'nün 49142688 sayılı ve 9 Mayıs 2022 tarihli yazısı ile izin alındı.

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından derlenen veri toplama formu ve "Çocuklar İçin Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği (ÇİDOBÖ)" kullanıldı. Boy, duvara sabitlenmiş mezura ile; ağırlık, ayakkabısız olarak hassas dijital baskülle araştırmacı tarafından ölçüldü. LGS puanlarına kişisel verilerin korunması kapsamında toplu halde ulaşılamadı ve öğrencilerin beyanı esas alındı.

Bağımsız değişken dijital oyun bağımlılığı düzeyi, bağımlı değişkenler ise obezite mevcudiyeti ve LGS başarısı olarak çalışmada yer aldı.

Sayısal verilerin özetlenmesinde ortanca (minimum-maksimum) değerleri, kategorik verilerin özetlenmesinde sayı ve yüzdeler kullanıldı. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiyi göstermek amacıyla ki-kare (χ^2) testi kullanıldı. Sayısal verilerin analizinde normal dağılıma bakılarak iki kategorili değişkenlerde Mann Whitney-U testi, üç ve üzeri kategorili değişkenlerde Kruskal Wallis testi kullanıldı.

Bu çalışmada bir finansal destekten faydalanılmadı ve herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Bulgular: Araştırmaya yaş ortancası 15 (13-16) ve %41,5 (n=173)'i kız toplam 417 lise 1. sınıf öğrencisi katıldı.

Kızların ÇİDOBÖ puanı 50,46 (24-117), erkeklerin ise 58,24 (24-120) olarak belirlendi. Erkek öğrencilerin puanlarının kızlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu belirlendi (p=0,001).

Katılımcıların LGS puanı ortanca değeri 320 (178-495) idi. LGS puanı ile toplam ÇİDOBÖ puanı, "Bireysel ve sosyal görevlerin/ödevlerin ertelenmesi" alt faktörü ve "Yoksunluğun psikolojik-fizyolojik yansıması ve oyuna dalma" alt faktörü arasında bir korelasyon tespit edilmedi. LGS puanı ile "Dijital oyun oynamaya yönelik aşırı odaklanma ve çatışma" alt faktörü (r=0,144, p=0,003) ve "Oyun süresinde tolerans gelişimi ve oyuna yüklenen değer" alt faktörü (r=0,108, p=0,027) arasında düşük seviyede pozitif bir korelasyon saptandı. LGS puanı ile

Özet Poster Bildiri

öğrenci kabul eden 4 okul ile LGS puanına bakılmadan yerleşilen 5 okulda ÇİDOBÖ ile alt faktörleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmedi.

Öğrencilerin Beden Kitle İndeksi (BKİ); LGS puanına göre yerleşilen okulda okuyan 161 öğrencide 21,3 (15,62-35,57) ve LGS puanı ile yerleştirmeyen 256 öğrencide 21,71 (15,43-33,06) olarak ölçüldü. BKİ'ye göre katılımcıların %16,1'inin zayıf, %15,3'ünün şişman, %3,8'inin obez olduğu belirlendi. BKİ grubuna göre ÇİDOBÖ ve alt faktörleri arasında istatistiksel farklılık tespit edilmedi. Öğrencilerin %3,4'ü ÇİDOBÖ'ya göre normal, %13,4'ü bağımlı ve %1,2'si yüksek düzeyde bağımlı grupta yer almaktaydı. Öğrencilerin BKİ ve ÇİDOBÖ grupları arasında farklılık tespit edilmedi.

Sonuç: Erkek öğrencilerde, kız öğrencilere kıyasla daha yüksek düzeyde DOB görüldü. LGS puanı ile ÇİDOBÖ'nün "Dijital oyun oynamaya yönelik aşırı odaklanma ve çatışma" ile "Oyun süresinde tolerans gelişimi ve oyuna yüklenen değer" isimli iki alt faktörü arasında düşük seviyede korelasyon olduğu belirlendi. LGS ile öğrenci yerleştirmeye göre ÇİDOBÖ puanları arasında farklılık tespit edilmedi. Obezite mevcudiyeti ile DOB arasında bir ilişki tespit edilmedi.

Erkek öğrencilerde DOB düzeyinin daha yüksek seviyede tespit edilmesi sonucunda, özellikle boş zamanlarını doğru yönetme hususunda erkek öğrencilerin daha nitelikli bir şekilde yönlendirilmesi önerilmektedir.

Dijital oyun bağımlılığını etkileyen başka faktörlerin de olabileceği gibi etkilenen başka faktörlerin de bulunması ve sadece lise 1 öğrencilerinde çalışmayı gerçekleştirmemiz araştırmanın sınırlılıkları arasında yer almaktadır.

Dijital Oyun, Bağımlılık, Obezite, Akademik Başarı, LGS

Özet Poster Bildiri

P07

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALLARINDA 2006-2021 YILLARI ARASINDA YAPILAN LİSANSÜSTÜ TEZLERİN İNCELENMESİ

Sevilcan Başak ÜNAL¹, Cavit Işık YAVUZ²

¹Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Türkiye

²Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

Giriş-Amaç: Bir lisans derecesine sahip kişilerin uzmanlaşmalarına olanak sağlayan yüksek lisans, doktora, sanatta yeterlik, tıpta uzmanlık eğitimi programları lisansüstü eğitim olarak tanınmaktadır. Bu çalışmada Türkiye’de YÖK Ulusal Tez Merkezi veri tabanında yer alan, 2006-2021 yıllarında Halk Sağlığı Anabilim Dallarında gerçekleştirilen yüksek lisans, doktora ve tıpta uzmanlık tezlerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Araştırma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Türkiye’de yapılan tez çalışmalarına YÖK Ulusal Tez Merkezi web sayfasındaki ‘Detaylı Tarama’ bölümünden 16.07.2021 tarihinde erişilmiştir. “Halk Sağlığı Anabilim Dalı” ve “2006-2021” yılları seçilerek yapılan tarama sonucunda 1.713 teze ait kayda ulaşılmıştır. Ulusal Tez Merkezi veri tabanındaki bu kayıtlarda yer alan tez ile ilgili yazar ve danışman bilgileri, tezin tamamlandığı yıl, tezin adı, tezin türü, yapıldığı üniversite, tezin dili ve konusu bilgilerine ulaşılmıştır. Ayrıca bu kayıtlarda tez künyesine de erişilebilmektedir ve bu kapsamda danışmanın akademik unvanı, sayfa sayısı ve anahtar kelimeler bilgilerine ulaşılmıştır. Bu bilgilerin tez künyesinde yer almadığı tezlerde tezin tam metninden bilgilere erişilmiştir. İngilizce dilindeki tezlerin bilgileri Türkçe özetinde belirtildiği şekilde kullanılmıştır. Yinelenecek üç tez tespit edilip veri setinden çıkarılmış ve sonuçta 1.709 tez araştırmaya dahil edilmiştir. Veriler IBM SPSS 25 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Tez adı ve anahtar kelimelerde en çok tekrarlanan kelimeler MAXQDA programı kullanılarak analiz edilmiştir. Veriler kamuya açık olduğundan herhangi bir etik kurul onayına gerek bulunmamaktadır. Çalışma için bir finansal destek alınmamıştır ve çıkar çatışması yoktur.

Bulgular: Türkiye’deki Halk Sağlığı Anabilim Dallarında 2006-2021 yıllarında gerçekleştirilen 1.709 tezin %46,7’si (n=798) yüksek lisans, %14,0’ü (n=239) doktora ve %39,3’ü (n=672) tıpta uzmanlık tezidir. Erişilen tezlerin 1.681 tanesi (%98,4) Türkçe ve 28 tanesi İngilizce (%1,6) dilindedir. Erişilen tezlerin %61,6’sında (n=1053) bir profesör, %25,3’ünde (n=433) bir doçent, %12,6’sında (n=215) bir doktor öğretim üyesi/yardımcı doçent ve %0,5’inde (n=8) bir öğretim görevlisi doktor danışmanlık yapmıştır. En az tez yapılan yıl 2012 (n=60) ve en fazla tez yapılan yıl 2019 (n=220) yılıdır. Yıllık ortalama 107 tez gerçekleştirilmiştir. 2006-2010 yılları arasında 398 tez, 2006-2010 yılları arasında 398 tez, 2011-2015 yılları arasında 380 tez, 2016-2020 yılları arasında 784 tez, 2021 yılında 147 tez yapılmıştır. En çok tez yapılan üç üniversite Erciyes Üniversitesi (n=125, %7,3), Hacettepe Üniversitesi (n=108, %6,3), Dokuz Eylül Üniversitesi (n=103, %6) olmuştur. Tezlerin sayfa sayısı 32 ve 552 sayfa arasında dağılmıştır. Tez adlarında en fazla yinelenecek kelimeler “sağlık, faktör, il, merkez, öğrenci, çalışan, düzey, üniversite, hastane, bilgi, etkileyen, durum, davranış, yaş, ilçe, eğitim, yaşam, kadın, tutum, risk, sıklık, ilişki, kalite, ilişkili, hasta, çocuk, beslenme, aile, tıp, çalışma” kelimeleri olmuştur. Tez adlarında en sık yinelenecek kelime öbekleri “etkileyen faktörler, bilgi tutum, tıp fakültesi, ilişkili faktörler, il merkezi, yaşam kalitesi, aile sağlığı” olmuştur. 1.616 tezin (%94,5) anahtar kelimelerine erişilebilmiştir. Anahtar kelimelerde en fazla yinelenecek kelimeler “sağlık, beslenme, iş, yaşam, öğrenci, risk, kalite, davranış, ölçek, çalışan, eğitim, bilgi, faktör, aile, obezite, hastalık, bakım, sigara, hizmet, kadın, çocuk, tutum, depresyon, okuryazarlık, kanser” olmuştur. Anahtar kelimelerde en fazla yinelenecek kelime öbekleri “yaşam kalitesi, iş sağlığı, sağlık okuryazarlığı, risk faktörleri, üniversite öğrencileri, sağlık hizmetleri, fiziksel aktivite, halk sağlığı, sağlıklı yaşam, yaşam biçimi, iş sağlığı ve güvenliği, aile planlaması, bilgi düzeyi, sağlık çalışanı/çalışanları, birinci basamak, kas iskelet, bilgi tutum, üreme sağlığı, iş doyum, meme kanseri, sağlık eğitimi, aile hekimliği, ruh sağlığı, kitle indeksi, okul sağlığı” olmuştur.

Sonuç: Halk Sağlığı Anabilim Dallarında en çok yüksek lisans tezleri gerçekleştirilmiştir. Tezlerin yarısından fazlasında danışman bir profesör olmuştur. Yıllık ortalama 107 tez yayınlanmıştır. Tez başlıklarının ve anahtar kelimelerin kelime sayısı açısından belirli alanları ifade eden sözcüklerde öbeklendiği görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tez, Yüksek lisans, Doktora, Tıpta uzmanlık

Özet Poster Bildiri

P08

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN HASTA SAVUNUCULUĞU KONUSUNDA DÜŞÜNCELERİ

Ceren BOYNUKISA

Lokman Hekim Üniversitesi, Türkiye

Giriş ve Amaç: Hemşirelikte savunuculuk; kişileri, aileleri, toplumu güçlendirerek sağlığı en üst düzeye ulaştırmaktadır. Hemşirelik eğitimi öğrencilerin hasta savunuculuğu ilgisinde önemlidir. Eğitim öğrencilerin savunuculuk bilinci, zor durumlarla başa çıkma yeteneklerini artırmakta önemlidir. Bu çalışma özel bir üniversitede eğitim gören hemşirelik 1.2.3.4. sınıf öğrencilerinin hasta savunuculuğu algı ve görüşlerini belirlemeyi amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma tanımlayıcı tipte bir araştırma olup, Ankara da bulunan Lokman Hekim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümünde 2021/2022 eğitim öğretim yılı bahar döneminde uygulanmıştır. Herhangi bir finansal destek talep edilmemiştir. Araştırmanın evrenini Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümü 1.2.3.4. sınıf öğrencilerinden oluşan 167 kişi oluşturmuştur.

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından Lokman Hekim Üniversitesinde hemşirelik bölümü öğrencileriyle yüz yüze, toplu halde anket yapılarak toplanmıştır.

Çalışma Lokman Hekim Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirilmiştir. Etik kurulun 31.05.2022 tarih ve 2022/90 sayılı kararı uyarınca etik olarak uygun bulunmuştur. Çalışmada tam sayım yöntemiyle evrenin tümü ile çalışılmıştır. Araştırmada bireylerin sosyodemografik ve savunuculuğa ilişkin düşüncelerini değerlendirmek için literatüre dayalı, araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu kullanılmıştır. Anket formunda sosyodemografik, eğitimle ilgili bilgiler, savunuculuk konusundaki düşüncelere yönelik bilgiler dört alt başlıkta toplanmıştır; savunucu olarak hareket etmeye yönelik (16 soru), çalışma durumu ve savunuculuk hareketlerine yönelik (5 soru) çevresel ve eğitimsel faktörler alt boyutuna yönelik (8 soru) savunuculuk için destek ve engeller alt boyutuna yönelik (8 soru) sorular yer almaktadır. Bu araştırmanın bağımlı değişkeni hemşirelik öğrencilerinin hasta savunuculuğu konusunda düşünceleridir. Bağımsız değişkenleri ise cinsiyet, öğrenim gördüğü sınıf ve hasta savunuculuğu hakkında eğitim alma durumudur.

Araştırma sadece bir üniversitede yapılmış olup, araştırmanın sonuçları yalnızca bu grup için genellenebilir. Örneklem sayısının az olması araştırmanın diğer bir sınırlılığıdır. Farklı gruplarda ve büyük örneklemelerde yapılacak olan kapsamlı çalışmalarla daha objektif verilere ulaşılabılır.

Bulgular: Araştırmanın %86,5' ini kadın %13,5'i erkek katılımcılar oluşturmaktadır. Araştırmaya katılanların cinsiyetlerine göre hasta savunuculuğu ile ilgili sorulara verdikleri yanıtlarda savunucu olarak hareket etme alt boyutunda kadınlar "Hastamı savunurken hastamın sesi olurum" "Hassas/savunmasız hastaların zararlı durumlarda benim korumama gereksinimleri vardır" ve çevresel ve eğitimsel faktörler alt boyutunda "Hemşireliğe adanmışlığın artması hemşirenin hasta savunucusu olma becerisini artırır" sorularında "Evet"; savunuculuk için destek ve engeller alt boyutunda "Yorgun olduğum zaman hastalarım adına konuşmada daha az etkili olurum" sorusuna "Hayır" yanıtını istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha sık vermiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıflara göre hasta savunuculuğu ile ilgili sorulara verdikleri yanıtlar incelendiğinde 3. Ve 4. Sınıf öğrencileri "Hastanın savunuculuğunu yapmamı gerektiren durumları dikkatle gözden geçiririm" "Hasta savunuculuğu yaparken kurumsal kanalları/yolları kullanırım" "Daha etkili bir hasta savunucusu olmak için etik kurullarının önerilerinden faydalanabilirim" "Hemşireliğe adanmışlığın artması hemşirenin hasta savunucusu olma becerisini artırır." "Hemşireler hoşgörülü bir iş ortamında çalıştıkları zaman daha fazla hasta savunuculuğu yaparlar" sorularına daha yüksek oranda evet yanıtını vermişlerdir. Araştırmaya katılan öğrencilerin hasta savunuculuğu hakkında eğitim alma durumlarına göre hasta savunuculuğu ile ilgili sorulara verdikleri yanıtlar incelendiğinde "Hemşireler klinik ortamda hastalarını hasta hakları konusunda

Özet Poster Bildiri

bilgilendirdiği ve eğittiğinde işlerini riske atabilirler” “Sağlık bakım ortamında sadece gerekli olduğu zaman hastalarımı korumak için hasta savunuculuğu yaparım” “Yorgun olduğum zaman hastalarım adına konuşmada daha az etkili olurum” sorularına daha sık evet “Hemşire olarak çalışmaktan memnun olmadığım için hasta savunucusu olarak hareket etme konusunda daha az istekliyim” ve “Hemşirelik mesleğine hasta savunuculuğu rolünü üstlenecek kadar bağlı değilim” sorularına ise daha sık hayır yanıtını vermişlerdir.

Sonuç: Erkek öğrencilerinin savunuculuk konusundaki davranışlarda olumsuz yönlerinin daha fazla olduğu, 1. ve 2. sınıf müfredatlarında savunuculuk konusuna daha fazla yer verilmesi gerekliliği önerilir.

Anahtar Kelimeler: savunuculuk, hasta savunuculuğu, hemşirelikte savunuculuk, hemşirelik eğitimi

Özet Poster Bildiri

P09

COMPLIANCE WITH PUBLIC HEALTH AND SOCIAL MEASURES FOR COVID-19 IN ANKARA (ENGLISH) MEDICINE STUDENTS

Mustafa Orhun AKAR¹, Obaida AL-MUBARAK¹, Hebah ALSHURMAN¹, Ahmad ŞUKRİ¹, Anıl ÇUKUR¹, Vedat Berkay KOYUNCU¹, Meltem ÇÖL², Atilla Halil ELHAN³

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Türkiye

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

³Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı, Türkiye

Introduction and Objective: Coronaviruses have started to play an essential role in this century. The most recent pandemic that occurred, has been caused by a coronavirus named SARS-CoV-2. Public health and social measures (PHSMs), such as hand washing, mask-wearing, etc., are taken by countries to prevent the spreading of the virus. However, according to various studies, compliance with PHSMs is not the same worldwide because sociodemographic factors, nationality, and vaccination status affect PHSMs compliance. This study aims to determine the PHSMs compliance which is affected by SARS-CoV-2 vaccination status, sociodemographic and other factors of Ankara University Faculty of Medicine English Programme students.

Materials and Methods: The cross-sectional study was applied to Ankara University Faculty of Medicine (English) year 1, 2, 3, and 4 students (n=230) between October 2021-May 2022 and can have reached 104 (45,2%) students. There were no 5th and 6th grade students in the English programme because the programme was founded in the 2018-2019 academic year. A questionnaire that contained students' compliance with PHSMs as the dependent variable, vaccination status, and sociodemographic status as the independent variable; was sent to them via Google Forms. It has 37 questions. Data obtained from this questionnaire were analyzed in SPSS (v20.0.0) program. Descriptive statistics, Mann-Whitney U test, Chi-Square, and Wilcoxon Signed rank test were used for data analysis. The study was done without any help of financial support and there was no conflict of interest because the study was done for 0 Turkish lira. All legal and ethical permissions were taken before research from Ankara University Under Graduate Student Researches Ethical Assessment Board (number: 454184, date:18/03/22), Ankara University Faculty of Medicine Deanery, Republic of Turkey Ministry of Health, and informed consent were obtained from students before they took the questionnaire.

Findings: The vaccination rate of participants were 100%. The compliance of PHSMs was high. The compliance of PHSMs had been 76,3% on the average before vaccination and compliance with PHSMs decreased to 61% on the average. After vaccination, compliance to PHSMs close contact (70,2% to 56,8%; p<0,001), covering mouth when sneezing or coughing (87,5% to 76,9%; p<0,001), reduced trips (45,2% to 31,8%; p=0,002), avoiding crowded places (62,5% to 45,2%; p=0,001), reducing meeting with friends (71,2% to 49%; p<0,001), mask-wearing (93,2% to 77%; p<0,001), following local authority rules (88,5% to 65,4%; p<0,001), disinfection after touching (80,7% to 64,4%; p<0,001) were decreased in 8 PHSM rules out of 10. Among sociodemographic and other factors, only when the fear of infection decreased, compliance with PHSMs decreased (p=0,014). Nationality, grade, gender, having a chronic disease in themselves or their family, parental education, age, having an elder member (over 65 age) in their family, and getting infected by SARS-CoV-2 did not affect compliance. The study's limitations were not to reach all of the students because the study was done by Google Forms due to pandemic conditions.

Conclusion: We can conclude that the vaccination rate of participants was higher than the average of Turkey (62,3%). Before vaccination, the compliance of PHSMs was high but after vaccination, a significant decrease was observed. Also, in 8 PHSM rules out of 10; a significant decrease was observed. The fear of getting infected by SARS-CoV-2 increased PHSM compliance. It should be noted that PHSM compliance was already high among students; thus, it was hard to assess the effects of sociodemographics. PHSMs have a crucial role in dealing with pandemics. Educating the population about compliance with PHSMs should be considered to this extent.

Özet Poster Bildiri

Governments should apply policies that prevent PHSM decline after vaccination and they should remember that fear of infection increases PHSMs, so giving false trust to the people might harm the campaign against pandemics.

Keywords: public health measurements, students, COVID-19

Özet Poster Bildiri

P10

COVID-19 PANDEMİSİNİN TÜRK TIP DERGİLERİNDE KADIN YAZARLIK POZİSYONLARINA ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Betül Zehra PİRDAL, Beril Kara ESEN, Ferdane Şeyma TOPLU, Kevser SAK, Uğurcan SAYILI, Mehmet Sarper ERDOĞAN
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD, Türkiye

Amaç: Akademik hayatta cinsiyet eşitsizliği; kadınların daha az temsil edilmesi, ilk ve son yazarlık gibi önemli yazarlık pozisyonlarında kadınların daha az ilk ve son yazar olması ile literatürde gösterilmiştir. Çalışmadaki amacımız Türk tıp dergilerinde kadın yazarlık pozisyonlarının COVID-19 pandemisi sonrası ve öncesi iki yıl boyunca ilk, son ve sorumlu yazarlık oranlarını inceleyerek, pandeminin kadın yazar pozisyonlarına etkisini araştırmaktır.

Materyal ve Metod: Bu çalışma kesitsel tipte bir araştırmadır. Çalışmamızda kullanılan veriler erişime açık veriler olduğu için etik kurul onayına başvurulmamıştır. Ocak 2018 ile Haziran 2022 arasında TÜBİTAK-ULAKBİM’de (Ulusal Akademik Ağ ve Bilgi Merkezi) yayın yapan dergiler TRDizin.gov.tr üzerinden araştırılmıştır. COVID-19 ile primer ilgilenen Halk Sağlığı, Mikrobiyoloji, Göğüs Hastalıkları, Enfeksiyon hastalıkları ve Yoğun Bakım dallarına ait İngilizce ve Türkçe yayın dili olan araştırma makaleleri, sistemik derlemeler ve meta-analiz çalışmaları yayınlayan tıp dergileri taranmıştır. Bulunan 76 dergiden, genel tıp alanlarında yayın yapan üniversite ve tıp dergileri, COVID-19 ile primer olarak ilgilenilmeyen tıp branş dergileri çıkarıldıktan sonra çalışmaya toplam 13 aktif yayın yapan dergi dahil edilmiştir. Türkiye’de 30 Mart 2020-31 Mayıs 2020, 17 Kasım 2020- 2 Mart 2021 ve 29 Nisan 2021- 17 Mayıs 2021 tarihleri arasında kısmi ve tam kapanma tedbirleri alınmıştır, 14 Mart 2021’de kademeli normalleşme tedbirleri başlamıştır. Bu sebeple çalışmaların gönderim zamanı 5’e ayrılmıştır: Ocak 2018- Şubat 2020 (Pandemi öncesi), Mart- Mayıs 2020 (Aktif kapanma), Haziran-Ekim 2020 (Kapanma yok), Kasım 2020-Mayıs 2021 (Aktif kapanma) ve Haziran 2021-Haziran 2022 (Normalleşme ile postpandemi dönemi). Dahil edilen dergilerdeki makaleler, COVID-19 ve COVID-19 dışı yayınlar olarak ikiye ayrılmıştır. Başlığında, özetinde veya anahtar kelimelerinde “COVID-19”, “Koronavirüs”, “SARS-COV-2”, “COVID”, “hCOV-19”, “coronaviridae” ve “2019-nCov” bulunan yayınlar COVID-19 yayınları olarak sınıflandırılmıştır. Yazarların cinsiyetlerini tanımlamak için genderize.io online sitesi kullanılmıştır. Bu sitede kişilerin ilk ve ikinci isimleri kullanılarak %80 üzeri olasılığa sahip olan cinsiyet özellikleri çalışmaya dahil edilmiştir. Veriler Spss v.21 kullanılarak analiz edilmiştir. Sürekli verilerin normalitesi Kolmogrov Smirnov ve Shapiro Wilk testi ile değerlendirilmiştir. Sürekli verilerin karşılaştırılmasında normal dağılmayan veriler için iki grupta Mann Whitney U testi, 3 ve daha fazla grupta Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmıştır. Kadın yazarlık pozisyonunu etkileyen değişkenlerin araştırılmasında Binominal lojistik regresyon analizi Enter yöntemi ile yapılmıştır. Modelin uyumu Hosmer-Lemeshow testi ile, açıklayıcılığı Nagelkerke R2 ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: 1308 araştırma makalesi dahil edilmiştir. İlk yazarın kadın olma oranı en düşük Haziran-Ekim 2020 (59.8%), son yazarın kadın olması oranı en düşük Mart 2020 öncesi (Pandemi öncesi) dönemdedir (50.4%). Pandemi dönemleri arasında ilk ve son yazarların cinsiyet dağılımı arasında istatistiksel öneme sahip fark yoktur ($p=0,909$, $p=0,954$). COVID-19 yayınlarında makalelerdeki kadın yazar sayısı ortalaması COVID-19 dışı yayınlara göre daha fazlayken, kadın yazar oranında farklılık yoktur ($p<0,001$, $p=0,282$). İlk yazarın kadın olmasını etkileyen faktörler incelendiğinde; pandemi dönemi, COVID-19 yayını olması arasında anlamlı ilişki yoktur ($p=0,878$, $p=0,059$), son yazarın kadın olması (OR:1,46 (%95 GA:1,46-1,86) ve toplam kadın yazar sayısı (OR:1,30 %95 GA:1,21-1,39) ve Halk sağlığı dergilerine göre; Göğüs hastalıkları (OR:0,51 %95GA: 0,34-0,75) ve Yoğun bakım (OR: 0,61 %95GA:0,39-0,97) dergileri ilişkili bulunmuştur. Son yazarın kadın olmasıyla; pandemi dönemi, COVID-19 yayını olması arasında anlamlı ilişki yokken ($p=0,977$, $p=0,063$), ilk yazarın kadın olması (OR:1,52 %95GA:1,20-1,93) ve toplam kadın yazar sayısı (OR:1,21 %95GA:1,14-1,28) ve Halk sağlığı dergilerine göre diğer alanlar ilişkili bulunmuştur. Sorumlu yazarın kadın olması; pandemi dönemleri, COVID-19 yayını olması ve sorumlu yazarın ilk, son veya orta sıralarda olması ile ilişkisiz ($p=0,762$,

Özet Poster Bildiri

p=0,103, p=0,057), toplam kadın yazar sayısı (OR:1,34 %95 GA:1,25-1,43) ve Halk sağlığı dergilerine göre; Göğüs hastalıkları (OR:0,62 %95GA: 0,42-0,93) ve Yoğun bakım (OR: 0,52 %95GA:0,33-0,81) dergileri ilişkili bulunmuştur.

Sonuçlar: Çalışmamızda yazarlık pozisyonlarında Türk dergilerinde kadın-erkek oranının benzer olduğu ve pandemi dönemlerinde değişmediği gösterilmiştir. Ayrıca ilk ve son yazarın kadın olmasını diğerinin cinsiyeti etkilemektedir. Literatürde birçok çalışmada cinsiyet eşitsizliği gösterilmiştir. Akademide çalışan toplam yazar içindeki cinsiyet oranı analize dahil edilmeden bu karşılaştırmalar yapıldığı için kadın akademisyenlerin fazla olduğu bölümlerdeki cinsiyet eşitsizliği gösterilememiş olabilir. Makalenin gönderilme tarihi ile çalışmanın yürütüldüğü tarihler arasında fark olması, cinsiyet eşitsizliğinin gösterilememesinde etken olabilir. TR Dizin'deki tüm tıp dergilerinin veya yurtdışı Türkiye kaynaklı yayınların incelenmesi, ülkemizdeki akademik yayınlarda cinsiyet eşitsizliğinin daha iyi değerlendirilmesinde faydalı olabilir.

Çalışmamız ile ilgili finansal destek alınmamıştır ve yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, Toplumsal cinsiyet eşitsizliği, kadın, yazarlık

Özet Poster Bildiri

P11

FABRİKA ÇALIŞANLARINDA HİJYEN TUTUM VE DAVRANIŞI

Ayşe Seval PALTEKİ, Mert BANRI, Hamza Can AKDENİZ, Furkan OKTAR, Hatice Betül OKTAR

İstanbul Medipol Üniversitesi, Türkiye

Giriş ve Amaç: Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlığın korunması ve hastalıkların yayılmasının engellenmesine yönelik koşul ve uygulamalar olarak tanımlanan hijyen, COVID-19 pandemisi ve ileride ortaya çıkabilecek diğer bulaşıcı hastalık pandemileri nedeniyle gittikçe önem kazanmaktadır. Bu çalışmada gıda ve gıda dışı fabrika çalışanlarının hijyen tutum ve davranışlarının belirlenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu çalışmanın evreni biri gıda üzerine (et fabrikası) Afyon'da yer almakta olan diğeri ise gıda dışı (vinç fabrikası) Sakarya'da yer alan iki fabrikadaki 219 çalışandır. Fabrikalar kolayda örnekleme ile belirlenmiş olup, bireylerin seçiminde herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmayıp evrenin tamamına ulaşılması hedeflendi. Veriler 13-17 Haziran 2022 tarihleri arasında yüz yüze olarak toplandı.

Soru formu, 2009 yılında Stevenson ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, 2010 yılında Altun ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmış olan, 4'lü likert tipi sorulardan oluşan 31 soruluk Hijyen ölçeği (HI23) ve katılımcıların sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır. Çalışmanın bağımsız değişkenleri cinsiyet, medeni durum, hijyen eğitimi alma durumu, gıda ya da gıda dışı fabrikada çalışma durumu ve yaş iken bağımlı değişkenler ise genel hijyen ve alt bileşenleri olan ev hijyeni, besin hijyeni, el hijyeni ve kişisel hijyendir.

SPSS v. 23 kullanılarak kategorik değişkenler sayı ve yüzde ile, sürekli değişkenler ise ortalama \pm standart sapma ile gösterildi. Gruplar arası önemli fark olup olmadığı Mann Whitney U testi kullanılarak değerlendirildi. İstatistiksel önemlilik düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi. Çalışmanın etik kurul izni İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 23.06.2022 tarih ve 571 sayılı kararıyla alındı. İlgili fabrikaların da çalışmayla ilgili oluru alındı. Çalışmada finansal destek ve çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Bulgular: Çalışmaya katılım oranı %76,7'dir (n=168). Katılımcıların %73,8'i (n=124) erkek, %67,3'ü (n=113) evli, %40,5'i (n=68) lise mezunu olup, yaş ortalaması $34,23 \pm 8,54$ olarak hesaplandı. %55,9'u hijyen eğitimi aldığını belirtti. Katılımcıların HI23 skor ortalaması $3,24 \pm 0,34$ olarak hesaplandı.

Kadınların genel hijyen ve tüm alt boyutlarda (ev, besin, el ve kişisel) erkeklerle kıyasla önemli düzeyde daha yüksek ortalamaya sahip oldukları belirlendi (U=1411,00, $p < 0,001$; U=1334,00, $p < 0,001$; U=2082,5, $p = 0,019$ ve U=1983,50, $p = 0,007$). Medeni durum ve eğitim durumu açısından ise istatistiksel olarak önemli fark bulunmadı.

Hijyen eğitimi alanlarla almayanların arasında genel hijyen puanı ve alt boyutlardan ev ve kişisel hijyende önemli fark bulunmazken, besin ve el hijyeni alt boyutlarında hijyen eğitimi alanların lehine önemli fark bulundu (U=2803,00; $p = 0,028$) (U=2833,50; $p = 0,038$). Gıda fabrikasında çalışanlarla gıda dışı üretim yapılan fabrikada çalışanlar arasında besin hijyeni alt boyutu haricinde önemli fark bulunmadı. Besin hijyeni alt boyutunda ise gıda fabrikasının ortalaması, gıda dışı fabrikaya kıyasla önemli şekilde yüksek bulundu (U=2889,50; $p = 0,045$).

Sonuç : Tüm boyutlarda kadınların puan ortalaması erkeklerden önemli düzeyde yüksek bulundu. Hijyen eğitimi alanların el ve besin hijyeninde eğitim almayan gruba kıyasla önemli düzeyde yüksek ortalamaya sahip olduğu anlaşıldı. Çalışma pandemi döneminde gerçekleştirildiği için eğitim alanlar almayanlar ve gıda fabrikası ile gıda dışı fabrikada önemli fark bulunmamış olmasının COVID-19 bulaş kontrolüne yönelik uygulanan genel tedbirlerden kaynaklanabileceği sonuçlar yorumlanırken dikkate alınmalıdır. Çalışma kolayda örnekleme ile seçilen fabrikalarda gerçekleştirildiği için sonuçlar genellenemez. Cinsiyetler arasındaki farkın ortaya çıkmasındaki sebeplere dair sorular da içeren daha geniş kapsamlı bir çalışma gerçekleştirilebilir. Hijyen eğitiminin içeriğinin besin ve el hijyeni dışındaki konulara ne derece değindiği konusunda değerlendirme yapılarak gerekli bulunursa içeriğin güncellenmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Fabrika çalışanları, Hijyen, Besin Hijyeni, Gıda Fabrikası

Özet Poster Bildiri

P13

**SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA COVID-19 AŞI UYGULAMASI SONRASINDA GÖRÜLEN
ETKİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Didem DAYMAZ¹, Sedat KAYGUSUZ², Meral SAYGUN¹

¹Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Türkiye

²Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Türkiye

Giriş ve Amaç: COVID-19 pandemi başlangıcından bu yana sağlık çalışanları salgınla mücadelede ön saflarda kritik roller üstlenmiş, birçok sağlık çalışanı hayatını kaybetmiş ya da hastalığa yakalanmıştır. COVID-19 pandemisiyle mücadelede en önemli halk sağlığı müdahalelerinden biri kitlesel COVID-19 aşılmasıdır. Ülkemizde Coronovac aşısı için 13 Ocak 2021 de “Acil Kullanım Onayı” verilmiş ve sağlık çalışanları aşılanacak ilk grup olarak belirlenmiştir. Bundan sonraki süreçte özellikle aşılanan kişilerin takibi aşının etkinlik ve güvenilirliği açısından zorunluluk oluşturmuştur. Ancak özellikle hafif seyreden advers etki bildirimleri yapılmamakta ya da aşı uygulanan kişi bunu bildirim kapsamında değerlendirmemektedir. Bu çalışma ile aşının ilk uyguladığı grup olan sağlık çalışanlarda aşı uygulamasında sonra görülen etki ve bu etkilerin bazı özelliklerinin değerlendirilerek, Türkiye’de aşılama süreci ve sonuçlarına takip edilecek bu grup özelinde katkı sunmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma tipi kohort olan bu çalışmanın evrenini, COVID-19 aşının ilk dozu, Tıp Fakültesinde uygulanan 1270 sağlık çalışanı/ staj yapan tıp ve diş hekimliği öğrencileri oluşturmuştur. Örnek seçilmemiş evrenin tamamına ulaşılması amaçlanmış olup araştırmanın ilk aşamasına 281 kişi (% 22,1) katılmıştır. Veri kaynağı olarak, araştırmacılar tarafından hazırlanan; sağlık çalışanlarının yaş, cinsiyet, görev aldığı pozisyon, COVID-19 enfeksiyonunu geçirme durumu ve zamanı, aşı uygulaması sonrası görülen etkiler gibi değişkenlerin sorgulandığı 21 sorudan oluşan veri toplam formu kullanılmıştır. Veriler ikinci doz aşı uygulaması sırasında, birinci doz aşı uygulaması sonrası görülen yan etkileri saptamak için gözlem altında anket uygulama yöntemiyle toplanmıştır. İkinci doz aşı uygulaması sonrası etkilerin değerlendirilmesi için , katılımcılara mail yoluyla ulaşılmış ve çevrimiçi veri toplama formu aracılığıyla ikinci doz aşı uygulamasından bir ay sonra toplanmıştır. Kırıkkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu’ndan etik kurul onayı alınmıştır (Karar no: 2021.02.22). Araştırma için herhangi bir finansal katkı alınmamış olup, çıkar çatışması bulunmamaktadır. İstatistiksel analizler için SPSS versiyon 20.0 yazılımı ile uygun istatistiksel testler uygulanmıştır. Alfa anlamlılık düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

Bulgular: Araştırmanın ilk aşamasına katılan 281 kişinin 166’sı kadın (%59,1), yarısından fazlası (%55,5) 22-30 yaş aralığındadır. Katılımcıların %22,5’i öğretim üyesi/görevlisi, %20,7’si araştırma görevlisi, %19,3’ü dönem 6 öğrencisi olduğunu belirtmiştir. Araştırmanın ikinci aşamasına katılan 128 kişinin 80’i kadın (%62,5), yarısından fazlası (%64,0) 22-30 yaş aralığındadır. Katılımcıların %26,5’i öğretim üyesi/görevlisi, %9,4’ü araştırma görevlisi, %28,8’i dönem 6 öğrencisi olduğunu belirtmiştir. İlk doz sonrasında, sağlık çalışanlarından 98’i (%34,6) aşı sonrasında istenmeyen etki yaşadığını belirtmiştir. Birden çok etki yaşadığını belirten 37 (%22,4) kişidir. En sık görülen istenmeyen etki kas eklem ağrısıdır (%12,4). Tüm katılımcıların, %11,7’si halsizlik yorgunluk, %11,0’i baş ağrısı yaşadığını belirtmiştir. Birer kişi ise, tat-koku kaybı, diş eti şişliği, yüzün sol tarafında hassasiyet, hapsuruk, iştahsızlık, menstural siklus bozukluğu, dudakta karıncalanma, elde karıncalanma, göğüs ağrısı, kulakta çınlama şikayetleri yaşadığını belirtmiştir.

İlk doz sonrası istenmeyen etki başlama zamanı en sık olarak aşıdan altı saat sonradır (% 29,98), katılımcıların %43,1 istenmeyen etkinin iki gün devam ettiğini belirtmiştir.

Katılımcıların %18,8’i ikinci doz sonrasında aşı sonrasında istenmeyen etki yaşadığını belirtirken en sık görülen istenmeyen etki halsizlik-yorgunluktur (%7,8). İstenmeyen etki yaşayan 24

Özet Poster Bildiri

kişiden dokuzu (%37,5) lokal reaksiyon, sekizi (%33,3) baş ağrısı, yedisi kas eklem ağrısı (%29,1) yaşadığını belirtmiştir. Ayrıca birer kişi iki saat süren burun akıntısı ve aşı sırasında vücutta yaygın kızarıklık-döküntü şikayeti olduğunu, ürtiker benzeri tablo yaşadığını belirtmiştir. Araştırmanın ikinci aşamasında özellikle öğretim üyelerinin ve öğrencilerin katılım ağırlığının arttığı, araştırma görevlisi, destek hizmetleri çalışanlarının katılımının azaldığı ya da hiç cevaplanmadığı tespit edilmiştir. Çalışmadaki veriler, İki aşama ve iki ayrı veri setinde değerlendirildiğinden ikinci aşamaya katılmayan kişilerin verileri değerlendirilememiştir.

Sonuç ve Öneriler: İlk doz aşı uygulaması sonrası katılımcıların %34,6'ü, ikinci doz aşılardan sonra katılımcıların %18,8'i çoğunluğu hafif ve kısa süreli istenmeyen etki yaşadığını belirtmiştir. Araştırmanın en önemli sınırlılığı; ikinci doz aşı uygulaması sonrası süreci değerlendirmek için uygulanan çevrimiçi veri toplama sürecine katılımın düşük olmasıdır. Araştırma sonuçları COVID-19 aşı uygulamasının beklenebilecek etkilerin değerlendirmesi açısından önemli olup, bu tarz etkilerin takibi sonraki süreçte aşı tereddütü ile mücadelede kanıta dayalı veri oluşturmak adına önemlidir.

Anahtar Kelimeler: aşı sonrası istenmeyen etki, covid aşı, sağlık çalışanı

Özet Poster Bildiri

P14

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE TIPTA UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNDE TÜKENMİŞLİK DURUMU VE COVID-19 KORKUSU

Halit Emin ALICILAR, Meltem ÇÖL

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye

Giriş ve Amaç: Tükenmişlik sağlık çalışanlarını etkileyen küresel bir sorundur. Pandemi döneminde çalışma şartları zorlaşırken tükenmişlik riskleri daha çok artmış, COVID-19 korkusu da ruhsal durumu olumsuz etkilemiştir. Bu süreçte en önde görev alan tıpta uzmanlık öğrencileri en çok etkilenen gruplardan biri olmuştur. Araştırmada, bir üniversite hastanesinde tıpta uzmanlık öğrencilerinin tükenmişlik ve COVID-19 korkusu düzeylerini değerlendirmek ve ilişkili olabilecek etmenleri saptamak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma kesitsel tipte olup Eylül-Kasım 2021'de yürütülmüştür. Evreni Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde görev yapan 854 tıpta uzmanlık öğrencisi oluşturmuş, minimum örneklem hacmi 266 olarak hesaplanmıştır. Çalışmada 400 kişi örnekleme alınmış, 324 kişiyle sonuçlanmıştır (%81). Veriler Google Forms üzerinden 51 soruluk Tanımlayıcı Bilgi Formu, 22 soruluk Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) ve 7 soruluk Koronavirüs Korkusu Ölçeği (KKÖ) kullanılarak çevrim içi toplanmıştır. Bağımsız değişkenler sosyo-demografik özellikler, COVID-19 aşısı, önlemler, mesleki-çalışma durumu, iş yeri, aile, sağlık ve yaşam tarzı ile ilgili özelliklerden oluşurken; bağımlı değişkenler MTÖ alt boyutlarından ve KKÖ'den alınan puanlardır. MTÖ, Maslach ve Jackson tarafından 1981'de geliştirilmiş, Ergin tarafından Türkçeye uyarlanmış olup tükenmişliği duygusal tükenme (DT), duyarsızlaşma (D) ve kişisel başarı (KB) alt boyutlarıyla değerlendirir. DT ve D puanlarının yüksek, KB puanının düşük olması yüksek tükenmişlikle ilişkilidir. KKÖ, Ahorsu ve ark. tarafından 2020'de geliştirilmiş, Bakioğlu ve ark. tarafından Türkçeye uyarlanmış olup puan arttıkça COVID-19 korkusu artışı göstermektedir. Araştırma için Ankara Üniversitesi Rektörlüğü Etik Kurulundan 02.08.2021 tarihinde onay alınmıştır. Verilerin analizi SPSS 26 programı aracılığıyla tekli analizlerde normal dağılıma uyanlarda Student t ve ANOVA, normal dağılmayanlarda Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri kullanılarak yapılmış; anlamlı fark saptanan değişkenlerle çoklu lineer regresyon analizi uygulanmıştır.

Bulgular: Öğrencilerin yaş ortalaması $28,03 \pm 2,48$, %59'u kadın, %65,1'i bekar olup %34'ü COVID-19 tanısı almıştır. Mesleğini değiştirmeyi düşünenler %62,3 oranındadır. Pandemide %48,1'i hastalar tarafından şiddete maruz kalırken, %45,1'i psikolojik destek ihtiyacı hissetmiştir. MTÖ alt boyutlarından DT puanı $19,20 \pm 7,88$, D puanı $8,00 \pm 4,11$, KB puanı $18,48 \pm 4,78$; KKÖ puanı $15,72 \pm 5,06$ 'dır. Çoklu analiz sonuçlarına göre DT puanı; cerrahi bilimlerde ($p=0,005$), mesleğini ($p<0,001$) ve uzmanlığını değiştirmeyi düşünenlerde ($p=0,001$), maaşını yetersiz bulanlarda ($p=0,021$), haftalık 80 saatten çok çalışanlarda ($p=0,010$), amir baskısı hissedenlerde ($p=0,008$), psikolojik destek ihtiyacı olanlarda ($p=0,002$) daha yüksektir; KKÖ puanı arttıkça artmaktadır ($p=0,006$). D puanı cerrahi bilimlerde ($p=0,007$), mesleğini ($p<0,001$) ve uzmanlığını değiştirmeyi düşünenlerde ($p=0,005$), şiddete maruz kalanlarda ($p=0,010$), amir baskısı hissedenlerde ($p=0,013$) ve alkol kullananlarda ($p=0,020$) daha yüksektir. KB puanı dahili ($p=0,004$) ve cerrahi bilimlerde ($p=0,003$), meslekte 2-5 yıl ($p=0,044$) ve 5 yıldan çok geçirenlerde ($p=0,010$) ve COVID-19 görevi yapanlarda ($p=0,009$) daha yüksek, mesleğini değiştirmeyi düşünenlerde ($p<0,001$) daha düşüktür. KKÖ puanı ise yaş arttıkça artmakta ($p<0,001$); kadınlarda ($p<0,001$), evde kronik hasta ya da 65 yaş üstü bireyle yaşayanlarda ($p<0,001$), pandemide aileden ayrılmak zorunda kalanlarda ($p=0,028$) ve uyku düzeni bozulanlarda ($p=0,030$) daha yüksek, COVID-19 görevi yapanlarda ($p=0,035$) daha düşüktür. Çalışma kısıtlılığı olarak kesitsel bir çalışma olması nedeniyle tükenmişliğin pandemi dönemindeki durumu ve ilişkili faktörler ortaya konmakla birlikte bu süreçteki değişimini ve pandeminin etkisini tam olarak ortaya koymadığı düşünülmüştür.

Sonuç: Tıpta uzmanlık öğrencilerinde tükenmişlik önemli bir sorun olmayı sürdürmektedir. Pandemi döneminde bu soruna COVID-19 korkusunun olumsuz etkileri de eklenmiştir. Çalışmada tükenmişlik ve COVID-19 korkusuna etkili olabilecek birçok faktör belirlenmiştir. Bunlara yönelik olarak iş yükünün ve stresin

Özet Poster Bildiri

azaltılması, çalışma sürelerinin kısıtlanması, olanakların iyileştirilmesi, sağlıkta şiddetin çözümlenmesi, risk altındaki kişilerin saptanması, ruh sağlığı hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması ve baş etme becerilerini geliştirecek eğitimler verilmesi önerilmiştir.

Finansal destek alınmamıştır.

Çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Tükenmişlik, COVID-19 korkusu, tıpta uzmanlık öğrencileri

Özet Poster Bildiri

P15

KOCAELİ İLİ İZMİT İLÇESİNDE COVID-19 TANISI ALMIŞ BİREYLERDE SİGARA İÇME SIKLIĞININ SAPTANMASI VE SİGARA İÇME DAVRANIŞI DEĞİŞİMİNİN İNCELENMESİ

Ömer Naim SAYER, Çiğdem ÇAĞLAYAN

Kocaeli Üniversitesi, Türkiye

Giriş: Aralık 2019'da Çin'in Wuhan eyaletinde tanımlanan ve hala etkisini sürdüren SARS COV-2'nin etken olduğu COVID-19 pandemisi Ekim 2022 itibariyle dünyada yaklaşık olarak 623 milyon doğrulanmış vakaya, 6,5 milyon ölüme neden oldu. Sigara içenlerde COVID-19'un daha ağır seyrettiğine dair birçok çalışma mevcuttur. Yapılan çalışmalarda; kısa bir süre önce hastane yatışı olması, hastalık tanısı almak, anormal bir test sonucundan haberdar olmak gibi bazı anlar sigara içmeyi bırakmakla ilişkili bulunmuş ve bu vakitler sigara içmeyi bırakmak için öğretilen bir an olarak değerlendirilmiştir. Ulusal Kanser Enstitüsü'nün sağlık profesyonellerine önerdiği sigara içmeyi sorma, bırakma hakkında tavsiye verme, bırakmaya hazır olma durumunu değerlendirme, bırakmaya yardımcı olma ve takip etme stratejilerinin özellikle klinik bakım ortamlarında uygulanmasının sigarayı bırakma konusunda başarılı olabileceğine dair tutarlı kanıtlar vardır. COVID-19'dan iyileşen bireylerin sigara içme davranışlarında meydana gelen değişimi araştıran sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Bu çalışmanın amaçları; (1) COVID-19 tanısı almış bireylerdeki sigara içme prevalansını ve ilişkili faktörleri saptamak, (2) COVID-19 tanısı aldıktan sonraki süreçte sigara içme davranışları üzerindeki değişimi incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte olan araştırmamızın evrenini 1-31 Ağustos 2021 tarihleri arasında Kocaeli İli İzmit İlçesinde yapılan SARS COV-2 PCR testi pozitif olarak sonuçlanan 3220 kişi teşkil etmektedir. Hesaplanan minimum örneklem büyüklüğü 384 kişi olup, 400'e yuvarlanmış ve pilot çalışmada araştırmaya katılım oranının düşük olması nedeniyle %20 daha arttırılarak 480 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Bilgileri alınan 3220 kişiden verilerin toplanması sürecinde sağlıklı bir iletişim kurulamayacağı öngörüsüyle <15 yaş, >64 yaş ve Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olmayan bireyler dışlanmıştır. Basit rasgele örnekleme tekniği ile 480 kişi seçilmiş olup araştırmaya katılmayı kabul eden 406(%84,5) kişi ile görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşme gerçekleştirilen bireylere sosyodemografik özellikleri, COVID-19 tanısı sonrası yaşadığı semptomlar, Algılanan Stres Ölçeğinde yer alan sorular yöneltildi. COVID-19 tanısı aldığı anda sigara içmekte olan kişilere; hastalık sonrası sigara içme davranış değişimlerine dair sorular, Fageström Nikotin Bağımlılık Ölçeğinde yer alan sorular ve Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeğinde yer alan sorular yöneltildi. Araştırma için Sağlık Bakanlığı Bilimsel Araştırmalar Merkezinden, Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan ve Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğünden gerekli izinler alındı. **(Etik kurul onay tarihi ve numarası: GOKAEK-2021/20.01)**. Çalışma verileri IBM SPSS 21.0 paket programı kullanılarak analiz edildi. Kategorik verilerin sıklık dağılımlarını sayı ve yüzde olarak; sürekli değişkenleri ise ortalama, standart sapma, ortanca, en küçük ve en büyük değer olarak değerlendirildi. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi normallik varsayımını Kolmogorov-Smirnov testi ile sınıanan bağımsız iki grubun ortalamalarının karşılaştırılmasında; normal dağılıma uyanlarda student t testi, normal dağılıma uymayanlarda Mann Whitney U testi, bağımsız ikiden fazla grubun ortalamalarının karşılaştırılmasında; normal dağılıma uyanlarda oneway ANOVA testi, normal dağılıma uymayanlarda Kruskal Wallis testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için p<0.05 olarak kabul edildi.

Bulgular: Araştırmaya katılmayı kabul eden 406 kişinin 212'si(%52.2) erkek, 194'ü(%47.8) kadını ve katılımcıların yaş ortalaması 36.98±12.77(15-64 yaş), ortanca yaş ise 36.5'ti. Katılımcıların %60.1'i 12 yıllık temel eğitimi tamamlamıştı. %62.6'sı evliydi; %70.0'i hanesinde en az bir çocuk(<16y), yaşlı(>64y) veya kronik hastalığa sahip bireyle birlikte yaşamaktaydı. %58.0'i gelir getiren bir işte çalıştığını belirtti ve bunların 16'sı sağlık çalışanıydı. %93.5'i kent merkezinde, %6.5'i kırsalda yaşadığını belirtti. %19.8'i pandemi süresince belli bir süre uzaktan çalışma imkanına sahip olduğunu belirtirken (çalışan 253 kişiden 50'si), %2.2'si anne, baba, kardeş, eş veya evlatlarından en az birini COVID-19 sebebiyle kaybettiklerini bildirdiler.

Özet Poster Bildiri

Görüşülen bireylerin sigara içme durumları değerlendirildiğinde 205 (%50,5) kişinin hiç sigara kullanmadığı, 52 (%12,8) kişinin pandemi başlamadan önce, 8 (%2) kişinin pandemi başladıktan sonra, 5 (%1,2) kişinin COVID-19 olduktan sonra sigarayı bıraktığı, 135 (%33,3) kişinin de halen sigara içtiği saptandı. Görüşülen bireylerden COVID-19 tanısı anında sigara içmeye devam ettiğini belirten kişilere, COVID-19 tanısı aldıktan sonra sigara bırakma girişiminde bulunup bulunmadıkları ve süresi soruldu. En az 24 saat hiç sigara içmediğini bildiren kişilerin sigara bırakma girişiminde bulunduğu kabul edildi. Buna göre sigara bırakma girişiminde bulunan 63 kişi (%47,7) olduğu ve bu kişilerin ortalama $18,59 \pm 21,81$ gün sigara içmedikleri saptanmıştır.

Görüşülen bireylerden COVID-19 tanısı anında sigara içmeye devam ettiğini belirten kişilerin ise %91,4'ü COVID-19 hastalığı süresince en az bir semptom yaşadıklarını belirtirken, %8,6'sı hastalık süresi boyunca herhangi bir semptom gelişmediğini belirtti. En sık görülen semptomları; %77,3 ile tat veya koku kaybı, %70,0 ile %64,6 kas veya eklem ağrısı ve %62,9 ile halsizlik teşkil etmekteydi. Hastaların %4,3'ü hastalık süresinde en az bir sefer oksijen desteği aldığını belirtirken; %2,1'i hastane yatışı gerçekleştiğini bildirdi. Hastalık semptomları açısından iki grup arasında yapılan istatistiksel analizlere, sigara içmeyen grupta öksürük, nefes darlığı, baş ağrısı, boğaz ağrısı semptomları anlamlı olarak daha fazla bulunurken (sırasıyla $p < 0,000$; $p < 0,026$; $p < 0,025$; $p < 0,001$), tat ve koku kaybı sigara içen grupta anlamlı olarak fazla bulundu ($p < 0,019$).

Sonuç : Bu çalışmada; PCR testi ile doğrulanmış COVID-19 tanılı bireylerde tanı anındaki sigara içme sıklıkları ile genel popülasyonda aynı yaş grubundaki bireylerin sigara içme sıklığı ile benzer olduğu saptanmıştır. Sigara içenlerde COVID-19'dan sonra sigara bırakma hızı çok düşüktür. COVID-19 tanısı almak sigara bırakma için öğretilen bir an olarak değerlendirilmeli ve hastalar sigara bırakılması yönünde teşvik edilmelidir.

Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur. Finansal destek alınmamıştır.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, Sigara, Sigara bırakma

Özet Poster Bildiri

P16

TIP FAKÜLTESİ 6. DÖNEM ÖĞRENCİLERİNİN HALK SAĞLIĞI STAJI ALMA DURUMUNA GÖRE BİLDİRİMİ ZORUNLU HASTALIKLAR VE İLGİLİ UYGULAMALAR İLE İLGİLİ BAZI BİLGİ VE GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Didem DAYMAZ, Necibe KURTULUŞ, Çağla GÜNEŞ, Talha Akif AKSOY, Gaye Nur BATUN, Semih YAZICI, Zeynep Nesibe İMAN, Muhammed Musab AL, Zekiye Nur ÖZTÜRK, Ayça Naz ŞAHİN, Ünal YAĞMUR, Elif AKARSLAN, Metehan TAŞKIRAN, İsmail KOLTUK, Meral SAYGUN

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Türkiye

Giriş ve Amaç: Uzmanlık çekirdek eğitim müfredatı (UÇEP) göre, hekimlerin mezuniyet öncesi süreçte kazanmaları gereken yetkinlikler arasında bildirim zorunlu hastalıkları ve durumları bildirme ve raporlama becerisi de yer almaktadır. Bu nedenle tıp fakültesi eğitimleri sürecinde bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklar konusunda bilgi ve beceri edinmeleri bir zorunluluktur. Bu bilgilendirmenin yapıldığı stajlardan biri de halk sağlığı stajıdır. Bildirimi zorunlu hastalıklar ve bildirim süreciyle ilgili Dönem 6 öğrencileri seminer hazırlamakta, danışman öğretim üyeleri ile saha uygulamaları ve örnekler üzerinden tartışma yapmakta ve birinci basamak saha ziyaretlerinde bildirim sistemi ile ilgili yerinde gözlem yapabilmektedir. Bu araştırmayla tıp eğitimlerinin son senesinde olan 2021-22 eğitim öğretim yılı dönem 6 öğrencilerinin bildirim zorunlu hastalık bildirim süreciyle ilgili Halk Sağlığı Stajı almış ön hekimlerin ve henüz stajı almamış ön hekimlerin bu konudaki bilgi ve görüşlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki bu çalışmanın evrenini Şubat 2022’de halk sağlığı stajı alanlar dışındaki 126 Tıp Fakültesi dönem 6 öğrencileri oluşturmuştur. Veri kaynağı olarak, araştırmacılar tarafından hazırlanan; dönem 6 öğrencilerinin yaş, cinsiyet, gibi bazı sosyo demografik özelliklerinin, aldıkları eğitimi ve intörnlik süreci ile ilgili bazı bilgilerin, bildirim zorunlu hastalıklarla ilgili bazı görüşlerinin değerlendirileceği 15, bilgilerinin değerlendirileceği 10, toplam 25 sorudan oluşan veri toplam formu kullanılmıştır. Bilgi sorularında her bir doğru cevap bir puan diğer cevaplar puansız olarak hesaplanmış ve toplam üzerinden değerlendirilmiştir. Veriler gözlem altında veri toplama yöntemiyle toplanmıştır. Kırıkkale Üniversitesi Klinik Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu onayı (Karar No: 2022.01.08) ve dekanlık izinleri alınmıştır. Çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamış olup, herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır. Araştırma verileri SPSS 20.0 paket programı ile uygun istatistiksel yöntemlerle analiz edilmiştir.

Bulgular: Araştırmanın kapsamında 115 kişi araştırmaya katılmayı kabul etmiş olup araştırmanın gerçekleşme düzeyi %91,2’dir. Araştırmaya katılan toplam 115 kişinin %60,9’u kadın, %95,7’si Türkiye Cumhuriyeti vatandaşıdır. Katılımcıların %48,7’si Halk Sağlığı stajı almıştır. Halk Sağlığı stajı alan katılımcıların %85,7’si staj devam durumunu iyi ya da çok iyi olarak değerlendirmiştir.

Hekimlerin bildirim zorunlu hastalıkları ve durumları bildirme ve raporlama konusunda bir yükümlülüğünün olmadığını düşünen öğrenci sayısı 10 (%8,7) iken, hekimlerin tanı koyduğu anda bildirimle yükümlü olduklarını düşünenler katılımcıların % 75,7’sidir.

İntörnlik dönemi öncesi bildirim zorunlu hastalıkları bildirme ve raporlama konusunda ders aldığını belirten öğrenciler %7,8’dir. Katılımcıların %88,7’si bildirim zorunlu hastalık kavramını duyduğunu belirtirken, bu yüzde halk sağlığı stajı alanlarda %100’dür. “Yasal olarak bildirim zorunlu hastalıkları ve durumları bildirme ve raporlama becerisine sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?” sorusuna Halk Sağlığı stajını almış katılımcıların %19,6’sı evet, yanıtını vermişken, almayanlarda katılımcıların %5,1’i evet yanıtını vermiştir. Sırasıyla Halk Sağlığı stajı almış olma durumu ile bildirim zorunlu hastalık kavramını bilme ve becerisine sahip olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,001 ve p=0,003).

Halk Sağlığı stajı alan öğrencilerin bildirim zorunlu hastalıklar ve bu hastalıkları, durumları bildirme ve

Özet Poster Bildiri

raporlama konusunda bilgi düzeyini ölçen önermelerden aldıkları bilgi puanı ortalamaları 5,9 iken, halk sağlığı stajı almayanlarda bu ortalama 4,3 olarak hesaplanmıştır. Halk sağlığı stajı alma durumuna göre başarı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p < 0,001$).

Sonuç ve Öneri: Hekimlerin bildirim zorunlu hastalıkların bildirim konusunda bilgi ve becerisinin en üst seviyede olması, bulaşıcı hastalıklarla mücadelede oldukça kritiktir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre bildirim zorunlu hastalık bildirim süreciyle ilgili halk sağlığı stajı almış ön hekimlerin, henüz stajı almamış ön hekimlere göre bilgi ve farkındalık düzeyi yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlara göre tıp fakültesi mezuniyet öncesi eğitim müfredatlarının ve özellikle halk sağlığı stajı içeriğinin planlanırken bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklar hakkındaki bilgilendirmelerin ve uygulamaların yer alması gerekliliği göz ardı edilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: Bildirim zorunlu hastalık, İntörn hekim, mezuniyet öncesi eğitim

Tam Metin Poster Bildiri

P17

ASBEST İLİŞKİLİ HASTALIKLARIN İZLEMİ VE ÖNLENMESİ İÇİN ULUSLARARASI VE ULUSAL YAKLAŞIMLAR

Melike YÜKSEL YAVUZ¹, Ceyda SAHAN², Osman Alparslan ERGÖR³

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İş ve Meslek Hastalıkları Bilim Dalı, Türkiye

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, İş ve Meslek Hastalıkları Bilim Dalı, Türkiye

³Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Türkiye

Antik Yunanca’ da yenilemez, yıkılamaz, suya doymaz anlamına gelen “asbestos” kelimesinden türeyen asbest, lifsi kristal yapıya sahip magnezyum silikat, kalsiyum-magnezyum silikat, demir-magnezyum silikat veya kompleks sodyum-demir silikat bileşimindeki mineral grubuna verilen isimdir. Asbestler fibrojenik liflerdir (boy/en 3’ ün üzerinde) ve piyasada amyant olarak da bilinmektedir ¹. Asbest lifleri, iyi mukavemet özelliklerine sahip olma eğilimindedir. Bunlar yüksek çekme mukavemeti, aşınma ve sürtünme özellikleri, esneklik (örn: dokunabilme yeteneği), mükemmel termal özellikler (örn: ısı stabilitesi; termal, elektriksel ve akustik yalıtım), adsorpsiyon kapasitesi, kimyasal, termal ve biyolojik bozulmaya karşı dirençtir ². Bu arzu edilen fiziksel ve kimyasal özelliklerine ek olarak, hazır, ucuz ve nihai ürün olarak işlenmesi kolay olduğundan antik çağlardan beri yaygın olarak kullanılmaktadır.

Asbestin yasal tanımı, iki genel sınıftaki altı lifli mineral için geçerlidir. Eğri olanlar serpentin, düz lifler amfibol olarak adlandırılır. Serpantin sınıfı: krizotil (beyaz asbest olarak da bilinir) Amfibol sınıfı: amosit (kahverengi asbest), krokidolit (mavi asbest), antofilit, tremolit ve aktinolitdir ³. Dünya asbest üretiminin yaklaşık %94’ ünü serpantin grubu oluşturmaktadır. Ticari değeri olan asbest lifleri krizotil ve amfibol grubundan krokidolit, amosit ve antofilit’dir. Tüm asbest liflerinin aynı olmadığı, kimyasal-kristal bileşimdeki, lif boyutundaki, aerodinamik özelliklerdeki ve biyolojik dayanıklılıktaki farklılıkların bir asbest lifinin potansiyel toksisitesini etkileyen kritik faktörler arasında olduğu kabul edilmiştir ⁴

Öncelikle asbeste maruziyet yollarına bakıldığında maruz kalım yolları aşağıdaki gibi özetlenebilir.⁵

- Mesleki maruziyet (asbest endüstrisi): Örn; asbest madenciliği, asbest içeren malzeme üretimi ve imalatı (inşaat, itfaiyeciler, fren-balata imalatı ve yalıtım malzemesi).
- Mesleki maruziyet (asbest dışı endüstri): Örn; ticaret (tesisat, elektrik, ısıtma), otomotiv ve gemi inşa endüstrileri ıslahı.
- Ev içi ve meslek dışı maruziyetler (asbestle ilgili endüstrilerde çalışanlarla birlikte yaşama ve evde maruz kalma ile ilgili riskler): Örn; iş kıyafetleri ve ev tadilatı.
- Çevresel maruziyet (hem antropojenik hem de doğal çevresel maruziyet): Örn; madencilik endüstrisine/ üretim tesislerine yakın oturma, yangınlar ve depremler gibi acil durumlarda asbestli maddelere veya asbest içeren kayalar, binaların yıkım ve hasarı.

ASBESTİN SAĞLIK ETKİLERİ

Asbestin en bilinen vücuda giriş yolu inhalasyondur. Ayrıca kontamine içme suyunun yutulması, solunan partiküllerin pulmoner lenfatiklere ve kan dolaşımına translokasyonu, transplasental transfer ve koitus sırasında üreme sistemine giriş diğer yollardır ⁶.

Asbeste maruz kalmanın bir bireyi nasıl etkilediğini belirlemeye yardımcı olabilecek çeşitli faktörler vardır. Bunlar doz (bir kişinin maruz kaldığı asbest miktarı), süre (bir kişinin maruz kaldığı süre), asbest liflerinin boyutu, şekli ve kimyasal yapısı, maruziyetin kaynağı, sigara ve önceden var olan akciğer hastalığı gibi bireysel risk faktörleri, AP1’de germ hattı mutasyonuna sahip olmak gibi genetik faktörler olarak değerlendirilmektedir ^{7,8}.

Tam Metin Poster Bildiri

Pulmoner etkiler: Asbest lifleri solunduktan sonra akciğerlere derinlemesine nüfuz eder ve akciğerin lokal bağışıklık sisteminin aktivasyonu ve bir enflamatuar reaksiyonun provokasyonundan oluşan yabancı cisim reaksiyonunu tetikler. Bu kronik inflamatuvar süreç, muhtemelen neoplastik gelişme riskinin artmasıyla da bağlantılıdır⁹. Asbestin neden olduğu pulmoner hastalıkları genel olarak aşağıdaki Tablo-1’de özetlendiği gibi parankimal ve plevral olarak tanımlasak da bilinmektedir ki asbest maruziyeti, restriktif ve obstrüktif akciğer fonksiyon bozukluğu ile de ilişkilidir. Parankimal veya plevral hastalıkların radyolojik kanıtlarının yokluğunda bile, fonksiyonel bozulma olabilir¹⁰. Temaslı popülasyonda asbest nedenli plevral hastalık oranı %20-40 aralığındadır. Plevral hastalıklardan malign mezotelyoma (MM)’nin prognozu, genel olarak iyi değildir. Yaşam süresi 6-17 ay arasında değişmektedir. Parankimal hastalıklardan asbestozisin görülme sıklığı asbest temasının yoğunluğu ile ilgilidir, temas dozu arttıkça görülme sıklığı artar. Bu nedenle kırsal alanda anlık temas dozu düşük olduğu için görülme sıklığı da düşüktür¹¹. Aşağıdaki Tablo-1’de asbeste bağlı pulmoner hastalıklar özetlenmiştir.

Tablo-1: Asbestin neden olduğu pulmoner hastalıklar *

NON-NEOPLASTİK	NEOPLASTİK
*Parankimal hastalıklar	Akciğer Kanseri Mezotelyoma
Asbestozis Round Atelektazi Transpulmoner Bantlar	
*Plevral hastalıklar	
Benign Asbest Plörezisi Plevral Plaklar Difüz Plevral Fibrozis	

*: 12 Nolu kaynaktan uyarlanmıştır.

Ekstrapulmoner etkiler: Ekstrapulmoner birçok sistem asbest maruziyetinden etkilenir. Bunlar;

- Periton: Periton kanseri⁶, retroperitoneal fibrozis¹³.
- Otoimmün sistem: ANA pozitifliği⁶, sistemik sklerozun¹⁴, romatoid artrit¹⁵.
- Gastrointestinal sistem: özofagus¹⁶, mide kanseri^{17,18}, kolorektal kanser¹⁹.
- Genitoüriner sistem: over kanseri²⁰, intratestiküler MM, testis kanseri, prostat kanseri ve renal hücreli karsinom²¹⁻²⁵.

Yukarıda bahsedilen maligniteler için asbestin bir risk olduğunu söylemek için daha birçok çalışmaya ihtiyaç vardır.

Öte yandan asbestin, mezotelyoma, akciğer, larinks ve over kanserlerine neden olduğuna dair yeterli kanıt vardır ve Uluslararası Araştırma ve Kanser Ajansı (IARC), asbesti Grup 1’e (insanlar için kanserojen) dahil etmiştir²⁶.

Asbest kaynaklı diğer sağlık etkileri olasılığı da mevcuttur. Bunlar beyinle ilgili tümörler, asbestin mutajenik ve hemolitik özelliklerinden kaynaklanan kan bozukluklarıdır. Ancak bu durumlar yalnızca hayvan çalışmaları ile belgelenmiştir⁶.

ASBEST İLİŞKİLİ SÜRVEYANS

Gelişmiş ülkelerde mesleki solunum hastalıkları için çeşitli sürveyans sistemleri mevcuttur. En kapsamlı olanları meslek hastalıklarının zorunlu bildirimine dayanır. Diğerleri ulusal ölüm verilerine dayanmaktadır. Bu

Tam Metin Poster Bildiri

sistemler karmaşıklıkları nedeniyle gelişmekte olan ülkeler için uygun olmayabilir. Ancak aşağıdaki örnekler sürveyans uygulaması için genel çerçeve oluşturabilir²⁷.

- İşe bağlı ve mesleki solunum yolu hastalıkları sürveyansı (SWORD)
- Finlandiya Meslek Hastalıkları Sicili (FROD)
- Avustralya İşyerine Dayalı Solunum Olaylarının Gözetimi (SABRE)
- Ulusal Mesleki Solunum Mortalite Sistemi (NORMS)
- NIOSH Devlet Tabanlı Gözetim Programı

Genel mesleki solunum hastalıkları sürveyans sistemleri ve asbeste özgü sürveyans sistemlerinin ikisi de asbeste maruz kalan işçilerin kaydına, risklerinin izlenmesine ve koruma önlemlerinin uygulanmasına izin verir. Mezotelyoma vakalarının ulusal, koordineli ve tek tip bir epidemiyolojik sürveyans sistemi ve aktif araştırmalar yoluyla asbest maruziyetinin tanımlanması, beklenmeyen kirlenici kaynakların belirlenmesinde son derece önemlidir²⁸.

Nadir bir kanser olan MM, 2020'de genel popülasyonda küresel insidansının milyonda 3 olduğu tahmin edilmektedir²⁹.

Asbest maruziyetinden bağımsız olarak MM insidansı erkeklerde yüzde 1, kadınlarda yüzde 0.2'dir. Türkiye Mezotelyoma Sürveyansı'nda ülkemizde MM insidansı %0.0002, asbest temaslı kişilerde ise 79/100.000 kişi-yıl olarak hesaplanmıştır³⁰.

Örneğin İtalya ReNaM (İtalyan Ulusal Mezotelyoma Kaydı), 1993'ten 2018'e kadar olan dönemde 31572 MM vakası toplamış ve 24.864 (%78.2) vaka için asbest maruziyeti değerlendirilmiştir. 17191 MM vakası için mesleki maruziyet bildirilmiştir (Kesin asbest maruziyeti olan olguların %1'i). Bunların 3574'ü inşaat sektöründe çalışmıştır. 1993-98 döneminde %15,8'den 2014-2018'de %23,9'a yükselen bir trend ve her yerde yaygın bir bölgesel dağılım ile görülmüştür. Yasaklanmadan önce inşaat sektöründe asbestin yaygın kullanımı, özellikle eski binaların bakımı ve kaldırılmasında çalışan işçiler için maruz kalma olasılığını bugün hala gerçek bir endişe haline getiriyor³¹. ILO/WHO Ortak Toplantısının sonucunda Asbeste Bağlı Hastalıkların Ortadan Kaldırılması için Ulusal Program (NPEAD), sorunun büyüklüğünü ve asbeste bağlı hastalıkların ortadan kaldırılmasına yönelik stratejileri ana hatlarıyla belirten bir fikir birliği politikası belgesidir. Aynı zamanda, uzun vadeli amaç ve hedeflerin yanı sıra, eylem için kurumsal çerçeveyi bilinçlendirme ve kapasite geliştirme yönergelerini de tanımlar. NPEAD, işçi sağlığı, halk sağlığı ve çevrenin korunmasında asbeste bağlı hastalıkların ortadan kaldırılmasını bir öncelik olarak tanımlar³². 1986'dan beri, Çevresel ve Yaralanma Epidemiyoloji ve Toksikoloji Birimi (EIET), tıbbi bakım sağlayıcılarından vaka raporları toplayarak Teksas eyaletinde bu mesleki akciğer hastalıklarının sürveyansını yürütmektedir³³. Ulusal Mesleki Güvenlik ve Sağlık Enstitüsü (NIOSH) tarafından hazırlanan mesleki solunum yolu hastalığı sürveyans raporunda (İşle İlgili Akciğer Hastalıklar Gözetim Raporu) mesleki solunum yolu hastalığı sürveyans verilerinin özet tablolarını, şekillerini ve ilgili maruziyetlere ilişkin seçilmiş veriler sunulmaktadır³⁴. Ayrıca NIOH'ye gönderilen numunelerin analiz sonuçlarının kaydedilmesine ek olarak, numunelere eşlik eden bilgiler de bir veri tabanında tutulur. "Yıllık Patoloji Asbest Analiz" Raporu olarak bilinmektedir³⁵.

Ülkemizde Mezotelyoma Sürveyansı ve Asbest Kontrolü Stratejik Planı çerçevesinde 2012 yıllarında arasında 30 şehirde bulunan hastanelerin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. 5617 MM hastası saptanmıştır. Bu hastaların kırsal bölgede yaşayıp yaşamadıklarına göre çevresel maruziyet durumu değerlendirildiğinde, 1879 hastada bu yönde bir ilişki saptanmamıştır³⁶. Bu planın amacı 2013 yılından itibaren sürmesi olası 20-30 yıllık asbest temasın kesilmesi sonucu, ileride oluşabilecek, 1.646 mezotelyoma, 643 akciğer kanseri ve 407 solunum yetmezliği vakasının ortaya çıkmasının önlenmesi amaçlanmaktadır³⁷. Metintaş ve ark. çalışmasında 379 köyde asbest 8 maruziyetinin devam ettiği ve 2013'ten 2033'e kadar en aza 2511 yeni MM olgusu beklendiği gösterilmiştir³⁸. Yukarıdaki örneklerin yanında bazı ülkelerde asbest ilişkili meslek hastalıkları için bir

Tam Metin Poster Bildiri

sürveyans sistemi yoktur (veya çok etkili olmayan bir sistemi vardır). Asbeste bağlı hastalıkları tanımazlar ve bu nedenle hastalıklar ile asbest arasındaki bağlantı teşhiste de her zaman gösterilemez. Bir ülkede asbeste bağlı hastalık vakalarının çok az veya hiç bildirilmemesi, gizli bir sorun olmadığı anlamına gelmez³⁹.

SONUÇ

Avrupa Birliği'nden Basra Körfezi'ne, Japonya gibi sanayi ülkelerinden Afrika'nın gelişmekte olan ekonomilerine kadar 55 ülke asbesti yasaklamıştır. Öyle ki Avrupa Birliği ülkelerinde 2005 yılında yasaklar başlarken, Tayvan ve Yeni Zelanda'da bu yasaklar sırasıyla 2016 ve 2017 yıllarında getirilmiştir⁴⁰. Ukrayna Avrupa Birliği Ülkesi olmasına rağmen asbest ve her türünün yasaklanmasına ancak 6 Eylül 2022'de karar vermiştir⁴¹. 7 Eylül 2022'de Güney Afrika'da ünlü bir bebek pudrası üreticisi bazı paketlerini asbest örneği bulunması nedeniyle piyasadan geri çekmiştir⁴¹. 8 Eylül 2022'de, aylardır uluslararası bir skandalın merkezinde olan Brezilya'nın eski savaş gemisi São Paulo rotasını değiştirmiştir. Gemi, Türkiye'deki bir söküme sahasına doğru giderken sivil toplum kuruluşlarının direnişleri ve Türk yetkililerin geminin ülkeye girişini yasaklaması üzerine Brezilyalı yetkililerin gemiyi üsse geri çağırılmaktan başka seçeneği kalmamıştır⁴¹.

Bunun yanında halen asbest kullanımına izin veren dikkate değer istisnalar Çin, Rusya, Hindistan, Brezilya, Kanada ve Amerika Birleşik Devletleri'dir⁴². Rusya halen asbeste maruz kalan çalışanlarının hastalıklarını ve ölüm hızlarını izlemektedir. Buna göre 1975-2010 yılları arasında asbeste maruz kalan 35.837 çalışandan 12.729'u (%35.5) (10'u mezotelyoma dahil olmak üzere 2.373'ü kanserden) ölmüştür⁴³. Son 30 yılda yasaklamalara bağlı yüksek gelirli ülkelerde asbest maruz kalımının düştüğü ve daha da düşeceği öngörülmektedir. Bunun yanında özellikle orta, düşük-orta ve düşük sosyoekonomik düzeydeki ülkelerde sanayileşmenin daha az olmasına bağlı olarak mortalitenin daha düşük olduğu varsayılmaktadır. Ancak başka bir yaklaşıma göre gelişmekte olan ülkelerde yanlış veya eksik tanı koymaya bağlı da asbeste bağlı hastalığın morbidite ve mortalitede düşük algılanmaya yol açabileceği unutulmamalıdır. Standart mesleki maruziyet limitleri ile endüstri düzenlemeleri yoluyla asbest maruziyetini azaltmak, mezotelyoma gelişimini önlemek için kilit bir faktör olmaya devam etmektedir⁴⁴.

Uluslararası Asbest Yasağı Sekreterliği, küresel bir asbest yasağını savunan ve asbest endüstrisi hakkında doğru bilgiler sunmaya çalışan kar amacı gütmeyen bir bilgi değişim platformudur⁴². Buna göre birçok Amerikalı asbestin yıllar önce yasaklandığına inanmakla birlikte, her yıl yüz binlerce pound asbestin ABD'ye girdiği bilinmektedir. 2002'den beri ABD'de asbest madenciliği durdurulmuş, bazı kullanımlar yasaklanmış, diğerleri önemli ölçüde kısıtlanmış ve asbest içeren yeni ürünlerin piyasaya sürülmesi yasaklanmıştır. Ancak ham asbestin, asbest atığının ve asbestten yapılmış ürün sevkiyatının halen Meksika Körfezi, Batı Kıyısı ve Doğu Sahili'ndeki limanlardan teslim alındığı bilinmektedir. Uluslararası Asbest Yasağı Sekreterliği'nin yaptığı çalışmalara göre federal ölüm kayıtlarını asbestten kaynaklanan akciğer kanseri ölümleri üzerine yapılan çalışmalarda yılda 12.000 ila 15.000 Amerikalının asbeste bağlı hastalıklardan öldüğü hesaplanmıştır. Buna göre toplamda, 1999'dan 2017'ye kadar tahmini olarak 236.981 ila 277.654 Amerikalı asbest maruziyetinden ölmüştür⁴⁵. Kanada'da ise birçok ülkenin yasaklamasına rağmen halen asbest kontrol programları düzenleyerek ve maruziyet sınırı belirlemeye çalışarak asbestle çalışmaya devam etmektedir⁴⁶.

Pek çok insan asbestin onlarca yıl önce yasaklandığına inansa da, düzenli raporlar bunun hala yasal ve öldürücü olduğunu göstermektedir. Asbeste bağlı hastalıkları ortadan kaldırmanın amacı uzun vadeli bir mücadeledir. Yapılı çevrede kalan bir asbest içeren malzeme kalıntıları vardır ve bu malzemeler yaşlanmaya devam ettikçe bozulma olasılıkları ve buna bağlı riskler artar.

Önümüzdeki 10-20 yıl içinde asbestle ilgili çalışmaları etkileyecek aşağıdaki riskler önceliklendirilmiştir:

- Küreselleşme ve parçalanmış tedarik zincirleri, ithal edilen ürünlerin asbest içerip içermediğini belirlemeyi zorlaştırabilir.
- Daha sık ve şiddetli hava olayları, yapılı çevrenin tahrip edilmesi ve asbest liflerinin salınması riskini artırır.

Tam Metin Poster Bildiri

- Yıkım atıkları da dahil olmak üzere geri dönüşümün teşvik edilmesi, ürünler uygun şekilde dekontamine edilmediği takdirde asbeste maruz kalma riskini artırır.
- Kendin-yap yenilemesinin popülaritesi ve değişen bir iş gücü, asbeste maruz kalmayı artırabilir, çünkü tadilatçılar ve işçiler genellikle asbest riskini değerlendirmek ve ele almak için eğitimsizdir.
- Tehlikeli maddeleri tespit eden yeni teknolojiler, maruz kalma riskinin farkındalığını kökten artırabilirken, otomasyon riski azaltmak için kullanılabilir.
- Kentleşme ve eski banliyölerin büyük ölçekli yeniden geliştirilmesi, asbestin çıkarılması ve bertarafı için daha yüksek bir talep yaratmaktadır.

Bu bağlamda asbest kullanımı her ne kadar yasaklanmış olsa da uzun dönem etkilerinin halen devam ettiği unutulmamalıdır. Hem çalışanlar hem de toplumun özellikle gemi sökümü endüstrisi ve inşaatların yıkımı esnasında ortaya çıkabilecek asbeste maruz kalma riski olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Buna bağlı olarak ülkemizde de asbeste bağlı sağlık etkilerinin izlemi yapılmalı ve etkin sürveyans yapılmalıdır.

Finansal destek yoktur. Yazarlar çıkar çatışması olmadığını bildirmektedir.

Anahtar Kelimeler: asbest, sürveyans, sağlık etkisi

KAYNAKLAR

1. Asbest. Maden Teknik ve Arama. <https://www.mta.gov.tr/v3.0/bilgi-merkezi/asbest>. 22.09.2022 tarihinde erişildi.
2. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Arsenic, Metals, Fibres and Dusts. International Agency for Research on Cancer; 2012. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/> 22.09.2022 tarihinde erişildi.
3. Asbestos and Your Health. <https://www.atsdr.cdc.gov/asbestos/overview.html>. 22.09.2022 tarihinde erişildi.
4. Barlow CA, Grespin M, Best EA. Asbestos fiber length and its relation to disease risk. *Inhal Toxicol*. 2017 Oct-Dec;29(12-14):541-554.
5. Berry TA, Belluso E, Vigliaturo R, et al. Asbestos and Other Hazardous Fibrous Minerals: Potential Exposure Pathways and Associated Health Risks. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Mar 29;19(7):4031.
6. Bunderson-Schelvan M, Pfau JC, Crouch R, Holian A. Nonpulmonary outcomes of asbestos exposure. *J Toxicol Environ Health B Crit Rev*. 2011;14(1-4):122-52.
7. Agency for Toxic Substances and Disease Registry. Public Health Statement for Asbestos. September 2001. Retrieved April 18, 2017.
8. Asbestos Exposure and Cancer Risk. NIOSH. <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/substances/asbestos/asbestos-fact-sheet>. 19.09.2022 tarihinde erişildi.
9. Norbet C, Joseph A, Rossi SS, Bhalla S, Gutierrez FR. Asbestos-related lung disease: a pictorial review. *Curr Probl Diagn Radiol*. 2015 Jul-Aug;44(4):371-82.
10. Wilken D, Velasco Garrido M, Manuwald U, Baur X. Lung function in asbestos-exposed workers, a systematic review and meta-analysis. *J Occup Med Toxicol*. 2011 Jul 26;6:21.
11. Muzaffer METİN TAŞ. Asbest Temasına Bağlı Plevra ve Akciğer Hastalıkları. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi 2019; 7 (2): 114-131*.
12. Pınar Yıldız Gülhan. Asbeste Bağlı Akciğer Hastalıkları. Bölüm 9. Sayfa 15-34. TÜSAD göğüs hastalıkları kitabı. TÜSAD Eğitim Kitapları Serisi – 22. 2019.
13. Uibu T, Oksa P, Auvinen A et al. Asbestos exposure as a risk factor for retroperitoneal fibrosis. *Lancet*. 2004 May 1;363(9419):1422-6. doi: 10.1016/S0140-6736(04)16100-X. PMID: 15121404.
14. L. S. Gold, M. H. Ward, M. Dosemeci, A. J. De Roos. Systemic autoimmune disease mortality and occupational exposures. *Arthritis & Rheumatology*. Cilt 56, No. 10, 2007, s 3189-3201.
15. Ilar A, Klareskog L, Saevardottir S et al. Occupational exposure to asbestos and silica and risk of developing rheumatoid arthritis: findings from a Swedish population-based case-control study. *RMD Open*. 2019 Jul 11;5(2):e000978.
16. Wu CW, Chuang HY, Tsai DL et al. Meta-Analysis of the Association between Asbestos Exposure and Esophageal Cancer. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Oct 21;18(21):11088.
17. Fang YJ, Chuang HY, Pan CH et al. Increased Risk of Gastric Cancer in Asbestos-Exposed Workers: A Retrospective Cohort Study Based on Taiwan Cancer Registry 1980-2015. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jul 15;18(14):7521.

Tam Metin Poster Bildiri

18. Straif K, Benbrahim-Tallaa L, Baan R. et al. A review of human carcinogens—Part C: Metals, arsenic, dusts, and fibres. *Lancet Oncol.* 2009; 10: 453–454.
19. Kwak K, Paek D, Zoh KE. Exposure to asbestos and the risk of colorectal cancer mortality: a systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med.* 2019 Nov;76(11):861-871.
20. Camargo MC, Stayner LT, Straif K et al. Occupational exposure to asbestos and ovarian cancer: a meta-analysis. *Environ Health Perspect.* 2011 Sep;119(9):1211-7.
21. Attanoos, R. L and Gibbs, A. R. 2000. Primary malignant gonadal mesotheliomas and asbestos. *Histopathology*, 37: 150–159.
22. Polissar, L., Severson, R. K., Boatman, E. S. and Thomas, D. B. 1982. Cancer incidence in relation to asbestos in drinking water in the Puget Sound region. *Am. J. Epidemiol.*, 116: 314–328.
23. Ng CS, Wood CG, Silverman PM et-al. Renal cell carcinoma: diagnosis, staging, and surveillance. *AJR Am J Roentgenol.* 2008;191 (4): 1220-32.
24. Zunarelli C, Godono A, Visci G, Violante FS, Boffetta P. Occupational exposure to asbestos and risk of kidney cancer: an updated meta-analysis. *Eur J Epidemiol.* 2021 Sep;36(9):927-936.
25. Dutheil F, Zaragoza-Civale L, Pereira B et al. Prostate Cancer and Asbestos: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Perm J.* 2020;24:19.086.
26. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risk to Humans. Arsenic, Metals, Fibres and Dusts Exit Disclaimer. Lyon (FR): International Agency for Research on Cancer; 2012.
27. Antao VC, Pinheiro GA. Surveillance for occupational respiratory diseases in developing countries. *Semin Respir Crit Care Med.* 2015 Jun;36(3):449-54.
28. Marinaccio A, Binazzi A, Bonafede M et al. Malignant mesothelioma due to non-occupational asbestos exposure from the Italian national surveillance system (ReNaM): epidemiology and public health issues. *Occup Environ Med.* 2015 Sep;72(9):648-55.
29. WHO-IARC. Cancer fact sheets. <https://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-cancers> (20.09.2022 tarihinde erişildi)
30. Muzaffer METİNTAŞ. Asbest Temasına Bağlı Plevra ve Akciğer Hastalıkları. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi 2019; 7 (2): 114-131.*
31. Binazzi A, Di Marzio D, Verardo M et al. Asbestos Exposure and Malignant Mesothelioma in Construction Workers-Epidemiological Remarks by the Italian National Mesothelioma Registry (ReNaM). *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Dec 26;19(1):235.
32. Outline for the Development of National Programmes for Elimination of Asbestos-Related Diseases. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-SDE-PHE-07-02>. (20.09.2022 tarihinde erişildi)
33. Asbestosis and Silicosis Surveillance. <https://www.dshs.state.tx.us/AsbestosisSilicosis.shtm>. 20.09.2022 tarihinde erişildi.
34. Work-Related Lung Disease Surveillance Report. Department Of Health And Human Services Centers for Disease Control and Prevention National Institute for Occupational Safety and Health. <https://www.cdc.gov/niosh/topics/surveillance/ords/>. 20.09.2022 tarihinde erişildi.
35. 2021 Annual Pathology Asbestos Analysis Report 2021. <https://www.nioh.ac.za/asbestos-surveillance-reports/>. (20.09.2022 tarihinde erişildi)
36. Asbest Nedir? Asbestin Sağlık Üzerine Etkisi. *Türk Toraks Derneği Çevresel ve Mesleki Akciğer Hastalıkları Çalışma Grubu. Türk Toraks Derneği. Ekim 2017.*
37. Türkiye Asbest Kontrolü Stratejik Planı. 2012. *Türkiye Mezotelyoma Çalışma Grubu Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Esogü Akciğer Ve Plevra Kanserleri Araştırma Merkezi.*
38. Metintaş S, Batirel HF, Bayram H et al. Turkey National Mesothelioma Surveillance and Environmental Asbestos Exposure Control Program. *Int J Environ Res Public Health.* 2017;14.
39. Annie Leprince et al. Asbestos: Protecting the future and coping with the past. Responsible for International Cooperation National Research and Safety Institute France. 10-15 September 2007.
40. Current Asbest Ban. http://ibasecretariat.org/alpha_ban_list.php. (25.10.2022' de erişildi).
41. Advancing th Global Campaign for Asbestos Justice 2022. <http://ibasecretariat.org/lka-advancing-the-global-campaign-for-asbestos-justice-2022.php>. (25.10.2022' de erişildi).
42. Schüz J, Bukhtiyarov I, Olsson A et al. Occupational cohort study of current and former workers exposed to chrysotile in mine and processing facilities in Asbest, the Russian Federation: Cohort profile of the Asbest Chrysotile Cohort study. *PLoS One.* 2020 Jul 29;15(7):e0236475.
43. Asbestos bans around the world. <http://www.asbestosnation.org/facts/asbestos-bans-around-the-world/>. (25.10.2022 tarihinde erişildi).

Tam Metin Poster Bildiri

44. Han Y, Zhang T, Chen H, Yang X. Global magnitude and temporal trend of mesothelioma burden along with the contribution of occupational asbestos exposure in 204 countries and territories from 1990 to 2019: Results from the Global Burden of Disease Study 2019. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2022 Nov;179:103821.
45. Mapping the Deadly Toll of Asbestos – State by State, County by County. <http://www.asbestosnation.org/facts/asbestos-deaths/>. (25.10.2022 tarihinde erişildi).
46. Jack Siemiatycki H. Roland Hosein Andrea Sass-Kortsak. Report of the PANEL TO REVIEW THE ASBESTOS MANAGEMENT PROGRAM at the University of Toronto. February 21, 2019.

Özet Poster Bildiri

P18

SAKARYA'DA GEÇİCİ KORUMA STATÜSÜNDEKİ SURIYE'LI GÖÇMENLERİN BAZI ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Zeynep DEVRAN MUHARREMOĞLU¹, Fulya AKTAN KİBAR¹, İsmail ONUR², Selin TUNALI ÇOKLUK², Neşe AŞICI³, Enes Ahmet GÜVEN⁴, Şeyda TOK⁵, Aziz ÖĞÜTLÜ²

¹Serdivan İlçe Sağığı Müdürlüğü, Türkiye

²Sakarya İl Sağığı Müdürlüğü, Türkiye

³Adapazarı İlçe Sağığı Müdürlüğü, Türkiye

⁴Erenler İlçe Sağığı Müdürlüğü, Türkiye

⁵Hendek İlçe Sağığı Müdürlüğü, Türkiye

Giriş-Amaç: Göç, İnsanların menşe ülkelerinden yerleştikleri başka bir ülkeye, genellikle kalıcı olarak hareketidir. Doğum yeri ve yetiştirilme yeri dışında bir ülkeye göç eden ve yerleşen kişiye ise göçmen denir. Sıhhat projesi, Sağığı Bakanlığı ile Avrupa Birliği arasında imzalanan Doğrudan Hibe Sözleşmesi çerçevesinde hayata geçirilen, Türkiye'de Göçmen Sağığı Hizmetlerinin Desteklenmesi Projesidir. Sıhhat Projesi kapsamında Sakarya İl Sağığı Müdürlüğü Halk Sağığı Hizmetleri Başkanlığı tarafından Göçmenlere yönelik çalışmalar yürütülmektedir. Bu saha çalışmalarında toplanan veriler geriye dönük olarak ele alınarak, ilimizdeki göçmenlerin sağığı profilini sağığıın sosyal belirleyicileri ile birlikte değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kuruldan 13.12.2021 tarihinde 556 sayılı alınan etik kurul onayı ile değerlendirilen veriler Sıhhat Projesinde görevli personelin rutin olarak rasgele ziyaret ettiği hane formlarından geriye dönük olarak alınmıştır. Form Sakarya İl Sağığı Müdürlüğüne geliştirilmiş ve başlıca hane halkı bilgileri, hane durumu, hanede yaşayanların sağığı açısından özellikli durumları ve sağığı hizmet kullanımı bölümlerini içermektedir. Veriler 1 Ocak-30 Nisan 2022 tarihleri arasındaki ziyaretlere aittir. Verilerin istatistiksel analizinde SPSS programı kullanılıp, tanımlayıcı istatistikler; sayı, yüzde, ortalama, ortanca, en küçük ve en büyük değerler ile ifade edilmiştir. Çalışmada herhangi bir çıkar çakışması bulunmamaktadır ve çalışmanın herhangi bir finansal kaynağı yoktur.

Bulgular: Geriye dönük değerlendirilen araştırmanın bulgularında 175 hane ziyareti yapılmış ve 839 kişi bilgisine ulaşılmıştır. %51,6'sı (n=433) erkek ve yaş ortalaması 19,07'dir. %31,9'unun (n=268) herhangi bir eğitimi ya da okuryazarlığı yoktur. Ayrıca hanedeki bireylerin %25,7'si (n=216) öğrencidir. Hane bireylerinin %38,6'sı (n=324) Türkçeyi yeterli düzeyde bildiğini ifade etse de %37,8'i (n=317) hiç Türkçe bilmemektedir. Hane bireylerinin %10,6'sının (n=89) herhangi bir kronik hastalık/engellilik durumu vardır. Verem hastalığı belirtileri açısından bakıldığında hanedeki hiçbir bireyde verem belirtisi yoktur. Ailelerin %81,7'si (n=143) apartman dairesinde yaşarken, hanelerin %55,4'ü (n=97) ısınmayı soba ile sağlamaktadır. Kalınan tüm evler kiralıktır ve ortalama kira bedeli 718,21 TL'dir. Hanelerin %8'inde (n=14) bir kişi gebedir. Gebelerin %92,9'u (n=14) Göçmen Sağığı Merkezi ve ya hastaneden sağığı hizmeti almaktadır. Tüm hanelerde toplam 182 üreme çağında kadın vardır. Üreme çağındaki kadınların gebelikle ilişkili riskli durumlarına bakıldığında %8,2'si (n=15) 18 yaş altında, %5,5'i (n=10) 35 yaş üzerinde gebe kalmıştır. %28,6'sı (n=52) 4 ve üzeri sayıda doğum yapmışken, %35,7'si (n=65) iki yıl ve daha az aralıkla doğum yapmıştır. Üreme çağındaki kadınların %43,4'ü (n=79) herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmaktadır. Kullanmayanların 14'ü gebe, 3'ü lohusa ve bir kısmı da bekar olduğunu beyan etmiştir. En sık kullanılan aile planlaması yöntemi ise kondomdur (%67,0, n=53). Hanelerin %81,7'sinde (n=143) bir kişi çalışırken, %9,1'inde (n=16) hiç çalışan bulunmamaktadır. Toplamda çalışan 181 kişi bulunmaktadır ve %54,2'si (n=98) geçici çalışan, %43,0'ı (n=78) düzenli çalışan ve %2,8'i (n=5) çocuk çalışandır.

Sonuç ve Öneriler: Sağığı temel bir haktır. Göçmenlerin sağığı okuryazarlığını geliştirerek temel hak olan sağığı hizmetine erişimlerinin artırılması önemlidir. Bunun için saha ziyaretleri artırılarak sağığı okuryazarlığı konusunda bilgilendirmeler yapılmalıdır. Böylece koruyucu sağığı hizmetine erişimlerinin artırılması, gerekli kadın sağığı hizmetlerine ve aile planlaması yöntemlerine erişimin kolaylaştırılması ve göçmenlerin sağığı davranışlarının iyi yönde geliştirilmesi sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Göçmenler, Halk Sağığı Uygulaması, Aile ve Hane Halkı

Özet Poster Bildiri

P19

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ FARKINDALIKLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Nurbanu ODACI¹, Fatma CEYLAN ÇİRAY², Bilge KALANLAR³

¹Lokman Hekim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Türkiye

²Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Türkiye

³Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Türkiye

Giriş ve Amaç: Günümüzde iklim değişikliği kısa ve uzun vadede sağlık üzerinde ciddi etkileri olan ve acil eylem gerektiren bir krizdir. İklim değişikliğini hafifletme ve etkilerine karşı toplumun kırılganlığı azaltma noktasında hemşirelerin önemli rolleri vardır. Hemşireler sağlık profesyonellerinin çoğunluğunu oluşturmaları ve hassas gruplara yakın çalışmaları nedeniyle iklim değişikliği eyleminde büyük bir güce sahiptirler. Bu bağlamda hemşirelerin iklim değişikliği farkındalıkları önem kazanmaktadır. Türkiye’de hemşirelik öğrencilerinin ve akademisyen hemşirelerin iklim değişikliği farkındalıklarının belirlendiği çalışmalar mevcuttur. Ancak klinikte çalışan hemşirelerin iklim değişikliği farkındalıklarının belirlendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmanın amacı hemşirelerin iklim değişikliği farkındalıklarını ve ilişkili faktörleri belirlemektir. Çalışmadan elde edilecek sonuçlar iklim krizinde değişim ajanı olarak rol oynayan hemşirelerin iklim değişikliğine yönelik eğitim ihtiyaçlarını ortaya koyacağından konuyla ilgili planlanacak girişimlerde yol gösterici olacaktır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki bu araştırma 12 Ekim-24 Ekim 2022 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evreninin Ankara’da bir üniversite hastanesindeki 940 hemşire oluşturmaktadır. Örneklem ise çalışmayı kabul eden 204 hemşireden oluşmaktadır. Araştırmanın uygulanabilmesi için üniversitenin etik kurul izni, kurum izni ve katılımcılardan aydınlatılmış onam alınmıştır. Araştırmada herhangi bir finansal destek ve çıkar çatışması bulunmamaktadır. Verilerin toplanmasında “Tanıtıcı Bilgiler Formu” ve “İklim Değişikliği Farkındalığı” ölçeği kullanılmıştır. Ölçek toplamda 0,92 Cronbach α değeri ile yüksek güvenilirliğe sahip, 52 maddeden oluşan 5 boyutlu ve 5’li likert türünde bir ölçektir. Ölçeğin alt boyutları “İklim Değişikliği Farkındalığı (İDF)”, “Sorunu Algılayış Şekli (SAŞ)”, “İklim Değişikliği Sebeplerine İlişkin Bilgi”, “İklim Değişikliği Endişesi” ve “Davranışlar ve Politikalardan Beklentiler” şeklindedir. Veriler anket yoluyla toplanmıştır. Çalışmada eğitim durumu ve meslekte çalışma yılı bağımsız değişken iken, iklim değişikliği farkındalığı ise bağımlı değişkendir. Veriler SPSS 29.0 program kullanılarak analiz edilmiştir. Katılımcılara ait tanıtıcı bilgiler yüzdelik ve sıklık analizleri ile verilmiştir. Tanıtıcı özellikler ve ölçek toplam puanları arasındaki ilişki Mann Whitney U ve Kruskal-Wallis testi ile analiz edilmiştir. İkişerli karşılaştırmalar Mann Whitney U testi kullanılarak yapılmış ve Bonferroni düzeltmesi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 32 ± 7 ’dir. Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğu (%90) kadın ve yarısından fazlası (%60) evlidir. Hemşirelerin büyük kısmı (%82) lisans mezunu, çoğu (%38) 1 ile 5 yıldır hemşire olarak çalışmakta ve yarısından fazlası (%52) servis hemşiresidir. Hemşirelerin iklim değişikliği ile ilgili bilgilere en çok sosyal medya/internet (%86) üzerinden ulaştıkları saptanmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin iklim değişikliği ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması $216\pm26,54$ ’tür. Hemşirelerin iklim değişikliği farkındalık düzeyinin tüm alt boyutlar ve toplam puanlarda cinsiyet, medeni durum, çalışmakta olduğu görev, yaş grubu ve iklim değişikliği ile ilgili bilgiye ulaşma kanalları değişkenlerine göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Hemşirelerin eğitim düzeyleri ile SAŞ alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmektedir ($p=0,048$). SAŞ alt boyut puanı lise mezunlarında (14 ± 2) yüksek lisans mezunlarına (21 ± 3) göre düşüktür.

Hemşirelerin meslekte çalışma süreleri ile İDF alt boyut puanları ($p=0,009$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır. İDF alt boyut puanı beş ile on yıl arasında çalışanlarda (36 ± 4) bir ile beş yıl arasında çalışanlara (32 ± 5) göre daha yüksektir. Ayrıca hemşirelerin meslekte çalışma süreleri ile SAŞ alt

Özet Poster Bildiri

boyut puanları ($p=0,002$) arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır. SAŞ alt boyut puanı bir yıldan az süredir çalışanlarda (23 ± 3) bir ile beş yıl arasında çalışanlar (19 ± 4) ve on yıldan fazla çalışanlara (19 ± 4) göre yüksektir.

Sonuç: Hemşirelerin iklim değişikliği farkındalıkları yüksektir. İklim değişikliğine yönelik sorun algılama düzeyleri lise mezunu hemşirelerde daha düşüktür. İklim değişikliği farkındalığı ve iklim değişikliğine yönelik sorun algılama düzeyleri bir yıldan az süredir çalışan hemşirelerde daha yüksektir. Hemşirelerin iklim krizine yönelik eylemlerde yer almaları önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: İklim değişikliği, hemşire, farkındalık

P20

LİSE ÖĞRENCİLERİNDE İNTERNET BAĞIMLILIĞI VE ETKİLEYEN ETMENLER; KESİTSEL BİR ÖN ÇALIŞMA

Esra ÇİÇEK¹, Mustafa ÖZTÜRK², Mahmut Talha UÇAR²

¹Konya Altınekin İlçe Devlet Hastanesi, Türkiye

²SBÜ Hamidiye Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD, Türkiye

ÖZET

Giriş ve Amaç: İnternet, büyük bir bilgiye erişim sağlaması, iletişim, sosyal etkileşim, alışveriş, eğlence ve günlük rutin aktiviteler için sunduğu kolaylıklarla çağdaş yaşamın vazgeçilmez bir parçası haline geldi. Bununla birlikte, her yeni teknolojinin olduğu gibi internetin de patolojik düşünceleri tetikleme ve patolojik davranışlar geliştirme potansiyeli olduğu; hem sağlık hem de sosyal yönden zararlı etkileri olabileceği tartışma konusudur. Bu nedenle yapılan çalışmalar internet bağımlılığına karşı kırılgan grupta olan ergenlerin internet kullanımı etkilerinin incelenmesinin önemi vurgulanmaktadır. Bu çalışmanın amacı Konya ili Altınekin ilçesi lise öğrencilerinde internet bağımlılığı prevalansını saptamak ve internet bağımlılığı ile ilişkili sosyo-demografik faktörleri belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırmamız 2022 Şubat-Haziran tarihleri arasında yürütülen iki aşamalı kesitsel ve yuvalanmış vaka kontrol bir çalışma olup (burada sadece kesitsel kısmı yer alacak); ancak halen devam eden bu tezdeki ön çalışmaya, kesitsel kısmında anket yapmayı kabul eden ve ulaşılabilen 430 (%90.7) kişi katıldı. Araştırma zamanı okula sürekli gelmeyen ve devamsız olan öğrenciler araştırmadan dışlandı. Araştırma öncesinde plot uygulama yapılmıştır. Veriler, araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatür taranarak geliştirilen anket formu ile okul yöneticilerinin izin verdikleri ve yazılı onamları alınan öğrencilerden yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Anket formunda bağımsız değişken olarak öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri, internet kullanma durumu, ayrı oda durumu ve beyana göre boy ve kiloları sorgulanmıştır. Anket formunda bağımlı değişken olarak ise 'Young İnternet Bağımlılık Ölçeği' 'ne yer verilmiştir. Araştırma için 21/785 kayıt numaralı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan ve 22/12/2021 tarihinde Konya İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden gerekli yasal yazılı izin alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS 22.0 programı kullanılmıştır. Verilerin normallığı, Kolmogorov-Smirnov testi kullanılarak değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistik olarak parametrik olan değişkenler için sayı, yüzde, ortalama, standart sapma ve nonparametrik olan değişkenler için ortanca, minimum-maksimum kullanıldı. Bağımlılığı etkileyen etmenleri belirlemek için ikili karşılaştırmalarda nonparametrikse; Mann Whitney U testi ve ikiden fazla karşılaştırmalarda parametrikse; One-Way ANOVA (istatistiksel olarak anlamlı olursa da Tukey), nonparametrikse; Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık tüm değişkenler için $p < 0.05$ 'tir.

Bulgular: Lise öğrencilerinin ortalama yaşı 15.75 ± 1.36 (13-19), %54.4'ü kadındır. Araştırma grubundaki öğrencilerin %83.5'i semptom göstermeyenler, %15.8'i sınırlı semptom gösterenler ve geriye kalan %0,7'si ise patolojik internet kullanıcısı olarak bulunmuştur. Anadolu İmam Hatip lisesi öğrencilerinde, Çok Programlı Anadolu lisesi'ne göre Young İnternet Bağımlılık Ölçeği puan ortalaması daha yüksektir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.014$). Ailenin çocuk sayısı beş ve üzeri olanlar, diğerlerine göre Young İnternet Bağımlılık Ölçeği puan ortalaması daha düşüktür ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.025$). İnternet bağımlılığı kadın öğrencilerde, yaşı daha büyük olanlarda, dokuzuncu sınıfta annenin eğitim seviyesi arttıkça, babanın eğitim seviyesi düştükçe, annesi/babası çalışanlarda, anne ya da baba hayatta olmayanlarda, parçalanmış ailede, ekonomik durumu geliri giderden fazla olanlarda ailesiyle birlikte yaşamayanlarda, ayrı odası olanlarda, internet kullananlarda, BKİ persentiline göre fazla kilolu ve obez olanlarda daha yaygındır ($p > 0.05$).

Tam Metin Poster Bildiri

Sonuç ve Öneriler: Benzer ve ilgili araştırma konusunun, toplumda önemli bir konu olduğu için çalışılmaya devam edilmesi önerilmektedir. Sonuç olarak, internet bağımlılığı problemi ciddi boyutlarda olmasa da internet bağımlılığının büyümeden önlenmesinin farkında olunması açısından önemlidir. Kesitsel araştırmaların yanında, vaka-kontrol ve nitel araştırmaların da yapılması bu konuda önemli bir açığı doldurabilir.

Anahtar Kelimeler: İnternet bağımlılığı, lise öğrencileri, prevalans

GİRİŞ

Bağımlılık konusunda farklı tanımlar olmakla birlikte genel anlamda bağımlılık, bir nesne, kişi veya varlığa karşı duyulan önlenemeyen arzu veya başka bir iradenin güdümü altına girmek olarak tanımlanabilir. Kişiler bağımlılık durumlarında bedensel, ruhsal ya da sosyal açıdan zarar görebilirler fakat yine de bu davranışlarını yinelerler¹. Bağımlılıklar bir maddeye karşı, bir kişiye karşı ya da bir davranışın sürekli yinelenmesi şeklinde olabilir. Tütün, alkol, esrar, eroin, kokain bağımlılığı bir maddeye karşı ortaya çıkan bağımlılıklara örnek verilebilir. Kişiler zamanla bu maddeleri kullanmadıkça geçmişte olmayan bazı şikayetler, yoksunluk belirtileri ile karşı karşıya kalırlar. Davranışsal bağımlılıklarda da madde bağımlılıklarına benzer şekilde yoksunluk, tolerans, aşırı derecede arzulama, yapmadığı zamanlarda dahi zihinsel meşguliyet, geri dönüş, sosyal çevresiyle sorunlar yaşama gibi fiziksel ya da psikolojik bağımlılık belirtileri görülebilir². Ergenler gerçek dünyada yaşadıkları psikolojik ya da sosyal sorunlardan bir kaçınma davranışı olarak internetin aşırı kullanımına yönelebilirler^{3,4}. Ergenlik döneminde sık görülebilen dürtüsel davranma eğilimi interneti kontrollü kullanmalarının önünde engel olabilmektedir. Yine ergenlik döneminde arkadaşları tarafından kabul görme, gruba ait olma isteği önemli bir ihtiyaçtır. İnternetin kişilere sağladığı sosyalleşme, çeşitli gruplara dahil olma, kendini olmak istediği ideal bir biçimde sunma ve ifade etme olanakları ergenlerin interneti güçlü şekilde kullanmaları için cazip olmaktadır. Bu durumlar da bağımlılık için risk oluşturmaktadır⁴. Sorunun önlenmesinde aile sağlığı ve okul sağlığı çalışanlarının ergeni ve ailesini riskler açısından değerlendirmesi, okul aile işbirliğinin sağlanması ve planlı rehberlik danışmanlık hizmetleri önemli yer tutmaktadır. Bu çalışmada lise öğrencilerinin internet bağımlılığı düzeylerinin kesitsel olarak saptanması ve problemleri internet kullanımını etkileyen etmenlerin incelenmesi ve ortaya çıkan bulgular ışığında hem halk sağlığı hem de okul sağlığı hizmetleri kapsamında iyileştirici öneriler elde edilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Araştırmamız 2022 Şubat-Haziran tarihleri arasında yürütülen iki aşamalı kesitsel ve yuvalanmış vaka kontrol bir çalışma olup (burada sadece kesitsel kısmı yer alacak); ancak halen devam eden bu tezdeki ön çalışmaya, kesitsel kısmında anket yapmayı kabul eden ve ulaşılabilen 430 (%90.7) kişi katıldı. Araştırma zamanı okula sürekli gelmeyen ve devamsız olan öğrenciler araştırmadan dışlandı. Araştırma öncesinde plot uygulama yapılmıştır. Veriler, araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatür taranarak geliştirilen anket formu ile okul yöneticilerinin izin verdikleri ve yazılı onamları alınan öğrencilerden yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Anket formunda bağımsız değişken olarak öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri, internet kullanma durumu, ayrı oda durumu ve beyana göre boy ve kiloları sorgulanmıştır. Anket formunda bağımlı değişken olarak ise Bayraktar tarafından Türkçe'ye çevrilerek, güvenilirlik çalışmasını yaptığı 'Young İnternet Bağımlılık Ölçeği' 'ne yer verilmiştir. Araştırma için 21/785 kayıt numaralı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan ve 22/12/2021 tarihinde Konya İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden gerekli yasal yazılı izin alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS 22.0 programı kullanılmıştır. Verilerin normalliği, Kolmogorov-Smirnov testi kullanılarak değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistik olarak parametrik olan değişkenler için sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum-maksimum ve nonparametrik olan değişkenler için ortanca, sıra ortalaması, minimum-maksimum kullanıldı. Bağımlılığı etkileyen etmenleri belirlemek için ikili karşılaştırmalarda parametrikse; nonparametrikse; Mann Whitney U testi ve ikiden fazla karşılaştırmalarda parametrikse; One-Way ANOVA (istatistiksel olarak anlamlı olursa da Tukey), nonparametrikse; Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık tüm değişkenler için $p < 0.05$ 'tir.

Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği (YİBÖ): Bayraktar, Young tarafından geliştirilen "İnternet Bağımlılık Ölçeğini" İngilizce'den Türkçe'ye çevirerek Psikoloji Anabilim dalındaki beş akademisyene inceletmiş

Tam Metin Poster Bildiri

ve soruları anlam bütünlüğünü bozmayacak şekilde ve 12-17 yaş grubu gençlerin anlayabileceği şekilde uyarlamıştır. Çeviri testin Croanbach alpha değeri 0,91, Spearman-Brown değeri 0,87'dir. Bu sonuçlar testin güvenilir olduğunu göstermektedir⁵. Altılı likert tip ve tek boyutlu bir ölçektir. İnternet Bağımlılık Ölçeğinde katılımcıdan "Hiçbir zaman", "Çok az", "Arada sırada", "Sık sık", "Çok sık" ve "Her zaman" seçeneklerinden birini seçmesi istenmektedir. Bu seçeneklere 0, 1, 2, 3, 4 ve 5 puan verilmektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar; 0 ile 100 arasında değişmektedir. 80 ve üzeri puan alanlar "Patolojik İnternet Kullanıcısı" olarak tanımlanmaktadır. 50-79 puan arası olanlar "Sınırlı Semptom Gösterenler", 50 puan ve altı alanlar "Semptom Göstermeyenler" olarak tanımlanmıştır. Bizim çalışmamızda ölçeğin Cronbach alpha değeri 0,91 olarak bulunmuştur.

BULGULAR

Çalışmanın başlangıcında araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 430 ergenden veriler toplandı. Analizler 430 ergenden alınan veriler temel alınarak gerçekleştirildi. En sık gözlenen yaş grubu %57 ile 16-19 yaş grubudur. Öğrencilerin yarısından fazlası (%54.4) kadındır. Öğrencilerin %24.2'si lise 1, %33.3'ü lise 2, %24.2'si lise 3 ve %18.3'ü lise 4'e gitmektedir. Öğrencilerin anne eğitim düzeyine göre %27.6'sı ortaokul mezunu iken, baba eğitim düzeyine göre bu oran %31.4'tür. Araştırma grubundaki öğrencilerin çoğunluğunun annesinin %95.5 çalışmıyor olduğu, babalarının ise %90.7'sinin çalışıyor olduğu bulunmuştur. Öğrencilere ekonomik durumunu nasıl algıladığı sorulduğunda %59.3'ünün geliri gidere eşit olarak algıladığı görülmektedir. Ailenin çocuk sayısı çoğunlukla 2 çocuk (%42.1)'tur. Öğrencilerin %98.6'sı ailesiyle birlikte yaşamaktadır. Öğrencilerin %78.8'inin çekirdek aile tipine sahip olduğu görülmektedir. Öğrencilerin annesi hayatta olmayan %0.5 iken, babası hayatta olmayan %2.3'tür. Öğrencilerin %79.1'inin ayrı odasının olduğu görülmektedir. Araştırma grubundaki öğrencilerin çoğunluğunun BKİ persentillerine göre %3'ünün obez olduğu bulunmuştur. Öğrencilere internet kullanım durumu sorulduğunda %95.6'sının internet kullandığı görülmektedir (Tablo 1).

Tablo 1. Araştırma Grubunun Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=430)

Değişkenler	n (%)
Sınıf	
Lise 1	104 (%24.2)
Lise 2	143 (%33.3)
Lise 3	104 (%24.2)
Lise 4	79 (%18.3)
Cinsiyet	
Erkek	196 (%45.6)
Kadın	234 (%54.4)
Yaş	
13-15 yaş	185 (%43)
16-19 yaş	245 (%57)
Yaş (Ort.±SS) (Min-Max)	15.75±1.36 (13-19)
Anne Eğitim Düzeyi (n=428)	
Okuryazar	13 (%2)
İlkokul mezunu	276 (%64.2)
Ortaokul mezunu	119 (%27.6)
Lise mezunu	17 (%4)
Üniversite mezunu	3 (%0.7)
Baba Eğitim Düzeyi (n=420)	
Okuryazar	6 (%1.4)
İlkokul mezunu	204 (%47.5)
Ortaokul mezunu	135 (%31.4)

Tam Metin Poster Bildiri

Lise mezunu	66 (%15.3)
Üniversite mezunu	9 (%2.1)
Anne Çalışma durumu (n=428)	
Çalışmıyor	411 (%95.5)
Çalışıyor	17 (%4)
Baba Çalışma durumu (n=420)	
Çalışmıyor	20 (%4.7)
Çalışıyor	390 (%90.7)
Emekli	10 (%2.3)
Anne/Baba yaşıyor olma durumu	
Anne sağ değil	2 (%0.5)
Baba sağ değil	10 (%2.3)
Ailenin çocuk sayısı	
Bir çocuk	17 (%4)
İki çocuk	121 (%28.1)
Üç çocuk	181 (%42.1)
Dört çocuk	80 (%18.6)
Beş ve üzeri çocuk	31 (%7.2)
Aile tipi	
Çekirdek aile	339 (%78.8)
Geniş aile	73 (%17)
Parçalanmış	18 (%4.2)
Ailenin ekonomik durumu	
Gelir giderden fazla	102 (%23.7)
Gelir gidere eşit	255 (%59.3)
Gelir giderden az	73 (%17)
Aile ile birlikte yaşama	
Evet	424 (%98.6)
Hayır	6 (%1.4)
Kendine ait oda	
Var	340 (%79.1)
Yok	90 (%20.9)
İnternet kullanımı	
Hayır	19 (%4.4)
Evet	411 (%95.6)
BKİ persentilleri	
Zayıf (<18.5)	103 (%24)
Normal (18.5-24.9 arası)	279 (%64.9)
Fazla Kilolu (25-29.9 arası)	35 (%8.1)
Obez (30 veya fazlası)	13 (%3)
Kilo (kg) (Ort.±SS)	58.41±12.90
Boy (cm) (Ort.±SS)	166.78±8.85
BKİ (kg/m²) (Ort.±SS)	20.88±3.58

Tam Metin Poster Bildiri

YİBÖ: Young İnternet Bağımlılık Ölçeği, AL: Anadolu Lisesi, AİHL: Anadolu İmam Hatip Lisesi, ÇPAL: Çok Programlı Anadolu Lisesi, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, Min: Minimum, Max: Maksimum, BKİ: Beden Kütle İndeksi

Araştırma grubundaki öğrencilerin okul türü, sınıf, anne/baba eğitim düzeyi, ailenin çocuk sayısı ile YİBÖ puan ortalamaları arasındaki nedensel ilişki incelendiğinde; Anadolu İmam Hatip lise'si Çok Programlı Anadolu lisesi'ne göre YİBÖ puan ortalaması daha yüksektir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.014). YİBÖ puan ortalaması lise 4'te, diğer sınıf düzeylerine göre düşük bulunmakla birlikte, sınıflar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.601). Anne eğitim düzeyi üniversite olanlar, diğer eğitim düzeylerine göre YİBÖ puan ortalaması yüksek olmakla birlikte, eğitim durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.291). Baba eğitim düzeyi okuryazar olanlar, diğer eğitim düzeylerine göre YİBÖ puan ortalaması yüksek olmakla birlikte, eğitim durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.778). Beş ve üzeri çocuk sahibi olanlar, diğerlerine göre YİBÖ puan ortalaması daha düşüktür ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.025) (Tablo 2).

Tablo 2. Araştırma Grubunun Okul Türü, Sınıf, Anne/Baba Eğitim Düzeyi, Ailenin Çocuk Sayısı Özelliklerine Göre YİBÖ Puanları

Değişkenler	Ort.±SS	(%95 Güven Aralığı)	Test istatistiği ve anlamlılık
Okul türü			
AL	33.53±17.89	(31.09-35.96)	F=3.581 ¹ , p=0.014*
AİHL	37.96±19.01	(32.44-43.48)	
...AİHL	30.45±17.15	(26.53-34.37)	
ÇPAL	28.68±17.07	(25.22-32.14)	
Sınıf			
Lise 1	32.60±17.58	(29.18-36.02)	F=0.622 ¹ , p=0.601
Lise 2	33.05±17.86	(30.10-36.00)	
Lise 3	33.15±17.25	(29.80-36.51)	
Lise 4	29.95±19.15	(25.66-34.24)	
Anne eğitim düzeyi (n=428)			
Okuryazar	26.69±16.01	(17.01-36.37)	F=1.246 ¹ , p=0.291
İlkokul	32.98±17.91	(30.86-35.11)	
Ortaokul	31.30±18.06	(28.02-34.58)	
Lise	34.41±15.91	(26.23-42.60)	
Üniversite	49.33±17.61	(5.57-93.09)	
Baba eğitim düzeyi (n=420)			
Okuryazar	37.00±8.69	(27.88-46.12)	F=0.442 ¹ , p=0.778
İlkokul	31.40±18.10	(28.90-33.90)	
Ortaokul	33.56±17.80	(30.52-36.59)	
Lise	31.67±18.67	(27.08-36.26)	
Üniversite	30.22±14.97	(18.71-41.73)	
Ailenin çocuk sayısı			
Bir çocuk	33.35±20.95	(22.58-44.13)	F=2.826 ¹ , p=0.025*
İki çocuk	29.87±17.67	(26.69-33.05)	
Üç çocuk	35.41±18.37	(32.72-38.11)	
Dört Çocuk	31.43±15.87	(27.89-34.96)	
Beş ve üzeri çocuk	26.61±16.65	(20.51-32.72)	

Tam Metin Poster Bildiri

YİBÖ: Young İnternet Bağımlılık Ölçeği, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, AL: Anadolu Lisesi, AİHL: Anadolu İmam Hatip Lisesi, ÇPAL: Çok Programlı Anadolu Lisesi, *p<0.05, 1:One-Way ANOVA (Tukey HSD)

Araştırma grubundaki öğrencilerin yaş, cinsiyet, aile tipi, anne/baba çalışma durumu, anne/baba yaşıyor olma durumu, ailenin ekonomik durumu, aile ile birlikte yaşama, kendine ait oda olma durumu, internet kullanma durumu, BKİ persentilleri ile YİBÖ puan ortancaları arasındaki nedensel ilişki incelendiğinde; YİBÖ puan ortancası kadınlarda, erkeklere göre daha yüksek bulunmakla birlikte, cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.801). YİBÖ puan ortancası 16-19 yaş grubunda olanlarda, 13-15 yaş grubunda olanlara göre daha yüksek bulunmakla birlikte, yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.740). YİBÖ puan ortancası aile tipi parçalanmış olanlarda, diğerlerine göre yüksek olmakla birlikte, aile tipleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.131). YİBÖ puan ortancası annesi çalışanlarda, çalışmayanlara göre daha yüksek bulunmakla birlikte, çalışma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.487). YİBÖ puan ortancası babası çalışanlarda, çalışmayanlara göre daha yüksek bulunmakla birlikte, çalışma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.524). YİBÖ puan ortancası anne ya da babası hayatta olmayanlarda, hayatta olanlara göre daha yüksek bulunmakla birlikte, hayatta olma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.447). YİBÖ puan ortancası ekonomik durumu geliri giderden fazla olanlar, diğerlerine göre daha yüksek bulunmakla birlikte, ekonomik durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.105). YİBÖ puan ortancası ailesi ile birlikte yaşamayanlarda, yaşayanlara göre daha yüksek bulunmakla birlikte, birlikte yaşama durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.394). YİBÖ puan ortancası ayrı odası olmayanlarda, olanlara göre daha yüksek bulunmakla birlikte, bireysel oda durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.320). YİBÖ puan ortancası internet kullananlarda, kullanmayanlara göre daha yüksek bulunmakla birlikte, internet kullanma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.127). YİBÖ puan ortancası BKİ persentilleri fazla kilolu ve obez olanlarda, diğerlerine göre daha yüksek bulunmakla birlikte, BKİ persentilleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.461) (Tablo 3).

Tablo 3. Araştırma Grubunun Cinsiyet, Yaş, Aile Tipi, Anne/Baba Çalışma Durumu, Anne/Baba Yaşıyor Olma Durumu, Ailenin Ekonomik Durumu, Aile İle Birlikte Yaşama, Kendine Ait Oda Olma Durum, İnternet Kullanma Durumu, BKİ Persentil Özelliklerine Göre YİBÖ Puanları

Değişkenler	Ortanca	Min-Max	Test istatistiği ve anlamlılık
Cinsiyet			
Erkek	32.00	0-83	U=23255.500 ² , p=0.801
Kadın	31.00	0-85	
Yaş			
13-15 yaş	30.00	1-83	U=22239.500 ² , p=0.740
16-19 yaş	32.00	0-85	
Aile tipi			
Çekirdek aile	32.00	0-85	F=4.065 ³ , p=0.131
Geniş aile	29.00	0-73	
Parçalanmış aile	35.00	8-67	
Anne çalışma durumu (n=428)			
Çalışmıyor	32.00	0-85	U=3841.000 ² , p=0.487
Çalışıyor	35.00	5-59	
Baba çalışma durumu (n=420)			
Çalışmıyor	24.50	0-76	F=1.291 ³ , p=0.524

Tam Metin Poster Bildiri

Çalışıyor	31.00	0-85	
Emekli	29.00	21-47	
Anne/baba yaşıyor olma durumu			
İkisi de sağ	31.00	0-85	U=2831.000 ² , p=0.447
Anne ya da baba sağ değil	34.50	8-67	
Ailenin ekonomik durumu			
Gelir giderden fazla	36.00	0-78	F=4.512 ³ , p=0.105
Gelir gidere eşit	30.00	0-85	
Gelir giderden az	30.00	0-75	
Aile ile birlikte yaşama			
Evet	31.00	0-85	U=1529.500 ² , p=0.394
Hayır	44.00	8-63	
Kendine ait oda olma durumu			
Var	31.00	0-85	U=16342.500 ² , p=0.320
Yok	32.00	1-73	
İnternet kullanma durumu			
Evet	32.00	0-85	U=4711.500 ² , p=0.127
Hayır	18.00	0-62	
BKI Persentilleri			
Zayıf (<18.5)	33.00	3-75	F=4.512 ³ , p=0.461
Normal (18.5-24.9 arası)	30.00	0-85	
Fazla kilolu ve obez (25 veya fazlası)	36.00	0-83	

YİBÖ: Young İnternet Bağımlılık Ölçeği, Min: Minimum, Max: Maksimum, BKİ: Beden Kütle İndeksi, 2:Mann-Whitney U Test, 3:Kruskal Wallis Test

Araştırma grubundaki öğrencilerin %83.5'i semptom göstermeyenler, %15.8'i sınırlı semptom gösterenler ve geriye kalan %0,7'si ise patolojik internet kullanıcısı olarak bulunmuştur (Tablo 4).

Tablo 4. Araştırma Grubunun YİBÖ'deki Bağımlılık Düzeylerine Göre Durumları (n=430)

0-49 puan	Semptom göstermeyenler	359 (%83.5)
50-79 puan	Sınırlı semptom gösterenler	68 (%15.8)
80-100 puan	Patolojik internet kullanıcısı	3 (%0.7)

YİBÖ: Young İnternet Bağımlılık Ölçeği

TARTIŞMA

KonyailiAltınekinilçesinde(merkezvekırsalbölgede)yapılanbuaraştırmaikiaşamalıolarakgerçekleştirilmiştir. Araştırmanın birinci aşamasında öğrencilerin; sosyo-demografik, sosyo-ekonomik durumları ile internet bağımlılık durumlarının belirlenmesi, öğrencilerin bağımlılık durumlarını etkileyen etmenlerin saptanması, internet bağımlılığı sıklığının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Ferlibaş (2019) Konya'da 757 lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada kadınlarda, erkeklere göre internet bağımlılığı ortalaması daha yüksek tespit edilmesine rağmen, istatistiksel açıdan değerlendirildiğinde, internet bağımlılığı açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır⁶. Sezen (2018) Gaziantep'te 409 lise öğrencileri

Tam Metin Poster Bildiri

ile yaptığı çalışmada internet bağımlılık düzeylerinin cinsiyete göre anlamlı farklılaştığı sonucuna ulaşmıştır. Buna göre erkeklerde, kadınlara göre internet bağımlılığı ortalaması daha yüksek olduğu saptanmıştır⁷. Araştırmamızda cinsiyetler arasında internet bağımlılığının benzer olmasının, COVID-19 pandemisi nedeniyle okul derslerin uzaktan yapılması ve son yıllarda internete ulaşımın hızla yaygınlaşmasıyla birlikte her iki cinsiyette de internet kullanımının artmasının neden olabileceği düşünülmüştür. Literatürdeki araştırmalar arasındaki cinsiyet değişkenine ilişkin elde edilen bu farklılığın kullanılan yöntem ve katılımcıların kültürel farklılıklarından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca günümüzde akıllı telefonlar aracılığıyla internete erişimin kolaylaşması, sosyal medya kullanımının yaygınlaşması cinsiyetler açısından fark elde edilememesini etkilediği söylenebilir. Kaval (2018) İzmir’de 2197 lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada 14 yaşta, 15, 16, 17 yaş ile 18 ve üzeri yaşa göre internet bağımlılığı ortalaması daha yüksek tespit edilmesine rağmen, istatistiksel açıdan değerlendirildiğinde, internet bağımlılığı açısından yaşlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır⁸. Öner (2015) Trabzon’da 669 lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada internet bağımlılık düzeylerinin yaşa göre anlamlı farklılaştığı sonucuna ulaşmıştır. Buna göre 18-20 yaşta, 14-15, 16 yaşa göre internet bağımlılığı ortalaması daha düşük olduğu saptanmıştır⁹. Sezen (2018) Gaziantep’te 409 lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada lise 4’te, lise 1, lise 2, lise 3’e göre internet bağımlılığı ortalaması daha düşük tespit edilmesine rağmen, istatistiksel açıdan değerlendirildiğinde, internet bağımlılığı açısından sınıf düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır⁷. Beşaltı (2016) Şanlıurfa’da 592 lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada internet bağımlılık düzeylerinin sınıf düzeyine göre anlamlı farklılaştığı sonucuna ulaşmıştır. Buna göre lise 4’te, lise 3’e göre internet bağımlılığı sıra ortalamasının daha düşük olduğu saptanmıştır¹⁰. Toraman (2013) İstanbul’da 1302 lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada internet bağımlılık düzeylerinin okul türlerine göre anlamlı farklılaştığı sonucuna ulaşmıştır. Buna göre meslek lisesi’nde, genel lise’ye göre internet bağımlılık ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır¹¹. Başgün (2020) Denizli’de 656 lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada mesleki teknik anadolu lisesi’nde, fen lisesi, sosyal bilimler lisesi, anadolu lisesi’ne göre internet bağımlılığı ortalaması daha yüksek tespit edilmesine rağmen, istatistiksel açıdan değerlendirildiğinde, internet bağımlılığı açısından okul türü arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır¹².

Ferlibaş (2019) 757 lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada anne eğitim düzeyi lisansüstü olanlarda, okuryazar, ilkokul, ortaokul, lise, üniversite olanlara göre internet bağımlılığı ortalaması daha yüksek tespit edilmesine rağmen, istatistiksel açıdan değerlendirildiğinde, internet bağımlılığı açısından anne eğitim düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır⁶. Gunnar (2016) Adana’da 1216 lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada internet bağımlılık düzeylerinin anne eğitim düzeyine göre anlamlı farklılaştığı sonucuna ulaşmıştır. Buna göre internet bağımlılığı anne eğitim düzeyi arttıkça arttığı saptanmıştır¹³. Ferlibaş (2019) Konya’da 757 lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada baba eğitim düzeyi üniversite olanlarda, okuryazar, ilkokul, ortaokul, lise, lisansüstü olanlara göre internet bağımlılığı ortalamasını daha yüksek tespit edilmesine rağmen, istatistiksel açıdan değerlendirildiğinde, internet bağımlılığı açısından baba eğitim düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır⁶. Gunnar (2016) Adana’da 1216 lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada internet bağımlılık düzeylerinin baba eğitim düzeyine göre anlamlı farklılaştığı sonucuna ulaşmıştır. Buna göre internet bağımlılığı baba eğitim düzeyi arttıkça arttığı saptanmıştır¹³. İbrahimoglu (2018) İstanbul’da 466 lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada anne çalışma durumu serbest meslek olanlarda, ev hanımı olanlara göre internet bağımlılık ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır¹⁴. İbrahimoglu (2018) İstanbul’da 466 lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada baba çalışma durumu serbest meslek olanlarda, emekli, memur olanlara göre internet bağımlılık ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır¹⁴. Köyceğiz (2020) Erzurum’da 798 lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada internet bağımlılık düzeylerinin anne/baba yaşıyor olma durumuna göre en az biri hayatta olanlarda, her ikisi de hayatta olanlara göre internet bağımlılığı ortalaması daha yüksek tespit edilmesine rağmen, istatistiksel açıdan değerlendirildiğinde, internet bağımlılığı açısından anne/baba yaşıyor olma durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır¹⁵. Seymenoglu (2019) İstanbul’da 579 lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada ailenin çocuk sayısına göre 1-3 kardeşi olanlarda, 4-7 kardeşi olanlara göre internet bağımlılığı ortalaması daha yüksek tespit edilmesine rağmen, istatistiksel açıdan değerlendirildiğinde, internet bağımlılığı açısından ailenin çocuk sayısı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır¹⁶. Köyceğiz (2020) Erzurum’da 798 lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada internet bağımlılık düzeylerinin aile tipine göre geniş ailede, çekirdek aileye göre internet bağımlılığı ortalaması daha yüksek tespit edilmesine rağmen, istatistiksel

Tam Metin Poster Bildiri

açından değerlendirildiğinde, internet bağımlılığı açısından aile tipi arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır¹⁵. İbrahimoglu (2018) İstanbul'da 466 lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada ailenin geliri 1601-5000 TL olanlarda, 1600 TL den az, 5001 TL den fazla olanlara göre internet bağımlılığı ortalaması daha yüksek tespit edilmesine rağmen, istatistiksel açıdan değerlendirildiğinde, internet bağımlılığı açısından ailenin ekonomik durumu arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır¹⁴. Köyceğiz (2020) Erzurum'da 798 lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada internet bağımlılık düzeylerinin ailesiyle yaşamayanlarda, yaşayanlara göre göre internet bağımlılığı ortalaması daha yüksek tespit edilmesine rağmen, istatistiksel açıdan değerlendirildiğinde, internet bağımlılığı açısından aile ile birlikte yaşama arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır¹⁵. Turan (2017) İstanbul'da 148 lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada internet bağımlılık düzeylerinin ayrı odası olanlarda, olmayanlara göre göre internet bağımlılığı ortalaması daha yüksek tespit edilmesine rağmen, istatistiksel açıdan değerlendirildiğinde, internet bağımlılığı açısından kendine ait oda olma durumu arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır¹⁷. Çam (2014) Giresun'da 1175 lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada internet bağımlılık düzeylerinin internet kullananlarda, kullanmayanlara göre göre internet bağımlılığı oranı daha yüksek tespit edilmesine rağmen, istatistiksel açıdan değerlendirildiğinde, internet bağımlılığı açısından internet kullanımı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır¹⁸. İbrahimoglu (2018) İstanbul'da 466 lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada çok zayıf olanlarda, zayıf, normal, biraz şişman olanlara göre internet bağımlılığı ortalaması daha yüksek tespit edilmesine rağmen, istatistiksel açıdan değerlendirildiğinde, internet bağımlılığı açısından internet kullanımı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır¹⁴. Sayılı (2019) İstanbul'da 1412 lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada, %1.8'inin en yüksek (80-100 puan) bağımlılık düzeyinde olduğu saptanmıştır¹⁹. Köfteci (2018) İzmir'de 268 lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada, %0.8'inin en yüksek (80-100 puan) bağımlılık düzeyinde olduğu saptanmıştır²⁰. Bizim çalışmamızda internet bağımlılığı oranı literatürdeki çalışmaların çoğunun altında bulunmuştur. Bağımlılığı olan ergenler, kendilerini internet bağımlısı olarak görmeyebilmektedir ve internet bağımlılığına ilişkin veriler sadece ergenlerin öz bildirimine dayalı olarak toplanmıştır. Bu nedenle bu oran düşük bulunmuş olabilir. Ayrıca çalışmalarda bu farklılığın kültürel farklılardan, araştırmanın ilçede yapılmasından kaynaklanabileceği de düşünülmektedir. Yapılan araştırmanın kesitsel olması öğrencilerden alınan bilgiye dayalı olması araştırmanın kısıtlılığı olarak düşünülmektedir. Ayrıca bu çalışmanın alanı Konya Altınekin ilçesindeki lise öğrencileri ile sınırlıdır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

İnternet bağımlısı öğrencilerin sayısının artması sonucu olumsuz davranış göstermekte olan öğrenci sayısı da artacaktır. Türkiye'de internet bağımlılığı problemi daha ziyade bu teknolojiye daha yatkın olan gençlerde ve çocuklarda daha fazla görülmektedir ve artık aileler çocuklarının internet kullanımının yol açtığı sorunlar nedeniyle bu bozukluğun tedavisinin arayışına girmeye başlamıştır²¹. Lise öğrencilerinin internet bağımlısı olmalarının altında yatan nedenler araştırılmalı ve bağımlı olmadan önce alınması gereken önlemler tespit edilip uygulanmalıdır. İnternet bağımlılığı konusundaki cinsiyete göre farklılık durumu göz önünde bulundurulduğunda, kadın öğrencilerin bu konuda daha fazla desteğe ihtiyacı olduğu gözden kaçırılmamalıdır. Öğrencilerin internet bağımlılık oranları dikkate alındığında bağımlı olacak kadar fazla internet kullanan bu öğrencilerin internet kullanım amaçlarının araştırmalarla ortaya konulması önerilmektedir. Bireylerin yararına olan internet kullanım amaçları desteklenmelidir. Öğrenim düzeyi ne olursa olsun tüm ebeveynlere yönelik internet kullanımı ve bağımlılığı konusunda tv programları, broşür yayınlama, konferans, rehberlik faaliyetleri gibi bilinçlendirici etkinliklerin düzenlenmesi önerilmektedir. Bağımlı grubun öğrenciler olduğu göz önünde bulundurulduğunda bu etkinliklerin öğrencilere yönelik olarak da düzenlenmesi ve sistemli olarak rehber öğretmenlerin bu konuda kılavuzluk etmeleri gerekli görülmektedir. Okul türleri arasındaki farklılığın nedeni okul kuralları, teknolojik gelişmeleri takip etmek, okul kültürü gibi etkenlerin etkili olduğu düşündürmektedir. Ailelere çocuklarıyla vakit geçirmeleri, onlara vakit ayırmaları önerilebilir. Benzer ve ilgili araştırma konusunun, toplumda önemli bir konu olduğu için çalışmaya devam edilmesi önerilmektedir. Sonuç olarak, internet bağımlılığı problemi ciddi boyutlarda olmasa da internet bağımlılığının büyümeden önlenmesinin farkında olunması açısından önemlidir.

Bilgi: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını açıklamışlardır. Bu çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

Tam Metin Poster Bildiri

Anahtar Kelimeler: İnternet bağımlılığı, lise öğrencileri, prevalans

KAYNAKLAR

1. Işık M. Madde Kullanımı ve Stratejik İletişim. Ankara: Sage Yayınları; 2013
2. Griffiths MD, editör. Internet addiction: an issue for clinical psychology? Clinical Psychology Forum: Nottingham Trent University; 1996
3. Byun S, Ruffini C, Mills JE, Douglas AC, Niang M, Stepchenkova S et al. Internet Addiction: Metasynthesis of 1996–2006 Quantitative Research. *Cyberpsychology & Behavior [Internet]*. 2009;12(2):203-207
4. Karan Esen B. Çeşitli değişkenlere göre ergenlerde internet bağımlılığının yordanması. *Journal of New World Sciences Academy [Internet]*. 2009;4(4):1331-1340
5. Bayraktar F. İnternet Kullanımının Ergen Gelişimindeki Rolü. Yüksek Lisans Tezi, 2001
6. Ferlibaş S. Ergenlerde Görülen İnternet Bağımlılığının Ruminasyon Düzeyi, Problem Çözme Becerileri Ve Bazı Psikolojik Problemler Açısından İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, 2019
7. Sezen MF. Ergenlerde Akran Zorbalığı, İnternet Bağımlılığı Ve Duygusal Zeka Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Lisans Tezi, 2018
8. Kaval A. Lise Öğrencilerinde İnternet Bağımlılığının Yordayıcıları: Bir Yapısal Eşitlik Modellemesi. Yüksek Lisans Tezi, 2018
9. Öner K. Lise Öğrencisi Ergenlerde Depresyon, İnternet Bağımlılığı Ve İlişkili Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, 2015
10. Beşaltı M. Ergenlerde İnternet Bağımlılığı Ve Kişilik Özelliklerinin Bazı Sosyo-demografik Özelliklere Göre İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, 2016
11. Toraman M. İnternet Bağımlılığı Ve Sosyal Ağ Kullanım Düzeylerinin Ortaöğretim Öğrencilerinin Akademik Başarıları İle İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, 2013
12. Başgün N. Ergen Öğrencilerde İnternet Bağımlılığı, Ebeveynlik Ve Bağlanma Tarzları İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, 2020
13. Günnar Ö. Adana İl Merkezi Lise Öğrencilerinde İnternet Bağımlılığı, Öfke Ve Saldırganlık Arasında İlişki. Tıpta Uzmanlık Tezi, 2016
14. İbrahimioğlu D T. İstanbul İli Özel Anadolu Lisesi Öğrencilerinin Yeme Tutumları İle İnternet Bağımlılığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, 2018
15. Köyceğiz E. Erzurum İl Merkezinde Öğrenim Gören Ortaöğretim Öğrencilerinde İnternet Bağımlılığı Prevalansı Ve Etkili Faktörler. Tıpta Uzmanlık Tezi, 2020
16. Seymenoğlu Tekin F. Ergenlerde Öfke İfadesi Ve İnternet Bağımlılığının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, 2019
17. Turan F. Ergenlerde İnternet Bağımlılığının Anne Baba Tutumları Açısından İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, 201
18. Çam H H. Adölesanlarda İnternet Bağımlılığı Prevalansı İle Psikopatolojik Semptomlar Ve Obezite Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Doktora Tezi, 2014
19. 19. Sayılı U. İstanbul İli Silivri İlçesi Lise Öğrencilerinde İnternet Bağımlılığı Düzeyinin Ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, 2019
20. 20. Köfteci B. Lise Öğrencilerinde İnternet Bağımlılığının, Psikolojik Dayanıklılık Ve Ruminasyon Açısından İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, 2018
21. Arısoy, Ö. İnternet bağımlılığı ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2009;1(1), 55-67

Özet Poster Bildiri

P21

COVID-19 PANDEMİSİNDE BİR DEVLET HASTANESİ PERSONELİNİN FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYİNDEKİ DEĞİŞİM İLE ZİHİNSEL SAĞLIK DURUMLARI İLİŞKİSİ

Mahmut Talha UÇAR¹, Deniz AHISKALI², Mustafa ÖZTÜRK³

¹Hamidiye Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Amerika Birleşik Devletleri

²Fizyoterapist, Türkiye

³Hamidiye Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Türkiye

Giriş ve Amaç: Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) SARS CoV-2'nin (Şiddetli Akut Solunum Yolu Sendromu Koronavirüsü 2) neden olduğu bulaşıcı bir hastalıktır.

COVID-19 salgını kişilerde yalnızca fiziksel sağlıkla ilgili sorunlara sebep olmakla kalmamış; salgın ve karantina süreci pek çok insanda stres, korku ve kaygı başta olmak üzere birçok psikososyal problemi de beraberinde getirmiştir.

Salgında bulaşı engellemek için evde kalma önlemlerinin alınmasının toplumda fiziksel inaktivitenin artmasına neden olacağına dikkat çekilmektedir. Fiziksel inaktivitenin başlı başına hem mental hem de fiziksel sağlığın bozulmasına ayrıca hastalık nedeni mortalite oranının artmasına sebep olduğu bilinmektedir.

Sağlık çalışanları bugüne kadar görülen çeşitli bulaşıcı hastalıklardan etkilenmiş ve etkilenme ihtimali en yüksek gruplardandır. Risk grubunda olan kişiler, ortaya çıkan vaka ve ölüm sayılarından bu durumun kendilerinin de başına gelme ihtimalini düşünüp kaygı durumunu en yüksek seviyede yaşamışlardır.

Bu çalışmada COVID-19 pandemi sürecinde sağlık personelinde fiziksel aktivite düzeyindeki değişim ile zihinsel sağlık durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu bağlamda fiziksel aktivitenin önemine bir kez daha yer vermek ve halk sağlığına katkıda bulunmak hedeflenmektedir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız Haziran 2021- Temmuz 2021 tarihleri arasında Yalova Devlet Hastanesi'nde gerçekleştirilmiş olan kesitsel tipte tanımlayıcı bir araştırmadır. Örneklem büyüklüğüne evrenin tamamı dahil edilerek araştırma kapsamına Yalova Devlet Hastanesi'nde çalışmakta olan 800 sağlık personeli ve hastane çalışanlarına ulaşılması hedeflenmiştir. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan 21/449 kayıt numarasıyla 25.08.2021 tarihli etik kurul onayı alınmıştır. Çalışma araştırmacılar tarafından finanse edilmiş, bir dış kuruluştan finansal destek alınmamıştır, herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Katılımcılara internet üzerinden hazırlanan gönüllü onam formu okutulduktan sonra çalışmayı kabul eden kişilerle pandemi koşullarından dolayı çevrimiçi anket yazılımı (Google Anketler) kullanılarak veriler toplanmıştır. Veriler, hazırlanan Sosyodemografik Veri Formu ile dahil edilen her olgunun demografik özellikleri kaydedildikten sonra COVID-19 öncesi ve pandemi sonrası fiziksel aktivitede düzeyindeki değişimin belirlenmesi için Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ), zihinsel sağlık durumlarını belirlemek için Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Bağımlı değişkenler fiziksel aktivite, zihinsel sağlık durumu iken bağımsız değişkenler ise yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, sigara kullanma durumu, sağlık sektöründe çalışma süresi, psikolojik destek alma durumu, Covid tanısı alma durumudur.

Veriler IBM SPSS V23 ile analiz edildi. Normal Dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. İki zamana göre normal dağılmayan verilerin karşılaştırılmasında Wilcoxon testi kullanıldı. Normal dağılmayan ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesinde Spearman's rho korelasyon katsayısı kullanıldı. Analiz sonuçları nicel veriler için ortalama ± standart sapma ve ortanca (minimum – maksimum) şeklinde, kategorik veriler için ise frekans ve yüzde şeklinde sunuldu. Önem düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 33,43 olarak elde edilmiştir. Katılımcıların ortalama sağlık sektöründe

Özet Poster Bildiri

çalışma süresi 9,67 olarak elde edilmiştir. Katılımcıların %66,5'i kadınlardan oluşmaktadır. Katılımcıların eğitim durumu incelendiğinde en çok %50,6 oran ile Lisans ve en az %2,3 oran ile ilköğretim olduğu gözlemlenmiştir. Meslek grupları doktor, hemşire, fizyoterapist, diyetisyen, psikolog, sağlık teknikerleri, tıbbi sekterler, temiz ve güvenlik görevlileridir. Katılımcıların %37,1'inin sigara kullandığı gözlemlenmiştir. Katılımcıların hiç psikolojik destek alma durumu incelendiğinde en çok %81,3 oran ile psikolojik destek almadığı yanıtı ve en az %4,4 oran ile pandemi sürecinde psikolojik destek aldığı gözlemlenmiştir. Katılımcıların %48,8'i COVID-19 tanısı aldığı veya COVID-19 şüphesiyle takip edildiği gözlemlenmiştir. Pandemi öncesi ve sonrası uluslararası fiziksel aktivite ölçeği puanlarının karşılaştırıldığında zamana göre şiddetli fiziksel aktivite puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,006$). Pandemi öncesi şiddetli fiziksel aktivite puanı ortanca değeri 1440 iken pandemi sonrası şiddetli fiziksel aktivite puanı ortanca değeri 960 olarak elde edilmiştir. Zamana göre orta şiddetli fiziksel aktivite puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). Pandemi öncesi orta şiddetli fiziksel aktivite puanı ortanca değeri 510 iken pandemi sonrası orta şiddetli fiziksel aktivite puanı ortanca değeri 480 olarak elde edilmiştir. Zamana göre yürüme puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). Pandemi öncesi yürüme puanı ortanca değeri 1188 iken pandemi sonrası yürüme puanı ortanca değeri 990 olarak elde edilmiştir. Zamana göre oturma puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). Pandemi öncesi oturma puanı ortanca değeri 450 iken pandemi sonrası oturma puanı ortanca değeri 495 olarak elde edilmiştir. Zamana göre toplam puan ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). Pandemi öncesi toplam puanı ortanca değeri 2304 iken pandemi sonrası toplam puanı ortanca değeri 1566 olarak elde edilmiştir.

Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği Toplam Puanı ile fiziksel aktivite ölçeği puanları arasındaki ilişkinin incelendiğinde pandemi öncesi Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği Toplam Puanı ile Şiddetli Fiziksel Aktivite arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. ($p=0,461$). Pandemi öncesi Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği Toplam Puanı ile Orta Şiddetli Fiziksel Aktivite arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,296$). Pandemi öncesi Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği Toplam Puanı ile Yürüme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,552$). Pandemi öncesi Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği Toplam Puanı ile Oturma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,481$). Pandemi öncesi Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği Toplam Puanı ile Toplam arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,480$).

Pandemi sonrası Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği Toplam Puanı ile Şiddetli Fiziksel Aktivite arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,582$). Pandemi sonrası Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği Toplam Puanı ile Orta Şiddetli Fiziksel Aktivite arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,435$). Pandemi sonrası Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği Toplam Puanı ile Yürüme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,768$). Pandemi sonrası Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği Toplam Puanı ile Oturma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,405$). Pandemi sonrası Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği Toplam Puanı ile Toplam arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,908$). Pandemi öncesindeki durum pandemi sırasında değerlendirildiği için bunun çalışmanın sonuçlarını etkileyebileceği, bunun bir kısıtlılık olarak değerlendirilmesi önerilir.

Sonuç: Elde edilen veriler ışığında pandemi sürecinin sağlık çalışanlarının fiziksel aktivite düzeylerini azalttığı görülmüştür. Bu süreçte yaşanan karantina uygulamaları, evde kalma süresinin uzaması kişileri fiziksel inaktiviteye itmiş ve anlamlı bir farkın oluşmasına yol açmıştır.

Pandemi öncesi ya da sonrası kişilerin fiziksel aktivite durumlarıyla zihinsel sağlık durumları arasında bir ilişki bulunmamıştır. Bu konuda yeni araştırmalar yapılmalı, pandemilerin ruh sağlığı uzun dönem etkileri yeni çalışmalarla ele alınmalıdır. Fiziksel inaktiviteden doğacak sonuçlar halk sağlığı açısından bir tehdit oluşturmaktadır. Bu nedenle bireyleri aktiviteye teşvik edecek uygulamalar yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İş Sağlığı, COVID-19 Pandemisi, Fiziksel Aktivite

Özet Poster Bildiri

P22

COVID-19 REENFEKSİYONLARI: BİR ÜÇÜNCÜ BASAMAK HASTANENİN PCR TESTİ SONUÇLARININ VE HASTANE ÇALIŞANLARININ GEÇİRDİĞİ ENFEKSİYONLARIN SÜRVEYANSI

Raika DURUSOY¹, Mehmet SOYLU², Gözde AKKUŞ³, Seyfi DURMAZ³, Candan ÇİÇEK³, Funda KARBEB AKARCA⁴

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D., Türkiye

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji A.D., Türkiye

³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji A.D., Türkiye

⁴Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp A.D., Türkiye

Giriş ve Gerekeç: COVID-19 pandemisinin başından itibaren COVID-19 reenfeksiyonlarıyla ilgili olgular yayınlanmaya başlamıştır. Yeni varyantlar ortaya çıktıkça reenfeksiyon olasılığı da artmaktadır. Aşı ve geçirilmiş enfeksiyonla sağlanan hibrid immünitenin daha koruyucu olduğu öngörülmekte, ancak korunmanın orijinal köken ve delta varyantında yüksek iken omikronun farklı tiplerinde giderek azaldığı tahmin edilmektedir. Hastanemizde pandeminin başında yürütülen bir tez çalışmasında 18 Mart-30 Kasım 2020 tarihleri arasında COVID-19 tanısı alan 5336 hastanın 39'unda ve 607 hastane çalışanının 13'ünde reenfeksiyon saptanmış ve 1 yıllık reenfeksiyon insidansı iki grupta sırasıyla %0.73 (% 95 GA 0.53-0.99) ve %2.14 (%95 GA 1.25-3.66) bulunmuş, sağlık çalışanlarında daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0.001). 2022 yılının başında görülen ilk omikron piki ile Temmuz-Ağustos 2022 aylarında görülen ikinci omikron pikinde, kurumun hem salgın eğrisi hem de sağlık çalışanı surveyans verilerinde reenfeksiyonlarda belirgin artışlar gözlenmiştir, hatta Ocak-Nisan 2022 döneminde COVID-19 tanısı alıp Temmuz-Ağustos 2022'de yeniden semptom gelişip polimeraz zincir reaksiyonu (PZR) pozitif tanı alan olgular bulunmaktadır. Araştırmanın amacı, COVID-19 pandemisinde saptanan reenfeksiyonların oranını belirlemek ve bu oranın zaman içinde, salgının farklı dönemleri ve piklerinde nasıl seyrettiğini ortaya koymaktır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanan bu çalışmada pandeminin başında hastanede ilk COVID-19 olgusunun tanı aldığı 18 Mart 2020 tarihinden ikinci omikron pikinin sönümlendiği 11 Eylül 2022 tarihine dek hem hastanede gerçekleştirilen PZR testlerinde, hem de Çalışan Sağlığı, Güvenliği ve Hakları Birimi (ÇASAGÜB) tarafından izlemi yapılan hastanede veya dış merkezde COVID-19 tanısı almış sağlık çalışanlarında saptanan reenfeksiyonların salgının haftalarına, aylarına göre dağılımı incelenmekte, hastanenin ve çalışanların salgın eğrileri oluşturulup bu eğrilerde reenfeksiyonlar ayrı bir renkle gösterilmektedir. Reenfeksiyon, aynı kişinin ilk PZR pozitifliğinden >90 gün sonra yeniden COVID-19 PZR pozitif saptanması olarak tanımlanmış, 1 Ocak 2022 tarihinden sonra ise bu süre farklı varyantla enfekte olduğunun tespiti durumunda >30 gün olarak uygulanmış, hastaların yeni başlayan semptomu olup olmadığı veya uzamış pozitiflik durumu da değerlendirilerek karar verilmiştir. İlk tanıyı izleyen haftalarda tekrar pozitif saptanan testler, hastanın COVID-19 kliniği dışı birimlere transferi öncesinde veya işe dönüş öncesinde uygulanan testlerdeki tekrarlayan pozitiflikler dışlanmıştır. Reenfeksiyonların bir önceki enfeksiyonun geçirildiği döneme göre dağılımı da incelenmiştir. Salgının farklı piklerinde reenfeksiyon oranının değişimi, eğimde kare testi ile analiz edilmiştir. İlk enfeksiyon ve reenfeksiyon arasında geçen süreler belirlenip ortalama ve standart sapmaları hesaplanmıştır. Ege Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulundan 25.08.2022 tarih ve 22-8.1T/55 numaralı onay ve hastane yönetiminden izin alınmıştır. Çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamıştır ve yazarların çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Bulgular: Hastaneye yapılan ayaktan ve yatan başvurularda 18 Mart 2020-11 Eylül 2022 arasında toplam 365.347 COVID-19 PZR testi uygulanmış ve 53.959'u (%14,8) pozitif saptanmıştır. Tekrarlayan pozitiflikler dışlanınca 48.921 kişiye yeni başlayan COVID-19 enfeksiyonu teşhisi PZR testi ile konmuştur. Bu enfeksiyonların 1279'u (%2,6) reenfeksiyondur. İlk reenfeksiyon, 11 Aralık 2020 tarihinde belirlenmiştir. Aralık 2021'e dek aylık reenfeksiyon oranı %0 veya %1'in altında seyrederken 2022 yılında Ocak ayında

Özet Poster Bildiri

%2,6, Şubat'ta %3,4, Mart %3,1, Nisan %3,7, Mayıs %4,3, Haziran %4,2, Temmuz %7,8, Ağustos %8,6 ve Eylül ayının ilk 11 gününde %8,1 şeklinde seyretmiştir. Aşılama başlamadan, 14 Ocak 2021 öncesi dönemde saptanan 7503 yeni enfeksiyondan sadece 2'si reenfeksiyon iken, omikron öncesi 15 Ocak-31 Aralık 2021 döneminde saptanan 12.997 enfeksiyondan 46'sı (%0,4), omikronun ilk piki olan 1 Ocak-4 Haziran 2022 döneminde saptanan 20.914 enfeksiyonun %3,1'i, 5 Haziran 2022 sonrası yaşanan ikinci omikron pikinde ise 7507 enfeksiyonun 5912'sinin (%7,9) reenfeksiyon olduğu ve bu dört dönem arasında reenfeksiyon oranı açısından anlamlı fark olduğu, artış eğilimi bulunduğu belirlenmiştir ($p < 0,001$). Aynı dönemde hastanenin çalışanlarında ve eğitim döneminde izlenen öğrencilerinde 4475 COVID-19 tanısı konmuştur ve bunların 492'si (%11,0) reenfeksiyondur. İlk reenfeksiyonların sayısı 478, ikinci reenfeksiyonların sayısı 11, üçüncülerin sayısı 2, dördüncü de 1'dir. Aşılama öncesi dönemde tanı konan 864 enfeksiyondan sadece 4'ü (%0,5) reenfeksiyon iken, omikron öncesi dönemde saptanan 666 enfeksiyondan 29'u (%4,4), omikronun ilk pikinde saptanan 2201 enfeksiyonun 267'si (%12,1), ikinci omikron pikinde ise 744 enfeksiyonun 192'sinin (%25,8) reenfeksiyon olduğu ve bu dört dönem arasında reenfeksiyon oranı açısından anlamlı fark olduğu, artış eğilimi bulunduğu belirlenmiştir ($p < 0,001$).

Hastane başvurularından ikinci omikron pikinde rasgele seçilen 651 kişilik bir örnekleme, omikronun Haziran-Ağustos pikinde reenfeksiyon oranının, dış kurum testlerinin geçmişteki pozitiflikleri de incelendiğinde, hastane çalışanlarına benzer olduğu (%19,3) belirlenmiştir.

Sonuç: COVID-19 reenfeksiyonları giderek artmaktadır. Salgının son pikinde her dört-beş enfeksiyondan birinin reenfeksiyon olması düşündürücüdür. Reenfeksiyon görülme olasılığını arttıran etmenlerin olup olmadığının araştırılmasında yarar vardır.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, reenfeksiyon, sörveyans, salgın, salgın eğrisi

Özet Poster Bildiri

P23

ANALYSIS OF POSSIBLE GENOTOXIC DAMAGE IN OBESE INDIVIDUALS

Emel İŞBİLİR, Gülşen GÖNEY, Cengiz GAZELOĞLU

Süleyman Demirel Üniversitesi, Türkiye

Introduction: Recent studies reported genotoxic damage in obese people. An increase in body mass index was also associated with genomic instability and cancer.

Aim: In present study, we aimed to analyse possible genotoxic effects in obese individuals.

Materials and Methods: Our study was planned as a descriptive study of Turkish adults. In this study genotoxic damage was calculated using the Comet assay and Micronucleus assay. The study was carried out in underweight, normal weight, and, obese participants. DNA damage in cell samples of participants was tested in study groups. Genotoxicity tests results were analyzed using the statistical program Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) measured to determine relations between the groups in the study population.

Results: In our study, underweight, obese and normal weight people over 18 years of age were included. The study group consisted of 79 person (Mean age=32.53±0.87). As a result of 37 females (Mage=28.94±7.36) and 42 males (Mage=35.69±10.77) were included. In this study, mean body mass index of participants underweight, normal, and obese were 19.18±0.82, 22.48±1.96 and 32.57±2.94 (mean±SD) respectively. Results show that 3.8% of our study group were obese women and 12.7% were obese men. The tail moment in peripheral lymphocytes of obese participants were found to be 1.96±1.78 which are no statistical significant difference of normal (1.34±1.22) participants (p>0.05). Micronucleus value was found of obese people as 2.07±2.49 when this value was compared with the results of individuals with normal weight 0.95±1.64, no statistically significant difference was determined (p>0.05). Buccal micronucleus results demonstrate that both MN and MNed cell frequencies have not significant differences between groups (p>0.05). One of the limitations of our study is that obese individuals have other diseases or drug using at the same time.

Conclusions: This is an unique analyse given information about obesity and DNA damage in Turkish adults. Our results show that the relationship between obesity and DNA damage was non-significant (p>0.05). In the future, new studies should investigate in the participants the relationship of not only body mass index but also metabolic syndrome and possible genotoxic damage.

Conflict of interests: The authors declare that they have no competing interests.

Financial Disclosure: All authors declare no financial support.

Ethical approval: Permission was obtained from Süleyman Demirel University Medical Faculty Clinical Research Ethics Committee (17.11.2020/367) for the study.

Information of publication: Göney G, Gazeloğlu C., (2022) Statistical Investigation of DNA Damage In Obese People. In Irday K. (Ed.).Recent Studies In Basic Medical Sciences, (pp. 37-48). Türkiye: Iksad Publishing House.

Keywords: Cancer, DNA damage, Genotoxicity, Obesity

Sonuç Bildirgesi

6. ULUSLARARASI ve 24. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ (1-4 Aralık 2022)

SONUÇ BİLDİRGESİ

İnsanlık tarihi “Anthropocene” olarak adlandırılan ve insan etkisinin dünya üzerinde artık maksimum düzeye ulaştığı dolayısıyla ekosistemi bozmaya başladığı yeni bir döneme girmiştir. Bugün insan eliyle yaratılan, eşitsizlikler, şiddet ve sağlık alanındaki tehditlerle oluşan güvensizlik ortamları ile dünyanın pek çok yerinde devam eden savaş ve çatışmalara tanıklık etmekteyiz. Savaş ve çatışma ortamı bir yandan ölüm, yaralanma ve yıkıma bağlı olarak sağlık hakkını gasp ederken, kitlesel göçlere neden olmakta, beraberinde ise ekonomik sorunlar, adalet duygusunun zedelenmesi, toplumsal değerlerin erozyona uğraması, siyasetin olumsuz ve ayrıştırıcı dili ve artan eşitsizlikler nedeniyle yaşamın pek çok alanında şiddeti ne yazık ki arttırmaktadır. Savaş ve şiddetin nedeni ne olursa olsun gerek yakın gerekse uzun vadede doğurduğu psikolojik etkiler, fiziksel yıkımlar, sosyal zararlar ve ekonomik sonuçlarla toplum ve bireylerin sağlığı üzerinde önemli izler bırakmaktadır.

Bu çerçevede Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) olarak düzenlediğimiz ve mevcut halk sağlığı gündemini de dikkate alarak temasını “**Savaş ve Şiddet Gölgesinde Sağlık**” olarak belirlediğimiz 6. Uluslararası ve 24. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 1-4 Aralık 2022 tarihleri arasında başarıyla tamamlanmıştır. Yüz yüze düzenlenen Kongre’ye 375 kişi katılmıştır. Kongrede dört paralel salonda 35 oturum (panel, konferans, ikili konferans, forum) ve 25 sözlü bildiri oturumu gerçekleştirilmiştir. Oturumlarda 17’si yurtdışından olmak üzere farklı disiplinlerden 93 bilim insanı sunumlarıyla kongremize zenginlik katmıştır. Kongrede 201 sözlü, 23 poster bildiri sunulmuştur. Bunlara ek olarak her biri tam gün süren, 12 eğitimci ve 67 kursiyerin katılımıyla 3 kurs düzenlenmiştir. Ayrıca “Göç Yolunda Çocuk Olmak: Aşı Serüveni” başlıklı slayt gösterisi, TUKMOS toplantısı, HASUDER Yönetim Kurulu Faaliyetleri toplantısı, Anabilim Dalı Başkanları toplantısı ve çalışma grubu toplantıları gerçekleştirilmiştir. Kongre kapsamında Exeter Üniversitesi’nden Prof. Judith Green tarafından 28 kişinin katıldığı “Uluslararası Dergide Yayın Yapmak” konulu yarım günlük bir workshop düzenlenmiştir.

Halk Sağlığı Yeterlik Kurulu tarafından yapılan değerlendirme sonucunda “Akreditasyon Belgesi” almaya hak kazanan Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalına Açılış Programında belgesi takdim edilmiştir. Ayrıca Kongremizde Halk Sağlığı Yeterlilik Sınavı yapılmıştır.

Tüm katılımcılara katkıları ve bilimsel üretimleri için çok teşekkür ederiz.



Kongre teması ile ilişkili konular ağırlıklı olmak üzere halk sağlığının tüm başlıklarına dair güncel paylaşımların ve tartışmaların yer aldığı, sorunların ve çözüm önerilerinin ortaya konulduğu kongrede vurgulanan temel konular şunlardır:

1. Yaşam hakkı en temel haktır. Bunu ortadan kaldıran her türlü şiddet ve savaş halk sağlığına yönelik temel bir tehdittir ve kabul edilemez.
2. Halk sağlığı çalışanları farklı disiplinlerle birlikte çalışarak barış dilinin güçlendirilmesi ve barışın inşasında yer almalıdır.
3. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet bir sistem sorunudur. Hekim, bugünkü sağlık sistemi içinde araçsallaştırılmakta ve bundan kaynaklanan sorunların hedefi olmaktadır. Olayları saldırganın perspektifinden aktaran anlatım dili medya başta olmak üzere tüm toplum tarafından terkedilmelidir. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin sadece cezalandırıcı mekanizmalarla önlenmesi mümkün değildir. Kurumsal ve sistemik kapsamlı önlemlerin alınması gerektiği açıktır.
4. Halk sağlığı hiçbir ayrımcılık yapmadan toplumdaki tüm bireylerin iyilik halini amaçlar. Bunun sağlanabilmesi için Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinde vurgulandığı gibi “Kimseyi geride bırakma” dan, başta etnik köken ve cinsel yönelim farklılıkları olmak üzere, toplumun çoğunluğunu oluşturan gruplar dışında kalanların da kamu kurumları ve toplum tarafından ötekileştirmeyen bir tutumla kapsanması gerekir.
5. Savaşa hazırlık, savaşlar ve savaş sonrası dönem çevre üzerinde pek çok olumsuz etki yapmaktadır. Savaş ortamındaki ekonomik yetersizlikler çevresel duyarlılıkları azaltmaktadır. Savaşlar afet zincirini tetiklemekte, ortaya çıkan yıkım ve alt yapının yok olması bulaşıcı hastalıkların yayılmasını kolaylaştırmaktadır.
6. Bir insanlık felaketi olan savaşların kadınlar için çok yönlü olumsuz etkileri bulunmaktadır. Savaş süresince kadınların bedenleri adeta savaş alanına dönüşür; şiddetin her türüne hedef olan kadınlar için tecavüz bir savaş silahı olarak kullanılır. Savaşın kadınlar için diğer olumsuz bir sonucu da göç olup artık “göçün feminizasyonundan” söz edilmektedir. Savaşın kadınlar için olumsuz etkileri ile mücadelede, yapılması gerekenler “kadına bakışın/zihniyetin değişimi; toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması”, kadının güçlenmesi, şiddet ortamlarında özgün ihtiyaçlarına yönelik bilgiye, hizmete erişiminin sağlanması, “Ulusal Eylem Planının” hazırlanıp uygulanması, ulusal ve uluslararası düzeyde sözcüklerin eyleme çevrilmesi ve verilen taahhütlerin yerine getirilmesidir. Konu bağlamında temel mücadele yaklaşımı ise “Savaşı kadınlar için daha güvenli hale getirmek değil, savaşı önlemek” olmalıdır.
7. Çocuklar toplumda, şiddeti şiddet kurbanı olarak deneyimlemek ya da dolaylı yollardan buna şahit olmak olarak tanımlanan sosyal şiddete, insanlara yönelen en ağır şiddet biçimlerinden biri olan savaşa ve yaşam hakkı ihlallerine doğrudan ya da dolaylı olarak maruz kalmaktadır. Çocukluk çağında maruz kalınan şiddet şimdiki zamanda kalmamakta, şiddetin yol açtığı olumsuz çocukluk deneyimleri gelecek nesilde toplum yapısına da etki etmektedir. Bu olumsuz deneyimler kısa dönemde nöro gelişimsel, sosyal, duyuşsal, bilişsel bozukluklara, sağlık açısından riskli davranışların



- benimsenmesine neden olurken, uzun vadede ise yaşam potansiyelini etkilemekte, kronik fiziksel ve ruhsal sorunlara ve hatta erken ölümlere yol açmaktadır. Çocukları bu olumsuz şiddet deneyimlerinden korumak için; ailelere ekonomik desteklerin güçlendirilmesi, şiddete karşı koruma sağlayan sosyal normların teşvik edilmesi, hayata güçlü bir başlangıcın sağlanması, yaşamla baş etme becerilerinin öğretilmesi ve en önemlisi toplumda barışın inşa edilmesi gerekmektedir.
8. Ülkemizde yoğun bir geçici koruma altında bulunan Suriyeli sığınmacı nüfusu bulunmaktadır. Bu konuda başta DSÖ olmak üzere birçok uluslararası kuruluş çalışmalar yapmaktadır. HASUDER'in DSÖ ve ilgili diğer kuruluşlarla ve hükümet kurumlarıyla ortak çalışmalar yapması son derece yararlı olacaktır.
 9. Türk Kızılay, afet ve savaş ortamlarında çok önemli faaliyetler yürüten bir köklü kurumdur. HASUDER ile Türk Kızılay ortak çalışmalar ve işbirlikleri gerçekleştirebilir. Türk Kızılay Halk Sağlığı uzmanları için önemli bir istihdam alanı olarak da değerlendirilmelidir.
 10. Göçmen işçilerin sosyal güvenceden yoksun olarak çalıştıkları görülmektedir. Temel insan hakkının, sağlıklı olmanın bir parçası olan sağlıklı koşullarda çalışmaya erişebilmeleri için sosyal politikalarla güvence altına alınmaları gerekir. Bu süreç ancak ülkelerarası dayanışma ve işbirliği ile yürütülebilir. Savaş ve göç koşullarında sağlıklı yaşam tarzı, uzun çalışma saatleri, sağlık hizmetlerine erişememe sağlığı tüm alanlarda olumsuz yönde etkilemektedir.
 11. Hakkaniyetsiz tüketim alışkanlıkları ve enerji kullanımı nedeniyle meydana gelen küresel iklim değişikliği ve çevresel tehditlerin gezegen sağlığına olan etkilerini önlemeye yönelik sektörlerarası politikalar üretmek için adaletsizlikleri önlemeye ve yüksek emisyonu sahip ülkelerden önemli miktarda kaynak aktarımını gündeme getirecek dönüştürücü eylemlere ihtiyaç vardır.
 12. COVID-19 pandemisi geçtiğimiz iki yıllık dönemde Türkiye'de ve Dünya'da halk sağlığı üzerinde ağır yıkıcı etkilere yol açmıştır. Salgın yönetiminde yapılan yanlışlıklar, veri paylaşımının ve doğru bilgiye erişimin kısıtlanması, bilim çevreleriyle ve üniversitelerle işbirliğinin yetersizliği bu etkileri artırmıştır. HASUDER'in de aralarında olduğu uzmanlık dernekleri ve meslek örgütleri bu süreçte önemli katkılar sağlamış, aralarında işbirliğini geliştirerek güvenilir bilgi kaynakları olarak önemli işlev görmüşlerdir. Türkiye'de aşı üretimine yeniden başlanması bir diğer önemli kazanım olmuştur. Pandemi sonrasında, bu süreçte yaşananları unutarak değil, deneyimlerden yararlanarak, eksiklikleri gidererek, sağlık sisteminde halk sağlığı yaklaşımıyla iyileştirmeler yapılması gereklidir.
 13. Ülkemizde son yıllarda tütünle mücadele çalışmaları önemli bir ivme kaybetmiştir. Bunun bir nedeni uluslararası tütün tekellerinin küresel düzeyde uyguladıkları taktikler olmakla birlikte, Sağlık Bakanlığının da içinde olduğu kamu bileşenlerinin politik kararlılığının azalması da nedenler arasındadır. Tütün mücadelesinin aktif çalışanları olan halk sağlıkçıları süreç dışında bırakılmaya çalışılmaktadır. Son dönemlerde özellikle sigara bırakma polikliniklerinde halk sağlığı uzmanlarının çalışmasının engellenmesi ve ilaç atama yetkilerinin kısıtlanması birey ve toplum sağlığı açısından çok büyük bir hatadır. Sağlık Bakanlığı'nın bir an önce bu hatadan dönmesi beklenmektedir.
 14. Cinsel sağlık üreme sağlığı hizmetlerine ulaşım bir insan hakkıdır. İstenmeyen gebeliklerin önlenmesi ve doğurganlığın düzenlenmesi hizmetleri kadın sağlığı açısından yaşamsal önemdedir.



Ülkemizde yaşayan kadınların bu hizmetlere ulaşmaları devlet tarafından 2827 sayılı yasa ile garanti altına alınmıştır. Sunulan hizmetler sayesinde karşılanmayan aile planlaması gereksinimi %6'ya düşmüştür. Sağlıkta dönüşüm programıyla Aile Hekimliği Sistemine geçiş sonrası gebeliği önleyici yöntemlerin danışmanlığı ve hizmet sunumu kesintiye uğramıştır. Bu süreç, karşılanmayan aile planlaması gereksiniminin 2018'de %12'ye çıkması sonucunu doğurmuştur. Son üç yıldır birinci basamak sağlık kurumları hizmeti verecek sağlık personeli yetersizliği ve doğum kontrol yöntemlerinin tedarikindeki sorunlar nedeniyle gebeliği önleyici yöntemlere yönelik hizmetler verilmemektedir. Bu sorunun bir an önce çözülmesi yaşamsal önem taşımaktadır.

15. Birinci basamak sağlık hizmetleri ve temel sağlık hizmetleri birbirinden ayrı düşünülemez, entegre hizmetler olması gerekirken, bugünkü yapılanmada aile hekimliği hizmetleri ve halk sağlığı hizmetlerinin birbirinden tamamen ayrılmış olması sağlık sistemimizin en temel sorunlarından biridir. Hem halk sağlığı hem de aile hekimliği alanlarında çalışanlar bütünlüğü bozulmuş bu yapının olumsuz sonuçlarını yaşamaktadır. Toplum ve birey birbirinden ayrı düşünülemez; aynı şekilde, topluma yönelik hizmetler ve bireye yönelik hizmetler birbirinden ayrı düşünülemez. Disiplinlerarası işbirliği içinde ve sistem yaklaşımıyla, bu hizmetlerin yeniden entegre edilmeleri gereklidir.
16. İlçelerde bulunan İlçe Sağlık Müdürlüğü ya da Toplum Sağlığı Merkezlerinin içinde bulunan "Sağlıklı Hayat Merkezi (SHM)" her ilçede kurulmalı, SHM'lerin sayıları, en az her 100 bin nüfus başına bir adet olmak üzere artırılmalı, hizmet kapasiteleri iyileştirilmelidir.
17. Birinci basamak sağlık hizmeti sunan Aile Sağlığı Merkezlerinin (ASM) statüsü güçlendirilmeli, pratisyen hekim sayısı artırılarak aile hekimi başına düşen nüfus azaltılmalıdır. ASM'ler, toplumun birinci basamakta çözülebilecek tüm sorunlarını kapsayacak şekilde daha etkin hale getirilmeli, ASM ile İlçe Sağlık Müdürlüğü/Toplum Sağlığı Merkezleri arasında işbirliği ve eşgüdümün sağlanabilmesi için yönetsel düzenlemeler yapılmalıdır. Ayrıca birinci basamakta çözülemeyen sağlık sorunlarının çözülebilmesi amacıyla, aile hekimleri ile hastaneler arasında işbirliği ve eşgüdüm mutlaka geliştirmelidir. Sağlık hizmetlerinin sürekli, etkin ve verimli sunulabilmesi için bu vazgeçilmez önemdedir.
18. Sağlık hizmetlerinin verilerinin toplanması, bu verilerin toplum düzeyinde düzenli olarak rapor haline getirilmesi, her düzeyde karar vericilere yol gösteren önemli bir yönetim unsurudur. İlçe Sağlık Müdürlüğü bölgelerinde ve il düzeyinde periyodik olarak (aylık/ üç ya da altı aylık) sağlık hizmetlerini ayrıntılı olarak özetleyen raporlar hazırlanmalıdır.
19. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin yönetiminde halk sağlığı uzmanlarının görev alması son derece önemli fark yaratmaktadır. Halk Sağlığı Uzmanlarının illerde, yetersiz sayıda olmakla birlikte, yönetici olarak görevlendirilmeleri olumlu bir gelişmedir. Bununla birlikte halk sağlığı uzmanlarının görev tanımlarına uygun olarak istihdamları sağlanmalı ve özlük hakları sorunları çözümlenmelidir.
20. Halk sağlığı araştırma görevlilerinin eğitim, özlük hakları gibi sorunlarının yanı sıra ciddi gelecek kaygıları bulunmaktadır. Bunun aşılmasında HASUDER, Halk Sağlığı Yeterlik Kurulu ve tüm halk sağlığı anabilim dallarına görevler düşmektedir.



21. Halk Sağlığı Yeterlik Kurul ve Komisyonları halk sağlığı tıpta uzmanlık eğitiminin iyileşmesi için çalışmalarını sürdürmektedir. Bu dönemde akreditasyon, board sınavı, müfredat güncelleme çalışmaları yapılmıştır. Uzmanlık öğrencileri ve yeni mezun uzmanların katkıları önemsenmektedir. Avrupa Tıp Uzmanları Birliği Halk Sağlığı Tıbbi Birimi ile iletişim önemsenmekte ve geliştirilmektedir.
22. Yerel yönetimlerin çevre sağlığı alanındaki çalışmaları önemlidir. Vektörlerle mücadele çalışmalarında kimyasal yöntemler terkedilmelidir. Atık suların yeniden kazanımı için çalışmalar yapılmalıdır. Zoonozlarla mücadele çalışmaları yürütülmelidir.
23. Pestisitlerin yaygın biçimde denetimsiz ve kontrolsüz kullanımı insan ve çevre sağlığı açısından önemli bir risktir. Tarımsal üretimde pestisitler yerine doğal ve güvenli yöntemlerin kullanılması tercih edilmelidir.
24. Güvenli suya erişim gerek su kıtlığı, gerek su kalitesi ve içme suyu kalitesi yönetimi anlamında önemini korumaktadır. İklim krizi güvenli suya erişim konusundaki sorunu büyötmektedir. Sağlık Bakanlığı izleme ve denetim görevi nedeniyle yaptığı içme suyu analiz sonuçlarını tüm kamuoyu ile paylaşmalıdır. Yerel yönetimler yasalarla kendilerine verilmiş olan “musluktan güvenli su akması” görevini öncelikli hizmet alanı olarak belirlemelidir. Yerel yönetimler tarafından DSÖ su güvenliği planların yapılması ve uygulanması içme suyu kalitesi yönetiminde yararlı bir araç olabilir.

Halk sağlığı profesyonelleri;

Tüm güç koşullarda, savaş ve şiddet gölgesinde dahi, bütüncül bir yaklaşımla toplumdaki herkese sağlık hizmeti sunulması konusunda çalışmaya devam edecektir.

**6. ULUSLARARASI ve 24. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ
DÜZENLEME KURULU**

